



Psicoterapia grupal con mujeres

Silvia Tubert

El primer **Centro de Psicoterapia de la Mujer**¹ de España fue fundado en Madrid en 1981, con la finalidad de ofrecer atención psicoterapéutica, en una época en la cual la sanidad pública no la proporcionaba, a mujeres pertenecientes a sectores sociales cuyos recursos económicos no les permitían acceder a la asistencia privada.² El Centro contó con subvenciones del Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y cobraba unos honorarios mínimos de carácter simbólico.

Una experiencia previa con “grupos de encuentro” de mujeres, había tenido lugar en la “prehistoria” del Centro de Psicoterapia de la Mujer, entre 1979 y 1981. Después de asistir en Holanda, con un grupo de trabajadoras sociales,³ a un curso de formación dirigido por especialistas que habían desarrollado un programa estatal de Orientación a Mujeres, organizamos unos talleres con mujeres de los barrios de Tetuán y La Ventilla, patrocinados por las Asociaciones Vecinales. Cada grupo se reunía con dos coordinadoras una vez por semana, durante dos horas, a lo largo de tres meses. Al comienzo las mujeres elaboraban un temario que respondía a sus intereses. A su vez, las trabajadoras sociales participaban semanalmente en un grupo de reflexión, coordinado por dos psicoanalistas⁴, sobre la tarea que llevaban a cabo en los talleres.

En el año 1981 este proyecto fue subvencionado por la Dirección General de la Juventud (Ministerio de Cultura).

El discurso de las mujeres en los talleres se centró en una serie de cuestiones que despertaban interés en todas las participantes:

- Interrogantes con respecto al propio cuerpo.
- Problemas concernientes a la sexualidad: frigidez, inhibiciones, sentimientos de culpabilidad.
- Conflictos en la relación con la pareja y con el lugar que la mujer ocupa con respecto al hombre.
- Dificultades en la relación con los hijos, vinculadas con su historia familiar y con sus experiencias como hijas.
- Obstáculos para la inserción social en el terreno laboral, asociados con el papel tradicionalmente asignado a la mujer en la familia.

Obviamente, la enumeración de estas preocupaciones comunes a todas es propia de un enfoque meramente fenomenológico que encubre las determinaciones psíquicas singulares de los problemas a los que alude un mismo significante. En consecuencia, la discusión y reflexión sobre estas cuestiones en talleres o grupos de encuentro, aunque resulten de utilidad en la medida en que abren nuevas perspectivas a las mujeres, tendrán necesariamente un alcance limitado. La experiencia realizada en Holanda, por ejemplo, demostró, a través de un seguimiento posterior, que los cambios logrados en los talleres no se sostienen con el paso del tiempo, si no se analizan las determinaciones singulares mencionadas. Por el contrario, en los grupos psicoterapéuticos este es, precisamente, el objetivo, y a él obedece la creación del Centro de Psicoterapia de la Mujer.

¹ Sus fundadoras y directoras fueron Norma Schwartz y la que suscribe; más tarde contamos con la colaboración de María del Carmen Rodríguez Rendo. El Centro funcionó durante poco más de una década.

² Los primeros Centros de Salud Mental fueron creados por el gobierno de Felipe González.

³ Participaron también en esta experiencia Carmen Bozzano, Irene de Borbón y Cristina Alberdi.

⁴ Norma Schwartz y yo misma.

En efecto, la dinámica intersubjetiva, en tanto revela las modalidades de relación de cada miembro con los otros y con el terapeuta, permite investigar la especificidad del sentido de los síntomas, tomándolos como producto de una estructura subjetiva singular. Los movimientos feministas de los años 80 buscaban la toma de consciencia, por parte de las mujeres, de su pertenencia a un colectivo oprimido como paso necesario para acceder a una posición de sujeto, entendido como agente de transformación histórico-social. Pero ese paso, si bien necesario, no podía ser suficiente puesto que descuidaba los efectos de lo inconsciente. En efecto, ha conducido a decepciones, en la medida en que generalmente tendía a sustituir un modo de alienación (en la individualidad aislada socialmente) por otro (en la comunalidad).

