

Psicoterapia psicodinamica e formazione universitaria: problematiche e prospettive *

*Gabriele Cavaggioni, Annalisa Cerboneschi, Eliana Lai
Davide Ialeggio, Marco Bensi, Marco Armando*

Introduzione

L'approccio psicoterapeutico viene ormai indiscutibilmente riconosciuto come indispensabile nella cura della patologia mentale, sia per la sua efficacia clinica, sia perché in linea con i metodi più funzionali al complesso progetto della prevenzione. Questo è ancor più vero nella misura in cui la psicoterapia sembrerebbe prevenire le ricadute e limitare la necessità dei ricoveri. Soprattutto l'approccio psicodinamico, inoltre, permetterebbe l'individuazione ed il riconoscimento di segni, non ancora sintomi, che sono premonitori di quel grande capitolo della più recente ricerca psichiatrica che va sotto il nome di esordio psicotico.

La nostra osservazione clinica, sviluppata in ambito istituzionale e non, concorda con la letteratura sull'argomento e permette di proporre il modello psicodinamico come strumento valido e funzionale relativamente al metodo diagnostico e a quello del processo terapeutico. Rispetto alla diagnosi, infatti, consente di coniugare l'osservazione fenomenica al suo senso psichico, sia in termini relazionali e cognitivi sia in quelli inconsci. Relativamente al processo terapeutico, invece, incide significativamente nella risposta all'emergenza della prima crisi, prevenendo la sua possibile evoluzione in franca psicopatologia e, inoltre, interviene come mezzo orientato verso una risoluzione radicale della patologia, quando questa si manifesta clinicamente strutturata.

Per questa ragione, l'esigenza di una formazione psicodinamica viene evidentemente sentita – data la richiesta di chi è in formazione – e riconosciuta dalle scuole di specializzazione, alcune delle quali mettono a disposizione un ampio spazio didattico al fine di tentare una risposta almeno sufficiente.

Tuttavia, i problemi delle scuole, in special modo universitarie, sono svariati. Il più importante è di carattere generale e culturale, dovuto all'incongruenza tra quella che è una necessità clinica, l'attuazione di una tipologia di interven-

* Una prima versione di questo articolo, scritta insieme ad Antonia Mocci, Sara Fraietta, Valentina Barbieri e Ludovico Garau, è stata presentata nel simposio "Istituzione e formazione psicoterapeutica: un connubio complesso", nell'ambito del XII Congresso Sopsi, "Psichiatria: le domande senza ancora una risposta" (Roma, febbraio 2008).

to più incentrata sulla relazione terapeutica e, quindi, l'ineluttabilità di una sua maggiore specificazione ed approfondimento, di contro, una tendenza della politica europea a svalutare la scientificità di tale approccio per trasformarlo in un surrogato al più riabilitativo quando non meramente supportivo. Altri problemi più specifici, interni alle scuole di specializzazione, sono invece quelli che si legano da una parte all'offerta didattico-informativa e, dall'altra, a quella più prettamente formativa. Le scuole universitarie svolgono infatti una discreta funzione didattica, ma riteniamo che l'istruzione offerta non prenda sufficientemente in considerazione l'aspetto formativo. Accade infatti molto spesso che lo specialista, uscito dalla scuola universitaria, si ritrovi a doversi cercare una formazione aggiuntiva nell'ambito della moltitudine di scuole private che abitano alla pratica della psicoterapia.

A tal proposito, cercheremo di proporre alcuni spunti di riflessione sulla base di ciò che per legge dovrebbe essere attuato a proposito delle scuole di formazione in psicoterapia sia private che universitarie.

Elementi base di formazione e reclutamento

AMBITO PRIVATO. La formazione specialistica privata in psicoterapia è disciplinata dagli statuti delle singole scuole private secondo criteri e modalità che chiaramente discendono dalle specifiche impostazioni teoriche e metodologiche delle stesse.

La legge n. 56 del 1989¹ fissa i requisiti per l'esercizio dell'attività psicoterapeutica, e a questa legge devono uniformarsi gli statuti delle singole scuole.

