

15. Un método microanalítico para investigar el proceso psicoanalítico: En busca del “entremedio”

Carolina Altimir (<https://orcid.org/0000-0002-2691-6370>)

Juan Pablo Jiménez (<https://orcid.org/0000-0002-8679-6614>)

Resumen

En este artículo se discute la contribución de un programa de investigación de proceso clínicamente sensible para abordar la cuestión de qué es el proceso psicoanalítico. Argumenta a favor del pluralismo epistemológico y metodológico como actitud básica para construir un diálogo fructífero entre ciencia y hermenéutica dentro del psicoanálisis para abordar este fenómeno. Este enfoque de investigación busca examinar dos elementos que son relevantes para el proceso psicoanalítico: la relevancia diádica e interpersonal del encuentro paciente-analista; y el dominio implícito/no formulado del proceso terapéutico. Propone tres enfoques metodológicos simultáneos para acceder a estos elementos: (1) la implementación de estudios de casos sistemáticos acumulativos, (2) la observación sistemática de eventos significativos durante la sesión, y (3) un enfoque micro analítico de los fenómenos específicos que ocurren dentro de las secuencias relevantes de la interacción paciente-analista. La implementación de esta propuesta se ilustra a través del estudio de la regulación del afecto entre paciente y terapeuta como un componente clínicamente relevante del proceso analítico. Los hallazgos de este programa de investigación se discuten con respecto a su contribución en el camino para vincular la investigación "de arriba hacia abajo" impulsada por la teoría, guiada por conceptos psicoanalíticos, y la investigación "de abajo hacia arriba" que hace justicia a la práctica psicoanalítica real.

I. Introducción

El presente artículo argumenta a favor de establecer un diálogo constructivo entre la ciencia y la hermenéutica en psicoanálisis para abordar la cuestión de qué define el proceso psicoanalítico, cuestión objeto de un debate constante y permanente. Después de 100 años, el movimiento psicoanalítico aún no llega a un acuerdo sobre qué es el “verdadero psicoanálisis” (Jiménez y Altimir, 2019). Aunque la teoría y la práctica del psicoanálisis han sido influenciadas por el posmodernismo y su noción de la existencia de diferentes concepciones del psicoanálisis, y el rechazo a las posiciones autoritarias, sigue existiendo una fuerte dicotomía entre quienes adoptan una postura eminentemente hermenéutica en la generación de conocimiento sobre el proceso psicoanalítico, y quienes incorporan los aportes de la ciencia y de la observación sistemática. Por lo tanto, el pluralismo teórico y empírico es un camino para abordar esta dicotomía, en la medida en que la diversidad práctica y teórica es inevitable en psicoanálisis cuando se intenta explicar fenómenos complejos. Esto implica abrir el psicoanálisis a un diálogo activo y mutuamente enriquecedor con disciplinas afines, así como con la investigación empírica (Jiménez, & Altimir, 2019).

II. La centralidad del concepto "proceso psicoanalítico"

Al intentar definir lo que es esencialmente psicoanalítico en un tratamiento psicoterapéutico particular, existe consenso en señalar el proceso analítico como la característica más prominente. Sin embargo, después de importantes esfuerzos dentro de la comunidad psicoanalítica para desarrollar una definición consensuada, no se ha logrado un acuerdo sobre lo que ocurre entre paciente y analista dentro de la sesión analítica que puede definirse como proceso psicoanalítico (Tuckett, 2004). La conclusión final es que cada proceso analítico es único, ideográfico y, por lo tanto, diferente e incomparable con cualquier otro, o con cualquier otra diada analítica (Foehl 2010).

Indagación Psicoanalítica Tradicional

La fuente tradicional del conocimiento psicoanalítico ha sido la indagación clínica, caracterizada por la adopción de una postura hermenéutica, donde la comprensión se logra a través de la interpretación de la experiencia y la realidad del otro. Comprender a través de la interpretación implica abrazar la complejidad, es decir, ser conscientes de que nuestra

comprensión de un fenómeno siempre será incompleta, dadas las limitaciones naturales de nuestra comprensión (Orange, 2011). Desde el punto de vista de la tarea hermenéutica, la comprensión del individuo único es también la comprensión de su contexto (Gadamer, 1966). Como afirma Irvin Hoffman (2009), el analista acepta la incertidumbre existencial que acompaña a la comprensión de que hay múltiples formas buenas de ser y que las elecciones del individuo siempre están influenciadas por la cultura, los valores personales, la contratransferencia y otros factores de maneras que nunca se pueden conocer por completo. Para muchos analistas que abrazan esta perspectiva, cualquier intento que busque responder a la pregunta por el proceso analítico basado en la investigación empírica se considera reduccionista y, por lo tanto, amenaza con ignorar su carácter esencialmente indeterminado y único (McWilliams, 2011; Wallerstein, 1993).

