

Prévention de la chronicité en psychosomatique : approche systémique de l'asthme infantile

L. Onnis¹, A. Di Gennaro¹, G. Cespa¹, R.C. Dentale¹,
P. Benedetti¹, F. Forato¹, F. Maurelli¹, L. Businco², C. Vazzoler²,
L. Bernardini², F. Sera³

Résumé

Les auteurs présentent une recherche destinée à vérifier l'utilité d'un traitement intégré, multidisciplinaire et orienté dans une perspective systémique, pour l'amélioration de la symptomatologie et dans la prévention de la chronicité de l'asthme infantile.

Vingt enfants souffrant d'asthme bronchial ont été divisés en deux groupes : un groupe expérimental qui a reçu un traitement pharmacologique et une psychothérapie familiale, et un groupe contrôle qui a bénéficié uniquement d'une thérapie pharmacologique. L'évaluation de l'efficacité des différentes interventions a été établie tant sur base des paramètres cliniques que relationnels.

Les résultats montrent que les patients du groupe expérimental présentent une amélioration clinique (réduction des crises asthmatiques et de la thérapie pharmacologique) nettement supérieure à celle du groupe contrôle.

L'étude de validité statistique confirme la signification des résultats.

Abstract

Authors present a research focused on testing the value of an integrated, multidisciplinary and systems oriented therapeutic intervention aimed at improving clinical symptoms and preventing chronicity of infantile asthma.

Twenty children suffering from chronic bronchial asthma were divided into two groups : an experimental group, which received pharmacological treatment and family psychotherapy and a control group which received only pharmacological treatment. Outcome has been measured in regard to two sets of parameters: clinical parameters as well as relational parameters.

1. Département des Sciences Psychiatriques et de Médecine Psychologique, Université « La Sapienza », Rome
2. Clinique Pédiatrique, Université « La Sapienza », Rome.
3. Institut Dermopathique de l'Immaculée (IDI), Service d'Epidémiologie Clinique, Rome.

The obtained results indicate a clear improvement of the symptoms (reduction of the number of the crisis and of the pharmacological treatment) in the patients of the experimental group compared with the control one.

The statistical validation confirms the significance of the results.

Mots-clés

Asthme – Chronicité – Traitement intégré – Thérapie familiale – Approche systémique.

Key words

Asthma – Chronicity – Integrated treatment – Family therapy – Systemic approach.

1. Prémisses théoriques : des modèles réductionnistes à une optique de la complexité

Dans la maladie psychosomatique, de manière encore plus évidente que dans les autres formes de souffrance humaine, la co-participation d'une multiplicité de composantes émerge : biologiques, psychologiques, interpersonnelles, environnementales. Pourtant, la plupart des modèles qui ont été appliqués à la psychosomatique sont influencés par les tendances dichotomiques d'inspiration cartésienne qui caractérisent notre culture, et ont fragmenté le phénomène psychosomatique en le *réduisant* à une seule de ses parties.

Mais dans ces *modèles réductionnistes*, la maladie psychosomatique ne trouve ni des hypothèses interprétatives adéquates, ni des résultats cliniques satisfaisants, puisque dans un grand pourcentage des cas, le trouble évolue vers la chronicité. En effet, une de nos recherches précédentes (Onnis, 1989 ; Onnis *et al.*, 1985 ; 1986) orientée dans une perspective systémique, avait mis en évidence deux aspects fondamentaux :

- D'une part l'existence de corrélations significatives et importantes entre le symptôme psychosomatique et les réactions psycho-émotionnelles du patient, et entre ces dernières et les caractéristiques typiques de son système d'appartenance – la famille – tant en ce qui concerne le niveau des relations observables [classables en quatre modèles interactifs simultanément présents : l'enchevêtrement, la surprotection, l'évitement du conflit et la rigidité, comme déjà indiqué par Minuchin *et al.*, 1978] qu'en ce qui concerne un niveau plus profond et caché que nous pourrions appeler « mythique », qui renvoie souvent à une histoire trigénérationnelle.
- D'autre part l'absence, dans les prestations thérapeutiques offertes habituellement par les services d'assistance, d'interventions destinées

à affronter ces composantes psycho-émotionnelles et relationnelles qui caractérisent le système familial ; la tendance, en fait, à négliger un tel contexte et à « réduire » encore une fois le trouble psychosomatique à sa seule composante biologique, en se limitant à traiter cette dernière.

Cette première recherche qui reportait le thérapeute à l'intérieur de son champ d'observation [selon les indications de ce que von Foerster (1981) appelle « Cybernétique de second ordre »] soulignait donc l'influence d'une intervention thérapeutique réductionniste comme facteur potentiel de chronicité. Elle se concluait par une question : l'ainsi dite « intraitabilité » des troubles psychosomatiques n'est-elle pas en réalité, un « manque de traitement », l'« incurabilité » n'est-elle pas plutôt une « absence de cure » (Onnis, 1988a) ?

Cette interrogation ouvrait la voie vers une nouvelle recherche qui s'est à peine conclue : la tentative d'élaborer une stratégie thérapeutique plus articulée qui consente d'arrêter et, si possible, de prévenir l'évolution chronique aussi fréquente dans les troubles psychosomatiques.

Il nous paraissait essentiel qu'une telle stratégie se base non pas sur des modèles réductionnistes de type linéaire, mais sur des modèles d'orientation systémique dont les principes de circularité qui les inspirent proposent immédiatement l'émergence d'une corrélation de toutes les composantes en jeu dans le phénomène psychosomatique.

L'approche systémique à laquelle nous faisons référence ne doit donc pas être vue comme une « technique de thérapie familiale », ce qui retomberait directement dans le réductionnisme ; elle prend plutôt le sens d'une orientation méthodologique qui permet de retrouver les connexions entre des multiples niveaux systémiques, qui restitue à la maladie psychosomatique la caractéristique de point d'intersection entre facteurs biologiques et psychosociaux, et qui donc lui permet de réacquérir la physionomie d'une « réalité » complexe. En ce sens alors, l'approche systémique ouvre la voie vers une optique de la complexité (Morin, 1977).

C'est cette optique de la complexité qui a, en particulier, inspiré notre recherche.

Deux aspects essentiels en dérivent en effet (Onnis, 1988b, 1989).

Un premier aspect est que cette optique propose une vision de la réalité humaine comme une articulation complexe de niveaux multiples qui se présentent comme complémentaires et en corrélation entre eux. Elle marque donc le passage d'une logique d'oppositions disjonctives de type *ou/ou* (biologique *ou* psychologique, individuel *ou* familial) typique des modèles

réductionnistes, à une logique d'intersections dialectiques de type *et/et* (biologique *et* psychologique, individu *et* famille, famille *et* milieu).

Mais de cette optique de la complexité dérive également un second aspect, tout aussi essentiel : ces multiples niveaux dont se compose la réalité humaine, sont non seulement articulés et complémentaires, mais chacun d'eux présente une autonomie irréductible. Maturana & Varela (1980), parlent de cette « autonomie » comme d'une des propriétés essentielles des systèmes vivants.

En ce qui concerne le trouble psychosomatique, une optique de la complexité présuppose alors, qu'il serait le résultat de la corrélation de multiples composantes – biologiques, psycho-émotionnelles, relationnelles, familiales – mais qui chacune, conserve aussi une *spécificité* et *autonomie* propre et peut donc nécessiter d'une modalité d'intervention spécifique.

Quelle influence ces considérations théoriques ont-elles, sur l'élaboration d'une stratégie thérapeutique qui se veut non réductionniste ?

Il nous semble évident que si l'on veut donner une réponse thérapeutique non réductionniste à un phénomène complexe comme la maladie psychosomatique, cette réponse thérapeutique ne peut être qu'interdisciplinaire ; il est donc nécessaire de prévoir une co-présence et une co-participation de figures professionnelles multiples comme le médecin (ou le pédiatre), le psychologue, le thérapeute familial.

Ce sont ces prémisses théoriques qui ont inspiré notre recherche actuelle.

2. Aspects psychosociaux et thérapeutiques de l'asthme

Comme dans la recherche précédente (Onnis, 1988a, 1989 ; Onnis *et al.*, 1985, 1986), le trouble psychosomatique que nous avons choisi pour effectuer notre enquête est l'asthme infantile. Deux types de motifs au moins justifient un tel choix.

Avant tout, l'asthme bronchial est, encore aujourd'hui, la maladie à caractère chronique la plus fréquente pour les patients d'âge pédiatrique [5-10% dans les pays à haut développement économique selon Burr *et al* (1989)] et présente tant un accroissement de l'incidence que de la mortalité [Elliot (1983), Benatar (1986) indiquent un risque fatal élevé, de l'ordre de 1-2% dans les formes sévères d'asthme].

En second lieu, alors qu'il existe de nombreuses recherches qui traitent de l'influence des facteurs psychosociaux sur l'asthme et sur son évolution, celles qui sont centrées sur les aspects thérapeutiques et sur l'évaluation contrôlée des résultats obtenus par l'utilisation d'une approche systémique, sont plutôt rares.

