

Parámetros de Desarrollo en la Formación del Terapeuta Familiar: El proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta.

Anne Chouhy¹

Introducción.

La especificidad de la formación del terapeuta familiar sistémico, consiste en la adquisición de un pensamiento sistémico que le permita operar utilizando la lógica de la causalidad circular, para articular los diferentes niveles de complejidad entre individuos, relaciones entre individuos, sistemas de relaciones y sistemas en interacción.

Pero el acceso a la causalidad circular comporta adentrarse en las vicisitudes de la recursividad y de la autoreferencia, que colocan al terapeuta en una situación paradójica dado que, como describe Heinz Von Foerster, fundador de la cibernética de segundo orden, se convierte en un observador que ordena y organiza un mundo construido por sus propias experiencias. No siendo posible acceder a una realidad objetiva porque las propiedades del observador determinan las características de aquello que observa, surge la pregunta acerca de como conocemos aquello que conocemos. Humberto Maturana, en su teoría del conocimiento, propone el concepto de acoplamiento estructural, como forma de interacción o intersección entre un sistema - sistema viviente, sistema de conocimientos, etc - y su ambiente, que con sus perturbaciones produce en el sistema los cambios de estructura que su organización le permite asimilar.

Mony Elkaim, introduce estos conocimientos - autoreferencialidad y acoplamiento estructural - en el campo de la terapia familiar, creando con el concepto de “resonancia” un puente único, no solo entre la epistemología sistémica y la terapia familiar sino también entre el terapeuta y los miembros de un sistema familiar. El concepto de resonancia define fenómenos de diverso orden, uno concierne la amplificación de elementos similares y comunes a los diferentes sistemas en interacción - que emerge en la intersección posible entre sus respectivas estructuras o construcciones del mundo - , el otro concierne la función que adquiere dicha amplificación respecto al conjunto de las estructuras o construcciones del mundo.

Gracias al concepto de resonancia, la paradoja de la autoreferencia deja de ser un límite para convertirse en una posibilidad, *si, y solo si*, el terapeuta ha aprendido a utilizarse como instrumento terapéutico: si sabe utilizar la función sistémica de la resonancia para generar nuevas posibilidades para el sistema terapéutico, es decir, si ha aprendido a utilizar las emociones o percepciones que el sistema evoca y/o amplifica de la propia historia familiar, en modo tal de evitar que las construcciones del mundo de todos los miembros del sistema se refuerzan mutuamente.

Para alcanzar este resultado, el terapeuta debe efectuar un aprendizaje cognitivo y emocional. Desde un punto de vista cognitivo, debe adquirir progresivamente nuevas jerarquías de complejidad en su pensamiento: partiendo de una lógica causal lineal que le permite solo leer individuos, acceder a una lectura relacional - relaciones entre individuos - y, a partir de las interacciones diádicas y triádicas, circulares y recursivas, intuir las propiedades emergentes de los sistemas. Solo elevándose a estos niveles de complejidad y de abstracción en su pensamiento resulta posible para el terapeuta comprender, en mi parecer, la naturaleza inter-sistémica de la resonancia. Pero debe sobre todo adquirir, desde un punto de vista emocional, una adecuada regulación de sus emociones: debe aprender a trabajar en la intersección entre aquello que lo constituye de su pasado - su historia familiar - y el contexto presente - el sistema terapéutico - sin quedar invadido por las emociones o percepciones que el sistema terapéutico evoca y/o amplifica - por efecto de la resonancia - de su propia historia. A tal fin, el terapeuta debe efectuar un aprendizaje emocional que *depende necesariamente* de un reconocimiento de la propia historia familiar.

¹ Psiquiatra Infantil, Psicoterapeuta Familiar. Roma, Italia.
Chouhy.anne@fastwebnet.it

Este aprendizaje, que se despliega durante la formación bajo la forma de un proceso de reconocimiento, y por ende, de apropiación de la historia familiar del terapeuta, será el tema central de esta presentación.

A los fines de evidenciar este proceso de apropiación, expondré en un primer lugar dos ejemplos de supervisiones indirectas, mostrando como a partir de algunas similitudes entre la familia en consultación y la familia de origen del terapeuta, éste² recupera elementos importantes de su historia familiar.

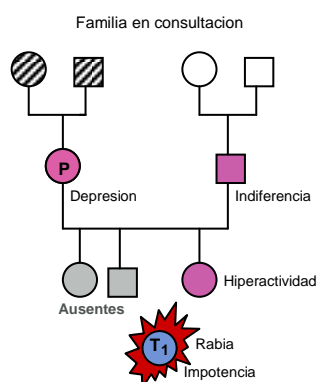
En segundo lugar, describiré las características del proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta, considerando la supervisión indirecta como contexto de aprendizaje y proponiendo desde un punto de vista neurobiológico, los mecanismos que contribuyen al aprendizaje emocional.

Por último, describiré la evolución de otros dos terapeutas, utilizando como parametro de su desarrollo personal y profesional, las progresivas modificaciones que ocurren en los genogramas de sus familias de origen, durante la formación quadrienal.