Al mismo tiempo, el principal medio por el cual la investigación psicoanalítica tradicional comunica e informa sus ideas y formulaciones sobre el proceso analítico son los estudios de caso (Kächele, Schachter y Thomä 2012; Kächele, Schachter, Thomä, et al. 2009). Aunque las viñetas clínicas han contribuido enormemente en el desarrollo de la teoría desde Freud, siendo la fuente de importantes hipótesis clínicas, a menudo han carecido de un procedimiento sistemático que dé cuenta de cómo se selecciona y comunica la información. Las viñetas suelen ser seleccionadas por el terapeuta –que participa en el proceso– en función de sus predilecciones teóricas y con el propósito de enfatizar y apoyar una formulación específica (Grünbaum, 1984). Es importante señalar que la posición subjetiva del analista en relación con el objeto de estudio no es un problema en sí mismo, como nos ha enseñado una investigación cualitativa amplia (McLeod, 2011). Lo problemático es no exponer esta posición y sus supuestos subyacentes como parte de la contribución del investigador al proceso de indagación, medida que salvaguarda la integridad metodológica (Levitt, 2020). Por lo tanto, los criterios y procedimientos para la selección del material no están disponibles para el escrutinio de la comunidad clínica y científica (Messer 2007), y por lo tanto no pueden ser susceptibles de ser interrogados por diferentes actores, y llegar a explicaciones alternativas plausibles del fenómeno (Fonagy y Moran 1993).

El giro relacional en el psicoanálisis

La comprensión contemporánea del proceso psicoanalítico se ha visto influida por el giro relacional, que ha llegado a casi todas las escuelas de pensamiento psicoanalítico (Bohleber,

2013). Este movimiento ha reconceptualizado la teoría y la práctica psicoanalítica tradicional basada en la premisa de que las relaciones con los demás son la materia básica de la vida mental. Su unidad básica de estudio no es el individuo como una entidad separada cuyos deseos chocan con una realidad externa, sino un campo interaccional dentro del cual el individuo emerge y lucha por entrar en contacto y articularse, por lo tanto, la mente está compuesta de configuraciones relacionales (Mitchell, 1988). Por lo tanto, el proceso psicoanalítico se entiende como todo lo que ocurre dentro de esta matriz relacional entre analista y paciente, donde sus experiencias subjetivas se influyen mutuamente (Aron 1996), lo que requiere una negociación mutua que debe lidiar con las necesidades de auto agencia y relación de ambos participantes (Safran y Muran 2000).

Cabe destacar que el giro relacional ha sido muy influenciado por la investigación madre-hijo y la teoría de la regulación del afecto, hallazgos extraclínicos basados en la investigación sistemática. Los avances en el campo de la psicología del desarrollo, la neurociencia y el apego han reunido evidencia sustancial que indica la naturaleza interactiva del desarrollo de la mente y el cerebro humanos (Schore, 2003). Estos hallazgos sugieren que el yo se desarrolla dentro de una matriz relacional a través de procesos que se organizan diádicamente entre el bebé y su cuidador (Schore, 2016). El afecto se produce dentro del intercambio entre el bebé y el cuidador a través de un sistema de comunicación emocional altamente eficiente y esencialmente no verbal (Allen, 2013). La regulación afectiva constituye, entonces, un mecanismo central en el proceso a través del cual el infante pasa de un estado primario de corregulación con su cuidador hacia la autorregulación, sentando las bases del desarrollo del yo (Fonagy et al., 2002); por lo tanto, la regulación del afecto es un principio organizador central del desarrollo humano y la motivación (Schore, 2003).

Por lo tanto, la centralidad del afecto como moneda de cambio de las configuraciones relacionales que forman la base para el desarrollo del yo ha sido incorporada a la conceptualización relacional del desarrollo humano y el proceso psicoanalítico en el pensamiento psicoanalítico relacional contemporáneo. El intercambio emocional entre paciente y terapeuta se convierte en un elemento esencial del esfuerzo terapéutico, y la regulación del afecto en particular puede pensarse como un mecanismo involucrado en el cambio psicoterapéutico, en la medida en que los intercambios adaptativos crean una

oportunidad para reorganizar y adquirir nuevos repertorios de negociación afectiva (Safran y Muran, 2000).

