



**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**

**Elaborato finale**

**L'efficacia della Terapia Cognitiva  
Basata sulla Mindfulness  
per i Disturbi d'ansia**

**The effectiveness of the Mindfulness Based Cognitive Therapy for  
Anxiety Disorders**

*Relatrice*

**Prof.ssa Valentina Cardi**

*Laureanda: Martina Jarc*

*Matricola: 2012389*

Anno Accademico 2023/2024



# Indice

1. Introduzione	pag. 5
2. Definizione e storia della MBCT	pag. 7
2.1. <i>Da Jon Kabat-Zin alla MBCT</i>	pag. 7
2.2. <i>MBCT: obiettivi</i>	pag. 8
2.3. <i>Struttura dell'intervento</i>	pag. 10
2.3.1. <i>Prima settimana</i>	pag. 11
2.3.2. <i>Seconda settimana</i>	pag. 12
2.3.3. <i>Terza settimana</i>	pag. 13
2.3.4. <i>Quarta settimana</i>	pag. 14
2.3.5. <i>Quinta settimana</i>	pag. 14
2.3.6. <i>Sesta settimana</i>	pag. 15
2.3.7. <i>Settimana settimana</i>	pag. 16
2.3.8. <i>Ottava settimana</i>	pag. 16
3. L'efficacia della MBCT per i disturbi d'ansia	pag. 18
3.1. <i>Definire i disturbi d'ansia</i>	pag. 18
3.2. <i>Classificazione dei disturbi d'ansia</i>	pag. 19
3.3. <i>L'efficacia della MBCT per i disturbi d'ansia</i>	pag. 21
3.4. <i>Limiti e criticità delle attuali ricerche</i>	pag. 25
4. Conclusione	pag. 27
5. Bibliografia	pag. 29
6. Ringraziamenti	pag. 32



## 1. INTRODUZIONE

La presente tesi vuole porre luce sull'efficacia della Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (MBCT, *Mindfulness Based Cognitive Therapy*) per i disturbi d'ansia. L'elaborato ha come obiettivo lo studio dei miglioramenti che la MBCT può apportare sia sui sintomi del disturbo che sulla remissione e vuole indagare se la sua efficacia sia al pari della Terapia Cognitivo-Comportamentale di gruppo. La MBCT è un intervento di gruppo della durata di otto settimane, dove i pazienti acquisiscono nuovi modi di rispondere ai propri pensieri, alle sensazioni o ai trigger del disturbo.

Questo argomento mi sta particolarmente a cuore, perché la *mindfulness* fa parte della mia quotidianità da circa quattro anni. In prima persona, grazie allo yoga e alla meditazione, ho sperimentato un nuovo modo di relazionarmi ai pensieri che mi ha portato a meglio gestirli (e gestirmi). Ho avuto l'opportunità di studiare a fondo la disciplina yogica in India, il paese dove lo yoga è nato. Grazie ai miei studi in psicologia, mi sono interessata all'integrazione di queste pratiche antiche, come yoga e meditazione, in ambito scientifico e della cura della persona. Infatti, sono fortemente convinta che le pratiche di consapevolezza debbano entrare nelle stanze di terapia.

Il termine "*mindfulness*", tradotto dalla parola pali *sati*, indica la consapevolezza e l'attenzione. I termini "mindfulness" e "meditazione" vengono spesso utilizzati come sinonimi, ma la *mindfulness* è uno degli stati mentali che si può raggiungere con una pratica di meditazione. Esistono vari tipi di meditazione che aiutano il praticante a stare nel presente. Nella MBCT viene spesso utilizzata la meditazione *mindfulness*: una pratica che permette di accettare e osservare i pensieri e le emozioni senza giudizio.

La tesi è organizzata in quattro capitoli. Il primo capitolo è l'introduzione che state leggendo. Nel secondo capitolo viene raccontata l'origine della MBCT, la definizione, gli obiettivi di questo programma e la struttura dell'intervento. Ogni settimana del programma viene rappresentata in un sottocapitolo, dove vengono descritte le principali tecniche utilizzate durante le sedute e i rispettivi compiti per casa assegnati ai partecipanti. Nel terzo capitolo vengono definiti i disturbi d'ansia e la loro classificazione. Inoltre, vengono riportati studi relativi all'utilizzo della MBCT per i disturbi d'ansia e le loro criticità. Il quarto capitolo è la conclusione, dove viene fornito un riassunto delle principali conclusioni.

