

Verso una formazione di *per sé* psicodinamica dello psichiatra nell'era delle neuroscienze?

GIOVANNI ABBATE DAGA, ALAIN PORLIOD, SECONDO FASSINO

Summary – TOWARDS AN EDUCATION IN ITSELF PSYCHODYNAMIC OF THE PSYCHIATRIST IN THE AGE OF NEUROSCIENCE? **Objective:** the discussion and the urgent need to move towards a new way of being a psychiatrist has become evident at least since the early 2000s: the increase in psychiatrist burnout, the treatment resistance as one of the major public health problems, the risk of a biological reductionism of mental illness. Psychodynamic psychiatry provides a significant educational, scientific and therapeutic contribution for contemporary psychiatry, as a concrete application in the clinical practice of the biopsychosocial model, supported by developmental psychopathology, epigenetics and neuroimaging studies. The authors explore how the problem of the psychodynamic training of the psychiatrist during residency is observed and studied in the international literature. **Materials and Methods:** a literature search was undertaken in PubMed, from 2006 to 2020, using the words: *training + psychiatry + psychotherapy + resident*. **Results:** The search yielded 452 results, 194 were deemed relevant. 141 articles were related to non-specific training aspects of psychotherapy, while 53 related specifically to psychodynamic training. These 53 psychodynamic research titles were examined through abstracts and further divided into three groups: *general/foundational aspects* (group 1-12 articles); *special aspects* (group 2, 15 articles); *other aspects* (group 3-26 articles). **Discussion:** the annual average of scientific production on this important topic is constant. A critical review of the studies examined highlights a wealth of comments, suggestions and observations based on personal clinical teaching experiences that counterbalance the lower amount of experimental data as measurements of the competence achieved by psychiatrists in training. The psychodynamic psychotherapy training is considered fundamental in psychiatry residency. The constructs of person and development are fundamental for diagnostic treatment in Psychodynamic Psychiatry. **Conclusion:** the resident psychodynamic training to the knowledge of the patient, himself and to the acceptance of oneself and the other is at the same time a scientific necessity and an ethical prerequisite. It is to be hoped that the psychiatrist's training in psychotherapy, in addition to constituting a possible super-specialization, favors the reduction of drop-outs and treatment resistance to, in particular with difficult patients. This would result in lower treatment costs and better quality of interventions, as well as in more effective burn-out prevention.

Keywords: NEUROSCIENZE, PSICHIATRIA PSICODINAMICA, FORMAZIONE

I. Introduzione

C'è una crisi della psichiatria clinica: il modello Biopsicosociale (BPS) - sebbene l'approccio di Engel sia più attuale che mai contro il dogmatismo psichiatrico e sarà confermato dai nuovi modelli scientifici [39] - sembra ridotto nell'applicazione quoti-

diana ad un mero ecletticismo, ad una giustapposizione spesso fuorviante e confusiva di farmaci e qualche colloquio psicologico con scarsa considerazione sugli aspetti patogenetici, trascurati dal DSM 5 nonostante già Kraepelin [51, 52] li considerasse non meno necessari per la clinica dei quadri clinici sintomatologici.

Numerose reviews evidenziano che una risposta modesta, una non risposta o risposta cessata ai trattamenti farmacologici nei disturbi psichiatrici maggiori è piuttosto la regola, che non l'eccezione: la sfida alla resistenza al trattamento è fondamentale nella pratica clinica psichiatrica [69, 99, 107].

I pazienti gravi difficilmente partecipano attivamente a una terapia in corso: alti tassi di abbandono, outcome negativi, ricadute e riospedalizzazioni più frequenti; più del 50% dei pazienti non sono curati adeguatamente. Tra i fattori che nel paziente influenzano il coinvolgimento al trattamento sembrano essere trascurati l'alleanza terapeutica, l'accessibilità all'assistenza e il desiderio che la terapia risponda *unicamente* ai propri obiettivi. L'assistenza finalizzata alla guarigione ha tra le priorità l'autonomia, la responsabilizzazione e il rispetto della persona con l'obiettivo di migliorare la partecipazione attiva al trattamento. La cura incentrata sulla persona è decisiva ai fini della partecipazione [31].

Occorre sollevare gli psichiatri dal fronteggiare eccessive pressioni, consentendo loro maggiore tempo per coinvolgere i pazienti in interazioni cliniche più significative e così permettere un trattamento che favorisca da subito il coinvolgimento del paziente; sempre di più nell'ultimo decennio si deve far fronte a risorse e tempo limitati e a un crescente controllo da parte di Enti che finanziano le cure e hanno la pretesa di incrementare l'efficienza del sistema [31].

In Italia, la legge 180/883 non poteva prevedere le attuali e mutate necessità di percorsi terapeutici residenziali anche lunghi e il problema del rapporto costo/efficacia delle cure. Altamura & Goodwin in un editoriale del BJP 2010 [7] osservavano come la maggior parte dei medici del territorio spesso fossero indotti a trascurare la psicopatologia clinica, abbandonare un *modello esplicativo della malattia*, incapaci di guidare un approccio veramente terapeutico, trasformandosi in assistenti sociali deputati a gestire in modo manageriale le necessità pratiche dei pazienti. Rifiutandosi di divenire semplicemente dei manager gli psichiatri dovrebbero maggiormente reclamare il loro ruolo diagnostico-terapeutico-medico come leader dei servizi ed innovatori: se non lo fanno non hanno futuro [7].

Nelle strutture residenziali italiane e nelle comunità terapeutiche per persone con psicosi, sono raramente impiegati i piani, progetti di trattamento standardizzati e scritti [29]; pochi pazienti mostrano un miglioramento di rilievo dopo un breve periodo di ammissione alle cure [9] e le previsioni dei clinici sulle dimissioni sono in genere sbagliate, con pochissimi pazienti dimessi dopo un anno [29].

II. 1. *Occorre una revisione dell'identità dello psichiatra*

Il dibattito e l'urgenza di procedere verso una nuova modalità di *fare ed essere* psichiatra si erano resi evidenti almeno con il nuovo millennio (cfr. *Verso una nuova identità dello psichiatra?* Fassino 2002) [34]. Dieci anni fa in *World Psychiatry* 2010 (WP) Maj [87] aveva proposto un forum sull'identità attuale dello psichiatra, chiedendosi se questi sia una specie a rischio di estinzione. Il dibattito sull'aumento del burnout degli psichiatri era iniziato nel 2007 e proseguì con Kumar (2011) [80], con conferme provenienti da una allarmata ricerca sul campo di Braun e coll. (2010) [17] circa una troppo sfavorevole *imbalance effort-reward* negli psichiatri tedeschi.

In un altro editoriale di WP 2013 *Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry* [88] Maj introduce un forum sulle cause e rimedi di questa emergenza: la non-aderenza – un principale aspetto della resistenza – è il maggior problema di salute pubblica nonostante i notevoli progressi degli studi sull'efficacia dei trattamenti. Tra i topics assai evocativi appare quello di Naber e Lambert: *Should we listen and talk more to our patients?* [97].

Inoltre una ricerca di Chisolm [26] conferma che la pratica della psicoterapia da parte degli psichiatri è grandemente ridotta, circa del 35% negli ultimi 10 anni. L'aumentata prescrizione di psicofarmaci spiega tuttavia solo in parte il fenomeno della crisi della psichiatria.

Infine c'è un'evidenza convincente ma trascurata: i risultati del trattamento psicofarmacologico sono dipendenti tanto da fattori psicologici ed interpersonali quanto da fattori medici. La conoscenza, l'abilità e l'attitudine ad integrare un significato ad un processo prescrittivo dei farmaci rimangono sottorappresentate nel curriculum di formazione psichiatrica [89].

La psichiatria accademica si è focalizzata negli ultimi 20 anni sulle evidenze neuropsicologiche. Bracken e coll. [16] in un editoriale sul BJP propongono con argomentazioni persuasive che la psichiatria debba andare oltre il paradigma corrente. Holmes [62] rispondendo invita a guardare ciò che da alcuni anni è sotto gli occhi, risultante da crescenti evidenze scientifiche: sono ben evidenti infatti *verdi germogli della nuova psichiatria di per sé psicodinamica* supportata dalla psicopatologia dello sviluppo [20], che è l'attuale avanguardia e che attinge alla teoria dell'attaccamento, dalla neuroimaging e dall'epigenetica che avvalorano il modello psicodinamico [15, 109].

II. 2. *Verso un nuovo ruolo della psicoterapia come fondamento della "nuova" psichiatria*

In un'era in cui è evidente un'ulteriore comprensione dell'interfaccia mente-cervello, la psichiatria spesso è ulteriormente riduzionista. L'egemonia della psichiatria biologica incoraggia un dualismo cartesiano in cui mente e cervello sono artificialmente separati.

La psicoterapia viene vista come il trattamento per i disturbi “a base psicologica”, mentre i farmaci sono il trattamento per i disturbi “basati sul cervello”. Questo dualismo semplicistico omette i chiari fatti per cui la psicoterapia deve lavorare attraverso i cambiamenti del cervello e per cui la mente è l’attività del cervello. Alcuni psichiatri contemporanei sembrano interpretare come provenienti da “direzioni opposte” l’idea di biologia e psicologia, suggerendo un dualismo epistemologico ed esplicativo tra i processi neurali e mentali.

Ciò sembra far parte di una “crisi d’identità” nella psichiatria che riflette il disaccordo sulla caratterizzazione dei disturbi psichiatrici come disturbi della mente o del cervello. Il dualismo in quanto tale non preclude l’interazione mente-cervello, ma supporta la posizione che mente e cervello possano essere funzionalmente distinti: la ricerca neuroscientifica mostra in che misura i processi mentali e neurali sono interdipendenti e si influenzano a vicenda nel mantenimento della salute mentale oppure nel causare malattie mentali [54].

L’enfasi crescente attribuita negli ultimi anni alle basi biologiche della malattia mentale ed il conseguente spostamento di attenzione verso i trattamenti farmacologici possono far perdere di vista gli aspetti psicodinamici: cercando il cervello si rischia di perdere la “mente”. Tuttavia l’attuale ricerca biopsicologica rivela come gli stessi fattori culturali modulino l’espressione genica e come i trattamenti psicologici modifichino l’attività cerebrale.

A vent’anni dalla pubblicazione del memorabile *New Intellectual Framework of Psychiatry* del premio Nobel per la Medicina E. Kandel [67] psichiatra e neurobiologo, gli studi sugli effetti cerebrali della relazione (psico)terapeutica evidenziano gli effetti neurobiologici trasformativi di ogni relazione psichiatra-paziente e quindi conferiscono *di per sé* valenza psicoterapeutica all’agire dello psichiatra.

La comprensione neurobiologica, la prescrizione di psicofarmaci, l’esatta collocazione diagnostica dei vari DSM e la puntuale programmazione riabilitativa non soddisfano la necessità di un incontro dialogico col paziente, del parlare con lui, di essere compreso più che spiegato. Considerare i vissuti e la personalità è irrinunciabile per la ricerca del *senso* del disturbo psicopatologico: i pazienti chiedono sempre più di essere ascoltati oltre che di essere trattati con i farmaci.

I fattori della personalità concorrono, com’è noto, alla trasformazione dell’effetto farmacologico in effetto terapeutico. Per un’applicazione concreta nella pratica clinica del modello biopsicosociale, su cui si fonderebbe la psichiatria attuale, servono allo psichiatra quindi conoscenze, competenze e capacità - pensare, fare, essere - che considerino il ruolo della personalità sia del paziente sia del terapeuta. Qui si collocano fattori importanti dell’efficacia delle cure.

II. 3. *Dalle neuroscienze un ulteriore invito alle competenze psicoterapeutiche dello psichiatra*

I sintomi psicopatologici erano dalla *psicologia del profondo* concepiti al contempo come segnali dell'angoscia profonda e tentativo - controproducente - di rimedio e di difesa. Recenti ricerche nell'interazione geni-ambiente [67, 68], le acquisizioni brain imaging dei meccanismi inconsci di difesa della *neuropsicoanalisi* [101], convalidano sul piano neurobiologico quelle concezioni.

Da alcuni anni le evidenze di efficacia delle psicoterapie psicodinamiche [1, 40, 82, 83, 147] della CBT [109, 134] indicano che la psicoterapia in senso largo (contesto psicoterapeutico) e stretto (setting definito) è irrinunciabile per una psichiatria efficace, specie per affrontare le resistenze ai trattamenti sempre più spesso evidenziate [45, 107]. La psichiatria psicodinamica [43] fornisce un contributo educazionale, scientifico e terapeutico significativo per la psichiatria contemporanea.

Gli psichiatri per recuperare e accrescere l'efficacia del loro ruolo clinico devono riappropriarsi degli aspetti specifici, tecnici, della professione medica innanzitutto da un punto di vista scientifico e formativo: è urgente riconsiderare come fondamentale per ogni tipo di azione psichiatrica la competenza e la capacità psicoterapeutica dello psichiatra, alla luce delle crescenti evidenze scientifiche sul fatto che *ogni relazione* è un agente biologico di trasformazione [124] curativa o iatrogena, a seconda della attitudine implicita oltre che esplicita del terapeuta [126].

Si intende qui competenza psicoterapeutica in accezione lata come attitudine - pensare, sentire, agire - nei diversi contesti di cura con atteggiamenti di alleanza di lavoro, ascolto partecipante, comprensione, ricerca di senso, significato e direzione, degli stati di scompenso, crisi, cronicità: in accezione specifica come capacità, modi di essere oltre che di fare, in definiti setting tecnici dove i fattori di cambiamento risiedono nelle dinamiche *relazionali implicite* come psicoterapia psicodinamica - breve o a tempo indeterminato - CBT, terapie di gruppo, con la famiglia.

Una delle relazioni plenarie dell'ultimo Congresso della Società Italiana di Psichiatra argomentava sul tema *Il nuovo volto della psichiatria ha uno sguardo psicoterapeutico?* [38] preconizzando un auspicabile sviluppo della psichiatria *di per sé* psicodinamica.

*

La Psichiatria psicodinamica (PP), a partire dal pionieristico volume di Parenti & Pagani del 1986 [105], al classico manuale di Gabbard [45] fino al recente trattato di psichiatria neuropsicodinamica di Boeker, Harwitz e Northoff del 2018 [15], vuole comprendere al fine della cura - attraverso un'osservazione attenta e partecipante - *cosa influenza e difende* il sintomo psicopatologico, la sua doppia funzione

di espressione della sofferenza profonda del paziente e la sua funzione di *inconscia e automatica difesa*. In questo senso assumono importanza sia le dinamiche inconscie della personalità del paziente, che precedono e mantengono il sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente a partire da quelle *qui e ora* col terapeuta (cfr. concetto di transfert). Pure il controtransfert si è spostato nel cuore della tecnica psicodinamica nell'operare quotidiano dello psichiatra [47].

Da una concettualizzazione ristretta di transfert del terapeuta verso il paziente si è ora giunti a un fenomeno complesso e creato congiuntamente che è pervasivo nel processo di trattamento. Molto è stato fatto riguardo all'adattamento tra paziente e terapeuta e il controtransfert è in gran parte determinato da quell'adattamento.

Un medico - osserva Gabbard [47] - deve ricordare che gli enactment che coinvolgono il controtransfert forniscono preziose informazioni su ciò che viene ricreato in ambito terapeutico. A questo proposito, i terapeuti sono saggi nel riconoscere che saranno coinvolti in vari ruoli nel corso della terapia e che mantenere una monotona distensione artificiale non è né desiderabile né utile.

A proposito del meccanismo d'azione *nel profondo* della psicoterapia appare innovativo il metodo delle neuroscienze *in prima persona* di Northoff [100]: è possibile descrivere come i processi psicodinamici associati ai meccanismi di difesa siano collegati all'attività neuronale. I diversi costrutti di meccanismi di difesa, secondo l'ipotesi psicoanalitica, potrebbero corrispondere ai meccanismi specifici funzionali attraverso cui l'attività neuronale è coordinata e poi integrata in differenti regioni cerebrali.

L'approccio psicodinamico e studi di brain imaging suggeriscono che regressione sensomotora e conversione isterica possono essere associate ad una disfunzione nel neural network che include corteccia orbitofrontale prefrontale media e premotoria. Una migliore comprensione di questi processi neuronali favorirà la conoscenza della neurofisiologia sottostante la transizione da meccanismi di difesa immaturi ad altri più maturi in psicoterapia.

