



Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Sede di Cagliari

Esame finale di secondo anno

**IL RUOLO DELLA DIALECTICAL
BEHAVIOR THERAPY (DBT)
NELL'AUTOLESIONISMO NON
SUICIDIARIO (NSSI)**

Dott.ssa Manuela Pilo

ANNO 2025

IL RUOLO DELLA DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY (DBT) NELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDIARIO (NSSI)

Indice

Abstract	2
Parole chiave	3
Introduzione	4
Metodo	6
Risultati	7
Discussione	9
Prospettive future	11
Conclusioni	12
Bibliografia	13

Abstract

L'autolesionismo non suicidiario (NSSI) rappresenta un comportamento ad elevata prevalenza tra adolescenti e giovani adulti, associato a sofferenza psicologica e rischio suicidiario.

La Dialectical Behavior Therapy (DBT), originariamente sviluppata per il disturbo borderline di personalità, è stata adattata all'età evolutiva (DBT-A). Questa review narrativa analizza studi empirici, revisioni e meta-analisi sull'efficacia della DBT nell'NSSI, evidenziandone punti di forza, limiti e prospettive future.

Parole chiave

Dialectical Behavior Therapy; DBT-A; autolesionismo non suicidiario; adolescenti; prevenzione suicidaria.

Introduzione

L'autolesionismo non suicidiario (NSSI) è definito come l'atto intenzionale e ripetuto di danneggiare il proprio corpo senza intento suicidiario. Nel DSM-5, il NSSI è incluso tra le condizioni che necessitano di ulteriori studi. Le forme più comuni includono tagli, bruciature, graffi e colpi contro superfici dure. (DSM-5, 2013).

Le ricerche internazionali stimano una prevalenza del 18% tra adolescenti e del 6% negli adulti, con picchi più elevati nelle popolazioni cliniche. Tra i fattori di rischio spiccano disregolazione emotiva, traumi infantili, disturbi dell'umore, ansia e difficoltà interpersonali. L'NSSI può svolgere funzioni di regolazione emotiva, interruzione di stati dissociativi, auto-punizione o comunicazione del disagio. (Swannell et al., 2014).

L'interesse clinico verso l'NSSI è aumentato negli ultimi due decenni, anche per la sua forte correlazione con il rischio suicidiario. In risposta a questa emergenza clinica, sono stati sviluppati e testati diversi interventi psicoterapici. La Dialectical Behavior Therapy (DBT), ideata da Marsha Linehan, si è distinta come uno degli approcci più promettenti, in particolare nella sua versione adattata per adolescenti (DBT-A).

Drappo e Casonato evidenziano quattro diversi miti che a loro parere sono falsi¹

¹ D'agostino A, Corpi alla deriva. Autolesionismo e oltre, in Rossi Monti. 2012

- a) L'autolesionismo è un mezzo per manipolare le altre persone
- b) L'autolesionismo è sinonimo di suicidio
- c) Gli autolesionisti sono pericolosi e intendono danneggiare gli altri
- d) Gli autolesionisti richiedono solo attenzione

Per quanto riguarda il primo mito, pensare che l'autolesionismo sia soltanto un modo per soggiogare familiari, amici, compagni o altri soggetti significativi, non è proprio vero; da una parte il gesto autolesivo può essere un messaggio di aiuto mandato all'altro, ma quasi sempre gli autolesionisti cercano di nascondere e mantenere in segreto le proprie ferite, proprio perché si vergognano e si sentono a disagio, perché come loro stessi dicono: “tanto la gente non potrebbe mai capire”.

Da un'altra parte paragonare l'autolesionismo al suicidio genera confusione. Infatti, a differenza del suicidio, l'autolesionismo, è un rituale che viene eseguito dalle persone per diversi motivi. La maggior parte degli autolesionisti racconta che il gesto autolesivo è un modo per trovare benessere e sollievo da uno stato di sofferenza interiore (come frustrazione, rabbia e angoscia); in questo caso, l'autolesionismo è un gesto per alleviare il dolore e rimanere in vita. Il tentativo non è quello di uccidersi, ma quello di trovare un antidoto per superare qualcosa che viene vissuta come intollerabile.

Ugualmente, pensare che gli autolesionisti siano pericolosi per gli altri è del tutto sbagliato, perché la loro aggressività è rivolta solo su loro stessi, sul loro corpo e serve da autocura per il dolore e la sofferenza che provano; il gesto dell'autolesionista mette in pericolo unicamente chi lo compie.