In essa si fa riferimento alla durata minima del percorso di studio (quattro anni) e alla necessità di un tirocinio formativo supervisionato. Si intende con ciò far riferimento alla necessità di assicurare ai singoli allievi che la presa in carico dei singoli pazienti, durante il percorso dei quattro anni, sia supportata da una costante supervisione da parte di insegnanti qualificati. La questione della supervisione sarà approfondita più avanti, poiché in verità il termine presenta, forse non del tutto casualmente, una certa ambivalenza, posto che non sembra palesemente specificato se debba intendersi come analisi in quanto valutazione – indiretta o diretta – del lavoro del terapeuta, o più specificamente come analisi del controtransfert, ovvero della complessa risposta globale e non cosciente del terapeuta rispetto alle istanze psicopatologiche (e non) del paziente. Se nel primo caso sarebbe forse possibile immaginare un metodo in qualche misura "imposto" al terapeuta in formazione dall'istituto a ciò abilitato, ogni ipotetico tentativo nella seconda direzione solleverebbe questioni molto delicate e potrebbe cozzare contro la barriera dell'anticostituzionalità.

¹ Legge del 18.2.1989, n. 56, «Ordinamento della professione di psicologo».

Gli istituti formativi comunque hanno lo scopo di impartire agli allievi, provenienti dal Corso di laurea in psicologia o da quello in medicina e chirurgia, la formazione professionale idonea all'esercizio dell'attività psicoterapeutica, assicurando una formazione teorica (naturalmente secondo i criteri delle singole scuole di pensiero) ed una conseguente prassi pratica professionalizzante.

I criteri di ammissione ai corsi sono definiti da appositi regolamenti adottati dagli istituti. In essi vengono elencati i principali corsi formativi (psicologia generale, dello sviluppo, psicopatologia e diagnostica clinica) nonché le principali attività pratiche comprensive di supervisioni (termine che rimane sempre non specificato) dei casi affidati agli allievi durante l'addestramento pratico.

Al di là di queste questioni organizzative, è interessante notare il fatto che il Codice di etica e deontologia professionale² delle scuole di psicoterapia, che di per sé non ha valore legale, provvede a disciplinare, in rispetto delle normative dei rispettivi ordini professionali, alcuni aspetti ritenuti fondamentali per l'esercizio dell'attività psicoterapeutica.

Riguardo allo specifico punto della qualità della formazione in psicoterapia si può leggere:

«Le Scuole garantiscono la qualità della formazione, sia per le competenze specifiche dei docenti e dei didatti-supervisor, che per la coerenza interna dei propri programmi; predispongono controlli interni per la verifica della qualità della formazione e forniscono, ai didatti, spazi e luoghi di aggiornamento e confronto sulla metodologia di insegnamento (...). Le Scuole verificano le aspettative e i requisiti curriculari e psicofisici dei candidati; forniscono informazioni chiare e complete relative ai programmi, all'organizzazione del corso, alla normativa legislativa in materia e ai regolamenti interni (...). La terapia personale dell'allievo, ove prevista, e la supervisione didattica sono oggetto di attenzione e cautela, per evitare accuratamente abusi e situazioni a rischio di abuso»³.

Apparentemente si potrebbe da ciò dedurre che la necessità di una formazione personale dell'allievo, intesa in termini di analisi personale, sia lasciata come istanza non fondamentale per l'acquisizione della qualifica di psicoterapeuta. Diversamente, invece, vorremmo porre attenzione su alcuni punti del passo che abbiamo riportato.

«Le Scuole garantiscono la qualità della formazione, (...) per le competenze specifiche dei docenti e dei didatti-supervisor», e «predispongono controlli interni per la verifica della qualità della formazione». Queste due proposizioni del Codice sottolineano da una parte la differenza tra docente e supervisore, come se fossero funzioni diverse che non obbligatoriamente devono riguardare la stessa persona, e dall'altra la necessità di una verifica *in itinere* delle qualità formative, espressione che, non essendo specificato se debba coinvolgere

² Codice di etica e di deontologia della Federazione italiana delle associazioni di psicoterapia (FIAP) e del Coordinamento nazionale delle scuole private di psicoterapia (CNSP), in <http://www.cnsp-scuolepsicoterapia.it/codiceetica.php>

³ *Ibid.*

il discente o il docente, è presumibile che possa intendersi come riguardante entrambi i soggetti.

Un'altra indicazione contenuta nel brano citato richiama chiaramente all'opportunità di una valutazione dei requisiti fisici e psichici dei candidati. Vero è che tale dicitura sembra appartenere ad una consuetudine normativa, se non altro perché tali requisiti non sono altrimenti descritti, ma è altrettanto vero, come vedremo, che se esistono, a titolo esemplificativo, controlli medici funzionali alla conferma o meno dello stato di servizio⁴, è acclarata l'idea per la quale le condizioni fisiche e psichiche dei lavoratori vanno nel tempo controllate per evitare danni sia al fornitore che al fruitore dell'opera.

