

Paramètres de Développement dans la Formation à la Thérapie Familiale: le processus d'appropriation de l'histoire familiale du thérapeute.

Anne Chouhy¹

Résumé

Le thérapeute constitue son principal instrument thérapeutique. Afin de ne pas rester envahi par les émotions que le système thérapeutique évoque et/ ou amplifie de son histoire familiale, il doit réaliser un apprentissage cognitif et émotionnel, qui dépend nécessairement d'une connaissance de son histoire familiale. L'article explore ce processus d'appropriation de l'histoire familiale du thérapeute et décrit, en un premier lieu, la manière dont au sein des supervisions, à partir des similitudes structurelles - isomorphismes - entre la famille qui consulte et sa famille d'origine, le thérapeute découvre des éléments importants de son histoire familiale. Ensuite, la manière dont, au fur et à mesure qu'il transforme ses souvenirs émotionnels implicites d'expériences passées en souvenirs explicites d'expériences émotionnelles, il acquiert une maîtrise de ses émotions. Enfin, la manière dont cette évolution peut être tracée en considérant le génogramme de la famille d'origine du thérapeute, et ses modifications successives tout au long de la formation, un paramètre de son développement personnel et professionnel.

Abstract

The therapist is his own therapeutical instrument. In order not to be invaded by the emotions that the therapeutical system evokes and amplifies from his family history, he must go through a process of cognitive and emotional learning, which necessarily depends on the recognition of his own family history. The article explores this appropriation process of the therapist's family history and describes firstly, how in the context of supervision and starting from structural similarities – isomorphisms - between the consulting family and his family of origin, the therapist recovers significant aspects of his family history. Secondly, how insofar as he transforms his implicit emotional memories of past experiences into explicit memories of emotional experiences, he acquires an adequate regulation of his emotional responses. Lastly, how this evolution may be traced considering the genogram of the therapist's family of origin, and its progressive modifications during the training, as a parameter of his personal and professional development.

Mots- Clés

Famille d'origine – Isomorphisme – Autoréférence – Apprentissage émotionnel – Appropriation – Ethique.

Key Word

Family of Origin – Isomorphism – Self- referentiality – Emotional Learning – Appropriation – Ethics.

Introduction.

La spécificité de la formation du thérapeute familial systémique est constituée par l'acquisition d'une pensée systémique c'est-à-dire, apprendre à utiliser la logique de la causalité circulaire pour articuler les différents niveaux de complexité entre individus, relations entre individus, systèmes de relations et systèmes en interaction.

Mais l'accès à la causalité circulaire nécessite de passer par les vicissitudes de la récursivité et de l'autoréférence, qui placent le thérapeute dans une situation paradoxale. En effet, comme l'avance Heinz Von Foerster, fondateur de la cybernétique du second ordre, le thérapeute devient un observateur qui ordonne et organise un monde construit par ses propres expériences. Comme il n'est pas possible accéder à la réalité objective, car les propriétés de l'observateur déterminent les

¹ Pédopsychiatre, Thérapeute familial, Rome, Italie.

caractéristiques de ce qu'il observe, surgit alors l'interrogation « comment connaissons-nous ce que nous connaissons ? ». Humberto Maturana, dans sa théorie sur la connaissance, propose le concept de couplage structurel en tant que forme d'interaction ou d'intersection, entre un système - système vivant, système de connaissances, etc. - et son milieu qui, avec ses perturbations, produit dans le système les changements de structure que son organisation lui permet d'assimiler.

Mony Elkaim a introduit ces notions - autoréférence et couplage structurel - dans le domaine de la thérapie familiale, en créant avec le concept de « résonance », un pont unique, non seulement entre l'épistémologie systémique et la thérapie familiale, mais aussi entre le thérapeute et les membres d'un système familial. Le concept de résonance définit des phénomènes de différent ordre, l'un concernant l'amplification d'éléments similaires et communs aux différents systèmes en interaction, qui émerge dans l'intersection possible entre leurs structures ou constructions du monde ; l'autre concernant la fonction qu'acquiert cette amplification, par rapport à l'ensemble des structures ou des constructions du monde.

Grace au concept de résonance, le paradoxe de l'autoréférence cesse d'être une limite pour devenir une possibilité, *si et seulement si* le thérapeute a appris à s'utiliser comme instrument thérapeutique : s'il sait utiliser la fonction systémique de la résonance afin de générer de nouvelles possibilités pour le système thérapeutique, c'est-à-dire, s'il a appris à utiliser les émotions ou perceptions que le système évoque et/ou amplifie de son histoire familiale, de manière à empêcher que les constructions du monde des différents membres du système se renforcent mutuellement.

Pour atteindre ce résultat, le thérapeute a à réaliser un apprentissage cognitif et émotionnel.

D'un point de vue cognitif, il doit acquérir progressivement de nouvelles hiérarchies de complexité : en partant d'une logique causale linéaire qui lui permet seulement de « lire » des individus, il accéderait à une lecture relationnelle - relations entre individus - et, à partir des interactions dyadiques et triadiques, circulaires et récursives, il serait conduit à entrevoir les propriétés émergentes des systèmes. Je pense que ce n'est qu'en accédant à ces niveaux de complexité et d'abstraction, qu'il est possible pour le thérapeute, comprendre la nature inter-système de la résonance. Mais il doit surtout acquérir, d'un point de vue émotionnel, une maîtrise de ses émotions : il doit apprendre à travailler dans l'intersection entre ce qui le constitue venant de son passé - son histoire familiale - et le contexte présent - le système thérapeutique - sans rester envahi par les émotions ou perceptions liées à son histoire que le système thérapeutique évoque et/ou amplifie. Pour atteindre ce résultat, le thérapeute doit effectuer un apprentissage émotionnel qui *exige nécessairement* une connaissance de sa propre histoire familiale. Cet apprentissage, qui se déploie tout au long de la formation sous la forme d'un processus de connaissance et donc d'appropriation de l'histoire familiale du thérapeute, est le thème central de cet article.

