

# Orientamenti in psicoterapia cognitivo-comportamentale

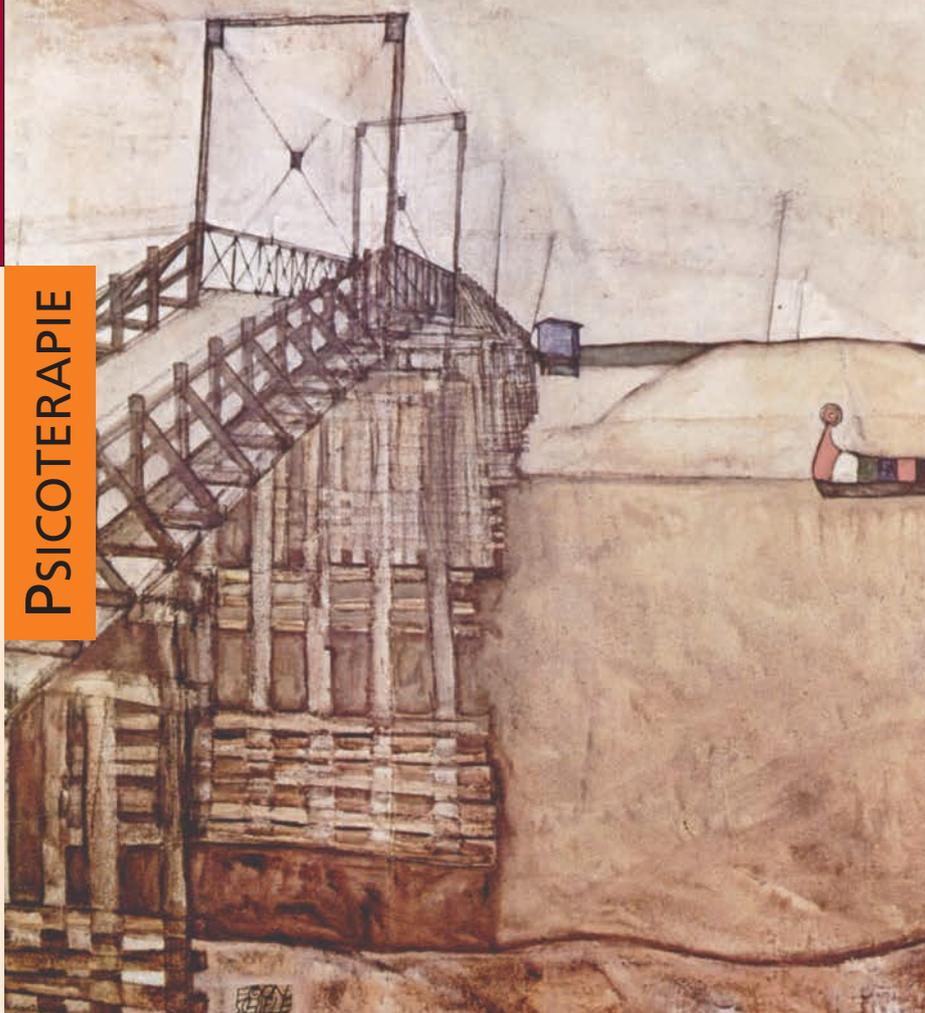
Dalla formulazione del caso  
alla ricerca sull'efficacia

*A cura di Antonio Scarinci,  
Roberto Lorenzini e Clarice Mezzaluna*

*Prefazione di Antonio Semerari*

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella homepage al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# **Orientamenti in psicoterapia cognitivo-comportamentale**

