



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello sviluppo e della Socializzazione

Dipartimento di Psicologia generale

**Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità
e delle Relazioni Interpersonali**

Tesi di Laurea Triennale

***Mindfulness* e disturbo depressivo maggiore: meccanismi
psicologici ed evidenze empiriche**

***Mindfulness and major depressive disorder: psychological mechanisms and
empirical evidence***

Relatrice

Prof.ssa Silvia Cerea

Laureanda: Francesca Tontini

Matricola: 2116228

Anno Accademico 2025/2026

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I.....	3
IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	3
1.1 Definizione e caratteristiche	3
1.1.1 Epidemiologia.....	4
1.1.2 Diagnosi.....	5
1.2 Eziologia del disturbo depressivo maggiore e fattori di rischio	6
1.2.1 Fattori genetici.....	6
1.2.2 Fattori neurobiologici	6
1.2.3 Fattori temperamentali e di personalità	7
1.2.4 Fattori ambientali e psicosociali.....	7
1.3 Processi cognitivi nel disturbo depressivo maggiore.....	8
1.3.1 Modello cognitivo di Beck	8
1.3.2 Teoria dell'impotenza appresa	9
1.3.3 Ruminazione.....	10
CAPITOLO II.....	11
LA MINDFULNESS: DEFINIZIONE E APPLICAZIONI CLINICHE	11
2.1 Origini e sviluppo della <i>mindfulness</i>	11
2.2 Definizione di <i>mindfulness</i>	12
2.3 Processi e meccanismi della <i>mindfulness</i>	12
2.3.1 Attenzione e consapevolezza del momento presente	13
2.3.2 Accettazione e atteggiamento non giudicante	13
2.3.3 Decentramento.....	14
2.4 Applicazioni cliniche della <i>mindfulness</i>	15
2.4.1 <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i>	16
2.4.2 <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>	16
CAPITOLO III	18
MECCANISMI ED EVIDENZE EMPIRICHE DELLA MINDFULNESS NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE.....	18
3.1 <i>Mindfulness</i> e processi cognitivi del DDM.....	18
3.2 La <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i> nel DDM	20
3.3 Evidenze empiriche	21
3.3.1 Riduzione della sintomatologia depressiva	21
3.3.2 Efficacia della MBCT nella prevenzione delle ricadute depressive.....	23
3.3.3 Evidenze sui meccanismi di cambiamento	24
CONCLUSIONE	26
BIBLIOGRAFIA	32

INTRODUZIONE

Il disturbo depressivo maggiore rappresenta una delle condizioni psicopatologiche più diffuse a livello globale. Esso compromette in maniera significativa il funzionamento dell'individuo a livello personale, sociale e lavorativo.

Negli ultimi decenni sono stati sviluppati numerosi approcci volti a intervenire sui meccanismi cognitivi ed emotivi coinvolti nell'insorgenza e nel mantenimento del disturbo, che oggi affiancano e integrano i trattamenti farmacologici e psicoterapeutici tradizionali. Tra questi, le pratiche basate sulla *mindfulness* hanno acquisito un riconoscimento sempre maggiore, trovando applicazione in numerosi protocolli di intervento per la depressione.

Il presente elaborato si propone di indagare l'efficacia degli interventi basati sulla *mindfulness* nel trattamento del disturbo depressivo maggiore, soffermandosi sui meccanismi attraverso cui questi interventi agiscono sui processi cognitivi caratteristici del disturbo.

Nel primo capitolo verrà definito il disturbo depressivo maggiore. Dopo una breve descrizione generale verranno illustrate l'epidemiologia, i criteri diagnostici e i principali fattori eziologici di natura genetica, neurobiologica, temperamentale e ambientale. Nella parte finale del capitolo verranno descritte alcune delle modalità di elaborazione delle informazioni e dei processi cognitivi maggiormente implicati nel disturbo, come il modello cognitivo di Beck, la teoria dell'impotenza appresa e il fenomeno della ruminazione.

Nel secondo capitolo verrà descritto il costrutto della *mindfulness*, ricostruendolo a partire dalle sue origini nella tradizione buddhista per poi arrivare alla sua integrazione in ambito clinico occidentale. Verranno in seguito presentate alcune definizioni di *mindfulness* presenti in letteratura, per poi descrivere i processi sottostanti ad essa, tra cui l'attenzione al momento presente, l'accettazione e il decentramento. Verranno infine esposte due delle principali applicazioni cliniche della *mindfulness*: la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) e la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT).

Nel terzo capitolo verrà analizzato il modo in cui la *mindfulness* agisce sui processi cognitivi disfunzionali del disturbo depressivo maggiore. Seguirà una parte dedicata

alla *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, sviluppata per la prevenzione delle ricadute depressive. Saranno infine presentate le evidenze empiriche a sostegno dell'efficacia degli interventi basati sulla *mindfulness* nella riduzione della sintomatologia depressiva, nella prevenzione delle ricadute e nei meccanismi di cambiamento coinvolti.

CAPITOLO I

IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

1.1 Definizione e caratteristiche

Il disturbo depressivo maggiore (MDD) rappresenta, ad oggi, uno dei disturbi mentali maggiormente diffusi a livello globale (Gutiérrez-Rojas et al., 2020).

Secondo un'analisi sistematica condotta da Santomauro e colleghi (2026) che riporta le stime del Global Burden of Disease 2023 sui disturbi mentali, il disturbo depressivo maggiore risulta essere la seconda causa di carico globale di malattia tra i giovani di età 15-19 anni nel 2023 e si conferma una delle principali cause anche in età adulta.

Il disturbo depressivo maggiore viene diagnosticato quando un individuo presenta umore persistentemente basso o tristezza, anedonia o calo di interesse per attività che tipicamente procurano piacere, irritabilità, sensi di colpa o sentimenti di inutilità, assenza di energia, difficoltà a concentrarsi, rallentamento psicomotorio o agitazione, alterazioni dell'appetito, disturbi del sonno e pensieri suicidari, con variazioni a livello cognitivo e somatico, che influiscono significativamente sul funzionamento dell'individuo (Bains & Abdijadid, 2023).

L'esordio può essere improvviso, ma il più delle volte è graduale; talvolta è preceduto da alcuni sintomi prodromici, i quali possono essere di natura cognitiva (indecisione e difficoltà di concentrazione, preoccupazione, diminuzione dell'autostima), emotiva (ansia, irritabilità, tensione, agitazione, anedonia, senso di impotenza), fisica (disturbi del sonno, affaticamento, mancanza di energia, alterazioni dell'appetito, dolori muscolari, cefalee) o psicomotoria (rallentamento dei movimenti, irrequietezza). È importante prestare attenzione a queste manifestazioni sintomatologiche onde evitare il mancato riconoscimento del disturbo (Benasi et al., 2021).

Il disturbo depressivo maggiore è caratterizzato dalla presenza di un episodio depressivo della durata di almeno due settimane, la cui durata mediana è di circa sei mesi (Ten Have et al., 2017). La ricomparsa degli episodi depressivi è frequente: circa il 50% delle persone che ha avuto un episodio seguito da remissione va incontro ad una recidiva nel corso della vita, e circa l'80% di coloro che ne hanno avuti più di due presenta almeno un ulteriore episodio entro cinque anni (Altaweel et al., 2023). Inoltre,

ogni recidiva comporta un rischio stimato del 10-20% di evolvere in una condizione depressiva persistente e cronica (Lye et al., 2020).

1.1.1 Epidemiologia

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2025), la depressione colpisce circa il 4% della popolazione mondiale, pari a circa 332 milioni di persone. Questo dato include il 5,7% degli adulti di età inferiore ai 70 anni (di cui il 4,6% degli uomini e il 6,9% delle donne) e il 5,9% degli individui con età pari o superiore a 70 anni.

La depressione è più comune nelle donne rispetto agli uomini, con un rapporto di circa 1,5 a 1. Questa differenza potrebbe essere attribuita a una combinazione di fattori biologici, ormonali e psicosociali, nonché agli effetti specifici del parto in quanto, in tutto il mondo, oltre il 10% delle donne in gravidanza o nel periodo *post-partum* soffre di depressione (World Health Organization, 2025).

Le differenze socioeconomiche giocano anch'esse un ruolo cruciale: recenti studi hanno mostrato una correlazione tra un basso *status* socioeconomico (SES) e un aumento del rischio di sviluppare un disturbo depressivo. Secondo una revisione sistematica di Jespersen e colleghi (2025), tra le diverse componenti del SES (istruzione, reddito e occupazione), il basso reddito è la dimensione maggiormente associata al rischio di depressione, con una probabilità quasi doppia di sviluppare la malattia rispetto alle persone con reddito elevato.

Per quanto riguarda il disturbo depressivo maggiore, una revisione sistematica condotta da Gutiérrez-Rojas e colleghi (2020) ha evidenziato che la prevalenza del disturbo nel corso della vita varia tra il 2 e il 21%; in particolare, i valori più alti si registrano in Europa e i più bassi in Asia.

Il disturbo depressivo maggiore si associa spesso ad altri disturbi psicologici, come quello da uso di sostanze, di panico, d'ansia sociale e ossessivo-compulsivo. Negli anziani, la depressione è maggiormente diffusa tra coloro che soffrono di qualche patologia medica (Bains & Abdijadid, 2023).

I disturbi depressivi sono fortemente associati ad alta mortalità e a condotte suicidarie. Secondo i dati dell'OMS, nel 2021 sono stati registrati circa 727.000 decessi per

suicidio, che rappresentano ad oggi la terza causa di morte nella fascia di età 15-29 anni (World Health Organization, 2025).

1.1.2 Diagnosi

Il disturbo depressivo maggiore viene diagnosticato quando un individuo presenta uno o più episodi depressivi che non possono essere attribuiti a un disturbo bipolare o ad altre condizioni psichiatriche. I criteri diagnostici riportati all'interno del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, revisione del testo (American Psychiatric Association, 2023) sono i seguenti:

A. Almeno cinque dei seguenti sintomi devono manifestarsi per un periodo minimo di due settimane, quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno; tra questi, almeno uno deve essere umore depresso (1) oppure perdita di interesse o piacere (2).

1. Umore depresso.
2. Diminuzione dell'interesse o del piacere nello svolgimento di attività generalmente gratificanti (anedonia).
3. Significativa perdita o aumento del peso corporeo non attribuibile a modificazioni della dieta o dello stile di vita.
4. Insonnia o ipersonnia.
5. Irrequietezza motoria o rallentamento nei movimenti.
6. Affaticamento o sensazione di avere poche energie.
7. Sentimenti di autosvalutazione o sensi di colpa eccessivi.
8. Difficoltà a pensare, a concentrarsi o a prendere decisioni.
9. Ideazione suicidaria o ricorrenti pensieri di morte.

B. I sintomi causano un disagio clinicamente significativo oppure determinano una compromissione del funzionamento della persona nella quotidianità, nelle relazioni sociali e nell'attività lavorativa.

C. L'episodio non può essere spiegato dagli effetti fisiologici di una sostanza o da una condizione medica.

Nota: I criteri A-C corrispondono a un episodio depressivo maggiore.

D. L'episodio depressivo maggiore non è attribuibile a un disturbo dello spettro della schizofrenia o ad altri disturbi psicotici.

E. L'individuo non ha mai presentato episodi maniacali o ipomaniacali.

La classificazione diagnostica del disturbo depressivo maggiore richiede inoltre di specificare se si tratti di un episodio singolo o ricorrente, il livello di gravità attuale, la presenza di caratteristiche psicotiche e l'eventuale stato di remissione (APA, 2023).

1.2 Eziologia del disturbo depressivo maggiore e fattori di rischio

L'eziologia del disturbo depressivo maggiore è considerata multifattoriale, in quanto la sua origine non può essere completamente spiegata da un singolo meccanismo biologico o ambientale. Lo sviluppo della patologia dipende piuttosto da una combinazione di fattori genetici, biologici, psicologici e ambientali (Marx et al., 2023).

1.2.1 Fattori genetici

Per quanto riguarda i fattori genetici, la revisione di Marx e colleghi (2023) ha riportato i seguenti dati: nei figli di individui con disturbo depressivo maggiore il rischio di sviluppare anch'essi un DDM entro la prima età adulta è del 35-40%, circa il doppio rispetto a quello osservato nei figli di genitori senza la patologia. Più in generale, i soggetti con un parente di primo grado affetto da DDM presentano un rischio di sviluppare il disturbo da due a quattro volte maggiore rispetto alla popolazione generale (American Psychiatric Association, 2023). L'ereditarietà stimata è intorno al 40% (APA, 2023).

1.2.2 Fattori neurobiologici

In merito ai fattori neurobiologici, nel disturbo depressivo maggiore si osservano delle disfunzioni nei tre principali sistemi monoaminergici: serotonina, noradrenalina e dopamina. La ridotta attività del sistema serotoninergico nel cervello del paziente depresso è coerente con il fatto che i farmaci che aumentano la serotonina (come gli SSRI) migliorano i sintomi. Anche il sistema noradrenergico sembra essere coinvolto nella depressione, e i farmaci che aumentano la disponibilità di noradrenalina possono avere effetti antidepressivi. Infine, le alterazioni del sistema dopaminergico possono contribuire soprattutto a sintomi come anedonia (Saveanu & Nemeroff, 2012).

Numerosi studi incentrati sulla sostanza grigia e bianca hanno inoltre riscontrato alterazioni considerevoli in alcune regioni cerebrali nei pazienti con disturbo

depressivo maggiore, tra cui la corteccia prefrontale, l'ippocampo, il talamo, il corpo striato e l'amigdala, oltre a regioni del lobo temporale (Zhang et al., 2018).

Un ulteriore sistema coinvolto nella depressione è l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), fondamentale nel mantenimento dell'equilibrio fisiologico e nella risposta dell'organismo allo *stress*. Nei pazienti con disturbo depressivo maggiore, l'asse HPA risulta spesso iperattivo, con conseguenti alterazioni dell'umore e disfunzioni cognitive (Mikulska et al., 2021).

1.2.3 Fattori temperamentali e di personalità

Tra i fattori temperamentali, il nevroticismo e l'introversione sono ritenuti fattori di rischio significativi per l'insorgenza e il mantenimento del disturbo depressivo maggiore (Ho et al., 2022).

Elevati livelli di nevroticismo, la presenza di tratti di personalità dipendente e la diagnosi di disturbo borderline di personalità o di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità aumentano il rischio di ricaduta o recidiva del disturbo depressivo maggiore (Altaweel et al., 2023).

Inoltre, l'utilizzo di strategie di *coping* disfunzionali, come la negazione e l'auto-colpevolizzazione, è associato all'insorgenza del disturbo (Ho et al., 2022).

1.2.4 Fattori ambientali e psicosociali

Sono considerati fattori di rischio anche eventi di natura ambientale e psicosociale. Tra questi, gli eventi di vita stressanti sono ritenuti possibili fattori scatenanti degli episodi depressivi maggiori (APA, 2023). Ulteriori fattori predisponenti includono condizioni di *stress* cronico come basso reddito, un livello di istruzione limitato, basso supporto sociale, il razzismo e altre forme di discriminazione (APA, 2023). Oltre ai recenti eventi negativi e ai determinanti socioeconomici, un ruolo centrale è rappresentato dalle esperienze avverse durante l'infanzia, soprattutto quando multiple e di diversa tipologia (APA, 2023).

Dal punto di vista eziologico le donne sono più frequentemente esposte ai principali fattori di rischio per la depressione nel corso della vita, condizione che potrebbe contribuire alla maggiore prevalenza della depressione in questo gruppo (APA, 2023).

1.3 Processi cognitivi nel disturbo depressivo maggiore

Ad oggi sono stati formulati molteplici modelli di natura cognitiva che cercano di spiegare lo sviluppo del disturbo depressivo maggiore, i quali sostengono che le caratteristiche individuali portano a diversi livelli di vulnerabilità alla depressione. Nonostante questi modelli differiscano nelle specifiche modalità di pensiero coinvolte, vi è concordanza sull'idea che esistano schemi cognitivi disfunzionali e modalità di elaborazione delle informazioni disadattive nei pazienti con disturbo depressivo maggiore (Reilly et al., 2012). Tra questi sono di rilievo il modello cognitivo di Aaron T. Beck, la teoria dell'impotenza appresa e il fenomeno della ruminazione.

1.3.1 Modello cognitivo di Beck

La teoria cognitiva della depressione di Aaron T. Beck, pubblicata nel 1967, sostiene che le esperienze avverse vissute durante l'infanzia svolgono un ruolo determinante nella creazione di convinzioni disadattive (Reilly et al., 2012).

Più precisamente, Beck ha definito il concetto di triade cognitiva negativa, costituita da tre principali credenze disfunzionali attivate automaticamente nell'individuo, che riguardano:

- il sé (ad esempio, sentirsi inutili o incapaci di essere felici);
- il mondo (ad esempio, percepire il contesto circostante come ostile o pericoloso);
- il futuro (ad esempio, avere aspettative pessimistiche ed immaginare solo ostacoli e insuccessi).

Queste percezioni negative danno origine a schemi di pensiero utilizzati per interpretare la realtà, i quali ostacolano le credenze positive e generano distorsioni cognitive. Tali schemi si basano su interpretazioni soggettive dell'esperienza, a scapito di una valutazione realistica, e tendono a mantenersi nel tempo a causa della loro rigidità, che ne rende particolarmente difficile la modificazione. Nel loro insieme, questi schemi contribuiscono ad aumentare la vulnerabilità alla depressione, favorendo il mantenimento e il peggioramento dei sintomi (Golonka et al., 2024).

Beck descrive inoltre alcuni degli errori di pensiero più comuni, tra cui: le conclusioni arbitrarie (trarre una conclusione senza prove sufficienti), l'astrazione selettiva (concentrarsi su un singolo aspetto trascurando il resto), l'ipergeneralizzazione (generalizzare una regola a partire da un solo evento), l'ingigantimento/minimizzazione (esagerare in negativo e ridurre il positivo), la personalizzazione (attribuire a sé stessi ogni tipo di responsabilità), e il pensiero dicotomico (interpretare la realtà in termini estremi, senza sfumature) (Golonka et al., 2024).

1.3.2 Teoria dell'impotenza appresa

La teoria dell'impotenza appresa formulata da Martin Seligman sostiene che, quando l'individuo è esposto ripetutamente a condizioni avverse ed incontrollabili, può apprendere che gli esiti sono indipendenti dalle proprie azioni (Maier & Seligman, 1976). Questo tipo di apprendimento influenzerebbe poi le esperienze future, con conseguenze su tre livelli:

- comportamentale: la persona rinuncia a tentare di avere controllo sugli eventi, con un atteggiamento passivo di fronte alle situazioni
- cognitivo: l'individuo ritiene di essere impotente e fatica a credere nella possibilità di esiti più favorevoli
- emotivo: soprattutto nel caso di esperienze estremamente negative o traumatiche, si possono verificare alterazioni emotive

Quanto riportato rende evidente che i *deficit* comportamentali sono riconducibili ad una convinzione disadattiva, cioè la percezione di incontrollabilità degli eventi. Questo meccanismo è cruciale nello sviluppo degli stati depressivi: l'individuo smette di agire perché crede di non avere alcuna influenza sugli eventi.

La teoria permette inoltre di spiegare diversi sintomi tipici dei disturbi depressivi, come la riduzione della motivazione, l'affaticamento, le difficoltà di apprendimento e di *problem solving*, l'aumento di emozioni negative quali ansia e paura, e le alterazioni fisiologiche come l'asse HPA e il sonno (Song & Vilares, 2021).

1.3.3 Ruminazione

La ruminazione è una modalità di pensiero che porta l'individuo a soffermarsi in modo eccessivo su pensieri, situazioni o vissuti negativi, che alimentano le preoccupazioni e le interpretazioni disfunzionali della realtà (American Psychiatric Association, 2020). Nel disturbo depressivo maggiore questo processo interferisce con la capacità di attuare comportamenti orientati a uno scopo e riduce la capacità di adattamento, oltre a limitare l'efficacia degli interventi psicologici (Watkins & Roberts, 2020).

Sebbene possa attivarsi nell'individuo con l'obiettivo di superare una situazione negativa, spesso la ruminazione si rivela inefficace e, al contrario, genera ulteriori pensieri negativi. La ripetuta focalizzazione sui contenuti negativi rafforza emozioni e cognizioni disfunzionali. In questo senso, la ruminazione può contribuire significativamente allo sviluppo e al peggioramento della sintomatologia depressiva (Cano-López et al., 2022).

CAPITOLO II

LA *MINDFULNESS*: DEFINIZIONE E APPLICAZIONI CLINICHE

2.1 Origini e sviluppo della *mindfulness*

Il concetto di *mindfulness* ha origine nella tradizione testuale buddhista, in particolare nei primi testi del Canone pāli, che si suppone risalgano già al I secolo a.C. (Purser & Milillo, 2015). All'interno della tradizione buddhista compare il vocabolo *sati*, che deriva dal sanscrito *smṛti*, termine generalmente tradotto con "ricordo" e "memoria". L'accezione di *sati*, tuttavia, non si limita alla rievocazione del passato, bensì riguarda una forma di presenza mentale che può essere intesa come "attenzione" o "consapevolezza" (García-Campayo et al., 2021). Tale consapevolezza rappresenta, all'interno degli insegnamenti del Buddha, una componente del percorso orientato alla liberazione dalla sofferenza (Keng et al., 2011).

Il termine *mindfulness* venne successivamente introdotto nel contesto occidentale alla fine del XIX secolo dal filologo e orientalista Thomas Rhys Davids, che tradusse il termine *sati* con l'espressione inglese "*mindfulness*" (Xiao et al., 2017).

A partire dalla fine degli anni '70 la *mindfulness* è entrata a far parte degli interventi psicologici e medici contemporanei grazie al contributo di Jon Kabat-Zinn, biologo statunitense che nel 1979 sviluppò un protocollo clinico basato sulla *mindfulness* presso il University of Massachusetts Medical Center (García-Campayo et al., 2021). Il programma, denominato *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), fu concepito con l'intento di intervenire sul dolore cronico e sullo *stress* attraverso pratiche di *mindfulness* e meditazione le quali, secondo Kabat-Zinn, contribuivano alla riduzione della sofferenza grazie a un maggiore distacco dai propri pensieri (Srouf & Keyes, 2024). Il protocollo, articolato in un percorso di otto settimane, venne svincolato da elementi culturali, religiosi e ideologici provenienti dalla tradizione buddhista per favorire l'integrazione della pratica in ambito scientifico, pur mantenendo gli aspetti essenziali della dimensione meditativa da cui traeva origine (Kabat-Zinn, 2003).

Il contributo di Kabat-Zinn ha favorito l'integrazione della *mindfulness* in ambito clinico, contribuendo alla nascita di diversi interventi terapeutici come la *Mindfulness-*

Based Cognitive Therapy (MBCT), sviluppatasi a partire dalla *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (Maloney et al., 2024).

2.2 Definizione di *mindfulness*

In ambito clinico sono state proposte numerose definizioni di *mindfulness*. Baer (2003), ad esempio, la descrive come «l'osservazione non giudicante del flusso continuo di stimoli interni ed esterni man mano che si manifestano» (p. 125). Bishop e colleghi (2004) la definiscono invece come «autoregolazione dell'attenzione mantenuta sull'esperienza immediata» accompagnata da un particolare atteggiamento verso le proprie esperienze, caratterizzato da «curiosità, apertura e accettazione» (p. 232). Infine, una definizione particolarmente influente e spesso citata in letteratura è quella di Kabat-Zinn (1994, come citato in Ramel et al., 2004), che concepisce la *mindfulness* come «sinonimo di pura consapevolezza», alla quale è possibile accedere «prestando attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e senza giudizio» (p. 4).

In linea generale, la letteratura scientifica concorda nel riconoscere due elementi essenziali della *mindfulness*: la consapevolezza dell'esperienza vissuta nel momento presente e l'atteggiamento non giudicante nei confronti di essa (Keng et al., 2011).

La *mindfulness* può essere ulteriormente descritta come tratto, intesa come caratteristica relativamente stabile di ciascun individuo, e come stato, ossia una condizione che varia nel corso della giornata (Lindsay & Creswell, 2017).

2.3 Processi e meccanismi della *mindfulness*

Sebbene la letteratura sulla *mindfulness* sia attualmente vasta e il numero di pubblicazioni sia aumentato considerevolmente negli ultimi decenni, ad oggi non esiste un quadro teorico completo in grado di unificare tutte le componenti che costituiscono la *mindfulness*, né un modello univoco e universalmente riconosciuto che integri le diverse concettualizzazioni del costrutto (Hölzel et al., 2011).

Tuttavia, una buona parte delle teorie e dei modelli presenti in letteratura riconosce il ruolo centrale di alcuni processi sottostanti coinvolti nella *mindfulness*. Tra questi:

l'attenzione al momento presente, l'atteggiamento di accettazione e non giudizio e lo sviluppo della capacità di decentramento (Hölzel et al., 2011).

2.3.1 Attenzione e consapevolezza del momento presente

L'attenzione rivolta al momento presente può essere definita come la capacità di rimanere sintonizzati e ricettivi nei confronti delle esperienze percettive e sensoriali sperimentate momento per momento (Lindsay & Creswell, 2017). Nel contesto della *mindfulness*, essa è caratterizzata dalla semplice osservazione della realtà e dalla registrazione dei contenuti dell'esperienza, senza ulteriori elaborazioni cognitive come riflessioni, interpretazioni o commenti. L'attenzione dev'essere orientata al qui ed ora e consentire una visione integrata e coerente dei fenomeni così come si manifestano (Chems-Maarif et al., 2025).

Il momento presente verso cui l'attenzione è rivolta comprende sia elementi del mondo interno, come le sensazioni corporee, le esperienze affettivo-emozionali, le cognizioni e gli impulsi, sia gli stimoli del mondo esterno percepiti attraverso i sensi, come le immagini, i suoni, gli odori, gli oggetti e le altre persone (Chems-Maarif et al., 2025). Strettamente connessa all'attenzione orientata al qui ed ora è la consapevolezza del momento presente. Essa è definita come la capacità di osservare le esperienze momento per momento anziché soffermarsi sui ricordi del passato o sulle prospettive future. In questo senso, la consapevolezza al momento presente può ridurre l'attivazione degli schemi di pensiero automatici in quanto favorisce l'ancoraggio all'esperienza attuale, consentendo un'azione maggiormente deliberata e meno guidata dalle risposte abituali (Chems-Maarif et al., 2025).

In definitiva, orientando la propria attenzione al momento presente e mantenendo uno stato di consapevolezza, è possibile contrastare le elaborazioni cognitive sull'esperienza.

2.3.2 Accettazione e atteggiamento non giudicante

L'atteggiamento non giudicante consiste nella sospensione delle abituali modalità di elaborazione dell'esperienza soggettiva, generalmente basate su schemi di valutazione costruiti a partire dalle esperienze passate (Chems-Maarif et al., 2025). L'utilizzo di

questi schemi può portare alla formulazione di giudizi e interpretazioni rigide e poco flessibili della realtà, per cui l'oggetto di attenzione non viene visto per ciò che è, bensì viene interpretato secondo conoscenze preesistenti. Poiché questi giudizi emergono spontaneamente e in modo continuativo, l'atteggiamento non giudicante non si pone l'obiettivo di sopprimerli, bensì di riconoscerli come semplici pensieri e di accettarli senza elaborarli ulteriormente (Chems-Maarif et al., 2025).

L'atteggiamento non giudicante costituisce una componente fondamentale dell'accettazione (Chems-Maarif et al., 2025), definita come un atteggiamento mentale che comprende apertura, non giudizio, non attaccamento ed equanimità nei confronti delle esperienze interne ed esterne (Lindsay & Creswell, 2017). In questa prospettiva, l'accettazione consente di limitare la tendenza a giudicare ed evitare le esperienze, e di non soffermarsi eccessivamente sugli aspetti negativi (Chems-Maarif et al., 2025). L'accettazione si contrappone all'evitamento esperienziale, ovvero la tendenza di sopprimere, modificare ed evitare pensieri ed emozioni indesiderati e si distingue dalle strategie di regolazione emotiva basate sul cambiamento cognitivo come la rivalutazione o la distrazione. L'accettazione, infatti, non consiste nel modificare il contenuto dell'esperienza, ma nel modificare la relazione con essa (Lindsay & Creswell, 2017). Sebbene l'accettazione implichi apertura e accoglienza, non dev'essere confusa con la passività o la rassegnazione, associate invece a esiti disadattivi (Chems-Maarif et al., 2025).

La capacità di accettazione risulta fondamentale per regolare la reattività all'esperienza affettiva, in quanto modifica il modo in cui ci si relaziona all'esperienza. Essa, cioè, permette di ridurre la reattività negativa di fronte a situazioni spiacevoli e di limitare l'attaccamento alle esperienze piacevoli (Lindsay & Creswell, 2017).

In sintesi, l'atteggiamento di accettazione consente alle esperienze di emergere nella consapevolezza senza ulteriori valutazioni. I sentimenti negativi vengono osservati senza essere giudicati e le esperienze positive vengono accolte senza essere attivamente ricercate o trattenute.

2.3.3 Decentramento

Nell'ambito dei trattamenti basati sulla *mindfulness*, il decentramento è una modalità di elaborazione cognitiva in cui pensieri e sentimenti vengono interpretati come eventi

temporanei nella mente, piuttosto che come rappresentazioni accurate della realtà e del sé (Bennett et al., 2021).

Bernstein e colleghi (2015) descrivono il decentramento secondo un modello metacognitivo composto da tre componenti interrelate. La prima è la metaconsapevolezza, ovvero la consapevolezza esplicita che l'individuo ha dei processi che si verificano nella propria mente. La seconda è la disidentificazione dall'esperienza, intesa come la capacità di distinguere il Sé dai propri pensieri, emozioni e sensazioni, i quali dunque non sono da considerarsi parti costituenti della propria identità. La terza è la ridotta reattività emotiva ai contenuti di pensiero, che si riferisce a una riduzione dell'influenza che essi hanno sull'individuo. Grazie a questa prospettiva, l'individuo attenua il disagio che i pensieri possono generare (Bennett et al., 2021) e risponde in modo più flessibile ai diversi stati emotivi (Sgherza et al., 2022).

Nonostante alcuni ricercatori utilizzino i concetti di *mindfulness* e decentramento in modo intercambiabile, essi vengono più frequentemente considerati processi distinti ma correlati (Gecht et al., 2014); più nello specifico, il decentramento è ritenuto uno dei principali meccanismi attraverso cui la *mindfulness* promuove il benessere psicologico e la riduzione della sintomatologia (Guo, 2024). La letteratura ritiene infatti che lo sviluppo della capacità di decentramento sia favorito dalla pratica della *mindfulness* attraverso il rafforzamento dell'attenzione e della consapevolezza del momento presente, che favoriscono un'osservazione più chiara degli stati interiori (Guo, 2024).

In sintesi, il decentramento consente all'individuo di osservare i propri contenuti mentali con maggiore distacco, riducendo l'identificazione con essi.

2.4 Applicazioni cliniche della *mindfulness*

Gli interventi basati sulla *mindfulness* (MBI) comprendono un insieme di trattamenti che integrano la meditazione *mindfulness* e protocolli terapeutici centrati sulla *mindfulness*. Tra questi assumono particolare importanza la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) e la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) (Li et al., 2024).

2.4.1 Mindfulness-Based Stress Reduction

La *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), sviluppata da Jon Kabat-Zinn, è un intervento di gruppo finalizzato alla gestione dello *stress* e alla promozione del benessere, che si serve di alcuni elementi come la meditazione *mindfulness*, esercizi di *yoga* e pratiche di consapevolezza corporea. Attraverso queste pratiche, il MBSR favorisce lo sviluppo di una consapevolezza non giudicante dell'esperienza presente, permettendo agli individui di rispondere agli eventi stressanti con maggiore chiarezza e resilienza (Sercekman, 2024).

L'intervento prevede incontri settimanali strutturati della durata di circa 2-2,5 ore, per un periodo di otto settimane, in cui vengono eseguiti esercizi di *mindfulness* e discussioni di gruppo (Sercekman, 2024). Questi momenti di confronto stimolano i partecipanti a riflettere sulle pratiche svolte, affrontando al contempo i temi di apprendimento del MBSR come la consapevolezza del momento presente, le reazioni automatiche allo *stress* e la flessibilità di pensiero e comportamento (Li et al., 2024). Oltre a partecipare alle sessioni di gruppo, i partecipanti sono incoraggiati a svolgere esercizi di pratica quotidiana a casa e a integrare la *mindfulness* nelle loro attività quotidiane (Xue & Abdullah, 2025).

Sebbene il MBSR sia stato sviluppato per la gestione dello *stress*, nel tempo è stato applicato a numerose condizioni psicologiche e mediche, tra cui ansia, depressione e dolore cronico (Xue & Abdullah, 2025).

2.4.2 Mindfulness-Based Cognitive Therapy

La *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) è un approccio terapeutico che integra le pratiche di *mindfulness* con i principi della terapia cognitiva, orientati a intervenire sui *pattern* di pensiero disfunzionali (Douglas et al., 2021).

La MBCT fu sviluppata alla fine degli anni '90 da Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale come intervento per la prevenzione delle ricadute nella depressione ricorrente, con la finalità di fornire agli individui vulnerabili le competenze necessarie per contrastare gli schemi di pensiero che possono favorire nuovi episodi depressivi

(Gkintoni et al., 2025). Oggi la MBCT non viene utilizzata solo nei casi di depressione ricorrente, ma anche per altri quadri clinici, oltre che per potenziare il benessere psicologico generale (Gkintoni et al., 2025).

L'intervento consiste in otto sessioni settimanali di gruppo in cui vengono svolte pratiche di meditazione, esercizi di respirazione e movimento consapevole, che favoriscono lo sviluppo della capacità di *mindfulness* attraverso un'attenzione consapevole all'esperienza presente (Douglas et al., 2021). Oltre agli esercizi svolti durante le sessioni, la MBCT include anche esercizi di pratica a casa, che consolidano gli apprendimenti avvenuti in gruppo e stimolano gli individui a introdurre la *mindfulness* nella quotidianità (Douglas et al., 2021).

Le pratiche di *mindfulness* nella MBCT sono in larga parte adattate dalla *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), a cui però vengono integrati elementi derivati dall'approccio cognitivo (Francis et al., 2024). Rispetto alla terapia cognitiva tradizionale, la MBCT introduce gli aspetti di decentramento e di accettazione dei contenuti mentali, ponendo l'attenzione non tanto sulla modifica dei pensieri, quanto sul cambiamento del rapporto che l'individuo instaura con essi (Francis et al., 2024).

Le competenze fondamentali trasmesse nella MBCT includono la consapevolezza dei pensieri e delle emozioni, il controllo dell'attenzione sugli schemi mentali e il decentramento dai pensieri, con conseguente diminuzione della ruminazione e maggiore resilienza psicologica (Francis et al., 2024; Gkintoni et al., 2025).

CAPITOLO III

MECCANISMI ED EVIDENZE EMPIRICHE DELLA *MINDFULNESS* NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

3.1 *Mindfulness* e processi cognitivi del DDM

A seguito della descrizione del disturbo depressivo maggiore e della presentazione degli aspetti teorici e clinici della *mindfulness* nei precedenti capitoli, è ora possibile analizzare in che modo la *mindfulness* intervenga specificamente sui meccanismi cognitivi coinvolti nel mantenimento del disturbo.

Poiché i disturbi depressivi, tra cui il disturbo depressivo maggiore (DDM), sono caratterizzati da meccanismi cognitivi disfunzionali e da schemi di pensiero negativi, negli ultimi anni gli interventi basati sulla *mindfulness* (MBI) hanno acquisito un crescente riconoscimento come approccio non farmacologico nel loro trattamento, in quanto intervengono proprio su questi processi cognitivi (Tan et al., 2026).

Attraverso la pratica di *mindfulness*, il paziente affetto da disturbo depressivo maggiore impara a riconoscere e a distaccarsi dalle modalità di pensiero disfunzionali, adottando un atteggiamento di maggiore accettazione dei propri stati mentali (Godfrin & van Heeringen, 2010). L'acquisizione di una maggiore consapevolezza del momento presente favorisce il riconoscimento degli schemi di pensiero, dei sentimenti e delle sensazioni corporee correlati agli episodi depressivi (Godfrin & van Heeringen, 2010).

Uno dei meccanismi più rilevanti nel mantenimento del disturbo depressivo maggiore è la ruminazione (Lubbers et al., 2024). Nel DDM essa assume un carattere pervasivo e incontrollabile, compromettendo le capacità attentive e mantenendo la condizione depressiva attraverso un *focus* prolungato sulle emozioni negative (Narang et al., 2023; Wolkin, 2015). Le pratiche di *mindfulness* intervengono su questo meccanismo attraverso due processi: da un lato, lo spostamento deliberato dell'attenzione dai contenuti ruminativi al momento presente, il quale interrompe il flusso di pensieri negativi, dall'altro il decentramento, che consente di interpretare i pensieri come eventi mentali transitori (Li et al., 2022; Wolkin, 2015). Attraverso la *mindfulness*, dunque, il paziente con DDM diviene consapevole della ruminazione in atto e impara a

distaccarsi da essa, interrompendo il circolo vizioso del pensiero ruminativo che aggravava i sintomi depressivi (Lubbers et al., 2024).

Oltre alla ruminazione, un ulteriore elemento coinvolto nel mantenimento del disturbo depressivo maggiore è rappresentato dalle convinzioni disfunzionali descritte nel modello cognitivo di Beck (Fennell, 2004). Come precedentemente spiegato, gli interventi basati sulla *mindfulness* non nascono con l'obiettivo di modificare il contenuto di tali convinzioni, bensì il modo in cui il paziente si relaziona ad esse (Scherer-Dickson, 2004). Questo è possibile attraverso il decentramento, che permette di riconoscere i pensieri negativi come eventi passeggeri della mente piuttosto che come rappresentazioni oggettive della realtà e del sé (Hick & Chan, 2010; Scherer-Dickson, 2004). Il decentramento consente così di ridurre l'identificazione con i propri pensieri e sentimenti depressivi, offrendo all'individuo una gamma più ampia di possibili punti di vista su sé stesso e sul mondo (Eisendrath et al., 2011; Hick & Chan, 2010).

Infine, un ulteriore meccanismo implicato nel mantenimento del DDM è rappresentato dall'impotenza appresa. Essa porta l'individuo con depressione alla rassegnazione e alla rinuncia all'azione anche quando l'esito potrebbe essere positivo, poiché gli eventi negativi vengono attribuiti a cause interne (Trindade et al., 2020). Gli interventi basati sulla *mindfulness* agiscono su questo meccanismo sviluppando, attraverso il decentramento, la capacità di prendere le distanze dalle proprie esperienze di vita e di svincolarsi dalle convinzioni negative sul sé (Johannsen et al., 2022; Trindade et al., 2020). Insieme al decentramento, anche l'accettazione contribuisce a ridurre l'influenza dell'impotenza appresa, favorendo una valutazione non giudicante delle esperienze e contrapponendosi all'evitamento esperienziale tipico della percezione di impotenza (Jimenez et al., 2010; Johannsen et al., 2022).

Attraverso questi aspetti, la *mindfulness* può condurre a un senso di padronanza e a una maggiore fiducia nelle proprie capacità, promuovendo una maggiore motivazione all'azione (Jimenez et al., 2010). Questo esito risulta opposto rispetto alla rinuncia causata dall'impotenza appresa.

3.2 La *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* nel DDM

Nonostante la disponibilità di trattamenti di provata efficacia clinica, il disturbo depressivo maggiore presenta ancora oggi elevati tassi di sintomi residui e un alto rischio di recidiva (Batink et al., 2013; Cladder-Micus et al., 2018). Per questo motivo è necessario che gli interventi clinici non si limitino al recupero dall'episodio depressivo, ma che includano tra i loro obiettivi anche la prevenzione delle ricadute (Cladder-Micus et al., 2018).

È proprio in risposta a questa esigenza che si colloca la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), raccomandata in diverse linee guida nazionali come intervento per i casi di disturbo depressivo maggiore ricorrente (van der Velden et al., 2015).

La MBCT si fonda su un modello di vulnerabilità cognitiva alle ricadute e alle recidive depressive che sostiene che i pazienti con una storia di diversi episodi di depressione maggiore sono maggiormente vulnerabili al rischio di incorrere in un nuovo episodio depressivo. Si ritiene che questa maggiore vulnerabilità sia la conseguenza di una associazione tra umore depresso e schemi cognitivi depressogeni, che si rafforza a ogni nuovo episodio depressivo (van der Velden et al., 2015).

In linea con il modello di vulnerabilità cognitiva si trova il meccanismo della reattività cognitiva, secondo cui le convinzioni negative che caratterizzano la depressione tendono a persistere in modo latente anche dopo la remissione dall'episodio depressivo e possono essere facilmente attivate da un umore lievemente triste. La reattività cognitiva aumenta all'aumentare del numero di episodi depressivi vissuti ed è un importante fattore non solo nell'insorgenza, ma anche nel mantenimento e nella ricomparsa del DDM (Cladder-Micus et al., 2018).

È proprio su questi aspetti che interviene la MBCT: l'idea di fondo del protocollo è che lo sviluppo di una relazione distaccata e decentrata con le emozioni e i pensieri depressivi consenta di sviluppare le abilità che impediscono agli schemi di pensiero negativi di prevalere in momenti di vulnerabilità (Batink et al., 2013). La MBCT riduce così la probabilità che si ristabiliscano le condizioni per un nuovo episodio depressivo (van der Velden et al., 2015).

Attraverso la combinazione delle pratiche di *mindfulness* e di elementi selezionati della terapia cognitivo-comportamentale, la MBCT permette ai partecipanti di acquisire competenze utili a identificare precocemente i primi segnali di ricaduta, tra cui

riconoscere l'attivazione automatica degli schemi di pensiero disfunzionali, decentrarsi da essi reindirizzando l'attenzione al momento presente, identificare e distaccarsi dai processi di ruminazione depressogena, rapportarsi con i propri sentimenti e pensieri con un atteggiamento non giudicante e osservare i contenuti mentali come eventi temporanei nella mente, anziché come fatti o descrizioni veritiere. Si ritiene che queste capacità, nel loro insieme, contribuiscano a ridurre la vulnerabilità cognitiva alle ricadute depressive (van der Velden et al., 2015).

A differenza della terapia cognitivo-comportamentale tradizionale (CBT), che si serve del processo di ristrutturazione cognitiva in cui l'obiettivo è identificare e modificare il contenuto dei pensieri negativi, la MBCT non lavora direttamente sui contenuti mentali, bensì mira al cambiamento della relazione che gli individui hanno con i propri pensieri, promuovendo osservazione, accettazione e decentramento (Tse & Xu, 2025). Sebbene la MBCT sia stata originariamente sviluppata come intervento preventivo, nel tempo il suo ambito di applicazione si è esteso anche alla fase acuta del disturbo depressivo maggiore e alla riduzione della sintomatologia residua (Batink et al., 2013).

3.3 Evidenze empiriche

In quanto all'efficacia clinica delle pratiche di *mindfulness*, la letteratura scientifica dispone di solide prove a sostegno della loro validità terapeutica in un'ampia gamma di condizioni cliniche, tra cui ansia, *stress*, dolore cronico, disturbi dell'alimentazione, disturbo da *stress* post-traumatico e depressione (Ehmann et al., 2025). Revisioni sistematiche e meta-analisi hanno inoltre evidenziato come gli interventi basati sulla *mindfulness* (MBI) contribuiscano al benessere psicologico e a un miglioramento della salute mentale (Li et al., 2024). Per quanto riguarda specificamente il disturbo depressivo maggiore, gli MBI si sono dimostrati particolarmente efficaci nella riduzione dei sintomi depressivi (Borja De Oliveira et al., 2025).

3.3.1 Riduzione della sintomatologia depressiva

Le revisioni sistematiche e le meta-analisi pubblicate negli ultimi anni riportano risultati favorevoli per quanto riguarda la riduzione della sintomatologia depressiva

attraverso l'impiego della *mindfulness*, evidenziandone il potenziale terapeutico nel trattamento della depressione.

Borja De Oliveira e colleghi (2025) hanno condotto una revisione sistematica e meta-analisi con l'obiettivo di osservare l'effetto degli interventi basati sulla *mindfulness* (MBI) nei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore. Gli MBI comprendevano protocolli come la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), la meditazione basata sulla respirazione e altri interventi con componenti di *mindfulness*. La revisione ha incluso otto studi clinici randomizzati controllati, per un totale di 449 partecipanti. I risultati hanno evidenziato come gli MBI abbiano portato a una riduzione della gravità dei sintomi depressivi, oltre a miglioramenti nell'ansia, nella consapevolezza e nel benessere psicologico dei partecipanti, sostenendo l'importanza dell'integrazione degli MBI nel trattamento del DDM.

In linea con questi risultati, la revisione sistematica condotta da Knep e Shires (2025) ha valutato anch'essa l'efficacia degli MBI nel trattamento della depressione. La revisione ha incluso sei studi, per un totale di 646 partecipanti, nei quali sono stati esaminati diversi protocolli basati sulla *mindfulness*, tra cui la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), la MBCT e altre terapie basate sulla *mindfulness*. Gli interventi considerati hanno determinato una riduzione significativa della sintomatologia depressiva, supportando l'effetto positivo della *mindfulness* nel trattamento della depressione.

Tra gli interventi basati sulla *mindfulness* nel DDM, numerose revisioni sistematiche si sono concentrate sull'efficacia della *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT). Tra queste, la revisione sistematica condotta da Kaiser e colleghi (2025), basata su sedici studi clinici randomizzati controllati, ha evidenziato la superiorità della MBCT rispetto agli interventi di confronto in dieci studi su sedici, cioè, nel 65% degli studi.

Ulteriori conferme derivano dalla revisione sistematica di Nandarathana e colleghi (2025), che ha esaminato diciassette studi clinici randomizzati controllati in cui la MBCT è stata confrontata con il trattamento *standard*, risultando generalmente più efficace nella riduzione dei sintomi depressivi. Uno di questi studi ha incluso anche un confronto diretto con la terapia cognitivo-comportamentale, da cui non sono emerse

differenze significative tra le due terapie, sebbene entrambe siano risultate superiori al trattamento *standard*.

3.3.2 Efficacia della MBCT nella prevenzione delle ricadute depressive

L'efficacia degli interventi basati sulla *mindfulness* non si limita alla riduzione della sintomatologia depressiva, bensì si estende anche alla prevenzione delle ricadute. In questo ambito, la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) è stata ampiamente studiata, con evidenze empiriche a sostegno della sua utilità nella prevenzione delle ricadute depressive (Tse & Xu, 2025).

La revisione sistematica e meta-analisi condotta da Zhou e colleghi (2023) ha confrontato l'efficacia di diversi interventi psicologici, tra cui la MBCT, considerando gli stessi intervalli di *follow-up* nei casi di ricaduta depressiva. L'analisi ha considerato venticinque studi clinici randomizzati controllati per un totale di 2.871 pazienti. Il fatto di confrontare gli interventi considerando gli stessi intervalli temporali di *follow-up* ha consentito una valutazione più accurata dell'andamento dell'efficacia nel tempo. Ciò che è emerso dalla revisione sistematica è che la MBCT è risultata significativamente più efficace del placebo a 3, 6 e 9 mesi e superiore alla terapia antidepressiva di mantenimento (ADM) a 15, 18 e 21 mesi di *follow-up*. Dunque, gli autori hanno confermato l'efficacia della MBCT nella prevenzione delle ricadute depressive, pur sottolineando la necessità di ulteriori studi con *follow-up* di durata maggiore per confermare gli effetti a lungo termine.

Questi risultati sono coerenti con la revisione sistematica e meta-analisi di McCartney e colleghi (2021), in cui sono stati analizzati diciassette studi clinici randomizzati controllati che hanno valutato l'effetto della MBCT nella prevenzione delle ricadute depressive con *follow-up* di almeno 12 mesi. Lo studio ha riportato vantaggi statisticamente significativi della MBCT rispetto al trattamento *standard* sia nella riduzione del rischio di ricaduta, sia nell'aumento del tempo necessario affinché essa si verificasse.

Ulteriori conferme provengono dalla meta-analisi sui dati individuali dei pazienti condotta da Kuyken e colleghi (2016), anch'essa a sostegno dell'efficacia della MBCT nella prevenzione delle ricadute depressive. Lo studio ha confrontato la MBCT con le cure *standard* e altri trattamenti, inclusa la terapia antidepressiva di mantenimento

(ADM), in pazienti con depressione ricorrente. Gli autori hanno analizzato nove studi per un totale di 1258 pazienti, i quali risultavano avere un rischio ridotto di ricaduta depressiva nel corso delle 60 settimane di *follow-up* rispetto ai soggetti che non avevano ricevuto la MBCT. L'efficacia della MBCT non risultava influenzata da variabili sociodemografiche o cliniche, come età, sesso, livello di istruzione, numero di episodi depressivi precedenti o età di insorgenza; tuttavia, alcune evidenze dimostravano maggiori benefici nei pazienti con sintomi depressivi più gravi. Nel complesso, lo studio ha rilevato che la MBCT rappresenta un intervento efficace nel ridurre il rischio di ricaduta nei pazienti con depressione ricorrente, in particolare quando i sintomi residui sono più pronunciati.

3.3.3 Evidenze sui meccanismi di cambiamento

Oltre a indagare l'efficacia clinica degli interventi basati sulla *mindfulness*, numerose ricerche si sono focalizzate sull'individuazione dei meccanismi attraverso cui gli MBI producono dei cambiamenti nei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore.

La revisione sistematica condotta da Nandarathana e colleghi (2025), basata su diciassette studi clinici randomizzati controllati, ha individuato nella ruminazione e nella consapevolezza alcuni dei principali meccanismi attraverso cui la MBCT esercita la propria efficacia, contribuendo alla riduzione della sintomatologia e alla prevenzione delle ricadute depressive.

