



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia  
Applicata(FISPPA)**

**Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica.**

**Tesi di laurea magistrale**

**Interpersonal validazione del questionario Empathy  
Questionnaire: focus sulla validità di costrutto indagata con  
questionari self-report**

**Interpersonal validation of the Empathy Questionnaire: focus on the  
construct validity investigated with self-report questionnaires**

***Relatrice:*  
Prof.ssa Arianna Palmieri**

***Laureanda: Nunzia Vitiello  
Matricola: 1232148***

Anno Accademico 2021/2022

## INDICE

---

### ***ABSTRACT***

### ***CAPITOLO 1- IL COSTRUTTO DI RIFERIMENTO***

#### ***1.1 Empatia: diffusione del termine***

##### ***1.1.2 L'empatia nella pratica clinica***

#### ***1.2 Modello teorico di riferimento: Zaki e Ochsner***

#### ***1.3 La motivazione come base dell'azione empatica***

### ***CAPITOLO 2 – STRUMENTI UTILIZZATI PER LA MISURAZIONE DELL'EMPATIA***

#### ***2.1 Empatia e psicopatologia***

#### ***2.2 Strumenti che indagano l'empatia***

#### ***2.3 Limiti di strumenti self-report per lo studio dell'empatia***

#### ***2.4 Necessità di un nuovo strumento***

### ***CAPITOLO 3 - VALIDITÀ PSICOMETRICA IEQ***

#### ***3.1 Primo obiettivo dello studio di validazione***

#### ***3.2 Materiali e Metodo***

##### ***3.2.1 Reclutamento dei partecipanti***

#### ***3.3 Procedura***

### ***CAPITOLO 4- RISULTATI***

#### ***4.1- Risultati del primo obiettivo dello studio di validazione***

### ***CAPITOLO 5- VALIDITÀ DI COSTRUTTO DELL'IEQ***

#### ***5.1 Secondo obiettivo dello studio di validazione***

#### ***5.2 Metodo***

*5.2.1 Reclutamento dei partecipanti*

*5.2.2 Strumenti*

*5.2.3 Paradigma sperimentale*

*5.2.4 Procedura di conduzione delle analisi*

*5.3 Analisi dei dati*

## **CAPITOLO 6-RISULTATI**

*6.1- Risultati del secondo obiettivo dello studio di validazione*

## **CAPITOLO 7**

*7.1 Discussione*

*7.2 Limiti dello studio e considerazioni conclusive*

**CONCLUSIONE**

**BIBLIOGRAFIA**

## ***ABSTRACT***

La letteratura scientifica mostra come lo studio del costrutto di empatia sia stato indagato prettamente seguendo un'ottica intrapersonale, prestando poca attenzione, dunque, alla influenza che un altro individuo, in interazione, possa attuare per la manifestazione di questa. Partendo da questa constatazione è nata l'esigenza di strutturare un questionario che indagasse l'empatia in ottica interpersonale, ponendo l'attenzione su quanto, per lo sviluppo e la comprensione del fenomeno, la presenza dell'altro non possa essere componente da non considerare.

Sulla base del modello tripartito dell'empatia individuato da Zaki J. e Ochsner K., che ad oggi risulta essere uno dei più accreditati poiché avvalorato da conferme in ambito neuroscientifico, e facendo riferimento alla struttura della sottoscala EU del Relationship inventory di Barrett-Lennard (1981), abbiamo costruito un questionario diadico interpersonale, con l'obiettivo di studiare e misurare l'empatia seguendo l'ottica interpersonale del costrutto e considerandolo come fenomeno prodotto dall'interazione diadica.

### ***ABSTRACT IN INGLESE***

The scientific literature shows how the study of the construct of empathy has been investigated purely following an intrapersonal perspective, paying little attention, therefore, to the influence that another individual, in interaction, can implement for the manifestation of it. Starting from this observation, the need arose to structure a questionnaire that would investigate empathy from an interpersonal perspective, focusing on how much, for the development and understanding of the phenomenon, the presence of the other cannot be a component to be disregarded.

On the basis of the tripartite model of empathy identified by Zaki J. and Ochsner K., which to date appears to be one of the most accredited since it is corroborated by confirmations in the neuroscientific field, and referring to the structure of the EU subscale of Barrett-Lennard's (1981) Relationship inventory, we constructed a dyadic interpersonal questionnaire, with the aim of studying and measuring empathy by following the interpersonal perspective of the construct and considering it as a phenomenon produced by dyadic interaction.

## ***CAPITOLO 1- IL COSTRUTTO DI RIFERIMENTO***

### ***1.1 Empatia: storia e diffusione del termine***

Il termine empatia deriva dal greco *empathia* (en-dentro, pathos- sentimento), ed è stato coniato verso la fine del XIX secolo dall'esperto di arti figurative Theodor Vischer, diffondendosi nella Germania dell'epoca con il termine *Einfühlung*. Inizialmente si faceva riferimento ad una particolare modalità di approccio estetico, riferendosi, difatti, alle sensazioni ed alle emozioni che lo spettatore provava dinnanzi ad opere artistiche; al modo in cui l'osservatore sentiva e comunicava le sue emozioni di fronte al bello artistico. Il bello derivava dalla proiezione della sensibilità umana sugli oggetti della natura (Esayan, 2019). L'empatia era ben lontana dall'essere contemplata come dimensione relazionale in situazioni interpersonali. Solo successivamente il termine venne a modificarsi, dopo che in Inghilterra iniziarono i primi filoni di ricerca sul tema, i quali traducevano *Einfühlung* con *emphaty*, studiata prettamente in prospettiva intrapersonale (Eisenberg & Strayer, 1990).

Sebbene non ancora indicata con il termine empatia, la capacità umana di poter provare le medesime attivazioni emozionali vissute ed esperite da altri, era caratteristica ben nota ed incentivata da importanti personaggi, appartenenti alla nostra storia culturale (Pinotti, 2011). Possedere questa capacità, ed il vantaggio ottenibile nel farvi leva, era infatti questione già nota agli illustri filosofi del passato. Platone sapeva che se il suo rapsodo Ione avesse pianto, durante la riproduzione delle sue poesie, molto probabilmente anche il pubblico avrebbe avuto questa reazione, compensando soddisfatto in denaro, per il tipo di emozione provata durante la recita. Aristotele comprendeva che se durante le rappresentazioni teatrali i personaggi avessero messo in scena intense emozioni, gli spettatori si sarebbero identificati con loro, soffrendo, commovendosi, patendo e ridendo a loro volta.

Ma come si verifica questo processo? Cosa viene attivato? Qualcosa che proviene dall'attore/interlocutore o fa parte del mondo interno di colui che assiste? È una operazione mentale o corporea? Intenzionale o inconsapevole? Innata, ereditaria,

acquisita? (Pinotti,2011).

Per trovare risposta a questi quesiti è necessario attraversare i pensieri e le ipotesi di numerosi studiosi e autori, provenienti da diversi ambiti di studi, sia filosofici che neuroscientifici.

Empatia funge da termine-ombrello (Preston & Hofelich, 2012). Di volta in volta, sulla base del contesto nel quale viene utilizzato assume connotazione differente: proiezione, trasferimento, associazione, espressione, animazione, antropomorfizzazione, vivificazione, fusione. Empatizzare sta ad indicare immedesimarsi, rivivere, compatire, consentire, imitare interiormente, simpatizzare. Se da un lato può essere chiara la grande duttilità propria di questo termine, dall'altra esiste il rischio di renderlo indistinto dagli altri (Pinotti, 2011).

Il primo autore che trasportò il termine nel linguaggio psicologico e lo studiò sotto una lente di osservazione differente fu Theodor Lipps (Aragona et al, 2013). Con l'intento di ridurre l'indeterminatezza semantica derivante dal termine, l'autore, si impegnò nell'individuazione e descrizione delle varie componenti nelle quali si esplica il processo di empatizzazione e fu il primo a considerare l'empatia secondo una prospettiva interindividuale. Sebbene inizialmente descritto come processo attivatosi dinanzi ad opere artistiche di particolare bellezza, Lipps iniziò ad osservare che colui che percepiva l'attivarsi di una dimensione emotiva di un individuo con lui in interazione, provava la stessa attivazione.

*“Empatia significa che io mi empatizzo. Orbene, sembrerebbe così che io sentissi dapprima me stesso o qualche cosa in me –forza, gioia, nostalgia –, e che quindi procedessi a estrarre quel che dapprima ho sentito in me, trasferendolo in un oggetto che mi sta di fronte; come se, di conseguenza, l'empatia designasse una particolare azione o prestazione, che dovrei compiere se qualcosa dovesse essere empatizzato in un oggetto. [...]. Accade in effetti che io non possa né vedere né sentire l'attività – per esempio: ciò che indicano i termini «furore» e «minaccia» –, ma la possa solo sentire in me; eppure rinvengo la medesima attività in un oggetto sensibile, così rinvengo necessariamente me stesso nell'oggetto sensibile. Mi esperisco o mi sento in esso. Orbene, il fatto che vi sia una tale empatia – che ciò che posso sentire solo in me possa essere da me rinvenuto o sentito in un altro ente, o, detto in altri termini, possa «stare» in un altro ente o possa per la mia coscienza essere “connesso” o appartenere a qualcosa di sensibilmente percepito – è certamente qualcosa di meraviglioso”.*  
(Lipps, 1904).

Analizzando la letteratura scientifica in merito al costrutto in riferimento notiamo come l'empatia sia stata prettamente studiata come fenomeno intrapersonale (Gallese, 2002). Spiegare le modificazioni e le attivazioni interne che si susseguono nel manifestarsi del processo, è componente essenziale per comprenderne i meccanismi di sviluppo e di azione. Per lo più, ci sono tante definizioni di empatia quanti sono stati gli autori che hanno tentato di indagarla. Il dibattito non ha investito solo l'ambito della definizione del processo di per sé, ma anche quando queste facesse primariamente la sua comparsa. Alcuni autori che si spesero sul tema, tra i quali Freud e Piaget, ritenevano che i bambini fossero troppo egocentrici e non cognitivamente in grado di provare empatia, presupponendo che per lo sviluppo di quest'ultima, fossero necessarie abilità superiori. Veniva dunque escluso il completo apporto dell'altro all'interno della manifestazione del comportamento empatico, sottolineando, implicitamente, la visione di questo fenomeno come prettamente intrapersonale. Studi successivi, tuttavia, hanno dimostrato che i bambini molto piccoli sono in grado di attuare manifestazioni comportamentali empatiche, sebbene la capacità verbale limitatamente sviluppata abbia posto vari limiti a tali studi. Verso i due anni di età, infatti, nel bambino comincia a formarsi la capacità di rappresentarsi simbolicamente il mondo, sé stesso e l'altro e la possibilità di identificarsi con questo, con la conseguente e successiva manifestazione di comportamenti volti alla compartecipazione emotiva (Bishop-Koheler, 2012).

L'empatia è stata oggetto di molti studi ed ha visto modificarsi, negli anni, nettamente l'impiego del suo utilizzo ed il significato ad essa attribuito. All'interno della pratica clinica, questa ha visto il suo utilizzo anche come strumento terapeutico, come verrà descritto successivamente.

### ***1.1.2 L'empatia nella pratica clinica***

Freud, attraverso i suoi trascritti, per quanto concerne l'utilizzo e la pratica della sua nascente disciplina, si è espresso chiaramente: neutralità, riservatezza e astinenza devono essere i principi tecnici da adottare (Gabbard, 2018).

La neutralità si esplica nella capacità del terapeuta di porsi in una posizione equidistante



dalle tre istanze psichiche del paziente e dalle richieste della realtà esterna. Ciò porta all'assunzione di una posizione non giudicante nei confronti dei desideri, dei pensieri, sentimenti del paziente.

La riservatezza richiede al terapeuta di non svelare informazioni appartenenti alla propria sfera personale per non influenzare il transfert ed infine, il principio d'astinenza fa riferimento alla necessità di evitare una gratificazione eccessiva dei desideri del paziente (Gabbard,2018). Sulla base di queste teorizzazioni si deduce quanto, per Freud, fosse essenziale un certo distacco emotivo all'interno della sua pratica clinica, per non interferire con il processo terapeutico che vedeva al centro esclusivamente il paziente. Freud, però, come emerge da diversi resoconti inerenti la sua attività, era solito essere meno rigido e più partecipativo emotivamente rispetto quanto suggerisse di fare, di cui forse ne "L'uomo dei topi" (1909) ne si evidenzia l'esempio più emblematico (Barison,2002).

Prospettiva differente veniva adottata da Sandor Ferenczi, il quale sosteneva che la pratica clinica fosse un processo intellettuale che non potesse prescindere da una certa quota di partecipazione emotiva del terapeuta. (Ferenczi, 1928). Ferenczi, nella sua teorizzazione, partiva da una dissimile considerazione della sintomatologia dei pazienti in terapia, rispetto a quanto considerato da Freud. Difatti, per Ferenczi, il sintomo è una manifestazione di un trauma preedipico, effettivamente verificatosi, derivante da carenze nella relazione diadica madre-figlio. Propone quindi, all'interno della pratica clinica di ricreare le medesime condizioni relazionali che hanno prodotto il trauma. L'analista deve far fronte, con una certa disponibilità e quota d'amore, tipicamente materni, alle carenze affettive patite dal soggetto da bambino, per questo è necessario che mantenga funzionanti sia il pensare che il sentire e che sappia oscillare tra teoria, per elaborare il materiale fornito dal paziente, ed empatia, per sentirne i vissuti. Difatti introduce il concetto di elasticità (1928), con il quale suggerisce ai colleghi, ai fini di una riuscita pratica clinica, di saper oscillare tra la posizione di osservatore distaccato e analista partecipe (Barison, 2002).

Nel 1960 Greenson riprende il concetto di elasticità importato da Ferenczi, affermando che l'oscillazione di un terapeuta fra la posizione dell'osservatore distaccato e quella

dell'analista partecipe corrisponde ad una divisione ed un avvicendamento nel funzionamento dell'analista. Propone un Io analizzante il quale costruisce un modello operativo del paziente e relega il resto del sé dell'analista in una posizione isolata e priva di enfasi. È importante specificare che tale modello operativo del paziente, contenente l'aspetto fisico, gli affetti, le esperienze di vita, i modi di comportarsi, le difese, le fantasie, non costituisce una replica esatta del paziente. Secondo l'autore solo coloro i quali sono sicuri del proprio senso di identità (v. seconda regola fondamentale della psicoanalisi) possono intraprendere il necessario disinvestimento del proprio sé a favore di un investimento sul modello operativo. In tal caso solo le esperienze personali dell'analista e le sue reazioni simili a quelle del paziente rimangono vicine al modello, il resto passa in secondo piano. Ciò sarebbe facilitato da quella che in Greenson (1960) diviene una temporanea e parziale identificazione dell'analista col paziente, resa possibile dalla capacità di effettuare una regressione al servizio dell'Io (Barison, 2002). È nota la teoria di Melanie Klein, la quale, ruotando attorno ai concetti di oggetto e posizione, dimostra l'innata tendenza di ogni essere umano, già dalla primissima infanzia, di scindere e proiettare su, o meglio in, un'altra persona parti scisse del sé e, allo stesso tempo, ad introiettare gli oggetti esterni. Il meccanismo della proiezione è alla base dell'empatia (e della conseguente identificazione proiettiva, dall'autrice introdotta) (Klein, 1946; Penzo e Scalini, 2017).

Heinz Kohut è stato un autore che ha dato grande importanza al costrutto di empatia. Lo identifica come strumento principe della pratica psicoanalitica (Kohut, 1971). Se l'ambiente fisico può essere indagato con le nostre percezioni, per il mondo interiore possiamo fare affidamento solo sull'introspezione e la sua forma vicaria, l'empatia. Quindi questa è una forma di introspezione, uno strumento, che qualcuno mette a disposizione di un altro che per vari motivi non ne è provvisto o lo è in maniera minore. Quindi è uno strumento che può essere strutturato e poi utilizzato in maniera professionale. Inoltre, l'empatia rappresenta una vera e propria tecnica terapeutica, la quale consente di utilizzare e lavorare con l'elaborazione delle emozioni provenienti dal paziente, raccolte dall'analista proprio attraverso questo strumento (Friscelli, 2017).

Ad oggi, dunque, anche se le definizioni sono molteplici, la maggior parte degli autori è

concorde nel vedere l'empatia come costrutto multidimensionale composto da fattori affettivi, emotivi e prosociali (Urbonaviciute, 2020).

Questa tridimensionalità è stata spesso, fin dai primi esponenti sottointesa, e per questo non espressa. Reik, ma soprattutto Kouth, concettualizzavano l'esistenza di un'empatia ad uso clinico ed una non clinica (Kohut, 1984), riconducibili rispettivamente all'empatia cognitiva e affettiva.

Proprio la suddivisione in diverse componenti del processo empatico viene posta alla base del nostro studio di ricerca. Questa suddivisione viene descritta, analizzata ed approfondita dagli autori la quale teoria viene posta alla base della strutturazione del nostro strumento di ricerca, l'International Empathy Questionnaire. La tripartizione del processo empatico sarà oggetto di discussione nel prossimo paragrafo e verrà ripresa nel corso della presente trattazione.

### ***1.2 Modello teorico di riferimento: Zaki e Ochsner***

Come precedentemente illustrato, il costrutto di empatia ha subito non poche variazioni nel suo impiego.

Un modello che ha ottenuto forti conferme, anche grazie al supporto delle scoperte in campo neuroscientifico, è quello di Jamil Zaki e Kevin N. Ochsner (Zaki & Ochsner, 2016). L'empatia viene definita dagli autori come l'abilità e la tendenza a condividere e comprendere gli stati interni degli altri (Zaki & Ochsner, 2012). Questa definizione porta con sé la natura multidimensionale del costrutto, rendendo chiara la sua complessità e non riducibilità ad un unico parametro. Difatti, gli autori individuano tre dimensioni proprie del processo empatico: condivisione emotiva; mentalizzazione e comprensione cognitiva delle emozioni; motivazione prosociale.

*La condivisione emotiva (sharing):* fa riferimento alla capacità di assumere gli stati sensomotori, viscerali, affettivi dell'altro con cui si è in connessione. Le prime teorizzazioni sul tema descrivono difatti, l'empatia facendo riferimento esclusivamente a questa componente. Molti modelli teorici sostengono che questa sia la componente essenziale, principale, dell'empatia (Gallese, 2007; Preston & De Wall, 2002). Diversi

lavori scientifici dimostrano che le persone siano capaci di osservare una moltitudine di differenti stati emotivi negli altri ed assumerne le attivazioni su di sé. Per esempio, studiando la mimica facciale o la postura del corpo durante il verificarsi di relazioni interpersonali (Chartrand & Lakin, 2013; Dimberg & Thunberg, 1998), è stato riscontrato come i soggetti siano in grado di produrre la medesima attivazione corporea personale dopo averne percepito l'attivazione negli altri (Levenson & Ruef, 1992; Vaughan & Lanzetta, 1980), oltre che la medesima assunzione degli stati affettivi (Neumann & Strack, 2000).

*La mentalizzazione (mentalizing)*: è la seconda dimensione individuata nel processo empatico. Fa riferimento al ragionamento che fa l'individuo rispetto agli stati emotivi interni che la persona con cui è in relazione sta provando. Si riferisce alla capacità di pensare, ragionare, comprendere cognitivamente l'attivazione emotiva dell'altro in relazione (Gopnik & Wellman, 1992). È l'abilità che permette di percepire il mondo interno, la comprensione delle motivazioni da cui derivano i comportamenti propri e altrui (Gabbard, 2018). Quando il soggetto mentalizza, si verifica una combinazione tra intuizione e segnali provenienti dal mondo esterno che permette di trarre inferenza rispetto le emozioni e convinzioni sottostanti. È importante sottolineare che non si fa riferimento solo ad un meccanismo di intuizione degli stati mentali altrui, ma di comprensione degli stessi (Gilbert et al., 1989; Todorov & Uleman, 2002). Lo studio sulla mentalizzazione si ritrova nella formulazione della teoria della mente. (Flavell, 1999; Leslie, 1994; Premack & Woodruff, 1978).

*La motivazione prosociale (prosocial motivation)*: la condivisione emotiva e la mentalizzazione sono correlate nella terza componente dell'empatia individuata dagli autori. Un individuo che sente e comprende gli stati interni di un altro soggetto è spesso attivato ad intervenire socialmente, ad agire in favore ed in funzione di quanto stia comprendendo e provando rispetto all'altro. La motivazione prosociale è componente intrinseca sia della condivisione empatica, sia della capacità di mentalizzare che delle stesse presenti assieme (Batson, 2011; Zaki & Ochsner, 2012).

Grazie ai contributi offerti dal campo delle neuroscienze rispetto ai circuiti neurali coinvolti nelle tre condizioni descritte, sappiamo che queste tre dimensioni del processo

empatico sono relate, ma staccate e non sovrapponibili tra loro (Batson, 2011; Zaki & Ochsner, 2012).

Molte teorie impongono un confine definito tra mentalizzazione e condivisione empatica (Davis, 1994; Decety & Jackson, 2004; Hoffman, 1984; Singer, 2006; Uddin et al., 2007), sebbene spesso se ne trovino altre dove i due termini vengono distinti, ma posti in condizione allineata tra loro descrivendole come “empatia cognitiva e affettiva” (Shamay-Tsoory et al., 2009).

Le dimensioni descritte dell’empatia risultano essere locate in diverse regioni cerebrali e questo ci permette di inferire la dissociazione esistente tra le varie componenti. Innanzitutto, la traiettoria di sviluppo delle tre diverse dimensioni non risulta essere la medesima. La condivisione empatica fa la sua comparsa (a livello rudimentale) già nelle prime settimane di vita (Sagi & Hoffman, 1976), mentre, la capacità di presa di consapevolezza cognitiva degli stati emotivi provati, comincia a svilupparsi successivamente (Flavell, 1999). Nello specifico, durante la prima settimana il bambino mostra fastidio all’ascolto del pianto di un altro bambino (Sagi & Hoffman, 1976), e a circa 10 settimane è capace di imitare le espressioni facciali degli adulti (Haviland & Lelwica, 1987). La capacità di partecipazione emotiva e condivisione empatica affettiva, inoltre, resta stabile nel corso dello sviluppo (Davidov et al., 2013). Per lo sviluppo della mentalizzazione gli studi hanno avuto maggiore difficoltà per la comparsa più tardiva nei bambini della capacità di esprimersi verbalmente, anche se l’utilizzo dei tempi di reazione ha permesso di attestarne la comparsa attorno al primo anno di vita (Onishi & Baillargeon, 2005; Surian et al., 2007).

Un altro aspetto, che permette di comprendere la separazione tra le componenti dell’empatia, riguarda l’automaticità della comparsa delle medesime dimensioni, ossia il tempo che intercorre tra la presentazione dello stimolo emotivo e la condivisione emotiva o la mentalizzazione.

La condivisione empatica e l’imitazione espressiva compaiono rapidamente (Dimberg & Thunberg, 1998), al di fuori della consapevolezza (Neumann & Strack, 2000).

La capacità di mentalizzare, invece, viene disturbata ed interrotta se si perde tempo e attenzione. Ad esempio, quando il soggetto è distratto o posto sotto pressione temporale,

può erroneamente dedurre che l'altro possa condividere le proprie credenze, conoscenze, emozioni (Gilovich et al., 2000; Keysar et al., 2000). Sotto questo modello, il meccanismo della mentalizzazione richiede un processo di ancoraggio e di regolazione in cui i percettori (coloro che percepiscono lo stato emotivo altrui) credono egocentricamente di condividere stati emotivi con l'altro, per poi correggere questa traiettoria di pensiero iniziale al fine di comprendere correttamente gli stati emotivi altrui (Zaki e Ochsner, 2016).

Le regioni cerebrali impegnate nella mentalizzazione e nella condivisione dell'esperienza sono quasi interamente non sovrapponibili.

Fin dalla scoperta dei neuroni specchio, avvenuta due decenni fa (Di Pellegrino, et al., 1992; Rizzolatti & Sinigaglia, 2010), le neuroscienze della condivisione empatica sono state dominate da una intuizione: quando un soggetto osserva l'attività emotiva, motoria, affettiva di un altro soggetto, si attivano regioni cerebrali simili a quelle che si attiverebbero se lui stesso provasse o facesse quanto vede nell'altro. Questa attività, che chiamiamo risonanza neuronale, permette l'attivazione di differenti aree cerebrali, incluse quelle coinvolte nelle azioni motorie (Iacoboni et al., 1999), e gli stati affettivi come quelli della pena, del disgusto e della ricompensa (Lamm et al., 2011; Zaki et al., 2015; Wicker et al., 2003; Zaki et al., 2014; Zaki & Ochsner, 2011).

