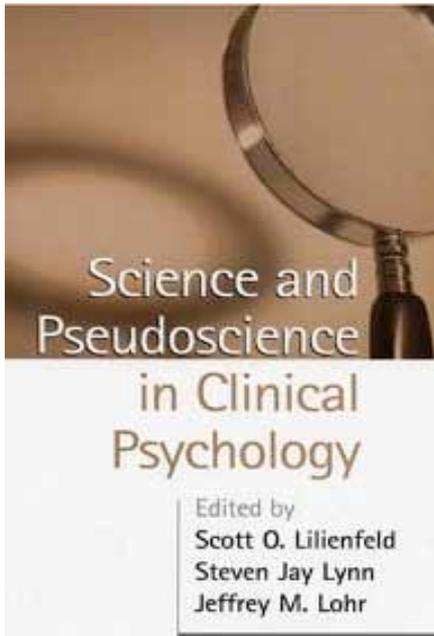


LE FOSSÉ GRANDISSANT ENTRE SCIENTIFIQUES ET CLINICIENS

Un point de vue au-dessus de la mêlée

CAROL TAVRIS



AUTEURS

Scott O. Lilienfeld,
Professeur de psychologie, Université Emory, Atlanta.
Steven Jay Lynn,
Professeur de psychologie et directeur de la clinique de psychologie, université d'état de New York.
Jeffrey M. Lohr,
Professeur de psychologie à l'université de l'Arkansas-Fayetteville

TITRE

Science and Pseudoscience in Clinical Psychology / Science et pseudoscience en psychologie clinique.

ÉDITEUR

The Guilford Press

ANNÉE DE PUBLICATION

2004

ISBN

1593850700

EXTRAITS

pp. ix — xviii

Assise un jour dans une salle d'audience, je vis le titre de ce livre — *Science et pseudoscience en psychologie clinique* — se dérouler sous mes yeux. Une pédopsychologue, docteur en psychologie clinique, diplômée d'une prestigieuse université, témoignait à propos des motifs la persuadant que la défenderesse était une mère atteinte du "syndrome de Münchausen par procuration" et que son fils adolescent ne souffrait pas d'un trouble immunitaire, mais était plutôt "de mèche" avec elle pour produire ses symptômes.

Personne ne conteste que des mères aient provoqué des symptômes physiques chez leurs enfants et les ont conduit à des hospitalisations répétées; certains cas ont été filmés par les vidéocaméras des hôpitaux. Il existe une expression pour décrire ce comportement cruel: le mauvais traitement des enfants. Lorsqu'un enfant meurt entre les mains d'un parent abuseur, il existe un terme pour désigner cet acte également: nous parlons de meurtre. Mais de nombreux cliniciens souffrent de syndromophilie. Ils n'ont jamais observé de comportement qu'ils ne puissent étiqueter de trouble mental. Un cas devient une curiosité, deux une coïncidence et trois se transforment en épidémie.

Une fois le syndrome baptisé, il fait naître des experts prêts et désireux de le dénicher, de le traiter et de former les autres, afin de les rendre attentifs à ses manifestations. Aucun trouble nouveau n'est "rare" à leurs yeux; on ne fait que le "confondre" avec quelque chose d'autre ou le "sous-diagnostiquer". Le syndrome de Münchausen par procuration (MBP, *Munchausen By Proxy*, trouble artificiel par procuration dans l'annexe du DSM-IV) est le dernier trouble en vogue à capter l'attention des cliniciens et des médias (Mart, 1999; voir aussi le chapitre 4). Les infirmières enseignantes, les médecins et les cliniciens sont devenus, aux quatre coins du pays, les experts aux aguets de la mère Munchausen, et voilà que devant nous s'en trouvait une. Je vis cette psychologue clinicienne — je l'appellerai Dr X — exposer les hypothèses, méthodes et raisonnements pseudoscientifiques devenus fréquents en pratique clinique, et que ce livre examine minutieusement:

- Le Dr X se fiait à des tests projectifs pour déterminer les problèmes psychologiques de la mère. Hormis les problèmes de fiabilité et de validité de ces tests (voir le chapitre 3), personne n'a la moindre idée si les vraies

mères MBP souffrent de quelque trouble mental caractéristique, pas plus que nous ne le savons pour les pères abusant de leur enfant. Une preuve de “trouble mental” chez la défenderesse n’aurait pas davantage été un indice fiable de MBP chez cette mère.