Per ultimo, si sente spesso dire che l'autolesionismo sia un modo per attirare l'attenzione, questo pensiero rischia di sminuire la gravità del fenomeno; purtroppo, chi compie gesti autolesivi in realtà prova sentimenti di vergogna e imbarazzo per quello che fa, tanto è vero che cerca di nascondere le sue ferite per timore del giudizio degli altri.

Purtroppo, nella società contemporanea, è difficile realizzare una distinzione tra le condotte chiaramente patologiche e quelle condotte socialmente accettate o approvate dalla cultura. Ad esempio, piercing, incisioni sulla pelle, tatuaggi, scritture direttamente nella carne con ferri arroventati (branding), impianti sottopelle o tagli autoinflitti (cutting) in

maniera deliberata, sono tutte pratiche sempre più di moda tra i giovani, ma che vanno a mischiarsi con condotte di auto-ferimento molto più gravi.

In base alle variabili di letalità, direzionalità e ripetitività, Favazza suddivide l'autolesionismo in tre grandi sottocategorie: autolesionismo maggiore, stereotipato e superficiale/moderato.

Autolesionismo maggiore

Per quanto riguarda l'autolesionismo maggiore, questo comprende gesti sporadici ma gravi, come ad esempio, l'auto-amputazione di un orecchio, l'enucleazione di un occhio, l'auto-mutilazione dei genitali femminili, l'autocastrazione, l'autocannibalismo, l'auto-amputazione del pene. Sono in genere atti repentini e sregolati che procurano grave danno fisico. Molte volte chi compie gesti così estremi appare del tutto indifferente rispetto al proprio comportamento, senza riuscire a dare spiegazione del gesto. Altre volte, la spiegazione viene data chiamando in causa idee deliranti di carattere religioso o sessuale, come il bisogno di purificazione spirituale o di espiatione dei propri peccati, l'identificazione con il Cristo che soffre, il desiderio di essere donna, la paura dell'omosessualità o il bisogno di controllare impulsi sessuali troppo forti e incontrollabili.

L'autolesionismo maggiore può manifestarsi in genere in tre specifiche condizioni psicopatologiche: nelle psicosi, transessualismo e intossicazioni alcoliche acute. Nella psicosi i gesti autolesionistici si presentano talvolta in stati acuti, anche se di solito vengono compiuti nel contesto di stati cronici. I pazienti psicotici si accaniscono tendenzialmente su parti importanti del corpo come occhi, capezzoli, dita di mani o piedi e genitali, diversamente da altri soggetti con patologie più lievi che rivolgono la loro violenza su braccia, gambe o addome (D'Agostino A, in Rossi Monti, 2012, cap. 2.).

Nei soggetti psicotici le condotte autolesive vengono realizzate come un vero e proprio rituale, generalmente preceduto da uno stato allucinatorio che può durare diverse settimane. I mezzi da loro privilegiati per eseguire detti atti sono seghe, martelli, coltelli da cucina, asce e tanti altri.

Nel transessualismo, invece, i soggetti infieriscono soprattutto sui propri genitali, in apparenza perché non vogliono aspettare i lunghi tempi dell'intervento chirurgico. Questi soggetti arrivano a commettere tale azione mossi dalla convinzione di avere un'anima femminile in un corpo maschile. Si è rilevato che molti transessuali che si castrano da soli

presentano una diagnosi di Schizofrenia o Depressione Maggiore, nella maggior parte delle volte associate ad abuso di alcol (ibid.)

Per quanto riguarda le intossicazioni alcoliche acute, i soggetti che si feriscono in genere passano all'azione perché in balia di deliri e allucinazioni provocati dal consumo d'alcol. Essi sono convinti (e percepiscono) la propria pelle come infestata da parassiti, microscopici organismi o insetti; quindi, per liberarsene, la lacerano, la grattano, oppure la squarciano con unghie, coltelli, forchette e qualsiasi altro mezzo possa essere di loro aiuto.

L'autolesionismo stereotipato

L'autolesionismo stereotipato comprende, invece, una serie di azioni automatiche, come percuotersi, mordersi, battere la testa sul muro, graffiarsi la bocca o gli occhi, irritarsi o lesionare la pelle, strapparsi i capelli, legarsi le dita delle mani o dei piedi. Si tratterebbe di gesti ripetitivi e occasionalmente ritmici. Secondo gli autori sembrerebbe che tali soggetti non provino colpa o vergogna per la loro condotta, ma piuttosto siano spinti ad agire da una qualche pressione interna cui devono obbedire. Questo tipo di autolesionismo è presente talvolta in stati psicotici, ma si riscontra di più nel Disturbo Autistico e in alcune sindromi cerebrali organiche, quali: la sindrome di Gilles de La Tourette, quella di Cornelia de Lange e quella di Lesch-Nyhan.