## 2. DEFINIZIONE E STORIA DELLA MBCT

### 2.1. Da Jon Kabat-Zin alla MBCT

L'idea della MBCT è ispirata al programma per la riduzione dello stress basato sulla *mindfulness* ("*Mindfulness Based Stress Reduction*", MBSR) sviluppato da Jon Kabat-Zinn, il quale aiuta le persone a gestire lo stress e le condizioni mediche croniche. La terapia si svolge in un gruppo di massimo trenta pazienti, che vengono guidati e assistiti da professionisti della salute mentale. Il percorso dura otto settimane con classi di due ore e mezza. Include anche un ritiro intensivo di una giornata intera e l'assegnazione di compiti per casa che non richiedono più di un'ora al giorno. Il concetto di compiti per casa è importante, in quanto la meditazione e la consapevolezza vanno praticati con costanza nelle attività quotidiane dell'individuo per portare beneficio. Il programma si basa sulla coltivazione della presenza mentale ottenuta grazie all'indirizzamento dell'attenzione ai propri pensieri e alle proprie emozioni. Jon Kabat-Zinn, infatti, definisce la *mindfulness* come il "porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante" (1994, p. 631). I partecipanti sviluppano così un'attenzione consapevole ai primi segnali dello stress, ad esempio, notando che la loro respirazione è sempre più veloce. Cominciano, quindi, a rispondere ad esso in modo diverso (ad esempio fermandosi e respirando profondamente prima di reagire).

Dall'idea di Jon Kabat-Zinn, un gruppo di ricercatori, composto da Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale, ha ideato una terapia cognitiva che si basa sui concetti della *mindfulness*. Il protocollo aveva inizialmente come obiettivo la prevenzione delle ricadute depressive, successivamente invece è stato utilizzato anche per altri disturbi, tra cui i disturbi d'ansia. Il concetto di *mindfulness* viene esplorato attraverso la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), sviluppata da Aaron Beck negli anni Settanta. Quest'ultima ha come caratteristica principale il lavoro con il pensiero e il comportamento, ovvero lavora sulle credenze false e disfunzionali del paziente con lo scopo di modificare i pensieri e i comportamenti maladattivi che contribuiscono alla manifestazione del sintomo.

## **2.2.MBCT: obiettivi**

La MBCT insegna ai partecipanti ad essere nel presente per meglio gestire la propria esperienza. Questo avviene ponendo la propria concentrazione al copro, ai pensieri o all'esterno attraverso i propri sensi. Ai partecipanti è chiesto di etichettare in modo semplice lo stimolo che coglie la loro attenzione: per esempio quando la mente si sofferma su un suono esterno, riconoscerlo come "suono".

L'osservazione dei propri pensieri è un'abilità che viene pian piano acquisita, grazie alla continua intenzione della persona di notarli invece di reagire ad essi. I pazienti devono "guardare" cosa succede nella propria mente, ovvero sono chiamati a non seguire mentalmente e non reagire a nessun pensiero che si presenta, ma invece sono spronati a riconoscerlo e successivamente a lasciarlo andare. La concentrazione è indirizzata su un punto specifico e in questo modo il vagare della mente viene fermato. All'inizio la persona

ha difficoltà nel non farsi influenzare dai pensieri, ma la costante pratica aiuta a creare un nuovo modo di approcciarsi alla propria mente. In modo pratico, i partecipanti si concentrano sul respiro o su qualche sensazione specifica nel corpo. Quando la mente comincia a vagare, diventano consapevoli di ciò. Successivamente riescono a lasciar andare il pensiero concentrandosi nuovamente sul punto iniziale. Con una pratica costante, il numero di volte che si viene distratti dai pensieri viene diminuito e con esso viene anche ridotto il tempo che la persona impiega nel ritornare al proprio respiro.

Ai partecipanti viene anche insegnato ad osservare direttamente i pensieri, lasciarli “scorrere”, senza cercare di cambiarli. Attraverso un approccio compassionevole e senza giudizio la consapevolezza del proprio flusso mentale muta. I pensieri vengono visti per quello che sono: flussi ed eventi mentali, che possono riflettere la realtà o no, ma l'importanza sta proprio nel rilevarli come tali e non farsi influenzare eccessivamente da essi. Il disturbo d'ansia, per esempio, è spesso caratterizzato da una preoccupazione verso un futuro immaginato che viene percepito nel presente, nel qui ed ora. Attraverso il non coinvolgimento con i propri pensieri, l'individuo impara a percepire pattern disfunzionali che scatenano gli eventi d'ansia. Un obiettivo importante della MBCT è, infatti, imparare a rispondere in modo diverso agli stimoli che perpetuano un problema. Non si parla solo di pensieri, ma anche di essere consapevoli delle sensazioni corporee e delle emozioni. È essenziale la pratica quotidiana della *mindfulness* in quanto l'individuo deve abituarsi ad un nuovo modo di approcciarsi a se stesso che poi tenderà a diventare un atteggiamento abituale. La pratica viene eseguita attraverso un sentimento di curiosità, accettazione e apertura. In questo modo si rafforzano sia la compassione verso se stessi, sia un atteggiamento positivo verso la pratica stessa. I pazienti sono motivati a lasciar andare ogni giudizio in quanto mere forme pensiero, ma anche ogni forma di evitamento. La

propria esperienza viene accettata semplicemente per ciò che è, non viene nutrita nessuna avversione e nessun attaccamento.

La MBCT è un training di abilità per lo più indirizzato all'esperienza. Il terapeuta ha il ruolo di facilitatore: deve sempre chiedere un riscontro ai partecipanti e invitarli a condividere le loro opinioni e le loro difficoltà. Inoltre, deve fungere da buon modello avendo lui stesso una pratica quotidiana di meditazione in modo da connettersi meglio con i propri pazienti.