La risonanza neurale riflette anche l'embodied o cognizione incarnata, ossia l'associazione tra percezione-azione determinata non solamente dall'elaborazione delle informazioni da parte del nostro cervello, ma il nostro stesso corpo influenzerebbe il flusso, la qualità ed il contenuto dei nostri pensieri (Lakoff & Johnson, 1999; Noë, 2004; Chemero, 2009).

Numerosi studi dimostrano che le rappresentazioni cognitive e le descrizioni linguistiche degli stati interni degli altri provocano l'attivazione di modelli cerebrali simili alle rappresentazioni viscerali e sensomotorie (Barrett & Satpute, 2013; Barsalou, 2008). Per esempio, il ricordo o l'immaginazione visiva, attiva le regioni cerebrali della neocorteccia visiva (Kosslyn & Ochsner, 1994; Wheeler et al., 2003). Allo stesso modo, termini linguistici associati con i movimenti (per esempio morso o calcio), producono l'attivazione neurale nella corteccia motoria associata con questi movimenti. Dunque, si

può dedurre che questi meccanismi si attivino anche durante l'osservazione degli altri. L'associazione percezione-azione è probabile che colleghi la condivisione delle emozioni ad altre forme di cognizione (Dijksterhuis & Bargh, 2001; Preston & de Waal, 2002).

La mentalizzazione presenta, invece, tutt'altra attivazione neurale. Tipicamente coinvolge le strutture corticali della linea mediale, come la corteccia prefrontale mediale (MPFC) e la corteccia cingolata posteriore, la corteccia parietale temporale laterale e la giunzione temporoparietale (TPJ) (Mitchell, 2009; Saxe, 2006; Zaki & Ochsner, 2012). È stato dimostrato che subire danni alla MPFC inficia la capacità di mentalizzazione, mentre i danni alle strutture associate con la risonanza neurale condizionano negativamente la condivisione dell'esperienza, dimostrando ancora una volta la separazione tra i sottoprocessi empatici (Zaki e Ochsner, 2016).

Un ulteriore strumento che ci consente di delineare una separazione tra i circuiti neurali coinvolti, riguarda lo studio delle disfunzioni cerebrali correlate alle malattie psichiatriche.

Lo studio più famoso su questo tema risulta essere quello condotto da Blair (2005-2008), nel quale viene studiato un gruppo di pazienti afferenti allo spettro autistico, confrontato e distinto da un altro gruppo di pazienti appartenenti ad un quadro psicopatologico ascrivibile alla psicopatia. Individui aventi diagnosi di autismo mostrano avere compromissioni nella capacità di mentalizzazione, con relative alterazioni neurali rispetto alle aree ad essa relate (Philip et al., 2011). L'aspetto interessante è che non sempre questa compromissione comporta una difficoltà nella condivisione emotiva. Difatti, dinnanzi ad immagini o eventi con soggetti in stato di sofferenza, gli individui con ASD mostrano le medesime attivazioni affettive di individui senza diagnosi di autismo (Hadjikhani et al., 2014).

Individui con diagnosi di psicopatia, invece, mostrano un quadro differente. Una importante compromissione nella condivisione affettiva ed emotiva caratterizza la loro condizione, con rispettiva struttura neurale sottostante deficitaria, senza mostrare una compromissione nella capacità di mentalizzazione delle emozioni (Meffert et al., 2013). Inoltre, è stato riscontrato che in individui con alti livelli di narcisismo e psicopatia, la

capacità di mentalizzare è ben più sensibile e sviluppata poiché caratteristica utile nel permettere di ottenere dagli altri i benefici sperati, desiderati e perseguiti (Konrath, et al., 2013).

Per ciò che concerne la terza dimensione del processo empatico, ossia la motivazione prosociale, i ricercatori la descrivono sia come una componente dell'empatia che come una conseguenza del processo. Queste due considerazioni si integrano bene poiché la motivazione prosociale scorre dalla mentalizzazione alla condivisione. Questo accade perché gli individui che provano e comprendono gli stati mentali altrui sono più protesi verso la volontà di volersene prendere cura ed occuparsene. A livello neuroscientifico risulta essere, attualmente, la componente meno studiata (Zaki e Ochsner, 2016).

Ulteriori approfondimenti tra empatia e psicopatologia verranno presentati nel primo paragrafo del capitolo due.

### ***1.3 La motivazione come base dell'azione empatica***

Diversi studi empirici dimostrano che l'empatia derivi da componenti bio-psico-sociali, che si sviluppano universalmente e nella loro interezza intorno al secondo anno di età (Martin & Clark 1982; Sagi & Hoffman 1976; Simner 1971).

Gli studi sulla componente neuronale alla base della capacità empatica hanno trovato la loro concretizzazione con la dimostrazione dell'esistenza del circuito cerebrale dei neuroni specchio (Rizzolatti et al., 1995). Le aree che sono coinvolte possono essere individuabili nella porzione rostrale anteriore del lobo parietale inferiore; nel settore inferiore del giro pre-centrale; nel settore posteriore del giro frontale inferiore; nell'area anteriore del giro frontale inferiore; nel solco temporale superiore; nella corteccia pre-motoria dorsale. Inoltre, anche l'area di Broca risulta essere attivata durante la manifestazione di azioni complesse (calciare un pallone, riordinare oggetti) (Buccino, 2001).

Secondo Gallese e collaboratori esisterebbe, dunque, un insieme di neuroni che si attiverebbero immediatamente prima di ogni elaborazione più propriamente cognitiva.



*“Percepire un’azione – e comprenderne il significato – equivale a simularla internamente. Ciò consente all’osservatore di utilizzare le proprie risorse per penetrare il mondo dell’altro mediante un processo di modellizzazione che ha i connotati di un meccanismo non conscio, automatico e prelinguistico di simulazione motoria. [...] Quando vedo qualcuno esprimere col proprio volto una data emozione e questa percezione mi induce a comprendere il significato emotivo di quell’espressione, non conseguo questa comprensione necessariamente o esclusivamente grazie a un argomento per analogia. L’emozione dell’altro è costituita dall’osservatore e compresa grazie a un meccanismo di simulazione che produce nell’osservatore uno stato corporeo condiviso con l’attore di quella espressione. È per l’appunto la condivisione dello stesso stato corporeo tra osservatore e osservato a consentire questa forma diretta di comprensione, che potremmo definire empatica” (Gallese et al., 2006).*

Sebbene presenti delle basi biologiche, affinché possa essere riconosciuta, affinata ed utilizzata funzionalmente, la capacità empatica deve essere allenata durante il corso dello sviluppo.

Un presupposto comune rispetto l’attivazione empatica riguarda la costatazione, sostenuta anche a livello empirico, dell’attivazione automatica dell’empatia di fronte a stimoli bersaglio (Smith, 1970-2002). Sebbene possa attivarsi automaticamente, non necessariamente l’automaticità è una caratteristica costante che si traduce, conseguentemente, in manifestazione empatica affettiva e comportamentale (Cikava & Van Bavel, 2014). L’attivazione e conseguente manifestazione del processo empatico si divide tra automaticità e contesto di riferimento. Da una parte, infatti, le persone sentono dentro di sé l’attivazione emotiva derivante da stati emotivi di altri, in maniera riflessa e inconscia; dall’altra parte però, la componente empatica di per sé (il grado di partecipazione emotiva o di comprensione e attivazione), cambia in base alle caratteristiche dell’esperiente e del contesto. Nello specifico, tre fenomeni concorrono nel far decidere alle persone di evitare l’attivazione empatica: sofferenza, costi materiali, interferenza con la competizione; altrettanti tre fenomeni concorrono nel far scegliere alle persone di attivare la componente empatica: affetti positivi, affiliazione, desiderabilità sociale.

Si suppone dunque che la attivazione empatica sia, non solo automatica, ma frutto di una valutazione della situazione che porti il soggetto a considerare i costi e i benefici della sua propensione alla compartecipazione empatica (Zaky, 2014).

## ***CAPITOLO 2 – STRUMENTI UTILIZZATI PER LA MISURAZIONE DELL’EMPATIA***

### ***2.1 Empatia e psicopatologia***

La letteratura scientifica suggerisce che la presenza di deficit al meccanismo del processo empatico infici notevolmente sul benessere psicologico del soggetto (Gabbard, 2015). Il rapporto tra empatia e psicopatologia non è di recente introduzione. Fu Kohut, nel 1971 a supporre che compromissioni nell’area della relazionalità, e nello specifico, la funzione che la relazione con l’altro assume nella vita del paziente, intervengano a compromettere il successivo sviluppo della sua personalità e della sua capacità di compartecipazione affettiva (Kohut, 1971). L’autore, il quale fu padre della psicologia del sé, sosteneva che fossero i genitori, nella loro incapacità ad entrare in empatia con i propri figli a porre le fondamenta per la successiva manifestazione di future forme di psicopatologie dei pazienti (Baker & Baker, 1987). Secondo l’autore gli altri svolgerebbero, nella vita del paziente, la funzione di estensione del proprio sé. Questi, non vengono, dunque percepiti come oggetti separati, né apprezzati nelle loro singole dimensioni, ma riconosciuti sulla base delle funzioni interne, relazionali ed emotive, che fornirebbero al soggetto stesso, soprattutto per la costruzione della sua autostima (Kohut, 1971). Inizialmente, l’autore, si concentrò su pazienti con compromissione a livello narcisistico, dai quali trasse le basi per la formulazione delle sue ipotesi teoriche. Successivamente, queste, vennero estese anche a pazienti presentanti condizioni psicotiche, stati borderline e nevrosi, poiché ciò che differenzierebbe tali categorie diagnostiche sarebbe, secondo l’autore, unicamente l’ampiezza dei fallimenti empatici dei caregiver (Baker & Baker, 1987).

Grazie all’attenzione posta su questa associazione, si sono susseguiti numerosi studi volti ad indagare la relazione esistente tra empatia e psicopatologia (Decety & Moriguchi, 2007). La necessità che si fonda sulla possibilità di approfondire questo legame risponde a due esigenze: in primo luogo, avere maggiori conoscenze rispetto al processo empatico consentirebbe una migliore restituzione al paziente, la quale gli

permetterebbe di conoscersi più approfonditamente ed aumentare le prospettive di miglioramento psicologico, oltre che avere riscontri positivi nella stessa reazione terapeutica; in secondo luogo, recenti ricerche hanno dimostrato come diverse condizioni di disturbo psichiatrico siano associabili a deficit rispetto al processo empatico personale (Decety & Moriguchi, 2007). All'interno dell'odierna raccolta scientifica inerente manuali di psicopatologia, ritroviamo, per alcune di queste, proprio la compromissione del processo empatico tra i criteri imposti per formulare diagnosi di disturbo. Il DSM-5 (APA, 2013), ha introdotto il "Modello alternativo dei disturbi di personalità", presente nella sezione III categorico-dimensionale. Questo viene definito ibrido poiché fonda il criterio dimensionale (criterio A), il quale si focalizza nella definizione del funzionamento inter e intrapersonale del soggetto, al criterio categoriale (criterio B), orientato alla rilevazione di tratti patologici all'interno della struttura di personalità. L'empatia è stata proprio adottata da questo modello come criterio di selezione e di valutazione per la comprensione dei disturbi di personalità. Non vi è una specifica distinzione tra le varie dimensioni del processo empatico, ma viene più valutato come un criterio omogeneo interpersonale. Tuttavia, grazie anche alle teorizzazioni precedentemente esposte (Zaki & Ochsner, 2012, 2016) è possibile confermare la tripartizione del processo empatico e la presenza di psicopatologie che presentino compromissioni solo in alcune delle aree e non nel processo nella sua interezza, si pensi, ad esempio, allo studio condotto da Blair nel 2005 sulla distinzione empatica tra individui con psicopatia ed autismo.

Queste considerazioni appena trascritte risultano importanti per avere dei quadri più chiari rispetto le differenti manifestazioni psicopatologiche, ed anche per poter adottare strumenti che risultino adeguati alla rilevazione, lo studio e la disamina delle componenti dell'empatia. In linea con questo interesse per la relazione tra psicopatologia ed empatia, a partire dagli anni Ottanta e Novanta, svariati ricercatori hanno sviluppato strumenti validati orientati alla valutazione diagnostica di popolazioni cliniche (Neumann et al., 2015); tra gli strumenti volti a misurare l'empatia in ambito psicopatologico, è importante ricordare, ad esempio, l'indice di reattività interpersonale (Davis, 1983), che considera sia la dimensione affettiva che cognitiva dell'empatia e

propone un'ulteriore divisione dell'empatia affettiva in due componenti: auto-orientata e orientata verso l'altro. Oggi, l'IRI sembra essere la misura di autovalutazione maggiormente utilizzata nella ricerca empirica psicologica per la misurazione clinica degli atteggiamenti empatici.

Una disamina più approfondita tra le varie metodiche utilizzate verrà di seguito riportata.

## ***2.2 Strumenti che indagano l'empatia***

Quello di empatia è un costrutto articolato e complesso, che, come abbiamo avuto modo di constatare dalla presente stesura, ha acquisito mutevoli definizioni nel corso degli anni di ricerca (Greenberg, et al., 2011). La possibilità di individuare le principali metodiche utilizzate all'interno della pratica di ricerca, risulta essenziale per comprendere come l'empatia venga percepita, rappresentata, vissuta e studiata.

Una delle sfide più significative per lo studio e la misurazione di tale costrutto è, senz'altro, la constatazione che questo nasca e si presenti, necessariamente, all'interno di una dimensione relazionale diadica (Messina et al., 2013).

All'interno del contesto psicoterapeutico, viene indagata secondo strumenti appartenenti a tre grandi macrocategorie: a) questionari self-report, che possono essere compilati dal terapeuta, dal paziente, o da un giudice esterno; b) valutazioni che possono essere attuabili da un giudice esterno, per le quali vengono utilizzate griglie applicate alle sessioni di psicoterapia, registrate ed analizzate; c) misurazione delle variazioni nelle risposte psicofisiologiche dei soggetti, durante la relazione terapeutica (conduttanza cutanea, battito cardiaco, respirazione) (Neumann et al., 2015).

L'avvento delle neuroscienze ha influenzato anche la modalità di misurazione dell'empatia, la quale ha cominciato ad essere indagata adottando uno sguardo socio-cognitivo (Ilguinate et al., 2017). Attraverso l'utilizzo di strumenti quali l'elettromiografia (EMG) e l'elettroencefalogramma (EEG) vengono catturate le attività neurali relate alle reazioni emotive nei soggetti, durante le varie fasi sperimentali. Nell'elettroencefalogramma, per esempio, è possibile misurare le varie componenti ed i differenti livelli di empatia seguendo l'attivazione e la modificazione neurale dei

soggetti, durante la presentazione di varie tipologie di immagini, le quali possono contenere stimoli negativi, neutri, positivi, erotici (Demidova, et al., 2014).

Grazie ad una recente rassegna, condotta da Ilguinate e collaboratori, tra ottobre 2015 e gennaio 2016, è stato possibile affermare che la principale metodica utilizzata dai ricercatori, per misurare ed indagare l'empatia, è da individuarsi in strumenti di misurazione self-report (Ilguinate et al., 2017)

Tabella 1- Principali strumenti di misurazione dell'empatia

STRUMENTO	PERCENTUALE	%
IRI	19.30	
Jefferson Scale of Physician Empathy	14.80	
Empathy Quotient	11.20	
Consultation and Relational Empathy	4.90	
Jefferson Scale of Empathy	4.50	
Likert Scale	3.60	
QCAE	2.70	
Empathy Concern Scale	2.20	
Jefferson's Scale of Patient's Perception of Physician Empathy	2.20	
Jefferson's Scale of Empathy-Health professional student version	2.20	

Tra i principali vantaggi che si possono riscontrare nell'utilizzo di questionari self-report, ritroviamo la praticità, la velocità, il dispendio di poche energie nell'utilizzo e compilazione, regole di applicazione chiare e semplici. Anche il successivo scoring delle risposte al test, da attuare da parte dello psicologo, è poco soggetto ad inferenze. Inoltre, grazie alle caratteristiche appena descritte, possono anche essere somministrati su più vaste porzioni di popolazione, ottenendo campioni di partecipanti più ampi (Schwarz, 1999). Grazie anche alle caratteristiche di validità e consolidazione psicometrica, i questionari self-report vengono utilizzati in svariati ambiti di ricerca, concedendo la possibilità di studiare una moltitudine di fenomeni differenti

(Schwarz, 1999).

Tra i principali svantaggi nell'utilizzo di queste misurazioni vi è la possibilità che possano essere soggette a manipolazioni personali, sulla base di quanto si pensi possa essere corretto, giusto, desiderabile rispondere (Baumeister et al., 2007). È stato riscontrato che spesso, quando le persone si impegnano in un esercizio introspettivo, per analizzare le ragioni delle loro azioni, capita che si ingannino da sole (Wilson, 2002); infatti la validità di questi strumenti può essere compromessa dalla capacità intrinseca dei soggetti di rilevare in modo affidabile il proprio stato interno (Gennaro et al., 2021). Inoltre, un altro importante svantaggio riguarda la comprensione semantica delle domande, che può destare mal interpretazione (Anderson, 1980).

È inoltre possibile che la validità delle risposte agli item possa variare sulla base della temporalità cui viene richiesto l'accesso per rispondere alla informazione richiesta. È più probabile che se le domande si riferiscano ad eventi avvenuti molti anni prima, queste possano non trovare risposte accurate, poiché l'informazione cui viene richiesto di accedere è meno raggiungibile rispetto ad altre verificatesi più recentemente (Robinson & Clore, 2002).

### ***2.3 Limiti di strumenti self-report per lo studio dell'empatia***

I questionari strutturati per la misurazione dell'empatia non rilevano tutti la medesima componente. Esistono test indicati per la misurazione dell'empatia nella sua dimensione affettiva, altri per quella cognitiva ed altri per la rilevazione di entrambe, come il Questionario di empatia affettiva e cognitiva (Raniers et al., 2011), altri pensati per la rilevazione del costrutto in maniera più globale, come il Narcissism-Alloofness-Confidence-empathy-Scale (Munro et al., 2005). Esistono anche ulteriori tecniche, come quelle appartenenti all'approccio neuroscientifico che si prefiggono di indagare altre componenti dell'empatia, come l'attività cerebrale sottostante e determinante nella manifestazione della stessa (e deficitaria in caso di particolari condizioni psico-fisio-patologiche) (Neumann & Westbury, 2011). Non deve sorprendere la vastità di approcci esistenti per la misurazione di un costrutto così articolato, sfaccettato e complesso. Di

fatti, non esiste ancora uno strumento elettivo per la misurazione dell'empatia; questo è un fenomeno sfaccettato, che non può essere spiegabile ed indagabile avulso dal contesto della sua manifestazione, dalla situazione e dalla popolazione di riferimento (il modo in cui la manifestazione dei propri stati emotivi risulti accettabile socialmente, varia notevolmente da paese a paese) (Neumann et al., 2015).

Senza altro, per i ricercatori la presenza di varie metodiche per la misurazione del costrutto, risulta essere vantaggiosa poiché potenzialmente misurabili tutte le varie componenti dello stesso.

Per ciò che concerne le specifiche metodiche self-report nella misurazione dell'empatia, Lovett e Sheffield (2007), hanno sostenuto che a causa delle proprietà psicometriche e soprattutto della desiderabilità sociale rispetto al costrutto di empatia, queste possono essere inaffidabili e contaminate da distorsioni motivazionali e di risposta. Inoltre, la maggior parte delle misurazioni di vecchia data non tengono conto della suddivisione in componenti dell'empatia (Baron-Choen & Wheelwright, 2004; Davis, 1983). Un'altra critica alle misure di empatia auto-riferite è che queste possono essere soggette a bias di presentazione, poiché richiedono informazioni su temi chiaramente identificabili e quindi possono facilmente comportare il fenomeno di falsificazione delle risposte (Eisenberg & Fabes, 1990). Aspetti della desiderabilità sociale, di stereotipi esistenti, di stima di sé possono infatti influire sulla veridicità delle risposte. Essere empatici è probabilmente considerato come un tratto socialmente desiderabile, infatti nello sviluppo del BES (Jolliffe & Farrington, 2006) i ricercatori hanno incluso sei item della Scala della Bugia dell'Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck & Eysenck, 1991) per fornire una misura della desiderabilità sociale. Jolliffe e Farrington hanno riportato che i punteggi delle sottoscale IRI Prespective Taking ed Empathic Concern erano correlate positivamente con i punteggi delle scale Lie (Neumann et al., 2015). Dunque, può essere presente la possibilità che le risposte ai questionari misuranti l'empatia siano imprecise o possano essere soggette a distorsioni derivanti da fattori esterni la misurazione stessa (Baumeister et al., 2007)

## ***2.4 La necessità di un nuovo strumento di misura***

L'empatia è un fenomeno la cui nascita presuppone una interazione diadica. È all'interno delle relazioni interpersonali che questo fenomeno fa la sua comparsa e presenta le sue componenti. Affinché queste ultime possano essere adeguatamente rilevate, misurate e confrontate, è necessaria la creazione di uno strumento apposito. Come precedentemente dimostrato, in letteratura esistono molti strumenti per la rilevazione dell'empatia, ma che utilizzano prettamente una lente intrapersonale. Per questo motivo è stato deciso di intraprendere questo percorso di validazione dell'Interpersonal Empathy Questionnaire (IEQ), con l'obiettivo di produrre uno strumento che indagasse l'empatia in prospettiva interindividuale e che potesse essere reso fruibile in più contesti di utilizzo, non solo prettamente clinico e terapeutico. La progettazione dello strumento si basa sul modello di Zaki e Ochsner (2012-2016), risultando, dunque, moderno a livello applicativo e teorico, e sostenuto da evidenze neuroscientifiche.

Il questionario è ispirato alla struttura della sottoscala Empathic Understanding di Barrett Lennard (1981) per cui si è scelto di declinare uno stesso item per entrambi i soggetti coinvolti nell'interazione. Rispetto allo strumento originario però, si ha l'obiettivo di renderlo più attuale, dato che lo strumento di Barrett-Lennard risulta datato alla seconda metà del secolo scorso.

L'ulteriore aspetto innovativo dell'IEQ si rileva nella possibilità di indagare le tre macro-componenti dell'empatia (affettiva, cognitiva e prosociale) e, non essendo uno strumento self-report, rappresenta un'alternativa per poter ovviare a tutte le limitazioni sopra citate e presenti in letteratura, con il proposito che si possa rivelare una risorsa nella pratica clinica. Per queste ragioni, alla comunità scientifica occorre uno strumento che:

- colmi l'assenza di un test che, oltre la prospettiva auto valutativa ed intrapersonale, possa misurare l'empatia;
- definisca per ogni soggetto le capacità empatiche espresse nelle sue tre diverse componenti.





## CAPITOLO 3 – VALIDITÀ PSICOMETRICA IEQ

### *3.1 Primo obiettivo dello studio di validazione*

Il primo obiettivo posto, per condurre le analisi di ricerca, si esplica nel tentativo di indagare la robustezza psicométrica del questionario. L'idea di partenza è quella di restringere il numero di item proposto, 45 iniziali, andando a selezionare solo quelli che presentino maggiore accordo tra le due prospettive. Per questo scopo sono stati utilizzati tre criteri di confronto:

- al fine di comparare le valutazioni di uno stesso item posto nelle due prospettive, si è calcolato il *p-value* relativo al test non parametrico di Wilcoxon;
- per valutare le correlazioni tra due misure ordinali, in questo specifico caso, le valutazioni di uno stesso item nelle due prospettive è stato impiegato il coefficiente di correlazione per ranghi *Rho* di Spearman (Spearman, 1904); conseguentemente per esprimere la differenza tra le valutazioni nelle due prospettive di ciascun item, si sono determinate le variazioni percentuali (attraverso il calcolo del *delta percentuale*);
- dopo aver selezionato gli item più significativi (5 per ogni sottoscala), con lo scopo di misurare la consistenza interna, ossia il grado di accordo nelle risposte dei soggetti date agli item, è stata calcolata l'alpha di Cronbach (Cronbach, 1951), per ogni sottoscala e per ogni prospettiva.

Le analisi statistiche descritte in seguito sono state condotte attraverso lo strumento statistico SPSS.

Attraverso il pacchetto *lavan* di R, si è condotta l'analisi fattoriale confermativa a tre fattori.

### *3.2 Materiali e Metodo*

La costruzione dell'Interpersonal Empathy Questionnaire è stata realizzata partendo dall'analisi della letteratura esistente rispetto ai questionari già in uso per la misurazione

dell'empatia. Ilgunaite e collaboratori (Ilgunaite, et al., 2017), hanno prodotto una rassegna dei principali strumenti utilizzati per la misurazione del costrutto, attraverso due principali motori di ricerca (PubMed, ProQuest), individuando, come metodo principalmente utilizzato, i questionari self-report. Una attenzione particolare è stata posta sulla sottoscala Empathic Understanding del Relationship Inventory di Barrett-Lennard (1978), di cui è stata mantenuta la struttura originaria.