Aquí podemos asistir a un avance en el intento de definir mejor el proceso psicoanalítico. Sin embargo, esta conceptualización se basa en la transferencia de los principios básicos –derivados de la investigación empírica– que guían las transacciones madre-hijo, a la situación analítica adulta. A pesar de que han contribuido a un enorme desarrollo de las hipótesis clínicas y de la comprensión, el campo aún está en deuda en cuanto a la generación de conocimiento sobre el psicoanálisis mediante el estudio del proceso psicoanalítico en sí mismo.

Investigación de resultados y procesos-resultados en psicoterapia y psicoanálisis

Casi al mismo tiempo, un grupo de eminentes investigadores psicoanalíticos adoptó la investigación sistemática como método para adquirir conocimientos sobre el psicoanálisis y validarlos dentro de la comunidad científica. Una línea de investigación se centró en emprender estudios de resultados para demostrar que el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica eran efectivos (De Maat, et al., 2013; Leichsenring, 2005). Sin embargo, si bien son importantes para justificar para la sociedad el valor del tratamiento psicoanalítico, este tipo de estudios no dicen nada sobre los procesos y mecanismos del cambio terapéutico y no iluminan la práctica psicoanalítica.

En un esfuerzo por examinar la relación entre el proceso psicoanalítico y los resultados finales de la terapia, otro grupo de investigadores psicoanalíticos adoptó el enfoque proceso-resultado para la investigación en psicoterapia, que ha demostrado ser relevante para avanzar en el conocimiento sobre cómo funciona la psicoterapia. Este enfoque examina los procesos de cambio –lo que tiene lugar durante las sesiones de terapia–, así como los mecanismos que ocurren dentro del paciente, que están asociados con el resultado del tratamiento (Crits-Christoph, & Connolly Gibbons, 2021). Investigadores como Luborsky, Spence, Vaughan, Dahl, Ablon y Jones, vieron la necesidad de incorporar métodos de investigación empírica al estudio del proceso psicoanalítico, con el fin de generar conocimiento sistemático, ofreciendo ideas, conceptos y enfoques de medición. Helmut Thomä & Kächele en el grupo de Ulm investigaron el proceso psicoanalítico de forma sistemática con metodología empírica durante cuarenta años. Aunque estos investigadores han contribuido a un conocimiento más preciso sobre el tratamiento psicoanalítico, Tuckett,

en 2004, afirmó que el proceso psicoanalítico aún elude su definición y ahora, a pesar de una buena cantidad de investigación psicoanalítica, no podemos identificar un progreso sustancial en la validación empírica del concepto de proceso psicoanalítico. Schachter y Kächele (2017) concluyen que hemos llegado a un punto muerto, donde no es posible ni definir ni medir el concepto tradicional de "proceso psicoanalítico", y proponen, por lo tanto, cambiar las estrategias y centrarse en la observación y descripción detallada de la interacción analista-paciente utilizando tecnologías modernas como la videograbación.

III. Proponer un paradigma de investigación empírica clínicamente sensible en psicoanálisis

Se propone así un enfoque de investigación empírica clínicamente sensible para el estudio del proceso psicoanalítico que se basa en los temas discutidos anteriormente. Adopta el pluralismo epistemológico y metodológico para desarrollar un diálogo entre la hermenéutica y la ciencia, bajo la pregunta rectora *de qué método de investigación –clínico, empírico, cuantitativo o cualitativo, conceptual, etc.– puede utilizarse para iluminar qué problema o pregunta psicoanalítica en particular?* (Altimir, & Jiménez, 2020). Esto implica construir sobre los hallazgos de diversas disciplinas relacionadas, y asume las premisas que guían la investigación general de proceso-resultado en psicoterapia, es decir, la necesidad de enriquecer una "práctica terapéutica basada en la evidencia" más allá de las "marcas" u orientaciones, y contribuir a responder a la pregunta de "qué funciona para quién" bajo qué circunstancias, a partir de la observación y el examen de lo que realmente ocurre dentro del proceso terapéutico, y cómo esto se vincula con el resultado de la terapia. Podemos aprender más sobre el proceso psicoanalítico estudiando el proceso mismo. Es el camino para vincular la investigación "de arriba hacia abajo" impulsada por la teoría y guiada por conceptos psicoanalíticos, y la investigación "de abajo hacia arriba" que hace justicia a la práctica psicoanalítica real.

