



Receptividad e Iniciativa

Vieta-Ferriz¹

Francesc Vieta IARPP y Mercè Ferriz ACPP, Barcelona

¿Porque la conexión emocional con otros es tan crucial? Esta cuestión que fue planteada por Tronick en uno de sus trabajos, abarca todavía un sinfín de posibilidades. Queremos analizar con detenimiento algunas variables que intervienen en la conexión emocional y exponer algunas hipótesis que hemos formulado.

Consideramos que para que haya conexión emocional debe haber al menos una iniciativa y una receptividad. La iniciativa puede entenderse como un acto que explicita un deseo de conectar. Pensamos que tal vez este acto explícito se da porque existe en todo individuo una especie de conocimiento relacional implícito de que aquello será recibido por un otro, de que encontrará receptividad.

Si consideramos que junto a toda iniciativa se halla una receptividad, podríamos definir la iniciativa como la explicitación de una respuesta implícita a la receptividad de otro. La receptividad es una fuerza que ha sido vista como una actitud pasiva.

Analizaremos algunos prejuicios que influyen en el modo de ver la receptividad como secundaria a la iniciativa. A través del material aportado por las investigaciones del test Still face de Tronick y cols. pretendemos mostrar que la receptividad es una fuerza activa promotora de la iniciativa.

Palabras clave: Receptividad, Iniciativa, Actitud pasiva, Cara-fija, Tronick, Conexión emocional.

Why is emotional connection with others so critical? This question that started one of the most important papers by E. Tronick has today many possibilities to research. We would like to look carefully some variables that are involved in emotional connection and to expose some hypothesis we have formulated at this moment.

We consider both initiative and receptivity necessary to make emotional connection possible. Initiative can be seen as an action that makes explicit an intention or desire to connect. We propose that this explicit action takes place because there is a sort of implicit relational knowledge in every individual that someone else is expecting in a receptive attitude.

If we consider that along with each initiative there is always some kind of receptivity, we could now define initiative as an act that makes explicit an implicit answer to other's receptiveness.

We propose that receptivity is a force that has been seen as a passive attitude. We analyze some prejudices that influence in the current vision of receptiveness. Through some of the findings of Tronick and his group in the investigation with the Still-face test we want to show that receptivity is an active force able to promote initiatives.

Key Words: Receptivity, Initiative, Passive attitude, Still-face, Tronick, Emotional connection.

English Title: Receptivity and Initiative

Cita bibliográfica / Reference citation:

Vieta Pascual, F. y Ferriz Gil, M. (2011). Receptividad e Iniciativa. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 146-156. [ISSN 1988-2939]

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen51Febrero2011/tabid/761/Default.aspx>]

Las experiencias implícitas o que requieren de un tiempo más dilatado para ser captadas explícitamente, como la receptividad, pueden ser confundidas con actitudes pasivas, o no ser apreciadas como acciones, pueden ser ignoradas, etc.

“Like the air we breathe it is likely away to be out of awareness, but it is always present with greater or lesser intensity. However when an impelling certitude is violated it comes into awareness”. (E.Z. Tronick: Why is connection with others so critical?)

En el presente trabajo consideramos la posibilidad de que **estar receptivo sea un acto que tiene sus efectos.**

Las investigaciones de Tronick a través del test *still face* nos ofrecen una herramienta de enorme utilidad ya que proporcionan un material que abarca todo un universo en el que pensar.

En dicho test una madre y su bebé están interaccionando; se encuentran en ese momento en un estado de conexión emocional. Siguiendo la consigna del experimentador, la madre se queda inexpresiva durante un período de tiempo, interrumpiendo así la comunicación con su bebé, y el proceso de regulación mutua que se había establecido se detiene. Como consecuencia de ello el bebé se desorganiza. En esta relación se estaba desarrollando entre ambos un proceso regulativo y comunicativo que se detiene artificialmente: uno de los integrantes, el adulto, interrumpe dicho intercambio.

Tronick describe la reacción del bebé del siguiente modo:

*“The infant during the SF literally loses postural control, turns away, has a sad facial expression, and is self-comforting with his hands in his mouth. The age-possible impelling certitude of the infant’s SOC is something like *this is threatening*. This certitude is both in and expressed by his posture and actions. As the SF continues the infant’s SOC is likely to change to something like *I must try to hold myself together*.”*

(...) if one doubts these or similar interpretations, simply consider that the infant could apprehend the still-faced mother in other ways – as boring, playful, or novel- all of which would result in different behaviors by infants, none of which happen in the SF.”

