

Lettre ouverte d'un praticien à un chercheur qui s'adresse à des gestionnaires

En tant que praticiens de la psychothérapie, nous sommes fortement et justement incités à faire preuve de rigueur.

L'élan d'écrire cette lettre m'est venu en visionnant un vidéo de formation intitulé : *Cible Qualité III- webinaire 4 : Les interventions psychologiques de haute intensité* (la lecture de ce texte qui commente ce webinaire serait enrichie si vous le regardiez *avant*, afin de vous forger une opinion indépendante des commentaires qui suivent). Vous pouvez le trouver à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=ul4UUF3OXfo>) Il contient une présentation de Martin Provencher, professeur et chercheur à l'université Laval.

J'ai écouté cette présentation avec un très grand intérêt car elle me paraît exposer de manière synthétique, claire, articulée, précise, et intelligente les faits et le rationnel autour desquels s'organise une certaine légitimité des données probantes. Cette présentation est destinée à des gestionnaires du réseau de la santé et leur offre une synthèse de l'évaluation des connaissances sur l'efficacité des différentes approches en psychothérapie. Elle promeut l'implantation générale d'une offre de services en santé mentale qui s'appuie sur ces données probantes. Il s'agit donc d'un chercheur qui s'adresse à des gestionnaires et à des intervenants pour les renseigner sur la pratique au moyen de la rigueur scientifique. La rigueur étant si souvent associée au terme scientifique qu'elle en est presque devenue synonyme.

En tant que praticien, cela me concerne et m'interpelle. Je pratique en effet la psychothérapie depuis bientôt une trentaine d'années. Je pratique également, depuis les 20 dernières années, la supervision, et plus particulièrement la supervision d'équipe dans plusieurs dizaines d'organisations œuvrant en relation d'aide. Mes clients vont de l'équipe de bénévoles qui offre du dépannage alimentaire à la paroisse jusqu'à la clinique externe de troisième ligne en psychiatrie qui offre un programme de psychothérapie pour des personnes ayant des troubles relationnels sévères, en passant par des centres de crise, des ressources pour femmes victimes de violences, des centres d'aide à l'emploi, des centres d'hébergement pour itinérants, des cliniques de psychothérapie, des services correctionnels, des ressources pour victimes d'actes criminels, des services généraux et des équipes spécialisées en CLSC. Je vis donc la même réalité que celle décrite par Monsieur Provencher, mais du côté de la pratique plutôt que de la recherche.

L'ensemble du réseau de la santé mentale doit composer avec des ressources de plus en plus limitées pour faire face à une clientèle qui, vivant les contrecoups d'une détérioration globale des conditions socio-économiques, ne voit pas sa santé mentale s'améliorer, mais plutôt les ressources qui lui sont offertes diminuer. De mon point de vue de praticien,

l'efficacité est non seulement impérative mais elle est vitale. Et je veux bien dire ici vitale au sens propre. Si certaines personnes ne reçoivent pas rapidement le traitement approprié à leur condition, elles meurent. Et cela arrive, et des familles et des intervenants en souffrent.

Le fait que ni la pratique seule ni la recherche seule ne garantissent la meilleure efficacité est désormais un lieu commun. Cette lettre se veut une invitation concrète à réviser le dialogue entre les deux tel qu'il est exposé par Monsieur Provencher. Je pense que nous devons une meilleure collaboration à la population, à la fois en tant qu'elle est bénéficiaire de nos services et également en tant qu'elle paye nos salaires.

Venons-en au propos de la présentation : l'efficacité objectivement déterminée par la recherche. **Probant** : *qui permet d'être sûr de quelque chose, qui constitue une preuve*. C'est donc sur cette notion même de preuves que repose la pertinence, la légitimité et la force des données recueillies et analysées par les chercheurs. Monsieur Provencher précise la définition et surtout la hiérarchie des différents niveaux de preuves. C'est un point qui me semble fondamental et majeur dans sa présentation. Cette hiérarchie vient de l'Association Canadienne de Psychologie et reflète donc à ce titre un certain courant social de notre époque.

