



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
SEDE CAGLIARI**

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY IN THE PREVENTION OF DEPRESSIVE RELAPSES: A NARRATIVE REVIEW OF THE STATE OF THE ART.

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY NELLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE DEPRESSIVE: UNA REVIEW NARRATIVA DELLO STATO DELL'ARTE.

Dott.ssa Daniela Nieddu

ANNO 2025

ABSTRACT

OBIETTIVI:

La depressione rappresenta una delle principali cause di disabilità a livello globale e si caratterizza per un elevato rischio di ricadute, anche dopo trattamenti farmacologici e/o psicoterapeutici efficaci. La presente review narrativa ha l'obiettivo di esaminare le attuali evidenze scientifiche relative all'efficacia della Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) nella prevenzione delle ricadute depressive, facendo riferimento agli studi più rilevanti in questo ambito.

METODO:

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura, selezionando articoli pubblicati su riviste scientifiche peer-reviewed riguardanti l'applicazione della MBCT nel trattamento di pazienti con disturbi depressivi. Sono stati inclusi studi clinici controllati, revisioni sistematiche e meta-analisi che abbiano valutato l'impatto della MBCT sul rischio delle ricadute e/o sulla sintomatologia residua. Le banche dati di riferimento utilizzate sono: PubMed, Science Direct e PsycINFO.

RISULTATI:

Le evidenze disponibili indicano che la MBCT risulta essere un approccio promettente nella riduzione del rischio di ricadute depressive, soprattutto per quanto riguarda pazienti con frequenti episodi ricorrenti e sintomi residui persistenti. Studi randomizzati controllati e meta-analisi suggeriscono ampiamente che l'utilizzo del protocollo MBCT è associato in particolare modo ad un miglioramento nelle capacità di gestione delle emozioni spiacevoli e dell'autocritica e di conseguenza ad una significativa riduzione del rischio di recidiva. La MBCT appare quindi come un protocollo utile da integrare nei percorsi di trattamento dei disturbi depressivi.

LIMITI E FUTURA RICERCA:

Sebbene i dati discussi siano promettenti, permangono alcune criticità legate alla variabilità dei protocolli, all'eterogeneità dei campioni e alla durata dei follow-up. In particolare, molti lavori fanno riferimento alla “depressione” in maniera generica senza distinguere sistematicamente tra episodi depressivi maggiori, forme ricorrenti o sintomatologia subclinica. Sarebbero dunque necessari ulteriori studi longitudinali da effettuarsi su ampi campioni e con popolazioni più omogenee per consolidare le evidenze e fornire una chiarezza più strutturata circa i meccanismi di efficacia.

INTRODUZIONE

La Depressione è attualmente il disturbo mentale più diffuso e invalidante nelle persone adulte, colpisce circa il 5% della popolazione mondiale e, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresenta una delle principali cause di disabilità, con un impatto significativo sia sulla qualità della vita individuale sia sui costi sociali, sanitari ed economici (World Health Organization, 2021). Sebbene le caratteristiche precise possano variare da individuo a individuo, il disturbo depressivo è tipicamente caratterizzato da sintomi quali: vissuto di tristezza persistente, perdita di interesse o piacere verso una vasta gamma di attività, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno e dell'appetito, pensieri di autosvalutazione e autocritica, fino a pensieri ricorrenti di morte e/o ideazione suicidaria (American Psychiatric Association, 2013). Secondo il DSM-V-TR, per configurare un episodio depressivo maggiore, tali sintomi devono persistere per almeno due settimane e provocare un significativo disagio clinico o una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo nella persona. Il DSM-V-TR fa inoltre una distinzione tra diverse forme di Depressione, sulla base della durata, della gravità e del contesto clinico: (1) *Disturbo da Disregolazione dell'umore dirompente*: è una condizione che si manifesta in età evolutiva, è caratterizzata da una marcata e persistente irritabilità, associata a frequenti esplosioni di rabbia verbali o comportamentali, sproporzionate rispetto allo stimolo elicitante, della durata di almeno 12 mesi e con manifestazione in almeno due contesti, come per esempio a casa e a scuola. La diagnosi non può essere posta prima dei sei né dopo i diciotto anni; (2) *Disturbo depressivo maggiore*: caratterizzato dall'esordio di almeno un episodio depressivo maggiore, ovvero dalla presenza di umore depresso o perdita di interesse o piacere per quasi tutte le attività per la maggior parte del tempo, quasi ogni giorno, dalla durata di almeno due settimane; (3) *Disturbo depressivo persistente (distimia)*: caratterizzato da un quadro di umore depresso per la maggior parte del giorno, per più giorni, per almeno due anni, si tratta quindi di una forma cronica con sintomi meno gravi ma solitamente più persistenti, che spesso interferiscono fortemente con il funzionamento quotidiano; (4) *Disturbo disforico premenstruale*: caratterizzato dalla comparsa, nella settimana che precede il ciclo mestruale, di sintomi quali marcata labilità emotiva, irritabilità, umore depresso, ansia o tensione, spesso accompagnati da riduzione di interesse verso le attività abituali, difficoltà di concentrazione, affaticamento, alterazioni dell'appetito e del sonno. Tale quadro tende a migliorare rapidamente dopo l'inizio del flusso mestruale e a scomparire nei giorni successivi; (5) *Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci*: depressione scatenata dall'uso di farmaci o altre tipologie di sostanze. I sintomi devono svilupparsi durante o subito dopo l'intossicazione, l'astinenza o