Desde la perspectiva psicoanalítica, si el objetivo es que una mujer pueda asumir la posición de sujeto de su propio deseo, entendemos que es de rigor trascender la creencia ingenua e ilusoria en los enunciados que suelen aparecer en los primeros encuentros grupales de mujeres: “a todas nos ocurre lo mismo”, “compartimos los mismos códigos”, “nos comprendemos mejor entre nosotras”, punto de partida para la búsqueda no menos ilusoria de una mítica “identidad femenina”. Si el sujeto es siempre singular, es necesario atravesar el espejismo de la semejanza para acceder al reconocimiento de la diferencia.

Luego, a la hora de trabajar con mujeres, debemos tener en cuenta que la alteridad se plantea en tres espacios: no sólo entre hombres y mujeres, sino también entre las mujeres y, además, en el seno de la subjetividad de cada una puesto que, como demuestra la clínica psicoanalítica, el ser humano es un sujeto escindido, marcado por el conflicto y la contradicción.

Formación de los grupos

Las mujeres que consultaban al Centro asistían, antes de su inclusión en un grupo terapéutico, a una serie de entrevistas en las que se recogía su historia vital. Aunque sabemos que las anamnesis no pueden sino ser superficiales y engañosas, se impone evaluar al menos si una persona tiene posibilidades de trabajar en grupo y de beneficiarse de ello. Debemos conocer los motivos de consulta y su relación con la situación familiar y laboral; las conexiones entre sintomatología e historia; la problemática sexual y social; la estructura e historia somera de la familia de origen y/o actual, la posición de la mujer ante la maternidad, en caso de que sea pertinente. Aunque toda esta información responda a la perspectiva del Yo de la paciente y el desvelamiento de su sentido inconsciente sea el punto de llegada al que nos conducirá, en el mejor de los casos, el proceso psicoterapéutico, no deja de proporcionar indicaciones útiles a la hora de decidir si se puede incluir en un grupo.

A continuación las mujeres se incorporaban a un grupo psicoterapéutico, a menos que existiera alguna contraindicación como, por ejemplo, encontrarse en situaciones críticas que requieren atención individual, como en el caso de depresiones agudas o procesos de duelo; presentar rasgos psicopáticos que podrían dificultar la tarea grupal; o rasgos psicóticos, que harían temer una descompensación. Al margen de estas contraindicaciones, los grupos eran heterogéneos en cuanto a edad, sintomatología, estructuras de personalidad y situaciones vitales.

En los diez años de existencia del Centro de Psicoterapia de la Mujer, alrededor de 150 pacientes han participado en nuestros grupos terapéuticos.

Aunque no tiene otro valor que el de una construcción estadística, puede ser interesante describir el perfil de estas pacientes. Una minoría de las mujeres que consultaban eran jóvenes estudiantes, en tanto que la mayoría eran mujeres de 35 a 50 años, cuyo motivo de consulta principal era la “depresión”. Al respecto, es necesario advertir que la creciente *medicalización* y *psiquiatrización* de la demanda de ayuda por parte de las mujeres, ha dado lugar a la formulación generalizada de esa demanda mediante el término “depresión”. Este rótulo es empleado en la actualidad para referirse a cualquier tipo de sintomatología: no sólo designa la depresión sino también la angustia, diversos tipos de somatizaciones, síntomas neuróticos, crisis vitales, y también es utilizado habitualmente para traducir todo malestar o sufrimiento psíquico. La palabra “depresión” funciona entonces como un significante vacío, que puede vincularse a una amplia gama de significados; o como una contraseña que le abre a una persona las puertas de un espacio donde espera ser escuchada.

La mayoría de estas pacientes estaban casadas y tenían hijos. En todos los casos los problemas de las relaciones de pareja tenían una gran importancia, ya sea que se tratara de mujeres casadas o solteras, hetero u homosexuales.