C'est dans l'article intitulé : *The CPA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments*¹ qu'est précisée la hiérarchie des preuves sur laquelle nous devons nous baser pour recommander un traitement. Voici cette hiérarchie, en ordre de niveaux décroissants :

- I. Revue systématique de nombreux essais randomisés et contrôlés ayant une validité interne et une validité externe élevées.
- II. Études individuelles ayant un degré élevé de validité interne et externe.
- III. Étude ayant des défauts méthodologiques.
- IV. Consensus d'experts. L'opinion des experts est fortement influencée par l'expérience et les biais personnels de chacun.
- V. Étude non publiée, opinion professionnelle et expériences passées. Là encore, il y a tellement de biais qui peuvent influencer ces évaluations qu'il est difficile d'en tirer une conclusion généralisable pour l'ensemble de la population.

Chacun lit cette classification à partir de sa perspective. Cette grille me place au niveau V étant donné que je m'exprime à partir de mon opinion professionnelle basée sur mes expériences présentes et passées de praticien. Je fais par ailleurs partie d'une large communauté de cliniciens d'expérience qui, avec le temps et l'expérience cumulée, ont produit certains consensus quant au travail clinique auprès de l'ensemble de la population. À nous tous, nous ne pourrions jamais dépasser la preuve de niveau IV, quel que soit notre degré d'expérience et nos pratiques. Une seule recherche, même si elle a des défauts méthodologiques, sera plus crédible que nous tous réunis. Il y a donc là un rapport de force écrasant en faveur du paradigme de la recherche scientifique quantitative et au détriment du paradigme de la recherche basée sur la pratique clinique.

Dans le document de l'association Canadienne de Psychologie, il n'est indiqué aucune démonstration, preuve, ni démarche explicite de validation de cette hiérarchie. Elle semble

implicitement énoncée par les auteurs (qui sont eux-mêmes des chercheurs) comme une évidence, un postulat. Un postulat est en effet un présupposé qui s'affirme mais ne se démontre pas. Il n'a pas valeur de vérité intrinsèque, chacun est libre d'y adhérer ou pas, mais la valeur de toute démarche construite sur un postulat repose sur l'hypothèse que le postulat est vrai.

À défaut de preuve, une justification sur la logique de ce principe nous est cependant fournie par Monsieur Provencher : l'expérience personnelle et les biais exercent une influence qui compromet, par sa seule existence, la valeur d'une preuve. Cette justification impose une condition nécessaire à la logique interne du principe. Je parle ici de logique interne qu'il importe de distinguer de l'adhésion au principe. Qu'on n'y adhère ou pas, un principe se doit d'être logique et cohérent, faute de quoi les conclusions qu'on pourrait en déduire n'auront pas de valeur.

Une condition nécessaire à la validité interne de ce principe pourrait donc s'énoncer comme suit : que les personnes qui produisent chacune de ces recherches, contrairement aux praticiens, n'aient pas d'expérience personnelles ni de biais, ou au moins que ces expériences personnelles ou ces biais n'aient aucun impact sur leur travail de recherche et leurs résultats. Les chercheurs ont effectivement développé au cours du dernier siècle un appareillage quantitatif et statistique sophistiqué qui donne accès à une description factuelle du réel, dégagée des biais personnels. Ces outils sont puissants, utiles et précieux. Ils sont des objets fonctionnels sans conscience, donc par essence objectifs, comme l'est par exemple mon téléphone cellulaire. Ces objets sont néanmoins utilisés par des sujets, des humains. Le caractère objectif de mon téléphone ne confère qu'une objectivité très limitée à ce que je fais avec.

Vous souvenez-vous de votre relation avec votre directeur de thèse ? De l'ambiance dans votre laboratoire de recherche ? Avez-vous parlé à un étudiant qui fait son doctorat ou qui vient de le finir ? Avez-vous discuté dernièrement avec un professeur d'université ? Pas de stress ? Pas de souci de financement ? Aucune incertitude sur le modèle ou le type de statistique qui convient ? Pas d'angoisse de performance ? Pas de convictions personnelles à défendre ? Aucune guerre de clocher ? Aucune pression pour publier un article dans LA bonne revue ? Aucun effort pour que mes résultats soient cités le plus possible et par les bonnes personnes afin de promouvoir ma carrière ? Aucune rivalité ? Pas la moindre personnalité difficile à avoir qui compose ? Pas d'enjeux de pouvoir ? Combien de recherches comparatives avez-vous lues prouvant que l'approche prônée par l'auteur est moins efficace que les approches concurrentes ? Pas d'expérience personnelle ? Pas de biais ?