Al pensar en ello mientras se observa el material audio-visual del SF

<http://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

a uno le parece como si, de repente, ciertos hilos invisibles que articulaban la conexión entre ambos individuos dejaran de sostener al bebé. Si fuéramos físicos probablemente asumiríamos que los efectos dramáticos en el bebé son provocados por la desaparición repentina de algún tipo de fuerza que le sostenía. Lo que hasta ahora se ha asumido es que lo que desencadena el malestar en el pequeño es **la falta de respuesta** del adulto, tal como Tronick describe en sus trabajos.

Detengámonos aquí y rebobinemos: la falta de respuesta de la madre o del padre es la causante del malestar del bebé. Podríamos seguir y nadie nos diría nada. Todos asumimos que es evidente que esta falta de respuesta es la descripción exacta de los hechos que estamos observando.

Pero esto no es así. No es verdad que la falta de respuesta sea la causa del malestar del pequeño. En esta situación es imposible permanecer ante el bebé y no dar ningún tipo de respuesta a sus iniciativas. Permanecer impasible no es una falta de respuesta: es una actitud muy activa y sino que se lo digan a las madres que han realizado el experimento. O mejor aún, experimentémoslo en nosotros mismos proponiéndonos permanecer impasibles ante alguien con quien estamos en ese instante en conexión emocional y que desconoce nuestra intención. La angustia que sentimos es muy intensa y el tiempo que podemos aguantar teniendo esta actitud activa es cada vez menor, en parte también porque los efectos en el otro son muy evidentes y emocionalmente violentos. La violencia puede entenderse como la explicitación de una emoción que impacta de golpe, a una velocidad que no permite apenas posibilidad de elaboración, porque se produce en un intervalo de tiempo insuficiente. Sin embargo, a este tipo de vínculo, potencialmente muy violento, se lo ha colocado en el *cajón de lo pasivo*.

En el citado artículo de Tronick encontramos un ejemplo que valida esta situación. Una de sus colaboradoras (Lisa Bohne) experimentó el SF en adultos: a través de un roleplaying uno de los componentes intentaba vivir la experiencia como si fuera un bebé y otro actuaba el papel de cuidador. Los primeros refirieron sentimientos de ansiedad, vulnerabilidad, enfado, frustración, tristeza, temor, confusión e incluso pánico. Sentimientos que podrían corresponderse con la reacción evidente, explícita y dramática de pérdida de tono muscular observada en los bebés que pasaron el SF. Parece claro que el impacto que produce la impasibilidad del adulto en los bebés observados por Tronick se da también en adultos en situación similar.

Sin embargo nos interesa especialmente el hecho de que los sujetos adultos que actuaron en el rol de cuidador también refirieron sentimientos dolorosos. En este caso de inquietud, culpabilidad, angustia, vergüenza, confusión, vulnerabilidad y depresión, como ya les sucedió a las madres (o padres) del experimento original. Este hecho parece ir en la línea de lo comentado anteriormente, en el sentido de que mantenerse impasible es un acto que provoca un impacto también en quien lo realiza. El malestar del adulto puede explicarse además en base a la interrupción de la regulación mutua que se estaba dando, aun cuando tal interrupción se produce voluntariamente.

Nuestra hipótesis sostiene en primer lugar que para que se dé la conexión emocional debe haber al menos una iniciativa y una receptividad. Y en el proceso de regulación mutua ambas se alternan continuamente. En la diada madre-bebé, el adulto es a la vez emisor y receptor de las iniciativas respectivas, al igual que el niño.

En segundo lugar sostiene que la reacción observable (explícita) en el bebé es consecuencia

del bloqueo de una fuerza implícita.

Desde nuestro punto de vista, el adulto toma la iniciativa, promovida por el experimentador, de dejar de responder a las iniciativas de su hijo/a. Más exactamente, toma la iniciativa de mantenerse impasible ante los intentos del pequeño de continuar en conexión emocional. En otras palabras, el adulto **bloquea su receptividad**.