La psichiatria neuropsicodinamica [15] fornisce un approccio diagnostico e terapeutico, nonché un modello scientifico, che comprende conflitti inconsci e dilemmi, nonché distorsioni nelle strutture intrapsichiche e relazioni oggettualizzate interne, al fine di spiegare, comprendere, indagare, diagnosticare e trattare i fenomeni psicopatologici.

Si concentra sulla funzionalità e disfunzionalità dei meccanismi psichici e neuronali e integra questi elementi nel contesto delle recenti scoperte nelle neuroscienze con un focus specifico sulla dimensione relazionale-sociale del cervello e del nostro sé. Le relazioni psicodinamiche sono discusse in un contesto neurobiologico con particolare interesse ai meccanismi neuropsicosociali alla base delle esperienze psichiche e delle relazioni sociali.

A proposito dell'interfaccia tra psicoanalisi e neuroscienze occorre sottolineare, osservano Di Giannantonio e Northoff nel loro recente editoriale su *Frontiers in Human Neuroscience* del 2020, come la psicoanalisi - ma si deve qui intendere il corpus delle psicologie del profondo - rappresenta un modello teorico complesso della mente umana; potrebbe essere uno stimolo utile per la ricerca neuroscientifica, orientando verso la soggettività e la natura relazionale dell'esperienza umana oltre che a dare importanza ai processi inconsci.

D'altra parte, pur rimanendo due aree distinte, la ricerca neuroscientifica adeguatamente progettata può contribuire ad un'espansione delle prospettive metapsicologiche della psicoanalisi stessa. Alcuni autori hanno posto i concetti psicoanalitici alla base della riflessione neuroscientifica, mentre altri hanno applicato una teoria psicodinamica della mente a beneficio dell'interpretazione dell'evidenza neuroscientifica empirica.

Altri autori hanno ancora progettato studi sperimentali volti a studiare meccanismi psichici che non sono stati esplicitamente concepiti secondo un quadro teorico psicoanalitico, ma che hanno aperto la strada a una rivalutazione e riconcettualizzazione dei concetti psicoanalitici stessi. Infine, per alcuni, questi aspetti misti rappresentano il punto di partenza per l'implementazione di approcci terapeutici in specifici disturbi mentali.

*

Non c'è psichiatria che trascenda la validità dei principi psicoterapici: la psicoterapia dovrebbe essere considerata una scienza base della psichiatria [52]. Gran parte del lavoro clinico in psichiatria dipende dal curare la relazione col paziente e con la sua famiglia. Persino le interviste diagnostiche possono essere profondamente influenzate dalla mancanza di attenzione all'alleanza con il paziente.

Allo stesso modo, fatti come transfert, controtransfert, difesa, resistenza, identificazione empatica, influiscono anche sulle interazioni cliniche non specificatamente psicoterapeutiche. La formulazione esplicativa psicodinamica [93, 94] rappresenta uno strumento della competenza progettuale dello psichiatra, utile per la programmazione degli interventi biopsicosociali: si intende una descrizione che riassume le dinamiche di una situazione clinica in quanto si propone di spiegare la natura, le modalità e i tempi di sviluppo dell'esistenza e della crisi del paziente fino al momento presente. La formulazione esplicativa psicodinamica considera inoltre senso, significato e direzione, autoriparativi della crisi stessa, allo scopo di predire per quanto possibile le resistenze e l'evoluzione del caso.

Vent'anni fa ci si chiedeva [96] con arguzia e spirito se nella storia della scienza gli psichiatri che insegnano psicoterapia psicodinamica saranno considerati alla pari degli alchimisti e degli astrologi medioevali, che lasciano posto con riluttanza ai Newton e ai Galilei della neurobiologia, o saranno, invece, considerati come i monaci medioe-

vali che conservavano con cura gli scritti di Aristotele per evitare che la sua saggezza andasse perduta. La psichiatria, da sempre disciplina di confine tra scienze della natura e dello spirito [74], nell'attuale crisi d'identità, rischia di smarrirsi definitivamente o, al contrario, di arricchirsi straordinariamente a seconda di quanto consideri questa specificità. Soprattutto nel problema della formazione, la psichiatria deve confrontarsi non solo con le nuove forme d'espressività psicopatologica e con la diffusa infelicità dei potenziali pazienti, come pure dei medici e degli psichiatri, ma anche con la tentazione di un'identità forte che tradisce il suo specifico «essere di confine».

Le indagini neuroscientifiche possono dare l'impressione di avvicinarsi molto alla definitiva conoscenza della mente-cervello «alla comprensione di quei meccanismi neurobiologici che sottendono i più fini processi neuropsicologici e quindi mentali» [24]. Scienza della natura e scienza dello spirito non sono separate in psichiatria, né separabili. Ridurre, per quanto riguarda il disturbo mentale, le interazioni geni-ambiente a una semplice causalità lineare, per quanto interattiva, far coincidere il profilo neurobiologico dell'individuo, per quanto sofisticato e complesso, all'identità totale dello stesso, è un'operazione di riduttivismo tanto più fuorviante quanto più inconsapevole.

La frammentazione del ruolo professionale dello psichiatra in iperspecializzazioni, che si rivelerà utile per conoscenze e competenze più esaustive ed efficaci sugli specifici settori, rafforza la tentazione, il fascino dell'identità forte: questa non deve indurre a sottovalutare che la capacità specifica che deve caratterizzare ogni psichiatra è quella sui vissuti, di jaspersiana memoria, del paziente e sulle sue urgenze di senso.

Anche per ottenere dall'effetto farmacologico quello terapeutico nella farmacoterapia, crescenti sono le evidenze sull'importanza del vissuto del farmaco ai fini della compliance e dell'efficacia clinica [57]. Per molto tempo ancora la conoscenza, la competenza sulle emozioni del paziente richiederà allo psichiatra la capacità di individuare, riconoscere, orientare le proprie personali emozioni per interagire con quelle corrispondenti o non del paziente, a favore del suo paziente, per il quale sta allestendo o attuando un progetto terapeutico.

La conoscenza della mente richiederà sempre, verosimilmente, un uso specifico delle interazioni tra le menti: il *corpus* epistemologico della psichiatria anche, in futuro, non potrà che essere basato, tra l'altro, sul paradigma della complessità e su quello dell'intersoggettività [36].

I futuri psichiatri devono avere una solida conoscenza non solo dei principi della psicoterapia, ma anche dello sviluppo di psicoterapie sempre più efficaci e basate sull'evidenza, se vogliono essere leader sanitari efficaci. È importante considerare ciò che attira gli studenti di medicina in psichiatria e quanto la loro decisione di formarsi in psichiatria sia radicata nel desiderio di apprendere sia la psichiatria dinamica che

la psicoterapia nelle sue varie modalità. Non è un segreto che la qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento della psicoterapia sia variabile nei vari programmi di formazione, in parte dovuta all'interesse degli stessi studenti, che potrebbero avere una propensione verso le dimensioni biologiche della psichiatria rispetto alle competenze di base della psicoterapia.

Inoltre, in alcuni contesti vi è una carenza di insegnanti formati nelle varie forme di psicoterapia [75].

III. *La formazione psicodinamica dello psichiatra: una revisione della letteratura*

I risultati di una revisione della letteratura internazionale del quinquennio 1999-2004 a cura di Fassino e coll. [35] sul problema della formazione psicoterapeutica dello psichiatra evidenziava come tutti gli articoli esaminati suggerissero l'importanza di incrementare la formazione psicoterapica degli psichiatri, sottolineando la difficoltà nella valutazione della competenza veramente acquisita in un training formativo.

Tuttavia solamente 18 articoli sui 117 esaminati approfondivano in maniera esaustiva il tema e solo 3 lavori riportano dati sperimentali sul grado di formazione degli studenti: dati, tuttavia, difficilmente rapportabili al contesto italiano. Gli autori concludevano che una decisa implementazione della formazione psicodinamica alla conoscenza di sé e all'utilizzo delle conoscenze teoriche e tecniche e delle specifiche competenze e alla capacità relazionale, agente principale di cambiamento, risultasse allora necessaria. Solo così lo psichiatra avrebbe sviluppato la peculiare identità professionale di medico quale manager esperto del cambiamento del paziente.

Materiali e metodi

Ci siamo quindi proposti di esplorare quanto nella letteratura internazionale il problema della formazione psicodinamica dello psichiatra nel corso della Scuola di Specializzazione è osservata e studiata. Abbiamo dapprima esaminato la letteratura degli ultimi 15 anni (2006- 2020) sul problema della formazione alla psicoterapia durante la scuola di specializzazione in psichiatria.

A questo proposito è stato utilizzato il motore di ricerca Pub Med: in una prima indagine sono state impiegate tre parole chiave *training + psychiatry + psychotherapy* ottenendo 8236. Aggiungendo una quarta parola chiave *resident*, con l'intento di selezionare quegli studi specificamente riguardanti la formazione alla psicoterapia nel corso della scuola di specializzazione in psichiatria si sono ottenuti 452 articoli, di cui sono stati ricavati i titoli, autori e anno di pubblicazione della rivista.

Da questo elenco 194 studi sono stati ritenuti pertinenti: 141 riguardavano aspetti formativi specifici alla psicoterapia, mentre 53 riguardavano peculiarmente la formazione a carattere psicodinamico. Questi 53 titoli di ricerche a carattere psicodinamico sono stati esaminati tramite gli abstracts e ulteriormente divisi in tre gruppi (vedi tabelle 1; 2; 3).

Il *gruppo 1* comprende 12 lavori riguardanti gli *aspetti generali fondanti* la formazione psicodinamica dello specializzando in psichiatria, come per esempio definizione di psichiatria psicodinamica (PP) anche in attuazione al modello Biopsicosociale (BPS); le competenze e le capacità fondamentali nella formazione psicodinamica; la bibliografia di riferimento per lo studio dei principali argomenti come l'attaccamento; il programma dettagliato di un corso residenziale per l'apprendimento alla PP versus la psicoterapia cognitivo-comportamentale; il caso di una psicoterapia psicodinamica PTD in un paziente con schizofrenia condotta e descritta da uno specializzando in psichiatria; un progetto sperimentale di promozione alla PTD tramite soggiorno/visita residenziale.

Il *gruppo 2* comprende 15 lavori su *aspetti speciali* della formazione psicodinamica: transfert e controtransfert, difficoltà e ostacoli all'insegnamento e apprendimento della PP; l'insegnamento della ricerca in PP; formazione dei supervisori (2); la PP nella psichiatria di liaison; PP e aspetti culturali.

Il *gruppo 3* risulta di 26 lavori su *altri aspetti* come la PP in disturbi borderline, attacchi di panico, pazienti gravi, strategie diverse di insegnamento, la terapia personale, l'impiego di interviste, l'utilizzo di tecnologie, la psicofarmacologia, i rapporti tra psicodinamica e neurobiologia e la personalità del terapeuta.

III. 1. *La psichiatria psicodinamica: aspetti fondamentali*

L'American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry (AAPDP) in collaborazione con l'American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (AADPRT) considerava fin dal 2003 un obiettivo primario fornire agli specializzandi in psichiatria una solida formazione in psicodinamica [90].

Dieci anni dopo Friedman [43] in un editoriale di *Psychodynamic Psychiatry* pubblicava un vero e proprio *manifesto* della PP. Lo psichiatra psicodinamico vuole comprendere cosa influenza il sintomo, attraverso un'osservazione attenta del paziente; in questo senso assumono importanza sia le dinamiche intrapsichiche del paziente che hanno preceduto e determinato la manifestazione del sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente e la sua modalità di instaurare rapporti, anche con il terapeuta (concetto di transfert).

I trattamenti psicodinamici si basano sulla valutazione effettuata in base ad una *prospettiva evolutiva*. Si pone particolare attenzione al disagio psicologico e alla sintomatologia sia attuale sia trascorsa del paziente, alla sua storia di vita, ai traumi e alla sua storia familiare. Il comportamento del paziente viene considerato sia in chiave clinico-descrittiva, utilizzando criteri diagnostici DSM 5, sia in chiave narrativa, dando quindi spazio ad una dimensione più personale e soggettiva, che consideri la *patogenesi*, oltre la descrizione del sintomo.

Sebbene sia noto che molti fattori possano influenzare negativamente il benessere di un individuo, la PP sottolinea l'importanza di comprendere e modificare le motivazioni, irrazionali e ripetitive inconscie, che hanno determinato la manifestazione di sintomi e sindromi. Per la PP la “malattia” è quindi una manifestazione della persona nella sua totalità e non semplicemente il risultato, in termini di disagio psicologico, di un disturbo del sistema nervoso. Col passare del tempo la PP, come insieme di conoscenze e pratiche, cambierà, man mano che verranno approfondite le relazioni tra le neuroscienze, la psicopatologia, le emozioni e gli aspetti comportamentali dell'individuo. Attualmente le scuole di psichiatria e psicologia non supportano sufficientemente l'utilità di modelli che integrino le influenze biologiche, psicologiche e sociali sul comportamento: la PP, invece, fa proprio questo [43].

La PP è l'intersezione tra la psichiatria generale e la psicoanalisi come teoria della mente, ed è costruita su un modello BPS per comprendere e trattare i disturbi mentali. Il modello biomedico non è stato all'altezza delle sue promesse e non è supportato dalla scienza emergente con la stessa fermezza del modello BPS. Il “paziente difficile” emerge in parte dai limiti dei nostri modelli di trattamento [108]. Si può pensare alla PP come all'area di intersezione tra il dominio della psicoanalisi - come teoria della mente - e il dominio della psichiatria generale. La PP offre una prospettiva che permette di impegnarci, capire e aiutare il trattamento dei pazienti più complessi. Molti psichiatri di fatto hanno esperienza di pazienti di difficile trattamento, o, come sono solitamente chiamati “resistenti al trattamento”.

Esistono caratteristiche relative al paziente e al disturbo che determinano un difficile trattamento del paziente; tuttavia ciò che è difficile non sta nel paziente ma nei clinici – osserva Plakun [108] - e nelle limitazioni dei trattamenti. Negli ultimi 20 anni, vi è stato un aumento dell'800% nelle citazioni sui disturbi psichiatrici resistenti al trattamento e la maggior parte degli studi dei nuovi trattamenti eliminano pazienti con disturbi in comorbidità. Tuttavia la comorbidità alla diagnosi è la regola piuttosto che l'eccezione nei disturbi depressivi resistenti al trattamento e in altri disturbi. Lo sviluppo della resistenza al trattamento potrebbe rappresentare una risposta alla perdita dell'*autorità* sul paziente, poiché diventa un contenitore passivo da cui ci si aspetta che si adegui agli ordini del clinico.

Dall'importante studio di Leichsenring & Rabung [82] risulta con evidenza che il trattamento psicodinamico è efficace in pazienti con comorbidità complesse che sono resistenti al trattamento: troviamo - tuttavia - la meta-analisi di Leichsenring & Rabung, pubblicata nel *Journal of the American Medical Association* piuttosto che in un giornale psichiatrico...!

Di recente Miller et al. [93] hanno allestito una bibliografia aggiornata e mirata a fornire agli specializzandi una base necessaria di conoscenze fruibile per un apprendimento formativo della PP: attento esame del contesto setting terapeutico; ascolto

attivo e riflessione sul significato degli interventi del terapeuta; transfert e uso del controtransfert come strumento diagnostico/terapeutico; meccanismi di difesa; sollecitazioni sul paziente verso la rievocazione; punti di vista teorici sull'azione terapeutica (ad es. psicologia dell'io, terapia relazionale, relazioni oggettuali, modello Kleiniano classico/moderno); il significato di ritardo, interruzioni del trattamento e conclusione. Per gli autori questo elenco funge da risorsa ausiliaria che può aumentare le discussioni nella supervisione della terapia, aiutando anche a standardizzare la base di conoscenza minima raggiunta nella teoria psicodinamica.

Tra gli argomenti ritenuti fondamentali nel bagaglio di conoscenze c'è il paradigma/teoria dell'attaccamento. La prospettiva evolutiva nella psicopatologia, base teorica pratica della PP, da pochi anni è infatti (ri)fondata sulle vicende dei processi di attaccamento [92].