Este enfoque de investigación es una vía para el examen del proceso psicoanalítico. Es clínicamente sensible, ya que está interesado en examinar dos elementos principales que se consideran relevantes para el proceso analítico: la relevancia diádica e interpersonal del encuentro paciente-analista y el dominio implícito (no formulado) de este intercambio en relación con la dimensión simbólica de la experiencia. Para abordar la primera dimensión, la unidad básica de estudio se define como la relación analítica, con un enfoque en "el

entremedio". Esta definición se apoya en conceptos relacionales del desarrollo humano y de la situación psicoterapéutica como modelos conceptuales organizadores del fenómeno en estudio. Los principios rectores para abordar la dimensión de la experiencia implícita e inconsciente dentro de esta unidad interactiva son las contribuciones de las neurociencias afectivas, el neuropsicoanálisis, la investigación materno-infantil y la investigación sobre el comportamiento humano no verbal. Dado el reto metodológico de estudiar estos fenómenos, la estrategia es recurrir a la observación de conductas que puedan dar acceso a dichos procesos inconscientes (i.e., conductas afectivas faciales como proxis) (Altimir, & Jiménez, 2020).

Para lograrlo, se propone una combinación flexible de tres enfoques metodológicos. En primer lugar, la implementación de estudios de caso sistemáticos acumulativos (Messer 2007), ya que el interés está tanto en dar cuenta de la singularidad de cada proceso analítico como en derivar principios comunes basados en la observación sistemática de patrones de experiencia repetidos y característicos. En segundo lugar, la adopción del paradigma de los eventos como aproximación al estudio del proceso terapéutico (Safran 2003). Se basa en la observación sistemática de eventos sobresalientes dentro de las sesiones de terapia que constituyen instancias experienciales "densas" que concentran información significativa sobre los mecanismos que son más significativos para el proceso analítico (Safran, 2003). En tercer lugar, un enfoque microanalítico de los fenómenos específicos que ocurren dentro de las secuencias relevantes de la interacción paciente-analista, y que proporcionan acceso a dimensiones implícitas e inconscientes que de otro modo serían pasadas por alto por los enfoques basados en unidades de análisis más amplias. Estos tres enfoques metodológicos pueden combinarse como lentes diferentes pero complementarios en el proceso analítico, donde los patrones, comportamientos y mecanismos que se describen en un nivel de análisis son contextualizados y significados por los procesos y mecanismos que tienen lugar simultáneamente en los otros niveles de observación (Altimir y Jiménez, 2020).

IV. Proceso de investigación en curso: Construyendo puentes entre los bordes inconscientes no formulados y los bordes formulados explícitamente en la investigación del proceso psicoanalítico

El programa de investigación descrito anteriormente ha sido implementado en nuestro *Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad*, Midap, por un grupo

de investigación en el estudio de la regulación afectiva entre paciente y terapeuta, como un componente clínicamente relevante del proceso psicoterapéutico en general, y del proceso analítico en particular (Altimir y Jiménez, 2021). El concepto de regulación afectiva se encuentra en la encrucijada de la neurociencia cognitiva, la psicología del desarrollo, el apego, la etiopatogenia, la personalidad, la psicopatología, la psiquiatría y la psicoterapia, dada su relevancia para el funcionamiento mental tanto adaptativo como desadaptativo (Altimir et al., 2021). Se trata de un concepto proveniente de disciplinas afines que es de gran valor para el proceso psicoanalítico, en la medida en que la literatura psicoanalítica relacional destaca la noción de negociación intersubjetiva de estados afectivos y necesidades entre paciente y terapeuta (Aron, 1996).

El estudio de la regulación afectiva se inició dentro de un solo caso de psicoterapia breve psicodinámica (Altimir, & Valdés-Sánchez, 2020). Progresivamente, se incluyó el estudio de cinco nuevas psicoterapias breves (en su mayoría de orientación psicoanalítica). En la actualidad, se han incluido un total de 15 procesos psicoterapéuticos en una muestra de casos en crecimiento progresivo. Todos los estudios han adoptado el paradigma de los eventos para examinar la regulación del afecto dentro del proceso terapéutico. De acuerdo con el marco conceptual que guía la comprensión de los fenómenos relacionales por parte del programa, los estudios se basan en los de Safran y Muran (2000; Muran et al., 2022), *Modelo de Resolución de Rupturas* para seleccionar los eventos específicos en sesión, que "concentrarían" características relevantes de la regulación del afecto paciente-terapeuta. Safran y Muran (2000) propusieron una noción dinámica de la alianza terapéutica en la que una negociación continua –tanto interpersonal como intrapsíquica, consciente e inconsciente– tiene lugar dentro de la díada terapeuta-paciente. El nivel interpersonal implica una negociación entre las subjetividades del paciente y del terapeuta. El nivel intrapsíquico implica la negociación entre las necesidades de agencia y relación del paciente. Las tensiones, conscientes o inconscientes, que se experimentan en estas dimensiones se manifiestan a través de rupturas. Las rupturas pueden inducir malestar emocional y activar esquemas relacionales y del yo comandados por los patrones característicos de afrontamiento del estrés, provocando así el dominio de la regulación afectiva (autorregulación y heterorregulación) (Muran et al., 2022).