In ultimo, nel Codice deontologico si fa riferimento senza mezzi termini alla possibilità di una terapia personale dell'allievo, ove prevista, differenziandola dalla supervisione. Sembra cioè condivisa l'idea che, almeno nell'ambito di taluni approcci, sia prevedibile, per una formazione esaustiva, una terapia personale oltre alla supervisione. Non vogliamo certo cadere nel tranello di supportare l'idea della cosiddetta "analisi didattica": questa infatti, presente solo in realtà private, è spesso troppo legata ad interessi economici e clientelari. Tuttavia, sarebbe bene evitare, come si dice, di buttare il bambino con l'acqua sporca ed evidenziare che non si parla di analisi didattica ma di "terapia personale" dell'allievo, facendo riferimento cioè alla necessità, del tutto medica, che come il chirurgo per entrare in sala operatoria deve essere asettico e non avere il Parkinson, parimenti lo psicoterapeuta che lavora su talune dimensioni della realtà umana, come quella inconscia, dovrebbe trovarsi in condizioni psichiche adatte.

Basta quindi una ricerca molto superficiale per accorgersi che nell'ambito delle scuole di psicoterapia private la valutazione clinica e psicologica del candidato costituisce – almeno formalmente – una prassi riconosciuta.

In un campione randomizzato e stratificato di quaranta scuole di psicoterapia private (equamente suddivise fra indirizzo psicodinamico, cognitivo-comportamentale, sistemico-relazionale e integrato) operanti sul territorio di Roma, da noi contattate telefonicamente o via e-mail al fine di ottenere informazioni sulle modalità di accesso, abbiamo rilevato che il 95% dichiara di avvalersi di una qualche forma di valutazione psicologica dei candidati. Nel 60% dei casi si tratta di test di personalità di uso comune, come l'MMPI⁵ o il TCI⁶, mentre nel 20% dei casi la valutazione viene effettuata per mezzo di uno o più colloqui clinico-valutativi e nel restante 20% si applicano entrambe le forme di valutazione.

Ciò nonostante, nelle linee guida del Ministero della salute (2008) si attira l'attenzione sul fatto che

⁴ Decreto legislativo del 19.9.1994, n. 626, in "Gazzetta Ufficiale", 12.11.1994.

⁵ S. R. Hathaway et al., *MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*, Giunti O. S., Firenze 2007.

⁶ C. R. Cloninger, *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*, in "Archives of General Psychiatry", 44, 1987, pp. 573-88.

«Nel campo della formazione psicoterapeutica bisognerà procedere ad una revisione dei criteri di riconoscimento/accreditamento delle Scuole di Specializzazione private adeguandoli agli standard europei, che in questi anni sono significativamente cresciute in termini numerici ma non altrettanto in qualità dell'offerta formativa»⁷.

AMBITO PUBBLICO. Per quel che riguarda l'università, il problema è ancora più complesso. La scuola di specializzazione in psichiatria ha lo scopo di formare medici specialisti nel settore professionale della psichiatria e della psicoterapia. Si ricorda, in proposito, che in molte scuole il diploma di specializzazione permette automaticamente l'iscrizione dello specialista nell'albo degli psicoterapeuti.

Sulla base dei dettami di legge⁸ vengono fissate le aree di insegnamento fondamentali (psichiatria biologica, psicopatologia e metodologia psichiatrica, psichiatria clinica, psicoterapia, psichiatria sociale). Vengono inoltre fissati gli obiettivi professionalizzanti da raggiungere durante l'addestramento pratico (presa in carico, attività farmacologica, interventi di psichiatria di collegamento e consultazione, turni di guardia psichiatrica, somministrazione di test psicometrici eccetera). Questi ultimi sono concordi con le stesse linee guida del 2008, ove si sottolinea il fatto che «si rende sempre più necessaria una formazione che sia realizzata non solo a livello teorico», quello cioè del «sapere», «ma soprattutto come accompagnamento al lavoro clinico, relazionale e interpersonale», il «saper fare»⁹.