Dalla formulazione del caso  
alla ricerca sull'efficacia

*A cura di* Antonio Scarinci,  
Roberto Lorenzini e Clarice Mezzaluna

*Prefazione di* Antonio Semerari

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

*In copertina: Egon Schiele, Die Brücke, 1913*

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# *Indice*

<b>Prefazione</b>	
<i>di</i> Antonio Semerari	pag. 13
<b>Introduzione</b>	» 17
Bibliografia	» 22
<b>1. La storia della psicoterapia con particolare riferimento al cognitivismo clinico: prima, seconda e terza onda</b>	
<i>di</i> Antonio Scarinci, Matteo Cavalletti, Marika Di Egidio	» 23
1. Breve excursus sulla storia della psicoterapia	» 23
2. Lo sviluppo del cognitivismo clinico	» 27
3. La nascita della Terapia Cognitiva Standard	» 27
4. La rivoluzione cognitiva: scienza cognitiva e psicoterapia cognitiva	» 30
5. Onda su onda. Condividere per moltiplicare, moltiplicare per condividere: gli sviluppi della terapia cognitiva	» 33
Bibliografia	» 38
<b>2. La formulazione del caso e il progetto terapeutico</b>	
<i>di</i> Roberto Lorenzini, Giovanni Maria Ruggiero, Gabriele Caselli, Sandra Sassaroli, Antonio Scarinci	» 42
1. Introduzione	» 42
2. Tailoring Method of Case Formulation (TMCS)	» 45

2.1. Fisiologia generale: il funzionamento normale dei viventi e degli umani in particolare	pag. 45
2.2. La teoria della sofferenza secondo il modello cognitivo-comportamentale	» 48
2.3. La teoria della cura secondo il modello cognitivo-comportamentale	» 50
2.4. I passi da seguire per la TMCS	» 52
2.5. La progettazione di un intervento personalizzato	» 55
3. Il modello Life themes and plans Implications of biased Beliefs: Elicitation and Treatment (LIBET)	» 58
3.1. I temi dolorosi e i piani semiadattivi della LIBET	» 58
3.2. L'accertamento LIBET	» 62
3.3. Il piano terapeutico	» 63
4. Review della recente letteratura sull'argomento	» 64
Bibliografia	» 66
<b>3. La relazione terapeutica</b>	
<i>di</i> Roberto Lorenzini, Antonio Scarinci, Sofia Piccioni, Cristina Formiconi	» 69
1. L'attenzione alla relazione terapeutica	» 70
2. La relazione e la formulazione del caso	» 72
3. Come lavorare con la relazione	» 74
4. Review della recente letteratura sul tema	» 75
4.1. La relazione terapeutica come principale fattore di cambiamento	» 76
4.2. Gli aspetti processuali della relazione terapeutica	» 79
Bibliografia	» 81
<b>4. Le tecniche d'intervento</b>	
<i>di</i> Valerio Castellucci, Antonio Scarinci, Clarice Mezzaluna, Lucia Candria	» 85
1. Introduzione	» 85
2. L'importanza delle tecniche per il piano terapeutico	» 86
3. Gli strumenti utili per la formulazione del caso	» 87
3.1. Le teorie naive del paziente	» 87

3.2.	Il modello LIBET	pag. 88
3.3.	La storia di vita	» 89
3.4.	L'autocaratterizzazione	» 90
3.5.	Il genogramma	» 90
3.6.	L'ABC	» 91
3.7.	Gli strumenti strutturati	» 93
4.	Le tecniche utili a produrre il cambiamento	» 93
4.1.	Le tecniche cognitive	» 94
4.1.1.	Disputing	» 95
4.1.2.	Compilazione di schede e/o diari	» 95
4.1.3.	Problem solving	» 96
4.1.4.	Analisi dei vantaggi e degli svantaggi	» 96
4.1.5.	Trasformazione degli svantaggi in vantaggi	» 97
4.1.6.	Paradossi ed esagerazioni	» 97
4.1.7.	Tecnica del continuum	» 98
4.1.8.	Focalizzazione	» 98
4.1.9.	Tecniche per la corretta valutazione del rischio e della responsabilità	» 98
4.1.10.	Biblioterapia, cinematerapia e umorismo	» 99
4.2.	Le tecniche di imagery	» 100
4.2.1.	Le tecniche immaginative secondo la Schema Therapy	» 100
4.2.2.	Il "posto al sicuro"	» 101
4.2.3.	Imagery Rescripting	» 101
4.2.4.	Visualizzazione	» 102
4.2.5.	Fantasie sulle conseguenze	» 102
4.2.6.	Tecnica di modellamento e sostituzione delle immagini	» 103
4.2.7.	Coping imagery	» 103
4.2.8.	Modificazione immaginativa attraverso la ripetizione	» 104
4.2.9.	Tecnica della proiezione nel tempo	» 104
4.2.10.	Strategie per aumentare la vividezza dell'imagery	» 104
4.2.11.	Che cosa fare quando i pazienti hanno difficoltà ad accedere alle immagini	» 105