Stili di attaccamento insicuro, ansioso o evitante sono associati a una vasta gamma di disturbi mentali: diversi studi dimostrano un collegamento tra attaccamento insicuro e vulnerabilità a disturbi mentali. Ci sono evidenze importanti che aumentando il senso di sicurezza d'attaccamento si riduce il rischio e l'intensità dei sintomi psichiatrici come disturbi post-traumatici da stress e disturbi alimentari.

Queste evidenze sottolineano gli effetti calmanti, curativi e terapeutici prodotti dalla attuale relazione terapeutica col terapeuta, come pure il comfort e la sicurezza offerta dalle rappresentazioni mentali di queste esperienze di attaccamento amorevole e di cura. L'esposizione al paradigma dell'attaccamento fornisce un modello di intervento, prevenzione e speranza per gli specializzandi mentre passano dall'apprendimento dei modelli fenomenologici della diagnostica psichiatrica ad altri parametri dello sviluppo e dell'intervento umano. [73].

La specializzazione in psichiatria caratterizzata dall'approccio psicodinamico secondo Goldberg & Plakun impiega *il modello Y della psicoterapia* [56] come competenza fondamentale dello psichiatra: per quanto riguarda la corretta indicazione in pazienti con psicopatologia adeguata, anche per percorsi che prevedano fasi successive di trattamento con obiettivi evolutivi.

Questo rappresenta i componenti cardine di tutte le psicoterapie sullo stelo della Y, le componenti specifiche della psicoterapia psicodinamica e della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) sulle braccia della Y. La familiarità con il modello Y può aiutare gli studenti a far fronte alla confusione che emerge quando provano ad imparare molti differenti tipi di psicoterapia. Il modello Y può anche essere un importante aiuto per gli insegnanti di psicoterapia psicodinamica.

L'uso del modello Y aiuta gli studenti ad osservare come i componenti specifici della psicoterapia psicodinamica emergono dal nucleo centrale. Aiuta anche gli studenti a confrontare la psicoterapia psicodinamica con la CBT (e altre terapie).

Uno studente che ha raggiunto un punto di confusione mentre sta facendo psicoterapia psicodinamica può essere invitato a “rimpicciolire” fino al modello Y, utilizzandolo per esaminare questo punto di confusione, “focalizzando poi indietro” per uno sguardo nuovo all’interazione paziente-terapeuta.

La valutazione dei percorsi formativi alla CBT e alla psicoterapia psicodinamica – intese come pietre miliari della capacità professionale dello psichiatra – è stata l’oggetto di una recente ricerca pilota del gruppo della Prof.ssa P. Ravitz dell’Università di Toronto [111]. Risultato importante e innovativo è stato quello per cui l’insegnamento e l’osservazione sono fattibili e possono essere valutati esaminando i cambiamenti nell’arco di un anno di formazione sugli elementi cardine delle due competenze. Sono state impiegate le registrazioni audio di sedute, selezionate casualmente da diverse fasi della psicoterapia psicodinamica e della CBT, con cinque specializzandi junior e dieci pazienti e valutate tramite Psychotherapy Process Q-sort (strumento pantateorico, in grado di fornire validi elementi per l’analisi dei processi terapeutici).

In entrambi i trattamenti è migliorato il coinvolgimento del paziente con attenzione alle emozioni durante la sessione. Nella CBT, gli specializzandi erano direttivi, sostenevano l’autoefficacia nei pazienti, enfatizzavano i pazienti che si assumevano la responsabilità per i loro problemi, discutevano di compiti a casa, come i diari personali e si concentravano sulla conclusione nelle ultime sessioni. Nella psicoterapia psicodinamica gli specializzandi hanno partecipato all’arousal emotivo e hanno connesso i sentimenti o le percezioni dei pazienti a situazioni o comportamenti passati.

La competenza come psichiatra psicodinamico richiede più che l’acquisizione di un corpo di conoscenze teoriche e di una serie di competenze tecniche, anche se queste sono ovviamente indispensabili. Richiede anche lo sviluppo o l’acquisizione di una serie di virtù - atteggiamenti di mente e di cuore che generano risposte abituali - che sono incorporate nel carattere e nella persona dello specializzando in via di formazione.

Queste *virtù psicodinamiche* secondo Brenner & Khan [19] includono un sottile ed esigente tipo di empatia, un atteggiamento di accettazione e affermazione, una curiosità e fiducia per quanto riguarda il sottostante significato, l’umiltà di fronte alla incertezza e all’ambiguità, l’apertura all’immersione nel transfert, e la soddisfazione in un range ristretto di potenziali gratificazioni.

I programmi di specializzazione tentano di fare uno screening sul potenziale riguardo queste qualità durante il processo di applicazione. Tuttavia, i programmi di specializzazione devono anche lavorare in modo esplicito per favorire lo sviluppo di queste qualità durante il percorso formativo. La creazione di un ambiente di supporto ancora aspirazionale, l’interiorizzazione di modelli di supervisione e l’incoraggiamento/opportunità per conoscere il proprio mondo interiore sono alcune delle potenziali vie attraverso le quali possiamo aiutare gli specializzandi ad acquisire virtù e quindi a raggiungere il loro potenziale come psichiatri psicodinamici [19].

Queste attitudini sembrano rappresentare gli atteggiamenti terapeutici fondamentali anche, e forse soprattutto, negli interventi psicodinamici brevi con pazienti difficili con schizofrenia come uno specializzando in psichiatria ben descrive nel caso del suo paziente Peter: *“Sono toccato dal coraggio di Peter di esplorare le sue personali aree di sofferenza. Lui continua a soffrire. Molti armadi ... gli rimasero chiusi nel nostro breve periodo terapeutico, e noi non abbiamo eliminato la sua psicosi”*.

Tuttavia, attraverso il processo psicodinamico, Peter iniziò a ricostruire una sfera di esistenza al di fuori della sua malattia. I suoi deliri e allucinazioni non solo sono diventate meno invadenti, ma Peter ha anche acquisito una maggiore tolleranza delle relazioni intime con gli altri. Ha modellato un aspetto più positivo di sé stesso. Ora però abbiamo la voce di Peter - che sale più forte dalle sue regioni allucinatorie - indicandomi di andare avanti, creando una breccia nella recinzione, chiamandoci ad essere uniti. (130, p. 73).

III. 2. Aspetti speciali della formazione psicodinamica

Un tirocinio di Psicoterapia Basata sul Transfert (TFP) secondo Bernstein et al. [13] e Chambers [25] costituisce un prezioso aiuto per gli specializzandi in psichiatria per imparare la psicoterapia psicodinamica. La competenza in psicoterapia psicodinamica è un requisito fondamentale, ma per una serie di ragioni, per gli allievi della scuola di psichiatria l'apprendimento della psicoterapia psicodinamica è difficile.

Gli autori descrivono la loro esperienza con un percorso di formazione elettivo in TFP, un trattamento manualizzato per i gravi disturbi di personalità. Vengono discusse le varie sfide nell'apprendimento della psicoterapia psicodinamica e come la TFP possa servire ad affrontarle: maneggiare la psicopatologia e una teoria della mente sintetica e coerente; imparare ad usare gli interventi associati a questa teoria; gestire le difficoltà di transfert e controtransfert. La formazione in TFP facilita l'acquisizione di maggior familiarità e padronanza con il più ampio campo della psicoterapia psicodinamica offrendo una strategia per affrontare le sfide inerenti l'apprendimento, offrendo anche molti spunti per comprendere e affrontare negli specializzandi il comune sentimento di sentirsi sopraffatti.

La formazione in TFP aiuta gli specializzandi a sviluppare “le conoscenze, attitudini e competenze” che possono essere implementate per aiutare i pazienti con disturbi di personalità in molti contesti al di fuori della clinica ambulatoriale psicoterapica [17]. La seconda sfida affrontata dagli specializzandi è imparare ad usare la matrice di tecniche necessarie per la psicoterapia psicodinamica.

Gli specializzandi devono capire che cosa vuol dire essere “tecnicamente neutrali” senza diventare inefficaci o emotivamente distaccati. Il terapeuta deve trattare il paziente con “civiltà e cortesia” piuttosto che con la fredda neutralità che è la caricatura di un terapeuta psicoanalitico.

Un importante compito nell'apprendimento della psicoterapia psicodinamica è quello di identificare, tollerare e utilizzare i sentimenti di transfert e controtransfert. Per molti terapeuti lo sforzo di comprendere l'esperienza del paziente è di *per sé* supportivo piuttosto che contenitivo. Il contratto terapeutico TFP, che anticipava la presenza di opposizioni e resistenze e specificava l'impegno alla terapia per un anno, ha permesso allo specializzando di gestire la sua ansia con il paziente.

Le collusioni sono comuni nel trattamento di questi soggetti borderline che spesso usano l'identificazione proiettiva, attraverso la quale le esperienze dolorose vengono proiettate sul terapeuta e combinate con tentativi di controllare il comportamento e l'esperienza del terapeuta: la collusione dello specializzando con il paziente, discusso in una vignetta clinica, favoriva il fatto che entrambi evitassero sentimenti troppo dolorosi, pur apparentemente lavorando in terapia.

Da molti osservatori è stato ritenuto “imminente e forse inevitabile” il crollo della psicoterapia psicodinamica eseguita dagli psichiatri. L'articolo di Drell [32] documenta la diminuzione negli ultimi 25 anni della formazione in psicoterapia psicodinamica nelle Scuole di Psichiatria. Questo processo sarebbe inevitabile a causa di un marcato cambiamento di paradigma nella psichiatria in risposta a scoperte eccitanti e rivoluzionarie nelle neuroscienze, tra cui l'imaging del cervello, il progetto del genoma umano e la psicofarmacologia. La scienza, si potrebbe dire, si sta inesorabilmente spostando, in apparenza, da un focus sulla mente a quello sul cervello.

Questo cambiamento di paradigma sembra aver messo a dura prova la pratica della psicoterapia psicodinamica, anche se lo stesso focus sulle neuroscienze ha chiarito invece che le psicoterapie hanno la capacità di cambiare il cervello, come i farmaci. Vi sono tuttavia argomenti altrettanto convincenti secondo cui la terapia psicodinamica è vittima dei suoi alti costi, dei risultati discutibili e dei desideri sociali di soluzioni rapide e ridotti finanziamenti per l'assistenza sanitaria. Alla lista dei fattori sociali che contribuiscono a questa situazione Drell in un successivo articolo del 2017 [33] esamina le risposte sociali che potrebbero contrastare un declino nella pratica della psicoterapia psicodinamica da parte degli psichiatri.

Gli ostacoli all'apprendimento derivano anche da alcuni vissuti sfavorevoli durante la Scuola di Psichiatria. L'esperienza degli psichiatri in formazione psicodinamica può essere infatti talvolta vissuta come *scoraggiante*, come è emerso dallo studio di Cohen & Hatcher [28]. È stata impiegata una metodologia qualitativa e un'intervista semi-strutturata, audio-registrata di 12 partecipanti. Il concetto centrale di “compito scoraggiante” è stato sviluppato e collegato alle principali categorie di “tirocinante: shock e timore”, “paziente: protetto e temuto”, “supervisore: deludente o ammirato/riverito”, “contesto più ampio”, “fare e imparare la psichiatria nel 21° secolo”. La ricerca ha identificato diversi fattori in ciascuna delle principali categorie che hanno contribuito a definire come scoraggiante l'esperienza della formazione psicodinamica.

Ciononostante, gli specializzandi partecipanti allo studio hanno sottolineato l'importanza del conoscere la psicodinamica e l'importanza della formazione nel facilitare questo.

Altri aspetti demotivanti riguardano aspetti organizzativi delle scuole come debiti economici della formazione, strutture in cui praticare, gestione intrusiva e politiche di rimborso che svalutano la psicoterapia e scoraggiano gli psichiatri all'inizio della loro carriera ad una pratica che favorisca l'uso della psicoterapia [27]. La competenza psicoterapeutica è essenziale perché lo psichiatra è l'unico come medico che può/deve assumersi la piena responsabilità della cura BPS del paziente - articolando interventi farmacologici psicoterapeutici e riabilitativi - in ruoli come quello di supervisore, consulente e team leader.

Gli psichiatri tuttavia al termine della specializzazione si trovano ad affrontare un ambiente in cui i sondaggi mostrano un declino costante e allarmante della pratica della psicoterapia da parte degli psichiatri, insieme a un calo della soddisfazione professionale. Gli autori [27] propongono alcuni interventi che potrebbero correggere questi ostacoli alla formazione:

- 1) una vigorosa difesa per migliori livelli di pagamento per la psicoterapia e la limitazione di una gestione poco costruttiva;
- 2) azione ferma contro le violazioni del Parity Act;
- 3) preparazione attiva degli specializzandi psichiatri al fine di affrontare le scelte durante la propria carriera e nei confronti del contesto attuale per fornire psicoterapia nella loro pratica;
- 4) formazione post-laurea in psicoterapia attraverso supervisione/consultazione, corsi di formazione continua, formazione tramite computer e apprendimento a distanza [27].

Altri ostacoli difficoltà ed all'apprendimento e insegnamento della terapia psicodinamica si ritrovano nel *duro lavoro quotidiano* degli specializzandi di psichiatria [64]. Nella pratica, l'insegnamento degli elementi teorici e pratici della PP può scontrarsi con assenze frequenti, pesanti turni di guardia, arrivi in ritardo e uscite anticipate degli specializzandi. Questi ostacoli possono essere parzialmente superati concentrandosi su argomenti che possono essere esplorati nel corso di una singola lezione. L'autore suggerisce tecniche *pedagogiche* di umorismo, psicodramma, materiale clinico del caso ben delineato, che suscitino interesse, partecipazione di gruppo, dimostrata immediatezza di applicazione, evitando la terminologia poco chiara o differenze teoriche sfumate.

I problemi dell'insegnamento della PP e della formazione dei supervisori è stato affrontato in diversi articoli da alcune diverse ottiche. Sono descritti programmi di formazione standard per insegnare ai supervisori della psicoterapia aspetti efficaci, etici e legali della supervisione [112]. In un altro articolo è presentato in dettaglio un corso di terapia psicodinamica di specializzazione in psichiatria: il contenuto e le tecniche di insegnamento utilizzate nel contesto dell'evoluzione negli ultimi due decenni, una

guida alla pratica basata sull'evidenza [9, 128], insieme alle sfide dell'insegnamento di questo argomento nel contesto attuale.

Vengono spiegati gli elementi centrali di un programma di insegnamento psicoterapico emozionante e coinvolgente: sentimenti, contesto e libertà. Sono affrontati inoltre argomenti specifici come la formulazione psicodinamica, l'uso di video, l'auto-divulgazione e la resistenza [128]. Si ritiene inoltre che insegnare agli specializzandi a far ricerca in psicoterapia aiuterà lo sviluppo di una generazione di clinici in grado di riconoscere meglio il valore di un approccio psicodinamico per i pazienti [21].

Le risorse limitate nell'educazione psicodinamica nella formazione in psichiatria hanno portato l'American Academy of Psychodynamic Psychiatry and Psychoanalysis a creare il *Victor J. Teichner Award* [70]. Questo premio finanzia uno studente di psicodinamica a visitare una scuola di specializzazione in psichiatria per insegnare agli specializzandi e alla facoltà per un periodo di 2-3 giorni. Tramite una procedura osservazionale mediante sondaggi online anonimi sono stati effettuati prima e dopo la visita a 88 specializzandi di tre programmi di specializzazione.

Nel confrontare i gruppi pre-visita e post-visita, gli specializzandi si sono giudicati significativamente migliorati nella psicoterapia psicodinamica per quanto riguarda il loro livello di competenza, la loro capacità di ascoltare e la loro capacità di effettuare interventi. Inoltre, gli specializzandi in programmi a ridotta componente psicodinamica hanno espresso forte interesse nell'apprendimento delle abilità psicoterapiche generali e psicodinamiche nonostante frequentino programmi con orientamento principalmente biologico. Questi risultati suggeriscono che programmi brevi e intensivi per migliorare l'insegnamento psicodinamico sono utili nella formazione in psichiatria e possono comportare un aumento significativo del senso di competenza psicodinamica degli specializzandi.

