

RELACIONES TERAPÉUTICAS EN GESTALT. FACTORES Y TIPOS

Juan José Díaz

El concepto de Relación Terapéutica es demasiado restringido para la variedad de circunstancias en que se practica la Terapia Gestalt. Considero aquí factores institucionales y de encuadre. También las modalidades de terapia desde la individual con un terapeuta hasta la grupal con múltiples terapeutas. Propongo que hablemos de Relaciones Terapéuticas.

Tratamiento, terapia y relación

Un factor fundamental que diferencia una “terapia” de un “tratamiento” es precisamente la cualidad de la relación. Voy a dilucidar primero estos conceptos. Entre las representaciones sociales (imágenes y conceptos compartidos colectivamente) que tenemos asociadas a la enfermedad está la del propósito de recuperar la salud; asociada a esta imagen está la del agente profesional que interviene con su oficio, esto es: la del sanador y su tratamiento.

Aunque antiguamente se trataban enfermos, no enfermedades, la progresiva tecnificación de los oficios de sanar y su consecuente especialización ha traído como resultado que este enfoque, el clínico, se centre en síntomas, historiales, diagnósticos, patologías, etc; también en el tratamiento de la enfermedad. Por añadidura, entendemos que parte del oficio clínico es la prescripción, sea de remedios (en medicina, medicamentos), sea de determinadas prácticas curativas, aplicados directamente por el profesional o indicados para que el propio enfermo siga recomendaciones higiénicas o saludables. Todo esto se llama terapéutica. Se considere el síntoma, el síndrome o al paciente como un caso, el clínico trata con una entidad, sobre la que aplica o ejerce su saber y su poder. Esta es una relación agente-objeto, incluso en los tratamientos o terapéuticas equívocamente llamados “humanistas”.

Cuando nos centramos en la persona (como un todo) y en su ambiente (como un todo que abarca al anterior) y consideramos que ambos se subsumen en un rango superior de totalidad, entonces hablamos de terapia. Cuando nos enfocamos en que el enfermo manifiesta o expresa una serie de trastornos de salud y consideramos que la labor del profesional consiste en promover en el enfermo los recursos necesarios para restablecerse y mantenerse en un estado de equilibrio saludable, internamente y con el ambiente, entonces hablamos de terapia. Cuando el profesional no trata la enfermedad, ni siquiera al paciente, como entidades sobre las que aplicar desde fuera su oficio, sino que crea un campo en el que él mismo se incluye junto con el enfermo y sus síntomas, en un todo abarcativo, entonces hablamos de terapia. Cuando el terapeuta mantiene una relación con su paciente del tipo yo-tú, de tipo existencial (en el sentido amplio del término, o sea que ambos existen para sí mismos y uno para/con el otro), entonces hablamos de terapia.

Cuando en esa relación yo-tú, el guión que los une (-) es una relación interpersonal (quiere decir entre personas, no sólo entre roles), una relación vincular, donde ambos se redefinen mutuamente, entonces hablamos de relación terapéutica. Y si además consideramos al yo-tú entre paréntesis que definan su contexto, o sea: (yo-tú), entonces estamos hablando de mí, de tí, y de nuestras circunstancias. Y esta es una relación saludable, muy conveniente, creo que imprescindible, para hacer terapia.

Relación y transacción

Así, si yo tengo conocimientos, poder y voluntad para ejercerlos, y a tí te parece que puedo ayudarte y así me lo demandas, y de común acuerdo decidimos comenzar una relación entre tú y yo, en la que yo me enfoco al propósito compartido de tu bienestar y crecimiento, y tú me correspondes por mi trabajo, entonces esto es una relación terapéutica profesional. La relación incluye también

algún tipo de transacción, de dar y recibir mutuamente. El contexto instituido, el rol desempeñado, y la transacción mercantil, son algunos aspectos básicos que definen la relación profesional y condicionan la actitud del terapeuta y del paciente. Veamos algunos ejemplos que, aunque de tipo genérico para cualquier terapia, se dan también en la Terapia Gestalt.