1. Primera y segunda situación de supervisión indirecta..

a) Primera situación:

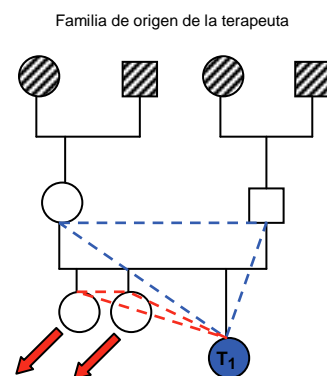
La terapeuta recibe una paciente que presenta un cuadro depresivo grave y que llorando, le dice que su matrimonio esta en crisis, que no logra mas ocuparse de sus tres hijos y que se siente profundamente sola desde que fallecieron sus padres, uno poco antes y el otro poco después del nacimiento de su tercera hija.



La terapeuta decide entonces convocar a toda la familia de la paciente, pero a la cita concurren solo su marido y su hija menor, sus dos hijos mayores están ausentes. Durante el encuentro, la terapeuta no sabe como contener la hiperactividad de la hija menor y además, la actitud indiferente del marido y la ausencia de los dos hijos mayores, suscitan en ella una rabia creciente. Sintiendo bloqueada e incapaz de dar algún tipo de ayuda, la terapeuta dirá a la paciente que efectivamente, en su familia esta sola y le aconseja iniciar una psicoterapia individual con otro terapeuta. Tras el encuentro, la terapeuta solicita una supervisión indirecta para comprender el motivo de su reacción.

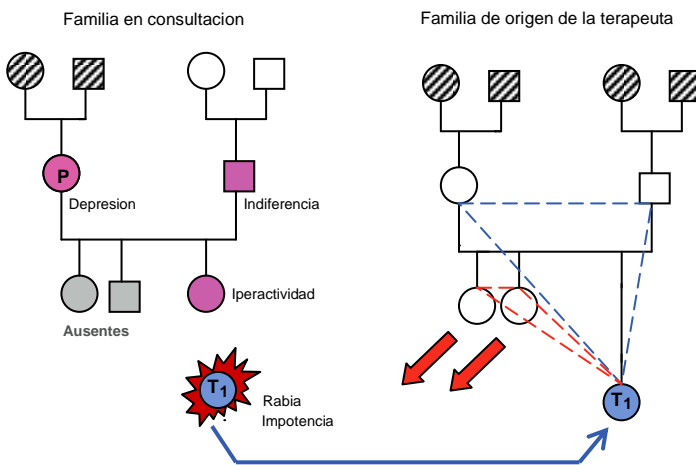
Durante la supervisión emergen algunos datos significativos acerca de la historia familiar de la terapeuta: su familia de origen esta compuesta por la madre, el padre, dos hermanas mayores y ella, la menor. Poco antes de su adolescencia, la empresa del padre quiebra y la familia precipita en un derrumbe económico. Las dos hermanas mayores se casan, una después de la otra y se van de la casa dejándola sola, junto con un padre aniquilado por el fracaso laboral y una madre dedicada exclusivamente a sostener el marido en su depresión. No pudiendo pedir ayuda para sí por temor de agravar ulteriormente la situación de los padres, la terapeuta se volcará hacia el externo multiplicando sus actividades escolares y sociales.

Un análisis estructural de las configuraciones relacionales permitió identificar la existencia de dos triángulos de relaciones, de la terapeuta con sus padres y de la terapeuta con sus hermanas, ocupando ésta en ambos la posición del tercero excluido. Es a partir de esta posición de



² Se trata de terapeutas al inicio de su formación.

exclusión que la terapeuta percibió, a su madre distante e indiferente frente a sus dificultades, a su padre inaccesible en su depresión, y a la ausencia de sus hermanas en un momento familiar tan dramático, como una traición y un abandono.

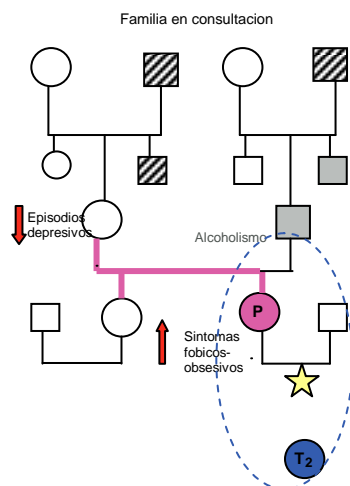


El trabajo de la supervisión permite a la terapeuta confrontar las características de ambos sistemas familiares, y constatar ciertas similitudes a partir de las cuales empezar a comprender el posible significado de su reacción es decir, como en el encuentro con la familia en consultación, esta evocó y amplificó elementos pertenecientes a su historia familiar. A partir de estos datos, la terapeuta puede atribuir su reacción de rabia e impotencia a la experiencia de soledad y de exclusión vivida al interno de las relaciones familiares, y en el proceso

de reconocer lo vivido y de restituirlo a sus configuraciones relacionales originarias, recuperar elementos importantes de su historia familiar no identificados como tales precedentemente.

b) Segunda situación:

La terapeuta recibe una mujer joven que consulta a causa de una sintomatología fóbico-obsesiva. A pesar de padecer estos síntomas desde hace 7 años, consulta actualmente porque se ha casado, ha quedado embarazada y teme que sus pensamientos obsesivos le impidan estar disponible para las necesidades de su hijo. Al primer encuentro con la terapeuta, la paciente se presenta junto con su hermana, al segundo encuentro junto con su madre y cuando la terapeuta le pide que venga con su marido, la paciente se presenta al tercer encuentro junto con su hermana, su madre y su marido.



La terapeuta solicita una supervisión porque duda acerca de cual sería el contexto terapéutico más adecuado para tutelar al recién nacido: una terapia individual de la paciente o una terapia de pareja?

