

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

SEDE CATANIA

ELABORATO FINALE 2° ANNO

BASTA LA REGOLAZIONE EMOTIVA? EFFICACIA E MECCANISMI DI CAMBIAMENTO DEGLI INTERVENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA SUICIDALITÀ IN ADOLESCENZA. UNA REVIEW NARRATIVA

Dott.ssa Ludovica Carrozzo

Anno 2026

BASTA LA REGOLAZIONE EMOTIVA?
EFFICACIA E MECCANISMI DI CAMBIAMENTO DEGLI INTERVENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA SUICIDALITÀ IN ADOLESCENZA.
UNA REVIEW NARRATIVA

Ludovica Carrozzo

Abstract

Background. Il suicidio rappresenta una delle principali cause di morte in adolescenza; si rende dunque prioritaria l'individuazione di interventi psicologici efficaci per il trattamento della suicidalità e dei comportamenti autolesivi. Tra gli approcci maggiormente studiati figurano la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) e la Terapia Dialettico-Comportamentale per Adolescenti (DBT-A), la cui efficacia è spesso attribuita al miglioramento delle capacità di regolazione emotiva. Tuttavia, il ruolo della regolazione emotiva come meccanismo di cambiamento degli interventi non è ancora pienamente chiarito, né è sufficientemente noto in quale misura altri processi psicologici possano contribuire agli esiti terapeutici.

Obiettivo. Sintetizzare criticamente la letteratura pubblicata tra il 2020 e il 2026 sull'efficacia e sui meccanismi di cambiamento della CBT e della DBT-A destinate ad adolescenti (10–19 anni) con ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e/o comportamenti autolesivi, esaminando in particolare se la regolazione emotiva possa spiegare in modo esaustivo gli effetti terapeutici osservati.

Metodo. Review narrativa, con domanda di ricerca formulata secondo il modello PICO. Le pubblicazioni incluse sono state individuate tramite una ricerca strutturata su PubMed; Google Scholar e le bibliografie delle meta-analisi più recenti sono stati consultati per identificare le fonti di contesto. Le evidenze sono state sintetizzate in forma tematica, distinguendo gli esiti di efficacia dai possibili meccanismi di cambiamento.

Risultati. Sono state incluse 21 pubblicazioni, di cui 7 revisioni o meta-analisi e 14 studi primari o analisi secondarie. La DBT-A presenta le evidenze di efficacia più consistenti, mostrando effetti piccoli-moderati sulla riduzione dell'autolesività ($g = -0,44$) e piccoli sull'ideazione suicidaria ($g = -0,31$). Il vantaggio rispetto ai gruppi di confronto nella riduzione dell'autolesività resta in media fino a un follow-up di 12,4 anni, sebbene non raggiunga la significatività statistica nell'ultimo intervallo di osservazione. Le analisi di mediazione suggeriscono che il miglioramento della regolazione emotiva contribuisca alla remissione dell'autolesività; tuttavia, tale miglioramento si osserva anche nei partecipanti sottoposti a terapia di supporto e non sembra quindi rappresentare un meccanismo specifico della DBT-A. Un possibile processo alternativo è rappresentato dall'aumento delle ragioni per vivere, associato al miglioramento clinico nel gruppo DBT, ma non in quello di confronto. Per quanto riguarda la CBT, le evidenze risultano più eterogenee, con segnali promettenti, seppure limitati al breve termine, per gli interventi culturalmente adattati.

Conclusioni. La regolazione emotiva emerge come un processo rilevante, ma non sufficiente a spiegare gli effetti della DBT-A, che sembrano coinvolgere anche processi di natura motivazionale. Per la CBT, i meccanismi di cambiamento restano invece da approfondire. Il rapporto tra regolazione emotiva e autolesività potrebbe inoltre essere bidirezionale; tale ipotesi merita di essere ulteriormente esplorata. Nel complesso, gli effetti degli interventi potrebbero dipendere dall'interazione di più componenti terapeutiche, tra cui l'addestramento alle abilità, il coinvolgimento familiare e il rafforzamento delle ragioni per vivere; il contributo specifico di ciascuna rimane tuttavia da verificare empiricamente. Considerato il numero limitato di campioni su cui si basano le evidenze disponibili, sono necessari nuovi studi longitudinali e disegni sperimentali capaci di isolare il contributo delle singole componenti terapeutiche.

Parole chiave: suicidalità in adolescenza; comportamenti autolesivi; terapia cognitivo-comportamentale (CBT); terapia dialettico-comportamentale per adolescenti (DBT-A); regolazione emotiva; meccanismi di cambiamento; review narrativa.

1. Introduzione

La suicidalità in adolescenza rappresenta una priorità di salute pubblica. A livello internazionale, tra i giovani di 6–21 anni della popolazione generale, le stime di prevalenza dell'ideazione suicidaria attiva oscillano tra il 14,3% e il 22,6%, mentre quelle relative ai tentativi di suicidio variano tra il 4,6% e il 16,9%, con ampie differenze tra regioni (Van Meter, Knowles & Mintz 2023). L'autolesività, inoltre, raramente resta un episodio isolato: è uno dei più forti predittori del suicidio (Moran et al. 2024) e, quando si manifesta in adolescenza, è associata in età adulta a una più elevata comorbidità psichiatrica e a un ricorso più frequente ai ricoveri (Johansson et al. 2026).

La letteratura utilizza tuttavia termini non sempre sovrapponibili per descrivere questi fenomeni. La loro distinzione è centrale sia sul piano clinico, per la valutazione del rischio, sia sul piano della ricerca, per l'interpretazione e il confronto degli esiti. La Tabella 1 riporta le definizioni adottate in questa review.

Tabella 1. Definizioni dei principali costrutti.

Termine	Definizione
Suicidalità	Termine generale che indica l'ideazione suicidaria e i comportamenti suicidari (Posner et al. 2007). Nella presente review è usato, come definizione operativa, in un'accezione più ampia: comprende anche l'autolesività e, dunque, l'NSSI. Quest'ultimo rimane tuttavia distinto dai comportamenti caratterizzati da intenzionalità suicidaria.
Ideazione suicidaria	Pensieri relativi al togliersi la vita, che vanno dal desiderio passivo di morire o di non esistere più all'ideazione attiva di suicidio, con frequenza, intensità e intenzionalità variabili (Posner et al. 2011).
Piano suicidario	Elaborazione di modalità, tempi o circostanze relativi a un possibile suicidio. La presenza di un piano rappresenta un elemento clinicamente rilevante nella valutazione del rischio suicidario (Posner et al. 2011).

Termine	Definizione
Tentativo di suicidio	Atto autoinflitto potenzialmente lesivo, intrapreso con almeno una certa intenzione di morire, indipendentemente dalla presenza e dalla gravità delle conseguenze fisiche (Posner et al. 2011).
Comportamento suicidario	Secondo la classificazione della Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) comprende i tentativi di suicidio effettivi, i tentativi interrotti da circostanze esterne prima che la persona compia l'atto, i tentativi interrotti dalla persona stessa prima di compiere qualsiasi gesto autolesivo e i comportamenti preparatori in vista di un tentativo imminente, come procurarsi i mezzi (Posner et al. 2011).
Autolesività (self-harm)	Comportamento intenzionale di autoavvelenamento o autolesione, indipendentemente dalla presenza o meno di intenzionalità suicidaria. Comprende pertanto sia comportamenti con intento suicidario sia comportamenti non suicidari (Moran et al. 2024).
Autolesionismo non suicidario (NSSI)	Comportamento caratterizzato dalla provocazione intenzionale e diretta di un danno ai propri tessuti corporei, senza intenzione di morire, come tagli o bruciature. Può svolgere diverse funzioni psicologiche, tra cui la regolazione delle emozioni negative (Nock 2010).

Nota. Definizioni adattate dall'autrice dalle fonti indicate; per la C-SSRS si veda l'Appendice A.

Questi fenomeni sono tra loro correlati, ma rappresentano costrutti distinti e non necessariamente tappe successive di un unico processo. L'NSSI, in particolare, può svolgere una funzione di regolazione emotiva (Nock 2010) e si associa a un maggiore rischio di suicidio (Moran et al. 2024), pur non rappresentando uno stadio preliminare del comportamento suicidario. Poiché diversi trial misurano l'autolesività nel suo complesso, senza distinguere sistematicamente tra comportamenti con e senza intenzionalità suicidaria, nei Risultati ciascun dato viene riportato facendo riferimento alla specifica definizione e all'esito utilizzati dagli autori dello studio.

1.1 Modelli teorici di riferimento

CBT e DBT-A nascono dalla stessa tradizione. La CBT per la suicidalità si fonda sul modello cognitivo di Beck (Wenzel, Brown & Beck 2009); la DBT appartiene invece alle terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione, che mantengono i principi comportamentali classici, come l'analisi funzionale, la gestione delle contingenze e l'addestramento alle abilità, e li integrano con l'accettazione, la mindfulness e un'impostazione dialettica (Linehan 1993).