Me revient la citation de Stephen Jay Gould, biologiste et épistémologue, auteur de *La malmesure de l'homme* : *Il n'est pas pire suffisance que de croire que l'on est intrinsèquement objectif, ni de conception qui expose davantage à se faire bernier.*

Personnellement, la condition de cohérence interne ne me semble pas remplie. En effet, croire à l'objectivité dans un tel contexte me paraît relever soit d'une profonde méconnaissance de la nature humaine ou encore d'un déni de la réalité. Je peux bien sûr me

tromper. Il appartient cependant aux chercheurs souscrivant à cette hiérarchie de faire la preuve (preuve répondant nécessairement aux exigences de leur modèle : objective et sans aucun biais) qu'aucun des facteurs cités plus haut n'influence aucun résultat de leur recherche ni de celles qu'ils citent, faute de quoi la hiérarchie des preuves telle qu'énoncée est invalide. Elle apparaît plutôt biaisée en faveur du type spécifique de preuve que les chercheurs produisent. Je suis préoccupé que de nombreuses décisions au sein de notre système de santé collectif reposent sur cette notion de preuve elle-même basée sur un principe fautif.

Seule la notion de preuve de niveau I me paraît convaincante, et ceci non pas parce qu'elle élimine les notions de biais et d'expérience, mais au contraire parce qu'elle les intègre. La confiance que l'on pourra accorder à ce niveau de preuve ne vient pas du fait que chacune des études est parvenue à éliminer l'expérience et les biais des chercheurs, mais au contraire parce qu'une réalité est suffisamment puissante pour apparaître collectivement à des individus ayant justement des expériences propres très diverses et de des biais de tous ordres.

Cette hiérarchie des valeurs de preuves a un autre effet extrêmement malheureux sur les liens entre la recherche et la pratique. Comme praticien qui échange avec un chercheur, je me trouve face un interlocuteur qui postule que quoi que je dise, ce que lui dira sera toujours plus vrai, et ceci parce que je suis ce que je suis, et qu'il est ce qu'il est. Tous ceux d'entre nous qui ont travaillé auprès de personnalités narcissiques saisissent bien la difficulté d'un tel dialogue. Je crois que cette conception de la recherche contribue grandement aux difficultés qu'elle éprouve à transmettre ses découvertes aux praticiens.

Convaincu, le chercheur affirme naturellement sa vérité dans l'espace public des non chercheurs. C'est ce que fait Monsieur Provencher, en toute bonne foi et dans la logique (selon moi malheureusement fautive) de son modèle. Il affirme par exemple dans la suite de sa présentation qu'il est désormais démontré, prouvé, que les résultats de recherche établis en laboratoire se transposent tel quel en milieu naturel d'intervention. Il nous donne en référence le texte de Hunsley & al.². Lequel, en tant que revue de méta-recherche, constitue une preuve de niveau I. La question des recherches en milieu naturel est réglée et il nous dit qu'on ne doit plus la poser, ni même se la poser. En conséquence, il n'est plus nécessaire de demander aux chercheurs de sortir de leur laboratoire, ni de se préoccuper des milieux d'intervention. Cette conception étroite confirme l'autosuffisance de la recherche. Là encore, le praticien que je suis reste un peu interdit de se voir poliment congédié de l'acquisition de connaissances sur sa propre pratique, acquisition qui pourra désormais se poursuivre sans lui. À partir de mon expérience professionnelle passée et de mes biais conscients et assumés, j'estime qu'il s'agit là d'une conclusion erronée. J'espère avoir montré que l'erreur provient d'un raisonnement juste qui repose sur un postulat faux.

Ceci étant dit, j'ai bien sûr lu le texte auquel réfère Mr Provencher et qu'il recommande comme intéressant et accessible. J'ai souri du décalage culturel pour le praticien que je suis. Lire ce texte était un peu comme assister à une messe en latin, langue des érudits, langue plus proche de dieu que la mienne. Mais bon, j'ai suivi des cours de latin et j'aime bien les langues. Et ce texte est effectivement très intéressant. J'ai tout d'abord remarqué que sur

ses 15 pages, à peine une page et demie est consacrée à proprement parler à la validité externe (c'est à dire à l'équivalence laboratoire/milieu naturel). L'auteur y réfère à une mesure spécifique de l'efficacité d'un traitement qui provient de l'épidémiologie, perspective qui apparaît effectivement des plus pertinente du point de vue des administrateurs d'un réseau qui doivent gérer la santé non pas d'un individu, mais d'une population.