Las dificultades en la crianza de los hijos generalmente estaban asociadas con el deficiente ejercicio de la función paterna por parte del marido; estas amas de casa se hacían cargo de sus hijos casi con exclusividad. Pero las mujeres trabajadoras se encontraban, en el marco de la familia, en circunstancias similares. En consecuencia, se presentaban dos tipos de situaciones en lo que respecta a la situación laboral. Las mujeres que se desempeñaban sólo como amas de casa se encontraban agobiadas por la responsabilidad total del cuidado de la familia; las que trabajaban también fuera de casa se sentían desgarradas por las exigencias, muchas veces incompatibles, relativas al ejercicio de sus múltiples funciones.

Aunque en la actualidad las condiciones han cambiado, los estudios sociológicos revelan que, a pesar de la mayor inserción en el mercado laboral y la paridad política, las mujeres siguen dedicando mucho más tiempo que los hombres al cuidado del hogar y la familia. “Es el precio que tiene que pagar la mujer por incorporarse a la vida moderna fuera de casa sin haber dejado de ser tradicional dentro de casa”, dice María Ángeles Durán (2007). Es fácil apreciar que los cambios sociales son mucho más lentos que los políticos y jurídicos. La socióloga señala también que, en muchos casos, la tan mentada conciliación se reduce a no tener hijos.

Es importante destacar que esta circunstancia, producto de la división sexual del trabajo que todavía era casi la regla hace 25 años, no por ser gravosa era menos *libidinizada*. En efecto, a poco analizar, se ponía en evidencia el deseo de posesión exclusiva de los hijos, con el consiguiente beneficio narcisista y el logro del ejercicio del poder en el hogar, casi el único que estaba entonces al alcance de la mayoría de las mujeres.

Además de las determinaciones propias de la historia vital y la estructura psíquica singular, hemos podido apreciar un conflicto paradigmático relacionado con el malestar experimentado por una gran parte de las mujeres que han pasado por el Centro: si bien se resistían a, o se sentían agobiadas por los roles femeninos tradicionales, no podían “apartarse de la norma”, ya sea por miedo, por falta de recursos o por sentimientos de culpabilidad.

Cuando lograban formular en palabras aquello que los síntomas enmascaraban, aunque expresándolo a la vez simbólicamente, comenzaban a asumirse como sujetos en devenir, intentando enunciar un deseo propio; a veces, sencillamente, el de poder desear.

Método

La psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica se ha originado, en cierto modo, en la aplicación de la regla fundamental de la *asociación libre* a la escena grupal: no se establece ningún tipo de temario, las participantes deben enunciar sus ocurrencias en el grupo, tratando de no autocensurarse por razones de pudor, exigencias intelectuales o morales, temor a ofender, etc. Claro está que las cadenas asociativas articularán los discursos de los distintos participantes, de modo que no se hallarán orientadas exclusivamente por las determinaciones inconscientes individuales, sino también por las tramas intersubjetivas que se irán tejiendo entre los integrantes.

Del lado del psicoterapeuta, el correlato es la *atención flotante*: se trata de escuchar lo que los pacientes, queriendo decir, no dicen, y lo que dicen sin querer decirlo. No se privilegia ningún tema, ni se aconseja, ni se sanciona ninguna intervención de las participantes. Se formulan *interpretaciones* del discurso, teniendo en cuenta en lo posible, ya sea simultánea o sucesivamente, la situación global del grupo, los vínculos que se establecen entre sus miembros y la singularidad de cada uno. Asimismo, se sugieren *construcciones* referidas tanto a la historia del grupo como a la de cada paciente. En el curso del proceso psicoterapéutico observamos que en algunos momentos predomina el imaginario grupal y en otros la subjetivación singular, pero es necesario tener siempre presente que la finalidad es acceder a los conflictos, ansiedades, deseos y aspiraciones de cada una de las pacientes.