Secondo il *modello cognitivo della suicidalità* (Rudd 2000; Wenzel, Brown & Beck 2009), la crisi suicidaria nasce dall'interazione di tre livelli. Il primo comprende alcune vulnerabilità disposizionali, come l'impulsività e le difficoltà di problem solving. Il secondo riguarda schemi specifici per il suicidio, tra cui la disperazione, la percezione di una sofferenza insopportabile e la convinzione di essere un peso per gli altri. Il terzo, durante la crisi acuta, è un restringimento dell'attenzione che fa apparire il suicidio come l'unica via d'uscita. Chi ha già compiuto un tentativo può raggiungere questo stato di crisi anche in risposta a fattori precipitanti di minore intensità. Al centro del modello si colloca la disperazione, che comprende aspettative negative sul futuro, blocco dei processi orientati agli obiettivi e senso di impotenza (Marchetti, Alloy & Koster 2023). Tra i possibili fattori protettivi rispetto alla disperazione si

collocano le *ragioni per vivere*, intese come convinzioni, legami e prospettive future che possono contrastare l'orientamento suicidario.

Il *modello biosociale* di Linehan (1993), su cui si fonda la DBT, sposta invece l'attenzione sui processi emotivi. L'interazione tra una vulnerabilità emotiva di base e un ambiente invalidante produrrebbe una disregolazione pervasiva, nella quale l'autolesività diventa una strategia rapida, per quanto disfunzionale, per attenuare stati emotivi intollerabili (Dibaj et al. 2025).

I due modelli condividono un nucleo comportamentale: alcuni comportamenti autolesivi possono essere mantenuti dal sollievo immediato che producono, secondo un meccanismo di rinforzo negativo, e vanno compresi attraverso l'analisi funzionale dei singoli episodi. La loro ripetizione può inoltre ridurre la paura del dolore e della morte, aumentando potenzialmente la vulnerabilità a condotte successive di maggiore gravità; la loro riduzione costituisce quindi di per sé un obiettivo preventivo (Berk et al. 2022). I modelli si distinguono però per i processi sui quali intervengono primariamente: Beck privilegia i contenuti cognitivi, come la disperazione, mentre Linehan pone maggiore enfasi sulla regolazione delle emozioni e sulla validazione. È proprio questa differenza a sostenere la questione centrale della review.

1.2 Gli interventi

La **CBT per la suicidalità** comprende protocolli come la terapia cognitiva per la prevenzione del suicidio (CT-SP) e la CBT breve per la prevenzione del suicidio (BCBT) (Wenzel, Brown & Beck 2009; Bryan & Rudd 2018). Questi protocolli condividono alcune strategie ricorrenti: l'analisi della crisi suicidaria, la pianificazione della sicurezza, l'addestramento alla regolazione emotiva e al problem solving, la ristrutturazione dei pensieri associati alla disperazione e, in alcune versioni, esercizi immaginativi di prevenzione delle ricadute. Nei protocolli adattati all'adolescenza può essere previsto anche il coinvolgimento dei genitori, soprattutto per il lavoro sulla comunicazione familiare e sulla gestione delle situazioni di crisi. Questi protocolli rappresentano il riferimento teorico e clinico della CBT per la suicidalità. In particolare la BCBT ha ridotto i tentativi di suicidio in diversi trial, dal primo condotto con personale militare (Rudd et al. 2015) a un recente RCT in telemedicina con adulti (Baker et al. 2024), ma la sua applicazione in adolescenza è ancora poco studiata.

La **DBT-A** (Miller, Rathus & Linehan 2007) colloca al vertice della gerarchia dei bersagli di intervento i comportamenti che mettono a rischio la vita e bilancia strategie di accettazione e di cambiamento. Nel formato completo comprende la terapia individuale, un training multifamiliare delle abilità (mindfulness, tolleranza della sofferenza, regolazione emotiva, efficacia interpersonale e «percorrere la via di mezzo»), il coaching telefonico per l'adolescente e per i genitori e un team di consultazione per i terapeuti (Asarnow et al. 2021). Nei trial il formato è spesso adattato e la durata varia in genere tra 16 e 24 settimane (Johansson et al. 2026).

Nella pratica clinica la psicoterapia è spesso affiancata dalla **farmacoterapia**, rivolta soprattutto ai disturbi associati, come la depressione. Non sono tuttavia disponibili prove sufficienti per identificare un trattamento farmacologico specificamente efficace nella riduzione dell'autolesività e dei tentativi di suicidio in adolescenza (Witt et al. 2021; Sim et al. 2025).

1.3 Scopo della review

Nel complesso, gli interventi per il suicidio e l'autolesività mostrano un'efficacia limitata: una meta-analisi su quasi cinquant'anni di RCT condotti in tutte le fasce d'età ha rilevato effetti complessivamente

piccoli, nessun approccio stabilmente superiore agli altri e un'efficacia che non è migliorata nel tempo (Fox et al. 2020). In adolescenza, le meta-analisi pubblicate tra il 2020 e il 2021 hanno indicato la DBT-A come un trattamento promettente, segnalando al tempo stesso prove incoerenti per gli altri approcci e un rischio di bias elevato in molti trial (Kothgassner et al. 2020; Bahji et al. 2021; Witt et al. 2021); nessuna di queste sintesi poteva includere gli studi pubblicati dal 2022 in poi (Johansson et al. 2026). A questa lacuna empirica se ne affianca una concettuale. La regolazione emotiva è spesso indicata come il meccanismo attraverso cui questi interventi riducono la suicidalità, ma le verifiche dirette dell'ipotesi sono rare e recenti (Asarnow et al. 2021). Resta dunque aperto il ruolo della regolazione emotiva come meccanismo di cambiamento.

Lo scopo di questa review è analizzare criticamente le evidenze 2020–2026 su CBT e DBT-A per la suicidalità in adolescenza, rispondendo a una domanda principale, formulata secondo il modello PICO nella sezione 2.1 e declinata in tre domande specifiche:

1. **DR1.** Qual è l'efficacia della DBT-A nella riduzione dell'ideazione suicidaria, dei tentativi di suicidio e dei comportamenti autolesivi?
2. **DR2.** Qual è l'efficacia degli interventi basati sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) specificamente sviluppati per la suicidalità o per i comportamenti autolesivi, comprese le loro varianti familiari, brevi, culturalmente adattate e digitali, nella riduzione degli stessi esiti?
3. **DR3.** Quale ruolo svolge la regolazione emotiva nei cambiamenti prodotti dalla DBT-A e dagli interventi basati sulla CBT: è un meccanismo relativamente specifico della DBT-A, un processo comune a diversi trattamenti o una conseguenza della riduzione dei comportamenti autolesivi?

2. Metodo

2.1 Domanda di ricerca: il modello PICO

La domanda di ricerca è stata formulata facendo riferimento al modello **PICO** (Population, Intervention, Comparison, Outcome), che consente di scomporre un quesito clinico nei suoi elementi fondamentali e di orientare la costruzione della strategia di ricerca bibliografica e dei criteri di selezione degli studi (Tabella 2).

Alla domanda principale sull'efficacia degli interventi, strutturata secondo il modello PICO, è stato affiancato un quesito relativo ai possibili meccanismi di cambiamento, con particolare attenzione al ruolo della regolazione emotiva, confrontata con altri processi psicologici come l’incremento delle ragioni per vivere. Tali costrutti sono stati distinti dagli esiti clinici, in quanto potenziali meccanismi coinvolti negli effetti terapeutici.

> *Negli adolescenti di 10–19 anni con suicidalità, seguiti in contesti clinici, quali evidenze emergono sull'efficacia della CBT specifica per la suicidalità e della DBT-A, rispetto al trattamento usuale o ad altri trattamenti attivi, nella riduzione dell'ideazione suicidaria, dei tentativi di suicidio e dei comportamenti autolesivi? Quale ruolo svolge la regolazione emotiva come possibile meccanismo di cambiamento di questi interventi?*

Tabella 2. Elementi PICO della domanda di ricerca.

Elemento	Definizione
P – Popolazione	Adolescenti di età compresa tra 10 e 19 anni, seguiti in contesti clinici, con ideazione suicidaria, precedenti tentativi di suicidio e/o comportamenti autolesivi, compreso l'autolesionismo non suicidario (NSSI).
I – Intervento	Interventi psicoterapeutici basati sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) specifica per la suicidalità o per i comportamenti autolesivi, e sulla terapia dialettico-comportamentale per adolescenti (DBT-A), comprese eventuali varianti dei protocolli: individuali, familiari, brevi, culturalmente adattate o digitali.
C – Confronto	Trattamento usuale (TAU), trattamento usuale potenziato (EUC), terapia di supporto o altri interventi psicoterapeutici attivi.
O – Esiti	*Esiti clinici primari:* ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e comportamenti autolesivi, compreso l'NSSI. *Esiti clinici secondari:* risposta al trattamento, remissione e mantenimento dei risultati nel follow-up. *Possibili processi di cambiamento:* regolazione emotiva, intesa in una prospettiva multidimensionale che comprende consapevolezza, comprensione e accettazione delle emozioni, controllo degli impulsi e accesso a strategie regolative efficaci (Gratz & Roemer 2004), come processo principale indagato; altri processi, come le ragioni per vivere (Reasons for Living; Linehan et al. 1983), come possibili processi alternativi.

