

## **CONTROVERSIAS SOBRE LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES EN PSIQUIATRÍA**

*José Manuel Chouza (Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea), José Guimón (Catedrático de Psiquiatría de la UPV/EHU)*

### **RESUMEN**

La actual Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría española ha elaborado un nuevo programa de formación de residentes que incluye un completo plan para asegurar las competencias en psicoterapia de los futuros psiquiatras. La Comisión ha encargado a un grupo de expertos que desarrolle un programa detallado para cumplir esas exigencias. En este artículo se analiza la información internacional en cuanto a las exigencias formativas, los modelos teóricos escogidos y los criterios de supervisión y evaluación de los programas.

**PALABRAS CLAVES:** Formación psicoterapia. Residentes.

### **SUMMARY**

The current Spanish National Psychiatry Commission has prepared a new resident training programme that includes a comprehensive plan to ensure future psychiatrists have the necessary skills in psychotherapy. The Commission has commissioned a

group of experts to develop a detailed programme to comply with those requirements. This article analyses the information available internationally, along with the training requirements, the chosen theoretical models, and the criteria to monitor and assess the programmes.

**KEY WORDS:** Psychiatric residents. Psychotherapy training.

En un reciente artículo hemos revisado la evolución de la práctica de la psicoterapia entre los psiquiatras de distintos países y en especial en España, haciendo algunas consideraciones sobre la necesidad de adaptar los programas españoles de formación de los residentes para rectificar las insuficiencias detectadas. La actual Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría española ha elaborado un nuevo programa de formación de residentes que incluye un completo plan para asegurar las competencias en psicoterapia de los futuros psiquiatras. La Comisión ha encargado a un grupo de expertos que desarrolle un programa detallado para cumplir esas exigencias que deberá estar preparado para finales de este año. Si esas instrucciones se cumplen es seguro que cambiará radicalmente el perfil y la identidad de los futuros psiquiatras españoles.

En España hace quince años tan sólo el 35% de los psiquiatras españoles que trabajaban en el sector público utilizaban la psicoterapia dinámica (1). Las cifras actuales, que ofrecen el estudio de Yllá en 2003 (2) son aún inferiores. Se ha extendido entre algunos psiquiatras, más en España pero también en otros países, la impresión de que la Psiquiatría pierde rigor al incorporar la psicoterapia y las dimensiones psicosociales en el trabajo clínico. En ese mismo sentido se ha observado estos últimos años una falta de interés en la formación en psicoterapia, especialmente en la de orientación psicodinámica, en los programas de residencia (3). Las causas que se han aducido para explicar esta disminución son varias: falta de tiempo para la reflexión psicodinámica cuidadosa, competencia con la explosión de los conocimientos en psicofarmacología, avances en la genética, políticas de gestión económica de la salud, etc.

En un esfuerzo por obtener informaciones internacionales sobre los programas de formación de los residentes se han realizado algunos trabajos para obtener y diseminar la información acerca del entrenamiento de los psiquiatras en el mundo, lo que puede ayudar a que los distintos programas aprendan los unos de los otros. Un estudio conjunto entre la OMS y la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) ha obtenido información de 143 sociedades médicas nacionales que ha sido publicada en un Atlas ([www.who.int/mental\\_health/evidence/Atlas\\_training\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Atlas_training_final.pdf)). Los resultados de estos sondeos mostraron un déficit general y una gran variabilidad de la formación a lo largo del mundo. En especial en lo que concierne a la formación en Psicoterapia. A la vista de esa información, la AMP (WPA) ha desarrollado un *curriculum* para recomendarlo de cara a la formación de los residentes en Psiquiatría en todo el mundo ([www.wpanet.org/institutional/programs2.html](http://www.wpanet.org/institutional/programs2.html)).

Zisook y cols. (4) han descrito con cierto detalle la formación en psicoterapia requerida por diversos programas de residentes, algunos de los cuales serán descritos en las siguientes páginas.