### **2.3. Struttura dell'intervento**

La MBCT consiste in un intervento di otto settimane svolto in un gruppo di circa 12 partecipanti. Gli incontri avvengono una volta a settimana e hanno una durata massima di due ore. Ogni seduta ha un argomento diverso e specifico. Inoltre, vengono assegnati compiti per casa che richiedono circa un'ora al giorno per sei giorni a settimana.

Ogni partecipante prima di iniziare incontra il facilitatore per un colloquio iniziale di valutazione, dove viene illustrato il programma e viene fatto un *assessment* generale della situazione del paziente. La persona condivide le sue difficoltà, i fattori scatenanti del disturbo (se consapevoli), le sue aspettative riguardo l'intervento e ha tempo per chiedere delucidazioni.

In seguito, è riportato in dettaglio il programma delle otto settimane di terapia.

### 2.3.1. Prima settimana

Il primo incontro inizia con una presentazione dei partecipanti e vengono illustrate le regole sulla privacy. Il tema del primo incontro è la consapevolezza del “pilota automatico”, ovvero l’azione di svolgere un’attività senza esserne consapevole. Questo è un modo passivo di vivere l’istante, come se la mente e il corpo fossero distaccati: la mente vaga e il corpo completa l’azione in modo abituale. Ai partecipanti viene presentato questo termine con diversi esempi dalla vita quotidiana, per esempio l’attività di camminare o mangiare. Infatti, la prima meditazione viene incentrata sul tema del mangiare con l’esercizio dell’uvetta. Questa pratica consiste nell’essere curiosi verso le caratteristiche dell’alimento: concentrarsi a guardarlo, toccarlo consapevolmente, sentire il suo profumo e infine gustarlo lentamente.

Dopo ogni pratica il facilitatore coinvolge i partecipanti in una condivisione dell’esperienza. La riflessione è libera e non c’è nessuna costrizione a parlare. È importante, invece, sottolineare l’importanza dell’ascoltare le condivisioni altrui per poter trarre maggior beneficio dalla tecnica utilizzata.

Dopo il primo esercizio i pazienti capiscono in modo diretto cosa vuol dire agire in modalità “pilota automatico”. È normale che qualcuno provi un senso di frustrazione durante gli esercizi, per questo motivo è importante spiegare che ogni emozione, sensazione ed esperienza è giusta. Bisogna accoglierla, osservarla per quello che è e infine lasciarla andare concentrandosi di nuovo sull’uvetta.

La seconda tecnica utilizzata è il *body scan*, ovvero l’esplorazione consapevole del proprio corpo. Si tratta di una meditazione guidata di 45 minuti. Viene chiesto di sdraiarsi

sul tappetino da yoga, chiudere gli occhi e lasciarsi guidare dalle parole del facilitatore. La meditazione comincia portando attenzione al respiro e a come questo muove l'addome. Infine, il *focus* attraversa ogni parte del corpo, lentamente e in modo curioso (ci si concentra, per esempio, sulle sensazioni, sulle tensioni, sulla temperatura, sul contatto con il tappetino).

Il compito per casa per la prima settimana è seguire, attraverso l'ascolto di un CD, una pratica guidata di esplorazione corporea una volta al giorno e svolgere un'attività a scelta con consapevolezza (per esempio lavare i piatti in modo consapevole). Viene anche assegnata una scheda da completare con le proprie osservazioni a riguardo.

### **2.3.2. Seconda settimana**

Il tema della seconda seduta è "affrontare le barriere". L'incontro inizia con una esplorazione corporea guidata. I partecipanti hanno già esperienza diretta con il significato di osservare e lasciar andare i pensieri. Dopo la pratica è importante fornire uno spazio di condivisione, dove è possibile scambiare opinioni e difficoltà sperimentate durante i compiti per casa.

Come secondo esercizio viene chiesto ai partecipanti di immaginare le sensazioni che proverebbero se un amico non li salutasse per strada. I partecipanti sono invitati a condividere le sensazioni corporee, le emozioni e il flusso mentale che hanno osservato. In questo modo possono notare che la stessa situazione scatena differenti reazioni in

persone diverse. Viene così introdotta l'idea che l'interpretazione che si dà ad un evento influenza l'emozione che ne segue.

Il compito per casa consiste nell'annotare gli eventi piacevoli accaduti durante la giornata osservando le sensazioni corporee, le emozioni e i pensieri che questi hanno generato. Oltre a ciò, devono anche seguire una meditazione corporea.

### **2.3.3. Terza settimana**

La terza seduta è incentrata sulla consapevolezza del respiro. La respirazione avviene nel momento presente ed è sempre disponibile come punto d'attenzione: è un elemento utile per portare consapevolezza al qui ed ora. Viene svolta una meditazione di 30-40 minuti, attraverso la quale i pazienti diventano consapevoli del fluire della mente e si impegnano a ritornare costantemente al proprio respiro.