Durante la supervisión, un análisis más exhaustivo de la familia en consultación, evidencia datos clínicos significativos no individuados por la terapeuta:

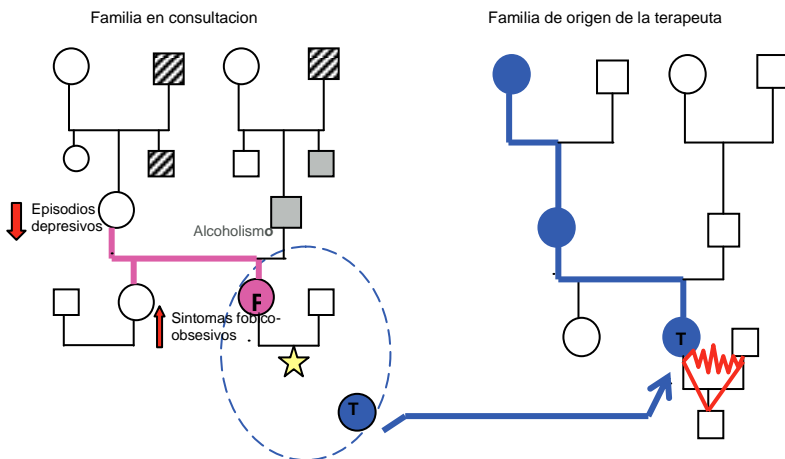
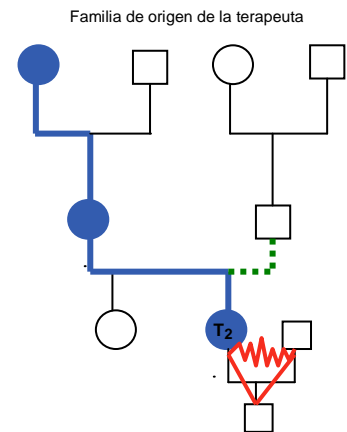
- la correspondencia alternante a través de los años, de los síntomas fóbicos y obsesivos de la paciente con episodios depresivos de la madre,
- el contraste entre el vínculo estrecho que une a las mujeres entre sí y la presencia problemática y/o la ausencia de la mayor parte de los hombres.

Durante la supervisión emergen algunas características de la familia de origen de la terapeuta, compuesta por la madre, el padre, una hermana mayor y ella, la menor, casada y con un hijo de 1 año. En lo que se refiere a su familia nuclear, su matrimonio está en crisis y la relación con su marido es sumamente conflictual, motivo por el cual la terapeuta vive con angustia las posibles repercusiones que este clima familiar puede tener sobre el crecimiento de su hijo.

En lo que se refiere a su familia de origen, describe un vínculo muy intenso con una madre a su vez estrechamente vinculada a su propia madre, un padre ausente, y haber padecido durante toda su adolescencia de un desorden de la conducta alimentaria.

El trabajo de la supervisión permite a la terapeuta confrontar las características de ambos sistemas familiares y constatar ciertas similitudes a partir de las cuales comprender las motivaciones subyacentes a su duda y preocupación es decir, como en el encuentro con la familia en consultación esta evocó y amplificó elementos pertenecientes a su historia familiar

A partir de estos datos, la terapeuta puede reconocer como la polarización de su atención sobre el problema de la protección del futuro bebé de la paciente, refleja la angustia que vive respecto de su propio hijo, y como la polarización de su atención sobre la familia nuclear de la paciente - terapia individual o de pareja? - y su omisión de las características del lazo disfuncional que mantiene unidas a la paciente y su madre - cuando las obsesiones de la paciente disminuyen, la depresión de la madre se agudiza y viceversa - refleja su propia necesidad de aislar los problemas que vive en su pareja de los problemas que aun la unen a su familia de origen.



Este trabajo permite a la terapeuta reconocer su angustia y restituirla a la relación conflictual con su marido, a la dificultad de separación con su madre y a la incompatibilidad recíproca entre ambas relaciones: cuando intensifica la relación con su madre, empeora la relación con su marido y viceversa. Puede además contextualizar la incompatibilidad entre ambas relaciones en un modelo de relación de pareja que se transmite de generación en generación,

adonde las mujeres eligen los hombres en modo tal de preservar los vínculos estrechos entre ellas, excluyendo los padres y maridos. De este modo, la terapeuta recupera elementos importantes de su historia familiar, no identificados como tales precedentemente.

2. El proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta.

a) La supervisión indirecta como contexto de aprendizaje.

Estos dos ejemplos de supervisión permiten algunas reflexiones acerca de los encuentros de los terapeutas con las familias en consultación.

En ambos casos, tratándose de supervisiones indirectas, es el terapeuta quien expone las características de la familia en consultación y las características de su familia de origen.

En ambos casos, el encuentro con la familia en consultación evoca y amplifica elementos pertenecientes a la historia familiar del terapeuta, el cual, no sabiendo reconocer aquello que lo constituye, no puede que quedar invadido por la intensidad de su reacción emocional - de rabia o de angustia - que lo desorienta y/o paraliza al punto de solicitar una supervisión.

En ambos casos, a partir de ciertas similitudes estructurales o isomorfismos³ entre los sistemas familiares, el terapeuta reconoce aquello que ha sido evocado y amplificado de su pasado y restituyéndolo a sus configuraciones relacionales originarias, recupera elementos importantes de su historia familiar.

