



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

**Validazione psicometrica della Tripartite Empathy Scale-
Own Empathy: uno strumento clinico per il terapeuta**

**Psychometric validation of the Tripartite Empathy Scale-Own Empathy: a
clinical tool for the therapist**

Relatrice:

Prof.ssa Arianna Palmieri

Correlatore esterno:

Dott. Emanuele Pick

Laureanda: Isabella Mantovani

Matricola: 2050450

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

Nel corso dei secoli i teorici si sono sempre interrogati riguardo a un fenomeno potente in grado di determinare una connessione profonda tra esseri umani in interazione: l'empatia. Quest'ultimo venne inteso diversamente come stato o tratto disposizionale dell'individuo in una visione pur sempre monodimensionale e intrapersonale, senza tuttavia mai pervenirne a una concettualizzazione chiara e univoca. Nel corso degli ultimi decenni, d'altra parte si è assistito al proliferare degli studi sull'empatia in ambito clinico-terapeutico considerandola, in una visione interpersonale, propedeutica all'instaurarsi di una relazione terapeutica di successo e, di conseguenza, determinante per l'outcome terapeutico. Parallelamente si è riconosciuta l'importanza dell'empatia per lo studio e approfondimento di alcuni disturbi psicopatologici, tra cui i disturbi di personalità borderline, narcisista e antisociale. Gli studi a riguardo avvalorano l'ipotesi di una differenziazione in sottodimensioni afferenti al costrutto dell'empatia. In tal senso tra le concettualizzazioni più recenti nel panorama scientifico attuale, si ritrova il modello teorico di Zaki e Ochsner il quale è stato corroborato da scoperte neuroscientifiche che dimostrano il coinvolgimento di circuiti neurali diversi in mutua-attivazione per le sottodimensioni dell'empatia da loro individuate: cognitiva, affettiva e prosociale. Sulla scia delle più recenti scoperte, l'empatia è dunque oggi intesa in una visione interpersonale come costrutto multidimensionale. L'elaborazione e validazione del questionario TES (Tripartite Empathy Scale) nasce con l'obiettivo di oltrepassare i limiti degli strumenti self-report presenti in letteratura, per la misurazione dell'empatia, indagando le componenti del costrutto individuate da Zaki e Ochsner in un'accezione interpersonale. Uno studio preliminare ha indagato rispettivamente l'empatia di stato e di tratto in una diade interagente nella versione OE (Own Empathy) e PE (Perceived Empathy) per ogni coppia di partecipanti. Ai fini di un suo utilizzo in campo clinico-terapeutico, l'approfondimento è indirizzato alla versione TES-OE di stato e tratto ovvero alla prospettiva di colui che ascolta e si pone empaticamente nei confronti dell'altro membro della diade. È stata inoltre indagata la validità di costrutto attraverso le analisi correlazionali con un gruppo di questionari somministrati ai partecipanti: EUS, IRI, SCL-90, TAS-2, SDRS, RSES, ERQ, AQ. Alla luce dei risultati emersi, si evidenzieranno una pluralità di vantaggi derivanti dall'utilizzo di uno strumento in grado di cogliere l'empatia

come fenomeno bi-personale. In particolare, verrà posto l'accento sull'utilità che la TES può rivestire per la ricerca in psicoterapia e per la pratica clinica, in cui poter monitorare l'atteggiamento empatico del clinico e parallelamente le capacità empatiche sviluppate dal paziente consente di ricavare una misura attendibile dell'andamento della relazione terapeutica e, più in generale, dell'andamento della psicoterapia. D'altra parte, grazie alla natura trasversale della TES, lo sguardo verrà poi allargato ad altri ambiti applicativi, tra cui il contesto forense, per il quale verrà presentato un caso clinico esemplificativo delle dissimilarità tra le sottodimensioni cognitiva e affettiva in un profilo psicopatologico di personalità.

INDICE

INTRODUZIONE	7
CAPITOLO 1: IL COSTRUTTO EMPATIA IN LETTERATURA	9
Premesse storiche	9
1.2 L'empatia di tratto e di stato	11
1.3 L'empatia nel contesto clinico-terapeutico	15
1.3.1 Il ruolo dell'empatia in psicoterapia	15
1.3.2 La sintonizzazione empatica del terapeuta	19
1.3.3 L'empatia nella psicopatologia del paziente	25
CAPITOLO 2: IMPIANTO TEORICO DI RIFERIMENTO	37
2.1 La teoria di Zaki e Ochsner	37
2.2 Il modello neuroanatomico dell'empatia di Shamay-Tsoory	41
CAPITOLO 3: STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DELL'EMPATIA	49
3.1 Strumenti che indagano l'empatia presenti in letteratura	49
3.2 Limiti degli strumenti self-report per l'empatia	53
3.3 La necessità di un nuovo strumento per la misurazione dell'empatia	55
CAPITOLO 4: VALIDITÀ PSICOMETRICA TES-T-OE & TES-S-OE	57
4.1 Ricerca e metodo	57
4.1.1 Costruzione e strutturazione del questionario	57
4.1.2 Reclutamento dei partecipanti	59
4.1.3 Strumenti	60
4.1.4 Paradigma sperimentale	63
4.2 Procedura	67
4.3 Analisi statistiche dei dati	68
CAPITOLO 5: RISULTATI	71
5.1 Risultati sulla validità della TES-T-OE	71

5.2 Risultati sulla validità della TES-S-OE	83
CAPITOLO 6	93
6.1 Discussione	93
6.2 Applicazioni future	103
6.2.1 Un caso clinico-forense	107
6.3 Limiti	112
CONCLUSIONI	115
RINGRAZIAMENTI	117
BIBLIOGRAFIA	119
APPENDICE	145

INTRODUZIONE

“What means ‘self-interest’ when both selves and interests are transpersonal relationships rather than the predicate of individuals?”

Marshall Sahlins

“Che cosa significa “avere degli interessi personali” quando sia il Sé che gli interessi sono relazioni transpersonali piuttosto che il predicato degli individui” - traduzione

Marshall Sahlins (2008), antropologo contemporaneo, si fa portavoce di un'ideologia sulla natura umana dissonante se paragonata alla società attuale prevalentemente auto-centrata.

Analogamente la ricerca neuroscientifica oggi è orientata a una visione transpersonale che trascende i bisogni e gli interessi individuali. Infatti, gli individui, a livello psicologico, sono in realtà profondamente interconnessi. Mai come oggi, a tre anni dallo scoppio di una Pandemia e nel pieno di una guerra (tra le tante) combattuta a un passo dal suolo europeo, è opportuno interrogarci su ciò che ci accomuna in quanto esseri umani. L'empatia è un fenomeno che in tal senso crea una connessione tra gli individui ed è una porta d'accesso agli stati d'animo e al mondo dell'altro, è infatti uno strumento indispensabile per comunicare efficacemente in un mondo in cui l'uomo è, per sua natura, un essere sociale.

Il termine empatia è stato coniato nel 1872 dal filosofo Robert Vischer sebbene etimologicamente derivi dal greco *empathos* (en-dentro, pathos-sentimento); tantè che nell'Antica Grecia designava il legame emozionale instaurato tra il cantore e il pubblico in ascolto. Comunemente oggi è intesa come la capacità di immedesimarsi nelle condizioni di un altro e dividerne pensieri ed emozioni (Zanichelli 2013). Nel panorama scientifico esiste oggi un'ampia e variegata letteratura che si è espressa a riguardo, restituendo d'altro canto frammentarietà nella definizione e applicazione del costrutto, ciononostante, trasversalmente alle teorie e ai decenni in cui se ne è discusso è rimasto un punto fermo fino agli anni '70: l'empatia come fenomeno monopersonale caratteristico del singolo individuo. Dunque, il punto di partenza per la validazione di uno

strumento atto a misurare l'empatia tra due soggetti (e non del singolo) è una visione interpersonale del costrutto, inteso come co-creato e condiviso in una diade interagente. La Tripartite Empathy Scale (TES) nasce come questionario auto-somministrabile a una diade che valuta l'empatia in una prospettiva interpersonale e che si basa sulla teorizzazione dell'empatia tripartita di Zaki e Ochsner, pertanto esplora le tre componenti dell'empatia: affettiva, cognitiva, prosociale. Si intende quindi fornire, attraverso la sua validazione psicometrica, una concettualizzazione chiara del costrutto e una spendibilità dello strumento in una pluralità di contesti. Specificatamente l'attenzione è qui rivolta al contesto clinico in cui non è ancora presente uno strumento ad uso del terapeuta che possa indagare l'empatia emergente dall'interazione tra terapeuta e paziente per consentire al clinico un monitoraggio del proprio atteggiamento empatico e, parallelamente, monitorare l'atteggiamento empatico del paziente al fine di favorire l'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica e, in ultimo, un outcome positivo del percorso psicoterapeutico.

CAPITOLO 1: IL COSTRUTTO EMPATIA IN LETTERATURA

1.1 Premesse storiche

È opportuno anzitutto procedere con un breve excursus storico sull'evoluzione del concetto di empatia al fine di comprendere la direzione intrapresa nella validazione della TES atto a rilevare l'empatia in una diade interagente.

Robert Vischer teorizzò per primo il vocabolo "Einfühlung" traducibile con "immedesimazione" che nella teoria estetica dell'autore si riferiva al rapporto scaturito tra un soggetto e un oggetto in cui il primo proietta i propri stati emotivi sul secondo (Vischer, 1872). Dunque, è inteso come fenomeno intraindividuale suscitato in risposta a un oggetto, per esempio un'opera d'arte. Fu soltanto con Theodor Lipps, qualche decennio dopo, che il termine Einfühlung venne considerato in una prospettiva psicologica e non più metafisica. Secondo Lipps, infatti, le persone interagiscono vicendevolmente attraverso il processo dell'Einfühlung, il quale è preceduto da fenomeni di immedesimazione e imitazione e, secondo l'autore, è proprio al crescere di un'imitazione di affetto che cresce l'Einfühlung. Pertanto, è a partire da Lipps che il vocabolo diviene atto a designare quanto avviene tra due soggetti (Bosnjakovic e al., 2018). Tuttavia, soltanto dal 1909 il termine greco *empathos* venne tradotto da Edward Bradford Titchener con "empatia" e fu proprio Titchener a intenderla nei seguenti termini: un sentire insieme con l'altro o, meglio ancora, un processo di umanizzazione dei soggetti in cui è possibile capirsi e sentirsi attraverso l'altro (Decety e Ickes, 2009; Titchener 1915; Bosnjakovic e al., 2018; Titchener, 1909; Titchener, 1924).

