

L'épistémologie empirique

et la méthode scientifique en psychothérapie

Louis Guérette m.d.

épistémologie: n.f. (gr. épistémè, savoir, et logos, science). Réflexion sur les méthodes employées dans les sciences. (Son domaine est plus vaste que celui de la *methodologie* dans la mesure où elle ne se contente pas de *décrire* les méthodes propres à chaque science, mais s'efforce de dégager une méthode universelle pour connaître la vérité, ainsi que le sens de la science dans ses rapports avec la philosophie).

empirisme: n.m. Méthode qui prétend se fonder uniquement sur l'expérience// Théorie philosophique selon laquelle toute notre connaissance dérive de l'expérience// Pratique médicale fondée sur les seules données de l'expérience.

Puisque les principes qui guident cette épistémologie vont imprégner toutes nos considérations subséquentes sur la thérapie behaviorale, penchons-nous immédiatement sur les grandes règles de la méthode scientifique, car elles expliqueront plusieurs exigences qui autrement pourraient sembler inutilement capricieuses à de jeunes cliniciens trop influencés par le grand laisser-aller de la pensée psychothérapeutique officielle.

- 1 - L'opérationnalisation des concepts
- 2 - L'observation.
- 3 - La construction d'hypothèses vérifiables
- 4 - La quantification des données
- 5 - L'établissement de variables dépendantes et indépendantes
- 6 - La relation répétable.
- 7 - Le consensus des observateurs
- 8 - La pensée objective et critique

les règles de la méthode scientifique

On examinera rapidement les principes suivants qui devraient guider sans la terroriser la pratique de tout intervenant doué d'un sens critique élémentaire.

1 - L'opérationnalisation des concepts concerne la construction de définitions opératoires qui comportent la description d'un procédé régulier pour repérer, mesurer et identifier le concept défini. Selon Bridgman (1927),

la vraie définition d'un concept ne se fait pas en termes de propriétés, mais en termes des opérations à effectuer pour l'observer. Autrement dit, la définition doit montrer comment, en suivant les étapes et la procédures, quiconque peut faire l'expérience du concept. On voit bien ici comment cette exercice peut s'appliquer aux concepts d'ébullition, d'azote, d'imprinting, mais qu'en est-il de la dépression, de la haine, de l'identification, du narcissisme, de l'empathie? Cette difficulté n'est pas complètement insurmontable. Ainsi, une version plus faible de cette exigence consiste à veiller simplement à ce que chaque concept corresponde à une réalité observable. Le DSM III est une incarnation de cet idéal et, dans une certaine mesure, le "langage de l'action" du psychanalyste Roy Shafer en est aussi inspiré. Les définitions opérationnelles du stimulus et de la réponse et psychothérapie behaviorale en sont évidemment un excellent exemple.

EXERCICE: Si vous voulez pousser l'expérience plus loin, exigez, si vous le pouvez, une définition opérationnelle de chaque concept psychothérapeutique que vous utiliserez ou que l'on tentera de vous enseigner dans la semaine qui va suivre et observez les résultats...

2 - L'observation. Dans la vision empiriste, tous les concepts employés doivent faire référence à l'expérience, donc à l'observation. Mais quel devrait être l'objet de l'observation? Les freudiens classiques prétendent observer sur un mode archéologique le passé à travers le transfert et les éléments rapportés par le patient. Les behavioristes, prétendent ne se fier qu'à ce qu'ils peuvent observer lorsqu'ils lui demandent de répondre à un questionnaire, de faire son auto-observation ou l'exposent à un jeu de rôle ou à une situation concrète. Dans les deux cas, c'est le passé (éloigné chez les psychanalystes, récent chez les behavioriste) qui semble être l'objet de la connaissance. Mais il serait plus prudent d'admettre que le véritable objet recherché, c'est le discours ou le comportement actuel du client, seuls éléments observables. Les behavioristes suppléeront à cette limite par des questionnaires "validés", en mettant le client en situation réelle ou simulée, etc... tandis que le psychanalyste prétendra que c'est la répétition des observations sur une longue période à travers le transfert qui validera l'observation. Peu importe notre orientation, pouvons-nous soutenir que toutes nos conclusions s'appuient sur l'observation? Dans le cas contraire, il

nous faut admettre la présence d'inférences plus ou moins discutables dans nos formulations cliniques (v.g. Bouchard, Brueckman et Leconte, 1987; Bouchard, Lecomte, Charbonneau et Lalonde, 1987).