Sono stati selezionati una serie di questionari, per i quali sono stati esaminati tutti gli item delle scale di misura dell'empatia ed i valori statistici ad essi associati, riportati negli studi di valutazione in lingua italiana oppure in lingua inglese e sono state considerate sia le correlazioni item-scala, sia le analisi esplorative e confermative riguardanti le diverse strutture fattoriali, con l'obiettivo di rilevare gli item più significativi e declinarli secondo la struttura introdotta dagli autori.

L'Interpersonal Empathy Questionnaire è stato idealizzato sulla base della struttura tripartita dell'empatia, individuata ed analizzata da Zaki e Ochsner (2012). Sono stati analizzati tutti gli item presenti nei questionari scelti, per i quali, presi singolarmente, si constataba se valutassero o meno la specifica componente dell'empatia (cognitiva, affettiva, prosociale) considerata. Sono stati selezionati gli item che presentavano un valore statistico significativo e quelli che riscuotevamo un certo interesse nel ricercatore ai fini della costruzione del questionario.

Tutti gli item selezionati e considerati congrui sono stati poi associati alle rispettive componenti del modello di riferimento:

- componente affettiva, che indaga la condivisione emotiva dell'esperienza, ossia la capacità di sentire emotivamente l'emozione altrui;
- componente cognitiva che indaga la capacità di comprendere cognitivamente, logicamente l'attivazione emotiva altrui e quanto l'altro sia provando;
- componente prosociale, che indaga l'attivazione comportamentale conseguente l'attivazione emotiva o cognitiva, che spinge il soggetto ad intervenire per apportare delle modifiche nello stato emotivo dell'altro, producendo, se possibile, dei benefici.

Queste tre componenti sono state suddivise nella dimensione di stato e di tratto che

rappresentano le due scale del questionario. Lo stato fa riferimento alla manifestazione empatica del soggetto individuata in una data e specifica situazione mentre il tratto indaga, invece, la modalità empatica tipica del soggetto, che si manifesta in maniera costante durante le esperienze relazionali della sua esistenza.

Per questo primo obiettivo ci siamo concentrati esclusivamente sulla validazione della scala di stato.

Proprio in virtù di questa struttura, il paradigma sperimentale necessario per la validazione del questionario è stato organizzato attorno all'interazione tra due persone, con lo scopo di rendere lo strumento utilizzabile in diversi contesti: quotidiano, familiare e terapeutico. Inizialmente il numero di item era molto elevato ed il processo di selezione è stato lungo, il risultato finale è stato l'ottenimento di un questionario composto dalla scala di stato con 45 item e dalla scala di tratto con 37 item. Ogni componente è esplorata da 15 item, tranne per quanto concerne gli item della dimensione experience sharing nella scala di tratto che sono 7. L'obiettivo finale per la validazione consiste nel ridurre ulteriormente il numero di item, e nello specifico, si ha l'intento di individuare 5 item per ogni sottoscala.

Prima di procedere con la validazione è stata effettuata la verifica della feasibility (fattibilità) attraverso un processo suddiviso in due fasi. In primo luogo, sono stati selezionati 7 studenti di psicologia che non erano al corrente degli scopi della ricerca. Una volta fornitogli le rispettive definizioni delle tre dimensioni dell'empatia indicate dagli autori, è stato loro chiesto di valutare se gli item fossero adeguatamente associati alle rispettive componenti. Grazie a questa procedura sono stati modificati 18 item su 45. Successivamente è stato chiesto a 18 soggetti, estranei ai campi di studio della psicologia, di leggere e valutare la comprensibilità degli item e delle scale di risposta dell'Interpersonal Empathy Questionnaire. Anche questa fase si è rivelata preziosa soprattutto in riferimento alla chiarezza degli item e alla struttura delle frasi, e dove è stato ritenuto necessario, ad esempio per fraintendibilità o complessità, sono state apportate delle modifiche (11 item su 45).

La scala finale del tratto è formata da 37 item e quella di stato da 45 item.

Per l'attribuzione di punteggio è stata utilizzata una scala Likert da 1 a 4, con una nota

distintiva da tenere presente per le sottoscale empatia emotiva e cognitiva.

Per quanto riguarda l'empatia emotiva si è utilizzato un range di risposte che comprende: *mai-quasi mai- la minor parte del tempo- la maggior parte del tempo-quasi sempre/sempre*, poiché difficilmente si può provare empatia sempre o mai. Questo invece può essere possibile per quanto riguarda l'empatia cognitiva, difatti le possibili risposte comprendono soluzioni che vanno da *mai- la minor parte del tempo- la maggior parte del tempo- sempre*.

### ***3.2.1 Reclutamento partecipanti***

Nella prima fase di questa ricerca è stato utilizzato un campione di 131 soggetti.

Per la raccolta e la selezione di questi sono stati predisposti degli specifici requisiti:

- avere compiuto almeno 18 anni
- capacità di comprendere e parlare fluentemente l'italiano
- avere convissuto per almeno 12 mesi (anche in un periodo precedente la raccolta stessa delle informazioni)

Il reclutamento è avvenuto attraverso i principali strumenti di comunicazione virtuale e passaparola tra amici e conoscenti sia dei ricercatori, sia dei partecipanti.

Inizialmente il campione era composto da 157 soggetti, in seguito a screature dovute ad errori nelle varie fasi del paradigma sperimentale, si è arrivati ad un totale di 131 partecipanti. Di questi il 67.2% sono donne (n=88) e il 32.8% uomini (n=43), l'età anagrafica media dei soggetti è di 37.815 anni (SD=15.005). Le informazioni demografiche precise sono raccolte nella tabella sottostante.

Tabella 1- dati anagrafici partecipanti

<b>CATEGORIA</b>	<b>SOTTOCATEGORIA</b>	<b>FREQUENZA (tot=131)</b>	<b>PERCENTUALE %</b>
<b>Sesso</b>	Maschile	43	32.8
	Femminile	88	67.2
<b>Educazione scolastica</b>	Diploma scuola media inferiore	18	13.7
	Diploma scuola media superiore	58	44.03
	Qualifica	6	4.06
	Laurea	47	35.09
	Formazione superiore	2	1.5
<b>Stato in cui vive</b>	ITALIA	131	100
<b>Religione</b>	Cristianesimo-Cattolico	88	67.2
	Buddhismo	4	3.1
	Ateo/Agnostico	33	25.02
	Altro	6	4.06
<b>Relazione con il partner</b>	Coinquilino/a non imparentato/a amico/a	17	13.0
		44	33.6
	Coniuge/Partner	40	30.5
	Genitore/Figlio	30	22.9
	Fratello/Sorella		

### 3.3 Procedura

Successivamente la raccolta dati, al fine di procedere con la validazione dell'Interpersonal Empathy Questionnaire della scala di stato, la procedura ha previsto diversi passaggi. Inizialmente si è costruito un database su Excel in cui sono stati raccolti tutti i questionari della scala di stato (Other-Self e Self-Other) con le risposte date dai partecipanti ai 45 item.

Sono state eliminate le coppie di soggetti che non avevano completato entrambi le versioni del questionario. In seguito a questa scrematura i soggetti rimanenti erano 131. Successivamente, dopo aver trasformato ogni risposta nel corrispettivo punteggio della scala Liker (1-4) si sono creati due differenti tabelle, una per la prospettiva OS e una per la prospettiva SO.

	A	B	C	D	E	F
1	SOGGETTO	PROSPETTIVA OS	IEQ-S-01	IEQ-S-02	IEQ-S-03	IEQ-S-04
2	001	OS	4	3	4	4
3	004	OS	3	3	3	4
4	006	OS	3	1	1	4
5	008	OS	3	3	3	4
6	009	OS	2	3	3	4
7	010	OS	4	3	3	2
8	011	OS	4	4	4	4
9	012	OS	4	4	4	4
10	013	OS	4	4	4	4
11	015	OS	4	3	3	4
12	016	OS	3	3	3	4
13	017	OS	4	3	3	4
14	020	OS	2	2	2	3
15	021	OS	3	3	3	4
16	026	OS	3	3	3	3
17	026	OS	1	3	3	4

Tabella 2 – risposte di alcuni soggetti agli item da 1 a 4: numero del soggetto, prospettiva OS, risposta data all'item in scala Likert, in rosso gli item reverse.

	A	B	C	D	E	F
1	SOGGETTO	PROSPETTIVA SO	IEQ-S-01	IEQ-S-02	IEQ-S-03	IEQ-S-04
2	001	SO	3	3	4	4
3	004	SO	3	3	3	4
4	006	SO	3	2	2	4
5	008	SO	4	3	3	4
6	009	SO	3	2	3	3
7	010	SO	4	4	4	4
8	011	SO	4	3	3	4
9	012	SO	4	4	3	4
10	013	SO	4	4	4	4
11	015	SO	4	4	4	4
12	016	SO	3	2	3	3
13	017	SO	3	2	3	4
14	020	SO	1	2	3	2
15	021	SO	4	4	4	4
16	026	SO	4	3	3	4
17	026	SO	4	2	3	4

Tabella 3 – risposte di alcuni soggetti agli item da 1 a 4: numero del soggetto, prospettiva SO, risposta data all’item in scala Likert, in rosso gli item reverse.

Successivamente, al fine di selezionare gli item più significativi in ciascuna prospettiva, sono state confrontate le risposte della prospettiva OS con la prospettiva SO. L’obiettivo posto è di 5 item per ogni sottoscala (*experience sharing, mentalizing, prosocial concern*), per un totale di 15 item. Si è dunque proceduto con le analisi statistiche.



## CAPITOLO 4- RISULTATI PRIMO OBIETTIVO

### 4.1 Risultati del primo obiettivo dello studio di validazione

Vengono riportati nelle figure 3, 4 e 5 i valori del test di Wilcoxon, del Rho di Spearman e la percentuale di soggetti con delta uguale a zero.

La tabella 4 è relativa al pool di item iniziale della dimensione affettiva, la tabella 5 si riferisce invece al fattore cognitivo e la tabella 6 alla componente prosociale.

Dimensione affettiva	p-value test di Wilcoxon	Rho di Spearman	Percentuale soggetti con delta=0
Soggetti	Sign. Asint. (a due code)	Coefficiente di correlazione	Percentuale %
IEQ-S-SO_1 – IEQ-S-OS_1	.91	.334	50.4
IEQ-S-SO_2 – IEQ-S-OS_2	.586	.511	47.5
IEQ-S-SO_3 – IEQ-S-OS_3	.07	.310	46.1
IEQ-S-SO_4 – IEQ-S-OS_4	.003	.349	61.7
IEQ-S-SO_5 – IEQ-S-OS_5	.24	.472	46.8
IEQ-S-SO_6 – IEQ-S-OS_6	.648	.316	48.9
IEQ-S-SO_7 – IEQ-S-OS_7	.826	.485	53.9
IEQ-S-SO_8 – IEQ-S-OS_8	.282	.456	61.0
IEQ-S-SO_9 – IEQ-S-OS_9	.102	.307	58.9
IEQ-S-SO_10 – IEQ-S-OS_10	.943	.169	43.3
IEQ-S-SO_11 – IEQ-S-OS_11	.266	.239	64.5
IEQ-S-SO_12 – IEQ-S-OS_12	.049	.499	58.9
IEQ-S-SO_13 – IEQ-S-OS_13	.17	.234	72.3
IEQ-S-SO_14 – IEQ-S-OS_14	.902	.407	61.0
IEQ-S-SO_15 – IEQ-S-OS_15	.532	.499	76.6

Tabella 4- Statistiche relative agli item (1-15) del fattore affettivo teorico

I cut-off prefissati per l'esclusione degli item prevedono i seguenti parametri:

- nel test di Wilcoxon il valore per l'esclusione è p-value < .05;

- nel calcolo del coefficiente di correlazione il valore per l'esclusione è  $Rho < .25$ ;
- nella percentuale dei soggetti con delta zero, il valore di esclusione è di  $< 60\%$ .

<b>Dimensione cognitiva</b>	<b>p-value test di Wilcoxon</b>	<b>Rho di Spearman</b>	<b>Percentuale soggetti con delta=0</b>
<b>Soggetti</b>	<b>Sign. Asint. (a due code)</b>	<b>Coefficiente di correlazione</b>	<b>Percentuale %</b>
IEQ-S-SO_16 – IEQ-S-OS_16	.021	.423	54.6
IEQ-S-SO_17 – IEQ-S-OS_17	.961	.468	65.2
IEQ-S-SO_18 – IEQ-S-OS_18	.786	.389	60.3
IEQ-S-SO_19 – IEQ-S-OS_19	.268	.425	60.3
IEQ-S-SO_20– IEQ-S-OS_20	.376	.370	62.4
IEQ-S-SO_21– IEQ-S-OS_21	.978	.331	68.1
IEQ-S-SO_22 – IEQ-S-OS_22	.793	.297	53.9
IEQ-S-SO_23– IEQ-S-OS_23	.208	.299	58.9
IEQ-S-SO_24– IEQ-S-OS_24	.057	.368	63.1
IEQ-S-SO_25 – IEQ-S-OS_25	.042	.240	66.0
IEQ-S-SO_26– IEQ-S-OS_26	.631	.423	67.4
IEQ-S-SO_27 – IEQ-S-OS_27	.157	.165	67.4
IEQ-S-SO_28 – IEQ-S-OS_28	.992	.496	68.8
IEQ-S-SO_29 – IEQ-S-OS_29	.591	.353	58.9
IEQ-S-SO_30 – IEQ-S-OS_30	.305	.226	73.8

Tabella 5 - Statistiche relative agli item (16-30) del fattore cognitivo teorico

I cut-off prefissati per l'esclusione degli item prevedono i seguenti parametri:

- nel test di Wilcoxon il valore per l'esclusione è  $p\text{-value} < .05$ ;
- nel calcolo del coefficiente di correlazione il valore per l'esclusione è  $Rho < .25$ ;
- nella percentuale dei soggetti con delta zero, il valore di esclusione è di  $< 65\%$ .

Dimensione prosociale	p-value test di Wilcoxon	Rho di Spearman	Percentuale soggetti con delta=0
Soggetti	Sign. Asint. (a due code)	Coefficiente di correlazione	Percentuale %
IEQ-S-SO_31 – IEQ-S-OS_31	.902	.196	70.2
IEQ-S-SO_32 – IEQ-S-OS_32	.032	.352	60.3
IEQ-S-SO_33 – IEQ-S-OS_33	.857	.426	70.9
IEQ-S-SO_34 – IEQ-S-OS_34	.001	.366	62.4
IEQ-S-SO_35 – IEQ-S-OS_35	.006	.270	67.4
IEQ-S-SO_36 – IEQ-S-OS_36	.312	.397	63.8
IEQ-S-SO_37 – IEQ-S-OS_37	.317	.372	67.4
IEQ-S-SO_38 – IEQ-S-OS_38	.024	.443	53.9
IEQ-S-SO_39 – IEQ-S-OS_39	.014	.483	70.9
IEQ-S-SO_40 – IEQ-S-OS_40	.521	.376	60.3
IEQ-S-SO_41 – IEQ-S-OS_41	.67	.335	56.0
IEQ-S-SO_42 – IEQ-S-OS_42	.044	.157	76.6
IEQ-S-SO_43 – IEQ-S-OS_43	.041	.393	63.8
IEQ-S-SO_44 – IEQ-S-OS_44	.015	.508	50.4
IEQ-S-SO_45 – IEQ-S-OS_45	.188	.107	78.0

Tabella 6- Statistiche relative agli item (31-45) del fattore prosociale teorico

I cut-off prefissati per l'esclusione degli item prevedono i seguenti parametri:

- nel test di Wilcoxon il valore per l'esclusione è  $p\text{-value} < .05$ ;
- nel calcolo del coefficiente di correlazione il valore per l'esclusione è  $Rho < .25$ ;
- nella percentuale dei soggetti con delta zero, il valore di esclusione è  $di < 65\%$ .

Grazie alle analisi statistiche appena illustrate si è proceduto alla selezione dei 15 item maggiormente predittivi. Sono stati selezionati 5 item per ogni sottoscala.

Per ciò che concerne la dimensione affettiva, gli item selezionati sono stati:

- *IEQ\_8, IEQ\_9, IEQ\_13, IEQ\_14, IEQ\_15.*

Per ciò che concerne la dimensione cognitiva, gli item selezionati sono stati:

- *IEQ\_17, IEQ\_21, IEQ\_24, IEQ\_26, IEQ\_28.*

Per ciò che concerne la dimensione prosociale gli item selezionati sono stati:

- *IEQ\_33, IEQ\_35, IEQ\_36, IEQ\_37, IEQ\_45.*

Successivamente è stata calcolata l'Alpha di Cronbach per entrambe le prospettive e per ciascuna sottoscala, mostrando un livello di accordo sempre adeguato (maggiore o uguale a .70). all'interno delle seguenti figure sono mostrati i risultati.

Tabella 7- Alpha di Cronbach con gli item selezionati per il fattore affettivo teorico, prospettiva SO

STATISTICHE DI AFFIDABILITÀ				
Alpha di Cronbach		N. di elementi		
0.712		5		
STATISTICHE ELEMENTO-TOTALE				
	Media scala se viene eliminato l'elemento	Varianza scala se viene eliminato l'elemento	Correlazione elemento-totale corretta	Alpha di Cronbach se viene eliminato l'elemento
IEQSSO_08	14.60	1.718	0.634	0.586
IEQSSO_09	14.34	2.148	0.505	0.651
IEQSSO_13	14.07	2.526	0.312	0.719
IEQSSO_14	14.50	2.037	0.422	0.691
IEQSSO_15	14.12	2.308	0.522	0.653

Tabella 8- Alpha di Cronbach con gli item selezionati per il fattore cognitivo teorico, prospettiva SO

STATISTICHE DI AFFIDABILITÀ				
Alpha di Cronbach		N. di elementi		
0.706		5		
STATISTICHE ELEMENTO-TOTALE				
	Media scala se viene eliminato l'elemento	Varianza scala se viene eliminato l'elemento	Correlazione elemento-totale corretta	Alpha di Cronbach se viene eliminato l'elemento
IEQSSO_17	14.55	2.111	0.490	0.641
IEQSSO_21	14.32	2.435	0.415	0.671
IEQSSO_24	14.42	2.384	0.361	0.694
IEQSSO_26	14.38	2.099	0.610	0.590
IEQSSO_28	14.51	2.283	0.432	0.694

Tabella 9- Alpha di Cronbach con gli item selezionati per il fattore prosociale teorico, prospettiva SO

STATISTICHE DI AFFIDABILITÀ				
Alpha di Cronbach		N. di elementi		
0.708		5		
STATISTICHE ELEMENTO-TOTALE				
	Media scala se viene eliminato l'elemento	Varianza scala se viene eliminato l'elemento	Correlazione elemento-totale corretta	Alpha di Cronbach se viene eliminato l'elemento
IEQSSO_33	14.79	2.134	0.406	0.683
IEQSSO_35	14.89	1.788	0.434	0.688
IEQSSO_36	14.92	1.878	0.548	0.625
IEQSSO_37	14.84	1.905	0.595	0.608
IEQSSO_45	14.66	2.348	0.396	0.690

Tabella 10-Alpha di Cronbach per il fattore affettivo teorico, prospettiva OS (0.80)

STATISTICHE DI AFFIDABILITÀ				
Alpha di Cronbach		N. di elementi		
0.797		5		
STATISTICHE ELEMENTO-TOTALE				
	Media scala se viene eliminato l'elemento	Varianza scala se viene eliminato l'elemento	Correlazione elemento-totale corretta	Alpha di Cronbach se viene eliminato l'elemento
IEQSSO_08	14.47	2.574	0.614	0.748
IEQSSO_09	14.23	2.778	0.584	0.756
IEQSSO_13	13.93	2.941	0.629	0.746
IEQSSO_14	14.31	2.755	0.532	0.776
IEQSSO_15	13.90	3.152	0.577	0.764

Tabella 11-Alpha di Cronbach per il fattore cognitivo teorico, prospettiva OS

STATISTICHE DI AFFIDABILITÀ					
Alpha di Cronbach			N. di elementi		
0.757			5		
STATISTICHE ELEMENTO-TOTALE					
	Media scala se viene eliminato l'elemento	Varianza scala se viene eliminato l'elemento	Correlazione elemento-totale corretta	Alpha di Cronbach se viene eliminato l'elemento	
IEQSSO_17	14.43	2.431	0.598	0.686	
IEQSSO_21	14.20	2.853	0.347	0.772	
IEQSSO_24	14.40	2.397	0.576	0.693	
IEQSSO_26	14.38	2.589	0.544	0.707	
IEQSSO_28	14.31	2.453	0.562	0.699	

Tabella 12-Alpha di Cronbach per il fattore prosociale teorico, prospettiva OS

STATISTICHE DI AFFIDABILITÀ					
Alpha di Cronbach			N. di elementi		
0.763			5		
STATISTICHE ELEMENTO-TOTALE					
	Media scala se viene eliminato l'elemento	Varianza scala se viene eliminato l'elemento	Correlazione elemento-totale corretta	Alpha di Cronbach se viene eliminato l'elemento	
IEQSSO_33	15.14	1.935	0.574	0.707	
IEQSSO_35	15.05	1.813	0.545	0.717	
IEQSSO_36	15.21	1.677	0.599	0.697	
IEQSSO_37	15.15	1.863	0.600	0.697	
IEQSSO_45	14.97	2.307	0.360	0.772	

Gli item selezionati per l'Interpersonal Empathy Questionnaire vengono riportati per esteso, includendo il loro contenuto nelle tabelle seguenti.

Tabella 13- Item selezionati relativi al fattore affettivo teorico, prospettiva Self-Other e Other-Self

NUMERO ITEM	PROSPETTIVA SO	PROSPETTIVA OS
IEQ_S_8	Eravamo in perfetta sintonia emotiva	Eravamo in perfetta sintonia emotiva
IEQ_S_9	Io percepivo come lui/lei si sentiva, al di là delle specifiche parole che usava	Lui/lei percepiva come io mi sentivo, al di là delle specifiche parole che usavo
IEQ_S_13	Non ero in grado di sentire le sue emozioni	Non riusciva a sentire le mie emozioni.
IEQ_S_14	Sentivo che, anche quando non potevo comprendere i fatti che raccontava, ero comunque in sintonia con il lato emotivo della sua esperienza	Sentivo che, anche se non poteva comprendere i fatti che raccontavo, lui/lei era comunque in sintonia con il lato emotivo della mia esperienza
IEQ_S_15	Sentivo che a livello emotivo gli/le ero distante	Sentivo che a livello emotivo mi era distante

Tabella 14- Item selezionati relativi al fattore cognitivo teorico, prospettiva Self-Other e Other-Self

Numero Item	Prospettiva SO	Prospettiva OS
IEQ_S_17	Capivo che cosa avesse scatenato le sue reazioni	Capiva che cosa avesse scatenato le mie reazioni
IEQ_S_21	Non ero in grado di capire il suo modo di vedere le cose	Capiva perfettamente ciò che intendevo
IEQ_S_24	Ragionavo su quello che mi stava dicendo	Ragionava su quello che gli/le stavo dicendo
IEQ_S_26	A prescindere dal fatto che fossi d'accordo con lui/lei, ho compreso il suo punto di vista	A prescindere dal fatto che fosse d'accordo con me, ha compreso il mio punto di vista
IEQ_S_28	Ero in grado di intuire bene l'origine/la causa del suo stato d'animo	Credo che riuscisse ad intuire bene l'origine/la causa del mio stato d'animo



Tabella 15-Item selezionati relativi al fattore prosociale teorico, prospettiva Self-Other e Other-Self

Numero Item	Prospettiva SO	Prospettiva OS
IEQ_S_33	Ho compreso e accolto la sua esperienza senza giudicarla	Ha compreso e accolto la mia esperienza senza giudicarla
IEQ_S_35	Non ero in grado di contribuire a creare un clima in cui lui/lei poteva essere sé stesso/a	Non contribuiva a creare un clima in cui io potevo essere me stesso/a
IEQ_S_36	Ho provato a farlo/a sentire a suo agio	Ha provato a farmi sentire a mio agio
IEQ_S_37	Lo/La accoglievo psicologicamente senza giudicarlo/a	Mi accoglieva psicologicamente senza giudicarmi
IEQ_S_45	Non riuscivo a preoccuparmi davvero di come lui/lei stesse	Non si preoccupava davvero di come io stessi

Successivamente, nel grafico 1 e nel grafico 2 viene presentata l'analisi fattoriale condotta, la quale, dimostratasi robusta, conferma il modello a tre fattori sia per la prospettiva SO che per la prospettiva OS.