En tercer lugar la hipótesis que planteamos considera que dicha receptividad es la fuerza que como físicos estábamos buscando. La receptividad sería entonces una fuerza que ha sido vista como una actitud pasiva.

Según nuestro parecer existen algunos prejuicios que influyen en el modo de ver la receptividad como secundaria a la iniciativa:

1. La receptividad es vista como una actitud pasiva, en lugar de implícita.
2. Tendemos a considerar la asimetría mayoritariamente en un solo sentido (adulto-bebé o terapeuta-paciente) probablemente como consecuencia del modo cómo entendemos la dependencia emocional y la vulnerabilidad.
3. Se considera habitualmente que el inicio de una acción individual es su explicitación, es decir la iniciativa *per se*.

La receptividad vista como una actitud pasiva, en lugar de implícita

Se entiende por actitud pasiva la que mantiene aquel que recibe o padece el efecto de una acción sin intervenir en ella. La receptividad sin embargo se define como la capacidad para recibir. Dado que consideramos fundamental la intervención de la receptividad en la conexión emocional, no podemos seguir considerándola como una actitud pasiva.

Sin embargo, sí es implícita – entendiendo por implícita aquella cualidad que se halla incluida en otra cosa sin que ésta lo exprese. Esta condición favorece que pueda pasar desapercibida y por tanto no sea tenida en consideración. No obstante, hace cierto tiempo que sabemos que la comprensión de lo implícito es un reto de nuestra disciplina. Como indica Stern, “la regulación del campo intersubjetivo en terapia, presente momento-a-momento, ocurre en gran medida de forma no-verbal, no consciente e implícita” (Stern, D., 2004).

Otros pares antitéticos o complementarios como el par receptividad/iniciativa también fueron más valorados en algún momento en su vertiente más explícita, aunque el re-conocimiento del elemento implícito está transformando la comprensión que tenemos de ellos.

- El pene y la vagina
- La actividad y la pasividad
- La belleza física y la belleza interior
- La riqueza material y los recursos internos
- La violencia explícita y la violencia implícita
- la comunicación verbal y la comunicación no verbal
- La memoria explícita y la memoria procedimental

- Lo físico y lo mental
- el espacio y el tiempo

El biólogo británico Rupert Sheldrake, cuyas teorías están revolucionando nuestra comprensión sobre las leyes fundamentales de la naturaleza y sobre la evolución, propone una hipótesis muy controvertida, pero que nos puede ayudar a comprender la tendencia a instalarnos en unos hábitos de conocimiento concretos y, cómo ello puede limitar en ocasiones las posibilidades de incorporar nuevas maneras de aprehender nuestra experiencia. La realidad según deducimos de sus escritos e investigaciones no parece ser algo dado que hay que ir entendiendo cada vez mejor, sino un camino por hacer en continua transformación y evolución. Sheldrake sostiene que:

“...los sistemas naturales heredan una memoria colectiva de todas las cosas anteriores de su misma clase, sin importar lo lejos que puedan estar ni el tiempo transcurrido desde que existieron. Gracias a esta memoria acumulativa y mediante la repetición, la naturaleza de las cosas resulta cada vez más habitual. Las cosas son como son porque fueron como fueron. Por tanto es posible que los hábitos sean inherentes en la naturaleza de todos los organismos vivos, en la naturaleza de cristales, moléculas y átomos y hasta en todo el cosmos”. (R. Sheldrake, *La presencia del pasado.*)

En el contexto intersubjetivo la iniciativa puede entenderse como un acto individual que explicita un deseo de conectar. Pero tal deseo -explicitado en una iniciativa-, se origina en una especie de conocimiento relacional implícito de que habrá, al menos, otro individuo en el que tal acción hallará receptividad. Si tomar una iniciativa implica la posibilidad de hallar una receptividad – fantaseada, imaginada o implícitamente conocida- no puede entenderse la una sin la otra.

Llegados a este punto nos parece interesante plantearnos la receptividad como una fuerza activa promotora de iniciativas.