## 1. LAS NUEVAS EXIGENCIAS SOBRE LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES

En los Estados Unidos, la psicoterapia está recibiendo actualmente menos interés entre los residentes y sus formadores pensando que la psiquiatría pierde rigor al incorporar la psicoterapia y las dimensiones psicosociales en el trabajo clínico, Con ello, en opinión de algunos (5), una generación de psiquiatras norteamericanos se ha encontrado con una formación deficiente en psicoterapia.

El ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*), preocupado por la mencionada desatención hacia la psicoterapia, introdujo en el 2001 un programa de formación enunciando las competencias que el futuro psiquiatra debería tener en ese campo. En el programa de formación en los EE.UU los residentes son acreditados por el *American Board of Psychiatry and Neurology*. El *curriculum* exige la formación en seis competencias principales (habilidades clínicas, habilidades interpersonales y de comunicación, conocimiento médico, aprendizaje basado en la práctica, profesionalismo y práctica basada en los sistemas y en cinco “competencias en

psicoterapia” (cognitiva, combinada, dinámica, breve y de apoyo). Parece que, en la próxima revisión las cinco competencias en psicoterapias se incorporan a las demás “habilidades clínicas” y que se resumirán de cinco a tres o a menos.

En Canadá, la formación de los psiquiatras requiere cinco años durante los que se espera que se aprendan tanto tratamientos biológicos como psicoterapias individual, grupal y familiar. Se ofrece supervisión de psicoterapias una hora por semana como mínimo durante dos años. El entrenamiento en psicoterapia suele ser, de hecho, más extenso, debido especialmente a que, en el sistema de salud de Canadá, los tratamientos psicoterápicos se remuneran en su totalidad. En ese país, las Universidades de Toronto y McMaster expandieron ya en los años 90 los componentes de psicoterapia de sus programas(7).

En el Reino Unido, en el programa para residentes en Psiquiatría (dirigido por el *Royal College of Psychiatrists*) comprende tres años de especialidad básica y seis rotaciones clínicas de seis meses cada una con la exigencia de aprobar posteriormente las dos partes de un examen que, si es superado, confiere al candidato el diploma de especialidad en Psiquiatría. Cada cinco años se exige una reacreditación. Además, se puede recibir también formación en sub-especialidades que incluyen la psicoterapia. Para adquirir experiencia psicoterápica hay cinco requisitos básicos: desarrollo de habilidades de entrevista; formación psicoterapéutica en un psiquiátrico; realización de un mínimo de tres casos breves (de doce a dieciséis sesiones), cada uno con un modelo psicoterapéutico diferente; un caso a largo plazo individual (doce a dieciocho meses), usando cualquier modelo apropiado; y alguna experiencia de psicoterapia de grupo o pareja, familia y terapia sistémica.

Las guías del *Royal College of Psychiatrists* establecen un mínimo de cinco requisitos de experiencia de psicoterapia : a) desarrollo de habilidades de entrevista, b) experiencia en la formulación psicoterapéutica de trastornos psiquiátricos, c) conducir un mínimo de 3 tratamientos cortos (de doce a dieciséis sesiones), cada uno con un modelo psicoterapéutico diferente, d) conducir un tratamiento individual largo (de doce a dieciocho meses) utilizando cualquier modelo, e) tener alguna experiencia en psicoterapia de grupo o pareja, familiar o sistémica.

En Alemania, una ley exige que todas las facultades de Medicina enseñen la psicoterapia y la medicina psicosomática, y esto ha llevado a la creación de varias cátedras nuevas y programas de formación independientes. En 2002 se establecieron nuevas regulaciones para la formación de médicos en el campo de la medicina psicosomática y de psicoterapia. En 2006 un estudio(9) exploró la opinión de los profesores. Las nuevas reglas fueron evaluadas positivamente, aunque las valoraciones fueron menos positivas para los aspectos de “práctica clínica” y los objetivos de “aprendizaje afectivo” que, según parece, no habían sido logradas adecuadamente. Los nuevos formatos propuestos para los cursos se habían empleado bastante poco. Los problemas principales fueron la falta de recursos, la poca coordinación con otras áreas especializadas, y la dificultad de la evaluación.