Le somiglianze culturali nella diade terapeutica possono migliorare il trattamento facilitando la comprensione delle tradizioni e del linguaggio culturali. Tuttavia, le similitudini possono anche essere un ostacolo e l'attenzione al processo rimane fondamentale. Il semplice presupposto che l'abbinamento culturale migliora invariabilmente il trattamento può minare la capacità di riconoscere le insidie legate alle questioni culturali per il terapeuta. Un'osservazione equilibrata di transfert e controtransfert, sostenuta da un'attenta supervisione, può risolvere tali potenziali problemi [113].

Alcune iniziative esemplari promosse dalla World Psychiatric Association hanno evidenziato in nazioni di aree svantaggiate del mondo - Indonesia, Iran, Malaysia, Thailandia - come la PP risulta in questi paesi una materia stimolante da insegnare e da apprendere [8]. Oltre alle carenze logistiche e psichiatriche della forza lavoro, adeguati adattamenti culturali richiedono uno sforzo creativo per rendere la PP rilevante anche al di fuori dei paesi ad alto reddito.

I risultati conseguiti in queste regioni sono presentati come possibili modelli da emulare altrove. Attraverso collaborazioni internazionali possono essere implementati metodi pedagogici innovativi che includono tutoraggio attentamente realizzato e incorporano la videoconferenza in combinazione con le visite in loco. L'enfasi sul mentoring è essenziale per formare adeguatamente i futuri supervisori della psicoterapia psicodinamica.

L'approccio psicodinamico può essere applicato a tutti gli aspetti del lavoro di consultazione e liaison. Di particolare utilità possono essere i derivati del controtransfert classico, che possono essere visti come reazioni e identificazioni dallo psichiatra curante o dall'équipe medica per il paziente che possono interferire con cure efficaci [14]. La teoria dell'attaccamento viene rivista come particolarmente utile nella relazione medico-paziente dei pazienti con patologie fisiche [98].

L'impatto del controtransfert, specialmente nella relazione con pazienti difficili e "odiosi" è rilevante per gli esiti delle cure, in particolare serve ad esplorare le dinamiche che circondano l'argomento del *suicidio assistito* dal medico, in quanto riguarda la comprensione della richiesta di morire di un paziente. Speciale attenzione viene data alle sfide che circondano l'esperienza unica degli specializzandi che imparano come *trattare* i pazienti con patologie mediche nei servizi di consultazione-liaison.

Gli specializzandi che completano la loro formazione durante le rotazioni in servizi di consultazione-liaison sono implicitamente tenuti a riconoscere e considerare le reazioni controtransferali quando offrono raccomandazioni cliniche ai pazienti. Jimenez et al. [66] tramite una revisione della letteratura rilevano una notevole mancanza nell'insegnamento di queste abilità agli specializzandi psichiatri e confermano l'importanza della formazione nella gestione del controtransfert nell'ambito della consultazione-liaison. Allo stesso tempo propongono indirizzi futuri per la ricerca e l'insegnamento, promuovendo l'istituzione di linee guida per la formazione in PP in ambito ospedaliero.

III. 3. *Altri aspetti della formazione psicodinamica*

Tra i lavori esaminati in questo terzo gruppo particolarmente innovativo risulta l'intento di valutare i processi minimi negli scambi all'interno della relazione terapeutica. Da oltre vent'anni Stern e il Boston Group [129] studiano i *now moment* tra i fattori impliciti di cambiamento nel setting. Il gruppo di Debora Cabaniss e coll. [22] della Columbia University NY osserva come i programmi generalmente insegnano la psicoterapia psicodinamica usando la didattica e la supervisione di gruppo, con più ore di insegnamento su questa modalità che su CBT o sulla psicoterapia di supporto.

Come parte del prossimo sistema di accreditamento le Scuole di Specializzazione in psichiatria sono incaricate di sviluppare obiettivi specifici nel tentativo di trasforma-

re competenze a tratti astratte in aspettative maggiormente uniformi, significative e trasparenti. Considerando che non sono ancora ben definiti e pubblicati gli strumenti per valutare le competenze in psicoterapia, specialmente per quella psicodinamica, il gruppo di Cabaniss e coll. [22] propone il test *Microprocess Moment* sulle abilità di psicoterapia. Il termine "microprocesso" si riferisce al *momento/scambio* di momenti tra paziente e terapeuta; in tal modo, *The Microprocess Moment* è un'istantanea di un breve episodio nel trattamento.

Questa valutazione non si limita a misurare l'adesione a una tecnica specifica - come si potrebbe determinare ad esempio dal rivedere un video - dal momento che dimostra non solo quello che dicono gli specializzandi ma anche *come* stanno pensando. Utilizzo del *Microprocess Moment* per valutare gli specializzandi nel lavoro in psicoterapia psicodinamica ci permette di imparare non solo quello che dicono, ma anche come pensano. A differenza di un esame, è individualizzato, chiede agli specializzandi di discutere il proprio lavoro e cattura la loro capacità di riflettere e costruire interventi. Infine, offre una buona opportunità per l'insegnamento e apprendimento tra pari. Questo strumento valuta sia le capacità di ascolto, gli affetti, transfert, controtransfert, temi inconsci, come pure le riflessioni sul tema: discussione sull'uso dei principi della scelta degli interventi (dalla superficie alla profondità, a seguito dell'affetto, attenzione al controtransfert); discussione sull'uso dei principi di appropriatezza (fase del trattamento, stato dell'alleanza, forza dell'io).

Al termine del percorso di formazione gli specializzandi in psichiatria dovrebbero avere competenze sugli aspetti comuni a tutte le psicoterapie (ad esempio, creare un'alleanza terapeutica, ascoltare empaticamente, mantenere i confini), così come competenze specifiche in tre modalità psicoterapeutiche: psicodinamica, supportiva e cognitivo-comportamentale. Gli autori ritengono che saper condurre la psicoterapia sia un'abilità chiave per gli psichiatri e una competenza fondamentale da acquisire durante la scuola di specializzazione in psichiatria.

Considerate le difficoltà alla formazione psicoterapeutica alle competenze durante la Scuola di Specializzazione psichiatrica Bernanke & McCommon [12] propongono un programma formativo denominato *Buona gestione psichiatrica per il disturbo borderline della personalità* (GPM) basato su evidenze di efficacia semplificato e psicodinamicamente strutturato per la gestione ambulatoriale di pazienti con disturbo borderline della personalità, uno dei disturbi più impegnativi che gli specializzandi devono imparare a trattare.

Nel loro studio gli autori forniscono una panoramica del GPM e mostrano che tale formazione soddisfa un requisito fondamentale per la formazione in psicoterapia di supporto, è utile per il training in psicoterapia psicodinamica e si può applicare ad altri gravi disturbi della personalità, in particolare al disturbo narcisistico. Il programma è basato sul *modello di ipersensibilità interpersonale* utilizzato in GPM come un modo

semplice per i medici di collaborare con i pazienti nell'organizzazione di approcci alla psicoeducazione, rivolta a favorire l'alleanza terapeutica, a definire gli obiettivi del trattamento, alla gestione dei casi, all'uso di più modalità di trattamento e alla sicurezza del setting.

Un cambiamento del modello di *ipersensibilità interpersonale* che include l'ipersensibilità intra-personale può essere utilizzata per affrontare i problemi narcisisti, spesso presenti nel disturbo borderline della personalità. Fornendo alcuni esempi e vignette cliniche per rendere conto dei cambiamenti dopo un anno di supervisione gli autori sostengono che queste caratteristiche rendono GPM ideale per gli specializzandi in psichiatria nel trattamento dei loro pazienti più impegnativi.

La Psicoterapia focalizzata sul transfert TFP, un trattamento psicodinamico documentato per gravi disturbi della personalità è stata proposta nella specializzazione in psichiatria generale come un modello molto utile e applicabile per gli specializzandi in contesti clinici di pazienti con crisi acute [133]. La formazione in TFP durante la specializzazione può fornire un modello facilmente applicabile per comprendere e trattare la patologia della personalità in una varietà di ambienti, anche per gli specializzandi che non perseguono una formazione aggiuntiva in trattamenti psicodinamici.

Anche se la TFP è stata sviluppata come trattamento ambulatoriale a lungo termine, gli autori hanno trovato il quadro diagnostico e teorico e le tecniche cliniche descritte nel manuale di trattamento TFP utili in ambienti per i trattamenti d'urgenza. Nell'esperienza degli autori, gli specializzandi trovano questo modello di comprensione e di lavoro con pazienti con disturbi della personalità piacevoli da imparare e facili da applicare.

Il problema del ruolo della psicoterapia psicodinamica personale nella formazione di uno psichiatra competente è stato affrontato - almeno per quanto abbiamo potuto reperire nella letteratura esaminata in questi ultimi quindici anni - solo da uno studio di Brenner [18] del Dipartimento di Psichiatria di Boston.

L'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) aveva promosso un'iniziativa relativa alle competenze che sta causando un cambiamento di paradigma nella formazione psichiatrica. L'American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (AADPRT) ha valutato linee guida specifiche per le competenze in ogni tipo di psicoterapia, tra cui la psicoterapia psicodinamica. Secondo queste linee guida lo specializzando "dimostrerà la comprensione del concetto dell'inconscio" e anche del comportamento sottostante "i molteplici e complessi significati".

A tal fine, lo specializzando dovrebbe essere in grado di stabilire un'alleanza con il paziente che consenta "un'indagine sulla vita interiore del paziente". Infine, le linee guida di AADPRT specificano che lo specializzando dovrebbe essere in grado di riconoscere, utilizzare e gestire aspetti di transfert e controtransfert e di "utilizzare l'auto-riflessione per conoscere le proprie risposte ai pazienti".

La psicoterapia è diversa da altre procedure mediche: richiede la consapevolezza delle risposte interne sia del paziente che del terapeuta, competenza assai difficile se gli specializzandi non hanno pieno accesso ai processi di una psicoterapia psicodinamica completa.

Guardare una psicoterapia non permetterebbe al giovane medico di osservare le esperienze soggettive cruciali dei partecipanti alla terapia, come ad esempio quanto sia reale il transfert, quanto il terapeuta si senta angosciato e confuso dai sentimenti di controtransfert o quanto siano forti le pressioni dell'identificazione proiettiva. Tuttavia molti specializzandi, così come molti docenti, hanno guardato e sperimentato questa procedura attraverso la partecipazione alla propria terapia personale.

L'apprendimento della psicoterapia ha aspetti peculiari rispetto all'apprendimento di altre abilità in medicina, quali la formazione personale; impegnarsi in psicoterapia personale ha a lungo ricoperto un ruolo aggiuntivo non ufficiale alla formazione della specializzazione in psichiatria. Anche se la il Residency Review Committee for Psychiatry (RRC) indica la necessità di competenza nella psicoterapia, i set di abilità descritti per la psicoterapia psicodinamica sono essenziali in ogni ambiente di trattamento [18].

Le caratteristiche professionali e personali proprie - la cui conoscenza è tra gli obiettivi di un training personale su di sé - sembrano rilevanti ai fini degli esiti delle psicoterapie con i propri pazienti. Una ricerca assai innovativa su questi aspetti è quella di E. Heinonen e coll. [60] che si propone di evidenziare se i tratti di personalità del terapeuta possono essere predittori dell'outcome nella psicoterapia psicodinamica long term (LPP) e in psicoanalisi (PA).

Nel 2013 lo stesso autore aveva rilevato che psicoterapeuti attivi ed estroversi producono una più rapida riduzione dei sintomi nella terapia a breve termine rispetto a quella a lungo termine.

Quelli più cauti e non invasivi sono più efficaci nella terapia a lungo termine nel corso dei tre anni di follow up. Lo studio del 2014 riguarda 58 terapeuti esperti: terapeuti professionalmente meno confermati e personalmente più forti e meno distaccati erano predittori di minori sintomi in PA rispetto alla LPP alla fine del *follow up*. Uno stile relazionale più moderato, esperienze di difficoltà nel lavoro e sensazione di avere buone capacità predicono una più rapida diminuzione dei sintomi nella LPP, indicando quindi delle differenze tra PA e LPP nel processo terapeutico.

Questi risultati mettono in dubbio i benefici della posizione "classica" di psicoanalista neutrale nella PA. Indicano inoltre la necessità di una valutazione più approfondita del processo terapeutico dei due trattamenti e nel confronto tra i due, che potrebbe aiutare nel training e nelle supervisioni dei terapeuti [67].

IV. *Discussione*

IV. 1. *L'accidentato cammino verso una psichiatria di per sé psicodinamica*

Nella nostra precedente overview del 2005 *Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatra nell'era delle neuroscienze* avevamo rilevato nel periodo esaminato, 1999-2004, come pienamente riguardanti al tema 18 studi. Nella presente rassegna nel periodo 2006-2020 su 452 articoli rintracciati risultavano strettamente pertinenti 53 articoli. Quindi dal nostro punto di osservazione la media annuale di produzione scientifica su questo importante argomento risulta invariata negli ultimi anni rispetto al primo quinquennio considerato. Il cammino verso la PP è a tratti travagliato ma prosegue, con picchi di importante conferma e sviluppo.

Una revisione critica degli articoli esaminati evidenzia una ricchezza di commenti, suggerimenti e osservazioni basati su esperienze cliniche di insegnamento personali, che fanno da contrappeso alla minor frequenza di dati sperimentali come misurazione della competenza raggiunta dagli psichiatri in formazione, soddisfazione dei pazienti alle terapie, grado di sviluppo delle lezioni e della pratica clinica. Spiccano alcuni studi su esperienze pilota per favorire la formazione psicodinamica [70, 122] come pure quelli di valutazione delle competenze acquisite [22] anche tramite interviste [23] e sulla valutazione della personalità dei terapeuti in riferimento agli esiti dei trattamenti psicodinamici [60].

La PP si conferma comunque un modo di pensare che pone la persona al centro della comprensione e del trattamento diagnostico. Questa enfasi sulle caratteristiche uniche di un individuo è tuttavia in disaccordo, osserva Gabbard nel 2018, con gran parte del pensiero psichiatrico contemporaneo, che è orientato invece a identificare una serie di criteri progettati per identificare categorie diagnostiche discrete con supposte basi biologiche. I costrutti psicodinamici sullo sviluppo e sulla persona si trovano invece al centro della comprensione e del trattamento diagnostico nella PP Gabbard [46].

Il più autorevole journal in ambito psichiatrico internazionale *World Psychiatry* espressione della *World Psychiatry Association WPA* ha riportato di recente un articolo assai esaustivo di Gabbard [47] sul valore e la rilevanza del controtransfert nel lavoro clinico dello psichiatra, a prescindere dal setting: è questo il cuore della formazione psicodinamica!

IV. 2. *Psichiatria psicodinamica: una definizione ormai consolidata*

Mentre i dati USA rilevano una tendenza alla diminuzione della pratica della psicoterapia tra psichiatri, una ricerca di Hadjipavlou et al. [59] sugli psichiatri canadesi ne ha evidenziato una spiccata tendenza all'aumento: più dell'80% degli intervistati, che hanno iniziato la loro pratica professionale negli ultimi dieci anni, dichiara di pratica-

re la psicoterapia, soprattutto la psicoterapia di supporto e il principale orientamento teorico è quello psicodinamico. La mancanza di tempo nei servizi di salute mentale è considerato l'ostacolo principale alla pratica della psicoterapia, che viene comunque spesso associata alla farmacoterapia.

a) La PP è caratterizzata dal peculiare modo di pensare non solo rispetto ai propri pazienti, ma anche rispetto a sé stessi nel campo interpersonale tra paziente e terapeuta, che comprende il conflitto inconscio, le distorsioni delle strutture intrapsichiche e le relazioni oggettuali interne. La percezione analitica è lo strumento principale: le emozioni del paziente, le proprie e quelle che si attivano in risposta a quelle del paziente come strumento di diagnosi ed intervento [115].

L'interazione della personalità del paziente con quella del terapeuta come specifica potenzialità trasformante, fondata su una *competenza sui significati*. "Per vedere nella mente di un altro dobbiamo immergerci ripetutamente nelle sue associazioni e sentimenti e per cogliere il valore unico della sua esperienza soggettiva dobbiamo utilizzare la sua relazione con noi" [45].