Considerar la asimetría en un solo sentido: cuidador-bebé o terapeuta-paciente

Existe una tendencia a acentuar la asimetría más en un sentido que en el otro, por ejemplo en el despacho con nuestros pacientes. Nos hemos habituados a poner el acento en la vulnerabilidad y la dependencia emocional del paciente respecto al terapeuta. Además está el hecho de que somos nosotros (o los cuidadores en el caso del bebé) quienes tomamos la iniciativa de establecer una serie de condiciones para que se dé la relación (el lugar y el momento, e-t físicos de encuentro, el e-t del trueque, etc.). Estas particularidades pueden dificultar que experimentemos otro tipo de asimetría: la propia vulnerabilidad cuando, en nuestro trabajo, entramos en contacto con alguien desconocido que viene con problemas. Del mismo modo diríamos que la vulnerabilidad física del bebé puede eclipsar la vulnerabilidad emocional del adulto que podría quedar abrumado ante la desbordante receptividad del pequeño.

Pero si consideramos cuán receptivos están generalmente nuestros pacientes a nuestra

intervención, antes incluso de conocernos, y tomamos esa receptividad como un valor equiparable al de una acción explícita, podemos entonces releer la asimetría *de un modo diferente*. Se trataría más bien de una igualdad asimétrica, concepto que sintoniza muy bien, creemos, con el modelo relacional.

De este modo podemos explicarnos mejor el entusiasmo que sentimos ante las expectativas ilusionadas del bebé y de nuestros pacientes. Este entusiasmo que podemos experimentar es en gran parte consecuencia de la fuerza de la receptividad de aquellos.

El inicio de una acción individual es su explicitación, es decir la iniciativa per se

El término iniciativa puede llevarnos a confusión porque parecería indicar que con ella se inicia la conexión. En general suele atribuirse un valor más destacado a aquello que explícitamente ocurre en primer lugar y esta tendencia ha potenciado el sentido *INICIATIVA provoca RECEPTIVIDAD*.

Si tomamos una situación de conexión física, como la conexión eléctrica por ejemplo, entendemos que el inicio no se encuentra ni en la toma de corriente ni en la red de conexión. El contacto eléctrico no se da si no coinciden ambos elementos y la consideración acerca de qué se da primero pierde todo sentido.

Imaginemos una situación más cercana a nuestro entorno. Cuando alguien sube a un estrado, toma la iniciativa de dirigirse a otros y expone unas ideas en forma de comunicación, tendemos a pensar que esa persona inicia la conexión emocional. Inevitablemente se le atribuye a ese individuo una importancia superior, ya que se ha priorizado este sentido de ver la receptividad como secundaria a la iniciativa, es decir, que lo primero es la iniciativa y después se da la receptividad.

El mismo vocablo *iniciativa* evidencia hasta que punto está arraigada la convicción implícita de que en la iniciativa se halla el inicio de la acción. Pero cabe la posibilidad de que en realidad lo que experimentamos como el inicio de una acción sea solamente aquello que podemos captar consciente o explícitamente a través de nuestros sentidos más explícitos, es decir, nuestros sentidos físicos. El hecho de considerar la iniciativa como el inicio de una acción sintonizaría más con un modelo de mente aislada, en el que el origen de los fenómenos psíquicos se comprende preferentemente dentro de un contexto intra-subjetivo.

Si prescindimos de qué se da primero y consideramos que junto a toda iniciativa se halla una receptividad, también podría definirse **la iniciativa como la explicitación de una respuesta implícita a la receptividad de otro**.

Reflexiones finales

Tenemos varios frentes abiertos que nos animan a seguir desarrollando pensamiento y que por ahora hemos formulado en forma de propuestas para finalizar este trabajo. Debemos

admitir, siendo consecuentes con lo que hemos expuesto en este documento, que si hemos tomado la iniciativa de escribir nuestras ideas es porque esperamos ilusionados que haya alguien más que sienta interés por este modo de ver las cosas.

Neuronas espejo, iniciativa y receptividad

Hoy en día conocemos la importancia de las neuronas espejo en el funcionamiento cerebral. Como explica Riera en su libro *La conexión emocional*, las neuronas espejo:

“son aquellas neuronas motoras que se activan de manera automática, tanto al realizar una acción como al observar a otro llevar a cabo esa misma acción. (...) las neuronas espejo se activan al observar una acción que tiene una intención”. (Riera, R. 2010).

