NARRATIVE REVIEW

Oltre la ristrutturazione cognitiva:

La Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) nella prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario

Dott.ssa Carmen Leotta | Istituto Tolman | Elaborato finale secondo anno 2026





ABSTRACT

DBT e Prevenzione del Rischio Suicidario in Ambito Penitenziario

Obiettivi

Esaminare il ruolo della Dialectical Behavior Therapy (DBT) nella prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario, analizzandone i presupposti teorici, gli adattamenti al contesto detentivo e le evidenze di efficacia disponibili.

Metodi

Narrative review: articoli scientifici, studi sperimentali, studi quasi-sperimentali, revisioni della letteratura e documenti istituzionali pubblicati tra il 2000 e il 2026, prevalentemente in lingua inglese e italiana. Banche dati: PubMed, APA PsycNet, Science Direct, Semantic Scholar, Springer Nature Link e Sage Journals.

Risultati

Riduzione di autolesismo e suicidio, miglior regolazione emotiva e tolleranza della sofferenza. Rilevante il modello **DBT-CM** (skills training, formazione personale, peer support).

Conclusioni

Approccio promettente per la prevenzione in carcere; necessari ulteriori studi controllati e longitudinali per confermarne efficacia e sostenibilità.

PAROLE CHIAVE: Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT); rischio suicidario; contesto penitenziario; prevenzione del suicidio; regolazione emotiva

INTRODUZIONE

Il suicidio in carcere: una criticità complessa

Contesto e Trend epidemiologici

- Il suicidio rappresenta la manifestazione più estrema del disagio psicosociale in ambito penitenziario.
- Fenomeno **multifattoriale** determinato dall'interazione tra vulnerabilità individuali e fattori ambientali.
- **Incidenza** nettamente **più elevata** rispetto alla popolazione generale:

Tasso 2021: 10,6 casi/10.000 detenuti in Italia, oltre 18 volte superiore alla popolazione libera *(ISS, 2021)*.

Tasso 2023: Salito a 10,9/10.000, superando la media UE dei contesti detentivi di 8,9/10.000 *(Consiglio d'Europa, 2023)*.

Tasso 2025: Raggiunti i 13 casi/10.000 (74 eventi fatali), valore oltre 22 volte superiore ai liberi *(Napolitano & Parisi, 2026; Antonelli, 2026)*.

Profili a rischio: Uomini in età matura in media sicurezza; autori di maltrattamenti e reati familiari *(Napolitano & Parisi, 2026)*.

Momenti a maggior rischio

1. Ingresso in istituto : «Sindrome da ingresso« (World Health Organization, 2000; Bartolini, s.d.).

2. Eventi giudiziari critici (udienze, trasferimenti, ecc.)

3. Prossimità alla scarcerazione

Il contesto detentivo costituisce di per sé un importante fattore di rischio suicidario, richiedendo strategie di prevenzione mirate.

CONTESTO PENITENZIARIO

⚠ Fattori di rischio multilivello

Fattori Individuali

- Disturbi psichiatrici
- Traumi pregressi
- Dipendenze da sostanze
- Elevata impulsività

Fattori Ambientali

- Privazione della libertà
- Isolamento sociale
- Convivenza forzata
- Carenza di attività

Fattori Istituzionali

- Restrizioni severe
- Perdita dell'autonomia
- Stress cronico da sistema
- Incertezza del futuro

APPROCCIO CLASSICO

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC)

Evidenze e Principio Cardine

Efficacia dimostrata:

- Riduce l'ideazione suicidaria a breve termine *(Pedrola-Pons et al., 2024);*
- Riduce i comportamenti suicidari e autolesionistici e allevia i sintomi depressivi a breve, medio e lungo termine (*Tong et al., 2025)*

Meccanismo d'azione:

Identificazione e modifica dei pensieri disfunzionali attraverso la **ristrutturazione cognitiva** (Beck, 2022)

Criticità nel Contesto Penitenziario

⚠️ **Pensieri negativi reali:**

Alcune valutazioni riflettono condizioni oggettivamente reali di privazione e sofferenza («la mia vita è rovinata», «sono in trappola», «non ho controllo sul mio futuro»).

⚠️ **Rischio di invalidazione:**

Spingere sulla ristrutturazione cognitiva senza l'utilizzo di protocolli CBT strutturati e mirati, potrebbe rischiare di replicare la dinamica traumatica dell'istituzione, portando il paziente alla chiusura o all'*escalation* comportamentale.