La PP nasce dalla fusione tra la *psicologia del profondo* psicoanalitica ed extra-psicoanalitica, le neuroscienze e la psichiatria accademica. Questa nuova psichiatria sta cercando di radicarsi in un ambiente, quello delle Scuole USA, intellettualmente complesso. Attualmente infatti, secondo Plakun [108], la maggior parte degli orientamenti e delle scuole di psichiatria e psicologia non supportano sufficientemente l'utilità di modelli che integrino le influenze biologiche, psicologiche e socio famigliari sul comportamento: la PP, invece, fa proprio questo [43, 56, 108]!

Nei contesti di cura i clinici della PP sono attenti a tutto ciò che il paziente comunica, poiché il flusso dei pensieri e delle emozioni che il paziente racconta è in grado di rivelare significati e conflitti interiori dei quali il paziente può avere poca o nessuna consapevolezza. Infatti sono proprio questi significati e conflitti che influenzano lo sviluppo e la manifestazione del sintomo mediante processi inconsci.

La formulazione esplicativa psicodinamica [36, 45, 84, 85, 86], come si è detto sopra, rappresenta il tipico strumento della PP per *comprendere* il disagio del paziente: sia diagnostico - per fare ipotesi di lavoro sul conflitto/deficit inconscio e sulle difese coinvolte nel processo psicopatologico - sia progettuale, per la programmazione degli interventi BPS ad personam [36]. Tale procedura diagnostico-relazionale richiede, per Rovera, un adeguato *stile terapeutico* [119] fondato su un corrispondente sviluppo dello stile di attaccamento. Nessuno psichiatra secondo un recente Editoriale del BJP [5] dovrebbe essere privo della competenza/capacità professionale riferita alla teoria dell'attaccamento che ha ricevuto molte conferme da studi di brain imaging. Questa può aiutare a migliorare i servizi fornendo una *base sicura a relazioni a lungo termine*, coerenza del personale e supporto per gli accompagnatori.

I medici coinvolti nella gestione dei servizi di salute mentale hanno bisogno di condividere le loro conoscenze/competenze della teoria dell'attaccamento con i committenti e fornire loro convinzioni su come questo possa migliorare i risultati nel contesto della fornitura di assistenza a lungo termine per le persone con disturbi. Meccanismi difensivi e conflitto sono due costrutti ipotetici che costituiscono il cuore degli approcci psicodinamici per capire e trattare la psicopatologia clinica.

I meccanismi difensivi mediano fra i desideri dell'individuo, i bisogni e gli affetti da un lato e le relazioni oggettuali internalizzate e la realtà esterna dall'altro. I recenti progressi nelle neuroscienze cognitive e dell'affettività pongono in evidenza la questione dei sottostanti processi neuronali. Le neuroscienze in prima persona [100, 102] permettono di evidenziare come i processi psicodinamici associati ai meccanismi di difesa siano collegati a ben individuate reti neuronali nel nostro cervello.

b) La psicopatologia dinamica è rivolta alla ricognizione e comprensione della patogenesi. Perché sorga un disturbo psicopatologico è indispensabile che l'individuo perpetui la registrazione delle esperienze negative nel suo Stile di Vita e che non riesca più a «compensare» in modo adeguato gli sviluppi che tali vissuti potrebbero comportare. Secondo uno *schema multifasico di tipo dinamico*, uno scompensamento psichico dovrebbe riferirsi a:

- i) eventuali cause biologiche o vulnerabilità temperamentali, associate alle alterazioni della dinamica familiare;
- ii) fatti della vita vissuti come elementi penalizzanti;
- iii) interazioni tra livello intrapsichico, relazionale e sociale, vissuti come destabilizzanti a seconda della soglia di vulnerabilità dell'individuo.

Lo psichiatra psicodinamico cerca di prefigurare un percorso evolutivo *possibile* qui e ora per il suo paziente. Secondo le proposizioni definitorie del metodo analitico di Adler [3]:

- a) vi è un senso - significato e direzione - nel meccanismo inconscio che sottende i fenomeni della vita psichica,
- b) è importante rintracciarne la fonte nelle esperienze passate e seguirne l'evoluzione rispetto alla progettualità,
- c) sono i rapporti intrapsichici tra i vari bisogni e istanze della psiche e, nello stesso tempo, i rapporti tra il mondo interno del soggetto e il suo ambiente che determinano la dinamica delle *manifestazioni compensatorie* in base alle quali si struttura la psiche. Le compensazioni hanno lo scopo di calmare l'ansia/angoscia che consegue al sentimento di inferiorità e di inadeguatezza rispetto ai compiti dell'esistenza.

c) In questi quindici anni le ricerche in ambito psiconeurobiologico hanno fornito dati importanti come si è detto, riguardanti i fattori di cambiamento attivati dalla relazione (psico)terapeutica, anche negli aspetti inconsci/impliciti. Nuove acquisizioni riguardanti l'inconscio come processo neurofisiologico, la memoria procedurale, le funzioni del sogno e dei meccanismi di difesa, i processi biopsicologici dell'attaccamento e le

configurazioni *mirror neurons* di empatia/compassione, processi intrapsichici/interpersonali come embodied simulation e intentional attunement - hanno riconosciuto la prevalente caratteristica implicita, più affettiva che cognitiva, inconscia più che consapevole, di tale dinamica relazionale paziente-terapeuta, con effetti trasformanti già *qui e ora* del setting [37]. La mole di ricerche della brain science fornisce crescenti evidenze sulle *dinamiche* che attivano il cambiamento invitando a cercare il nucleo nel contatto profondo tra paziente e clinico, tra le reciproche emozioni e espressioni implicite non verbali più che esplicite/verbali: cervello destro, più che sinistro, con sequenze quindi di contagi e di trasformazioni reciproche.

Gli ingredienti essenziali neurobiologici del cambiamento riguardano una riorganizzazione - attraverso la messa in atto di nuove modalità comportamentali nel setting - di vecchie memorie patogene verso una *nuova memoria* prevalentemente implicita frutto del coinvolgimento emotivo empatico *ottimale* del terapeuta nella relazione con il paziente. Atteggiamento e controatteggiamento sono il risultato della rielaborazione interna del transfert e controtransfert del terapeuta, del transfert del paziente, del reciproco e continuo scambio di affetti, fiducia, speranza, rifiuti, emozioni, aspettative.

Specialmente le comunicazioni inconscie, implicite transfert-controtransfert sono attivate nel cervello destro e portano agli enactment reciproci di funzionamenti emotivi inconsci, decisivi per il cambiamento terapeutico [53].

d) Lo psichiatra psicodinamico vuole comprendere cosa influenza il sintomo, attraverso un'osservazione attenta, partecipante ed empatica del paziente; in questo senso assumono importanza sia le dinamiche intrapsichiche del paziente che hanno preceduto e determinato la manifestazione del sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente. Anche le dinamiche inconscie del terapeuta assumono altrettanto rilievo, soprattutto quando sono correlate ai fenomeni di enactment [53, 108].

È ancora aperta la discussione sul complesso fenomeno della opposizione, spesso inconscia, del paziente alle cure a motivo di meccanismi di difesa, controproducenti, causante adesione parziale e resistenza ai trattamenti. Questi problemi, trasversali ad ogni diagnosi psichiatrica, hanno forti ripercussioni sulla insoddisfazione professionale dello psichiatra nonché sulla crisi di questa professione [87].

È nella *competenza progettuale strategica* che possiamo tuttavia ritrovare la principale qualità del nuovo psichiatra psicodinamico: un'articolazione ad personam (configurazione dimensionale di personalità) per ogni paziente di presidi farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi/famigliari: approccio di cura strategico perché considera le resistenze ai trattamenti *di per sé costitutive delle dinamiche patogenetiche* [2, 42] e di quelle inerenti le cure. Da non molto si stanno diffondendo studi [60] che evidenziano come la personalità dello psichiatra sia un importante e decisivo fattore di esito nelle psicoterapie, a breve o a lungo termine.

V. *Virtù psicodinamiche, sentimento di speranza e compassione*

Indicando una delle uscite dalla persistente crisi Gabbard e coll. ne *La professione dello psichiatra: etica sensibilità ed ingegno* [44], prendono posizione autorevole a favore di una maggior formazione *psicoterapeutica* in senso stretto e largo dello psichiatra. Al contempo Brenner & Khan [19] in un coinvolgente studio sul training degli psichiatri a proposito del concetto di *Psychodynamic Virtue* discutono sul valore di empatia, neutralità, affermazione, fiducia e curiosità verso i significati, accoglimento della complessità, incertezza, umiltà e limitazione della gratificazione.

La competenza dello psichiatra psicodinamico richiede molto di più che l'acquisizione di un insieme di conoscenze teoriche e di capacità tecniche anche se queste sono ovviamente indispensabili. Quali sono i tratti virtuosi della personalità, modi di fare e di essere degli psicoterapeuti-psichiatri psicodinamici? Si richiede l'acquisizione di una serie di atteggiamenti, virtù di mente e cuore - *virtù psicodinamiche* per Brenner & Khan - che sono incorporati nel carattere e nella persona del terapeuta: sottile e richiedente empatia, attitudine ad accettare e confermare, curiosità e confidenza con i significati sottostanti, umiltà a fronte di incertezze ambiguità, apertura a coinvolgimenti transferali, capacità a provare gratificazioni per piccole cose. La gratitudine del paziente non è l'unica fonte di gratificazione dell'analista.

L'apprendimento *continuo* è un aspetto profondamente gratificante del nostro lavoro.

Ogni paziente è il nostro insegnante e l'argomento è affascinante osserva Gabbard [45]. L'empatia include sia una componente cognitiva e che una componente affettiva. La componente cognitiva comporta l'essere in grado di concettualizzare l'esperienza interna del paziente, mentre la componente affettiva implica saper risuonare emotivamente con i sentimenti del paziente.

La posizione neutrale del terapeuta come "equidistante" da Es, Io e Super-Io già per Anna Freud [41] non deve ostacolare la autentica modulazione autonomia/dipendenza regolata nel processo di incoraggiamento verso una crescita dell'autostima. È necessario imparare a tollerare l'ambiguità o la chiusura incompleta per periodi di tempo prolungati, accettare punti di vista alternativi del mondo e sopportare le esperienze di impotenza, confusione e solitudine che non di rado caratterizzano i periodi di lavoro terapeutico.

La virtù che consente di provare la *speranza* di trovare un significato nell'apparentemente insignificante è tra le più contagiose: profonda convinzione che vi è un significato che deve essere trovato nelle cose apparentemente insignificanti e che l'esplorazione è il valore più profondo, anche quando questa esplorazione sembra improduttiva o senza meta. L'esplorazione psicodinamica equilibra ascolto non focalizzato che si astiene dal privilegiare qualsiasi contenuto particolare, e l'indagine focalizzata che segue quando clinico e paziente divengono consapevoli di aver inciampato, di essersi imbattuti, attraverso il sentiero di connessioni non apprezzate in precedenza.

L'attitudine del clinico è rivolta a trovare un senso anche in ciò che apparentemente è insignificante e quindi a suscitare speranza. Il sentimento di speranza è stato studiato anche tramite un approccio neurofisiologico al fenomeno del nocebo/placebo, Benedetti [14]: i risultati indicano che parole e rituali dell'atto terapeutico in grado di suscitare speranza nel paziente cambiano i circuiti dei neurotrasmettitori cerebrali proprio come alcuni farmaci antidepressivi e ansiolitici.

Recenti studi di brain imaging [78, 110] hanno distinto anche sul piano neuronale inconscio empatia, compassione e teoria della mente. La condivisione di stati affettivi con un'altra persona (empatia), preoccupazione per un altro (compassione) e ragionamento sullo stato della mente di un'altra persona (teoria della mente) sono separabili a livello concettuale, comportamentale: soggetti con forte empatia non sono necessariamente mentalizzatori esperti e ciascun aspetto può essere selettivamente attivato. I risultati degli studi di brain imaging sottolineano l'importante differenza sia psicologica che neuronale tra empatia e compassione. L'esposizione alla sofferenza degli altri può portare a due differenti tipi di reazioni emotive.

Da un lato la cosiddetta angoscia empatica - sentimenti auto-centrati e negativi, disinvestimento e ritiro – che se si protrae diviene un predittore negativo nelle cure.

Dall'altro lato, le risposte e l'atteggiamento compassionevole si basano su sentimenti positivi e etero-orientati e predispongono ad un atteggiamento motivazione e pro-sociale. Il training alla compassione favorisce un atteggiamento pro-sociale ed è anche in grado di sviluppare sentimenti positivi e atteggiamenti resilienti che a loro volta sostengono quelle strategie di coping necessarie specie con i pazienti difficili. L'angoscia empatica può essere corretta imparando come trasformare l'empatia in compassione. Questa risulta una strategia di regolazione emotiva che attenua l'effetto negativo attraverso la generazione attiva di effetti positivi che si basano sulla gratificazione circuiti cerebrali correlati all'affiliazione [110].

VI. *Alleanza terapeutica e stile terapeutico*

La relazione terapeutica nella PP si basa sull'alleanza terapeutica che si costituisce grazie al contributo sia del paziente sia del terapeuta. La durata può variare a seconda dell'esigenza e alla domanda del paziente, da un singolo incontro, a settimane, ad anni; il terapeuta può incontrare il paziente non solo in ambito ambulatoriale, ma anche nel contesto dei servizi ospedalieri psichiatrici, nel pronto soccorso e in qualsiasi altro ambiente medico o chirurgico di un ospedale nel quale gli psichiatri svolgono ruolo di consulenti di psichiatria di liaison; la cura prevede l'applicazione di tecniche sviluppate nel corso del tempo e l'instaurarsi di una fiducia terapeutica che favorisca la collaborazione del paziente.

Ogni qualvolta lo psichiatra psicodinamico interagisce con un paziente, nella pratica utilizzerà un approccio evolutivo basata sull'alleanza per comprendere il soggetto e per aiutarlo a migliorare.

Alleanza è infatti riferibile alla capacità del paziente e del terapeuta di sviluppare un rapporto basato sulla fiducia, sul rispetto e sulla collaborazione, finalizzato ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente, che favorisce il processo e l'esito della cura e che può permanere oltre la fine del trattamento: l'alleanza appare il risultato del modo di sentire di essere del clinico che ha sviluppato virtù psicodinamiche di cui si è detto.

Le espressioni “*Alleanza Terapeutica*”, “*Alleanza di Lavoro*” e “*Alleanza Negoziata*” sono le denominazioni più usate per indicare una dimensione interattiva che è intrinseca e, talora, va oltre lo specifico trattamento psicoterapeutico [118]. Elementi in comune sono le regole fondamentali deontologiche, quelle del setting, il coinvolgimento empatico, l'alleanza col deficit, una strategia dell'incoraggiamento. Nell'alleanza negoziata prevale il limite temporale e l'analisi delle resistenze, in quella di lavoro è prioritario il coinvolgimento empatico, l'elaborazione delle vicissitudini legate alle *rottture e riparazioni*, mentre nell'alleanza terapeutica è prioritario un implicito “patto di non abbandono”, anche dopo la conclusione del trattamento.

Ciò può favorire dipendenze regressive e analisi interminabili, ma permette di vivere le perdite non come abbandono e di far emergere, anche tardivamente, difese, conflitti e resistenze che venivano mascherate. Le componenti dell'Alleanza Terapeutica, secondo Rovera, sono parte sia della relazione reale, sia dell'interazione transferale, sia dei movimenti delle dinamiche culturali e vengono altresì ad essere dei costituenti del lavoro psicoterapeutico, specie nella *psicoterapia supportiva*.

L'Alleanza è espressione del Sentimento Sociale nelle sue componenti di cooperazione, nella quale il paziente ed il terapeuta lavorano insieme per promuovere il cambiamento terapeutico. Nell'ambito delle Alleanze Terapeutiche, le strategie dell'incoraggiamento [117] sono una delle componenti della psicoterapia supportiva, ma in modo implicito caratterizzano ogni forma di relazione terapeutica efficace. Questa esperienza di cooperazione è talora, per il paziente, il prototipo di appartenenza e di cooperazione autentica con una persona significativa [119].

Tale clima emotivo e cognitivo fa parte dello *stile di vita* e dello *stile terapeutico* e viene attivamente ricercato dal terapeuta, con l'intento di fornire, più spesso tramite scambi non verbali, un analogo e corrispondente atteggiamento del paziente verso gli altri e soprattutto verso se stesso.