Specificatamente per la psicoterapia, va considerato che, per legge¹⁰, se lo specializzando per potersi diplomare è tenuto, nel corso del suo iter formativo, a svolgere un numero fin troppo elevato di psicoterapie supervisionate – per quanto non ne sia specificata la tipologia – dall'altra, l'università, attraverso i docenti delle scuole di specializzazione, ratifica legalmente – ove con le nuove proposte di legge la ratifica impone al firmatario una responsabilità personale oltre che didattica – la formazione avvenuta.

Tuttavia, diversamente da ciò che abbiamo osservato in ambito di autoregolamentazione deontologica privata, non si fa riferimento ad alcun criterio di ammissione alla scuola di specializzazione inerente a requisiti psicofisici degli aspiranti allievi, né ad alcuna valutazione *in itinere* degli stessi. Sembra inverosimile che malgrado a più livelli sia messa in risalto la necessità di un'attenta valutazione delle capacità individuali dei soggetti in formazione, quest'onere sia in verità sostanzialmente disatteso.

ALTRI CONTESTI LAVORATIVI. A differenza della situazione esistente nelle scuole universitarie abbiamo riscontrato come, in altri comparti del reclutamento e

⁷ Ministero della salute, *Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale*, 18.3.2008 (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf).

⁸ Decreto ministeriale dell'11.5.1995, in «Gazzetta Ufficiale», 19.7.1995, pp. 72-75.

⁹ Ministero della salute, *Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale* cit.

¹⁰ *Ibid.*

della valutazione del personale professionale sottoposto a compiti particolarmente stressanti, vengono invece tenute presenti come discriminanti proprio le attitudini ed i requisiti psicofisici.

In questi ultimi anni, grazie all'importanza assunta dal concetto di benessere psicofisico dell'individuo nell'ambiente di lavoro, nonché a un certo cambiamento di mentalità che ha investito finanche le strutture militari, si è cominciato a prestare maggiore attenzione al tema della prevenzione e dei fattori di rischio.

Il Decreto legislativo 626/1994¹¹ ha sollecitato iniziative in questa direzione, ponendo in luce la stretta interrelazione tra efficienza, corretto svolgimento delle attività di lavoro e rispetto della salute psicofisica del lavoratore.

Da anni – basti ricordare l'art. 64 del D.P.R. 782 del 1985, contenente una norma in forza della quale «per l'impiego in particolari settori di attività, il dipendente può essere sottoposto ad accertamenti psicofisici ed attitudinali»¹² – gli operatori di Polizia sono sottoposti a visite psicologiche triennali atte a valutare l'idoneità ai diversi impieghi, posto l'uso delle armi e le condizioni di stress. Per alcune particolari categorie, come gli agenti dei NOCS, sono previsti consulti psicologici annuali. Le visite e gli accertamenti medici sono delegati a colleghi medici istituiti presso le Direzioni interregionali.

Lo stesso vale per il reclutamento nelle Forze dell'ordine, che trova una forte selezione nelle prove psicoattitudinali cui i candidati sono sottoposti e che consistono in uno screening effettuato attraverso appropriate batterie di test oltre che un colloquio con personale specializzato. Analoghe valutazioni psicoattitudinali sono obbligatorie per i concorsi pubblici indetti dalle altre Forze armate, ma anche per lavoratori di aziende pubbliche quali Alitalia e Ferrovie dello Stato¹³.

Riflessioni e considerazioni conclusive

Da quanto fino ad ora esposto si possono quindi evidenziare diversi punti.

1. Non sembrano esistere, sia in ambito normativo privato che pubblico, criteri specifici di valutazione delle *capacità attitudinali* per diventare psicoterapeuta, né tanto meno viene asserita la necessità che eventuali attitudini siano valutate in maniera preliminare all'accesso al corso di studi.

2. Il Codice di etica e di deontologia professionale degli psicoterapeuti offre delle indicazioni generali riguardo all'attività formativa dello psicoterapeuta, ma queste non sembrano poter essere applicate in via automatica tanto più nelle scuole di specializzazione universitarie.

¹¹ Decreto legislativo del 19.9.1994, n. 626, in "Gazzetta Ufficiale", 12.11.1994.

¹² Decreto del Presidente della Repubblica del 28.10. 1985, n. 782, in "1° Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale", 30.12.1985.

¹³ Decreto ministeriale del 4.4. 2000, n. 114, in "Gazzetta Ufficiale", 10.5.2000.

3. Per quanto riguarda la formazione specialistica in ambito medico, quindi, non esistono norme di legge regolanti i *requisiti psicofisici* degli aspiranti specializzandi.