Las rupturas pueden manifestarse como *confrontaciones* y como *retiradas*. Las confrontaciones son más directas e implican una manifestación de desacuerdo o preocupación con la terapia o el terapeuta. Las retiradas implican que el paciente se aleje del terapeuta o del proceso terapéutico, negando un aspecto de sí mismo, para apaciguar al terapeuta. Las rupturas de retraimiento tienden a priorizar la necesidad de relación sobre la agencia, mientras que las rupturas de confrontación tienden a indicar las dificultades de un paciente para expresar sus necesidades relacionales, favoreciendo así la agencia (Muran y Eubanks, 2020). Mientras tanto, la reparación oportuna y apropiada de las rupturas se asocia con el cambio terapéutico, ya que permiten al paciente explorar, desafiar y cambiar los patrones interpersonales desadaptativos, y desarrollar formas más flexibles y adaptativas de negociar las necesidades en una relación (Safran, & Muran, 2000).

Dentro del intercambio terapéutico, paciente y analista experimentan y regulan los estados afectivos internos, expresándolos a través de canales verbales y no verbales. Para acceder al dominio implícito-inconsciente de la experiencia, el estudio recurre al examen microanalítico de la conducta físico-afectiva de paciente y terapeuta. Los resultados de la investigación sobre la expresión facial de las emociones (Ekman, 2007) y el comportamiento facial-afectivo en psicoterapia (Benecke y Krause, 2005), indican que el comportamiento afectivo facial es un componente observable de los procesos emocionales que se organiza a un nivel no simbólico, no verbal e inconsciente, y al que ambos miembros de la díada reaccionan a nivel subconsciente. Los procesos afectivos son inherentes al intercambio terapéutico, y las instancias relevantes de este intercambio desencadenan diversos grados de desregulación emocional en la díada, con sus intentos concomitantes de autorregulación y de regulación mutua. En este contexto, cada emoción implica un deseo específico de regulación y, cuando se expresa, constituye una oferta relacional específica para la pareja interactiva (Benecke y Krause, 2005). Estas comunicaciones se llevan a cabo a un nivel implícito de señalización y respuesta que ocurre demasiado rápido para la traducción verbal simultánea y la reflexión consciente (Lyons-Ruth, 2000), sin embargo, el cerebro/mente las captura y utiliza para evaluar y regular las relaciones, comunicar estados emocionales internos y regular el afecto.

El examen del comportamiento afectivo facial del paciente y del terapeuta dentro de las rupturas y los intentos de resolución proporciona un contexto de significado que puede

dar sentido a las descripciones "más pequeñas" derivadas del microanálisis facial. Estos comportamientos adoptan un valor comunicativo dentro de ese contexto relacional específico, sirviendo como información sobre la experiencia de la pareja interactiva y, por lo tanto, influyendo en la respuesta afectiva concomitante (Altimir, & Jiménez, 2021).

Estos estudios proceden grabando en video todas las sesiones de terapia utilizando dos cámaras de video separadas instaladas en cada sala de tratamiento, cada una de las cuales graba la parte superior del torso y la cara/cabeza de cada miembro de la díada terapéutica. Posteriormente, los jueces expertos observan el video de cada sesión, ayudados con la transcripción literal de la sesión e identifican la estrategia de ruptura y resolución, basada en el *Sistema de Resolución de Rupturas* (Eubanks et al., 2015). Después de eso, los segmentos de video de las estrategias de ruptura y resolución son analizados por codificadores entrenados utilizando el *Sistema de Codificación de Acción Facial* (FACS) (Ekman y Friesen, 1978). Este sistema permite la codificación objetiva de dos tipos de conductas faciales-afectivas, que, en base a investigaciones previas, se ha considerado que tienen funciones reguladoras específicas (autorregulación y hetero-regulación). El primer grupo son las emociones básicas (felicidad, ira, desprecio, asco, miedo, tristeza y sorpresa), que no solo comunican el estado emocional intrapsíquico de la persona, sino que al mismo tiempo, transmiten un cierto significado que se dirige hacia la pareja interactiva: un deseo de hetero-regulación del estado emocional, una evaluación del objeto de referencia. El segundo grupo son las acciones faciales inespecíficas, indicadores de excitación emocional e intentos de regulación: (1) comportamiento de mirada (dirigir la mirada hacia la pareja interactiva, o desviar la mirada), que regula la implicación emocional en la interacción y la dirección del afecto expresado; (2) tocarse a sí mismo (indicadores de tensión o excitación emocional y el intento de autorregulación); (3) control/atenuación de expresiones (movimientos alrededor de la boca que indican autorregulación de la expresión), y (4) elevación de las cejas (transmite énfasis o interrogación) (Altimir, & Valdés-Sánchez, 2020).