Successivamente si assistette al proliferare del costrutto in una pluralità di discipline: psicologica (nei suoi diversi orientamenti), in ambito umanistico, nelle neuroscienze e persino in alcune professioni sanitarie. Al fine di procedere con ordine nella vastità e pluralità di teorizzazioni che si sono susseguite nel corso del '9. è opportuno percorrere due vie che riconducono all'approccio all'empatia propedeutico alla validazione psicometrica della TES:

1. Il passaggio da un approccio intraindividuale del costrutto empatia a un approccio interindividuale
 2. L'evoluzione da una visione monodimensionale a una multidimensionale del costrutto
- Per quanto riguarda la prima direttrice, è opportuno citare nuovamente Lipps il quale per primo considerò l'empatia in una prospettiva interindividuale e, sebbene inizialmente

osservò il suo manifestarsi tra un individuo e un'opera d'arte, successivamente riconobbe l'empatia come emergente da una mutua-attivazione di due individui in interazione. Ciononostante, a un'analisi della letteratura scientifica emerge che il costrutto è stato prettamente studiato come fenomeno intraindividuale (Gallese, 2002). A Husserl, filosofo e fondatore della fenomenologia, va il merito di aver descritto l'empatia per primo in termini di intersoggettività, l'uomo può pertanto comunicare solo se si mette nei panni dell'altro: "Nella società il "noi" precede "l'io" (Husserl, 1962). Pertanto, è tra i primi autori che si avvicinano all'empatia in un'ottica interpersonale ma non l'unico, in seguito Barrett-Lennard teorizzò che la connessione interiore tra individui converge in un'unità distinta. Nella creazione e validazione della TES l'empatia è infatti considerata come fenomeno interpersonale in una diade interagente.

Per quanto riguarda la seconda direttrice (punto 2), Mead definì per primo l'empatia come l'abilità di comprendere la prospettiva dell'altro e, soltanto dopo averla compresa, modificare il proprio comportamento. Pertanto, riconobbe la differenziazione sé-altro nell'empatia e per primo introdusse la componente cognitiva, oltre a ciò, si fece promotore dell'idea che soltanto attraverso un'abilità empatica sia possibile assumersi una responsabilità morale delle proprie azioni (Mead, 1934). A differenza di Mead, Davis fu tra i primi autori a riconoscere una dimensione anche affettiva dell'empatia, teorizzando il fenomeno in qualità di reazione di un osservatore all'esperienza di un altro. Tuttavia, il filo conduttore che lega i due autori è una concettualizzazione dell'empatia ancora come fenomeno intrapersonale ovvero che si manifesta all'interno del singolo e in cui l'altro risulta passivo.

Considerata la pluralità di discipline e contesti d'applicazione in cui l'empatia è stata inserita, Duan e Hill (1996) hanno cercato di sintetizzare le teorizzazioni individuando tre gruppi di autori i quali si riferivano a tre costrutti diversi per l'empatia: il primo gruppo di teorici sostanzialmente si riferisce all'empatia come tratto personologico o abilità, tra di essi troviamo Davis il quale la definisce "empatia disposizionale" o d'altro canto Rogers, umanista, che parla di un "orientamento interpersonale". L'assunto implicito è che alcuni individui siano maggiormente empatici per natura o per sviluppo (Book, 1988; Buie, 1981; Danish e al., 1971; Easser, 2009; Hoffman, 1982; 1984; Hogan, 1969; Kerr, 1947; Mead, 1934). Il secondo gruppo, tra i quali ritroviamo Hoffman, si riferisce all'empatia come stato cognitivo-affettivo specifico, ovvero una risposta vicaria di un

individuo allo stimolo fornito da un altro individuo o, detto in altri termini, una corrispondenza tra affetti e cognizioni di un individuo e quanto, di ciò, venga percepito dall'altro. La discordanza che emerge tra le due posizioni sopracitate è un elemento che ritornerà nella creazione e validazione del questionario, il quale concilia le due visioni fornendo una versione di tratto e di stato della TES (capitolo 4). Infine, il terzo gruppo, tra cui ritroviamo anche Kohut e ancora Rogers, concettualizza l'empatia come processo a più fasi; Barrett-Lennard, citato precedentemente a proposito di un approccio interpersonale al costrutto, teorizza un modello ciclico dell'empatia enfatizzandone tre fasi: risonanza empatica, espressione d'empatia, empatia ricevuta (1993).

Nonostante emerga un panorama inestricabile di concettualizzazioni sempre diverse dell'empatia, Batson sostenne che la varietà di definizioni rappresentano in realtà un'opportunità per comprendere le varie sfaccettature dell'empatia (Hall e Schwartz, 2018).

A tal proposito nel prossimo paragrafo verrà approfondito come le diverse concettualizzazioni dell'empatia poste in evidenza dalla rassegna di Duan e Hill possano in realtà trovare un punto di incontro in un approccio che tenga in considerazione l'empatia come tratto e come stato.

1.2 L'empatia di tratto e di stato

Dalle diverse concettualizzazioni dell'empatia formulate dagli autori del passato, emerge, oltre all'ipotesi che fosse un fenomeno intrapersonale e monodimensionale, un costrutto di tratto o di stato in modo mutualmente escludente come Duan e Hill (1996) hanno accuratamente riportato nella rassegna di sintesi sull'eterogeneità delle definizioni di empatia. D'altronde anche altri autori hanno posto in evidenza l'assenza di ricerche empiriche che si siano interessate simultaneamente allo studio di entrambe le declinazioni (Van der Graaf e al., 2016). Dalla letteratura presente sull'argomento è possibile indagare il significato che hanno assunto i due termini in ambito psicologico per comprendere la necessità di giungere a una visione onnicomprensiva che consideri ambe due gli aspetti nel fenomeno dell'empatia e, di conseguenza, l'importanza della realizzazione di uno strumento quale la Tripartite Empathy Scale che possa coglierli entrambi.

Per quanto concerne i "tratti", è opportuno a monte introdurre il concetto di personalità, inteso da Allport (1937) come "l'organizzazione dinamica, interna alla persona, di sistemi

psicofisiologici che determinano il suo adattamento all'ambiente", i tratti qualificano la personalità in quanto disposizioni originarie stabili dell'individuo che portano a specifiche reazioni in contesti variegati tra cui i contesti d'interazione con altri individui (Tellegen, 1991). I teorici che hanno indagato i tratti di personalità concordano dunque nel ritenerli dimensioni sottostanti alla personalità che spiegano il comportamento, sebbene non siano concordi sulla natura e tipologie di tratti esistenti (De Beni et al., 2008). Allport specifica che la personalità è costantemente in crescita e cambiamento e a definire i tratti caratteristici unici per ogni individuo contribuiscono da un lato aspetti psicologici dall'altro fisiologici. Successivamente, intorno agli anni 20. Caprara e Cervone propongono una definizione di personalità che ben sintetizza l'evoluzione nelle conoscenze riguardo al tema: "insieme di sistemi psicologici che contribuiscono all'unicità e alla continuità della condotta e dell'esperienza individuale sia come viene espresso sia come viene percepito dall'individuo e dagli altri".

In letteratura sono presenti diversi modelli teorici sui tratti, tra di essi compare la teoria trifattoriale di Eysenck (197. 1990) che individua tratti indipendenti l'uno dall'altro lungo un continuum: estroversione-introversione, nevroticismo-stabilità emotiva, psicoticismo. Il primo tratto riguarda il grado di socievolezza di una persona, il secondo la capacità/incapacità di un soggetto di gestire le emozioni e il terzo, qualora sia elevato, caratterizza individui egocentrici, freddi, aggressivi, ostili. Diversamente Cattell (1950) individua 16 fattori personologici di base, a titolo d'esempio riporta che la stabilità emotiva oscilla da una forma più adattiva, matura e stabile a una forma maggiormente reattiva e influenzata dai sentimenti (Cattell, 1970).

Tuttavia, tra i modelli più accreditati attualmente si ritrova la teoria dei big five che individua cinque fattori in grado di spiegare la personalità di un individuo in interazione con altri individui e, anche in questo caso, individua il tratto come un costrutto bidimensionale. Tra le diverse denominazioni dei cinque tratti Costa e McCrae (1985,1999) hanno proposto la seguente: coscienziosità (organizzazione, affidabilità - non curanza, volubilità), estroversione (bisogno di stimoli e socializzazione-introversione), nevroticismo (o stabilità emotiva), apertura mentale (curiosità, creatività-convenzionalità) e amabilità (modo di porsi in relazione con gli altri: buoni, accettanti-cinici, egoisti; De Beni e al, 2008). I tratti di personalità, dunque, sono all'origine delle modalità relazionali impiegate dal soggetto. Posto che l'empatia è intesa generalmente

come la capacità di immedesimarsi nelle condizioni di un altro e condividerne pensieri ed emozioni (Zanichelli 2013), un'empatia di tratto si configura come l'abilità generica di un soggetto di condividere e comprendere gli stati emotivi dell'altro nel corso delle interazioni della vita quotidiana. Già Mehrabian e Epstein (1972) avevano elaborato una scala di misura per rilevare le capacità empatiche come tratti del singolo in un campione di soggetti partendo da una concezione bipartita dell'empatia. Allo stesso modo Fenigstein si è espresso a proposito dei tratti disposizionali a monte del fenomeno dell'empatia individuando due forme di auto-coscienza: privata e pubblica. L'autocoscienza privata riguarda la consapevolezza dei propri pensieri, sentimenti e motivazioni, la seconda invece la percezione del soggetto riguardo ai pensieri, sentimenti e motivazioni altrui. A tal proposito secondo Archer e colleghi, una persona realmente empatica (come tratto stabile) è ugualmente preoccupata dei propri e altrui sentimenti e non polarizzata verso un estremo o l'altro di auto-coscienza.

Al fine di rilevare il grado di empatia come disposizione interna stabile del soggetto in relazione con un altro individuo, il questionario TES, nella fase sperimentale, è stato costruito nella versione di tratto partendo da una visione interpersonale del costrutto a differenza degli autori appena citati i quali si avvicinavano al costrutto in ottica intrapersonale (vedere capitolo 3 per un approfondimento sulle misure esistenti sull'empatia).

Posto che l'individuo si relaziona con l'altro in virtù di tratti disposizionali che lo contraddistinguono, non si può prescindere d'altro canto dal non considerare anche gli aspetti situazionali che caratterizzano le interazioni umane. A tal riguardo, Walter Mischel, psicologo austriaco, pone in evidenza i limiti di un approccio alla personalità focalizzata soltanto sui tratti (Mischel, 1968). L'autore ha elaborato il modello CAPS (Cognitive Affective Personality System) sostenendo che la personalità sia frutto dell'interazione tra persona e ambiente, le situazioni di carattere sociale attivano infatti reazioni interne nell'individuo, a livello emotivo e cognitivo, che ne determinano il comportamento (Mischel, 1973; Mischel e al., 2000). Dunque, particolari situazioni interattive suscitano determinate reazioni nei soggetti coinvolti. Tra i sottosistemi che secondo il modello CAPS si attiverrebbero negli individui in una particolare situazione sono incluse le reazioni emotive e fisiologiche.

Le reazioni emotive secondo molti autori sono in realtà stati complessi che si configurano come reazioni umane caratterizzate da specifiche esperienze e, più in generale, sensazioni determinate da cambiamenti fisiologici che coinvolgono il sistema nervoso autonomo (Spielberg, 1972). Posto che l'empatia implichi la capacità di condividere lo stato emotivo di un'altra persona, alcuni autori hanno riconosciuto in questo costrutto uno stato cognitivo-affettivo specifico di una situazione e una risposta vicaria di fronte allo stimolo fornito da un altro individuo come già si è evidenziato nel paragrafo 1.1 (Bošnjaković & Radionov, 2018).

Coke e colleghi a tal proposito propongono un modello a due componenti dell'empatia ("emozione empatica" e "assunzione della prospettiva altrui") come stato; sostengono infatti che l'essere testimoni del distress altrui comporti una reazione fisiologica di aumento dell'arousal che attiva una risposta d'aiuto (Bandura & Rosenthal, 1966; Berger, 1962; Craig & Lowrey, 1969; Craig & Wood, 1969; Lazarus, Opton, Nomikos, & Rankin, 1965; Krebs, 1975). Alcuni autori a riguardo hanno indagato quale motivazione potesse celarsi a monte della decisione di aiutare l'altro in senso prosociale. Da un lato Piliavin sostiene che l'incremento di emozione empatica deriva da un desiderio egocentrico di ridurre uno stato d'arousal avverso sperimentato in quel preciso momento interattivo, d'altra parte Batson e Krebs (1975) sostengono invece che l'empatia derivi da un desiderio altruistico di ridurre il distress altrui in una visione etero-centrata. A sostegno di quest'ultima posizione, Archer individua due fattori di mediazione tra un'alta empatia e la decisione di aiutare l'altro, ovvero la preoccupazione empatica e il distress personale sperimentato dal percettore. Sarebbe inoltre che l'aiuto in senso prosociale sia determinato dall'interazione tra alti livelli di arousal sperimentati dal soggetto target e buone capacità empatiche del percettore (empatia di tratto).

In uno sguardo d'insieme emerge dunque la complessità che caratterizza un processo di interconnessione tra individui quale è l'empatia. Pertanto, preso coscienza (nel paragrafo 1) che si tratti di un costrutto interpersonale e multidimensionale, è opportuno indagarlo da due prospettive differenti: come tratto disposizionale stabile e come stato. Per tale ragione la TES è stata costruita anche con una versione di stato al fine di cogliere l'empatia nel suo manifestarsi in un preciso momento relazionale tra una diade interagente.

Per queste ragioni il paradigma sperimentale per la validazione del questionario TES è stato organizzato attorno all'interazione tra due persone, cogliendo da un lato le reazioni emotive elicitate in quella specifica situazione creata sperimentalmente e dall'altro chiedendo al soggetto di rispondere a come abitualmente, nel contesto di vita quotidiana, interagisca con l'altro soggetto della diade.

Compreso dunque in termini generali la concettualizzazione teorica dell'empatia presente in letteratura, è possibile addentrarsi in un campo applicativo peculiare, il contesto clinico-terapeutico, in cui la letteratura negli ultimi decenni ha evidenziato il ruolo preponderante del fenomeno dell'empatia. Un ambito in cui la possibilità di rilevare accuratamente i processi empatici si rivela di fondamentale importanza e dove dunque la Tripartite Empathy Scale, in quanto misurazione dell'empatia, può trovare più che altrove una sua spendibilità.

1.3 L'empatia nel contesto clinico-terapeutico

1.3.1 Il ruolo dell'empatia in psicoterapia

In ambito psicoterapeutico furono soprattutto gli psicoanalisti e umanisti a interessarsi al costrutto dell'empatia. Freud si esprime in merito considerando l'empatia una componente essenziale per comprendere la vita psichica del paziente e un processo chiave attraverso cui esplorare cosa sia innatamente estraneo al proprio io per mezzo dell'altro (Freud, 1921). Emerge dunque, in una visione psicoanalitica, il coinvolgimento di processi consci e inconsci nel fenomeno dell'empatia (Decety e al., 2004).

Nello stesso periodo freudiano, negli anni '20 del '9. Ferenczi approfondì il fenomeno dell'empatia in ambito psicoanalitico (Rocco e al., 2020). Ferenczi è stato uno psicoanalista inizialmente in relazione complementare con Freud e poi conflittuale; infatti, è un autore controverso che per lungo tempo è stato demonizzato dagli psicoanalisti del tempo poiché ritenuto troppo rivoluzionario e, in alcuni casi, in contrapposizione con i principi fondamentali della teoria e tecnica psicoanalitica freudiana. Tuttavia, negli ultimi anni se ne è riscoperto il valore per i suoi apporti teorico-pratici alla pratica psicoanalitica; tra le opere dell'ultimo periodo della sua vita "l'elasticità della tecnica psicoanalitica" è il primo saggio in psicoanalisi che introduce il concetto di empatia da lui definito "tatto psicologico" (Ferenczi, 1928). Secondo Ferenczi il tatto psicologico fa da contraltare all'esercizio di una pressione sul paziente che

inevitabilmente sfocerà in una resistenza al trattamento. In particolare, propone un atteggiamento empatico-materno del terapeuta oscillante tra un “sentire con”, “auto-osservazione” e attività di giudizio”. Pertanto, emerge già una visione dell’empatia in qualche modo bi-partita: da un lato la sensibilità del terapeuta e dall’altro l’utilizzo del pensiero, sebbene nella visione ferencziana quest’ultimo aspetto abbia lo scopo di riconoscere gli stati interni (pensieri e affetti) che sono rimasti inconsci nel paziente. Posto che per Ferenczi la situazione analitica si manifesta su un terreno intersoggettivo, l’autore considera che quanto emerge nell’*hic et nunc* di quel momento sia frutto dell’incontro tra il transfert del paziente e controtransfert dell’analista (Rocco e al., 2020). Pertanto, il controtransfert del terapeuta è uno strumento indispensabile che, attraverso un atteggiamento realmente empatico, è in grado di sentire e pensare il paziente al fine di coglierne gli aspetti più profondi della sua vita psichica riconoscendo inoltre come la propria soggettività partecipi nel processo terapeutico (Bolognini, 2002). Sebbene poi Ferenczi estremizzi il suo pensiero ipotizzando un’analisi reciproca nella diade terapeuta-paziente, emerge come l’autore considerasse l’empatia una funzione guida indispensabile per il bagaglio di competenze del terapeuta. Interessante notare inoltre come già Ferenczi avesse individuato all’origine di un fallimento nella comprensione degli scambi relazionali di tipo affettivo-cognitivo, la presenza di traumi precoci nei primi mesi di vita (di alcuni suoi pazienti), aspetto che fa dedurre una visione dell’empatia come tratto dell’individuo determinato dalle esperienze passate e che ritornerà nel paragrafo dedicato al legame tra empatia e psicopatologia.

Dagli anni ’50 Heinz Kohut, affiliato alla scuola di Chicago, divenne uno psicoanalista di riferimento e il fondatore della psicologia del Sé. Parimenti a Ferenczi, Kohut non ebbe inizialmente grande risonanza nel panorama psicoanalitico dell’epoca, tuttavia, oggi il suo pensiero è tra i più influenti nella teoria e pratica psicoanalitica. Nel corso della sua carriera professionale si è principalmente occupato di pazienti con disturbi narcisistici che di base erano accomunati da una forte vulnerabilità del Sé. Già Kohut aveva individuato tra i sintomi tipici di questi pazienti un deficit d’empatia intesa come tratto e aveva ipotizzato che all’origine di un’esibita grandiosità e onnipotenza vi fosse una carenza di sintonizzazione affettiva vissuta nelle relazioni genitoriali infantili che in tal modo porterebbero a un ripiegamento difensivo del Sé su sé stesso e a una conseguente fissazione narcisistica (Rocco e al., 2020). Emerge dunque con chiarezza il ruolo che

l'empatia, come processo intrinsecamente relazionale, può assumere nella vita dell'individuo e inoltre l'impronta che un suo fallimento può lasciare nel suo sviluppo (vedi paragrafo 1.3.3 dedicato all'empatia nella psicopatologia del paziente). Secondo Kohut è soltanto tramite un trattamento psicoanalitico che l'individuo può incorrere in un'interiorizzazione trasmutante ovvero l'incorporazione delle esperienze fusionali con l'oggetto-Sé da cui consegue lo sviluppo di un Sé nucleare che ha acquisito le funzioni evolutive fondamentali tra cui tollerare la frustrazione, protrarre la scarica, trovare gratificazioni sostitutive e modulare gli affetti. Pertanto, Kohut propone un percorso terapeutico a tre stadi, se i primi due sono prettamente di valutazione delle difese e del transfert, il terzo stadio ha l'obiettivo di aprire un canale empatico tra Sé e oggetto-Sé. L'analista quindi per riparare alle carenze empatiche che il paziente ha ricevuto in infanzia si dovrebbe disporre empaticamente e fungere da nuovo oggetto-sé maturo facilitando così lo sviluppo di un'alleanza terapeutica. L'empatia per Kohut è intesa come un'introspezione vicariante che corrisponde al pensare e sentire sé stessi nell'esperienza emotiva altrui; è ragionevole dedurre che l'empatia per l'autore sia il fondamento della tecnica psicoanalitica che oscilla tra una comprensione propria e una comprensione dell'altro, emerge anche qui una visione dell'empatia del terapeuta in qualche modo bipartita o, meglio dire, bi-fasica, al pari di Ferenczi. Tuttavia, Kohut sottolinea come l'esperienza empatica di cui deve fare esperienza il paziente non debba essere totalizzante bensì implicare una differenziazione tra sé e l'oggetto, ponendo dunque l'accento su un'empatia cognitiva più che affettiva. È utile, d'altronde, riportare che il processo analitico inteso da Kohut, come in Ferenczi, si inquadra in un campo interpersonale. Bolognini d'altra parte specifica che a partire dal modello kohutiano il concetto di empatia si è espanso fino a identificarsi con una disposizione controtransferale concordante da parte dell'analista, tuttavia, se così fosse, sfocerebbe in un'esperienza eccessivamente egosintonica con lo spazio psichico del paziente. Bolognini propone invece un concetto di empatia intesa come uno spettro emotivo ampio, un progressivo e profondo contatto con la complementarità oggettuale, l'io difensivo e le parti scisse dell'altro ma anche, per l'analista, con la capacità di riemergere dall'immedesimazione affettiva con il paziente per entrarci in contatto sia in modo egosintonico che egodistonico (Bolognini, 2002).

Sempre a partire dagli anni '50. Carl R. Rogers attraverso l'elaborazione dell'"approccio centrato sulla persona" ha dato rilievo all'empatia come ingrediente chiave in psicoterapia (Rogers, 1957; 1959). Nello sviluppo della sua teoria, Rogers ha concentrato l'attenzione sul terapeuta come "riflesso dei sentimenti" (*reflection of feeling*) del paziente inteso come comunicazione empatica atta a promuovere un cambiamento autoindotto in quest'ultimo (Rogers, 1942). Tuttavia, nel corso degli anni, Rogers ha mutuato il suo pensiero spostando il focus sulla relazione emozionale presente nella diade terapeutica piuttosto che sulle parole del terapeuta (Rogers, 1951).

Riassumendo, l'empatia per Rogers è una tra le condizioni di congruenza cruciali per il terapeuta e, assieme alla congruenza nella percezione del cliente, uno dei criteri per la buona riuscita del processo terapeutico. La diversità nella concezione rogersiana dell'empatia rispetto agli autori del passato risiede nella considerazione incondizionatamente positiva verso il cliente, nella visione dell'empatia come il fare esperienza del cliente piuttosto che un comportamento tenuto dal terapeuta e il considerare l'empatia come un processo interpersonale. Pertanto, il modello rogersiano si avvicina al costrutto dell'empatia in un'accezione bi-personale sebbene, ed è per questo motivo che poi ce ne discosteremo, consideri l'empatia come costrutto monodimensionale al pari di molti autori fino agli anni '70. Tuttavia, a un'analisi più approfondita emergono, sebbene indirettamente, concetti che ritroviamo in una visione multi-componenziale del costrutto tant'è che la teoria di Rogers è in continuità con le ricerche condotte successivamente riguardo all'empatia che hanno trovato riscontri nelle neuroscienze; in particolare parla di una risposta affettiva verso l'altra persona, l'assumere cognitivamente la prospettiva altrui e i conseguenti meccanismi di auto-regolazione del sé (Decety e al., 2004). È importante sottolineare a tal proposito che nel 1975 Rogers ha nuovamente modificato la sua teoria considerando l'empatia un processo piuttosto che uno stato, cercando di cogliere nel profondo la qualità dei processi empatici messi in atto dal terapeuta. Pochi anni prima della sua morte (avvenuta nel 1987), Rogers arricchisce ulteriormente il suo pensiero affermando che anche il cliente partecipa ai processi empatici coscienti, arrivando a supporre che nei momenti migliori della terapia ci sia una mutua alterazione dello stato di coscienza di entrambi i componenti della diade (Heppner e al., 1984).

Nel complesso, dal pensiero degli autori riguardo all'empatia in psicoterapia è possibile rintracciarne implicitamente una visione interpersonale e multidimensionale del costrutto. Inoltre, se da un lato autori come Ferenczi e Kohut si sono interessati maggiormente a un'empatia di tratto scavando nell'infanzia dei soggetti che hanno ricevuto cure empatiche disfunzionali e hanno poi sviluppato una psicopatologia, autori come Rogers hanno anche riconosciuto e indagato l'empatia come stato.

Con l'avanzare del secolo, gli autori che si sono approcciati allo studio dell'empatia nel contesto clinico hanno progressivamente posto sempre più in primo piano il costrutto dell'empatia e l'importanza che riveste per la ricerca e pratica psicoterapeutica. Nei prossimi paragrafi, dunque, verrà approfondito il tema dell'empatia nella psicoterapia oggi alla luce delle ricerche più recenti.

1.3.2 La sintonizzazione empatica del terapeuta

Le ricerche scientifiche che hanno indagato il legame tra empatia e outcome terapeutico hanno riscontrato che più del 10% della varianza dell'outcome è spiegata dalla sintonizzazione empatica (Bohart e al., 2002). Inoltre, da studi analoghi, emerge che la varianza spiegata dall'empatia nel successo terapeutico è maggiore dell'intervento specifico utilizzato. Più specificatamente l'empatia influenza in modo diretto la riuscita di una buona alleanza terapeutica con il paziente la quale è propedeutica al successo terapeutico (Frieswyk e al., 1986; Hartley e al., 1983; Horvath e al., 1991; Horwitz, 1974; Horwitz e al. 1995; Lawson e al., 2003; Luborsky e al., 1980; Martin e al. 2000; Marziali e al. 1981). Partendo da queste evidenze affiora l'importanza del fenomeno dell'empatia in psicoterapia, un elemento da cui non si può prescindere ai fini di un buon esito per la psicoterapia individuale. Pertanto, la TES i cui item sono declinati per i due soggetti coinvolti nella diade interagente ovvero per colui che si sente compreso (in questo caso il paziente) e colui il quale riporta la propria percezione di quanto l'altro si sia sentito compreso (in questo caso il terapeuta), può restituire al clinico un quadro d'insieme sull'alleanza terapeutica instaurata e, più specificatamente, può aiutare il clinico a riflettere sul proprio atteggiamento empatico verso il paziente.

Negli ultimi anni si è infatti giunti a considerare l'empatia in psicoterapia un processo cooperativo e dialogico, intensamente fondato sul corpo (Bohart et al., 2002; Diamond, 2001; Wynn et al., 2006). La dialogicità dell'empatia emerge dalle facoltà empatiche di

terapeuta e paziente che si attivano automaticamente attraverso lo scambio verbale e non verbale e cresce qualora ci sia un mutuo impegno nel comprendersi a vicenda. Secondo i teorici a cavallo tra '900 e 20. l'empatia si basa su esperienze emotive corporee (Vanaerschot, 1990). A tal proposito la possibilità di rilevare la sincronizzazione psicofisiologica tra i soggetti interagenti può essere proficua per verificare una corrispondenza di risposte corporee indice di una sintonizzazione empatica, ad esempio attraverso la misurazione della conduttanza cutanea ovvero le variazioni nelle proprietà elettriche della pelle dovute a variazioni di sudorazione del corpo. Il lavoro di Messina e colleghi (2013) ha in tal senso trovato un riscontro, infatti ha misurato la concordanza elettrodermica tra coppie di partecipanti coinvolti in una simulazione di una sessione di psicoterapia trovando una significativa correlazione positiva tra quanto percepito dal pseudo-paziente e dal clinico in termini di una concordanza fisiologica, confermando quindi l'esistenza di un fondamento somatico dell'empatia, quest'ultima intesa come fenomeno emergente in una diade interagente (Messina, Palmieri e al., 2013).

Al fine di comprendere anzitutto il ruolo del terapeuta da ascoltatore, è opportuno menzionare la formulazione di empatia ciclica di Barrett-Lennard, il cui pensiero è stato un punto di inizio importante per fondare la struttura bi-partita della TES: chi percepisce (Perceived Empathy) e chi ascolta (Own Empathy; vedi capitolo 3):

1. Espressione dell'esperienza del cliente
2. Risonanza empatica del terapeuta
3. Espressione d'empatia da parte del terapeuta
4. Ricezione dell'esperienza empatica del terapeuta da parte del cliente

(Barrett-Lennard, 1981)

È possibile dunque riconoscere la sintonizzazione empatica (*empathic attunement*) allo step 2 come la rappresentazione interna del terapeuta riguardo alle emozioni, intenzioni, cognizioni e stati fisici del cliente, considerando anche che le interazioni sono influenzate da una molteplicità di elementi, tra cui le sensazioni fisiche e il comportamento non verbale, aspetti che spesso vengono ignorati dal terapeuta (Shaw, 2004). Vi sono infatti altri elementi oltre alle sensazioni, pensieri e risposte che ci fanno capire l'altro, tra cui: movimenti, il contatto visivo, la differenza di respirazione, un ritmo simile di risposta motoria oltre che emozioni, obiettivi e intenzioni associati (Chartrand e al., 1999; Hood e al., 1998; Iacoboni e al., 2005; Levenson e al., 1992). Emergono dunque elementi

riconducibili a un'empatia come stato cognitivo-affettivo di una particolare situazione di interazione tra due soggetti.