4.2.12. Tecniche di addestramento e di potenziamento delle capacità immaginative	pag. 105
4.3. Le tecniche comportamentali	» 105
4.3.1. Training di respirazione	» 106
4.3.2. Esercizi di rilassamento	» 107
4.3.3. Esposizione graduale in vivo o immaginativa	» 108
4.3.4. Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP)	» 109
4.3.5. Self instructional training	» 109
4.3.6. Modeling	» 110
4.3.7. Gestione delle contingenze	» 110
4.3.8. Shame-attacking – Risk-taking	» 110
4.3.9. Stepping-out-character	» 110
4.3.10. Tecnica del turn-off	» 111
4.3.11. Training di assertività	» 111
4.4. Le tecniche per la regolazione degli stati emotivi	» 111
4.4.1. Strategie di distacco	» 112
4.4.2. Macchina del tempo	» 112
4.4.3. Tecniche immaginative per regolare le emozioni	» 113
4.4.4. Immagine metaforica	» 113
4.4.5. Immaginarsi efficace	» 113
4.4.6. Modificazione diretta dell'immagine	» 114
4.4.7. Tecniche REBT per la regolazione emotiva	» 114
4.5. Le tecniche corporee	» 115
4.5.1. Stabilire il contatto	» 115
4.5.2. Domande e direttive “di accesso”	» 116
4.5.3. Tecniche della Dialectical Behavior Therapy che incidono direttamente sul corpo	» 117
4.6. Le tecniche della terza onda del cognitivismo	» 118
4.6.1. Mindfulness	» 118
4.6.2. Meditazione del cibo	» 119
4.6.3. Le tecniche della Dialectical Behavior Therapy	» 120
4.6.4. Le tecniche dell'Acceptance and Commitment Therapy	» 120
4.6.5. La metafora dell'autobus	» 120

4.6.6.	Le nuvole	pag. 121
4.6.7.	Il combattimento	» 121
4.6.8.	Le tecniche della Compassion Focused Therapy	» 122
4.6.9.	La figura compassionevole	» 122
4.6.10.	Lettera compassionevole	» 123
4.6.11.	Immagini compassionevoli	» 123
4.6.12.	Le tecniche della Metacognitive Therapy (MCT)	» 123
4.6.13.	Training Attentivo (ATT)	» 124
4.6.14.	Detached Mindfulness (DM)	» 124
4.6.15.	L'esercizio della tigre	» 125
4.6.16.	L'esercizio della mela	» 125
4.7.	Le tecniche di incremento delle strategie di Mastery e le Skills Training	» 125
4.7.1.	Tecnica per incrementare l'abilità di Mindfulness: rallentare la mente del fare nella vita quotidiana	» 127
4.7.2.	Tecnica per incrementare un'abilità di efficacia interpersonale (ottenere ciò che si desidera): "DEAR MAN"	» 127
4.7.3.	Tecnica per l'abilità di regolazione emotiva: accumulare emozioni positive nel lungo termine	» 129
4.7.4.	Tecnica per l'abilità di tolleranza della sofferenza emotiva: riformulazione efficace dei pensieri abbinata al rilassamento progressivo	» 130
4.7.5.	Social Skills Training	» 130
5.	Review della recente letteratura sul tema	» 131
5.1.	Conclusioni	» 136
	Bibliografia	» 136

## **5. La formazione degli psicoterapeuti**

	<i>di</i> Antonio Scarinci, Giovanni Maria Ruggiero, Sandra Sassaroli, Clarice Mezzaluna	» 144
1.	I profili normativi	» 144
2.	Le competenze dello psicoterapeuta	» 146