Nuestra hipótesis sostiene que las neuronas espejo se activarán ante la observación de aquellas acciones cuya intención conecte con nuestra receptividad. En otras palabras, es más probable que nuestra atención se dirija mayoritariamente a aquellas acciones que conecten con nuestros deseos, expectativas o temores, o que sean llevadas a cabo por alguien con quien tengamos una buena conexión emocional.

En otro párrafo del capítulo del libro de Riera encontramos:

“probablemente futuras investigaciones irán confirmando que nuestro cuerpo reacciona involuntariamente a las palabras que constituyen un discurso verbal. También, que cuando interaccionamos con otro, nuestro cuerpo reacciona simulando lo que le pasa al otro y, así, a través de nuestra reacción corporal podemos entender, de manera automática y no inferencial, las acciones, intenciones, emociones e incluso las expresiones verbales del otro. Así en toda relación, y por tanto también en la relación psicoterapéutica, cada participante induce automática e involuntariamente aquello que el otro sentirá. Las neuronas espejo probablemente son las responsables de que cuando nos relacionamos nuestro cerebro trabaje en red con los cerebros de nuestros interlocutores.”

Ciertamente parece muy probable que en un futuro no lejano las neuronas espejo se confirmen como el sustrato fisiológico de la empatía (el “jo sento que tu sents que jo sento...” del que Riera nos habla). Las mismas neuronas motoras que se activan cuando se lleva a cabo la acción explícita, es decir la iniciativa, son las que también se activan cuando se observa a otro llevar a cabo dicha acción, es decir, se activan por la receptividad. Según nuestra hipótesis la observación de la acción intencional de otro que activa dichas neuronas, podría entenderse como la prueba de que la receptividad es una acción implícita.

Cuando se descubrió que nuestras acciones explícitas (p.e.: lanzar un palo) tenían un correlato neurofisiológico, se dio un gran paso para ir conociendo mejor la relación entre nuestros actos orientados hacia el espacio exterior a nuestro cuerpo y sus vías internas de transmisión de información. El descubrimiento de la activación de las mismas neuronas cuando dicha acción no está dirigida al espacio exterior al cuerpo, nos parece una evidencia, dado el carácter motor de dichas neuronas, de la acción de una fuerza implícita. Por tanto nuestra propuesta es considerar las neuronas espejo no sólo como la huella física de la empatía, sino también como

el sustrato neurofisiológico del par relacional Receptividad/ Iniciativa.

El test Still-Face y la receptividad

El test still-face se ha analizado desde una concepción parcial de la asimetría adulto-bebé. El concepto de regulación mutua de Tronick lleva implícita una bidireccionalidad, aunque con un especial énfasis en las iniciativas como motor de dicho proceso regulativo. En este trabajo planteamos una lectura de las investigaciones Tronick que incluye explícitamente la fuerza de la receptividad. Así mismo considera que el hecho de que la interrupción se produce de golpe, a una gran velocidad se podría decir, es un factor tiene su importancia.

La angustia que provoca el cumplimiento de la consigna del experimentador podría ser una consecuencia de los efectos de la receptividad del bebé sobre el adulto. A su vez, estos efectos en el adulto también podrían ser consecuencia del bloqueo de la propia receptividad que impide corresponder y alentar nuevas iniciativas.

Nuestra hipótesis sostiene que el test SF demuestra que el bloqueo de la receptividad en uno de los miembros de la pareja en conexión emocional, provoca la disminución y/o pérdida total de la iniciativa. Además, es probable que el grado de pérdida de iniciativa esté directamente relacionado con la velocidad a la que tal bloqueo se produce.

Pensemos en la siguiente viñeta: Estamos tranquilamente tomando un café en un bar. Un individuo ebrio entra y nos hace algún comentario. No es nada molesto ni desagradable, pero simplemente no deseamos en ese momento establecer contacto con dicha persona. Muy probablemente nos giraremos, evitando el contacto ocular, y si hay un periódico cerca, empezaremos a ojearlo, dejando claro que no tenemos interés en el individuo que tomó la iniciativa de hablarnos. En otras palabras, bloquearemos nuestra receptividad. Puede que nos encontremos con alguien persistente. Pero en la mayoría de ocasiones, esta actitud por nuestra parte (activa pero implícita) es más probable que desaliente posteriores intentos del otro de mantener contacto con nosotros.

Ser humano y receptividad

El bebé humano es el ser más receptivo. Diríamos además que su receptividad es mayoritariamente esperanzada.

