

Psicoterapia Psicoterapie

LA LETTERA DELLA PSICOTERAPIA ITALIANA N. 1 – 2013

Convegno FIAP

3-5 ottobre 2014

info e prenotazioni su:

convegno2014.fiap.info

Care colleghe e cari colleghi,
attraverso questa newsletter ho l'opportunità e il piacere di informarvi su alcune delle attività in corso nella FIAP.

Innanzitutto, il convegno di Roma ha segnato sia un punto di arrivo per alcuni progetti che l'avvio di nuove iniziative. L'assemblea del 9 novembre 2012 ha approvato il documento sulle competenze dello psicoterapeuta, realizzato grazie all'impegno di una commissione FIAP-CNSP che ha lavorato quasi due anni per adattarlo dal testo europeo e raccogliere i feedback dai soci. Il documento era stato inviato con la precedente newsletter ed è consultabile e scaricabile sul sito della FIAP. Come sapete, si tratta della descrizione delle competenze di base, cioè di quelle competenze trasversali che

appartengono ai terapeuti di tutti i modelli e approcci. La descrizione è uno strumento utile innanzitutto nella definizione della professione (presentando dettagliatamente quanto lo psicoterapeuta sa, sa fare ed è), ma anche nella didattica, per esempio nella autovalutazione che gli studenti possono fare del proprio livello di competenza, o nella programmazione dei percorsi formativi (sia nelle scuole, sia nella formazione continua successiva). Inoltre, al di là del documento finale, il percorso stesso di elaborazione ha costituito un valore per tutti coloro che vi hanno partecipato: un percorso di dialogo e confronto fra colleghi di modelli diversi alla ricerca del terreno comune nella nostra professione. Una esperienza di crescita della nostra comunità professionale e un esempio di incontro nel rispetto delle differenze. Ora la commissione si occuperà di sostenere la seconda fase di questo lavoro: l'utilizzo del documento nelle associazioni e nelle scuole e l'elaborazione delle competenze specifiche di ogni modello. Si tratta delle competenze che non sono descritte nelle competenze di base, e che rendono ogni approccio originale. Naturalmente non potrà essere la commissione a stendere questa descrizione, ma sono le associazioni e le scuole che avranno l'opportunità di lavorare a questa definizione. Alcune associazioni di modello europee stanno già elaborando questo loro documento, sarà quindi possibile portare avanti il lavoro in connessione con i colleghi europei che vi stanno già lavorando. I migliori auguri Giuseppe Godino che coordina questa seconda fase dell'attività!

Un altro percorso di confronto che abbiamo avviato ha avuto due momenti significativi negli expert meeting sulla ricerca, avvenuti a Roma lo scorso febbraio e aprile. Questa iniziativa, promossa insieme alla FIAP anche da CNSP e SIPSIC, nasce dall'esigenza di costruire dei ponti che attraversino il gap che esiste in psicoterapia fra la clinica e la ricerca. Una delle competenze di base dello psicoterapeuta riguarda proprio questo ambito. Lo scopo è stato di promuovere una qualificata informazione sullo stato dell'arte della ricerca in psicoterapia e di poter familiarizzare con alcuni metodi di ricerca comunemente utilizzati. Riteniamo infatti che l'evoluzione della psicoterapia passi attraverso una 'contaminazione' crescente fra ricerca e clinica e che questo dialogo favorisca entrambe. La risposta è stata eccellente nel numero dei partecipanti e nella vivacità dell'interesse, segno che abbiamo intercettato un'esigenza presente fra gli psicoterapeuti italiani. Sono grato all'Università La Sapienza di Roma che ci ha dato gli spazi per il meeting di febbraio e ai relatori che hanno portato il loro contributo: Nino Dazzi, Robert Elliott, Laura Faranda, Vittorio Lingiardi, Paolo Migone, Gaspare Palmieri e Lelia Pisani.

Un ringraziamento particolare anche ad Alberto Zucconi e al CNSP per il fondamentale contributo organizzativo. Stiamo realizzando un DVD con le presentazioni dei relatori che sarà disponibile per le associazioni e i colleghi interessati. Si è trattato di un primo passo su una strada che proseguirà nelle tre associazioni promotrici: per esempio, nel convegno SIPSIC di Paestum, sono stati attuati dei momenti formativi specifici sulla ricerca in psicoterapia. Inoltre, alcune scuole e associazioni presenti agli expert meeting hanno già avviato delle iniziative di ricerca al loro interno. Un altro evento a cui stiamo lavorando è il prossimo congresso FIAP: il VI convegno dell'associazione si terrà a Riva del Garda, dal 3 al 5 ottobre 2014. Sarà una occasione di confronto su uno dei temi trasversali a tutta la psicoterapia: il sé. Dialogheremo su come la concezione del sé nei diversi modelli possa offrire una prospettiva psicopatologica e di prassi terapeutica differente e con diverse potenzialità. E ci confronteremo su cosa le neuroscienze e la fenomenologia hanno da dirci su questo argomento: dialogheremo su questi temi con Antonio Damasio, Eugenio Borgna, Vittorio Gallese che hanno accettato di essere nostri ospiti. Damasio, uno dei più

significativi neuroscienziati ad essersi occupati di questo argomento (si veda il recente 'Il sé viene alla mente', Adelphi), terrà un workshop pregressuale a numero chiuso il 2 ottobre. La sede è splendida e adatta ad un convegno intenso, concentrato e nello stesso tempo rilassato e conviviale. Potete trovare le prime informazioni nel primo annuncio presente in questa newsletter e nel sito del convegno con le necessarie informazioni organizzative. (convegno2014.fiap.info) Scrivendo queste righe mi rendo conto di come la nostra associazione sia vitale e ricca di iniziative: mi colpisce come questo accada in un momento di grave crisi economica che coinvolge anche gli psicoterapeuti nella loro professione e in particolare i giovani colleghi o aspiranti tali, e di conseguenza anche le scuole. Questa vitalità è motivo di speranza, perché dalla crisi può nascere una spinta ad una collaborazione più solidale, interessata, più capace di ascolto reciproco. Il lavoro collaborativo fra la FIAP, il CNSP e la SIPSIC ne è un esempio concreto. A questo si aggiunge un altro motivo di speranza, sempre di natura culturale. Negli ultimi tempi sembra stia emergendo nell'ambito della psichiatria un trend che ridà più centralità e rilevanza alla dimensione relazionale della cura. In questa direzione va, ad esempio, l'importante documento dell'APA dell'agosto 2012 sull'efficacia della psicoterapia che trovate pubblicato in questa newsletter, il dibattito critico della nosografia che ha portato al DSM V, le discussioni sulle procedure di valutazione dell'efficacia dei farmaci e i dubbi sui protocolli di ricerca farmacologici, le crescenti critiche all'approccio biologico riduzionista alla sofferenza psichica, le recenti osservazioni sul risparmio di costi economici e sociali grazie alla psicoterapia. Da sempre la FIAP sostiene una prospettiva complessa e promuove una cultura della terapia che mette la relazione al centro dei percorsi di cura: ritengo quindi che questi sviluppi scientifici, sociali e culturali sostengano la nostra visione e siano un importante supporto alla promozione della psicoterapia. Infine ringrazio i colleghi dell'esecutivo, del direttivo, i membri delle commissioni e i past president FIAP per la creatività e le energie dedicate alla vita della nostra comunità professionale. Grazie anche a Maria Rosaria Filoni per la cura di questa newsletter. Un cordiale saluto,

Gianni Francesetti

LA RICERCA IN PSICOTERAPIA: ALCUNI FLASH DALL'EXPERT MEETING

Dott.ssa Livia Agresti

L'8 e il 9 aprile scorso si è svolto a Roma un Expert meeting sulle competenze nella ricerca in psicoterapia, organizzato dalla FIAP, CNSP e SIPSIC e presieduto da Gianni Francesetti, Presidente della FIAP. È stato un incontro preceduto a febbraio dal seminario con il Prof. Robert Elliot, esperto internazionale nel campo, tenuto nella facoltà di Psicologia di Roma. Il primo flash è sicuramente la convergenza delle varie società di formazione in psicoterapia all'interno dell'ambiente universitario per parlare proprio di un possibile incontro tra pratica clinica e ricerca. Il piacevole clima che vede insieme universitari-ricercatori e clinici è tutto in fieri, ma si avverte l'importanza e il desiderio di un arricchimento reciproco, c'è voglia di conoscere meglio i due linguaggi, confrontarsi, lasciarsi contaminare. Come ha subito sottolineato il prof Elliot i ricercatori e i terapeuti sembrano vivere in mondi diversi e soprattutto avere bisogni diversi, quali la semplicità del ricercatore versus la complessità del clinico o la necessità di generalizzazione versus la particolarità di ogni singolo individuo. Ma in che modo far sì che ci sia da un lato sempre di più una ricerca basata sulla pratica e dall'altro che il clinico senta un sostegno sia teorico che concreto alla sua attività, avvalendosi di strumenti che favoriscono la terapia piuttosto che ostacolarla? Come sviluppare una tensione creativa tra ricerca e pratica che porti all'aumento di conoscenze e di competenze? Queste le prime domande che sorgono nell'aula.