- Le Dr X ignorait tout de l’importance de tester empiriquement les hypothèses cliniques, encore plus de la définition opérationnelle de ses termes. Que veut dire “être de mèche”? De quelle manière le comportement de la mère MBP diffère-t-il de celui de toute autre mère d’un enfant malade chronique ou de toute autre mère aimante, à ce propos?
- Le Dr X ignorait tout du biais de confirmation (voir le chapitre 2) ou du principe de falsifiabilité et de la façon dont ils peuvent affecter le diagnostic clinique. Une fois décidé que cette mère représentait une “Munch classique”, comme elle l’écrit dans ses notes, l’affaire était réglée. Rien de ce que la mère put faire ou dire ne la fit changer d’idée. C’est que les mères Munchausen, témoigna-t-elle, savent se montrer si trompeusement charmeuses, éduquées et convaincantes. Rien de ce que l’enfant put dire ne la fit changer d’idée. Puisque, dit-elle, l’enfant désire naturellement rester auprès de sa mère, en dépit des sévices qu’elle lui inflige. Aucun témoignage d’immunologiste, à l’effet que l’enfant souffrait bel et bien d’un trouble immunitaire, ne lui fit changer d’idée. C’est parce que, expliqua-t-elle, les mères Munchausen forcent les médecins à imposer des traitements à leurs enfants en interprétant des conditions médicales “limites” comme des problèmes nécessitant une intervention.
- Le Dr X ne comprenait strictement rien à la psychologie sociale du diagnostic: par exemple, comment un problème rare, tel le “trouble dissociatif de l’identité” (voir le chapitre 5) ou le “syndrome de Munchausen par procuration”, devient exagérément signalé lorsque les cliniciens entreprennent de le rechercher partout et que la gloire, les félicitations et un revenu les récompensent lorsqu’ils le trouvent (Acocella, 1999).
- Le Dr X ne comprenait strictement rien au problème du taux d’erreur (Mart, 1999): soit que dans leur empressement à éviter les faux négatifs (ne pas réussir à identifier des mères qui font du mal à leurs enfants), les cliniciens peuvent significativement gonfler le taux des faux positifs (poser à tort un diagnostic de MBP à des mères). « Ce trouble détruit les familles », affirmait-elle, apparemment sans se rendre compte que des faux diagnostics le font tout autant.

Bref, cette psychologue clinicienne avait reçu un doctorat sans vraiment comprendre les principes de base de la pensée critique et scientifique. De nombreux professeurs se plaignent du manque tragique d'éducation scientifique de leurs étudiants de premier cycle, de qui on s'attend à ce qu'ils assimilent un vaste ensemble de faits et de connaissances, alors qu'ils n'ont que rarement appris à réfléchir à leur signification. Ce problème est également répandu dans les programmes de deuxième cycle de psychologie clinique et de résidence en psychiatrie, où les étudiants peuvent acquérir un doctorat ou une maîtrise sans jamais avoir appris les hypothèses et méthodes épistémologiques fondamentales de leur profession (voir également le chapitre 16): quels types de preuve de solides conclusions requièrent-elles? Existe-t-il des hypothèses alternatives que je n'ai pas envisagées? Pourquoi tant de diagnostics de maladie mentale se basent sur le consensus — un vote de groupe — plutôt que sur une preuve empirique, et que révèle cette façon de faire à propos des problèmes de fiabilité et de validité du diagnostic? Une étude ethnographique sur la formation des psychiatres démontraient que les résidents en psychiatrie apprennent à établir rapidement des diagnostics, à prescrire un médicament et, dans des endroits de moins en moins nombreux, à utiliser la cure verbale psychodynamique, mais rarement apprennent-ils à se montrer sceptiques, à poser des questions, à analyser la recherche, à considérer des explications ou des traitements alternatifs (Luhmann, 2000).