En ce qui concerne l'importance des composantes psycho-émotionnelles dans l'apparition des crises asthmatiques, les travaux sont nombreux et documentés : Purcell *et al.* (1969) soulignent l'influence des réactions anxieuses du patient, en particulier en coïncidence avec des événements de séparation du noyau familial ; Miller (1987) met en évidence des états dépressifs, Godfrey & Silverman (1973) relèvent que des facteurs émotionnels sont souvent responsables de l'aggravation et de la persistance de l'asthme ; d'autres études rétrospectives mettent en évidence le rôle joué par les composantes psychologiques et psychosociales méconnues dans de nombreux cas d'asthme dont l'issue fut fatale (Fritz *et al.*, 1987 ; Strunck, 1984).

Il existe également une ample littérature sur l'influence des dynamiques familiales : Minuchin *et al.*, (1978) mettent en évidence que, dans les familles des patients souffrant d'asthme chronique grave, on peut identifier des patterns d'interactions redondants et dysfonctionnels, classifiés dans les catégories de l'enchevêtrement, de l'hyperprotection, de la rigidité et du manque de résolution des conflits. Les données de cette recherche importante et pionnière ont été confirmées successivement par les études d'Onnis *et al.*, (1986) et de Gustafson *et al.*, (1987).

Di Blasio *et al.*, (1990) ont mis en évidence, même dans les familles de patients dont l'asthme est modéré, la présence de dynamiques dysfonctionnelles qui empêchent une utilisation positive des ressources pour affronter la maladie.

Plus récemment, Wamboldt *et al.* (1995) ont souligné l'importance des traumatismes psychologiques subis dans le passé par les parents d'enfants présentant des formes graves d'asthme : l'impact de la maladie de l'enfant provoquerait une ré-exacerbation du traumatisme et induirait des réactions anxieuses dont l'influence serait négative sur le patient.

En ce qui concerne le travail thérapeutique avec les familles, et la vérification des résultats, les recherches contrôlées et méthodologiquement rigoureuses sont plutôt rares : des études cliniques de cas, souvent conduites brillamment (Liebman *et al.*, 1974 ; Gustafsson *et al.* 1986), mais les travaux qui, sous le profil méthodologique, permettent une évaluation des résultats sont bien peu nombreux ; une des rares recherches contrôlées est celle de Lask & Matthew (1979) qui ont soumis un groupe expérimental de patients asthmatiques à des séances de thérapie familiale et ont obtenu une amélioration des conditions respiratoires des patients qui n'était pas vérifiable dans le groupe contrôle (ces résultats sont significatifs si on tient compte que l'intervention en famille, limitée à six heures sur une période de quatre mois, avait plus les caractéristiques d'une consultation que celles d'une thérapie proprement dite).

En outre, les travaux qui explorent l'utilité d'une approche intégrée, comprenant la collaboration interdisciplinaire entre médecin et psychothérapeute sont très rares. Bien que le manque d'efficacité des interventions exclusivement médico-biologiques pour les cas d'asthme grave, ait été démontré, celles-ci finissant au contraire par devenir un facteur potentiel de chronicité (Onnis *et al.*, 1986 ; Onnis, 1988a ; Town, 1994), peu d'études ont vérifié l'efficacité d'une stratégie thérapeutique intégrée qui associerait la compétence des diverses figures professionnelles. Weinstein *et al.* (1971) soulignent l'utilité d'un travail intégré entre pédiatre et psychologue ou psychiatre dans le traitement des patients asthmatiques hospitalisés, avec l'objectif de réduire la fréquence des hospitalisations : l'intervention sur la famille est de type psycho-éducatif et se limite exclusivement à améliorer la compliance des parents. Godding *et al.*, (1997) décrivent une expérience intéressante de co-consultation menée conjointement par un pédiatre et un neuropsychiatre infantile, avec des enfants asthmatiques graves et leurs familles ; ils considèrent que ce traitement intégré donne une dimension bio-psycho-sociale à la maladie, améliore les résultats thérapeutiques, et prévient les hospitalisations successives. Mais cette recherche, comme la précédente, n'est pas validée par une évaluation de contrôle.

Dans notre recherche, nous essayons de combler cette lacune. Nous avons tenté de vérifier l'utilité d'une approche intégrée d'orientation systémique dans le traitement des formes chroniques d'asthme, en comparant ces résultats avec ceux d'un échantillon contrôle.

Nous exposerons maintenant de manière détaillée les hypothèses, la méthodologie et les résultats de la recherche.

3. Hypothèses de la recherche

La recherche est, comme la précédente, le fruit d'une collaboration entre le Service de Thérapie Familiale du Département des Sciences Psychiatriques de l'Université « La Sapienza » de Rome et la Clinique Pédiatrique de la même Université (en particulier le Centre pour les Maladies Allergiques dirigé par le professeur Luisa Businco).

L'hypothèse de la recherche est, donc, qu'une approche thérapeutique intégrée et multidisciplinaire qui aborde la maladie psychosomatique à une multiplicité de niveaux systémiques, biologique, psycho-émotionnel, relationnel-familial, est plus efficace qu'une intervention restrictive, médico-pharmacologique, pour favoriser la guérison du trouble et en prévenir la chronification.

4. Matériel et méthode

A. Sélection des échantillons

En ce qui concerne la composition des échantillons, nous avons sélectionné les 20 enfants les plus atteints de la population des patients (âge variant entre 2 et 15 ans) souffrant d'asthme bronchial évalué comme « chronique », qui étaient suivis au Centre d'Allergologie de la Clinique Pédiatrique (dirigé par le professeur Luisa Businco). Nous devons préciser qu'en accord avec les pédiatres, nous avons établi les critères suivants pour définir la chronicité de l'asthme :

- a) incidence des crises aiguës en nombre égal ou supérieur à 5 par an ;
- b) symptomatologie variable dans les périodes intercritiques ;
- c) réponse insatisfaisante aux traitements médicaux habituels : asthme pour ainsi dire « intraitable » .

B. Protocole expérimental

Le protocole expérimental se compose de blocs randomisés : les 20 enfants atteints d'asthme bronchial chronique grave ont été regroupés en 10 « couples » homogènes composés chacun de deux unités expérimentales. Les couples sont homogènes par rapport aux variables suivantes : sexe, âge des enfants, composition du noyau familial et extraction sociale (pour les moyennes de telles variables voir tableau 1).

Deux traitements ont été assignés au hasard aux deux unités de chaque couple expérimental, en obtenant ainsi deux groupes homogènes de 10 enfants chacun :

- a) les enfants du premier groupe (échantillon expérimental) sont traités par une thérapie pharmacologique établie par les pédiatres, associée à une psychothérapie familiale pratiquée par le Service de Thérapie Familiale du Département des Sciences Psychiatriques et de Médecine Psychologique ;
- b) les enfants du second groupe (échantillon contrôle) reçoivent exclusivement un traitement médicamenteux analogue à celui des enfants de l'échantillon expérimental.

Les critères d'homogénéité des deux échantillons ont été les suivants : sexe, âge des enfants, composition du noyau familial et extraction sociale (pour les caractéristiques des échantillons voir tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques d'homogénéité des échantillons

Sexe	50 %M 50 % F
Âge	de 6 à 13 ans (âge moyen 9 ans)
Composition noyau familial	de 1 à 3 enfants (50 % avec enfants, dans 2 cas présence des grands-parents)
Extraction sociale	moyen bas (dans 2 cas moyen haut)

C. Méthodes d'évaluation

En ce qui concerne la méthodologie d'évaluation des résultats, c'est à dire l'évaluation du changement obtenu à la fin de la thérapie qui, dans l'échantillon expérimental, associe le traitement pharmacologique à la psychothérapie familiale, elle est effectuée selon deux ordres de paramètres :

- a) *paramètres cliniques*, c'est à dire strictement liés au symptôme asthmatique ;
- b) *paramètres relationnels*, c'est à dire référés aux dynamiques interactives familiales.

En ce qui concerne les *paramètres cliniques*, l'évolution de la maladie asthmatique est suivie à l'aide du relevé d'un « score » de gravité évalué avant, durant et après la psychothérapie (les paramètres cliniques pris en considération sont ceux qui indiquent habituellement un degré de gravité de l'asthme ; ils sont décrits dans le tableau 2 : parmi eux, nous avons donné une importance particulière, en accord avec les pédiatres, à la fréquence des crises et à la dépendance au traitement pharmacologique).