EXERCICE: Si vous prétendez atteindre une vérité scientifique dans votre travail, que prétendez-vous observer? Posez-vous la question lors de votre prochaine session de psychothérapie et tentez d'être conscient du lien entre vos observations et vos inférences.

3 - La construction d'hypothèses vérifiables appartient également aux exigences de l'empirisme. C'est une responsabilité essentielle de celui qui pose une hypothèse de démontrer quel test pourrait être réalisé pour la confirmer ou l'invalider. Par exemple, si je prétends qu'un problème est d'ordre oedipien, je devrais pouvoir indiquer quels sont les éléments de l'évolution qui me permettraient de confirmer ou d'invalider cet avancé. Ou bien si je travaille avec l'hypothèse que mon patient est déprimé en raison d'une régression consécutive à la prise de conscience de son véritable self, suite à l'émiettement de ses défenses narcissiques, suis-je préparé d'une part à donner une définition opérationnelle de ces termes et d'autre part à démontrer comment mon hypothèse pourrait être invalidée et modifier, si elle l'était, ma compréhension des faits. Si cette exigence paraît trop élevée, il n'est pas interdit de maintenir la même opinion clinique, mais il serait alors nécessaire de réaliser qu'on change alors d'épistémologie et que la vérité désormais recherchée n'est plus scientifique au sens étroit du terme et ne pourra plus jouir ni du même usage, ni de la même autorité. ni du même mode de transmission. (Mais ceci est une autre histoire épistémologique...)

EXERCICE: en clinique les hypothèses abondent, mais qui se préoccupe de les vérifier? Après votre prochaine entrevue, clarifiez les hypothèses que vous vous êtes construites et demandez-vous comment vous avez l'intention de les vérifier.

4 - Sans la quantification des données, toute comparaison devient beaucoup plus difficile et c'est la notion même de changement qui devient alors fortement sujette à caution. En thérapie, ceci signifie que, par exemple,

si je crois que mon patient s'améliore, je dois pouvoir soutenir cette prétention par des données objectives (c'est à dire libre de toute influence théorique) sur la fréquence ou l'intensité des symptômes: il éprouve moins d'attaques de panique, ses somatisations s'atténuent, il a plus de moments de tendresse ou moins de crises de colère, il peut s'éloigner de la maison plus loin ou plus souvent. On pourrait soutenir avec un certain bon sens que bien des changements ne sont pas quantifiables: il faut répondre à cela que les changements en psychothérapie sont beaucoup quantifiables qu'on ne le croit si l'on s'en donne vraiment la peine; il n'en demeurera pas moins que dans la mesure où certaines améliorations au niveau de la perception de soi-même peuvent échapper toujours à l'objectivation, le thérapeute devra alors se résigner à retirer ses prétentions d'efficacité du champ de la connaissance scientifique.... Qu'il se console: comme on le verra plus loin, d'autres épistémologies demeurent à sa disposition.

EXERCICE: tentez de quantifier les objectifs thérapeutiques du prochain patient que vous verrez ou tentez de voir si les améliorations que vous avez cru percevoir chez lui depuis qu'il bénéficie de vos bons soins peuvent être quantifiés. Sinon, tentez de remédier à cela en trouvant une variable dépendante qui soit observable et quantifiable.

5 - L'établissement de variables dépendantes et indépendantes permet seul de poser un lien fonctionnel entre deux facteurs. On désigne par variable indépendante le facteur ou la caractéristique manipulée par l'expérimentateur ou le thérapeute pour en déterminer les effets sur une autre variable. La variable dépendante est le facteur ou la caractéristique sur laquelle la variable indépendante peut avoir un effet. Le découpage conceptuel par le psychothérapeute du champ de vie du patient lui permettra de mieux clarifier son effet thérapeutique réel. Par exemple, si je prétends que mon client est agressif envers les figures maternelles, je dois pouvoir démontrer que cette agressivité (variable dépendante) se manifeste uniquement envers ces figures (variables indépendantes) et non envers toutes les femmes ou même envers tout le monde. Avant de relier la diminution de tristesse (variable dépendante dont j'ai présument établi une définition opérationnelle) de mon patient déprimé à mes interprétations, mes pilules ou mon intervention cognitive (toutes des variables

indépendantes), il est essentiel de pouvoir poser le lien fonctionnel entre les deux types de variables: qui me dit que ma cliente n'est pas améliorée parce qu'elle a gagné à la loto, parce que sa période prémenstruelle est terminée, parce que la saison automnale s'achève ou parce qu'elle vient de se faire un ami. En recherche on peut toujours avoir recours à un schème A-B-A, mais en clinique?