Ce concept est le NNT (Number Needed to Treat). Un concept qui me paraît de nature à créer un pont entre l'univers quantitatif, précis, exact des statistiques et le commun des mortels que nous sommes, nous les non chercheurs, les administrateurs et praticiens. En effet, le NNT représente le nombre de personnes qui doivent recevoir un traitement pour que une seule personne s'améliore, qui ne se serait pas améliorée sans traitement. Il nous est dit : *des valeurs de NNT inférieures à 10 indiquent un effet clinique important*. Cette traduction du langage de recherche en langage courant est importante. Quand un chercheur vous dit qu'un traitement est efficace, cela peut vouloir dire pour lui qu'une personne sur dix personnes traitées s'améliore. Dans les études qu'il cite, il rapporte des NNT qui varient entre 1,7 et 5,2, avec une moyenne (moyenne à prendre ici non pas au sens mathématique rigoureux, mais au sens du langage commun) qui tourne autour de 3. À cela se rajoutent également des taux d'abandon en cours d'étude autour de 25%. On comprend que du point de vue du chercheur, il s'agit là de résultats extrêmement significatifs et il nous les présente comme tels. C'est vrai dans sa langue. Il serait plus exact et donc plus efficace qu'il s'adresse à nous dans notre langue (ou minimalement qu'il nous signale qu'il ne parle pas la même langue que nous) et qu'il nous dise non pas qu'il est prouvé que le traitement marche, mais qu'il est prouvé qu'il marche une fois sur quatre (ou une fois sur 3,87 ou 4,26 s'il veut préserver l'effet d'exacitude qu'inspire le chiffre). Cela réintroduirait la notion d'indétermination inhérente à notre travail. Sur le terrain concret de la supervision clinique, les intervenants ne me parlent à peu près pas de celui pour qui le traitement fonctionne, mais bien des trois autres. Nous réfléchissons ensemble, nous portons ensemble l'incertitude de ces réalités complexes et uniques. Cette notion d'incertitude est subtilement évacuée du langage et conduit à un déni qui biaise précisément la perception de la réalité. Cela a comme effet malheureux de brouiller la frontière entre impuissance et incompetence, faisant passer la première pour la seconde, ce qui peut être parfois très souffrant pour les intervenants.

Il y a là, me semble-t-il, manque grave de rigueur. Il est vrai que je suis peut-être un peu chatouilleux quant à la rigueur, étant brièvement passé par une première carrière d'ingénieur avant d'être psychologue. Si les robots industriels sur lesquels je travaillais à l'époque avaient fonctionné une fois sur quatre, je ne me serais pas permis de dire à mes collègues qu'ils marchaient. Il me semble que c'est précisément ce que fait Monsieur Provencher lorsqu'il affirme comme une réalité irréfutable (puisqu'issue de la recherche et donc de la preuve de niveau I) et non nuancée (puisque toute incertitude en est évacuée) l'équivalence du laboratoire et de la réalité du terrain quant à l'acquisition des connaissances sur l'efficacité de la thérapie.

Comme je l'ai dit plus tôt, cette lettre se veut une invitation concrète à un meilleur dialogue. Pour cela j'invite les chercheurs intéressés à diffuser plus efficacement les résultats de leurs travaux :