Non è di meno il contesto italiano in cui il Prof. Lingiardi, ma anche tutti gli altri relatori, ha ricordato quanto sia sentito il tentativo di riportare in primo piano l'importanza della pratica nella ricerca e di come sia fondamentale ripartire da lì, dai "setting reali", ma anche come sempre più ci sono strumenti utili proposti al clinico per un valido monitoraggio della sua attività. In questo proficuo scambio si immaginano terapeuti che danno voce a nuove domande di ricerca o ricercatori impegnati in elaborazione di metodi validi da inserire nel lavoro clinico. La ricerca in psicoterapia si distingue in due grandi aree: la ricerca sull'outcome, sull'esito della psicoterapia, e la

ricerca sul processo che cerca di definire cosa succede nel processo psicoterapeutico. Quest'ultima area è sicuramente quella che pone maggiori difficoltà e che si confronta più direttamente con la complessità della pratica. Il Prof. Dazi introduce queste giornate con un breve excursus sui risultati delle ricerche svolte negli ultimi anni. Riporto solo alcuni punti che mi hanno colpito. La conferma unanime è che la psicoterapia funziona, chi si rivolge ad una cura psicologica ha un cambiamento altamente significativo rispetto a chi non ne usufruisce e questo avviene a prescindere dal modello teorico-tecnico proposto. Unico elemento di differenza è che le psicoterapie che hanno una durata di almeno un anno sembrano garantire risultati più duraturi. La variabile significativa, che riguarda il paziente, non è il tipo di diagnosi rilevato quanto il suo livello di gravità e di complessità. Sul metodo utilizzato, riguardo ai vari approcci psicoterapici, quello che emerge è il fatidico "verdetto di Dodo". Dodo è un personaggio di Alice nel Paese delle Meraviglie che annuncia trionfante "tutti hanno vinto e tutti devono avere un premio". Tutte le psicoterapie funzionano! quali sono allora i fattori che permettono il cambiamento? La ricerca verte così sui fattori cosiddetti aspecifici. Primo fra tutti è sicuramente il fattore relazionale, il particolare incontro della coppia terapeuta-paziente, misurato spesso in termini di alleanza terapeutica e di capacità empatica.

All'introduzione segue la presentazione ai partecipanti di tre strumenti con la loro relativa sperimentazione. Il primo strumento si riferisce ad uno dei tanti quesiti sollevati: cosa si intende per cambiamento e come si può misurare? Ci ricorda il dott. Migone, che non ha molto senso parlare solo di misure quantitative, piuttosto il riferimento sarà a elementi qualitativi, ciò che cambia nell'individuo non è spesso definibile in termini di più o di meno ma di diverso da prima. Uno degli strumenti a questo riguardo è la CHAP Change After Psychotherapy. Il dott. Migone la illustra per guidarci poi, forse un po' troppo velocemente data l'intensità propria della CHAP, alla sua sperimentazione.

Si tratta di un'intervista non strutturata, simile nella modalità ad un colloquio clinico, ma con un focus ben preciso che mira a valutare quanto e in che modo il paziente che ha terminato una psicoterapia ritiene di essere cambiato, quale cioè la sua esperienza soggettiva dello stato del proprio cambiamento.

Di natura completamente diversa è il Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) presentatoci dal dott. Palmieri. Uno strumento semplice e veloce da utilizzare sia per il paziente che per il clinico nella sua valutazione. È una serie di 34 items con scala likert a 5 punti che serve a monitorare l'andamento del paziente durante tutta la terapia. Riferendosi ad un periodo breve "nell'ultima settimana", si rilevano i segni di benessere-malessere, problemi-sintomi, funzionamento, rischi per se o per gli altri. Somministrato ad intervalli regolari può dare una idea di come il processo stia evolvendo e evidenziare velocemente eventuali momenti di difficoltà, blocchi o fattori di rischio. Ci cimentiamo tutti nel provarlo e molti sembrano stimolati dalla possibilità di un suo utilizzo immediato, ci si interroga vivacemente su quali i vantaggi per il lavoro, su come il paziente possa viverlo, su quante volte somministrarlo durante il percorso...

Infine ci attendono gli strumenti riguardanti la valutazione dell'alleanza terapeutica la cui versione italiana è a cura del Prof. Lingiardi, i principali sono la Working Alliance Inventory Scale (WAI) e la Collaborative Interaction Scale (CIS), sarà proprio lui a presentarci quest'ultima. Un elemento che subito mi ha attratto è stato il linguaggio a me familiare di una scala che valuta, a proposito di interazioni, il ritmo di rotture e riparazioni che continuamente avvengono nella stanza di terapia. Si applica a trascrizioni di sedute in cui, all'interno del clima generale del colloquio, si identificano i differenti momenti di rottura. Vengono così chiamati marker di rottura diretti, quelli che in altri termini possiamo definire attacchi diretti al legame, o marker di rottura indiretti, che appaiono subito, a alcuni di noi, essere i ben noti meccanismi di difesa.

Non è facile rendere il clima di queste due intense giornate che a me hanno lasciato un piacevole senso di curiosità e ora riflettendo penso che questa sia la caratteristica base di un ricercatore che, come un bambino aperto, va con curiosità verso la scoperta dell'ignoto, senza paura di addentrarsi in un mondo sconosciuto da cui difendersi.

Quale insegnamento più grande per un lavoro come il nostro in cui il confronto con il non sapere è così costante?

Grazie e buona ricerca a tutti!



VI Convegno E.I.A.P.
Federazione Italiana
delle Associazioni di
Psicoterapia

3-5 Ottobre 2014
Centro Congressi
Riva del Garda

Tra i relatori invitati:
Antonio Damasio, Eugenio
Borgna, Vittorio Gallesse

Giovedì, 2 ottobre 2014
Workshop precongressuale
con Antonio Damasio

**L'emergere del sé
in psicoterapia**

Neuroscienze, psicopatologia e fenomenologia del sé.

FIAP

Salvador Dalí: "Galatea delle Sfere", 1952

Il sé è un concetto fondamentale e trasversale nella psicoterapia, uno degli elementi cardine che ne fondano l'epistemologia e da cui derivano la comprensione della sofferenza psicopatologica e la prassi terapeutica. È anche un concetto in evoluzione, che influenza lo sviluppo dei modelli ed è influenzato dalle acquisizioni della ricerca e dal dialogo con altre discipline, in particolare le neuroscienze e la filosofia.

Il convegno si propone di sostenere il confronto fra approcci diversi attraverso l'esplorazione di questo concetto fondante, con il contributo di alcuni fra i maggiori studiosi di questo tema.

Workshop precongressuale a numero chiuso con Antonio Damasio

Il sé viene alla mente - Giovedì 2 ottobre

Il workshop ha lo scopo di esplorare quali implicazioni ha questa visione del sé nella comprensione della psicopatologia e della prassi psicoterapeutica. Verrà favorita la massima interattività fra i partecipanti attraverso un dialogo aperto utilizzando setting variabili (domande e risposte, lavori in piccoli gruppi, fish bowl). Il workshop è a numero chiuso ed è rivolto a psicoterapeuti interessati ad un dialogo diretto con l'autore.

Costo:

100 euro entro il 31/12/2013

140 euro dopo il 31/12/2013

Recognition of Psychotherapy Effectiveness

Introduction

Council voted to adopt as APA policy the following Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness:

WHEREAS: psychotherapy is rooted in and enhanced by a therapeutic alliance between therapist and client/patient that involves a bond between the psychologist and the client/patient as well as agreement about the goals and tasks of the treatment (Cuijpers, et al., 2008, Lambert, 2004; Karver, et al., 2006; Norcross, 2011; Shirk & Karver, 2003; Wampold, 2007);

WHEREAS: psychotherapy (individual, group and couple/family) is a practice designed varyingly to provide symptom relief and personality change, reduce future symptomatic episodes, enhance quality of life, promote adaptive functioning in work/school and relationships, increase the likelihood of making healthy life choices, and offer other benefits established by the collaboration between client/patient and psychologist (American Group Psychotherapy Association, 2007; APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Burlingame, et al., 2003; Carr, 2009a, 2009b; Kusters, et al., 2006; Shedler, 2010, Wampold, 2007, 2010);

Definitions

WHEREAS: evidence-based practice in psychology is “the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences” (APA Task Force on Evidence Based Practice, 2006, p. 273);

WHEREAS: a working definition for Psychotherapy is as follows: “Psychotherapy is the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable” (Norcross, 1990, p. 218–220);

WHEREAS: a working definition for Treatment is as follows: Treatments when used in the context of health care, refer to any process in which a trained healthcare provider offers assistance based upon his or her professional

expertise to a person who has a problem that is defined as related to “health” or “illness.” In the case of “mental” or “behavioral” health, the conditions for which one may seek “treatment” include problems in living, conditions with discrete symptoms that are identified as or as related to illness or disease, and problems of interpersonal adjustment. The treatment consists of any act or services provided by a bonafide health provider intended to correct, change or ameliorate these conditions or problems (Beutler, 1983; Frank, 1973);