A fin d'exposer ce processus d'appropriation, je présenterai en un premier lieu, deux exemples de supervisions indirectes qui montrent comment, à partir de certaines similitudes structurelles entre la famille en consultation et la famille d'origine du thérapeute², celui-ci récupère des aspects importants de son histoire familiale.

Ensuite, je décrirai les caractéristiques du processus d'appropriation de l'histoire familiale du thérapeute, en considérant la supervision indirecte en tant que contexte d'apprentissage, et en proposant d'un point de vue neurobiologique, les mécanismes qui contribuent à l'apprentissage émotionnel.

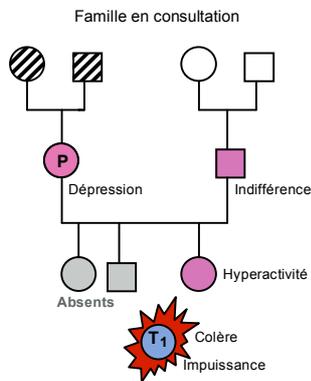
Enfin, je décrirai l'évolution de deux thérapeutes, en utilisant comme paramètre de leur développement personnel et professionnel, les modifications successives du génogramme de leur famille d'origine durant la formation.

² Il s'agit de thérapeutes au début de la formation à la thérapie familiale.

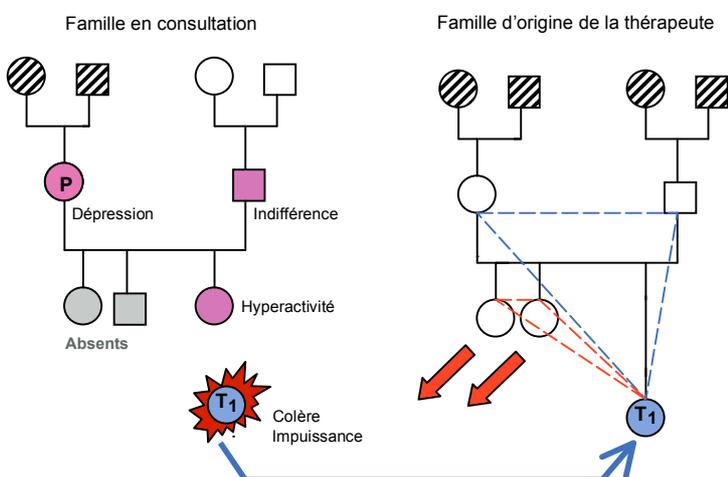
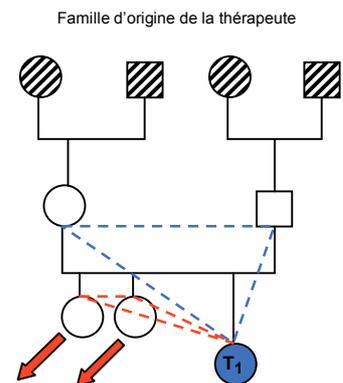
1. Première et seconde situation de supervision indirecte.

a) Première situation.

La thérapeute reçoit une patiente qui présente une dépression grave et qui, en pleurant, lui raconte que son ménage est en crise, qu'elle n'arrive plus à gérer ses trois enfants, et qu'elle se sent profondément seule depuis le décès de ses parents, l'un peu avant et l'autre peu après la naissance de son troisième enfant. La thérapeute décide alors convoquer toute la famille de la patiente mais ne se présentent au rendez vous que la patiente, son mari et la fille cadette, ses deux ainés étant absents. Pendant la séance la thérapeute ne sait comment contenir l'hyperactivité de l'enfant ; en outre, l'attitude détachée du mari ainsi que l'absence des deux autres enfants suscitent en elle une colère croissante. Se sentant bloquée et incapable de fournir aucune aide, elle dira à la patiente qu'effectivement elle est seule dans sa famille, et lui conseillera d'entreprendre une psychothérapie individuelle avec un autre thérapeute. A la suite de la séance, la thérapeute demande une supervision indirecte pour comprendre la cause de sa réaction.



Pendant la supervision émergent quelques données importantes concernant l'histoire familiale de la thérapeute : sa famille d'origine est composée de sa mère, son père, deux sœurs aînées et elle, la cadette. Peu avant son adolescence, l'entreprise du père fait faillite et la famille subit un effondrement économique. Les deux sœurs aînées se marient l'une après l'autre et quittent la maison en la laissant seule avec un père anéanti par son échec et une mère occupée exclusivement à soutenir son mari dans sa dépression. Ne pouvant réclamer aucune aide pour soi sans alourdir ultérieurement la situation familiale, la thérapeute cherchera un soutien à l'extérieur de la famille, en multipliant ses activités scolaires et sociales. L'analyse structurale des configurations relationnelles familiales, relève l'existence de deux triangles de relations - de la thérapeute avec ses parents et de la thérapeute avec ses sœurs - où elle occupe chaque fois la position du tiers exclu : c'est à partir de cette position d'exclusion qu'elle a perçu sa mère détachée et indifférente à son égard, son père inaccessible dans sa dépression, et l'absence de ses deux sœurs dans un moment si dramatique de l'histoire familiale, comme une trahison et un abandon.