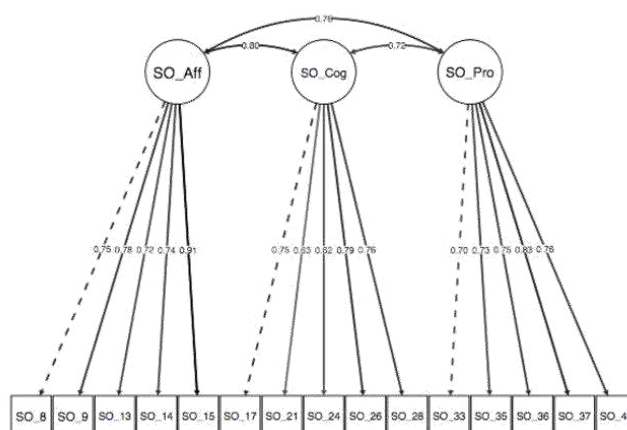


Figura 13- Grafico analisi fattoriale prospettiva SO

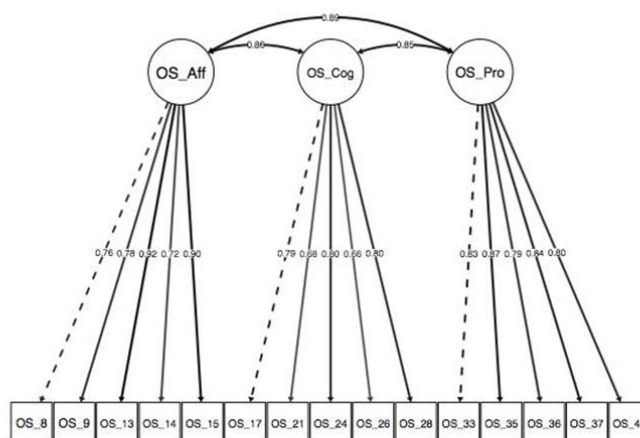


Figura 14- Grafico analisi fattoriale prospettiva OS



## ***CAPITOLO 5- VALIDITÀ DI COSTRUTTO DELL'IEQ***

### ***5.1 Secondo obiettivo dello studio di validazione ed ipotesi di ricerca***

L'International Empathy Questionnaire è stato strutturato eseguendo una analisi dei principali questionari esistenti che avessero come costrutto di riferimento l'empatia. Quest'ultima, all'interno del questionario introdotto dal gruppo di ricerca, viene indagata in un'ottica interpersonale. La scelta di questa specifica lente di osservazione è stata data dalla scarsa presenza in letteratura di strumenti che indagassero l'empatia seguendo un'ottica interindividuale, a fronte di una più ampia letteratura che indaga il costrutto adottando una prospettiva intrapersonale. È risultata, dunque, necessaria la messa a punto di uno strumento, che potesse analizzare il costrutto in riferimento, rispetto come questo effettivamente si presenti: un fenomeno che nasce all'interno della relazione con l'altro. La composizione del questionario è stata ripresa dalla strutturazione dell'EU di Barrett-Lennard (1978). Presenta dunque due prospettive: chi parla e chi ascolta. Ci concentreremo prettamente seguendo la prospettiva di chi ascolta

L' Interpersonal Empathy Questionnaire è stato costruito rispettando le tre dimensioni dell'empatia individuate da Zaki e Ochsner (affettiva, cognitiva, prosociale), nostre sottoscale, ciascuna composta da 5 item, i quali sono stati precedentemente sottoposti ad analisi per comprenderne la validità.

Al fine di procedere con le analisi statistiche con l'intento di indagare la validità di costrutto del nostro questionario, sono state condotte analisi correlazionali utilizzando l'indice di correlazione di Pearson tra l'IEQ nel suo totale e tra le sue tre componenti (affettiva, cognitiva e prosociale) con gli strumenti da noi utilizzati e somministrati nelle varie fasi sperimentali. Nello specifico, attraverso le analisi correlazionali con i questionari utilizzati abbiamo avuto l'obiettivo di individuare se vi fosse relazione tra i costrutti indagati dagli strumenti utilizzati, quale direzione assumesse la relazione (se negativa o positiva) e quale forza di legame (se debole o forte).

Il gruppo di questionari utilizzato e che indaga il nostro medesimo costrutto è così composto: EUS; IRI, TAS-20.

Nello specifico: Toronto Alexithimia Scale (TAS-20) (Bagby et al., 1994): è un questionario self-report composto da 20 item che indaga e misura l'alessitimia (o analfabetismo emotivo). Descrive una condizione di incapacità, da parte del soggetto, di riconoscere ed esprimere verbalmente i propri e gli altrui stati emotivi. Ponendo il nostro questionario in correlazione con la TAS-20 (Bagby et al., 1994), noi possiamo aspettarci che più sarà alto il punteggio ottenuto nelle risposte al questionario TAS meno sarà alta la capacità del soggetto, che ha risposto alla TAS, di entrare in empatia interpersonale. Attraverso le analisi correlazionali con questo strumento di ricerca le aspettative vertono sulla possibilità di individuare una relazione negativa tra gli stessi.

Empathic Understanding Scale (EUS) (Barrett-Lennard, 1978): è lo strumento la cui struttura è stata utilizzata per costruire l'IEQ. È suddiviso in due prospettive: self-other e other-self, individuate in chi parla ed in chi ascolta. Verranno correlati i punteggi della componente di chi parla EU con i punteggi della componente di chi parla IEQ e faremo lo stesso con la componente di chi ascolta. Ci aspettiamo correlazione alta tra le parti. L'EUS (Barrett-Lennard, 1981), Rosenberg Self-Esteem (Rosenberg, 1965) ed il SDRS (Marlow e Crown, 1960) saranno gli unici questionari di cui faremo la correlazione anche della componente di chi parla, altrimenti ci focalizziamo solo sulla dimensione di chi ascolta.

Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1983): indaga la reazione interpersonale nella relazione con l'altro. Sono presenti quattro sottoscale, capaci di indagare differenti componenti del processo empatico. Queste verranno descritte approfonditamente in seguito. L'associazione specifica tra queste quattro sottoscale consente, inoltre, di ottenere una misurazione della componente affettiva dell'empatia e della componente cognitiva dell'empatia dei rispondenti. Attraverso le analisi correlazionali le aspettative vertono sulla possibilità di individuare una relazione positiva tra le componenti affettive dell'IEQ ed IRI altrettanto positiva tra le componenti cognitive degli strumenti.

Abbiamo somministrato ed utilizzato inoltre:

La Symptoms Checklist (SCL-90) (Derogatis, 1970) indaga sintomi comuni che possono affliggere le persone. È composta da 10 sottoscale le quali verranno approfondite successivamente; per ogni sottoscala si ipotizza, se questa possa essere posta in relazione (ed in che misura e direzione) rispetto al costrutto di riferimento indagato dall'IEQ-SO. L'aspettativa generale rispetto le analisi correlazionali con l'IEQ-SO vertono intorno alla possibilità di individuare una relazione inversa (negativa) tra i due strumenti, poiché, dato che la SCL-90 (Derogatis, 1970) descrive condizioni sintomatologiche che possono far supporre l'esistenza di una psicopatologia o una condizione sintomatologica da approfondire, si presume che queste non consentano una piena riuscita dell'attivazione del processo empatico, nella declinazione di tutte e tre le componenti sopra descritte.

All'interno della batteria di test somministrata, inoltre, abbiamo anche inserito il Rosenberg Self- Esteem (Rosemberg, 1965), il quale è un questionario che indaga l'autostima, e la Social Desirability Scale (Marlow e Crown, 1960), il quale indaga la desiderabilità sociale. Recenti studi attestano che maggiore sia la percezione di essere empatici, maggiore risulterà l'autostima associata e più sarà alta la desiderabilità sociale (Eysenck & Eysenck, 1999). La correlazione con questi due questionari avverrà in questa direzione: utilizziamo le risposte di chi ascolta, dei due questionari (Roserberg, SDRS), e verranno correlate con entrambe le prospettive dell'IEQ (chi parla e chi ascolta, come per l'EUS).

A noi interessa comprendere quanto l'altra persona abbia effettivamente considerato il soggetto un interlocutore empatico.

Il secondo obiettivo del presente lavoro di ricerca, dunque, verte sulla conduzione di analisi statistiche al fine di misurare la validità di costrutto del questionario. Lo sguardo viene posto sull'aver individuato una misura capace di mostrare che i comportamenti rilevati siano effettivamente espressione del costrutto indagato, e che riguarda dunque la misurazione dell'empatia interpersonale.

## ***5.2 Metodo***

La metodologia adottata per la costruzione dell'Interpersonal Empathy Questionnaire è stata realizzata partendo dall'analisi della letteratura esistente rispetto ai questionari già in uso per la misurazione dell'empatia. Ilgunaite e collaboratori (Ilgunaite, et al., 2017), hanno prodotto una rassegna dei principali strumenti utilizzati per la misurazione del costrutto, attraverso due principali motori di ricerca (PubMed, ProQuest), individuando, come metodo principalmente utilizzato, i questionari self-report.

Dopo aver condotto una analisi, precedentemente esposta, riguardante la validazione psicometrica degli item scelti ed utilizzati per la strutturazione del questionario, questi sono stati posti in relazione con gli strumenti di ricerca utilizzati e somministrati durante le fasi sperimentali di somministrazione di IEQ e condotte analisi correazionali tra questi, con l'obiettivo di indagare la validità di costrutto del nostro questionario.

### ***5.2.1 Reclutamento dei partecipanti***

Il dataset riportato per la conduzione del primo obiettivo del presente lavoro consisteva nella presenza di 131 soggetti. Partendo da questo, per la strutturazione di questo secondo obiettivo di analisi di ricerca è stato imposto un ulteriore criterio di inclusione: i partecipanti dovevano avere risposto correttamente ad ogni questionario sottoposto e presentato nelle due fasi di sperimentazione.

Dopo aver controllato che ogni partecipante avesse correttamente risposto ad ogni questionario, dall'iniziale gruppo di partecipanti consistente in 131 soggetti, si è arrivati ad un campione di riferimento finale composto da 122 soggetti, ossia 61 coppie.

Il 33,6% (n=41) del campione è formato da uomini, mentre il restante 66,4% (n=81) è formato da donne. La media rispetto all'età dei partecipanti si attesta attorno a 31.66 anni.

Le informazioni demografiche precise e dettagliate sono raccolte nella tabella sottostante.

TABELLA 1- dati anagrafici campione di riferimento

CATEGORIA	SOTTOCATEGORIA	FREQUENZA	PERCENTUALE %
<b>Sesso</b>	Maschile	41	33.6
	Femminile	81	64.6
<b>Educazione scolastica</b>	Diploma scuola media inferiore	14	11.4
	Diploma scuola media superiore		
	Qualifica	55	45.01
	Laurea	7	5.74
	Formazione superiore	44	36.07
		2	1.64
<b>Stato in cui vive</b>	ITALIA	122	100
<b>Religione</b>	Cristianesimo-Cattolico	78	63.94
	Buddhismo	3	2.46
	Ateo/Agnostico	36	29.51
	Altro	5	4.10
<b>Relazione con il partner</b>	Coinquilino/a non imparentato/a amico/a	18	14.75
	Coniuge/Partner	40	32.79
	Genitore/Figlio	36	29.51
	Fratello/Sorella	28	22.9



### **5.2.2 Strumenti**

Sulla base dell'obiettivo precedentemente esposto e delle ipotesi precedentemente delineate vengono qui presentati gli strumenti utilizzati durante le fasi sperimentali e con i quali si produrranno le analisi correlazionali.

Ci siamo domandati se il costrutto di riferimento specifico, di ogni questionario utilizzato correlasse o meno con il nostro costrutto di riferimento, ed avesse dunque una qualche tipologia di relazione, con quale forza di legame ed in quale direzione. È importante ricordare che per la prospettiva correlazionale, ci focalizziamo sulla componente di stato e non di tratto. La scala empatica di stato fa riferimento alla manifestazione empatica del soggetto esperita e misurata in una data e specifica situazione.

Come è stato precedentemente descritto, la strutturazione del nostro Interpersonal Empathic Questionnaire prende spunto dalla sottoscala Empathic Understanding del Relational Inventory di Barrett-Lennard (1981), la quale misura l'empatia percepita all'interno della pratica terapeutica. L'EU è suddiviso in due prospettive: Other Toward Self (SEP-A nella versione in italiano) volta a valutare l'empatia percepita dal soggetto durante la sessione nei propri confronti; Myself to Others (SEP-B nella versione italiana) che misura la percezione dell'empatia che il soggetto (terapeuta, o generico interlocutore), pensa che abbia comunicato con gli altri membri della diade. È composta da 16 item (declinati in entrambe le prospettive) ai quali viene attribuito un punteggio che va da -3 a 3 per i punteggi positivi (3 completo accordo) e da -3 a -1 per i punteggi negativi (-3 completo disaccordo). Lo scoring del test viene fatto attribuendo il valore 1 a -3, 2 a -2, 3 a -1, 4 a 1, 5 a 2, 6 a 3.

Un successivo questionario self-report somministrato è stato il Symptom-Checklist-90 (SCL-90) (Derogatis, 1970). Le risposte fornite a questo test consentono la suddivisione dello stesso in 10 sottoscale, ognuna delle quali misura e valuta uno specifico pattern di problematiche di natura psicologica, che, se ottenuto un elevato numero di risposte positive, può concorrere alla supposizione dell'ipotetica presenza di uno specifico quadro psicopatologico. La valutazione del soggetto viene attuata mediante scala Likert

districata su un punteggio da 1 (per niente) a 5 (moltissimo).

- La prima sottoscala dell'SCL-90 (Derogatis, 1970), viene denominata SOM (item: 1,2,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58), la quale indaga disturbi che insorgono dalla percezione di disfunzioni o alterazioni a livello corporeo. Sono raggruppati, quindi, i sintomi di chi ha tratti somatizzanti, i quali, tendenzialmente possono essere associabili a personalità di tipo alessitimico. Per le aspettative di correlazione con questa specifica sottoscala, l'attesa è di individuare una bassa capacità di entrare in empatia dei soggetti rispondenti aventi alti punteggi in questa sottoscala e bassi punteggi, dunque, nella correlazione tra gli strumenti.
- La seconda sottoscala viene denominata OC (item: 3,9,10,28, 38,45,46,51,55,65) e misura l'insieme di pensieri, impulsi e azioni sperimentati come incoercibili dal soggetto e avulse dalla sua volontà di manifestazione. Sono raggruppati, quindi, sintomi ascrivibili ad una intrusività, non voluta e difficilmente controllabile, di pensieri e comportamenti nella vita dei soggetti. Le aspettative di correlazione vertono sull'individuazione di una relazione positiva con la sottoscala cognitiva dell'IEQ-SO, poiché si ritiene che i soggetti rientranti nella dimensione descritta dalla sottoscala riescano a comprendere le emozioni trasmesse e provate dall'altro più di quanto riescano a sentire una compartecipazione affettiva all'interno della relazione diadica.
- La terza sottoscala è INT (item: 6,21,34,36,37,41,61,69,73), la quale sta ad indicare la sensibilità interpersonale del soggetto, ossia tutto ciò che concerne sentimenti di inadeguatezza ed inferiorità nei confronti dell'altro. Le previsioni correlazionali vertono intorno all'aspettativa di non trovare relazioni negative con nessuna delle tre sottoscale dell'IEQ-SO.
- La quarta sottoscala è DEP (item: 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79) e riassume un ampio spettro di sintomi concomitanti una sindrome depressiva. Tra questa sottoscala e l'IEQ-SO non sono attese correlazioni negative.
- La quinta sottoscala è ANX (item: 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86) e si riferisce all'insieme di sintomi e comportamenti correlati ad un'alta ansia manifesta. Tra i

sintomi ascrivibili a questa sottoscala e l'IEQ-SO non sono state predisposte aspettative specifiche rispetto l'andamento delle correlazioni.

- La sesta sottoscala è HOS (item: 11,24,63,67,74,81) e racchiude pensieri, sentimenti e azioni caratteristici di uno stato di rabbia, irritabilità e risentimento che possono predisporre ad una più alta ostilità all'interno della relazione. L'aspettativa correlazionale verte sull'individuazione di una relazione inversa tra questa e IEQ-SO.
- La settima sottoscala è PHOB (item: 13,25,47,50,70,75,82) e fa riferimento all'ansia fobica; nello specifico ad una persistente risposta di paura irrazionale e non proporzionata nei confronti di persone, luoghi ed occasioni specifiche che conduce a comportamenti di evitamento/fuga. Rispetto le analisi correlazionali non vi sono specifiche attese.
- L'ottava sottoscala è PAR (item: 8,18,43,68,76,83), fa riferimento all'ideazione paranoidea, ossia ad un disturbo del pensiero caratterizzato da sospetto, paura di perdita di autonomia, misto ad ostilità ed idee di riferimento. Tra questa sottoscala e l'IEQ-SO ci si aspetta una bassa correlazione.
- La nona sottoscala è PSY (item: 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90), la quale, pur includendo alcuni sintomi primari della schizofrenia (allucinazioni, estraneità del pensiero) è da intendersi come una dimensione continua dell'esperienza umana caratterizzata da ritiro, isolamento e stile di vita schizoide. L'aspettativa riguarda la possibilità di avere come risultato una alta correlazione con la sottoscala affettiva dell'IEQ e bassa correlazione con quella cognitiva.
- L'ultima sottoscala è SLEEP (item: 44,64,66) la quale indica una qualità del sonno disturbata, risvegli precoci, difficoltà ad addormentarsi. Per questa sottoscala, essendo più specificatamente una componente collaterale della psicopatologia e non un indicatore specifico di questa, non sono state avanzate specifiche ipotesi di partenza, né ci si aspettano particolari direzioni di correlazione

Il successivo questionario somministrato e di cui sono state, successivamente, analizzate l'attendibilità ed attuate le analisi correlazionali tra costrutti di riferimento è il Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al.,1994) uno strumento self-report composto da 20 item, i

quali sono strutturati per indagare la presenza di alessitimia. Etimologicamente, il termine alessitimia o alexitimia, a- dal greco «mancanza», lexis «parola» e thymos «emozione», descrive una condizione di mancanza, assenza di parole per esprimere le emozioni (De Simone, 2022). Il costrutto di alessitimia è dunque riferibile ad una difficoltà nell'identificare ed esprimere sentimenti, che si pensa possa essere relata a deficit nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione degli stati emotivi. Da numerosi studi emerge che la presenza di alessitimia correla negativamente con la capacità empatica (Baron-Cohen et al., 2004). Inoltre, è stato riscontrato che un alto punteggio a test che misurano la capacità empatica correla negativamente anche con il proprio livello di alessitimia: una persona che ha difficoltà a riconoscere e verbalizzare le proprie emozioni avrà anche difficoltà a comprendere i sentimenti altrui (Moriguchi et al., 2009). L'alessitimia compromette la consapevolezza e la capacità descrittiva degli stati emotivi esperiti, rendendo sterile ed incolore lo stile comunicativo. I pazienti con alessitimia, oltre alle difficoltà nel riconoscere, nominare e descrivere i propri stati emotivi, presentano stati emotivi attenuati fino ad arrivare, nei casi più gravi, ad una completa incapacità di provare emozioni (Dizionario di medicina, 2010). Nella mente degli individui alessitimici le emozioni si confondono con le sensazioni corporee percepite. Esibiscono un impoverimento del pensiero simbolico ed una notevole difficoltà nell'identificazione delle emozioni altrui. Si assume dunque che pazienti che presentino questi tratti, anche in assenza di patologia conclamata, mostrino maggiori difficoltà nell'entrare in empatia con l'interlocutore, sia a livello cognitivo, che affettivo e prosociale. Uno degli strumenti maggiormente accreditati, per l'appunto è il Toronto Alexithymia Scale introdotto da Bagby, Parker e Taylor nel 1994. È composto da 20 item da valutare su una scala Likert a 5 punti, che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente in accordo). Punteggi più alti tra i risultati del test indicano una maggiore presenza di alessitimia. La TAS-20 (Bagby et al., 1994) si compone di tre sottoscale, le quali si orientano nell'individuare l'incapacità del soggetto nel trovare le giuste parole nell'identificare e descrivere le proprie emozioni; la presenza di una limitata capacità immaginativa; uno stile cognitivo orientato verso l'esterno.

- La prima sottoscala è difficulty in identifying feelings (DIF) (item

1,3,6,7,9,13,14), misura la difficoltà ad identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni corporee che seguono l'aumento dell'arousal emotivo;

- La seconda sottoscala è difficulty in describing feelings (DDF) (item 2,4r,11,12,17), che descrive le difficoltà nello spiegare i propri sentimenti agli altri;
- La terza sottoscala è externally oriented thinking (EOT) (item 5r,8,10r,15,16,18r,19r,20), misura lo stile di pensiero orientato all'esterno tipico dei pazienti alessitimici.

Il successivo questionario self-report è l'Interpersonal Reactivity Index (IRI), progettato nel 1983 da Davis, con l'intento di misurare le differenti componenti dell'empatia. Il punteggio che i soggetti devono dare agli item va da 1 (che indica completo disaccordo con l'item) a 5 (completo accordo).

Presenta 28 item suddivisi in 4 sottoscale:

- Perspective-Taking Scale (PT) (item 3r, 8, 11, 15r, 21, 25, 28), la quale valuta i tentativi non pianificati di assumere il punto di vista di un altro;
- Fantasy Scale (FS) (gli item 1,5,7r,12r,16,23,26), che misura la capacità del soggetto di immedesimarsi ed identificarsi con un personaggio immaginario;
- Empathic Concern Scale (EC) (gli item 2,4r,9,14r,18r,20,22), che rileva i sentimenti individuali del soggetto di compassione e preoccupazione per l'altro;
- Personal distress scale (PD) (item 6, 10, 13r, 17, 19r, 24, 27), la quale indica la misura in cui un individuo prova disagio o preoccupazione quando esposto alle esperienze negative degli altri.

Di queste sottoscale, due misurano l'empatia affettiva (nello specifico Empathic Concern e Personal Distress) e due sono afferenti alla misurazione dell'empatia cognitiva (PT, FS).

È stato somministrato anche il Rosenberg Self-Esteem (RSES) (Rosenberg, 1965), un questionario introdotto da Morris Rosenberg composto da 10 item, che si propone il tentativo indagare l'autostima del rispondente. La percezione di essere empatici è un fattore che influisce positivamente sulla costituzione e costruzione della propria

autostima. Maggiore sarà la constatazione di essere percepiti come empatici, maggiore sarà l'autostima che ne conseguirà. Il RSES (Rosemberg, 1965), oltre ad essere correlato con la prospettiva SO dell'IEQ, viene ad essere correlato anche con la prospettiva OS dell'IEQ con anche l'obiettivo di indagare quanto l'altra persona possa percepire il soggetto interlocutore come persona empatica.

Infine, è stato somministrato anche il Social Desirability Scale (SDRS) (Marlow e Crown, 1960), un questionario self-report composto da 5 item, i quali misurano le attitudini, le emozioni ed i comportamenti che si sono mostrati frequentemente più critici, poiché i rispondenti tendevano a dare risposte che li avrebbero fatti apparire più favorevoli rispetto alle opinioni sociali in merito. Il punteggio che può essere dato va da 1 a 5, dove 1 sta ad indicare una risposta completamente vera all'item e 5 completamente falsa. Si è ipotizzato che sia socialmente desiderabile essere considerati empatici, di conseguenza ci aspettiamo correlazioni positive con l'IEQ. L'SDRS (Marlow & Crown, 1960), viene correlato anche con la prospettiva OS dell'IEQ, nel tentativo di comprendere quanto la desiderabilità sociale dell'essere empatico influenzi il giudizio di considerare l'interlocutore come corrispondente empatico.

### ***5.2.3 Paradigma sperimentale***

Con l'obiettivo di costruire un questionario per la rilevazione dell'empatia, che potesse essere reso fruibile in vari contesti e per relazioni interpersonali di varia natura, non solo terapeutiche e ambito clinico, è stato messo a punto il paradigma sperimentale all'interno della relazione diadica. Dopo avere ricevuto l'approvazione da parte del Comitato Etico, il paradigma finale si compone di due fasi. Entrambi i momenti previsti sono stati sviluppati attraverso la piattaforma Zoom, tramite incontri telematici. Preso contatto con la coppia partecipante e accordatici per il giorno e l'ora dell'appuntamento, il primo incontro prevedeva la durata di 45 minuti circa; il secondo massimo 75 minuti. Il lasso temporale previsto e permesso tra un incontro e l'altro variava da 7 a 12 giorni. Durante la prima fase, come primo intervento, è stato attribuito uno specifico codice

riconoscitivo per rendere la partecipazione completamente anonima. I codici non venivano attribuiti casualmente, di fatti noi sperimentatori avevamo adibito un foglio Excel, nel quale venivano bilanciate le coppie di partecipanti. Ai partecipanti veniva richiesto di rispondere, tramite il loro smartphone, sempre collegati tramite pc al link Zoom mandato dallo sperimentatore tramite mail, a 15 domande demografiche.

Successivamente, al fine di indagare variabili indipendenti di controllo necessarie per la validità convergente e divergente, è stata somministrata una batteria di questionari.