4. Si assiste, peraltro, ad una possibile discrepanza di valutazione della formazione in psicoterapia a livello privato e pubblico; infatti, se esistono dei criteri, seppur generici, di valutazione di attitudini e qualità psicofisiche per l'ammissione al corso di perfezionamento nelle scuole private, nessuna indicazione in proposito viene stabilita a livello normativo per le scuole di specializzazione pubbliche.

Tuttavia, tutti coloro che si trovano impegnati nella formazione psichiatrica facilmente condividono l'esperienza della richiesta da parte degli specializzandi della cosiddetta supervisione, ben sapendo, peraltro, che la dialettica ed il confronto continuo sono condizioni assolutamente necessarie durante tutta l'attività professionale per tentare di mantenere una sufficiente certezza nel proprio operato – quando non nella propria identità professionale e personale – condizioni queste ultime che riteniamo essenziali ed inalienabili per ogni corretto processo terapeutico.

Ma la domanda di supervisione spesso può sottendere una richiesta di cura che, se necessaria, andrebbe chiaramente indicata alla persona, ma che andrebbe altresì distinta da una richiesta che, per quanto possa presentare alcune ambivalenze, è volta ad implementare la ricerca sulla propria realtà psichica personale e sulle proprie possibilità-capacità di intuizione ed intervento nell'ambito della relazione terapeutica. Quel che è evidente, comunque, è che la propria identità personale, almeno per l'attività psicoterapeutica, specialmente ad orientamento psicodinamico, è lo strumento fondamentale ed insostituibile. Pertanto, glissare questo onere, eludere cioè la ricerca sulla possibilità di rendere manifesta all'interessato l'eventuale richiesta latente sottesa alla domanda di supervisione, in realtà produce il rischio neppure troppo remoto, di incorrere nella palese incongruenza di poter certificare una capacità professionale – psicoterapeutica, oltre che psichiatrica – a chi, pur avendo buone capacità mnemoniche e di apprendimento didattico, può essere affetto da patologie psichiatriche anche gravi.

Così, se la reale formazione psicoterapeutica resta sostanzialmente legata ad una scelta e a una ricerca individuale e personale, ci si chiede se le istituzioni delegate e deputate a tale formazione siano sprovviste di mezzi e relegate al mero compito, per quanto sostanziale, di preparazione didattica sia per l'aspetto teorico che per quello della prassi formale.

Riteniamo che uno sforzo verso una direzione che superi il mero compito istituzionale permetterebbe di affrancarsi anche dalla spiacevole sensazione derivante dall'ideologia per cui la realtà psichica può essere analizzata, capita, supportata, riabilitata, eccetera, ma non può essere in realtà mai compresa né profondamente trasformata. L'apprendimento di una nosografia classificatoria

o di competenze tecnico-psichiatriche non è quindi sufficiente per poter parlare di formazione.

Nella prefazione alla traduzione italiana della terza edizione del manuale di *Psichiatria psicodinamica* di Glen O. Gabbard Salvatore Freni sostiene che:

«Nonostante tutte le critiche e le riserve, più o meno appropriate, è un fatto che il DSM si è decisamente imposto come indice di riferimento della diagnostica psichiatrica sistematica e tutta la letteratura scientifica (sia psichiatrica che psicoterapeutica) lo utilizza nelle presentazioni delle casistiche cliniche.

Ma se tutto ciò è valido (anche se opinabile) rispetto a un contesto clinico inteso nel senso generale di una psichiatria medica, si rivelerebbe inadeguato se considerassimo la specificità del contesto clinico psichiatrico sotto il profilo del processo dialogico intersoggettivo che si sviluppa nella relazione psichiatra-paziente; in questo specifico contesto, è richiesto un comprendere affidato a due o più menti in interazione comunicativa conscia e inconscia; tale modalità di comprendere è infatti legata a fattori di sensibilità emotiva, tolleranza, empatia, intuizione, riflessione, libertà dai pregiudizi, senso della misura e rivolta a individuare emozioni, fantasie, pensieri, comportamenti, spesso tra loro scissi e/o conflittuali, che richiedono un sistematico processo di rielaborazione e integrazione di valore trasformativo e terapeutico, in quanto genera e convalida intersoggettivamente i vari nessi di significazione»¹⁴.