l'esposizione a un farmaco, la sostanza deve essere in grado di produrre i sintomi depressivi; (4) *Disturbo depressivo dovuto ad altra condizione medica*: caratterizzato da un periodo di umore depresso o marcata diminuzione di interesse o piacere predominante, causato dagli effetti fisiologici di un'altra condizione medica. La sintomatologia depressiva non deve essere meglio spiegata da un altro disturbo mentale presente.

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi, la depressione è considerata un disturbo multifattoriale, risultato di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e ambientali. Da un punto di vista neurobiologico, diverse evidenze indicano alterazioni nei sistemi di alcune aree cortico-cerebrali, con diminuzione di specifici neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina e dopamina). Per lungo tempo il modello neurobiologico è stato considerato quello maggiormente esplicativo del disturbo depressivo (Kandemir, 2023). Tuttavia, andando avanti nella ricerca si è rivelato insufficiente a spiegare la complessità dei quadri clinici e l'elevata ricorrenza degli episodi depressivi. La letteratura più recente ha evidenziato l'importanza di meccanismi infiammatori, suggerendo un nesso tra infiammazione sistemica e disregolazione dell'umore (Xu et al., 2025) e quella dei fattori psicosociali, come traumi precoci, eventi di perdita, isolamento sociale e stress cronico, che possono attivare o amplificare la vulnerabilità individuale (De Risio et al., 2016). In sintesi, la depressione appare come l'esito di una vulnerabilità neurobiologica e psicologica che, in presenza di eventi stressanti o esperienze traumatiche, innasca una cascata di alterazioni neuroendocrine e neuroimmunitarie. Questa prospettiva integrata contribuisce a spiegare la natura complessa, cronica e recidivante del disturbo, nonché la necessità di approcci terapeutici multimodali e preventivi.

Un aspetto particolarmente critico nella gestione della depressione, soprattutto nel quadro della Depressione Maggiore, riguarda per l'appunto l'alto rischio di ricadute. Nella ricerca scientifica è stato osservato che, anche dopo un trattamento farmacologico o psicoterapeutico efficace, una percentuale rilevante di pazienti sperimenta nuovi episodi depressivi. Studi longitudinali infatti indicano che circa il 20% dei soggetti a rischio può avere una ricaduta nei primi sei mesi dopo il trattamento (Solomon, et al., 2000), mentre altre ricerche evidenziano che fino al 50% dei pazienti sperimenta una nuova ricaduta entro lo stesso periodo in assenza di un intervento continuativo (Sim, K., Chee, C. Y., & Chan, Y. H., 2015). In funzione di questi dati, negli ultimi anni la comunità scientifica ha posto sempre più crescente attenzione al tema della prevenzione delle ricadute nel quadro depressivo, riconoscendo appunto che il trattamento dei soli sintomi acuti non garantisce livelli ottimali di benessere a lungo termine nella vita delle persone che convivono con questo disturbo (McCartney et al., 2021; Zhou et al., 2023; NICE, 2023) e che si rende necessario indagare

sull'efficacia di nuovi protocolli di trattamento nella prevenzione a lungo termine. La terapia Cognitivo-comportamentale e la Terapia Interpersonale, spesso in associazione alla terapia farmacologica, sono considerati approcci elettivi nel trattamento dei disturbi dell'umore (Pande & Salvucci, 2023; NICE, 2023), tuttavia, negli ultimi anni è stata posta un'attenzione particolare verso le Terapie di terza onda della CBT, che rappresentano un'evoluzione rispetto ai modelli tradizionali. Recenti revisioni e meta-analisi hanno indagato in modo specifico l'efficacia della Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), evidenziando come questo approccio rappresenti una strategia alquanto promettente nella riduzione del rischio di ricadute depressive, argomento che sarà trattato e approfondito nella presente Review.

