

REPETITIONS TRANSGENERATIONNELLES DANS LES SCENARIOS DE VIE EN PRATIQUE PSYCHOGERIATRIQUE

Marie-Françoise Rochard-Bouthier APVAPA Octobre 2003

La pratique du génogramme en clinique neurologique et psychiatrique, est une pratique assez courante en particulier lorsqu'il s'agit de rechercher une origine génétique à une maladie. Par ailleurs, la pratique d'une histoire de vie de la recherche d'antécédents familiaux fait partie de l'interrogatoire clinique de base. Cependant, depuis un certain nombre d'années, des auteurs recherchent à travers l'élaboration du génogramme ou du géosociogramme tel que le pratique Anne Ancelin-Schutzenger, la mise à jour de répétitions sur plusieurs générations qui peuvent être parfois liées à un traumatisme familial, parfois lui-même lié à un contexte social et historique qui traumatise l'ensemble d'une génération (la guerre de 1914-1918). Il peut également s'agir d'actes de réparation d'une injustice, de phobies, de troubles psychosomatiques.

En général ce travail autour de son propre géosociogramme conduit le patient à s'intéresser aux scénarios dans lesquels il a engagé ses descendants, et à faire évoluer ces scénarios tant pour lui que pour ses enfants.

Le génogramme et le géosociogramme sont également utilisés en pratique psychogériatrique, en particulier auprès des patients atteints de maladie d'Alzheimer (Brigitte PLAQUET, François BLANCHARD, Sylvie BLIQUE). Les auteurs qui utilisent cette pratique l'utilisent surtout à des fins de communication et de reconstitution d'une histoire de vie. Le génogramme devient outil et prétexte à la communication (Brigitte PLAQUET).

La pratique de l'entretien familial et des sessions de groupes pour les familles en gérontopsychiatrie montre que les proches du patient recherchent activement un événement traumatique qui serait la cause de la maladie. Cette pratique nous a permis de mettre à jour de curieuses répétitions dans un certain nombre de familles de malades d'Alzheimer ou de familles de patients dépressifs.

Nous avons également constaté que certains troubles ou certaines histoires de vie ne pouvaient s'expliquer que par des événements traumatiques dans les générations antérieures dont la portée réelle est inconnue du sujet avec souvent des conséquences non négligeables sur les enfants et petits enfants.

L'élaboration d'un génogramme de ces patients nous met alors en situation de repérer des sujets à risque parmi les générations suivantes ; sujets à risque car engagés dans le même scénario de vie. Il se pose à nous le problème de la prise en charge de ces sujets auxquels nous n'avons pas toujours accès lorsqu'il s'agit de petits enfants ou arrière petits enfants par exemple.

Dans cette communication il sera développé quelques exemples et nous proposerons des pistes de travail auprès des générations suivantes.

Mais tout d'abord nous devons définir quelques concepts qui permettent de comprendre ces répétitions et ces scénarios de vie sans se référer à des malédictions et autres explications surnaturelles.

Nous emprunterons à Jean COTTRAUX la notion de scénario de vie. Le scénario de vie est une situation répétitive soit chez un même individu soit chez plusieurs individus d'une même famille sur plusieurs générations qui bien que chacun soit conscient qu'il ne doit pas être répété, qu'éventuellement des précautions soient prises pour l'éviter, va se reproduire. Ce scénario est surdéterminé par des injonctions (souvent négatives) qui vont induire un comportement ou des choix morbides.

La répétition transgénérationnelle a été étudiée par Anne ANCELIN SCHUTZENBERGER. Les répétitions sont mises à jour en demandant au sujet d'établir un génogramme avec les dates approximatives des événements familiaux. Le contexte, l'époque sont importants pour déterminer la portée des événements. Lorsqu'il y a répétition, il existe au départ un événement traumatique de l'ordre de l'impensable, de l'indicible qui est frappé de nescience. Cet interdit de connaissance et de parole sur l'événement peut venir de la honte qui y est attachée (assassinat, viol, inceste, enfants hors mariage, etc.) ou à l'interdit d'exprimer sa colère et son désespoir vis à vis de cet événement (cf les morts pour la France de 14/18 et les horreurs vécues par les poilus dans les tranchées, la honte parfois d'avoir survécu à un massacre). Il y a là un interdit de parole porté par la société toute entière. La répétition s'inscrit donc dans un non dit mais le vieillard psychiquement dépendant crée comme le souligne Emmanuel Bauza un désétayage généalogique qui va obliger à une parole sur les deuils impossibles.