Tableau 2. Paramètres cliniques de gravité de l'asthme

A. Fréquence des crises par an
B. Fréquence des hospitalisations et interventions d'urgence par an
C. Présence d'une réponse rapide aux broncho-dilatateurs (en 24-48 heures) sans recours aux corticostéroïdes oraux
D. Présence de symptomatologie dans les périodes intercritiques
E. Interférence de la symptomatologie avec les activités journalières normales (jeu, fréquentation scolaire)
F. Altération des radiographies du thorax dans les périodes intercritiques
G. Epreuves de fonctionnalité respiratoire (degré d'altération dans les périodes intercritiques)
H. Positivité de l'asthme à l'exercice physique

En ce qui concerne les *paramètres relationnels*, les dynamiques interactives de ces familles ont été cataloguées (suivant les caractéristiques

apparues dans la recherche précédente) en quatre modèles dysfonctionnels qui, habituellement, coexistent :

- *l'enchevêtrement*, c'est-à-dire la labilité des frontières entre les individus et les générations, avec une tendance à l'intrusion dans les espaces, non seulement physiques, mais aussi psycho-émotionnels de chacun, ce qui limite fortement l'autonomie ;
- *la surprotection*, c'est à dire l'habitude constante des membres de la famille à se manifester réciproquement sollicitude, préoccupation et soin ;
- *l'évitement du conflit*, c'est-à-dire la tendance à ne pas expliciter ou, en tout cas, à ne pas résoudre les tensions conflictuelles, par rapport auxquelles le symptôme asthmatique agit, souvent, comme un mécanisme homéostatique de couverture et donc de protection implicite ;
- *la rigidité*, qui consiste en la redondance avec laquelle ces modèles interactifs dysfonctionnels tendent à se répéter ; ce qui justifie cette image stéréotypée de « pseudo-harmonie » que ces familles proposent d'elles-mêmes, ainsi que la négation nette de n'importe quel autre problème qui ne concerne pas la maladie de l'enfant.

Certains de ces paramètres relationnels, en particulier la surprotection et l'évitement du conflit, ont été subdivisés en sous-paramètres, par commodité d'analyse et d'étude, comme l'indique le tableau 3.

Tableau 3. Paramètres relationnels indicatifs des dynamiques familiales dysfonctionnelles

- | |
|---|
| <p>A. Enchevêtrement
 B. Surprotection de type 1 : requête de surprotection
 C. Surprotection de type 2 : offre de surprotection
 D. Évitement du conflit de type A : évitement absolu du conflit
 E. Évitement du conflit de type B : suppression précoce du conflit émergé
 F. Évitement du conflit de type C : conflit émergé mais non résolu
 G. Rigidité</p> |
|---|

Évaluation par la méthode des tâches familiales : Wytwyck Family Task, modifié.

Tous ces paramètres relationnels ont été soigneusement testés, codifiés et quantifiés par la méthode des tâches familiales [version Wytwyck Family Task (Onnis *et al.*, 1985) que nous avons modifiée] administrées aux familles de l'échantillon expérimental avant et après la psychothérapie familiale.

En essayant de standardiser autant que possible le parcours thérapeutique, chaque famille de l'échantillon expérimental a été soumise à un cycle de 10-15 séances de thérapie familiale avec une fréquence hebdomadaire, pendant 3-4 mois.

Dans le même laps de temps, les patients correspondants à l'échantillon contrôle, suivis uniquement par traitement médicamenteux, ont été soumis, avec le même rythme et les mêmes intervalles, à l'évaluation des paramètres cliniques indiqués.

Nous avons prévu que les résultats seraient vérifiés lors d'un follow-up à 6 mois, à 1 an et à 2 ans de distance.

D. Le modèle de thérapie familiale utilisé

Nous n'avons pas standardisé le protocole thérapeutique, ce qui nous semblait trop rigide par rapport aux exigences de flexibilité que chaque situation thérapeutique spécifique requiert, mais nous avons toujours articulé le processus thérapeutique en 3 phases :

- a) *Phase initiale : le travail structural.* Dans la phase initiale nous recueillons habituellement des informations sur l'aire symptomatique et sur les modalités avec lesquelles la famille s'est organisée autour d'elle. Nous explorons les modèles interactifs familiaux et appliquons des interventions structurelles, qui tendent à renforcer les limites entre sous-systèmes générationnels et entre individus, et à limiter les processus de triangulation du patient.
- b) *Phase intermédiaire : le travail avec les « sculptures du temps ».* Dans la phase intermédiaire (5^e - 6^e séances), nous introduisons l'utilisation thérapeutique du langage analogique, qui est plus semblable au langage non verbal du symptôme et aux modalités de communication de la famille. Nous utilisons le modèle des sculptures du « présent » et du « futur » que nous avons élaboré (Onnis *et al.*, 1990, 1994, 1988c). Celles-ci explorent la dimension diachronique du temps familial en mettant en évidence le bloc évolutif de la famille, laquelle est accrochée de manière rigide à des « mythes d'unité » qui rendent difficiles, jusqu'à les empêcher, les processus d'autonomisation et de croissance.
- c) *Phase finale : le travail sur les sous-systèmes et les histoires trigénérationnelles.* Dans la phase finale de la thérapie, nous travaillons séparément avec les deux sous-systèmes des enfants et des parents. Avec ce dernier en particulier, nous reconstruisons les histoires trigénérationnelles, à la recherche d'événements qui peuvent avoir favorisé le bloc évolutif familial (Onnis *et al.*, 1990, 1994). Nous

renforçons la cohésion des parents et tentons également de favoriser une définition plus claire de la relation conjugale, par le biais l'explicitation et la résolution des conflits voilés et non écoutés.

5. Résultats

La recherche s'est terminée récemment. Les résultats complètent ceux que nous avons obtenus de façon préliminaire ailleurs (Onnis *et al.*, 1993 ; Onnis, 1994), même s'il manque encore la totalité des évaluations catamnétiques, lesquelles n'ont été effectuées (dans les trois temps prévus) que dans sept des dix cas traités.

Mais, dans tous les cas suivis, nous avons obtenu à l'aide de la psychothérapie, une modification des modèles dysfonctionnels d'interactions familiales, qui se manifeste par une amélioration des paramètres relationnels. Cette progression est accompagnée d'une rémission significative des manifestations asthmatiques, décelable dans l'amélioration des paramètres cliniques, ce qui confirme notre hypothèse initiale; la rémission n'a pas été constatée (du moins dans les mêmes proportions) parmi les cas contrôles traités uniquement par médicaments. Ceci apparaît nettement dans les tableaux relatifs aux cas traités de 1 à 10.

Analysons les résultats de manière plus détaillée : les tableaux A1/A10 montrent comment, dans toutes les familles traitées par thérapie familiale, les paramètres relationnels évalués avec la méthode des tâches familiales avant et après la thérapie, présentent une nette amélioration.

Les tableaux B1/B10 mettent en évidence qu'à ces paramètres relationnels correspond, chez tous les patients traités par thérapie familiale et pharmacologique (*expérimentaux*), une réduction de la fréquence des crises asthmatiques, réduction qui, au contraire, chez les patients du groupe *contrôle*, se vérifie en bien moindre mesure, dans la même période de temps.

En outre, les tableaux C1/C10 montrent qu'au terme de la psychothérapie familiale, les cas *expérimentaux* peuvent voir se réduire la thérapie pharmacologique ; au contraire, dans les cas *contrôles* correspondants, la quantité nécessaire de médicaments ne se modifie presque pas.

Les cas traités ont déjà été soumis à un follow-up au bout de 2 ans pour les sept premiers, d'un an pour les trois autres et la catamnèse indique une stabilisation des améliorations obtenues.

6. Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée avec le programme SPSS/Windows.

Dans le groupe expérimental, pour chacun des paramètres relationnels, la comparaison entre la distribution avant et après la thérapie a été réalisée à partir du test non paramétrique de Wilcoxon pour les échantillons appariés. Le tableau 4 met en évidence une amélioration statistiquement significative pour tous les paramètres ($p < 0,05$).

Tableau 4

Variable	Avant la thérapie	Après la thérapie	Wilcoxon rank test
	Moyenne	Moyenne	P-Value
Enchevêtrement	39,3	21,5	0,001
Surprotection type 1	7,8	2,0	0,005
Surprotection type 2	10,3	3,6	0,005
Évitement du conflit type A	2,4	0,2	0,028
Évitement du conflit type B	7,3	1,8	0,001
Évitement du conflit type C	15,4	6,5	0,007
Rigidité	32,6	13,4	0,005

Nous avons utilisé le test non paramétrique de Mann-Whitney pour échantillons indépendants afin de comparer les résultats du groupe expérimental avec ceux du groupe contrôle, tant avant qu'après la thérapie, par rapport aux deux paramètres qui décrivent la gravité du cadre clinique (fréquence des crises asthmatiques et dépendance du traitement pharmacologique).

Le tableau 5 montre la comparaison entre le groupe expérimental et le groupe contrôle par rapport aux paramètres qui définissent le cadre clinique, avant et après la thérapie. Avant la thérapie, il n'existe pas de différence significative tant par rapport au nombre de crises asthmatiques (6,4 envers 6,1 $p=0,350$) que par rapport au paramètre qui décrit la dépendance aux médicaments (4,6 envers 4,5 $p=0,661$) ; après la thérapie, le groupe expérimental présente un cadre clinique nettement meilleur, avec un nombre de crises d'asthme plus bas (1,2 contre 4,6 $p=0,000$) et un paramètre qui décrit la dépendance aux médicaments plus bas (0,9 contre 3,7 $p=0,001$). La différence est statistiquement significative.