- À répondre aux arguments qui sont évoqués dans cette lettre. S'ils les réfutent, que ce soit de manière articulée et rigoureuse afin de nourrir un débat contradictoire. S'ils y adhèrent, qu'ils fassent entendre leur voix sur ces questions où leur qualité de chercheur leur confère une crédibilité supérieure à celle accordée aux cliniciens.
- À établir formellement et objectivement comment et pourquoi les résultats de leurs recherches (et non pas leurs instruments de recherche) sont à l'abri de leur propre subjectivité et de leurs propres biais. Cette preuve doit se faire en cohérence avec le modèle prôné, c'est-à-dire de manière rigoureuse, scientifique et donc réfutable. À défaut d'établir une telle preuve, les chercheurs rigoureux devraient procéder à un ajustement de la hiérarchie des preuves. Je conviens qu'une telle démarche est difficile et complexe car elle ébranle une conception fondamentale de leur travail. L'honnêteté intellectuelle et une recherche d'efficacité réelle sur le terrain des clients qui souffrent requièrent cependant un tel ajustement.
- À rectifier le langage de la recherche en réintroduisant de manière explicite et compréhensible les notions d'incertitude et d'indétermination lorsqu'ils communiquent à l'extérieur de leur stricte communauté, ceci afin que leurs interlocuteurs puissent exercer leur jugement de manière mieux informée.

Aux gestionnaires et aux intervenants, je ferais les commentaires suivants :

Continuez bien évidemment à écouter avec intérêt les conclusions des chercheurs en ce qui a trait à votre pratique, mais sachez que vous n'êtes pas condamnés à la posture de réceptacle passif d'une vérité qui vous est livrée. Pour exister comme sujet et rétablir un dialogue je vous invite à poser des questions aux chercheurs en particulier sur deux points :

- Quel est le degré d'incertitude des résultats qui vous sont communiqués. Si la réponse est du type ($d = 1.13$, 95% CI [1.02, 1.24]), ne l'acceptez pas. Lorsque le chercheur s'adresse à vous, exigez qu'il parle votre langue, vous n'avez pas à apprendre la sienne. Il est à votre service et non l'inverse. La recherche est au service de l'intervention de la même manière que nous sommes au service de nos clients et que nous les rejoignons en parlant leur langage. Cela n'aurait aucun sens de leur demander d'apprendre notre jargon technique, même s'il nous est fort utile à nous. Si le chercheur est incapable de nous parler dans une langue qui nous est accessible, il perd en efficacité dans la transmission de son savoir. Si sa position en est une de certitude totale qui résout définitivement la question posée, rappelez-vous que quand quelque chose est trop beau pour être vrai, c'est bien souvent que ça n'est pas vrai.
- Quelles sont les preuves qui garantissent l'objectivité du chercheur ? Si la réponse se limite à l'objectivité de l'outil, n'hésitez pas à pousser la question plus loin, là où elle se pose : qu'est ce qui établit l'objectivité de la personne du chercheur. Si la réponse se réduit à sa conviction subjective d'être objectif, ou à une encyclique d'infaillibilité énoncée dans un jargon obscur, tirez en vos conclusions. N'oubliez pas que c'est à lui de travailler à vous convaincre de son objectivité, à l'établir, car celle-ci n'est pas donnée à priori.

N'oubliez pas que le chercheur quantitatif vous vend ses idées comme je vous vends les miennes dans ce texte. Nos arguments de vente ne sont pas les mêmes. Sa carte maîtresse est l'objectivité, pour lui l'expérience personnelle est une imperfection. Quant à moi, c'est au contraire l'expérience personnelle que je privilégie. La mienne, mais aussi et surtout la vôtre, qui constitue une source valide de connaissance. Ma propre expérience personnelle m'amène à considérer le concept même d'objectivité avec une grande prudence et certainement pas à m'en revendiquer. Le chercheur quantitatif et moi ne vendons pas la même chose. Il vend de la clarté, de la précision, de la vérité pensée et établie par des experts. Cette vérité s'accompagne de techniques qu'il convient d'exécuter uniformément et comme prescrit sur l'ensemble de la clientèle. Je vous vends de la complexité, du doute, des essais et erreurs, de la souplesse, de l'ajustement au cas par cas et avant tout de la réflexion personnelle qui certes considère les résultats de recherche mais sait aussi que chaque client est et restera une énigme unique. Ce que je vous vends coûte plus cher. Face au vendeur, gardez votre esprit critique, achetez ce qui vous convient, mais sachez ce que vous achetez et à quel prix.