L'horreur est parfois indicible lorsqu'on a affaire à des massacres, des déportations, des tortures. C'est dire si les générations dont nous prenons soin et qui n'ont pas été débriefées peuvent avoir transmis de tels scénarios.

Selon Nicolas ABRAHAM et Maria TOROK cet indicible est transmis sous forme de non verbal, de bribes de mots qui ne peuvent jamais entrer dans le conscient et ensuite faire l'objet d'un refoulement et s'exprimeront soit par la répétition de l'acte initial soit par des manifestations somatiques, soit par des tâches de vie que le sujet se sent obligé d'accomplir qui sont le plus souvent destinées à réparer le drame initial dont il ignore presque tout.

Nicolas ABRAHAM et Maria TOROK étudient ces phénomènes chez des patients en analyse pour lesquels ils remarquent des symptômes et des paroles qui ne sont pas de l'ordre du refoulement et ne sont pas accessibles à la cure type. Ils font alors l'hypothèse que c'est comme si un autre parlait à l'intérieur du patient. Ils nomment ces phénomènes « crypte » et « fantôme ».

La crypte consiste chez un individu qui ne peut faire le deuil d'un autre le plus souvent parce qu'il a existé entre eux une relation qui n'a pu être parlée ou qui a fait l'objet d'un interdit, à installer en lui le mort comme une inclusion. Le patient ou la patiente devient cryptophore, il porte en lui ce mort « mal enterré » et a pour objectif de continuer à le faire vivre en lui et dans sa descendance. Le patient peut mener une vie tout à fait normale en dehors de certains symptômes, comportements ou paroles expression de ce « fantôme ».

La transmission aux générations futures se fait à l'insu de la conscience des protagonistes sous forme d'injonctions, de non-verbal, de prénoms ; le mode de transmission le plus favorable fait appel à la notion d'unité duelle c'est à dire à la relation précoce mère enfant où l'enfant n'ayant pas encore fait l'expérience de la réalité et du rapport du mot et du réel n'a l'expérience que des mots de la mère et de sa perception de la réalité cette. Mais la transmission est possible dans toutes situation émotionnelle suffisamment forte pour que le sujet et le cryptophore en ait recréé les conditions.

La répétition transgénérationnelle semble pouvoir se mettre à jour plus facilement chez des personnes très âgées peut-être parce que l'âge favorise la déliaison et l'irruption du « fantôme » dont sont porteurs ces patients.

Cependant dans une perspective psycho-développementale du type de celle proposée par Erick ERICKSON avec ses stades de vie nous formulerons une hypothèse un peu différente.

E. ERICKSON postule que notre personnalité est référencée par nos succès et nos échecs. Au cours de la vie, il décrit une série de 8 crises de la petite enfance à la vieillesse. A chaque crise correspond une tâche de vie, un apprentissage, un objectif. Selon que la tâche est plus ou moins accomplie, l'objectif atteint, l'individu aura plus ou moins de force pour s'engager dans l'objectif suivant. Arrivé au grand âge, il n'est pas rare que resurgissent les tâches non accomplies qui vont obséder le sujet surtout si il a un déficit cognitif. Il va en quelque sorte actualiser l'échec. Il y aura alors répétitions stéréotypées d'activités ou de paroles en rapport avec la tâche, hallucinations parfois. Le retour du passé peut alors permettre le surgissement de pans de l'histoire familiale qui vont éclairer autrement les symptômes. Nous émettons donc l'hypothèse que les messages incomplets ou non verbaux que l'individu reçoit au cours de sa petite enfance ou éventuellement au cours d'autres crises sont comme les tâches à accomplir à chaque stade de son développement, des messages contradictoires du type réussis et échoue, répète et mets fin à la répétition. Le grand âge permet parfois à l'individu de prendre conscience ou de transmettre par le truchement d'un comportement dit démentiel la nécessité de mettre fin à la répétition. Il y a en quelque sorte un combat contre le fantôme. Ces sujets évoquent parfois le passé une ou deux fois et lorsqu'il est mis en mots referment très vite la porte et s'apaisent. Etre à ce moment témoin et passeur aux générations suivantes nous semble utile.

De cette observation, nous avons tiré un cadre de travail centré sur le géosociogramme des sujets âgés chez lesquels au cours d'entretiens nous avons repérés des répétitions ou des événements traumatiques dans les générations antérieures.