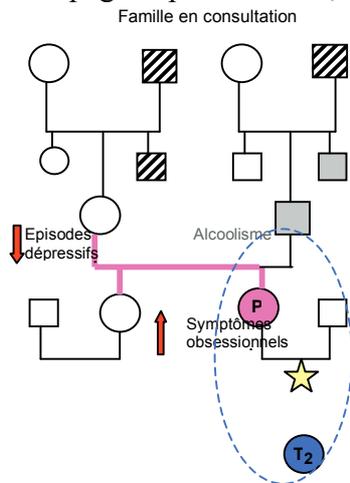


Le travail de la supervision permet à la thérapeute de confronter les caractéristiques des deux systèmes familiaux, d'identifier quelques similitudes structurales, et de donner un sens à sa réaction : elle comprend comment dans la rencontre avec la famille en consultation, celle-ci a évoqué et amplifié des éléments appartenant à son histoire familiale. A partir de ces données, il lui devient possible d'attribuer sa réaction de colère et d'impuissance à l'expérience de solitude et d'exclusion vécue dans sa propre

famille, et dans le processus de repérer ce vécu et de le restituer à ses configurations relationnelles originaires, s'appropriier d'éléments importants de son histoire familiale, non identifiés précédemment.

b) Seconde situation.

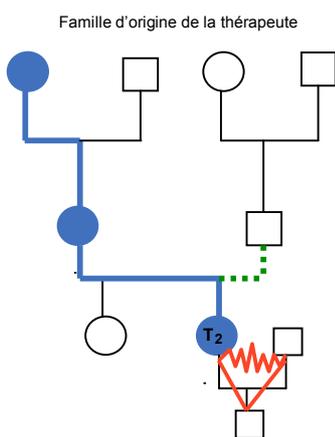
La thérapeute reçoit une jeune femme qui consulte pour des symptômes phobiques et obsessionnels. Bien que symptomatique depuis 7 ans, elle vient maintenant car, mariée et enceinte de 6 mois, elle craint que ses pensées obsédantes ne l'empêchent d'être disponible aux besoins de son enfant. Lors de la première consultation, la patiente se présente accompagnée par sa sœur ; à la seconde rencontre, elle vient avec sa mère, et quand la thérapeute lui demande de venir une troisième fois accompagnée par son mari, elle arrivera avec lui, sa sœur et sa mère.



La thérapeute demande une supervision car elle ne sait décider quel serait le contexte thérapeutique le plus adéquat pour protéger le futur nouveau-né : une thérapie du couple ou une thérapie individuelle pour la patiente ?

En cours de supervision, une analyse approfondie de la famille en consultation met en évidence des données cliniques importantes, non relevées par la thérapeute :

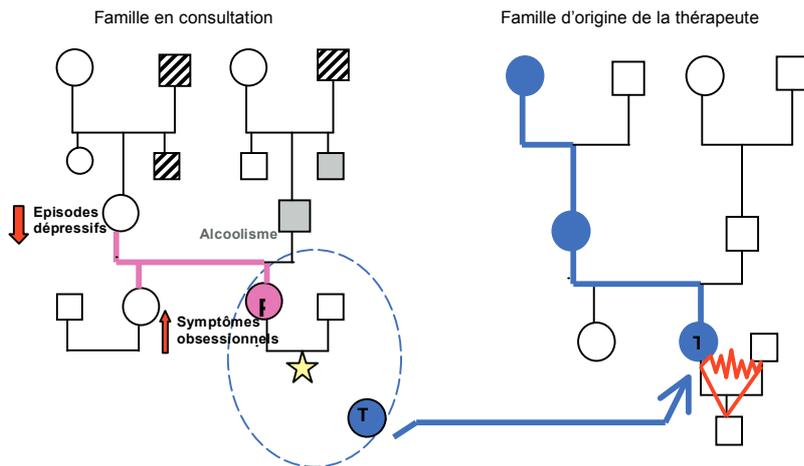
- L'alternance depuis des années entre les symptômes phobiques et obsessionnels chez la patiente, et les épisodes dépressifs de sa mère,
- le contraste entre le lien étroit qui unit les femmes entre elles, et la présence problématique et/ou l'absence de la plupart des hommes.



Pendant la supervision émergent des données importantes concernant l'histoire familiale de la thérapeute : sa famille d'origine est composée de sa mère, son père, une sœur aînée et elle-même, mariée avec un fils âgé d'un an. En ce qui concerne sa famille nucléaire, son couple est en crise, la relation avec son mari est très conflictuelle et la thérapeute vit avec angoisse les répercussions possibles de cette situation familiale sur le développement de son fils. En ce qui concerne sa famille d'origine, elle décrit un lien très intense avec une mère elle-même étroitement liée à sa propre mère et un père absent, et avoir souffert de troubles alimentaires au cours de son adolescence.

Le travail de la supervision permet à la thérapeute de confronter les caractéristiques des deux systèmes familiaux et d'identifier quelques similitudes structurelles permettant de comprendre ses doutes et ses préoccupations : la rencontre avec la famille en consultation a fait surgir et amplifié chez elle des éléments appartenant à son histoire familiale.