En mayo de 2003 el consejo médico alemán facultó a cualquier médico a completar una formación avanzada en lo que se ha llamado “psicoterapia relacionada con la especialidad”(10). Los críticos vieron esta iniciativa como un riesgo de diluir la psicoterapia médica, pero la mayoría aplaudieron la posibilidad que ofrecía de utilizarla en psicosomática. La Universidad de Freiburg ha desarrollado en el departamento de medicina psicosomática y psicoterapia, un currículo que ofrece cursos en bloques durante un periodo de dos años.

En España, el programa de formación de Residentes aprobado por la primera Comisión Nacional de Especialidades, pese a sus deseos, no logró introducir exigencias sobre psicoterapia más allá de una mención a la conveniencia de que los residentes participaran en “experiencias grupales”. Las asociaciones que participan en la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) deben ajustarse a unas Normas de Acreditación de programas de formación de psicoterapeutas aprobadas por la Junta Directiva de la EAP (“*European Association of Psychotherapists*”) el 16 de enero de 1998, con modificaciones aprobadas en enero de 2005, pero abarcan a todas las profesiones de la salud mental y no tienen un valor oficial. La actual Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría ha elaborado un nuevo programa de formación de residentes, aprobado por Orden Ministerial SCO 2616 del 1 de septiembre de 2008, que incluye un exigente esquema de plan para asegurar las competencias de los psiquiatras. Una sub-comisión de expertos lo está ahora desarrollando y tiene que someter una propuesta a finales del año 2009.

## 2. LA FORMACIÓN EN DIVERSOS MODELOS

En los EE.UU, el *Psychiatry Residency Review Committee of the Accreditation Council for Graduate Medical Education* en sus nuevas exigencias(11) dice que el residente tiene que mostrar competencia en al menos cinco tipos de psicoterapias específicas: psicoterapia psicodinámica, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia de apoyo, psicoterapia combinada con medicación y psicoterapia breve. Por su parte, en esa línea, la *American Association of Directors of Residency Training (AADPRT)* nombró un Comité sobre Competencias (*Task Force on Competency*) para ayudar a los directores a formular y gestionar sus programas y ha establecido cinco sub-grupos que han dictado ejemplos de competencias para cada modelo de psicoterapia: breve, cognitivo conductual, psicodinámica, de apoyo y combinada (psicoterapia-psicofarmacología) (6) y requisitos para alcanzarlos.

Pese a la existencia de esos requisitos, la insistencia de muchos psiquiatras formadores en imbuir en los residentes el seguimiento estricto de las normas de la Medicina basada en las pruebas (*Evidence Based Medicine*) ha retrasado su cumplimiento. Por ello, la *American Psychiatric Association (APA)* estableció un “Comité de Psicoterapia para los Psiquiatras” presidido por Plakum que, para obtener una información más detallada de la situación, está desarrollando dos sondeos: uno para psiquiatras prácticos y otro para residentes. Propone este autor que se ofrezca un modelo de formación en psicoterapia que evite la competencia entre escuelas con lo que él llama un “formato en Y”. En ese modelo se comienza enseñando las habilidades comunes del psicoterapeuta, independientes de la aproximación teórica, que incluyen la alianza terapéutica, la comprensión de los límites y la prescripción de medicaciones como parte de la terapia. El modelo compara después las diferencias entre las diferentes escuelas de psicoterapia.

Diversos expertos discutieron el papel futuro de la psicoterapia dinámica en la reunión de la APA en 2004. Los que se mostraban favorables subrayaban la importancia de la psicoterapia psicodinámica como básica en la identidad del psiquiatra, mientras que los que estaban en contra apoyaban sólo transmitir las habilidades psicoterapéuticas “basadas en las pruebas” y subrayaban los problemas de la escasez de tiempo de los

psiquiatras y los residentes, los cambios en la práctica clínica, y la necesidad de demostrar las competencias en los campos exigibles.

