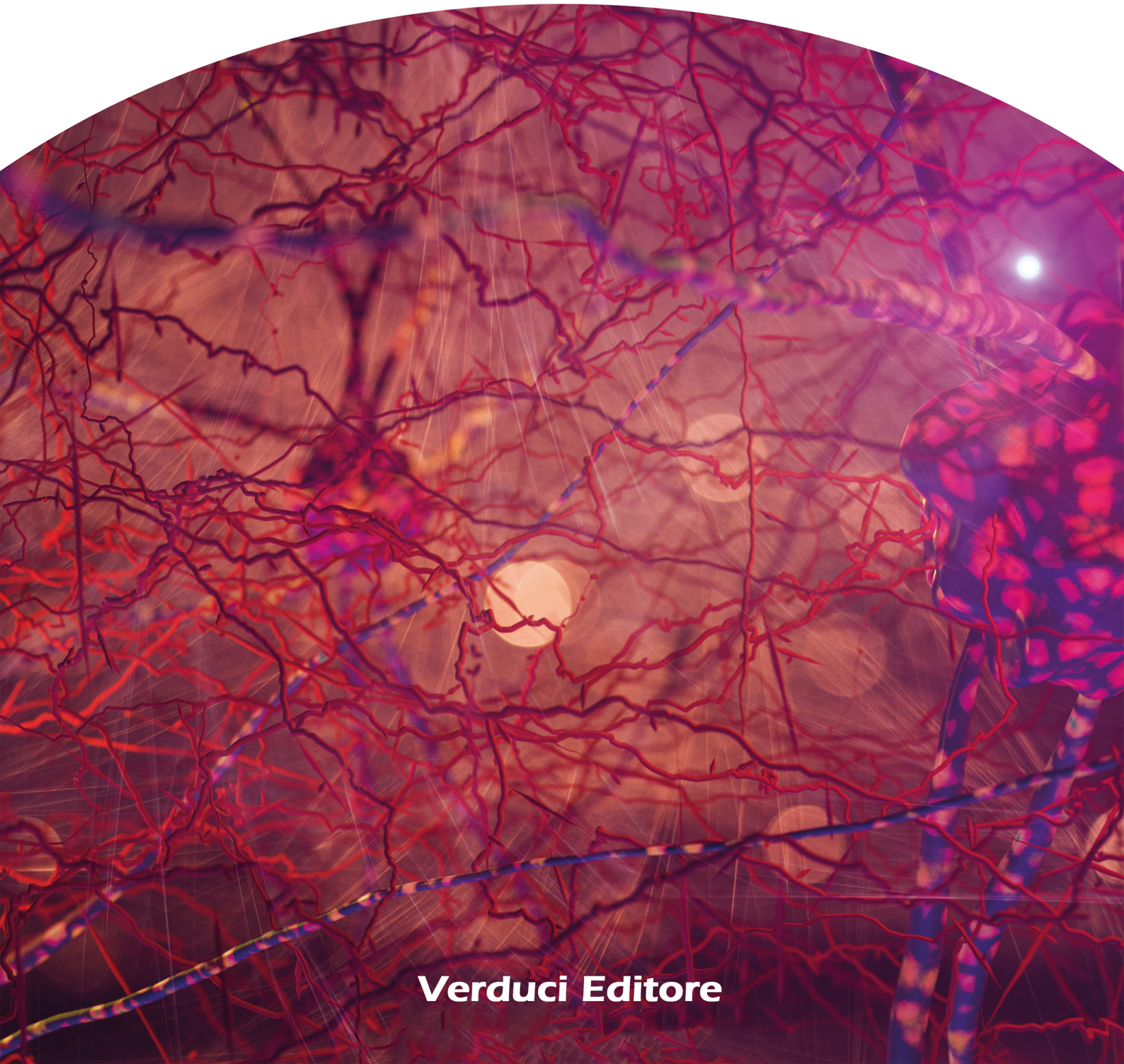
Vol. 7 No. 3, 2025

phenomenajournal

International Journal of Psycopathology, Neuroscience and Psycotherapy

Editor-in-chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD



Verduci Editore

phenomenajournal

Indice

Enneagramma relazionale: vettori, amori e funzioni del carattere
Valentina Bellomo, Floriana Aiuto, Viviana Catania, Cristina Gigante, Lorena Vincenza Perrone, Cristina Russotto 84

Validity and effectiveness of Gestalt Play Therapy: a proposal for defining a shared research protocol
Alfonso Davide Di Sarno, Maria Barone, Maria De Masis, Rita Di Gennaro, Irene Fabbricino, Anna Asia Forino, Jgor Francesco Luceri 98

Il lavoro in psicoterapia della Gestalt CON l'eiaculazione precoce
Jgor Francesco Luceri, Sara Ballotti, Matteo Defraia, Samuele Giovagnini, Enrico Moretto, Susanna Memè (Iride Pistacchio), Stefano Roti, Roberta Stanzione, Mariano Pizzimenti 106

Mindfulness-Based Stress Reduction to Enhance Flow and Performance During Basketball Ending Season: A Pilot Protocol
Valeria Cioffi, Enrica Tortora, Serena Genghi, Serena Porpora, Chiara Cioffi, Fabiana Iacopino, Gianmaria Granato, Nunzia Annunziata, Vincenzo Filoso, Pierpaolo di Somma, Francesca Morelli, Carlo Acanfora, Antonio Rivoli, Marco Filippini 117

Editorale - Tra pixel e pelle: la costruzione dell'identità adolescenziale nell'intreccio tra mondo reale e digitale
Lucia Luciana Mosca 131

phenomenajournal

Ricerca originale

Enneagramma relazionale: vettori, amori e funzioni del carattere

Alessandro Cini[1], Sara Ballotti[1], Martina Di Dio[3], Sara Capriotti[3], Angela Verardo[2], Isadora Martino[2], Federica Minetto[3], Francesca Natale[3], Stefano Orlando[2], Matteo Defraia[1], Mirko Antoncecchi[2], Nino Geniola[2], Stefano Roti[1]

[1]Istituto Gestalt Firenze, Firenze, Italia
[2]Istituto Gestalt Puglia, Lecce, Italia
[3]Centro Gestalt Viva Claudio Naranjo, Livorno, Italia

ABSTRACT
Il modello dell'Enneagramma della personalità propone una suddivisione in nove tipi distinti, ciascuno caratterizzato da specifiche passioni, motivazioni e comportamenti; la comprensione del proprio enneatipo può favorire una maggiore consapevolezza di sé e migliorare le dinamiche relazionali. Questo lavoro si concentra sull'analisi dell'autobiografia di una persona che ha partecipato ai percorsi Seeker After Truth. L'obiettivo di questo studio è far emergere elementi ricorrenti e significativi all'interno della narrazione personale, con particolare attenzione ai vettori relazionali, alle modalità d'amore e alle funzioni psichiche tipiche del modello teorico dell'Enneagramma. L'analisi dei dati si basa su una metodologia ispirata all'approccio fenomenologico-esistenziale e la Grounded Theory, allo scopo di interpretare i testi autobiografici per estrapolare aspetti ricorrenti, senso e significato condivisi. Essendo una ricerca a carattere esplorativo, la raccolta dei dati prevede un'unica autobiografia.

Parole Chiave
Enneagramma, Autobiografia, Narrazione, Ricerca qualitativa, Gestalt therapy.

ABSTRACT in ENGLISH
The Enneagram model of personality proposes a division into nine distinct types, each characterized by specific passions, motivations, and behaviors; understanding one's enneatype can foster greater self-awareness and improve relational dynamics. This paper focuses on the analysis of the autobiography of a person who participated in the Seeker After Truth paths. The aim of this study is to highlight recurring and significant elements within the personal narrative, with particular attention to relational vectors, love modalities, and psychic functions typical of the theoretical model of the Enneagram. Data analysis is based on a methodology inspired by the phenomenological-existential

Citation: Cini, A., Ballotti, S., Di Dio, M., Capriotti, S., Verardo, A., Martino, I., Minetto, F., Natale, F., Orlando, S., Defraia, M., Antoncecchi, M., Geniola, N., Roti, S. Relational Enneagram: vectors, loves, and functions of character. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy,* 7(3), 84–97.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Sara Ballotti, MD; e-mail: ricercagestalt@gmail.com

Ricevuto: 5 febbraio 2025

Accettato: 14 luglio 2025

Pubblicato: 17 settembre 2025

Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

approach and Grounded Theory, in order to interpret autobiographical texts and extract recurring aspects, shared sense and meaning. As this is an exploratory study, data collection involves a single autobiography.

Keywords
Enneagram, Autobiography, Narrative, Qualitative research, Gestalt therapy.

INTRODUZIONE

L'Enneagramma è un simbolo antico che è stato sviluppato, in alcune sue declinazioni moderne, come sistema di tipizzazione del carattere che classifica gli individui in nove tipi distinti, ognuno dei quali caratterizzato da specifiche passioni, ideologie, motivazioni, paure e comportamenti. Secondo questa teorizzazione, la conoscenza del proprio tipo di Enneagramma (enneatipo) offre un'utile prospettiva per interpretare e dare nuovo senso e significato alla propria storia personale, facilitando così una maggiore consapevolezza di sé, promuovendo lo sviluppo personale e offrendo allo stesso tempo delle chiavi di lettura che possano aiutare nelle dinamiche relazionali. In questo studio non ci proponiamo di identificare tipologie fisse o assegnare un enneatipo al soggetto, ma di esplorare, attraverso una prospettiva fenomenologico-esistenziale, le dinamiche relazionali, motivazionali e difensive così come emergono nella narrazione autobiografica.

Nel suo ultimo libro Naranjo [1], proseguendo una linea di ricerca già delineata in *Carattere e nevrosi* e in altri lavori precedenti [2], propone nel suo ultimo libro una disamina che offre una nuova prospettiva sui vari tipi e sottotipi dell'Enneagramma, introducendo una visione triadica che evidenzia tendenze specifiche relative ai vettori relazionali e alle modalità d'amore dominanti di ciascun sottotipo.

Vettori relazionali

I vettori relazionali rappresentano, secondo quanto teorizzato da Horney [3], un tentativo coatto e automatico dell'individuo di gestire l'ansia di base.

L'ansia di base è un costrutto centrale nella teoria della personalità di Karen Horney ed è definita come un sentimento pervasivo di insicurezza, isolamento e vulnerabilità percepiti nel contesto delle relazioni interpersonali. Secondo Horney, questo stato emotivo si sviluppa prevalentemente durante l'infanzia, qualora l'individuo percepisca un ambiente familiare caratterizzato da inaffidabilità, mancanza di supporto emotivo e ostilità [4]. L'ansia di base sarebbe dunque il risultato di relazioni precoci in cui il bambino si sente incapace di contare su una base sicura e stabile, condizione che inibisce la costruzione di un senso di sicurezza e fiducia [3].

In risposta a questa condizione di vulnerabilità e minaccia percepita, gli individui sviluppano bisogni nevrotici, ovvero modelli di comportamento e relazione che si manifestano sotto forma di strategie per ottenere un senso di sicurezza e soddisfazione [5]. Questi bisogni nevrotici non sono adattivi e riflettono la distorsione dei bisogni autentici dell'individuo [3]. Tra i bisogni più comuni figurano il desiderio eccessivo di approvazione, la ricerca compulsiva di potere, l'aspirazione a una perfezione idealizzata e la tendenza a evitare il coinvolgimento emotivo [6].

Per rispondere all'ansia di base e soddisfare i propri bisogni nevrotici, Horney [3] ha identificato tre principali strategie relazionali che gli individui possono adottare, definite come modalità sistematiche di interazione con gli altri allo scopo di minimizzare la sofferenza interiore e ottenere sicurezza:

Andare verso gli altri: questo orientamento implica l'adozione di comportamenti sottomessi e compiacenti, attraverso cui l'individuo cerca costantemente di ottenere l'accettazione, l'affetto e l'approvazione altrui [7]. Tale strategia si manifesta come un tentativo di ridurre l'ansia mediante la fusione con gli altri e il sacrificio dei propri bisogni, nella speranza di evitare il rifiuto e l'abbandono [6]. Accettare la propria fragilità implica riconoscere le emozioni di alienazione e paura che possono pesare sull'animo. In questa condizione, l'individuo cerca di conquistare l'affetto e la stima degli altri, appoggiandosi a loro per trovare sicurezza e stabilità. Tale ricer-

ca di connessione permette di sviluppare un senso di appartenenza, contribuendo a far sentire la persona parte di un contesto più ampio.

Quando i rapporti familiari sono contrassegnati da conflitti o divisioni, è comune che l'individuo si rivolga a figure o gruppi più forti, schierandosi con loro per garantirsi protezione. Attraverso l'adeguamento a chi esercita il potere, la persona trova un sostegno che allevia la vulnerabilità e la solitudine, creando una rete relazionale che offre conforto e sicurezza. In tal modo, il bisogno di accettazione e protezione diventa centrale nella gestione delle proprie ansie e delle dinamiche relazionali.

Andare contro gli altri: la persona affronta l'ansia adottando un atteggiamento ostile e aggressivo, basato sulla ricerca di potere, prestigio e dominio sugli altri [3]. L'individuo percepisce gli altri come minacce o strumenti e risponde cercando di affermare il proprio controllo per acquisire una sicurezza illusoria [5]. Tale approccio tende a sfociare in comportamenti di sfruttamento e manipolazione interpersonale [6]. Chi va contro gli altri accoglie la diffidenza e l'ostilità percepite come una realtà costante, scegliendo consapevolmente o meno di affrontarle. In questo contesto, l'individuo sviluppa una profonda sfiducia verso le emozioni e le intenzioni altrui, decidendo di ribellarsi con tutti i mezzi a disposizione. La ricerca di affermazione si traduce in un tentativo di dimostrare la propria forza e determinazione a prevalere. Questa lotta, che può essere vista sia come un atto di autodifesa sia come un desiderio di rivalsa, rappresenta un grido silenzioso di protesta, alimentato da ferite emotive che il tempo non riesce a sanare.

Allontanarsi dagli altri: questa modalità si traduce in un distacco emotivo, in cui l'individuo si isola per evitare il conflitto e proteggere la propria indipendenza [7]. La persona può enfatizzare l'autosufficienza e rifiutare il coinvolgimento affettivo come modalità di difesa dalla vulnerabilità [4]. Chi si allontana dagli altri non desidera far parte del gruppo né entrare in conflitto, preferendo mantenersi a distanza. Si percepisce come distante, un estraneo in un mondo che non riesce a comprendere e che, a sua volta, non lo fa sentire compreso. In assenza di odio, prevale un senso di disconnessione e indifferenza. Così facendo, l'individuo si rifugia in un universo tutto suo, costruito attorno a ciò che gli procura conforto: la natura, i propri passatempi, i libri e i sogni. Questa dimensione privata e silenziosa gli consente di sentirsi libero e, forse, di ritrovare un po' di pace interiore.

Amori

Naranjo [1], nella sua ultima elaborazione teorica, esplora la tripartizione della mente umana ispirandosi al modello tricerebrale proposto da Paul MacLean [8]. Quest'ultimo distingue tra cervello rettiliano (associato agli istinti), cervello limbico (responsabile delle emozioni) e neocorteccia (sede del pensiero razionale). Sebbene questo modello neuroanatomico sia considerato parzialmente superato, Naranjo [1] lo utilizza come base per interpretare la struttura psicologica umana in termini di tre funzioni principali: istintiva, emotiva e cognitiva.

Albert [9] offre un'altra visione di questa tripartizione, ipotizzando la presenza di una sorta di "famiglia interiore" e descrivendo tre "persone interiori" (padre, madre e figlio) come forze intrapsichiche che influenzano la nostra psiche. Sebbene Totila Albert non abbia mai trattato direttamente il modello dell'Enneagramma, alcune sue formulazioni teoriche sono state riprese da Naranjo e poste in dialogo con la struttura dei caratteri, come chiavi di lettura delle dinamiche affettive e motivazionali. Secono Naranjo, la configurazione appena descritta rispecchierebbe le dinamiche di potere e repressione interne, con il "padre" autoritario che sopprime il nucleo emotivo e istintivo, favorendo il predominio della mente razionale, predominio tipico della cultura patriarcale.

Naranjo mette in relazione questa visione con la tripartizione freudiana della psiche in Es, Io e Super-io, dove il Super-io corrisponde al "padre", l'Es al "figlio" e l'Io alla "madre" [1, 10].

Naranjo va oltre, associando ciascuna di queste tre persone interiori a specifiche forme di amore: l'amore del "padre interiore" è ammirativo e valorizzativo; quello della "madre interiore" è empatico e compassionevole; l'amore del "figlio interiore" si concentra sul piacere e la soddisfazione istintiva. Tale articolazione permette una comprensione nuova e più profonda delle dinamiche affettive e motivazionali all'interno dei diversi tipi

e sottotipi dell'Enneagramma. Questa prospettiva suggerisce che le modalità di interazione di tali figure interiori siano centrali nella definizione del carattere, esprimendo un contrappunto tra le forze dominanti e i bisogni affettivi.

Amore benevolo: è l'amore materno, che culmina nella compassione e si esprime attraverso protezione e generosità. Spinge la persona al sacrificio, è un amore universale che si estende oltre i legami familiari. Risiede nel sistema limbico del cervello (cervello mammifero) e trova il suo massimo esempio nell'amore cristiano. Tuttavia, la cultura cristiana, enfatizzando la sofferenza e la compassione obbligata, ha spesso relegato il piacere e l'istintività in secondo piano, portando a una falsa bontà e a un distacco dal corpo e dalla gioia.

Amore erotico: è l'amore del figlio, legato al desiderio e alla ricerca del piacere, tipico della tradizione greco-romana. È associato al cervello rettiliano, la parte più antica e istintiva. A differenza dell'amore materno, che si prende cura e dona, questo amore desidera e chiede. Nella cultura greco-romana l'amore erotico era valorizzato, ma con una scarsa attenzione verso la bontà e la compassione.

Amore ammirativo: è l'amore del padre, collegato all'amicizia, alla stima e all'adorazione. Rappresenta la *philia* (termine greco che viene tradotto comunemente come amicizia, affetto o amore fraterno) e si basa sull'apprezzamento delle qualità morali e spirituali dell'altro. Si sviluppa nella neocorteccia (cervello intellettuale) e porta il bambino a imitare il padre, simbolo di autorità e crescita personale. L'amore ammirativo è anche alla base dei legami d'autorità e del desiderio di emulare ciò che consideriamo di valore, culminando nella devozione e nell'adorazione verso ideali superiori o spirituali.

Funzione e produzione del carattere

Nel contesto dell'Enneagramma, è possibile suddividere i caratteri in tre macrocategorie: quelli centrati sul pensiero (contraddistinti da un generale atteggiamento di avversione), sull'azione (centrati sul "fare" e tendenzialmente poco interessati alla consapevolezza del proprio sentire e pensare) e sul sentimento (che Naranjo chiama anche "iperdesidersosi").

I caratteri orientati al pensiero tendono a mantenere una certa distanza emotiva dall'altro, evitando situazioni relazionali cariche dal punto di vista affettivo. La loro attenzione è indirizzata più verso una conferma della propria esistenza che verso un coinvolgimento passionale, come descritto dal concetto di *mirroring* di Kohut [11], dove l'altro funge da "specchio" confermante.

I caratteri centrati sull'azione, invece, concepiscono la vita come un flusso continuo di attività e decisioni. L'azione diviene uno strumento per esercitare potere, che può spaziare dall'ambito militare a quello assistenziale. Qui, l'attenzione ricercata è quella di compagni d'avventura, configurando la relazione con l'altro come un legame paritario o gemellare, un fenomeno descritto come *twinship transference* [12].

Infine, i caratteri centrati sul sentimento vedono nell'amore dell'altro l'elemento centrale e idealizzato, tendendo a investire l'altro di un potere speciale capace di conferire senso alla propria esistenza. Questa relazione affettiva, in ambito transferale, assume una dimensione idealizzata [13], orientata verso la ricerca di un oggetto d'amore totalizzante.

Questa tripartizione concettuale si inserisce nel quadro teorico delineato da Naranjo [1], che suddivide i caratteri in base a differenti modalità di organizzazione del carattere. È ipotizzabile che da diversi tipi di organizzazione emergano specifiche funzioni e che ogni enneatipo sia contraddistinto da una funzione predominante che si manifesta come stile comportamentale e automatismo relazionale. In questo lavoro il termine "funzione" non viene usato nel senso tradizionale e spirituale proposto da Ichazo o Gurdjieff, ma come modalità psichiche adattive e ricorrenti che si manifestano nel racconto soggettivo dell'esperienza, secondo un'ottica fenomenologica e osservativa.

Sebbene queste funzioni siano inizialmente concepite per facilitare l'adattamento all'ambiente, esse finiscono per diventare elementi limitanti, riducendo la flessibilità dell'individuo.

Partendo da questo presupposto, Quattrini [14] propone la presenza di nove funzioni psichiche, corrispondenti a diverse modalità con cui l'individuo interagisce e si adatta al proprio contesto, descrivendo le modalità attraverso cui ciascun enneatipo interagisce con il proprio ambiente, evidenziando come queste dinamiche

possano influenzare profondamente le esperienze individuali e le relazioni interpersonali:

- **funzione normativa:** questa funzione spinge l'individuo a strutturare il proprio ambiente secondo principi di ordine e organizzazione, contribuendo a una percezione di controllo e di stabilità. Gli individui che la manifestano tendono a organizzare l'ambiente secondo schemi predefiniti, attribuendo a ciascun elemento un ruolo preciso e riflettendo un'idea di armonia e struttura;
- **funzione autostima:** rappresenta la capacità di percepirsi come degni e meritevoli di apprezzamento, promuovendo l'autonomia nella soddisfazione dei propri bisogni e contribuendo a un'immagine positiva di sé. Tuttavia, un'eccessiva dipendenza da questa funzione può ostacolare il riconoscimento delle proprie vulnerabilità, limitando la capacità di introspezione;
- **funzione autorappresentazione:** definisce la capacità di presentarsi adeguatamente nel contesto sociale, facilitando l'integrazione e il riconoscimento del proprio valore. Quando questa funzione è inflazionata, può portare a un'eccessiva esposizione e a una costante ricerca di riconoscimento, che rischia di mettere in secondo piano l'autenticità e la profondità delle relazioni con gli altri e con sé stessi, privilegiando l'apparenza a scapito della sostanza;
- **funzione autoalleanza:** spinge l'individuo a difendere i propri bisogni e a reagire di fronte a percepite ingiustizie. Questa funzione è associata a un senso di autosufficienza e protezione dell'autostima, ma può sfociare in atteggiamenti di risentimento e iper-protezione, ostacolando la capacità di gestire le relazioni in modo equilibrato;
- **Funzione analitica:** consente di scomporre le esperienze e le situazioni nelle loro componenti costitutive, facilitando l'elaborazione critica e la comprensione. Tuttavia, un uso eccessivo di questa funzione può condurre a iperanalisi e frammentazione, con il rischio di perdere la visione d'insieme e l'efficacia dell'intervento;
- **funzione autodifensiva:** orientata alla previsione di minacce e alla protezione del sé, si manifesta nella costruzione di reti complesse di relazioni causa-effetto, volte a prevenire rischi e a garantire sicurezza. Un eccesso di questa funzione può condurre a un atteggiamento ipercontrollante e a una percezione di costante minaccia;
- **funzione di evitamento:** consente di prevenire conflitti e tensioni attraverso la fuga o l'adattamento strategico a situazioni scomode. Essa agisce come meccanismo di difesa per mantenere la serenità e il benessere, ma un'eccessiva attivazione può limitare l'individuo nella gestione efficace delle situazioni conflittuali;
- **funzione territoriale:** fondamentale per la gestione della proprietà e delle relazioni, consente di delineare confini chiari e di garantire stabilità nel proprio contesto. È alla base del comportamento di difesa dello spazio fisico e psicologico, ma un suo squilibrio può portare a dinamiche possessive e conflittuali;
- **funzione omeostatica:** orientata al mantenimento dell'equilibrio interno e della stabilità nelle relazioni, spinge l'individuo a evitare conflitti e a conformarsi alle aspettative altrui, sacrificando i propri desideri. Pur garantendo una certa armonia sociale, un uso eccessivo di questa funzione può risultare in una rinuncia alla propria autenticità e a un progressivo isolamento dai propri bisogni.