Research on Effectiveness

WHEREAS: the effects of psychotherapy are noted in the research as follows: The general or average effects of psychotherapy are widely accepted to be significant and large, (Chorpita et al., 2011; Smith, Glass, & Miller, 1980; Wampold, 2001). These large effects of psychotherapy are quite constant across most diagnostic conditions, with variations being more influenced by general severity than by particular diagnoses—That is, variations in outcome are more heavily influenced by patient characteristics e.g., chronicity, complexity, social support, and intensity—and by clinician and context factors than by particular diagnoses or specific treatment “brands” (Beutler, 2009; Beutler & Malik, 2002a, 2002b; Malik & Beutler, 2002; Wampold, 2001);

WHEREAS: the results of psychotherapy tend to last longer and be less likely to require additional treatment courses than psychopharmacological treatments. For example, in the treatment of depression and anxiety disorders, psychotherapy clients/patients acquire a variety of skills that are used after the treatment termination and generally may continue to improve after the termination of treatment (Hollon, Stewart, & Strunk, 2006; Shedler, 2010);

WHEREAS: for most psychological disorders, the evidence from rigorous clinical research studies has shown that a variety of psychotherapies are effective with children, adults, and older adults. Generally, these studies show what experts in the field consider large beneficial effects for psychotherapy in comparison to no treatment, confirming the efficacy of psychotherapy across diverse conditions and settings (Beutler, 2009; Beutler,

et al., 2003; Lambert & Ogles, 2004; McMain & Pos, 2007; Shedler, 2010; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007; Verheul & Herbrink, 2007; Wampold, 2001). In contrast to large differences in outcome between those treated with psychotherapy and those not treated, different forms of psychotherapy typically produce relatively similar outcomes. This research also identifies ways of improving different forms of psychotherapy by attending to how to fit the interventions to the particular patient's needs (Castonguay & Beutler, 2006; Miklowitz, 2008; Norcross, 2011);

WHEREAS: comparisons of different forms of psychotherapy most often result in relatively nonsignificant difference, and contextual and relationship factors often mediate or moderate outcomes. These findings suggest that (1) most valid and structured psychotherapies are roughly equivalent in effectiveness and (2) patient and therapist characteristics, which are not usually captured by a patient's diagnosis or by the therapist's use of a specific psychotherapy, affect the results (Castonguay & Beutler, 2006; Livesley, 2007; Norcross, 2011);

WHEREAS: in studies measuring psychotherapy effectiveness, clients often report the benefits of treatment not only endure, but continue to improve following therapy completion as seen in larger effect sizes found at follow-up (Abbass, et al., 2006; Anderson & Lambert, 1995; De Maat, et al., 2009; Grant, et al., 2012; Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring, et al., 2004; Shedler, 2010);

WHEREAS: research using benchmarking strategies has established that psychotherapy delivered in routine care is generally as effective as psychotherapy delivered in clinical trials (Minami, et al., 2008; Minami, et al., 2009; Minami & Wampold, 2008; Nadort, et al., 2009; Wales, Palmer, & Fairburn, 2009);

WHEREAS: the research evidence shows that psychotherapy is an effective treatment, with most clients/patients who are experiencing such conditions as depression and anxiety disorders attaining or returning to a level of functioning, after a relatively short course of treatment, that is typical of well-functioning individuals in the general population (Baldwin, et al., 2009; Minami, et al., 2009; Stiles, et al., 2008; Wampold & Brown, 2005);

WHEREAS: research will continue to identify

factors that make a difference in psychotherapy, and results of this research can then be reported to clinicians who can make better decisions (Gibbon, et al., 2010; Kazdin, 2008);

WHEREAS: researchers will continue to examine the ways in which both positive and possible negative effects of psychotherapy occur, whether due to techniques, client/patient variables, therapist variables, or some combination thereof, in order to continue to improve the quality of mental health interventions (Barlow, 2010; Dimidjian & Hollon, 2010; Duggan & Kane, 2010; Haldeman, 1994; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007);

Effectiveness Related To Health Care Policies

WHEREAS: the effects produced by psychotherapy, including the effects for different age groups (i.e. children, adults, and older adults) and for many mental disorders, exceed or are comparable to the size of effects produced by many pharmacological treatments and procedures for the same condition, and some of the medical treatments and procedures have many adverse side-effects and are relatively expensive vis-a-vis the cost of psychotherapy (Barlow, 2004; Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006; Imel, McKay, Malterer, & Wampold, 2008; Mitte, 2005; Mitte, Noack, Steil, & Hautzinger, 2005; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990; Rosenthal, 1990; Walkup, et al., 2008; Wampold, 2007, 2010);

WHEREAS: a substantial body of scholarly work (e.g., Henggeler & Schaeffer, 2010; Roberts, 2003; Walker & Roberts, 2001; Weisz et al., 2005) have documented the effectiveness of psychotherapy across a range of problems affecting children and adolescents;

WHEREAS: large multisite studies as well as meta-analyses have demonstrated that courses of psychotherapy reduce overall medical utilization and expense (Chiles, Lambert, & Hatch, 2002; Linehan, et al., 2006; Pallak, Cummings, Dorken, & Henke, 1995). Further, patients diagnosed with a mental health disorder and who received treatment had their overall medical costs reduced by 17 percent compared to a 12.3 percent increase in medical costs for those with no treatment for their mental disorder (Chiles, Lambert, & Hatch, 2002);

WHEREAS: there is a growing body of evidence that psychotherapy is cost-effective, reduces disability, morbidity, and mortality, improves work functioning, decreases use of psychiatric hospitalization, and at times also leads to reduction in the unnecessary use of medical and surgical services including for those with serious mental illness (Dixon-Gordon, Turner, & Chapman, 2011; Lazar & Gabbard, 1997). Successful models of the integration of behavioral health into primary care have demonstrated a 20-30 percent reduction in medical costs above the cost of the behavioral/psychological care (Cummings, et al., 2003). In addition, psychological treatment of individuals with chronic disease in small group sessions resulted in medical care cost savings of \$10 for every \$1 spent (Lorig, et al., 1999);

WHEREAS: there is strong scientific evidence to support the links between mental and physical health, and a growing number of models and programs support the efficacy of the integration of psychotherapy treatment within the primary health care system (Alexander, Arnkoff, & Glass, 2010; Felker, et al., 2004; Roy-Byrne, et al., 2003). In fact, early mental health treatments that include psychotherapy reduce overall medical expenses, simplifies and provides better access to appropriate services and care to those in need, and improves treatment seeking;

WHEREAS: many people prefer psychotherapy to pharmacological treatments because of medication side-effects and individual differences and people tend to be more adherent if the treatment modality is preferred (Deacon & Abramowitz, 2005; Paris, 2008; Patterson, 2008; Solomon et al., 2008; Vocks et al., 2010). Research suggests that there are very high economic costs associated with high rates of antidepressant termination and non-adherence (Tournier, et al., 2009), and psychotherapy is likely to be a more cost effective intervention in the long term (Cuijpers, et al., 2010; Hollon, et al., 2005; Pyne, et al., 2005);

Effectiveness with Diverse Populations

WHEREAS: the best research evidence conclusively shows that individual, group and couple/family psychotherapy are effective for a broad range of disorders, symptoms and

problems with children, adolescents, adults, and older adults (American Group Psychotherapy Association, 2007; Burlingame, et al., 2003; Carr, 2009a, 2009b; Chambless, et al., 1998; Horrell, 2008; Huey & Polo, 2008, 2010; Knight, 2004; Kosters, et al., 2006; Lambert & Archer, 2006; Norcross, 2011; Pavuluri, Birmaher, & Naylor, 2005; Sexton, Alexander, & Mease, 2003; Sexton, Robbins, Hollimon, Mease, & Mayorga, 2003; Shadish & Baldwin, 2003; Stice, Shaw, & Marti, 2006; Wampold, 2001; Weisz & Jensen, 2001);

WHEREAS: the development and/or adaptation of evidence-based psychotherapy practices for each age group have further demonstrated effectiveness in reducing symptoms and improving functioning across the lifespan.