2.2 Articoli inclusi

Sono state incluse 21 pubblicazioni, contrassegnate con un asterisco in bibliografia: 7 revisioni sistematiche o meta-analisi, che forniscono il quadro aggregato delle evidenze, e 14 studi primari o analisi secondarie, derivati da 8 campioni indipendenti. Dei 14 studi primari, otto riguardano la DBT-A e provengono in gran parte dal trial statunitense CARES e dal trial norvegese di Mehlum e colleghi; sei riguardano interventi cognitivo-comportamentali specifici per la suicidalità o per i comportamenti autolesivi, nelle varianti breve, culturalmente adattata e digitale. Le pubblicazioni selezionate sono riassunte nell'Appendice B.

2.3 Disegno di ricerca e procedure

L'elaborato è una **review narrativa**: non si propone di censire tutti gli studi disponibili, ma di costruire un quadro critico che metta in relazione le prove di efficacia con le teorie e con gli studi sui meccanismi di cambiamento. La scelta è motivata dall'eterogeneità di interventi, comparatori ed esiti e dall'esistenza di meta-analisi recenti che già aggregano i trial principali.

La ricerca bibliografica principale è stata condotta su PubMed, limitando l'interrogazione ai campi titolo e abstract. La stringa di ricerca è stata costruita sulla base degli elementi P e I del modello PICO, combinando termini relativi alla popolazione, alla condizione clinica e agli interventi di interesse. Gli elementi C e O, insieme al criterio relativo alla fascia d'età (10–19 anni), sono stati invece utilizzati nella fase di selezione e valutazione della pertinenza degli studi.

La stringa limita inoltre la ricerca alle pubblicazioni in lingua inglese del periodo 2020–2026, con l'esclusione dei preprint; poiché il filtro per data opera su anni interi (2020:2026[dp]), il limite di ottobre 2026 è stato applicato in fase di selezione degli studi. Nell'ottobre 2026 la ricerca ha restituito complessivamente 786 risultati. La stringa completa è riportata di seguito:

```
(adolescen*[tiab] OR youth[tiab] OR teen*[tiab] OR "young people"[tiab] OR
"young person"[tiab]) AND (suicid*[tiab] OR "suicidal ideation"[tiab] OR
"suicide attempt"[tiab] OR self-harm[tiab] OR self-injur*[tiab] OR NSSI[tiab] OR
"non-suicidal self-injury"[tiab] OR "self-injurious behavior"[tiab]) AND
("cognitive behavioral therapy"[tiab] OR "cognitive behavioural therapy"[tiab]
OR CBT[tiab] OR "dialectical behavior therapy"[tiab] OR "dialectical behavioural
therapy"[tiab] OR DBT[tiab] OR psychotherapy[tiab] OR "emotion
regulation"[tiab]) AND English[lang] AND 2020:2026[dp] NOT preprint[pt]
```

La ricerca bibliografica è stata integrata mediante ulteriori ricerche per parole chiave su Google Scholar, focalizzate sugli interventi terapeutici e sugli esiti di interesse, e attraverso la consultazione delle bibliografie delle meta-analisi più recenti e degli studi selezionati, al fine di identificare ulteriori contributi pertinenti. Tutte le 21 pubblicazioni incluse nella review sono state individuate attraverso la stringa di ricerca principale. Le ricerche integrative non hanno aggiunto studi al corpus, ma hanno permesso di rintracciare le fonti di contesto, tra cui due studi su interventi brevi di derivazione cognitivo-comportamentale, basati sul piano di sicurezza e sulla psicoeducazione (Czyz et al. 2021; García-Fernández et al. 2025).

Sono stati inclusi studi in lingua inglese, pubblicati su riviste peer-reviewed tra gennaio 2020 e ottobre 2026, condotti su adolescenti di età compresa tra 10 e 19 anni con ideazione suicidaria o autolesività documentata, reclutati in contesti clinici: revisioni sistematiche e meta-analisi, RCT, follow-up e analisi secondarie di RCT, trial pragmatici in servizi clinici territoriali. Sono stati invece esclusi gli interventi esclusivamente farmacologici, le psicoterapie prive di una componente cognitivo-comportamentale (ad esempio la terapia familiare sistemica), i programmi di prevenzione universale e gli studi privi di esiti clinici. Il criterio di età è stato applicato agli studi primari; per le revisioni sistematiche, utilizzate come quadro di riferimento, è stata considerata anche una sintesi con una fascia d'età più ampia (Sim et al. 2025). L'IERITA, terapia online centrata sulla regolazione emotiva, è di matrice cognitivo-comportamentale ma non costituisce un protocollo CBT in senso stretto. È stata inclusa perché rivolta specificamente all'autolesività; tuttavia, come nelle meta-analisi più recenti (Johansson et al. 2026), i suoi risultati sono presentati separatamente da quelli della CBT.

Il quadro è stato completato con i testi fondativi dei modelli e dei protocolli, precedenti al 2020, citati per la cornice teorica e per gli strumenti di valutazione inseriti in Appendice A.

2.4 Valutazione delle evidenze

La solidità delle prove è stata valutata qualitativamente, considerando il disegno dello studio, la dimensione del campione, il tipo di confronto e la durata del follow-up; quando disponibile, è riportata la certezza delle prove secondo il sistema GRADE, come valutata dagli autori delle revisioni. Per gli studi primari non è stata prodotta una valutazione GRADE autonoma: i criteri metodologici sono stati usati per valutare la solidità dei singoli studi, non la certezza delle prove per ciascun esito.

Poiché le revisioni sistematiche e le meta-analisi aggregano in parte gli stessi trial da cui derivano gli studi primari inclusi, i due insiemi di pubblicazioni non costituiscono fonti di evidenza indipendenti. Le revisioni sono state utilizzate per delineare gli effetti complessivi degli interventi, mentre gli studi

primari e le relative analisi secondarie sono stati considerati per approfondire esiti specifici, risultati a lungo termine e meccanismi di cambiamento, evitando di conteggiare più volte gli stessi campioni.

3. Risultati

I risultati sono organizzati secondo una sequenza tematica: dopo una panoramica degli studi inclusi, vengono presentate le evidenze relative all'efficacia della DBT-A (DR1) e della CBT specifica per la suicidalità (DR2); infine, si analizzano i possibili meccanismi di cambiamento, con particolare attenzione alla regolazione emotiva (DR3).

3.1 Caratteristiche degli studi inclusi

Il peso dei campioni non è uniforme: il trial multicentrico statunitense CARES contribuisce con quattro analisi secondarie, mentre il trial norvegese è rappresentato da tre follow-up a lungo termine. Di conseguenza, il numero di pubblicazioni sui meccanismi di cambiamento sovrastima la quantità di evidenze indipendenti, poiché i principali risultati derivano da due soli trial.

Gli studi, condotti negli Stati Uniti e in Europa, hanno coinvolto soprattutto ragazze, con percentuali comprese tra circa due terzi e oltre il 90% dei partecipanti, e un'età media tra 14 e 16 anni. I campioni presentano inoltre caratteristiche cliniche relativamente omogenee all'interno dei singoli filoni di ricerca: i trial sulla DBT-A hanno selezionato adolescenti con comportamenti autolesivi ripetuti e tratti borderline; nel trial CARES erano richiesti anche almeno un tentativo di suicidio e livelli elevati di ideazione suicidaria (Berk et al. 2022; Mehlum et al. 2026). Gli studi sulla CBT culturalmente adattata hanno reclutato adolescenti in seguito a una crisi suicidaria o a un tentativo di suicidio (Duarté-Vélez et al. 2026), mentre gli interventi digitali si sono rivolti prevalentemente a giovani con NSSI ripetuto (Bjureberg et al. 2023).

Accanto alle meta-analisi dedicate alla DBT-A e alla CBT (Kothgassner et al. 2020, 2021; Bahji et al. 2021; Witt et al. 2021; Johansson et al. 2026), i cui risultati sono approfonditi nelle sezioni 3.2 e 3.3, due revisioni sistematiche contribuiscono a delineare il quadro complessivo delle evidenze. La revisione di García-Fernández et al. (2024), dedicata agli interventi psicologici per il comportamento suicidario in adolescenza, individua nella DBT l'unico trattamento per il quale siano emerse evidenze di efficacia negli adolescenti ad alto rischio suicidario, mentre considera ancora insufficienti le prove relative agli altri interventi. La revisione di Sim et al. (2025), condotta su giovani ad alto rischio suicidario con un'età mediana di 15 anni, restituisce un quadro più incerto sull'efficacia degli interventi disponibili e sottolinea la necessità di sviluppare trattamenti maggiormente attenti alle caratteristiche della fase evolutiva e alle esperienze traumatiche. Nel complesso, le evidenze disponibili si concentrano quindi su un numero limitato di interventi e di campioni, circostanza che impone cautela nella generalizzazione dei risultati.