3. Il gruppo di formazione	pag. 147
4. Il ruolo del didatta	» 148
5. La valutazione	» 149
6. La formazione degli psicoterapeuti in Europa	» 150
7. La formazione continua durante la carriera professionale	» 150
Bibliografia	» 152
<b>6. L'importanza della supervisione</b>	
<i>di Antonio Scarinci, Maria Cristina Barnabei, Clarice Mezzaluna</i>	» 153
1. Introduzione	» 153
2. La prospettiva teorico-clinica	» 154
3. Compiti e funzioni	» 156
4. Le diverse forme	» 156
5. Le linee guida dell'APA	» 158
6. Conclusioni	» 159
7. Review della letteratura recente sul tema	» 159
Bibliografia	» 167
<b>7. La questione dell'integrazione</b>	
<i>di Antonio Scarinci, Roberto Lorenzini, Valeria Valenti, Cristina Formiconi</i>	» 171
1. L'integrazione durante il percorso formativo	» 174
2. Gli elementi condivisi per l'integrazione	» 175
3. Integrazione e differenziazione	» 176
4. Quale strada percorrere: una proposta operativa	» 177
5. Una review della recente letteratura sull'argomento	» 179
5.1. Introduzione	» 179
5.2. Conclusione	» 187
Bibliografia	» 188
<b>8. La diagnosi: categorie o dimensioni</b>	
<i>di Ettore Favaretto, Fulvio Bedani</i>	» 195
Bibliografia	» 208

<b>9. Contenuti e processi</b>	
<i>di</i> Antonio Scarinci, Gabriele Caselli, Marika Di Egidio	pag. 213
1. La posizione degli strutturalisti	» 213
2. La posizione dei processualisti	» 215
3. La contrapposizione tra strutturalisti e processualisti	» 217
4. Review della recente letteratura sull'argomento	» 221
Bibliografia	» 227
<b>10. Protocolli e ragionamento clinico</b>	
<i>di</i> Roberto Lorenzini, Marika Ferri, Antonio Scarinci, Clarice Mezzaluna	» 232
1. Pianificazione del trattamento terapeutico	» 232
2. Review della recente letteratura sull'argomento	» 236
3. Conclusioni	» 243
Bibliografia	» 243
<b>11. La ricerca in psicoterapia</b>	
<i>di</i> Simona Tripaldi, Antonio Scarinci, Clarice Mezzaluna	» 249
1. Introduzione	» 249
2. La psicoterapia tra epistemologia ed ermeneutica: una questione aperta	» 251
3. Metodologia e tecnica della ricerca in psicoterapia	» 255
4. Review della letteratura recente sull'argomento	» 259
Bibliografia	» 263
<b>12. Farmaci e psicoterapia</b>	
<i>di</i> Roberto Lorenzini	» 269
Bibliografia	» 275
<b>Gli autori</b>	» 277



## *Prefazione*

di Antonio Semerari

È ormai sempre più evidente che parlare di psicoterapia cognitiva come se si trattasse di un approccio unico è diventato tanto anacronistico quanto lo sarebbe parlare di psicoanalisi come se fosse un modello unitario. Non a caso l'espressione "cognitivism clinico" tende a sovrapporsi e a sostituire quella di "psicoterapia cognitiva" non solo, come accadeva in passato, per sottolineare, allo stesso tempo, il legame e la specificità rispetto alle scienze cognitive di base ma anche per indicare il carattere variegato e composito di un campo non più omogeneo.

Tutto ciò può risultare difficile da spiegare a chi è esterno alla disciplina, può disorientare gli allievi che accedono ai primi anni di training, può essere considerato fonte di confusione e far rimpiangere un ideale di coerente compattezza o, al contrario, può essere considerato un indice di vitalità e di ricchezza creativa come può dare sicurezza pensare di poter disporre di una cassetta degli attrezzi di tecniche ampio come quello presentato in questo libro. Insomma, tutto questo può piacere o non piacere. Ma, che piaccia o meno, resta il fatto che esiste. Al di là dei giudizi che si possono dare su questo processo, credo che esso vada considerato, in primo luogo, un dato di fatto. Un dato di fatto è qualcosa che va capito in primo luogo nelle ragioni che l'hanno prodotto e, in secondo luogo, nei processi che si vanno delineando.