E ancora:

«Una psichiatria che ritenesse di esaurire il suo compito formativo e la sua proposta terapeutica nell'“ottimizzazione” diagnostica secondo i criteri del DSM e relativa correlazione statistica più significativa rispetto ai dati dei parametri neurobiologici e degli agenti farmacologici più appropriati alla sindrome-bersaglio darebbe luogo a quei gravi fenomeni registrati in modo preoccupante negli Stati Uniti e ben visibili in buona parte della realtà psichiatrica italiana e cioè:

1) pazienti “ottimamente medicati” sul piano psicofarmacologico e con buona remissione sintomatica che si aggirano per la città come zombi ben “neurolettizzati” o con sorrisi stereotipati più simili a smorfie “sotto antidepressivi”, sguardi spenti, torpore emotivo, negli innumerevoli pazienti dipendenti da ansiolitici e ipnotici che si sono aggiunti all'infinita schiera di tossicomani da alcol e sostanze e droghe varie. Un impressionante scenario di sofferenza umana rispetto a cui la risposta puramente medica sembra avere l'effetto di fissare staticamente i sintomi e mortificare i complessi movimenti psico-socio-dinamici impliciti in tale sofferenza;

2) psichiatri che conoscono alla perfezione il DSM e tutte le nozioni più sofisticate relative ai dati neurobiologici (genetici, morfologici, biochimici, psiconeurofisiologici e farmacologici) più o meno correlati ai disturbi psichici, ma assolutamente incapaci di comunicare con i pazienti, di sostenere l'incontro dialogico con essi e di comprenderli sul piano della soggettività, del vissuto esperienziale. I più sensibili tra loro rimangono sconvolti nello scoprire tale grave difficoltà e si precipitano a chiedere formazioni suppletive (analisi personale, supervisioni presso psicoanalisti o colleghi più anziani, scuole private di psicoterapia), talora inseguendo l'idea di appropriarsi di una tecnica che li metterà in grado di padroneggiare la paura di un'esposizione troppo prolungata all'incontro con il paziente;

3) il preoccupante fenomeno della cosiddetta “nuova cronicità” testimoniata dalle recidive di ricovero (fenomeno della “revolving door”) e del perpetuarsi nel tempo del-

¹⁴ G. O. Gabbard, *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2007 pp. XI-XII.

le condizioni di malattia, che fa fallire miseramente l'illusione terapeutica secondo cui la "vecchia cronicità" sarebbe scomparsa con la chiusura dei "manicomi" e getta un'ombra inquietante sugli assetti organizzativi dell'attuale assistenza psichiatrica, qualora ci si illudesse di estrarre il fattore terapeutico da utopici e appropriati luoghi (nel senso murario) di cura. Avanza, invece, terrificante come un fantasma persecutorio, la verità di una mente bisognosa di un'altra mente come luogo di ricovero e cura, "nido" in cui trovare una possibilità di ristoro e cambiamento attraverso un processo di rispecchiamento, riconoscimento e convalida della propria soggettività¹⁵.

Sulla base di queste osservazioni è forse possibile promuovere una riflessione su alcune importanti tematiche costituenti la complessità della formazione psicoterapeutica universitaria, tentando di individuarne le problematiche e cercando di proporre prospettive possibili. Delle specializzazioni private non ci interessiamo e non ci vogliamo addentrare in valutazioni sommarie, ma riteniamo profondamente che sia l'Università ad avere, oltre il compito di informare, quello più arduo di formare.

La prima riflessione è sul metodo di ingresso nelle scuole di specializzazione pubbliche che prevede la valutazione di parametri standardizzati importanti ed a volte imprescindibili, ma spesso insufficienti e talora incongrui rispetto a quelle che sono le specificità della branca¹⁶.

Se si considera la psichiatria come una specializzazione medica come le altre e l'identità personale come uno strumento indispensabile per l'attività psicoterapeutica, senza alcun pregiudizio si potrebbe prevedere almeno una valutazione di *screening* mediata da batterie di test non clinici e di larga scala. Non necessariamente da intendersi, questa, come discriminante rispetto a possibili risultati concorsuali, ma come strumento utile e per l'Istituzione e per il candidato al fine dell'individuazione di aree di possibile debolezza su cui apporre una maggiore attenzione ed eventuali verifiche nel tempo.