Da un punto di vista fenomenologico che tiene conto del modo in cui si realizza una sintonizzazione realmente empatica da parte del terapeuta, bisogna considerare alcuni elementi. Anzitutto un terapeuta realmente sintonizzato con il paziente lascia da parte i pregiudizi, credenze e aspettative sul paziente al fine di aprirsi maggiormente a ciò che l'altro dice o lascia trasparire di sé, decentrandosi in tal modo da sé stesso per assumere la prospettiva altrui (Vanaerschot, 1990; Jackson e al., 2005; Decety e al., 2009).

Secondo, cerca attivamente di entrare nel mondo dell'altro, muovendosi verso il paziente per connettersi con l'esperienza di quest'ultimo (Decety e al., 2009). A tal proposito Chartrand e Bargh (1999) hanno osservato che le persone che solitamente sono in grado di assumere la prospettiva dell'altro spesso ne imitano la postura, i modi e i gesti mentre lo ascoltano.

Terzo, è importante per il terapeuta risuonare anche fisicamente con l'altro ovvero porsi sulla sua stessa lunghezza d'onda con comprensione, compassione e corrispondendo l'esperienza emotiva del paziente (Barrett-Lennard, 1981). Ad esempio, l'avvertenza di una contrazione allo stomaco del terapeuta a un'espressione di rabbia del paziente potrebbe in realtà essere un campanello d'allarme per un'ansia sottaciuta dal paziente. Il ruolo centrale della percezione sensoriale nella risonanza empatica del terapeuta e, più in generale, l'attenzione al proprio corpo durante le sessioni terapeutiche è un aspetto non trascurabile (Geller e al., 2002; Ross e al., 2000).

Quarto, il lavoro del terapeuta dev'essere orientato a ciò che è più cruciale, urgente ed emotivamente rilevante per il cliente, essendo in grado di districarsi tra le tante informazioni ricevute dal paziente per selezionare le questioni più pregnanti da un punto di vista emotivo (Decety e al., 2009).

Quinto, è opportuno che il terapeuta attivamente esprima al paziente cosa pensa o abbia percepito da quest'ultimo e, qualora le risposte del paziente vengano accolte dal terapeuta in un continuo feedback nel processo di *attunement*, l'accuratezza empatica cresce (Marangoni e al., 1995).

Posta l'importanza di una sintonizzazione empatica in ogni momento di ascolto del paziente in psicoterapia, essa riveste anche un ruolo determinante per l'analisi del controtransfert (Van Wagoner e al., 1991; Gelso e al., 1998). Nella psicoanalisi classica,

il controtransfert è definito come l'insieme di sensazioni e risposte positive e negative provate dal terapeuta verso il paziente (Heimann, 1950). Qualora venga accuratamente indagato dal terapeuta può offrire una guida nei processi individuali e interpersonali della diade. Più specificatamente, la comprensione empatica e la gestione del controtransfert richiedono diverse abilità da parte del terapeuta: auto-consapevolezza, flessibilità mentale (nel riconoscere ciò che proviene da sé e ciò che proviene dall'altro), regolazione emotiva e competenze concettuali quali decision making, pensiero critico, problem solving e pensiero logico (Decety e al., 2004; Gelso e al., 1998). Si sta dunque ponendo l'accento in questo caso su abilità trasversali propedeutiche a un ascolto realmente empatico da parte del clinico; dunque, l'attenzione è rivolta a una declinazione d'empatia come tratto stabile trasversale ai diversi momenti interattivi.

Grazie alle scoperte neuroscientifiche che hanno evidenziato il correlato neurofisiologico dell'empatia, come descritto accuratamente nel capitolo 1, è possibile comprendere l'esperienza soggettiva del terapeuta e, a questo punto, quali strategie possa mettere in atto per realizzare un ascolto realmente empatico (Decety e al., 2009).

Le tecniche di visualizzazione offrono un contributo in tal senso. La visualizzazione consiste nell'immaginare attivamente le esperienze ed eventi di vita del paziente, infatti, come notano Decety e Jackson (2004), la visualizzazione mentale produce una risposta nei circuiti neuronali coinvolti nei processi empatici rispetto alla mera osservazione dell'altro. Il circuito dei neuroni specchio oltre ad essere coinvolto nella visualizzazione mentale è un precursore dei processi di imitazione, infatti, l'imitazione automatica dei gesti dell'altro è indice che lo stiamo osservando e seguendo nel suo racconto; pertanto, il terapeuta può in tal modo comunicare empaticamente con il paziente restituendogli quanto anch'esso ha sperimentato in prima persona in risonanza all'esperienza del paziente (Wilson e al., 2005).

Un'altra strategia che può adottare il terapeuta è imitare apertamente il paziente chiedendo un feedback su cosa volesse comunicare con quelle azioni. Wilson e Knoblich (2005) sostengono inoltre che il terapeuta possa servirsi delle proprie sensazioni corporee esperite per prevedere le azioni altrui. Gli stessi autori hanno anche evidenziato che i circuiti neurali precedentemente coinvolti rispondono diversamente in base al contesto, è possibile quindi dedurre che le persone in generale interpretino e comprendano le azioni dell'altro in base al contesto in cui si verificano.

Dagli psicoterapeuti esperienziali (secondo cui il cambiamento avviene tramite la sperimentazione in prima persona dell'esperienza) è possibile trarre un'altra strategia utile da attuare, ad esempio chiedere al paziente di farsi raccontare maggiori dettagli, specificità e resoconti vividi delle situazioni al fine di comprendere maggiormente cosa il paziente stia provando e affinché egli stesso possa entrare maggiormente a contatto con le proprie emozioni (Decety e al., 2009). Ricerche più recenti a tal riguardo evidenziano l'importanza di comprendere il significato emotivo connesso a specifici eventi oltre che i sentimenti e le azioni annesse (Watson e al., 2007).

Fatte quest'ordine di considerazioni, possiamo procedere osservando quali fattori modulano l'empatia del terapeuta, in particolare seguendo due filoni che riprendono la distinzione tra un'empatia di stato e un'empatia di tratto: gli aspetti situazionali e le caratteristiche del terapeuta, entrambi aspetti rilevanti per una sintonizzazione empatica. Per quanto riguarda gli elementi situazionali la ricerca ha mostrato che l'empatia può essere modulata volontariamente da una molteplicità di fattori, tra cui l'intensità del dolore e l'affetto che lega il percipiente e il target (De Vignemont e al., 2006). Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, si intende non soltanto una familiarità e similarità tra i due ma anche se il target sia percepito come bisognoso di accudimento e cure e se esprime all'altro le proprie emozioni. De Vignemont e Singer suggeriscono anche che è più facile sintonizzarsi con emozioni primarie quali la paura o tristezza rispetto a emozioni secondarie come la gelosia. Analogamente è possibile supporre che sia più semplice per i terapeuti rispondere empaticamente a emozioni primarie del paziente rispetto a emozioni secondarie. Pertanto, la capacità empatica del terapeuta potrebbe incrementare qualora sia in grado di aiutare il paziente nel trasformare l'espressione di emozioni secondarie in emozioni primarie oltre che aiutarlo a discriminare le une dalle altre. Nel complesso emerge l'importanza per il terapeuta di essere consapevole dei fattori che modulano l'empatia al fine di mitigare eventuali sensazioni negative per porsi in modo maggiormente empatico verso il paziente.

D'altra parte, considerando il secondo filone ovvero le caratteristiche del terapeuta, è opportuno analizzare le qualità di colui che empatizza. Tra le capacità cognitive del terapeuta vi sono:

1. assumere la prospettiva dell'altro
2. ragionamento astratto

3. flessibilità cognitiva

La prima si riferisce a ciò che comunemente è denominata teoria della mente; la seconda ovvero il ragionamento astratto richiede l'abilità di interpretare e coinvolgere la prospettiva altrui (con intenzioni e motivazioni) in ragionamenti sovra-ordinati; infine, la flessibilità cognitiva fa capo a due concetti: flessibilità spontanea e reattiva. La prima si riferisce alla fluenza verbale o abilità di generare idee velocemente riguardo allo stato emotivo e cognitivo di un altro individuo, la seconda fa capo alla capacità di spostare l'attenzione di continuo dai propri stati emotivi e cognitivi a quelli altrui formulando ipotesi modificabili in ogni momento (Decety e al., 2009).

Spostando l'attenzione sulle capacità empatiche del terapeuta nella sfera affettiva ritroviamo: l'abilità di riconoscere le emozioni esperite dall'altro, la risposta emotiva messa in atto, l'abilità di identificare correttamente i propri stati emotivi e cognitivi.

Alcune di queste caratteristiche sono innate e differiscono da individuo a individuo mentre altre possono essere apprese tramite un training specifico e un'auto-analisi continua. Pertanto, è importante allenare i nuovi terapeuti a prestare maggiore attenzione agli stimoli affettivi che provengono dal paziente in quella determinata seduta di psicoterapia e parallelamente sviluppare le skills necessarie per regolare efficacemente le proprie emozioni e non essere sopraffatti dal distress contagioso di pazienti profondamente sofferenti. In particolare, i neo-psicoterapeuti possono incrementare le skills cognitive necessarie se sono in grado di decentrarsi e guardare ai problemi adottando un approccio multiplo e variegato. Sebbene sia possibile differenziare le sottodimensioni dell'empatia che emergono in psicoterapia, è opportuno che il terapeuta sappia combinare gli aspetti cognitivi ed emotivi per promuovere un cambiamento nel paziente (Decety e al., 2009).