Un ulterior elemento común al trabajo de la supervisión concierne las similitudes y las diferencias: a partir de las similitudes entre ambos sistemas familiares, *es en la medida* que el terapeuta reconoce los elementos constitutivos de su pasado, *que* logra distinguir las diferencias entre los sistemas en el contexto terapéutico presente. Si la capacidad de distinguir las diferencias depende de la posibilidad de reconocer las similitudes, ello significa que la posibilidad del terapeuta de adquirir una adecuada regulación de sus emociones - en modo tal de evitar que las construcciones del mundo de todos los miembros del sistema terapéutico se refuercen mutuamente -, *depende necesariamente* del grado de apropiación de su historia familiar.

En la primera situación de supervisión, es a partir del reconocimiento de la propia experiencia de soledad y exclusión al interno de su familia de origen que la terapeuta puede darse cuenta de como su reacción de rabia impotente y su indicación de una terapia individual para la paciente, reforzó la convicción de todos los miembros del sistema terapéutico, inclusive ella misma, acerca de la imposibilidad de recibir ayuda de la propia familia.

En la segunda situación de supervisión, es a partir del reconocimiento de la propia necesidad de aislar unos de otros los vínculos conflictuales al interno de su familia - nuclear y de origen- que la terapeuta puede darse cuenta de como pudo haber reforzado en todos los miembros del sistema terapéutico, inclusive ella misma, la percepción de incompatibilidad entre vínculos afectivos importantes.

b) Fundamentos neurobiológicos del aprendizaje emocional.

Joseph LeDoux (2005) considera que para los recuerdos de experiencias emocionales, el cerebro utiliza dos sistemas diferentes de aprendizaje o dos tipos de memoria: uno está implicado en la formación de recuerdos conscientes de experiencias emocionales, constituye la memoria declarativa o explícita, y los recuerdos creados de este modo pueden ser evocados y descritos verbalmente. El otro sistema de aprendizaje o de memoria, está implicado en la formación de memorias emocionales implícitas, constituye la memoria implícita, y los recuerdos creados de este modo gobiernan la conducta sin una conciencia explícita del aprendizaje pasado.

Para LeDoux (1992):

- una emoción puede constituir un modo de recordar: “Los recuerdos afectivos - emociones - pueden ser, pero no necesariamente son, recuerdos en el sentido de una memoria consciente. Sin embargo son recuerdos en el sentido que representan información almacenada en el sistema nervioso y en el sentido que pueden tener una poderosa influencia en el futuro procesamiento de datos y en la conducta”,

- y un recuerdo tiene que ser activado por un estímulo:

“Los recuerdos están conservados bajo la forma de redes asociativas, estructuras cognitivas adonde los diferentes componentes del recuerdo están representados separadamente y relacionados entre si. Para que un recuerdo surja en la memoria, esta red asociativa debe alcanzar un cierto nivel de activación, que se produce en función del número de componentes del recuerdo activado y de su grado de contribución respectiva”

En base a estos datos, podríamos considerar las respuestas emocionales de las terapeutas, la reacción de rabia en una, y de angustia en la otra, como un recuerdo afectivo es decir, como información almacenada en el sistema nervioso bajo la forma de una red asociativa que contiene la

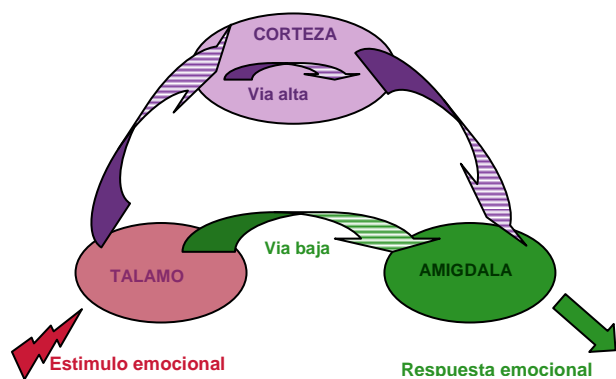
³ Considero los isomorfismos - similitudes estructurales - como una forma de resonancia es decir, como la amplificación de elementos estructurales - configuraciones relacionales - similares y comunes a los distintos sistemas en interacción.

memoria emocional implícita de una experiencia pasada. Podríamos también hipotizar, que el estímulo representado por los elementos similares en ambos sistemas familiares, podría haber activado ciertos componentes de la red asociativa constitutiva del recuerdo afectivo, provocando en las terapeutas las reacciones emotivas correspondientes a ese recuerdo afectivo.

En el caso de la primera terapeuta, el estímulo activador del recuerdo afectivo, podría haber sido por ejemplo, la distancia emocional entre los miembros de la familia, existente en ambos sistemas familiares, que sucesivamente emerge en el contexto de la supervisión bajo la forma del isomorfismo. En el caso de la segunda terapeuta, el estímulo activador del recuerdo afectivo podría haber sido por ejemplo, la percepción de la incompatibilidad entre relaciones afectivas importantes, existente en ambos sistemas familiares, que sucesivamente emerge en el contexto de la supervisión bajo la forma del isomorfismo.

LeDoux (2005) considera además, que el cerebro puede evaluar un estímulo en modo incompleto: “El significado emocional de un estímulo, puede comenzar a ser evaluado antes que los sistemas de percepción lo hayan tratado en modo completo. De hecho, es posible para nuestro cerebro saber que algo es bueno o es malo antes de saber exactamente de qué se trata”.