Quando è iniziato questo processo? Molti ritengono che l'articolarsi della psicoterapia cognitiva in teorie, e programmi di ricerca diversi sia iniziata con la così detta "terza onda", più o meno quindi nel 2002 con la pubblicazione da parte di Segal, Williams e Teasdale di *Mindful-based Cognitive Therapy for Depression*. Tuttavia ad un esame più attento la questione appare più complessa. La psicoterapia cognitiva, in un certo senso, ha sempre costi-

tuito un campo articolato e diviso, talvolta attraversato da forti discussioni e polemiche. Come è noto, essa nasce da due radici. Una radice psicoanalitica, quella per intenderci di Beck, che si sviluppa in antitesi alla psicoanalisi, e una radice comportamentista, quella da cui provengono i nostri Guidano e Liotti, che si sviluppa in contrapposizione al comportamentismo. Gli autori che venivano da queste due tradizioni portarono nella nuova città i loro usi, le loro idiosincrasie, le loro diverse gerarchie sull'importanza di diversi problemi. Negli anni '80 del secolo scorso si riconoscevano (anche reciprocamente) come cognitivisti autori come Beck, Ellis, Guidano, Liotti, Goldfried (e la sua allieva Marsha Lienehan) Mahoney, Safran ecc. Il dibattito fu vivacissimo per la semplice ragione che, in quel momento, sembrava che intorno al nuovo approccio si stesse costruendo una nuova cultura psicoterapeutica. Proprio per questo il dibattito investiva i fondamenti della psicoterapia e l'agenda di ricerca. Al lettore di oggi quel dibattito può suonare eccessivamente teorico ed astratto. Tuttavia bisogna ricordare tra le questioni dibattute vi furono questioni come il rapporto cognizioni-scopi-emozioni, la regolazione delle emozioni, la questione della coscienza, la metacognizione, la relazione terapeutica e che, su queste questioni emersero teorie cliniche non banali. Durante gli anni '90 il quadro cambiò. Per ragioni che non è qui il caso di affrontare in breve tempo autori come Safran, Goldfried, e la stessa Linehan finirono fuori dalla terapia cognitiva mentre gli autori italiani vi restarono in una posizione sempre più eccentrica.

Via via che la discussione teorica perdeva di mordente, nel nuovo secolo l'arricchimento della terapia cognitiva è avvenuto con l'ampliarsi delle procedure di terza ondata, alcune centrate su tecniche molto specifiche, ciascuna con una certa evidenza empirica di efficacia. Non saprei dire se quest'aspetto tecnico pratico delle procedure sia la ragione principale del loro successo, ma sicuramente corrisponde ad un'esigenza sentita da molti psicoterapeuti di poter disporre di strumenti chiari e di facile utilizzo per problemi specifici.

Un secondo aspetto che caratterizza questa tendenza è il ridimensionamento della centralità della rappresentazione cosciente. L'attenzione ai processi bottom-up rovesciano in parte l'approccio del primo cognitivismo che individuava nelle rappresentazioni il momento centrale della catena che giungeva fino ai sintomi da curare per fare delle rappresentazioni stesse un epifenomeno di eventi o memorie neuro-sensoriali. Si viene così a sostituire un modello esclusivamente psicologico dei disturbi con un modello tendenzialmente dualista dove processi psicologici e fisiologici si intrecciano. È comprensibile come un simile approccio, nel periodo di grande sviluppo delle neuroscienze che abbiamo attraversato abbia, in qualche modo, cavalcato un'onda.

Tutto questo è bene o un male? È un progresso o un regresso? Non credo che esistano risposte univoche a questo tipo di domande e, tuttavia, penso che comprendere gli aspetti positivi e negativi di tutto questo sia fondamentale se si vuole indirizzare qualcosa di dinamico che è ancora in corso.

È su questo punto che questo libro diventa un contributo prezioso. Esso è, anzitutto, un tentativo di mettere ordine in un quadro altrimenti confuso individuando in modo intelligente i diversi problemi su cui confrontare le posizioni che emergono nei diversi orientamenti cognitivi e comportamentali. Basta scorrere l'indice del libro per farsi un'idea della vastità e della complessità dei problemi discussi su cui le diverse anime del cognitivismo clinico vengono messe a confronto.