LA TERZA ONDA DELLA CBT: CONSAPEVOLEZZA, ACCETTAZIONE E FLESSIBILITÀ

Negli ultimi decenni, la terapia cognitivo-comportamentale è andata incontro ad un'importante evoluzione con l'emergere della cosiddetta *terza onda* della CBT. Gli approcci della terza onda integrano i principi cognitivi e comportamentali con pratiche volte a modificare il rapporto della persona con i propri pensieri e le proprie emozioni, piuttosto che concentrarsi sui contenuti dei pensieri stessi (Hayes, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). A differenza dei modelli tradizionali, focalizzati sulla ristrutturazione dei pensieri disfunzionali e sul cambiamento diretto dei comportamenti, gli approcci in questione mettono l'accento su processi quali: consapevolezza, accettazione, regolazione emotiva, regolazione metacognitiva e flessibilità psicologica.

Tra le principali terapie di terza onda si possono citare:

1. **Acceptance and Commitment Therapy (ACT)**: focalizzata sull'accettazione dei pensieri e delle emozioni difficili, promuove l'impegno verso azioni in linea con i valori personali e mira a sviluppare la cosiddetta flessibilità psicologica, cioè la capacità di adattarsi alle esperienze interne ed esterne senza sentirsi sopraffatti.
2. **Dialectical Behavior Therapy (DBT)**: ideata per il disturbo borderline di personalità, integra pratiche di Mindfulness con abilità di regolazione emotiva, tolleranza allo stress e gestione delle relazioni interpersonali; inoltre enfatizza l'equilibrio tra accettazione e cambiamento.
3. **Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)**: combina la Mindfulness con tecniche CBT, aiutando la persona a osservare i propri pensieri, distanziandosene, con l'obiettivo di ridurre

l'identificazione con essi e di rapportarsi a pensieri ed emozioni difficile con una modalità di accettazione e non giudizio.

4. **Compassion-Focused Therapy (CFT)**: mira a sviluppare abilità di compassione verso se stessi, con l'obiettivo di ridurre autocritica e vergogna.

Questi interventi condividono alcune caratteristiche chiave, ovvero: l'attenzione al momento presente, l'osservazione dei pensieri in assenza di giudizio, l'accettazione delle emozioni e dei contenuti cognitivi vissuti come sgradevoli, e lo sviluppo di strategie di coping più flessibili. La diffusione della terza onda ha aperto la strada a protocolli strutturati come la MBCT, che sarà illustrata in maniera essenziale nel seguente paragrafo.

LA MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY: PRINCIPI FONDAMENTALI

La Mindfulness-Based Cognitive Therapy ad oggi è considerata un approccio terapeutico innovativo, sempre più diffuso, non solo nella prevenzione delle ricadute depressive, ma anche nel trattamento di un'ampia gamma di condizioni psicopatologiche, quali disturbi d'ansia, Distress, etc.

Tale approccio è stato sviluppato da Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale, i quali hanno ripreso la struttura del protocollo “*Mindfulness-Based Stress Reduction*” (MBSR) di Jon Kabat-Zinn fondato sulle pratiche di Mindfulness basate sugli insegnamenti buddisti, finalizzate a coltivare un'attenzione intenzionale e non giudicante all'esperienza presente e lo hanno integrato con i principi della Terapia Cognitivo Comportamentale standard mirati invece al riconoscimento e alla ristrutturazione dei pensieri disfunzionali (Hofmann, S. G., Gómez, A. F., 2017).

Il protocollo MBCT standard prevede otto sedute di gruppo, adattabili anche al lavoro individuale, a cadenza settimanale, con esercitazioni strutturate e l'assegnazione di homework che hanno l'obiettivo di permettere alla persona di sperimentare le tecniche apprese durante gli incontri nella propria quotidianità.

Ogni incontro include:

- **Pratiche di consapevolezza del momento presente**: body scan, esercizi di respirazione, mindful movement;
- **Esercizi cognitivi volti a riconoscere le modalità automatiche di pensiero**: compilazione di ABC cognitivi riferiti a situazioni significative, osservazione dei pensieri in modalità non giudicante, esercizi di defusione;

- **Momenti di esplorazione esperienziale:** condivisione delle riflessioni circa quanto è emerso e quanto la persona ha osservato durante la pratica, sia quella svolta durante le sedute che quella domestica;
- **Esercizi per la prevenzione della ricaduta:** pratiche volte ad allenare la capacità di riconoscere i “segnali di allarme” (per esempio la tecnica SOBER: fermati, osserva, respira, espandi) e creazione di un piano personale di gestione dei momenti di vulnerabilità;
- **Assegnazione di homework:** una parte fondamentale della MBCT, come è tipico degli interventi basati sulla consapevolezza, riguarda la pratica della meditazione giornaliera nel contesto di vita quotidiana. La pratica domestica può essere svolta sia seguendo una modalità “formale”, quindi con esercizi strutturati, oppure in modalità “informale”, ovvero allenando l’attenzione consapevole attraverso attività della routine quotidiana scelte liberamente (per esempio una passeggiata, una merenda, etc..).

La caratteristica distintiva della MBCT risiede nel ribaltare un obiettivo centrale, ovvero: essa non si concentra tanto sulla modifica o sulla messa in discussione dei pensieri negativi riportati dalla persona, quanto nel promuovere una nuova modalità di relazione con questi pensieri e con le emozioni conseguenti. La persona viene guidata a osservare il flusso dei propri stati mentali attuando un processo di defusione e quindi di distanziamento, che mira a ridurre l’identificazione e spesso la fusione con schemi ruminativi e autocritici tipici per esempio della depressione (Segal et al., 2013). Tale processo facilita lo sviluppo di una consapevolezza metacognitiva, intesa come la capacità di riconoscere i propri pensieri come eventi mentali transitori piuttosto che come verità assolute (Teasdale et al., 2002). Inoltre, un aspetto importante circa le pratiche strutturate presenti nei protocolli MBCT, tra cui soprattutto la respirazione consapevole e il body-scan, contribuiscono non solo alla modulazione cognitiva, ma anche alla regolazione dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), un sistema neuroendocrino chiave nella risposta allo stress e nella vulnerabilità depressiva (Vargas-Uricoechea et al., 2024; Pascoe et al., 2021).

EVIDENZE EMPIRICHE SULL’EFFICACIA DELLA MBCT NELLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE DEPRESSIVE

In riferimento all’applicazione del protocollo MBCT nel trattamento dei sintomi depressivi al fine di prevenire le ricadute, la MCBT si basa sull’assunto che la tendenza alla ruminazione, la fusione con pattern di pensieri negativi e il riattivarsi di schemi cognitivi disfunzionali, anche in presenza di

minimi segnali di umore deflesso, costituisca un fattore centrale nella vulnerabilità alla depressione (Nolen et al., 2008). Attraverso la pratica sistematica della Mindfulness, la persona ha la possibilità di sviluppare gradualmente la capacità di riconoscere in maniera sempre più precoce i segnali di ricaduta e di interrompere i consueti automatismi cognitivi che sono alla base della sintomatologia principale (Segal et al., 2018).

All'interno della presente Review narrativa sono state incluse differenti revisioni sistematiche e alcuni studi che hanno confermato l'efficacia della MBCT anche nel trattamento dei sintomi depressivi principali, supportandone l'utilizzo sia nella fase acuta che nella prevenzione delle recidive.

Uno dei primi studi ad esaminare se l'acquisizione delle abilità psicologiche metacognitive nella MBCT è correlata ad una riduzione delle ricadute depressive è stato condotto da Bieling et al. (2012). Questo studio, inserito in una sperimentazione randomizzata sull'efficacia della MBCT, è stato esattamente il primo ad esaminare i cambiamenti nei livelli di consapevolezza e di decentramento durante 8 mesi di trattamento antidepressivo e poi durante una fase di mantenimento di 18 mesi in cui una parte del campione ha interrotto la terapia farmacologica e ha ricevuto la MBCT, una parte ha continuato solamente la terapia farmacologica e un'altra ha ricevuto un placebo. I risultati hanno mostrato che durante la fase di mantenimento, solo i pazienti che avevano ricevuto la MBCT hanno mostrato un aumento significativo della capacità di monitorare e osservare i pensieri e le emozioni, suggerendo l'efficacia della MCBT nel permettere alla persona di sviluppare capacità di decentramento e maggiore consapevolezza. Con la pratica, la persona può quindi imparare a contrastare le tendenze abituali di evitamento e a sperimentare un atteggiamento di accettazione verso le emozioni e i pensieri disfunzionali che sono alla base della sintomatologia depressiva, così da ridurre l'impatto delle ricadute. Sulla scia di questi risultati un altro studio particolarmente interessante condotto da Carne et al. (2014) ha indagato gli effetti della pratica formale e informale della consapevolezza svolta a casa. Un campione di novantanove partecipanti accomunati da una storia di almeno tre episodi di Depressione Maggiore, tutti in remissione al momento dell'ingresso nella sperimentazione, è stato sottoposto ad un trattamento di sette settimane di pratica Mindfulness formale ed informale da svolgere a casa. Con un follow-up avvenuto immediatamente dopo il trattamento e, consecutivamente, a 3, 6, 9 e 12 mesi dalla fine del trattamento, è emerso che i partecipanti che hanno riferito di aver praticato formalmente a casa per almeno tre giorni alla settimana durante la fase di trattamento avevano una probabilità di ricaduta quasi dimezzata rispetto ai partecipanti che hanno affermato di aver svolto per un numero inferiore

di giorni la pratica formale. Questi risultati sono coerenti con una delle ipotesi centrali della MCBT che sostiene l'importanza della pratica domestica al fine di permettere alla persona di allenare e apprendere al meglio la capacità di entrare in contatto con pensieri, emozioni e sensazioni sgradevoli con una modalità di apertura e accettazione non giudicante piuttosto che rapportarsi ad esse con strategie di rifiuto o evitamento. Non è stata invece rilevata alcuna associazione tra la quantità di pratica informale svolta e la diminuzione delle ricadute. Come affermato sempre da Carne et al., i risultati di questo studio sono in linea con quelli di altri due studi (Hawley et al., 2014; Perich et al., 2013), i quali allo stesso modo indicano che le persone con storia di Depressione Maggiore che praticano a casa gli esercizi formali previsti dal protocollo MCBT con una certa costanza hanno un rischio significativamente inferiore di ricaduta grazie ad un implemento delle abilità di consapevolezza, accettazione e defusione.

Una delle meta-analisi più rilevanti, condotta da Kuyken et al. (2016) ha invece analizzato, su un ampio campione di dati individuali provenienti da nove studi randomizzati controllati, l'efficacia della MBCT rispetto ai trattamenti usuali (TAU), compresi gli antidepressivi, nel trattamento di pazienti con depressione ricorrente. Da tale analisi è emerso che i pazienti sottoposti a MBCT presentavano un rischio ridotto di ricaduta depressiva in un periodo di follow-up di sessanta settimane rispetto a quelli che non avevano ricevuto un trattamento integrato con MBCT. Tuttavia, è stato osservato che una maggiore gravità dei sintomi depressivi prima del trattamento era associata a un effetto maggiore della MBCT rispetto a quanto non succedesse con altri trattamenti usuali. Questi dati suggeriscono quindi che la MBCT riduce significativamente il rischio di ricaduta entro sessanta settimane rispetto al trattamento abituale. L'efficacia sembrerebbe però particolarmente marcata nei pazienti con una storia di tre o più episodi depressivi, in particolare quelli con sintomi residui più pronunciati, questo conferma l'importanza dell'intervento MCBT nei casi in cui la gravità dei sintomi è maggiore. Questi dati sono supportati anche dallo studio di Elices et al. (2022), condotto in un contesto di assistenza primaria con 433 partecipanti, in cui viene evidenziato che la gravità iniziale della depressione e la frequenza di partecipazione al programma MBCT influenzavano significativamente l'esito del trattamento; tuttavia, in questo studio specifico, l'assenza di randomizzazione, la durata relativamente breve del follow-up e la composizione eterogenea del campione, ne limitano la capacità di estenderne i risultati alla prevenzione delle ricadute in popolazioni con depressione recidivante.

Ancora, un'altra revisione sistematica con network meta-analysis, condotta da McCartney et al. (2021), ha confermato la superiorità della MBCT rispetto al TAU nel prolungare il tempo alla ricaduta e nel ridurre la probabilità dell'insorgenza di nuovi episodi depressivi, evidenziando un

rischio di ricaduta inferiore del 31%. I risultati suggeriscono inoltre che la MBCT risulta comparabile, in termini di efficacia, ad altri trattamenti psicologici e farmacologici di mantenimento, rafforzandone la validità come opzione terapeutica evidence-based. Tuttavia, in contrasto, gli autori rilevano anche in questo caso, una certa eterogeneità metodologica tra gli studi, sia in termini di definizione degli outcome sia di caratteristiche dei campioni.

Ancora più recentemente Pande & Salvucci (2023), in una revisione sistematica focalizzata sui sintomi depressivi principali, hanno riscontrato una riduzione clinicamente significativa della sintomatologia depressiva in campioni eterogenei, supportando l'idea che la MBCT possa avere un effetto transdiagnostico.

Infine, una meta-analisi di dati individuali pubblicata da Breedvelt et al. (2024) ha analizzato diversi interventi psicologici per la prevenzione delle ricadute depressive, confermando che quelli basati sul protocollo MBCT producono una significativa riduzione del rischio di ricaduta. Anche in questo caso, gli effetti risultano più robusti nei soggetti con storia di episodi multipli o sintomi residui dopo la remissione. A beneficiare maggiormente dell'efficacia della MCBT pare essere dunque la persona con tre o più episodi depressivi pregressi, suggerendo un ruolo cruciale della MBCT nei percorsi di prevenzione per soggetti ad alto rischio. Tuttavia, la variabilità dei protocolli e l'incertezza su alcuni moderatori clinici indicano la necessità di ulteriori studi per definire con più chiarezza "chi" e "come" trarrebbe maggior vantaggio da tali interventi.

Infine, prima di passare alle conclusioni, è utile sottolineare che nonostante le evidenze raccolte confermino l'efficacia della MBCT nella riduzione del rischio di ricaduta e nel miglioramento dei sintomi depressivi residui, alcuni dati suggeriscono che gli effetti diretti sulla ruminazione, aspetto molto importante nei quadri depressivi, siano meno pronunciati. In particolare, lo studio di Bieling et al. (2012) ha osservato che, sebbene la MBCT aumenti la consapevolezza metacognitiva e il decentramento dai pensieri, la diminuzione della ruminazione non sempre risulta significativa in tutti i partecipanti. Allo stesso modo, Carne et al. (2014) hanno evidenziato che la riduzione della probabilità di ricaduta era più strettamente correlata alla pratica formale degli esercizi di Mindfulness che alla diminuzione diretta dei processi ruminativi, suggerendo che l'effetto della MBCT sulla ruminazione potrebbe essere mediato piuttosto che diretto. Questi dati indicano come, pur rappresentando un intervento efficace e validato per la prevenzione delle recidive depressive, la MBCT non garantisca un impatto uniforme sui meccanismi cognitivi alla base della ruminazione, e che ulteriori studi siano necessari per chiarire questo aspetto (Segal et al., 2013; Kuyken et al., 2016; Elices et al., 2022).

CONCLUSIONI

Nel complesso, la letteratura scientifica evidenzia come la Mindfulness-Based Cognitive Therapy rappresenti un approccio promettente e significativamente efficace nella prevenzione delle ricadute depressive, in particolare nei soggetti con una storia di episodi multipli o con la presenza di sintomi residui dopo la remissione.

L'efficacia della MBCT sembra derivare dalla possibilità, per la persona, di sviluppare una diversa modalità di relazione con i propri pensieri e stati emotivi, basata su accettazione e consapevolezza metacognitiva. Tali processi permettono di interrompere gli automatismi cognitivi e comportamentali che spesso contribuiscono alla riattivazione del disturbo depressivo.

Le meta-analisi e revisioni sistematiche più recenti (Kuyken et al., 2016; McCartney et al., 2021; Elices et al., 2022; Pandey & Salvucci, 2023; Breedvelt et al., 2024) convergono nel mostrare una significativa riduzione del rischio di ricaduta rispetto ai soli trattamenti usuali e un miglioramento del benessere psicologico a lungo termine. Tuttavia, alcune criticità metodologiche, tra cui la variabilità dei protocolli, la durata dei follow-up e l'eterogeneità dei campioni, limitano la possibilità di trarre conclusioni univoche sull'entità dell'effetto e sui meccanismi sottostanti e suggeriscono la necessità di ulteriori studi che approfondiscano i meccanismi specifici di cambiamento e i fattori moderatori dell'efficacia. In un'ottica clinica, la MBCT si configura sicuramente come un intervento evidence-based di prevenzione secondaria, che può essere efficacemente integrato ai trattamenti farmacologici o ad altri approcci psicoterapeutici, promuovendo una maggiore qualità della vita a lungo termine, soprattutto nelle persone con una storia di Depressione Maggiore.