Inoltre, vengono introdotte due nuove pratiche di meditazione: lo yoga e la meditazione camminata. I pazienti portano consapevolezza al corpo, mentre vengono svolti esercizi di stretching o mobilità generale.

Durante la terza seduta ci si concentra su un nuovo esercizio che viene poi assegnato come compito per casa: una meditazione sul respiro di tre minuti. Oltre a seguire pratiche di yoga e di respirazione, come compito per casa viene chiesto ai partecipanti di annotare gli eventi spiacevoli nello stesso modo che hanno fatto con quelli piacevoli la settimana scorsa.

#### **2.3.4. Quarta settimana**

La quarta seduta comincia con una meditazione guidata sul respiro. Questa settimana è importante, in quanto lo psicologo apre una discussione sul disturbo e sulla diagnosi. Vengono fornite informazioni sulla definizione e sui criteri diagnostici dei disturbi d'ansia, come descritto nel DSM-V. A questo punto non si parla più di pensieri in generale, ma si guarda nello specifico gli eventi mentali comunemente sperimentati durante gli eventi d'ansia.

Come compito per casa i partecipanti devono continuare a seguire una pratica di meditazione in modo costante. Inoltre, devono praticare la meditazione sul respiro di tre minuti ogni volta che una situazione provoca emozioni spiacevoli. In questo modo i pazienti iniziano ad acquisire una nuova modalità di reagire alle avversità.

#### **2.3.5. Quinta settimana**

Il quinto incontro è incentrato sull'accettazione. Tutte le esperienze e le sensazioni, siano esse positive o negative, cominciano ad essere accolte in uno spazio calmo e consapevole. Durante la quinta settimana viene data importanza al non giudizio: lasciar essere quello che è presente, senza tentare di modificare l'esperienza. Con la consapevolezza acquisita durante il lavoro svolto, i partecipanti riescono a valutare con chiarezza il reale bisogno di cambiare una situazione.

“Accettazione significa rispondere attivamente alle emozioni accettandole o lasciandole essere prima di precipitarsi a tentare di modificarle per renderle più tollerabili (che è la risposta più comune) <sup>1</sup>.”

Viene proposto un esercizio durante il quale i partecipanti devono ricordare un evento difficile e osservare le sensazioni che si presentano nel corpo in un atteggiamento di accettazione e compassione.

### **2.3.6. Sesta settimana**

Grazie alla sesta seduta i partecipanti iniziano a considerare i propri pensieri solo come pensieri, ovvero eventi mentali che possono essere veri o falsi. È importante che i pazienti imparino a non identificarsi con loro per poter meglio valutare come agire.

Viene proposta una meditazione incentrata sui pensieri. Con l'utilizzo di metafore è più facile insegnare ai partecipanti l'abilità di osservazione. Viene detto ai pazienti di immaginare i pensieri come nuvole e la mente come il cielo: le nuvole sono passeggero, il cielo sottostante è sereno. I partecipanti sono sempre più capaci di stare con i pensieri difficili durante le pratiche.

---

<sup>1</sup> Z. Segal – M. Williams – J. Teasdale. *Mindfulness Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati Boringhieri. Torino 2006. p214

### **2.3.7. Settima settimana**

Il programma della penultima sessione della terapia è incentrato sulla cura di sé. Viene chiesto ai partecipanti di elencare le cose, le attività, gli ambienti e le situazioni specifiche che stimolano emozioni positive e quelle che portano stati d'animo negativi. Questo esercizio porta alla consapevolezza le cose che possono aiutare a prevenire emozioni spiacevoli. I partecipanti sono chiamati a strutturare la propria quotidianità in modo che ci siano attività arricchenti che promuovono un benessere generale.

Il compito per casa consiste nell'individuare e pianificare una pratica personale meditativa che si desidera seguire regolarmente, anche dopo la fine della terapia.

### **2.3.8. Ottava settimana**

L'ultima settimana è volta a rielaborare i due mesi passati a lavorare su se stessi e a pianificare dei programmi quotidiani da seguire dopo la fine della terapia. I partecipanti sono spronati a riflettere sull'aspettativa iniziale che hanno avuto per questo percorso, su come si è svolto il programma, sugli ostacoli incontrati, su cosa hanno imparato di se stessi e su come si sentono trasformati. Inoltre, viene anche distribuito un questionario che permette allo psicologo di misurare la soddisfazione generale.

Alla fine della pratica è importante che i pazienti riflettano sul perché sia importante per loro continuare a seguire una pratica di meditazione. La motivazione identificata aiuterà ad impegnarsi nel loro percorso personale.

Per concludere gli incontri il facilitatore regala un piccolo oggetto (per esempio un sasso) che funge da simbolo del completamento del corso e dell'insegnamento ricevuto. Viene poi condotta una meditazione su questo oggetto, nel modo in cui è stata svolta la meditazione sull'uvetta durante la prima seduta.