Je ne suis ni académicienne, ni clinicienne, mais à titre de psychologue social diplômée et d'auteur par profession, je m'intéresse depuis longtemps à l'influence des théories psychologiques sur la société (et à l'influence des événements sociaux sur les théories psychologiques). Puisque les psychothérapeutes en tous genres sont ceux qui reçoivent toute l'attention — ce sont généralement eux qui écrivent les courriers du coeur, rédigent les livres de psycho pop, participent aux talk-show et témoignent à titre d'experts dans les tribunaux — le public est en grande partie ignorant du type de recherche que mènent les psychologues scientifiques sur les questions cliniques ou sur tout autre sujet en psychologie. Conséquemment, je me suis grandement intéressé à la division entre la science de la psychologie et la majeure partie de la pratique clinique et de ses implications pour les gens et sur la culture en général¹.

Et cette division est devenu tout un fossé. Je conserve une liste des croyances les plus largement acceptées, défendues par plusieurs cliniciens et autres psychothérapeutes, que la recherche empirique a pourtant discréditées:

- Presque tous les enfants abusés deviennent des parents abuseurs.

- Presque tous les enfants d'alcooliques deviennent à leur tour alcooliques.
- Les enfants ne mentent jamais à propos d'un abus sexuel.
- Les traumatismes de l'enfance produisent invariablement des symptômes émotionnels perdurant à l'âge adulte.
- La mémoire fonctionne comme un ruban vidéo qui s'enclenche le jour de la naissance.
- L'hypnose peut faire resurgir des souvenirs fidèles enfouis.
- L'hypnose fait resurgir des souvenirs exacts.
- Les expériences traumatisantes sont habituellement refoulées.
- Les messages subliminaux influence fortement le comportement.
- Les enfants qui se masturbent ou qui "joue au docteur" ont probablement été agressés sexuellement.
- Si elle n'est pas extériorisée, la colère s'accumule comme de la vapeur dans un presto, jusqu'à ce qu'elle explose.
- Les tests projectifs, tel les tâches d'encre de Rorschach, diagnostiquent adéquatement les troubles de la personnalité, la plupart des formes de psychopathologie et l'abus sexuel.

Toutes ces fausses idées peuvent avoir, et ont eu, des conséquences dévastatrices sur la vie des gens. Dans cette même salle d'audience, j'ai entendu une travailleuse sociale expliquer pourquoi elle avait décidé de retirer la garde d'un enfant à la mère: cette dernière avait été abusée, enfant, et nous "savons tous" que c'est un facteur de risque majeur pour qu'elle abuse de son enfant un jour. De toute évidence, personne ne lui avait parlé des cas réfutant son opinion. En fait, les études longitudinales montrent que, si être abusé durant l'enfance accroît le risque de devenir un parent abuseur, la grande majorité des enfants abusés — environ les deux tiers — ne deviennent pas des parents abuseurs (Kaufman et Zigler, 1987).

Bien évidemment, un écart a toujours existé entre la psychologie scientifique et la psychologie clinique. De bien des façons, cette situation n'est pas différente des tensions naturelles existant entre les chercheurs et les praticiens dans plusieurs domaines — la médecine, l'ingénierie, l'éducation, la psychiatrie, la physique — lorsque l'une des parties se consacre à la recherche et que l'autre travaille dans un domaine appliqué: leurs objectifs et leur formation sont intrinsèquement très différents. L'objectif de la psychothérapie, par exemple, consiste à aider l'individu souffrant, assis devant le thérapeute; l'objectif de la recherche en psychologie consiste à expliquer et prévoir le comportement des gens en général. C'est pourquoi plu-

sieurs thérapeutes affirment que les méthodes et les conclusions de la recherche ne capturent qu'une image partielle, rabougrie, de la personne réelle (Edelson, 1994). La thérapie, observent-ils, aidait les gens bien avant que la science ou la psychologie ne soit inventée. La formation professionnelle, dès lors, devrait enseigner aux étudiants comment pratiquer la thérapie et non la science.