Mario Campuzano (1996) ha sistematizado como sigue los mecanismos que intervienen en los procesos psicoterapéuticos grupales:

1. El *apoyo* deriva de la posibilidad de establecer un vínculo de interés, ayuda y contención emocional.

La mayor parte de las mujeres que acudían al Centro, como veremos más adelante, eran amas de casa que vivían bastante aisladas socialmente, de modo que, al margen de la función terapéutica propiamente dicha, el mero hecho de asistir al grupo cumplía esta función de apoyo, al

proporcionarles un sentimiento de pertenencia, sumado al hecho, poco frecuente en sus vidas, de ser escuchadas y respetadas.

2. La *catarsis*, es decir, la posibilidad de expresar afectos contenidos o evitados, ligados a experiencias traumáticas, proporciona un alivio que ha sido reconocido y propiciado desde la antigüedad, formando parte de ritos religiosos o ceremonias sociales.

En nuestros grupos psicoterapéuticos las pacientes pudieron relatar, muchas veces por primera vez en su vida, experiencias, sentimientos y emociones que, al ser escuchados y tolerados, tanto por las otras participantes como por las terapeutas, pudieron ser reconocidos y aceptados por ellas mismas, primer paso imprescindible para su ulterior elaboración.

3. El mecanismo de *identificación*, que se produce inevitablemente entre las pacientes, procura también alivio cuando alguna persona descubre que no es la única que ha experimentado determinadas vivencias y permite en ocasiones adoptar modelos diferentes proporcionados por las demás integrantes del grupo.

Las terapias de apoyo utilizan fundamentalmente los tres mecanismos mencionados: apoyo, catarsis e identificación, cada uno de los cuales puede desempeñar un mayor o menor papel.

4. El psicoanálisis y las terapias psicoanalíticas, en cambio, procuran comprender los fenómenos a partir de sus determinaciones inconscientes, empleando, como ya he mencionado, los instrumentos básicos de la *interpretación* y la *construcción*. Estas pondrán en marcha el trabajo de la *elaboración* de los conflictos que, a su vez, permitirá lograr modificaciones en la estructura psíquica, en la posición del sujeto.

Como señala Campuzano, en la terapia psicoanalítica “el mecanismo de apoyo busca mantenerse en el nivel de contención, la catarsis se usa sin un especial énfasis y la identificación no se promueve en cuanto a ‘modelo de rol’ sino se aprovecha como ‘mecanismo de relación interpersonal’ susceptible de conocerse en relación a sus determinantes inconscientes y, por tanto, susceptible de ser interpretada.”

En efecto, se impone la necesidad de analizar las identificaciones, porque favorecen situaciones especulares que, si bien son inevitables e incluso cumplen una función en el proceso terapéutico, como veremos más adelante, dificultan el reconocimiento de la alteridad, condición *sine qua non* para la subjetivación.

Añadiré que el analista se diferencia de otros terapeutas grupales por introducir la escucha psicoanalítica, la neutralidad y la abstinencia. Como destaca Busto (2002), no se trata tanto de traducir y descifrar, buscando permanentemente la comprensión de los acontecimientos grupales, sino de “interrogar”, creando las condiciones adecuadas “para que las significaciones que circulan en un grupo permitan identificaciones y movimientos transferenciales.”

Intentamos evitar la antinomia individuo/grupo, siguiendo la propuesta de Kaës, quien ha abandonado el concepto de “fantasía inconsciente grupal”, planteando en cambio que en los grupos las fantasías son siempre individuales, aunque puedan ser compartidas. Kaës considera que el “fantasma” es una escenificación que se desarrolla entre varios sujetos. La integración de los sujetos a una situación grupal, moviliza diferentes aspectos de su propia subjetividad, y todo lo que “resuena y habla”, en cada uno de los participantes son posiciones en la escena fantasmática. Lo singular corresponde a la posición que cada uno asume en dicha escena. Escribe Kaës (1995): “El entrecruzamiento de los discursos individuales forma puntos nodales, no sólo como una cadena sino también como una trama, una red, un tejido asociativo. Esto significa que no se trata solamente de una cadena signifiante sino de un conjunto semiótico amplio y compuesto en el cual se entretejen palabras, miradas, lugares, mímicas, gestos”.