Las unidades de estudio están anidadas una dentro de la otra: el comportamiento facial del paciente y del terapeuta tiene lugar dentro de la misma díada que está negociando su relación, expresada en rupturas y episodios de estrategia de resolución. A su vez, estos episodios tienen lugar dentro de las sesiones de terapia. Por último, las sesiones de terapia tienen lugar dentro de la terapia en su conjunto, y pueden tener diferentes características

dependiendo de su ubicación dentro de este proceso: inicio, mitad y final de la terapia. Por lo tanto, la probabilidad de que el paciente y el terapeuta muestren ciertas conductas afectivas faciales está inevitablemente influenciada por su relación particular y las rupturas y estrategias de resolución que co-crean, las que a su vez están influenciadas por la fase del proceso terapéutico. Por lo tanto, se han llevado a cabo análisis estadísticos de datos anidados.

V. Resultados iniciales: ¿Qué podemos decir hasta ahora?

Con base en los resultados globales de este programa, ha sido posible establecer la existencia de patrones de regulación facial-verbal característicos de paciente-terapeuta tanto para las rupturas como para las estrategias de resolución.

Un conjunto inicial de resultados se basa en un único estudio de caso de una psicoterapia psicoanalítica breve. Los hallazgos indican que durante las rupturas, el paciente transmitió signos de desregulación emocional, y mostró emociones negativas (miedo e ira), así como procesos de control de las emociones, indicando perturbación emocional. También apartó la mirada de la terapeuta, aunque expresó una actitud receptiva en sus verbalizaciones. La terapeuta mostró una tendencia a mantener el contacto y la implicación con la paciente a través de la conducta de la mirada dirigida hacia ella, a pesar de manifestar marcadores de desregulación y control emocional.

Mientras tanto, durante las estrategias de resolución –cuando el terapeuta reconocía las rupturas e intentaba repararlas–, el paciente retomaba el contacto con él a través de la mirada comprometida, mostrando implicación en la interacción, a pesar de mostrar indicadores de desregulación emocional. El terapeuta parecía regularse a sí mismo mientras intentaba repararse, mostrando comportamientos faciales indicativos de que era empático e interrogativo (Altimir, & Valdés-Sánchez, 2020).

Un segundo conjunto de resultados se deriva del análisis de cinco psicoterapias en las que solo se analizaron las rupturas, y se realizó la comparación entre el comportamiento del paciente y el del terapeuta. Los terapeutas mostraron significativamente más signos de desregulación emocional que sus pacientes durante las rupturas, mientras mantenían su participación en la interacción dirigiendo continuamente su mirada hacia su paciente. Este comportamiento se hizo más frecuente cuando el paciente apartó la mirada. Por su parte, los pacientes manifestaron una marcada tendencia a evitar el contacto visual y, por tanto, la

implicación emocional y atencional en la interacción con su terapeuta. Este estudio va más allá al examinar el comportamiento afectivo facial de los participantes en las rupturas de retraimiento y confrontación. Durante las rupturas de abstinencia, los pacientes muestran una mayor probabilidad de expresar emociones positivas a través de sonrisas y de establecer más contacto visual que durante las rupturas de confrontación. En este caso, la mayoría de las rupturas de abstinencia fueron del tipo denominado *Disociación Contenido-Afecto*, donde los pacientes se retiran del terapeuta o del trabajo terapéutico exhibiendo afectos (a menudo positivos) que no coinciden con el contenido de su narrativa (Barros et al, 2016).

Un último conjunto de resultados se deriva del análisis de las rupturas y las estrategias de resolución pertenecientes a trece psicoterapias breves y 227 sesiones de terapia. Esto produjo 242 rupturas y 76 estrategias de resolución. Los análisis preliminares de una muestra de estos eventos han indicado que durante las rupturas los pacientes expresan significativamente más emociones positivas (sonrisa) y negativas (miedo, tristeza y disgusto) que durante las estrategias de resolución. Al mismo tiempo, muestran más marcadores faciales-afectivos de desregulación emocional y tienden a ocultar sus expresiones afectivas. Sin embargo, contrariamente a los estudios previos, los pacientes de esta muestra mostraron más contacto visual con su terapeuta durante las rupturas, en comparación con las estrategias de resolución. Esta diferencia se explica por el hecho de que en los estudios previos se analizaron escasas o nulas estrategias de resolución y que el tipo de análisis estadístico es de diferente naturaleza.