Tableau 5

Variables	Avant la thérapie			Après la thérapie		
	Groupe expérim. N=10 Moyenne	Groupe contrôle N=10 Moyenne	Mann-Whitney test P-value	Groupe exp N=10 Moyenne	Groupe contrôle N=10 Moyenne	Mann-Whitney test P-value
Nb. crises	6,4	6,1	0,350	1,2	4,6	0,000
Indice de traitement pharmacologique	4,6	4,5	0,661	0,9	3,7	0,001

7. Discussion

Ces résultats confirment, avant tout, la corrélation entre la persistance du trouble asthmatique et l'influence de certaines dynamiques interactives dysfonctionnelles typiques observables dans la famille, corrélation qui avait déjà été mise en évidence dans notre recherche précédente, mais qui peut maintenant, être clairement éclaircie, comblant ainsi une carence méthodologique des recherches systémiques précédentes, relevée par Wood (1993).

Ces résultats semblent donc plaider en faveur d'un travail psychothérapeutique avec la famille nucléaire dans les cas d'asthme chronique.

Il reste pourtant nécessaire de se poser une question : pouvons-nous affirmer que la clé de voûte des résultats obtenus est l'efficacité de la thérapie familiale ?

Nous croyons qu'évaluer les résultats en ces termes signifie, de nouveau, tomber dans une approche réductionniste.

Nous pensons au contraire, que ce qui a influencé positivement les résultats thérapeutiques, n'est pas seulement le travail avec le système familial, mais plutôt l'intégration entre la psychothérapie familiale et le traitement médico-pharmacologique, la collaboration des compétences du psychothérapeute avec celles du pédiatre.

Dans notre expérience du reste, il est très difficile qu'une psychothérapie puisse être efficacement menée si le pédiatre, qui reste le référent principal de la famille, ne croit pas à son utilité, c'est-à-dire s'il n'existe pas cette confiance réciproque et une coopération réelle qui se créent dans une longue habitude de travail en commun [voir sur cet aspect les considérations très claires de Bloch (1988)].

Voilà pourquoi dans notre pratique professionnelle, nous avons pris l'habitude d'inviter le pédiatre (ou l'interniste) à la première séance de

thérapie familiale : c'est lui qui présente le patient et la famille, qui nous informe des caractéristiques et du décours de la maladie, qui explique pourquoi il considère opportun d'explorer une autre sphère, celle émotionnelle et psychologique qui, avec la composante biologique, peut concourir au développement et à la persistance de la maladie.

Et c'est justement dans la présence simultanée des deux figures professionnelles qu'on transmet à la famille l'idée de la continuité de leur travail respectif. A cela s'ajoute également une communauté de langage fréquente, même si elle se traduit dans des acceptions métaphoriques différentes, propres aux deux disciplines : ainsi, le pédiatre parle de « réduction des défenses » au sens immunologique, le psychothérapeute peut faire allusion à une réduction des défenses et des limites dans un sens psycho-relationnel.

Mais surtout, à travers ces modalités, on transmet implicitement à la famille un message essentiel : soma et psyché ne sont pas des entités séparées et non communicantes, mais s'intègrent l'un dans l'autre et se présentent sous forme d'une unité.

8. Conclusions

Toutes les indications de la recherche soulignent donc de nouveau, et confirment l'importance absolue d'une stratégie interdisciplinaire qui ne reste pas seulement théorique, mais se transforme en pratique réelle.

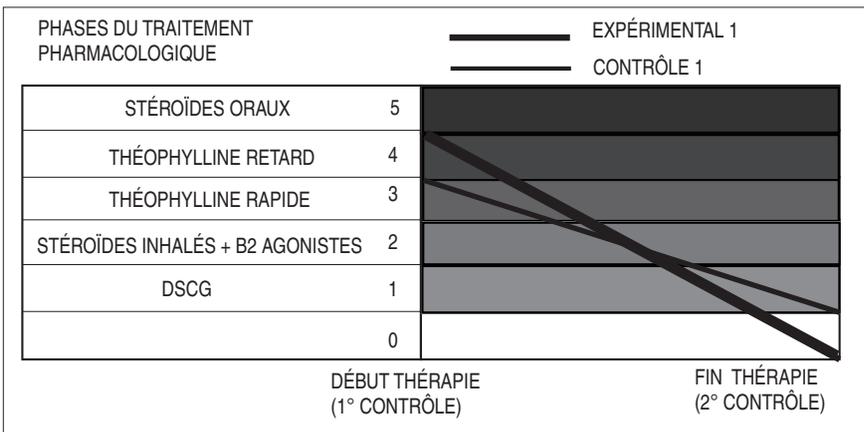
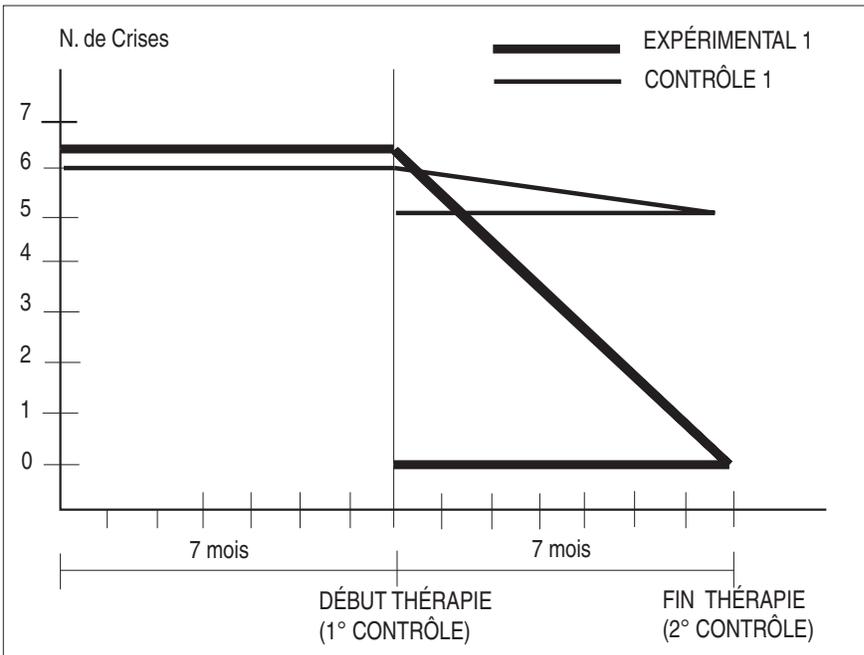
Mais de quelle interdisciplinarité s'agit-il ? Elle ne peut certainement pas être une simple mosaïque d'orientations ou de compétences qui continuent à procéder séparément en renvoyant, dans la meilleure des hypothèses, à un « lieu » artificiel de synthèse qui, s'il prétend être « omnicompréhensif », retombe inévitablement dans le réductionnisme.

Cette interdisciplinarité doit, au contraire, se proposer comme une articulation dialectique de points de vue multiples, une articulation et une intégration qui doit, certes, se fonder sur une méthodologie partagée, qui pourrait utilement être systémique.