El grupo psicoterapéutico de mujeres

En el Centro de Psicoterapia de la Mujer hemos trabajado también con grupos mixtos puesto que, dado el carácter exiguo de los honorarios y la falta de recursos asistenciales públicos en ese momento, recibimos demandas de atención por parte de hombres. Esto nos permite señalar algunos rasgos específicos de los grupos psicoterapéuticos de mujeres que los diferencian de los grupos mixtos.

1. Uno de los primeros efectos de la tarea psicoterapéutica en estos grupos, vinculado con los mecanismos de apoyo, catarsis e identificación, es que permitían romper el aislamiento en que vivían las amas de casa en el medio urbano. Al trascender la preocupación inmediata por los síntomas, las pacientes descubrían que algunos deseos y fantasmas que cada una de ellas creía singulares, que consideraban patológicos o extraños, eran compartidos por las demás integrantes del grupo. Este reconocimiento conducía a cuestionar algunas representaciones normativas y abstractas de carácter opresor e inhibidor, como *salud*, *madurez*, *normalidad*.

Se pudo apreciar que los consiguientes cambios en sus actitudes dieron lugar a las quejas o al disgusto de sus parejas u otros familiares (padres, por ejemplo), puesto que consideraban que ellas estaban *peor* que antes. En efecto, no respondían ya a unos modelos de relación intersubjetiva que, si bien podían ser ventajosos para quienes convivían con ellas, eran indudablemente patógenos para ellas mismas, como sucede en el caso del sometimiento, que exige la represión o inhibición de los propios deseos. Como manifestó en cierta ocasión una paciente, cuyo marido se oponía acerbamente a que prosiguiera la psicoterapia: "Prefiere verme enferma en la cama como antes, con tal de que no salga a trabajar fuera de casa."⁵

Sin embargo, paralelamente a sus efectos positivos, fundamentalmente el auto-reconocimiento como sujeto deseante a través del reconocimiento por parte de las *otras*, los mecanismos de identificación mencionados conllevan el riesgo de generar *identidades colectivas* en las que, imaginariamente, todas se perciben como iguales. Estas construcciones suelen ponerse al servicio de las resistencias, en tanto pueden operar como coartadas para evitar el cuestionamiento de la propia identidad y, al ignorar las diferencias existentes entre las participantes, desconocer también las diferencias intrasubjetivas que dan lugar a conflictos o contradicciones entre distintos deseos o estructuras de la personalidad.

Estos procesos de identificación recíproca y de reconocimiento mutuo desempeñan un papel importante en las primeras fases de la tarea grupal, de modo que no es conveniente obstaculizar su desarrollo. No obstante, en cuanto comienza a establecerse su función resistencial, es necesario analizarlos para impedir que obturen la emergencia de la singularidad de cada sujeto, convirtiéndose en un nuevo medio de alienación, si ya no en la realidad social, esta vez en la realidad del microcosmos constituido por la realidad del grupo. Como ha observado Anzieu (1986) en esta situación se sustituye el yo ideal de cada uno de los miembros del grupo por un yo ideal grupal, constituyéndose lo que él denomina "la ilusión grupal."

Generalmente se produce en estos grupos el pasaje de esa fase inicial de pura *semejanza* ilusoria –buscar elementos comunes, reconocerse en las otras– a otra fase de *singularización* en la que el espejo se rompe –se reconocen las diferencias, se buscan soluciones y respuestas individuales porque los problemas y los interrogantes, más allá de los aspectos compartidos, también se reconocen como singulares.