Notre pratique du géosociogramme :

Dans la mesure où nous travaillons dans une perspective familiale nous travaillons avec le patient et son ou ses aidants familiaux.

Le groupe est donc constitué par :

- X Le patient
- X Son aidant principal (éventuellement deux personnes)
- X Le médecin
- X Un infirmier.

La durée moyenne de l'entretien est d'1 heure et nous prévoyons 3 ou 4 entretiens.

Lors de chaque entretien dans la mesure où il est difficile pour le patient d'écrire lui-même, le médecin reformule et note ce que dit le patient sur une grande feuille et place les membres de la famille sur le géogramme.

Cette pratique est conçue comme un élément de la prise en charge qui va être utile au patient mais aussi à tout son groupe familial.

5 exemples de genosocio-grammes de personnes âgées :

DENIS

Cet homme ayant une maladie d'Alzheimer, d'origine portugaise a débuté sa maladie au cours des années 1990, mais en 1982 il a perdu un fils de 20 ans d'un accident de la voie publique.

Ce fils était le cinquième en cinq générations qui décédait ainsi au même âge. Une seule différence il ne portait pas le prénom des 4 autres (Charles) mais s'appelait Willam car sa grand-mère avait défendu à sa mère de l'appeler ainsi (cela porterait malheur !) Sa mère était enceinte de lui au moment du décès de son beau-frère comme trois autres mères au moment du décès de leur frère (ici il s'agit d'un beau-frère) ; la sœur de Willam, enceinte un an plus tard appellera son fils Willam. Celui-ci a 21 ans actuellement.

Dans cette famille, outre le patient, sa mère et sa grand-mère ont perdu un enfant et sont devenues plus tard démentes (on ne retrouve pas de démence dans les fratries).

La répétition (ici un syndrome anniversaire type) renvoie à la notion d'unité duelle et de « fantôme » avec une injonction pour l'enfant d'être le mort c'est à dire de mourir comme l'autre La situation de grossesse est émotionnellement perturbante et favorisera l'installation de la crypte. Nous avons également fait

l'hypothèse que lors du premier décès il pouvait y avoir eu une relation incestueuse frère et sœur. Nous avançons cette hypothèse qui renvoie aux travaux de N. ABRAHAM et M. TOROK car le patient Denis a longtemps entretenu une relation incestueuse avec la femme d'un autre de ses frères peut-être une recherche de sexualité endogame dans cette famille.

La répétition de démence (uniquement semble-t-il lorsque se produit cette mort accidentelle) renvoie au rôle du stress oxydatif dans le déclenchement de la maladie d'Alzheimer.

ODILE (92 ans)

Il s'agit d'un géosociogramme assez typique de cette génération. Le père d'Odile meurt pendant la guerre de 14/18 vers l'âge de 30 ans dans des circonstances qu'elle ne peut retracer. On n'aborde pas le sujet à la maison. La mère d'Odile élève seule ses 3 enfants ; sa fille lui voue un culte et dit « j'ai tout appris de maman ». Odile a 2 frères. Le deuxième, couvreur, va tomber d'un toit vers l'âge de 30 ans et se tuer. On ne parlera pas de ce décès dans la famille.

Pendant ce temps, Odile s'est mariée et a eu 3 enfants (2 garçons et 1 fille). Elle ne tarde pas à divorcer et élève seule ses 3 enfants. A l'âge de 30 ans son deuxième fils veut faire la démonstration de la solidité d'une véranda à un client. Il marche sur le toit qui se brise et il se tue. On n'en parle pas en famille.

La fille d'Odile est étonnée que sa mère parle de ces événements alors qu'elle est démente. Elle explique alors qu'elle même n'a eu qu'un fils donc a échappé à la répétition mais que son petit fils est décédé accidentellement à 4 ans. Elle s'est alors étonnée que sa belle-fille en parle avec la petite sœur de cet enfant alors âgée de 2 ans. Elle admet alors l'importance de ne pas garder secrète l'histoire familiale et d'en parler avrc son fils et sa petite fille.

le traumatisme lié à la guerre de 14/18 rend les plus jeunes enfants cryptophores. Le garçon répète la mort du père, la fille transmet le fantôme à son fils et peut-être à sa fille avec transmission au petit fils.