IPOTESI DI RICERCA

Lo scopo di questa ricerca è far emergere delle invarianti di senso e di significato dalla narrazione autobiografica prodotta dal partecipante alla ricerca. Cercheremo di individuare, lungo la storia di vita riportata nel testo autobiografico, tracce dei cosiddetti vettori relazionali [3], dei tipi di amore [1] e delle funzioni psichiche che vivono entro ogni enneatipo [14]. L'approccio di analisi dei dati grezzi (la narrazione autobiografica) seguirà i passaggi suggeriti dall'analisi del testo ispirata all'analisi fenomenologico-esistenziale [15] e la Grounded Theory [16]. Questo permetterà di estrapolare dai testi sia elementi di senso sia di significato.

METODOLOGIA

Lo studio che proponiamo prenderà in esame una autobiografia prodotta da un partecipante ai percorsi Seeker After Truth

[17, 18], che si è poi riconosciuto, durante il proprio percorso, in uno specifico enneatipo e sottotipo. Trattandosi di un disegno di ricerca pilota a carattere esplorativo, è prevista una singola raccolta dei dati: la sola autobiografia.

Abbiamo effettuato un'analisi del testo tematica [19] per estrapolare dall'autobiografia i codici che abbiamo poi collocato all'interno delle varie tematiche corrispondenti alle ipotesi di ricerca.

Codifica delle parti

Si utilizza una procedura di codifica iterativa, svolta in gruppo attraverso il cosiddetto "metodo dei tre giudici" [20]. Ogni volta che viene individuata una porzione di testo rilevante per la narrazione, il gruppo discute sull'etichetta da assegnare. La discussione si conclude quando almeno due terzi del gruppo raggiungono un accordo. L'analisi procede in tre stadi:

- **codifica iniziale:** il testo viene suddiviso in unità significative e a ciascuna viene assegnata un codice che ne esprima il senso. Questa fase utilizza ampiamente la riduzione fenomenologica [21], dove si analizzano i dati senza sovrapporre interpretazioni teoriche preesistenti. Le etichette assegnate sono quanto più possibile vicine al linguaggio di chi ha scritto il testo in esame, per evitare derive interpretative [22];
- **comparazione, riorganizzazione e saturazione:** i dati grezzi e i codici individuati vengono continuamente confrontati e riorganizzati in un processo iterativo. I codici vengono rivisti alla luce del contesto testuale e di ciò che è emerso nella fase precedente. Questo processo consente di sviluppare concetti più complessi, progressivamente più integrati tra loro. Si esplorano le relazioni tra i diversi codici, arrivando a un punto di saturazione: il momento in cui ulteriori analisi non producono nuove informazioni significative [23].

Prima di procedere alla fase successiva, ossia la convergenza verso la teoria, si rivedono i passaggi precedenti alla luce delle domande di ricerca (Tabella 1, 2, 3). Questo permette di identificare categorie, accorpare codici e eliminare quelli ridondanti o non pertinenti, quindi poco utili alle nostre domande di ricerca.

Convergenza verso la teoria

Il processo di analisi culmina nella traduzione dei risultati nel linguaggio teorico specifico della nostra ricerca. Codici e categorie vengono consolidati nei gruppi definiti dalle ipotesi, adottando così un approccio induttivo in cui la teoria emerge dai dati, anziché essere imposta a priori [24].

RISULTATI

La distribuzione delle frequenze dei codici (Figura 1) offre una prima impressione sul testo analizzato. Il numero totale dei codici univoci creati è pari a 40, con una somma complessiva delle loro

Tabella 1. Vettori relazionali.

Temi (ipotesi di ricerca)	Categorie (domande di ricerca)
ANDARE VERSO GLI ALTRI	Sottomissione e compiacenza Fusione e sacrificio dei propri bisogni Ricerca di connessione e appartenenza Appoggio a figure forti e accettazione della fragilità
ANDARE CONTRO GLI ALTRI	Ostilità e aggressività Ricerca di potere e controllo Sfiducia verso gli altri Autodifesa e rivalsa
ANDARE VIA DAGLI ALTRI	Distacco emotivo Autosufficienza e isolamento Disconnessione dal mondo Universo privato

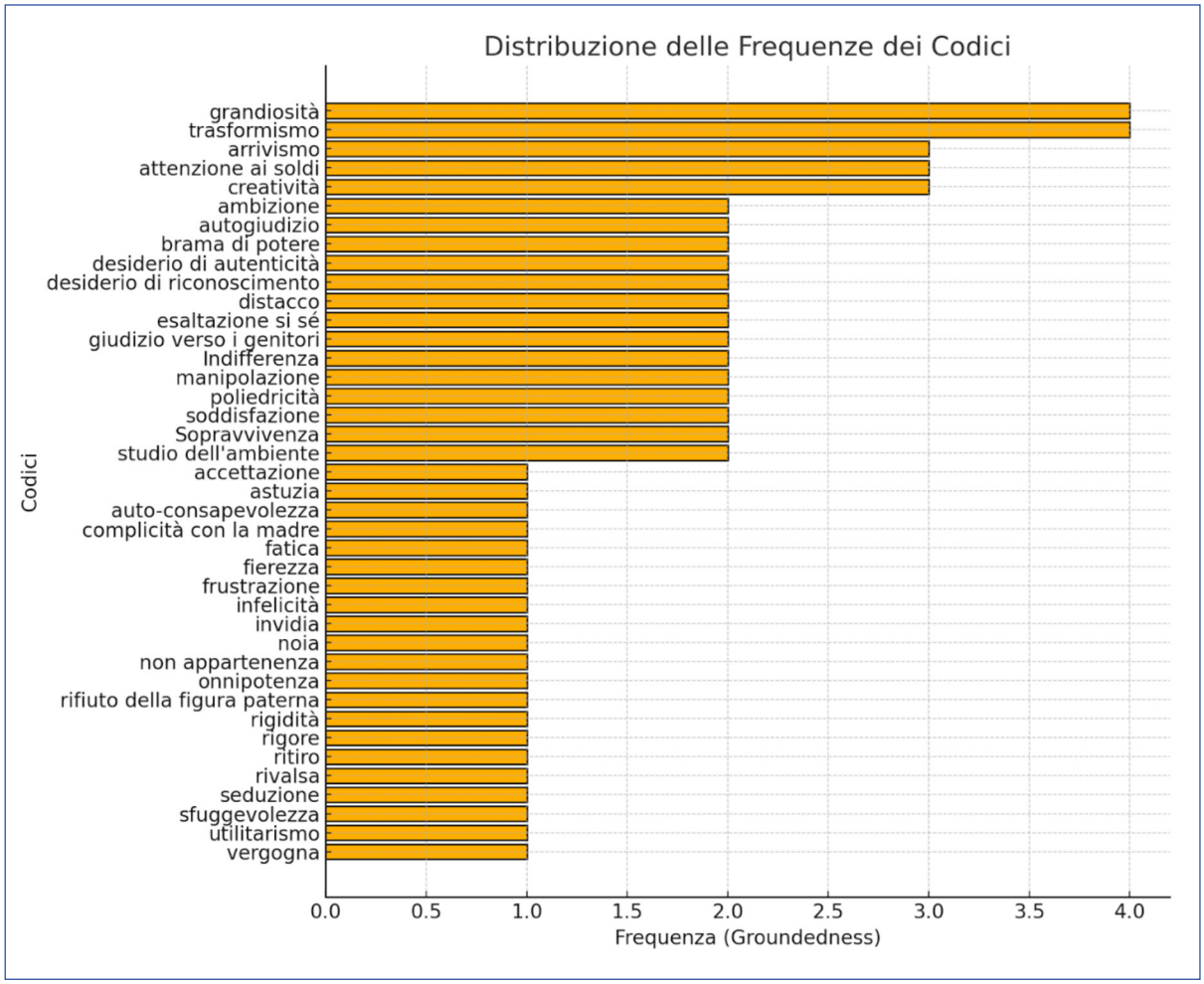


Figura 1. Distribuzione delle frequenze dei codici applicati alla autobiografia.

frequenze pari a 66. La varietà di codici rilevati suggerisce una narrazione complessa che esplora diverse sfaccettature della personalità dell'autore. Dall'autobiografia emerge un'immagine di sé segnata da ambizione, adattabilità e un senso di superiorità rispetto alle sfide. La forte presenza di temi come "grandiosità" e "trasformismo" rivela una consapevolezza della propria capacità di reinventarsi e di adattarsi, in risposta a pressioni esterne. L'interesse per le risorse economiche riflette una visione pragmatica della realtà, accompagnata dalla dimensione espressiva della creatività. Insieme all'arrivismo, questi aspetti lasciano

Tabella 2. Tipi di amore.

Temi (ipotesi di ricerca)	Categorie (domande di ricerca)
AMORE BENEVOLO	Amore materno Amore compassionevole Valore della sofferenza
AMORE EROTICO	Amore del figlio Amore richiedente Valore del piacere
AMORE AMMIRATIVO	Amore paterno Atteggiamento contemplativo Emulazione

Tabella 3. Funzioni caratteriali.

Temi (ipotesi di ricerca)	Categorie (domande di ricerca)
FUNZIONE NORMATIVA	Organizzare e ordinare Rigidità normativa
FUNZIONE AUTOSTIMA	Autovalutazione positiva Sopravvalutazione di sé
FUNZIONE AUTORAPPRESENTAZIONE	Immagine consapevole Esibizionismo
FUNZIONE AUTOALLEANZA	Difesa dei propri interessi Rancore e risentimento
FUNZIONE ANALITICA	Distinzione critica Compulsione all'analisi
FUNZIONE AUTODIFENSIVA	Protezione cautelativa Ipervigilanza
FUNZIONE DI EVITAMENTO	Gestione adattiva dei conflitti Elusione sistematica
FUNZIONE TERRITORIALE	Salvaguardia del proprio spazio Possessività eccessiva
FUNZIONE OMEOSTATICA	Equilibrio relazionale Auto-negazione

intravedere una prospettiva competitiva della vita, orientata verso obiettivi di status e riconoscimento.

Correlazioni tra codici

L'analisi delle correlazioni emerse nell'autobiografia (Tabella 4) rivela una personalità sfaccettata, che utilizza diverse strategie per affrontare il mondo. L'esaltazione di sé e la sensazione di onnipotenza, fortemente legate tra loro, suggeriscono una visione di sé narcisistica o idealizzata, che potrebbe servire come meccanismo di difesa contro le insicurezze o come giustificazione per alcune scelte di vita. La presenza della sopravvivenza, associata sia all'astuzia che alla seduzione, riflette un atteggiamento orientato alla capacità di affrontare e superare le difficoltà, lasciando immaginare una certa difficoltà del rapporto della persona con il suo ambiente. Astuzia e seduzione sembrano essere importanti risorse personali per gestire situazioni sfidanti, come in un contesto di competizione sociale. Al contempo, la coesistenza di ambizione e invidia denota un'esperienza di crescita costellata di confronti e aspirazioni non sempre serene, dove il desiderio di affermazio-

Tabella 4. Analisi delle correlazioni emerse nell'autobiografia.

Codice 1	Codice 2	Correlazione	Errore Standard	Media Codice 1	Media Codice 2	Varianza Codice 1	Varianza Codice 2	*p*-value di Pearson
Esaltazione di sé	Onnipotenza	0,91935	0,02511	0,2	0,2	0,31795	0,31795	$p < 0{,}001$
Astuzia	Seduzione	0,91935	0,02511	0,3	0,3	0,31795	0,31795	$p < 0{,}001$
Creatività	Poliedricità	0,90504	0,02935	0,3	0,225	0,62564	0,38397	$p < 0{,}001$
Astuzia	Sopravvivenza	0,84738	0,04574	0,3	0,35	0,31795	0,3359	$p < 0{,}001$
Seduzione	Sopravvivenza	0,84738	0,04574	0,3	0,35	0,31795	0,3359	$p < 0{,}001$
Ambizione	Invidia	0,78754	0,06161	0,275	0,175	0,35833	0,14808	$p < 0{,}001$
Astuzia	Autogiudizio	0,78677	0,0618	0,3	0,225	0,31795	0,23013	$p < 0{,}001$
Astuzia	Distacco	0,78347	0,06264	0,3	0,375	0,31795	0,44551	$p < 0{,}001$
Distacco	Seduzione	0,78347	0,06264	0,375	0,3	0,44551	0,31795	$p < 0{,}001$

ne è accompagnato dal peso del paragone con gli altri. L'intreccio di ambivalenze tra autoaffermazione, autogiudizio e distacco emotivo suggerisce un'identità stretta tra vulnerabilità e potere, in costante ricerca di riconoscimento e controllo sul mondo.

Distribuzione delle frequenze dei codici nei temi

Nella Tabella 5 sono presentati i risultati ottenuti riguardo al processo di convergenza verso la teoria. Ogni codice, identificato e analizzato come descritto, è stato collegato alle domande di ricerca (temi). Questa tabella fornisce una panoramica completa dei temi e delle variabili rilevanti emerse dal testo. Sono stati inclusi soltanto i temi contenenti codici pertinenti.

In Figura 2, invece, possiamo apprezzare la distribuzione dei codici suddivisi per tema. Osservando la distribuzione possiamo identificare le aree tematiche maggiormente rappresentate, mettendo in evidenza le interconnessioni che emergono tra i principali temi trattati. La predominanza del vettore "andare contro" rivela una strategia relazionale incentrata sul potere e sul controllo, con cui l'autore sembra fronteggiare un'insicurezza di fondo attraverso una postura aggressiva e rivendicativa. Questo approccio, sostenuto dalla funzione di autostima, costruisce un'immagine di sé forte e autosufficiente, dove il conflitto con gli altri appare funzionale a mantenere una percezione di valore personale. A questa modalità si affianca l'orientamento "andare via dagli altri" e la funzione di evitamento, che mostrano una tendenza a isolarsi e mantenere la propria indipendenza come difesa dai rischi emotivi e da conflitti aperti.

L'autore dell'autobiografia sembra impegnarsi a costruire un'immagine di sé curata, pensata per garantirsi protezione dalle critiche e procurarsi un senso di riconoscimento sociale, come testimoniato dall'alto numero di codici che confluiscono dentro il tema "autorappresentazione". L'amore erotico, benché meno centrale, introduce una componente di desiderio istintivo e appagamento personale, contrastando con il tono difensivo generale. La scarsa presenza di temi come amore benevolo riflette una narrazione focalizzata sull'autosufficienza e sul potere, più che sulla connessione empatica.

Nel complesso, l'autobiografia appare dominata da una necessità di autoconfer-

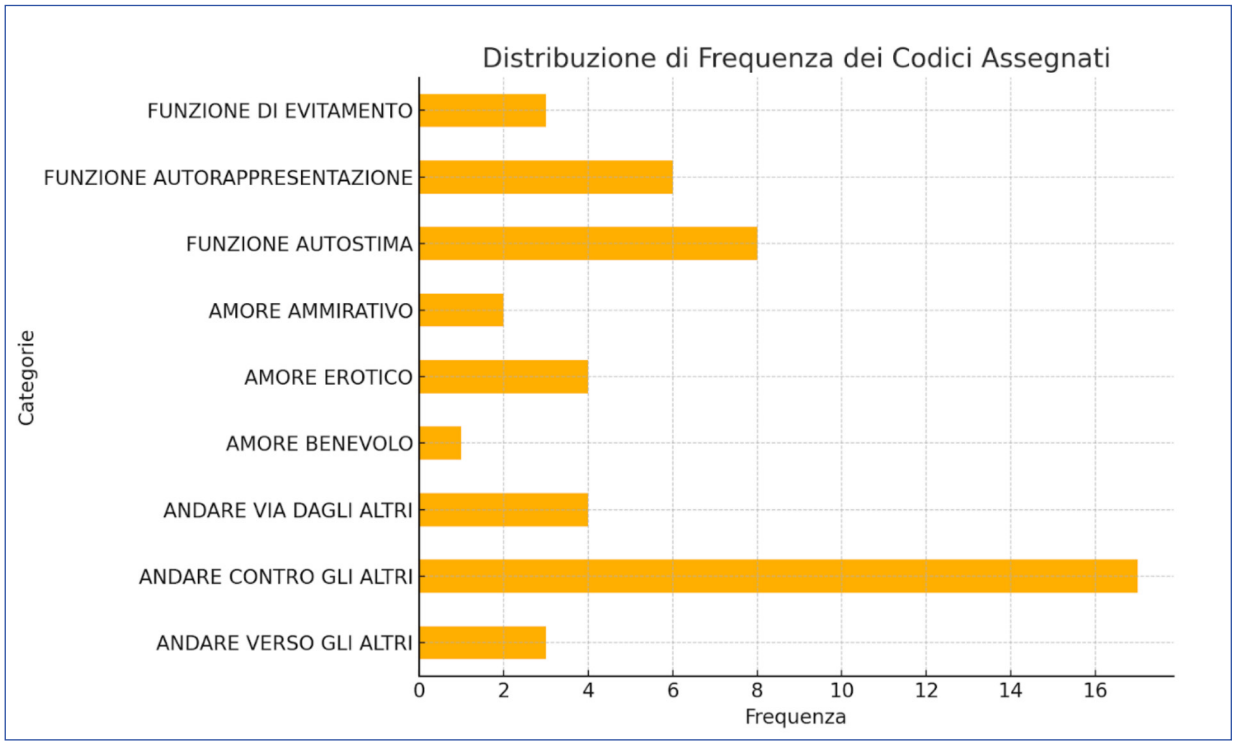


Figura 2. Distribuzione delle frequenze dei codici nei temi.

Tabella 5. Temi e codici.

ANDARE VERSO GLI ALTRI	Complicità con la madre Non appartenenza Desiderio di riconoscimen-to
ANDARE CONTRO GLI ALTRI	Arrivismo Trasformismo Utilitarismo Brama di potere Grandiosità Manipolazione Onnipotenza Seduzione Giudizio verso i genitori Grandiosità Rifiuto della figura paterna Ambizione Attenzione ai soldi Brama di potere Invidia Rivalsa
ANDARE VIA DAGLI ALTRI	Distacco Noia Studio dell'ambiente Ritiro
AMORE BENEVOLO	Complicità con la madre
AMORE EROTICO	Invidia Non appartenenza Sopravvivenza Trasformismo
AMORE AMMIRATIVO	Ambizione Desiderio di riconoscimen-to
FUNZIONE AUTOSTIMA	Ambizione Creatività Fierezza Poliedricità Soddisfazione Arrivismo Astuzia Grandiosità
FUNZIONE AUTORAPPRESENTAZIONE	Autogiudizio Desiderio di autenticità Desiderio di riconoscimen-to Esaltazione si sé Manipolazione Seduzione
FUNZIONE DI EVITAMENTO	Indifferenza Noia Sfuggevolezza

ma e protezione, in cui la persona si racconta come individualista e orientata al controllo, restando distante dagli attaccamenti profondi.

Analisi delle co-occorrenze dei temi

L'analisi della matrice di co-occorrenza dei temi nell'autobiografia evidenzia una struttura narrativa dominata da schemi di potere, controllo e autodifesa. La frequente associazione tra "andare contro gli altri" e la funzione di autostima suggerisce che l'autore utilizzi l'autoaffermazione aggressiva come strategia per rafforzare il proprio valore personale, percependo il potere sugli altri come conferma di sé. Allo stesso modo, la co-occorrenza con la funzione di autorappresentazione indica

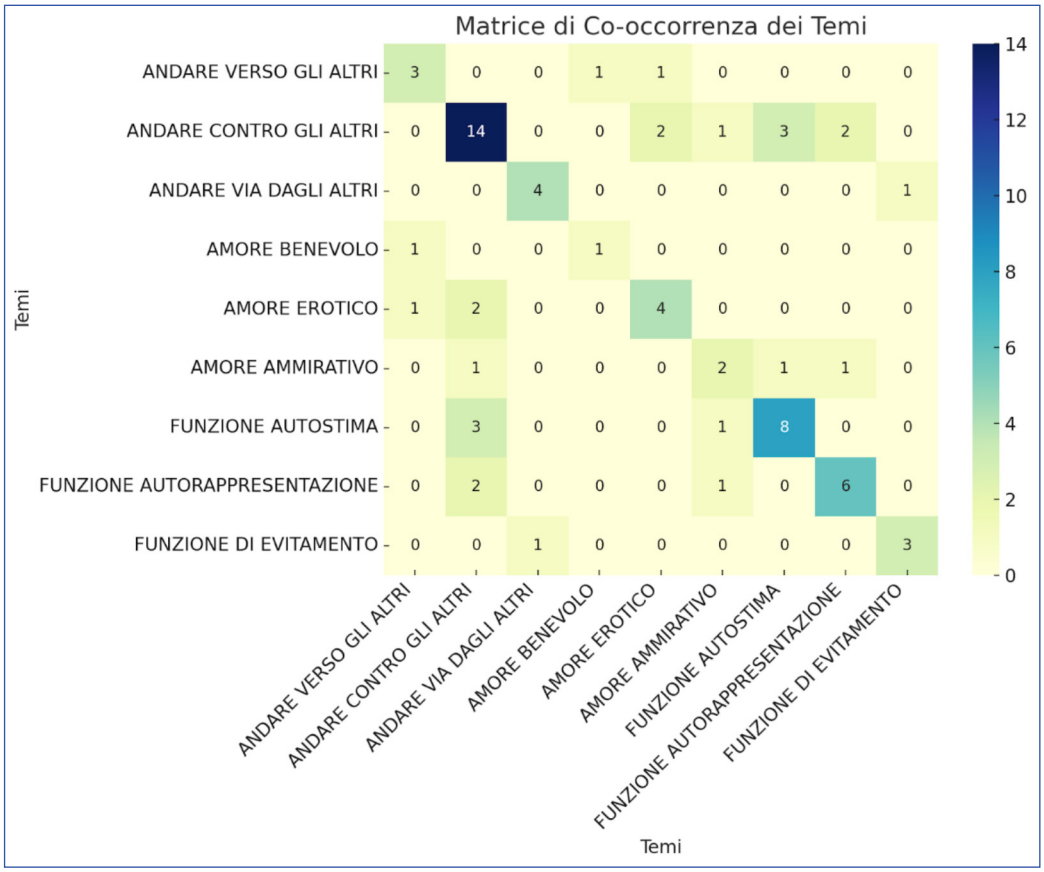


Figura 3. Matrice delle co-occorrenze dei temi.

una proiezione sociale dominante e difensiva, mirata a proteggere l'immagine identitaria. L'associazione tra amore erotico e atteggiamento ostile mostra una dimensione ambivalente del piacere, vissuto sia come desiderio istintivo sia come elemento da gestire con distacco e controllo. Inoltre, la combinazione moderata di autostima e amore ammirativo suggerisce che l'autore cerca talvolta conferme attraverso l'idealizzazione altrui. Temi come "amore benevolo" e "funzione di evitamento" appaiono meno rilevanti, indicando una minore enfasi su compassione e equilibrio. Nel complesso, la matrice di co-occorrenza riflette una narrazione centrata su autoconferma e autoprotezione, con una predilezione per la rivalità e il consolidamento di una posizione di forza piuttosto che per la connessione e l'accettazione reciproca.