Nella terminologia di A. Adler il concetto di *Stile di vita* è sovrapponibile a quello di *personalità*. Lo Stile è una modalità di agire e di essere, a cui corrispondono tratti di condotta acquisiti da un individuo nel processo evolutivo del *life span*, che si radica nelle sub-culture di appartenenza e nell'Orientamento di Valori [119]. L'Analisi dello Stile di Vita, è un procedimento utilizzato prevalentemente nella valutazione diagnostica e progettuale e viene considerato propedeutico nei trattamenti Adleriani (pedagogici, di counselling e psicoterapici).

Lo Stile Terapeutico è l'impiego delle competenze e delle "creatività" dell'Analista nell'ambito dei rapporti professionali col Paziente. La rivisitazione delle dinamiche relazionali classiche trova per Rovera nel *Patient-Therapist Matching* un'aggiuntiva configurazione teorico-pratica, che definisce la nozione circa gli Atteggiamenti ed i Contro-Atteggiamenti: questi, riferendosi alla *Relazione reale*, s'incentrano sulla persona del Terapeuta quale *agente mutativo*.

La Teoria dell'Attaccamento, con l'affermazione del valore biologico-etologico dei legami affettivi e delle sue influenze sulla pratica clinica è a tutt'oggi un riferimento preciso sia per la formazione dello Stile di Vita che dello Stile Terapeutico.

Dal momento che l'incontro tra paziente e terapeuta si radica su Relazioni Reali, Relazioni Professionali e Relazioni Analitiche le quali comportano movimenti confluenti tra loro, per Rovera è interessante considerare le influenze dello Stile di Vita nel terapeuta nel costituirsi quale Stile Terapeutico. Questo riguarda lo stile personale di uno psicoterapeuta nel contesto della valutazione clinica complessiva e del trattamento attraverso il meeting (l'incontro empatico), il masking (sistema delle finzioni) ed il matching (movimento di cooperazione e condivisione).

Lo Stile di Attaccamento contribuisce a formare lo Stile di Vita del paziente; esso è inoltre interattivo con lo Stile Terapeutico. Si è osservato che quei terapeuti che tendono ad avere uno Stile Terapeutico più affettivo ed orientato alla relazione con i pazienti insicuri (mentre utilizzano uno Stile Terapeutico più cognitivo o interpretativo con i pazienti distanzianti) raggiungerebbero risultati più positivi.

L'utilizzazione dello Stile Terapeutico deve essere appropriata circa le dinamiche del meeting, masking e matching, sia mantenendo il proprio status/ruolo e la propria professionalità, sia modulando le richieste rispetto all'evoluzione del percorso di cura. L'asse portante del discorso psicoterapeutico adleriano tende ad analizzare in una forma peculiare il transfert e le resistenze grazie ai fattori specifici.

In uno Stile Terapeutico appropriato la comprensione esplicativa condivisa consiste nel fatto che si deve innanzitutto sperimentare nel proprio Sé/Stile di Vita la risposta verso il Sé/Stile di Vita dell'Altro di cui ci si prende cura. Nello Stile Terapeutico Adleriano, osserva Rovera, il terapeuta deve togliersi la "maschera di pietra" e addivenire ad appropriate disclosure ed enactment: ciò che emerge è lo Stile del terapeuta come premessa-condizione della "propensione empatica" dell'agire terapeutico: pre-condizione di un corretto meeting e del successivo matching [119].

Nella formazione dello stile Terapeutico l'identificazione del tirocinante con il Didatta è lontana dalla mera ripetizione: infatti essa si rifà tanto all'aver imparato "come fare", quanto nell'aver elaborato il "fare come" durante l'arco del percorso interindividuale, che è tecnico, analitico, esistenziale e culturale al medesimo tempo.

Nella formazione dello Stile Terapeutico, non si esclude che il “fare” elimini il “sapere”, il quale a sua volta deve tradursi appunto in un “saper fare” e “saper essere” Riconoscere ed essere riconosciuti è un aspetto essenziale sia per il Paziente che per lo Stile del Terapeuta per comprendere l’Altro da sé.

VII. *Come promuovere le virtù psicodinamiche, l’alleanza col paziente e lo stile terapeutico nella formazione dello psichiatra?*

Considerata la complessità e la crisi di identità, come si è visto, della professione psichiatrica nonostante le sorprendenti acquisizioni delle neuroscienze e i promettenti *germogli* della nuova psichiatria di per sé psicodinamica [63] è di primaria necessità la determinazione dei docenti e dei clinici a *testimoniare* con il loro stile professionale non solo che questa professione è possibile, ma che il bilanciamento tra le soddisfazioni professionali e l’impegno richiesto (*imbalance effort-reward*) è favorevole e che la creatività impiegata e i risultati conseguiti con e per i pazienti anche più difficili compensano la fatica e il continuo rischio di logoramento. Si deve aiutare lo specializzando a trovare il senso personale del suo progetto esistenziale e professionale!

Tuttavia, osservava Kernberg [77], mentre gli istituti mirano a produrre una maggiore maturità e flessibilità nel pensiero dei medici, essi spesso favoriscono la regressione e la gerarchia! Brenner e Kahn raccomandano ai Direttori delle Scuole di Specializzazione tre principali iniziative: la creazione di un ambiente di formazione supportivo e creativo; la disponibilità da parte di docenti e tutori ad atteggiamenti costanti di supporto e incoraggiamento; supervisor non solo disponibili ma che *apprezzano* di essere coinvolti; favorire il mantenimento delle aspettative che lo specializzando nutre verso la propria crescita professionale, ponendo costantemente attenzione ai problemi del progressivo modellamento del ruolo e internalizzazione dei modi di essere oltre che di fare dei docenti e tutori.

Considerando la forte inclinazione degli allievi per l’identificazione con i supervisor e che gli episodi clinici della formazione vengono consciamente o inconsciamente interiorizzati, Gabbard, Weiss et al. [44] sottolineano l’effetto importante e duraturo delle luci e delle ombre dei *curricula nascosti*: la discrepanza eccessiva tra quanto i docenti dicono nelle lezioni ed esercitazioni e come si comportano ogni giorno con colleghi, allievi e pazienti. Sentirsi solo e non sufficientemente supportato durante la sfida di esperienze cliniche disperate può determinare nello specializzando un grado di ansia oppure una sensazione di impotenza che non è ottimale per la crescita personale e professionale, ma può indurre un ritiro difensivo e un allontanamento emotivo.

L’inclinazione per l’identificazione potrebbe essere accentuata in supervisione di psicoterapia, dove lo specializzando sta attivamente imparando a usare la sua intera persona come strumento di cura. È comunque nell’ambito della discussione sulla supervisione in terapia psicodinamica che presto si vince la complessità nel definire

il confine tra interventi di supervisione e terapeutici. La terapia personale dello specializzando comporterebbe certamente la consapevolezza di quei complessi di sé che sarebbero adatti ad interferire con l'apprendere ciò che il paziente vive, come già osservava Freud, come osservano Gabbard et al. [44].

La linea di demarcazione tra “insegnamento e trattamento” è inevitabilmente sfocata e deve essere univoca e reciprocamente costruita in ogni relazione di supervisione. Lo specializzando talora deve sopportare un'emozione dolorosa e dare un senso al controtransfert personale, per cui spesso è difficile prescrivere ciò che è un contenuto appropriato di apprendimento.

I direttori delle Scuole di specializzazione generalmente ritengono che la terapia personale sia utile durante gli anni della specializzazione [58]; tuttavia meno di un terzo degli studenti svolge questo percorso parallelo durante gli anni della propria formazione nonostante la stragrande maggioranza degli intervistati ritenga che la terapia personale sia utile per sviluppare la capacità di gestire reazioni emotive verso i pazienti, per lo sviluppo di empatia e nel forgiare un'identità professionale [58].

Un'analisi personale approfondita, secondo Rovera [117], permette allo Stile Terapeutico dell'individuo, di prendere consapevolezza dei propri conflitti profondi e delle sue specifiche potenzialità di Atteggiamento/Contro-Atteggiamento.

Gli obiettivi formativi che si dovrebbero conseguire sono: l'apprendimento significativo, in cui si radica l'apprendimento attivo, il così detto “problem solving” e che dovrebbe quindi presentare all'allievo problemi clinici da risolvere; la responsabilità giuridico-sociale ed etica dello psicoterapeuta, a cui la figura professionale dello psicoterapeuta non può rinunciare entrando altresì in relazione con i settori della società e della cultura che lavorano nelle Professioni di Aiuto. Tale compito non costituisce un aspetto tecnico dello Stile Terapeutico quanto piuttosto un impegno etico [117]. Si tratta di prepararsi a formare non solo ad un mestiere di psicoterapeuta, ma di realizzare uno Stile Terapeutico unico ed irripetibile.

Questa consapevolezza costituisce la condizione necessaria per prevenire i fattori considerati di rischio iatrogeno in psicoterapia. Lo sviluppo della conoscenza di sé può essere una sfida particolarmente spinosa quando le motivazioni più profonde dello specializzando per diventare uno psichiatra sono radicate nel desiderio di rimanere all'oscuro di un materiale psichico inquietante, come ferite e rabbie conseguenti, ma più il livello profondo viene portato alla coscienza e più è possibile cercare rassicurazioni reali e non fantastiche, più è possibile tollerare le emozioni degli altri [19].

VIII. *Formazione e formatività*

Il percorso formativo dello psichiatra oltre ad essere definito in termini di formazione dovrebbe considerare anche la formatività, ovvero essere in grado di suscitare istanze formanti. A questo proposito la psicoterapia analitica personale [118] è uno degli

strumenti migliori per affinare capacità psicodinamiche e ad oggi, nonostante non sia incluso nel percorso della specializzazione in psichiatria, è da più parti auspicato un collegamento istituzionale e organico tra formazione psichiatrica e formazione psicodinamica [76], mantenendo i due percorsi separati ma paralleli, al fine di evitare interferenze tra i due setting formativi. Si ha così da una parte l'apprendimento teorico e tecnico formale mentre dall'altra la maturazione intellettuale ed emozionale.

È auspicabile che - anche tramite maggiore coordinazione tra le scuole di specializzazione pubbliche e le scuole di formazione private - la maggior formazione in psicoterapia dello psichiatra, oltre a costituire una eventuale super specializzazione, favorisca la riduzione del drop out e delle resistenze ai trattamenti in particolare con i pazienti difficili. Ne conseguirebbero minori costi per le cure e più qualità degli interventi, oltre ad una più efficace prevenzione del burn-out. L'inclinazione del terapeuta a confrontarsi con gli aspetti nucleari profondi [116] della propria persona e del proprio paziente porta all'attitudine "eccellente" dello psichiatra, atto al dialogo interiore profondo: in ogni medico c'è un paziente ed in ogni paziente c'è un medico [61].

Porre la persona al centro e non la diagnosi, permette di esplorare, riconoscere, accogliere e curare il paziente sviluppando e mantenendo salda la relazione terapeutica, specialmente negli aspetti di *autenticità e di verità* che ne permettono l'azione di per sé trasformante [4]. Il coinvolgimento emotivo necessita di una attenzione continua rivolta ai sentimenti di impotenza ed onnipotenza affinché anche di fronte a segni di sconfitta, si possa riformulare, ricalibrare, continuamente il progetto terapeutico.

La crisi e le resistenze, il dolore mentale del paziente possono essere il segno della sconfitta della cura e portano ad una continua riformulazione del progetto terapeutico. Per questo è necessaria non solo un'adeguata formazione e consapevolezza: maturazione personale, sviluppo delle attitudini all'ascolto, alla partecipazione emotiva, all'identificazione creativa e al riconoscimento empatico dell'Altro. L'evoluzione psichica personale è parte integrante del percorso dello psichiatra e concorre a mantenerne intatta l'efficacia terapeutica.

Questo approccio favorisce un uso ottimale della distanza psicologica tra le emozioni proprie e quelle del paziente: i coinvolgimenti emotivi eccessivi o insufficienti corrispondono più a propri bisogni che a quelli del paziente. «Mentre le aree del sapere, saper fare, risultano discretamente coperte nella scuole di specializzazioni italiane, l'area del saper essere viene necessariamente coartata o deliberatamente negletta» [30]. La formazione psicodinamica volta alla conoscenza di sé e all'applicazione delle conoscenze e competenze, insieme alla capacità relazionale, principale agente del cambiamento, è oggi necessaria.

Se per formazione si intende il processo di acquisizione di capacità, formatività indica la proprietà di un percorso, la potenzialità a suscitare istanze formanti.

La psicoterapia analitica personale rimane una delle migliori vie per il perfezionamento psicodinamico, ma, al momento, non si ritiene, in generale, che possa essere richiesta agli specializzandi che scelgono la psichiatria per svariati motivi [18]. Quantunque sia da più parti auspicato un collegamento organico e istituzionale tra formazione psichiatrica e formazione psicodinamica, analogamente a quanto avviene negli USA, la separazione dei due setting formativi: «comporta il vantaggio di una relativa 'non interferenza' tra l'apprendimento teorico e tecnico formale e la maturazione intellettuale ed emozionale che il trattamento personale tende a promuovere».

È auspicabile che la formazione psicoterapeutica specifica dello psichiatra in Italia diventi una super-specializzazione professionale che qualifichi l'operare dello specialista abilitato all'impiego di ben precise, riconosciute e convalidate tecniche psicoterapeutiche a tutela del paziente, per evitare che, anche tra gli psichiatri, si diffonda il fenomeno delle pratiche selvagge. Ciò si potrebbe realizzare attraverso forme di convenzioni che rendano più organico il legame tra scuole di specializzazione e scuole di formazione [30].

La formazione psicoterapeutica non può consistere solamente in una, seppur rigorosa, trasmissione di dati e sperimentazioni scientifiche, ma, peculiarmente, si basa anche in una revisione di stile di vita da cui si costituisce lo stile terapeutico e di esperienza attraverso tirocinio e insight. Il training di formazione in psicoterapia, osserva Rovera [116] «non è tanto accademia, quanto tirocinio: in psicoterapia non si è discenti se non si opera sul campo, e prima di tutto su se stessi in rapporto con gli altri».

È, questa, un'operazione al contempo imitativa e originale, continuativa ed esemplare: essere come qualcuno, come via per attivare in se stessi le istanze creative e autorealizzative del Sé [3].

L'esperienza consapevole, per insight, di questi meccanismi identificatori, che derivano da quelli inconsci di difesa e crescita, si sviluppa verso l'identificazione transindividuale: qui si trovano precursori empatici delle percezioni e dei vissuti transferali, controtransferali e dei fattori terapeutici di cambiamento. Queste esperienze profonde, nucleari, nella relazione docente-allievo rappresentano per eccellenza la condizione di apprendimento tramite partecipazione emotiva e configurano tra l'altro quella che Rovera definisce «reciprocità formativa»: essa arricchisce e sviluppa il Sé di tutti i protagonisti del setting formativo.

Possono questi principi essere insegnati nelle Scuole di Specialità come sono organizzate attualmente? Le Scuole di Specializzazione in Psichiatria sono abilitate anche alla formazione alla psicoterapia, essendo questa materia di insegnamento quadriennale: gli psichiatri in Italia sono iscritti anche nell'elenco degli psicoterapeuti dell'Ordine dei Medici. Negli ultimi anni, il numero delle ore destinate alle lezioni di psicoterapia

negli statuti delle scuole universitarie di specializzazione in psichiatria è aumentato considerevolmente. L'apprendimento attivo mediante partecipazione richiede, tuttavia, sia la presa in carico diretta di pazienti da parte degli specializzandi sia la costante supervisione individuale o di gruppo da parte di psicoterapeuti esperti.

Il *Decreto del Ministro dell'Università 21/2019* stabilisce che le scuole di Psichiatria, Psicologia e Neuropsichiatria infantile siano abilitanti all'esercizio della psicoterapia purché 60 crediti formativi universitari (CFU) siano dedicati ad attività professionalizzanti psicoterapeutiche e invita ad aumentare ulteriormente l'ammontare della formazione professionalizzante alla psicoterapia per lo psichiatra.

Un CFU corrisponde di norma a 36 ore di lavoro che comprendono lezioni, esercitazioni e lo studio personale. I 60 CFU rappresentano infatti oltre 1/3 dei 168 CFU professionalizzanti MED/25 Psichiatria previsti per il quadriennio di durata della Scuola e corrispondono ad un monte ore di 2160, ossia circa 10 ore/settimana. Il DM 21 precisa inoltre che tale attività formativa sia svolta "sotto la supervisione di qualificati psicoterapeuti".