MARCEL

Le patient, âgé de 78 ans, vient consulter en psychiatrie avec sa famille, en urgence. Il se suicide 24 heures après. Le génogramme montre le suicide du grand-père du patient alors qu'il avait 11 ans, puis de son père et le décès de son frère par suicide 24 heures après la consultation de psychiatrie.

La cousine germaine du père du patient décède par suicide à l'hôpital psychiatrique.

Son fils, dépressif, a été hospitalisé en psychiatrie pour tentative de suicide. Le petit-fils est présent quand son père découvre le patient pendu. Ce fils était présent lorsque le patient avait découvert son propre père pendu.

L'histoire familiale de ce patient montre un processus mortifère, quasi obligatoire. On perçoit le conflit de la parité chez le fils qui a son grand-père puis son père qui se sont suicidés et qui à son tour, a attendu à ses jours et met son fils de façon incontournable dans cette filiation pathologique.

On notera la culpabilité attachée au décès à l'hôpital psychiatrique qui va devenir le déclencheur du suicide. A chaque génération un petit fils est « initié » au scénario suicidaire et devient lui-même cryptophore

LUCIENNE

Ce génogramme a beaucoup intéressé nos collègues généticiens à cause du nombre de démences et accidents vasculaires cérébraux qui évoquent une angiopathie amyloïde familiale.

Les suicides et l'histoire familiale nous ont interpellés.

Le génogramme a été élaboré avec la patiente et sa fille.

La mère de Lucienne a supporté 13 grossesses, 9 enfants vivants ; et son époux, Paul était un homme buveur et coureur. Du côté de Paul, la famille se fonde sur une injustice et un déni de paternité. Paul est en effet, un enfant adultérin d'un comte chez lequel sa mère était placée. Le comte a donné une somme d'argent importante à la mère de Paul pour qu'elle l'éleve en secret ; ce qu'elle a fait. Lorsque le grand âge est survenu, elle a demandé à son fils de l'accueillir et sa belle-fille, Marie, a refusé épuisée par ses nombreuses grossesses et le comportement de son mari. La mère de Paul est allée en institution et a légué la totalité de sa fortune à cette institution. Paul H. n'a donc hérité, ni du nom de son père, ni de l'argent donné pour réparer ce déni de paternité.

Les neuf enfants de Paul et Marie qui ont survécu, ont tous présentés des problèmes sévères : tous les garçons, à l'exception de Bernard décédé jeune, et de Lucien décédé en bas âge, étaient eux aussi coureurs et buveurs. On les qualifiait de « bande à BONNOT » dans leur commune. Paul, l'aîné, a péri assassiné, il y a 2 ou 3 ans pour une histoire de mœurs. Paul porte le même prénom que son père et, probablement que son grand-père. En effet, la coutume voulait que l'on donne aux enfants adultérins le prénom de leur père afin de laisser une trace.

Parmi les enfants de cette génération, 2 garçons se suicideront (André et Bernard), un garçon et une fille à la génération suivante et un garçon à la génération d'après. Beaucoup des membres de la famille ont fait des dépressions sévères.

Nous nous intéresserons aux filles de la génération de notre patiente. Yvonne, née en 1916, toujours vivante, mais présentant depuis 10 ans une maladie d'Alzheimer. Celle-ci n'a pas eu d'enfant. Notons qu'elle s'est mariée avec un ingénieur qui était d'extraction aristocratique, réparant sans doute par là

même, l'injustice faite à sa grand-mère.

La deuxième et dernière est notre patiente, Lucienne, née en 1926. Lucienne naît avec beaucoup de prédictions négatives. Les médecins disent à sa mère « qu'elle ne fera pas grand chose de son rejeton ». Lucienne porte le prénom d'un enfant décédé. Elle aura du mal à apprendre à l'école, et, néanmoins se mariera à 17 ans, avec un homme qui lui aussi a subi un rejet de sa famille. Il a 10 ans de plus qu'elle et cet homme aura un parcours exemplaire puisque, bien qu'ouvrier, il sera autodidacte, et fera de la politique devenant ainsi une figure importante de sa ville.

Le couple va avoir 2 enfants : une fille et un garçon. A la mort de son mari, Lucienne semble surmonter le deuil, mais celui-ci est suivi assez rapidement, d'une rupture avec son fils en 1993. Ce qui va l'entraîner vers des tendances alcooliques et une dépression grave. Puis, on observera peu à peu l'entrée dans une démence vasculaire. La fille de Lucienne a, elle aussi, présenté un accès dépressif au moment de la mort de son père ; accès dépressif qu'elle a surmonté dans le travail.