En psychologie, cette divergence entre les objectifs et la formation surgit dès l'origine. La psychologie empirique et la psychanalyse eurent des pères différents à la fin du 19^{ème} siècle et elles ne s'entendirent jamais. Tout au long du 20^{ème} siècle, elles se sont querellées inlassablement sur les hypothèses fondamentales à propos du sens de la science et de la vérité. Comment savons-nous ce qui est vrai? Quel type de preuve doit-on détenir pour soutenir une hypothèse? Pour les premiers psychanalystes, les expériences contrôlées, les interviews ou les statistiques ne relevaient aucunement de la "science" (Hornstein, 1992). En érigeant ce qu'ils disaient être une "science de l'esprit", les psychanalystes se fièrent uniquement à leurs propres interprétations des cas rencontrés en thérapie, sur des mythes et la littérature, et sur le comportement des gens. Pour les psychologues d'orientation scientifique, l'idée que les analystes puissent affirmer faire de la science tout en balançant les règles primordiales de la démarche scientifique — les conclusions reproductibles, les données vérifiables, la confirmation objective de la preuve et l'effort concerté pour contrôler les préjugés et toute autre source possible de biais — les alarma. Lorsque la psychanalyse devint populaire pour la première fois aux États-Unis, dans les années 1920, de nombreux psychologues scientifiques la considérèrent comme une folie populaire, quelque chose de similaire à la lecture de la pensée ou à la phrénologie, qui finirait par se calmer. John Watson la qualifia de "voudouisme". « La psychanalyse tente de s'imposer en portant l'uniforme de la science », écrivait un autre critique de l'époque [NduT: Knight Dunlap], « afin de mieux l'étouffer de l'intérieur » (cité dans Hornstein, 1992). Remplacer psychanalyse dans cette phrase par mouvements oculaires de désensibilisation et de retraitement (*eye movement desensitization and reprocessing*, EMDR) ou par thérapie du champ mental (*thought field therapy*, TFT) et cette attitude prévaut encore de nos jours au sein des psychologues scientifiques.

Vers les années 1960, 1970, à mesure que la popularité de la psychanalyse déclinait, de nouvelles thérapies émergèrent. Il s'avérait facile de dire à quel point elles étaient pseudoscientifiques. Contrairement aux freudiens, qui affirmaient la nécessité d'être sous traitement pendant cinq ans, ces nouveaux guignols offraient des thérapies miracles qui promettaient de vous guérir en cinq jours, cinq minutes ou cinq orgasmes.

Durant les beaux jours de la révolution contre-culturelle, ces thérapies se multiplièrent comme des lapins. Le livre de Martin Gross, *The Psychological Society* (1978), recensait la thérapie marathon, la thérapie de rencontre, la thérapie de la nudité, la thérapie de crise, la thérapie du cri primal, la thérapie du sommeil électrique, la thérapie de l'image corporelle, la thérapie par privation, la thérapie par anticipation, la thérapie des ondes alpha, la thérapie de "l'art de vivre", la thérapie de "l'art d'aimer" et la thérapie "agir maintenant". Durant les années 1980, la pop thérapie adopta la haute technologie. Des machins électriques promettaient de faire fonctionner vos deux hémisphères cérébrales à leur plein potentiel (Chance, 1989), tels le potentialisateur Graham, le "Tranquillite", le "Floatarium", le stimulateur électro-neural transcutané, le Superchargeur cérébral et le Synchro-énergiseur ondulatoire cérébral.

Au début, la plupart des psychologues scientifiques ne firent pas plus attention à l'explosion des pop thérapies post-freudiennes et aux technologies qu'ils ne l'avaient fait avec la psychanalyse. Ces thérapies ne représentaient sans doute qu'une tache sur l'ensemble du paysage de la psychologie, mais tout de même une nuisance inoffensive; le pire qui pouvait arriver aux consommateurs se résumait à perdre de l'argent et un peu de dignité.

Mais au milieu des années 1980, l'Amérique du nord se retrouva au prise avec trois contagions sociales, que certains auteurs qualifièrent d'épidémie hystérique ou de panique morale (Jenkins, 1998; Showalter, 1997): la thérapie du souvenir retrouvé (voir le chapitre 8), les scandales des abus sexuels dans les garderies et le trouble de la personnalité multiple (aujourd'hui officiellement renommé trouble dissociatif de l'identité dans le DSM-IV; voir le chapitre 5). Les trois phénomènes avaient été suscités par les affirmations scientifiquement invalides et erronées de psychothérapeutes utilisant des méthodes subjectives et douteuses. En outre, on retrouvait parmi les personnes qui les énonçaient plusieurs psychiatres, psychologues cliniciens, travailleurs sociaux et "psychothérapeutes" génériques formés quelque part, lors d'un séminaire de fin de semaine sur l'abus infantile. N'avaient-ils pas suivi le cours de psychologie 101? Quelqu'un leur avait-il parlé des groupes contrôles, de la mémoire, du développement de l'enfant, des limites de l'hypnose?