En Canadá, en 2001, un “Comité de Revisión de competencias” ordenó que los programas de formación de residentes mostraran competencias en cinco formas de psicoterapia incluyendo la psicodinámica. Una encuesta (7) sobre la formación en psicoterapia de los programas canadienses, discutió los resultados de los programas basados en las pruebas manualizadas, de tiempo limitado cognitivo conductuales e interpersonales, dando más importancia que antes a la evaluación de las competencias y a la integración de la tecnología. Encontró que, en realidad, estas últimas aproximaciones eran poco frecuentes comparadas con las dinámicas.

La Universidad McMaster ofrece formación dinámica, multipersonal y limitada en el tiempo (focal-emocional, cognitivo-conductual e interpersonal) en un programa que ha demostrado su eficacia(15). Factores más subjetivos como la empatía se tratan en primer lugar en el *curriculum*. Más avanzado el programa hay supervisiones de sesiones grabadas en video para que las supervisiones no se basen sólo en lo que nos cuentan los residentes y para obtener fiabilidad entre jueces. En Toronto, aunque el *curriculum* ha cambiado en los últimos años desde lo psicodinámico hacia las psicoterapias breves manualizadas (basadas en las pruebas). continúa desarrollándose las terapias dinámicas cortas y largas, y las de grupo, pareja o familia. Adicionalmente se enseñan aproximaciones integrativas.

En Gran Bretaña, el *Royal College* reconoce los siguientes cuatro modelos de psicoterapia: terapias basadas en la transferencia, terapias cognitivas, terapias “integrativas” y terapias grupales o familiares. La finalidad principal de una encuesta que se realizó en 2003 (8) era ver si se cumplían esas exigencias en Escocia y los resultados resultaron modestos.

En varios de esos países se señala que el creciente reduccionismo biológico, con el aumento de la atención prestada a las neurociencias y la psicofarmacología, los modelos de psicoterapia breves y cognitivo-conductuales están siendo preferidos por los formadores y los residentes en detrimento de los dinámicos, lo que hace temer por el futuro de estos últimos. Un autor (12) propone para reavivar la psicoterapia profunda que haya en la residencia una subespecialidad en psiquiatría psicodinámica o psicoanálisis para que los psiquiatras que se formen en ella puedan hacer avanzar el

tratamiento, la teoría y la investigación en esas áreas en el futuro. Otros autores opinan (13) que, pese a las importantes dificultades existentes para la enseñanza de la psicoterapia dinámica, si los formadores tienen claros sus objetivos, pueden, al menos, introducir a los estudiantes en las técnicas especiales de entrevista necesarias para obtener una información dinámica sensible. Con la expansión de las neurociencias en los entresijos de la memoria implícita y explícita, los formadores en psicoterapia pueden sentirse autorizados a una enseñanza integrativa de los diversos modelos de psicoterapia que incluya el dinámico.

Aunque algunos expertos piensan que mantener a la psicoterapia psicodinámica en un lugar importante de la formación no es bueno para la especialidad de Psiquiatría, otros (14) afirman que ninguna modalidad enseña más específicamente acerca de las vicisitudes del tratamiento individualizado que la psicoterapia psicodinámica. Por ello, el mandato del *Psychiatry's Residency Review Committee* de los EE.UU señala que los residentes necesitan al menos un conocimiento sólido de conceptos tales como transferencia, contratransferencia, defensa y resistencia. Recuerda que la psicoterapia psicodinámica no es difícil de enseñar en cuanto a las competencias requeridas, pero que es necesario que las unidades docentes den medios y faciliten experiencias amplias con pacientes reales. Ciertos expertos opinan que parece más eficaz insistir en que los residentes demuestren experiencia en profundidad en una o dos modalidades de tratamiento más que una competencia formal en las cinco modalidades de psicoterapia ahora requeridas, que son excesivas.