3.2 Efficacia della DBT-A (DR1)

Le meta-analisi disponibili convergono nel documentare un effetto favorevole della DBT-A sulla riduzione dell'autolesività e dell'ideazione suicidaria, sebbene vi sia una variabilità: gli effetti sono piccoli-moderati per l'autolesività ($g = -0{,}44$) e piccoli per l'ideazione suicidaria ($g = -0{,}31$) (Kothgassner et al. 2021). La certezza delle prove relative alla riduzione degli episodi ripetuti di autolesività viene giudicata alta dalla revisione Cochrane (Witt et al. 2021) e moderata dalla sintesi più recente (Johansson et al. 2026). Un RCT pragmatico ne documenta inoltre la trasferibilità nei contesti clinici reali: in una

clinica comunitaria spagnola, un protocollo DBT-A adattato della durata di 16 settimane ha ridotto l'NSSI e migliorato il funzionamento globale più del trattamento usuale, mentre per ideazione suicidaria e depressione non sono emerse differenze tra i gruppi (Santamarina-Pérez et al. 2020).

Le analisi secondarie del trial CARES spostano l'attenzione dalla riduzione media degli episodi alla loro remissione, intesa come assenza di comportamenti autolesivi durante il periodo di osservazione. Durante il follow-up, quasi la metà degli adolescenti trattati con DBT non presenta episodi autolesivi, rispetto a meno di un terzo nel gruppo di controllo (Asarnow et al. 2021). Per quanto riguarda i tentativi di suicidio, la remissione interessa l'83–86% dei partecipanti trattati con DBT e il 62–66% di quelli sottoposti a terapia di supporto; la remissione dell'NSSI risulta invece più difficile in entrambi i gruppi (Berk et al. 2024).

Nel lungo periodo, il vantaggio della DBT-A sull'autolesività emerge considerando l'intero periodo di follow-up, ma non si mantiene statisticamente significativo nell'ultimo intervallo di osservazione. Nel follow-up norvegese di 12,4 anni, il numero cumulativo di episodi autolesivi risulta più che doppio nel gruppo sottoposto a trattamento usuale potenziato (EUC) rispetto a quello trattato con DBT-A; i tentativi di suicidio, invece, risultano rari in entrambi i gruppi (Mehlum et al. 2026). Anche per la gravità dell'ideazione suicidaria, misurata attraverso questionari, il vantaggio della DBT-A non si mantiene statisticamente significativo al follow-up finale (Mehlum et al. 2026). Un quadro parzialmente diverso emerge dalle rilevazioni nella vita quotidiana (Ecological Momentary Assessment, EMA), secondo cui i partecipanti del gruppo DBT-A riferiscono con minore frequenza ideazione suicidaria (Dibaj et al. 2026). Questa differenza potrebbe riflettere la diversa sensibilità degli strumenti: i questionari restituiscono una valutazione complessiva, mentre l'EMA rileva le variazioni dell'ideazione nella quotidianità. I risultati sono quindi complementari, ma non direttamente sovrapponibili.

L'efficacia della DBT-A, tuttavia, non si distribuisce uniformemente tra i partecipanti. Nel campione CARES, circa due terzi degli adolescenti mostrano un miglioramento su ideazione suicidaria e tre quarti su autolesività, mentre il 13% non risponde a nessuno dei due esiti. La DBT aumenta la probabilità di risposta rispetto alla terapia di supporto per quanto riguarda l'autolesività (82,6% contro 65,5%), ma non determina differenze significative nelle traiettorie dell'ideazione suicidaria. La mancata risposta sull'autolesività può essere individuata già intorno al terzo mese di trattamento ed è associata a livelli iniziali più elevati di ideazione suicidaria e autolesività, oltre che a sintomi esternalizzanti e depressivi (Berk et al. 2022).

3.3 Efficacia della CBT e delle sue varianti (DR2)

Le evidenze relative agli interventi CBT specificamente orientati alla suicidalità sono meno consistenti e più eterogenee rispetto a quelle disponibili per la DBT-A. Le stime complessive delle meta-analisi non evidenziano differenze statisticamente significative rispetto al trattamento usuale né nella ripetizione dell'autolesività né nei tentativi di suicidio (Witt et al. 2021; Johansson et al. 2026). Si tratta tuttavia di stime basate su pochi trial di piccole dimensioni e, nel caso dell'autolesività, molto imprecise, compatibili sia con un beneficio sia con l'assenza di effetto. Il risultato più promettente proviene dalla CBT socio-cognitiva per il comportamento suicidario (SCBT-SB), sviluppata per adolescenti latinoamericani e caratterizzata dall'integrazione delle abilità cognitivo-comportamentali con interventi sull'identità e sulla comunicazione familiare. Dopo i risultati favorevoli di uno studio pilota (Duarté-Vélez et al. 2024), un RCT su 114 adolescenti ha rilevato, a 6 mesi, un numero di tentativi di suicidio dimezzato

rispetto al trattamento usuale, con una riduzione anche dell'NSSI (nell'intervallo tra 3 e 6 mesi). Tra i 6 e i 12 mesi, tuttavia, non sono emerse differenze tra i gruppi per nessuno degli esiti comportamentali: il vantaggio osservato a 12 mesi nello studio pilota non è stato dunque replicato (Duarté-Vélez et al. 2026). Nel periodo considerato, la ricerca bibliografica non ha inoltre individuato trial dedicati alla CBT familiare per la suicidalità in adolescenza: il coinvolgimento della famiglia compare piuttosto come componente di interventi integrati, come nel caso della SCBT-SB.

Un ulteriore filone comprende interventi cognitivo-comportamentali rivolti prevalentemente all'NSSI, piuttosto che alla suicidalità nel suo complesso. Tra questi rientra IERITA, una terapia online focalizzata sulla regolazione emotiva che, aggiunta al trattamento usuale, sembra ridurre l'NSSI, sebbene con prove di bassa certezza (Bjureberg et al. 2023; Johansson et al. 2026). Un precedente studio danese di fattibilità ne aveva documentato l'applicabilità in ambito ambulatoriale, senza tuttavia rilevare differenze nella frequenza dell'NSSI (Morthorst et al. 2022). Un altro risultato favorevole riguarda il Cutting Down Programme, un programma cognitivo-comportamentale breve per l'NSSI, che ha mostrato un'efficacia comparabile a quella di un trattamento usuale più intensivo, ma con tempi di remissione più rapidi e benefici mantenuti al follow-up di 2–4 anni (Kaess et al. 2020; Rockstroh et al. 2023).

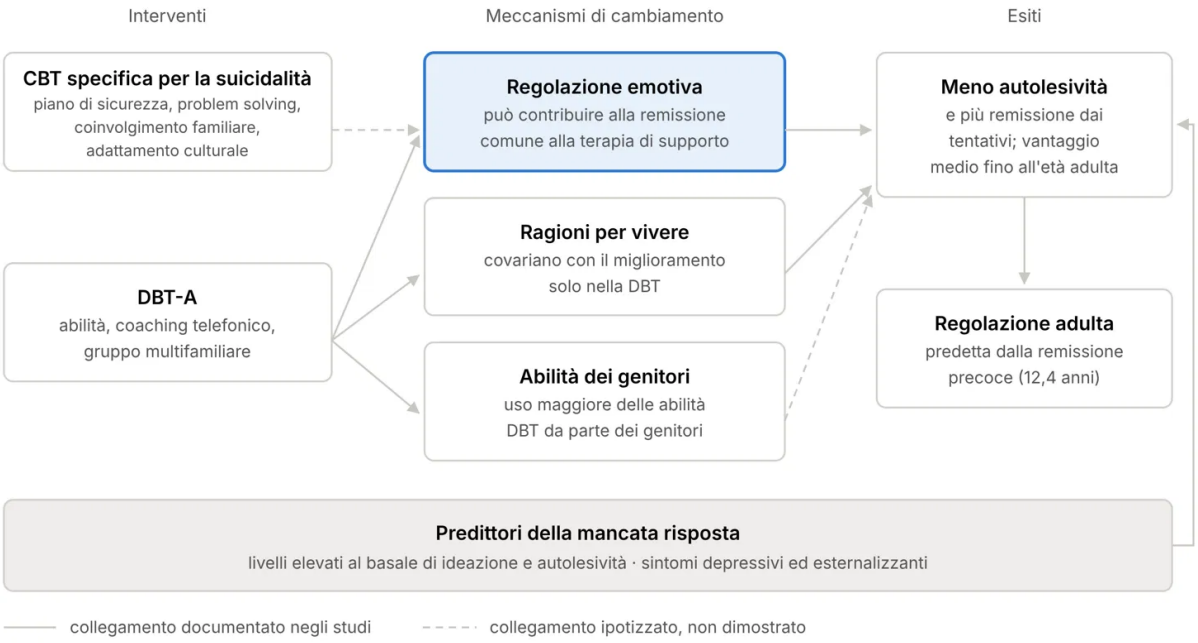
3.4 Meccanismi di cambiamento (DR3)

Nel trial CARES, la DBT determina un miglioramento della regolazione emotiva maggiore rispetto alla terapia di supporto. Le analisi di mediazione suggeriscono inoltre che tale cambiamento contribuisca a spiegare la successiva remissione dell'autolesività (Asarnow et al. 2021). Un'analisi più recente, che ha esaminato la covariazione intra-individuale tra i cambiamenti dei sintomi e quelli dei processi psicologici, restituisce tuttavia un quadro più articolato: la riduzione dell'autolesività e dell'ideazione suicidaria si associa al miglioramento della regolazione emotiva in entrambi i trattamenti, mentre l'aumento delle ragioni per vivere risulta associato al miglioramento clinico soltanto nel gruppo DBT (Bedics et al. 2026). La regolazione emotiva appare quindi un processo rilevante, ma non specifico della DBT-A, e non sembra sufficiente a spiegare in modo esaustivo gli effetti terapeutici di questo trattamento. Nello stesso trial, la DBT si associa inoltre a un maggiore utilizzo delle abilità da parte dei genitori (Asarnow et al. 2021); tuttavia, analisi esplorative non hanno evidenziato un effetto di mediazione di queste abilità sulla remissione dell'autolesività.