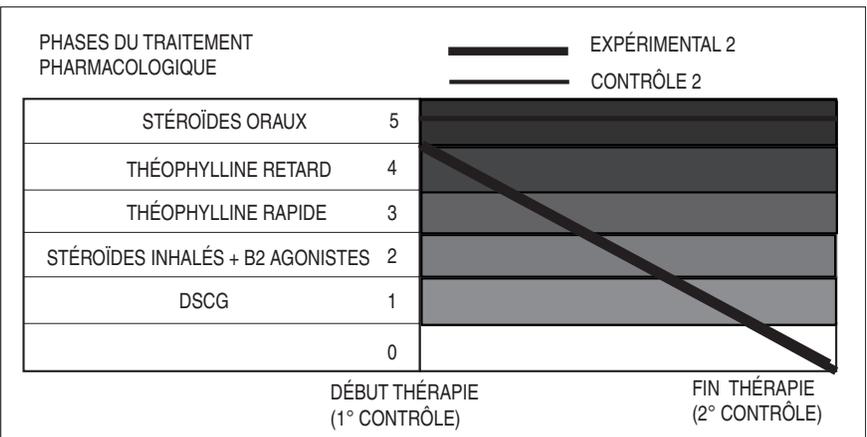
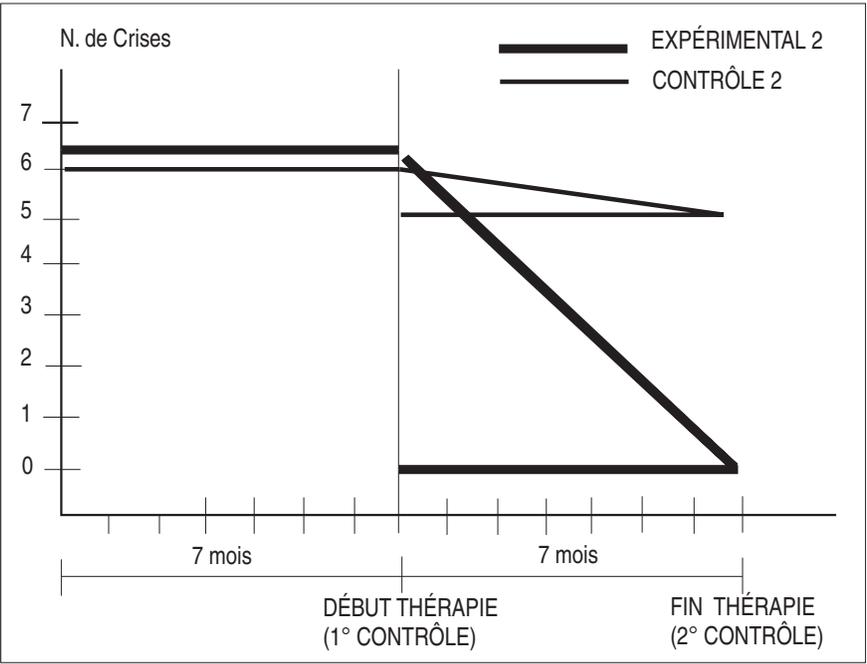
Mais ce discours en appelle immédiatement un autre : cette forme d'interdisciplinarité peut se réaliser uniquement, si elle est garantie par une formation adéquate des intervenants : si ils sont formés à maintenir ces ouvertures interdisciplinaires et à éviter de tomber dans le piège de ces « idées soporifiques » dont parle Bateson (1972), c'est-à-dire dans la rigidité de leurs propres modèles mentaux.

En effet la chronicité rigide de leurs façons de penser et d'agir, est souvent dramatiquement isomorphe à la chronicité des troubles qu'ils sont appelés à soigner.

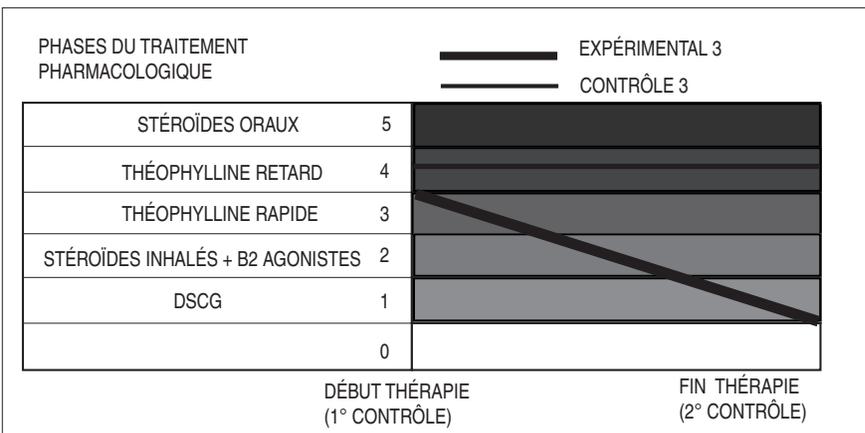
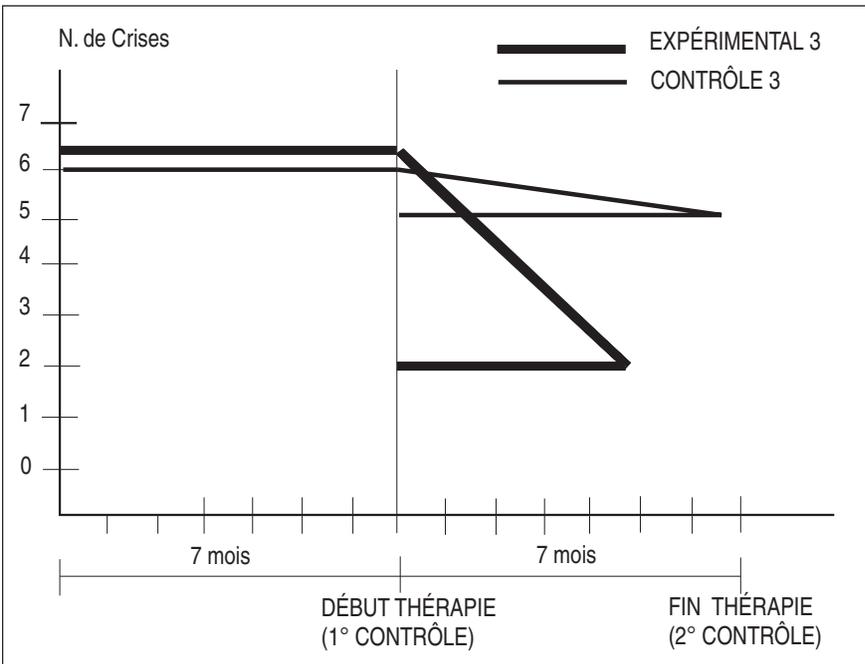
EXPERIMENTAL N. 1		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	66	46
B) SURPROTECTION Type 1	23	2
C) SURPROTECTION Type 2	21	0
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	1	1
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	7	4
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	27	5
G) RIGIDITÉ	56	3



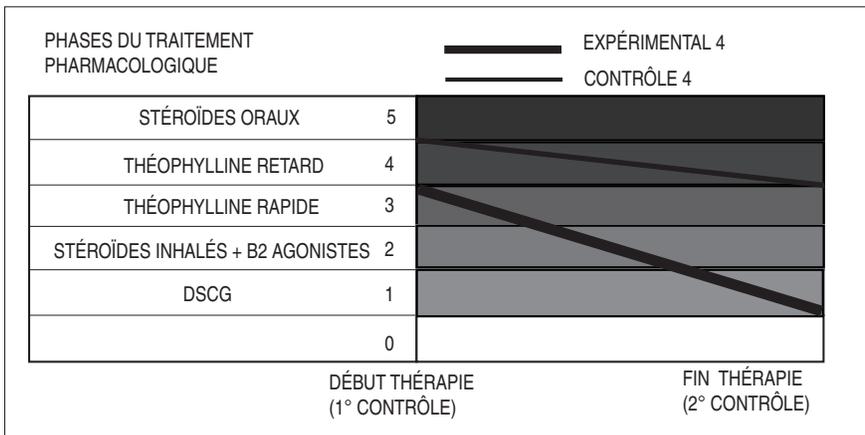
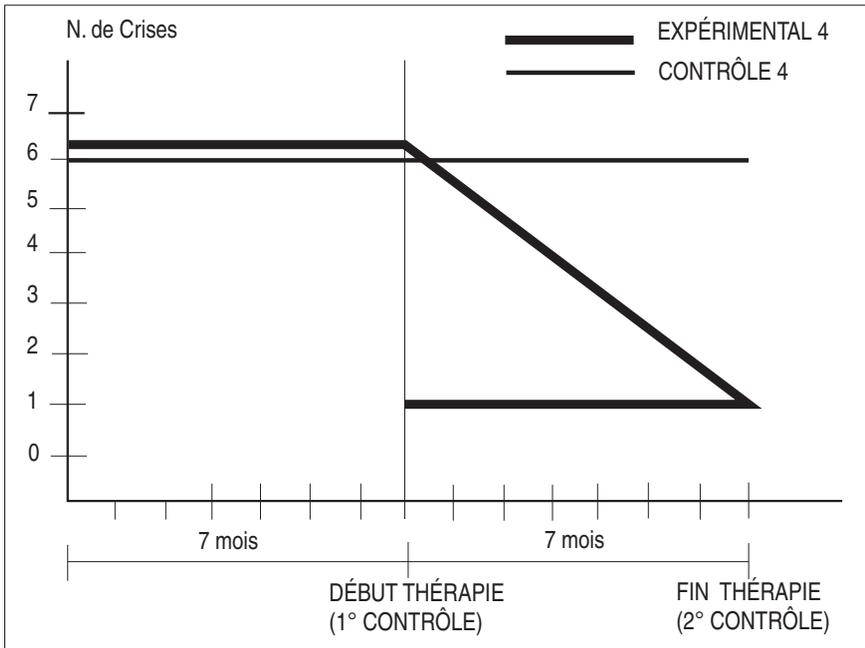
EXPERIMENTAL N. 2		PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A)	ENCHEVÊTREMENT	25	13
B)	SURPROTECTION Type 1	4	0
C)	SURPROTECTION Type 2	4	2
D)	ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	1	0
E)	ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	9	1
F)	ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	0	2
G)	RIGIDITÉ	13	5