En varios de esos países, superando la tendencia a formas en modelos muy específicos, se propone el desarrollo de psicoterapias “integradoras” (16). Varios autores recomiendan (17, 18) distinguir entre las nociones de integración y eclecticismo. El objetivo de la primera es la síntesis conceptual de diferentes sistemas o modelos teóricos. La segunda, por contraste, es principalmente ateórica y está fundada en la aplicación empírica y pragmática de métodos y prácticas inspirados por diferentes modelos teóricos. Estos y otros (19, 20) autores creen que el eclecticismo se extiende en nuestro campo, por muchas razones. Así, Beitman (18) propone que existen varios factores que abogan por la idea de eclecticismo y de integración conceptual de los modelos teóricos: la proliferación de múltiples terapias; la insuficiencia de cada una de las teorías tomada de forma aislada; la ausencia de una eficacia superior de una terapia

respecto a otras; la búsqueda de factores terapéuticos comunes a diferentes terapias; la importancia concedida a las características de los pacientes y a la relación terapeuta-paciente; y las circunstancias sociopolíticas. Estas últimas (reducción de recursos materiales, la influencia ejercida por el sistema de los seguros sanitarios, el aumento de la competitividad, etc.) aumentarán probablemente su presión sobre el sistema de Salud mental en el futuro.

Por su parte, Coderch (21) señala cómo, en consonancia con las concepciones filosóficas post-modernas, es cada vez mayor el número de psicoterapeutas que adoptan una visión «pluralista» tanto en sus teorías como en sus prácticas diarias.

En cualquier caso, actualmente se tiende a una aproximación ecléctica o plural en las psicoterapias en un movimiento hacia la integración conceptual de los modelos teóricos. Los resultados de una encuesta que realizamos en Suiza (22, 23) confirmaban, en efecto, que los profesionales practicaban un cierto número de enfoques clínicos teóricos (psicoanalítico, cognitivo-comportamental, sistémico) en distintos encuadres (individual, familiar, de pareja o de grupo) (24). En otra investigación sólo sobre psiquiatras vimos que sustentaban enfoques clínicos variados pero con una tendencia claramente ecléctica (25). El 92% de los psiquiatras llevaban a cabo tratamientos mixtos; el 81% practica psicoterapias de inspiración analítica; el 80% entrevistas de pareja o de familia; el 47% terapias sistémicas; el 35% terapias cognitivas; y el 76% intervenciones ante terceros.

A nuestro modo de ver, sin embargo, la psicoterapia dinámica permite un enfoque genérico adecuado, un modelo conceptual coherente para todos los demás tratamientos (farmacológicos, cognitivo-comportamentales, sistémicos, etc.) que se prescriben porque los conceptos de inconsciente, de transferencia, de mecanismo de defensa, etc., son centrales para cualquier terapia, bien sea en la Psiquiatría hospitalaria o en las consultas ambulatorias.

### 3. SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

La práctica de la supervisión en psicoterapia para los residentes ha variado desde hace veinte años. Aunque ya por entonces, en los programas de psicoterapia para los residentes norteamericanos, por ejemplo, la importancia dada a los tratamientos biológicos sobrepasaba a la otorgada a las psicoterapias (28), las supervisiones

(individuales o en grupo) eran realizadas por profesores a tiempo completo y se privilegiaba el modelo dinámico aunque con aumentaba el interés por las terapias breves psicodinámicas. La utilización de supervisión por video o audio era limitada. Actualmente muchos supervisores (27) están preocupados por el peligro de que se pierdan las habilidades psicoterapéuticas aportadas en el pasado por la supervisión psicodinámica se le dedica menos tiempo e interés.

Se está generalizando, en cambio, la exigencia de formación y evaluación en las psicoterapias “basada en las pruebas” como parte integral de la identidad de los psiquiatras, introduciendo en los programas de postgrado controles de los residentes y los profesores. Sin embargo, Kestenbaum y cols (26) en una encuesta mostraron que sólo un porcentaje modesto de las psicoterapias están “basadas en las pruebas”, utilizan un manual y han demostrado su eficacia en al menos dos estudios controlados (*Randomized Control Trials*) con muestras de suficiente poder estadístico. De hecho, dicen, aunque hablar de “psicoterapia basada en las pruebas” (*Evidence based psychotherapy*) esté de moda, pocos clínicos siguen sus criterios y no ocupa un lugar importante en la mayoría de los programas de formación de residentes en psiquiatría.