2. El grupo psicoterapéutico con mujeres proporciona un espacio en el que la palabra de cada una será escuchada en una doble dimensión: por un lado, como palabra de un sujeto singular y por otro, en tanto se trata de un grupo de mujeres, como palabra de un sujeto marcado por la sexuación. Se podrá objetar que esto mismo tiene lugar en cualquier tipo de psicoterapia de orientación psicoanalítica, ya sea individual o grupal, pero hay una diferencia.

Recordemos que, como dice Freud, la oposición masculino/femenino no se alcanza antes de la pubertad y supone el reconocimiento de que la diferencia entre los sexos corresponde a la realidad anatómica de dos órganos genitales diversos, donde no falta ni sobra nada. Sin embargo, inconscientemente se superpone a las antítesis establecidas en las fases pregenitales: sujeto/objeto (oral), activo/pasivo (anal) y fálico/castrado (genital infantil). De modo que situarse en el lugar de lo femenino equivale a colocarse en el lugar del objeto, la pasividad, la castración. Esta perspectiva infantil, que pervive en lo inconsciente, se ve reafirmada por el lugar que se asigna a lo femenino en la cultura (la mujer está incluida en lo simbólico bajo la forma de la exclusión) y por las relaciones de poder entre los sexos.

En este sentido, el lúcido análisis de John Berger (2000) permite apreciar la identificación de la mujer con la mirada masculina, con la consiguiente división subjetiva. Berger afirma que las mujeres están ahí para satisfacer un apetito ajeno pero no para tener uno personal; el deseo de ser reconocidas como deseables contribuye a que se configuren como objetos para ser consumidos por los otros más que como sujetos de un deseo propio. Los hombres miran a las mujeres y éstas observan cómo son miradas, lo que determina

⁵ Los estudios epidemiológicos revelan que los efectos de la vida en pareja sobre la salud de hombres y mujeres son antitéticos: protectores para los primeros y patógenos para las últimas. Cf. Tubert (2001).

no sólo la mayor parte de las relaciones entre hombres y mujeres sino también la relación de la mujer consigo misma: el observador interiorizado en la mujer es masculino, en tanto que la observada es femenina. Al experimentar su propio cuerpo como si fueran los observadores masculinos de sí mismas, se transforman en un objeto, en particular en un objeto visual.

Como en todo grupo psicoterapéutico, en los grupos de mujeres cada sujeto es escuchado no sólo por el analista, sino también por los demás miembros. Sin embargo, en este caso la asunción por parte de la mujer de la posición de sujeto deseante se encuentra facilitada por el reconocimiento de la *otra* mujer como sujeto deseante. El genitivo, en este caso, tiene un valor subjetivo y objetivo a la vez, indicando que cada una reconoce a la otra, al tiempo que es reconocida *por* la otra. Esta especularización inicial es de carácter imaginario, como ya he mencionado, pero es tan inevitable como necesario que se establezca, para ser ulteriormente atravesada y alcanzar la dimensión simbólica del reconocimiento de la alteridad (que implica la articulación de semejanzas y diferencias) y el intercambio, de modo que no queden prisioneras del narcisismo.

Desde mi punto de vista, lo importante no es compensar el déficit narcisista que, según algunas autoras, afectaría a las pacientes como consecuencia de la desvalorización y subordinación social de las mujeres, sino investigar las diferencias en las formas en que se constituye el narcisismo en cada sujeto en función no sólo de su singularidad sino también de su sexo.

Es probable que las mujeres, en concordancia con las observaciones de Berger, orienten la libido narcisista hacia su *imagen*, más que hacia otros aspectos de su yo o de su personalidad en general, de modo que el narcisismo inviste la posición de objeto, en tanto el deseo masculino es reconocido como el único deseo en juego. El deseo prioritario de la mujer, como señaló Freud, sería entonces el de ser deseada.