La seconda riflessione riguarda la formazione del personale docente, almeno per quanto riguarda le capacità tutoriali. Riteniamo, cioè, che le capacità didattiche e quelle tutoriali non debbano necessariamente considerarsi come sovrapponibili. Gli ambiti della didattica e della formazione non sono gli stessi e differenti sono quindi gli oneri imposti dalle due attività. Se il didatta ha infatti il dovere di approfondire la ricerca e l'aggiornamento sul piano della conoscenza, il tutor che si assume la responsabilità finanche legale della formazione dell'allievo dovrebbe avere il diritto/dovere di sottoporsi a una valutazione costante della propria situazione in rapporto ai carichi formativi, onde garantire la propria possibilità di offerta professionale, senza rischi di possibili crisi e per sé e per l'allievo.

La terza riflessione è relativa alla propedeuticità come valore esclusivamente didattico che peraltro risente molto delle necessità dell'organizzazione istituzionale ed aziendale, svincolate purtroppo molto spesso dalle conoscenze ef-

¹⁵ *Op. cit.*, pp. XII-XIII.

¹⁶ Decreto ministeriale del 6.3.2006, n. 172, in "Gazzetta Ufficiale". n. 109. 12.5.2006.

fettive dei candidati. È raro cioè che un allievo non superi l'annualità per deficienze nell'apprendimento. È vero che si tratta di una popolazione fortemente motivata e comunque didatticamente superiore alla media, posto che si tratta di vincitori di concorso per titoli ed esami, ma è altrettanto vero che piuttosto frequentemente le valutazioni da parte dei docenti spaziano su scale tendenzialmente ristrette. Parimenti manca pressoché integralmente la valutazione più globale degli interessati, ovvero la valutazione delle specifiche capacità di approccio al paziente. Gli specializzandi, cioè, diventati tali, vanno avanti in un iter professionalizzante dove la valutazione annuale è spesso parte integrante dello stesso iter. Ovvero manca della possibilità di offrire allo specializzando l'occasione per una riflessione, una rivisitazione e finanche una conferma delle proprie scelte. Così, chi diventa specializzando diventerà specialista, senza che nel mezzo abbia la possibilità di integrare il proprio confronto con la nuova esperienza del rapporto col paziente.

Riteniamo invece che una valutazione globale e non solo didattica, reale e non solo formale, possa restituire spessore formativo alle mansioni docenti, discenti e tutoriali.

La quarta riflessione, in ultimo, riguarda il problema della supervisione che, come si è detto sopra, è da tutti fortemente richiesta e cercata. Per varie ragioni, riteniamo che essa possa intendersi come baluardo del tentativo – tanto presente quanto poco riconosciuto – da parte dello specializzando di mettersi alla prova diretta nel confronto col paziente attraverso quello che riteniamo essere uno strumento terapeutico fondamentale per lo psichiatra, ovvero la propria identità. È difficile immaginare in questo ambito il modo in cui poter passare dalla verifica dell'operato dello specializzando con il paziente – che attualmente è un'offerta possibile e non particolarmente difficile da attuare, seppure non sempre realizzata – alla possibilità di accogliere un'eventuale richiesta di lavoro personale, come più sopra accennato. Tuttavia riteniamo che le università debbano almeno porsi il quesito e tentare di immaginare una rete costituita da personale con ruoli ben specifici e facilmente distinguibili e accertabili.

Al fine, la speranza è quella che a partire da una reale interazione formativa si dia vita, attraverso i quattro anni di specializzazione, ad una realtà professionale arricchita dalla ricerca effettuata e che il professionista accreditato non debba preoccuparsi di colmare le lacune che l'istituzione ha lasciato.

Bibliografia

- AA.VV., *L'identità dello psichiatra. Problemi e prospettive*. Atti del Congresso, Napoli, 28-30 giugno 2007, a cura di A. Fiorillo e C. Martino, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2007.
- Balint M., Balint E., *Psychotherapeutic techniques in medicine*, Tavistock Publications, London 1961 (trad. it.: *Tecniche psicoterapiche in medicina*, Einaudi, Torino 1970).
- Cavaggioni G., *La formazione dello psicoterapeuta in ambito pubblico*, in "Il sogno della farfalla", 3, 2003, pp. 38-42.
- Cloninger C. R., *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*, in "Archives of general psychiatry", 44, 1987, pp. 573-88.