Par ailleurs, j'ai proposé à plusieurs collègues, praticiens et chercheurs de visionner cette présentation et de réfléchir ensemble à ce qu'elle expose. Il en est ressorti que la conception particulière des données probantes qui y est présentée comme une vérité unique est en fait une perspective qui est loin de faire l'unanimité parmi les chercheurs eux-mêmes. Elle diverge par exemple significativement de celle énoncée par l'American Psychological Association³ qui nous dit ceci : La pratique basée sur des données probantes (evidence-based practice) en psychologie est « l'intégration de la meilleure recherche disponible avec l'expertise clinique dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences du patient ». Il nous semble qu'il y a dans la vision de Monsieur Provencher et des chercheurs qui partagent sa perspective une certaine hiérarchisation qui non seulement va à l'encontre de cette intégration, mais induit de facto une antagonisation malheureuse entre recherche et pratique. La culture et les préférences du patient sont quant à elles totalement évacuées (ce qui est sans doute cohérent puisqu'elles appartiennent au champ inférieur et suspect de l'expérience personnelle et du biais) Une partie du malentendu vient peut-être de la traduction du terme anglais *evidence* qui peut signifier à la fois *indice* et *preuve*. Les recherches ne produisent pas de preuves, pas de certitudes, mais génèrent des connaissances probabilistes, qui elles-mêmes augmentent la conviction et la confiance. Un terme référant à *indice* plutôt qu'à *preuve* serait plus rigoureux. On pourrait alors parler de données indicatives plutôt que de données probantes, ce qui laisserait plus d'espace à l'exercice d'un jugement clinique éclairé (plutôt qu'encadré) par la recherche.

Selon l'argument de fond du webinaire, le traitement des individus et les politiques de santé ne doivent plus relever du domaine des valeurs floues, des opinions et des préjugés. Il faut plutôt faire des politiques de santé et du traitement des individus en milieu clinique une question de science. Donc, d'une certaine façon, ne laissons pas l'intervenant, ni le décideur politique, juger de ce qu'il convient de faire, ne faisons pas confiance à leur jugement puisqu'il est subjectif, tributaire des biais et des expériences personnelles, alors que les données probantes sont les mêmes pour tout le monde : elles sont objectives et neutres. Nous soutenons dans ce texte qu'il s'agit là d'une position idéologique dont les prétentions rigoureuses et scientifiques reposent sur un postulat erroné et sont fautives. Idéologie qui, à

l'évidence, attaque directement et menace gravement la diversité des approches en psychothérapie.

Monsieur Provencher, je suis très intéressé à entendre vos réponses aux arguments évoqués dans ce texte, et je vous adresse donc ces questions à (à vous parce que c'est votre présentation qui a déclenché la présente réflexion, mais elle s'adresse bien évidemment aux chercheurs qui partagent votre perspective).

- Pouvez-vous préciser dans un langage commun et accessible le degré d'incertitude qui accompagne chacune de vos affirmations, en particulier quant à l'équivalence du laboratoire de recherche et du terrain clinique quotidien?
- Par ailleurs vous affirmez avec une certitude irrévocable qu'une unique approche (l'approche TCC) est meilleure que toutes les autres, et que toutes les autres doivent donc être abandonnées dans l'ensemble du réseau de la santé au profit de ... celle dans laquelle vous-même développez votre propre carrière. Étant donné que vous disqualifiez définitivement, en vertu de l'objectivité, les milliers de praticiens qui ont choisi une approche différente de la vôtre, vous comprendrez bien qu'en leur nom je souhaite connaître les preuves de votre objectivité personnelle.
- À défaut d'établir cette preuve, accepteriez-vous de participer à une démarche conjointe avec des praticiens pour réviser la hiérarchie des preuves telle qu'elle est actuellement pratiquée et plus conforme à l'intégration de l'expertise clinique prônée par l'APA ?

François Chanel, psychologue

fchanel@psyclic.com

Membre de RADAR.psy (Réseau d'action et de défense des approches relationnelles en psychothérapie)

1. Canadian Psychological Association. (2012). Evidence-based practice of psychological treatments: a Canadian perspective. Ottawa, Canada: CPA Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments. Disponible à : http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf
2. Hunsley, J., Elliot, K., & Therrien, Z. (2014). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments for Mood, Anxiety, and Related Disorders. *Canadian Psychology*, 55, 161-176.8
3. APA (2013) Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy* : 50,9 (1), 102-109. In August 2012, the APA Council of Representatives approved this resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness.