



ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

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

Dott.ssa Daniela Nieddu

ANNO 2025

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY NELLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE DEPRESSIVE:

**UNA REVIEW NARRATIVA
DELLO STATO DELL'ARTE**



Obiettivi:

analizzare le evidenze
sull'efficacia della *Mindfulness-
Based Cognitive Therapy*
(MBCT) nella prevenzione delle
ricadute depressive

Metodo:

revisione narrativa della
letteratura, sono stati inclusi
studi clinici controllati, meta-
analisi e revisioni sistematiche

ABSTRACT

Risultati:

la MBCT risulta efficace nel
ridurre il rischio di ricaduta nei
disturbi depressivi, in
particolare in pazienti con
episodi multipli o sintomi
residui.

Limiti e futura ricerca:

campioni eterogenei, follow-up
limitati e variabilità dei
protocolli. Sarebbero necessari
ulteriori studi

INTRODUZIONE

- La Depressione è una delle principali cause di disabilità nel mondo (OMS, 2021), con una prevalenza stimata intorno al 5%.
- È caratterizzata da umore depresso, perdita di interesse, alterazioni del sonno, difficoltà di concentrazione e pensieri negativi di autosvalutazione e/o da ideazione suicidaria (DSM-5-TR, 2022).
- Oltre il 50% dei pazienti va incontro a ricadute entro sei mesi dalla remissione, soprattutto in assenza di un intervento continuativo (Sim et al., 2015)
- La Terapia Cognitivo-comportamentale e la Terapia Interpersonale, spesso in associazione alla terapia farmacologica, sono attualmente considerati approcci elettivi nel trattamento dei disturbi depressivi (Pande & Salvucci, 2023), ma evidentemente non abbastanza sufficienti, da sole, per garantire alle persone con diagnosi di Depressione una qualità della vita ottimale nel lungo periodo
- Negli ultimi anni la comunità scientifica ha posto l'attenzione alle Terapie di terza generazione CBT, specialmente alla Mindfulness-Based Cognitive Therapy, per indagarne l'efficacia nel ridurre la probabilità di ricaduta nei disturbi depressivi



LA DEPRESSIONE: CATEGORIZZAZIONE SECONDO IL DSM-V-TR

Il DSM-V-TR distingue diverse manifestazioni depressive, differenziate per durata, gravità e meccanismi di origine:

Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente (DMDD):

- Esordio in età evolutiva
- Irritabilità persistente
- Esplosioni di rabbia frequenti
- Durata ≥ 12 mesi, in almeno 2 contesti
- Diagnosi tra 6 e 18 anni

Disturbo Depressivo Persistente (Distimia):

- Umore depresso quasi quotidiano
- Durata ≥ 2 anni
- Sintomi più lievi ma più stabili
- Impatto sul funzionamento quotidiano

Depressione Indotta da Sostanze/Farmaci:

- Insorge durante o subito dopo l'assunzione della sostanza o del farmaco
- La sostanza deve poter causare sintomi depressivi

Disturbo Depressivo Maggiore (MDD):

Presenza di almeno un episodio depressivo maggiore:

- umore depresso oppure anedonia per la maggior parte del tempo, quasi ogni giorno, per ≥ 2 settimane, associato ad altri sintomi cognitivi e somatici

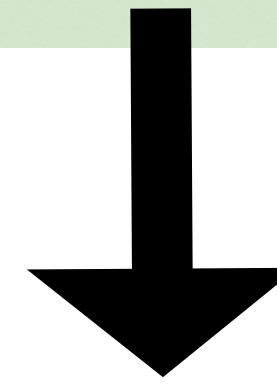
Disturbo Disforico Premestruale (PMDD):

- Si manifesta la settimana premenstruale
- Labilità emotiva, irritabilità, ansia
- Alterazioni di sonno e appetito
- Riduzione di interesse per diverse attività
- Migliora con l'inizio del ciclo

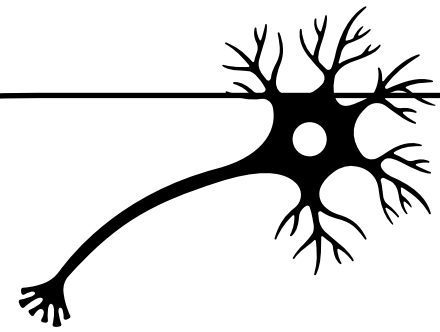
Depressione dovuta ad Altra Condizione Medica:

- Sintomi depressivi direttamente attribuibili agli effetti fisiologici di una condizione medica
- La sintomatologia depressiva non deve essere spiegata meglio da un altro disturbo mentale

EZIOPATOGENESI

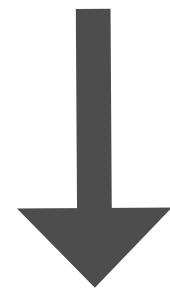


MULTIFATTORIALE



FATTORI NEUROBIOLOGICI

- Alterazione dei sistemi di alcune aree cortico-cerebrali



diminuzione di:

- NORADRENALINA
- SEROTONINA
- DOPAMINA

- Infiammazione sistemica



Aumento delle citochine



Disregolazione dell'umore

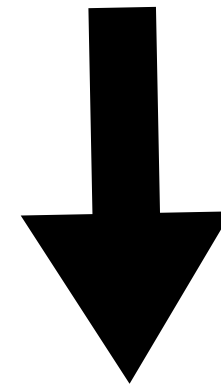


FATTORI PSICOSOCIALI

- Esperienze precoci avverse
- Eventi di vita stressanti
- Stress cronico
- Isolamento sociale e scarsa rete di supporto