En la consulta privada, el paciente paga un dinero al terapeuta por el servicio que le presta (y bien es sabido que muchos terapeutas hacen valer su terapia mediante un código basado en la elevada cuantía de sus honorarios). En un ambiente profesional privado, autónomo, el terapeuta tiene la total libertad de tomar o no a un paciente, incluso de procurar la continuidad de la terapia o interrumpirla. Y en último término, el paciente paga su terapia al terapeuta.

Esto suele ser así cuando el terapeuta trabaja privadamente, digámoslo en términos laborales, por cuenta propia. Pero la situación cambia cuando el terapeuta trabaja por cuenta ajena, esto es, contratado por un gabinete o un centro o clínica, en que la dirección o gestión de la misma puede imponer criterios que limiten o condicionen estas libertades del terapeuta respecto a su paciente.

En contraste con el contexto profesional privado, en una institución pública (como un centro de salud, o de servicios sociales, o culturales, etc) el terapeuta está “obligado” a atender al usuario, y está condicionado por el reglamento interno de la institución que estipula las condiciones formales de la terapia (tiempo de sesión, frecuencia, duración de la terapia, etc). El paciente a su vez, exige ser atendido y sanado pues es su derecho. Además, quizá limitado en sus propias expectativas por el mismo sistema de prestación, reclama un tipo de atención terapéutica que a veces el terapeuta no puede darle por imperativos de su función pública.

Por otro lado, el terapeuta cobra un dinero de la institución, en un pago impersonal, y el paciente hace uso de sus derechos sociales, adquiridos mediante algún sistema de impuestos y prestaciones. En este caso, la transacción mercantil entre terapeuta y paciente es indirecta. Surgen entonces, dentro del espacio terapéutico, pautas compensatorias que regulan el equilibrio dar-recibir, y el del poder-derecho.

Sin extenderme demasiado, apunto que todos estos condicionamientos no son inocuos a la relación terapéutica, sino que repercuten, por ejemplo, en la actitud del terapeuta, esencia del oficio gestáltico. Y por parte del paciente, estos factores contextuales de la institución, (incluyendo beneficios secundarios como bajas, subvenciones, etc) influyen en aspectos como su oralidad, dependencia, frustración, rebeldía, mentira, etc llevándole a representar diversos juegos y roles para obtener sus fines y dificultando su proceso de autenticidad y autoapoyo.

En el caso de un terapeuta voluntario en alguna organización altruista, el paciente recibe atención desde una condición de desfavorecido y el terapeuta se remunera intrínsecamente en la autosatisfacción del altruismo, o en el prestigio profesional corporativo, o en su interés de aprendizaje profesional o experiencial. Aparte del pago mercantil, y de otros beneficios indirectos extraídos del entorno social, existen otros muchos niveles de transacción por los que el terapeuta se siente remunerado por el propio paciente, sea un individuo o un colectivo: reconocimiento, admiración, afecto, agradecimiento en diversas formas, etc.

En resumen, el terapeuta se siente compensado por su trabajo en un grado diverso de combinación directo/indirecto según reciba la transacción del propio paciente o de otras instancias. Por su lado, el paciente recibe la atención terapéutica con mayor o menor esfuerzo económico (considerando aquí económico en sentido amplio, no sólo en el monetario, también cabe mencionar tareas retributivas, conmutación de penas, aprendizaje de competencias sociales, etc), dependiendo de si paga él mismo la terapia o alguna institución la paga por él. Ciertamente, estos factores condicionan sensiblemente las pautas de la relación. Basta con considerar la actitud del terapeuta en ese gradiente de la combinación altruismo/egoísmo o confluencia/egotismo. Y respecto al paciente consideremos su actitud desde el gradiente oralidad-dependencia/nutrición-autonomía.

Relación de rol y relación espontánea

En nuestra representación social, el enfermo “recibe” o “sigue” tratamiento. No es tan frecuente oír que “recibe” terapia, y sí lo es que “hace” terapia, aunque a veces los comienzos requieren tal grado de nutrición personal que bien podemos decir que “recibe” más que “hace”, mientras esto va cambiando en el proceso terapéutico en la medida que el paciente va ganando autoapoyo.