Dans la descendance du couple Paul – Marie, nous observons la répétition de scénarios tragiques de vie.

On est frappé par l'absence de figure paternelle du côté de Paul, absence de figure paternelle qui se retrouvera probablement tout au long de la vie de cet homme et de ses fils, qui n'ont comme indice d'identification au père, que les aspects négatifs probablement portés par la mère de Paul, c'est à dire buveur et coureur. La plupart de ces hommes endossent une paternité, mais semblent vouloir la fuir puisqu'ils « courent » et ou se suicident. Les hommes semblent dire « mère aime-moi, vois comme je ressemble à celui que tu aimes et qui t'abandonne ».

Lucienne, pour qui est prédit qu'elle ne réussirait pas, néanmoins ou justement parce qu'elle a décrypté sa tâche de vie, a très bien réussi son mariage et probablement apporté cette figure paternelle, avec son mari, qui correspondait à l'idéal de sa mère. On remarque que les filles s'efforcent, dans cette fratrie, de réparer l'injustice puisque Yvonne épouse un aristocrate et Lucienne épouse un homme réputé pour sa droiture.

Cependant la réparation est fragile et la fille de Lucienne souhaite faire ce travail d'élucidation car elle est inquiète pour un de ses petits fils. Son fils a épousé en miroir une femme dépressive et dont le frère s'est suicidé et la fille de Lucienne souhaite éviter la répétition suicidaire.

PAULE

La patiente lorsque nous la rencontrons a 80 ans. Elle présente une mélancolie délirante. Après avoir ressenti des douleurs incoercibles du vagin, elle pense avoir des fuites urinaires

invisibles mais qui abîment tout et se garnit de bandelettes de papier qu'elle tresse une partie de la journée avec un vécu très douloureux.

Cette patiente est l'aînée d'une fratrie de 5. Sa mère était pharmacienne, ainsi que son grand-père et son arrière grand-père. Son père est décédé des suites de la guerre de 14 mais 30 ans après. Il a échappé à la mort sur le champ de bataille en faisant le mort.

Son arrière grand-père maternel était issu d'une famille paysanne et est devenu pharmacien. Il a eu 3 enfants. Les 2 garçons sont morts en bas âge. La fille survivante a épousé un stagiaire de son père qui a repris la pharmacie. La pharmacie s'est donc transmise par les femmes.

La grand-mère de Paule a le profil d'un cryptophore, toujours malade et plaintive ; sa chambre était la pièce principale de la maison située au dessus de la pharmacie.

Le grand-père maternel ne se destinait pas au départ à la pharmacie et il semble y avoir été poussé par son grand-oncle.

Le couple a 6 enfants et c'est la première fille Elizabeth qui deviendra pharmacienne. Stagiaire à 20 ans pendant la guerre de 14/18 dans cette pharmacie comme le sera sa fille Paule au même âge pendant la guerre de 39/45, elle ne reprendra toutefois pas la pharmacie familiale.

Cette charge est confiée à Paule certainement dès son plus jeune âge et ce bien qu'elle soit littéraire et rêveuse. Elle est souvent chez ses grand-parents, sa mère lui donne un « directeur de conscience ». On prétexte que vue la santé fragile de son père, cela assurera un revenu à la famille si elle reprend la pharmacie de son grand-père, ce qu'elle fera sans goût et en devant accoler au sien le nom de son grand-père pour des raisons de notoriété.. Elle note que son prénom est celui d'une martyre et non le féminin d'un père de l'Eglise et ajoute que sa mère lui a dit « ma pauvre petite, je n'aurai pas dû te faire porter ça ».

Elle sera autant assistante sociale que pharmacienne et rencontrera son mari dans une association de lutte contre le taudis.. Ils auront un fils et 2 filles. Peu après la naissance de la première, ils vendent la pharmacie après l'avoir modernisée. Bertille échappe à la répétition. La deuxième, Véronique, sera hélas chargée de la souffrance familiale deviendra schizophrène avec des comportements très suicidaires. Il est vrai que la famille reproche à ses parents la vente de la pharmacie ; celle-ci sera détruite en 1974. A 20 ans elle commence des séjours en hôpital psychiatrique. Il est alors dit qu'elle n'en sortira pas. Mais quand sa mère commence à présenter des symptômes 2 événements sont intervenues, la mort d'Elizabeth qu'elle n'a pu se décider visiter et la décision de faire entrer Véronique en appartement thérapeutique.