Dendrogramma dei temi

Il dendrogramma è stato impiegato per analizzare le somiglianze tra i temi e i codici associati a ciascun tema, consentendo di visualizzare i raggruppamenti e le affinità presenti nell'autobiografia. Il cluster relazionale e compassionevole, contenente temi come "andare verso gli altri" e "amore benevolo", suggerisce che la compassione e la vicinanza affettiva, pur raramente espresse, sono presenti come tentativi di connessione e supporto. Il cluster di autostima e autorappresentazione mostra invece una costruzione dell'identità orientata al controllo dell'immagine pubblica e alla ricerca di validazione esterna. L'autostima si consolida attraverso il riconoscimento e l'approvazione degli altri, come evidenziato anche dalla presenza, all'interno di questo cluster, dell'amore ammirativo. Inoltre, il cluster di potere e controllo, centrato sull'orientamento a 'andare contro gli altri,' suggerisce che l'autore vede nel confronto e nella sfida un mezzo per affermarsi, sostenendo indirettamente la propria identità e immagine sociale. Questo approccio sembra accompagnarsi anche a una componente di bisogno di piacere, come evidenziato dalla presenza dell'amore erotico all'interno di questo cluster.

Parallelamente, il cluster di distacco ed evitamento indica una modalità difensiva più passiva, in cui il distacco emotivo e l'allontanamento sono usati per evitare conflitti e proteggersi da coinvolgimenti affettivi profondi. Questo insieme di cluster rivela che l'autore affronta ansia e incertezza principalmente attraverso l'affermazione dell'immagine di sé e l'isolamento emotivo. I temi compassionevoli, come l'amore benevolo e l'affiliazione, rimangono isolati e poco integrati, suggerendo che questi aspetti affettivi sono presenti ma marginali rispetto alle strategie dominanti di protezione del sé e di controllo. In sintesi, il dendrogramma mette in luce una narrativa di sé focalizzata sull'autoconservazione e sull'autoaffermazione, con aperture relazionali e compassionevoli limitate e contenute all'interno di una struttura prevalentemente orientata alla difesa e al mantenimento della propria autonomia.

DISCUSSIONE

L'analisi delle frequenze e delle correlazioni dei temi nell'autobiografia rivela una struttura complessa, incentrata su ambizione, autodifesa e controllo dell'immagine di sé. La predominanza di elementi come grandiosità e trasformismo suggerisce una spinta decisa verso la capacità di adattarsi e la crescita personale, accompagnata da un approccio pragmatico alle risorse economiche e da una visione di sé focalizzata su proattività e autonomia. I cluster individuati mostrano come l'autore dell'autobiografia alterni una strategia di affermazione sociale, guidata dal bisogno di controllo e riconoscimento, a un distacco emotivo volto a proteggere la propria vulnerabilità, limitando l'apertura e la connessione empatica. Questo uso narrativo e clinico dell'Enneagramma è coerente con la visione originaria proposta da Naranjo in Enneatype [25], dove il lavoro sui tipi viene costantemente intrecciato con il processo terapeutico e con l'osservazione delle configurazioni difensive nel racconto di sé.

L'uso delle co-occorrenze e delle correlazioni evidenzia inoltre una tendenza caratteriale costruita sulla rivalità e sul confronto, in cui l'autorappresentazione diviene

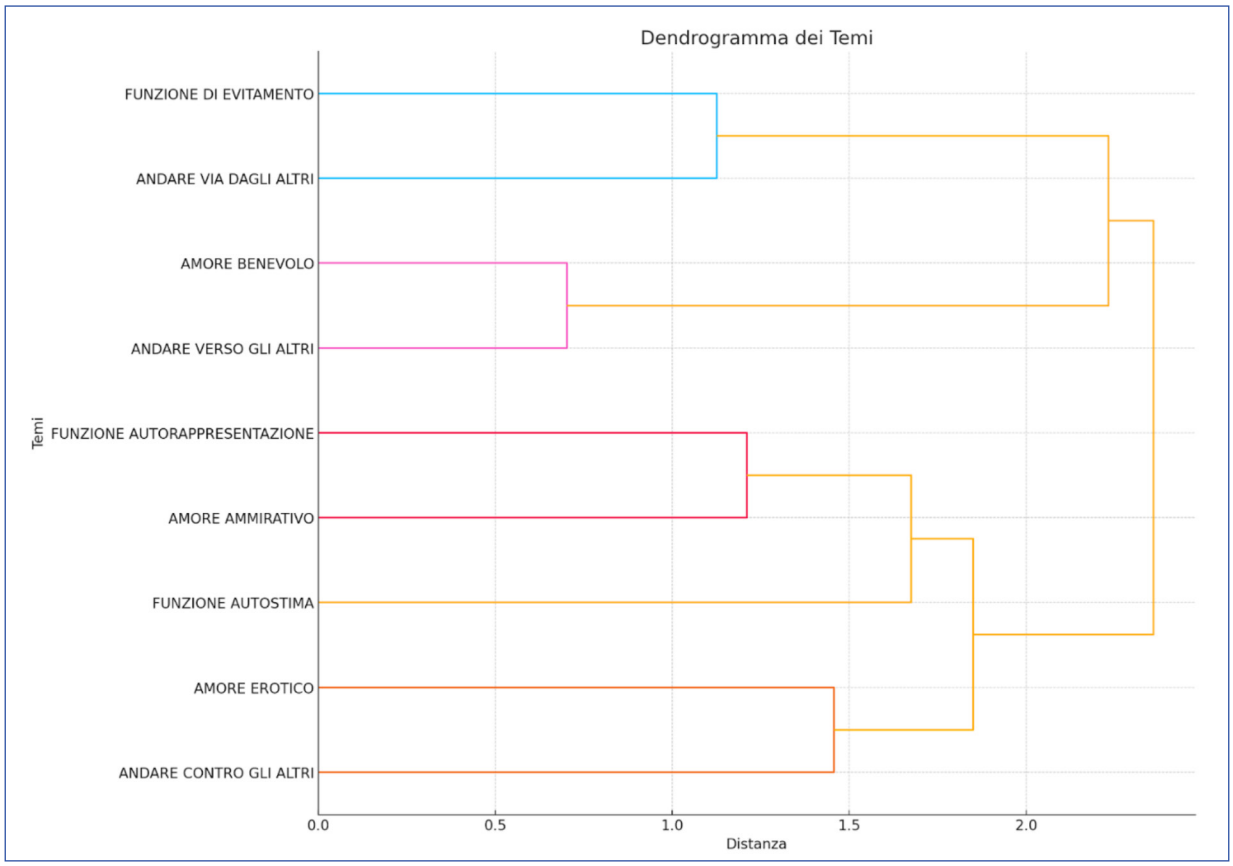


Figura 4. Dendrogramma dei temi.

uno strumento per rafforzare l'autostima e il senso di valore personale. Le associazioni tra ostilità e autostima riflettono una difesa attiva, con interazioni spesso vissute come sfide per consolidare l'immagine di sé. Parallelamente, la funzione di evitamento e il cluster di distacco suggeriscono un isolamento emotivo volto a minimizzare i rischi di vulnerabilità, mantenendo un senso di indipendenza protettivo e limitando la possibilità di legami significativi. L'autobiografia risulta quindi dominata dalla ricerca di sicurezza e controllo, con una preferenza per l'autoaffermazione e la salvaguardia dell'autonomia. Sebbene siano presenti aspetti relazionali e compassionevoli, come l'amore benevolo, questi rimangono marginali rispetto a una struttura difensiva focalizzata sul consolidamento della propria percezione di sé. Nel complesso, emerge una personalità orientata al confronto e alla costruzione di una posizione di forza, relegando in secondo piano le dimensioni affettive e l'apertura verso gli altri.

CONCLUSIONI

Questo studio ha cercato di esplorare come i vettori relazionali, le modalità d'amore e le funzioni caratteriali dell'Enneagramma possano emergere e intrecciarsi nella narrazione di sé, utilizzando l'autobiografia come uno specchio che riflette la complessità dell'identità. Attraverso un'analisi qualitativa dei temi autobiografici, è stato possibile individuare come l'autore si muova tra spinte opposte: dal bisogno di controllo e di autoconferma alla ricerca di significato nelle relazioni. La predominanza dei vettori di "andare contro" e "andare via" rivela una tendenza a costruire la propria identità sia attraverso il confronto sia attraverso il distacco, in un tentativo di preservare una percezione di forza e autonomia. Gli amori presenti, soprattutto nelle forme erotica e ammirativa, mostrano come il desiderio e la ricerca di validazione esterna siano bilanciati da un controllo delle proprie vulnerabilità emotive. Allo stesso tempo, le funzioni caratteriali di autostima, autorappresentazione ed evitamento testimoniano una dinamica costante tra l'affermazione di sé e la difesa dalla possibile intromissione altrui. Questa analisi ha rivelato non solo l'intreccio unico di motivazioni e strategie relazionali dell'autore, ma ha anche evidenziato il potenziale dell'Enneagramma come strumento per comprendere le sfumature del carattere umano. La narrazione autobiografica, attraverso il filtro dei vettori relazionali, degli amori e delle funzioni, offre una prospettiva sulla complessità del sé e delle dinamiche che ci guidano nelle interazioni con gli altri. In definitiva, questo lavoro suggerisce che l'uso delle autobiografie, congiuntamente all'analisi qualitativa, inserito nel contesto dell'Enneagramma, possa fornire nuove chiavi di lettura per esplorare il modo in cui ci raccontiamo e ci interpretiamo. Questo approccio si fonda su una lettura non dogmatica del modello, che considera l'Enneagramma uno strumento euristico per cogliere le invarianti fenomenologiche del racconto di sé, nel rispetto della complessità soggettiva e delle sfumature relazionali che caratterizzano ogni storia.

Conflitto di Interessi

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Naranjo, C. (2021). *Saggi sulla psicologia degli enneatipi*. Astrolabio Ubaldini.
2. Naranjo, C. (2003). *Carattere e nevrosi: Strutture dell'enneagramma nella psicoterapia*. Astrolabio Ubaldini.
3. Horney, K. (1945). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. W. W. Norton & Company.
4. Miller, J. A. (1983). *From Freud to Horney: The psychoanalytic construction of neurosis*. Guilford Press.
5. Paris, B. J. (1994). *Karen Horney: A psychoanalyst's search for self-understanding*. Yale University Press.
6. Kardiner, A., & Preble, E. (1961). *They studied man*. Meridian Books.
7. Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. W. W. Norton & Company.
8. MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. Springer.
9. Albert, T. (1984). *The intrapsychic triad: Father, mother, and child in the human psyche*. Psychological Press.
10. Freud, S. (1923). *The ego and the id*. Hogarth Press.
11. Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic*

treatment of narcissistic personality disorders. International Universities Press.

12. Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* University of Chicago Press.
13. Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
14. Quattrini, P. (2013). *Per una psicologia del carattere*. Giunti.
15. Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, *43*(1), 3-12.
16. Dunne, C. (2011). The place of the literature review in grounded theory research. *International Journal of Social Research Methodology*, *14*(2), 111-124.
17. Naranjo, C. (2024). *L'enneagramma della società: Mali del mondo, mali dell'anima*. Spazio Interiore.
18. Naranjo, C. (2009). *Per una Gestalt viva*. Astrolabio Ubaldini.
19. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.
20. Hill, C. E., Thompson, B. J., & Nutt Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, *25*(4), 517-572. 21. Husserl, E. (1913). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy*. Springer.
22. Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press.
23. Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
24. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications.
25. Naranjo, C. (1994). *Enneatype structures: Self-analysis for the seeker*. Gateways Books.

phenomenajournal

Review of the Literature

Validity and effectiveness of Gestalt Play Therapy: a proposal for defining a shared research protocol

Alfonso Davide Di Sarno[1], Maria Barone[1], Maria De Masis[1], Rita Di Gennaro[1], Irene Fabbricino[1], Anna Asia Forino[1], Jgor Francesco Luceri[2]

[1]SIPGI - Scuola di Psicoterapia Gestaltica Integrata, Torre Annunziata, Italy
[2]SGT - Scuola Gestalt Torino, Italy

ABSTRACT in ITALIANO
Questo studio mira a sviluppare e validare una checklist pratica e valida specifica per misurare l'efficacia del trattamento basato sulla Gestalt Play Therapy. In questo articolo vengono esplorati il concetto di gioco e il suo ruolo nella terapia. A seguito di un'analisi della letteratura della Play Therapy e delle sue applicazioni, sono state rilevate le complessità inerenti alla ricerca in Play Therapy.
Viene proposta la creazione di una checklist specifica per valutare l'efficacia del trattamento basato sulla Gestalt Play Therapy e un protocollo di ricerca condiviso. L'uso di un protocollo condiviso permetterà di implementare i dati relativi alla Gestalt Play Therapy fornendo uno strumento pratico di valutazione per i terapeuti permettendo, allo stesso tempo, di raccogliere prove dei benefici dell'approccio della Gestalt Play Therapy.

Parole Chiave
Gestalt, Gestalt Play Therapy, Play Therapy, Protocollo di ricerca.

ABSTRACT
This study aims to develop and validate a practical and valid checklist specifically for measuring the effectiveness of treatment based on Gestalt Play Therapy.
This article explores the concept of play and its role in therapy. Following a literature review of Play Therapy and its applications, the complexities inherent in Play Therapy research are noted.
The creation of a specific checklist to evaluate the effectiveness of Gestalt Play Therapy-based treatment and a shared research protocol is proposed. The use of a shared protocol will make it possible to implement Gestalt Play Therapy data by providing a practical assessment tool for therapists while at the same time allowing them to gather evidence of the benefits of the Gestalt Play Therapy approach.

Keywords
Gestalt, Gestalt Play Therapy, Play Therapy, Research protocol.

Citation: Di Sarno, A. D., Barone, M., De Masis, M., Di Gennaro, R., Fabbricino, I., Forino, A. A., & Luceri, J. F. Validity and effectiveness of Gestalt Play Therapy: a proposal for defining a shared research protocol. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 7(3), 98–105.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Corresponding Author: Davide Di Sarno, MD;
e-mail: a.davidedisarno@gmail.com

Received: March 12, 2025

Accepted: July 17, 2025

Published: September 17, 2025

Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

INTRODUCTION

Children may face emotional and behavioral challenges that traditional therapy may not effectively address. Play Therapy provides a natural and developmentally appropriate way for children to express themselves and process their experiences.

In this article, Play Therapy—specifically focusing on Gestalt Play Therapy and research in this field—will be explored. Its key principles, therapeutic applications, and the benefits it offers for children's emotional and psychological development will be discussed.

Additionally, we will examine the limitations of current research and potential areas for future study. By exploring this topic, we can gain a deeper understanding of its significance and the need for continued research and innovation in the field.

DEFINITION OF PLAY

The United Nations Human Rights Council has recognized play as a fundamental right of every child, as it is essential for physical, emotional, social, and cognitive development [1]. It represents a key aspect of children's growth and self-expression, making Play Therapy a crucial tool for preventing and addressing childhood problems and difficulties.

Play is a dynamic process that allows children to express themselves spontaneously and personally, connect with others, socialize, and develop their imagination. It is a way to explore and understand both the internal and external world.

Numerous scholars have studied the role and value of play in mental development, including Jean Piaget, Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, and Virginia Mae Axline [2]. Among them, Virginia Axline, considered one of the pioneers of Play Therapy, developed the Child-Centered Play Therapy model. Unlike authors such as Anna Freud and Melanie Klein, who viewed play as a psychoanalytic tool, [3] Axline introduced play as a form of therapy, believing it to be, in itself, a process of healing wounds [4].

In the model developed by Virginia Axline, play is regarded as a meaningful experience through which children—and humans in general—achieve a full expression of themselves. She proposed eight key principles considered essential in Play Therapy: establishing a good communication/relationship, accepting the child as they are, allowing the child to express their feelings, helping the child become aware of their expressed feelings, encouraging the child's belief in their ability to solve problems, non-directive play, allowing the child to progress at their own pace, maintaining safe boundaries in therapy to keep the child connected to reality [5, 6].

One reason why play is not widely incorporated into interventions aimed at promoting children's social and emotional development is its elusive nature. While most people intuitively understand how play differs from non-play, translating this understanding into well-defined, reliably measurable characteristics is challenging [7]. Although there is no universally accepted definition of play, there is general agreement on the characteristics that qualify an activity as play: it must be enjoyable, process-oriented, intrinsically motivated, meaningful, iterative, and child-controlled [8, 9].

Zosh et al. attempted to capture the heterogeneity of children's play experiences by conceptualizing play as a spectrum, with these experiences differing in terms of who initiates the play (adult or child), the degree of direction in the play, and the presence of a learning objective [10].

Child-motivated and child-controlled play is often referred to as free or spontaneous play [11]. Conversely, activities that maintain some degree of playfulness but are not intrinsically motivated or child-controlled are considered "guided" or "goal-oriented" play, meaning they are at least partially directed by an adult. The division between free play and adult-involved play is not rigid; an adult can participate in children's play to introduce academic content without completely taking over the activity.

PLAY THERAPY

Play Therapy is defined as the systematic use of a theoretical model that establishes an interpersonal process in which trained therapists utilize the therapeutic power of play to help children prevent or resolve psychosocial difficulties and achieve optimal growth. Play Therapy is both a psychotherapeutic approach for children and a psychodiagnostics tool [12].

Play Therapy is particularly suitable for preschool and school-aged children, as most children under the age of 11 have not yet fully developed abstract thinking, which is essential for expressing and understanding complex issues, motivations, and emotions [13]. It is especially effective in treating developmental disorders, managing emotional difficulties, and addressing behavioral problems. Research has demonstrated its effectiveness, showing a significant reduction in negative behaviors through its use. However, its application requires proper theoretical training for professionals and an appropriate diagnosis [14].

In Play Therapy, play serves as a medium for communication between the child and the therapist, based on the understanding that children use play materials to express their feelings, thoughts, and experiences either directly or symbolically [15, 16].

Carl Rogers and Virginia Axline, in the humanistic field, emphasized the importance of the "face-to-face" relationship with the child, encouraging the creation of an environment that allows the child to grow at their own pace [17]. In non-directive Play Therapy, the child leads the session, and the relationship with the therapist is key to fostering positive change [18].

Cognitive-behavioral Play Therapy utilizes play to facilitate cognitive changes. By using developmentally appropriate tools [19], it encourages children to adopt different and more adaptive responses to their difficulties, which are then reinforced as models. Group Play Therapy also focuses on managing behavioral problems, habits, or mental disorders in children who play together under the supervision of a therapist. The therapist's role varies from that of a significant guide to a mere observer [20].

RESEARCH IN PLAY THERAPY

The Issue of research in Play Therapy

Play Therapy, as a multidisciplinary intervention for minors, raises questions mainly related to verifying the competencies and professional identity of therapists who use play-based therapy. Due to the legal and ethical complexities involved in working with minors, several authors [21] have highlighted the importance of considering the specific regulatory and ethical framework that governs relationships with children. A key aspect is the role of written informed consent, which should clarify confidentiality, as well as the collaboration between the child and the parents (or legal guardian) [22]. A review of the literature highlights various critical themes within Play Therapy, such as Supervision. Bratton, Landreth, and Homeyer were the first to emphasize the importance of Play Therapy supervision and proposed a model of intensive supervision [23, 24]. Given the non-verbal nature of Play Therapy, supervision experiences that incorporate symbolism, metaphorical play, and art seem to be the most appropriate [25]. The importance of supervision in Play Therapy has also been stressed by Lawrence et al., as countertransference issues are more frequent in therapeutic relationships with children [26]. Another sensitive issue is the effectiveness of Play Therapy. Shelby et al. pointed out that despite an extensive body of literature, the absence of systematic studies leaves room for numerous, yet conflicting, interpretations [27]. For this reason, in 2008, the Center for Disease Control concluded that the effectiveness of Play Therapy was not demonstrable. Specifically, Wethington et al [28]., after reviewing seven interventions for childhood trauma, concluded that the available evidence was insufficient to determine the therapy's effectiveness.

In response to these findings, it has been suggested that empirical research has consistently lagged behind its practice, which is otherwise well established. By supporting this view, Urquiza applied the method proposed by Onken et al. to describe the scientific phases that accompany the development of a valid, scientifically oriented model [29].

Phase 1: Researchers generate new forms of therapy based on clinical theories or research findings. Therapists are trained to implement these therapies on a small scale (e.g., single-case studies), serving as pilot studies.

Phase 2: Clinical trials are conducted to assess the effectiveness of the therapies, analyze their individual components, and test their replicability.

Phase 3: Researchers apply therapies that have demonstrated effectiveness and examine the generalizability of the results [30].

An additional issue in Play Therapy research is that most studies published after 2000 lack essential features required to meet evidence-based criteria, including: control groups, randomized assignment, adequate sample sizes, reliable and valid measurement tools with blind scoring, treatment manuals with fidelity checks, proper therapist training and supervision, specific inclusion/exclusion criteria, and appropriate statistical analyses. Furthermore, the dissemination of Play Therapy research is limited because publications often appear in specialized therapy journals, which are not widely read outside the field of Play Therapy [31].

The most recent review used by the Center for Disease Control classifies various forms of Play Therapy as "probably effective" since at least two valid experiments demonstrated statistical significance compared to a control group, or results were replicated in at least two independent research settings. However, this assessment presents only a partial view of Play Therapy, as it considers the quantity of studies conducted rather than analyzing the strength of therapeutic effects [32].

At the same time, there are encouraging findings regarding the effectiveness of Play Therapy, particularly in humanistic Play Therapy, where no significant differences were found based on the patient's gender, age, or treatment setting. However, due to the small sample sizes in Play Therapy research, it has not been possible to generalize the results or declare Play Therapy as the most effective treatment method [33].

Research in Gestalt Therapy with Children and Adolescents

Regarding Gestalt Therapy research, Stripling [34] collected all available pre- and post-2000 studies on the use of Gestalt Therapy for children and adolescents. Only eight studies were found after 2000, showing promising results.

Due to the scarcity of efficacy studies, institutions such as the American Academy of Pediatrics have not included the Gestalt approach in their list of evidence-based interventions. This finding highlights how the low volume of research on Gestalt Therapy systematically hinders its recognition as a treatment option for children and adolescents.

Gold and Zahm [35] similarly suggested that the lack of research on Gestalt Therapy could potentially threaten the survival of Gestalt Therapy itself. While its foundations and techniques have been adopted by other therapeutic approaches due to their perceived validity, the Gestalt model itself is often questioned due to a lack of research and scientific validation, creating a paradoxical situation.

Studies conducted after 2000 have revealed that Gestalt approaches provide benefits to children and adolescents, including:

1. Creating a space for self-expression of emotions;
2. Developing conflict resolution skills;
3. Establishing positive connections with therapists;
4. Using creative media to reduce depression and enhance well-being;
5. Improving emotional and social communication despite language barriers.