En mi argumento, hacer terapia implica “hace relación”. ¿Y cómo, cuando y donde es esa relación? Pues toma muchas formas, según los medios por los que discurra la terapia, o dicho de otra forma, del “tipo” de terapia o de “recursos” y “capacidades” del terapeuta. Por ejemplo, con masaje, o con pintura, o con escenificaciones, o con diálogo verbal, etc. Así, tú y yo, estamos relacionándonos con nuestro cuerpo y nuestras sensaciones, con nuestras imágenes expresadas en formas y colores, con nuestra ocupación del espacio y nuestra expresión dramática, con nuestro tono de voz, ritmo de discurso y contenidos de nuestros pensamientos, con nuestra comunicación afectiva, etc

Todo lo anterior lo he expuesto pensando desde una perspectiva de encuadre terapéutico profesional. Ahora bien, una relación terapéutica no siempre se da en un contexto profesional. Partamos de que una relación de las características mencionadas es saludable en sí misma, y que cuando dos personas se relacionan con calidad, ambas se están sanando. También es evidente que cuando una persona se siente enferma y recurre a otra en busca de ayuda, aunque no sea en un contexto profesional, si establecen la relación adecuada y la enferma recibe (o da) lo que necesita, la relación será terapéutica para ella, esté o no enmarcada profesionalmente (es decir sujeta a una condición de rol y a una pauta de transacción). Veamos nuevos ejemplos.

Consideremos la relación entre un terapeuta y un familiar o un amigo, tras una demanda en el eje directa-encubierta o en el de pedida-ofrecida. En cualquier caso, el terapeuta le atiende más o menos desprovisto de gran parte de los manierismos de su rol y con otro estilo de transacción. Probablemente el enfermo querrá agradecer la atención recibida al familiar o amigo terapeuta, y lo hará mediante algún favor, una invitación o algo que sea del gusto de su benefactor. Esta pauta de correspondencia resulta muy fácil de realizarse cuando se ha recibido un tratamiento, un consejo o similar. Resulta más complejo en el caso de la terapia ya que, según su alcance y profundidad, puede modificar la relación personal preexistente. Sin embargo, es posible la terapia en una relación de este tipo, siempre y cuando el terapeuta asuma el riesgo de esa implicación necesaria que normalmente redibuja los límites de la relación previa. De hecho, es práctica común derivar a familiares o amigos a otros terapeutas, para preveer pautas condicionadas por un statu-quo de la relación que dificulten la terapia y para evitar conflictos posteriores.

Pasemos a reflexionar sobre una relación entre familiares o amigos, no profesionales, en que uno se siente enfermo, o en una situación difícil, quizá crítica, y acude al otro en busca de ayuda. O, viceversa, uno percibe la necesidad del familiar o amigo y se acerca para ayudar guiado por un interés genuino por el bienestar del otro.

Bien es sabido que el esfuerzo en ayudar normalmente entorpece la terapia, pero también es cierto que sin un interés auténtico por el otro, un cierto grado de compasión (esa forma peculiar del amor), no es posible que exista el terapeuta. En caso favorable, algunas personas, sanas (o sea conscientes de su mayor o menor grado de neurosis), simplemente tienen un genio, un arte intrínseco para relacionarse, que les convierte en terapeutas naturales, espontáneos. Y por eso las relaciones que establecen con otros seres próximos se convierten en terapéuticas. No insistiré en explicarlo, ya que es la premisa básica del “encuentro” humanista y se ha escrito ya mucho sobre esto. (1)

El potencial social de las Escuelas de Gestalt

Hago ahora un paréntesis para destacar que es en este tipo de relaciones donde reside el potencial social de muchos enfoques terapéuticos, especialmente los humanistas y en general los que se basan en la actitud más que en la técnica. Esta es la revolución sociosanitaria, o sociocultural, o...etc, que se gesta en los cursos y programas de formación para gente común, sin expectativas profesionales en el ámbito terapéutico, que simplemente quieren sanarse y saber relacionarse e irradiar su salud en su entorno de seres queridos. Grupos de coescucha, de terapia mutua, de autoapoyo, etc son, además, movimientos microsociales que contribuyen a esta revolución. El terapeuta ya no es un profesional que actúa desde un rol, es una persona corriente, un agente natural de cambio, un libre-catalizador del desarrollo humano.