La misurazione delle variabili indipendenti è avvenuta attraverso l'utilizzo di specifiche sottoscale di riferimento dei principali test utilizzati, nello specifico:

- i sintomi depressivi e i sintomi di ansia sono stati misurati attraverso la Symptoms Checklist (SCL-90) (Prunas, 2012);
- la capacità di regolazione emotiva indagata attraverso la validazione italiana dell'Emotion Regulation Questionnaire (ERQ-8) (Balzarotti, 2010);
- la desiderabilità sociale attraverso la versione breve della Marlowe- Crowne, la Social Desirability Scale (SDRS) (Rattazzi, 2000);
- l'autostima attraverso Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Prezza M., 1997).

Per il calcolo della *validità divergente* è stata utilizzata la Toronto Alexythymia Scale- II (TAS-20) (Bressi et al., 1996). Gli autori, Davies, Stankov e Roberts (1998), nella loro ricerca per misurare l'empatia affettiva e cognitiva hanno utilizzato due strumenti di misura: Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE) (Mehrabian & Epstein, 1972) e l'Hogan Empathy Scale (HSE) (Hogan, 1969), hanno dimostrato che tra alessitimia ed empatia sussiste una negativa e debole correlazione (Davies et al., 1998). Nello specifico, chi presenta alti punteggi nella misurazione dell'alessitimia, presenta un deficit nella capacità di comprendere, esprimere, nominare le emozioni sottostanti. Conseguentemente, risulta probabile che non abbiano una buona capacità di entrare in sintonia emotiva ed affettiva con l'altro in interazione.

Per la misurazione della *validità divergente* è stato utilizzato anche l'Autistic Quotient (AQ) (Ruta et al., 2012). È nota, infatti, grazie a numerosi studi attuati in merito (Blair, 2005), la constatazione che chi presenti una diagnosi afferente allo spettro autistico risulti avere competenze deficitarie per ciò che concerne la comprensione dell'emozione

altrui, ma non difficoltà nella compartecipazione emotiva. Di conseguenza possiamo attenderci la probabilità che l'Interpersonal Empathy Questionnaire correli inversamente con l'Autistic Quotient.

Per la misura della *validità convergente* è stato appositamente somministrato l'Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Albiero, 2006) e, nella seconda fase, la versione italiana dell'Empathic Understanding Scale (EUS) di Barrett Lennard (Messina et al., 2013). Verranno messe in relazione l'IRI e la scala di tratto dell'Interpersonal Empathy Questionnaire, mentre l'EUS verrà messo in relazione con la scala di stato dell'IEQ, dato che ad oggi è l'unico strumento esistente in grado di rilevare la manifestazione empatica data in un determinato momento.

In conclusione della prima fase è stato somministrato ai soggetti l'Interpersonal Empathy Questionnaire, che è poi stato ritestato nella seconda fase per la validità test-retest.

Nella seconda fase, sulla base del bilanciamento precedentemente fatto tra i colleghi ricercatori, venivano avanzate loro specifiche richieste nel tentativo di rilevare e misurare l'empatia nascente all'interno della diade. Nello specifico il bilanciamento seguiva una logica precisa alle coppie etero (diverso sesso biologico) veniva attribuita la lettera A o B ai soggetti sulla base di chi dovesse parlare per primo e rispetto a quale esperienza dovesse essere riportata per prima, se quella positiva o negativa. Alle coppie omo (stesso sesso biologico) veniva attribuita la lettera A al partecipante con l'età anagrafica maggiore tra i due. Durante la seconda fase, era dunque previsto che i partecipanti della diade interagissero tra loro. Il ricercatore, come prima procedura, compila un questionario che permette di raccogliere un riassunto degli eventi di vita di cui parleranno le due persone successivamente. Si chiede, infatti, di pensare sia ad un evento positivo, sia uno negativo che si vuole condividere con l'altro, in cui la persona con la quale si partecipa all'esperimento non era presente fisicamente, sebbene la potesse già conoscere. Successivamente, i soggetti vengono invitati a sedersi uno di fronte all'altro e, una volta iniziata la registrazione, dovranno interagire come indicato dallo sperimentatore, il quale non assiste al momento di dialogo per rispettare la privacy (spegne dunque la videocamera ed il microfono). Le due persone dovranno raccontare



degli eventi positivi e negativi di cui hanno accennato una piccola parte in precedenza al ricercatore.

Le istruzioni fornite alla coppia sono le seguenti:

- A parla per 5 minuti dell'esperienza positiva o negativa, B se vuole può intervenire liberamente
- B parafrasa il discorso di A per 2 minuti
- La sequenza viene ripetuta ma A cambia esperienza
- Si inviano per mail e la coppia compila i questionari EUS e IEQ di stato
- B parla per 5 minuti dell'esperienza positiva o negativa, A se vuole può intervenire liberamente
- A parafrasa il discorso di B per 2 minuti
- La sequenza viene ripetuta ma B cambia esperienza
- Si inviano per mail e la coppia compila i questionari EUS e IEQ di stato più il re-test dello IEQ di tratto

Entrambi i questionari sono stati somministrati sia dopo la prima che dopo la seconda interazione, rispettando i ruoli con cui A e B interagiscono, ovvero, nelle prospettive Other-Self e Self-Other.

Per esempio, la persona che ha raccontato una delle due esperienze compila item come "Sentivo che lui/lei ha condiviso così tanto le mie emozioni, che era come se non ci fossero confini psicologici tra di noi" (Other-Self), mentre per chi ascolta e parafrasa "Sentivo di aver condiviso così tanto le sue emozioni, che era come se non ci fossero confini psicologici tra di noi" (Self-Other). Nel momento in cui lo sperimentatore ha spiegato ai partecipanti la parte della parafrasi, è stato importante porre la coppia in un'ottica di reciproco ascolto attivo, poiché al momento della restituzione la narrazione dell'altra persona andava rielaborata. L'obiettivo era di stimolare nel soggetto una riflessione su come l'altra persona possa essersi sentita in quella determinata situazione.

#### ***5.2.4 Procedura di conduzione delle analisi***

In questa seconda parte di analisi, con l'obiettivo di misurare la validità di costrutto del questionario è stato modificato il file Excel precedentemente utilizzato; sono stati, dunque, eliminati i partecipanti che non avessero correttamente risposto a tutti i questionari presentati. Accanto ad ogni partecipante è stata inserita la corrispettiva risposta data ad ogni questionario somministrato.

Tenendo come riferimento la letteratura scientifica in merito ad ogni questionario somministrato, è stato fatto lo scoring dei test, rispetto alle risposte date dai partecipanti in esame, con la dovuta attenzione nel correggere e modificare i valori di tutti gli item reverse presenti.

Successivamente è stata misurata l'attendibilità di ogni test utilizzato e di ogni corrispettiva sottoscala, attraverso la misurazione dell'alpha di Cronbach.

Ottenuta l'attendibilità per ogni test e per ogni rispettiva sottoscala, è stata successivamente calcolata la media delle corrispettive risposte date dai partecipanti, al fine di utilizzare questa misura per l'analisi correlazionale successivamente condotta. Dopo aver fatto la media delle risposte ottenute ai questionari, queste sono state messe a confronto nel tentativo di comprendere se vi fosse associazione correlazionale, in quale misura (forza del legame di correlazione forte o debole) ed in quale direzione (se negativa o positiva).

Per ciò che concerne l'analisi correlazionale, è stata presa in considerazione prettamente la prospettiva Self-Other dell'Interpersonal Empathy Questionnaire da noi introdotto. La prospettiva Other-self è stata posta in correlazione soltanto con alcune sottoscale di tre specifici test tra quelli adottati: con il Rosenberg Self-Esteem, con il Social Desirability Scale e la prospettiva Other Self dell'EUS di Barrett-Lennard (adottato come riferimento strutturale per la costruzione del nostro IEQ).

#### ***5.3 Analisi dei dati***

Le analisi statistiche descrittive e inferenziali svolte nel presente elaborato sono state

eseguite utilizzando il software statistico SPSS.

Per ogni questionario somministrato e per ogni corrispettiva sottoscala presente è stata calcolata la misura di attendibilità attraverso l'alpha di Cronbach. Successivamente è stata fatta la media delle risposte agli item di ogni sottoscala e del totale dei test.

Di seguito, per ogni test utilizzato viene raffigurato nelle corrispettive tabelle il punteggio di attendibilità ed i valori correlazionali tra le sottoscale indagate.

## CAPITOLO 6- RISULTATI

### 6.1- Risultati dell'obiettivo due dello studio di validazione

Tabella 1- IEQ-SO affidabilità

IEQ-SO	Alpha di Cronbach
Totale	.85
SO Affettiva	.71
SO Cognitiva	.72
SO Prosociale	.71

Tabella 2-SCL-90 affidabilità

SCL-90	Alpha di Cronbach
SOM	.82
OC	.86
INT	.85
DEP	.88
ANX	.83
HOS	.67
PHOB	.71
PAR	.77
PSY	.75
SLEEP	.75
GSI	.97

#### *SCL-90 correlazione con IEQ-SO*

Come è possibile constatare dalla tabella 1 e 2, tutte le alpha sono risultate significative (superiori a .70), dunque sono tutte misure attendibili.

Si passa ora ai risultati correlazionali ottenuti mediante analisi delle medie delle risposte alle sottoscale e al totale del test SCL-90 (Derogatis, 1970), e rispettive sottoscale affettiva, cognitiva, prosociale e totale della prospettiva SO dell'IEQ.

Tabella 2.1- Correlazione IEQ-SO e sottoscala SOM

		SOM	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
SOM	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.019				
	Sig. (2-code)	0.836				
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.118	.596**			
	Sig. (2-code)	0.197	0.000			
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.123	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.176	0,000	0,000		
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.105	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.248	0,000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Avevamo inizialmente ipotizzato che la sottoscala SOM correlasse negativamente con tutte le rispettive sottoscale dell'IEQ-SO. La motivazione che sottende questa ipotesi è da riscontrarsi nella previsione che chi presenti un pattern sintomatologico comprendente disturbi che insorgono dalla percezione di disfunzioni o alterazioni a livello corporeo, probabilmente mostra caratteristiche personologiche ascrivibili alla sfera dell'alessitimia, la quale non consente al soggetto una funzionale attivazione e manifestazione della propria componente empatica.

Sulla base delle analisi precedentemente esposte, possiamo notare che le correlazioni tra le sottoscale dell'SCL-90 (Derogatis, 1970), e le sottoscale affettiva, cognitiva e prosociale sono tutte di segno negativo.

Nello specifico, analizzando la relazione tra la prima sottoscala (SOM) del test del Symptom Checklist e la sottoscala affettiva dell'IEQ-SO, notiamo che il punteggio di correlazione si attesta al valore -0,019. Questo indica un legame in negativo, debole, non significativo. Con la sottoscala cognitiva il valore risulta essere -0,118, un legame correlazionale negativo leggermente più forte del precedente, ma ugualmente debole, un valore di correlazione pari a -0,123 per la prosociale ed un valore correlazione con il totale della scala SO pari a -0.105. Sebbene il legame di correlazione non sia particolarmente forte con nessuna delle sottoscale, resta in linea con le nostre ipotesi di partenza. Dunque, all'aumentare di sintomi rientranti e ascrivibili alla sottoscala SOM

SCL-90 diminuisce la capacità del soggetto di sentire compartecipazione emotiva, comprenderla ed attivarsi, modulando il proprio comportamento in azioni prosociali (sebbene il divario risulti più ampio con la capacità empatica cognitiva e prosociale, anziché affettiva).

Tabella 2.2- Correlazione IEQ-SO e sottoscala OC

		OC	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
OC	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.151				
	Sig. (2-code)	0.096				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.212*	.596**			
	Sig. (2-code)	0.019	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.184*	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.042	0,000	0,000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.219*	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.015	0,000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Avevamo inizialmente ipotizzato una correlazione positiva solo con la sottoscala cognitiva, poiché ci si aspettava che la persona con una sintomatologia ascrivibile al pattern sintomatologico OC potesse comprendere l'emozione altrui e le emozioni trasmesse all'altro, più di quanto riuscisse effettivamente ad esperire attivazione interna affettiva per l'altro.

Come è possibile riscontrare dai dati trasposti in tabella 2.2 le correlazioni risultanti sono negative con tutte e tre le sottoscale dell'IEQ-SO e con il totale della scala SO. Nello specifico, il legame più forte risulta essere proprio con la sottoscala cognitiva (-.212). Possiamo dedurre, quindi, che più i pensieri ed i comportamenti afferenti alla sottoscala OC ottengono punteggi elevati, più questi interferiscono con la possibilità di esperire empatia, e nello specifico, di comprendere le emozioni che si tenti di trasmettere all'altro, inficiando, in definitiva, con la possibilità di sentire, comprendere e attivarsi in maniera empatica e prosociale.

Tabella 2.3- Correlazione IEQ-SO e sottoscala INT

		INT	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
INT	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.211*				
	Sig. (2-code)	0.019				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.128	.596**			
	Sig. (2-code)	0.161	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.190*	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.036	0,000	0,000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.212*	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.019	0,000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Tra la sottoscala INT e le sottoscale ed il totale dell'IEQ-SO avevamo ipotizzato una correlazione negativa con tutte e tre le sottoscale, anche se più positivamente correlata con la sottoscala affettiva. La motivazione sottesa a questa ipotesi ruota attorno alla supposizione che chi presentasse punteggi particolarmente alti in questa sottoscala presenti difficoltà, prettamente, nella comprensione empatica (sottoscala cognitiva) e nella prosocialità, ma riesca comunque a sentire una compartecipazione attiva (sottoscala affettiva) nella relazione diadica. È invece emerso, come si evince dalla tab. 2.3 che la correlazione è negativa con tutte e tre le sottoscale e con il totale del questionario, con un legame di correlazione più forte con la sottoscala affettiva (-.211). Come mostrano i risultati quindi, all'aumentare della sintomatologia afferente alla sensibilità interpersonale, ossia quell'insieme di sintomi che riguardano sentimenti di inadeguatezza ed inferiorità rispetto all'altro in relazione, diminuisce la capacità di compartecipazione affettiva durante l'attivazione empatica, inficiando, particolarmente, con la possibilità del soggetto di sentire adeguatamente i sentimenti trasmessi, provati, sentiti durante l'interazione diadica.

Tabella 2.4- Correlazione IEQ-SO e sottoscala DEP

		DEP	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
DEP	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
	Correlazione di Pearson	-0.204*				
SO Affettiva	Sig. (2-code)	0.024				
	N	122	122			
	Correlazione di Pearson	-0.230*	.596**			
SO cognitiva	Sig. (2-code)	0.011	0.000			
	N	122	122	122		
	Correlazione di Pearson	-0.195*	.518**	.510**		
SO prosociale	Sig. (2-code)	0.031	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
	Correlazione di Pearson	-0.252*	.840**	.840**	.819**	
SO totale	Sig. (2-code)	0.005	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Per la sottoscala DEP, la quale indica un insieme sintomatologico afferente una sindrome depressiva, si era ipotizzato che, qualora i punteggi ottenuti, non fossero stati così alti da indicare una conclamata sindrome depressiva, ma una più labile propensione verso caratteristiche depressive di personalità, la correlazione non fosse significativamente negativa con nessuna delle tre sottoscale. È emerso che la correlazione è risultata negativa con tutte e tre le sottoscale e con il totale della prospettiva SO dell'IEQ. Nello specifico, dalla Tab 2.4 si evince che la relazione tra la manifestazione di sintomi afferenti alla sfera depressiva correla negativamente, in tutte le sue dimensioni, con la capacità empatica (leggermente più spiccata nella sottocategoria cognitiva (-.230). Questi risultati stanno ad indicare che, la presenza di sintomi depressivi in un soggetto, non consente una possibile sintonia empatica, poiché all'aumentare della sintomatologia stessa, diminuisce la possibilità di esperire empatia. Il pattern dei sintomi che costellano la sintomatologia depressiva inficia con la capacità empatica del soggetto, non consentendogli una buona sintonizzazione emotiva, prosociale e soprattutto cognitiva durante l'interazione diadica.



Tabella 2.5- Correlazione IEQ-SO e sottoscala ANX

		ANX	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
ANX	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.167				
	Sig. (2-code)	0.066				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.235**	.596**			
	Sig. (2-code)	0.009	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.130	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.155	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.212*	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.019	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Per ciò che concerne questa sottoscala, le ipotesi di partenza non ruotavano attorno a chiare aspettative.

In Tab 2.5, le correlazioni hanno tutte segno negativo (-0,212 con il totale). Risulta essere più significativa con la sottoscala cognitiva (-0,235), ad indicare che maggiori sono i sintomi afferenti alla sfera ansiosa manifesta, minore è la capacità di comprendere cognitivamente la trasmissione empatica delle emozioni, ed il generale con la manifestazione empatica del soggetto in interazione.

Tabella 2.6- Correlazione IEQ-SO e sottoscala HOS

		HOS	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
HOS	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.176				
	Sig. (2-code)	0.052				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.174	.596**			
	Sig. (2-code)	0.056	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.206*	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.023	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.223*	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.019	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

La sottoscala HOS racchiude pensieri, sentimenti e azioni caratteristici di uno stato di rabbia, irritabilità e risentimento. Con questa specifica sottoscala le aspettative iniziali ruotavano attorno alla possibilità di non ricevere come risultato una correlazione significativa tra le componenti. Come mostrato in tabella 2.6 le correlazioni sono tutte di segno negativo. Risultano più significative quelle con la componente prosociale (-0,206) oltre che con il totale della prospettiva SO dell'IEQ (-0,223). Il risultato non ci lascia però sorpresi, poiché effettivamente chi presenta forti sentimenti di rabbia ed irritabilità sarà molto meno propenso a spendersi in maniera prosociale nella relazione con l'altro. Sarà quindi un soggetto maggiormente capace di comprendere e sentire l'attivazione empatica, ma questo, interferendo con gli alti valori di rabbia ed irritabilità non gli consentirà di spendersi in prospettiva prosociale nell'aiuto di un altro essere in attivazione emotiva.

Tabella 2.7- Correlazione IEQ-SO e Sottoscala PHOB

		PHOB	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
PHOB	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.145				
	Sig. (2-code)	0.112				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.120	.596**			
	Sig. (2-code)	0.189	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.181*	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.046	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.179*	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.049	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Per ciò che concerne la sottoscala PHOB, non sono state strutturate specifiche ipotesi di partenza. Dalla Tab 2.7 si evince che le correlazioni, anche in questo caso, assumono tutte il segno negativo, ad indicare che all'aumentare della manifestazione sintomatologica, in questo caso afferente all'ansia fobica, diminuisce la capacità di compartecipazione empatica. La forza del legame non è particolarmente alta, quindi la significatività della correlazione non è alta, ma la relazione tende ad un rapporto inverso tra le parti.

Tabella 2.8- Correlazione IEQ-SO e sottoscala PAR

		PAR	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
PAR	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.166				
	Sig. (2-code)	0.068				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.117	.596**			
	Sig. (2-code)	0.198	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.116	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.204	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.159	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.080	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code) \*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

La sottoscala PAR racchiude la sintomatologia tipica di un disturbo del pensiero caratterizzato da ansia, paura, sospettosità. Le aspettative correlazionali vertono su una bassa significatività di correlazione. La tabella 2.8 ci mostra che le correlazioni non risultano significative tra le sottoscale presenti ed il totale.

Tabella 2.9- Correlazione IEQ-SO e sottoscala PSY

		PSY	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
PSY	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.202*				
	Sig. (2-code)	0.026				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.139	.596**			
	Sig. (2-code)	0.126	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.169	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.062	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.204*	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.024	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Le aspettative correlazionali riguardanti la presente sottoscala vertono sull'ipotesi di individuare una correlazione di alta significatività con le sottoscale affettiva e prosociale e bassa con la sottoscala cognitiva. Come racchiuso nella tabella 2.9, effettivamente la significatività correlazionale è maggiore con la sottoscala affettiva (-0,202), e con il totale, più genericamente, della capacità di manifestazione empatica (-0,204). Questo risultato sta ad indicare che chi presenta una alta componente di sintomi quali il ritiro sociale, isolamento dalle relazioni, risulta avere una maggiore difficoltà nella compartecipazione affettiva, forse dovuta allo stile di vita condotto da chi ha una personalità afferente allo stile schizoide (più isolata e riservata rispetto alle interazioni sociali).

Tabella 2.10- Correlazione IEQ-SO e sottoscala SLEEP

		SLEEP	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
SLEEP	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.003				
	Sig. (2-code)	0.971				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.121	.596**			
	Sig. (2-code)	0.184	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.072	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.429	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.079	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.385	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Per la sottoscala sleep, non essendo questa considerata come pattern specifico di disturbo psicopatologico, ma, più propriamente, come conseguenza di una problematica psicopatologica primaria con sintomi interferenti la qualità del sonno, non sono state fatte ipotesi iniziali. La Tab 2.10 mostra difatti una forza debole del legame correlazionale con tutte le sottoscale dell'IEQ in prospettiva SO.

GSI

Tabella 2.11- Correlazione IEQ-SO e Global Score Index SCL-90

		GSI	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
GSI	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.183*				
	Sig. (2-code)	0.043				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.201*	.596**			
	Sig. (2-code)	0.027	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.194*	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.032	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.232*	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.010	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

È stato, infine posto in relazione il Global Score Index (GSI) dell'SCL-90 (e l'IEQ-SO). È possibile constatare dalla tabella 2.11 che le correlazioni hanno tutte segno negativo. Il punteggio correlazionale più significativo si ha con la componente SO nel suo totale (-0.232), stante ad indicare, in misura più generale, che quando è presente una costellazione sintomatologica che fa presumere l'esistenza di una compromissione psicologica ed anticipa la presenza di una possibile condizione psicopatologica, la capacità empatica del soggetto viene ad esserne colpita, nella sua interezza.

Tabella 3- TAS-20 affidabilità

TAS-20	Alpha di Cronbach
Totale	.75
Fattore 1 (DIF)	.78
Fattore 2 (DDF)	.80
Fattore 3 (EOT)	.55

Tabella 3.1- Fattore 1 e IEQ-SO analisi correlazionale

		F1	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
F1	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.124				
	Sig. (2-code)	0.175				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.078	.596**			
	Sig. (2-code)	0.392	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.114	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.210	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.127	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.165	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Tabella 3.2- Fattore 2 e IEQ-SO

		F2	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
F2	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
	SO Affettiva					
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.123				
	Sig. (2-code)	0.176				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.063	.596**			
	Sig. (2-code)	0.491	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.188*	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.038	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.151	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.097	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Tabella 3.3- Fattore 3 e IEQ-SO

		F3	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
F3	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
	SO Affettiva					
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.034				
	Sig. (2-code)	0.712				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.136	.596**			
	Sig. (2-code)	0.135	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.115	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.208	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.089	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.331	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Tabella 3.4- Totale TAS-20 e IEQ-SO

		TAS-20 TOT	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
TAS-20 TOT	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.114				
	Sig. (2-code)	0.212				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.135	.596**			
	Sig. (2-code)	0.140	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.207*	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.022	0,000	0,000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.184*	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.043	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Per ciò che concerne i risultati di correlazione tra la TAS-20 (Davis 1983) e l'IEQ-SO, possiamo notare, dalla tabella 3.4 una relazione inversa, di segno negativo che spiega che all'aumentare della presenza di sintomi afferenti la sfera dell'alessitimia diminuisce la capacità empatica del soggetto, in tutte e tre le sue dimensioni. La correlazione ha una forza di legame debole, ma comunque negativa (-0.184). La relazione non cambia se andiamo ad analizzare tutte le tre sottoscale della TAS-20 (Davis, 1983), poste in relazione con le componenti empatiche. Notiamo, sempre grazie alla tabella 3.4, che è il fattore prosociale ad assumere un valore correlazionale negativo più significativo rispetto agli altri (-.207), che ci suggerisce che, probabilmente tra le varie componenti, è l'investimento in azioni e comportamenti volti all'aiuto concreto di un altro, a risentire maggiormente dell'associazione tra alessitimia e empatia. Come abbiamo precedentemente sottolineato la forza del legame correlazionale è debole, ma può essere evidenziata questa associazione.

Il risultato della TAS-20 resta in linea con le nostre aspettative ed ipotesi di partenza.



Tabella 4- SDRS affidabilità

SDRS	Alpha di Cronbach
Totale	.54

Tabella 4.1- SDRS correlazione IEQ-SO

		SDRS TOT	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
SDRS TOT	Correlazione di Pearson	-				
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.103				
	Sig. (2-code)	0.258				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.102	.596**			
	Sig. (2-code)	0.264	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.186*	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.040	0,000	0,000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	-0.158	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.082	0,000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Le aspettative correlazionali rispetto alla Social Desirability Scale (Marlowe & Cro sono state soddisfatte.