¿Cómo podemos explicarnos el estado de abierta curiosidad en una gran mayoría de bebés?

La receptividad esperanzada es un término que nos resultó útil para explicar un estado emocional que implica estar abierto al cambio. Si estamos receptivos a cualquier estímulo, por pequeño que sea, ya estamos cambiando. Pero para que se produzca un cambio evolutivo (creativo) la receptividad debe ser además esperanzada. Si uno está abierto a dejarse impactar por una iniciativa (por ejemplo al empezar un libro, al escuchar una comunicación, al ver una película, al sentir deseos de ver a alguien, de recibir a un paciente, etc.), parece razonable pensar que lo ésta porque se espera que con ello alguna cosa pase, ocurra algún cambio que

aportará cierto tipo de mejora o transformación conveniente.

Si tuviéramos que asociar una emoción a este estado sería algo como *esperar con ilusión*. El ejemplo más claro y poético que se nos ocurre es el del naufrago que lanza un mensaje al mar, dentro de una botella. ¿Por qué realizaría esta acción? ¿Por qué llevaría a cabo esta iniciativa si no tuviera la esperanza, por diminuta que fuera, de que existirá alguien en algún momento que recibirá el mensaje?

Cuando uno tiene la experiencia de relacionarse con un bebé a menudo percibe la enorme capacidad que éste tiene para mostrar lo que siente. Si está entusiasmado es de una evidencia clamorosa. Si está disgustado lo hace saber de forma inequívoca. En esto es mucho más rápido que el adulto, que por distintas circunstancias ha perdido espontaneidad. O también podría decirse que se ha enlentecido.

Algo muy potente que también impacta en nosotros es el estado de absoluta receptividad que podemos captar en ellos. Desde el Psicoanálisis Relacional estamos sintiendo y comprendiendo la importancia de recoger, valorar y conectar emocionalmente con las iniciativas de los bebés y de nuestros pacientes. Pero consideramos que para seguir avanzando el siguiente paso es empezar a reconocer que la receptividad del bebé, al igual que la de nuestros pacientes, nos ayuda a crear nuestras iniciativas.

Si podemos conectar con unas expectativas esperanzadas es más probable que surjan iniciativas creativas en algún lugar de nuestro contexto relacional.

Receptividad y psicoterapia

El *conocimiento relacional implícito* que tiene el paciente de sus *mundos de experiencia*, de su *paisaje corporal* o de los distintos *espacio-tiempos* en los que se ha relacionado, es evidentemente muy superior al que tiene el terapeuta o puede llegar a tener de la experiencia vital de aquél. Como ya hemos comentado en otro apartado dicha asimetría puede que la experimentemos en forma de vulnerabilidad al entrar en contacto con un desconocido que viene con problemas. El conocimiento más explícito, los manuales conocidos, nuestra propia experiencia como pacientes y las experiencias de otros nos ayudan en esta situación tan delicada. Pero todavía advertimos con mayor facilidad aquello en lo que nuestros pacientes fracasan y que no les permite adaptarse mejor a su entorno. Gracias a los desarrollos del psicoanálisis relacional sabemos de la importancia de las fallas empáticas, sus vicisitudes y los modelos relacionales implícitos que las conforman.

Nuestra hipótesis en este punto propone considerar que los pacientes vienen sobre todo porque han estado receptivos a nuestra receptividad y han tomado la iniciativa de consultar, con la esperanza de que seremos capaces de reconocer, valorar e incluso dejarnos transformar por sus iniciativas creativas. Tales iniciativas pueden encontrarse a menudo ensombrecidas o totalmente eclipsadas por manifestaciones que consideramos, por el momento, patológicas ya que generan sufrimiento, dolor y en ocasiones destrucción.

Como terapeutas somos conscientes de que cada persona es única e insustituible y a su vez

comparte muchas cosas con el resto de la humanidad. Partiendo de este principio se sigue que su experiencia vital tendrá muchas cosas en común con el resto, pero también contará con elementos que la harán única y singular. Si consideramos esa particularidad individual como un elemento, una partícula, que puede contener una información muy importante para el conocimiento del funcionamiento emocional humano, bien podríamos llamarla *el tesoro del paciente*.