### 3. L'EFFICACIA DELLA MBCT PER I DISTURBI D'ANSIA

#### 3.1. Definire i disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia vengono definiti dal DSM-V come *“un gruppo di disturbi psichiatrici caratterizzati da un'eccessiva e persistente paura, ansia o apprensione<sup>2</sup>”,* che influenzano il lavoro, lo studio, la vita sociale e il benessere generale di chi ne soffre. Sono tre i criteri diagnostici individuati dal DSM-V: *“presenza di un'eccessiva e persistente paura, ansia o apprensione; la paura, l'ansia o l'apprensione sono sproporzionate rispetto alla situazione o sono manifestate in modo inappropriato; la paura, l'ansia o l'apprensione interferiscono significativamente con la vita quotidiana<sup>3</sup>.”*

I disturbi d'ansia sono il tipo più comune di disturbo mentale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che nel 2020 erano 312 milioni gli individui che ne soffrivano. Questa cifra equivale al 3,9% della popolazione mondiale. La percentuale è significativamente simile ai dati che ha raccolto l'Istituto Superiore di Sanità sulla popolazione italiana nel 2022. Nel 80-90% dei casi, il disturbo è diagnosticato prima dei 25 anni.

---

<sup>2</sup> American Psychiatric Association. (2023). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Association.

<sup>3</sup> American Psychiatric Association. (2023). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Association.

I disturbi d'ansia sono più frequenti nelle donne che negli uomini. Sono più diffusi tra le persone non sposate, con bassa istruzione, con basso status socioeconomico e senza occupazione. Oltre alle conseguenze sulla salute mentale, questi disturbi influenzano negativamente il funzionamento generale della persona, le relazioni e il rapporto con il lavoro. I disturbi d'ansia sono inoltre associati a costi economici significativi e complicanze mediche come malattie cardiovascolari, ictus, diabete, artrite e malattie polmonari.

I fattori di rischio per sviluppare un disturbo d'ansia comprendono caratteristiche genetiche (le persone che hanno una storia familiare di disturbo d'ansia hanno maggiore rischio di svilupparlo a loro volta), inibizione comportamentale (la tendenza di evitare o ritirarsi da situazioni nuove), eventi di vita negativi (es. aver subito violenza) e stili educativi (es. l'iperprotezione dei genitori).

### **3.2. Classificazione dei disturbi d'ansia**

I disturbi d'ansia vengono classificati dal DSM-V in modo seguente: Disturbo d'ansia da separazione, Mutismo selettivo, Fobia specifica, Disturbo d'ansia sociale, Disturbo di panico, Agorafobia e Disturbo d'ansia generalizzata. Questa tesi e le ricerche che seguono si concentrano sul Disturbo d'ansia sociale, sul Disturbo di panico, sull'Agorafobia e sul Disturbo d'ansia generalizzata. Le altre patologie non vengono prese in considerazione a causa della mancanza di sufficienti ricerche che le analizzino in relazione alla MBCT.

Il Disturbo d'ansia sociale è caratterizzato da un'ansia forte e costante di fronte a situazioni sociali. Chi ne soffre teme il giudizio e la valutazione altrui. Questa paura si può manifestare attraverso diversi sintomi, che possono essere: fisici (es. aumento del battito cardiaco e della sudorazione), comportamentali (es. evitare le interazioni, non riuscire a parlare di fronte ad un pubblico) e cognitivi (es. il senso di inadeguatezza).

Il Disturbo di panico è contraddistinto da attacchi di panico regolari. Anche in questo caso la sintomatologia può essere legata al corpo (es. tremori e respirazione affannosa), al comportamento (es. fuga da situazioni che potrebbero iniziare un attacco di panico) e alla mente (es. nutrire avversione per se stessi e gli altri).

L'Agorafobia è identificata da uno spiccato spavento a stare in luoghi o situazioni da cui è difficile scappare. La persona affetta si allontana dalle situazioni temute, ha ansia anticipatoria e può mostrare alcuni segnali fisici di ansia, come palpitazioni, tremori, sensazione di poter svenire. Spesso è presente la paura di trovarsi in luoghi affollati (centri commerciali), in luoghi chiusi (ascensori) o in luoghi lontani da casa.

Il Disturbo d'ansia generalizzata è descritto da una costante e sproporzionata preoccupazione per diverse situazioni (es. il lavoro, le interazioni, il futuro). Il disturbo può presentarsi con diversi sintomi, alcuni dei quali sono i seguenti: agitazione, mancanza di energia, bassa concentrazione, pensieri non chiari, insonnia, difficoltà nella digestione.

La comorbilità tra disturbi d'ansia è alta: circa il 48-68% di chi soffre di un disturbo d'ansia specifico soddisfa i criteri per un altro disturbo d'ansia. C'è una alta comorbilità anche tra i disturbi d'ansia e il Disturbo di depressione maggiore: più della metà di chi soffre di disturbi d'ansia presenta anche i sintomi della Depressione maggiore.

### 3.3. L'efficacia della MBCT per i disturbi d'ansia

La pratica della *mindfulness* aiuta la persona a diventare consapevole dei propri pensieri, sensazioni ed emozioni, non evitando situazioni difficili da gestire. L'ansia è fortemente legata all'evitamento di situazioni che potrebbero fungere da *trigger*. La MBCT ha come obiettivo quello di creare una relazione positiva con i pensieri che precedono l'evento d'ansia. Avviene, dunque, un cambiamento di risposta: da una reazione automatica allo stimolo ansiogeno (interno o esterno) ad una risposta consapevole fondata sull'attenzione non giudicante.