Altrettanto intelligenti e acuti mi sembrano i tentativi di individuare alcuni assi concettuali come la contrapposizione tra strutturalisti e processualisti entro cui ordinare le diverse posizioni.

Vi è un altro merito del libro che vale la pena sottolineare: la profonda onestà intellettuale che lo ispira. Pur essendo gli autori e i curatori attivamente impegnati nella discussione tra i diversi punti di vista hanno fatto ogni sforzo per rendere in modo chiaro e non strumentale anche le posizioni che non condividono.

Infine va detto che domina il testo un prevalente tono di ottimismo. Traspare il convincimento che tutto questo possa essere ricchezza dialettica progressiva, euristica positiva. Che dire? Su questo punto non posso che augurarmi che sia così.



## *Introduzione*

Di recente il *Journal of Abnormal Psychology* ha pubblicato un articolo dal titolo “Evaluating the Evidential Value of Empirically Supported Psychological Treatments (ESTs): A Meta-Scientific Review” firmato da Sakaluk, Williams, Kilshaw, Rhyner (2019).

Questa meta-scientific review ha messo in rilievo, cosa nota, tra l’altro da qualche tempo, che nel campo della psicoterapia è difficile dimostrare l’efficacia di un trattamento, soprattutto se lo si vuole comparare a un altro. La cosa interessante riportata dall’articolo è che nonostante le difficoltà a stabilire quale trattamento sia più efficace, anche applicando criteri rigorosi, vi sono trattamenti che si dimostrano più efficaci di altri.

La terapia cognitivo-comportamentale ha accumulato evidenze a sufficienza per alcuni disturbi che la rendono superiore ad altri tipi d’intervento, tant’è che le principali linee guida la suggeriscono come intervento d’elezione.

Questo non è sufficiente a dirimere definitivamente una serie di questioni su cui si sta dibattendo e non solo in ambito cognitivista.

L’intento che abbiamo perseguito in questo volume è stato di rappresentare lo sviluppo del dibattito e della riflessione su alcuni temi in agenda: l’importanza della concettualizzazione del caso per la progettazione dell’intervento terapeutico; il ruolo della relazione e dell’alleanza terapeutica nel trattamento; il razionale dell’utilizzo delle vecchie e nuove tecniche terapeutiche; l’importanza della formazione e della supervisione nei vari stadi di sviluppo dell’expertise del terapeuta; l’integrazione possibile tra approcci di prima, seconda e terza ondata del cognitivismo; i problemi concernenti la diagnosi categoriale o dimensionale; l’intervento centrato sui processi o sui contenuti; il rapporto tra le terapie manualizzate supportate empiricamente

e il ragionamento clinico; la capacità della ricerca empirica di dimostrare l'efficacia dei diversi approcci psicoterapeutici; i problemi dell'utilizzo congiunto di farmacoterapia e psicoterapia.

Abbiamo cercato sinteticamente di ricapitolare ed esplicitare le difficoltà e i punti critici di una disciplina che ha assunto grazie all'Evidence Based Medicine uno statuto scientifico di tutto rispetto, nonostante alcune problematiche siano a tutt'oggi ancora da risolvere.

Quasi tutti i capitoli oltre all'esposizione del tema e ad alcune nostre considerazioni si completano con una review che mette in luce i contributi a livello nazionale e internazionale sulla questione affrontata.

Al momento le conoscenze sulla psicopatologia sono limitate sia rispetto alle cause psicologiche dello scompenso sia ai processi di mantenimento. Le ricerche di *experimental psychopathology* non ci hanno fornito per molti problemi clinici l'esatto funzionamento e allora siamo spesso guidati da una certa incertezza nell'intervenire su una credenza piuttosto che su un'altra o su un deficit anziché su un processo, su una disfunzione o su uno scopo. Inoltre, pur avendo evidenze sugli EST, non sappiamo con certezza su cosa agisce un trattamento (Mancini, 2019).