Cook observed that a Gestalt Therapy intervention reduced anxiety and depression while increasing self-esteem [36]. The reported studies describe the use of Gestalt theory in a variety of approaches [37, 38]. The author emphasizes that Gestalt Therapy is still strongly linked to specific experiments or techniques (e.g., topdog-underdog to address polarities, empty chair to resolve unfinished business). However, he argues that the Gestalt orientation, approach, and epistemology are more important than specific techniques [39].

Finally, an essential aspect is the international certification of Play Therapists. For Play Therapy research to meet evidence-based parameters, the components of the treatment must be explicitly defined. Ensuring treatment fidelity includes crucial elements such as: Structured training for therapists, Frequent supervision, Video-recorded sessions, Checklists to ensure treatment fidelity [40].

GESTALT PLAY THERAPY

Gestalt Play Therapy (GPT) differs fundamentally from other currents of Play Therapy and, more generally, from psychotherapy during childhood and adolescence. The development theory in GPT primarily focuses on the concept of the child's Self,

in line with the principle recognized by the infant research movement, which states that the organism is always in a relational and interactive movement, emphasizing the mutual relational intentionality between the child and their caregivers.

The development theory of Gestalt refers to the development of contact between the child and their parental figures, with different levels of contact evolving depending on the child's developmental phase and the quality of parental feedback. Some authors conceive it as a series of circular processes and successive creative adjustments that incorporate various movements of action and reaction, disorganization, and reorganization experienced by the child. Gradually, these contact experiences are assimilated, creating the structure of the Self while also serving as support for new changes. These interactions, or contact episodes, between mother and child develop through orderly processes that lead to the configuration of specific patterns.

The organism functions in an integrated way as the child grows. However, this integration may be interrupted due to difficulties in the natural growth process, physical or psychological pain. Traumatic experiences may force the child into adaptations, adopting behaviors that, although dysfunctional, help maintain control over their experiences and offer protection while simultaneously undermining harmonious growth.

Violet Oaklander was among the first to develop a specific therapeutic process for children and adolescents, based on Gestalt therapy theory and research on infant development. As Mortola highlights, from its origins, Gestalt therapy already incorporated aspects of play, such as expressive techniques like the well-known empty chair technique, the experimental approach, and roleplay. In her foundational book on Gestalt Play Therapy, Oaklander expanded on this tendency, transforming the therapy room into a Playroom. Instead of a therapy based solely on words, expression through play became the core of therapeutic work.

Supporting the child in developing a strong sense of Self involves enhancing sensory modalities, increasing body awareness, and providing mastery experiences. This approach enables the child to experience power and control, allowing them to make statements about themselves and own the projections that emerge from their drawings and stories.

To strengthen the Self, in addition to sensory and bodily experiences, it is necessary to involve different aspects. Specifically, a clearer definition of the Self is needed, encouraging the child to express themselves through various techniques, such as drawings, collages, clay, puppets, music, metaphors, and dreams—any method that helps them focus on themselves. Through this process, they learn and integrate awareness of who they are and who they are not. Honoring the child's thoughts, opinions, ideas, and suggestions is a crucial aspect of strengthening the Self.

Many children fear making even the most minor choices, fearing they might make a mistake. Providing the child with numerous opportunities to make choices is another way to strengthen their inner resilience. Equally important are mastery experiences, often hindered by overprotective parents who do "too much" for the child, thus preventing the necessary struggle, or by rigid parents who do not allow exploration and experimentation. There is a fine line between struggle and frustration, making sensitivity to this balance essential.

Another crucial aspect is awareness of projections. Many Play Therapy techniques are projective in nature. When a child creates a sand scene, draws a picture, or tells a story, they do so by drawing from their individuality and experiences. Often, these expressions metaphorically represent their life, making statements about themselves and their life process. Self-awareness and boundary recognition become intensified. Boundaries and limits are another aspect to integrate. Limits should be clear and appropriate to the child's developmental level, allowing them to explore, experience, and test their boundaries. In therapy sessions, limits and boundaries are well-defined; sessions start and end on time. Respecting these boundaries, children—once they begin to trust the therapist—engage in a power struggle, which is a form of contact interaction where the child, through play, experiences a sense of control. This is an important act of self-assertion.

The final two fundamental aspects of Self-strengthening are playfulness and imagination. Imaginative play is an integral

part of child development. Often, these natural resources are stifled in children who have experienced trauma. Providing ample opportunities for imaginative play is a necessary component of child therapy. Therefore, it is important for the therapist to know how to play with the child.

All these aspects are necessary for the child to approach and understand their aggressive energy, which refers to the energy required for action and a sense of power. To help children express their deep emotions, various creative, expressive, and projective techniques are used. Beyond emotional expression, another goal of this therapeutic process is self-nurturing: helping children accept and actively nurture themselves, taking care of their well-being. Equally important is educating parents about the therapeutic process.

A significant element in Oaklander's work was emphasizing the therapist's characteristics and the type of relationship they must build with the child, rather than solely focusing on therapeutic techniques. The therapist must be spontaneous, fully present in the therapeutic relationship, using all their senses and perceptions. It is essential to accept the child without judgment, exactly as they are. The therapist must also possess knowledge of appropriate child development and have the ability to engage in fun, humor, play, and creativity.

Mortola, in his various works analyzing Oaklander's writings and participating in her training sessions, has theorized a structured theoretical model organized into a coherent series of play stimuli divided into four main phases. The work, fundamentally projective in nature, allows the child, through play and artistic creation, to interact with aspects of the world and themselves in a controlled manner, co-creating a play space with the therapist—a "border region" where the child and all their structures meet the world in its complexity. The proposed method, through deep sensory engagement and environmental contact mediated by the therapeutic relationship, facilitates the child's learning and deeper self-awareness. Therefore, Mortola defines the paradox of Play Therapy, where play becomes real and has a significant impact on the child's life.

CONCLUSION AND RESEARCH PROPOSAL

A systematic analysis of the literature highlights the need for Action-Research studies and tools that can progressively validate Play Therapy as a therapeutic methodology. Although empirically proven effective, there is currently no scientific evidence in Italy confirming its efficacy.

In the context of Gestalt Play Therapy, this gap is particularly evident. While studies present innovative aspects, they lack the systematicity and replicability needed to demonstrate the effectiveness of treatments based on the Gestalt Play Therapy model.

Thus, we propose drafting a shared research protocol to identify the effectiveness elements of Gestalt Play Therapy and confirm its validity. A specific checklist for Gestalt Play Therapy is being developed to evaluate therapy effects according to its model and reference parameters, providing clinicians with a guideline to ensure treatment validity.

The proposed protocol consists of multiple phases. Upon entry, parents will receive self-administered questionnaires to collect data on their child's physiological personal history, adaptation in shared environments, and parental observations of their child's psychological health and behavioral progress.

Various validated assessment tests and scales emerge from literature reviews. Notably, My Child's Play (MCP) is a caregiver self-report questionnaire for children aged 3-9, designed to assess play abilities. Additionally, the Child Behavior Checklist (CBCL) is a behavioral assessment tool for children aged 6-18, used to evaluate emotional and behavioral issues.

After quantitative data collection, a specific checklist will be used during Gestalt Play Therapy sessions to systematically monitor the child's progress over a six-month period, collecting qualitative data to certify and validate the effectiveness of GPT. Statistical analysis of the collected data will aim to validate the checklist through a pilot study with children treated by certified therapists. By systematically completing the checklist, therapists can document improvements, ensuring continuous evaluation and supporting the certification of Gestalt Play Therapy's efficacy.

Conflict of Interest

The authors declare they have no conflict of interest.

REFERENCES

1. Senko, K., & Bethany, H. (2019). Play therapy: An illustrative case. *Innovations in Clinical Neuroscience, 16(5-6), 38.*
2. Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Tzeha, L., Iliadis, C., Frantzana, A., Katsimbeli, A., & Kourkouta, L. (2021). An overview of Play Therapy. *Materia socio-medica, 33(4), 293.*
3. Ramires V. R. (2016). The Intersubjective Nature of Play Development and Its Role in Child Psychoanalytic Psychotherapy. *Frontiers in Psychology, 7, 1783.*
4. Kool, R., & Lawver, T. (2010). Play Therapy: Considerations and applications for the practitioner. *Psychiatry (Edgmont),* 7(10), 19.
5. Axline, V. M. (1947). Nondirective therapy for poor readers. *Journal of Consulting Psychology*, 11(2), 61.
6. Axline, V. M. (2012). *Play Therapy-The inner dynamics of childhood*. Read Books Ltd.
7. Bodrova, E., Leong, D. J., & Yudina, E. (2023). Play is a play, is a play, is a play... or is it? Challenges in designing, implementing and evaluating play-based interventions. *Frontiers in Psychology*, 14, 1034633.
8. Zosh, J. M., Gaudreau, C., Golinkoff, R. M., & Hirsh-Pasek, K. (2022). The power of playful learning in the early childhood setting. *YC Young Children*, 77(2), 6-13.
9. Canning, N. (2012). Exploring the concept of quality play. Implementing Qual. *Improvement Change Early Years*, 75-91.
10. Zosh, J. M., Hirsh-Pasek, K., Hopkins, E. J., Jensen, H., Liu, C., Neale, D., ... & Whitebread, D. (2018). Accessing the inaccessible: Redefining play as a spectrum. *Frontiers in Psychology*, 9, 382140.
11. Hewes, J. (2014). Seeking balance in motion: The role of spontaneous free play in promoting social and emotional health in early childhood care and education. *Children*, 1(3), 280-301.
12. Association for Play Therapy. About play therapy. 2014; 25-11-2018 Retrieved from: http://www.a4pt.org/ps.playtherapy/cfm?ID=1158
13. Piaget, J. (1967). Lo sviluppo mentale del bambino. *Einaudi, Torino.*
14. Hubbuck, C. (2009). *Play for sick children*: *Play specialists in hospitals and beyond*. Jessica Kingsley Publishers.
15. Schaefer, C. E. (Ed.). (2011). *Foundations of play therapy*. John Wiley & Sons.
16. Landreth, G. L. (2012). *Play therapy*: *The art of the relationship*. Routledge.
17. Schaefer, C. E., & Kaduson, H. G. (Eds.). (2007). *Contemporary play therapy: Theory, research, and practice*. Guilford Press.
18. Sheely-Moore, A. I. (2010). Child parent relationship therapy with African American parents. *Child-Centered Play Therapy Research: The Evidence Base for Effective Practice*, 339-353.
19. Knell, S. M. (2015). Cognitive-behavioral play therapy. *Handbook of play therapy*, 119-133.
20. Hall, T. M., Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2002). Fifteen effective play therapy techniques. *Professional psychology: Research and practice*, 33(6), 515.
21. Lawrence, G., & Kurpius, S. (2000). Legal and ethical issues involved when counseling minors in nonschool settings. J*ournal of Counseling & Development*, 78,130-136.
22. Carmichael, K. D. (2006). Legal and ethical issues in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 15(2), 83.
23. Bratton, S., Landreth, G., & Homeyer, L. (1993). An intensive three day play therapy supervision/training model. *International Journal of Play Therapy*, 2(2), 61.
24. Bratton, S., Ray, D., & Landreth, G. (2008). Play therapy. *Handbook of clinical psychology*, 2, 577-625.
25. Homeyer, L.E., & Morrison, M.O. (2008). Play Therapy: Practice, Issues, and Trends. *American Journal of Play*, 1, 210-228.
26. Lawrence, G., & Kurpius, S. E. R. (2000). Legal and ethical issues involved when counseling minors in nonschool settings. J*ournal of Counseling & Development*, 78(2), 130-136.
27. Shelby, J., Ellingsen, R., & Schaefer, C. E. (2015). Play therapy research: Issues for 21st century progress. *Handbook of play therapy*, 561-581.
28. Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., ... & Task Force on Community Preventive Services. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 287-313.
29. Urquiza, A. J. (2010). The future of play therapy: Elevating credibility through play therapy research. *International Journal of Play Therapy*, 19(1), 4.
30. Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 133–142.
31. Kazdin, A. E. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, 66(8), 685.
32. Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatment of disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2017, 46(4), 477499.
33. Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 85.
34. Stripling, T. (2021). Gestalt interventions benefitting children and adolescents: A literature review. *Gestalt Review*, 25(2), 197-220.

35. Gold, E., & Zahm, S. (2008). The need for Gestalt therapy research. *Handbook for theory, research, and practice in Gestalt therapy*, 27-36.
36. Cook, D. A. (1999). *Gestalt treatment of adolescent females with depressive symptoms: A treatment outcome study.* University of Kentucky.
37. Keshavarz, H., & Ghadini, S. (2016). The effect of Gestalt therapy on generalized anxiety disorder and test anxiety in students. *Counseling Culture and Psycotherapy*, 7(28), 85-102.
38. Thomas, S. L. (2017). Embodied Conflict Resolution: The Use of Body Psychotherapy, Gestalt Equine Psychotherapy, and Aikido to Resolve Conflict amongst Adolescents. *International Body Psychotherapy Journal*, 16(1).
39. Mortola, P. (2022). *Il Metodo Oaklander: La psicoterapia della Gestalt attraverso il gioco*. FrancoAngeli.
40. Shelby, J., Ellingsen, R., & Schaefer, C. E. (2015). Play therapy research: Issues for 21st century progress. *Handbook of play therapy*, 561-581.
41. Frank, R., & La Barre, F. (2011). *The first year and the rest of your life: Movement, development, and psychotherapeutic change*. Routledge.
42. Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (Eds.). (2014). *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*: Dalla psicopatologia all'estetica del contatto. FrancoAngeli.
43. Fernandes, M. B., Cardoso–Zinker, S., Nogueira, C. R., Lazarus, E. A., & Ajzemberg, T. C. (2006). The development of the baby and Gestalt Therapy. *Gestalt Review*, 10(2), 98-109.
44. Mortola, P. (2012). Commentary II. A Developmental Theory of the Infant. *Gestalt Review*, 16(3):251-258, 2012.
45. LaBauve, B. J., Watts, R. E., & Kottman, T. (2001). Approaches to play therapy: A tabular overview. *TCA Journal*, 29(1), 104-113.
46. Oaklander, V. (1999). *Il gioco che guarisce: la psicoterapia della Gestalt con bambini e adolescenti*. EPC.
47. Mortola, P. (2015). "It actually reveals things to me about myself": How Play Becomes Real in the Oaklander Approach. *Gestalt Review*, 19(3), 251-259.
48. Mortola, P. (2014). *Windowframes: Learning the art of Gestalt play therapy the Oaklander way.* Gestalt Press.
49. Oaklander, V. (1997). The therapeutic process with children and adolescents. *Gestalt Review*, 1(4), 292-317.
50. Oaklander, V. (2004). Commentary on The Story of Daniel: Gestalt Therapy Principles and Values. *Gestalt Review*, 8(1), 96-99.
51. Hughes, B. (2013). *Evolutionary playwork*. New York: Routledge.
52. Mortola, P. (2019). Play becomes real for adults: Measuring effectiveness of expressive arts media for therapists in training using the oaklander approach. *Gestalt Review*, 23(1), 67-83.
53. Farahzadi, M., & Masafi, S. (2013). Effectiveness of Gestalt and cognitive-behavioural play therapy in decreasing dythymic disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1642-1645.
54. Khodabakhshi-Koolaee, A., Akhalaghi-Yazdi, R., & Hojati Sayah, M. (2019). Investigating gestalt-based play therapy on anxiety and loneliness in female labour children with sexual abuse: A Single Case Research Design (SCRD). *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 5(3), 147-156.
55. Siampani, K. (2013). Incorporating sandplay therapy into gestalt therapy in the treatment of dementia. *Gestalt Review*, 17(1), 35-58.
56. Timm, N., & Garza, Y. (2017). Beyond the miniatures: Using Gestalt theory in sandtray processing. *Gestalt Review*, 21(1), 44-55.
57. Schneider, E., & Rosenblum, S. (2014). Development, reliability, and validity of the My Child's Play (MCP) questionnaire. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 277-285.
58. Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1991). *Child behavior checklist*. Burlington (vt), 7, 371-392.

phenomenajournal

Ipotesi e metodi di studio

Il lavoro in psicoterapia della Gestalt con l'eiaculazione precoce

Jgor Francesco Luceri[1], Sara Ballotti[3], Matteo Defraia[2], Samuele Giovagnini[2], Enrico Moretto[5], Susanna Memè (Iride Pistacchio)[4], Stefano Roti[3], Roberta Stanzione[5], Mariano Pizzimenti[1]

[1]SGT - Scuola Gestalt Torino, Torino, Italia
[2]Ricercatore indipendente
[3]IGF - Istituto Gestalt Firenze, Firenze, Italia
[4]SGC - Scuola Gestalt Counselling, Torino, Italia
[5]SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italia

ABSTRACT
Gli uomini che riportano difficoltà legate all'eiaculazione precoce spesso sperimentano una divisione interna, in cui il desiderio di prolungare l'atto sessuale e soddisfare il/la partner entra in conflitto con la sensazione di perdita di controllo sul proprio pene, che sembra agire autonomamente, accelerando il processo eiaculatorio. Questa frattura porta a una disconnessione tra l'individuo e il proprio organo sessuale, accompagnata da un senso di insoddisfazione e auto-condanna. Gran parte delle strategie terapeutiche basate su modelli cognitivi si concentrano sull'idea di ridurre la sensibilità peniena, spingendo il paziente a distogliere l'attenzione da sensazioni sessuali eccessive. Inoltre, spesso il paziente non è consapevole di una intenzionalità sottostante che vuole raggiungere l'orgasmo rapidamente. Tuttavia, l'approccio proposto in questa ricerca parte da un'epistemologia gestaltica e si discosta da una visione correttiva dell'esperienza sessuale. Invece, promuove un sostegno attivo all'identificazione del paziente con il proprio pene, consentendogli di esprimere e riconoscere l'intenzionalità sottostante che può differire dalle aspettative consapevoli. Il nostro studio esplora un metodo terapeutico che favorisce un dialogo tra queste due intenzionalità: quella orientata a soddisfare il partner e quella che ricerca un orgasmo rapido. Questo processo si svolge in un contesto interattivo che coinvolge il terapeuta e il paziente. Il terapeuta assume alternativamente l'identità del paziente e del suo pene, facilitando il dialogo tra queste due prospettive, consentendo l'emergere di vissuti spesso nascosti. L'obiettivo dell'approccio terapeutico è portare questi vissuti nella relazione terapeutica o in contesti sociali più ampi, favorendo la riscoperta della funzione creativa del sintomo. Si cerca di comprendere perché il sintomo persista e di consentire al paziente di assumersi la responsabilità, riducendo l'ansia e la frustrazione associate all'eiaculazione precoce. Questo studio mira a verificare come, attraverso il processo di identificazione e alienazione, il sintomo di eiaculazione precoce possa diventare meno necessario e, quando si manifesti, il paziente possa interrogarsi

Citation: Luceri, J. F., Ballotti, S., Defraia, M., Giovagnini, S., Moretto, E., Pistacchio, I., Roti, S., Stanzione, R., Pizzimenti, M. Gestalt Psychotherapy Approach to Premature Ejaculation. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 7(3), 106–116.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Enrico Moretto, MD; e-mail: enrico.more@gmail.com

Ricevuto: 23 maggio 2024

Accettato: 4 agosto 2025

Pubblicato: 17 settembre 2025

Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

in modo più consapevole sulle ragioni alla base della sua scelta di eiaculare rapidamente. L'obiettivo finale è consentire al paziente di sperimentare un livello di ansia e frustrazione notevolmente ridotto nell'ambito della sua sessualità.

Parole Chiave
Eiaculazione precoce, Terapia della Gestalt.

ABSTRACT in ENGLISH
Men who report difficulties related to premature ejaculation often experience an internal division, in which the desire to prolong the sexual act and satisfy the partner comes into conflict with the sensation of loss of control over their penis, which seems to act autonomously, accelerating the ejaculatory process. This fracture leads to a disconnection between the individual and their sexual organ, accompanied by a sense of dissatisfaction and self-condemnation. Most therapeutic strategies based on cognitive models focus on the idea of reducing penile sensitivity, encouraging the patient to divert attention from excessive sexual sensations. Furthermore, the patient is often unaware of an underlying intentionality that wants to reach orgasm quickly. However, the approach proposed in this research - starting from a Gestalt epistemology - differs from a corrective vision of sexual experience. Instead, it promotes active support of the patient's identification with his penis, allowing him to express and recognize underlying intentionality that may differ from conscious expectations. Our study explores a therapeutic method that promotes a dialogue between these two intentions: the one oriented towards satisfying the partner and the one seeking a quick orgasm. This process takes place in an interactive context involving the therapist and the patient. The therapist alternately assumes the identity of the patient and her penis, facilitating the dialogue between these two perspectives, allowing the emergence of often hidden experiences. The objective of the therapeutic approach is to bring these experiences into the therapeutic relationship or into broader social contexts, encouraging the rediscovery of the creative function of the symptom. An attempt is made to understand why the symptom persists and to allow the patient to take responsibility, reducing the anxiety and frustration associated with premature ejaculation. This study aims to verify how, through the process of identification and alienation, the symptom of premature ejaculation can become less necessary and, when it occurs, the patient can question himself more consciously about the reasons behind his choice to ejaculate quickly. The ultimate goal is to allow the patient to experience a significantly reduced level of anxiety and frustration in the area of her sexuality.

Keywords
Premature ejaculation, Gestalt therapy.

INTRODUZIONE

La Società Internazionale di Medicina Sessuale (ISSM) definisce l'EP come:

"*Una disfunzione sessuale maschile caratterizzata da eiaculazione che si verifica sempre o quasi sempre prima o entro circa un minuto dalla penetrazione vaginale (EP permanente), o una riduzione clinicamente significativa e fastidiosa del tempo di latenza, spesso a circa 3 minuti o meno (EP acquisita). E incapacità di ritardare l'eiaculazione su tutte o quasi tutte le penetrazioni vaginali; e conseguenze personali negative, come angoscia, fastidio, frustrazione e/o evitamento dell'intimità sessuale*'" [1, 2].

Gli studi sulla prevalenza dell'EP collocano questa patologia come la disfunzione sessuale più comune tra gli uomini. Vari studi hanno rilevato che tra il 20% e il 30% degli uomini soffre di EP, ma anche che solo l'1-12% degli uomini ricevono un trattamento per questa condizione. Ciò può essere attribuito all'esitazione dei pazienti e dei medici/psicologi a discutere l'argomento e anche alla mancanza di consapevolezza riguardo i trattamenti possibili [1]. Un ulteriore problema è dato dall'acceso dibattito riguardo i criteri diagnostici di questo fenomeno che possono sottostimare o sovrastimare le diagnosi di EP.

Le definizioni attualmente più utilizzate per definire l'eiaculazione precoce provengono dalla International Society of Sexual Medicine (ISSM) [2], dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali nella sua quinta revisione (DSM-5) [3] e, più recentemente, dalla undicesima revisione della classificazione internazionale delle malattie per le statistiche di mortalità e morbilità (ICD-11) [4], SIAMS (Società italiana andrologia e medicina della sessualità).