Il rapporto tra regolazione emotiva e autolesività emerge anche dalle evidenze longitudinali. Nel follow-up norvegese, la remissione dell'autolesività a un anno dalla conclusione del trattamento predice una migliore capacità di regolazione emotiva in età adulta (Dibaj et al. 2025). Tale risultato suggerisce che la remissione precoce possa associarsi al successivo sviluppo delle capacità regolative; trattandosi di un dato osservazionale, non consente tuttavia di stabilire un rapporto causale.

Per gli interventi CBT inclusi nella review non sono state individuate analisi formali di mediazione. I modelli teorici su cui si fondano questi interventi (Wenzel, Brown & Beck 2009; Bryan & Rudd 2018) indicano tuttavia alcuni possibili processi psicologici e componenti terapeutiche, in parte sovrapponibili a quelli della DBT-A, tra cui il miglioramento della regolazione emotiva, il coinvolgimento familiare e l'elaborazione di un piano di sicurezza. In assenza di verifiche empiriche, tali elementi vanno considerati ipotesi plausibili, piuttosto che meccanismi di cambiamento dimostrati. La Figura 1 propone un modello di sintesi che distingue i collegamenti documentati negli studi da quelli ancora da verificare.

Figura 1. Modello di sintesi dei meccanismi di cambiamento.



Nota alla Figura 1. Le linee continue indicano collegamenti documentati negli studi inclusi, con livelli di prova diversi: mediazione per la regolazione emotiva (Asarnow et al. 2021), il cui miglioramento si osserva anche con la terapia di supporto (Bedics et al. 2026); covariazione per le ragioni per vivere (Bedics et al. 2026); predizione longitudinale per la regolazione emotiva in età adulta (Dibaj et al. 2025). La remissione è documentata da Berk et al. (2024) e i predittori della mancata risposta sono tratti da Berk et al. (2022). Le linee tratteggiate indicano collegamenti ipotizzati ma non dimostrati: per la CBT, sulla base dei modelli teorici di riferimento (sezione 1.1); per le abilità dei genitori, analisi esplorative non hanno evidenziato un effetto di mediazione sugli esiti (Asarnow et al. 2021). Fonte: elaborazione dell'autrice.

4. Discussione

4.1 Il contributo della review

Rispetto alle meta-analisi del 2020–2021, questa review amplia il quadro delle evidenze integrando gli studi pubblicati tra il 2022 e l'ottobre 2026, tra cui la meta-analisi più recente (Johansson et al. 2026), i follow-up a lungo termine in età adulta e nuove analisi empiriche sui meccanismi di cambiamento. Un contributo centrale riguarda il ruolo della regolazione emotiva, spesso considerata un meccanismo caratterizzante della DBT-A: i dati del trial CARES suggeriscono che si tratti di un processo rilevante, ma non esclusivo di questo trattamento (Bedics et al. 2026). La review evidenzia inoltre un possibile legame reciproco tra regolazione emotiva e remissione dell'autolesività (Asarnow et al. 2021; Dibaj et al. 2025). Infine, si propone una lettura integrata del modello biosociale di Linehan e del modello cognitivo di Beck: le *ragioni per vivere*, associate al miglioramento clinico nel gruppo DBT, possono essere

interpretate come un fattore protettivo rispetto alla disperazione, centrale nella crisi suicidaria secondo il modello cognitivo.

4.2 DBT-A e CBT: che cosa dicono le prove?

Il dato più consistente sulla DBT-A riguarda gli esiti comportamentali, soprattutto la riduzione dell'autolesività e la maggiore probabilità di remissione rispetto ai trattamenti di confronto (Berk et al. 2024; Johansson et al. 2026). Gli effetti sull'ideazione suicidaria appaiono invece più contenuti e meno uniformi: in alcuni studi non emergono differenze significative tra i gruppi, mentre nel follow-up in età adulta si osserva un vantaggio nelle rilevazioni quotidiane, ma non nelle misurazioni retrospettive mediante questionario (Santamarina-Pérez et al. 2020; Berk et al. 2022; Dibaj et al. 2026; Mehlum et al. 2026).

Questa asimmetria tra esiti comportamentali e cognitivi è coerente con la gerarchia dei bersagli della DBT-A e assume particolare rilevanza sul piano preventivo. Ridurre l'autolesività ripetuta significa infatti intervenire su comportamenti che, pur senza costituire necessariamente uno stadio preliminare del comportamento suicidario, sono tra i più forti predittori del suicidio (Moran et al. 2024). Il follow-up a 12,4 anni indica inoltre che il vantaggio della DBT-A sull'autolesività permane in media anche dopo la conclusione del trattamento, sebbene nell'ultimo intervallo di osservazione la differenza tra i gruppi non raggiunga più la significatività statistica (Mehlum et al. 2026).

I risultati non significativi relativi alla CBT vanno interpretati come insufficienza di prove più che come dimostrazione di inefficacia. La categoria comprende protocolli eterogenei, i trial disponibili sono pochi e di dimensioni contenute e i trattamenti usuali utilizzati come confronto possono includere componenti cognitivo-comportamentali. Le evidenze della CBT per la prevenzione del suicidio negli adulti (BCBT; Rudd et al. 2015; Baker et al. 2024) e i risultati iniziali della CBT socio-cognitiva per il comportamento suicidario negli adolescenti (SCBT-SB), limitati ai primi 6 mesi (Duarté-Vélez et al. 2026), indicano una possibile direzione di sviluppo: interventi specificamente orientati alla suicidalità, capaci di integrare il lavoro cognitivo-comportamentale con il coinvolgimento familiare, l'identità e il contesto culturale.

Su questo terreno CBT e DBT-A presentano possibili punti di convergenza, soprattutto nel riconoscimento dell'ambiente relazionale e familiare come parte integrante dell'intervento. Rimane tuttavia necessario verificare attraverso confronti diretti se tali elementi contribuiscano effettivamente agli esiti clinici e in quale misura.

4.3 Basta la regolazione emotiva?

La mediazione della regolazione emotiva osservata nel trial CARES (Asarnow et al. 2021) è coerente con il modello biosociale alla base della DBT. La covariazione tra miglioramento regolativo e riduzione dei sintomi, osservata anche nel gruppo sottoposto a terapia di supporto (Bedics et al. 2026), suggerisce tuttavia che la regolazione emotiva possa rappresentare un processo condiviso da differenti approcci terapeutici, piuttosto che un meccanismo esclusivo della DBT-A. L'estensione di questa interpretazione ad altre psicoterapie richiede comunque ulteriori approfondimenti.

Il fatto che la *regolazione emotiva* non esaurisca i processi coinvolti è suggerito anche dal ruolo delle *ragioni per vivere*. La loro associazione con il miglioramento clinico, osservata soltanto nel gruppo DBT, indica il possibile coinvolgimento di un processo di natura diversa e offre un punto di contatto tra il modello di Linehan e quello cognitivo di Beck. Le ragioni per vivere rappresentano infatti un costrutto

cognitivo-motivazionale che comprende legami significativi, progetti personali e aspettative positive sul futuro, configurandosi come fattore protettivo rispetto alla suicidalità. In questa prospettiva, le ragioni per vivere potrebbero essere messe in relazione con la disperazione, che il modello cognitivo di Beck identifica tra i processi centrali della crisi suicidaria.

Il concetto di ragioni per vivere, inoltre, era già stato operazionalizzato in ambito cognitivo-comportamentale dallo stesso gruppo di Linehan (Linehan et al. 1983). La DBT, pur fondata su un modello centrato sulla disregolazione emotiva, sembra quindi coinvolgere anche la dimensione motivazionale, coerentemente con l'obiettivo di costruire una vita che valga la pena di essere vissuta. Si tratta tuttavia di un'interpretazione teorica: Bedics et al. (2026) documentano l'associazione tra l'aumento delle ragioni per vivere e il miglioramento clinico, ma non dimostrano che tale associazione sia mediata da una riduzione della disperazione.