Es un tópico común y bien conocido que la terapia gestalt es relación, diálogo y contacto. (2) No abundaré en ello. Sólo quiero retomar el lema, original de E y M. Polster, bastante divulgado de que “la terapia gestalt es adecuada tanto para enfermos como para sanos”. Es decir, que contribuye tanto a sanar la patología como a procurar el desarrollo de la persona. Y voy a aportar una versión de ese lema, diciendo que “la formación gestáltica es demasiado valiosa para dedicarla sólo a profesionales”.

Con esto reafirmo el potencial a que antes me referí, pues lo que ya he expuesto puede ampliarse a las relaciones terapéuticas que se dan, fuera de un marco profesional, entre “terapeutas” y afines sanos; en consecuencia también en las relaciones espontáneas, naturales o ecológicas entre familiares y amigos sanos, relaciones que son terapéuticas en tanto que contribuyen a un mayor desarrollo personal, a una mayor responsabilidad, autenticidad, espontaneidad y autoconocimiento, por señalar algunos valores destacados de la terapia gestalt. En consecuencia, esta perspectiva eleva el potencial de cambio que reside en las escuelas de gestalt al formar personas completas y terapeutas naturales, vayan o no a ser profesionales de la terapia.

Dicho sea de paso y en referencia a las escuelas de gestalt, ya que la comunidad gestáltica está siguiendo una transformación importante en cuanto a su institucionalización social y burocratización, no está de más que recordemos que en el espíritu que animó a los primeros gestaltistas lo principal es la persona integrada, no sólo su formación profesional. Aunque nuestro momento social (en dimensiones cultural, científica, de ideales de realización humana, etc) ha cambiado desde los años cincuenta, siguen siendo válidos algunos conceptos terapéuticos como que la capa del rol, incluido el profesional, es el primer territorio a recorrer en la resolución de la neurosis y que el egotismo es la principal iatrogenia de la terapia gestalt y el principal riesgo de “enfermedad laboral” de los terapeutas gestálticos.

Pienso que la diferencia formal entre una relación saludable y una terapéutica (en esencia equivalentes) está en que en la terapéutica existe una clara intencionalidad y propósito por parte de quien asume el “yo” de terapeuta ante/con el “tú” del paciente. Como no encuentro un concepto apropiado en la teoría gestáltica me remito al concepto jungiano de “función terapéutica”. Según esto, las escuelas de gestalt contribuyen a desarrollar esa función en personas, profesionales o no. Asunto aparte son los aspectos legales, profesionales, corporativos, fiscales, etc

Tipos de relación en la terapia

Una vez clarificadas y deconstruidas algunas ideas sobre la relación terapéutica, mi foco ya queda descentrado de la relación terapeuta-paciente, tópico común al considerar la relación terapéutica y sobre el que muchos gestaltistas han escrito ya sus observaciones, experiencias y conclusiones. Voy ahora a considerar otros tipos de relación que se dan en el contexto de la terapia, relaciones sobre las que aún hemos reflexionado poco como colectivo gestáltico y que me parece que tienen un enorme potencial terapéutico.

Por supuesto, la relación individual terapeuta-paciente es la primera que nos sirve de modelo pero como ya he dicho antes me propongo deconstruirla como concepto central. La idea básica y original es la relación yo-tú dentro del marco de la sesión individual. Presencia, contacto, diálogo,

autenticidad, y otros conceptos definen el enfoque gestáltico de este tipo de relación. Otros tópicos teóricos que aluden a la relación y que hemos asimilado de otras escuelas pre-gestálticas son el de transferencia y contratransferencia a los que añado su resolución gestáltica, la transparencia (3). Vale con estos apuntes para la reflexión que estoy realizando aquí.

Veamos otros conceptos descentralizados y como preámbulo sirva uno asociado a éste básico, el de relación terapeuta-paciente pero vista ahora fuera de la sesión terapéutica. De momento pensemos que la relación terapeuta-paciente, dentro de un encuadre que preserve su neutralidad, objetividad y asepsia, se corresponde con unas condiciones ideales que se justifican sólo en la ortodoxia de algunos modelos de terapia (como en algunos tipos de terapia analítica en los que no es posible relacionarse fuera de la consulta). Sin embargo, esas condiciones distan mucho de los planteamientos teórico-metodológicos de la terapia gestáltica. Me refiero a que en el enfoque gestáltico no existen reglas restrictivas a la relación terapeuta-paciente fuera del encuadre de la sesión (aunque sí existan algunas regulaciones de tipo deontológico). Esta salvedad de considerar la relación fuera del marco de la sesión será también válida en el resto de los tipos de relación que voy a mencionar, aunque no la siga haciendo explícita en mis siguientes comentarios, para no repetirme y abreviar.

Prosigo ahora considerando la relación terapeuta-grupo. Resulta obvio que si consideramos las relaciones individuales en el seno de un grupo, su cualidad es diferente de la de la relación terapeuta-paciente puesto que ahora la relación yo-tú tiene una resonancia grupal, o sea en el yo-vosotros o, dicho desde la perspectiva de los pacientes, nosotros-tú. Hablaré entonces de terapeuta-pacientes.

En un mayor grado de abstracción, que aquí no voy a desarrollar, cabe también estudiar la relación terapeuta-grupo considerando al grupo como una entidad en sí misma, con la que el terapeuta se relaciona.

Por otro lado, en el seno del grupo, dejando aparte al terapeuta, o sea en la relación entre los pacientes, se dan relaciones yo-tú, o yo-vosotros, o nosotros y vosotros, relaciones que al considerarlas desde la perspectiva del terapeuta, quien las observa y las modula, se convierten en formalmente terapéuticas. Más, si entran en la dimensión del trabajo con la dinámica grupal.

Obviamente, si esas relaciones fuesen ajenas a la intervención del terapeuta, como en el caso de que éste no se diese cuenta de ellas o que se diesen fuera del encuadre terapéutico (es decir, fuera de la sesión de grupo) también podrían ser saludables en sí mismas. Por ejemplo en los grupos de formación, lo saludable es en parte también terapéutico (o sea dotado de alguna intencionalidad), ya que los pacientes son a la vez alumnos con cierto desarrollo de su capacidad terapéutica; sean profesionales o no, en cualquier caso y como consecuencia de su desarrollo personal han dado existencia en su yo a su función terapéutica.

Aportaciones al estudio de la co-terapia y la multitransferencia

En una mayor complejidad de esta reflexión quiero también añadir otros tipos de relaciones menos obvias, agrupadas en dos ámbitos.

1. Relación co-terapeutas-grupo

El primero es el de las relaciones que se dan cuando un grupo se lleva en co-terapia. Aclaro mi punto de vista, del que puede discreparse según el criterio teórico que se tome, partiendo de que terapia gestáltica es presencia y contacto, de manera que entiendo por co-terapia sólo cuando los co-terapeutas están presentes simultáneamente en el encuentro terapéutico.

Desde luego que la co-terapia es en sí un mundo, partiendo para empezar del tipo de relación que se dé entre los terapeutas. Y podemos tomar varios ejes como el de autoridad, o relación afectiva, o sexual, etc. Cualquiera que haya trabajado así sabe que, por ejemplo, no es lo mismo la

co-terapia de equivalencia (p.ej. figuras de igual rango en cuanto a autoridad) que la co-terapia jerarquizada (donde p. ej. hay distintas funciones de autoridad y protagonismo ante el grupo).

Empatizando con los pacientes del grupo es notorio que la relación que se establece entre los co-terapeutas, por un simple efecto de exposición, genera algún dinamismo en los pacientes quienes pueden quedar confrontados, según el caso, con diversos tipos de relación entre figuras significativas. Entran aquí los casos de terapia de pareja, de sistemas organizacionales, de grupos de terapia o de formación. Obviamente, la sabiduría gestáltica está en que los co-terapeutas, conscientes de las características de su relación, las pongan a favor de la terapia.

Otra vertiente en la co-terapia, en parte relacionada con el aspecto anterior pero no sólo a consecuencia de él, es la relación diferencial que los pacientes establecen con los co-terapeutas (dos o más si fuese el caso). Surgen diferentes atribuciones de poder, de confianza, de sexualidad, de matices afectivos, etc, que en muchos casos son explicitadas al grupo (sea en el contexto de pareja, de equipo, de alumnos, etc) por la organización terapéutica, y en otros simplemente son obvias. Sin embargo, puede que no estén tan explicitadas, a veces incluso por falta de claridad en la propia relación de los co-terapeutas; estos casos, aunque puedan desencadenar situaciones terapéuticas, se escapan a la intencionalidad de los co-terapeutas. Esto es de una enorme importancia en la terapia grupal, y en mi opinión son factores no suficientemente valorados en el encuadre grupal gestáltico.