In generale, si fa riferimento all'Eiaculazione Precoce quando l'eiaculazione si verifica sempre o quasi sempre prima o subito dopo la penetrazione, con una difficoltà nel controllare il riflesso eiaculatorio durante la maggior parte o quasi tutte le penetrazioni, causando un disagio sia a livello individuale che nella relazione di coppia. Tuttavia, ancora non si è giunti ad una definizione universalmente accettata. Le definizioni internazionali, pur discostandosi tra loro, presentano tre elementi comuni:

a) l'eiaculazione avviene prima del desiderio del soggetto;
b) mancanza di controllo sul riflesso eiaculatorio;
c) la presenza di un senso di disagio o stress causato dal disturbo, sia a livello individuale che nella relazione di coppia.

Nel 2013, il DSM ha definito l'EP come "*una modalità persistente o ricorrente di eiaculazione che si verifica durante i rapporti sessuali, circa un minuto dopo la penetrazione vaginale e prima che l'individuo lo desideri*". I sintomi devono essere presenti da almeno 6 mesi e sperimentati in quasi tutte (>75-100%) le occasioni di attività sessuale (contesti situazionali o generalizzati). I sintomi causano disagio clinicamente significativo nell'individuo e la disfunzione sessuale non è meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale o come conseguenza di un grave disagio relazionale [5]. Sebbene i criteri diagnostici specifichino il rapporto sessuale penile-vaginale, è ragionevole supporre che stime simili della latenza eiaculatoria si applichino agli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, così come ad altri comportamenti sessuali. Le latenze eiaculatorie intravaginali stimate e misurate sono altamente correlate purché la latenza eiaculatoria sia di breve durata; pertanto, le stime autoriportate della latenza eiaculatoria sono sufficienti per scopi diagnostici.

Più recentemente, l'ISSM ha definito l'EP come una *"disfunzione sessuale maschile caratterizzata da eiaculazione che si verifica sempre o quasi sempre prima o in prossimità di circa 1 minuto dalla penetrazione vaginale dalla prima esperienza sessuale (eiaculazione precoce permanente), OPPURE una riduzione clinicamente significativa nel tempo di latenza, spesso fino a circa 3 minuti o meno (eiaculazione precoce acquisita); l'incapacità di ritardare l'eiaculazione su tutte o quasi tutte le penetrazioni vaginali; e conseguenze personali negative, come angoscia, fastidio, frustrazione e/o evitamento dell'intimità sessuale*" [2].

Infine, nel 2018, l'ICD-11 ha definito l'eiaculazione precoce maschile come caratterizzata da un'eiaculazione che avviene prima o entro un periodo molto breve dall'inizio della penetrazione vaginale o da altra stimolazione sessuale rilevante, con nessuno o scarso controllo percepito; il modello di eiaculazione precoce si verifica episodicamente o persistentemente per un periodo di almeno diversi mesi ed è associato a disagio clinicamente significativo. L'ICD-11 identifica cinque categorie: (1) permanente, generalizzata; (2) permanente, situazionale; (3) acquisito, generalizzato; (4) acquisito, situazionale; (5) non specificato (come categoria residua). [World Health Organization, 2019]. Infine, la più recente ICD-11 introduce l'eiaculazione precoce soggettiva o relazionale, quando la perdita del controllo volontario è vissuta con disagio dal maschio o da entrambi i partner, ma il tempo di latenza dell'eiaculazione è "normale" (intorno ai 6 minuti).

Osservando il riepilogo (Tabella 1) possiamo notare come l'ICD-11 si discosti dalle altre definizioni in quanto non prende come riferimento diagnostico lo IELT, comprende una diagnosi di eiaculazione precoce soggettiva e non si riferisce solo alla penetrazione vaginale, prendendo quindi in considerazione anche i rapporti omosessuali.

Il presente studio si inserisce nel contesto della discussione scientifica in psicoterapia attraverso la prospettiva olistica della psicoterapia della Gestalt, in cui si considerano tutte le esperienze, sia dolorose che gioiose, di un individuo come risultato dell'interazione tra sé e l'ambiente circostante. In altre parole, tutto ciò che l'individuo vive e sperimenta ha origine nell'interazione con l'ambiente – al confine di contatto – e non può essere affrontato isolatamente come un problema individuale. Secondo questa prospettiva, il sintomo o la sofferenza personale non indica un malfunzionamento o una carenza, ma rappresenta invece il prezzo pagato dalla persona per affrontare una situazione eccessivamente ansiosa o difficile che si è manifestata o sta ancora manifestandosi nell'ambiente in cui vive. L'ambiente, in questo caso, non si limita al solo luogo fisico ma comprende anche le

Tabella 1. **Comparazione tra criteri diagnostici per EP.**

	DSM-V	ISSM	ICD-11
Definizione di eiaculazione	Precoce	Prematura	Precoce
Permanente	(✓)*	✓	✓
Acquisita	(✓)*	✓	✓
Soggettiva/altro	-	-	✓
Generalizzata	✓	✓	✓
Situazionale	✓	✓	✓
Esordio	6 mesi	-	Molti mesi
Frequenza	>75%	Sempre o quasi sempre	Episodica o persistente
IELT**	1 min	1 min per generalizzata o 3 min per acquisita	-
Difficoltà associate	✓	✓	✓
Controllo	Eiaculazione prima che l'individuo lo voglia	Impossibilità a ritardare l'eiaculazione	Nessuno o scarso controllo percepito sull'eiaculazione
Fattore scatenante	Penetrazione vaginale	Penetrazione vaginale	Penetrazione vaginale o altra stimolazione sessuale rilevante
Criteri di esclusione	Non meglio spiegata da un altro disturbo mentale non sessuale	-	-

*Non in definizione, ma incoraggiato. **IELT = Tempo di latenza dell'eiaculazione intravaginale.

relazioni con gli altri individui significativi per la persona.

Nel contesto specifico di questa ricerca, si preferisce utilizzare il termine "disturbo sessuale" piuttosto che la terminologia più recente di "disfunzione sessuale" poiché si ritiene che un evento come l'eiaculazione precoce non indichi un cattivo funzionamento dell'organo o della persona, ma rifletta invece un disturbo nel mantenimento di un equilibrio importante ma insoddisfacente tra la persona e il suo ambiente. Questo equilibrio impedisce all'individuo di progredire e crescere. L'obiettivo di questa ricerca è affrontare il fenomeno dell'eiaculazione precoce nell'ottica della frammentazione e compartimentazione della personalità, trattando il sintomo come una soluzione creativa che dà al paziente l'illusione di non essere responsabile dell'azione che si intrattiene con l'altro/a, incolpando una parte di sé di cui si sente vittima.

È fondamentale sottolineare che questo approccio non nega l'importanza del sintomo, ma anzi lo riconosce e attribuisce grande valore alla sua risoluzione, considerandolo come un segnale di aumento di consapevolezza nel processo di crescita personale. Il sintomo è quindi visto come espressione del soggetto e non come problema da risolvere: il fine è permettere alla persona di comprenderne il messaggio relazionale insito.

In sintesi, l'obiettivo principale è intervenire in modo terapeutico per favorire la crescita e lo sviluppo dell'individuo, riconoscendo il legame profondo tra l'individuo e il suo ambiente sociale e ricostituendo una visione globale e unitaria della persona in cui il corpo è parte integrante insieme ai pensieri e alle emozioni e non una parte scollegata.

Questo studio si basa sull'ipotesi che l'eiaculazione precoce sia una risposta carica di sofferenza ma efficace dell'individuo ad un ambiente vissuto come altamente valutativo e potenzialmente distruttivo, in cui l'intimità e in particolare l'orgasmo sono percepiti come momenti pericolosi da superare il più rapidamente possibile. L'esperienza orgasmica rappresenta un evento di fusione soggettiva in cui si sperimenta la capacità di superare i limiti fisici, emoti-

vi e intellettuali, integrandosi con l'altro/a, sia essa/o un individuo, un luogo, il mondo. Non è un'esperienza esclusivamente genitale e neanche esclusivamente sessuale. È un'esperienza che può essere accostata al *satori, termine proveniente dalla cultura indiana*, (la pienezza che restituisce consapevolezza immediata) degli infiniti collegamenti col mondo che mi circonda. La sessualità ed in particolare la genitalità sono una via semplice e facilmente disponibile per sperimentare questa pienezza.

Il fine della sessualità è sempre l'orgasmo[1], ma se il campo[2] in cui si sviluppa il desiderio è percepito troppo pericoloso dalla persona, l'eiaculazione precoce, cioè una scarica di bassa intensità, protegge dall'orgasmo e di non perdere il controllo sull'ambiente. Come alcune razze di antilopi che hanno sviluppato la capacità di avere brevi accoppiamenti anche mentre fuggono per la vicinanza dei leoni. L'eiaculazione precoce non si limita semplicemente al fenomeno di una scarica eiaculatoria che avviene quando il pene riceve una stimolazione diretta del glande (indipendentemente dalla modalità di stimolazione: mano, bocca, vagina o ano).

1. Orgasmo ed eiaculazione non sono necessariamente coincidenti. Posso fare un'esperienza orgasmica, cioè di piena fusione con l'ambiente che mi circonda, anche senza eiaculazione e posso sperimentare quest'ultima anche senza orgasmo.
2. Per campo intendiamo l'insieme della persona e dell'ambiente che la circonda che sono tra loro collegati inscindibilmente. Questi collegamenti fanno sì che ci sia un'influenza continua e reciproca fra individuo e ambiente e che qualsiasi caratteristica che emerga in un determinato momento nel campo individuo/ambiente dipenda sempre da entrambi.

Piuttosto, coinvolge anche un intenso vissuto di frustrazione, senso di colpa e rifiuto dell'altro/a, che ostacolano la continuità dell'intimità e il desiderio di apprezzare il piacere del/la partner. Questo elemento è spesso cruciale nel processo di cronicizzazione dell'esperienza di eiaculazione precoce.

Sono presenti spesso processi coercitivi introiettati, cioè regole assorbite, limiti educativi subiti, valori familiari e/o culturali che non si ha avuto la forza di contestare e che bloccano l'individuo in comportamenti predefiniti, che non sono realmente sentiti o desiderati. La persona si trova divisa tra intenzionalità spesso polarizzate, identificandosi solo con una di queste polarità: "Devo farcela", "Voglio soddisfare il/la mia compagna/o" o "Questa volta non deve succedere". Tenta di ignorare e anestetizzarsi nei confronti dell'ansia e del senso di pericolo, alienandosi dal desiderio di "venire" che attribuisce solo al suo pene, che diventa così un'entità separata con volontà propria.

Attraverso il processo di identificazione e alienazione, l'individuo esplora la possibilità di distaccarsi dalle coercizioni e dalle aspettative introiettate, identificandosi invece con i desideri e le aggressività "oscure" attribuite al pene. In questo processo, progressivamente si abbandona l'allucinazione frammentata e si assume la responsabilità dell'azione espressa con l'altro/a. Questo rende possibile un dialogo sia con l'ambiente esterno, rappresentato dal partner nella relazione, che con l'ambiente interno, rappresentato dall'immaginario e dai desideri proiettati sull'altro [6].

Lo studio si rivolge a qualsiasi individuo che abbia un pene e che viva con disagio e/o sofferenza l'esperienza dell'eiaculazione precoce.

PSICOTERAPIA ED EIACULAZIONE PRECOCE

Negli ultimi anni la scienza medica ha reso possibile ridurre la latenza eiaculatoria maschile grazie agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), ma questo tipo di approccio si è rivelato inefficace per ripristinare o migliorare la fiducia sessuale degli uomini e la soddisfazione della relazione sessuale [7]. Inoltre, anche un intervento efficace e sicuro come quello farmacologico non riesce a superare gli ostacoli psicosociali che mantengono la disfunzione e interferiscono con l'attività sessuale.

Nonostante le cause dell'eiaculazione precoce siano ancora oggetto di dibattito, la psicoterapia resta un intervento vitale per evitare che fattori psicologici mantengano o facciano peggiorare le condizioni dei pazienti.

Attualmente la psicoterapia dell'EP presente in letteratura propone interventi seguendo i principi guida dell'imparare a controllare l'eiaculazione, comprendere il significato del sintomo e il contesto in cui si verifica.

I punti focali delle terapie psicoterapiche/comportamentali sono [7]:

1. apprendere tecniche per controllare e/o ritardare eiaculazione;
2. acquisire fiducia nelle proprie prestazioni sessuali;
3. diminuire l'ansia da prestazione;
4. modificare i comportamenti sessuali rigidi;
5. superare la resistenza all'intimità;
6. risolvere i problemi interpersonali che peggiorano e/o mantengono la disfunzione;
7. venire a patti con sentimenti/pensieri che interferiscono con la funzione sessuale;
8. aumentare la comunicazione.

I vari orientamenti psicoterapeutici poggiano su background scientifici differenti che hanno portato a teorie diverse rispetto ai motivi per cui un individuo soffre di EP:

- l'approccio comportamentale interpreta la disfunzione come un condizionamento o una risposta disadattiva a eventi interpersonali o ambientali. Vengono forniti esercizi o compiti a casa per aiutare l'uomo a gestire le sue sensazioni e a regolare la sua eccitazione [8];
- l'approccio psicodinamico vede la disfunzione come una metafora dell'uomo o della coppia che esprime aspetti contrastanti di sé stessi o della relazione. Pone l'accento sugli stati emotivi inconsci nei confronti delle donne, ipotizza la presenza di narcisismo patologico, paura della vagina e piacere passivo di perdere il controllo della minzione e di sporcare o degradare le donne [7, 8];
- l'approccio cognitivo indaga le distorsioni percettive e cognitive che possono essere alla base dell'EP, del suo mantenimento, del suo aggravamento. Queste possono includere pensieri degradanti (es. "sono un fallimento"), generalizzazioni eccessive (es. "se non ci riesco stasera, non ci riuscirò neanche domattina"), squalificazioni delle risposte positive (es. "ha detto che le è piaciuto solo per non ferire i miei sentimenti"), lettura del pensiero (es. "non ho bisogno di chiedere, so come si è sentita ieri sera"), predizione del futuro (es. "sono certo che stasera andrà male"), ragionamento emotivo (es. "se un uomo sente che qualcosa è vero, deve esserlo"), imperativi categorici (es. "dovrei, dovrebbe, devo, deve"), catastrofizzazione (es. "se stasera fallisco, la mia ragazza mi lascerà") [9];
- l'approccio sistemico familiare si concentra sulle dinamiche relazionali osservando i meccanismi di potere e di controllo, la gestione dell'intimità emotiva e sessuale [8];
- gli approcci psicoeducativi rielaborano il repertorio comportamentale dell'uomo o della coppia, modificando il copione messo in atto, spesso in modo rigido, nel rapporto sessuale [10].

La maggior parte degli studi sugli esiti della psicoterapia utilizza campioni piccoli e vengono raramente confrontati con placebo, liste di attesa o gruppi di controllo. Spesso i problemi di definizione creano confusione rendendo poco chiaro chi sia il soggetto di studio (ad esempio, in alcuni gruppi EP lo IELT è di 2 minuti; in altri sono 6 o più minuti). Il follow-up è spesso insufficiente, a dispetto delle evidenze che riportano la tendenza degli uomini a soffrire di ricadute [7, 8].

L'intervento psicologico rimane comunque rilevante nel trattare uomini e coppie con eiaculazione precoce. Gli effetti di questa disfunzione sull'uomo, il partner e la coppia sono generalmente profondi e angoscianti e l'intervento psicologico offre alle coppie un metodo per migliorare la soddisfazione sessuale, l'intimità emotiva e la soddisfazione relazionale [7].

IPOTESI DI STUDIO

L'ipotesi di studio sottostante a questa ricerca si fonda sull'indagine mirata a valutare l'efficacia di un approccio psicosessuologico basato sul processo dinamico di identificazione e alienazione della teoria gestaltica nel potenziare l'integrazione dei vissuti ed il senso di benessere correlato all'esperienza sessuale. Tale approccio si differenzia sostanzialmente dalle metodologie tradizionali, le quali si concentrano principalmente sul controllo dei tempi e delle prestazioni sessuali. Nell'ambito di questa indagine, intendiamo esaminare se l'accentuazione della consapevolezza e il ripristino di un'assunzione di responsabilità organismica nell'esperienza relazionale estetica con il partner possano condurre a miglioramenti rilevanti in termini di benessere sessuale. L'ipotesi fondamentale che guida questa ricerca è che l'adozione dell'approccio gestaltico possa favorire una maggiore connessione emo-

tiva e sensoriale durante l'atto sessuale, contribuendo così a creare un ambiente più propizio per il benessere psicosessuale individuale e di coppia fino alla co-creazione di una sintonizzazione estetica della durata orgasmica. Inoltre, questa ricerca mira a fornire una solida base empirica per valutare l'efficacia di questa metodologia e per esplorare le sue potenziali implicazioni nella pratica clinica e nella promozione del benessere sessuale.

METODOLOGIA E STRUMENTI

Popolazione dello studio

Un totale di 10 soggetti soggetti sarà coinvolto attraverso gli ambulatori privati di psicoterapia dei professionisti coinvolti nello studio per problematiche della sfera sessuale. I professionisti che parteciperanno come ricercatori a questo studio ed effettueranno lo screening diagnostico dei soggetti sono psicologi con almeno tre anni di esperienza, regolarmente iscritti ai propri albi regionali di appartenenza e con specifica formazione in psicosessuologia documentata. Dopo la valutazione psicologica e sessuologica condotta da uno psicosessuologo, verranno selezionati coloro che soddisfino i criteri per la diagnosi di EP.

L'EP verrà diagnosticata da uno psicosessuologo sulla base dei criteri diagnostici di DSM-5/ICD 11, incrociando i punteggi dello Strumento Diagnostico dell'Eiaculazione Precoce (PEDT) e la somministrazione di uno strumento qualitativo creato *ad hoc*. Tra gli altri criteri di inclusione, gli uomini dovranno essere sessualmente attivi e dovranno aver sperimentato piacere orgasmico nei sei mesi precedenti all'inizio dello studio. Al contrario, gli uomini affetti da disfunzione erettile (DE), EP associata alla DE, eiaculazione retrograda, disturbo dell'iposessualità sessuale maschile e altre sindromi non verranno inclusi nello studio. La DE sarà esclusa sulla base di una valutazione sessuologica di un punteggio IIEF-15 <26. Altri criteri di esclusione per entrambi i gruppi includeranno: età inferiore a 18 anni; presenza di condizioni mediche come lesioni traumatiche o chirurgiche, malattie neurodegenerative (sclerosi multipla, neuropatia diabetica o alcolica), diabete mellito, disfunzioni tiroidee, ipertrofia prostatica, dislipidemia, malattie cardiovascolari, ipogonadismo, presenza di malattie psichiatriche; comorbilità intrapsichiche o relazionali; presenza di fattori di stress ambientali, uso di farmaci psichiatrici che influenzano l'intensità orgasmica (ipnotici, ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici); uso di droghe (farmaci alfa-simpaticomimetici, oppiacei, cocaina).

Dopo aver fornito una dettagliata descrizione del protocollo dello studio, i partecipanti saranno tenuti a fornire il loro consenso informato scritto autorizzando i ricercatori a utilizzare le loro informazioni personali e i questionari completati per gli scopi dello studio. I partecipanti saranno consapevoli che la loro partecipazione allo studio sarà volontaria. Il protocollo dello studio verrà sottoposto ad approvazione del comitato etico della FISIG (Federazione Italiana delle Scuole e Istituti di Gestalt).

Articolazione dello studio

Lo studio si articolerà in 6 fasi:

Si diffonderà tramite form online un consenso informato al trattamento. I partecipanti forniranno un consenso informato separato per il trattamento e per la partecipazione alla ricerca. Questo documento spiega in dettaglio la natura del trattamento, le aspettative e i possibili rischi o benefici.

Fase 1 "Reclutamento"

Questa fase mira a identificare e selezionare i partecipanti idonei per lo studio sperimentale condotto attraverso gli ambulatori privati di psicoterapia, per problematiche della sfera sessuale.

1. Identificazione dei professionisti coinvolti: inizialmente, è necessario identificare e coinvolgere i professionisti (psicoterapeuti) che desiderano partecipare allo studio. Questi professionisti devono essere adeguatamente informati sugli obiettivi dello studio, sulle misure da adottare per garantire la privacy e la riservatezza dei pazienti e sull'etica della ricerca.
2. Progettazione del form online: il form include i seguenti elementi:

    a. Questionario demografico: dovrebbe raccogliere informazioni sulle caratteristiche demografiche dei

partecipanti come età, genere, stato civile, livello di istruzione, occupazione e altre informazioni rilevanti.

b. PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool): Il PEDT è uno strumento utilizzato per valutare la presenza e la gravità dell'eiaculazione precoce. I partecipanti risponderanno a domande specifiche per aiutare a determinare la loro condizione.

c. IIEF (International Index of Erectile Function): l'IIEF è un questionario utilizzato per valutare la funzione erettile maschile. Esso comprende domande relative alla capacità di ottenere e mantenere un'erezione, la soddisfazione sessuale e altre dimensioni legate alla sfera sessuale maschile.

d. SCL-90 (Symptom Checklist-90): questo questionario valuta una vasta gamma di sintomi psicologici e psichiatrici, che potrebbero essere rilevanti per lo studio delle problematiche sessuali. Può aiutare a identificare eventuali disturbi emotivi o psicologici nei partecipanti.

e. DES-II (Dissociative Experiences Scale): questo strumento misura la tendenza dei partecipanti a sperimentare episodi di dissociazione, che potrebbero essere pertinenti per la valutazione delle problematiche sessuali.

4. Diffusione del form: può essere distribuito ai pazienti dei professionisti coinvolti nello studio. I pazienti possono ricevere un link al form tramite e-mail o al termine di una sessione di terapia.
5. Consenso informato: prima di compilare il form, i pazienti devono fornire un consenso informato completo, comprendente informazioni sulla natura dello studio, l'uso dei loro dati e la garanzia di riservatezza.
6. Raccolta dei dati: successivamente i dati verranno raccolti e archiviati in modo sicuro per l'analisi successiva.
7. Analisi preliminare: in questa fase iniziale dello studio, i dati demografici e i risultati dei questionari verranno analizzati per identificare i partecipanti idonei a partecipare alla Fase 2 dello studio, che potrebbe comportare ulteriori valutazioni o trattamenti.

La Fase 1 di reclutamento è fondamentale per garantire che lo studio sia condotto in modo etico e che i partecipanti siano adeguatamente selezionati in base ai criteri di inclusione ed esclusione. Una pianificazione e un'esecuzione accurata di questa fase contribuiranno al successo complessivo dello studio sulla sfera sessuale.

Fase 2 "Valutazione"

In questa fase, i partecipanti ai quali sono stati somministrati gli strumenti descritti nella fase 1 vengono selezionati rispettando i criteri di seguito riportati.

Tra gli altri criteri di inclusione:

• gli uomini dovranno avere una vita sessuale abbastanza attiva (è una definizione che può variare da persona a persona e dipende dalle proprie esperienze, desideri e orientamenti sessuali, per questo studio si intende per "abbastanza attiva" chi ha almeno un rapporto sessuale con un partner – anche non stabile – nell'arco di un mese, esclusa la masturbazione o l'esplorazione sessuale (Indagine Censis, 2019) [13];

Verranno esclusi dallo studio i soggetti che presentino comorbilità con altre disfunzioni sessuali (diagnosi di disfunzione erettile, eiaculazione retrograda, disturbo dell'iposessualità maschile e altre disfunzioni sessuali). La DE sarà esclusa sulla base di una valutazione sessuologica di un punteggio IIEF-15 <26. Altri criteri di esclusione per entrambi i gruppi includeranno: età inferiore a 18 anni; presenza di condizioni mediche come lesioni traumatiche o chirurgiche, malattie neurodegenerative (sclerosi multipla, neuropatia diabetica o alcolica), diabete mellito, disfunzioni tiroidee, ipertrofia prostatica, dislipidemia, malattie cardiovascolari, ipogonadismo, presenza di malattie psichiatriche; comorbilità intrapsichiche o relazionali; presenza di fattori di stress ambientali, uso di farmaci psichiatrici che influenzano l'intensità orgasmica (ipnotici, ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici); uso di droghe (farmaci alfa-simpaticomimetici, oppiacei, cocaina).