A partir de ces données, la thérapeute arrive à comprendre comment la polarisation de son attention sur le problème de la protection du futur nouveau-né de la patiente, reflète l'angoisse qu'elle vit par rapport à son propre fils, et comment la polarisation de son attention sur la famille nucléaire de la patiente - thérapie du couple ou thérapie individuelle ? -, ainsi que l'omission des caractéristiques du lien qui maintient unies la patiente et sa mère - quand les obsessions de la patiente diminuent, la dépression de sa mère s'accroît, et vice-versa - reflètent sa nécessité d'isoler les problèmes qu'elle vit dans son couple des problèmes qui la lient à sa famille d'origine.



Ce travail permet à la thérapeute de repérer son angoisse et de la restituer à la relation conflictuelle avec son mari, à la difficulté de séparation avec sa mère, et à l'incompatibilité réciproque entre les deux relations : dès qu'elle se rapproche de sa mère, les conflits avec son mari s'intensifient, et vice-versa. Elle peut aussi intégrer l'incompatibilité entre ces deux relations dans un

modèle de relation de couple qui se transmet de génération en génération, où les femmes choisissent les hommes d'une manière permettant de préserver leurs liens étroits en excluant les pères et les maris. Ainsi, la thérapeute s'approprie d'éléments importants de son histoire familiale non identifiés comme tels précédemment.

2. Le processus d'appropriation de l'histoire familiale du thérapeute.

a) La supervision indirecte en tant que contexte d'apprentissage.

Ces deux exemples de supervision permettent quelques réflexions à propos des rencontres des thérapeutes avec les familles en consultation.

Dans les deux cas, s'agissant de supervisions indirectes, c'est le thérapeute qui présente les caractéristiques de la famille qu'il suit et celles de sa famille d'origine.

Dans les deux cas, la rencontre avec la famille en consultation évoque et amplifie des éléments appartenant à l'histoire familiale du thérapeute lequel, ne sachant discerner ce qui le constitue, ne peut que rester envahi par l'intensité de sa réaction - de colère ou d'angoisse - qui le désoriente et/ou le paralyse au point de demander une supervision.

Dans chacun de ses cas, à partir de quelques similitudes structurelles ou d'isomorphismes³ entre les systèmes familiaux, le thérapeute identifie ce qui de son passé a été évoqué et amplifié et en le restituant à ses configurations relationnelles originaires, il récupère des éléments importants de sa propre histoire familiale.

Un élément commun ultérieur au travail de la supervision concerne les similitudes et les différences : à partir des similitudes entre les deux systèmes, *c'est dans la mesure où* le thérapeute identifie les éléments qui le constituent venant de son passé, qu'il devient capable de distinguer les différences entre les systèmes dans le contexte thérapeutique. Si la capacité de distinguer les différences dépend de la possibilité d'identifier les similitudes, ceci signifie que l'acquisition de part du thérapeute, d'une maîtrise de ses émotions quand il travaille dans l'intersection entre présent et passé - et sa possibilité d'empêcher que les constructions du monde de tous les membres du système thérapeutique se renforcent mutuellement - *dépend nécessairement* du degré d'appropriation de son histoire familiale.

³ Je considère les isomorphismes - similitudes structurelles - comme une forme de résonance, c'est à dire, comme l'amplification d'éléments structurels - configurations relationnelles - similaires et communs aux différents systèmes en interaction.

Dans la première supervision, c'est dans la mesure où la thérapeute identifie l'expérience de solitude et d'exclusion vécue dans sa famille d'origine qu'elle peut comprendre en quoi sa réaction de colère et d'impuissance et son indication d'une thérapie individuelle pour la patiente, ont eu l'effet de renforcer la conviction chez tous les membres du système thérapeutique, y compris elle-même, qu'il est impossible de recevoir de l'aide de sa propre famille.

Dans la seconde situation de supervision, c'est dans la mesure où la thérapeute identifie son besoin d'isoler les uns des autres, les liens conflictuels au sein de sa famille nucléaire et d'origine qu'elle peut comprendre en quoi sa réaction d'angoisse aurait eu l'effet de renforcer chez tous les membres du système thérapeutique, y compris elle-même, la perception d'incompatibilité entre liens affectifs importants.

b) Mécanismes neurobiologiques de l'apprentissage émotionnel.

Joseph LeDoux (2005), considère que, pour les souvenirs d'expériences émotionnelles, le cerveau utilise deux systèmes d'apprentissage ou deux types de mémoire différents : le premier implique la formation de souvenirs conscients d'expériences émotionnelles et constitue la mémoire déclarative ou explicite ; les souvenirs créés de cette manière sont accessibles à une mémorisation consciente. L'autre système d'apprentissage ou de mémoire émotionnelle forme des souvenirs implicites ou non déclaratifs et constitue la mémoire implicite ; les souvenirs créés de cette manière commandent le comportement sans une conscience explicite de l'apprentissage passé.

Pour LeDoux (1992) :

- une émotion peut constituer un souvenir :

« Les souvenirs affectifs - émotions - peuvent être, mais ne sont pas nécessairement, des souvenirs dans le sens d'une mémoire consciente. Et pourtant, ils constituent des souvenirs dans la mesure où ils représentent une information stockée dans le système nerveux et dans la mesure qu'ils peuvent avoir une influence puissante sur l'élaboration future de données et sur la conduite »,

L'auteur ajoute, qu'un souvenir doit être activé par un stimulus :

« Les souvenirs sont conservés sous forme de réseaux associatifs, de structures cognitives où les différentes composantes du souvenir sont représentées séparément et reliées entre elles. Pour qu'un souvenir apparaisse en mémoire, le réseau associatif doit atteindre un certain niveau d'activation qui se produit en fonction du nombre de composantes du souvenir activées et de leurs contributions respectives ».