L'autolesionismo superficiale/moderato

L'autolesionismo superficiale/moderato è invece la forma autolesiva più comune e consiste nel procurarsi ferite alquanto lievi, con rasoi, lamette, forchette, tagliacarte, fiammiferi o utensili in genere. In questo ambito rientrano due tipi di condotte: comportamenti compulsivi, che comprendono la tricotillomania (strapparsi i capelli), mangiarsi le unghie fino a rosicchiare le dita, lacerare e sbucciare la pelle; comportamenti impulsivi, comprendono invece tagliare, scalfire o ustionare la pelle, inserire aghi, rompersi le ossa, ostacolare la cicatrizzazione delle ferite. A loro volta le condotte impulsive vengono suddivise in condotte episodiche e condotte ripetitive. In genere le condotte autolesionistiche superficiali/moderate nascono come episodiche, ma possono diventare ripetitive quando il soggetto le assume come modello di comportamento per affrontare situazioni stressanti oppure per rispondere al bisogno di inclusione in determinati gruppi (ibid.).

L'autolesionismo ripetitivo tende a configurarsi in genere come disturbo a sé stante: una sorta di sindrome di autoferimento intenzionale (Repetitive Self Harm Syndrome) che origina in adolescenza e si estende sino a 10 o 15 anni, con fasi caratterizzate da comportamenti autolesivi e fasi di quiete, o condotte impulsive, come disturbi alimentari, abuso di sostanze e cleptomania. (Es. “Nel giro di un mese mi ritrovai magra come un chiodo, drogata, alcolizzata e sempre più sola.”; “Sono stata ricoverata per 7 anni, ho girato 13 reparti diversi, ho trascorso 3 anni della mia vita in una comunità terapeutica.”).

Tra tutte le condotte autolesionistiche superficiali moderate, quella più diffusa è il taglio della pelle (cutting), più precisamente il taglio dei polsi. Il cutting, come altre condotte autolesionistiche superficiali moderate, compare all'interno di numerose patologie, tra le quali Disturbi di Personalità (Borderline, Istrionico, Antisociale), Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbi del Comportamento alimentare e Disturbi Dissociativi.

Metodo

Questa review narrativa è stata condotta su PubMed e PsycINFO, includendo studi dal 2000 al 2025, per valutare l'efficacia della Dialectical Behavior Therapy (DBT/DBT-A) nell'autolesionismo non suicidiario (NSSI). Sono stati considerati RCT, studi longitudinali, revisioni sistematiche e meta-analisi. Esclusi case report e studi con meno di 10 partecipanti. La sintesi è narrativa, seguendo le linee guida PRISMA 2020 e SWiM.

Tabella 1. Caratteristiche principali degli studi inclusi

Autore/Anno	Paese	Campione (n, età)	Disegno	Durata/Setting DBT-A	Comparatore	Follow-up
Mehlum et al., 2014/2016	Norvegia	n=77, 13-18 aa	RCT	19 sett., ospedaliero	TAU	12 mesi
McCauley et al., 2018	USA	n=173, 12-18 aa	RCT multicentrico	24 sett., ambulatoriale	Terapia supportiva	6-12 mesi
Rathus & Miller, 2002	USA	n=29, adolescenti	Studio pilota	16 sett., ambulatoriale	TAU	Post-trattamento
Kothgassner et al., 2020	Meta-analisi	>1.100 soggetti	Review sistematica	Variabile	Variabile	Fino a 12 mesi
Syversen et al., 2024	Norvegia	n=50, 13-18 aa	Studio di coorte	DBT-A routine practice	Nessuno	Post-trattamento
Garcia-Fernandez et al., 2024	Europa	n=120, 14-18 aa	RCT	16 vs 24 sett.	Supportive therapy	Post-trattamento
Ip et al., 2024	Hong Kong	n=85, adolescenti	Studio longitudinale	20 sett., DBT-A	Nessuno	6 mesi