La SIPM, Società Italiana di Psicoterapia Medica, sezione autonoma della Società Italiana di Psichiatria, ha proposto al Collegio dei Professori Universitari di Psichiatria cui fanno riferimento tutti i Direttori delle Scuole di Specializzazione in Psichiatria, per applicazione del DM 21 un documento che prevede un'opportuna articolazione delle attività professionalizzanti in psicoterapia suddivisibili in due tipologie: supervisione tecnica alla psicoterapia, di almeno 1 ora/settimana, individuale o in gruppo (anno di corso); supervisione clinica nelle rimanenti 10 ore/settimana, ossia l'esercizio di psicoterapia in contesti clinici che comprendano tale attività, sotto la supervisione del tutor clinico.

I piani formativi individuali andranno redatti di conseguenza inserendo la formazione professionalizzante alla psicoterapia.

Il curriculum standard qualifica adeguate competenze riconducibili indicativamente ai seguenti quattro ambiti:

- 1) percorso di formazione di congrua durata comprovabile con attestato;
- 2) esercizio della psicoterapia comprovabile anche da sistema informativo aziendale;
- 3) attività di supervisione continuativa;
- 4) partecipazione significativa a progetti di ricerca sulla psicoterapia.

I contenuti dell'insegnamento dovrebbero riguardare i principi fondamentali della psicoterapia e le basi delle due linee principali, psicomodinamico e cognitivo-comportamentale, come teorizzato nel Modello Y di Goldberg & Plakun [56], che è il riferimento in diversi Paesi. Lo Stelo del modello Y riguarda il primo anno: conoscenze e competenze sui fattori comuni [131] che comprendono i fattori ritenuti efficaci in tutti i diversi indirizzi di psicoterapia: l'alleanza terapeutica, l'empatia e i costrutti correlati, la coerenza e l'autenticità, il ruolo delle aspettative.

Il braccio destro, al secondo e terzo anno riguarda conoscenze e competenze della CBT mentre il braccio sinistro, al terzo e quarto anno, riguarda conoscenze e competenze in Psicoterapia psicodinamica (comunicazione personale da parte del Presidente SIPM Prof. Domenico Berardi).

IX. *Per una conclusione*

Anche nell'incontro dello psichiatra col suo paziente in ambulatorio, corsia di un ospedale, pronto soccorso, non solo nel setting propriamente psicoterapeutico quindi, il *contagio profondo* di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento. Ne risultano accresciute - nell'interazione reciprocamente trasformante nell'incontro - le responsabilità etiche del terapeuta. La formazione psicodinamica alla conoscenza del paziente, di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro configura una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo.

Il paziente impara a trattare sé stesso *copiando implicitamente* il modo con cui si sente trattato dal terapeuta, molto più che tramite comunicazione verbale. I tratti della personalità dello psichiatra, il suo stile terapeutico, i suoi stili di coping verso sé stesso e le proprie ferite, le sue motivazioni alla professione, regolano a loro volta e nutrono l'attitudine alla identificazione empatica/compassionevole e alla trasmissione incoraggiante tramite l'*embodied simulation* [49] al paziente.

La *dinamica profonda* ha a che fare con il tipo di intervento psicoterapeutico *tailored* sulle specifiche attuali dimensioni di personalità che il paziente può permettersi in questa fase critica della sua esistenza, in considerazione della dinamica appunto tra motivazioni e resistenze, fragilità e difese, residuali o inesplorate risorse creative. È questo il piano di lavoro che il terapeuta cerca di progettare per il suo paziente e cerca di vivere con lui in un percorso evolutivo, tra progressioni e regressioni. La relazione terapeutica è lo strumento trasformativo per il paziente, ma non solo per lui.

Perché ora ci si può riferire ad una *psichiatria di per sé psicodinamica*? Le nuove acquisizioni sulla patogenesi del disturbo oltre che del sintomo, i modelli psicobiologici sulla personalità, le evidenze neurofisiologiche della memoria, del Sé, dell'inconscio e dei suoi aspetti comunicativi e relazionali consentono di ritenere che le dinamiche relazionali inconsce e quelle implicite si attivino a diverso livello nelle diverse *relazioni di aiuto* che fondano l'incontro del clinico col suo paziente e non solo nel setting psicoterapeutico in senso stretto.

Ne conseguono necessarie considerazioni congiunte di appropriatezza scientifica ed etica nello stile terapeutico caratterizzante la relazione terapeutica. Ulteriori studi evidenzieranno in futuro che l'approccio clinico in psichiatria per essere efficace e limitare le resistenze deve considerare comunque gli aspetti profondi - inconsci e impliciti - interni al paziente, al clinico e alla relazione terapeutica.

Bibliografia

1. ABBASS, A. A., NOWOWEISKI, S. J., BERNIER, D., TARZWELL, R., BEUTEL, M.E. (2014), Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies, *Psychother. Psychosom.*, 83(3): 142-147.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it., *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual psychologie*, tr. it., *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
4. ABBATE DAGA, G. (2015) A proposito della relazione terapeutica *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 107-121.
5. ADSHEAD, G. (2018), Security of mind: 20 years of attachment theory and its relevance to psychiatry, *Br. J. Psychiatry*, 213(3): 511-513.
6. ALFONSO, C. A., MICHAEL, M. C., ELVIRA, S.D., ZAKARIA, H., KALAYASIRI, R., ADLAN, A. S. A., MOINALGHORABAEI, M., LUKMAN, P. R., SAN'ATI, M., DUCHONOVA, K., SULLIVAN, T. B. (2018), Innovative Educational Initiatives to Train Psychodynamic Psychiatrists in Underserved Areas of the World, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 41: 305-318.
7. ALTAMURA, A. C., GOODWIN, G. M. (2010), How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs, *Br. J. Psychiatry*, 197(4): 261-262.
8. BAKER, S. W., IZZO, P., TRENTON, A. (2015), Psychodynamic considerations in psychotherapy using interpreters: perspectives from psychiatry residents, *Psychodyn. Psychiatry*, 43(1): 117-128.
9. BARBATO, A., PARABIAGHI, A., PANICALI, F. (2011), Do patients improve after short psychiatric admission?: a cohort study in Italy, *Nord. J. Psychiatry*, 65(4): 251-258.
10. BARBER, J. P. (2009), Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research, *Psychother. Res*, 19(1): 1-12.
11. BENEDETTI, F., FRISALDI, E., PIEDIMONTE, A. (2019), The need to investigate nocebo effects in more detail, *World Psychiatry*, 18(2): 227-228.
12. BERNANKE, J., MCCOMMON, B. (2018), Training in Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder in Residency: An Aide to Learning Supportive Psychotherapy for Challenging-to-Treat Patients, *Psychodyn. Psychiatry*, 46(2): 181-200.
13. BERNSTEIN, J., ZIMMERMAN, M., AUCHINCLOSS, E. L., (2015), Transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn. Psychiatry*, 43: 201-221.
14. BLUMENFIELD, M. (2006), The place of psychodynamic psychiatry in consultation-liaison psychiatry with special emphasis on countertransference, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 83-92.
15. BOEKER, H., HARWITZ, P. NORTHOFF, G. (2018), *Neurpsychodynamic Psychiatry*, Springer, Cham.

16. BRACKEN, P., THOMAS, P., TIMIMI, S., et al. (2012), Psychiatry beyond the current paradigm, *Br. J. Psychiatry*, 201(6): 430-434.
17. BRAUN, M., SCHÖNFELDT-LECUONA, C., FREUDENMANN, R. W., et al. (2010), Depression, burnout and effort-reward imbalance among psychiatrists, *Psychother. Psychosom*, 79(5): 326-327.
18. BRENNER, A. M. (2006), The role of personal psychodynamic psychotherapy in becoming a competent psychiatrist, *Harv. Rev. Psychiatry*, 14: 268-272.
19. BRENNER, A. M., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of "Psychodynamic Virtue", *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 57-74.
20. BRÜNE, M., BELSKY, J., FABREGA, H., et al. (2012), The crisis of psychiatry - insights and prospects from evolutionary theory, *World Psychiatry*, 11(1): 55-57.
21. BUSCH, F. N., MILROD, B. L., THOMA, N. C. (2013), Teaching clinical research on psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents, *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 141-162.
22. CABANISS, D. L., HAVEL, L. K., BERGER, S., DEO, A., ARBUCKLE, M. R. (2017), The Microprocess Moment: A Tool for Evaluating Skills in Psychodynamic Psychotherapy, *Acad. Psychiatry*, 41(1): 51-54.
23. CARDOSO ZOPPE, E. H., SCHOUERI, P., CASTRO, M., NETO, F. L. (2009), Teaching psychodynamics to psychiatric residents through psychiatric outpatient interviews, *Acad. Psychiatry*, 33(1): 51-5.
24. CASSANO, G. B. (1999), L'evoluzione della psichiatria: dalla psicopatologia alle neuroscienze ad un nuovo umanesimo, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 5: 4-7.
25. CHAMBERS, J. E. (2015), Discussion of transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn. Psychiatry*, 43: 223-228.
26. CHISOLM, M. S., PETERS, M. E., BURKHART, K., WRIGHT, S. M. (2012), Clinical excellence in psychiatry: a review of the psychiatric literature, *Prim. Care Companion CNS Disord.*, 14(2): PCC.11r01179.
27. CLEMENS, N. A., PLAKUN, E. M., LAZAR S. G., MELLMAN, L. (2014), Obstacles to early career psychiatrists practicing psychotherapy, *Psychodyn. Psychiatry*, 42: 479-495.
28. COHEN, Z., HATCHER, S. (2008), The experiences of trainee psychiatrists learning a psychodynamic psychotherapy model: a grounded theory study, *Australas. Psychiatry*, 16: 438-441.
29. DE GIROLAMO, G., CANDINI, V., BUIZZA, C., et al. (2014), Is psychiatric residential facility discharge possible and predictable? A multivariate analytical approach applied to a prospective study in Italy, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 49(1): 157-167.
30. DE RISIO, S., JANIRI, L. (2000), "La formazione dello psichiatra alla psicoterapia", *XLII Congresso Nazionale SIP*, Torino.
31. DIXON, L. B., HOLOSHITZ, Y., NOSSEL, I. (2016), Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update, *World Psychiatry*, 15(1): 13-20.

32. DRELL, M. J. (2007), The impending and perhaps inevitable collapse of psychodynamic psychotherapy as performed by psychiatrists, *Child Adolesc. Psychiatr. Clin.*, 16: 207-224.
33. DRELL, M. J. (2017), Teaching Psychodynamic Therapy During Difficult Times: One Child Training Director's Experience, *Acad. Psychiatry*, 41(5): 619-623.
34. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino.
35. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2006), Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatra nell'era delle neuroscienze, *Minerva Psychiatr.*, 47: 103-112.
36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2010), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
37. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
38. FASSINO, S. (2018), "Il nuovo volto della psichiatria ha uno sguardo psicoterapeutico?", *48° Congr. Naz. SIP*, Torino.
39. FAVA, G. A., SONINO, N. (2017), From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later, *Psychother. Psychosom.*, 86(5): 257-259.
40. FONAGY, P. (2015), The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update, *World Psychiatry*, 14(2): 137-150.
41. FREUD, A. (1936), *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, tr. it., *L'Io e i Meccanismi di Difesa*, Giunti Editore, Milano 2012.
42. FREUD, S. (1912), *Totem und Tabu: Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*, tr. it., *Totem e Tabù*, Bollati Boringhieri, Torino 1960.
43. FRIEDMAN, R. C., DOWNEY, J., ALFONSO, C., IGRAM, D. (2013), What Is "Psychodynamic Psychiatry"?, *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 511-512.
44. GABBARD, G. O., WEISS, L., (2012), *Professionalism in Psychiatry*, tr. it., *La professione dello psichiatra*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.
45. GABBARD, G. O. (2014), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
46. GABBARD, G. O. (2018), Preserving the Person in Contemporary Psychiatry, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 41: 183-191.
47. GABBARD, G. O. (2020), The role of countertransference in contemporary psychiatric treatment, *World Psychiatry*, 19(2): 243-244.
48. GAJIC, T., STAMATOVIC GAJIC, B., LOPICIC, Z. (2012), Psychodynamic psychotherapy in psychiatry: the missing link?, *Psychiatr. Danub.*, 24 Suppl 3: S361-366.
49. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55(1):131-176.
50. GASTELUM, E., DOUGLAS, C. J., CABANISS, D. L. (2013), Teaching psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents: an integrated approach, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 127-140.
51. GHAEMI, S. N. (2009), The rise and fall of the biopsychosocial model, *Br. J.*

Psychiatry, 195(1): 3-4.

52. GHAEMI, S. N. (2014), The 'pragmatic' secret of DSM revisions, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 196-197.

53. GINOT, E. (2017), The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1406(1): 71-76.

54. GLANNON, W. (2020), Mind-Brain Dualism in Psychiatry: Ethical Implications, *Front. Psychiatry*, 11: 85.

55. GLUCKSMAN, M. L. (2006), Psychoanalytic and psychodynamic education in the 21st century, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 215-222.

56. GOLDBERG, D. A., PLAKUN, E. M. (2013), Teaching psychodynamic psychotherapy with the Y model, *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 111-125.

57. GOSIO, N. (2001), La psichiatria tra confini e frontiere, *RSF*, 125: 86-98.

58. HABL, S., MINTZ, D. L., BAILEY, A. (2010), The role of personal therapy in psychiatric residency training: A survey of psychiatry training directors, *Acad. Psychiatry*, 34: 21-26.

59. HADJIPAVLOU, G., HALLI, P., HERNANDEZ, C. A., OGRODNICZUK, J. S. (2016), Personal Therapy in Psychiatry Residency Training: A National Survey of Canadian Psychiatry Residents, *Acad. Psychiatry*, 40(1): 30-37.

60. HEINONEN, E., KNEKT, P., JÄÄSKELÄINEN, T., LINDFORS, O. (2014), Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis, *Eur. Psychiatry*, 29(5): 265-274.

61. HILLMAN, J. (1996), *The soul's code. In search of character and calling*, tr. it., *Il codice dell'anima*, Adelphi Edizioni, Milano 1997.

62. HOLMES, J. (2012), Psychodynamic psychiatry's green shoots, *Br. J. Psychiatry*, 200(6): 439-441.

63. HOLMES, J. (2013), New paradigm: developmental psychopathology, *Br. J. Psychiatry*, 202: 309-313.

64. INGRAM, D. H. (2006), Teaching psychodynamic therapy to hardworking psychiatric residents, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 173-188.

65. JIMÉNEZ, X. F., THORKELSON, G., ALFONSO, C. A. (2012), Countertransference in the general hospital setting: implications for clinical supervision, *Psychodyn. Psychiatry*, 40: 435-449.

66. JIMENEZ, X. F., ESPLIN, B. S., HERNANDEZ, J. O. (2015), Capacity Consultation and Contextual Complexities: Depression, Decisions, and Deliberation, *Psychosomatics*, 56(5): 592-597.

67. KANDEL, E. R. (1998), A new intellectual framework for psychiatry, *Am. J. Psychiatry*, 155: 457-69.

68. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, And The New Biology Of Mind*, tr. it., *PsichiatriaPsicoanalisi e Nuova Biologia della Mente*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.

69. KANE, J. M., KISHIMOTO, T., CORRELL, C. U. (2013), Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies, *World Psychiatry*, 12(3): 216-226.