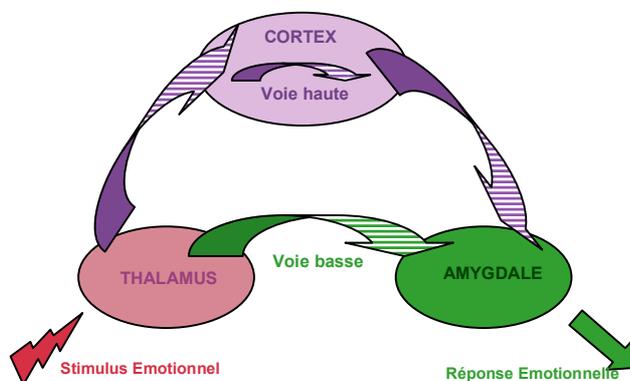
A partir de ces données, nous pourrions considérer les réponses émotionnelles des thérapeutes, la réaction de colère chez la première, et d'angoisse chez la seconde, comme des souvenirs affectifs c'est-à-dire, comme des informations stockées dans le système nerveux sous la forme d'un réseau associatif contenant des souvenirs émotionnels implicites d'une expérience passée. Nous pourrions aussi faire l'hypothèse que le stimulus représenté par les éléments structurels similaires aux deux systèmes familiaux, pourrait avoir activé certains composants du réseau associatif constituant le souvenir affectif, en provoquant chez les thérapeutes des réactions émotionnelles correspondantes à ce souvenir affectif.

Dans le cas de la première thérapeute, le stimulus responsable de l'activation du souvenir affectif aurait été par exemple, la distance émotionnelle entre les membres de la famille, présente dans les deux systèmes familiaux, qui émerge successivement dans le contexte de la supervision sous la forme de l'isomorphisme. Dans le cas de la seconde thérapeute, le stimulus responsable de l'activation du souvenir affectif aurait été par exemple, l'incompatibilité entre liens affectifs importants observée dans les deux systèmes familiaux, qui émerge lors de la supervision sous la forme de l'isomorphisme.

LeDoux (2005) considère en outre, que le cerveau peut évaluer un stimulus d'une manière incomplète :

« La signification émotionnelle d'un stimulus peut commencer à être évaluée avant que les systèmes de perception ne l'aient complètement traitée. En fait, il est même possible pour notre cerveau de savoir que quelque chose est bon ou mauvais avant de connaître exactement de quoi il s'agit ».

A partir de l'étude d'une émotion spécifique, telle la peur et ses différentes manifestations, LeDoux propose un modèle neural triangulaire qui met en connexion l'amygdale (responsable de l'évaluation de la signification émotionnelle d'un stimulus et de sa mémorisation sous la forme de réponses émotionnelles implicites), le thalamus (responsable de l'élaboration sous-corticale des stimulus sensoriels) et le cortex sensoriel (responsable de l'élaboration consciente des émotions) en un circuit nerveux qui comporte une transmission en parallèle à l'amygdale des signaux provenant du thalamus et du cortex sensoriel. La voie sous-corticale fournit une image simple et imprécise du monde extérieur, tandis que les représentations plus détaillées et complexes proviennent du cortex.



« L'information sur les stimuli externes arrive à l'amygdale par une voie directe provenant du thalamus - la voie basse - ou par une voie passant de plus par le cortex. La voie basse est plus courte et donc plus rapide que celle arrivant du cortex. Mais comme elle court-circuite le cortex, elle ne peut bénéficier du traitement cortical et ne fournit donc à l'amygdale qu'une représentation grossière du stimulus. C'est une voie rapide et grossière de traitement. La voie directe nous permet de commencer à répondre à des stimuli potentiellement dangereux avant de savoir exactement de quoi il s'agit. Cette voie directe pourrait être à

l'origine des réponses émotionnelles que nous ne comprenons pas... ».

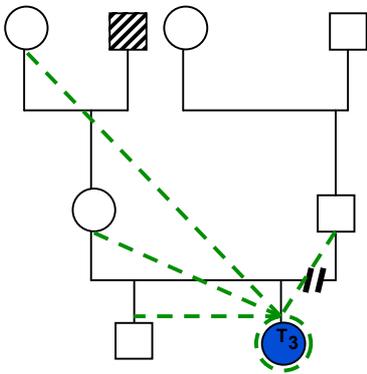
L'existence de cette double voie de traitement de l'information pourrait expliquer pourquoi, dans la rencontre avec les familles en consultation le thérapeute reste envahi par ses émotions : quand le stimulus représenté par les éléments similaires aux deux systèmes familiaux active certaines composantes du réseau associatif constituant le souvenir affectif, l'amygdale qui évalue la signification émotionnelle du stimulus « semblable à », assimile l'expérience dans le présent au souvenir émotionnel implicite de l'expérience passée, et avant de savoir exactement de quoi il s'agit, la juge « plus mauvaise que bonne » puis déclenche la réponse émotionnelle correspondante, dans ce cas, de colère ou d'angoisse.