Per quanto riguarda la ruminazione, la revisione sistematica e meta-analisi di Li e colleghi (2022) si è proposta di valutarne l'andamento nei pazienti con depressione sottoposti a MBI, confrontando i risultati provenienti da diversi Paesi. La meta-analisi, che ha incluso diciannove studi per un totale di 1138 pazienti, ha concluso che gli MBI riducono i livelli di ruminazione nei pazienti con DDM, migliorando di conseguenza anche la sintomatologia depressiva. Gli effetti più accentuati sono stati osservati in Asia, dove gli MBI hanno ridotto la ruminazione in misura superiore rispetto agli studi in Europa e Nord America.

A seguire, la revisione sistematica e meta-analisi di Wei e colleghi (2025), la quale è stata incentrata specificamente sull'effetto della MBCT sulla ruminazione, ha riportato risultati analoghi. Sulla base di venticinque studi clinici randomizzati controllati comprendenti 2535 soggetti, gli autori hanno riscontrato una diminuzione significativa

dei livelli di ruminazione, con un'efficacia che si è mantenuta anche durante il periodo di *follow-up*, oltre a condurre a benefici secondari sui sintomi depressivi, sull'ansia e sul decentramento.

Spostando l'attenzione dalla ruminazione al decentramento, quest'ultimo costituisce una componente fondamentale attraverso cui gli MBI riducono i sintomi depressivi, come dimostrato dallo studio di Wang e colleghi (2025). Gli autori hanno condotto uno studio trasversale e uno studio longitudinale su pazienti con disagio emotivo, osservando che i partecipanti assegnati all'intervento basato sulla *mindfulness* riportavano una riduzione dei sintomi depressivi rispetto al gruppo di controllo, e che tale riduzione era significativamente mediata dal decentramento. Dunque, l'incremento di tale capacità ha spiegato in parte il miglioramento clinico osservato.

Coerentemente con questi risultati, lo studio randomizzato controllato di Moore e colleghi (2022) ha dimostrato che gli aumenti del decentramento osservati durante il trattamento erano predittori non solo di una riduzione dei sintomi depressivi nella fase acuta del trattamento, ma anche di un rischio più basso di ricaduta nei dodici mesi successivi.

CONCLUSIONE

Il presente elaborato si è proposto di indagare l'efficacia degli interventi basati sulla *mindfulness* (MBI) nel trattamento del disturbo depressivo maggiore (DDM), soffermandosi sui meccanismi attraverso cui tali interventi agiscono sui processi cognitivi disfunzionali tipici del disturbo e sulle evidenze empiriche presenti in letteratura che ne sostengono l'efficacia.

Nel primo capitolo è stato descritto il DDM, illustrandone gli aspetti caratteristici e i criteri diagnostici presenti nel DSM-5-TR (APA,2023), indicando i gruppi maggiormente colpiti e presentando alcune stime sulla sua diffusione a livello globale. A seguire, sono stati presentati i principali fattori eziologici, i quali possono essere di natura genetica, neurobiologica, temperamentale e ambientale, evidenziando come il DDM sia una condizione a eziologia multifattoriale in quanto la sua insorgenza non può essere ricondotta a un singolo meccanismo, bensì dipende dall'interazione di più dimensioni (Marx et al., 2023). La parte finale del capitolo è stata dedicata ai processi cognitivi implicati nel mantenimento del DDM, in particolare a tre meccanismi. Il modello cognitivo di Beck individua la presenza di schemi di pensiero negativi che generano distorsioni cognitive sul sé, sul mondo e sul futuro (Golonka et al., 2024); la teoria dell'impotenza appresa spiega invece come si generi una percezione di incontrollabilità degli eventi (Song & Vilares, 2021); infine, il fenomeno della ruminazione porta l'individuo a soffermarsi ripetutamente sui pensieri negativi (American Psychiatric Association, 2020). Questi tre costrutti mettono in luce aspetti diversi delle disfunzioni cognitive tipiche della depressione e, pur rappresentando modi differenti di interpretare la stessa condizione clinica, offrono nel loro insieme una visione più completa del disturbo.

Il secondo capitolo è stato incentrato sulla *mindfulness*, partendo dalle sue origini nella tradizione buddhista (Purser & Milillo, 2015) fino alla sua integrazione negli interventi psicologici e clinici contemporanei grazie al contributo di Jon Kabat-Zinn (García-Campayo et al., 2021). Dopo aver presentato alcune delle principali definizioni di *mindfulness* presenti in letteratura, ciascuna delle quali ne enfatizza aspetti differenti, è stato possibile riconoscere due elementi essenziali per definire tale costrutto: la consapevolezza dell'esperienza nel momento presente e l'atteggiamento non

giudicante nei confronti di essa (Keng et al., 2011). Sono stati successivamente descritti tre processi centrali coinvolti nella *mindfulness*: l'attenzione al momento presente, che favorisce l'ancoraggio all'esperienza attuale riducendo l'attivazione di schemi automatici (Chems-Maarif et al., 2025); l'accettazione e l'atteggiamento non giudicante, che consentono di modificare la relazione con l'esperienza riducendo la reattività negativa (Lindsay & Creswell, 2017); il decentramento, che permette di osservare i propri contenuti mentali con distacco, riducendo così l'identificazione con essi e la veridicità che gli si attribuisce (Bennett et al., 2021). Il capitolo si è infine soffermato sulle due principali applicazioni cliniche della *mindfulness*: la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), che rappresenta il primo protocollo strutturato ad includere le pratiche di *mindfulness* (García-Campayo et al., 2021), e la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), sviluppata specificamente per la prevenzione delle ricadute nella depressione ricorrente e che integra i principi della terapia cognitiva con le tecniche di *mindfulness* (Douglas et al., 2021; Gkintoni et al., 2025).

Il terzo capitolo ha integrato i contenuti dei primi due capitoli per chiarire, a livello teorico, in che modo i processi che costituiscono la *mindfulness* intervengono specificamente su ciascuno dei tre meccanismi cognitivi discussi nel primo capitolo. Per quanto riguarda la ruminazione, il suo carattere pervasivo e incontrollabile nel DDM viene contrastato dalla *mindfulness* attraverso l'attenzione al momento presente, che permette uno spostamento del *focus* attentivo dai contenuti ruminativi all'esperienza attuale, interrompendo il flusso di pensieri negativi, e attraverso il decentramento, che consente di interpretare i pensieri ruminativi come eventi mentali transitori piuttosto che come verità oggettive (Li et al., 2022; Wolkin, 2015). Sono proprio questi due processi che permettono di spiegare perché la ruminazione rappresenti uno dei meccanismi su cui gli MBI sembrano agire in modo più diretto. In quanto alle convinzioni disfunzionali descritte nel modello cognitivo di Beck, le pratiche di *mindfulness* risultano adatte a contrastarle proprio perché intervengono sul modo in cui il paziente si relaziona a tali convinzioni, anziché puntare a una modificazione del loro contenuto (Scherer-Dickson, 2004). Tra le componenti della *mindfulness*, il decentramento risulta particolarmente utile in questo senso, in quanto consente di riconoscere i pensieri negativi legati alla triade cognitiva (sé, mondo, futuro) come eventi passeggeri della mente piuttosto che come rappresentazioni

oggettive della realtà, riducendo l'identificazione con essi e ampliando la gamma di prospettive disponibili all'individuo su di sé e sul mondo circostante (Eisendrath et al., 2011; Hick & Chan, 2010). Infine, per quanto riguarda l'impotenza appresa, il meccanismo attraverso cui la *mindfulness* agisce è duplice: il decentramento consente di svincolarsi dalle convinzioni negative sul sé che sostengono la percezione di incontrollabilità, mentre l'accettazione favorisce una valutazione non giudicante delle esperienze (Jimenez et al., 2010; Johannsen et al., 2022; Trindade et al., 2020). Attraverso decentramento e accettazione aumenta il senso di padronanza e la motivazione all'azione, in netta opposizione alla rinuncia comportamentale che l'impotenza appresa tende a produrre (Jimenez et al., 2010).

A seguire, il capitolo ha approfondito il ruolo della MBCT nel trattamento del disturbo depressivo maggiore. L'intervento, nato in risposta all'esigenza di un protocollo che andasse oltre il recupero dall'episodio depressivo e che si estendesse anche alla prevenzione delle ricadute, si basa sul modello di vulnerabilità cognitiva alle ricadute e sul meccanismo della reattività cognitiva, secondo cui le convinzioni negative associate alla depressione permangono in forma latente anche dopo la remissione e possono essere riattivate da un semplice abbassamento dell'umore (Cladder-Micus et al., 2018). Attraverso gli elementi della terapia cognitiva uniti alle pratiche di *mindfulness*, la MBCT permette di sviluppare una relazione distaccata con i propri pensieri ed emozioni depressive, con l'intento di impedire che le convinzioni negative e gli schemi di pensiero disfunzionali abbiano la meglio in momenti di vulnerabilità (Batink et al., 2013; van der Velden et al., 2015).

Dopo aver esplicitato a livello teorico il nesso tra meccanismi coinvolti nel DDM e i processi sottostanti alla *mindfulness*, è stato necessario verificarne la solidità sul piano empirico. Per fare questo, il capitolo si è servito di revisioni sistematiche e meta-analisi condotte su un numero considerevole di studi randomizzati controllati.