A partir del estudio de una específica emoción, el miedo y sus diferentes manifestaciones, LeDoux propone un modelo neural triangular que conecta la amígdala (responsable de la evaluación del significado emocional de un estímulo y de su memorización bajo la forma de respuestas emocionales implícitas), el tálamo (responsable de la elaboración sub-cortical de los estímulos sensoriales) y la corteza sensorial (responsable de la elaboración conciente de las emociones), en un circuito nervioso que comporta una transmisión paralela a la amígdala de las señales provenientes del tálamo y de la corteza sensorial. La vía sub-cortical provee una imagen simple e imprecisa del mundo exterior, mientras que las representaciones más detalladas y complejas provienen de la corteza:



“La información acerca de los estímulos externos llega a la amígdala por una vía directa proveniente del tálamo - vía baja - o por una vía que pasa además por la corteza. La vía baja es más corta y por lo tanto más rápida que aquella proveniente de la corteza. Pero como cortocircuita la corteza, no puede beneficiar del tratamiento cortical y solo puede darle a la amígdala, una representación grosera del estímulo. Es una vía rápida y grosera de tratamiento. Esta vía directa nos permite empezar a responder a estímulos potencialmente peligrosos antes de saber exactamente de qué se trata....Esta vía directa podría estar involucrada en las respuestas emocionales que no comprendemos...”

La existencia de esta doble vía de tratamiento de la información podría explicar ulteriormente porqué, en el encuentro con la familia en consultación, el terapeuta queda invadido por sus emociones: cuando el estímulo representado por los elementos similares en ambos sistemas familiares activa ciertos componentes de la red asociativa constitutiva del recuerdo afectivo, la amígdala, evaluando el significado emocional del estímulo como “similar a”, asimila la experiencia en el presente a la memoria emocional implícita de la experiencia pasada, y antes de saber exactamente de qué se trata, la evalúa “más mala que buena” y desencadena la respuesta emocional adecuada, en este caso, de rabia o de angustia.

Las terapeutas quedan invadidas por sus emociones, por la intensidad y la inmediatez de la reacción emocional desencadenada por la amígdala, y por la ausencia de un tratamiento cortical, explícito, conciente, de la información.

Al no reconocer (a nivel cortical), la evaluación efectuada (a nivel sub-cortical) del significado emocional del estímulo, evaluado en función de la memoria emocional implícita de una experiencia pasada, las terapeutas no habrían podido distinguir las diferencias (a nivel cortical) entre ambos sistemas, diferencias asimiladas (a nivel subcortical) en la equivalencia entre la experiencia presente y la memoria emocional de una experiencia pasada.

LeDoux sostiene que “Los recuerdos emocionales de la amígdala están enterrados de modo indeleble en sus circuitos. La mejor cosa que podríamos hacer es regular su expresión...y lo hacemos dando más poder a la corteza sobre la amígdala....Ayudar la corteza a tener más control sobre la amígdala....podría implicar la regulación de la amígdala por los conocimientos explícitos del sistema de la memoria...y de otras áreas corticales que participan a la toma de conciencia....Cosa interesante, es bien conocido que las conexiones de las áreas corticales hacia la amígdala son mucho más débiles que aquellas en el sentido opuesto. Ello podría explicar porqué la información emocional puede tan fácilmente invadir nuestros pensamientos conscientes, y a la inversa, porqué nos es tan difícil adquirir un control consciente de nuestras emociones”.

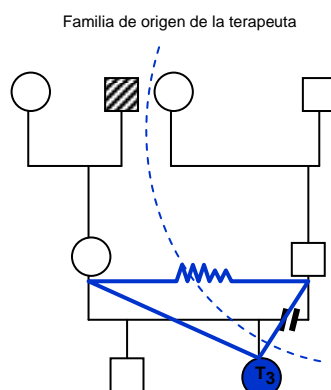
Reconectar el cerebro implica que la corteza “aprenda” a reconocer lo que la amígdala evalúa, y que la amígdala “aprenda” a discriminar lo que la corteza distingue.

El aprendizaje emocional que se despliega durante la formación bajo la forma de un proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta, transforma sus memorias emocionales implícitas de experiencias pasadas en recuerdos explícitos de experiencias emocionales. Esta transformación implica una regulación de los recuerdos afectivos - emociones - de la amígdala por los conocimientos explícitos del sistema de la memoria - declarativa - y por las otras áreas corticales que participan en la elaboración de la información.

3. El proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta como parámetro de su evolución personal y profesional.

Presentaré la evolución de dos terapeutas durante su formación cuatrienal. Utilizaré los genogramas de sus respectivas familias de origen, y las progresivas modificaciones de estos genogramas durante las supervisiones directas e indirectas, para evidenciar el proceso de apropiación de las historias familiares de ambos terapeutas. A medida que transforman sus memorias emocionales implícitas de experiencias pasadas en recuerdos explícitos de experiencias emocionales, las terapeutas recuperan elementos importantes de su historia familiar e identifican nuevas configuraciones relacionales en sus familias de origen, que reorganizan la percepción de sí mismas y de su relación con los miembros de la familia.

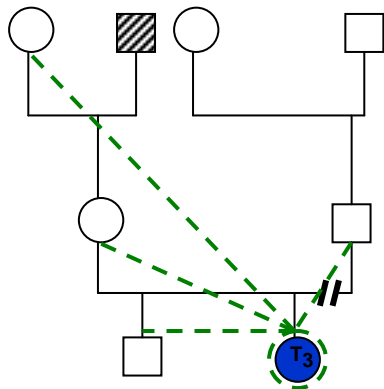
a) Primera terapeuta:



Al inicio de la formación, la terapeuta expone el genograma de su familia de origen en base a los datos para ella más significativos:

- a la edad de 6 años, los padres se separan,
- la madre regresa a casa de sus padres y la terapeuta y su hermano son crecidos por los abuelos maternos, perdiendo todo contacto con el padre y los abuelos paternos,
- a la edad de 10 años, el abuelo materno fallece,
- la terapeuta recuerda la separación de sus padres como el evento más importante de su historia familiar.