Les thérapeutes restent envahies par leurs émotions, non seulement à cause de l'intensité et du caractère soudain de la réaction émotionnelle déclenchée par l'amygdale, mais encore, à cause de l'absence d'un traitement cortical, explicite et conscient de l'information.

Ne connaissant pas (au niveau cortical), l'évaluation (au niveau sous-cortical) de la signification émotionnelle du stimulus évalué en fonction du souvenir émotionnel implicite d'une expérience passée, les thérapeutes n'auraient pu distinguer les différences (au niveau cortical) entre les deux systèmes familiaux, différences annulées (au niveau sous-cortical) du fait de l'équivalence entre l'expérience présente et le souvenir émotionnel implicite d'expérience passée.

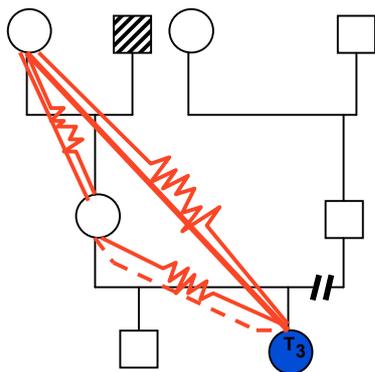
LeDoux considère aussi que : « Les souvenirs émotionnels de l'amygdale sont enfouis de façon indélébile dans ses circuits. La meilleure chose que nous puissions faire est de réguler leur expression...et nous le faisons en donnant plus de pouvoir au cortex sur l'amygdale...Aider le cortex à avoir plus de contrôle sur l'amygdale...pourrait impliquer la régulation de l'amygdale par

reconstruire son histoire symptomatique, elle décide de convoquer la famille laquelle, non seulement ne lui amène aucun éclaircissement mais la désoriente ultérieurement. La thérapeute sollicite une supervision indirecte parce qu'elle se sent par rapport à son patient « comme suspendue dans le vide ».



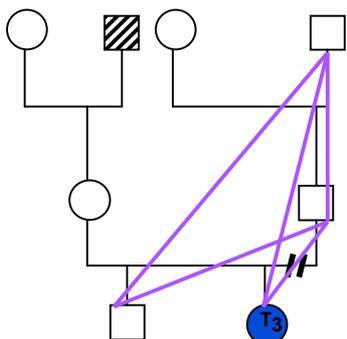
Pendant la supervision la thérapeute examine les relations dans sa famille d'origine et comprend qu'elle a construit sa conviction d'être très autonome à partir d'expériences relationnelles de vide et de confusion : « J'ai toujours voulu être, et me montrer aux yeux des autres, indépendante. Dans mon effort de démontrer que j'étais capable de tout faire seule et ne jamais demander rien à personne, je ne me suis pas aperçue de ma solitude. Je me croyais indépendante quand en réalité je ne faisais que dépendre de l'image que je voulais donner de moi à ma famille. J'ai confondu, n'avoir rien à demander avec n'avoir personne à qui demander ».

Plus loin dans sa formation, la thérapeute présente le cas d'une adolescente transgressive qu'elle suit en thérapie avec sa mère. Elle sollicite une supervision indirecte car elle ne sait comment délimiter et maintenir la hiérarchie intergénérationnelle entre mère et fille. Pendant la supervision,



elle revoit son histoire familiale et découvre la dynamique de l'interaction triadique grand- mère, mère, fille, et comprend alors sa difficulté à établir des limites : « Je crois avoir été la fille offerte en « don » par ma mère à sa mère, avec le devoir de réaliser ce qu'elle-même n'avait pas réussi... Ma grand- mère discréditait ma mère, rien de ce qu'elle faisait n'était bien fait, et pourtant, ma mère faisait tout pour la contenter. Elle a toujours été pour moi la fille de ma grand- mère, une sorte de sœur aînée que ma grand- mère traitait mal et que souvent je devais défendre... mais ma mère était jalouse de ma relation avec ma grand- mère qui pourtant, me rappelait tout le temps que je devais bien faire pour être aimée ».

Vers la fin de la formation, la thérapeute commence, cette fois ci sous supervision directe, la thérapie d'une famille dont le fils unique présente une symptomatologie psychotique. La configuration relationnelle est caractérisée par un conflit conjugal, une mère intrusive et un père absent, lequel peu avant la naissance de son fils interrompt toute relation avec son propre père. Limiter les intrusions maternelles et inclure le père en tant que tel - à partir de la relation que comme fils il a eu avec son père -, constituent les deux objectifs thérapeutiques définis par le superviseur et la thérapeute : celle- ci réussit à réaliser le premier mais reste paralysée face au deuxième.

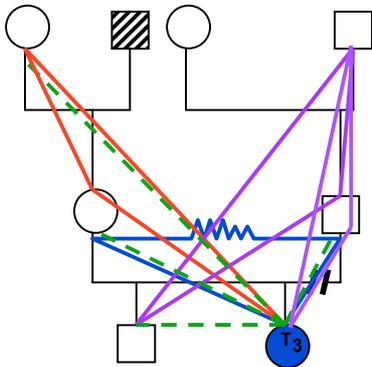


La supervision lui permet de réviser, malgré sa crainte, les circonstances qui ont provoqué la séparation de ses parents et de constater le rôle fondamental des intrusions de sa grand- mère dans les tensions conjugales et dans l'éloignement du père.

A partir de ce travail et après plus de 20 ans, la thérapeute a renoué des contacts avec son père et a pu comprendre à travers l'histoire

familiale de celui-ci, les raisons qui l'ont empêché de défendre son droit paternel vis-à-vis de ses enfants.