Apparemment non. Poole, Lindsay, Memon et Bull (1995) découvrirent que de fortes minorités de psychothérapeutes licenciés aux États-Unis et en Angleterre utilisaient des techniques subjectives, ayant un grand pouvoir d'influence, telles l'hypnose, l'analyse des rêves et l'imagination orientée vers des situations d'abus, afin de "dénicher" des souvenirs refoulés d'abus sexuels infantiles. Une reprise de

cette étude aux États-Unis et au Canada démontra que ce pourcentage n'a pas décliné de façon appréciable dans les dernières années (Katz, 2001; Nunez, Poole et Menon, sous presse; Polusny et Follette, 1996; voir également le chapitre 8).

Et lorsque Michael Yapko (1994) sonda près de 1 000 membres de l'Association américaine des thérapeutes conjugaux et familiaux, il découvrit que plus de la moitié d'entre eux croyaient qu'on « peut utiliser l'hypnose pour se remémorer des souvenirs remontant aussi loin qu'au jour de la naissance »; qu'un tiers était d'accord avec l'idée que « l'esprit fonctionne comme un ordinateur, enregistrant les événements exactement comme ils se sont produits »; et que le quart d'entre eux — ça donne le frisson — était d'accord avec l'idée « qu'une personne qui se sent certaine d'un souvenir signifie que ce souvenir est probablement exact ». Aucun de ces énoncés n'est vrai; au contraire, une minutieuse recherche sur la confabulation, la distorsion et les erreurs de la mémoire les a invalidés (Brainerd, Reyna et Brandse, 1995; Garry, Manning et Loftus, 1996; Loftus et Ketcham, 1994; Schacter, 1996). On ne constatait aucune différence dans l'appui à ces idées entre ceux possédant une maîtrise ou un doctorat.

Le mouvement du souvenir retrouvé révéla au grand jour à quel point la psychologie expérimentale s'était éloignée de la psychologie clinique. Après la seconde guerre mondiale, les deux mondes essayèrent de conclure une alliance: le modèle "scientifique-praticien" gouvernerait la formation des psychologues cliniciens, ces derniers se fiant aux découvertes les plus pertinentes de la recherche en psychologie pour diagnostiquer et traiter les clients. Cet idéal d'harmonie est toujours en vigueur dans certains programmes de psychologie clinique à travers les États-Unis et le Canada, où les étudiants apprennent les méthodes de la recherche, les découvertes expérimentales sur les processus cognitifs, les troubles mentaux et la psychopathologie, de même que les données sur l'évaluation des méthodes thérapeutiques et leurs résultats. Mais à l'instar des Dix commandements, le modèle scientifique-praticien fut plus facile à prêcher qu'à obéir. Les tensions inhérentes entre les deux groupes s'amplifièrent, et dès le début des années 1990, chercheurs et cliniciens parlaient ouvertement du "fossé scientifique-praticien" (Persons, 1991).

De nos jours, toutefois, parler de "fossé" équivaut à parler du "fossé" israélo-arabe au Moyen-Orient. Il s'agit plutôt d'une guerre, impliquant des croyances profondément enracinées, des passions politiques, des opinions sur la nature humaine et sur la nature de la connaissance et — comme toute guerre le fait ultimement — de l'argent, un territoire et un moyen de subsistance. Tous ceux qui