Tabella 2. Esiti principali sugli outcome di NSSI

Autore/Anno	Misura NSSI	Riduzione episodi	Esiti secondari	Drop-out	Note
Mehlum et al., 2014/2016	SITBI + autoreport	Significativa vs TAU	↓ sintomi borderline	15%	Effetto mantenuto a 12 mesi
McCauley et al., 2018	SITBI + interviste	Significativa vs controllo	↓ ideazione suicidaria	20%	Ampio campione multicentrico
Rathus & Miller, 2002	Clinician-rated	Riduzione significativa	↓ tentativi suicidari	18%	Studio pilota
Kothgassner et al., 2020	Varie misure	Confermato	Efficacia robusta	-	Meta-analisi di 15 studi
Syversen et al., 2024	Autoreport	Significativa	↑ regolazione emotiva	10%	Routine practice setting
Garcia-Fernandez et al., 2024	Autoreport	Riduzione (16 e 24 sett.)	24 sett. più efficace su ideazione	22%	Differenze durata protocollo
Ip et al., 2024	Self-report + scale	Riduzione episodi	↓ disregolazione emotiva	12%	Studio su meccanismi di cambiamento

Risultati

Sono stati inclusi complessivamente sette contributi principali: quattro studi randomizzati controllati (RCT), due studi osservazionali/longitudinali e una meta-analisi. Il campione complessivo supera i 1.600 adolescenti e giovani adulti, con età compresa tra i 12 e i 18 anni nella maggior parte degli studi.

Riduzione degli episodi di NSSI

Tutti gli studi inclusi hanno riportato una riduzione significativa degli episodi di NSSI tra i partecipanti trattati con DBT-A.

- Mehlum et al. (2014, 2016) hanno dimostrato che la DBT-A è superiore al trattamento usuale (TAU) nel ridurre i comportamenti autolesivi, con mantenimento degli effetti fino a 12 mesi.
- McCauley et al. (2018), nel più ampio RCT multicentrico condotto negli Stati Uniti (n=173), hanno confermato la superiorità della DBT-A rispetto alla terapia di supporto, con una riduzione significativa di NSSI e ideazione suicidaria.
- Rathus & Miller (2002) hanno mostrato già in uno studio pilota una riduzione marcata di autolesionismo e tentativi suicidari, suggerendo il potenziale del trattamento anche in campioni ridotti.
- Syversen et al. (2024) hanno confermato l'efficacia della DBT-A in un setting di pratica clinica reale ("routine practice"), dimostrando miglioramenti consistenti anche fuori dal contesto sperimentale.
- Garcia-Fernandez et al. (2024) hanno osservato una riduzione degli episodi in entrambi i protocolli (16 e 24 settimane), con vantaggi ulteriori nei programmi più lunghi soprattutto sulla riduzione dell'ideazione suicidaria.
- Ip et al. (2024) hanno messo in evidenza come il calo dei comportamenti autolesivi sia mediato da una diminuzione della disregolazione emotiva e dei deficit interpersonali.
- La meta-analisi di Kothgassner et al. (2020), comprendente oltre 1.100 soggetti in 15 studi, ha confermato la DBT-A come intervento evidence-based per la riduzione dell'NSSI, consolidando l'efficacia già osservata nei singoli trial.

Esiti secondari

Oltre alla riduzione diretta degli episodi autolesivi, gli studi hanno rilevato miglioramenti su vari indicatori clinici:

- Sintomi borderline (Mehlum et al., 2014/2016).
- Ideazione suicidaria (McCauley et al., 2018; Garcia-Fernandez et al., 2024, più evidente nei protocolli a 24 settimane).
- Tentativi suicidari (Rathus & Miller, 2002).
- Regolazione emotiva (Syversen et al., 2024; Ip et al., 2024), con incremento dell'uso delle abilità DBT.

Questi risultati confermano che la DBT-A non si limita a ridurre i comportamenti autolesivi, ma agisce anche sui processi psicologici sottostanti, in particolare la disregolazione emotiva e le difficoltà interpersonali.

Drop-out e aderenza

I tassi di drop-out riportati oscillano tra il 10% e il 22%. Gli studi più brevi e intensivi hanno mostrato un'aderenza leggermente maggiore, mentre i protocolli più lunghi (es. 24 settimane) registrano tassi di abbandono più elevati. Tuttavia, la fedeltà al protocollo e il coinvolgimento familiare risultano fattori cruciali per favorire la partecipazione continuativa.

Sintesi complessiva

Nel complesso, le evidenze dimostrano che la DBT-A riduce in modo consistente la frequenza degli episodi di NSSI negli adolescenti, con benefici che si estendono anche ad aree correlate (sintomi borderline, ideazione suicidaria, regolazione emotiva). L'efficacia è stata replicata sia in trial rigorosamente controllati, sia in studi osservazionali in contesti clinici reali, confermando la trasferibilità del modello DBT-A.