EXERCICE: Qu'est-ce qu'un schème A-B-A? Suis-je préoccupé par ces exigences ou, au contraire, mon acrobatie intellectuelle me permet-elle de ramener tous les progrès du client à mes interventions et tous ses échecs à ses résistances? Avez-vous déjà observé, en politique ou en religion, des modes de raisonnement similaires?

6 - La relation répétable. De même qu'avec les définitions opérationnelles, il faut que le thérapeute empiriste puisse répéter les opérations incluses dans l'expérience et soit assuré alors d'aboutir aux mêmes constatations. Autrement dit, les phénomènes qui ne sont pas répétables ne font pas l'objet d'une connaissance scientifique. C'est ici que s'établit le fossé radical entre, par exemple l'expérience scientifique et tout autre type d'expérience, par exemple l'expérience mystique. La science doit rejeter celle-ci non pas parce qu'elle conteste leur réalité mais parce qu'elles ne sont pas répétables et donc impossible à vérifier. Cette exigence essentielle à un certain type de certitude, si elle n'enlève pas le fait que toute expérience humaine a un caractère irréductiblement unique, nous force tout de même à certaines préoccupations objectives comme condition absolue au discours qui se veut scientifique. Et rappelons nous avec Karl Popper, qu'une observation biaisée mille fois répétée ne constitue pas une relation répétable¹.

7 - Le consensus des observateurs fait appel aux critères établis plus haut. Selon ce critère, les résultats de l'expérience doivent être transmissibles de façon à provoquer l'accord d'observateurs indépendants. L'affirmation du seul expérimentateur ou clinicien, aussi respecté soit-il, ne suffit pas à assurer la véracité d'une affirmation. En thérapie, ceci

¹ c.f. Popper vs Adler dans "Conjectures and Refutations", page 34.

impliquerait que plusieurs observateurs aboutissent aux mêmes conclusions diagnostiques, dynamiques, pronostiques et thérapeutiques, une performance sur laquelle notre profession n'a pas précisément fondé sa célébrité. Carl Rogers fut le premier thérapeute qui, grâce aux moyens audiovisuels, osa exposer son travail psychothérapeutique à l'observation.

8 - La pensée objective et critique est celle qu'on veut exempte de préjugés et d'allégeance inconditionnelle à des théories. Seuls ceux qui sont prêts à se remettre en question à chaque instant la manifestent. Dans l'idéal, elle étudie chaque nouvel élément, aussi perturbateur soit-il, sur ses propres mérites et n'hésite pas à sortir des sentiers battus si les faits observés le justifient. Cette forme de pensée caractérise t-elle le psychothérapeute? Est-il souhaitable qu'elle le fasse ou dans quelle mesure n'y a t-il pas des limites obligatoires à notre empirisme? Mais n'est t-on pas par ailleurs témoins d'abus de la part de clinicien qui, convaincus de l'universalité de leur modèle, en "oublent" de regarder toute manifestation observable qui les conduirait à le remettre et donc à se remettre en cause.

Les règles que nous venons de rappeler sont exigeantes, mais aucune connaissance ne peut se prétendre scientifique si elle n'y répond; seules les pseudosciences ne les respectent pas. Leurs adhérents se présentent comme des privilégiés jouissant de révélations exceptionnelles ou se déclarant implicitement au dessus de la nécessité de démontrer ce qu'ils avancent. Ceci dit, on verra plus loin que l'épistémologie empirique n'a pas nécessairement à rechercher en psychothérapie de statut particulier; d'autres épistémologies peuvent prétendre à la respectabilité dans l'étude de la pensée humaine à la condition de ne pas réclamer pour elles un type de certitude dont elles n'ont pas rempli les exigences.