Los resultados anteriores están respaldados por este nuevo estudio, que muestra que los pacientes mostraron más emociones positivas durante las rupturas de abstinencia (en las que no son explícitos con su malestar) y más emociones negativas (principalmente miedo) en las rupturas de confrontación. Esto apoya la noción de que los pacientes tienden a privilegiar las necesidades relacionales sobre la agencia durante las rupturas de abstinencia, "protegiendo" su vínculo con su terapeuta, a través de la expresión de emociones positivas. Los terapeutas también expresan más emociones positivas y negativas (miedo y tristeza), así como más desregulación emocional, durante las rupturas, en comparación con las estrategias de resolución. No muestran diferencias en su comportamiento facial entre las rupturas de retraimiento y confrontación, y mantienen el contacto visual y el compromiso con su paciente en todo momento, confirmando los resultados de los estudios previos.

Este último estudio también ha examinado la asociación de la presencia de rupturas y estrategias de resolución con el cambio terapéutico, mostrando que las terapias cuyos pacientes mostraron mejoría clínicamente significativa presentaron más rupturas por abstinencia. Por su parte, las terapias cuyos pacientes no lograron un cambio clínicamente significativo, pero mantuvieron un nivel funcional, presentaron más rupturas de confrontación. Estos resultados están en línea con hallazgos previos en el campo, lo que sugiere que las rupturas de confrontación están relacionadas con menores beneficios terapéuticos. Sin embargo, estos hallazgos aún deben ser confirmados por análisis anidados adicionales de toda la muestra de eventos.

VI. Observaciones finales

En este artículo se ha esbozado una propuesta de programa de investigación clínicamente sensible basada en un enfoque “ascendente” para describir y dar sentido al proceso psicoanalítico. Este tipo de investigación es un aporte al desarrollo de la teoría, ya que permite la posibilidad de hacer nuevos enunciados sobre el proceso analítico, sustentados en la observación sistemática de cómo se está llevando a cabo la psicoterapia en la práctica habitual. La descripción sistemática de las interacciones pertenecientes al nivel micro del quehacer terapéutico constituye un proxy observable de los elementos y procesos que están vinculados a conceptos psicoanalíticos de orden superior, pero que pueden estar conectados a la experiencia momento a momento de la interacción analítica. En otras palabras, los clínicos pueden tener en mente estas secuencias observables de interacción como indicadores de conceptos de orden superior e identificarlos en su práctica en la medida en que tienen lugar, permitiendo una intervención inmediata y adecuada. Específicamente, el dominio de la regulación del afecto cumple la función de conectar las interacciones cercanas a la experiencia con conceptos de orden superior que son relevantes para el proceso psicoanalítico.

Dado que se trata de una investigación aún en curso, hay muchas preguntas que siguen abiertas. Hay muchas ideas de cómo estos resultados pueden tener implicaciones para la práctica clínica, pero debido a las limitaciones de espacio, nos hemos limitado a los aspectos de investigación de nuestro modelo. Sin embargo, los hallazgos hasta ahora deben complementarse con una investigación cualitativa en profundidad que explore la experiencia subjetiva del terapeuta (y de los pacientes, si es posible) de estos eventos, utilizando métodos de observación reconstructiva de los segmentos terapéuticos. También es importante extender nuestros estudios a terapias a largo plazo, ya que las características del proceso terapéutico general son diferentes. Finalmente, debemos considerar las limitaciones de la presente propuesta de investigación en los casos en que el escenario psicoanalítico está definido por el uso del diván, donde no hay interacciones cara a cara.