Il trattamento di prima linea per i disturbi d'ansia è la terapia cognitivo-comportamentale, a volte assieme alla prescrizione di farmaci. Molte delle ricerche condotte sulla MBCT hanno come obiettivo di comparare l'efficacia di questo approccio con i trattamenti tradizionali.

Xiaoyu Liu e collaboratori nel 2021 hanno condotto una metanalisi per indagare l'efficacia dei trattamenti basati sulla *mindfulness* per il Disturbo d'Ansia Sociale (DAS). Sono stati analizzati 16 studi clinici con una media di 27 partecipanti a gruppo e con la mediana dell'età a 39 anni. I studi citati confrontavano la MBCT e gli altri interventi basati sulla *mindfulness* con un gruppo di controllo senza trattamento (nei maggiore dei casi in condizione "wait-list") o con un gruppo di controllo attivo (prevalentemente usando una TCC di gruppo). I risultati mostrano che i trattamenti basati sulla *mindfulness* (MBIs) hanno un effetto significativo sui sintomi del DAS rispetto al gruppo di controllo senza trattamento, soprattutto migliorando i sintomi depressivi, la consapevolezza, la qualità della vita e la compassione verso se stessi. È stato svolto anche un follow-up dopo

tre, sei e dodici mesi che ha accertato che i benefici siano duraturi e superiori in confronto al gruppo di controllo senza trattamento. In confronto al gruppo di controllo attivo, i MBIs hanno avuto un effetto migliore per i sintomi d'ansia (con un indice di correlazione  $g = 0.78$ ), l'evitamento sociale ( $g = 0.65$ ), l'ansia legata all'interazione sociale ( $g = 0.62$ ), l'autostima ( $g=0.42$ ) e la *mindfulness* ( $g = 0.56$ ).

È importante anche notare che il 40-50% dei pazienti che soffrono di DAS non riscontrano benefici dalla TCC e quindi, in questi casi, le terapie basate sulla *mindfulness*, come la MBCT, possono essere valide alternative. Il programma può lavorare direttamente sulle conseguenze dei disturbi d'ansia, come per esempio l'insonnia. Un articolo pubblicato su "*The Journal of Nervous and Mental Disease*" nel 2008 da Yook Keunyoung e collaboratori mostra come dopo otto settimane di terapia la qualità del sonno sia notevolmente migliorata.

Un'altra metanalisi, pubblicata nel 2011 da Alberto Chiesa e Alessandro Serretti, ha confrontato l'efficacia della MBCT con quella di altri trattamenti per i disturbi psichiatrici. I risultati hanno mostrato che il programma è un trattamento efficace sia per Disturbi dell'umore, Disturbo da deficit di attenzione/iperattività e il Disturbo da stress post-traumatico, ma anche per i Disturbi d'ansia. La MBCT è stata aggiunta all'esistente farmacoterapia che i pazienti seguivano ed è stata confrontata: nel primo caso con l'intervento di Psicoeducazione, nel secondo caso invece con la Terapia Cognitivo-Comportamentale di gruppo. I 63 soggetti del primo gruppo erano diagnosticati con il Disturbo d'ansia generalizzata (GAD) o con il Disturbo di panico (PD), mentre i 26 soggetti del secondo gruppo soffrivano dal Disturbo d'ansia sociale. Per valutare il livello di ansia percepito dopo il trattamento, è stato utilizzato l'Inventario dell'ansia di Beck (BAI, *Beck Anxiety Inventory*). La differenza media pesata (*WMD*) tra i due gruppi della

condizione MBCT vs. Psicoeducazione era -5,1 con un valore  $p$  di 0.002. Questo indica che i livelli d'ansia registrati dal BAI sono minori nei partecipanti che hanno seguito la MBCT. Inoltre, 16 soggetti assegnati alla MBCT hanno raggiunto la remissione, mentre nessuno nel gruppo di controllo l'ha riportata. Nel secondo caso, I punteggi BAI dei pazienti che soffrivano del Disturbo d'ansia sociale non erano significativamente differenti tra le due condizioni ( $WMD = -2.34$  con  $p = 0.32$ ). Questo studio potrebbe suggerire che la MBCT sia confrontabile in termini di efficacia alla Terapia Cognitiva-Comportamentale di gruppo.