Por otra parte, los directores de las unidades de formación de residentes deben ahora encontrar tiempo para evaluar a los residentes, además de enseñarles y supervisarles. La evaluación del grado de competencia que adquieren los residentes en psicoterapia se realiza, en general, realizadas mediante los informes de los supervisores. En una investigación (29) se vio que estos informes pueden una muy alta “fiabilidad entre jueces”.

En estos últimos años se han realizado intentos de encontrar métodos más objetivos de evaluación (4). En el *McMaster Psychotherapy Program* se utilizan varios instrumentos de evaluación de las competencias con buenos resultados y alta satisfacción entre los implicados (15).

El método más empleado en los EE.UU es un examen de papel y lápiz que prueba la competencia de los residentes de psiquiatría en psicoterapia psicodinámica. El test (*Psychodynamic Psychotherapy Competency*) fue realizado en Columbia University (30), ha sido utilizado en 60 programas en más de 1000 residentes y se ha mostrado fiable y válido. Es un test basado en viñetas de casos de la práctica clínica con descripciones de sesiones individuales y preguntas múltiples. La prueba dura 2 horas y

media y fue aplicada a 36 expertos en psicoanálisis y a 206 residentes de 2º y de 4º de Psiquiatría en 10 programas en EE.UU. Los directores de los programas daban datos de número de horas de formación y supervisión psicodinámica y de la psicoterapia realizada por los residentes y evaluaban también sus habilidades en el cuarto año sobre la base de informes acumulados de los supervisores. En los resultados encontraron que había diferencias significativas en los tests de los residentes entre los años segundo y cuarto: los residentes más avanzados tenían mejores puntuaciones. Las puntuaciones medias entre los residentes de cuarto años en diferentes programas eran significativamente diferentes, pero los datos en el segundo año no variaban. Las puntuaciones más altas correlacionaban positivamente con el número de horas de psicoterapia realizado por los residentes y el número de horas de supervisión. Entre los residentes de cuarto año las puntuaciones de los tests correlacionaban positivamente con las evaluaciones de los directores de los programas

Son muchos los expertos que alaban este procedimiento, como David Goldberg, Presidente de la Asociación Americana de Directores de Programas de Residentes de Psiquiatría. Sin embargo también hay acuerdo en que es discutible que podamos predecir muy bien el comportamiento adecuado de un residente en un área como la psicoterapia tan profundamente dependiente de habilidades individuales como la empatía y la intuición, que son difíciles de medir en un test de papel y lápiz. Esto necesita una apreciación más global. En cualquier caso, el test está ganando aceptación creciente en los programas de residencia.