Mas adelante, durante la formación, la terapeuta trata, en el contexto de una comunidad terapéutica, un paciente con problemas de adicción. La desorganización mental del paciente no permitiéndole reconstruir su historia sintomática, decide convocar la familia la cual, no solo no le aporta algún tipo de aclaración, sino que la desorienta ulteriormente. La terapeuta solicita una supervisión indirecta porque se siente, respecto de su paciente “como suspendida en el vacío”.

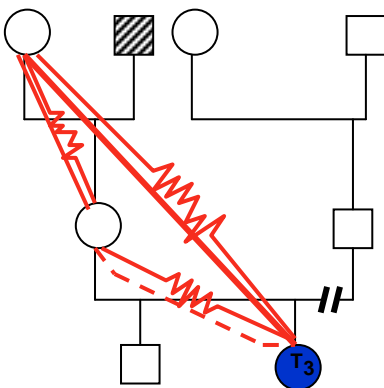


indirecta porque se siente, respecto de su paciente “como suspendida en el vacío”.

Durante la supervisión, la terapeuta revisita las relaciones en su familia de origen y recupera como construyó su convicción de gran autonomía, a partir de experiencias relacionales de vacío y confusión: *“ Siempre quise ser, y mostrarme ante los demás, independiente. En mi esfuerzo por demostrar ser capaz de hacer todo sola, no me di cuenta de mi soledad. Creía ser independiente cuando en realidad era profundamente dependiente de la imagen que quería que mi familia tuviese de mi. He confundido no tener nada que pedir con el no tener nadie a quien pedir”.*

A formación avanzada, la terapeuta presenta el caso de una adolescente transgresiva que sigue en terapia junto a su madre. Solicita una supervisión indirecta, porque no sabe como delimitar y mantener la jerarquía intergeneracional entre madre e hija.

Durante la supervisión revisita nuevamente su familia de origen y emerge la dinámica de la interacción triádica abuela materna- madre- hija, a partir de la cual la terapeuta puede comprender el motivo de su confusión y su dificultad en establecer confines:

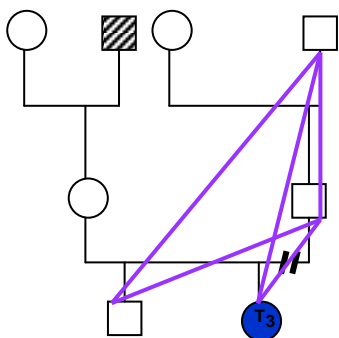


la interacción triádica abuela materna- madre- hija, a partir de la cual la terapeuta puede comprender el motivo de su confusión y su dificultad en establecer confines:

“Creo haber sido la hija que mi madre ofreció a su madre, con el deber de realizar lo que ella no pudo realizar. Mi abuela despreciaba a mi madre, nada de lo que hacia estaba bien aun si mi madre hacia lo posible por contentarla. Mi madre fué siempre para mi la hija de mi abuela, como una especie de hermana que mi abuela trataba mal y que a menudo yo tenia que defender...pero mi madre era celosa de mi relación con mi abuela, aun si mi abuela me recordaba siempre que para ser querida, tenia que hacer todo bien”.

Hacia el final de la formación, la terapeuta inicia, esta vez en el contexto de una supervisión directa, la terapia de una familia cuyo único hijo presenta una sintomatología psicótica. La configuración relacional está caracterizada por un conflicto conyugal, una madre invadente y un padre ausente el cual, poco antes del nacimiento de su hijo interrumpió toda relación con su propio padre.

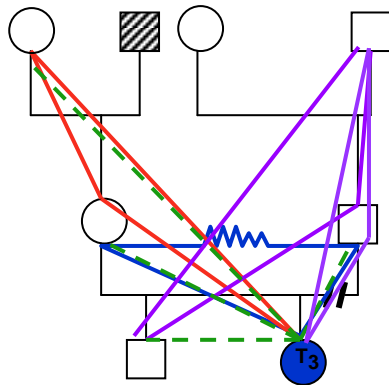
Limitar la invadencia materna e involucrar al padre en cuanto tal, a partir de la relación que como



hijo tuvo con su padre, constituyen los dos objetivos terapéuticos acordados entre el supervisor y el terapeuta, quien logra concretar el primero, pero se paraliza frente al segundo.

El trabajo de la supervisión permite a la terapeuta revisitar, a pesar de su temor, las circunstancias que provocaron la separación de sus padres y en particular, el rol fundamental de la invadencia de la abuela materna en la conflictualidad del matrimonio y en el progresivo alejamiento del padre. A partir de este trabajo, y después de casi 20 años, la terapeuta retomó contactos con su padre y pudo comprender a través de la historia familiar de éste último, los motivos que lo llevaron a no poder defender su derecho a la paternidad.