ont contesté l'exactitude des souvenirs retrouvés d'abus sexuel ou qui ont publiquement remis en question l'une ou l'autre des thérapies populaires mais invalides (par exemple l'EMDR, la communication facilitée, la séance de verbalisation ou la "renaissance") ou les tests projectifs (par exemple les taches d'encre de Rorschach) connaissent la nature enflammée de telles critiques et les invectives avec lesquelles elles seront accueillies. En 1993, j'ai rédigé un essai pour le *New York Times Book Review*, soulignant les affirmations scientifiquement infondées et souvent grotesques sur le traumatisme et la mémoire qui caractérisent les livres populaires sur les souvenirs retrouvés d'inceste, tels *Le courage de guérir* (The Courage to Heal) et *Survivants anonymes* (Secret Survivors). Je n'avais rien dit d'autre que ce que l'on apprend dans un cours de psychologie 101, néanmoins le *Book Review* reçut des douzaines de lettres courroucées de psychiatres, de travailleurs sociaux et de psychologues cliniciens. Une psychiatre féministe m'accusa d'avoir écrit une "tirade malveillante", tandis qu'un autre clinicien, parlant au nom des autres signataires de la lettre, déclara que mon essai me plaçait « directement du côté des abuseurs, des violeurs, des pédophiles et autres misogynes ».

La guerre sévissant actuellement entre les psychologues scientifiques et cliniciens — par opposition aux chamaileries normales entre chercheurs et praticiens, qui ont cours depuis des décennies — émane de plusieurs forces économiques et culturelles. L'une d'elle fut la rapide prolifération des psychothérapeutes en tout genre. Plusieurs sont diplômés d'écoles "indépendantes", n'ayant aucun lien avec les départements universitaires de psychologie, où ils n'apprennent habituellement qu'à faire de la thérapie — et parfois seulement qu'une vague forme de thérapie psychodynamique. D'autres ne disposent que d'une certification d'un bref cours en hypnothérapie ou de différents programmes de counselling, et se présentent ensuite comme des experts d'une méthode particulière. Parce que d'innombrables types de thérapies se font maintenant compétition sur le marché des soins et en raison des déficits économiques que l'administration de la santé doit relever, ces spécialisations sont devenues de précieuses sources de revenu pour plusieurs thérapeutes. Les gens qui gagnent leur vie en donnant des ateliers sur le test de Rorschach, une formation sur la thérapie du champ mental, en élaborant des programmes en intervention de crise, en administrant des tests projectifs ou en diagnostiquant l'abus sexuel, ne vont pas se montrer réceptifs aux preuves remettant en question la validité de leurs méthodes ou de leurs hypothèses.

En Amérique du nord, de nos jours, des complètes entreprises voguent sous le pavillon de la pseudoscience et il existe des motifs culturels aussi bien qu'économiques

pour expliquer leur popularité. Les psychologues interculturels ont étudié la manière dont le besoin de certitude et la tolérance à l'ambiguïté diffèrent selon les cultures, d'où leur volonté, par exemple, d'essayer de vivre avec les incertitudes inhérentes à la vie ou de passer des lois pour tenter de les réduire ou de les éliminer (Cvetkovich et Earle, 1994; Hofstede et Bond, 1955). La culture américaine tolère très peu l'incertitude; de là notre attirance pour les politiques de "tolérance zéro", qui tentent en vain d'éradiquer la toxicomanie, et pour les programmes d'éducation sexuelle axés seulement sur "l'abstinence", qui tentent en vain d'éradiquer le sexe entre adolescents.

Dans une telle culture, la pseudoscience devient particulièrement attrayante puisque, par définition, elle promet des certitudes, alors que la science n'offre que de la probabilité et du doute. La pseudoscience est populaire parce qu'elle confirme ce que nous croyons; la science est impopulaire parce qu'elle remet en question nos croyances. La bonne science, tout comme l'art véritable, dérange souvent nos façons bien ancrées de voir le monde. Bruce Rind et ses collègues l'ont constaté à leur dépend, lorsqu'ils publièrent leur méta-analyse suggérant que l'abus sexuel sur enfant, prudemment défini, ne produisait pas inévitablement une sévère psychopathologie chez l'adulte (Rind, Tromovich et Bauserman, 1998). Le public s'est-il levé, d'un bloc, pour louer leur "confirmation" scientifique que la plupart des gens survivent à de terribles expériences? Ce ne fut pas vraiment le cas. Le Congrès passa plutôt une résolution condamnant leur recherche et un bizarre regroupement de conservateurs religieux et de psychothérapeutes du souvenir retrouvé orchestrèrent une attaque contre leurs motivations, leurs méthodes et leurs conclusions (Rind, Tromovitch et Bauserman, 2000).