En consecuencia, el proceso terapéutico no puede, de ningún modo, tender a alimentar el narcisismo de las mujeres, sino orientarse a que pueda trascender la posición narcisista en la cual el cuerpo y la imagen corporal constituyen el objeto fundamentalmente investido, para acceder a una posición de sujeto de su propio deseo. En efecto, el sujeto, desde el punto de vista psicoanalítico, es un sujeto deseante, pero es imposible acceder a tal posición mediante el refuerzo del narcisismo, que supone una plenitud y omnipotencia ilusorias. Por el contrario, desear requiere el reconocimiento de la falta, de la escisión del sujeto.

3. En mi experiencia con los grupos psicoterapéuticos de mujeres, una vez atravesada la fase de identificación especular, salían a la luz con mayor facilidad los cuestionamientos e interrogantes acerca de la identidad femenina, dando lugar al surgimiento de una multiplicidad de posibilidades capaces de sustituir al discurso social sobre la feminidad. En los grupos mixtos, en cambio, la identidad sexuada de las mujeres tendía a presentarse como algo incuestionable y no era habitual que surgiera el interrogante “¿Qué significa ser una mujer?” Es probable que la presencia de participantes de sexo masculino funcionara como referente ante el cual la respuesta pareciera obvia. En estos grupos, además de los polos constituidos por los individuos y el grupo como totalidad, tenemos que tener en cuenta la conformación de los subgrupos de los hombres y las mujeres que, en ciertos momentos, podían fusionarse y generar identidades compartidas imaginariamente.

Sin embargo, también en los grupos de mujeres la referencia al otro sexo estaba presente, ya fuera tácita o explícitamente. He podido observar en ellos la tendencia a *mitificar* la figura masculina, ya sea en el sentido de la idealización –“ellos son más fuertes, tienen la vida más fácil, tienen más posibilidades, son libres, hacen lo que quieren”- o de la desvalorización –“son como niños, despreocupados, dependen de nosotras para todo”. En los grupos mixtos, en cambio, al ser testigos de las debilidades y del sufrimiento de sus compañeros resultaba más fácil reconstruir aquellas representaciones mitificadas.

Podemos concluir que en los grupos de mujeres la psicoterapia conduce –entre otras cosas, por cierto- al reconocimiento de que *entre* las mujeres no sólo hay semejanzas sino también diferencias, aunque el riesgo es radicalizar las diferencias con respecto a los hombres. En los grupos mixtos, en cambio, la psicoterapia facilita el descubrimiento de que entre hombres y mujeres no sólo hay diferencias sino también semejanzas.

Bibliografía

Anzieu D., *El grupo y el inconsciente*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1978.

Anzieu D. y Martín J., *La dinámica de los grupos pequeños*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1997.

Berger J., *Modos de ver*, Gustavo Gili, Barcelona, 2000.

Busto A., *Evolución de la Psicoterapia Analítica de Grupo*, Revista Uruguaya de Psicoanálisis Nº 89, 1999.

Campuzano M., *Grupos de autoayuda y psicoanálisis grupal*, Addictus Nº 12, México, DF, 1996, Pág. 24-30.

Chasseguet-Smirgel J., *La sexualidad femenina*, Laia, Barcelona ,1973.

Durán M.A., *El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?*, Espasa-Calpe, Madrid, 2007.

Fernández A. M., *El campo grupal. Notas para una genealogía*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.

Freud S., *La Feminidad, Sobre la sexualidad femenina y Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica*, Obras Completas, Biblioteca Nueva, Madrid.

Grinberg L., Langer M. y Rodriqué E., *Psicoterapia de grupo*, Paidós, Buenos Aires, 1961.

Kaës R., *La cadena asociativa grupal*, Revista de AAPPG. Tomo IX. Nº 2.,1986.

Kaës R., *El grupo y el sujeto del grupo*, Amorrortu, Buenos Aires,1995.

Tubert,S., *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. El Arquero (Cátedra), Madrid, 1988.

Tubert,S., *Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista*, Síntesis, Madrid, 2001.