La TES, pertanto, potrebbe rivelarsi uno strumento utile in primis per un'autoanalisi del terapeuta, al fine dunque di monitorare il proprio atteggiamento empatico come costruito di stato e tratto emergente in una diade in interazione e composto da più componenti. Ad oggi l'empatia è infatti riconosciuta come un elemento chiave per l'alleanza della diade in terapia e, a lungo termine, un elemento indispensabile per un buon outcome terapeutico. Sofferarsi sull'empatia del terapeuta in una più ampia analisi del controtransfert, può aiutare il clinico a comprendere la relazione instaurata con il proprio

paziente e, di conseguenza, modificare il proprio atteggiamento e comportamento verso quest'ultimo, inoltre può essere una misura dell'efficacia dei terapeuti in formazione.

Compreso dunque il valore che uno strumento come la TES può avere primariamente per una auto-valutazione del terapeuta (nella versione Own Empathy), è opportuno interrogarci su quale utilità possa avere per l'altro soggetto coinvolto nella diade: il paziente.

1.3.3 L'empatia nella psicopatologia del paziente

Colta l'empatia in psicoterapia nella prospettiva del terapeuta, è possibile indirizzare l'attenzione sull'altro vertice relazionale coinvolto ovvero il paziente. Partendo dal presupposto secondo cui l'empatia sia un fenomeno interpersonale e un costrutto multidimensionale, si procederà a una rassegna sulle principali forme psicopatologiche che in diverso modo si legano al fenomeno dell'empatia con l'intenzione di evidenziare un ulteriore contributo che la Tripartite Empathy Scale può fornire in ambito clinico. In particolare, verranno approfonditi i legami tra psicopatologia ed empatia cognitiva e affettiva, due componenti dell'empatia che i teorici del '900 hanno teorizzato separatamente (vedi 1.1 premesse storiche) tuttavia, coerentemente alle scoperte neuroscientifiche più recenti, troveranno una sistematizzazione onnicomprensiva all'interno dell'impianto teorico di riferimento per la costruzione e validazione psicometrica della TES descritto nel capitolo 2.

Partiamo dunque dalla considerazione che l'empatia può presentarsi deficitaria in una pluralità di manifestazioni psicopatologiche. Più specificatamente, la presenza di deficit d'empatia in un individuo è propedeutica a una difficoltà nello sviluppo e realizzazione di strategie di coping attuate nelle interazioni di vita quotidiana e, più in generale, in una pluralità di contesti sociali (Thoma e al., 2013). Inoltre, rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo, mantenimento ed esacerbazione di disturbi psichiatrici (Brüne, 2005; Couture et al., 2006; Foisy et al., 2007; Inoue et al., 2006; Kornreich et al., 2002; Marlatt, 1996). Partendo dal presupposto secondo cui l'empatia riguarda la reazione emotiva dell'osservatore o l'inferenza di un'esperienza vissuta da un'altra persona, il costrutto implica primariamente il riconoscimento dei propri stati affettivi e di quelli altrui. Le relazioni interpersonali e l'insorgenza di disturbi psichiatrici sono influenzati d'altronde anche da abilità socio-emotive tra cui l'alessitimia, ovvero l'inabilità nel riconoscere e

verbalizzare le proprie e altrui emozioni (Taylor, 2000). Siccome la letteratura ha in larga parte approfondito primariamente le disfunzioni empatiche in individui schizofrenici e dello spettro autistico (DSM 5), verrà anzitutto proposta una breve rassegna delle maggiori scoperte riguardo alle suddette patologie psichiatriche.

Per quanto riguarda i pazienti schizofrenici, il DSM 5 definisce il criterio diagnostico A del disturbo nei seguenti termini: *“Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di 1 mese (o meno se trattati efficacemente): deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato (frequentemente deragliamento o incoerenza), comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico, sintomi negativi (diminuzione dell’espressione delle emozioni o abulia)”*. (DSM 5, 2013)

Dalle scoperte in ambito clinico è emerso che essi mostrano deficit in ambito relazionale e comunicativo (Sperber & Wilson, 2002). Lee e colleghi nel 2004 individuano all’origine delle difficoltà interpersonali fallimenti nei processi empatici (Lee, Farrow, Spence, & Woodruff, 2004). A tal proposito uno studio condotto da Shamay-Tsoory (2007) in collaborazione con un centro clinico di salute mentale (Shalvata Mental Health Care Center) ha esaminato l’empatia cognitiva e affettiva in un campione di individui schizofrenici. I risultati in generale hanno evidenziato deficit di empatia cognitiva e affettiva. Nello specifico, una disfunzione a carico della corteccia orbitofrontale, anatomicamente sinonimo della corteccia prefrontale ventromediale (vmPFC) che si suppone sia tra le regioni neurali coinvolte nei processi di empatia cognitiva, giustificherebbe la mancanza in questi soggetti della suddetta componente dell’empatia. Shamay-Tsoory ha inoltre supposto che il grado di difficoltà nell’empatizzare sia congruo alla severità dei sintomi negativi presenti tra cui tipicamente riscontriamo apatia, appiattimento, incapacità di provare piacere, incapacità di organizzare il pensiero. Frith (2004) ha, a tal proposito, rilevato che i pazienti con sintomi negativi hanno prestazioni deficitarie nei compiti tesi a indagare la Teoria della Mente (ToM) la quale sembrerebbe essere un precursore dell’empatia cognitiva. Trova pertanto ulteriore conferma l’ipotesi di *impairments* a carico dell’empatia cognitiva in individui schizofrenici. Tuttavia, è opportuno fare un appunto: la schizofrenia ha una grande variabilità in termini di manifestazioni comportamentali e correlati neurali annessi, inoltre correlare il grado di empatia a differenti gruppi sintomatologici (in questo caso sintomi negativi) suggerisce

che in alcuni casi la condizione deficitaria sia un problema di stato e non di tratto poiché il profilo sintomatologico può evolversi nel corso della malattia in alcuni pazienti, non presentandosi dunque allo stesso modo con lo scorrere del tempo (Shamay-Tsoory, 2007). A tal proposito la TES, strutturata nelle versioni di stato e tratto può rappresentare uno strumento in grado di discriminare tra aspetti disposizionali stabili dell'individuo e l'incidenza di aspetti situazionali che emergono in un preciso momento relazionale. Per coerenza e completezza, va segnalato inoltre che la relazione tra empatia e sintomi negativi verrà indagata tramite la validità di costruito convergente e divergente compiuta tra la TES e la Symptom Checklist (SCL-90) che è un questionario self-report che misura sintomi comuni che posso affliggere le persone (Derogatis, 1970; vedi capitolo 4).

Per quanto riguarda d'altro canto l'empatia affettiva in pazienti schizofrenici, Shamay-Tsoory e colleghi, hanno rilevato che il gruppo clinico considerato è più propenso a sperimentare distress e ansia in situazioni sociali emotivamente forti. È ragionevole dedurre che alti livelli d'ansia e un maggior distress sperimentato si traducano in disfunzioni a carico dell'empatia affettiva. A supporto di questa tesi, in pazienti schizofrenici sono stati riscontrati danneggiamenti ai circuiti cerebrali dell'amigdala, una componente sottocorticale fondamentale nell'elaborazione delle emozioni in stretta connessione con la corteccia cingolata anteriore (ACC; Brothers, 1995) che dunque si presume possano essere implicate nei processi di empatia affettiva.

Volgendo lo sguardo ai disturbi dello spettro autistico (ASD), una condizione clinica che secondo il DSM-5 nel 70% dei casi è interessata da una concomitante patologia psichiatrica, viene da quest'ultimo definita nei seguenti termini: *“Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato:*

1. *Deficit della reciprocità socio-emotiva*
2. *Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali*
3. *Deficit dello sviluppo, gestione e comprensione delle relazioni”* (DSM 5, 2013).

Gli individui con ASD si caratterizzano per lo sviluppo psicopatologico di disfunzioni neuro-cognitive e attualmente sono riconosciuti tra i disturbi che mostrano maggiori carenze nei processi empatici (Decety, 2007; Gillberg, 1992). Baron-Cohen e colleghi a tal riguardo suggeriscono che una difficoltà nei processi cognitivi sia all'origine del fallimento in campo relazionale (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985).

Per quanto riguarda le scoperte neuroscientifiche, sono state esaminate le risposte neuronali durante compiti di performance che misuravano le rappresentazioni di stati mentali in individui con ASD, dai risultati è emersa una ridotta attivazione nelle aree cerebrali considerate critiche per l'empatia cognitiva tra cui la vmPFC (Castelli e al., 2002; Happe' e al., 1994). Per ciò che riguarda la componente affettiva dell'empatia in individui dello spettro autistico, alcuni autori sostengono l'esistenza di *impairments* a carico della percezione e risposta all'espressione affettiva dell'altro a causa di una difficoltà nel riconoscere le espressioni emozionali altrui (Hobson, 1993, Bormann-Kischkel, Vilsmeier, & Baude, 1995; Hobson, 1986; Howard et al., 2000). Tuttavia, la difficoltà nel processamento delle emozioni avviene qualora siano coinvolte emozioni cognitive complesse (ad esempio l'imbarazzo), pertanto potrebbe ancora una volta essere ricondotto a un deficit nella ToM che è considerata un precursore dell'empatia cognitiva e non a una carenza di empatia affettiva (Baron-Cohen e al., 1993; Bormann-Kischkel e al., 1995; Capps e al., 1992). Riassumendo, se da un lato vi sono evidenze neuroscientifiche che fanno presumere l'esistenza di deficit a carico dell'empatia cognitiva in individui con ASD, dall'altro nel panorama scientifico non è chiaro se vi siano analoghi *impairments* a carico dell'empatia affettiva.

Arrivati a questo punto della trattazione, è possibile considerare un gruppo psicopatologico verso cui la letteratura soltanto negli ultimi anni ha rivolto particolare interesse ma che mostra chiare disfunzioni a carico dell'empatia: i disturbi di personalità. In particolare, il legame tra empatia e psicopatologia emerge chiaramente nei seguenti disturbi: disturbo borderline di personalità, narcisistico, antisociale/psicopatia. È risaputo che il disturbo borderline si caratterizza per una disregolazione emotiva e un funzionamento interpersonale maladattivo; d'altra parte già il DSM IV prevedeva per il disturbo narcisistico e antisociale/psicopatia la carenza di empatia tra i criteri diagnostici (Thoma e al., 2013).

La seguente analisi riguardo ai pattern disfunzionali d'empatia nei disturbi di personalità si inserisce in una visione più ampia di un approccio multidimensionale al costrutto dell'empatia. Esplicitare il legame tra l'empatia e i disturbi di personalità sopracitati è propedeutica alla validazione psicometrica della TES la cui applicazione nei contesti clinici può fornire un aiuto nell'individuazione e trattamento dei disturbi psicopatologici. Infatti, la Tripartite Empathy Scale è uno strumento potenzialmente in grado di

discriminare le componenti dell'empatia diversamente coinvolte nei quadri psicopatologici che giungono all'attenzione del clinico.

Procedendo dunque con ordine, il disturbo borderline di personalità è così descritto dal DSM 5:

“Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti” (DSM 5, 2014). Anzitutto è opportuno fare una precisazione sui sistemi diagnostici poiché l'intera trattazione risente, come si evince dal paragrafo 3.1 sul ruolo dell'empatia in psicoterapia, di un'impronta psicodinamica. La classificazione del DSM 5 segue un approccio categoriale fondato sulla logica della presenza/assenza della sintomatologia ed è costruito in modo tale da massimizzare l'attendibilità delle categorie, ai fini di ricerca, per confrontare popolazioni cliniche target in diversi campioni oltre che per obiettivi terapeutici specifici. Il PDM-2, sistema diagnostico di impronta psicodinamica, si presta invece a un approccio dimensionale in cui gli stili o sindromi di personalità si manifestano lungo un continuum di funzionamento. È importante tenere in considerazione questa differenziazione ai fini della diagnosi e del trattamento poiché l'approccio diagnostico del PDM-2 è orientato al caso individuale pianificando trattamenti, da parte del terapeuta, che tengano conto della varietà e complessità dell'esperienza psicologica di ogni individuo (PDM-2, 2018).

Ritornando al disturbo borderline di personalità (BPD), è importante sottolineare che spesso si tratta di pazienti con esperienze passate caratterizzate da storie di violenza e trauma in età infantile e conseguentemente, in alcuni casi si tratta di individui che sviluppano un PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress; Gunderson, 1993). Inoltre, presentano deficit neuropsicologici afferenti alla memoria, attenzione, linguaggio e funzioni esecutive coerentemente con l'individuazione di disfunzioni prefrontali e temporo-limbiche (Dell'Osso e al., 2010; Swirsky-Sacchetti e al., 1993). Per quanto riguarda i processi socio-cognitivi, i pazienti con disturbo di personalità borderline mostrano un'aumentata sensibilità nel riconoscere le espressioni facciali altrui soprattutto paura e rabbia (Lynch et al., 2006; Wagner and Linehan, 1999; Domes et al., 2009). Alla base di questo bias sono state individuate alterazioni nei circuiti cerebrali di natura strutturale e funzionale. Da un punto di vista strutturale si osserva una riduzione del volume dell'amigdala, dell'ippocampo e nella corteccia prefrontale mentre a livello

funzionale si registra un'iperattivazione dell'amigdala insieme a deficit di regolazione a carico dell'OFC (corteccia orbito frontale) / PFC (corteccia prefrontale) (Domes et al., 2009). In particolare, Koenigsberg e colleghi (2009) riportano un'iperattivazione dell'amigdala e delle regioni coinvolte nell'elaborazione visiva durante il processamento di emozioni di valenza negativa rispetto ai gruppi di controllo. Nel complesso, dunque, le evidenze riscontrano un'atipicità nei pazienti BPD per quanto riguarda le strutture limbiche e le regioni anteriori del cervello. Le prime sono il riflesso della soggettività con cui si sperimentano emozioni negative mentre le seconde sono deputate alla regolazione emotiva posta in essere (Thoma e al., 2013).

Pertanto, da un punto di vista psicologico, è possibile affermare che per i pazienti BPD, i quali hanno vissuto esperienze negative nell'infanzia, stimoli sociali altrettanto negativi (rifiuto o minaccia) comportino un incremento di vigilanza come risposta adattiva da sempre messa in atto per salvaguardare la propria esistenza. Ciò potrebbe aver determinato in questi soggetti un'abilità superiore nel riconoscere visceralmente gli stati mentali altrui. Infatti, com'è stato precedentemente affermato, l'amigdala, a livello sottocorticale, in stretta connessione con la corteccia cingolata anteriore (ACC) sembrerebbe essere tra i circuiti cerebrali attivati dall'empatia affettiva che, in questa popolazione clinica, risulterebbe pertanto intatta. Non solo, scavando a fondo, potrebbe d'altro canto essere la prova di uno sviluppo deficitario della ToM a causa dell'imprevedibilità dei comportamenti messi in atto dal caregiver (Helgeland e al., 2004). Infatti, sembrerebbe che coloro i quali hanno ricevuto cure genitoriali inadeguate durante l'infanzia, per esempio punizioni frequenti e/o lunghi periodi di separazione dal caregiver, abbiano sviluppato un'ipersensibilità agli stimoli emotivi per la necessità di dover riconoscere di volta in volta, rapidamente, gli stati emotivi ambivalenti del proprio caregiver. Tuttavia, l'accresciuta sensibilità riscontrata potrebbe interferire in un secondo momento nel fornire un'adeguata risposta empatica a livello cognitivo, come sostenuto anche da Sharp (Ghiassi et al., 2010; Happe e al., 2004; Sharp e al., 2011). Infatti, in questi soggetti sono state riscontrate performance di Tom cognitiva deficitarie da adulti (Happe e al., 2004).

Nonostante la varietà di risultati emersi dagli studi che hanno indagato l'empatia in individui con BPD, la maggior parte propende pertanto per un deficit d'empatia cognitiva ma non affettiva. Quanto affermato trova conferma in campo neuroscientifico, infatti

durante la somministrazione del MET (Multifaceted Empathy Tets) a un campione clinico (BPD) e uno non clinico entrambi di genere femminile, è stato analizzato tramite fMRI (risonanza magnetica funzionale) l'attivazione delle aree cerebrali coinvolte. Il MET è un compito computerizzato che indaga il funzionamento di empatia emotiva e cognitiva fornendo stimoli visivi al soggetto riguardo situazioni di rilevanza emotiva. Gli individui appartenenti al primo gruppo hanno mostrato una minore attivazione nel giro temporale superiore/solco temporale superiore nella condizione di empatia cognitiva la cui riduzione si ricollega ad alti livelli di memorie traumatiche intrusive nel soggetto. Ciò potrebbe essere determinato da un'attivazione maggiore, rispetto al gruppo di controllo, dell'insula durante la condizione di empatia affettiva, riflesso di un incremento dell'arousal misurato tramite la conduttanza cutanea. Gli autori hanno dunque concluso che lo sviluppo di emozioni esagerate e inappropriate durante le interazioni sociali e l'accrescimento dell'arousal in pazienti con BPD, se da un lato è sintomo di una risonanza affettiva forte con lo stato emotivo dell'altro, d'altra parte determinerebbe poi un'inadeguatezza nell'inferire correttamente i suoi stati mentali (Dziobek e al., 2011).

Trova ragione d'esistere l'ipotesi secondo cui nel disturbo borderline di personalità vi sarebbe un'intatta empatia affettiva (se non una sovra-abilità) ma una deficitaria empatia cognitiva.

Per quanto riguarda il secondo gruppo di disturbi di personalità, frequentemente il BPD si trova in comorbilità con il disturbo narcisistico di personalità (NPD; Westen e al., 2006). Quest'ultimo è definito dal DSM 5 come: *“un pattern pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti”* (DSM 5, 2014). Si stima che sia un disturbo presente nel 6% della popolazione. Ponendo lungo un continuum una forma adattiva di egocentrismo, uno stile di personalità narcisistico orientato alla performance e una forma patologica di NPD, Watson (2002) ipotizza che la seconda sia molto diffusa soprattutto nella cultura occidentale odierna. Il narcisismo, come tratto personologico, correla con una minor soddisfazione nella vita, nel lavoro, nella famiglia e in sé stessi (Kopelman e al., 1992). Infatti, i soggetti con uno stile narcisistico apparentemente hanno successo nelle relazioni ma riscontrano problematicità nelle relazioni a lungo termine (Robins e al., 2001).

Sotto una prospettiva neurobiologica, il narcisismo si associa a un incremento di attività cardiovascolare e reattività del sistema endocrino stress-relato. All'origine di questa condizione neurobiologica sono state individuati stili di coping repressivi e standard di performance irrealistici che contribuiscono al mantenimento di una situazione stressante per l'organismo (Kelsey et al., 2001; Reinhard et al., 2012).

Veniamo dunque al legame tra empatia e narcisismo: da cinque studi condotti in una popolazione non clinica è emerso che il narcisismo e un'adeguata empatia correlano negativamente (Watson e al., 1984,1992). Più specificatamente, da uno studio condotto da Ritter e colleghi (2011) che ha indagato l'empatia in un campione clinico di pazienti NPD è emersa una carenza d'empatia affettiva così come è stato rilevato anche dalla somministrazione della MET, d'altra parte l'empatia cognitiva è risultata intatta sia alla somministrazione della MET che della MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children; Dziobek e al., 2008, Dziobek e al., 2006). Quest'ultima resterebbe intatta soltanto se questi pazienti percepiscono di avere un controllo sul proprio grado di autostima e non ci siano minacce che possano lederla (Ronningstam, 2009). Le ipotesi formulate trovano conferma in uno studio neuroscientifico recente condotto su un campione clinico di pazienti con un disturbo narcisistico di personalità in cui, a livello funzionale, è emersa una riduzione del volume della sostanza grigia nell'insula anteriore di sinistra che, come già accennato a proposito del disturbo borderline di personalità, sembrerebbe essere coinvolta nei circuiti neurali attivi per l'empatia affettiva. A conferma di quanto esplicitato poc'anzi, è emersa una correlazione positiva tra empatia emotiva e la riduzione del volume della sostanza grigia nell'insula anteriore di sinistra (Schulze e al., 2013).