Au cours de cette évolution, chaque fois que la thérapeute réalise un travail de supervision à lieu une connaissance de l'histoire vécue qui comporte une appropriation de son histoire familiale : au fur et à mesure qu'elle transforme ses souvenirs émotionnels implicites d'expériences passées en souvenirs explicites d'expériences émotionnelles, elle récupère des événements importants de son histoire familiale qui réorganisent la perception d'elle-même et de sa relation avec les autres membres de la famille.

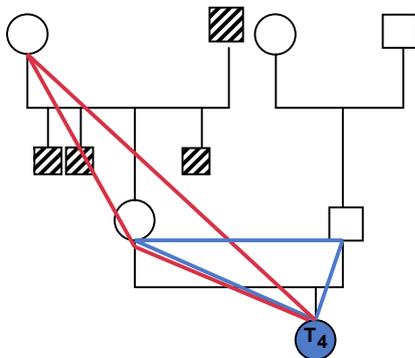


Dans ce parcours, le processus d'appropriation de son histoire familiale transformant les souvenirs implicites en souvenirs explicites, produit à chaque fois, un apprentissage émotionnel, c'est-à-dire une régulation des souvenirs affectifs - émotions - de l'amygdale par les connaissances explicites de la mémoire déclarative.

Les modifications structurelles successives dans le génogramme de sa famille d'origine constituent les marqueurs qui permettent de tracer cette évolution le long de la formation, et témoignent du processus d'appropriation de l'histoire familiale de la thérapeute.

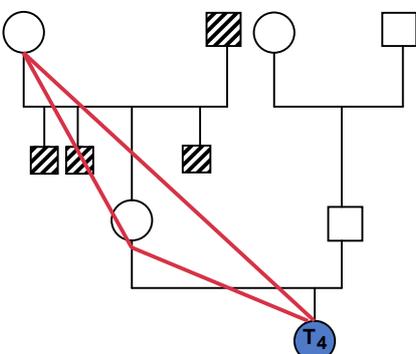
a) Deuxième thérapeute.

Au début de sa formation, la thérapeute expose le génogramme de sa famille d'origine, à partir des données qu'elle considère plus importantes :



- la famille d'origine de sa mère a subi la perte de 4 de ses membres à cause de maladies tumorales,
- sa mère est plus présente dans sa famille d'origine que dans sa famille nucléaire, raison pour laquelle les parents de la thérapeute sont constamment en conflit,
- la perception plus importante que la thérapeute rapporte est celle de se sentir « coincée » dans la relation conflictuelle entre sa mère et son père et aussi, dans la relation de dépendance entre sa mère et sa grand-mère maternelle.

Plus loin dans la formation, la thérapeute expose le cas d'une famille qu'elle suit dans un hôpital général. La patiente « M » est une adolescente paralysée à cause d'une tumeur neurologique, le frère est décédé récemment suite à la même maladie et la famille a décidé d'adopter envers la patiente la règle du silence et donc de maintenir le secret sur son diagnostic. La thérapeute sollicite une supervision indirecte parce qu'elle se sent impuissante et « coincée » entre le service qui lui réfère le traitement psychologique de la patiente et la famille de celle-ci qui refuse d'accepter toute aide susceptible d'entraîner la révélation du secret.

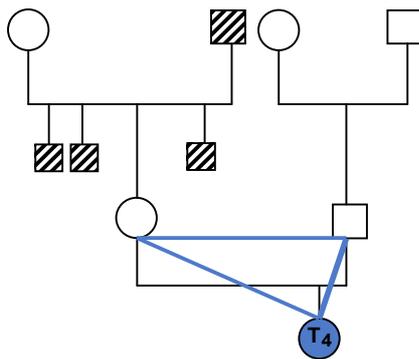


Au cours de la supervision, la thérapeute examine l'histoire des deuils non élaborés dans la famille d'origine de sa mère, découvre la fonction homéostatique du silence dans le maintien des relations de dépendance entre mère et fille et entrevoit dans sa difficulté de séparation, l'origine de sa perception

d'impuissance : « Ma famille, comme la famille de « M », a souffert des pertes importantes. La mort s'est infiltrée dans les relations familiales et les personnes aimées ont disparu l'une après l'autre sans laisser de trace puisque aucun de nous ne veut, ni doit, nommer l'absence. Les âmes mortes ne permettent pas dans ma famille la séparation, ni à ma mère de sa mère, ni à moi de toutes les deux, car se séparer constitue une perte insurmontable. L'histoire de « M » a eu dans ma vie l'effet d'une pierre lancée dans un étang stagnant, produisant mille cercles concentriques et une rumeur assourdissante, en brisant toutes les barrières professionnelles et humaines que j'avais pu ériger ».

Vers la fin de la formation, la thérapeute rencontre, lors d'une supervision directe, une famille dont les parents consultent parce qu'ils n'arrivent pas à établir des règles dans l'éducation de leurs trois enfants. Les deux fils aînés sont atteints d'hémophilie, le deuxième est énurétique et tous les trois ont des problèmes de conduite. La confusion qui règne lors des séances transforme rapidement le cadre de la supervision en une co-thérapie superviseur- thérapeute, face à une famille caractérisée par « l'incontinence » à laquelle les parents participent d'une part en exigeant des résultats et de l'autre en invalidant les interventions thérapeutiques.