Specific challenges that emerge with age are addressed by developmental research that pinpoints the most efficacious content, vocabulary, and techniques used for different ages. As a result, substantial evidence supports psychotherapy as a front line intervention for community dwelling older adults, older adults with medical illnesses, who are low-income, ethnic minority and have co-occurring mild cognitive impairments. In addition, increasing evidence has documented that older adults respond well to a variety of forms of psychotherapy and can benefit from psychological interventions to a degree comparable with younger adults. Furthermore, many older adults prefer psychotherapy to antidepressants, and psychotherapy is an important treatment option for older adults who are often on multiple medications for management of chronic conditions and are more prone to the adverse effects of psychiatric medications than younger adults (Alexopoulos, et al., 2011; APA, 2004; Areán, et al., 2005a; Areán, et al., 2005b; Areán, Gum, Tang, & Unutzer, 2007; Areán, et al., 2010; Arnold, 2008; Gum, Areán, & Bostrom, 2007; Cuijpers, van Straten & Smit, 2006; Kazdin, et al., 2010; Kaslow, et al., 2012);

WHEREAS: researchers and practitioners continue to develop culturally-relevant, socially-proactive approaches and modalities that will allow psychologists to extend psychotherapeutic services to vulnerable and currently underserved populations such as adults, children, and families living in poverty

Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness – Approved August 2012

(Ali, Hawkins, & Chambers, 2010; Belle & Doucet, 2003; Goodman, Glenn, Bohlig, Banyard, & Borges, 2009; Smith, 2005, 2010; Smyth, Goodman, & Glenn 2006);

WHEREAS: both evidence-based psychotherapy practice for the general population and culturally adapted interventions are generally effective with racial/ethnic minorities, psychologists who work with marginalized populations, such as people living in poverty and/or other socially-excluded groups, can improve the effectiveness of their interventions through awareness of unintentional age, race, class, and/or gender bias. The acquisition of multicultural competence and the adaptation of psychotherapy, whether in content, language, or approach, can improve client engagement and retention in treatment and can enhance development of the therapeutic alliance (Griner & Smith, 2006; Horrell, 2008; Huey & Polo, 2008, 2010; Miranda, et al., 2005; Miranda, et al., 2006; Vasquez, 2007; Whaley & Davis 2007);

WHEREAS: the research continues to support that psychotherapy, both group and individuals models of clinical interventions, is effective treatment for individuals with disabilities. The studies also indicate that psychotherapy is effective for a variety of disability conditions including cognitive, intellectual, physical, visual, auditory, and psychological impairments. The research supports that psychotherapy is effective for individuals with disabilities over the life span. A sample of the research reflecting the effectiveness of therapy with individuals with disabilities include: Glickman (2009), Hibbard, Grober, Gordon, & Aletta (1990), Kurtz & Mueser (2008), Livneh & Sherwood (2001), Lysaker, Glynn, Wilkniss, & Silverstein (2010), Olkin (1999), Perlman, Cohen, Altieri, Brennan, Brown, Mainka, & Diroff, (2010), Rice, Zitzelsberger, Porch, & Ignagni (2005), Radnitz (2000), and Vail & Xenakis (2007);

WHEREAS: research indicates the beneficial effects of psychotherapy as a means of improving mood and reducing depression among individuals with acute and chronic health conditions (e.g., arthritis, cancer, HIV/AIDS) (Fisch, 2004; Himelhoch, et al., 2007; Lin, et al., 2003);

WHEREAS: although some cultural adaptations

already have demonstrated effectiveness as mentioned above, many underserved communities can continue to benefit from specific adaptations or demonstrated effectiveness of evidence-based psychotherapy practice. For example, current psychotherapy research suggests that racial/ethnic minorities, those with low socioeconomic status, and members of the LGBT community may face specific challenges not addressed by current evidence-based treatment. In conducting psychotherapy, practitioners are sensitive to these challenges and pursue appropriate adaptations (Butler, O'Donovan, & Shaw, 2010; Cabral & Smith, 2011; Gilman, et al., 2001; Smith, 2005; Sue & Lam, 2002);

THEREFORE: Be It Resolved that, as a healing practice and professional service, psychotherapy is effective and highly cost-effective. In controlled trials and in clinical practice, psychotherapy results in benefits that markedly exceed those experienced by individuals who need mental health services but do not receive psychotherapy. Consequently, psychotherapy should be included in the health care system as an established evidence-based practice.

Be It Further Resolved that APA increase its efforts to educate the public about the effectiveness of psychotherapy; support advocacy efforts to enhance formal recognition of psychotherapy in the health care system; help ensure that policies will increase access to psychotherapy in the health care system, with particular attention on addressing the needs of underserved populations and encourage integration of research and practice; and support advocacy for funding.

Be It Further Resolved that APA encourages continued and further research on the comparative effectiveness and efficacy of psychotherapy.

While statements about the effectiveness of psychotherapy must be accurate yet generalized in a policy document format, research studies have not equitably investigated all factors that either enhance or diminish psychotherapy effectiveness. Full explication of the differential status of any given variable and the state of research of any given factor in the practice of psychotherapy is beyond the scope of this document. The research citations that accompany each statement provide specificity of scope, limitations, and implications for psychotherapy practice and identify the therapeutic circumstances in which research has determined that psychotherapy is soundly effective. Examples of these important moderating variables include client/patient characteristics, clinician characteristics, context factors, diagnostic classification and severity, developmental status, and factors related to such human and cultural diversity as race, ethnicity, gender, sexual orientation and disability status (Bernal, Jimenez-Chafey, & Domenech Rodriguez, 2009; Curry, Rohde, Simons, Silva, Vitiello, Kratochvil, et al., 2006; Hinshaw, 2007; Kazdin, 2007; Kocsis, Leon, Markowitz, Manber, Arnow, Klein, & Thase, 2009; McBride, Atkison, Quilty, & Bagby, 2006; Miklowitz, Axelson, George, Taylor, Schneck, Sullivan, et al., 2009; Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey, & Wolff, 2008).