En la co-terapia es también evidente la manifestación de los fenómenos comunes de transferencia, pero aquí se da en una forma específica que ha sido conceptualizada como multitransferencia. Aunque en Gestalt no se trabaja desde y con la neurosis de transferencia, el fenómeno se da igualmente y el terapeuta gestáltico sí se enfoca a disiparla, actualizando la relación y recurriendo en ocasiones a la transparencia.

Básicamente se refiere a que el paciente transfiere afectos y otras experiencias vitales de manera selectiva a cada uno de los terapeutas con los que se relaciona. Incluso transfiere diferencialmente a cada terapeuta de manera que, por ejemplo, en una co-terapia llevada por un hombre y una mujer, los pacientes pueden transferir con mucha facilidad a sus figuras sexuales o, en otra dimensión transferencial, a sus figuras parentales. Factores de tipo superficial como las diferencias sexuales, de edad, de manera de vestir, etc son disparadores transferenciales casi automáticos para muchos pacientes con un grado alto de neurosis.

Aunque el conjunto de conceptos ligados al de transferencia surgió como propio a la relación analista-paciente, o analista-grupo, los mecanismos neuróticos primarios que subyacen a la transferencia como los de proyección e introyección (y otros mecanismos básicos) pueden observarse igualmente entre los propios pacientes de un grupo y en general se dan en cualquier relación natural (quiero decir fuera del marco terapéutico, en la vida cotidiana de cualquiera).

Este aspecto me motivó hace unos años a estudiar las transferencias cotidianas por un lado y las multitransferencias por otro. Observé los fenómenos que se daban entre pacientes en proceso que además participaban en una formulación gestáltica del trabajo terapéutico con figuras parentales (bastante extendido al menos en escuelas de gestalt españolas) inspirada en el proceso de cuadrinidad ideado por B.Hoffman (4). También observé las relaciones diferenciales de los pacientes con el equipo de co-terapeutas (5). Las elaboraciones que fui haciendo las empecé a organizar en un constructo metodológico que empecé llamando Psicoterapia Transparental. Sigo interesándome en esta línea de estudio. Aquí vierto algunas de esas ideas.

La multitransferencia es en la co-terapia donde quizá alcanza mayor relevancia puesto que además incluye fenómenos de polarización. Es decir, ante un par de terapeutas, el paciente no sólo hace una transferencia múltiple sino que además espontáneamente polariza sus transferencias. Es muy fácil observar en estos casos la manifestación de la polarización como una “escisión del objeto terapéutico”, en términos de M. Klein y en el sentido de su imagen “pecho bueno-pecho malo” o, como traspuse y añadí al desarrollo teórico-aplicado del proceso transparental, “pene bueno-pene malo”.

2. Relación múltiple terapeutas-grupo

El segundo ámbito es el de terapias en que se suceden dos o más terapeutas en el trabajo con el grupo (o sistema en general), pero que nunca están a la vez. Para mí es un tipo de relación que no tomaré como co-terapia sino como terapia de varios terapeutas, según expliqué anteriormente, siendo el caso de algunos métodos de terapia familiar u organizacional.

Esta situación se da en muchos contextos terapéuticos y toma formas muy variadas: desde el enfoque de terapia familiar en que en una misma sesión aparecen y desaparecen en la sala los distintos terapeutas, pasando por el grupo de terapia semanal en el que rotan varios terapeutas, hasta el grupo de formación en que se sucede la intervención de un elenco más o menos numeroso de terapeutas-didactas.

En estos casos, la relación terapeuta-grupo tiene un nuevo componente: el terapeuta no es el mismo en cada encuentro terapéutico (o al menos no es siempre el mismo). En cada sesión terapéutica, acude al grupo un terapeuta diferente, dentro de un abanico de terapeutas más o menos variado. Considerada cada sesión aisladamente, es una relación simple terapeuta-grupo, pero desde la perspectiva del proceso grupal, la definición teórico-práctica del encuadre terapéutico cambia.