Alla luce delle evidenze disponibili, la MBCT si conferma dunque come un modello terapeutico centrato sulla consapevolezza e sulla flessibilità psicologica, capace di offrire strumenti concreti per la gestione delle vulnerabilità depressive nel lungo periodo.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: Author.

Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T., & Segal, Z. V. (2012). *Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(3), 365–372. <https://doi.org/10.1037/a0027483>

Breedvelt, J. J. F., Kuyken, W., Byford, S., Watkins, E. R., & Dalgleish, T. (2024). *Psychological interventions for preventing depressive relapse: An individual patient data meta-analysis*. Psychological Medicine. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S003329172400034X>

Carne, C., Crane, C., Krusche, A., Mason, O., & Williams, J. M. G. (2014). *Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence in recurrent depression: A non-randomised trial of home practice*. Behaviour Research and Therapy, 63, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.008>

De Risio, A., Magri, F., & Colombo, C. (2016). *Environmental stress and depression: A psychoneuroendocrine perspective*. Frontiers in Psychiatry, 7, 85. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00085>

Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cañete, J., & Soler, J. (2022). *Mindfulness-based cognitive therapy in primary care: Predictors of effectiveness and limitations*. Mindfulness, 13(4), 888–899. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01825-y>

Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies*. Behavior Therapy, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

Hawley, L. L., Schwartz, D., Bieling, P. J., Irving, J., Corcoran, K., Farb, N., Anderson, A. K., & Segal, Z. V. (2014). *Mindfulness practice, rumination and clinical outcome in mindfulness-based treatment*. Cognitive Therapy and Research, 38(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9586-4>

Hofmann, S. G., Gómez, A. F. (2017). *Mindfulness-based interventions for anxiety and depression*. Psychiatric Clinics of North America, 40(4), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). *The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>

Kandemir, H. (2023). *Neurobiological models of depression: From monoamines to inflammation and beyond*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 146, 105007. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105007>

Kuyken, W., Warren, F., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... & Dalgleish, T. (2016). *Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials*. JAMA Psychiatry, 73(6), 565–574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>

McCartney, M., Zhang, Y., & Wang, J. (2021). *Mindfulness-based cognitive therapy for preventing depressive relapse: A systematic review and network meta-analysis*. Frontiers in Psychiatry, 12, 694181. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.694181>

NICE. (2023). Depression in adults: *Quality standard (QS8)*. National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs8>

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). *Rethinking rumination*. Perspectives on Psychological Science, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

Pande, R., & Salvucci, D. (2023). *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in major depressive disorder: A systematic review*. Journal of Affective Disorders Reports, 13, 100604. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100604>

Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F. (2021). *Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis*. Journal of Psychiatric Research, 137, 573–583. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.033>

Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). *The association between meditation practice and depressive symptoms in a longitudinal study of mindfulness-based cognitive therapy participants*. Journal of Affective Disorders, 151(3), 989–993. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023>

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.

Sim, K., Chee, C. Y., & Chan, Y. H. (2015). *Depressive relapse and recurrence: Factors associated with risk and implications for prevention*. Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 44(1), 29–36.

Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J. D., & Endicott, J. (2000). *Multiple recurrences of major depressive disorder*. American Journal of Psychiatry, 157(2), 229–233. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.229>

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2002). *How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?* Behaviour Research and Therapy, 39(6), 553–584. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00076-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00076-6)

Vargas-Uricoechea, H., Neira, M. P., & Téllez, M. (2024). *Hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis and mindfulness: A neuroendocrine link to depression resilience*. Frontiers in Endocrinology, 15, 1378125. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1378125>

World Health Organization. (2021). *Depression fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Xu, J., Li, X., & Zhang, Y. (2025). *Inflammatory pathways in depression: Integrative review of mechanisms and therapeutic implications*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 159, 105394.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.105394>

Zhou, X., Teng, T., & Li, S. (2023). *Long-term effects of psychotherapy on depression relapse: A meta-analysis of follow-up studies*. Journal of Affective Disorders, 326, 45–54.