En esta evolución, cada vez que la terapeuta realiza un trabajo de supervisión, tiene lugar un reconocimiento de la historia vivida que comporta una apropiación de su historia familiar: en la medida que transforma las memorias emocionales implícitas de experiencias pasadas en recuerdos explícitos de experiencias emocionales, recupera elementos importantes de su historia familiar e

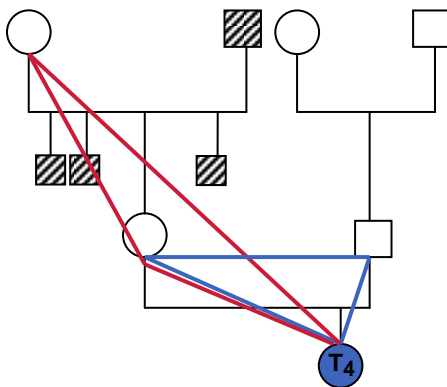


identifica nuevas configuraciones relacionales que reorganizan la percepción de sí misma y de su relación con los demás miembros de la familia. En este recorrido, el proceso de apropiación de su historia familiar permite un aprendizaje emocional dado que la transformación de memorias implícitas en recuerdos explícitos comporta, cada vez, una regulación de los recuerdos afectivos - emociones - de la amígdala, gracias a los conocimientos explícitos del sistema de la memoria explícita o declarativa. Las sucesivas modificaciones estructurales en el genograma de su familia de origen, constituyen los indicadores que permiten trazar esta evolución a lo largo de la formación, y que testimonian del proceso de apropiación de la historia familiar de la terapeuta.

b) Segunda terapeuta:

Al inicio de la formación, la terapeuta expone el genograma de su familia de origen, en base a los datos para ella más significativos:

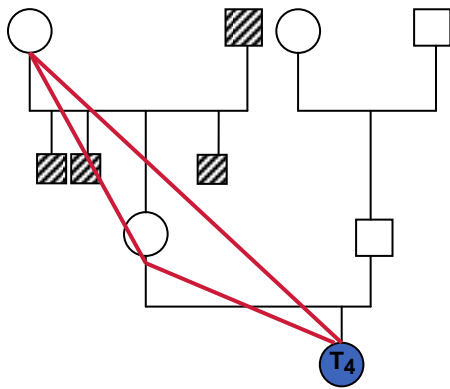
-



- la familia de origen de la madre sufre la pérdida de 4 de sus miembros, a causa de enfermedades tumorales,
- la madre de la terapeuta está más presente en su familia de origen respecto de su familia nuclear, motivo por el cual los padres de la terapeuta están constantemente en conflicto,
- la percepción más importante que la terapeuta refiere, es aquella de sentirse “entrapada” en la relación conflictual entre la madre y el padre, y en la relación de dependencia entre la madre y la abuela materna.

Más adelante durante la formación, la terapeuta expone el caso de una familia que sigue en el servicio de oncología de un hospital general. La paciente “M”, es una adolescente paralizada a causa de un tumor neurológico, el hermano ha fallecido recientemente por la misma causa y la familia ha decidido adoptar para con la paciente, la regla del silencio es decir, mantener el secreto respecto de su diagnóstico. La terapeuta solicita una supervisión indirecta porque se siente impotente y encastrada entre el servicio que le delega el tratamiento psicológico de la paciente y la familia de ésta que rehúsa abrirse a toda ayuda que pueda comportar la revelación del secreto.

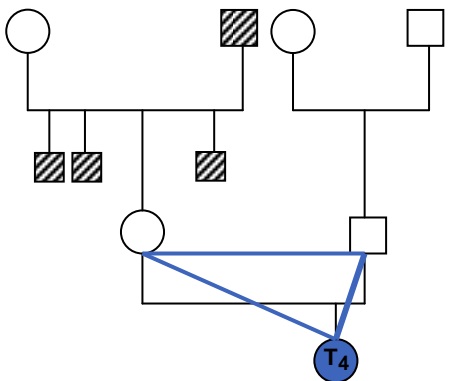
Durante la supervisión, la terapeuta revisita la historia de los duelos no elaborados en la familia de origen de la madre, descubre la función homeostática del silencio en el mantenimiento de las relaciones de dependencia entre madre e hija, e intuye en su dificultad de separarse, el posible origen de su percepción de impotencia:



“Mi familia, como la familia de “M”, ha sufrido pérdidas importantes. La muerte se ha infiltrado en las relaciones familiares y los seres queridos han desaparecido unos detrás de los otros sin dejar rastro, porque ninguno de nosotros puede, ni debe, nombrar la ausencia. Las almas muertas no permiten en mi familia la separación, ni a mi madre de su madre, ni a mi de ellas, porque separarse comporta una pérdida imposible de elaborar... la historia de “M” tuvo en mi vida el efecto de una piedra lanzada en un estanque, produciendo mil círculos concéntricos y un ruido ensordecedor, y rompiendo todas las barreras profesionales y humanas que había podido edificar”.

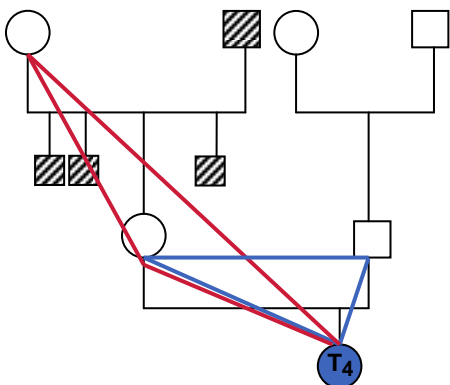
Hacia el final de la formación, la terapeuta inicia, en el contexto de una supervisión directa, el tratamiento de una familia cuyos padres consultan porque no logran establecer reglas en la educación de sus tres hijos pequeños. Los dos varones mayores padecen de hemofilia, el segundo además es enuretico y los tres niños presentan problemas de conducta. La caoticidad de las sesiones transforma el marco de la supervisión en una co-terapia supervisor-terapeuta, frente a una familia caracterizada por la “incontinencia”, a la cual los padres participan, por un lado exigiendo resultados y por el otro, invalidando las intervenciones terapéuticas.