Nel complesso, i risultati suggeriscono una possibile relazione dinamica tra regolazione emotiva e comportamento autolesivo. Da un lato, il miglioramento delle capacità regolative si associa alla remissione dell'autolesività (Asarnow et al. 2021); dall'altro, la remissione precoce predice una migliore capacità di regolazione emotiva in età adulta (Dibaj et al. 2025). I due processi potrebbero essere reciprocamente collegati, sebbene le evidenze disponibili, provenendo da analisi differenti, non consentano ancora di dimostrare una relazione bidirezionale. Nel follow-up, inoltre, le differenze tra i gruppi nella regolazione emotiva si riducono, pur mantenendosi i guadagni ottenuti con la DBT (Asarnow et al. 2021).

In sintesi, la regolazione emotiva appare un processo importante, ma non sufficiente a spiegare gli effetti della DBT-A. Non costituisce un meccanismo esclusivo di questo trattamento e non esaurisce il possibile contributo dei processi motivazionali. Un modello interpretativo più articolato considera la regolazione emotiva come uno dei processi coinvolti, in interazione con fattori comportamentali, motivazionali e relazionali. Per la CBT, invece, la questione rimane aperta, poiché negli studi inclusi non sono state condotte analisi formali di mediazione sui possibili meccanismi di cambiamento.

4.4 Quali componenti favoriscono il cambiamento?

Se la regolazione emotiva non esaurisce i meccanismi coinvolti, diventa rilevante interrogarsi sulle componenti degli interventi che potrebbero favorire il cambiamento. Nessuno degli studi inclusi ha isolato sperimentalmente l'effetto delle singole componenti della DBT-A o della CBT. È tuttavia possibile individuare quattro elementi ricorrenti nei protocolli esaminati, che rappresentano altrettante ipotesi sui possibili fattori terapeutici.

1. **Addestramento strutturato alle abilità.** Potrebbe favorire l'acquisizione e l'applicazione di strategie di regolazione emotiva, contribuendo a spiegare il maggiore miglioramento della regolazione emotiva osservato nella DBT-A rispetto alla terapia di supporto (Asarnow et al. 2021).
2. **Coinvolgimento dei genitori.** Può favorire la generalizzazione delle abilità nella vita quotidiana e il sostegno ambientale. Nella DBT-A, il maggiore utilizzo delle abilità da parte dei genitori è documentato da Asarnow et al. (2021), ma analisi esplorative non ne hanno evidenziato un ruolo di mediazione sugli esiti.

3. **Priorità ai comportamenti a rischio.** La gerarchia dei bersagli terapeutici e l'analisi funzionale degli episodi consentono di affrontare direttamente i comportamenti autolesivi, attribuendo loro priorità rispetto ad altri problemi clinici.
4. **Lavoro sulle ragioni per vivere.** Potrebbe rafforzare i fattori protettivi rispetto alla suicidalità, in coerenza con l'associazione osservata nel gruppo DBT (Bedics et al. 2026).

Queste componenti non devono essere considerate fattori di efficacia dimostrati separatamente, ma ipotesi interpretative che potranno orientare la ricerca futura.

In questa prospettiva, anche il risultato del trial spagnolo (García-Fernández et al. 2025), nel quale un intervento breve basato sul piano di sicurezza e sulla psicoeducazione, aggiunto al trattamento usuale, non ha determinato una riduzione statisticamente significativa dei nuovi tentativi di suicidio (22,6% contro 27,8%), invita alla cautela nel considerare sufficienti interventi brevi e poco intensivi per tutti gli adolescenti ad alto rischio. Il dato rafforza l'interesse verso programmi strutturati e multimodali, senza tuttavia permettere di identificare le componenti responsabili degli eventuali benefici.

4.5 Limiti e prospettive future

Data la natura di review narrativa, questo lavoro non ha pretese di esaustività. La selezione degli studi è stata condotta da un'unica autrice, senza protocollo registrato né valutazione standardizzata del rischio di bias, ed è pertanto esposta a un possibile bias di selezione. La ricerca strutturata è stata condotta solo su PubMed, integrata da ricerche non sistematiche su Google Scholar e dalle bibliografie degli studi, e può non aver individuato tutti gli studi pertinenti. La restrizione alla lingua inglese e al periodo 2020–2026 esclude gli studi in altre lingue e quelli precedenti, considerati solo attraverso le meta-analisi. Diverse pubblicazioni incluse derivano poi dagli stessi campioni (Appendice B): il loro numero può quindi dare l'impressione di un'evidenza più ampia di quella fornita dagli 8 campioni indipendenti. Le evidenze sui meccanismi di cambiamento derivano soltanto da due campioni (trial CARES e trial norvegese), e il dato sulle ragioni per vivere da una singola analisi secondaria: la risposta alla domanda del titolo va quindi considerata provvisoria. L'esclusione della letteratura grigia espone al rischio di bias di pubblicazione, che tende a sovrastimare gli effetti. Per alcuni studi, infine, i dati sono stati ricavati dagli abstract o dalle sintesi di altre revisioni.

La ricerca futura dovrebbe privilegiare trial di confronto diretto tra DBT-A e CBT, con una potenza statistica adeguata a rilevare differenze nei tentativi di suicidio, e trial dedicati alla CBT familiare per la suicidalità. Per chiarire i meccanismi di cambiamento sarebbero utili studi con misurazioni ripetute dei processi, disegni sperimentali in cui si isoli il contributo delle singole componenti terapeutiche e disegni adattivi, in grado di modulare l'intervento in base alla risposta del singolo adolescente (Czyz et al. 2021). Particolare attenzione andrebbe rivolta a trattamenti adatti all'età evolutiva e sensibili alle esperienze traumatiche (Sim et al. 2025). Infine, sarebbero necessari trial di implementazione nei servizi clinici territoriali europei e italiani, con campioni più rappresentativi della popolazione.

5. Conclusioni

La letteratura pubblicata tra il 2020 e il 2026 identifica la DBT-A come l'intervento con il supporto empirico più consistente tra quelli esaminati per la suicidalità in adolescenza. I benefici risultano più evidenti sugli esiti comportamentali, in particolare sulla riduzione dell'autolesività, rispetto all'ideazione

suicidaria. Sull'autolesività gli effetti sono documentati anche nel lungo periodo, sebbene le evidenze longitudinali derivino da un numero limitato di campioni e il vantaggio rispetto ai gruppi di confronto non risulti più statisticamente significativo nell'ultimo intervallo di follow-up. Per la CBT specificamente orientata alla suicidalità, le prove di efficacia risultano ancora insufficienti, il che non equivale a una dimostrazione di inefficacia; gli interventi che integrano il lavoro cognitivo-comportamentale con la famiglia, l'identità e il contesto culturale rappresentano tuttavia una possibile direzione di sviluppo, sebbene i benefici osservati siano finora limitati al breve termine.

Alla domanda del titolo, la risposta è che la regolazione emotiva è importante, ma non basta a spiegare gli effetti degli interventi esaminati. Le evidenze sui meccanismi di cambiamento riguardano quasi esclusivamente la DBT-A: le analisi di mediazione suggeriscono un contributo della regolazione emotiva alla remissione dell'autolesività, ma il miglioramento di questo processo si osserva anche nel gruppo sottoposto a terapia di supporto e non sembra quindi costituire un meccanismo esclusivo della DBT-A. Altri processi, come l'aumento delle ragioni per vivere, si associano invece al miglioramento clinico soltanto nel gruppo DBT. Inoltre, le evidenze longitudinali indicano una possibile relazione dinamica tra regolazione emotiva e comportamento autolesivo, sebbene questa ipotesi vada approfondita in studi futuri. Nel complesso, gli effetti della DBT-A sembrano quindi coinvolgere una combinazione di processi comportamentali, emotivi, motivazionali e relazionali, il cui contributo specifico rimane da verificare empiricamente.

Bibliografia

Gli studi inclusi nella review sono contrassegnati con un asterisco (*).

*Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60*(9), 1105–1115. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016

*Bahji, A., Pierce, M., Wong, J., Roberge, J. N., Ortega, I., & Patten, S. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for self-harm and suicidal behavior among children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open, 4*(4), e216614. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6614

Baker, J. C., Starkey, A., Ammendola, E., Bauder, C. R., Daruwala, S. E., Hiser, J., Khazem, L. R., Rademacher, K., Hay, J., Bryan, A. O., & Bryan, C. J. (2024). Telehealth brief cognitive behavioral therapy for suicide prevention: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 7*(11), e2445913. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.45913

*Bedics, J. D., Asarnow, J. R., Berk, M. S., McCauley, E., & Gallop, R. (2026). Covariation of symptomatic and mechanistic change during dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 94*(2), 63–73. https://doi.org/10.1037/ccp0000986

*Berk, M. S., Gallop, R., Asarnow, J. R., Adrian, M., Avina, C., Hughes, J. L., Korslund, K. E., & McCauley, E. (2022). Trajectories of treatment response and nonresponse in youth at high risk for suicide. *Journal of*

the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61(9), 1119–1130. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.01.010

*Berk, M. S., Gallop, R., Asarnow, J. R., Adrian, M. C., Hughes, J. L., & McCauley, E. (2024). Remission, recovery, relapse, and recurrence rates for suicide attempts and nonsuicidal self-injury for suicidal youth treated with dialectical behavior therapy or supportive therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 63*(9), 888–897. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.01.012

*Bjureberg, J., Ojala, O., Hesser, H., Häbel, H., Sahlin, H., Gratz, K. L., Tull, M. T., Claesdotter-Knutsson, E., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Hellner, C. (2023). Effect of internet-delivered emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 6*(7), e2322069. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22069

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*. Guilford Press.