En este sentido el proceso psicoterapéutico podría asemejarse a la búsqueda de un tesoro: el tesoro del paciente. Este modo poético de pensar en nuestra labor puede favorecer la recuperación del entusiasmo y la esperanza, elementos que se confirman cada vez más como pilares en el cambio terapéutico en particular y psíquico en general.

El psicoanálisis relacional se inclina cada vez más por la búsqueda de una mejor conexión emocional, por expandir diádicamente la conciencia y generar momentos de encuentro que sean reparadores. Todas estas experiencias apuntan hacia una dirección de mayor alcance para el psicoanálisis: esto es, conseguir una conexión emocional más intensa y reparadora. Nos preguntamos qué ocurriría si pudiéramos aumentar, en el tratamiento, la frecuencia de la conexión emocional intensa y reparadora. Parece lógico pensar que cuanto más capaces seamos de generar con mayor frecuencia un mayor número de momentos de encuentro, de estados diádicos de la conciencia, más conexión emocional habrá, y puede que nuestros pacientes mejoren más rápidamente.

Esta es una cuestión que nos motiva: el modo de alcanzar una mayor velocidad en la cura. Pensamos que el comprender más explícitamente la receptividad esperanzada puede contribuir a ello.

Llevando el pensamiento relacional hasta sus últimas consecuencias imaginables por ahora, ¿no está acaso implícita en nuestra labor la idea de una mejor conexión emocional cada vez más universal?

Con este trabajo intentamos mostrar que un camino hacia ello es valorar más explícitamente la relación creativa entre receptividad e iniciativa

REFERENCIAS

- Riera, R. (2009). *La connexió emocional*. Barcelona: Octaedro.
- Sheldrake, R. (1988). *La presencia del pasado. Resonancia mórfica y hábitos de la naturaleza*. Ed. Kairós.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton & Company
- Stolorow, R. & Atwood, G. (2004). *Los contextos del ser*. Ed. Herder.
- Tronick, E.Z. (2005). Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness: coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making. J. Nadel and D. Muir (eds). *Emotional development*. Oxford University Press, 2005, 293-

315.

Vieta, F. y Ferriz, M. (2007). Espacio -tiempo mental: más allá de la relación. *Clínica e investigación relacional*. Revista electrónica, vol. 1 (1): 110-127 - Junio 2007.

http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen11Junio2007/CeIR_V1N1_2007_7F_Vieta/tabid/265/Default.aspx

Vieta, F. y Ferriz, M. (2009) Aportaciones desde el modelo del espacio-tiempo mental al modelo de expansión diádica de E. Tronick. *Clínica e investigación relacional*. Revista electrónica, Volumen 3 (1): 82-92 - Febrero 2009. <http://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=8453iYKsvIA%3d&tabid=442>

Otras fuentes de inspiración: Erroll Garner: *Discografía completa*; Michael Nyman: *Time lapse*.

Original recibido con fecha: 4-1-2011 Revisado: 16-2-2011 Aceptado para publicación: 28-2-2011

NOTAS

¹ **Francesc Vieta Pascual** es psicólogo clínico y psicoterapeuta psicoanalítico. Trabaja en consulta privada (C/ Balmes, 313 entlo. 1ª, Barcelona. Tel. 93 209 7378). Es coordinador de la redacción en Barcelona de la revista electrónica *Clínica e investigación relacional*. Autor del artículo "El espacio-tiempo mental: más allá de la relación" (Revista Ceir, vol.1, nº1, 2007 <http://www.psicoterapiarelacional.es/Revistasrelacionales/CEIR/tabid/216/Default.aspx>). Es miembro de I.A.R.P.P. España, de la Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanlítca, de la A.E.P.P y de F.E.A.P. francescvieta@hotmail.com

Mercè Ferriz Gil es psicóloga clínica y psicoterapeuta psicoanalítica. Trabaja en la residencia para discapacitados psíquicos profundos Josep Mas i Dalmau, de Sant Joan Despí (Barcelona) y en consulta privada (C/ Balmes, 313 entlo. 1ª, Barcelona. Tel. 93 209 7378). Pertenece al comité de redacción de la revista electrónica *Clínica e investigación relacional*, delegación de Barcelona. Es miembro de la Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanlítca, de la A.E.P.P y de F.E.A.P. merce_ferriz@yahoo.es