70. KATZ, D. A., DOWNEY, J. I. (2019), Visiting Psychodynamic Scholars Enhance Psychodynamic Learning for Psychiatric Residents, *Psychodyn. Psychiatry*, 47: 257-274.
71. KATZMAN, J., COUGHLIN, P. (2013), The role of therapist activity in psychodynamic psychotherapy, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 75-89.
72. KATZMAN, J., ABBASS, A., COUGHLIN, P., ARORA, S. (2015), Building connections through teletechnologies to augment resident training in psychodynamic psychotherapy, *Acad. Psychiatry*, 39(1): 110-3.
73. KATZMAN, J., DEL FABBRO, A. (2017), Attachment in the Psychiatric Curriculum, *Psychodyn. Psychiatry*, 45: 564-587.
74. KAY, J. (2001), Integrated Treatment for Psychiatric Disorders: Review of Psychiatry, *American Psychiatric Press*, Washington DC.
75. KAY, J., MYERS, M.F. (2014), Current state of psychotherapy training: preparing for the future, *Psychodyn. Psychiatry*, 42(3): 557-573.
76. KERNBERG, O. (1998), "Formazione psicodinamica", *XI Congr. Naz. SPI*, Roma.
77. KERNBERG, O. (2000), A concerned critique of psychoanalytic education, *Int. J. Psychoanal.*, 81: 97-120.
78. KLIMECKI, O. M., LEIBERG, S., RICARD, M., SINGER, T. (2014), Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training, *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, 9(6): 873-879.
79. KRAMER, M. (2006), Educational challenges of international medical graduates in psychiatric residencies, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 163-171.
80. KUMAR, S. (2011), Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here?, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, 20(4): 295-301.
81. LACY, T., HUGHES, J. D. (2006), A neural systems-based neurobiology and neuropsychiatry course: integrating biology, psychodynamics, and psychology in the psychiatric curriculum, *Acad. Psychiatry*, 30(5): 410-415.
82. LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2008), Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13): 1551-1565.
83. LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2012), Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis, *Br. J. Psychiatry*, 199(1): 15-22.
84. LINGIARDI, V., MCWILLIAMS, N. (2017), *Psychodynamic Diagnostic Manual - 2*, tr. it., *Manuale diagnostico psicodinamico - 2*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2018.
85. MACE, C., BINYON, S. (2005), Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation, *Adv. Psychiatr. Treat.*, 11: 416-423.
86. MACE, C., BINYON, S. (2006), Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 2: Teaching methods, *Adv. Psychiatr. Treat.*, 12: 92-99.
87. MAJ, M. (2010), Are psychiatrists an endangered species?, *World Psychiatry*, 9,1: 1-3.
88. MAJ, M. (2013), Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry, *World Psychiatry*, 12(3): 185-186.
89. MALLO, C. J., MINTZ, D. L. (2013), Teaching all the evidence bases: reintegrating psychodynamic aspects of prescribing into psychopharmacology training, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 13-37.

90. MELLMAN, L. A., BERESIN, E. (2003), Psychotherapy competencies: development and implementation, *Acad. Psychiatry*, 27: 149-153.
91. MELLMAN, L.A. (2006), How endangered is dynamic psychiatry in residency training?, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 127-133.
92. MIKULINCER, M., SHAVER, P. R. (2012), An attachment perspective on psychopathology, *World Psychiatry*, 11(1): 11-15.
93. MILLER, C. W. T., HODZIC, V., ROSS, DR., EHRENREICH, MJ. (2019), Annotated Bibliography for Supervising Psychiatry Residents in Psychodynamic Psychotherapy, *Acad. Psychiatry*, 43: 417-424.
94. MILLER, N. E., MAGRUDER K. M. (1999), *Cost Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*, Oxford University Press, Oxford.
95. MINTZ, D. (2006), Psychodynamic Trojan horses: using psychopharmacology to teach psychodynamics, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 151-161.
96. MOHL, P.C., LOMAX, J., TASMAN, A., CHAN, C., SLEDGE, W., SUMMERGRAD, P., et al. (1990), Psychotherapy training for the psychiatrist future, *Am. J. Psychiatry*, 147: 7-13.
97. NABER, D., LAMBERT, M. (2013), Should we listen and talk more to our patients?. *World Psychiatry*, 12: 237-238.
98. NASH, S. S., KENT, L. K., MUSKIN, P. R. (2009), Psychodynamics in medically ill patients, *Harv. Rev. Psychiatry*, 17: 389-397.
99. NEMEROFF, C. B., (2012), Management of treatment-resistant major psychiatric disorders, *Oxford University Press*, Oxford.
100. NORTHOFF, G. (2007), Psychopathology and pathophysiology of the self in depression - neuropsychiatric hypothesis, *J. Affect. Disord.*, 104(1-3): 1-14.
101. NORTHOFF, G. (2014), The brain's intrinsic activity and inner time consciousness in schizophrenia, *World Psychiatry*, 13(2): 144-145.
102. NORTHOFF, G. (2018), The brain's spontaneous activity and its psychopathological symptoms - "Spatiotemporal binding and integration", *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 80(Pt B): 81-90.
103. NUSSBAUM, A. M. (2011), Changing the name of dementia during residency training: from medication management to CBT to psychodynamic psychotherapy, *Bull. Menninger. Clin.*, 75: 254-266.
104. OCCHIOGROSSO, M., AUCHINCLOSS, EL. (2012), The challenge of treating (and supervising) patients with borderline pathology in a residents' clinic, *Psychodyn. Psychiatry*, 40(3): 451-468.
105. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, CST, Torino.
106. PLAKUN, E. M. (2006), Finding psychodynamic psychiatry's lost generation, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 135-150.
107. PLAKUN, E. M. (2012), Treatment resistance and psychodynamic psychiatry: concepts psychiatry needs from psychoanalysis, *Psychodyn. Psychiatry*, 40(2): 183-209.
108. PLAKUN, E. M. (2018), The Biopsychosocial Model and the Difficult Patient, *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 237-248.

109. POULSEN, S., LUNN, S., DANIEL, S. I., et al. (2014), A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa, *Am. J. Psychiatry*, 171(1): 109-116.
110. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Curr. Opin. Behav. Sci.*, 19: 1-6.
111. RAVITZ, P., LAWSON, A., FEFERGRAD, M., RAWKINS, S., LANCEE, W., MAUNDER, R., LESZCZ, M., KIVLIGHAN, D. M. Jr. (2019), Psychotherapy Competency Milestones: an Exploratory Pilot of CBT and Psychodynamic Psychotherapy Skills Acquisition in Junior Psychiatry Residents, *Acad. Psychiatry*, 43: 61-66.
112. RIESS, H., HERMAN, J. B. (2008), Teaching the teachers: a model course for psychodynamic psychotherapy supervisors, *Acad. Psychiatry*, 32: 259-264.
113. RODRIGUEZ, C. I., CABANISS, D. L., ARBUCKLE, M. R., OQUENDO, M. A. (2008), The role of culture in psychodynamic psychotherapy: parallel process resulting from cultural similarities between patient and therapist, *Am. J. Psychiatry*, 165: 1402-1406.
114. ROJAS, A., ARBUCKLE, M., CABANISS, D. (2010), Don't leave teaching to chance: learning objectives for psychodynamic psychotherapy supervision, *Acad. Psychiatry*, 34(1): 46-49.
115. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELICI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Minerva Psichiatr.*, 18: 167-174.
116. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psicol. Dossier*, 1: 94-121.
117. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
118. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
119. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
120. RUEVE, M. E., CORRELL, T. L. (2006), The art of psychotherapy: selecting patients for psychodynamic psychotherapy, *Psychiatry (Edgmont)*, 3(11): 44-50.
121. SANDBERG, L., BUSCH, F., SCHNEIER, F., GERBER, A., CALIGOR, E., MILROD, B. (2012), Panic-focused psychodynamic psychotherapy in a woman with panic disorder and generalized anxiety disorder, *Harv. Rev. Psychiatry*, 20(5): 268-276.
122. SCHEN, C. R., RAYMOND, L., NOTMAN, M. (2013), Transfer of care of psychotherapy patients: implications for psychiatry training, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(4): 575-595.
123. SCHEN, C. R., GREENLEE, A. (2018), Race in Supervision: Let's Talk About It, *Psychodyn. Psychiatry*, 46(1): 1-21.
124. SIEGEL, D. J. (2012), *The Developing Mind, Second Edition: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*, tr. it., *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.
125. SILVER, A.L. (2006), Teaching about psychodynamic work with severely ill patients, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34(1): 197-214.
126. STERN, J. A. (2004), Psychoanalytic psychotherapist working within psychiatry: covert and overt functions, *Ir. J. Psychol. Med.*, 21(2): 69-72.

127. SUMMERS, R. F., XUAN, Y., TAVAKOLI, D. N. (2013), Teaching focus in psychotherapy: a training essential, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 91-109.
128. SUMMERS, R. F. (2018), Teaching Psychotherapy to Psychiatry Residents, *Psychodyn. Psychiatry*, 46: 411-435.
129. THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2011), *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*, tr. it., *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.
130. THOMAS, Z. (2017), Breaking Through to the Other Side: A Resident Explores the Benefits of Time-Limited Psychodynamic Therapy for Patients with Schizophrenia, *Psychodyn. Psychiatry*, 45: 59-77.
131. WAMPOLD, B. E. (2015), How Important Are the Common Factors in Psychotherapy? An update, *World Psychiatry*, 14: 270-277.
132. WYKES, T., BRAMMER, M., MELLERS, J., et al. (2002), Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy: functional magnetic resonance imaging in schizophrenia, *Br. J. Psychiatry*, 181: 144-152.
133. ZERBO, E., COHEN, S., BIELSKA, W., CALIGOR, E. (2013), Transference-focused psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 163-181.
134. ZIPFEL, S., STEIN, B., ECKHARDT-HENN, A., et al. (2013), Psychosomatische Fachgesellschaft lehnt Vereinnahmung durch Psychiatrische Fachgesellschaft, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 63(2): 103-104.

**ARTICOLI SUGLI ASPETTI GENERALI FONDANTI LA FORMAZIONE
PSICODINAMICA DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA**

Katz DA., Downey JI.	Visiting Psychodynamic Scholars Enhance Psychodynamic Learning for Psychiatric Residents.	2019
Miller CWT, Hodzic V., Ross DR., Ehrenreich MJ.	Annotated Bibliography for Supervising Psychiatry Residents in Psychodynamic Psychotherapy.	
Ravitz P., Lawson A., Fefergrad M., et al.	Psychotherapy Competency Milestones: an Exploratory Pilot of CBT and Psychodynamic Psychotherapy Skills Acquisition in Junior Psychiatry Residents.	
Plakun EM.	Psychodynamic Psychiatry, the Biopsychosocial Model, and the Difficult Patient.	2018
Summers RF.	Teaching Psychotherapy to Psychiatry Residents.	
Katzman J., Del Fabbro A.	Attachment in the Psychiatric Curriculum.	2017
Thomas Z.	Breaking Through to the Other Side: A Resident Explores the Benefits of Time-Limited Psychodynamic Therapy for Patients with Schizophrenia.	
Brenner A. and Khan F.	The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of “Psychodynamic Virtue”.	2013
Friedman RC., Downey J., Alfonso C., et al.	What Is “Psychodynamic Psychiatry”?	
Goldberg DA., Plakun EM.	Teaching psychodynamic psychotherapy with the Y model.	
Nussbaum AM.	Changing the name of dementia during residency training: from medication management to CBT to psychodynamic psychotherapy.	2011
Brenner AM.	The role of personal psychodynamic psychotherapy in becoming a competent psychiatrist.	2006

**ARTICOLI CENTRATI SU ASPETTI SPECIALI DELLA FORMAZIONE
PSICODINAMICA DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA**

Alfonso CA., Michael MC., Elvira SD., et al.	Innovative Educational Initiatives to Train Psychodynamic Psychiatrists in Underserved Areas of the World.	2018
Bernstein J, Zimmerman M, Auchincloss EL.	Transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy.	2015
Chambers JE.	Discussion of transference-focused psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy.	
Clemens NA., Plakun EM., Lazar SG., et al.	Obstacles to early career psychiatrists practicing psychotherapy.	2014
Busch FN., Milrod BL., Thoma NC.	Teaching clinical research on psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents.	2013
Jiménez XF., Thorkelson G., Alfonso CA.	Countertransference in the general hospital setting: implications for clinical supervision.	2012
Nash SS., Kent LK., Muskin PR.	Psychodynamics in medically ill patients.	2009
Cohen Z., Hatcher S.	The experiences of trainee psychiatrists learning a psychodynamic psychotherapy model: a grounded theory study.	2008
Riess H., Herman JB.	Teaching the teachers: a model course for psychodynamic psychotherapy supervisors	
Rodriguez CI., Cabaniss DL., Arbuckle MR, et al.	The role of culture in psychodynamic psychotherapy: parallel process resulting from cultural similarities between patient and therapist.	
Drell MJ.	The impending and perhaps inevitable collapse of psychodynamic psychotherapy as performed by psychiatrists.	2007
Blumenfeld M.	The place of psychodynamic psychiatry in consultation-liaison psychiatry with special emphasis on countertransference.	2006
Glucksman ML.	Psychoanalytic and psychodynamic education in the 21 st century	
Ingram DH.	Teaching psychodynamic therapy to hardworking psychiatric residents.	
Mellman LA.	How endangered is dynamic psychiatry in residency training?	

**ALTRI SU ARGOMENTI VARI DELLA FORMAZIONE PSICODINAMICA
DELLO SPECIALIZZANDO IN PSICHIATRIA**

Bernanke J., McCommon B.	Training in Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder in Residency: An Aide to Learning Supportive Psychotherapy for Challenging-to-Treat Patients.	2018
Schen CR., Greenlee A.	Race in Supervision: Let's Talk About It.	
Cabaniss DL., et al.	The Microprocess Moment: A Tool for Evaluating Skills in Psychodynamic Psychotherapy.	2017
Drell MJ.	Teaching Psychodynamic Therapy During Difficult Times: One Child Training Director's Experience.	
Baker SW., Izzo P., Trenton A.	Psychodynamic considerations in psychotherapy using interpreters: perspectives from psychiatry residents.	2015
Katzman J., Abbass A., Coughlin P., et al.	Building connections through teletechnologies to augment resident training in psychodynamic psychotherapy.	
Kay J., Myers MF.	Current state of psychotherapy training: preparing for the future.	2014
Gastelum E., Douglas CJ., Cabaniss DL.	Teaching psychodynamic psychotherapy to psychiatric residents: an integrated approach.	
Katzman J., Coughlin P.	The role of therapist activity in psychodynamic psychotherapy.	
Schen CR., Raymond L., Notman M.	Transfer of care of psychotherapy patients: implications for psychiatry training.	2013
Summers RF., Xuan Y., Tavakoli DN.	Teaching focus in psychotherapy: a training essential.	
Zerbo E., Cohen S., Bielska W., et al.	Transference-focused psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings.	
Gajić T., StamatovićGajić B., Lopičić Z.	Psychodynamic psychotherapy in psychiatry: the missing link?	
Occhiogrosso M., Auchincloss EL.	The challenge of treating (and supervising) patients with borderline pathology in a residents' clinic.	2012
Sandberg L., Busch F., Schneier F., et al.	Panic- focused psychodynamic psychotherapy in a woman with panic disorder and generalized anxiety disorder.	

Rojas A., Arbuckle M., Cabaniss D.	Don't leave teaching to chance: learning objectives for psychodynamic psychotherapy supervision.	2010
Cardoso Zoppe EH., Schoueri P., Castro M., et al.	Teaching psychodynamics to psychiatric residents through psychiatric outpatient interviews.	2009
Heinonen, P. Knekt, T. Jaaskelainen, O. Lindfors Plakun EM.	Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis.	2014
Prochaska JJ., Fromont SC., Banys P., et al..	Addressing nicotine dependence in psychodynamic psychotherapy: perspectives from residency training.	2007
Kramer M.	Educational challenges of international medical graduates in psychiatric residencies.	2006
Lacy T., Hughes JD.	A neural systems-based neurobiology and neuropsychiatry course: integrating biology, psychodynamics, and psychology in the psychiatric curriculum.	
Mellman LA.	How endangered is dynamic psychiatry in residency training?	
Mintz D.	Psychodynamic Trojanhorses: using psychopharmacology to teach psychodynamics.	
Plakun EM.	Finding psychodynamic psychiatry's lost generation.	
Rueve ME., Correll TL.	The art of psychotherapy: selecting patients for psychodynamic psychotherapy.	
Silver AL.	Teaching about psychodynamic work with severely ill patients.	

Giovanni Abbate Daga
 Corso Dante 122
 I-10126 Torino
 E-mail: giovanni.abbatedaga@unito.it

Secondo Fassino
 Via Milazzo 2
 I-10133 Torino
 E-mail: secondo.fassino@unito.it

Alain Porliod
 Ist. di Psichiatria - Dip. di Neuroscienze Università di Torino
 Via Cherasco 15
 I-10126 Torino
 E-mail: alain.porliod@unito.it