References

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274. DOI: 10.1159/000228247
- Alexopoulos G.S., Raue, P., Kiosses, D.N., Mackin, R.S., Kanellopoulos, D., McCulloch C., & Areán, P.S. (2011). Problem solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: Effect on disability. *Archives of General Psychiatry*, 63, 33–41. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.177
- Alexander, C.L., Arnkoff, D.B., & Glass, C.R. (2010). Bringing psychotherapy to primary care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 191–214. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2010.01211.x
- Ali, A., Hawkins, R.L., & Chambers, D.A. (2010). Recovery from depression for clients transitioning out of poverty. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 26–33. DOI: 10.1111/j.1939-0025.2010.01004.x
- American Group Psychotherapy Association (AGPA). (2007). Practice guidelines for group psychotherapy. New York: American Group Psychotherapy Association.
- American Psychological Association (APA). (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59, 236–260.
- Anderson, E.M., & Lambert, M.J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503–514. DOI: 10.1016/0272-7358(95)00027-M
- APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Areán, P.A., Ayalon, L., Hunkeler, E.M., Tang, L., Unutzer, J., Lin, E., Harpole, L., Williams, & J., Hendrie, H. (2005a). Improving depression care in older minority primary care patients. *Medical Care*, 43, 381–390. DOI: 10.1097/01.mlr.0000156852.09920.b1
- Areán, P.A., Gum, A., McCulloch, C.E., Bostrom, A., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2005b). Treatment of depression in low-income older adults. *Psychological Aging*, 20, 601–609. DOI: 10.1037/0882-7974.20.4.601
- Areán, P.A., Gum, A.M., Tang, L., & Unutzer, J. (2007). Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression. *Psychiatric Services*, 58, 1057–1064. DOI: 10.1176/appi.ps.58.8.1057
- Areán, P.A., Raue, P., Mackin, R.S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G.S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1391–1398. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.09091327
- Arnold, M. (2008). Polypharmacy and older adults: A role for psychology and psychologists. *Professional Psychology Research and Practice*, 9(3), 283–
- Baldwin, S.A., Berkeljon, A., Atkins, D.C., Olsen, J.A., & Nielsen, S.L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 203–211. DOI: 10.1037/a0015235
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878. DOI: 10.1037/0003-066X.59.9.869
- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65, 13–20. DOI: 10.1037/a0015643
- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.V. (2000). Cognitive behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529–2536. DOI: 10.1001/jama.283.19.2529
- Bedi, N., Chilvers, C., Churchill, R., Dewey, M., Duggan, C., Feilding, K., et al. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care: Partially randomized preference trial. *British Journal of Psychiatry*, 177, 312–318. DOI: 10.1192/bjp.177.4.312
- Belle, D., & Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 101–113. DOI: 10.1111/1471-6402.00090
- Bernal, G., Jimenez-Chafey, M.I., & Domenech Rodriguez, M.M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 361–368. DOI: 10.1037/a0016401
- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Beutler, L.E. (2009). Making sense matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 301–317. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x
- Beutler, L.E. & Malik, M.L. (2002a) (Eds.), *Rethinking the DSM (3–16)*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beutler, L.E. & Malik, M.L. (2002b). *Diagnosis and Treatment Guidelines: The Example of Depression*. In L.E. Beutler & M.L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM (251–278)*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beutler, L.E., Malik, M.L., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., & Nobel, S. (2003). *Therapist variables*. In M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., 227–306)*. New York: John Wiley & Sons.
- Burlingame, G.M., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2003). *The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective*. *Group Dynamics: Theory, research & practice*, 2, 101–117. DOI: 10.1037/1089-2699.7.1.3
- Butler, C., O'Donovan, A., & Shaw, E. (Eds.) (2010). *Sex, sexuality, and therapeutic practice: A manual for therapists and trainers*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis.
- Cabral, R.R., & Smith, T.B. (2011). *Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes*. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 537–554. DOI: 10.1037/a0025266
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46–74. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2008.00452.x
- Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3–45. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., & Daiuto, A. (1998). Update on empirically validated therapies. II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3–16. DOI: 10.1037//0022-006X.66.1.3
- Chiles, J.A., Lambert, M.J., & Hatch, A.L. (2002). Medical cost offset: A review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. In N. A. Cummings, W.T. O' Donohue, & K.E. Ferguson (Eds.), *The impact of medical cost offset on practice and research*. Reno, NV: Context Press.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., Phillips, L., Ward, A., Lynch, R., Trent, L., Smith, R. L., Okamura, K. and Starace, N. (2011). Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: An Updated Review of Indicators of Efficacy and Effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18: 154–172. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01247.x
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 76, 909–922. DOI: 10.1037/a0013075
- Cuijpers, P., van Straten, A., Hollon, S.D., & Andersson, G. (2010). The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 415–423. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.0151
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1139–1149. DOI: 10.1002/gps.1620
- Cummings, N.A., O'Donohue, W.T., & Ferguson, K.E. (Eds.) (2003). *Behavioral health in primary care: Beyond efficacy to effectiveness*. Cummings Foundation for Behavioral Health: Health utilization and cost series (Vol. 6). Reno, NV: Context Press.
- Curry, J., Rohde, P., Simons, A., Silva, S., Vitiello, B., Kratochvil, C., Reinecke, M., Feeny, N., Wells, K., Pathak, S., Weller, E., Rosenberg, D., Kennard, B., Robins, M., Ginsburg, C., & March, J. (2006). Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1427–1439. DOI: 10.1097/01.chi.0000240838.78984.e2
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 36, 139–145. doi:10.1016/S0005-7894(05)80062-0
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23. DOI: 10.10880/16073220902742476
- Dimidjian, S., & Hollon, S.D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65, 21–33. DOI: 10.1037/a0017299
- Dixon-Gordon, K.L., Turner, B.J., & Chapman, A.L. (2011). Psychotherapy for personality disorders. *International Review of Psychiatry*, 23, 292–302. DOI: 10.3109/09540261.2011.586992
- Duggan, C., & Kane, E. (2010). Developing a national institute of clinical excellence and health guideline for antisocial personality disorder. *Personality & Mental Health*, 4, 3–8. DOI: 10.1002/pmh.109
- Felker, B.L., Barnes, R.F., Greenberg, D.M., Chancy, E.F., Shores, M.M., Gillespie-Gateley, L., Buik, M.K., & Morton, C.E. (2004). Preliminary outcomes from an integrated mental health primary care team. *Psychiatric Services*, 55, 442–444. DOI: 10.1176/appi.ps.55.4.442
- Fisch, M. (2004). Treatment of depression in cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 105–111. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh011
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (rev. ed.)*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Vollm, B.A., Ferriter, M., et al. (2010). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16, np. DOI: 10.1002/14651858.CD007668.pub2
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A.J. (2006). Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2314–2321. DOI: 10.1001/archinte.166.21.2314
- Gilman, S.E., Cochran, S.D., Mays, V.M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R.C. (2001). Risk of psychiatric disorders in individuals reporting same-sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 933–939. DOI: doi: 10.2105/AJPH.91.6.933
- Glickman, N.S. (2009). Adapting best practices in CBT for deaf and hearing persons with language and learning challenges. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 354–384. DOI: 10.1037/a0017969
- Goodman, L.A., Glenn, C., Bohlig, A., Banyard, V., & Borges, A. (2009). Feminist relational advocacy: Processes and outcomes from the perspective of low income women with depression. *The Counseling Psychologist*, 37, 848–876. DOI: 10.1177/0011000008326325
- Grant, P.M., Huh, G.A., Perivoliotis, D., Solar, N., & Beck, A.T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 121–127. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.129
- Griner, D. & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 43, 531–548. DOI: 10.1037/0033-3204.43.4.531
- Gum, A.M., Areán, P.A., & Bostrom, A. (2007). A Low-income depressed older adults with psychiatric Comorbidity. Secondary analyses of response to psychotherapy and case management. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 124–130. DOI: 10.1002/gps.1702
- Gum, A.M., Areán, P.A., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P., et al. (2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. *Gerontologist*, 46, 14–22. DOI: 10.1093/geront/46.1.14
- Haldeman, D.C. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 221–227. DOI: 10.1037//0022-006X.62.2.221
- Henggeler, S.W., & Schaeffer, C.M. (2010). Treating serious emotional and behavioural problems using multisystemic therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 149–164. DOI: 10.1375/anft.31.2.149
- Hibbard, M., Grober, S., Gordon, V., & Aletta, E. (1990). Modification of cognitive psychotherapy for the treatment of post-stroke depression. *The Behavior Therapist*, 13 (1), 15–17.
- Himelhoch, S., Medoff, D.R., & Oyeniji, G. (2007). Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 732–739. DOI: 10.1089/apc.2007.0012
- Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190044
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., & Hinshaw, S.P. (2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions work. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 91–100. DOI: 10.1016/j.ambp.2006.04.012
- Horrell, S.C.V. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with adult ethnic minority clients: A review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 160–168. DOI: 10.1037/0735-7028.39.2.160
- Huey, S.J. Jr., & Polo, A.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 262–301. DOI: 10.1080/15374410701820174
- Huey, S.J. Jr., & Polo, A.J. (2010). Assessing the effects of evidence-based psychotherapies with ethnic minority youths. In J. B. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed., 451–465)*. New York: Guilford.
- Imel, Z.E., McKay, K.M., Malterer, M.B., & Wampold, B.E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 197–206. DOI: 10.1016/j.jad.2008.03.018
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50–65. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, C.O., & Collins, M.H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 82–100. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2011.00257.x