Aspirant à des certitudes face aux problèmes difficiles, le public se tourne vers les psychologues, qui leur offrent une réponse: quel parent devrait obtenir la garde des enfants? Ce violeur est-il guéri? Les terribles accusations de cet enfant sont-elles exactes? Quelle thérapie peut me faire sentir mieux, rapidement? Les scientifiques parlent l'exaspérant langage de la probabilité: "Il est possible que..." Combien plus attrayantes s'avèrent les réponses des cliniciens, prêts à affirmer, avec assurance: "Cette mère est paranoïaque et croit que son mari cherche à l'attraper", "Ce violeur est définitivement guéri", "Les enfants ne mentent jamais au sujet de l'abus sexuel" ou "La thérapie du champ mental peut vous guérir en cinq minutes".

Les programmes pseudoscientifiques, les potions et les thérapies ont toujours représenté une portion indéfectible de la culture américaine, tout comme la boisson et le puritanisme. Le mélange culturel du pragmatisme, de la con-

viction optimiste que tout peut se changer et s'améliorer et de l'impatience envers tout ce qui prend du temps est à l'origine du marché séculaire des solutions instantanées. Tout ce que doit faire un entrepreneur intelligent, c'est appliquer la formule historiquement efficace: (Solution rapide + poudre aux yeux pseudoscientifique) X public crédule = revenu élevé. C'est la raison pour laquelle, lorsque la thérapie du champ mental, la communication facilitée, la programmation neurolinguistique et la renaissance auront parcouru le même chemin que la thérapie du sommeil électrique et du stimulateur électro-neural transcutané, de nouvelles thérapies miracles, portant des acronymes différents, verront le jour et prendront leur place. C'est la façon de faire de l'Amérique.

Les thérapies pseudoscientifiques existeront toujours dans la société, parce que tant d'intérêts économiques et culturels en font la promotion. Mais leur potentiel dommageable pour les individus et la société ne cesse de croître, ce qui explique pourquoi il devient plus que jamais nécessaire, de la part des psychologues scientifiques, de dénoncer leurs prétensions et d'exposer leurs dangers. Richard McNally disait, la meilleure façon de combattre les pseudosciences, c'est de faire de la bonne science. De fait, la bonne psychologie scientifique a déjà contribué à ralentir, sinon renverser, les épidémies hystériques de notre récente histoire, qui ont tant fait de tort. La psychologie scientifique nous a permis de mieux comprendre la mémoire, les processus d'influence et de suggestibilité en thérapie, qui engendrent les troubles iatrogéniques du genre "personnalités multiples", et de trouver de meilleures façons d'interroger les enfants et d'évaluer leur témoignage et leurs souvenirs (Poole et Lamb, 1998). La bonne psychologie scientifique a aidé les cliniciens à développer les interventions les plus efficaces contre des problèmes spécifiques. La recherche a permis de distinguer les techniques thérapeutiques qui sont pratiquement inefficaces de celles carrément nuisibles — par exemple la renaissance, une technique ayant conduit des thérapeutes du Colorado à étouffer à mort une petite fille de 10 ans en l'aidant supposément à "renaître" (voir le chapitre 7) et les programmes d'intervention de crise, qui ont le pouvoir, en fait, de retarder le rétablissement d'une victime traumatisée ou ayant vécu un désastre (voir le chapitre 9 du livre).

Pourtant, la différence essentielle entre la psychologie scientifique et la psychothérapie existera toujours. "En thérapie, le truc consiste à raconter des histoires qui persuadent; en science, le truc consiste à raconter des histoires qui prédisent", affirme Michael Nash (communication personnelle). "Une histoire convaincante — un récit persuasif qui donne du sens à notre vie — n'a pas besoin d'être objectivement véridique, dans un certain sens. De sorte que

les thérapeutes ont raison lorsqu'ils affirment que la recherche ne peut aider les individus à apprendre à vivre avec leur souffrance, à résoudre des dilemmes moraux ou donner un sens à leur vie. Mais il faut les détromper sur l'idée que les histoires de leurs clients sont littéralement vraies, ou qu'ils ne jouent aucun rôle dans leur production".