Per quanto riguarda la riduzione della sintomatologia depressiva, la revisione sistematica e meta-analisi di Borja De Oliveira e colleghi (2025), condotta su otto studi clinici randomizzati controllati per un totale di 449 partecipanti, ha mostrato come gli MBI portino a una riduzione della gravità dei sintomi depressivi, con benefici che si estendevano anche ad ansia, consapevolezza del momento presente e benessere psicologico. Similmente, la revisione di Knep e Shires (2025), che ha incluso sei studi

e 646 partecipanti, ha riscontrato una riduzione significativa della sintomatologia depressiva attraverso diversi MBI, tra cui MBSR e MBCT. Concentrandosi specificamente sulla MBCT, la revisione di Kaiser e colleghi (2025), basata su sedici studi randomizzati controllati, ne ha evidenziato la superiorità rispetto agli interventi di confronto in dieci studi su sedici. In linea con questi risultati, la revisione di Nandarathana e colleghi (2025), che ha incluso diciassette studi, ha mostrato una maggiore efficacia della MBCT rispetto al trattamento *standard*, con alcuni studi che hanno confrontato direttamente la MBCT con la terapia cognitivo-comportamentale senza rilevare differenze significative tra le due, entrambe superiori al trattamento *standard*. Sul fronte della prevenzione delle ricadute, la revisione sistematica e meta-analisi di Zhou e colleghi (2023), condotta su venticinque studi per 2.871 pazienti, ha mostrato come la MBCT risulti significativamente più efficace del placebo a 3, 6 e 9 mesi di *follow-up*, e superiore alla terapia antidepressiva di mantenimento a 15, 18 e 21 mesi. Questi dati sono coerenti con quelli di McCartney e colleghi (2021), che su diciassette studi con *follow-up* di almeno 12 mesi hanno riportato vantaggi statisticamente significativi della MBCT rispetto al trattamento *standard*, sia nella riduzione del rischio di ricaduta sia nell'aumento del tempo necessario affinché essa si verificasse. Infine, la meta-analisi sui dati individuali dei pazienti di Kuyken e colleghi (2016), condotta su nove studi e 1.258 pazienti, ha mostrato un rischio ridotto di ricaduta nell'arco di 60 settimane, con un'efficacia non influenzata da variabili sociodemografiche o cliniche ma con benefici maggiori nei pazienti con sintomi residui più marcati. Per quanto riguarda i meccanismi di cambiamento attraverso cui gli MBI producono dei cambiamenti nei pazienti affetti da DDM, la già citata revisione di Nandarathana e colleghi (2025) ha individuato nella ruminazione e nella consapevolezza due dei principali meccanismi attraverso cui la MBCT esercita la propria efficacia. La meta-analisi di Li e colleghi (2022), su diciannove studi e 1.138 pazienti, ha mostrato come gli MBI riducano i livelli di ruminazione nei pazienti con DDM, con effetti più marcati negli studi condotti in Asia rispetto a quelli europei e nordamericani. Risultati analoghi sono stati riportati da Wei e colleghi (2025) che, su venticinque studi e 2.535 persone, hanno rilevato una diminuzione significativa della ruminazione, con un'efficacia che si è mantenuta nel periodo di *follow-up* e associata a benefici secondari su sintomi depressivi, ansia e decentramento. Per quanto riguarda

quest'ultimo costrutto, lo studio di Wang e colleghi (2025) ha mostrato, attraverso un disegno trasversale e uno longitudinale, che la riduzione dei sintomi depressivi nei partecipanti sottoposti a MBI era significativamente mediata dal decentramento. Coerentemente con questi risultati, lo studio randomizzato controllato di Moore e colleghi (2022) ha mostrato come gli aumenti di decentramento osservati durante il trattamento erano predittori non soltanto della riduzione dei sintomi nella fase acuta, ma anche di un rischio più basso di ricaduta nei dodici mesi successivi.

I risultati degli studi precedentemente citati permettono di confermare l'efficacia delle pratiche di *mindfulness* nel ridurre la sintomatologia depressiva e nell'intervenire sui meccanismi cognitivi che sostengono il mantenimento e la ricorrenza del DDM, offrendo così un riscontro empirico diretto agli aspetti teorici discussi a inizio capitolo. Tuttavia, la letteratura esistente su questo tema presenta alcuni limiti, come l'eterogeneità degli interventi classificati come MBI, che negli studi presi in considerazione includono protocolli molto diversi tra loro per struttura e durata: si pensi a interventi come MBSR e MBCT e, al tempo stesso, interventi più brevi centrati sulla respirazione. Questa eterogeneità rende difficile comprendere con precisione quali componenti specifiche siano responsabili degli effetti osservati. Un secondo limite, riportato anche da Zhou e colleghi (2023), riguarda la necessità di *follow-up* più lunghi, dunque oltre i 18 mesi, per confermare la stabilità degli effetti della *mindfulness* nel lungo periodo. Un ulteriore limite emerge dalla meta-analisi di Li e colleghi (2022), che ha riportato effetti più marcati negli studi condotti in Asia rispetto a quelli condotti in Europa e Nord America, un risultato che andrebbe approfondito. Infine, le evidenze empiriche risultano distribuite in modo non uniforme tra i meccanismi cognitivi discussi: se sulla ruminazione e il decentramento è presente un maggior numero di studi, gli schemi cognitivi disfunzionali descritti dal modello di Beck e l'impotenza appresa sono ambiti in cui la ricerca ha indagato poco l'effetto della *mindfulness*.

Alla luce di questi limiti, la ricerca futura potrebbe innanzitutto ridurre l'eterogeneità che caratterizza gli MBI, definendo in modo più specifico gli elementi costitutivi di ciascun intervento così da isolarne il contributo effettivo. Inoltre, sarebbe utile analizzare periodi di *follow-up* più lunghi che superino i 12-18 mesi, per stabilire più precisamente la durata nel tempo degli effetti osservati. La ricerca futura potrebbe

inoltre approfondire l'effetto degli MBI sugli schemi cognitivi descritti nel modello cognitivo di Beck e sull'impotenza appresa, viste le evidenze empiriche limitate rispetto a quelle disponibili per ruminazione e decentramento. Infine, andrebbero indagate le differenze culturali emerse nella meta-analisi di Li e colleghi (2022) per capire quali fattori, culturali, linguistici o legati alla familiarità pregressa con pratiche contemplative possano modulare la risposta al trattamento.

Il presente elaborato ha permesso di descrivere, partendo dai processi cognitivi disfunzionali che caratterizzano il DDM, il modo in cui la *mindfulness*, attraverso i suoi meccanismi costitutivi di attenzione al momento presente, accettazione e decentramento, permette di contrastare i processi depressivi disfunzionali favorendo un cambiamento nella relazione che l'individuo instaura con i propri vissuti interni, piuttosto che nel contenuto di essi. Le evidenze empiriche riportate, provenienti da revisioni sistematiche e meta-analisi, confermano l'efficacia degli MBI nella riduzione della sintomatologia depressiva e nella prevenzione delle ricadute, validando così i nessi descritti in un primo momento solo a livello teorico. Visto quanto emerge, è possibile confermare il ruolo degli interventi basati sulla *mindfulness* nel trattamento del DDM, i quali rappresentano un valido approccio integrativo da affiancare alle tradizionali terapie farmacologiche e psicoterapeutiche usate nel trattamento del disturbo.

BIBLIOGRAFIA

- Altaweel, N., Upthegrove, R., Surtees, A., Durdurak, B., & Marwaha, S. (2023). Personality traits as risk factors for relapse or recurrence in major depression: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1176355. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1176355>
- American Psychiatric Association. (2020). *Rumination: A cycle of negative thinking*. <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/rumination-a-cycle-of-negative-thinking>
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5ª ed., revisione del testo; ed. italiana). Raffaello Cortina Editore.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bains, N., & Abdijadid, S. (2023). *Major depressive disorder*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
- Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLOS ONE*, 8(8), Article e72778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072778>
- Benasi, G., Fava, G. A., & Guidi, J. (2021). Prodromal symptoms in depression: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(6), 365–372. <https://doi.org/10.1159/000517953>
- Bennett, M. P., Knight, R., Patel, S., So, R., Dunning, D., Barnhofer, T., Kuyken, W., & Dalgleish, T. (2021). Decentering as a core component in the psychological treatment and prevention of youth anxiety and depression: A narrative review and insight report. *Translational Psychiatry*, 11, Article 288. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01397-5>
- Bernstein, A., Hadash, Y., Lichtash, Y., Tanay, G., Shepherd, K., & Fresco, D. M. (2015). Decentering and related constructs: A critical review and metacognitive processes model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(5), 599–617. <https://doi.org/10.1177/1745691615594577>

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Borja De Oliveira, I., Robles Rafael, L., Kraide Piedade de Abreu, M., Stephany, A. L., Soler Lopes, D., Geremias, M. L., ... Teranishi, M. (2025). Mindfulness-based interventions for difficult-to-treat major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 68(S1), S674–S675. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1374>
- Cano-López, J. B., García-Sancho, E., Fernández-Castilla, B., & Salguero, J. M. (2022). Empirical evidence of the metacognitive model of rumination and depression in clinical and nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 46, 367–392. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10260-2>
- Chems-Maarif, R., Cavanagh, K., Baer, R., Gu, J., & Strauss, C. (2025). Defining mindfulness: A review of existing definitions and suggested refinements. *Mindfulness*, 16, 1–20. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02507-2>
- Cladder-Micus, M. B., van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Spijker, J., Vrijssen, J. N., & Speckens, A. E. M. (2018). Cognitive reactivity as outcome and working mechanism of mindfulness-based cognitive therapy for recurrently depressed patients in remission. *Cognition and Emotion*, 32(2), 371–378. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1285753>
- Douglas, S., Stott, J., Spector, A., Brede, J., Hanratty, É., Charlesworth, G., Noone, D., Payne, J., Patel, M., & Aguirre, E. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for depression in people with dementia: A qualitative study on participant, carer and facilitator experiences. *Dementia*, 21(2), 457–476. <https://doi.org/10.1177/14713012211046150>
- Ehmann, S., Sezer, I., Treves, I. N., Gabrieli, J. D. E., & Sacchet, M. D. (2025). Mindfulness, cognition, and long-term meditators: Toward a science of advanced meditation. *Imaging Neuroscience*, 3, IMAG.a.82. <https://doi.org/10.1162/IMAG.a.82>
- Eisendrath, S., Chartier, M., & McLane, M. (2011). Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A clinical case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 362–370. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.05.004>