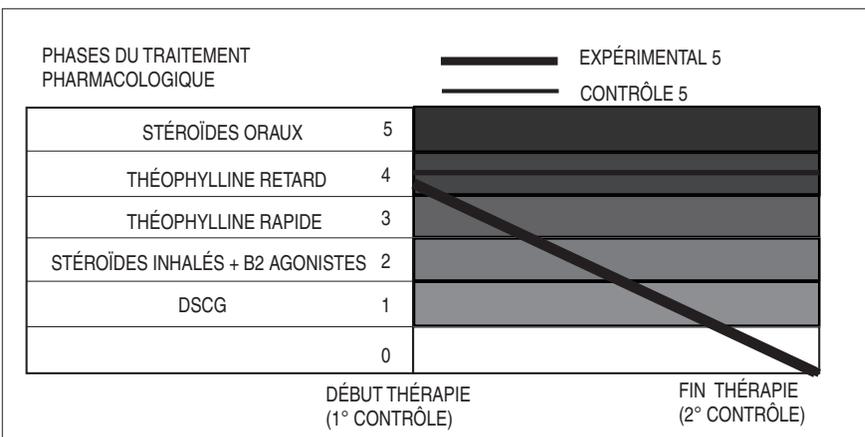
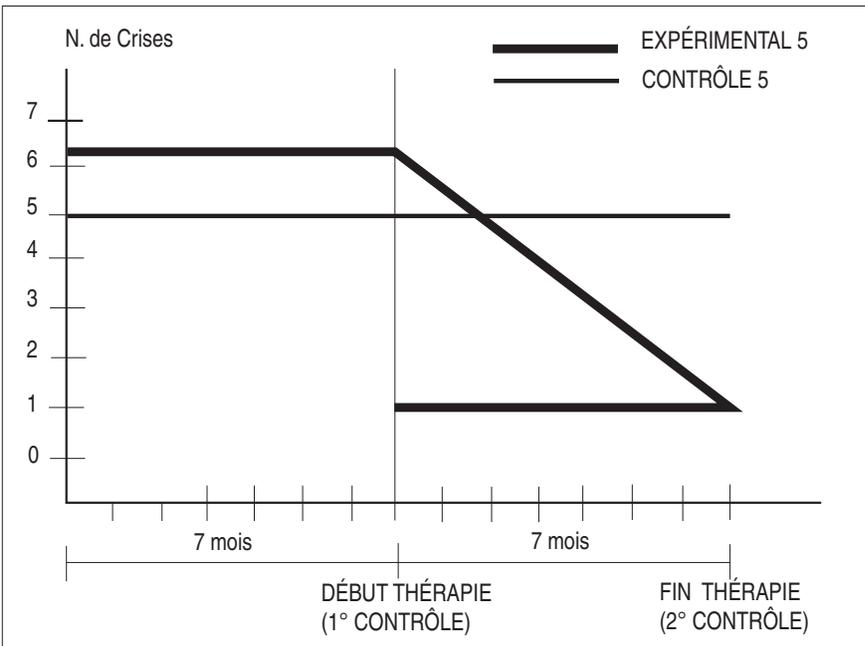
EXPERIMENTAL N. 3		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	49	40
B) SURPROTECTION Type 1	3	0
C) SURPROTECTION Type 2	37	15
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	0	0
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	7	0
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	29	10
G) RIGIDITÉ	44	12



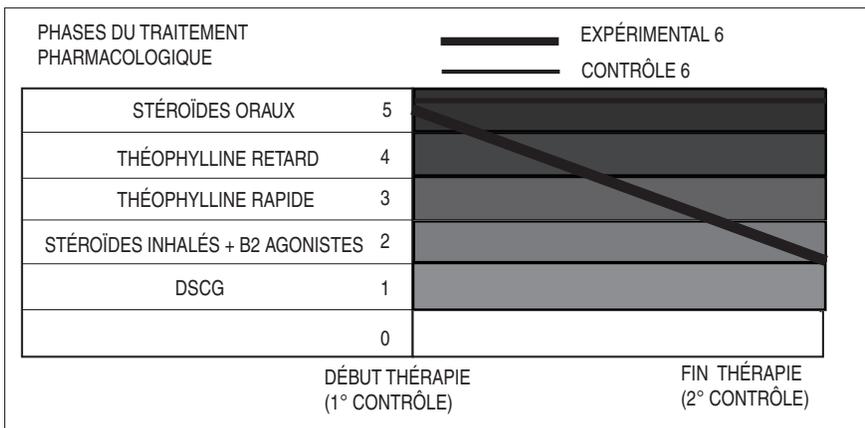
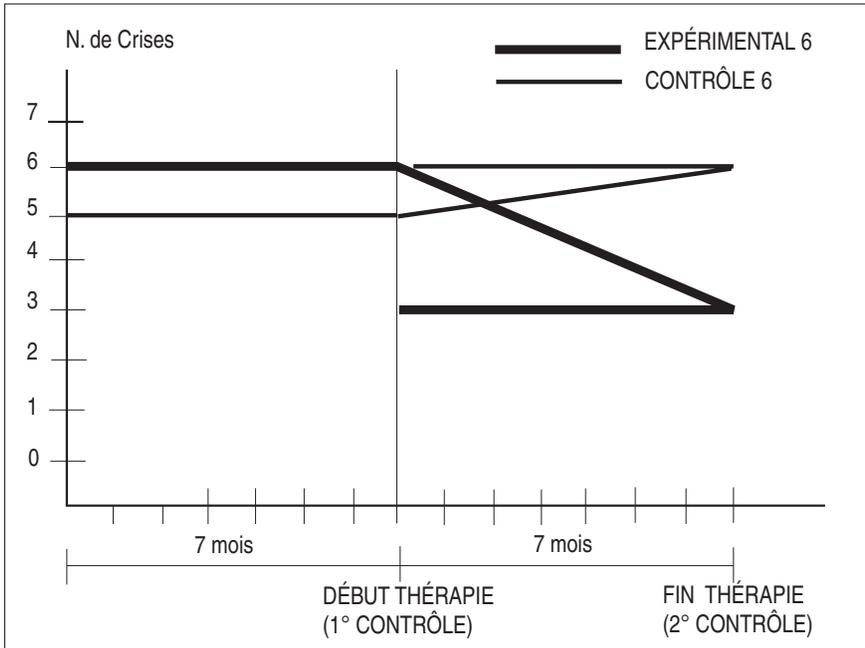
EXPERIMENTAL N. 4		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	53	16
B) SURPROTECTION Type 1	12	2
C) SURPROTECTION Type 2	4	1
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	11	1
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	6	3
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	11	2
G) RIGIDITÉ	22	3



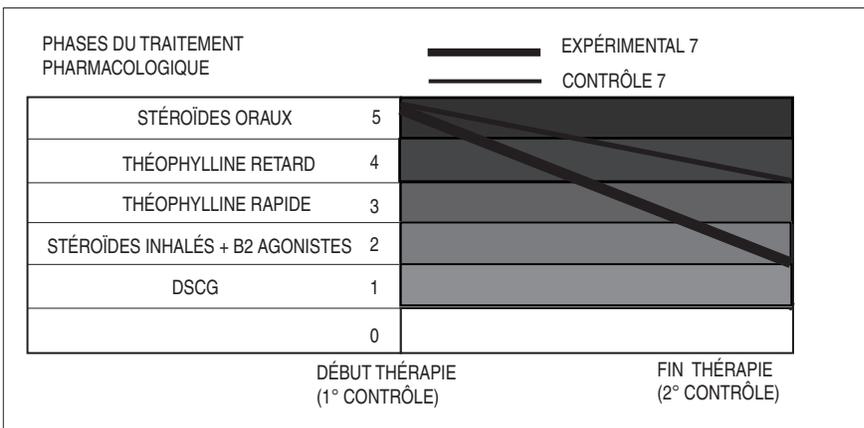
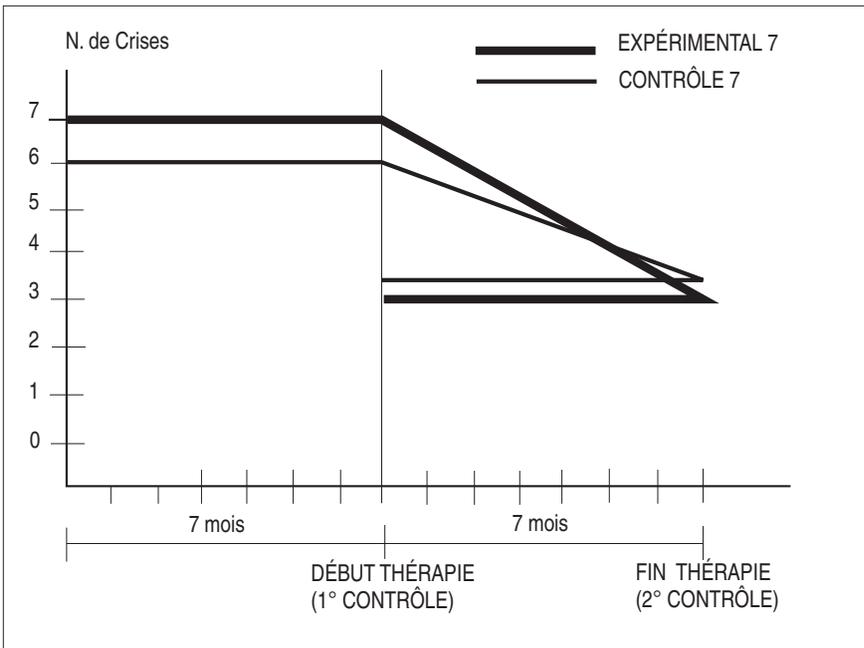
EXPERIMENTAL N. 5		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	27	12
B) SURPROTECTION Type 1	3	0
C) SURPROTECTION Type 2	7	2
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	4	0
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	7	2
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	10	7
G) RIGIDITÉ	11	5