Possiamo notare, dalla tabella 4.1, che i due test, considerati sia nel totale che nelle rispettive sottoscale dell'IEQ-SO correlano positivamente. Questo indica che, all'aumentare dell'aspettativa del soggetto di percepirsi come socialmente desiderabile, aumenta anche la risposta empatica che percepisce di dare. La forza del legame, anche in questo caso, tra la SDRS totale e l'IEQS-SO totale risulta debole (0.158); risulta maggiormente significativa l'associazione con la sottoscala dell'IEQ-SO-prosociale (.186). Quest'ultima ci suggerisce che, probabilmente, più è alta la percezione di sé stessi come soggetti socialmente desiderabili, più il soggetto sarà spinto ad agire in funzione di fornire aiuto concreto all'altro in interazione, dato che, alla desiderabilità è associata positivamente la componente empatica. Se, l'azione prosociale sia esclusivamente frutto della possibilità di vedersi aumentati nella propria desiderabilità

sociale, non può essere definibile tramite questi risultati. L'ipotesi che il soggetto possa agire più frequentemente in maniera prosociale, quando percepisce un aumento della propria desiderabilità, seppur lieve, esiste.

Tabella 4.2- SDRS correlazione IEQ-OS

		<i>SDRS TOT</i>	<i>OS Affettiva</i>	<i>OS cognitiva</i>	<i>OS prosociale</i>	<i>OS totale</i>
<i>SDRS TOT</i>	Correlazione di Pearson	1	0.047	0.028	0.080	0.058
	Sig. (2-tailed)		0.607	0.757	0.380	0.526
	N	122	122	122	122	122
<i>OS Affettiva</i>	Correlazione di Pearson	0.047	1	.647**	0.648**	0.890**
	Sig. (2-code)	0.607		0.000	0,000	0.000
	N	122	122	122	122	122
<i>OS cognitiva</i>	Correlazione di Pearson	0.028	.647**	1	0.611**	0.869**
	Sig. (2-code)	0.757	0.000		0.000	0.000
	N	122	122	122	122	122
<i>OS prosociale</i>	Correlazione di Pearson	0.080	0.648**	0.611**	1	0.850**
	Sig. (2-code)	0.380	0,000	0.000		0.000
	N	122	122	122	122	122
<i>OS totale</i>	Correlazione di Pearson	0.058	0.890**	0.869**	0.850**	1
	Sig. (2-code)	0.526	0.000	0.000	0.000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Per ciò che concerne la relazione con la prospettiva Other-Self dell'IEQ (come sento che l'altro percepisca, senta e comprenda i miei stati emotivi), l'associazione è positiva, ma non significativa (.058) (tabella 4.2). I risultati ci suggeriscono che è maggiormente associabile la percezione di me stesso come socialmente desiderabile e capace empaticamente, piuttosto che come sono percepito empatico dagli altri in funzione alla mia desiderabilità sociale.

#### RSES e IEQ-SO/OS

Tabella 5-RSES affidabilità

RSES	Alpha di Cronbach
Totale	.90

Tabella 5.1- Correlazione RSES e IEQ-SO

		RSES TOT	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
RSES TOT	Correlazione di Pearson	1	-0.010	0.101	-0.034	0.022
	Sig. (2-code)		0.915	0.270	0.714	0.808
	N	122	122	122	122	122
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.010	1	.596**	.518**	.840**
	Sig. (2-code)	0.915		0.000	0,000	0,000
	N	122	122	122	122	122
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.101	.596**	1	.510**	.840**
	Sig. (2-code)	0.270	0.000		0.000	0,000
	N	122	122	122	122	122
SO prosociale	Correlazione di Pearson	-0.034	.518**	.510**	1	.819**
	Sig. (2-code)	0.714	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	0,000
SO totale	Correlazione di Pearson	0.022	.840**	.840**	.819**	1
	Sig. (2-code)	0.808	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

I risultati derivanti dall'analisi correlazione tra il questionario misurante l'autostima (Rosemberg Self-Esteem, Rosemberg, 1965) e l'Interpersonal Empathy Questionnaire non mostrano una particolare significatività nell'associazione. Nello specifico, come si evince dalla tabella 5.1 il valore con il totale del questionario si attesta a .022.

Tabella 5.2- Correlazione RSES e IEQ-OS

		RSES TOT	OS Affettiva	OS cognitiva	OS prosociale	OS totale
RSES TOT	Correlazione di Pearson	1	-0.102	-0.041	-0,105	-0.094
	Sig. (2-tailed)		0.264	0.656	0.252	0.303
	N	122	122	122	122	122
OS Affettiva	Correlazione di Pearson	-0.102	1	.647**	0.648**	0.890**
	Sig. (2-code)	0.264		0.000	0,000	0,000
	N	122	122	122	122	122
OS cognitiva	Correlazione di Pearson	-0.041	.647**	1	0.611**	0.869**
	Sig. (2-code)	0.656	0.000		0.000	0,000
	N	122	122	122	122	122
OS prosociale	Correlazione di Pearson	-0,105	0.648**	0.611**	1	0.850**
	Sig. (2-code)	0.252	0,000	0.000		0,000
	N	122	122	122	122	122
OS totale	Correlazione di Pearson	-0.094	0.890**	0.869**	0.850**	1
	Sig. (2-code)	0.303	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Anche con la prospettiva Other-Self i risultati danno forza di correlazione molto bassa e prossima allo zero; in questo segno risulta essere negativa (tab 5.2). Attraverso l'associazione di questi due test ci si aspettava una correlazione positiva, poiché si presupponeva che la propria autostima potesse subire delle variazioni sulla base della capacità empatica del soggetto. I dati di correlazione però non possono supportare questa premessa.

*IRI e IEQ-SO*

*Tabella 6- IRI affidabilità*

<b>IRI</b>	<b>Alpha di Cronbach</b>
Fantasy Scale (FS)	.78
Perpective Taking (PT)	.66
Empathic Concern (EC)	.71
Personal Distress (PD)	.77
IRI-empatia cognitiva (PT+FS)	.75
IRI-empatia affettiva (EC+PD)	.74

Tabella 6.1-IRI sottoscale correlazione con IEQ-SO

		IRI_FS	IRI_EC	IRI_PT	IRI_PD	SO affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO TOTALE
IRI_FS	Correlazione di Pearson	1	0.257**	0.213*	0.228*	0.045	0.039	-0.024	0.023
	Sig. (2-code)		0.004	0.018	0.011	0,625	0.667	0.792	0.802
	N	122	122	122	122	122	122	122	122
IRI_EC	Correlazione di Pearson	0.257**	1	0.236**	0.140	0.298**	0.222*	0.248**	.307**
	Sig. (2-code)	0.004		0.009	0.123	0.001	0.014	0.006	.001
	N	122	122	122	122	122	122	122	122
IRI_PT	Correlazione di Pearson	0.213*	0.236**	1	-0.141	.057	.034	.081	.025
	Sig. (2-code)	0.018	0.009		0.122	.533	.706	.376	.783
	N	122	122	122	122	122	122	122	122
IRI_PD	Correlazione di Pearson	0.228*	0.140	-0.141	1	-0.023	-0.043	-0.048	-.046
	Sig. (2-code)	0.011	0.123	0.122		.802	0.637	0.602	0.616
	N	122	122	122	122	122	122	122	122
SO affettiva	Correlazione di Pearson	0.045	0.298**	.057	-0.023	1	0.596**	0.518**	0.840**
	Sig. (2-code)	0,625	0.001	.533	.802		0.000	0.000	0.000
	N	122	122	122	122	122	122	122	122
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	0.039	0.222*	.034	-0.043	0.596**	1	.510**	0.840**
	Sig. (2-code)	0.667	0.014	.706	0.637	0.000		0.000	0.000
	N	122	122	122	122	122	122	122	122
SO prosocial e	Correlazione di Pearson	-0.024	0.248**	.081	-0.048	0.518**	.510**	1	0.819**
	Sig. (2-code)	0.792	0.006	.376	0.602	0.000	0.000		0.000
	N	122	122	122	122	122	122	122	122
SO TOTALE	Correlazione di Pearson	0.023	.307**	.025	-.046	0.840**	0.840**	0.819**	1
	Sig. (2-code)	0.802	.001	.783	0.616	0.000	0.000	0.000	
	N	122	122	122	122	122	122	122	122

\*la correlazione è significativa dal livello 0.05 (2-code)

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

Tabella 6.2-IRI Affettiva e IRI cognitiva correlazione IEQ-SO

		IRI_Emp_cognitiv a	IRI_Emp_affettiva	SO affettiv a	SO cognitiva	SO prosociale	SO TOTALE
IRI_Emp_cognitiva	Correlazione di Pearson	1	.257**	0.002	0.048	0.026	0.030
	Sig. (2-code)		0.000	0.984	0.603	0.774	0.739
	N	122	122	122	122	122	122
IRI_Emp_affettiva	Correlazione di Pearson	.257**	1	0.165	0.104	0.117	0.154
	Sig. (2-code)	0.000		0.070	0.254	0.201	0.091
	N	122	122	122	122	122	122
SO affettiva	Correlazione di Pearson	0.002	0.165	1	0.596**	0.518**	0.840**
	Sig. (2-code)	0.984	0.070		0.000	0.000	0.000
	N	122	122	122	122	122	122
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	0.048	0.104	0.596*	1	.510**	0.840**
	Sig. (2-code)	0.603	0.254	*		0.000	0.000
	N	122	122	0.000 122	122	122	122
SO prosociale	Correlazione di Pearson	0.026	0.117	0.518*	.510**	1	0.819**
	Sig. (2-code)	0.774	0.201	*	0.000		0.000
	N	122	122	0.000 122	122	122	122
SO TOTALE	Correlazione di Pearson	0.030	0.154	0.840*	0.840**	0.819**	1
	Sig. (2-code)	0.739	0.091	*	0.000	0.000	
	N	122	122	0.000 122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

L'Interpersonal Reactivity Index, come abbiamo precedentemente esposto, è un questionario autosomministrato, capace di misurare diverse componenti dell'attivazione empatica attraverso le sue quattro sottoscale. Queste quattro sottoscale possono misurare l'empatia affettiva e l'empatia cognitiva. Nello specifico le sottoscale FS e PT possono misurare l'empatia cognitiva e le sottoscale EC e PD misurano la componente affettiva. Attraverso le analisi correlazionali presentate nella tabella 6.1 è possibile constatare l'associazione particolarmente significativa e positiva tra la sottoscala EC e tutte le dimensioni descritte dall'IEQ ed, anche, con il totale dello stesso (.307).

Ricordiamo che l'Empathic Concern è una sottoscala dell'IRI che rileva i sentimenti individuali di compassione e preoccupazione del soggetto per l'altro in relazione. Questo risultato sta ad indicare, coerentemente con le nostre ipotesi di partenza, che maggiori sono i risultati ottenuti alla sottoscala EC maggiore sarà la componente di compartecipazione emotiva, cognitiva, prosociale del soggetto. L'associazione tra le sottoscale EC e PD può misurare la componente affettiva dell'empatia, la quale, correlata con la sottoscala affettiva dell'IEQ-SO risulta essere positivamente associata (.165) ed anche con il totale risulta avere associazione positiva (.154).

Per ciò che concerne, invece, l'empatia cognitiva (misurata dalle sottoscale PT-FS) l'associazione non risulta significativa, contrariamente alle nostre aspettative. La spiegazione potrebbe concentrarsi nell'aspetto che l'IRI è un questionario che misura l'empatia di tratto, quindi, come generalmente la persona manifesta il suo grado di empatia e la sua capacità empatica, protratta nel tempo e non condizionata e relata ad una data situazione e circostanza. In questa specifiche analisi di correlazione, invece, stiamo usando dell'Interpersonal Questionnaire la componente di stato, quindi relata alla manifestazione empatica attivata in un dato evento. Questo potrebbe spiegare il perché della debole associazione tra l'IRI componente cognitiva e IEQ componente cognitiva.

Verranno condotte, in futuro, analisi che metteranno in correlazione le due componenti di tratto di entrambi i questionari e delle componenti (affettiva e cognitiva).

#### *EUS attendibilità*

*Tabella 7- EUS affidabilità*

<b>EUS</b>	<b>Alpha di Cronbach</b>
Totale	.712

Tabella 7.1- Correlazione EUS e IEQ-SO

		EUS TOT	SO Affettiva	SO cognitiva	SO prosociale	SO totale
EUS TOT	Correlazione di Pearson	1				
	Sig. (2-code)					
	N	122				
SO Affettiva	Correlazione di Pearson	0.417**				
	Sig. (2-code)	0.000				
	N	122	122			
SO cognitiva	Correlazione di Pearson	0.383**	.596**			
	Sig. (2-code)	0.000	0.000			
	N	122	122	122		
SO prosociale	Correlazione di Pearson	0.349**	.518**	.510**		
	Sig. (2-code)	0.000	0,000	0.000		
	N	122	122	122	122	
SO totale	Correlazione di Pearson	0.459**	.840**	.840**	.819**	
	Sig. (2-code)	0.000	0.000	0,000	0,000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)

L'empathic understanding (EU), è uno strumento di grande importanza per noi, poiché da esso abbiamo preso spunto per la realizzazione della struttura del nostro IEQ, è stata difatti mantenuta la strutturazione originaria. Date le premesse, le ipotesi di partenza ruotavano tutte attorno all'aspettativa di trovare una alta correlazione tra l'EUS e l'IEQ, in tutte le componenti e prospettive. Come mostrato in tabella 7.1 effettivamente le correlazioni tra i questionari sono positive e con una alta forza del legame, tra tutte le componenti esaminate (.459 per il totale EUS e SO).

Tabella 7.2- Correlazione EUS e IEQ-OS

		EUS TOT	OS Affettiva	OS cognitiva	OS prosociale	OS totale
EUS TOT	Correlazione di Pearson	1	0.327**	0.323**	0.295**	0.363**
	Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.000	0.000
	N	122	122	122	122	122
OS Affettiva	Correlazione di Pearson	0.327**	1	.647**	0.648**	0.890**
	Sig. (2-code)	0.000		0.000	0,000	0.000
	N	122	122	122	122	122
OS cognitiva	Correlazione di Pearson	0.323**	.647**	1	0.611**	0.869**
	Sig. (2-code)	0.000	0.000		0.000	0.000
	N	122	122	122	122	122
OS prosociale	Correlazione di Pearson	0.295**	0.648**	0.611**	1	0.850**
	Sig. (2-code)	0.000	0,000	0.000		0.000
	N	122	122	122	122	122
OS totale	Correlazione di Pearson	0.363**	0.890**	0.869**	0.850**	1
	Sig. (2-code)	0.000	0.000	0.000	0.000	
	N	122	122	122	122	122

\*\*la correlazione è significativa dal livello 0.01 (2-code)



Anche per quanto riguarda la prospettiva OS i risultati correlano positivamente (.363 per il totale OS con totale EUS) (Tab 7.2), in tutte le componenti considerate.

Questi risultati ci indicano che l'IEQ, il quale si propone di misurare l'empatia interpersonale, correla positivamente con quanto si propone di misurare l'EUS. Quest'ultimo sappiamo essere stato lo strumento di elezione sul quale è stato costruito il nostro IEQ. L'aspettativa correlazionale positiva e forte nel legame tra i due questionari, ci consente di comprendere che la validità di costrutto del nostro questionario è sostenuta da evidenze scientifiche.

## ***CAPITOLO 7- DISCUSSIONE e LIMITI***

### ***7.1 Discussione***

Il presente lavoro di ricerca è stato condotto per supportare l'esigenza, all'interno della metodica per la rilevazione e lo studio del processo empatico, dell'introduzione di uno strumento di misura capace di indagare non solo l'empatia in tutte e tre le sue componenti, ma che permettesse anche lo studio della stessa seguendo una prospettiva interpersonale. Come esposto e sostenuto durante tutta la presente trattazione, l'empatia non può essere considerata, esclusivamente, in ottica intraindividuale, poiché è un fenomeno che per sua stessa natura presuppone la compresenza di almeno due persone. Nonostante questo, lo strumento maggiormente utilizzato per lo studio della stessa comprende questionari self-report in ottica intrapersonale (Neumann et al., 2015).

Il primo obiettivo di questa trattazione ha riguardato la volontà di validare preliminarmente l'Interpersonal Empathy Questionnaire nella sua versione di stato, declinato sia rispetto alla prospettiva relativa al sé (Self-Other) che rispetto all'altro in relazione (Other-Self). Nello specifico, si è proposto di validare 5 item per ogni sottoscala dell'empatia studiata, dai 15 iniziali per scala.

Il questionario, oltre alla possibilità di tenere in considerazione le prospettive di entrambi i membri della diade, offre la possibilità di indagare le tre componenti del processo empatico teorizzate da Zaki e Ochsner, modello che ha ottenuto rilevanti conquiste e conferme in ambito neuroscientifico (Zaki e Ochsner, 2012). È stato, senz'altro grazie alle scoperte della struttura neurale sottostante che è stato possibile comprendere la separazione e non sovrapposizione di queste tre componenti. Inoltre, la traiettoria di sviluppo delle sottocategorie considerate, il livello di automaticità comportamentale nelle risposte in relazione e la specifica compromissione di alcune delle componenti, e non di altre, in determinati quadri psicopatologici, hanno permesso di avvalorare la tesi di dissociazione delle parti (Zaki e Ochsner, 2016).

Tale indipendenza tra le dimensioni è stata comprovata anche dall'analisi fattoriale confermativa, sia nella prospettiva SO sia nella prospettiva OS.

L'utilizzo di questionari self-report per lo studio dell'empatia porta delle specifiche limitazioni: sono suscettibili alla distorsione motivazionale e alla distorsione della risposta (Lovett et al., 2007); considerano poco la concettualizzazione multidimensionale dell'empatia (Baron-Choen & Wheelwright, 2004); risultano carenti da un punto di vista della validità convergente (Melchers et al., 2015); sono soggette a bias di presentazione (Eisenberg & Fabes, 1990); richiedono ai soggetti l'abilità intrinseca di rilevare in modo affidabile i propri stati interni, riportando informazioni su elementi di cui si presuppone siano consapevoli (Gennaro et al., 2021) e le differenze individuali nella consapevolezza e volontà di riferire i propri stati interni possono potenzialmente compromettere l'oggettività delle risposte (Baumeister et al., 2007). Essendo, inoltre, l'empatia spesso considerata un tratto desiderabile a livello sociale, la misurazione attraverso questionari self-report può essere soggetta a bias che ne possono limitare la validità (Jolliffe et al., 2016). L'IEQ, grazie alla sua strutturazione, tenta di ovviare a queste problematiche non essendo una misura auto-riferita. Inoltre, vi è l'intento di oltrepassare i limiti metodologici ed epistemologici nello studio del costrutto dovuti a metodiche datate nel tempo, attraverso la misurazione multidimensionale (analizzando quindi le componenti affettive, cognitive e prosociali) del costrutto e attraverso lo studio dello stesso in ottica interindividuale. L'aver declinato l'IEQ in due prospettive (SO-OS) ha inoltre permesso di verificare l'effettiva corrispondenza tra quanto dichiarato da un soggetto, quanto percepito dall'altro e viceversa. I risultati ottenuti calcolando il delta degli item selezionati per ogni prospettiva e per ogni sottoscala (sottoscala fattore affettivo IEQ\_8, IEQ\_9, IEQ\_13, IEQ\_14, IEQ\_15; sottoscala fattore cognitivo IEQ\_17, IEQ\_21, IEQ\_24, IEQ\_26, IEQ\_26; sottoscala fattore prosociale IEQ\_33, IEQ\_35, IEQ\_36, IEQ\_37, IEQ\_45) hanno confermato l'esistenza di un costrutto interpersonale dell'empatia che si differenzia dalla visione vigente in letteratura fino ad oggi.

Il secondo obiettivo preposto in questo presente lavoro di ricerca ha riguardato la conduzione di analisi correlazionali con i questionari, somministrati durante le varie fasi sperimentali, con il fine di testare la validità di costrutto dell'Interpersonal Empathy Questionnaire.

Attraverso l'associazione con la SCL-90 (Derogatis, 1970), vi era l'obiettivo di comprendere quali tratti sintomatologici potessero inficiare con la manifestazione e la comprensione del processo empatico.

Abbiamo potuto riscontrare, grazie all'analisi correlazionale, che, in linea generale, la presenza di sintomi afferenti alla sfera psicopatologica, di qualsiasi natura, inficia in almeno una delle tre dimensioni dell'empatia. Tutte le sottoscale del questionario ed il GSI hanno presentato correlazione di segno negativo con le sottoscale IEQ ed anche con il totale del test. I valori di correlazione più significativi si sono riscontrati tra la sottoscala OC SCL-90 (Derogatis, 1970), e la sottoscala cognitiva IEQ-SO. Questo sta ad indicare che più una persona presenta pensieri intrusivi, ossessivi e rigidi, seguiti da manifestazione comportamentale automatica, non dipendente dalla stessa volontà del soggetto, più quest'ultimo potrà esperire una difficoltà nella comprensione e nel ragionamento sugli stati emotivi altrui. Un altro importante valore di significatività negativa è stato riscontrato con la sottoscala DEP SCL-90 (Derogatis, 1970), e tutte e tre le sottoscale (più totale) IEQ-SO. Questo risultato sta ad indicare che la presenza di una sintomatologia afferente alla sfera depressiva inficia con il processo empatico del soggetto in tutte e tre le sue dimensioni. Anche con la sottoscala ANX SCL-90 (Derogatis, 1970), sono stati individuati valori di correlazione negativa significativi. L'ansia (ascrivibile anche alla sottoscala OC, PHOB, PAR), si mostra essere un pattern sintomatologico che lede la possibilità di una manifestazione empatica funzionale ed adattiva. Più sono presenti sintomi ansiosi, più la capacità empatica può risentirne; più sono presenti sintomi depressivi, più le componenti dell'empatia possono essere compromesse.

In linea generale (tab 2.11) è emerso che la presenza di sintomatologia psicopatologica, afferente a qualche categoria psicologica, non correla positivamente con la possibilità di entrare efficacemente in relazione empatica con l'altro; di comprenderne gli affetti, di sentirne l'attivazione e di spendersi attivamente in ottica relazionale, in favore della persona con cui si interagisce.

Procedendo con le analisi correlazionali, soffermandoci sull'associazione tra presenza di sintomi alessitimici ed empatia, è emerso quanto in linea con le aspettative in esame,

ossia una correlazione (debole) negativa: più è alta la componente Alessitimica, più la capacità empatica può subirne effetti negativi.

Attraverso la correlazione con la SDRS (Marlow e Crown, 1960) è stato possibile ricevere la conferma rispetto quanto presupposto: l'empatia è considerata una funzione socialmente desiderabile, possederla è intesa come pregio, virtù (Eysenck & Eysenck, 1991); di conseguenza le persone, per percepirsi più socialmente affabili desiderano avere questo tratto, alle volte pensando di possederlo più di quanto sia in realtà riscontrabile.

Per quanto concerne le misure correlazionali con l'IRI, le aspettative sono state soddisfatte parzialmente. Quest'ultimo è un questionario capace di indagare e valutare diverse componenti del processo empatico e, attraverso l'associazione delle sue sottoscale, possono essere misurate l'empatia affettiva (EC + PD) e l'empatia cognitiva (PT + FS). Vi era l'attesa, dunque, non di trovare una perfetta sovrapposizione tra i risultati delle misure correlazionali tra i vari test, ma di riscontrare una tendenza all'associazione senz'altro. È emerso che l'EC (empathic concern, la quale misura i sentimenti di compassione e preoccupazione per l'altro) correla positivamente con tutte le dimensioni individuate dall'IEQ. Questa sottoscala, difatti, assieme alla PD (personal distress) è in grado di misurare l'empatia affettiva, e grazie alla correlazione positiva ottenuta possiamo riscontrare che il nostro IEQ misura efficacemente l'empatia emotiva, che si era prefissato di misurare.

Per ciò che concerne la correlazione tra le sottoscale che misurano l'empatia cognitiva (PT + FS per l'IRI, SO-cognitiva IEQ), l'aspettativa era la medesima avanzata per le correlazioni con l'empatia affettiva. Non è stata, però ottenuta la stessa tendenza all'associazione precedentemente riscontrata. Probabilmente, questo risultato è dato dall'aspetto che l'IRI è un questionario che misura l'empatia di tratto, ossia l'abituale tendenza all'espressione e manifestazione del processo empatico del soggetto. In questa fase, il processo di validazione prende esclusivamente in considerazione la prospettiva di stato dell'IEQ, ossia il processo empatico esperito e riscontrato in una data e specifica situazione.

Verranno successivamente condotte analisi correlazionali anche con la scala di tratto

dell'IEQ.