Referencias

Allen, J. G. (2013). *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships. Treating Trauma with Plain Old Therapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Altimir, C., de la Cerda, C., & Dagnino, P. (2021). The Functional Domain of Affect Regulation. In G. de la Parra, P. Dagnino, & A. Behn (Eds.), *Depression and Personality Dysfunction. An Integrative Functional Domains Perspective* (pp. 33-70). Springer. 10.1007/978-3-030-70699-9
- Altimir, C., & Jiménez, J. P. (2020). Walking the middle ground between hermeneutics and science: A research proposal on psychoanalytic process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(3), 496-522. DOI: 10.1080/00207578.2020.1726711
- Altimir, C., & Jiménez, J.P. (2021). The Clinical Relevance of Interdisciplinary Research on Affect Regulation in the Analytic Relationship. *Frontiers in Psychology* doi: 10.3389/fpsyg.2021.718490
- Altimir, C., & Valdés-Sánchez, N. (2020). Facial-affective communication and verbal relational offers during ruptures and resolution strategies: A systematic single case study. *Revista CES Psicología*, 13(3), 180-200. DOI: <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.11>
- Aron, L. 1996. *A Meeting of Minds. Mutuality in Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Barros, P., Altimir, C., & Pérez, J.C. (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.org/10.1080/02109395.2016.1204781
- Benecke, C., & Krause, R. (2005). Facial affective relationship offers of patients with panic disorder. *Psychotherapy Research* 15, 178–187.
- Bohleber, W. (2013). The concept of intersubjectivity in psychoanalysis: Taking critical stock, *The International Journal of Psychoanalysis*, 94, 799–823.
- Crits-Christoph, P., & Connolly Gibbons, M.B. (2021). Psychotherapy Process–Outcome Research: Advances in Understanding Causal Connections. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 263-295). John Wiley & Sons, Inc.
- De Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Barber, J., Van, R., & Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: A meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 107–137.
- Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed*. New York, NY: St. Martin's Griffin.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., and Safran, J. D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. Technical Report*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Foehl, J. C. (2010). The play's the thing. The primacy of process and the persistence of pluralism in contemporary psychoanalysis. *Contemp. Psychoanal.* 46, 48–86. doi: 10.1080/00107530.2010.10746039
- Fonagy, P., & Moran, G. (1993). Selecting single case research designs for clinicians. In *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*, E. N. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.) (pp.62–95.) New York: Basic Books.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York, NY: Other Press.
- Gadamer, H. G. (1966). The universality of the hermeneutical reflection. In D. E. Linge (Ed.) *Philosophical Hermeneutics*, (pp.3-17). Berkeley: University of California Press
- Grünbaum, A. (1984). *The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique*. Berkeley: University of California Press.
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to 'scientific' legitimacy: The desiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57 (5): 1043–1069. doi:10.1177/0003065109343925.
- Jiménez, J. P., & Altimir, C. (2019). Beyond the hermeneutic/scientific controversy: A case for a clinically sensitive empirical research paradigm in psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*. DOI:10.1080/00207578.2019.1636253
- Kächele, H., Schachter, J., & Thomä, H. (2012). Single-Case Research: The German Specimen Case Amalia X. In R. Levy, J. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Current Clinical Psychiatry*, (pp. 471–486.) Totowa, NJ: Humana Press.
- Kächele, H., Schachter, J., Thomä, H., & The Ulm Psychoanalytic Process Study Group. (2009). *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications to Psychoanalytic Practice*. New York: Routledge.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86(3), 841–868.
- Levitt, H.M. (2020). *Reporting qualitative research in psychology. How to meet APA style journal article reporting standards*. American Psychological Association
- 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 J*, 21, 85–98. doi:10.1002/(sici)1097-0355(200001/04)21:1/2<85::aid-imhj10>3.0.co;2-f
- Orange, D. (2011). *The Suffering Stranger*. Taylor and Francis.

- McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in counseling and Psychotherapy* (2nd Ed.). Sage.
- McWilliams, N. (2011). *Understanding Personality Structure in the Clinical Process*, (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
- Messer, S. B. (2007). Psychoanalytic case studies and the pragmatic case study method. *Pragm. Case Stud. Psychother*, 3, 55–58.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis. An integration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Muran, J.C., & Eubanks, C.F. (2020). Therapist performance under pressure. Negotiating emotion, difference, and rupture. American Psychological Association. Washington, DC.
- Muran, J. C., Lipner, L. M., Podell, S., & Reinel, M. (2022). Rupture repair as change process and therapist challenge. *Studies in Psychology*, 43(3), 482-509. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2127234>
- Safran, J. D. (2003). The Relational Turn, the Therapeutic Alliance, and Psychotherapy Research: Strange Bedfellows or Postmodern Marriage? *Contemporary Psychoanalysis*, 39: 449–475
- Safran, J. D., & J. C. Muran. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Schachter, J., and Kächele, H. (2017). *Nodal points: Critical issues in contemporary psychoanalytic therapy*. New York, NY: IPBooks
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY:W.W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2016). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Tuckett, D. (2004). Presidential Address: Building a Psychoanalysis Based on Confidence in What We Do. *EPF Bulletin* 58: 5–19.
- Wallerstein, R. S. (1993). Psychoanalysis as science: Challenges to the data of psychoanalytic research. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.). *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice*, (pp. 96–106). New York, NY: Basic Books.