Durante una supervisión, la terapeuta expresa su deseo de retirarse del caso. Se siente frustrada frente a una familia adonde, en cada sesión, hay que volver a recomenzarlo todo, y se percibe bloqueada entre los requerimientos del supervisor y la reticencia de la familia.



La terapeuta revisita nuevamente sus relaciones familiares y en particular su relación con sus padres, y comienza a darse cuenta en qué modo ella participa en el mantenimiento de su propia inmovilidad, en su familia, entre su madre y su padre: *“Siempre sentí en mi vida como hija, de haber tenido poco lugar, porque mis padres me daban poco lugar y porque nunca pensé que podía hacer algo para tomarme ese lugar”,* y en el contexto clínico, entre la familia y el supervisor: *“Me sentí invisible y al mismo tiempo, percibí los riesgos de una visibilidad. Mi dificultad a estar en la experiencia, me ha permitido no entrar en la experiencia”.*

Esta evolución, evidencia como, a pesar de los diferentes encuentros con las familias en consultación y las respectivas supervisiones, la percepción que la terapeuta tiene de sí misma y de su relación con los demás es decir, el sentirse siempre “entrampada - entre”, no se modifica. El encuentro con la clínica y las supervisiones parecen más bien reforzar, cada vez, la inmovilidad de la terapeuta y su convicción acerca de la imposibilidad de actuar sobre los acontecimientos. En este



caso, la particular gravedad y complejidad de las situaciones clínicas encontradas, podrían haber reforzado su temor de modificar equilibrios personales y relacionales, generando específicas dificultades en su aprendizaje cognitivo y emocional: si bien la terapeuta recupera algunos elementos significativos de su historia familiar, transformando memorias emocionales implícitas de experiencias pasadas en recuerdos explícitos de experiencias emocionales, este reconocimiento resulta *aun insuficiente* a los fines de adquirir una adecuada regulación de los recuerdos afectivos - emociones - de la amígdala, gracias a los conocimientos explícitos del sistema

de la memoria explícita o declarativa, o sea, como sostiene LeDoux, a los fines de “ayudar la corteza a tener más control sobre los recuerdos emocionales que están enterrados en modo indeleble en los circuitos de la amígdala”. En este recorrido, la ausencia de modificaciones estructurales en el genograma de la familia de origen de la terapeuta, evidencia la falta de evolución en su desarrollo personal y profesional: si bien el proceso de apropiación pueda considerarse avanzado, este resulta aún insuficiente a los fines de activar una reorganización de la percepción de sí misma y de su relación con los demás, percepción que de hecho, inicia a modificarse *solo hacia el final* de la formación.

Conclusión.

El terapeuta constituye su principal instrumento terapéutico.

Como observador que ordena y organiza un mundo construido por sus propias experiencias, debe aprender a utilizarse en modo sistémico en la paradoja de la autoreferencialidad.

A los fines de no quedar invadido por las emociones que el sistema terapéutico evoca y/o amplifica de su historia, el terapeuta debe efectuar un aprendizaje cognitivo y emocional, y este aprendizaje depende necesariamente de un reconocimiento de su historia familiar.

En este trabajo he querido exponer este proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta:

Como, en el contexto de las supervisiones, y a partir de similitudes estructurales o isomorfismos entre la familia en consulta y la familia de origen del terapeuta, éste recupera elementos importantes de su historia familiar.

Como, en la medida que el terapeuta transforma sus memorias emocionales implícitas de experiencias pasadas en recuerdos explícitos de experiencias emocionales, adquiere un dominio sobre sus emociones que le permite, en vez de reaccionar, la libertad de decidir como actuar: actuar siempre en modo tal de incrementar el número de alternativas, era para Heinz Von Foerster, un imperativo ético.

Como, finalmente, en cada apropiación de la historia vivida, el terapeuta descubre nuevas configuraciones relacionales en su familia de origen que reorganizan la percepción de sí mismo y de su relación con los demás miembros, y como esta evolución puede ser trazada considerando el genograma de la familia de origen del terapeuta y sus progresivas modificaciones durante la formación, un parámetro de su desarrollo personal y profesional.

Bibliografía.

- Chouhy A., La Famiglia di Origine del Terapeuta nel Contesto della Supervisione Indiretta, in La Famiglia di Origine, L'incontro in psicoterapia e nella formazione, a cura di M. Andolfi e V. Cigoli, Ed: Franco Angeli, 2003.

- Mony Elkaim; Si tu m'aimes ne m'aime pas, 1989, Editions du Seuil.

- LeDoux J., Le cerveau des émotions, 2005, Editions Odile Jacob.

- LeDoux J., Emotion as Memory : Anatomical systems underlying indelible neural traces, in The Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory, 1992, edited by Sven-Ake Christianson.

- Von Foerster H., Ethics and second-order Cybernetics, 1990, Systems and Family Therapy International Conference.

- Maturana H., El Arbol del Conocimiento, 1984, Editorial Universitaria.