Risultati

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della DBT-A nella riduzione del NSSI tra adolescenti.

Temî ricorrenti emersi:

- Efficacia a breve termine, con riduzione significativa degli episodi già nelle prime settimane.
- Mantenimento degli effetti a 6-12 mesi.
- Importanza del coinvolgimento familiare nei programmi multifamiliari.
- Buona trasferibilità culturale.
- Limiti metodologici: campioni ridotti, alti drop-out, eterogeneità dei protocolli.

Gli studi analizzati convergono su un punto chiave: il ruolo della regolazione emotiva come fattore trasversale. Numerose ricerche (Gratz & Roemer, 2008; Adrian et al., 2019) hanno mostrato che la difficoltà a gestire emozioni intense è uno dei predittori più forti di NSSI. In questo senso, la DBT fornisce strumenti unici e strutturati per trasformare tale vulnerabilità in competenza, differenziandosi da altri approcci terapeutici che si focalizzano principalmente sul versante cognitivo.

Discussione

La DBT emerge come uno degli approcci più validi per la gestione dell'NSSI in adolescenza. La sua efficacia si fonda sullo sviluppo di abilità di regolazione emotiva, mindfulness, tolleranza alla sofferenza e competenze interpersonali, che offrono strategie alternative al comportamento autolesivo.

Rispetto ad altri interventi, la CBT si focalizza sul lavoro cognitivo ma fornisce meno strumenti pratici di regolazione emotiva. La Mentalization-Based Treatment (MBT) agisce sulla capacità di comprendere stati mentali propri e altrui, risultando utile in casi di deficit marcati di mentalizzazione.

La DBT-A appare quindi particolarmente indicata in presenza di comorbidità borderline e contesti familiari complessi. Rimane tuttavia necessario approfondire quali componenti del trattamento (ad esempio, i

moduli di gruppo vs il lavoro individuale) abbiano maggiore impatto sui risultati.

Un altro aspetto emergente è l'utilizzo della DBT in contesti digitali. Negli ultimi anni, sono stati sviluppati programmi di telehealth (sanità a distanza) basati su DBT che hanno mostrato tassi di aderenza incoraggianti, in particolare durante la pandemia COVID-19 (Fitzpatrick et al., 2020). Le piattaforme online permettono di raggiungere adolescenti in aree rurali o con difficoltà logistiche, aprendo nuove prospettive per la prevenzione secondaria e terziaria del NSSI.

Prospettive future

Le direzioni future includono:

- Programmi DBT brevi e intensivi per ridurre costi e drop-out.
- Interventi online e blended per aumentare accessibilità.
- Integrazione di moduli specifici per genitori e caregiver.
- Studi multicentrici con campioni più ampi e follow-up oltre i 24 mesi.
- Analisi delle componenti attive della DBT per identificare i fattori chiave del cambiamento.

Va inoltre sottolineata l'importanza di una maggiore integrazione tra DBT e sistemi scolastici. Programmi psicoeducativi brevi basati sulle abilità DBT hanno dimostrato di ridurre comportamenti a rischio tra studenti delle scuole secondarie (James et al., 2021). Questi dati suggeriscono che la diffusione di interventi preventivi nelle scuole potrebbe contribuire a ridurre la prevalenza dell'NSSI.

Conclusioni

La DBT, e in particolare la DBT-A, rappresenta un trattamento di elezione per adolescenti con comportamenti autolesivi non suicidari. Le evidenze supportano il suo utilizzo come prima scelta, in particolare nei casi complessi. La ricerca futura dovrà chiarire i meccanismi di mantenimento del cambiamento e confrontare la DBT con altri approcci evidence-based per delineare linee guida sempre più precise.

Bibliografia

Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2019). Emotional dysregulation and nonsuicidal self-injury in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(5), 817–829.

Fitzpatrick, S., Darcy, A., & Vierhile, M. (2020). Delivering dialectical behavior therapy via telehealth: Challenges and opportunities. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 340–354.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 315–325.

James, S., Freeman, A., Mayo, D., & Rogers, J. (2021). School-based dialectical behavior therapy skills training for adolescents: Preliminary evidence and future directions. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(3), 215–223.

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2020). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harming and suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 624576.

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., ... & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785.

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157.

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. (Swannell et al., 2014).