⚠️ **Alleanza terapeutica:**

La sensazione di invalidazione emotiva rischia di compromettere gravemente la relazione con il terapeuta.

LIMITI OPERATIVI

Perché la sola ristrutturazione cognitiva può non bastare

LIMITE 1: Sofferenza Legata alla Realtà

La sofferenza del detenuto è spesso direttamente ancorata a condizioni reali di restrizione, perdita della libertà e isolamento. Modificare l'interpretazione non altera la realtà oggettiva del contesto (Hayes & Hofmann, 2018).

LIMITE 2: Funzionamento nelle Crisi Acute

- Forte attivazione emotiva (arousal)
- Marcata riduzione delle capacità di ragionamento
- Aumento immediato dell'impulsività

CONSEGUENZA CLINICA

La semplice modifica dei pensieri risulta insufficiente nei momenti di picco emotivo: serve un intervento focalizzato sulla tolleranza dell'angoscia e sulla regolazione immediata.

NUOVE PROSPETTIVE

La Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT): Un cambio di paradigma



DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY (Marsha Linehan, 1993)

Obiettivo Fondamentale: Bilanciare ACCETTAZIONE e CAMBIAMENTO

- Integra la validazione della sofferenza attuale con la promozione di abilità concrete di modificazione del comportamento.
- Riduce impulsività e aggressività e poiché si concentra specificamente sui deficit nella regolazione delle emozioni è considerata particolarmente adatta ai detenuti (Streb et al., 2026).
- Riduce l'incidenza di comportamenti autolesionistici e suicidari (Shelton et al., 2011).

NON TANTO:

"Cosa penso"

Focus esclusivo sulla ristrutturazione dei contenuti di pensiero

MA SOPRATTUTTO:

"Come mi relaziono a ciò che penso e provo"

Promozione della consapevolezza, validazione e tolleranza dell'emozione.

STRUTTURA DEL TRATTAMENTO

Le quattro componenti della DBT standard (Maffei, 2018)

1. Terapia Individuale

Incontri settimanali focalizzati sul bilanciamento tra accettazione e cambiamento e sulla motivazione.

2. Skills Training

Incontri di gruppo strutturati per l'apprendimento e l'allenamento di abilità pratiche.

3. Coaching Telefonico

Supporto in tempo reale tra le sedute per l'applicazione delle competenze nelle crisi quotidiane.

4. Team di Consultazione

Incontri tra terapeuti per garantire la fedeltà al modello, supporto reciproco e supervisione.

COMPETENZE CHIAVE

I quattro moduli dello Skills Training

1 Regolazione Emotiva

Comprendere e modulare le emozioni.

Imparare a riconoscere le proprie emozioni, ridurne la vulnerabilità ed aumentare le esperienze positive.

2 Efficacia Interpersonale

Relazioni funzionali ed assertive.

Mantenere relazioni sane, esprimere i propri bisogni e stabilire confini rispettando sé e gli altri.

3 Distress Tolerance

Gestione della sofferenza acuta.

Capacità di sopravvivere ai momenti di crisi senza ricorrere ad agiti impulsivi o autolesivi.

4 Mindfulness

Consapevolezza e presenza mentale.

Sviluppare la capacità di prestare attenzione al momento presente, senza giudizio e con intenzionalità.

ADATTAMENTO CLINICO

La DBT in carcere: DBT *Corrections Modified* (DBT-CM)

Sviluppato da Trestman e collaboratori (2004), Università del Connecticut
Modello adattato specificamente per rispondere alle esigenze di sicurezza, vincoli strutturali e dinamiche organizzative degli istituti penitenziari.

- Attività modulari più brevi e focalizzati ma più estese nel tempo per offrire maggiori opportunità di coprire tutti i moduli di competenze.
- Maggiore enfasi su interventi di gruppo
- Programmi flessibili con modalità di ingresso continuo (Open-enrollment).
- Coinvolgimento attivo del personale penitenziario (agenti e operatori).
- Integrazione di programmi di supporto tra pari (Peer Support).

CONFRONTO STRUTTURALE

DBT Standard vs. DBT-CM

Tabella 1. *Principali modifiche strutturali e operative del protocollo Dialectical Behavior Therapy (DBT) nel contesto penitenziario rispetto al modello standard.*

Modulo / Dimensione	DBT Standard (Linehan, 1993)	DBT-CM (Trestman et al., 2004) / Contesto Penitenziario
Coaching extra-seduta	Telefonico, h24 con il terapeuta	Sostituito da *Peer Support* (es. Progetto "*Listener*") e schede di autosupporto
Durata e Frequenza Group Skills	2,5 ore/settimana per 24 settimane	Moduli più brevi e frequenti (60 min, 2 volte/settimana per 16 settimane)
Coinvolgimento dell'Ambiente	Rete familiare/sociale esterna	Coinvolgimento e formazione della Polizia Penitenziaria e del personale di sezione
Accesso ai gruppi	Coorti chiuse	Moduli "a cancelli aperti" (*open-enrollment*) per gestire trasferimenti e scarcerazioni

OBIETTIVO: Rendere l'intervento terapeutico pienamente compatibile con le rigidità organizzative e operative del carcere.