Sin embargo, los métodos de evaluación no son lo único importante. Muchas de las encuestas aquí comentadas señalan la escasez de supervisores bien formados y la falta de encuadres adecuados. Por ello son interesantes las experiencias como la de la Universidad de Laval que ha creado una “Guía de encuadre clínico” para la supervisión y la evaluación o la de las Universidades de Toronto y McGill que tienen grupos de supervisores de post-graduados que se reúnen periódicamente para mejorar sus competencias.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Azcunaga D, Sacanell E, Guimon G. Perfil sociolaboral y actividades clínicas de los psiquiatras españoles: implicaciones para la formación de los residentes en psiquiatría. *Psiquis*. 1986;242(86):21-32.
2. Ylla L, Hidalgo MS, Guimón J. Los psiquiatras en España en 2003. *Avances en Salud Mental Relacional*. 2003 december 2002;2(4).
3. Mellman L. How endangered is dynamic psychiatry in residency training? *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2006;34(1):127-33.
4. Zisook S, Balon R, Björkstén KS, Everall I, Dunn L, et al. Psychiatry Residency Training Around the World. *Academic Psychiatry*. 2007; 31(4):309-25.
5. Plakun E. Finding psychodynamic psychiatry's lost generation. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006;34(1):135-50.
6. Mohl P, Tasman A, Chan C, Sledge W, Summergrad P, Notman M. Psychotherapy training for the psychiatrist of the future Task force de la The Association for Academic Psychiatry and the American Association of Directors of Psychiatry Residency Training.
7. Ravitz P, Silver I. Advances in psychotherapy education. *Can J Psychiatry* 2004;49(4):230-7.
8. Bateman A, Holmes J. Psychotherapy training for psychiatrists: hope, resistance and reality. *Psychiatric Bulletin*,. 2001;25(124 -125).
9. Schrauth M, Nikendei C, Martens U, Henningsen P, Herpertz S, de Zwaan M, et al. Medical education in the field of psychosomatic medicine and psychotherapy at the German universities in 2006  
*Psychother Psychosom Med Psychol*. 2006;56.(11):438-44.
10. Fritzsche K, Dornberg M, Fritzsche K, Geigges W, Niklaus B, Noelle D, et al. Curriculum for additional advanced specialist training in psychotherapy--concept and initial experience in practice  
*Z Psychosom Med Psychother* 2008;54(2 ):192-201.
11. Mellman L, Beresin E. Psychotherapy competencies: development and implementation. *Acad Psychiatry*. 2003 27(3):149-53.
12. Glucksman M. Psychoanalytic and psychodynamic education in the 21st century. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006;34(1):215-22.
13. Goin M. Teaching psychodynamic psychotherapy in the 21st century. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006;34(1):117-26.
14. Tasman A. Lost in the DSM-IV checklist: Empathy, meaning, and the doctor-patient relat... *Academic Psychiatry*;. 2002;26(1):38.
15. Weerasekera P, Antony M, Bellissimo A, Bieling P, Shurina-Egan J, Spencer A, et al. Competency assessment in the McMaster Psychotherapy Program *Acad Psychiatry* 2003;27(3):166-73.
16. Gabbard G, Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist. *Am J Psychiatry*. 2001;158 (12):1956-63.
17. Lazarus AA. Multimodal therapy. In: R.J. C, editor. *Current psychotherapies*. 3 ed. Itasca Ill: FE Peacock; 1984.
18. Beitman BD, Goldfried MR, Norcross JC. The Movement Toward Integrating the Psychotherapies: An Overview. *American Journal Of Psychiatry*. 1989;146(2):138-47.

19. Post RM, editor. Research Advances in Psychiatry: an Update for a Clinician. APA; 1990; New-York: Mobiltape - Valencia - CA -35.
20. Heim E. Integration oder Polarisierung der Psychiatrie. *Nervenarzt*. 1992;63:143-8.
21. Coderch J. La relación paciente-terapeuta.El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Paidós; 2001.
22. Ehrensperger S, Goerg D, Fischer W, Zbinden E, Guimon J. La pratique de la psychothérapie de groupe en Suisse. 2001.
23. Guimon J, Fischer W, Zbinden E, Goerg D. Therapeutic practice profiles, work settings and activities of Swiss psychiatrists. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*. 1997.
24. Beeler I, Lorenz S, Szucs T. Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland. . *Soz Praventivmed*. 2003;48.(2):88-96.
25. Guimón J, Fischer W, Zbinden E, Goerg D. Therapeutic practice profiles, work settings and activities of Swiss psychiatrists. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*. 1998;149(1):29-39.
26. Weissman M, Verdeli H, Gameraoff M, Bledsoe S, Betts K, Mufson L, et al. National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(8):925-34.
27. Kestenbaum C. Reminiscences of a training director and the future of training programs. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006;34(1):29-41.
28. Rodenhauser P. Psychiatry residency programs: trends in psychotherapy supervision. *Am J Psychother* 1992;46(2):240-9.
29. Coon J. Assessing residents' competence in psychotherapy. *Acad Psychiatry*. 2003;27(3):145-7.
30. Mullen L, Rieder R, Glick R, Lubert B, Rosen P. Testing psychodynamic psychotherapy skills among psychiatric residents: the psychodynamic psychotherapy competency tes. *Am J Psychiatry*. 2004 161(9):1658-64.