Fase 3 "Campionamento"

La Fase 3, o "campionamento", è un'importante transizione tra la raccolta dei dati iniziali e il prosieguo dello studio con un campione specifico di partecipanti che rispondono ai requisiti previamente stabiliti. Questa fase è cruciale per garantire che lo studio possa raggiungere i suoi obiettivi e ottenere risultati significativi. In questa fase, vengono se-

lezionati i partecipanti che soddisfano i criteri di inclusione ed esclusione specificati precedentemente. In questa fase avverranno:

1. Selezione dei partecipanti idonei: utilizzando i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti, i partecipanti vengono selezionati tra quelli che hanno completato con successo la Fase 2 di valutazione.
2. Considerazioni etiche: durante il processo di selezione, è importante garantire che i diritti dei partecipanti siano protetti e che siano stati ottenuti tutti i consensi informati necessari per il trattamento e la partecipazione alla ricerca.
3. Campione rappresentativo: potrebbe essere necessario adottare una strategia di campionamento che assicuri una diversità di partecipanti in termini di età, genere, orientamento sessuale, background culturale ed altri fattori rilevanti (raccolti in fase 1).
4. Conferma della partecipazione: i partecipanti idonei, vengono informati della loro partecipazione allo studio e confermano la loro disponibilità a continuare. Vengono anche informati su cosa comporterà la loro partecipazione, compreso il proseguimento del trattamento se applicabile.

Fase 4 "Psicoterapia"

La Fase di Trattamento è composta da circa 10 sessioni di psicoterapia e nel suo complesso è divisa in diverse sotto-fasi, ognuna delle quali ha un obiettivo specifico nel processo di trattamento e segue il ciclo del contatto della Psicoterapia della Gestalt:

1. Precontatto (mediamente da una a tre sedute): questa fase iniziale è cruciale per creare una base sicura e costruire una relazione di fiducia tra il paziente e il terapeuta. Durante questo periodo, è importante chiarire che non ci saranno giudizi né aspettative da parte del terapeuta o del paziente. Si cerca di creare uno spazio aperto in cui il paziente possa esplorare i propri vissuti, emozioni, sensazioni e pensieri senza paura di essere giudicato. La sospensione del giudizio è un elemento chiave in questa fase.
2. Contatto (mediamente una o due sedute): durante questa fase, viene delineata un'ipotesi e un'esperienza di lavoro. L'ipotesi è che il paziente abbia costruito una sorta di divisione interna tra sé stesso e una parte di sé associata a comportamenti sessuali indesiderati. Si cerca di supportare il paziente a dialogare con questa parte - *in modo da superare la polarità tra il "dottor Jekyll e mister Hyde" che ha creato*. L'obiettivo è portare il paziente a identificarsi alternativamente con entrambe le parti per favorire l'emergere di un sé integrato.
3. Contatto pieno (mediamente da una a tre sedute): in questa fase avviene il processo di identificazione ed alienazione. Il paziente è sostenuto a dialogare con una rappresentazione del suo pene, proiettato su una sedia vuota e con sé stesso frustrato, che è critico nei confronti del pene. Questo processo può coinvolgere l'uso di drammatizzazione e la tecnica della sedia vuota. Il terapeuta partecipa attivamente al dialogo. L'obiettivo è far sì che il paziente si identifichi alternativamente con entrambe le parti e sperimenti la possibilità di osservare sviluppando la capacità di alienarsi da entrambe.
4. Post contatto (mediamente una o due sedute): durante questa fase, il paziente viene sostenuto nel portare nella relazione con il/la partner le comprensioni, le intuizioni e le emozioni emerse durante le fasi precedenti. L'obiettivo è sostenere una comunicazione aperta e paritaria tra il paziente e il/la partner. Eventuali conflitti di potere possono essere affrontati in questa fase.
5. Ritiro (mediamente da una a tre sedute): nella fase finale, si verifica se il sintomo (in questo caso, l'eiaculazione precoce) è scomparso e se il paziente ha acquisito una maggiore consapevolezza su come gestire l'ansia nelle relazioni sessuali. Si cerca di decostruire il processo che ha portato allo sviluppo del sintomo nel tempo, in modo che il paziente possa vedere il sintomo non più come un problema, ma come una soluzione adottata per affrontare altri problemi. L'obiettivo è liberare l'energia investita nel sintomo e favorire una visione più chiara dei problemi sottostanti.

In generale, questa Fase 4 è incentrata sul trattamento e sulla comprensione delle problematiche sessuali del paziente

attraverso una serie di attività e dialoghi terapeutici mirati. La collaborazione attiva tra il paziente e il/la terapeuta è essenziale per il successo di questa fase, che mira a promuovere una sessualità sana e una relazione più soddisfacente tra il paziente e il suo partner.

Fase 5 "Valutazione Post-trattamento"

Nella fase di "Re-test" vengono nuovamente somministrati i test e i questionari utilizzati nella Fase 1 per valutare se il trattamento ha avuto un impatto significativo sulla condizione dei partecipanti. Dettagliatamente:

1. Raccolta dei dati post-trattamento: inizialmente, i partecipanti che hanno completato il trattamento vengono sottoposti a una seconda serie di valutazioni. Queste valutazioni includono i test e i questionari utilizzati nella Fase 1: il PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool), l'IIEF (International Index of Erectile Function), il SCL-90 (Symptom Checklist-90) e il DES-II (Dissociative Experiences Scale).
2. Analisi dei risultati: i dati raccolti durante la Fase 5 vengono confrontati con quelli raccolti nella Fase 1 attraverso un'analisi statistica. Questo confronto consente ai ricercatori di valutare se ci sono stati cambiamenti significativi nelle condizioni dei partecipanti a seguito del trattamento. Ad esempio, è possibile verificare se ci sono miglioramenti nelle funzioni sessuali, nella salute psicologica o in altri parametri rilevanti. I dati raccolti durante la Fase 5 vengono analizzati per determinare se il trattamento ha avuto un impatto positivo, neutro o negativo sulla condizione dei partecipanti. L'analisi può includere l'uso di metodi statistici per valutare la significatività dei cambiamenti osservati.
3. Risultati e conclusioni: Sulla base dell'analisi dei dati, gli investigatori possono trarre conclusioni sull'efficacia del trattamento nell'affrontare le problematiche della sfera sessuale studiate. Possono anche valutare se vi siano correlazioni tra i cambiamenti osservati e variabili demografiche o altre caratteristiche dei partecipanti.

La Fase 5 è essenziale per valutare l'efficacia del trattamento condotto durante la Fase 4 e per determinare se ha avuto un impatto positivo sulla condizione dei partecipanti. La raccolta dei dati pre-trattamento e post-trattamento fornisce un quadro completo dei cambiamenti nell'ambito dello studio, consentendo agli investigatori di trarre conclusioni basate su evidenze empiriche.

Fase 6 "Follow-up"

Questa fase mira a valutare la sostenibilità degli effetti del trattamento a lungo termine. Durante il follow-up a 6 mesi, vengono nuovamente somministrati i test e i questionari utilizzati nelle Fasi 1 e 5 per valutare se i risultati positivi ottenuti a seguito del trattamento persistono nel tempo. Questo tipo di analisi contribuisce alla comprensione dell'efficacia a lungo termine delle terapie sessuali e può avere implicazioni importanti per l'assistenza clinica e la pratica terapeutica.

Principali misure di outcome

Verranno impiegati due strumenti di valutazione distinti al fine di acquisire dati quantitativi e qualitativi relativi all'esperienza sessuale dei partecipanti.

PEDT - Premature Ejaculation Diagnostic Tool

Il primo strumento è un questionario specificamente sviluppato per l'analisi della presenza di eiaculazione precoce durante il rapporto sessuale. Il PEDT è composto da cinque domande a risposta multipla, progettate per raccogliere informazioni indicative sulla frequenza e sulla gravità dell'eiaculazione precoce del paziente. Le domande includono la difficoltà nel controllare l'eiaculazione, la frequenza con cui si verifica l'eiaculazione prematura, la possibilità di eiaculare anche dopo una minima stimolazione sessuale, il grado di disagio causato dall'eiaculazione precoce e la preoccupazione riguardo al tempo necessario per raggiungere l'eiaculazione e il possibile impatto sulla soddisfazione sessuale del partner. Ogni domanda offre diverse opzioni di risposta, con punteggi crescenti per riflettere la gravità del problema. Questo questionario mira a fornire dati quantitativi dettagliati sull'esperienza sessuale dei partecipanti in relazione all'eiaculazione precoce, contribuendo così alla nostra compren-

sione dell'efficacia dell'approccio gestaltico nell'affrontare questa disfunzione sessuale. Questo questionario psicometrico standardizzato è convalidato strumento per valutare la presenza di PE [11]. Si compone di cinque elementi a scelta multipla. I punteggi totali pari o inferiori a 8 indicano l'assenza di EP clinicamente significativa; punteggi tra 9 e 10 indicano un PE incerto, mentre punteggi pari o superiori a 11 indicano EP clinicamente significativa.

Analisi statistiche

I dati saranno elaborati ed analizzati usando metodi statistici di routine, e un valore di $p<0.005$ sarà considerato significativo. I confronti dei risultati, ripetuti nelle varie fasi della terapia attraverso le batterie sopracitate, saranno eseguiti utilizzando test di analisi della varianza a una via e analisi della varianza a una via a misure ripetute. Tutte le statistiche saranno calcolate usando la versione 12.0 di SigmaPlot.

Limiti e sviluppi futuri

I limiti principali di questo studio potrebbero riguardare:

- **campione di piccole dimensioni** poiché nel disegno sperimentale si è previsto il trattamento all'interno dello studio privato di liberi professionisti, ci aspettiamo che il numero di partecipanti a questa ricerca possa essere limitato, quindi, se questa ipotesi verrà confermata, sarà necessario ampliare il campione stesso rispetto a questo primo studio pilota;
- **accessibilità al trattamento** poiché nel disegno sperimentale si è previsto il trattamento all'interno dello studio privato di liberi professionisti, è presumibile che le persone che si rivolgeranno a tali professionisti appartengono al ceto medio o alto poiché è previsto che l'onere economico del percorso terapeutico sia a carico dei pazienti stessi;
- **assenza del campione controllo** e **follow-up a 6 mesi**: il follow-up a 6 mesi, pur essendo un tempo ampio, non verifica eventuali ricomparse della sintomatologia successive ai 6 mesi.

Si ipotizza che questa modalità di trattamento focalizzato sulla presa di consapevolezza delle proprie dinamiche interne, possa essere valido anche rispetto ad altre disfunzioni sessuali maschili (ad esempio DE) e femminili (ad esempio vaginismo) e pertanto che si possano sviluppare successive ricerche in queste direzioni.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Patrick, D. L., Althof, S. E., Pryor, J. L., Rosen, R., Rowland, D. L., Ho, K. F., ... & Jamieson, C. (2005). Ejaculatory disorders: premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *The Journal of Sexual Medicine*, *2*(3), 358-367.
2. Serefoglu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Althof, S. E., Shindel, A., Adaikan, G., ... & Torres, L. O. (2014). An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second international society for sexual medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *Sexual medicine*, *2*(2), 41-59.
3. American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*
4. World Health Organization. (2019). *ICD-11: International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed). Disponibile a: https://icd.who.int/*.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
6. Pizzimenti, M., & Bellini, B. (2022). *Sessuologia della Gestalt: Manuale imperfetto per continuare la rivoluzione sessuale*. Franco Angeli.
7. Althof, S. E. (2005). Psychological treatment strategies for rapid ejaculation: rationale, practical aspects, and outcome. *World Journal of Urology*, *23*(2), 89-92.
8. Bukhari, S. R. (2022). Psycho, pharmaco and sex therapy for the treatment of premature ejaculation. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *38*(8), 2350.
9. Rosen, R. C., Leiblum, S. R., & Spector, I. P. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *20*(2), 67-85.
10. Gagnon, J. H., Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1982). Cognitive and social aspects of sexual dysfunction: Sexual scripts in sex therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *8*(1), 44-56.
11. Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., ... & Morris, M. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European urology*, *52*(2), 565-573.

phenomenajournal

Original Research

Mindfulness-Based Stress Reduction to Enhance Flow and Performance During Basketball Ending Season: A Pilot Protocol

Valeria Cioffi[1], Enrica Tortora[1], Serena Genghi[1], Serena Porpora[2], Chiara Cioffi[2], Fabiana Iacopino[1], Gianmaria Granato[1], Nunzia Annunziata[1], Vincenzo Filoso[1], Pietro Paolo di Somma[1], Francesca Morelli[1], Carlo Acanfora[1], Antonio Rivoli[1], Marco Filippini[1], Daniela Cantone[3]

[1]SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy
[2]Phenomena HUB, Torre Annunziata, Italy
[3]Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Italy

ABSTRACT

Objective: Numerous studies demonstrated the efficacy of mindfulness in enhancing recovery, and stress management in athletes, in various domains, including attention, emotional regulation, athletic performance. Flow, a state of deep absorption and involvement in an activity, has been identified as a key predictor of excellent performance in sport. This study aimed to evaluate the effectiveness of a 6-week mindfulness protocol to increase athletic performance and facilitate access to the state of Flow during professional basketball playoffs.

Patients and Methods: A sample of 15 male players (mean age 28; standard deviation ±6.5), from Serie A 2 and Serie B national leagues, received a weekly audio track (almost 10 minutes) accompanied by operational instructions, an optional diary, and weekly debriefing. Objective measures of performance (game statistics, Heart Rate Variability) and subjective measures were collected using the following questionnaires: The Flow State Scale, the Mindfulness Inventory for Sport, the Sport Anxiety Scale and the Recovery-Stress Questionnaire for Athletes. The data analysis built on a range of metrics, including single-group pre–post comparisons (repeated measures ANOVA), as well as correlations between mindfulness, Flow, and performance, and Heart Rate Variability and sleep analysis utilizing wearable devices (Oura, Polar).

Results: Preliminary results indicate a marked enhancement in the subjective aspects of Flow, with an average increase evident within the initial week in scores pertaining to task concentration, perception of body control, and spontaneity in action. Sleep data indicate an increase in REM time and a reduction in nighttime awakenings. A significant limitation of this study is certainly the lack of a control group.

Citation: Cioffi, V., Tortora, E., Genghi, S., Porpora, S., Cioffi, C., Iacopino, F., Granato, G., Annunziata, N., Filoso, V., Di Somma, P. P., Morelli, F., Acanfora, C., Rivoli, A.,Filippini, M., Cantone, D. Mindfulness-Based Stress Reduction to Enhance Flow and Performance During Basketball Ending Season: A Pilot Protocol. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy,* 7(3), 117–130.

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Corresponding Author: Valeria Cioffi, MD; e-mail: dr.valeria.cioffi@gmail.com

Received: August 1, 2025

Accepted: September 10, 2025

Published: September 17, 2025

Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Conclusions: Given the single-group pre-post design and small sample (N=15), findings are preliminary and do not permit causal inference and expectancy/placebo effects cannot be ruled out. For future developments we plan to expand the sample and carry out a comparison control.

Keywords
Mindfulness, Status of Flow, Athletic performance.

ABSTRACT in ITALIANO
Obiettivi: Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia dell'uso della mindfulness nel migliorare il recupero e la gestione dello stress negli atleti in diversi ambiti, tra cui l'attenzione, la regolazione emotiva, le prestazioni atletiche. Il Flow viene definito come uno stato di profonda concentrazione e coinvolgimento in un'attività ed è stato identificato come un fattore chiave per le performance sportive di picco. Il presente studio intende valutare l'efficacia di un protocollo di mindfulness della durata di 6 settimane per aumentare le prestazioni atletiche e facilitare l'accesso allo stato di Flow durante la fase di playoff di pallacanestro professionistica.
Pazienti e Metodi: Un campione di 15 giocatori maschi (età media 28 anni; deviazione standard ±6,5), provenienti dai campionati nazionali di Serie A 2 e Serie B, ha ricevuto una traccia audio settimanale (di circa 10 minuti) da ascoltare una volta al giorno, accompagnata da istruzioni operative e previo addestramento, un diario facoltativo e un debriefing settimanale. Sono state raccolte misure oggettive delle prestazioni (statistiche di gioco, variabilità della frequenza cardiaca) e misure soggettive utilizzando i seguenti questionari: il Flow State Scale, Mindfulness Inventory for Sport, Sport Anxiety Scale e Recovery-Stress Questionnaire for Athletes. L'analisi dei dati ha integrato una serie di parametri, tra cui confronti pre-post e tra gruppi (ANOVA per misure ripetute), nonché correlazioni tra consapevolezza, stato di Flow e prestazioni, e analisi della variabilità della frequenza cardiaca e del sonno utilizzando dispositivi indossabili (Oura, Polar).
Risultati: I risultati preliminari indicano un netto miglioramento degli aspetti soggettivi del Flow, con un aumento medio evidente nella prima settimana nei punteggi relativi alla concentrazione sul compito, alla percezione del controllo del corpo e alla spontaneità nell'azione. I dati sul sonno indicano un aumento del tempo REM e una riduzione dei risvegli notturni. Un limite significativo di questo studio è senz'altro l'assenza di un gruppo di controllo.
Conclusioni: Dato il disegno pre-post a gruppo singolo e il campione ridotto (N=15), i risultati sono preliminari e non consentono inferenze causali; non si possono escludere effetti aspettativa/placebo. Per tale ragione, negli sviluppi futuri, prevediamo di effettuare un controllo comparativo e di ampliare il campione.

Parole Chiave
Mindfulness, Stato di Flow, Performance sportiva.

INTRODUCTION

During last years, mindfulness has attracted growing interest in sports psychology, thanks to numerous studies demonstrating its effectiveness in increasing cognitive and regulatory abilities, improving sleep-wake rhythms, reducing stress, promoting psychological well-being, and enhancing athletic performance [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Mindfulness practices allow us to exercise what Gestalt refers to as the "continuum of awareness," or the ability to be in deep contact with the experience unfolding in the present moment, facilitating the reduction of intrusive thoughts and automatic reactions, phenomena that are frequently associated with performance anxiety [7, 8].

Similarly, the concept of Flow has also been the subject of extensive attention in scientific and popular literature in the field of sports. In general, "Flow" can be defined as "a state in which people are so immersed in an activity that nothing else seems to matter; the experience is so enjoyable that people will pursue it even at great expense, for the sheer pleasure of doing so" [9, p. 4]. Some authors have compared the state of Flow to a state of grace. In Mihaly Csikszentmihalyi's book, Good Business: Leadership, Flow, and the Making of Meaning, Ralph Shapey, a well-known contemporary composer, describes the state of musical grace as follows: *"The state of ecstasy is so profound that it takes over the feeling of no longer existing. I have experienced it many times. My hands seem detached from my body, and I have nothing to do with what is happening. I just sit and watch, in a state of amazement and wonder, as the music flows out of me. It is interesting to note that ecstasy is the result of our limited ability to concentrate.*

Our mind is unable to deal with too many stimuli at the same time. If we focus all our attention on a given task, such as climbing a mountain or writing music, we do not observe anything outside that narrow field of perception" [10, p. 63]. Currently, in sports, Flow is defined as a state of deep immersion and involvement in a performance, in which the athlete experiences total concentration, a balance between challenge and skill, a sense of control, and a loss of perception of time [9, 11]. Several studies have shown that Flow is a key predictor of excellent performance, thanks to its link with optimal attentional and regulatory processes [12, 13]. However, the most effective ways to enhance this experience remain an open area of research, subject of discussion that is still little considered and explored.

In this scenario, mindfulness appears to be a promising approach for facilitating the voluntary achievement of Flow, as both conditions share characteristics related to attentional focus and psychophysiological arousal management [14, 15]. Some preliminary studies suggest that interventions based on the principles of mindfulness can increase the frequency and intensity of Flow experiences in athletes, while reducing anxiety and improving the quality of recovery and sleep-wake rhythms [16, 3].

In light of these premises, this pilot study aims to evaluate the impact of a mindfulness-based protocol on Flow state and other psychological and performance variables in a group of professional basketball players, while also exploring the possible relationship between Flow state and objective performance indicators.

MATERIALS AND METHODS

This is a pilot study with the aim to evaluate the effectiveness of a weekly mindfulness protocol to improve sports performance and facilitate access to the Flow state during the playoffs in professional basketball players. The protocol has involved 15 professional basketball players belonging to Serie A2 and Serie B teams during the last six weeks of the competitive season. The players were recruited *via* convenience sampling through team staff contacts; no randomization was performed. The intervention consisted of a structured six-week mindfulness protocol (described in the Table 1). Each week, participants received an informed consent and a guided audio track to listen to daily, lasting between 9 and 12 minutes. The tracks integrated body awareness, breathing, visualization, and grounding techniques, following a defined progression. The last two tracks guide athletes to achieve their Flow state zone. The protocol was entirely digital, accessible *via* smartphone, and was supported by motivational reminders and weekly usage checks.

The assessment measures included:

- Flow State Scale-2 (FSS-2) to measure the subjective experience of Flow. This tool of 36-item measures the subjective experience of Flow through nine key dimensions, including challenge-ability balance, goal clarity, concentration, sense of control, and time transformation [17].
- Sport Anxiety Scale-2 (SAS-2) to measure performance anxiety. This tool of 15 items assesses sport performance anxiety on three factors: Cognitive Worry, Somatic Anxiety, and Concentration Disruption [18].
- Mindfulness Inventory for Sport (MIS) consisting of 15 items and measures the degree of mindfulness applied to sport, divided into three dimensions: awareness, non-judgment, and refocusing [19].
- RESTQ-Sport-36 for recovery quality and perceived stress. A tool of 36 items designed to monitor the balance between perceived stress and recovery, using 12 scales related to stress and recovery factors [20].
- Objective performance statistics (points, assists, rebounds, league rating) collected from official league data.

All psychological measures were administered in two stages: before the intervention (T0) and at the end (T5). Performance scores (points, assists, rebounds, league rating), the FFS-2, sleep data, and HRV were monitored weekly.

Statistical Analysis

All statistical analyses were conducted using SPSS (v.27) and Python (v.3.10). Descriptive statistics were computed to summarize the sample characteristics, including means, standard deviations, and ranges for age and years of competitive ac-

tivity, as well as frequency distributions for playing roles, league participation, and HRV device ownership. To assess changes over time, paired-sample *t*-tests were applied to compare scores between baseline (T0) and subsequent time points. Specifically, comparisons were made for each inventory used (FSS-2, SAS-2, MIS, and RESTQ-Sport-36) between T0 and T5. In addition, trend analyses and graphical representations (line plots) were used to illustrate score progression across six time points (T0-T5) for the FSS-2. To explore the relationship between psychological and performance variables, Pearson's correlation coefficients were calculated between athletes' average Flow scores and performance metrics (points, assists, rebounds, and League Evaluation[1]). Cohen's dz for paired designs, and 95% confidence intervals for the mean difference. A Principal Component Analysis (PCA) was conducted on four performance indicators (Points, Assists, Rebounds, League Evaluation) to derive a composite Performance Score. Finally, a simple linear regression was performed to evaluate the predictive role of Flow on overall performance. The regression model included the composite Performance Score as the dependent variable and the Flow score as the independent predictor. All assumptions for parametric tests (normality, homoscedasticity, linearity) were checked and met. Effect sizes and confidence intervals were computed where appropriate. Given the exploratory scope, no multiplicity adjustment was applied.