- Kazdin, A.E., Hoagwood, K., Weisz, J.R., Hood, K., Kratochwill, T.R., Vargas, L.A., & Banez, G.A. (2010). A meta-systems approach to evidence-based practice for children and adults. *American Psychologist*, 65, 85–97. DOI: 10.1037/a0017784
- Knight, B.G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kocsis, J.H., Leon, A.C., Markowitz, J.C., Manber, R., Arnow, B., Klein, D.N., & Thase, M.E. (2009). Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 354–361. DOI: 10.4088/JCP.08m04371
- Kosters, M., Burlingame, G.M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10, 146–163. DOI: 10.1037/1089-2699.10.2.146
- Kurtz, M.M., & Mueser, K.T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491–504. DOI: 10.1037/0022-006X.76.6.491
- Lambert, M.J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (Ed.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley: New York.
- Lambert, M.J., & Archer, A. (2006). Research findings on the effects of psychotherapy and their implications for practice. In C.D. Goodheart, A.E. Kazdin & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (111–130). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lambert, J.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., 139–193). New York: Wiley.
- Lazar, S.G., & Gabbard, G.O. (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 307–314. DOI: 9292445
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 200, 1551–1565. DOI: 10.1001/jama.300.13.1551
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208–1216. DOI: 10.1001/jama.290.18.2428
- Lin, E.H., Katon, W., Von Korff, M., Tang, L., Williams, J.W., Kroenke, K., et al. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2428–2429. DOI: 10.1001/jama.290.18.2428
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766. DOI: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Livesley, W.J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 131–148. DOI: 10.1080/09638230601182086
- Livneh, H., & Sherwood, A. (2001). Application of personality theories and counseling strategies to clients with physical disabilities. *Journal of Counseling & Development*, 69, 528–538. DOI: 10.1002/j.1556-6676.1991.tb02636.x
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W., Bandura, A., Ritter, P., et al. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37, 5–14. DOI: 10.1097/00005650-199901000-00003
- Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B., & Gallop R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417–422. DOI: 10.1097/000067CD847C23
- Lysaker, H., Glynn, S.M., Wilkness, S.M., & Silverstein, S.M. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services*, 7, 75–91. DOI: 10.1037/a0019115
- Malik, M.L. & Beutler, L.E. (2002). The emergence of dissatisfaction with the DSM. In L.E. Beutler & M.L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM* (3–16). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L.C., & Bagby, R.M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1041–1054. DOI: 10.1037/0022-006X.74.6.1041
- McMain, S., & Pos, A.E. (2007). Advances in psychotherapy of personality disorders: A research update. *Current Psychiatry Reports*, 9, 46–52. DOI: 10.1007/s11920-007-0009-7
- Miklowitz, D.J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1408–1419. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08040488
- Miklowitz, D.J., Axelson, D.A., George, E.L., Taylor, D.O., Schneck, C.D., Sullivan, A.E., Dickinson, M., & Birmaher, B. (2009). Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 643–651. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181a0ab9d
- Minami, T., Davies, D., Tierney, S.C., Bettmann, J., McAward, S.M., Averill, L.A., et al. (2009). Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 309–320. DOI: 10.1037/a0015398
- Minami, T., & Wampold, B.E. (2008). Adult psychotherapy in the real world. In W.B. Walsh (Ed.), *Biennial Review of Counseling Psychology* (Vol. 1, 27–45). New York: Taylor and Francis.
- Minami, T., Wampold, B.E., Serlin, R.C., Hamilton, E., Brown, G.S., & Kircher, J. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 116–124. DOI: 10.1037/0022-006X.76.1.116
- Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., Kohn, L., Hwang, W.C., & LaFromboise, T. (2005). State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 113–142. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143822
- Miranda, J., Green, B.L., Krupnick, J.L., Chung, J., Siddique, J., Beslin, T., & Revicki, D. (2006). One-year outcome of a randomized clinical trial treating depression in low-income minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 99–111. DOI: 10.1037/0022-006X.74.1.99
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785–795. DOI: 10.1037/0033-2909.131.5.785
- Mitte, K., Noack, P., Steil, R., & Hautzinger, M. (2005). A Meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 141–150. DOI: 10.1097/01.jcp.0000155821.74832.19
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., et al. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research & Therapy*, 47, 961–973. DOI: 10.1016/j.brat.2009.07.013
- Norcross, J.C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J.K. Zeig & W.M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (218–220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Norcross, J.C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- Olin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York: Guilford.
- Ollendick, T.H., Jarrett, M.A., Grills-Tauchel, A.E., Hovey, L.D., & Wolff, J.C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 1447–1471. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.09.003
- Pallak, M.S., Cummings, N.A., Dörken, H., & Henke, C.J. (1995). Effect of mental health treatment on medical costs. *Mind/Body Medicine*, 1, 7–12.
- Paris, J. (2008). Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 517–526. DOI: 10.1016/j.psc.2008.03.013
- Patterson, T. L. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100, 108–199. DOI: 10.1016/j.schres.2007.12.468
- Pavuluri, M.N., Birmaher, B., & Naylor, M.W. (2005). Pediatric bipolar disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 846–871. DOI: 10.1097/01.chi.0000170554.23422.c1
- Perleman, L.M., Cohen, J.L., Altieri, M.J., Brennan, J.A., Brown, S.R., Mainka, J.B., & Diroff, C.R. (2010). A multidimensional wellness group therapy program for veterans with comorbid psychiatric and medical conditions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 120–127. DOI: 10.1037/a0018800
- Pyne, J.M., Rost, K.M., Farahati, F., Tripathi, S., Smith, J., Williams, D.K., Fortney, J., & Coyne, J.C. (2005). One size fits some: The impact of patient treatment attitudes on the cost-effectiveness of a depression primary-care intervention. *Psychological Medicine*, 35, 839–854. DOI: 4376A5EC9718E4D852BA
- Radnitz, C. L. (Ed.) (2000). *Cognitive-behavioral interventions for persons with disabilities*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Rice, C., Zitzelsberger, H., Porch, W., & Ignagni, E. (2005). Creating community across disability and difference. *Canadian Woman Studies/Cahiers de la Femme*, 24, 187–193.
- Roberts, M.C. (Ed.). (2003). *Handbook of pediatric psychology*. (3rd ed). New York: Guilford.
- Robinson, L.A., Berman, J.S., & Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 20–49. DOI: 10.1037//0033-2909.108.1.30
- Rosenthal, R. (1990). How are we doing in soft psychology? *American Psychologist*, 45, 775–777. DOI: 10.1037//0003-066X.45.6.775
- Roy-Byrne, P.P., Sherbourne, C.D., Craske, M.G., Stein, M.B., Katon, W., Sullivan, G., Means-Christensen, A., & Bystritsky, A. (2003). Moving treatment research from clinical trials to the real world. *Psychiatric Services*, 54, 327–332. DOI: 10.1176/appi.ps.54.3.327
- Sexton, T.L., Alexander, J.F., & Mease, A.L. (2003). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M.J. Lambert, (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., 590–646). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Sexton, T.L., Robbins, M.S., Hollimon, A.S., Mease, A.L., & Mayorga, C.C. (2003). Efficacy, effectiveness, and change mechanisms in couple and family therapy. In T.L. Sexton, G.R. Weeks, & M.S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy* (229–261). New York: Brunner-Routledge.
- Shadish, W.R. & Baldwin, S.A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547–570. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01694.x
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109. DOI: 10.1037/a0018378
- Shirk, S.R., & Karver, A. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464. DOI: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Smith, L. (2005). Psychotherapy, classicism, and the poor: Conspicuous by their absence. *American Psychologist*, 60, 687–696. DOI: 10.1037/0003-066X.60.7.687
- Smith, L. (2010). *Psychology, poverty, and the end of social exclusion: Putting our practice to work*. New York, N.Y., US: Teachers College Press.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.
- Smyth, K.F., Goodman, L., & Glenn, C. (2006). The full-frame approach: A new response to marginalized women left behind by specialized services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 489–502. DOI: 10.1037/0002-9432.76.4.489
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Kelley, J., & Miller, I. W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10, 798–805. DOI: 10.1016/j.jad.2006.05.036
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C.N. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132, 667–691. DOI: 10.1037/0033-2909.132.5.667
- Stiles, W.B., Barkham, M., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 298–305. DOI: 10.1037/0022-006X.76.2.298
- Sue, S., & Lam, A.C. (2002). Cultural and demographic diversity. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (401–421). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). Behavioural outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and trip P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475–495. DOI: 10.1007/s10802-007-9104-9
- Tournier, M., Moride, Y., Crott, R., duFort, G.C., Ducruet, T., Tournier, M., et al. (2009). Economic impact of non-persistence to antidepressant therapy in the Quebec community-dwelling elderly population. *Journal of Affective Disorders*, 115, 160–166. DOI: 10.1016/j.jad.2008.07.004
- Vail, S., & Xenakis, N. (2007). Empowering women with chronic, physical disabilities: A pedagogical/experiential group model. *Social Work in Health Care*, 46, 67–86. DOI: 10.1300/J010v46n01_05
- Vasquez, M.J.T. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62, 878–886. DOI: 10.1037/0003-066X.62.8.878
- Verheul, R., & Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, 19, 25–38. DOI: 10.1080/09540260601095399

Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A., & Hertpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 205-217. doi:10.1002/eat.20696

Wales, J.A., Palmer, R.L., & Fairburn, C.G. (2009). Can treatment trial samples be representative? *Behaviour Research & Therapy*, 47, 893-896. DOI: 10.1016/j.brat.2009.06.019

Walker, C.E. & Roberts, M.D. (Eds.) (2001). *Handbook of clinical child psychology*. (3rd ed). New York: Wiley.

Walkup, J.T., Albano, L.M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S., & Kendall, P.C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766. DOI: 10.1056/NEJMoa0804633

Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873. DOI: 10.1037/0003-066X.62.8.857

Wampold, B.E. (2010). *The basic of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Wampold, B.E., & Brown, G.S. (2005). Estimating therapist variability: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923. DOI: 10.1037/0022-006X.73.5.914

Weisz, J.R., & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10 (Supplement 1), S12-S18. DOI: 10.1007/s007870170003

Weisz, J.R., Sandler, I.N., Durlak, J.A., & Anton, B.S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628-648. DOI: 10.1037/0003-066X.60.6.628

Whaley, A.L., & Davis, K.E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist*, 62, 563-574. DOI: 10.1037/0003-066X.62.6.563

Wilson, C.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.199

Mentre le dichiarazioni sull'efficacia della psicoterapia debbono essere precisate e generalizzate in un format di documento politico, le ricerche non hanno egualmente indagato tutti i fattori che ne aumentano o diminuiscono l'efficacia. La spiegazione completa dello stato differenziale di ogni variabile e lo stato della ricerca di un determinato fattore nella pratica della psicoterapia va oltre lo scopo di questo documento. Le citazioni di ricerca che accompagnano ogni dichiarazione forniscono la specificità del campo di applicazione, le limitazioni e le implicazioni per la pratica della psicoterapia e individuano le circostanze terapeutiche nelle quali la ricerca ha stabilito che la psicoterapia è profondamente efficace. Esempi di queste importanti variabili includono le caratteristiche del cliente / paziente, le caratteristiche del clinico, i fattori di contesto, la classificazione diagnostica e la gravità, lo stato di sviluppo e fattori legati alla diversità umana e culturale, come la razza, l'etnia, il genere, l'orientamento sessuale e lo stato di disabilità (Bernal, Jimenez-Chafey, & Domenech Rodriguez, 2009; Curry, Rohde, Simons, Silva, Vitiello, Kratochvil, et al., 2006; Hinshaw, 2007; Kazdin, 2007; Kocsis, Leon, Markowitz, Manber, Arnow, Klein, & Thase, 2009; McBride, Atkison, Quilty, & Bagby, 2006; Miklowitz, Axelson, George, Taylor, Schneck, Sullivan, et al., 2009; Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey, & Wolff, 2008).

La traduzione che segue è a cura di Rosaria Filoni. Il documento è pubblicato in italiano anche sulla rivista Psicoterapia e scienze umane numero 3 del 2013 pp. 407-422

Risoluzione sul riconoscimento dell'efficacia della Psicoterapia – Approvata nell'agosto 2012

Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia

Introduzione

Il Consiglio ha deliberato di adottare come politica dell'APA la seguente risoluzione sul riconoscimento dell'efficacia della Psicoterapia:

Poiché: la psicoterapia si basa e si rafforza grazie all'alleanza terapeutica tra terapeuta e cliente / paziente, che comporta un legame tra lo psicologo e il cliente / paziente così come l'accordo sugli obiettivi e i compiti del trattamento (Cuijpers, et al, 2008., Lambert, 2004; Karver, et al, 2006;. Norcross, 2011; Shirk & Karver, 2003; Wampold, 2007);

Poiché: la psicoterapia (individuale, di gruppo e di coppia/famiglia) è una pratica variamente organizzata per fornire sollievo dai sintomi e un cambiamento di personalità, per ridurre futuri episodi sintomatici, migliorare la qualità della vita, promuovere il funzionamento adattivo nel lavoro / scuola e nelle relazioni, aumentare la probabilità di fare scelte di vita sane, ed offrire altri benefici stabiliti dalla collaborazione tra il cliente/paziente e lo psicologo (American Group Psychotherapy Association, 2007; Task Force dell'APA sulla Evidence Based Practice, 2006; Burlingame, et al, 2003;. Carr, 2009a, 2009b , Kusters, et al, 2006;. Shedler 2010, Wampold, 2007, 2010);

Definizioni

Poiché: la pratica evidence-based in psicologia è "l'integrazione della migliore ricerca disponibile con l'esperienza clinica nel contesto delle caratteristiche del paziente, la cultura e le preferenze" (Task Force dell'APA sulla Evidence Based Practice, 2006, p 273);

Poiché: una definizione operativa di Psicoterapia è la seguente: "La psicoterapia è l'applicazione consapevole e intenzionale di metodi clinici e posizioni interpersonali derivate da principi psicologici istituiti allo scopo di aiutare le persone a modificare i propri comportamenti, cognizioni, emozioni, e/o altre caratteristiche

personali in direzioni che i partecipanti ritengono auspicabili” (Norcross, 1990, p 218-220.);

Poiché: una definizione operativa per psicoterapia è la seguente: “Le psicoterapie, se utilizzate nel contesto dell’assistenza sanitaria, si riferiscono a qualsiasi processo in cui un operatore sanitario qualificato offra assistenza basata sulla sua esperienza professionale a una persona che ha un problema definito come legato a “salute” o “malattia”. Nel caso di salute “mentale” o “comportamentale”, le condizioni per le quali si può cercare una “terapia” comprendono problemi nella vita, condizioni sintomatiche che vengano identificate o correlate a condizioni di malattia o disagio e problemi di adattamento interpersonale. La terapia consiste in qualsiasi atto o servizio, forniti da un professionista, destinato a correggere, modificare o migliorare queste condizioni o problemi (Beutler, 1983; Frank, 1973);

La ricerca sull'efficacia

Poiché: gli effetti della psicoterapia sono definiti nella ricerca come segue: Gli effetti generali o medi della psicoterapia sono ampiamente accettati come significativi e ampi (Chorpita et al, 2011; Smith, Glass, e Miller, 1980; Wampold, 2001). Questi ampi effetti della psicoterapia sono costanti per quasi tutte le diagnosi, con variazioni influenzate dalla gravità o da specifiche diagnosi, come le caratteristiche del paziente, la cronicità, la complessità, il sostegno sociale, e l'intensità - e da fattori clinici e di contesto o da particolari diagnosi o tipi di terapia (Beutler, 2009; Beutler & Malik, 2002a, 2002b; Malik & Beutler, 2002; Wampold, 2001);

Poiché: i risultati della psicoterapia tendono a durare più a lungo e ad essere meno soggetti a necessità di cicli di trattamento aggiuntivi rispetto ai trattamenti psicofarmacologici. Ad esempio, nel trattamento della depressione e dei disturbi d'ansia, la psicoterapia aiuta i clienti / pazienti ad acquisire una serie di competenze che vengono utilizzate dopo la cessazione del trattamento e in generale possono continuare a migliorare dopo la cessazione di esso (Hollon, Stewart, e Strunk, 2006; Shedler, 2010);

Poiché: per la maggioranza dei disturbi psicologici, rigorose ricerche cliniche hanno dimostrato che una varietà di psicoterapie è efficace con i bambini, gli adulti e gli anziani. In generale questi studi mostrano che gli esperti del settore considerano di gran beneficio la psicoterapia in confronto a nessun trattamento, confermando l'efficacia della psicoterapia in diverse condizioni e setting (Beutler, 2009; Beutler, et al, 2003; Lambert & Ogles 2004 ; McMains & Pos, 2007; Shedler, 2010; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007; Verheul & Herbrink, 2007; Wampold, 2001). Mentre si registrano grandi differenze nei risultati tra quanti vengono trattati con la psicoterapia rispetto alle persone non trattate, le diverse forme di psicoterapia in genere producono risultati relativamente simili. La ricerca individua anche le possibilità di migliorare le diverse forme di psicoterapia quando si cerca di adattare gli interventi alle esigenze del singolo paziente (Castonguay & Beutler, 2006; Miklowitz, 2008; Norcross, 2011);

Poiché: il confronto tra diverse forme di psicoterapia spesso sfocia in differenze relativamente non significative e fattori relazionali e di contesto spesso mediano o moderano gli esiti. Questi risultati suggeriscono che le psicoterapie più valide e strutturate sono approssimativamente equivalenti in efficacia e le caratteristiche del paziente e del terapeuta, che di solito non sono colte dalla diagnosi del paziente o dall'utilizzo da parte del terapeuta di una psicoterapia specifica, influenzano i risultati (Castonguay & Beutler, 2006; Livesley, 2007; Norcross, 2011);

Poiché: Negli studi di misurazione dell'efficacia della psicoterapia, i clienti spesso riportano che i benefici del trattamento non solo sono duraturi ma continuano a crescere dopo il completamento della terapia come si vede in molti studi sul follow-up (Abbass, et al, 2006; Anderson & Lambert, 1995; De Maat, et al, 2009; Grant, et al, 2012; Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring, et al, 2004;. Shedler, 2010);

Poiché: la ricerca che utilizza strategie di benchmarking ha stabilito che la psicoterapia offerta in modalità di routine è in genere efficace quanto la psicoterapia offerta in studi clinici (Minami, et al, 2008; Minami, et al, 2009;

Minami & Wampold, 2008; Nadort, et. al, 2009; Galles, Palmer, & Fairburn, 2009);

Poiché: la ricerca dimostra che la psicoterapia è un trattamento efficace, con la maggior parte dei clienti/pazienti che soffrono di depressione o disturbi di ansia in grado di guadagnare o tornare ad un livello di funzionamento dopo un relativamente breve ciclo di trattamento, che è tipico degli individui ben funzionanti nella popolazione generale (Baldwin et al, 2009; Minami, et al, 2009; Stiles, et al, 2008; Wampold & Brown, 2005);

Poiché: la ricerca continuerà a identificare i fattori che fanno la differenza nella psicoterapia, e che i risultati di questa ricerca possono quindi essere riferiti ai clinici che possono prendere le decisioni migliori (Gibbon, et al, 2010; Kazdin, 2008);

Poiché: i ricercatori continueranno a esaminare i modi in cui si verificano sia gli effetti negativi che positivi nella psicoterapia, sia a causa delle tecniche, delle variabili legate al cliente / paziente o al terapeuta, o a una combinazione di queste al fine di continuare a migliorare la qualità degli interventi nel campo della salute mentale (Barlow, 2010; Dimidjian & Hollon, 2010; Duggan & Kane, 2010; Haldeman, 1994; Wilson, Grilo, e Vitousek, 2007);

Efficacia in relazione alle politiche sanitarie

Poiché: gli effetti prodotti dalla psicoterapia, compresi gli effetti per i diversi gruppi di età (ad esempio bambini, adulti e anziani) e per molti disturbi mentali, superano o sono paragonabili agli effetti prodotti da molti trattamenti e procedure farmacologiche per le stesse condizioni, e alcuni dei trattamenti e procedure mediche hanno molti effetti collaterali negativi e sono relativamente costosi rispetto al costo della psicoterapia (Barlow, 2004; Barlow, Gorman, Shear, e Woods, 2000; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006; Imel, McKay, Malterer, e Wampold, 2008; Mitte, 2005; Mitte, Noack, Steil, e Hautzinger, 2005; Robinson, Berman, e Neimeyer, 1990; Rosenthal, 1990; walk-up, et al, 2008. , Wampold, 2007, 2010);

Poiché: una quantità consistente di lavori scientifici (Esempio, Henggeler & Schaeffer,

2010; Roberts, 2003; Walker & Roberts, 2001; Weisz et al, 2005) ha documentato l'efficacia della psicoterapia per una serie di problemi che colpiscono i bambini e gli adolescenti;

Poiché: molti studi hanno dimostrato che i percorsi di psicoterapia riducono il complessivo ricorso a prestazioni mediche e la spesa (Chiles, Lambert, e Hatch, 2002; Linehan, et al, 2006; Pallak, Cummings, Dorken, e Henke., 1995). Inoltre, i pazienti con diagnosi di disagio nel campo della salute mentale e che hanno ricevuto una terapia hanno visto la spesa sanitaria complessivamente ridotta del 17 per cento a fronte di un aumento del 12,3 per cento per chi non ha ricevuto un trattamento per questo problema (Chiles, Lambert, e Hatch, 2002);

Poiché: è sempre più evidente che la psicoterapia produce risparmio, riduce la disabilità, morbilità e mortalità, migliora il funzionamento del lavoro, diminuisce l'uso del ricovero psichiatrico e a volte porta anche alla riduzione dell'uso non necessario di servizi medici e chirurgici anche per le persone con gravi malattie mentali (Dixon-Gordon, Turner, e Chapman, 2011; Lazar & Gabbard, 1997). Modelli di successo dell'integrazione della salute comportamentale nelle cure primarie hanno dimostrato una riduzione del 20-30 per cento delle spese mediche rispetto al costo della cura comportamentale / psicologica (Cummings, et al., 2003). Inoltre, il trattamento psicologico di individui con malattie croniche in piccole sedute di gruppo porta a riduzioni di spesa sanitaria di 10\$ per ogni 1\$ speso (Lorig, et al, 1999.);