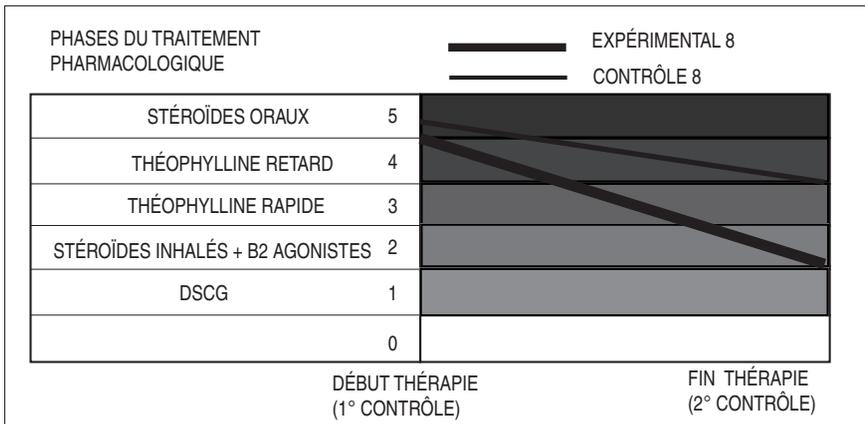
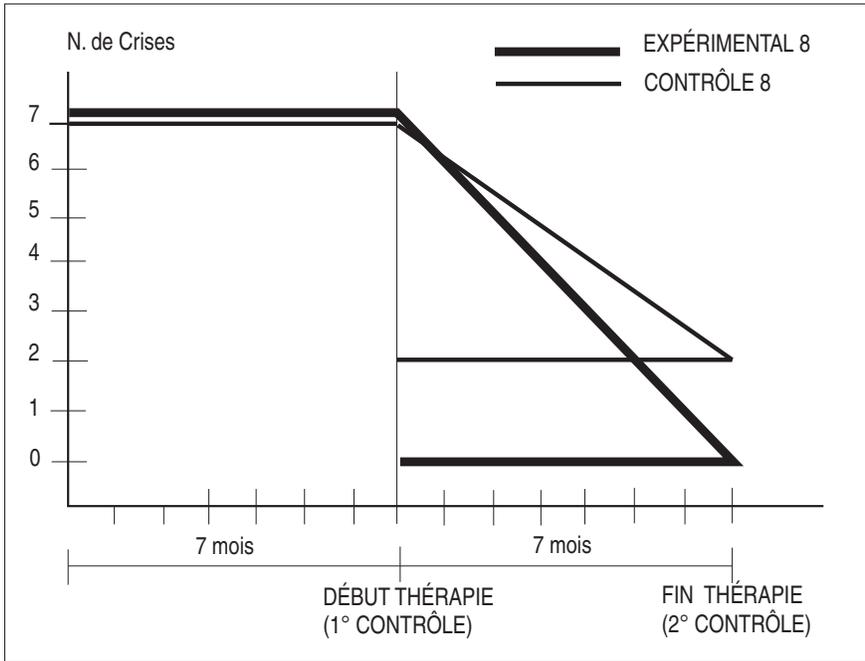
EXPERIMENTAL N. 6		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	55	37
B) SURPROTECTION Type 1	22	13
C) SURPROTECTION Type 2	14	11
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	3	0
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	9	5
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	16	9
G) RIGIDITÉ	56	40



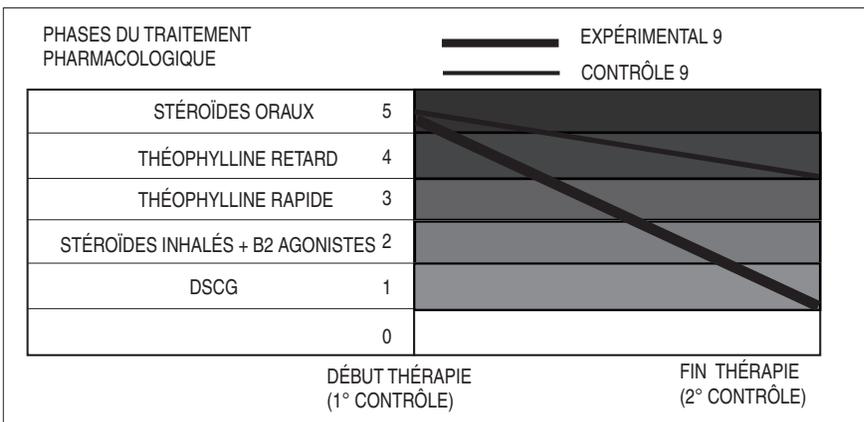
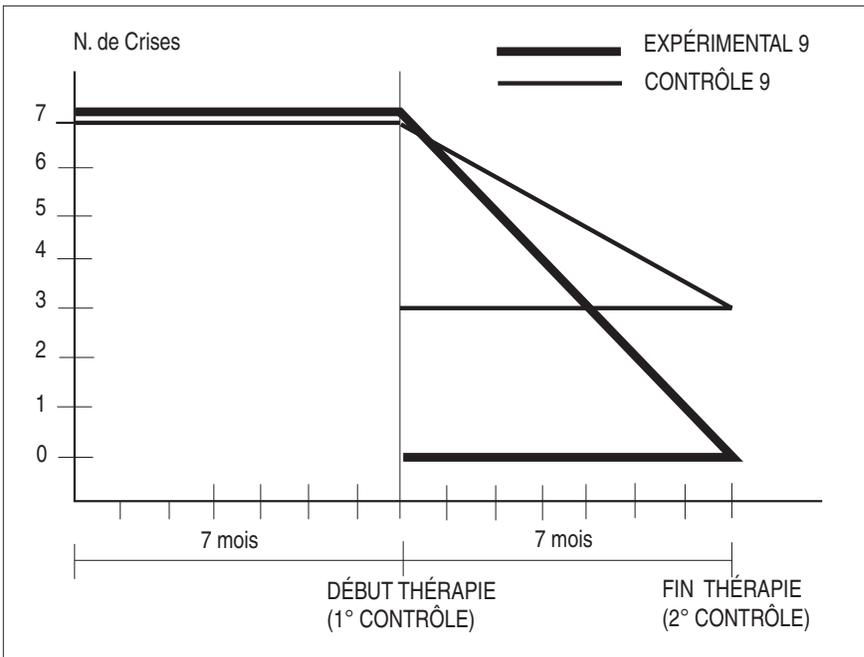
EXPERIMENTAL N. 7		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	28	13
B) SURPROTECTION Type 1	3	0
C) SURPROTECTION Type 2	4	1
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	2	0
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	10	0
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	21	11
G) RIGIDITÉ	30	14