Dalle impostazioni di Ellis e Beck che centravano l'intervento sulle idee irrazionali e sui pensieri automatici negativi, il cognitivismo clinico ha avuto fecondi sviluppi e oggi si è arricchito di procedure e tecniche nuove, tutte supportate da ricerche e studi che ne dimostrano l'efficacia. Proprio per questo sorgono una serie di domande sul rapporto tra prima, seconda e terza onda, su come tradurre le diverse formulazioni teoriche nella pratica clinica, sui rapporti tra teoria della sofferenza e teoria della cura, tra le dimensioni esperienziale e metacognitiva, tra la costruzione dell'alleanza terapeutica attraverso la formulazione del caso e l'intervento sulla relazione, tra accettazione e cambiamento, tra strategie di detached, immaginative e di disputa logico-empirica.

La tradizione italiana che parte dal famoso libro di Guidano e Liotti *Cognitive Process and Emotional Disorders* (1983) nasce con l'obiettivo dichiarato di fondare la psicoterapia su basi scientifiche, sulla nascente scienza cognitiva, adotta un modello epistemologico radicato sulla fenomenologia di stampo europeo con l'enfasi ai significati personali e alla prospettiva teleologica, con un'attenzione già all'interazione tra processi bottom up e top down (Semerari, 2018) e allo sviluppo evolutivo della storia personale del paziente con particolare riferimento all'attaccamento e ai suoi riflessi sulla regolazione degli stati emotivi (Lorenzini, Sassaroli, 1995).

Da allora lo sforzo è stato quello di mettere a punto modelli clinici dei disturbi che riuscissero a cogliere i determinanti della psicopatologia e procedure di trattamento efficaci e specifiche.

A oggi i diversi percorsi terapeutici che sono presenti nel panorama del cognitivismo clinico, pur nella diversità tra loro, rappresentano lo sviluppo di questa tradizione che ha bisogno di un lavoro in progress e di approfondimenti capaci di dare coerenza e unitarietà tra modello teorico e prassi operativa.

La ricerca sull'efficacia dei diversi specifici approcci per determinati disturbi potrà nel tempo dirci molto e speriamo che fornisca, nonostante tutte le difficoltà con le quali si confronta, dati dirimenti e definitivi. In attesa non rimane che fare il punto sulle questioni più controverse, cercando di coglierne gli elementi caratterizzanti.

Il primo capitolo tratta in modo sintetico la storia della psicoterapia con particolare riferimento all'approccio cognitivo-comportamentale che ha visto susseguirsi prima, seconda e terza onda.

Ormai è riconosciuta da tutti l'importanza e la funzione della concettualizzazione del caso per il miglioramento della pratica clinica. Tutti gli approcci si stanno ponendo il problema e diversi modelli sono stati messi a punto. Il cognitivismo già negli anni ottanta introduceva nella concettualizzazione un elemento di alleanza, mentre negli altri orientamenti la formulazione del caso non conteneva in sé alcun elemento di accordo e condivisione con il paziente. Nel secondo capitolo sono illustrati due modelli, il *Tailoring Method of Case Formalation* (TMCS) e il *Life themes and plans Implications of biased Beliefs: Elicitation and Treatment* (LIBET), che hanno in comune lo stesso background teorico, ma variano, in parte, per alcune maggiori accentuazioni sulle diverse componenti della formulazione e del trattamento.

Nel dibattito attuale sulla relazione e sull'alleanza terapeutica c'è chi ritiene che la prima sia un fattore aspecifico su cui si deve incentrare il cambiamento e chi ha una concezione della funzione della relazione alternativa che riprende la tradizione del primo cognitivismo e privilegia compiti e obiettivi come elementi essenziali della costruzione dell'alleanza terapeutica. La condivisione esplicita e franca di una formulazione del caso e di un metodo di lavoro è per questa visione caratterizzante l'approccio alla relazione e alla costruzione dell'alleanza, a differenza della prospettiva di autori che ritengono la relazione terapeutica il terreno su cui si gioca la partita della cura del paziente.

La psicoterapia è un processo di cambiamento che prevede l'utilizzo di tecniche, cioè di strumenti che il professionista utilizza per raggiungere obiettivi terapeutici.

Nel capitolo quarto sono illustrate molte delle tecniche che sono adottate in seduta, sia quelle che operano sui processi, sia quelle che agiscono sui contenuti, tecniche per migliorare la metacognizione e i processi autorego-