- Codice di etica e di deontologia della Federazione italiana delle associazioni di psicoterapia (FIAP) e del Coordinamento nazionale delle scuole private di psicoterapia (CNSP) in <http://www.cnsp-scuolepsicoterapia.it/codiceetica.php>
- Corradini I., *I mobbings*, Europolis Editings, Roma 2005.
- Corrigan P. L., Wassel A., *Understanding and influencing the stigma of mental illness*, in "Journal of psychosocial nursing and mental health services", 46, 1, 2008, pp. 75-83.
- Di Paola F., *L'istituzione del male mentale. Critica dei fondamenti scientifici della psichiatria biologica*, Manifestolibri, Roma 2000.
- Dobson K. S. et al., *Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 76, 3, 2008, pp. 468-477.
- Fagioli M., *Bambino donna e trasformazione dell'uomo*, Nuove Edizioni Romane, Roma 2007.
- Fagioli M., *Cura, formazione e ricerca*, in "Il sogno della farfalla", 1, 2002, pp. 5-9.
- Gabbard G. O., *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
- Gabbard G. O., *How not to teach psychotherapy*, in "Academic Psychiatry", 29, 4, 2005, pp. 332-338.
- Hathaway S. R. et al., *MMPI-2. Minnesota multiphasic personality inventory-2*, Giunti O. S., Firenze 2007.
- Höglend P. et al., *Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects?*, in "American Journal of Psychiatry", 165, 6, 2008, pp. 763-771.
- Imel Z. E., *A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia*, in "Journal of Affective Disorders", 2, 2008, pp. 32-40.
- Jervis G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 19975.
- Kernberg O. F., Yeomans F. E., Clarkin J. F., Levy K. N., *Transference focused psychotherapy: overview and update*, in "International Journal of Psychoanalysis", 89, 3, 2008, pp. 601-620.
- Langs R., *Some fresh ideas about the training of psychotherapists*, <http://www.psychomedia.it/pm-revs/journals/ppa/articoli/langs.btm>
- Leichsenring F., Leibing E., *Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence*, in "Psychology and Psychotherapy", 80, 2, 2007, pp. 217-2.
- Luborsky L., Singer B., *Comparative studies of psychotherapy: is it true that "everyone has won and all must have prizes"?*, in "Archives of General Psychiatry", 32, 1975, pp. 120-132.
- Mayers M. F., *Physician impairment: is it relevant to academic psychiatry?*, in "Academic Psychiatry", 3 1, 2008, pp. 39-43.
- McGorry P. D., Killackey E. J., *Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm*, in "Epidemiologia e psichiatria sociale", 11, 49, 2002, pp. 237-47.
- Mezzina R., *La salute mentale in Europa dopo Helsinki*, in "Communitas", 12, 2006, pp. 32-38.
- Ministero della salute, *Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale*, 18 marzo 2008, in http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf
- Perry S., Cooper A. M., Michels R., *The psychodynamic formulation: its purpose, structure and clinical application*, in "American Journal of Psychiatry", 160, 1987, pp. 543-550.
- Ronchi E., Ghilardi A., *Professione psicoterapeuta. Il lavoro di gruppo nelle istituzioni*, Franco Angeli, Milano 2003.
- Smith M. L., Glass G. V., Miller T. I., *The benefits of psychotherapy*, John Hopkins University Press, Baltimora 1980.
- Smits J. A., Hofmann S. G., *A meta-analytic review of the effects of psychotherapy control conditions for anxiety disorders*, in "Psychological Medicine", 9, 2008, pp. 1-11.
- Winzer R., Brucefors A. B., *Does a short-term intervention promote mental and general health among young adults? An evaluation counseling*, in "BMC Public Health", 7, 147, 2007, pp. 130-141.

Psychodynamic psychotherapy and university training : problems and perspectives

This article proposes a reflection on the problem of psychiatric training taking into consideration the current situation present in Italy where, apart from public (university) schools of specialization, there are a number of private post-graduate schools which qualify one to practice the profession of psychotherapist. By keeping separate the more didactic-educational aspect from the training, there is an attempt to verify how much attention is devoted to the latter because within the university schools more and more students ask for a possibility to discuss clinical cases and understand the sense of a therapeutic relationship. Furthermore, it is necessary to verify, not only the didactical learning of students, but also their personal aptitudes during the four years of specialization. There seems to be an incongruity between the statutes that govern the single private specialization schools that regulate the supervision of clinical cases and in some cases prescribe an obligatory didactic analysis for the student, and what happens in a university context.

Correspondence to Prof. Gabriele Cavaggioni: gabriele.cavaggioni@uniroma1.it