L'analisi correlazionale con l'EUS (Barrett-Lennard, 1981) è stata per noi di fondamentale importanza. Trattandosi dello studio del medesimo costrutto e basandosi sull'aspetto che l'IEQ ha mantenuto la struttura originaria dell'EUS (Barrett-Lennard, 1981), una correlazione positiva risultava necessaria. L'analisi correlazionale ha individuato un valore pari a .459 per la relazione tra le componenti Self-Other dei due strumenti di misura, quindi le aspettative sono state confermate. Per ciò che concerne le relazioni tra le componenti Other-Self, il risultato resta positivo, anche se con forza di relazione più debole rispetto la precedente prospettiva (.363). Possiamo comunque affermare che quanto si propongono di misurare entrambi gli strumenti (quindi come e quanto l'altro mi percepisce essere empatico), risulta confermato. L'IEQ è stato costruito seguendo la struttura dell'EUS (Barrett-Lennard, 1981) ed una correlazione positiva e forte tra i due strumenti ci permette di asserire che il nostro questionario sia affidabile nel misurare l'empatia in prospettiva interpersonale, declinata nelle sue multicomponenti riguardanti l'affettività, la cognizione, la prosocialità (Zaki e Ochsner, 2016).

L'empatia è un costrutto multidimensionale e sfaccettato, il quale è stato spesso posto sotto osservazione dall'occhio umano. È una caratteristica, non esclusivamente umana, ma molto sviluppata nella nostra specie e necessaria per la sopravvivenza della stessa. Avere una strumentazione adeguata al suo studio, per la comprensione di ogni dimensione e che segua la prospettiva di entrambe le persone coinvolte nella diade, con l'aggiunta di poter studiare delle stesse sia la loro empatia in un dato momento, sia la loro capacità empatica protratta nel tempo, risulta essere necessario oltre che estremamente arricchente.

L'auspicio è che questo questionario possa essere utilizzato in ambito clinico, per misurare la relazione empatica tra terapeuta e paziente (dato che proprio nella relazione terapeutica è concentrata la riuscita della stessa), e non solo. Vi è l'aspettativa che questo strumento possa poi essere esteso nel suo utilizzo a vari contesti e varie tipologie di relazioni interpersonali, per poter studiare le moltitudini sfaccettature del processo empatico.

## ***7.2 Limiti del nostro studio di ricerca e considerazioni conclusive***

Attraverso la strutturazione del questionario dell'empatia interpersonale, vi è stata la necessità di ovviare le limitazioni presenti nei principali strumenti di misura del costrutto, questionari self-report. Difatti, la multidimensionalità del costrutto, il bias relativo alla desiderabilità sociale rispetto all'empatia e la stessa difficoltà dell'entrare in condizione introspettiva, presupposta da strumenti che tentino di indagare il costrutto, possono inficiare con la validità degli strumenti di misurazione ed i risultati da essi derivanti.

Abbiamo utilizzato, per il processo di validazione del nostro strumento di ricerca, questionari che si sono mostrati attendibili nel misurare un costrutto simile al nostro o che fosse in stretta relazione con lo stesso (EUS, IRI, TAS-20). Tra i limiti del nostro studio, che devono senz'altro essere considerati, vi è la constatazione che i questionari da noi utilizzati non specificano se la misurazione del processo empatico riguardi una condizione di stato o di tratto dello stesso. Per come sono strutturati, per i contenuti degli item ed il focus su cui si concentrano, presupponiamo siano misure che tentino di indagare il tratto e non lo stato, ma non abbiamo evidenze esplicite in questa direzione. L'IEQ presenta due scale, quella di stato e quella di tratto. Per il presente studio ci si è impegnati nella validazione della componente di stato, anche perché risulta importante ai fini clinici poter valutare l'attuazione del processo empatico mentre questo si verifici, per poter anche avanzare ipotesi su come stia procedendo la relazione terapeutica, dato che dalla stessa è possibile prevederne la futura riuscita (Gillian & Llewely, 2002). È, difatti, l'alleanza terapeutica uno dei maggiori predittori di riuscita del processo terapeutico, ed alla base della stessa vi è l'attivazione del processo empatico tra terapeuta e paziente (Lingiardi, 2010).

L'IEQ, costruito basandosi su una prospettiva interpersonale diadica, potrebbe giovare ai clinici al fine di definire meglio la terapia anche sulla base delle capacità empatiche dell'individuo, oltre che permettergli di inferire alcune caratteristiche di base del cliente. Nella patologia narcisistica, ad esempio, i livelli di empatia autoriferiti tendono ad avere risultati più alti rispetto quanto si verifici nella realtà e rispetto quanto gli studi

condotti su questa dimensione riportino (Ritter et al., 20011). Individui con struttura di personalità depressiva, ipoteticamente, potrebbero riportare risultati inferiori nella loro capacità empatica, di quanto questi non siano in realtà (McWilliams, 2012).

L'empatia è considerata sempre desiderabile; gli esseri umani in generale credono che possedere questa qualità sia alla pari di altre caratteristiche positive come, ad esempio, la cordialità o l'intelligenza, qualificare qualcuno come una buona persona (Schumann et al., 2014), ed in effetti, l'empatia fornisce una base emotiva vitale per ogni tipo di comportamento sociale adattivo. Tuttavia, questo non implica che l'empatia sia sempre una forza positiva, sia per i percettori sociali che per i soggetti bersagli. Questo è ancor più significativo quando le componenti empatiche sono separate l'una dalle altre. Ad esempio, il disturbo psicopatico di personalità, testimonia il caso in cui i percettori si impegnano nella mentalizzazione, in assenza di condivisione dell'esperienza emotiva, con il fine di utilizzo della stessa per manipolare e raggirare le altre persone (per esclusivo tornaconto) (Konrath et al., 2013; Nozaki & Koyasu, 2013).

Oltre a non favorire sempre le interazioni interpersonali, in alcuni casi l'empatia può essere anche emotivamente estenuante per chi la percepisce. Molti professionisti di diversi settori, che incorrono in un contatto costante con la sofferenza altrui, spiegano quanto possa essere difficile l'empatia per chi la percepisce. Sebbene non sia ancora stato studiato rigorosamente, i caregiver, i clinici, i medici riferiscono di una diffusa fatica causata dall'empatia, un senso di costante sopraffazione dalla sofferenza altrui (Fingley, 1995, 2002).

In ambienti simili potrebbe rivelarsi salvifico somministrare l'Interpersonal Empathy Questionnaire, ed in base ai risultati ottenuti, mettere a punto dei corsi di formazione per limitare o incanalare in direzioni differenti questo eccessiva, dolorosa, empatia.



## *CONCLUSIONE*

La strutturazione dell'Interpersonal Empathy Questionnaire nasce dall'esigenza di introdurre all'interno delle metodiche di studio dell'empatia, uno strumento che consentisse la rilevazione della stessa seguendo il suo naturale sviluppo all'interno di una relazione diadica. L'empatia è un costrutto studiato da una moltitudine di autori, attraverso l'utilizzo di varie metodiche, ma tutte, prettamente sviluppate seguendo un'ottica intrapersonale. Si è voluto ovviare alle problematiche e limitazioni derivanti dall'utilizzo di tali strumenti con l'introduzione dell' IEQ.

Il presente lavoro ha seguito l'obiettivo di validare lo strumento di ricerca, sia per ciò che concerne la pertinenza dei suoi item, sia per ciò che riguarda la capacità di rilevare quanto il questionario effettivamente si proponesse di indagare. Le analisi confermano l'attendibilità e la validità dello strumento e ci si auspica che l'aspettativa che questo possa essere speso e attuato in vari contesti, per la rilevazione del costrutto, possa essere realizzabile.

## *RINGRAZIAMENTI*

---

Giunta al termine di questo mio percorso magistrale vorrei fermarmi un secondo e tentare di trascrivere, in poche righe, cosa abbia rappresentato per me ciò che ho avuto la possibilità di vivere. Trasportare, in parole, i sentimenti e le emozioni che si sono susseguite lungo tutto questo processo trasformativo non è cosa semplice, poiché, alle volte, è stata così alta l'intensità che scrivendo di queste, se ne perderà senz'altro una componente. Ma non posso esimermi dal provarci.

L'Università di Padova è stata, indubbiamente, per me, una rivoluzione, anche se il fato, non mi è stato particolarmente favorevole. Oltre ad aver scelto Padova solamente in magistrale, la pandemia da Covid ha stravolto ogni aspettativa che avessi avuto modo di crearmi ed ogni avvenimento effettivamente concretizzatosi ne ha poi subito le conseguenze. In piena pandemia, totalmente in balia degli avvenimenti circostanti, non è stata possibile una immersione totale nella vita universitaria, e nella vita in generale, ma, senz'altro, le limitazioni imposte dall'esterno mi hanno consentito la possibilità di assaporare, più intensamente, ogni singolo attimo vissuto e respirato tra le aule, tra i corridoi, tra i libri dell'edificio.

Vorrei, per questo, ringraziare la città di Padova, per gli stimoli che ha saputo offrirmi, oltre che per la bellezza dei suoi posti e l'Università, come istituzione, per essere ancora un luogo nel quale il pensiero non lascia spazio ad altro nell'essere sopraffatto. Vorrei ringraziare i miei professori, i quali, sono stati capaci di toccare corde del mio animo che hanno vibrato fortissimo, scuotendomi, travolgendomi, e facendomi sentire al posto giusto, nel momento giusto, come mai nella vita. Ricordo chiaramente la sensazione di totale sintonia e appagamento che ho avuto modo di gustare solamente tra quelle aule.

Vorrei, inoltre, ringraziare la mia famiglia, mia mamma, mio padre, mia sorella, che nonostante le avversità che ci hanno travolti, mi hanno sempre trasmesso la fierezza provata per ciò che stessi facendo, quanto valore avesse ciò per cui mi stessi spendendo e quanto importante fosse che rimanessi focalizzata sull'obiettivo, senza consentire alle varie circostanze di vita di inficiare più di tanto su di esso.

Ringrazio i miei zii, i miei nonni e mia nonna nello specifico, per avermi sempre fatta

sentire orgogliosa attraverso i loro sguardi e le loro parole nei miei confronti.

Ringrazio i miei amici, tutti quelli che ho. Non sono molti, perché sono amante delle relazioni sincere, profonde, inscindibili e sono convinta che non possano essere instaurate con molti. Che valora ha l'amicizia? L'Amore? Non potrebbero quantificarsi a parole, so solo che i miei amici mi hanno salvato la vita in varie occasioni. Mi hanno salvato le vedute, le percezioni, mi hanno salvato l'entusiasmo, la gioia, la felicità. Sono stati capaci di risollevarmi, quando mi sono sentita completamente crollare e sono stati accanto a me quando c'è stato il tempo di gioire.

Grazie Chiara, Gladys, Anna, Francesca. Grazie Arianna, Gaetano. Grazie zii, nonni e cugini. Grazie mamma e papà e grazie sorella.

Tutto il mio amore è per voi.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Accardi, D. (2021). Atlante storico e filosofico del concetto di empatia.  
Un concetto che abbraccia epoche e scienze diverse, dall'arte alla filosofia, fino alla psicologia social. Frammentirivista
- Albiero, P., Ingoglia, S., Lo Coco A. (2006). Contributo all'adattamento italiano dell'Interpersonal Reactivity Index. *Testing Psicometria Metodologia*, 13(2), 107-125.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington (5th ed.). Washington, DC: Aunthor.
- Anderson, J. R. (1980). Cognitive psychology and its implications. Pittsburgh: Carnegie Mellon University.
- Apperly I.A, Carroll D.J, Samson D, Humphreys G.W, Qureshi A, Moffitt G. (2010). Why are there limits on theory of mind use? Evidence from adults' ability to follow instructions from an ignorant speaker. *Q J Exp Psychol (Hove)*. 2010 Jun;63(6):1201-17.
- Aragona M, Kotzalis G., Puzzella A., (2013). The many faces of empathy, between phenomenology and neuroscience. *Archives of psychiatry and psychotherapy* 15: 5-12.
- Bagby R.M., Taylor G.J., Ryan D.P. (1986). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology measure\ . *Pschorhr Psychosom* 1986; 45: 207-215.
- Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D. (1988). A Construct validity of the Toronto Alexithym&l Scale. *P.swhother Psychmom* 1988: 50: 29-34
- Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J. D., (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 38 (1): 23-32.
- Baker, H.S., & Baker, M.N. (1987). Heinz Kohut's self psychology: an overview. *The American journal of psychiatry*, 144 1, 1-9.
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*.

- Barison F. (2004). *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*. La garangola Editore.  
Padova
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, T. (1997). Is there a language of the eyes? Evidence from normal adults and adults with autism or asperger Syndrome. *Visual Cognition*, 4, 311- 331.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J. Child Psychol. Psychiat. Association for Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S. The Empathy Quotient (EQ): An investigation of adults With Asperger Syndrome or High Functioning Autism and normal sex differences. *J Autism DevDisord* 2004; 34:163-175
- Barrett, L.F., & Satpute, A.B. (2013). Large-scale brain networks in affective and social neuroscience: towards an integrative functional architecture of the brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 361-372.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of counseling psychology*, 28(2), 91.
- Barsalou, L. W. (2008). Grounded Cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 617-645.
- Baumeister, F., Vohs, K., and Funder, C. (2007). Psychology as the Science of Self-Reports and Finger Movements: Whatever Happened to Actual Behavior? *Perspectives in psychological science*, 396-403
- Barrett-Lennard, G. T. (1978). The relationship inventory: Development and adaptations. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8, 68.
- Batson, C. D. (2011). *Altruism in Humans*. New York: Oxford University Press.
- Besoli S., Manotta M., Martinelli R. (2002). *Discipline filosofiche*. Anno XII, numero 2. Macerata. Quodlibet edizioni.
- Bischof-Köhler D., (2012). Empathy and Self-Recognition in Phylogenetic and Ontogenetic Perspective. *Emotion Review* Vol. 4, No. 1, 40–48.
- Bolognini S., 2002. *L'empatia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri. Torino.

- Blair R. J. (2005). Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition*, 14(4), 698–718.
- Buccino G, Binkofski F, Fink GR, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Seitz RJ, Zilles K, Chartrand T.L., Lakin J.L. (2013). The antecedents and consequences of human behavioral mimicry. *Annual review of psychology* 64: 285-308.
- Cikara M., Van Bavel J. (2014). The Neuroscience of Intergroup Relations. *Perspectives on Psychological Science* 9. Pp: 245 - 274.
- Cikara M., Bruneau E., Van Bavel J.J., Saxe R., (2014). Their pain gives us pleasure: How intergroup dynamics shape empathic failures and counter-empathic response. *Journal of Experimental Social Psychology* 55/110–125.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Davidov M., Zahn-Waxler C., Roth-Hanaia R., Knafo A., (2013). Concern for Others in the First Year of Life: Theory, Evidence, and Avenues for Research. Vol. 7. Pp 126-131.
- Davis, M. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Madison, WI: Westview Press.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113– 126.
- Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2004 Jun;3(2):71-100.
- Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial medicine*, 1, 22.
- Derogatis, L.R. and Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (eds I.B. Weiner and W.E. Craighead).

- De Simone A., 2022. Alessitimia: non capisco le mie emozioni. *La rivista di scienze psicologiche e neurobiologia*.
- Dijksterhuis, A. and Bargh, J. (2001) The Perception-Behavior Expressway: Automatic Effects of Social Perception on Social Behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 33, 1-40.
- Dimberg U, Thunberg M., (1998). Rapid facial reactions to emotional facial expressions. *Scand J Psychol.*;39(1):39-45.
- Di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Rizzolatti G. (1992). Understanding motor events: a neurophysiological study. *Exp Brain Res.*;91(1):176-80.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, assessment, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14, 131–149
- Eisenberg N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, assessment, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14, 131–149.
- Eisenberg N., Richard, F., Bridget, M., Marisa, K., Pat, M., Melanie, S., et al., (1994). The Relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 776-797.
- Eisenberg N., Strayer J., (1990). *Empathy and its Development*. Cambridge University Press.
- Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS. (2011). Empathy. *Psychotherapy (Chic.)*;48(1):43-9.
- Esayan G., Esayan-Puftsis S., Caprina S.G. (2019). L'empatia nella pratica psichiatrica e psicoterapia. *Psichiatria*, 30:156–164.
- Eysenck H., J., Eysenck S., B., G., (1991). *Manual of the Eysenck personality scale (EPQ adults)*. Hodder & Stoughton: London
- Ferenczi, S. (1928). L'elasticità della tecnica psicoanalitica. In: *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. 3. Milano: Cortina, 2002.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). The Sidran Press

- Flavell, J. H. (1999). COGNITIVE DEVELOPMENT: Children's Knowledge about the Mind. *Annual Review of Psychology*, 50, 21-45.
- Friscelli A., (2017). Heinz Kohut: l'importanza dell'empatia nella psicoanalisi – seconda parte. *Sienanews*.
- Friscelli A., (2017). *La notte che crollò la torre*. Betti Editrice. Siena.
- Freud, S. (1905). *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten*. (trad. it. *Il motto di spirito*, Bollati Boringhieri, Torino, 2021).
- Gabbard G. O., (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Gabbard G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Quinta edizione basata sul DSM-5. Milano: Raffaello Cortina.
- Gallese, V. (2007). Before and below “theory of mind”: Embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 362(1480), 659–669.
- Gallese V., Eagle M. N, Migone P. (2007). Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *J Am Psychoanal Assoc.*;55(1):131-76.
- Gallese V., Fadiga L., Fogassi, L., Rizzolatti, G. (2002) Action representation and the inferior parietal lobule. In Prinz, W., and Hommel, B. (Eds.) *Common Mechanisms in Perception and Action: Attention and Performance*, Vol. XIX. Oxford: Oxford University Press, pp. 334-355.
- Gallese V. (2006). *La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi*. *Psicoterapie e scienze umane*.
- Gallese, V., Keysers, C. & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends Cogn. Sci.* 8, 396–403 (2004).
- Gennaro, A., Carola, V., Ottaviani, C., Pesca, C., Palmieri, A., Salvatore, S., (2021). *Affective Saturation Index: A Lexical Measure of Affect*. *Entropy*, 23(11).
- Gilbert D. T. (1989). How Mental Systems Believe. *American Psychologist*, 46(2), 107-119.



- Gillespie M., McCleery P., L. Oberman, L. O. (2014) Spontaneous versus deliberate vicarious representations: different routes to empathy in psychopathy and autism, *Brain*, Volume 137, Issue 4, Page 272.
- Gilovich T., Medvec, V. H., & Savitsky, K. (2000). The Spotlight Effect in Social Judgment: An Egocentric Bias in Estimates of the Salience of One's Own Actions and Appearance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 211-222
- Gopnik A., Wellman H. M., (1992). Why the child's Theory of Mind Really is a Theory. *Mind and Language*. Vol. 7, pp 147-171.
- Greenberg, Elayne E., *The Power of Empathy* (2016). NYSBA New York Dispute Resolution Lawyer, Vol. 9, No. 3, Fall 2016, St. John's Legal Studies Research Paper No. 17-0006
- Greenson R. R. (1960). Empathy and its vicissitudes. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 418-424.
- Hadjikhani N., Zürcher N.R., Rogier O., Hippolyte L., Lemonnier E., Ruest T., Ward N., Lassalle A., Gillberg N., Billstedt E., Helles A., Gillberg C., Solomon P. (2014). Emotional contagion for pain is intact in autism spectrum disorders. *Translational Psychiatry* 4, e343; doi:10.1038/tp.2013.113; published online 1
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Hay, D. F., Nash, A., & Pedersen, J. (1981). Responses of Six-Month-Olds to the Distress of Their Peers. *Child Development*, 52(3), 1071–1075.
- Haviland, J. M., & Lelwica, M. (1987). The Induced Affect Response: 10-Week-Old Infants' Responses to Three Emotion Expressions. *Developmental Psychology*, 23, 97-104.
- Hoffman J. A. (1984). Psychological separation of late adolescents from their parents. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 170–178.
- Hoffmann J. A., Sagi A. (1976). Empathic Distress in the Newborn. *Developmental Psychology*, 12, 2, 175-176.
- Ilgunaite, G., Giromini, L., & Di Girolamo, M. (2017). Measuring empathy: A literature

- review of available tools. BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata), 65(280).
- Interpersonal Reactivity Index (IRI): Albiro, P. A. O. L. O., Ingoglia, S. O. N. I. A., & Lo Coco, A. (2006). Contributo all'adattamento italiano dell'Interpersonal Reactivity Index. *Testing Psicometria Metodologia*, 13(2), 107-125.
- Jung C.G., (1973). *Tipi psicologici*, Newton Compton, Roma.
- Jeannerod, M., Arbib, M. A., Rizzolatti, G., & Sakata, H. (1995). Grasping objects: the cortical mechanisms of visuomotor transformation. *Trends in neurosciences*, 18(7), 314–320.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29 (4), pp. 589–611.
- Klein M., (1946), Note su alcuni meccanismi schizoidi, tr.it. in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- Konrath, S., Corneille, O., Bushman, B. J., & Luminet, O. (2013). The relationship between narcissistic exploitativeness, dispositional empathy, and emotion recognition abilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 38, 129–14
- Kohut, H. (1959). Introspezione, empatia e psicoanalisi un esame del rapporto tra modalità di osservazione e teoria. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7 (3), 459-438.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1986.
- Kosslyn, S.M., & Ochsner, K.N. (1994). In search of occipital activation during visual mental imagery. *Trends in Neurosciences*, 17, 290-292.
- Lamm J. A., Cannon K. J., Roberts T. G., Irani T. A., (2011). An Exploration of Reflection: Expression of Learning Style in an International Experiential Learning Context. *Journal of Agricultural Education* Volume 52, Number 3, pp. 122–135.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh. The Embodied Mind and Its*

- Challenge to Western Thought. New York: Basic Books.
- Leslie A. M., (1994). Pretending and believing: issues in the theory of ToMM.  
Department of Psychology, Center for Cognitive Science, Rutgers University.  
Piscataway. NJ 0X855-1179. USA. *Cognition*, 50/211-238.
- Levenson R.W, Ruef A.M. (1992). Empathy: a physiological substrate. *J Pers Soc Psychol.*;63(2):234-46.
- Lingiardi V., Gazzillo F., (2010). La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Lipps, T. (1903). Einfühlung, innere Nachahmung, und Organempfindungen. *Archiv für Psychologie*, 1, 185–204.
- Lovett, B. J., Sheffield, R. A., 2007. Affective empathy deficits in aggressive children and adolescents: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 27(1),1-13
- Martin, G. B., & Clark, R. D. (1982). Distress crying in neonates: Species and peer specificity. *Developmental Psychology*, 18(1), 3.
- McDonald N., Messinger D.S. (2011). The Development of Empathy: How, When, and Why. University of Miami Department of Psychology. USA.
- McWilliams N. (2012). La diagnosi psicoanalitica. Casa editrice Astrolabio. Roma.
- Meffert, H., Gazzola, V., den Boer, J. A., Bartels, A. A., & Keysers, C. (2013). Reduced spontaneous but relatively normal deliberate vicarious representations in psychopathy. *Brain : a journal of neurology*, 136(Pt 8), 2550–2562.
- Melchers, M., Montag, C., Markett, S., & Reuter, M. (2015). Assessment of empathy via self-report and behavioural paradigms: Data on convergent and discriminant validity. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(2), 157–171.
- Messina I., Sambin M., Palmieri A., (2013). Measuring therapeutic empathy in a clinical context: validating the Italian version of the empathic understanding of relationship inventory. *TMP*. Vol. 20, No.1, pp 69-79.
- Mitchell M. Patient Anxiety and Conscious Surgery. *Journal of Perioperative Practice*. 2009;19(6):168-173.
- Moriguchi Y, Ohnishi T, Decety J, Hirakata M, Maeda M, Matsuda H, Komaki G.(2009). The human mirror neuron system in a population with deficient self-

- awareness: an fMRI study in alexithymia. *Hum Brain Mapp.* 30(7):2063-76.
- Munro, D., Bore, M., & Powis, D. (2005). Personality factors in professional ethical behaviour: Studies of empathy and narcissism. *Australian Journal of Psychology*, 57(1), 49–60
- Neumann, L., Chan, R., Boyle, J., Wang, Y., Rae Westbury (2015). Measures of Empathy: Self-Report, Behavior, and Neuroscientific Approaches. In *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*, Chapter 10 (257-289). Melbourne: Elsevier Inc.
- Neumann K., Klukas C., Friedel S., Kilian B. (2015). Dissecting spatiotemporal biomass accumulation in barley under different water regimes using high-throughput image analysis: Biomass accumulation in barley. *Plant Cell and Environment* 38(10)
- Neumann, R., & Strack, F. (2000). Mood Contagion: The Automatic Transfer of Mood between Persons. *Journal of Personality & Social Psychology*, 79, 211-223.
- Neumann, D. L., & Westbury, H. R. (2011). The psychological measurement of Empathy. In D. J. Scapaletti (Ed.), *Psychology of Empathy* (pp. 1–24). Queensland: Nova Science Publishers Inc.
- Noë, Alva & Thompson, Evan (2004). Are there neural correlates of consciousness? *Journal of Consciousness Studies* 11 (1):3-28.
- Nozaki, Y., & Koyasu, M. (2013). The relationship between trait emotional intelligence and interaction with ostracized others' retaliation. *PLoS ONE*, 8(10), e77579.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Science*, 9(5), 242–249.
- Onishi K.H, Baillargeon R. (2005). Do 15-month-old infants understand false beliefs? *Science*. 8;308(5719):255-8.
- Penzo A., Scalini L., 2017. *Psicologia Dinamica. La teoria di M. Klein.* Psichepedia.it
- Philip, R. C., Dauvermann, M. R., Whalley, H. C., Bayn- ham, K., Lawrie, S. M., & Stanfield, A. C. (2011). A systematic review and meta-analysis of the fMRI investigation of autism spectrum disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(2), 901–942

- Pinotti, A. *Empatia. Storia di un'idea da Platone al postumano*. Roma. Laterza, 2014.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Preston S. D., De Waal F. B. M., (2002). Empathy: Its ultimate and proximate *Behavioral and brain sciences* 25, 1–72.
- Preston, S. D., & Hofelich, A. J. (2012). The Many Faces of Empathy: Parsing Empathic Phenomena through a Proximate, Dynamic-Systems View of Representing the Other in the Self. *Emotion Review*, 4(1), 24–33.
- Prezza, M., Trombaccia, FR, & Srmento, L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: Traduzione e validazione italiana [The Rosenberg Self-Esteem Scale: Italian translation and validation]. *Giunti Organizzazioni Speciali*, 223, 35-44
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample. *European psychiatry*, 27(8), 591-597.
- Raniers, Renate L. E. P., Corcoran, Rhiannon D., Richard S., Nick M. and Völlm, Birgit, A. (2011). 'The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy', *Journal of Personality Assessment*, 93: 1, 84-95.
- Rattazzi, A. M., Canova, L., & Marcorin, R. (2000). La desiderabilità sociale. un'analisi di forme brevi della scala di marlowe e crowne [Social desirability. an analysis of short forms of the marlowe-crowne social desirability scale]. *TPM*, 7(20), 0.
- Rifkin J., (2010). *La civiltà dell'empatia*, Milano, Arnoldo Mondadori Editore S.p.A.
- Rizzolatti G, Freund HJ, (2001). L'osservazione dell'azione attiva le aree premotorie e parietali in modo somatotopico: uno studio fMRI. *Eur J Neurosci*;13(2):400-4.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (210). The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: interpretations and misinterpretations. *Nat. Rev. Neurosci.* 11, 264–27
- Robinson M.D., Clore GL. 2002. Episodic and semantic knowledge in emotional Self-report: Evidence for two judgment processes. *Journal of Personality & Social Psychology*.83(1):198–215.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.