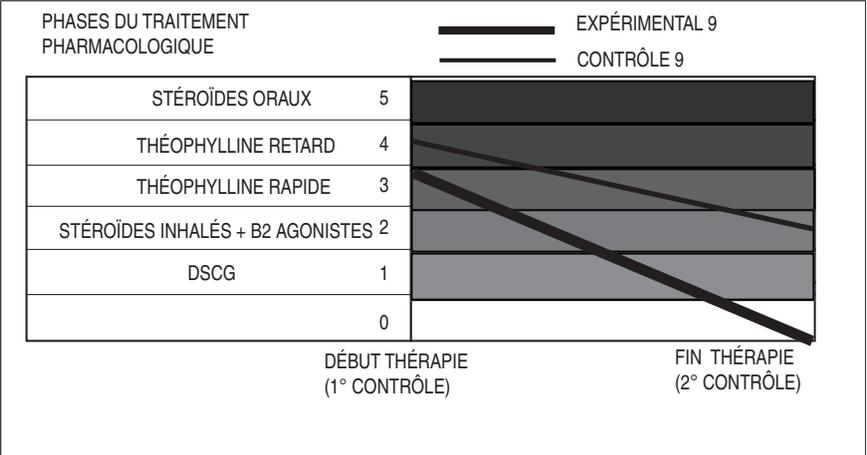
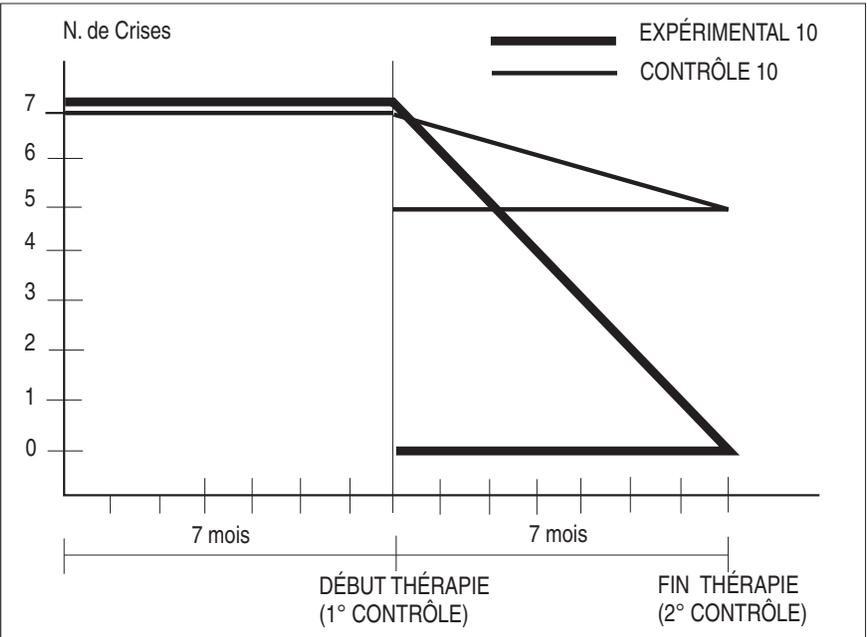
EXPERIMENTAL N. 8		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	21	8
B) SURPROTECTION Type 1	3	2
C) SURPROTECTION Type 2	5	1
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	2	0
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	4	0
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	14	6
G) RIGIDITÉ	33	22



EXPERIMENTAL N. 9		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	43	23
B) SURPROTECTION Type 1	2	0
C) SURPROTECTION Type 2	3	1
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	0	0
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	8	3
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	17	12
G) RIGIDITÉ	47	29



EXPERIMENTAL N. 10		
	PRÉ-THÉRAPIE	POST-THÉRAPIE
A) ENCHEVÊTREMENT	26	7
B) SURPROTECTION Type 1	3	1
C) SURPROTECTION Type 2	4	2
D) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type A	0	0
E) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type B	6	0
F) ÉVITEMENT DU CONFLIT Type C	9	1
G) RIGIDITÉ	14	1



Références

- BATESON G : (1972) : *Steps to an ecology of mind*, Ballantine, New York.
- BENATAR J.R. (1986) : Fatal Asthma. *New England Journal of Medicine* 314-423.
- BLOCH D.A. (1988) : Dr. Biomedicine and Dr. Psychosocial: the dual optic, *Family Systems Medicine*, 6(2) : 131-133.
- BURR M.L., BUTLAND B.N., KING S., VAUGHAN-WILLIAMS E. (1989) : Change in asthma prevalence : two surveys 15 years apart, *Archives of disease in childhood*, 64 : 1452-56.
- DIBLASIO P., MOLINARI E., PERIG., TAVERNA A. (1990) : Family competence and childhood asthma: a preliminary study, *Family Systems Medicine*, 8 : 145-149.
- ELLIOT F.E. (1983) : Asthma in childhood, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 72 : 526-532.
- FRITZ G.N., RUBINSTEIN S., LEWINSTONE N.J. (1987) : Psychological factors, in fatal childhood asthma, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 : 253-257.
- GODDING V., KRUTH M., JAMART J. (1997) : Joint consultation for high risk asthmatic children and families, with pediatrician and child psychiatrist as co-therapist: model and evolution, *Family Process*, 36(3) : 265-280.
- GODFREY F. & SILVERMAN M. (1973) : Demonstration of placebo response in asthma by means of exercise testing, *Journal of Psychosomatic Research*, 17 : 293-297.
- GUSTAFSSON P.A., KIELLMAN N.M., LEDERBLAD M. (1986) : Family therapy in the treatment of severe childhood asthma, *Journal of Psychosomatic Research*, 30 : 369-374.
- GUSTAFSSON P.A., KIELLMAN N., LUDVIGSSON J., LEDERBLAD M. (1987) : « Asthma and family interaction », *Archives of disease in childhood*, 6 : 258-263.
- LASK B. & MATTHEW D. (1979) : Childhood asthma: a controlled trial of family psychotherapy, *Archives of disease in childhood*, 54 : 116-119.
- LIEBMAN R., MINUCHIN S., BAKER L. (1974) : The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma, *American Journal of Psychiatry*, 131 : 535-540.
- MATURANA H. & VARELA F. (1980) : *Autopoiesis and cognition : the realisation of the living*, Reidel, Dordrecht (Holland).
- MILLER B.D. (1987) : Depression and asthma: a potential lethal mixture, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 80 : 480-486.
- MINUCHIN S., ROSMAN B., BAKER L. (1978) : *Psychosomatic Families*, Harvard Un. Press., ED. Cambridge
- MORIN E. (1977) : *La méthode : la nature de la nature*. Le Seuil, Paris.
- ONNIS L. (1988a) : Incurabilité ou absence de cure ?, *Thérapie Familiale*, IX(3) : 199-217.
- ONNIS L. (1988b) : Psicosomatica e complessità. Introduzione In ONNIS L. : *Famiglia e malattia psicosomatica: l'orientamento sistemico*, NIS, Roma.
- ONNIS L. (1989) : Thérapie systémique et optique de la complexité, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 11 : 107-110.

- ONNIS L. (1989) : *Corps et contexte : la thérapie familiale dans les troubles psychosomatiques*. ESF, Paris.
- ONNIS L. (1994) : Quando soffre il corpo : il paziente psicosomatico, la famiglia, il servizio sanitario in ONNIS L & GALLUZZO W. : *La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS, Roma.
- ONNIS L., DI GENNARO A., CANCRINI L. (1988c) : L'asma infantile in una prospettiva sistemica : da una revisione del concetto di cronicità a un modello sperimentale di terapia in ONNIS L. (a cura di) : *Famiglia e malattia psicosomatica : l'orientamento sistemico*, NIS, Roma.
- ONNIS L., DIGENNARO A., CESPAG., AGOSTINIB., CHOUHY A., DENTALE R.C., QUINZI P. (1990) : Le sculture del presente e del futuro : un modello di lavoro terapeutico nelle situazioni psicosomatiche, *Ecologia della Mente*, 10 : 21-46, NIS, Roma.
- ONNIS L., DIGENNARO A., CESPAG., AGOSTINI B., CHOUHY A., DENTALE R.C., QUINZI P., FORATO F., MAURELLI F.M. (1993) : « Approche systémique et prévention de la chronicité : résultats préliminaires d'une recherche sur les troubles psychosomatiques chroniques », *Thérapie Familiale*, 14(2) : 201-216.
- ONNIS L., DIGENNARO A., CESPAG., AGOSTINIB., CHOUHY A., DENTALE R.C., QUINZI P. (1994) : Sculpting present and future : a systemic intervention model applied to psychosomatic families, *Family Process* 33(3) : 235-249.
- ONNIS L., TOTOLANI D., DI GENNARO A., MARINOZZI P., PETRALITO G., ROGGI D. (1985) : Il bambino con disturbi psicosomatici : la famiglia, la domanda, il servizio. Quad. di Doc. CNR N°19, Il Pensiero Scientifico ED., Roma.
- ONNIS L., TORTOLANI D., CANCRINI L. (1986) : A systemic research on chronicity factors of infantile asthma, *Family Process*, 25 : 107-122.
- PURCELL K., BRADY K., CHAI H. (1969) : The effect on asthma in children of experimental separation from the family, *Psychosomatic Medicine*, 31 : 144-164.
- STRUNK R.C. (1994) : Identification of the fatality prone subject with asthma, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 83 : 477-485.
- TOWN A. (1994) : Asthma. Power and the therapeutic conversation, *Family Process*, 33 : 161-174.
- VON FOESTER H. (1981) : *Observing systems*, Intersyst. Publ., Seaside (Ca).
- WAMBOLDT M.L., WEINTRUB P., KRAFCHICK D., BERGEN., WAMBOLDT F.S. (1995) : Links between past-parental trauma and the medical and psychological outcome of asthmatic children : a theoretical model, *Family Systems Medicine*, 13 : 129-149.
- WEINSTEIN A.G., CHENKIN C., FAUST D. (1971) : Caring for the severely asthmatic child and family : a family focused, inpatient, psycho-educational approach, *Family Systems and Health*, 15(2) : 175-183.
- WOOD R.L. (1993) : Beyond the psychosomatic family. A Bio-behavioral family model of pediatric illness, *Family Process*, 32 : 261-278.