Le fossé scientifique-praticien, conséquemment, peut ne pas avoir autant d'importance dans le processus subjectif, immensurable, d'amener un client vers la sagesse et de l'aider à se construire une histoire convainquante. Mais il prend toute son importance dans la pratique de thérapies mauvaises, coercitives ou néfastes. Et il compte énormément lorsque des thérapeutes franchissent les limites de leur compétence, se prétendant avec assurance experts dans des domaines où des opinions cliniques non vérifiées peuvent ruiner des vies, alors que la connaissance de la bonne psychologie scientifique pourrait les sauver.

1. Bien sûr, il existe plusieurs psychologues cliniciens qui sont aussi des scientifiques, pratiquant en clinique en même temps qu'ils font de la recherche, avec la même compétence; les autres participants à ce volume en sont des exemples. Toutefois, la raison même de ce livre vient de ce que le nombre de cliniciens d'orientation scientifique, minoritaires au sein de leur profession, décline rapidement.

RÉFÉRENCES

Acocella, J. (1999). *Creating hysteria: Women and multiple personality disorder*. San Francisco: Jossey-Bass.

Brainerd, C. J., Reyna, V. F., & Brandse, E. (1995). Are children's false memories more persistent than their true memories? *Psychological Science*, 6, 359-364.

Chance, P. (1989, November). The other 90%. *Psychology Today*, pp. 20-21.

Cvetkovich, G. T., & Earle, T. C. (1994). Risk and culture. In W.J. Lanner & R. Malpass (Eds.), *Psychology and culture* (pp. 217-224). Boston: Allyn & Bacon.

Edelson, M. (1994). Can psychotherapy research answer this psychotherapists questions? In P. F. Talley, H. H. Strupp, & S. F. Butler (Eds.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (pp. 60-87). New York, Basic Books.

Garry, M., Manning, C. G., & Loftus, E. F. (1996). Imagination inflation: Imagining childhood event inflates confidence that it occurred. *Psychonomic Bulletin and Review*, 3, 208-214.

Gross, M. (1978). *The psychological society*. New York, Random House. Hofstede, G., & Bond, M. H. (1988). The Confucius connection: From cultural roots to economic growth. *Organizational Dynamics*, 18, 5-21.

- Hornstein, G. (1992). The return of the repressed: Psychology's problematic relations with psychoanalysis, 1909-1960. *American Psychologist*, 47, 254-263.
- Jenkins, P. (1998). *Moral panic: Changing concepts of the child molestation in modern America*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Katz, Z. (2001). Canadian psychologists' education, trauma history, and the recovery of memories of childhood sexual abuse (Doctoral dissertation, Simon Fraser University, 2001). *Dissertations Abstracts International*, 61, 3848.
- Kaufman, J. & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- Loftus, E. F., & Ketcham, K. (1994). *The myth of repressed memory*. New York: St. Martin's Press.
- Luhrmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder on American psychiatry*. New York, Knopf.
- Mart, E. (1999). Problems with the diagnosis of factitious disorder by proxy in forensic settings. *American Journal of Forensic Psychology*, 17, 69--82.
- Nunez, N., Poole, D. A., & Memon, A. (Sous presse). Psychology's, two cultures revisited: Implications for the integration of science with practice. *Scientific Review of Mental Health Practice*.
- Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American psychologist*, 46, 99-106.
- Polusny, M. A. & Follette, V. M. (1996). Remembering childhood sexual abuse: A national survey of psychologists' clinical practices, beliefs, and personal experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 41-52.
- Poole, D. A., & Lamb, M. E. (1998). *Investigative interviews of children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Poole, D. A., Lindsay, D. S., Memon, A., & Bull, R. (1995). Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: U.S. and British practitioners' opinion, practices, and experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 426-437.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124, 22-53.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (2000). Condemnation of a scientific article: A chronology and refutation

of the attacks and a discussion of threats to the integrity of science. *Sexuality and Culture*, 4, 1-62.

Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory: The brain, the mind, and the past*. New York: Basic Books.

Showalter, E. (1997). *Hystories: Hysterical epidemics and modern culture*. New York: Columbia University Press.

Tavris, C. (1993, January 3). Beware the incest-survivor machine. *The New York Times Book Review*, pp. 1, 16-18.

Yapko, M. (1994). *Suggestions of abuse: True and false memories of childhood sexual trauma*. New York: Simon & Schuster.