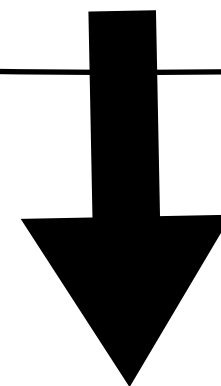
PREVENZIONE DELLE RICADUTE E TERZA ONDA CBT

- Il trattamento dei soli sintomi acuti non assicura benessere duraturo
- La CBT e la Terapia Interpersonale restano trattamenti di riferimento
- Serve un approccio integrato con modelli che favoriscano consapevolezza e autoregolazione emotiva



TERAPIE DI TERZA ONDA

Enfasi su *accettazione*,
consapevolezza e *flessibilità psicologica*
Si sposta l'attenzione dal contenuto dei pensieri al rapporto con essi.



- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- Dialectical Behavior Therapy (DBT)
- Compassion Focused Therapy (CFT)
- Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)



LA MBCT: ORIGINI E STRUTTURA

- Sviluppata da Segal, Williams e Teasdale, ispirata al programma MBSR di Kabat-Zinn
- Combina pratiche di Mindfulness con tecniche di Terapia Cognitivo Comportamentale
- Protocollo standard di otto sedute di gruppo, adattabili al Setting individuale, con esercizi di pratica quotidiana
- Obiettivo: modificare la relazione con pensieri ed emozioni spiacevoli.

COMPONENTI PRINCIPALI DEL PROTOCOLLO MBCT

- **Body scan, respirazione e movimento consapevole:** attenzione al momento presente
- **Esercizi cognitivi:** imparare a riconoscere stimoli trigger responsabili degli episodi di deflessione dell'umore
- **Condivisione con il gruppo e/o con la terapeuta:** normalizzare l'esperienza
- **Piano di prevenzione:** riconoscere precocemente i segnali di ricaduta
- **Pratica domestica quotidiana:** integrare la mindfulness nella vita.



MBCT E PREVENZIONE DELLE RICADUTE DEPRESSIVE

Bieling et al. (2012): questa ricerca ha messo in evidenza come la MBCT produca un significativo aumento delle capacità di decentramento e consapevolezza metacognitiva. I partecipanti trattati con MBCT riportavano una maggiore abilità nel riconoscere pensieri ed emozioni come eventi mentali transitori, riducendo la tendenza a identificarsi con contenuti negativi.

Carne et al. (2014): questo studio ha messo a confronto la pratica Mindfulness informale e formale quotidiana e ha mostrato che i pazienti che avevano svolto la pratica formale per almeno tre giorni a settimana avevano una probabilità di ricaduta dimezzata rispetto a coloro che non avevano praticato con costanza o che avevano svolto solo la pratica informale. Questi dati mettono in luce l'importanza della pratica formale costante e la sua efficacia nella prevenzione delle ricadute depressive.

Kuyken et al. (2016): questo studio RCT ha confrontato la MBCT con il mantenimento farmacologico. I risultati hanno mostrato che i partecipanti al gruppo MBCT avevano un rischio significativamente minore di ricaduta entro 60 settimane rispetto a chi proseguiva esclusivamente la farmacoterapia. Lo studio ha inoltre rilevato un miglioramento generale della qualità di vita e del funzionamento emotivo nei pazienti del medesimo gruppo.

McCartney et al. (2021): questa revisione sistematica e metanalisi ha confermato che la MBCT è superiore al TAU (Treatment As Usual), soprattutto in termini di riduzione delle ricadute e attenuazione dei sintomi residui. Gli autori evidenziano anche una buona accettabilità del trattamento e una ridotta probabilità di abbandono, suggerendo che la MBCT rappresenta un'opzione clinica solida e replicabile nei contesti reali.

Breedvelt et al. (2024): la review più recente presa in analisi, ha osservato che l'effetto preventivo della MBCT è particolarmente elevato nei pazienti con: episodi depressivi multipli, persistenza di sintomi residui dopo la remissione, storia di ruminazione elevata.

CONCLUSIONI

- La MBCT si conferma un approccio efficace nella prevenzione delle ricadute depressive
- Promuove accettazione, flessibilità e consapevolezza
- Mostra maggiore efficacia nei soggetti con episodi ricorrenti o sintomi residui
- Se utilizzata come tecnica integrativa alla CBT, ne potenzia gli effetti
- Servono ulteriori studi randomizzati controllati e ricerche longitudinali per consolidare i risultati di efficacia



BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Bieling, P. J., et al. (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.

Crane et al., (2014). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of recurrence in recurrent depression: a non-randomized trial of home practice*. Behavior Research and Therapy, 63, 17-24.

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., & Williams, J. M. G. (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.

McCartney, M., Morley, R., Button, K., & Williams, C. (2021). *Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of depressive relapse: A systematic review and meta-analysis*. British Journal of Psychiatry, 219(3), 1–9.

Pandey, S., & Salvucci, L. (2023). *Mindfulness-based cognitive therapy in major depressive disorder: A systematic review of efficacy and mechanisms of change*. Clinical Psychology Review, 99, 102229.

Breedvelt, J. J. F., Mackenzie, T., Bockting, C. L. H., Williams, A. D., & Kuyken, W. (2024). *Mindfulness-based cognitive therapy for depressive relapse prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Psychological Medicine, 1–15.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). *Depression in adults: Treatment and management* (NG222). London: NICE.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., Text Revision)*. American Psychiatric Publishing.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