Poiché: vi è una forte evidenza scientifica a sostegno del legame tra salute mentale e fisica, e un numero crescente di modelli e programmi sostiene l'efficacia dell'integrazione della psicoterapia all'interno del sistema di assistenza sanitaria di base (Alexander, Arnkoff, & Glass, 2010; Felker, et al, 2004;. Roy-Byrne, et al, 2003). Infatti, i trattamenti precoci di salute mentale che includono la psicoterapia riducono le spese mediche generali, semplificano e forniscono un migliore accesso ai servizi e alle cure appropriate per chi ne ha bisogno e migliorano la ricerca di cura;

Poiché: molte persone preferiscono la psicoterapia ai trattamenti farmacologici a causa delle differenze individuali e degli effetti collaterali dei farmaci e le persone tendono a seguire meglio le cure se la modalità di trattamento è quella preferita (Deacon & Abramowitz, 2005; Parigi, 2008; Patterson, 2008; Solomon et al., 2008; Vocks et al, 2010). La ricerca suggerisce che ci sono costi economici molto elevati associati ad alti tassi di interruzione degli antidepressivi e alla non continuità (Tournier, et al., 2009), e che la psicoterapia probabilmente è migliore anche dal punto di vista della spesa nel lungo periodo (Cuijpers, et al., 2010; Hollon, et al, 2005;. Pyne, et al, 2005).;

Efficacia con popolazioni diverse

Poiché: le migliori evidenze della ricerca, dimostrano che la psicoterapia individuale, di gruppo e di coppia/famiglia è efficace per una vasta gamma di disturbi, sintomi e problemi con bambini, adolescenti, adulti e anziani (American Group Psychotherapy Association, 2007; Burlingame, et al, 2003; Carr, 2009a, 2009b; Chambless, et al, 1998;. Horrell, 2008; Huey & Polo, 2008, 2010; Knight, 2004; Kosters, et al, 2006;. Lambert & Archer, 2006; Norcross , 2011; Pavuluri, Birmaher, e Naylor, 2005; Sexton, Alexander, e Mease, 2003; Sexton, Robbins, Hollimon, Mease, e Mayorga, 2003; Shadish & Baldwin, 2003; Stice, Shaw, e Marti, 2006; Wampold, 2001; Weisz & Jensen, 2001); Poiché: lo sviluppo e/o l'adattamento delle pratiche di psicoterapia evidence-based per ogni gruppo di età hanno ulteriormente dimostrato l'efficacia nel ridurre i sintomi e migliorare il funzionamento nel corso della vita. Le sfide specifiche che emergono con l'età sono oggetto di ricerca sullo sviluppo che individua i contenuti più efficaci, il vocabolario e le tecniche utilizzate per le diverse età. Di conseguenza, una sostanziale evidenza supporta la psicoterapia come intervento di prima linea per la comunità degli anziani, degli anziani con malattie, di quelli a basso reddito, delle minoranze etniche e concomitanti disturbi cognitivi lievi. Inoltre, è reso sempre più evidente che gli anziani rispondono bene a una varietà di forme di psicoterapia e possono beneficiare di interventi psicologici in misura paragonabile agli adulti più giovani. Inoltre,

molte persone preferiscono la psicoterapia agli antidepressivi e la psicoterapia è un'importante opzione di trattamento per gli anziani che già utilizzano altri farmaci per la gestione di malattie croniche e sono più esposti agli effetti avversi dei farmaci psichiatrici rispetto alle persone più giovani (Alexopoulos, et al ., 2011; APA, 2004; Arean, et al, 2005a;. Arean, et al, 2005b;. Arean, Gum, Tang, e Unutzer, 2007; Arean, et al, 2010;. Arnold, 2008; Gum, Arean e Bostrom, 2007; Cuijpers, van Straten & Smit, 2006; Kazdin, et al, 2010;. Kaslow, et al, 2012).;

Poiché: ricercatori e professionisti continuano a sviluppare approcci e modalità culturalmente rilevanti, socialmente proattivi, che permetteranno agli psicologi di estendere i servizi psicoterapeutici alle popolazioni vulnerabili e attualmente scarsamente servite, come gli adulti, i bambini e le famiglie che vivono in condizioni di povertà (Ali, Hawkins, e Chambers , 2010; Belle & Doucet, 2003; Goodman, Glenn, Bohlig, Banyard, e Borges, 2009; Smith, 2005, 2010; Smyth, Goodman, Glenn e 2006);

Poiché: sia la pratica psicoterapeutica evidence-based che gli interventi culturalmente adattati sono generalmente efficaci per la popolazione generale e le minoranze razziali/etniche, gli psicologi che lavorano con le popolazioni emarginate, come le persone che vivono in povertà e/o di altri gruppi socialmente esclusi, sono in grado di migliorare l'efficacia dei propri interventi attraverso la consapevolezza di involontari pregiudizi riguardo l'età, la razza, la classe, e/o il genere. L'acquisizione di competenze multiculturali e l'adattamento della psicoterapia, sia nel contenuto, la lingua, o l'approccio, è in grado di migliorare il coinvolgimento del cliente e la durata del trattamento e può favorire lo sviluppo dell'alleanza terapeutica (Griner & Smith, 2006; Horrell, 2008; Huey & Polo, 2008, 2010, Miranda, et al, 2005;. Miranda, et al, 2006; Vasquez, 2007; Whaley & Davis, 2007);

Poiché: la ricerca continua a sostenere che la psicoterapia, sia individuale che di gruppo e i modelli di intervento clinico, costituiscono un trattamento efficace per le persone con disabilità. Gli studi indicano anche che la

psicoterapia è efficace per una varietà di condizioni di disabilità tra cui cognitivo, intellettuale, fisico, visivo, uditivo, e menomazioni psicologiche. La ricerca sostiene che la psicoterapia è efficace per le persone con disabilità, per tutta la durata della vita. Un campione della ricerca che riflette l'efficacia della terapia con le persone con disabilità comprende: Glickman (2009), Hibbard, Grober, Gordon, e Aletta (1990), Kurtz & Mueser (2008), Livneh & Sherwood (2001), Lysaker, Glynn, Wilkniss, e Silverstein (2010), Olkin (1999), Perlman, Cohen, Altieri, Brennan, Broen, Mainka, e Diroff, (2010), Rice, Zitzelsberger, Porch, & Ignagni (2005), Radnitz (2000), e Vail & Xenakis (2007);

Poiché: la ricerca indica gli effetti benefici di psicoterapia come un mezzo per migliorare l'umore e ridurre la depressione tra le persone con problemi di salute acuti e cronici (ad esempio, l'artrite, il cancro, l'HIV/AIDS) (Fisch, 2004; Himelhoch, et al, 2007; Lin, et al, 2003).;

Poiché: anche se alcuni adattamenti culturali già hanno dimostrato efficacia come già detto, molte comunità svantaggiate possono continuare a beneficiare di specifici adattamenti e dell'efficacia dimostrata dalla pratica della psicoterapia evidence-based. Ad esempio, l'attuale ricerca in psicoterapia suggerisce che le minoranze razziali / etniche, quelli con basso status socio-economico e membri della comunità LGBT potrebbero affrontare temi specifici non affrontati attualmente dalla prassi terapeutica evidence-based. Nel condurre la psicoterapia, i professionisti sono sensibili a queste sfide e a perseguire gli opportuni adattamenti (Butler, O'Donovan, e Shaw, 2010; Cabral & Smith, 2011; Gilman, et al, 2001;. Smith, 2005; Sue & Lam, 2002) ;

Quindi:

si delibera che, come pratica di cura e servizio professionale, la psicoterapia è efficace e altamente conveniente dal punto di vista della spesa. Negli studi controllati e nella pratica clinica, la psicoterapia produce benefici molto maggiori rispetto a quelli sperimentati dalle persone che hanno bisogno di servizi di salute mentale, ma che non la ricevono. Di

conseguenza, la psicoterapia dovrebbe essere inclusa nel sistema sanitario come pratica evidence-based.

Si stabilisce inoltre che l'APA aumenti i suoi sforzi per educare il pubblico sull'efficacia della psicoterapia; sostenga gli sforzi di sensibilizzazione per migliorare il riconoscimento formale della psicoterapia nel sistema sanitario; aiuti a far sì che le politiche aumentino l'accesso alla psicoterapia nel sistema sanitario con particolare attenzione alle esigenze delle popolazioni meno abbienti ed incoraggi l'integrazione della ricerca e della pratica, e sostenga il finanziamento.

Si stabilisce inoltre che l'APA promuova la ricerca continua e ulteriore sull'efficacia generale e comparativa della psicoterapia.

(la bibliografia è riportata nella versione originale).

Periodico registrato dalla FIAP Federazione Italiana Associazioni di Psicoterapia

Psicoterapia Psicoterapie

LA LETTERA DELLA PSICOTERAPIA ITALIANA

Fanno parte della FIAP:

ACP, AIGA, AIIP, AIPPC, AIPPIFE, ASSOCIAZIONE MUSILVA, COIRAG, FEIG, FISIG, IIFAB, IPI, IREP, SIAB, SIAR, SIAT, SIB, SIPG, SIPPR, SIPR, SIPRES, SIPT, SIRPIDI, SIPS, SITF