Así, dependiendo de la mayor o menor presencia (digamos frecuencia de intervención) de cada terapeuta, el grupo como organismo (o los pacientes considerados individualmente) atribuirán a cada terapeuta diferentes valores e identificarán en ellos diferentes figuras transferenciales, con los consiguientes mecanismos neuróticos que dificulten el contacto real.

El concepto de transferencia múltiple proviene también de la teoría psicoanalítica y en particular de la dinámica grupal. Inicialmente referida a las múltiples transferencias que hacen los pacientes con los demás miembros del grupo. Posteriormente, al estudiar encuadres en que participan varios terapeutas, e incluso procesos individuales a largo plazo, este concepto se aplica a la transferencia a varios terapeutas (6).

En este caso, cambian sensiblemente muchos factores terapéuticos, como por ejemplo el de vínculo, tomado del enfoque analítico, que nos permite considerar la relación en varias dimensiones como la planteada por Reich (vínculo energético), o por Bowlby (vínculo afectivo) o Winnicott (objeto transicional y juego). Los fenómenos vinculares y transferenciales son conceptualmente distintas, pero en la práctica terapéutica suelen darse simultáneamente.

Obviamente, a mayor presencia, no sólo en intensidad, también y fundamentalmente en constancia, se generan vínculos más fuertes. En mi experiencia, para los pacientes más neuróticos, una mayor vinculación con un terapeuta disminuye la capacidad de vínculo con los demás. Por otro lado, con una presencia esporádica y diversa, el vínculo no acaba de consolidarse y concentrarse en algún terapeuta en particular, lo que favorece la diversidad del vínculo y la dilución de la transferencia. Ewn definitiva, las necesidades de contacto y vínculo se reabsorven en el grupo.

Estos factores son fundamentales sobre todo cuando trabajamos en un grupo con una perspectiva de proceso, por más que en el conjunto de terapeutas de un grupo alguno individualmente ignore esta realidad y quiera considerar el aquí-ahora de su intervención como algo absoluto, desconectado del devenir histórico del grupo. Hemos de tener presente que la terapia gestáltica no trabaja desde la transferencia pero tampoco la ignora. A mi parecer, un criterio coherente con el enfoque gestaltico es minimizar los factores de transferencia concentrada y favorecer los que la diluyan.

Conclusión

La relación terapéutica no es un concepto unívoco. Requiere considerarla en su entorno social y encuadre terapéutico. Existen muchos factores que influyen en ella y la matizan. Incluso hablamos de asuntos teórico-metodológicos diferentes según quienes están implicados en la relación, como he desarrollado antes, dando lugar a distintos tipos de relaciones terapéuticas. Ya no podemos hablar de un concepto central, ideal, único, circunscrito a unas pocas variables. Hemos de

hablar de una matriz conceptual múltiple en la que quepan las diversas modalidades de relaciones en la terapia.

Y en todas, hay algunas cualidades comunes que hacen que la relación sea gestáltica, como el contacto, el diálogo, la autenticidad, la responsabilidad, el compromiso, la transparencia y otras.

Notas bibliográficas y otras:

- (1) Gestalt en la vida cotidiana. *Georges Pierret*. Ed Mandala .Madrid 1991.
- (2) Varios títulos bien conocidos expresan estos tópicos:
 - Contacto y relación en Psicoterapia. *Jean Marie Robine*. Ed CuatroVientos. Chile 1999
 - Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestáltica. *Gary Yontef*. Ed Cuatro Vientos. Chile 1997
 - La Gestalt. Una terapia de contacto. *S. y A. Ginger* Ed Manual ModernoMaxico 1993
- (3) Transferencia y Transparencia. *Varios autores* Boletín de la Asoc Española de Terapia Gestalt (AETG) nº17, Madrid 1997
- (4) El proceso Hoffman de la cuadrinidad. *B. Hoffman*. Ed Urano. Barcelona 1992
- (5) En una triada junto con M. Albiñana y M Gomez, 1998-2001
- (6) Como “transferencia múltiple” en:
 - La locura lo cura. *G. Borja* Ed. Arkan. Mexico 1995 (también está editado en Ed. La Llave. Vitoria)

Artículo elaborado para la Revista de la AETG-2006

Juan José Díaz es psicólogo, psicoterapeuta gestáltico y docente en la Escuela de gestalt Izkali (www.izkali.com)