La maggioranza delle ricerche condotte sulla MBCT in relazione ai disturbi d'ansia analizza un campione con Disturbo d'ansia generalizzata. Uno studio condotto da Susan Evans e collaboratori nel 2007 ha rivelato che i pazienti dopo la MBCT hanno sperimentato una diminuzione dell'ansia, della tensione e dei sintomi depressivi. La media ( $M$ ) dell'indice BAI misurato tra i partecipanti prima dell'intervento era 19 con una deviazione standard ( $DS$ ) di 13.7, mentre l'indice misurato dopo l'applicazione della MBCT era 8.91 con deviazione standard di 7.8. Simili differenze sono state misurate anche con altre scale: Penn State Worry Questionnaire (prima dell'intervento:  $M = 60.82$ ,  $DS = 11$ ; dopo l'intervento:  $M = 48.82$ ,  $DS = 6.95$ ), Profile of Mood States ( $M = 16.9$ ,  $DS = 8.2$ ;  $M = 9.7$ ,  $DS = 6.7$ ), Beck Depression Inventory ( $M = 13.8$ ,  $DS = 7.9$ ;  $M = 8.82$ ,  $DS = 8.5$ ), Mindfulness Attention Awareness Scale ( $M = 3.68$ ,  $DS = 0.66$ ;  $M = 4.2$ ,  $DS = 0.58$ ). Purtroppo, il campione era composto da solo undici individui, quindi potrebbe non essere realmente rappresentativo. Inoltre, non aveva un gruppo di controllo.

Uno studio simile, condotto nel 2008, da Mark A. Craigie e collaboratori, ha selezionato un campione più numeroso, ovvero di 23 persone (il 74% di sesso femminile), con una età media di 43.4 anni, diagnosticati con il Disturbo d'ansia generalizzata.

Neanche questo studio non aveva un gruppo di controllo. È stato fatto un *follow-up* dopo sei settimane e dopo tre mesi. I partecipanti hanno mostrato una riduzione significativa dei livelli d'ansia, preoccupazione, stress e paura del rilassamento, benefici mantenuti anche dopo la fine delle sedute. Alcune delle scale utilizzate per misurare tale effetto erano: BAI (prima dell'intervento:  $M = 14.96$ ,  $DS = 7.52$ ; dopo l'intervento:  $M = 10.50$ ,  $DS = 6.09$ ; dopo sei settimane:  $M = 7.11$ ,  $DS = 6.32$ ; dopo tre mesi:  $M = 7.29$ ,  $DS = 6.37$ ), Penn State Worry Questionnaire (prima dell'intervento:  $M = 65.26$ ,  $DS = 6.57$ ; dopo l'intervento:  $M = 56$ ,  $DS = 9.74$ ; dopo sei settimane:  $M = 51.61$ ,  $DS = 9.46$ ; dopo tre mesi:  $M = 49.29$ ,  $DS = 7.55$ ).

I partecipanti che hanno partecipato allo studio di Evans e colleghi del 2007 o allo studio di Craigie e colleghi del 2008, hanno dichiarato che la MBCT è, a loro parere, una terapia accettabile per il Disturbo d'ansia generalizzata (il 42.1% del secondo campione ha affermato che l'intervento sia accettabile, il 36.8% che sia molto accettabile, il 21.1% che sia estremamente accettabile). La maggioranza del primo campione ha percepito un miglioramento in vari ambiti della quotidianità (ad esempio nel rapporto di coppia, nell'accettazione e nella consapevolezza di se stessi).

La MBCT si è mostrata come non inferiore in termini di efficacia alla TCC di gruppo per trattare i sintomi del Disturbo d'ansia generalizzata. Questo lo dimostra uno dei più recenti studi in questo campo, condotto da Si-si Jiang e collaboratori nel 2022, che analizzava un campione di 168 individui con un'età media di 35.9 anni divisi in modo casuale in due gruppi (il primo seguiva la MBCT, il secondo la TCC). Non sono state rilevate differenze significative nel tasso di risposta tra i due gruppi (72.5% per MBCT, 65.2% per TCC). Il tasso di remissione è addirittura più alto nel primo gruppo dopo le otto settimane del programma (63.8% per MBCT, 44.6% per TCC), ma dopo tre mesi non

differisce tra i due gruppi (48.2% per MBCT, 48.1% per TCC). C'è stata, quindi, una diminuzione nel tasso di remissione nel primo gruppo, mentre nel secondo è rimasto più stabile. Questo potrebbe suggerire che dopo le iniziali otto settimane di intenso training, i pazienti fanno più difficoltà a seguire pratiche di *mindfulness* in modo autonomo.

Uno studio condotto nel 2006, Andy Finucane e Stewart W. Mercer hanno osservato che la maggioranza dei partecipanti (otto su un totale di undici), in questo caso diagnosticati con depressione ricorrente o depressione e ansia ricorrenti, ha continuato a praticare la *mindfulness* anche dopo la fine del programma, specialmente facendo uso dell'esercizio dei tre minuti di respiro. Meno della metà però si impegnava frequentemente in una meditazione formale, a differenza degli altri che esercitavano la consapevolezza durante i momenti di quotidianità (ad es. camminando).

### **3.4. Limiti e criticità delle attuali ricerche**

Il numero di studi condotti sull'efficacia della MBCT per i disturbi d'ansia è molto limitato. La maggior parte degli studi citati hanno un campione ridotto e quindi difficilmente rappresentativo della popolazione. Ci sono pochi studi che confrontano la MBCT con la TCC di gruppo, altre ricerche vengono spesso condotte con un gruppo di controllo che segue un corso di Psicoeducazione.