Czyz, E. K., King, C. A., Prouty, D., Micol, V. J., Walton, M., & Nahum-Shani, I. (2021). Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: A pilot sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 62*(8), 1019–1031. https://doi.org/10.1111/jcpp.13383

*Dibaj, I. S., Galfalvy, H., Tørmoen, A. J., Haga, E., & Mehlum, L. (2026). Does dialectical behaviour therapy for adolescents affect suicidal ideation and use of coping skills in adulthood? A 12.4-years follow-up study of a randomized trial using ecological momentary assessment. *Behaviour Research and Therapy, 203*, 105091. https://doi.org/10.1016/j.brat.2026.105091

*Dibaj, I. S., Tørmoen, A. J., Klungsøyr, O., Morken, K. T. E., Haga, E., Dymbe, K. J., & Mehlum, L. (2025). Early remission of deliberate self-harm predicts emotion regulation capacity in adulthood: 12.4 years follow-up of a randomized controlled trial of adolescents with repeated self-harm and borderline features. *European Child & Adolescent Psychiatry, 34*(6), 1837–1848. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02602-8

*Duarté-Vélez, Y., Jiménez-Colón, G., Jones, R. N., & Spirito, A. (2024). Socio-cognitive behavioral therapy for Latinx adolescent with suicidal behaviors: A pilot randomized trial. *Child Psychiatry & Human Development, 55*(3), 754–767. https://doi.org/10.1007/s10578-022-01439-z

*Duarté-Vélez, Y., Jimenez-Colon, G., Nocera, L., Gomez, J., Tavarez, J., Jones, R. N., Donaldson, D., Aiello, M., Torres Lopez, A., Sanchez, I., & Spirito, A. (2026). Randomized controlled trial: Behavioral outcomes of socio-cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors in Latinx adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 55*(5), 933–946. https://doi.org/10.1080/15374416.2026.2687880

Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin, 146*(12), 1117–1145. https://doi.org/10.1037/bul0000305

*García-Fernández, A., Bobes-Bascarán, T., Martínez-Cao, C., González-Blanco, L., Fernández-Fernández, J., Zurrón-Madera, P., Seijo Zazo, E., Jiménez-Treviño, L., García-Portilla, M. P., Bobes, J., & Sáiz, P. A.

(2024). Psychological interventions for suicidal behavior in adolescents: A comprehensive systematic review. *Translational Psychiatry, 14*(1), 438. https://doi.org/10.1038/s41398-024-03132-2

García-Fernández, A., Couce-Sánchez, M., Andreo-Jover, J., Ayad-Ahmed, W., Bobes Bascarán, M. T., Boti, M. A., Canal Rivero, M., Cebriá, A. I., Crespo-Facorro, B., Díaz-Marsá, M., Fernández-Rodrigues, V., Gómez-Vallejo, S., González-Pinto, A., Grande, I., Iglesias Gutiérrez, N., Jiménez-Treviño, L., López-Pena, P., Palao, D. J., Palao-Tarrero, Á., . . . Sáiz, P. A. (2025). Efficacy of a brief psychological intervention for adolescents with recent suicide attempt: A randomized clinical trial. *European Psychiatry, 68*(1), e110. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10065

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). 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, 26*(1), 41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

*Johansson, B. A., Wilbe Ramsay, K., Pettersson, A., & Bjureberg, J. (2026). Effects of interventions for self-harm in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 35*(1), 91–107. https://doi.org/10.1007/s00787-025-02859-7

*Kaess, M., Edinger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Brunner, R., & Resch, F. (2020). Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: A single-centre, randomised controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*(6), 881–891. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01399-1

*Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 51*(7), 1057–1067. https://doi.org/10.1017/S0033291721001355

*Kothgassner, O. D., Robinson, K., Goreis, A., Ougrin, D., & Plener, P. L. (2020). Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 7*, 9. https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment, 18*(3), 303–312. https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.3.303

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(2), 276–286. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276

Marchetti, I., Alloy, L. B., & Koster, E. H. W. (2023). Breaking the vise of hopelessness: Targeting its components, antecedents, and context. *International Journal of Cognitive Therapy, 16*(3), 285–319. https://doi.org/10.1007/s41811-023-00165-1

*Mehlum, L., Dibaj, I. S., Haga, E., Helle, S. E., Morken, K. T. E., Klungsøyr, O., & Tørmoen, A. J. (2026). Adult life outcomes for adolescents 12.4 years after dialectical behavior therapy: A randomized clinical trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 35*(3), 983–994. https://doi.org/10.1007/s00787-025-02856-w

Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.

Moran, P., Chandler, A., Dudgeon, P., Kirtley, O. J., Knipe, D., Pirkis, J., Sinyor, M., Allister, R., Ansloos, J., Ball, M. A., Chan, L. F., Darwin, L., Derry, K. L., Hawton, K., Heney, V., Hetrick, S., Li, A., Machado, D. B., McAllister, E., . . . Christensen, H. (2024). The Lancet Commission on self-harm. *The Lancet, 404*(10461), 1445–1492. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01121-8

*Morthorst, B., Olsen, M. H., Jakobsen, J. C., Lindschou, J., Gluud, C., Heinrichsen, M., Møhl, B., Rubæk, L., Ojala, O., Hellner, C., Bjureberg, J., & Pagsberg, A. K. (2022). Internet based intervention (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents) as add-on to treatment as usual versus treatment as usual for non-suicidal self-injury in adolescent outpatients: The TEENS randomised feasibility trial. *JCPP Advances, 2*(4), e12115. https://doi.org/10.1002/jcv2.12115

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339–363. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry, 168*(12), 1266–1277. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry, 164*(7), 1035–1043. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035

Reynolds, W. M. (1987). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.

*Rockstroh, F., Edinger, A., Josi, J., Fischer-Waldschmidt, G., Brunner, R., Resch, F., & Kaess, M. (2023). Brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescents with nonsuicidal self-injury: Outcomes over a 2–4-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics, 92*(4), 243–254. https://doi.org/10.1159/000531092

Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30*(1), 18–33. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01062.x

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 172*(5), 441–449. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843

*Santamarina-Pérez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted dialectical behavior therapy for adolescents with a high risk of suicide in a community clinic: A pragmatic randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 50*(3), 652–667. https://doi.org/10.1111/sltb.12612

*Sim, L., Murad, M. H., Croarkin, P. E., McKean, A. J., Mohammed, K. S., Rajjo, T. I., Firwana, M., Simha, S., Fleti, F., Hegazi, M., Abusalih, M. E., Al-Kordi, M., Basmaci, R., Chuzhyk, O., Saadi, S., Hasan, B., Farah, M. H., Prokop, L. J., Viola, K. E., & Wang, Z. (2025). Suicide interventions for youths: A systematic review. *JAMA Pediatrics, 179*(11), 1217–1224. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.3485

Van Meter, A. R., Knowles, E. A., & Mintz, E. H. (2023). Systematic review and meta-analysis: International prevalence of suicidal ideation and attempt in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 62*(9), 973–986. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.867

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11862-000

*Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, CD013667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2

Appendici

Appendice A. Principali strumenti di valutazione della suicidalità, dell'autolesività e della regolazione emotiva

La tabella presenta i principali strumenti di valutazione utilizzati negli studi discussi nella review.

Strumento (riferimento)	Costrutto misurato	Formato
C-SSRS (Posner et al. 2011)	Gravità e intensità dell'ideazione suicidaria, comprese intenzionalità e pianificazione; comportamenti suicidari (tentativi effettivi, interrotti e abortiti, comportamenti preparatori); letalità effettiva e potenziale	Intervista semistrutturata somministrata dal clinico
SIQ-JR (Reynolds 1987)	Frequenza dei pensieri suicidari e gravità dell'ideazione suicidaria	Autosomministrato, 15 item
SASII (Linehan et al. 2006)	Episodi di autolesività e tentativi di suicidio, distinti in base all'intenzionalità suicidaria; metodo e letalità	Intervista strutturata
DERS (Gratz & Roemer 2004)	Difficoltà percepite di regolazione emotiva, tra cui non accettazione delle emozioni, difficoltà nel controllo degli impulsi e accesso limitato a strategie regolative	Autosomministrato, 36 item (versione originale)

Nota. Gli strumenti relativi alla suicidalità e all'autolesività sono quelli utilizzati negli studi discussi nella review per la valutazione degli esiti clinici (SIQ-JR e SASII nel trial CARES; C-SSRS in García-Fernández et al. 2025); tutti sono stati impiegati con campioni adolescenti. La DERS (Gratz & Roemer 2004) è inclusa a titolo integrativo come misura di riferimento delle difficoltà di regolazione emotiva. Gli item non sono riprodotti per rispetto dei diritti d'autore. C-SSRS = Columbia-Suicide Severity Rating Scale; SIQ-JR = Suicidal Ideation Questionnaire–Junior; SASII = Suicide Attempt Self-Injury Interview; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale. Fonte: elaborazione dell'autrice sulla base degli studi citati e delle pubblicazioni di validazione riportate in bibliografia.