RESULTS

The sample consists of 15 professional athletes, with an average age of 28 (SD = 6.05), between a range of 19 and 40 years. The average number of years of competitive activity is 13.07 (SD = 6.36), with a range from 2 to 23 years (Table 2). The distribution of roles on the field is heterogeneous, including guards, forwards, centers, and point guards (Figure 1). 66% percent of the athletes come from Serie A2 and the remaining 34% from Serie B. Only the 40% of the sample owns an HRV device.

The analysis of the average of the FSS-2 during the six weeks of the mindfulness protocol shows an upward trend. The initial average (T0) is 3.30 (SD = 0.58), while at T5 it reaches 4.62 (SD = 0.52), with a significant improvement (t = -4.27, p = 0.0037). The weekly trend graph shows a peak at T5, suggesting a cumulative effect of the intervention (Figure 2). Table 3 presents the results of a paired-sample *t*-test comparing Flow State Scale (FSS) scores before the intervention (T0) and after six weeks of mindfulness training (T5). The analysis shows a statistically significant increase in FSS scores, indicating improved Flow experiences following the intervention (t = -4.27, p = 0.0037). Descriptive statistics for all-time points (T0-T5) are also reported, demonstrating a progressive upward trend across the six-week period. Table 3 reports the results of a paired-sample *t*-test comparing anxiety levels before the intervention (T0) and after six weeks of mindfulness training (T5). Table 4 reports the results of a paired-sample *t*-test comparing anxiety levels before the intervention (T0) and after six weeks of mindfulness training (T5). Among the three subscales, only Worry showed a meaningful trend, with a decrease from T0 (M = 15.33) to T5 (M = 13.33). Although the paired-sample *t*-test did not reach statistical significance (t = 1.51, p = .15), the effect size was in the moderate range (Cohen's d = –0.39), suggesting a potential reduction in performance-related cognitive concerns. In contrast, both Somatic Anxiety (T0: M = 9.60; T5: M = 10.60) and Concentration Disruption (T0: M = 7.73; T5: M = 8.67) showed slight increases, which were not statistically significant. Overall, while the intervention did not significantly alter total anxiety scores, the observed reduction in worry points toward a promising direction for addressing cognitive aspects of sport-related anxiety. The overall averages of the scores obtained by athletes at T0 and T5 on the MIS are as follows: T0 average (before the protocol): 3.58; T2 aver-

[1]The audio tracks were originally produced by *Valeria Cioffi (Psicoempower_Cioffi)*.

[2]The League Evaluation is the official efficiency index reported by the league; it aggregates positive and negative contributions per game. The formula used in this study was: (free throws made – free throws missed) + (2-point field goals made × 2 – 2-point field goals missed) + (3-point field goals made × 3 – 3-point field goals missed) + offensive rebounds + defensive rebounds + assists + fouls drawn + blocks – turnovers – fouls committed – shots blocked. This definition is sourced from Lega Nazionale Pallacanestro (LNP, Italy).

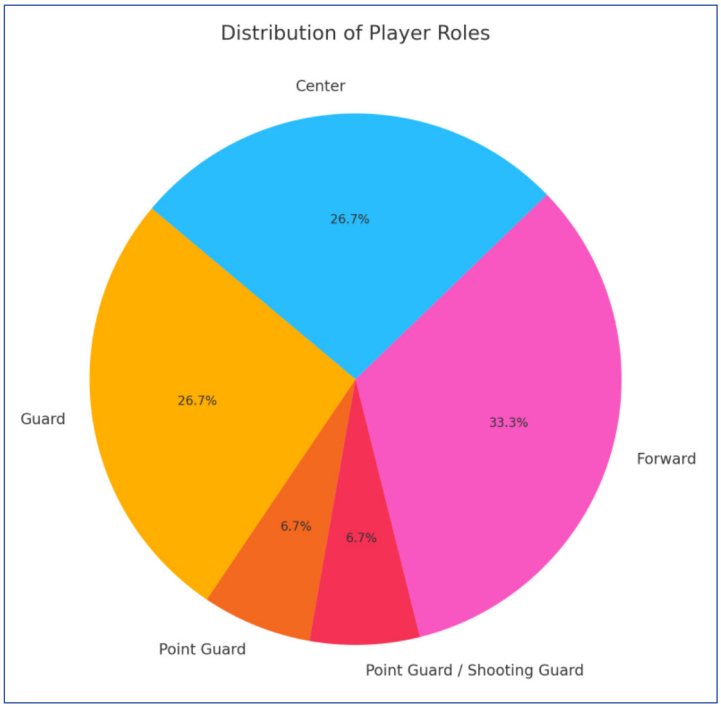


Figure 1. Distribution of Player Roles. The pie chart illustrates the distribution of player roles within the sample of 15 professional basketball athletes. The most represented role is Forward (33.3%), followed by Guard (26.7%) and Center (26.7%). The remaining players include Point Guard (6.7%) and Point Guard/ Shooting Guard (6.7%). This distribution indicates a heterogeneous composition of roles within the sample.

age (after the protocol): 3.40. The comparison of the MIS average scores obtained at T0 and T5 was not significant. The analysis of the subscales of the MIS, with a comparison of T0 *vs.* T5 and a *t*-test for paired samples, did not report any significant results too. The RESTQ-Sport-36 also showed a slight improvement in some subscales, including "sleep quality" with a trend toward significance (Mean T0=3.02; Mean T5= 2.71; *t*-value= 2.084; p = 0.057), although this did not reach statistical significance.

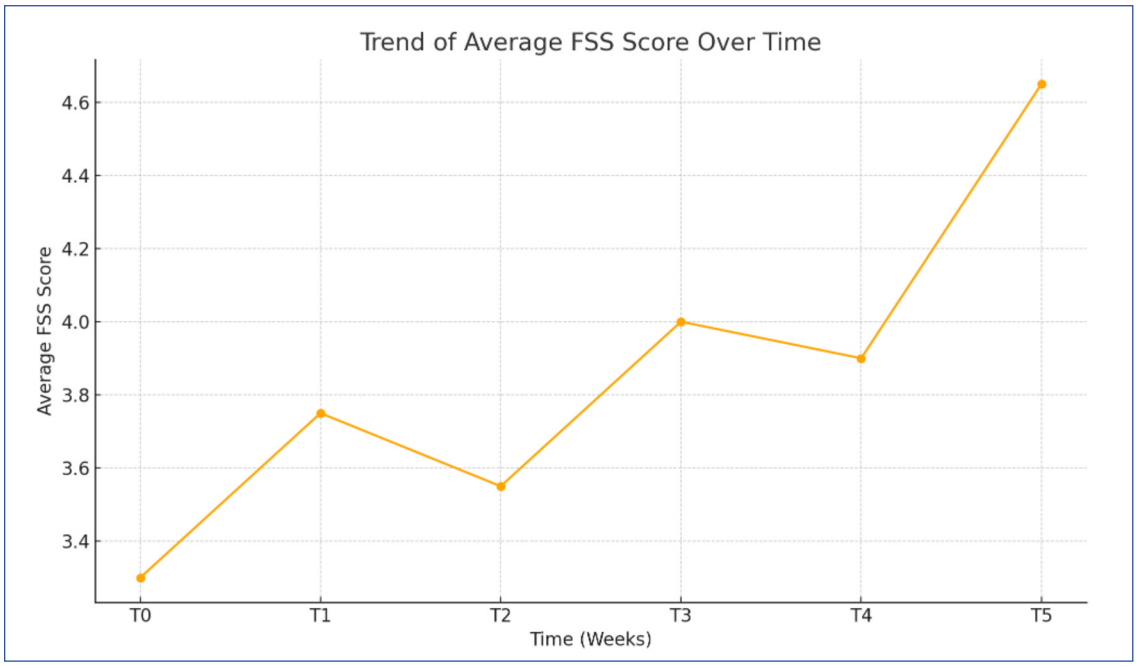


Figure 2. Trend of Average FSS Score Over Time. The line graph illustrates the progression of average Flow State Scale (FSS) scores across six time points (T0-T5) during the intervention period. The data show an overall upward trend, starting from 3.3 at T0 and reaching 4.6 at T5, indicating a consistent improvement in the athletes' flow experience over time, despite minor fluctuations at T2 and T4.

Table 1. Protocol description.

Template for Intervention Description and Replication	Description
Materials	Weekly 9-12-min audio tracks (body scan; breath-focused attention; grounding/present-moment focus; acceptance/non-judgment; competition visualization and pre-performance routine; integrative flow rehearsal). Optional reflective diary.
Procedures	Daily individual listening; weekly debriefs (group or brief 1:1 check-ins, ~10-20 min) to reinforce adherence and troubleshoot barriers.
Provider	A licensed psychologist-psychotherapist/sport mental coach.
SETTING	Remote delivery via smartphone; use in training/competition as needed.
TIMING	Six weeks; ≥1 session/day; reminders 2–3×/week.
Tailoring/Modifications	None.
Fidelity	Adherence tracked via self-reported practice logs and weekly usage checks; summarized as % days practiced.

Pearson's correlation coefficients were computed to examine the association between the athletes' average Flow scores and their performance metrics (points, assists, rebounds, and league evaluation). The results shown in Table 5 revealed that:

- Points: r = 0.65, indicating a strong positive correlation between Flow and points scored.
- Assists: r = 0.26, indicating a moderate positive correlation between Flow and assists.
- Rebounds: r = 0.32, suggesting a low-to-moderate positive correlation between Flow and rebounds.
- League Evaluation: r = 0.59, indicating a strong positive correlation between Flow and the overall league performance index.

These findings suggest that higher Flow scores are associated with better overall performance, particularly in scoring points and achieving higher evaluation ratings. Assists also show a meaningful association, while the relationship with rebounds appears weaker, likely due to role-specific demands and less cognitive influence on this aspect of performance (Figure 3).

A Principal Component Analysis (PCA) was conducted on four key performance indicators: Points, Assists, Rebounds, and League Evaluation (Table 6). The first principal component accounted for 60.1% of the total variance (eigenvalue ≈ 2.40), which is considered adequate for constructing a composite performance index. This exploratory component was used as the Performance Score (PCA) for subsequent analyses. Although variable loadings were not presented in detail, the purpose of this approach was not to explore factor structure but to obtain a robust single summary index. The exploratory component was therefore used exclusively as an aggregated performance measure.

A Pearson correlation analysis revealed a strong positive association between the Performance Score (PCA) and Flow (r = 0.60), indicating that athletes who reported higher levels of Flow also achieved better overall performance (Table 6). This suggests that the subjective experience of

Table 2. Descriptive characteristics of the sample.

Sample Size	15 professional athletes
Age (years)	Mean = 28 (SD = 6.05), Range = 19-40
Years of Competitive Activity	Mean = 13.07 (SD = 6.36), Range = 2-23
Playing Roles	Heterogeneous (Guards, Forwards, Centers, Point Guards)
League Distribution	66% Serie A2, 34% Serie B

Flow may play an important role in influencing objective game performance.

Figure 4 illustrates the relationship between Average Flow scores and the PCA-based Performance Score. The scatter plot shows a positive linear trend, confirmed by the regression line. The model indicates a strong positive association ($\beta \approx 0.85$, $R^2 \approx 0.72$), suggesting that higher Flow levels are associated with improved overall performance as captured by the composite PCA score.

Also, a linear regression was performed to assess the association between Flow scores and PCA Performance Scores (points scored, rebounds, assists and League Evaluation) (Table 7). The β coefficient was 2.11, with an R^2 of 0.361 and statistical significance $p < .001$. This indicates that approximately 36.1%

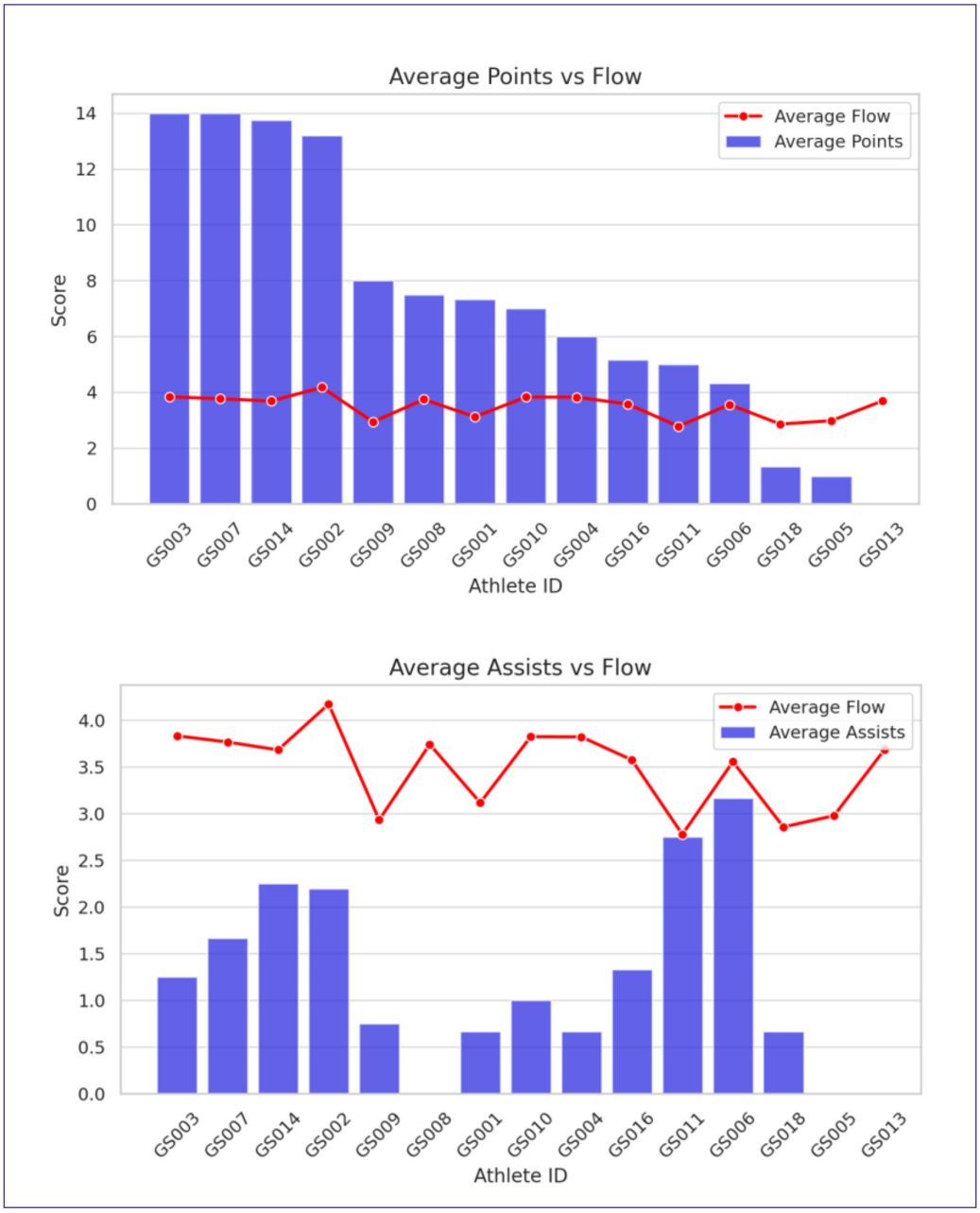


Figure 3. Comparison charts.

Figure continued

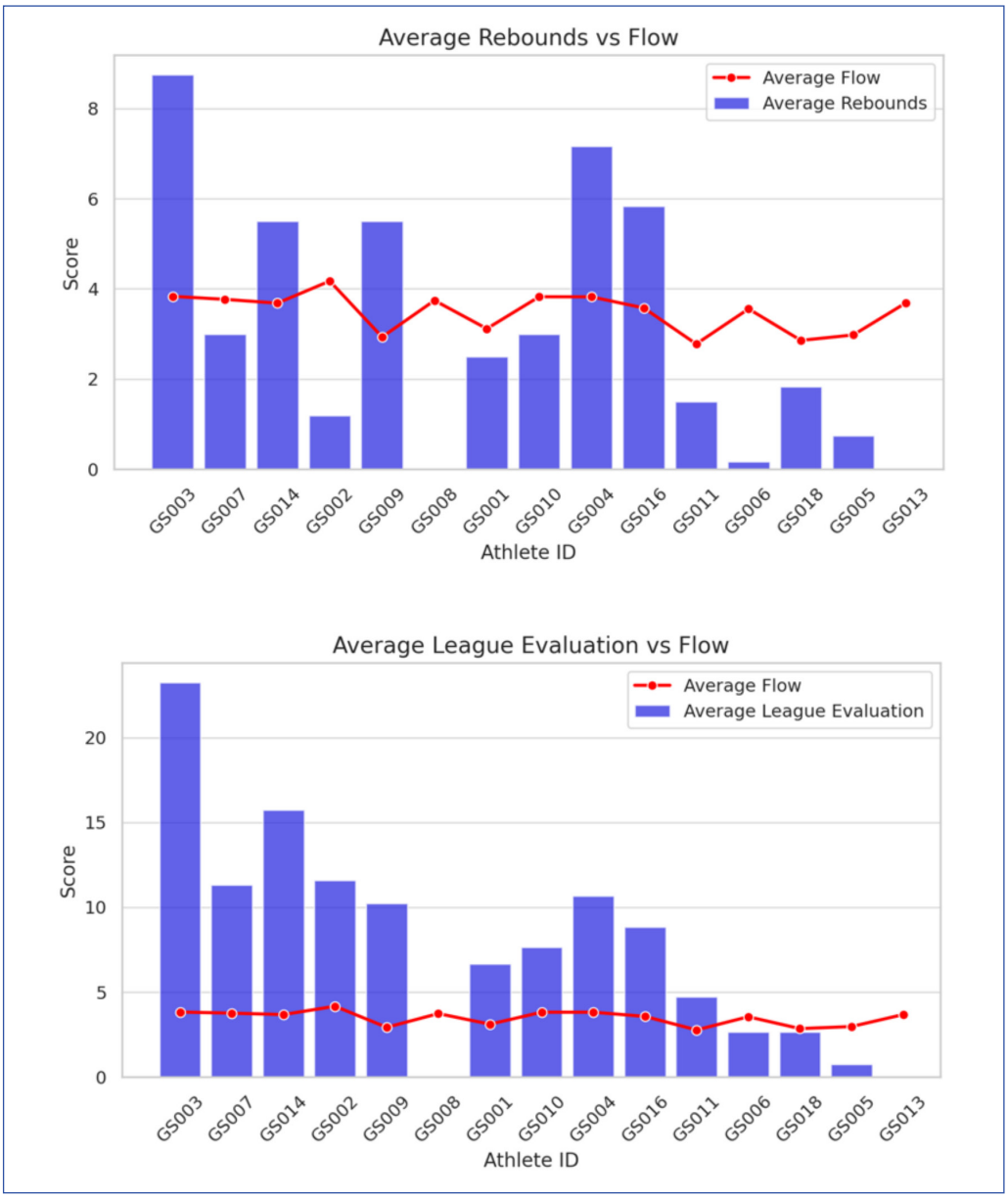


Figure 3. (*Continued*). Comparison charts.

Table 3. Paired sample *t*-test results for Flow State Scale (FSS) between T0 and T5.

Time	Mean	*t*	*p*
T0 *vs.* T5	T0 = 3.30, T5 = 4.62	-4.27	< 0.0037

Time	Mean FSS	STD FSS
T0	3.30	0.57
T1	3.73	0.72
T2	3.55	0.55
T3	4.00	0.85
T4	3.87	0.99
T5	4.62	0.51

Table 4. Paired t-test results for anxiety measures (Sport Anxiety Scale – 2).

SUBSCALE	*t*	*p*	COHEN_D
WORRY	1.55	0.15	-0.39
CONCENTRATION DISRUPTION	-1.07	0.30	0.28
SOMATIC TRAIT ANXIETY	-1.41	0.18	0.36

Table 5. Detailed averages per athlete: performance metrics, flow, and correlations.

Athlete ID	Avg Points	Avg Assists	Avg Rebounds	Avg Evaluation	Avg Flow
GS003	14.00	1.25	8.75	23.25	3.83
GS007	14.00	1.67	3.00	11.33	3.77
GS014	13.75	2.25	5.50	15.75	3.68
GS002	13.20	2.20	1.20	11.60	4.17
GS009	8.00	0.75	5.50	10.25	2.93
GS008	7.50	NA	NA	NA	3.74
GS001	7.33	0.67	2.50	6.67	3.12
GS010	7.00	1.00	3.00	7.67	3.82
GS004	6.00	0.67	7.17	10.67	3.82
GS016	5.17	1.33	5.83	8.83	3.58
GS011	5.00	2.75	1.50	4.75	2.78
GS006	4.33	3.17	0.17	2.67	3.56
GS018	1.33	0.67	1.83	2.67	2.86
GS005	1.00	0.00	0.75	0.75	2.98
GS013	NA	NA	NA	NA	3.69

Correlations between Flow and Performance Metrics. Avg Points: r = 0.648; Avg Assists: r = 0.257; Avg Rebounds: r = 0.317; Avg Evaluation League: r = 0.591.

of the variance in performance scores can be explained by the state of Flow, confirming the positive predictive effect of the Flow experience on athletic performance (Figure 5).

DISCUSSION

The statistical analyses resulting from this pilot study, despite the limitations arising from the small sample size and the absence of a control sample, suggest a significant positive impact of the experimental protocol based on mindfulness on both the state of Flow and anxiety levels of athletes.

In particular, the progressive increase in scores obtained in the questionnaire assessing subjective perception of access to Flow (FSS-2) during the six weeks of the protocol/mindfulness training, culminating in a statistically significant difference between T0 and T5, suggests that the protocol promoted a greater ability of athletes to enter a state of complete "contact" [21] with the performance experience [9, 11]. This finding is consistent with previous evidence demonstrating the effectiveness of mindfulness practices in promoting flow experiences in sports contexts [22, 23].