Attività pratiche di *distress tolerance* e *mindfulness* per persone in stato di detenzione ad alto rischio suicidario (Biddle et al., 2018)

Contesto: Inghilterra settentrionale (2015-2016), progetto pilota, NHS Foundation Trust



Obiettivi: prevenzione suicidio e autolesionismo

Strumenti Utilizzati: Bob Boxes e Relaxation Packs

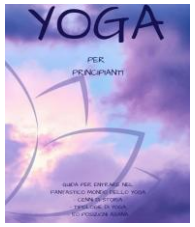
- Materiale artistico per l'espressione sensoriale
- Rompicapo e puzzle per l'ingaggio cognitivo
- Oggetti tattili per la stimolazione sensoriale
- Audio guidati di rilassamento e mindfulness
- Schede pratiche con tecniche di grounding











Finalità Cliniche

Distrazione Attiva
Interrompere il circolo vizioso dei pensieri suicidari e ideazioni acute.

Riduzione dell'Arousal
Abbassare tempestivamente il livello di attivazione emotiva e fisiologica.

Grounding Sensoriale
Riconnettere il detenuto al presente attraverso stimoli fisici e concreti.

Mindfulness Pratica
Fornire supporti tangibili per l'auto-regolazione in cella.

SOSTEGNO DI RETE

Metodi: Formazione del personale e Peer Support



Formazione degli Operatori Penitenziari

- Comprensione condivisa dei principi cardine DBT.
- Competenze di de-escalation nella gestione delle crisi suicidarie.
- Promozione attiva di un clima di validazione emotiva.

Evidenza: La formazione continua rappresenta un fattore determinante per l'efficacia del modello (Trupin et al., 2002).



Programma Peer Support ("Listener")

🤝 **Detenuti Formati:**
Selezione e addestramento di detenuti per offrire primo supporto.

🤝 **Ascolto Empatico:**
Spazio sicuro di sfogo e comprensione senza giudizio tra pari.

🤝 **Supporto Continuativo:**
Presenza costante e capillare nelle sezioni detentive nei momenti critici.

🤝 **Ponte con i Servizi:**
Riconoscimento precoce dei segnali di allarme e invio ai servizi sanitari.

ANALISI CLINICA

Discussione: Valore aggiunto e pilastri

Punti di Forza della DBT in Carcere

✓ **Validazione della sofferenza:**
Riconosce la drammaticità del contesto senza patologizzarla.

✓ **Riduzione dell'impulsività:**
Offre competenze concrete per bloccare gli agiti autolesivi.

✓ **Migliore gestione delle crisi:**
Fornisce protocolli chiari per i momenti ad altissima tensione.

✓ **Adattabilità al contesto:**
Modello flessibile e integrabile nelle routine penitenziarie.

I Tre Pilastri dell'Efficacia

1. Flessibilità Organizzativa
Adattamento continuo di tempi, spazi e moduli alle esigenze del carcere.

2. Coinvolgimento del Personale
Creazione di un ambiente validante e sicuro esteso agli agenti.

3. Supporto tra Pari
Valorizzazione delle risorse interne per un presidio capillare.

SINTESI FINALE

Conclusioni e prospettive future

Conclusioni Cliniche

- La DBT rappresenta un approccio altamente promettente per la prevenzione del suicidio in carcere.
- Consente di gestire la sofferenza senza ricorrere ad agiti autolesivi o distruttivi.
- Favorisce la resilienza e l'autoregolazione emotiva a lungo termine.

Limiti della Letteratura

- Prevalenza di studi pilota e campioni ridotti.
- Scarsità di studi controllati randomizzati (RCT) nel contesto penitenziario.
- Limitati dati di follow-up longitudinali a lungo termine.

Prospettive Future

- Avvio di studi multicentrici su ampia scala.
- Standardizzazione dei protocolli adattati (DBT-CM).
- Maggiore integrazione sinergica tra salute mentale e sistema penitenziario.

Grazie per l'attenzione