Appendice B. Sintesi delle 21 pubblicazioni incluse (2020–2026)

Autore e anno	Campione e disegno	Intervento e confronto	Principali risultati	DR
A. Revisioni sistematiche e meta-analisi				
Kothgassner et al. (2020)	25 RCT; adolescenti 12–19 anni; meta-analisi	Interventi psicoterapeutici per autolesività e ideazione suicidaria	La DBT-A mostra effetti moderati sulla riduzione dell'autolesività e dell'ideazione suicidaria rispetto ai controlli attivi. Una riduzione dell'autolesività si osserva anche nei gruppi di controllo.	DR1, DR2
Bahji et al. (2021)	44 RCT; 5.406 partecipanti; 10–19 anni; meta-analisi di rete	Diverse psicoterapie per autolesività e comportamenti suicidari	La DBT riduce autolesività e ideazione suicidaria. Tutti gli studi inclusi presentano un rischio di bias complessivamente elevato.	DR1, DR2
Kothgassner et al. (2021)	1.673 partecipanti; 12–19 anni; meta-analisi	DBT-A vs gruppi di controllo	Effetto piccolo-moderato sulla riduzione dell'autolesività (g = −0,44) e piccolo sulla riduzione dell'ideazione suicidaria (g = −0,31), rispetto ai gruppi di controllo.	DR1
Witt et al. (2021)	17 trial; 2.280 partecipanti; fino a 18 anni; revisione Cochrane	Interventi per l'autolesività	La DBT-A riduce la ripetizione dell'autolesività, con certezza delle prove alta. Per la CBT non emerge una differenza dimostrabile, con stime molto imprecise.	DR1, DR2
García-Fernández et al. (2024)	Revisione sistematica; 10–19 anni	Interventi psicologici per i comportamenti suicidari	La DBT è l'unico trattamento dimostratosi efficace negli adolescenti ad alto rischio suicidario; le prove sugli altri interventi sono insufficienti.	DR1, DR2
Sim et al. (2025)	65 studi; oltre 14.500 giovani di 5–24 anni (età mediana 15); revisione sistematica	Interventi per giovani ad alto rischio suicidario	Le prove sull'efficacia degli interventi sono nel complesso incerte. Gli autori sottolineano la necessità di trattamenti sensibili alla fase evolutiva e alle esperienze traumatiche.	DR1, DR2
Johansson et al. (2026)	21 studi; 3.263 partecipanti; sotto i 18 anni; meta-analisi	Interventi per l'autolesività	La DBT-A riduce di circa 12 punti percentuali la proporzione di adolescenti che presenta autolesività (certezza moderata). Per la CBT non è dimostrato un effetto sui tentativi di suicidio; l'IERITA riduce l'NSSI (certezza bassa).	DR1, DR2
B. Studi primari e analisi secondarie				
Santamarina-Pérez et al. (2020)	N = 35; Spagna; RCT pragmatico	DBT-A adattata vs TAU con intervento di gruppo	Con la DBT-A, NSSI ridotto e funzionamento globale migliore. Nessuna differenza significativa su ideazione suicidaria e depressione.	DR1
Asarnow et al. (2021)	N = 173; 12–18 anni; USA; analisi secondaria del trial CARES	DBT vs terapia di supporto	La DBT produce un miglioramento maggiore della regolazione emotiva rispetto alla terapia di supporto; le analisi di mediazione suggeriscono che tale miglioramento contribuisca a spiegare la remissione dell'autolesività.	DR1, DR3
Berk et al. (2022)	N = 173; 12–18 anni; USA; analisi delle traiettorie del trial CARES	DBT vs terapia di supporto	La risposta sull'autolesività è più frequente con la DBT (82,6% vs 65,5%). Nessuna differenza sull'ideazione suicidaria; il 13% dei partecipanti non risponde su alcun esito.	DR1
Berk et al. (2024)	N = 173; 12–18 anni; USA; analisi secondaria del trial CARES	DBT vs terapia di supporto	La remissione dai tentativi di suicidio è più frequente con la DBT (83–86% vs 62–66%). La remissione dell'NSSI è più difficile in entrambi i gruppi.	DR1

Autore e anno	Campione e disegno	Intervento e confronto	Principali risultati	DR
Bedics et al. (2026)	N = 173; 12–18 anni; USA; analisi multilivello del trial CARES	DBT vs terapia di supporto	La regolazione emotiva migliora in entrambi i gruppi; l'aumento delle ragioni per vivere si associa al miglioramento clinico solo con la DBT.	DR3
Dibaj et al. (2025)	N = 77; 12–18 anni al trattamento; Norvegia; follow-up a 12,4 anni di un RCT	DBT-A vs EUC	La remissione dell'autolesività a un anno dalla fine del trattamento predice una migliore capacità di regolazione emotiva in età adulta.	DR3
Mehlum et al. (2026)	61 su 77 partecipanti originari; Norvegia; follow-up a 12,4 anni dello stesso RCT	DBT-A vs EUC	Sull'intero periodo di 12,4 anni gli episodi di autolesività sono più che doppi nel gruppo EUC, ma nell'ultimo intervallo (3,1–12,4 anni) la differenza non è significativa; i tentativi di suicidio sono rari in entrambi i gruppi.	DR1
Dibaj et al. (2026)	N = 54; Norvegia; follow-up dello stesso RCT con valutazione ecologica	DBT-A vs EUC	In età adulta, l'ideazione suicidaria è meno probabile nel gruppo DBT-A. La frequenza d'uso delle abilità di coping non differisce significativamente tra i gruppi; differisce invece l'associazione momentanea tra l'uso di alcune strategie e l'affettività negativa (dato correlazionale, campione ridotto).	DR1
Duarté-Vélez et al. (2024)	N = 46; 13–17 anni; USA; RCT pilota	SCBT-SB vs TAU	Ideazione suicidaria e depressione migliorano in entrambi i gruppi; a 12 mesi, il gruppo SCBT-SB mostra risultati migliori su depressione e tentativi di suicidio.	DR2
Duarté-Vélez et al. (2026)	N = 114; 12–17 anni; USA; RCT	SCBT-SB vs TAU	A 6 mesi, i tentativi di suicidio sono dimezzati nel gruppo SCBT-SB rispetto al TAU; tra 6 e 12 mesi non emergono differenze sugli esiti comportamentali.	DR2
Morthorst et al. (2022)	N = 30; 13–17 anni; Danimarca; RCT di fattibilità	IERITA + TAU vs TAU	Intervento fattibile: l'87% dei partecipanti completa almeno 6 degli 11 moduli. Nessuna differenza significativa sull'NSSI; gli autori ritengono giustificato uno studio su più ampia scala.	DR2
Bjureberg et al. (2023)	N = 166; 13–17 anni; Svezia; RCT	IERITA + TAU vs TAU	L'aggiunta dell'IERITA al trattamento usuale riduce l'NSSI rispetto al solo TAU.	DR2
Kaess et al. (2020)	N = 74; 12–17 anni; Germania; RCT	Cutting Down Programme (CBT breve) vs TAU più intensivo	La riduzione dell'NSSI di almeno il 50% è simile nei due gruppi (70,3% vs 73,0%), con un miglioramento più rapido con il programma breve.	DR2
Rockstroh et al. (2023)	70 su 74 partecipanti originari; Germania; follow-up a 2–4 anni	Cutting Down Programme vs TAU	L'efficacia del programma breve resta equivalente a quella del TAU; NSSI e tentativi di suicidio si riducono ulteriormente in entrambi i gruppi.	DR2

Nota. DR = domanda di ricerca a cui la pubblicazione contribuisce (sezione 1.3); RCT = trial randomizzato controllato; NSSI = autolesionismo non suicidario; TAU = trattamento usuale; EUC = trattamento usuale potenziato; IERITA = terapia online di regolazione emotiva per adolescenti; SCBT-SB = CBT socio-cognitiva per il comportamento suicidario; g = g di Hedges (differenza media standardizzata). Fonte: elaborazione dell'autrice dalle pubblicazioni citate.

Nota metodologica. I 14 studi primari derivano da 8 campioni indipendenti: quattro pubblicazioni riguardano il trial CARES (Asarnow et al. 2021; Berk et al. 2022, 2024; Bedics et al. 2026), tre il trial norvegese sulla DBT-A (Dibaj et al. 2025, 2026; Mehlum et al. 2026) e due il trial sul Cutting Down Programme (Kaess et al. 2020; Rockstroh et al. 2023); le restanti cinque pubblicazioni derivano ciascuna da un campione distinto. Le pubblicazioni relative allo stesso trial sono state mantenute distinte perché analizzano esiti clinici, processi di cambiamento e risultati a lungo termine differenti.