The findings of the present study suggest that mindfulness training did not significantly reduce overall levels of sport performance anxiety, as indicated by the non-significant changes in the total SAS-2 score. When examining the subscales, an interesting pattern emerged. The Worry dimension showed a moderate reduction from pre- to post-intervention, with a decrease in mean scores (from 15.33 to 13.33) and a moderate effect size (Cohen's d = –0.39), despite the lack of statistical significance. This trend indicates that mindfulness practice may be particularly effective in targeting cognitive aspects of

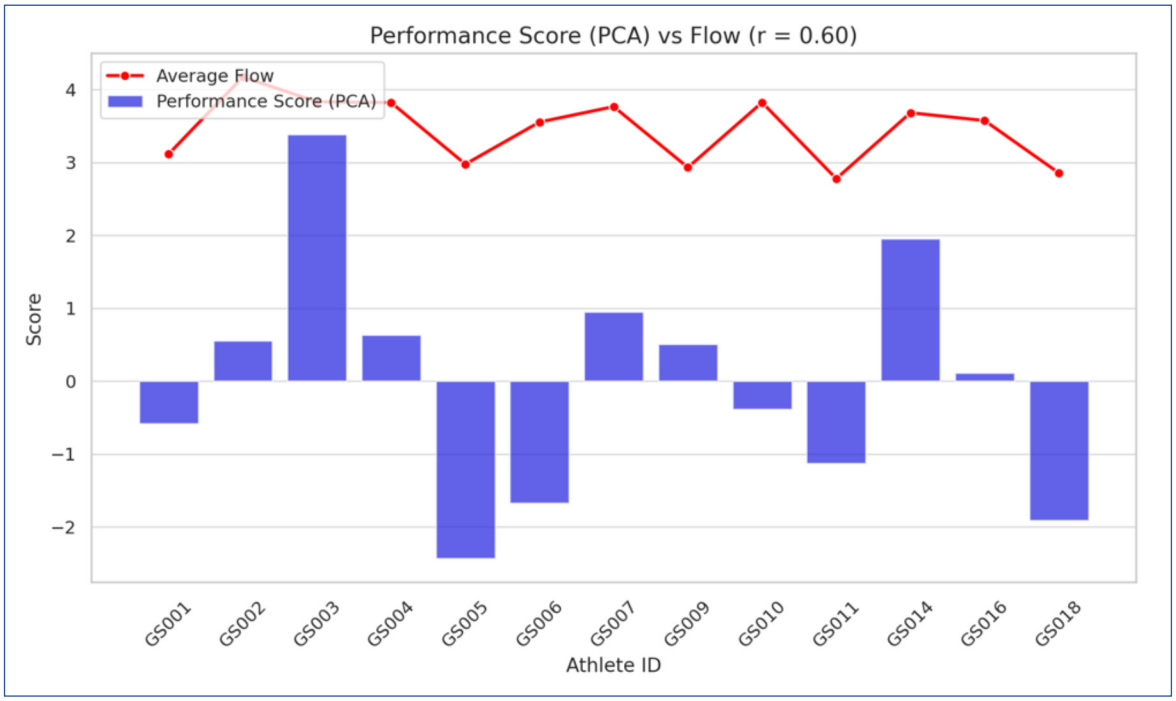


Figure 4. PCA performance score *vs.* flow.

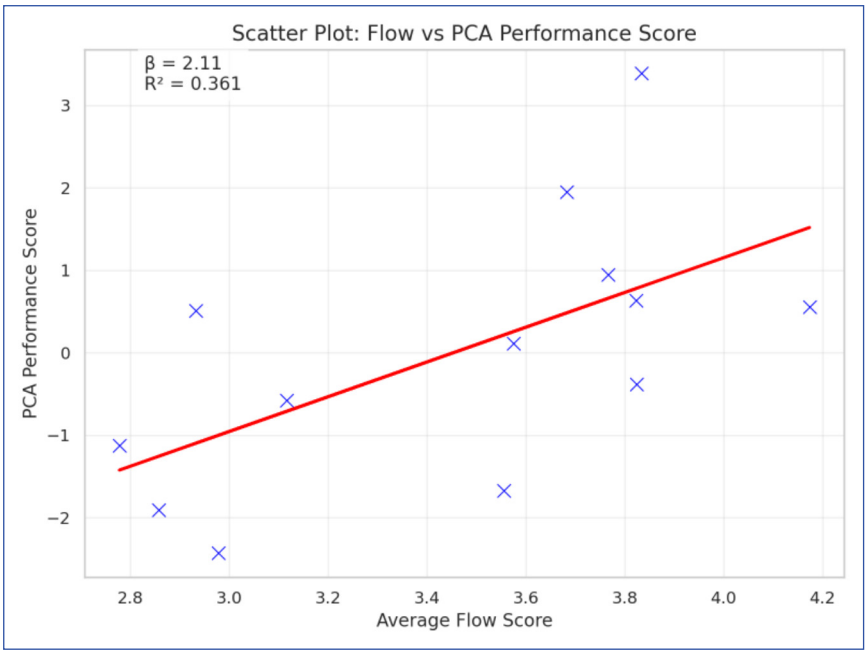


Figure 5. Scatter plot: flow *vs.* PCA performance score.

performance anxiety, such as fear of failure or concerns about disappointing others. Both Somatic Anxiety and Concentration Disruption showed small, non-significant increases after the intervention. One possible interpretation is that while athletes became less cognitively preoccupied, they might become more attuned to bodily sensations and moment-to-moment focus, which could temporarily amplify the perception of somatic tension or attentional fluctuations. This shift may reflect an early stage in the process of integrating mindfulness skills, where athletes first reduce ruminative thoughts but still need further practice to regulate physiological arousal and

maintain concentration under pressure. Taken together, these findings highlight the nuanced impact of mindfulness interventions: rather than producing an immediate global reduction in anxiety, they may first alleviate cognitive worry, with potential long-term benefits for concentration and somatic regulation as practice consolidates [7, 8]. Future research with larger samples and extended training periods is warranted to further explore these trajectories. These results are extremely important, as the scientific community in this field is aware of the role played by anxiety as a factor interfering with sports performance, especially in disciplines where there is highly competitive pressure [24, 25].

On the other hand, no significant changes were found in the average MIS scores and in the RESTQ-Sport-36 subscale. This suggests that the effectiveness of the protocol focuses mainly on attentional and regulatory aspects related to flow, rather than on structural changes in perceived mindfulness skills or recovery quality. In this regard, it should be noted that flow is characterized by a high level of task focus associated with a significant reduction in internal and external distractions [11]. The practice of mindfulness promotes precisely this latter condition, increasing the ability to maintain attention on the present moment and reducing attention dispersion, often related to intrusive thoughts or performance anxiety [23, 26].

In addition to attentional aspects, flow also requires effective regulatory control, which allows athletes to modulate their physiological arousal levels and emotional responses according to the demands of the task. The techniques proposed in the protocol probably facilitated this process, allowing for better management of arousal and emotions during competition, thus promoting the maintenance of an optimal psychophysiological state for performance [7, 22].

The fact that no significant changes emerged in the measures assessing predisposition to mindfulness (MIS), while flow showed a significant increase, suggests that the effectiveness of the protocol focused mainly on contextual and situational skills rather than stable traits. In other words, the intervention seems to have acted on attentional and regulatory processes directly involved in the optimal experience during competition, without significantly altering the general characteristics of awareness. The latter change would probably be desirable with stable and longer-term training, such as mental coaching or an extended intervention, which helps the athlete on a path of self-awareness and awareness of their personality functioning, their script, and their system of beliefs and decisions [27, 28] during sports performance.

However, the almost significant trend observed in the RESTQ's "sleep quality" subscale gives rise to the hypothesis that a longer intervention, or simply one with a larger sample size, could have led to more extensive improvements in psychophysical recovery [29].

The most interesting finding certainly concerns the relationship between flow and performance. The positive correlations that emerged between the average flow scores and the performance indicators collected (points, assists, overall evaluation) confirm what has been reported in the literature on the link between states of optimal experience and performance in competitions [11,30]. The highest correlation with the overall evaluation score of the reference league ($r = 0.59$) suggests that flow not only affects individual technical skills but also seems to have a significant impact on more integrated and complex aspects of performance, such as the ability to read the game and effective decision-making. Flow correlated with points and league evaluation, yet correlation does not imply causation; the association should be interpreted cautiously given the design.

PCA analysis allowed us to synthesize performance variables into a single composite index, explaining over 60% of the variance and confirming the robustness of this approach for performance evaluation [31]. Furthermore, linear regression showed that flow explains 36.1% of the variance in performance, highlighting the relevance of this psychological dimension as a predictor of competitive success. This result reinforces theories that optimizing attentional and motivational states is a determining factor for high-level performance [32, 33].

Overall, the data obtained are promising and confirm the effectiveness of mindfulness-based interventions in improving key psychological variables for sports performance and suggest a central role for flow as a mediator between attention-

Table 6. Performance metrics and PCA score.

Athlete ID	Avg Points	Avg Assists	Avg Rebounds	Avg Evaluation	Performance Score (PCA)
GS001	7.33	0.67	2.50	6.67	-0.58
GS002	13.20	2.20	1.20	11.60	0.55
GS003	14.00	1.25	8.75	23.25	3.39
GS004	6.00	0.67	7.17	10.67	0.64
GS005	1.00	0.00	0.75	0.75	-2.43
GS006	4.33	3.17	0.17	2.67	-1.68
GS007	14.00	1.67	3.00	11.33	0.95
GS009	8.00	0.75	5.50	10.25	0.51
GS010	7.00	1.00	3.00	7.67	-0.38
GS011	5.00	2.75	1.50	4.75	-1.13
GS014	13.75	2.25	5.50	15.75	1.95
GS016	5.17	1.33	5.83	8.83	0.11
GS018	1.33	0.67	1.83	2.67	-1.91

* The correlation between the Performance Score (PCA) and Flow was r = 0.60, indicating a strong positive association.

Table 7. Linear regression results predicting performance from flow scores.

Dependent Variable	Predictor	β Coefficient	R	*p*
PCA Performance Score (points, rebounds, assists, League Eval.)	Flow	2.11	0.361	< 0.001

al processes and competitive results. This evidence supports the opportunity to integrate structured mental training programs into the preparation of professional athletes, in line with recent approaches to sports psychology [25].

CONCLUSIONS

This exploratory study provides preliminary evidence on the effectiveness of a mindfulness-based protocol in increasing and promoting the experience of flow, significantly reducing anxiety levels in professional athletes. The results show a significant improvement in the state of flow and a marked decrease in performance anxiety after just the first few weeks of intervention, elements that are key factors for optimal performance. Although no significant changes were found in measures describing the degree of predisposition to mindfulness, the data suggest that the intervention acted on attentional and situational regulatory processes, influencing the quality of the experience during the competition rather than stable personality traits.

A particularly relevant aspect is the positive correlation found between flow and performance, confirmed by both correlation analysis and linear regression, which attributes a substantial predictive role to flow in terms of performance. This result reinforces the need for psychological interventions aimed at developing attentional-regulatory skills to promote states of optimal experience, with potential benefits for overall performance.

However, this data should be interpreted with caution due to methodological limitations, particularly the small sample size and the absence of a control group. Future studies should include larger samples, controlled experimental designs, and longer-term protocols in order to consolidate the results and further investigate the impact of mindfulness on psychophysical recovery variables and more stable awareness traits. Despite these limitations, the results offer promising

indications for the integration of mindfulness-based mental training programs in the preparation of high-level athletes, in line with the most recent models of sports psychology.

Limitations and Future Prospects

Among the main limitations of the study are the absence of a control group, the limited sample size, and the subjective self-assessment of flow. Internal validity is limited by the single-group pre–post design, small sample size, and the absence of a control group. Potential expectancy and placebo effects may have contributed to the observed changes. Although our research design allowed for the possibility of obtaining objective measures of flow related to psychophysiological parameters, only 40% of the sample had a device for detecting these parameters, which prevented us from obtaining numerically valid measurements for comparison within and between subjects. We anticipate that future studies will include physiological measurements (HRV, EEG), post-intervention qualitative assessments, and larger samples. It would also be useful to compare different mindfulness approaches (MBCT, ACT, Yoga Nidra) to assess their comparative effectiveness in sports contexts.

Funding

This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement

This study was conducted in accordance with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki and the Ethical Code for Research in Psychology of the Italian Association of Psychology (AIP), approved in 2015 and updated in July 2022 to comply with GDPR regulations (aipass.org). The study has been approved by the Ethical Committee of the Department of Psychology of the University of Naples Vanvitelli (n.26/2025). All procedures adhered to ethical standards to protect participants, ensuring anonymity, data confidentiality, and obtaining informed consent.

Informed Consent Statement

Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement

The data supporting the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request (dr.valeria.cioffi@gmail.com). Due to privacy and ethical considerations, the data are not publicly accessible.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

1. Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2017). Mindfulness-based and acceptance-based interventions in sport and performance contexts. *Current Opinion in Psychology,* 16, 180-184.
2. Gardner, A., Palmer, C., Byrne, C., & Pryle, J. (2024). A visual phenomenology of mindfulness after COVID-19. *Journal of Qualitative Research in Sports Studies,* 18(1), 129-138.
3. Röthlin, P., Horvath, S., Trösch, S., Holtforth, M. G., & Birrer, D. (2020). Differential and shared effects of psychological skills training and mindfulness training on performance-relevant psychological factors in sport: a randomized controlled trial. *BMC Psychology,* 8(1), 80.
4. Jones, M. I., et al. (2020). Mindfulness and performance in sport and exercise: An overview. International Review of Sport and Exercise Psychology, 13(1), 1-21.
5. Baltzell, A., & Akhtar, V. L. (2014). Mindfulness meditation training for sport (MMTS) intervention: Impact of MMTS with division I female athletes. *The Journal of Happiness & Well-Being,* 2(2), 160-173.
6. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future.
7. Josefsson T, Ivarsson A, Lindwall M, Gustafsson H, Stenling A, Böröy J, Mattsson E, Carnebratt J, Sevholt S, Falkevik E. (2017) Mindfulness Mechanisms in Sports: Mediating Effects of Rumination and Emotion Regulation on Sport-Specific Coping. Mindfulness (N Y). 2017;8(5): 1354-1363.
8. Gross, J. J., et al. (2016). Emotion regulation in sport: Current status and future directions. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 9(1), 45–69.
9. Csikszentmihalyi, M., & Csikzentmihaly, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience (Vol. 1990, p. 1).* New York: Harper & Row.
10. Csikszentmihalyi, M. (2004). *Good business: Leadership, flow, and the making of meaning.* Penguin. In: Mumford, G. (2023). La mentalità vincente. I segreti per superare le sfide più grandi nello sport e nella vita. Giunti editore.
11. Jackson, S. A., & Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in sports: The keys to optimal experiences and performances.* Human Kinetics.

12. Swann, C., et al. (2017). A systematic review of the experience, occurrence, and controllability of flow states in elite sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 32, 41–51.
13. Smith, B., et al. (2019). Flow state and performance in sport: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 43, 78–88.
14. Kaufman, K. A., Glass, C. R., & Pineau, T. R. (2009). Mindful sport performance enhancement: A training manual for athletes. *American Psychological Association*.
15. Kee, Y. H., & Wang, C. K. J. (2008). Relationships between mindfulness, flow dispositions and mental skills adoption: A cluster analytic approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(4), 393–411.
16. Baltzell, A., & Summers, J. (2018). *The Power of Mindfulness in Sport: Finding Flow in Athletic Performance*. Routledge.
17. Jackson, S. A., & Eklund, R. C. (2004). *The Flow Scales Manual. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.*
18. Smith, R. E., Smoll, F. L., Cumming, S. P., & Grossbard, J. R. (2006). Measurement of multidimensional sport performance anxiety in children and adults: The Sport Anxiety Scale-2. *Journal of Sport & Exercise Psychology,* 28(4), 479–501.
19. Thienot, E., Jackson, B., Dimmock, J. A., Grove, J. R., Bernier, M., & Fournier, J. F. (2014). Development and preliminary validation of the Mindfulness Inventory for Sport. *Psychology of Sport and Exercise,* 15(1), 72–80.
20. *Kellmann, M., & Kallus, K. W. (2016). The Recovery-Stress Questionnaire for Athletes: User manual. Human Kinetics.*
21. *Perls, F., Hefferline, R. E., & Goodman, P. (1951). Gestalt Therapy Excitement and Growth in the Human and Personality.*
22. Kaufman, K. A., Glass, C. R., & Pineau, T. R. (2009). Mindful sport performance enhancement: A training manual for athletes. *American Psychological Association*.
23. Kee, Y. H., & Wang, C. K. J. (2008). Relationships between mindfulness, flow dispositions and mental skills adoption: A cluster analytic approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(4), 393–411.
24. Martens, R., Vealey, R. S., & Burton, D. (1990). *Competitive anxiety in sport*. Human Kinetics.
25. Birrer, D., Röthlin, P., & Morgan, G. (2012). Mindfulness to enhance athletic performance: Theoretical considerations and possible impact mechanisms. *Mindfulness*, 3(3), 235–246.
26. Röthlin, P., Horvath, S., Birrer, D., & Grosse Holtforth, M. (2020). Psychological skills training and mindfulness-based interventions in sports: A meta-analytical review. Sports Psychology, 34(4), 361–386.
Arrow, K. J., & Intriligator, M. D. (1982). Handbook of mathematical economics (Vol. 3). North-Holland.
27. Woollams, S., & Brown, M. (1978). Transactional analysis: A modern and comprehensive text of TA theory and practice. Huron Valley Institute Press.
28. Berne, E. (2022). Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry. Echo Point+ ORM.
29. Fullagar, H. H., Vincent, G. E., McCullough, M., Halson, S., & Fowler, P. (2023). Sleep and sport performance. *Journal of Clinical Neurophysiology,* 40(5), 408–416.
30. Swann, C., Keegan, R., Piggott, D., & Crust, L. (2012). A systematic review of the experience, occurrence, and controllability of flow states in elite sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(6), 807–819.
31. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson.
32. Hodge, K., Lonsdale, C., & Jackson, S. A. (2009). Athlete engagement in elite sport: An exploratory investigation of antecedents and consequences. *The Sport Psychologist*, 23(2), 186–202.

phenomenajournal

Editoriale

Tra pixel e pelle: la costruzione dell'identità adolescenziale nell'intreccio tra mondo reale e digitale

Lucia Luciana Mosca

Sipgi - Scuola di Psicoterapia Gestaltico Integrata

«Il mondo ti chiederà chi sei, e se non lo sai, il mondo te lo dirà».

Carl Gustav Jung

Il tema della massiccia diffusione dei social e dell'utilizzo immersivo, monopolizzante l'attenzione della cosiddetta "Generazione Z" [1], è stato variamente approfondito ed esaminato in diversi campi. È fuori da ogni dubbio quanto questo utilizzo abbia una conseguenza diretta e quasi immediata sui processi di socializzazione di chi trascorre all'incirca la maggior parte del proprio tempo nel cyberspazio, smarrendo non solo la capacità di svilupparsi personalmente nel mondo reale ma anche l'opportunità di acquisire quelle abilità di interazione concreta che consentono comunicazioni efficaci. L'identità si forma ed emerge all'interno del contesto sociale e rappresenta il distillato delle caratteristiche psicologiche, culturali, esperienziali ed emotive sommate all'immagine che si ha di sé stessi [2]. Lo sfondo, il contesto, entro il quale si situa attualmente l'evolversi del processo di individuazione [3] non è tanto rappresentato dall'ambiente sociale concreto ma da un ambiente immateriale, non tangibile, in cui l'occasione di esistenza del corpo (proprio e dell'altro) è del tutto assente. In tale ambiente la possibilità di accedere ad informazioni pressoché illimitate, a contenuti di vario genere costantemente disponibili facilitati dalla diffusione di reti wireless che consentono l'online praticamente ovunque, determina il verificarsi di condizioni di sviluppo del tutto diverse da quelle precedentemente sperimentate e che sono assoggettate all'influenza della rete internet sulla psiche, sul benessere fisico e sulla visione del mondo e di sé stessi [4].

Il verificarsi di queste "nuove" condizioni esistenziali, costantemente nuove perché in rapida trasformazione, mette in risalto la necessità di una riflessione sempre più approfondita, da parte dei clinici che si occupano di adolescenza, sull'emergere di un diverso tipo

Citation: Mosca, L. L. Between Pixels and Skin: The Construction of Adolescent Identity at the Intertwining of the Real and Digital Worlds. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 7(3), 131–132.

Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Lucia Luciana Mosca, PhD; e-mail: moscalucialuciana@gmail.com

Pubblicato: 17 settembre 2025

di identità: l'identità virtuale. È un tipo di identità profondamente direzionata dalle "esigenze" comportate dall'essere sempre connessi: la velocità delle interazioni, la costante disponibilità di contatto, la densità del flusso di informazioni veicolate determinano la necessità di livelli di "presenza" online quasi costanti per il timore di perdere occasioni che potrebbero poi rivelarsi "vitali". Questo provoca inevitabilmente un aumento della stanchezza e della contemporanea irritabilità, veicolata da una sensibilità estrema agli stimoli considerati come distraenti, nei confronti dei quali questa generazione mette in atto comportamenti anche a volte molto violenti.

Il mondo virtuale è un mondo immersivo e i social vengono sperimentati come veri e propri spazi di autopresentazione; contesti entro i quali, attraverso un avatar o un nickname, si strutturano conversazioni, si definiscono ruoli e si sperimentano anche dei conflitti acquisendo quindi, entro questi contesti, quelle competenze essenziali per l'interazione interpersonale e per la conoscenza, sviluppo e assimilazione di parti di sé che sono alla base del processo di identificazione [5]. Ne derivano inoltre dei comportamenti non adottabili nel mondo reale: il contesto virtuale offre la possibilità di sperimentare una sorta di "protezione" grazie alla mancanza della presenza fisica (sebbene una presenza sia garantita dal nickname) e contemporaneamente il contatto virtuale può essere deliberatamente interrotto semplicemente spegnendo il device che si sta utilizzando. Questo porta i giovani a sperimentare la libertà di potersi concedere forme di linguaggio anche piuttosto violente e quindi generare forme di disinibizione non altrimenti possibili, conducendo alla percezione di un senso di grandezza personale infondato. L'identità costruita attraverso e nel mondo virtuale ha caratteristiche ideali, facilitate dai materiali preconfezionati che lo stesso mondo offre: è denominata "identità da repost" [6] ed è formata da contenuti preesistenti e formali del tutto privi di unicità. L'utilizzo su vasta scala e per differenti obiettivi di materiali preconfezionati – vedi anche il ricorso sempre più massiccio alle Artificial Intellingence (AI) in luogo del pensiero autonomo – conduce al rischio, in menti giovani e identità in formazione, di perdita della naturale propensione all'autodeterminazione nonché all'assimilazione di modelli di soluzione programmati e stereotipati, alterando la capacità di adattamento creativo e originale. Questo conduce inevitabilmente alla riflessione, da parte dei clinici, sull'interrogativo in merito alla futura capacità delle nuove e nuovissime generazioni a rispondere ed adattarsi alle condizioni di vita reali, le cui leggi sono completamente diverse da quelle dello spazio virtuale, e verso quali direzioni deve necessariamente muovere un intervento di supporto psicologico che si mostri in grado di cogliere le sfide e le domande complesse che sempre più adolescenti delle nuove generazioni stanno ponendo al mondo adulto.

BIBLIOGRAFIA

1. Pandit, V. (2021). We are Generation Z: How identity, attitudes, and perspectives are shaping our future. Brownbooks. Orm.
2. Crocetti, E., Albarello, F., Meeus, W., & Rubini, M. (2023). Identities: A developmental social-psychological perspective. European Review of Social Psychology, 34(1), 161-201.
3. Corsano, P., & Musetti, A. (2012). Dalla solitudine all'autodeterminazione. Processi di separazione e individuazione in adolescenza (pp. 1-194). Raffaello Cortina Editore.
4. Digennaro, S., & Iannaccone, A. (2025). Imagining another self: the use of social media among preadolescents and its body-related consequences. An exploratory study. SAGE Open, 15(1), 21582440251321364.
5. SGREVA, F. Social networks e sviluppo dell'identità sessuale: gli adolescenti della generazione digitale.
6. Molotokienė, E. (2020). The transformation of narrative identity into digital identity: challenges and perspectives. In Colloquium (Vol. 12, No. 2, pp. 123-133). Akademia Marynarki Wojennej. Wydział Nauk Humanistycznych i Społecznych.