- Rosenberg, M., (1989). *La società e l'immagine di sé adolescenziale*. Edizione rivista. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Roth-Hanania R, Davidov M, Zahn-Waxler C. (2011). Empathy development from 8 to 16 months: early signs of concern for others. *Infant Behav Dev.*;34(3):447-58.
- Ruta, L., Mazzone, D., Mazzone, L., Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. (2012). The Autism-Spectrum Quotient—Italian version: A cross-cultural confirmation of the broader autism phenotype. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(4), 625-633.
- Sagi, A., & Hoffman, M. L. (1976). Empathic distress in the newborn. *Developmental Psychology*, 12(2), 175
- Sartori R., Meneghini A. M., (2007) *Caratteristiche psicometriche dell'Iri di Davis*. DiPAV Quaderni. Franco Angeli.
- Shamay-Tsoory SG, Harari H, Aharon-Peretz J, Levkovitz Y. (2009). The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex*. 46(5):668-77.
- Schwarz, N. (1990). Assessing frequency reports of mundane behaviors: Contributions of cognitive psychology to questionnaire construction. *Research methods in personality and social psychology*, 98-119
- Schwarz, N., & Bless, H. (1992a). Constructing reality and its alternatives: Assimilation and contrast effects in social judgment. In L. L. Martin & A. Tesser (Eds.), *The construction of social judgments* (pp. 217-245). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Schwarz, N., & Scheuring, B. (1992). Selbstberichtete Verhaltens- und Symptommehrfrequenzen: Was befragte aus Antwortvorgaben des Fragebogens lernen [Frequency reports of psychosomatic symptoms: What respondents learn from response alternatives]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 197-208
- Schwarz, N. (1999). Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54(2), 93–105.
- Schumann, K., Zaki, J., & Dweck, C. S. (2014). Addressing the empathy deficit: Beliefs about the malleability of empathy predict effortful responses when empathy is

- challenging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(3), 475.
- Singer T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 30/855–863.
- Singer T, Lamm C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Ann N Y Acad Sci.*;1156:81-96.
- Smith A., (1995). *Teoria dei sentimenti morali*, BUR, Milano.
- Spearman C., 1904. The proof and measurement of association between two things. *American Journal of Psychology* 15: 72–101.
- Surian, L., Caldi, S., & Sperber, D. (2007). Attribution of Beliefs by 13-Month-Old Infants. *Psychological Science*, 18(7), 580–586.
- Todorov A, Uleman JS. (2002). Spontaneous trait inferences are bound to actors' faces: evidence from a false recognition paradigm. *J Pers Soc Psychol.*;83(5):1051-65. PMID: 12416911.
- Treccani G., (1928). *Dizionario di medicina*. 2010. Istituto della enciclopedia italiana. Roma.
- Uddin LQ, Iacoboni M, Lange C, Keenan J.P. (2007). The self and social cognition: the role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends Cogn Sci.*;11(4):153-7.
- Urbonaviciute G., Hepper E., (2020). When is Narcissism Associated with Low Empathy? A Meta-Analytic Review. *Journal of Research in Personality*.
- Vaughan K. B., Lanzetta J.T., (1980). Vicarious instigation and conditioning of facial expressive and autonomic responses to a model's expressive display of pain. *Journal of Personality and Social Psychology* 38: 909-923.
- Wheeler, M.E. & Buckner, R.L.(2003). Functional-anatomic correlates of remembering and knowing. *Neuroimage* 21, 1337–1349.
- Wheeler, M. E., Petersen, S. E., & Buckner, R. L. (2000). Memory's echo: Vivid remembering reactivates sensory specific cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 97(20), 11125–11129.
- Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G.(2003). Both of us

- disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*. 30;40(3):655-64.
- Wilson, T. D. & Hodges, S. D. (1992). Attitudes as temporary constructions. In Martin, L., & Tesser, A., (Eds.), *The construction of social judgements*, 37-65. \*Wilson, T.D., & Gilbert, D.T. (2003). Affective forecasting. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 35, 345-411
- Withagen R., Chemero A., (2009). Naturalizing Perception. *Theory and Psychology*, 19, 364-389.
- Zaki, J., & Ochsner, K. (2016). Empathy. In: Feldman-Barrett, L., Lewis M., & HavilandJones, J.M. (Eds). *The Handbook of Emotion*, 4, 871- 884
- Zaki, J. and Ochsner, K. (2016). Empathy. *The Handbook of Emotions*, 4, 871-884
- Zaki, J., Ochsner, K.N., Hanelin, J., Wager, T. & Mackey, S.C. Different circuits for different pain: patterns of functional connectivity reveal distinct networks for processing pain in self and others. *Soc. Neurosci.* 2, 276–291 (2007).
- Zaki, J., & Ochsner, K. (2011). Reintegrating accuracy into the study of social cognition. *Psychological Inquiry*, 22(3), 159–182.
- Zaki, J., & Ochsner, K. (2012). The neuroscience of empathy: Progress, pitfalls, and promise. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(5), 675–680





## APPENDICE

### EMPATHIC UNDESTANDING

Barrett-Lennard, 1981.

Attribuisca un punteggio positivo da 1 a 3 o negativo da -1 a -3 (lo zero è escluso) che indichi il grado di accordo con le affermazioni riportate, in riferimento alla persona con cui si trova in relazione. Tenga conto che 3 corrisponde a forte accordo e -3 corrisponde a forte disaccordo.

1.	Vuole capire come io vedo le cose	-3	-2	-1	1	2	3
2.	È possibile che capisca le mie parole, ma non si accorge di come mi sento	-3	-2	-1	1	2	3
3.	Comprende quasi sempre esattamente come mi sento	-3	-2	-1	1	2	3
4.	Osserva cosa faccio dal suo punto di vista	-3	-2	-1	1	2	3
5.	Di solito sente o capisce quello che provo	-3	-2	-1	1	2	3
6.	Il suo atteggiamento verso quello che faccio o dico gli/le impedisce di capirmi	-3	-2	-1	1	2	3
7.	Pensa che io mi senta in un certo modo, perché è il modo in cui lui/lei stesso/a si sente	-3	-2	-1	1	2	3
8.	Capisce cosa intendo anche quando ho difficoltà a dirlo	-3	-2	-1	1	2	3
9.	Di solito capisce per intero quello che intendo	-3	-2	-1	1	2	3
10.	Non nota alcune delle cose che penso o sento	-3	-2	-1	1	2	3
11.	Riconosce esattamente come le esperienze che sto facendo mi facciano sentire	-3	-2	-1	1	2	3
12.	A volte pensa che io mi senta molto più coinvolto/a in una particolare cosa di quanto lo sia realmente	-3	-2	-1	1	2	3
13.	Non capisce quanto io sia sensibile circa alcune delle cose di cui discutiamo	-3	-2	-1	1	2	3
14.	Mi capisce	-3	-2	-1	1	2	3
15.	La sua risposta è di solito così stereotipata ed automatica che io non riesco ad arrivare a lui/lei	-3	-2	-1	1	2	3
16.	Quando sono turbato/a o addolorato/a riesce a capire con precisione i miei sentimenti senza turbarsi	-3	-2	-1	1	2	3

## TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20).

Bagby, Parker e Taylor nel 1994.

Seguendo le istruzioni sottoelencate indichi quanto è d'accordo o no con ciascuna delle seguenti affermazioni segnando una **x** sopra il numero corrispondente.

Segnare una sola risposta per ciascuna frase.

1 = NON SONO PER NIENTE D'ACCORDO

2 = NON SONO MOLTO D'ACCORDO

3 = NON SONO NÉ D'ACCORDO NÉ IN DISACCORDO

4 = SONO D'ACCORDO IN PARTE

5 = SONO COMPLETAMENTE D'ACCORDO

1.	Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo	1	2	3	4	5
2.	Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
3.	Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono	1	2	3	4	5
4.	Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
5.	Preferisco approfondire i miei problemi piuttosto che descriverli semplicemente	1	2	3	4	5
6.	Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a	1	2	3	4	5
7.	Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo	1	2	3	4	5
8.	Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo	1	2	3	4	5
9.	Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare	1	2	3	4	5
10.	È essenziale conoscere le proprie emozioni	1	2	3	4	5
11.	Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri	1	2	3	4	5
12.	Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti	1	2	3	4	5
13.	Non capisco cosa stia accadendo dentro di me	1	2	3	4	5
14.	Spesso non so perché mi arrabbio	1	2	3	4	5
15.	Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni	1	2	3	4	5
16.	Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico	1	2	3	4	5
17.	Mi è difficile rivelare i sentimenti più profondi anche ad amici più intimi	1	2	3	4	5
18.	Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio	1	2	3	4	5
19.	Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali	1	2	3	4	5
20.	Cercare significati nascosti in films o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo	1	2	3	4	5

## INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX (IRI)

Davis, 1980

Le seguenti affermazioni indagano i suoi pensieri e sentimenti in situazioni diverse. Per ogni frase, le chiediamo di indicare il grado di accordo relativamente a ciascuna affermazione scegliendo il numero appropriato dalla scala all'inizio della pagina:

1 (MAI VERO), 2, 3, 4 o 5 (SEMPRE VERO).

Quando avrà deciso la sua risposta, indichi il numero corrispondente. Risponda il più sinceramente possibile.

1.	Sogno ad occhi aperti e fantastico, con una certa regolarità, sulle cose che potrebbero accadermi	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
2.	Provo spesso sentimenti di tenerezza e preoccupazione per le persone meno fortunate di me	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
3.	A volte trovo difficile vedere le cose dal punto di vista di un'altra persona	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
4.	A volte non mi sento dispiaciuto/a per le altre persone che hanno problemi	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
5.	Resto veramente coinvolto/a dagli stati d'animo dei protagonisti di un racconto	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
6.	In situazioni d'emergenza, mi sento apprensivo/a e a disagio	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
7.	Riesco solitamente ad essere obiettivo/a quando guardo un film o una rappresentazione teatrale e raramente mi lascio coinvolgere del tutto	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
8.	In caso di disaccordo, cerco di tener conto del punto di vista di ognuno prima di prendere una decisione	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
9.	Quando vedo qualcuno che viene sfruttato, provo sentimenti di protezione nei suoi confronti	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
10.	A volte mi sento indifeso/a quando mi trovo in situazioni emotivamente molto coinvolgenti (10)	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
11.	A volte cerco di comprendere meglio i miei amici immaginando come le cose appaiono dalla loro prospettiva	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
12.	Mi accade raramente di essere coinvolto/a da un buon libro o da un bel film	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
13.	Quando vedo qualcuno farsi male, tendo a restare calmo/a	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
14.	Le sventure delle altre persone a volte non mi turbano molto	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
15.	Se sono sicuro/a di aver ragione riguardo a qualcosa, non spreco molto tempo ad ascoltare le argomentazioni degli altri	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
16.	Dopo aver visto una rappresentazione teatrale o un film, mi sono sentito/a come se io stesso fossi uno/a dei protagonisti	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
17.	Trovarmi in situazioni che provocano tensione emotiva mi spaventa	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)

18.	Quando vedo qualcuno che viene trattato ingiustamente, talvolta mi capita di non provare molta piet� per lui/lei	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
19.	Sono di solito piuttosto efficiente nel far fronte alle situazioni di emergenza	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
20.	Le cose che accadono mi colpiscono molto spesso	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
21.	Credo che esistano due opposti aspetti in ogni vicenda e cerco di prenderli in considerazioni entrambi	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
22.	Potrei descrivermi come una persona dal cuore piuttosto tenero	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
23.	Quando guardo un buon film, riesco molto facilmente a mettermi nei panni di un personaggio principale	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
24.	Tendo a perdere il controllo in casi di emergenza	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
25.	Quando sono in contrasto con qualcuno, di solito cerco di "mettermi nei suoi panni" per un attimo	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
26.	Quando leggo una storia o un racconto interessante, immagino come mi sentirei se gli avvenimenti della storia stessero accadendo a me	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
27.	Quando vedo qualcuno che ha urgente bisogno d'aiuto in una situazione d'emergenza, crollo	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)
28.	Prima di criticare qualcuno, cerco di immaginare cosa proverei se fossi al posto suo	1 (mai vero)	2	3	4	5 (sempre vero)

**SDRS-5**  
Marlow & Crown, 1960

Ripensa ad alcune emozioni che provi nei confronti delle altre persone.  
Quanto, ogni stato emotivo riportato, è Vero o Falso per te?

1.	Sono sempre gentile anche con le persone sgradevoli.	Assolutamente vero 1	Abbastanza vero 2	Non so 3	Abbastanza falso 4	Assolutamente Falso 5
2.	Ci sono state occasioni nelle quali ho approfittato di qualcuno.	Assolutamente vero 1	Abbastanza vero 2	Non so 3	Abbastanza falso 4	Assolutamente Falso 5
3.	Qualche volta cerco di prendermi la rivincita piuttosto che perdonare e dimenticare	Assolutamente vero 1	Abbastanza vero 2	Non so 3	Abbastanza falso 4	Assolutamente Falso 5
4.	Certe volte me la prendo se non posso fare come voglio.	Assolutamente vero 1	Abbastanza vero 2	Non so 3	Abbastanza falso 4	Assolutamente Falso 5
5.	Non importa con chi io stia parlando, sono sempre un buon ascoltatore	Assolutamente vero 1	Abbastanza vero 2	Non so 3	Abbastanza falso 4	Assolutamente Falso 5

## ROSEMBERG SELF-ESTEEM (RSES)

Rosemberg, 1965

Per favore, rispondere ad ogni domanda sulla base se siete fortemente in accordo, in accordo, in disaccordo o fortemente in disaccordo con la domanda proposta.

1 = fortemente in disaccordo

2 = in disaccordo

3 = in accordo

4 = fortemente in accordo

1.	Penso di valere almeno quanto gli altri.	1	2	3	4
2.	Penso di avere un certo numero di qualità.	1	2	3	4
3.	Sono portato/a a pensare di essere un vero fallimento	1	2	3	4
4.	Sono in grado di fare le cose bene almeno quanto la maggior parte delle persone.	1	2	3	4
5.	Penso di non avere molto di cui essere fiero/a.	1	2	3	4
6.	Ho un atteggiamento positivo verso me stesso/a.	1	2	3	4
7.	Complessivamente sono soddisfatto/a di me stesso/a.	1	2	3	4
8.	Desidererei aver maggior rispetto di me stesso/a.	1	2	3	4
9.	Senza dubbio a volte mi sento inutile.	1	2	3	4
10.	A volte penso di essere un/a buono/a a nulla.	1	2	3	4

## SYMPTOM CHECKLIST-90 (SCL-90)

Derogatis, 1970

Istruzioni:

nella lista che segue, sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono le persone. Leggila attentamente e cerca di ricordare se ne hai sofferto nella scorsa settimana, oggi compreso, e con quale intensità. Rispondi a tutte le domande facendo una crocetta sulla risposta corrispondente all'intensità di ciascun disturbo, considerando che:

1= PER NIENTE

2=POCO

3=MODERATAMENTE

4=MOLTO

5=MOLTISSIMO

1. Mal di testa	1.	2.	3.	4.	5.
2. Nervosismo o agitazione interna	1.	2.	3.	4.	5.
3. Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate	1.	2.	3.	4.	5.
4. Sensazione di svenimenti o di vertigini	1.	2.	3.	4.	5.
5. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale	1.	2.	3.	4.	5.
6. Tendenza a criticare gli altri	1.	2.	3.	4.	5.
7. Convinzione che gli altri possano con-trollare i tuoi pensieri	1.	2.	3.	4.	5.
8. Convinzione che gli altri siano responsabili dei tuoi disturbi	1.	2.	3.	4.	5.
9. Difficoltà a ricordare le cose	1.	2.	3.	4.	5.
10. Preoccupazioni per la tua negligenza o trascuratezza	1.	2.	3.	4.	5.
11. Sentirti facilmente infastidito/a o irrita-to/a	1.	2.	3.	4.	5.
12. Dolori al cuore o al petto	1.	2.	3.	4.	5.
13. Paura degli spazi aperti o delle strade	1.	2.	3.	4.	5.
14. Sentirti debole o fiacco/a	1.	2.	3.	4.	5.
15. Idee di toglierti la vita	1.	2.	3.	4.	5.
16. Udire le voci che le altre persone non odono	1.	2.	3.	4.	5.
17. Tremori	1.	2.	3.	4.	5.
18. Mancanza di fiducia negli altri	1.	2.	3.	4.	5.
19. Scarso appetito	1.	2.	3.	4.	5.
20. Facili crisi di pianto	1.	2.	3.	4.	5.
21. Sentirti intimidito/a nei confronti dell'altro sesso	1.	2.	3.	4.	5.
22. Sensazione di essere preso/a in trap-pola	1.	2.	3.	4.	5.
23. Paure improvvise senza ragione	1.	2.	3.	4.	5.
24. Scatti d'ira incontrollabili	1.	2.	3.	4.	5.
25. Paura di uscire da solo/a	1.	2.	3.	4.	5.
26. Rimproverarti per qualsiasi cosa	1.	2.	3.	4.	5.
27. Dolori alla schiena	1.	2.	3.	4.	5.
28. Senso di incapacità a portare a termine le cose	1.	2.	3.	4.	5.



29. Sentirti solo/a	1.	2.	3.	4.	5.
30. Sentirti giù di morale	1.	2.	3.	4.	5.
31. Preoccuparti eccessivamente per qualsiasi cosa	1.	2.	3.	4.	5.
32. Mancanza di interesse	1.	2.	3.	4.	5.
33. Senso di paura	1.	2.	3.	4.	5.
34. Sentirti facilmente ferito/a o offeso/a	1.	2.	3.	4.	5.
35. Convinzione che gli altri percepiscano i tuoi pensieri	1.	2.	3.	4.	5.
36. Sensazione di non trovare comprensione	1.	2.	3.	4.	5.
37. Sensazione che gli altri non ti siano amici o ti abbiano in antipatia	1.	2.	3.	4.	5.
38. Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro/a di farle bene	1.	2.	3.	4.	5.
39. Palpitazioni o sentirti il cuore in gola	1.	2.	3.	4.	5.
40. Senso di nausea o mal di stomaco	1.	2.	3.	4.	5.
41. Sentimenti di inferiorità	1.	2.	3.	4.	5.
42. Dolori muscolari	1.	2.	3.	4.	5.
43. Sensazione che gli altri ti guardino o parlino di te	1.	2.	3.	4.	5.
44. Difficoltà ad addormentarti	1.	2.	3.	4.	5.
45. Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fai	1.	2.	3.	4.	5.
46. Difficoltà a prendere decisioni	1.	2.	3.	4.	5.
47. Paura di viaggiare in autobus, in metropolitana o in treno	1.	2.	3.	4.	5.
48. Sentirti senza fiato	1.	2.	3.	4.	5.
49. Vampate di calore o brividi di freddo	1.	2.	3.	4.	5.
50. Necessità di evitare certi oggetti	1.	2.	3.	4.	5.
51. Senso di vuoto mentale	1.	2.	3.	4.	5.
52. Intorpidimento o formicolio di alcune parti del corpo	1.	2.	3.	4.	5.
53. Nodo alla gola	1.	2.	3.	4.	5.
54. Guardare al futuro senza speranza	1.	2.	3.	4.	5.
55. Difficoltà a concentrarti	1.	2.	3.	4.	5.
56. Senso di debolezza in qualche parte del corpo	1.	2.	3.	4.	5.
57. Sentirti teso/a o sulle spine	1.	2.	3.	4.	5.
58. Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe	1.	2.	3.	4.	5.
59. Idee di morte	1.	2.	3.	4.	5.
60. Mangiare troppo	1.	2.	3.	4.	5.
61. Senso di fastidio quando la gente ti guarda o parla di te	1.	2.	3.	4.	5.
62. Avere dei pensieri che non sono tuoi	1.	2.	3.	4.	5.
63. Sentire l'impulso di colpire, di ferire o di fare del male a qualcuno	1.	2.	3.	4.	5.
64. Svegliarti presto al mattino senza riu-scire a riaddormentarti	1.	2.	3.	4.	5.
65. Avere bisogno di ripetere lo stesso atto come toccare, contare, lavarti le mani	1.	2.	3.	4.	5.
66. Sonno inquieto o disturbato	1.	2.	3.	4.	5.
67. Sentire l'impulso di rompere gli oggetti	1.	2.	3.	4.	5.
68. Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono	1.	2.	3.	4.	5.
69. Sentirti penosamente imbarazzato/a in presenza di altri	1.	2.	3.	4.	5.
70. Sentirti a disagio fra la folla come nei negozi, al cinema ecc.	1.	2.	3.	4.	5.
71. Sensazione che tutto richieda uno sforzo	1.	2.	3.	4.	5.
72. Momenti di terrore o di panico	1.	2.	3.	4.	5.
73. Sentirti a disagio quando mangi o bevi in presenza di altri	1.	2.	3.	4.	5.

74. Ingaggiare frequenti discussioni	1.	2.	3.	4.	5.
75. Sentirti a disagio quando sei solo/a	1.	2.	3.	4.	5.
76. Convinzioni che gli altri non apprezzino il tuo lavoro	1.	2.	3.	4.	5.
77. Sentirti solo/a e triste anche in compagnia	1.	2.	3.	4.	5.
78. Senso di irrequietezza tanto da non poter stare seduto/a	1.	2.	3.	4.	5.
79. Sentimenti di inutilità	1.	2.	3.	4.	5.
80. Sensazione che le cose più comuni e familiari siano estranee o irreali	1.	2.	3.	4.	5.
81. Urlare o scagliare oggetti	1.	2.	3.	4.	5.
82. Avere paura di svenire davanti agli altri	1.	2.	3.	4.	5.
83. Imppressione che gli altri possano approfittare di te o delle tue azioni	1.	2.	3.	4.	5.
84. Pensieri sul sesso che ti affliggono	1.	2.	3.	4.	5.
85. Idea di dovere scontare i tuoi peccati	1.	2.	3.	4.	5.
86. Sentirti costretto/a a portare a termine ciò che hai iniziato	1.	2.	3.	4.	5.
87. Pensieri di avere una grave malattia fisica	1.	2.	3.	4.	5.
88. Non sentirti mai vicino/a alle altre persone	1.	2.	3.	4.	5.
89. Sentirti in colpa	1.	2.	3.	4.	5.
90. Idea che qualche cosa non funzioni bene nella tua mente	1.	2.	3.	4.	5.