C'est à l'hôpital que commencent les séances de génosociogramme. La patiente est accompagnée de son époux. Au bout de deux séances, nous voyons apparaître « le fantôme ». En effet, l'infirmière co-thérapeute est amenée à effectuer des nuits dans l'unité de soin et un soir Paule l'appelle et lui dit qu'il faut faire quelque chose car il y a des gens presque morts, qu'elle ne connaît pas sous son lit. Cette hallucination la poursuit quelques temps puis après une autre séance, où on émet l'hypothèse qu'il s'agit peut être des frères de sa grand-mère, l'hallucination disparaît et Paule ajoute « Pourquoi faut-il qu des choses pareilles me tombent toujours dessus ». Elle rentre chez elle peu après.

Discussion :

On observe chez cette femme cryptophore un désir d'échapper au « fantôme » et de ne pas le transmettre. La pharmacie a joué le rôle de crypte mais une fois vendue et détruite, un autre lieu doit prendre en charge le « fantôme », peut-être l'hôpital psychiatrique. L'infirmière est requise pour s'occuper de « ces gens presque morts » pour éviter un grand malheur

La pratique du géosociogramme chez le sujet âgé et ses effets sur les présents :

Le patient : elle permet au patient de se réintégrer dans son histoire. Ainsi un de ces patients quasi mutique depuis des mois dira à l'évocation de la mort de son fils « oui mon fils » soulignant l'horreur que représente cette mort. C'est également dans sa démence que Odile racontera la répétition des morts dans sa famille. On peut constater d'ailleurs que le dément peut justement avec sa facilité à mélanger les situations passées et présentes signaler aux proches qu'il s'agit bien d'une même histoire. Ainsi l'épouse de Denis explique que le jour de l'enterrement de Willam, sa belle-mère dit qu'elle va rester à la maison mais dès que tout le monde est parti, elle s'habille de noir et dit aux voisins qu'elle va à l'enterrement de son fils.

Son aidant principal : lorsqu'il s'agit du conjoint bien souvent le déroulement du scénario transgénérationnel du patient renvoie à des scénarios en miroir qui sont parfois évoqués lors des séances. Ainsi Gabriel lors d'une séance où Paule, son épouse, exprime sa répulsion pour les mariages entre cousins (dont son grand-père est issu,) mentionne que dans sa famille il existe une histoire semblable. Lors des séances, les époux sont très proches, Paule dit son regret d'avoir entraîné ce pauvre Gabriel dans une telle famille. L'épouse de Denis se sent partie prenante de l'histoire familiale (c'est elle qui est venue en parler) et adhère à l'idée de faire un arbre généalogique pour ses petits enfants où elle représentera aussi son côté.

Les enfants, lorsqu'ils sont aidants principaux, sont a fortiori partie prenante de ce qui se dit. Ainsi, la fille d'Odile exprime sa surprise qu'on puisse parler de l'histoire de la famille. La fille de Lucienne cherche les moyens de prévenir le suicide chez ses petits enfants. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle s'est intéressée à la généalogie de sa mère.

Lors des séances, il est très important de souligner les points positifs, de valider les stratégies qui ont pu être efficaces. Ainsi pour Lucienne, on souligne qu'elle a épousé un homme bon et juste, honnête et reconnu dans sa ville mettant fin à trois générations d'hommes « buveurs et coureurs ». Cela permet à sa fille de s'inscrire différemment dans cette généalogie.

Géosociogramme chez le sujet âgé et ses effets sur les absents.

Les absents : là est toute la difficulté de ce travail. Comment les présents vont-ils transmettre à leurs enfants et petits enfants ce qui est mis à jour dans les séances.

Paule semble avoir pu autoriser sa fille à sortir de l'hôpital psychiatrique dont il avait été dit « qu'elle ne sortirait jamais ». Le petit fils de Denis semble pour le moment avoir échappé à la mort accidentelle, sa grand-mère a évoqué l'histoire familiale avec lui. Mais une des petites filles a fait récemment une bouffée délirante sans séquelle ; un fantôme s'est peut-être évacué là.

Pour conclure :

La pratique du génosociogramme chez le sujet âgé permet à celui-ci de lever des secrets de famille, de se réintégrer dans son histoire familiale et d'aider les générations futures à se libérer des « fantômes » qui génèrent des obligations de répéter des scénarios de vie.