Inoltre, l'applicazione del metodo "doppio cieco" è estremamente difficile, perché il facilitatore che segue il gruppo deve sapere che trattamento fornire ai partecipanti. Per questo motivo non può essere escluso un effetto placebo; infatti, il facilitatore potrebbe

influenzare inconsapevolmente il giudizio e le aspettative dei partecipanti a seconda del gruppo di trattamento. Spesso viene usato il metodo “doppio cieco parziale”, dove solo ai partecipanti rimane ignoto il trattamento che stanno ricevendo.

## 4. CONCLUSIONE

La MBCT si è dimostrata una terapia promettente per i disturbi d'ansia. Attraverso le otto settimane del programma, dove vengono praticate diverse tecniche di meditazione (come il *body scan*, la meditazione sul respiro, la meditazione sui pensieri), i partecipanti imparano a stare con la propria esperienza mentale e fisica in modo consapevole, mutando il modo in cui reagiscono agli stimoli ansiogeni.

Gli studi riportati mostrano come la MBCT sia efficace non solo nel ridurre i sintomi d'ansia (come l'insonnia, la tensione, la preoccupazione, lo stress, i sintomi depressivi), ma anche nel la consapevolezza generale. Dalle ricerche riportate emerge che la MBCT sia paragonabile in termini di efficacia con la TCC di gruppo con indici d'ansia, tasso di risposta e tasso di remissione simili.

È importante sottolineare la necessità di effettuare ulteriori studi a riguardo, utilizzando un campione più ampio e proseguire i *follow-up* per un periodo di tempo più lungo.

Inoltre, sarebbe utile favorire in qualche modo la continuità della pratica di meditazione per i pazienti dopo la fine dell'intervento. Una possibile soluzione potrebbe essere costruire dei gruppi tra i partecipanti, che si incontrerebbero una volta a settimana (anche online) per meditare insieme. Questo potrebbe motivare ulteriormente i partecipanti ad essere costanti e facilitare il supporto e l'assistenza reciproca.

In conclusione, la ricerca sulla MBCT è ancora in corso, ma i risultati finora ottenuti sono incoraggianti. È un approccio alternativo che aiuta le persone a gestire l'ansia in modo consapevole e che offre ai pazienti un nuovo modo di interagire con se stessi.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- Didonna, F. (2012). *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: FrancoAngeli
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Dovunque tu vada, ci sei già: In cammino verso la consapevolezza*. Milano: TEA.
- Segal, V., Z., Williams, G., M., J., e Teasdale, D., J., (2009). *Mindfulness Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri
- Giraldi, T. (2020). *Mindfulness e psicoterapia*. Bologna: il Mulino
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2020). *Global Burden of Disease 2020*. Ginevra: World Health Organization
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Chiesa, A., e Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187 (3), 441-453
- Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., e Nathan, P. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 553–568
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., e Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721

Finucane, A., e Mercer, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6 (14)

Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., Dobos, G., e Cramer, H. (2021). A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Sci Reports*, 11

Jiang, Ss., Liu, Xh., Han, N., Zhang, H., Xie, W., Xie, Z.; Lu, X., Zhou, X., Zhao, Y., Duan, A., Zhao, S., Zhang, Z., e Huang, X. (2022). Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC Psychiatry*, 22 (481)

Keunyoung, Y., Sang-Hyuk, L., Mi, R., Keun-Hyang, K., Tae Kyou, C., Shin Young, S., Yong-Woo, K., Borah, K., Mi Young, K., Myo-Jung, K. (2008). Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Insomnia in Patients With Anxiety Disorders: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(6), 501-503

Michael, T., Zetsche, U., e Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6 (4), 136-142

Penninx, B., W., J., H., Pine, D. S., Holmes, E., A., e Reif, A. (2021). Anxiety Disorders. *Lancet*, 397, 914-927

Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M., S., e Rosenberg, N., K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 403-410

Sipe, W., E., B., e Eisendrath, S., J. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 57, 63-69

Xiaoyu, L., Pengcheng, Y., Lijun, M., Wen, L., Wenrui, D., Xinxin, Y., Meng, L., Jingyi, L., Ni, L., e Xiaoming, L. (2021). Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 300

Yong Woo, K., Sang-Hyuk, L., Tae Kyou, C., Shin Young, S., Borah, K., Chan Mo, K., Sung Joon, C., Myo Jung, K., Keunyoung, Y., Mi, R., Su Kyung, R.N., S., e Ki-Hwan, Y. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601-606

## 6. RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la mia relatrice Prof.ssa Valentina Cardi e tutti gli altri docenti con cui ho avuto il piacere di interagire durante il percorso universitario.

Alla mia famiglia, grazie per il supporto e la fiducia che mi sono stati dati.

A mia sorella Ivana, che mi aiuta a coltivare un senso di leggerezza per la vita, qualità che di certo mi ha permesso di vivere con più serenità la vita universitaria.

Un grazie speciale va a Thomas, la “scintilla” che mi ha introdotto al percorso yogico. Da quel momento, è stato un costante sostegno, spronandomi a crescere e a sperimentarmi.