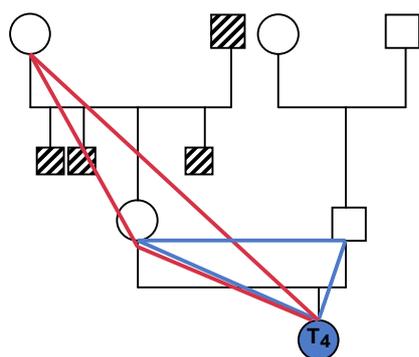
Lors d'une séance de supervision, la thérapeute manifeste son désir de se retirer du cas : elle se sent frustrée, face à une famille où à chaque séance tout est à recommencer, et en outre, elle se sent « coincée » entre les demandes du superviseur et la réticence de la famille.



La thérapeute révisé encore ses relations familiales et en particulier sa relation avec ses parents, et commence à percevoir la manière dont elle participe au maintien de sa propre immobilité, dans sa famille, entre sa mère et son père : « J'ai toujours senti dans ma vie en tant que fille, d'avoir eu peu de place, parce que mes parents m'en donnaient peu, et parce que je n'ai jamais pensé que je pouvais faire quelque chose pour prendre moi-même cette place », et dans le contexte clinique, entre la famille qui consulte et le superviseur : « Je me suis sentie invisible, tout en m'apercevant des risques d'une visibilité ; ma difficulté à « être dans l'expérience » m'a permis de ne pas « entrer dans l'expérience ».

Cette évolution met en évidence comment, malgré les différentes rencontres avec les familles en consultation et les différentes supervisions, la perception que de la thérapeute a d'elle-même et de sa relation avec les autres c'est-à-dire, le fait de se sentir toujours « coincée entre », ne se modifie pas. Les rencontres avec la clinique et avec les supervisions semblent plutôt renforcer à chaque fois, son immobilité et sa conviction à propos de l'impossibilité d'agir sur les événements.

Dans ce cas, la gravité particulière et la complexité des situations cliniques rencontrées pourraient avoir accru sa crainte de modifier ses équilibres personnels et relationnels, en créant des difficultés



spécifiques dans son apprentissage cognitif et émotionnel : malgré la thérapeute repère quelques événements importants de son histoire familiale et transforme des souvenirs émotionnels implicites d'expériences passées en souvenirs explicites d'expériences émotionnelles, cette connaissance reste *insuffisante* afin d'obtenir la régulation de l'expression des souvenirs affectifs - émotions - de l'amygdale par les connaissances explicites de la mémoire déclarative ; comme propose LeDoux, afin « d'aider le cortex à avoir plus de

contrôle sur les souvenirs émotionnels enfouis de façon indélébile dans les circuits de l'amygdale » .

Dans ce parcours, l'absence de modifications structurelles dans le génogramme de la famille d'origine de la thérapeute, témoigne du manque d'évolution dans son développement personnel et professionnel : bien que le processus d'appropriation de son histoire familiale soit amorcé, il reste *encore insuffisant* à activer une réorganisation de la perception d'elle-même et de sa relation avec les autres ; sa perception de se sentir toujours « coincée entre » de fait, ne commence à s'atténuer *que* vers la fin de la formation.

Conclusion.

Le thérapeute constitue son principal instrument thérapeutique.

En tant qu'observateur qui ordonne et organise un monde construit par ses propres expériences, il doit savoir s'utiliser de manière systémique dans le paradoxe de l'autoréférence.

Afin de ne pas rester complètement envahi par les émotions ou les perceptions liées à son histoire, que le système thérapeutique évoque et/ou amplifie, il doit réaliser un apprentissage cognitif et émotionnel qui exige nécessairement une connaissance de son histoire familiale.

Dans cet article j'ai voulu décrire ce processus d'appropriation de l'histoire familiale du thérapeute :

- la manière dont au sein des supervisions, à partir des similitudes structurelles ou des isomorphismes entre la famille qui consulte et sa famille d'origine, le thérapeute repère des éléments importants de son histoire familiale, non identifiés tels en précédemment.
- la manière dont, au fur et à mesure qu'il transforme ses souvenirs émotionnels implicites d'expériences passées en souvenirs explicites d'expériences émotionnelles, le thérapeute acquiert une maîtrise de ses émotions qui lui permet, plutôt que de réagir, avoir la liberté de décider comment agir : agir toujours afin d'augmenter le nombre d'alternatives, était pour Heinz Von Foerster un impératif étique.
- la manière dont, dans chaque appropriation de l'histoire vécue, le thérapeute intègre de nouvelles configurations relationnelles de sa famille d'origine qui réorganisent la perception de soi et de sa relation avec les autres membres . Cette évolution peut être tracée en considérant le génogramme de la famille d'origine du thérapeute, et ses modifications successives tout au long de la formation, un paramètre de son développement personnel et professionnel.

Bibliographie.

- Andolfi M., Angelo C., (1987), Tempo e Mito nella Psicoterapia Familiare, Ed. Boringhieri.
- Mony Elkaim ,(1989), Si tu m'aimes ne m'aime pas, Seuil, Paris.
- LeDoux J., (2005), Le cerveau des émotions, Editions Odile Jacob, Paris.
- LeDoux J., (1992), Emotion as Memory : Anatomical systems underlying indelible neural traces, in The Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory, edited by Sven-Ake Christianson.
- Von Foerster H., (1990), Ethics and second-order Cybernetics, Systems and Family Therapy International Conference.
- Maturana H., (1984), El Arbol del Conocimiento, Editorial Universitaria.