- Fennell, M. J. V. (2004). Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1053–1067. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.002>
- Francis, S. E. B., Shawyer, F., Cayoun, B. A., Grabovac, A., & Meadows, G. (2024). Differentiating mindfulness-integrated cognitive behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy clinically: The why, how, and what of evidence-based practice. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1342592. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1342592>
- García-Campayo, J., López Del Hoyo, Y., & Navarro-Gil, M. (2021). Contemplative sciences: A future beyond mindfulness. *World Journal of Psychiatry*, 11(4), 87–93. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i4.87>
- GBD 2023 Mental Disorder Collaborators. (2026). Updated trends in the global prevalence and burden of mental disorders, 1990–2023: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*, 407(10543), 2040–2064. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00519-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00519-2)
- Gecht, J., Kessel, R., Forkmann, T., Gauggel, S., Drueke, B., Scherer, A., & Mainz, V. (2014). A mediation model of mindfulness and decentering: Sequential psychological constructs or one and the same? *BMC Psychology*, 2, Article 18. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-18>
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 263–279. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564843>
- Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., & Nikolaou, G. (2025). Mindfulness-based cognitive therapy in clinical practice: A systematic review of neurocognitive outcomes and applications for mental health and well-being. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), Article 1703. <https://doi.org/10.3390/jcm14051703>
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 738–746. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.006>
- Golonka, K., Piątek, E., & Stach, R. (2024). Study directions and development of cognitive theory of depression. *Psychiatria Polska*, 58(4), 669–680. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/161676>

- Guo, L. (2024). The correlation between mindfulness, decentering, and psychological problems: A structural equation modeling meta-analysis. *Mindfulness*, 15, 1873–1895. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02395-6>
- Gutiérrez-Rojas, L., Porras-Segovia, A., Dunne, H., Andrade-González, N., & Cervilla, J. A. (2020). Prevalence and correlates of major depressive disorder: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 42(6), 657–672. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0650>
- Hick, S. F., & Chan, L. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Effectiveness and limitations. *Social Work in Mental Health*, 8(3), 225–237. <https://doi.org/10.1080/15332980903405330>
- Ho, C. S. H., Chua, J., & Tay, G. W. N. (2022). The diagnostic and predictive potential of personality traits and coping styles in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 22(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03942-y>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Jespersen, A., Madden, R. A., Whalley, H. C., Reynolds, R. M., Lawrie, S. M., McIntosh, A. M., & Iveson, M. H. (2025). Socioeconomic status and depression — a systematic review. *Epidemiologic Reviews*, 47(1), mxaf011. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaf011>
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 645–650. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.041>
- Johannsen, M., Nissen, E. R., Lundorff, M., & O'Toole, M. S. (2022). Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102156. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102156>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

- Kaiser, V., Diaz, G. B., Schaab, B. L., Calvetti, P. Ü., & Reppold, C. T. (2025). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy intervention for depression in adults: A systematic review of randomized controlled trials. *Current Psychology*, 44, 6517–6530. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07536-1>
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Knep, S., & Shires, A. (2025). The effectiveness of mindfulness-based interventions for depressive symptoms and their relationship to interoceptive awareness: A systematic review. *Alpha Psychiatry*, 26(6), 39860. <https://doi.org/10.31083/AP39860>
- 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, M., Byford, S., Byng, R., & 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>
- Li, P., Mao, L., Hu, M., Lu, Z., Yuan, X., Zhang, Y., & Hu, Z. (2022). Mindfulness on rumination in patients with depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16101. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316101>
- Li, W. W., McIntyre, R., Reid, C., & Chao, M. (2024). A systematic review on the state of the art of culturally adapted mindfulness-based interventions for First Nations peoples: Cultural adaptation, effectiveness, and feasibility. *Mindfulness*, 15, 2147–2172. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02440-4>
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48–59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.011>
- Lubbers, J., Geurts, D. E. M., Spinhoven, P., Cladder-Micus, M. B., Ennen, D., Speckens, A. E. M., & Spijker, J. (2024). Rumination and self-compassion moderate mindfulness-based cognitive therapy for patients with recurrent and persistent major depressive disorder: A controlled trial. *Depression and Anxiety*, 2024, Article 3511703. <https://doi.org/10.1155/da/3511703>

- Lye, M.-S., Tey, Y.-Y., Tor, Y.-S., Shahabudin, A. F., Ibrahim, N., Ling, K.-H., Stanslas, J., Loh, S.-P., Rosli, R., Lokman, K. A., Badamasi, I. M., Faris-Aldoghachi, A., & Abdul Razak, N. A. (2020). Predictors of recurrence of major depressive disorder. *PLOS ONE*, *15*(3), e0230363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230363>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, *105*(1), 3–46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Maloney, S., Montero-Marin, J., & Kuyken, W. (2024). Mindfulness-Based Cognitive Therapy—Taking it Further (MBCT-TiF) compared to Ongoing Mindfulness Practice (OMP) in the promotion of well-being and mental health: A randomised controlled trial with graduates of MBCT and MBSR. *Behaviour Research and Therapy*, *173*, Article 104478. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104478>
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67–84). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10327-004>
- Marx, W., Penninx, B. W. J. H., Solmi, M., Furukawa, T. A., Firth, J., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2023). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *9*, 44. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00454-1>
- McCartney, M., Nevitt, S., Lloyd, A., Hill, R., White, R., & Duarte, R. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *143*(1), 6–21. <https://doi.org/10.1111/acps.13242>
- Mikulska, J., Juszczak, G., Gawrońska-Grzywacz, M., & Herbet, M. (2021). HPA Axis in the pathomechanism of depression and schizophrenia: New therapeutic strategies based on its participation. *Brain Sciences*, *11*(10), 1298. <https://doi.org/10.3390/brainsci11101298>
- Moore, M. T., Lau, M. A., Haigh, E. A. P., Willett, B. R., Bosma, C. M., & Fresco, D. M. (2022). Association between decentering and reductions in relapse/recurrence in mindfulness-based cognitive therapy for depression in adults: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *90*(2), 137–147. <https://doi.org/10.1037/ccp0000718>

- Nandarathana, N., Ranjan, J. K., & Sinha, M. (2025). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in regulating cognition and emotion of patients with depression: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders Reports*, 21, Article 100929. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100929>
- Narang, R., Gupta, A., & Sidana, A. (2023). Relationship of rumination, mindfulness and emotion regulation in depression. *Delhi Psychiatry Journal*, 26(1), 27–34.
- Purser, R. E., & Milillo, J. (2015). Mindfulness revisited: A Buddhist-based conceptualization. *Journal of Management Inquiry*, 24(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/1056492614532315>
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433–455. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000045557.15923.96>
- Reilly, L. C., Ciesla, J. A., Felton, J. W., Weitlauf, A. S., & Anderson, N. L. (2012). Cognitive vulnerability to depression: A comparison of the weakest link, keystone and additive models. *Cognition & Emotion*, 26(3), 521–533. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.595776>
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: Genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(2), 223–234. <https://doi.org/10.1080/09515070410001728253>
- Sercekman, M. Y. (2024). Exploring the sustained impact of the Mindfulness-Based Stress Reduction program: A thematic analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1347336. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1347336>
- Sgherza, T. R., DeMarree, K. G., & Naragon-Gainey, K. (2022). Testing the mindfulness-to-meaning theory in daily life. *Mindfulness*, 13(9), 2324–2336. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01961-0>

- Song, X., & Vilares, I. (2021). Assessing the relationship between the human learned helplessness depression model and anhedonia. *PLOS ONE*, 16(3), e0249056. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249056>
- Srour, R. A., & Keyes, D. (2024). *Lifestyle mindfulness in clinical practice*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599498/>
- Tan, P., Wu, Y., Chen, X., Chen, J., Guo, Z., Lu, X., Chen, J., & Zhang, H. (2026). A systematic review on mindfulness-based immersive interventions in depressive disorders. *npj Mental Health Research*, 5, 22. <https://doi.org/10.1038/s44184-026-00205-6>
- Ten Have, M., Penninx, B. W. J. H., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Kleinjan, M., Spijker, J., & de Graaf, R. (2017). Duration of major and minor depressive episodes and associated risk indicators in a psychiatric epidemiological cohort study of the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 300–312. <https://doi.org/10.1111/acps.12753>
- Trindade, I. A., Mendes, A. L., & Ferreira, N. B. (2020). The moderating effect of psychological flexibility on the link between learned helplessness and depression symptomatology: A preliminary study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.001>
- Tse, B., & Xu, J. Q. (2025). History and theoretical framework of mindfulness-based cognitive therapy. In W. Wen Li, G. M. Griffith, S. Shapiro, & Z. Zhu (Eds.), *The Palgrave handbook of third-wave psychotherapies* (pp. 455–488). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-032-00353-9_20
- Van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>
- Wang, Z., Tang, X., Hu, A., Chiu, W., Hofmann, S. G., & Liu, X. (2025). Decentering as a mediator of the effect of mindfulness on emotional distress: Evidence from cross-sectional and longitudinal designs. *Psychotherapy Research*, 35(8), 1458–1472. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2426562>

- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Wei, S., Qin, W., Yu, Z., Cao, Y., & Li, P. (2025). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and related psychological indicators: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 13(1), Article 968. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03348-x>
- Wolkin, J. R. (2015). Cultivating multiple aspects of attention through mindfulness meditation accounts for psychological well-being through decreased rumination. *Psychology Research and Behavior Management*, 8, 171–180. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S31458>
- World Health Organization. (2025). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Xiao, Q., Yue, C., He, W., & Yu, J.-Y. (2017). The mindful self: A mindfulness-enlightened self-view. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1752. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01752>
- Xue, P., & Abdullah, S. (2025). A systematic review of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and its effects on mental health and academic performance in university students. *The Open Psychology Journal*, 18, Article e18743501379520. <https://doi.org/10.2174/0118743501379520250716121048>
- Zhang, F. F., Peng, W., Sweeney, J. A., Jia, Z. Y., & Gong, Q. Y. (2018). Brain structure alterations in depression: Psychoradiological evidence. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 24(11), 994–1003. <https://doi.org/10.1111/cns.12835>
- Zhou, Y., Zhao, D., Zhu, X., Liu, L., Meng, M., Shao, X., Zhu, X., Xiang, J., He, J., Zhao, Y., Yuan, Y., Gao, R., Jiang, L., & Zhu, G. (2023). Psychological interventions for the prevention of depression relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 13(1), Article 300. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02604-1>