Dalla pratica clinica è ragionevole dedurre che il successo di individui con NPD raggiunto nella vita professionale e privata sia il frutto di un'abilità cognitiva nel cogliere cognitivamente lo stato dell'altro al fine di sfruttarlo per ottenere i propri scopi e parallelamente ridurre la preoccupazione empatica per farlo senza alcun rimorso (Thoma e al., 2013).

Pertanto, nel complesso, nei pazienti con disturbo narcisistico di personalità emerge un'empatia affettiva deficitaria e parallelamente un'intatta empatia cognitiva.

Arrivando dunque a introdurre l'ultimo disturbo di personalità oggetto del capitolo, il disturbo antisociale/ psicopatia e il narcisismo sembrano essere collegati l'un l'altro;

infatti, condividono entrambi un'attitudine egocentrica e manipolativa nel vivere le relazioni interpersonali (Huchzermeier e al., 2007). Anzitutto è opportuno specificare che, se da un lato la diagnosi di disturbo di personalità antisociale (APD) si focalizza interamente sul comportamento antisociale piuttosto che su un nucleo caratteristico di personalità, la psicopatia è contraddistinta maggiormente da marcate alterazioni nei processi emozionali interni (Hare, 2003), pertanto, coerentemente al nostro focus sul costrutto empatia, è quest'ultima primariamente l'oggetto di attenzione. Sebbene il DSM 5 non definisca separatamente APD e psicopatia ma soltanto il primo come: *“Un pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni”*, il PDM-2 definisce invece le personalità psicopatiche distinguendole da quelle sadiche e le personalità antisociali rientrano nel primo gruppo. Va specificato che non tutti coloro i quali sono riconducibili a una diagnosi di psicopatia rientrano poi nell'antisocialità così come solo una piccola percentuale di individui antisociali possono essere considerati psicopatici. La psicopatia è caratterizzata in particolare dalla mancanza di senso di colpa, rimorso ed empatia e da un ridotto attaccamento alle relazioni significative così come misurato dalla Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) che è oggi riconosciuta il gold-standard degli strumenti atti a indagare la psicopatia come fenomeno di rilevanza clinica (Hare, 2003). Questi soggetti appaiono spesso affascinanti nelle relazioni interpersonali sebbene nascondano di base un'affettività solo superficiale. Un'ulteriore distinzione, utile al fine di esplicitare il nesso tra empatia e questa popolazione clinica, riguarda la psicopatia primaria (personalità sadica secondo il PDM-2) e secondaria (personalità psicopatica secondo il PDM-2). La prima si associa a un deficit innato nei processi socio-emotivi e bassi livelli d'ansia mentre il secondo si riferisce a individui psicopatici con alti livelli d'ansia e difficoltà socio emotive conseguenti a esperienze di abuso, trascuratezza o fattori psicosociali negativi sperimentati in infanzia (Del Gaizo and Falkenbach, 2008; Blackburn e al., 2008). Se nella psicopatia primaria l'aggressività è proattiva e strumentale al raggiungimento di specifici obiettivi, nella psicopatia secondaria l'aggressività è reattiva ovvero una reazione impulsiva a una percezione di provocazione o frustrazione da parte del soggetto (Glenn and Raine, 2009; Roth and Struber, 2009; Berkowitz, 1993). All'origine di un'aggressività reattiva potrebbe risiedere una difficoltà di auto-controllo, funzione neuropsicologica afferente al controllo esecutivo come è stato appurato da una metanalisi

condotta (Morgan e al., 2000). Un altro fattore all'origine di un'aggressività di tipo impulsivo potrebbe essere la presenza di una disregolazione emotiva di base presente in questi individui (Decety e al., 2007). Gli individui che rientrano nella psicopatia primaria mostrano invece ridotte attività elettro-dermiche in risposta a stimoli elicитanti distress e una meno pronunciata paura in risposta a stimoli minacciosi; pertanto, ugualmente faticerebbero a condividere visceralmente le emozioni altrui che loro stessi non sono in grado di provare (Decety e al., 2007). All'origine potrebbe esserci, da un punto di vista funzionale, una mancata iperattività del nucleo centrale dell'amigdala le cui informazioni vengono trasmesse dall'amigdala basolaterale che in questi pazienti risulta essere ipoattivata (Moul e al., 2012). Pertanto, emerge anche in questo caso il coinvolgimento di una regione sottocorticale (l'amigdala) che è ritenuta in stretta relazione con i circuiti cerebrali considerati coinvolti durante i processi di empatia affettiva (tra cui la ACC, vedi tabella 1) che in questi soggetti risulta essere deficitaria a differenza di quanto accade nel disturbo borderline di personalità, in cui, com'è già stato detto, l'amigdala è iperattivata. Nel complesso è possibile dedurre che in individui con diagnosi di APD, la psicopatia sia un fattore determinante nell'alterazione neuropatologica a carico delle regioni cerebrali legate all'empatia.

Inoltre, le scoperte scientifiche hanno riscontrato che gli individui con psicopatia hanno un'intatta ToM cognitiva, questo spiegherebbe l'abilità nel raggirare e manipolare gli altri (Blair, 1996; Hare e al., 1991). I teorici hanno inoltre supposto che la somministrazione dei questionari self-report per la misurazione dell'empatia a individui psicopatici risentano del fenomeno della desiderabilità sociale e di una sovrastima delle proprie capacità di empatia affettiva (elemento che verrà approfondita nel capitolo 3; Ritter e al., 2011), pertanto è possibile anticipare come già emerge la necessità di uno strumento clinico che consideri l'empatia in un'ottica interpersonale (TES) in cui il focus è su una diade interagente e non nel singolo individuo (Von Borries e al., 2012).

In sintesi, emerge anche in individui antisociali/psicopatici un'espressione dell'empatia diversa per i sottocomponenti già individuate nel panorama scientifico attuale (affettiva e cognitiva) avvalorando in tal modo la multidimensionalità del costrutto. Fermo restando che la ricerca, da un punto di vista teorico, ha in larga parte approfondito il legame tra manifestazioni psicopatologiche e l'empatia avvalorando le proprie ipotesi con scoperte neuroscientifiche *evidence-based*, non esiste parallelamente uno strumento che sia in

grado di discriminare i processi empatici deficitari in modo selettivo per le diverse componenti dell'empatia. La Tripartite Empathy Scale è stata costruita per indagare la multidimensionalità del costrutto, in particolare riferendosi alla teorizzazione dell'empatia tripartita di Zaki e Ochsner. Pertanto, può essere uno strumento di supporto al clinico nella comprensione del funzionamento del soggetto e nell'individuazione della diagnosi. Inoltre, così come può favorire la relazione terapeutica per mezzo di auto-analisi del clinico sulle proprie modalità relazionali, può rappresentare una misura del miglioramento delle capacità empatiche del paziente nella relazione terapeutica.

È sintetizzato a tal riguardo, nella seguente tabella (1), per ogni psicopatologia le aree cerebrali coinvolte.

Tabella 1- circuiti neurali coinvolti in schizofrenia, autismo, disturbi di personalità (borderline, narcisistico, antisociale)

Psicopatologia	Circuiti neurali coinvolti	
Schizofrenia	ACC	vmPFC
Autismo	vmPFC	
Disturbi di personalità	Borderline	PFC
	Narcisistico	Insula anteriore di sinistra
	Antisociale/psicopatia	ACC

Evidenziati i contributi teorici e pratici che nel corso del '900 e inizio del nuovo secolo si sono succeduti riguardo al tema dell'empatia e più specificatamente l'empatia in psicoterapia nella diade terapeutica, nel prossimo capitolo verrà presentato l'impianto teorico di riferimento per la validazione psicometrica della TES. La concettualizzazione teorica tripartita dell'empatia di Zaki e Ochsner è infatti tra i modelli teorici maggiormente accreditati oggi nel panorama scientifico riguardo all'empatia, parallelamente Shamay-Tsoory ha elaborato un modello neuroanatomico onnicomprensivo dei circuiti neurali coinvolti nei processi empatici che supporta la visione multidimensionale dell'empatia così come teorizzato dai due autori.

CAPITOLO 2: IMPIANTO TEORICO DI RIFERIMENTO

2.1 La teoria di Zaki e Ochsner

Come è emerso da uno studio condotto da Hall e Schwartz, oggi la maggior parte degli studiosi è concorde nel ritenere l'empatia un fenomeno multidimensionale composto da componenti cognitive, affettive e prosociali (Urbonaviciute, 2020). La componente affettiva si riferisce all'esperienza emotiva immediata che scaturisce dall'interazione tra due persone; la componente cognitiva si riferisce alla comprensione dell'esperienza altrui e, infine, una terza componente, onnicomprensiva di empatia affettiva e cognitiva, definita prosociale riguarda la motivazione ad aiutare l'altro. Infatti, le definizioni di empatia che hanno incluso le prime due componenti evidenziano che, posto sia vero che l'empatia comporti un'esperienza di risonanza emotiva tra due individui in interazione (empatia affettiva), essa debba necessariamente essere coadiuvata da un legame cognitivo tra i due che permetta all'osservatore di mantenere una distanza sufficiente per non fondersi con i pensieri e sentimenti dell'altro (empatia cognitiva).

Oliveira-Silva offre a tal riguardo una prima definizione d'empatia che convoglia le tre dimensioni esplicitate: “la capacità di risuonare con le emozioni di un altro individuo, coglierne i pensieri ed emozioni differenziandoli dalle proprie e rispondendo in modo appropriato con un comportamento prosociale e di cooperazione” (Oliveira-Silva, 2011). Pertanto, è possibile dedurre che benché le definizioni varino, la tridimensionalità del costrutto era già sottintesa sebbene mai esplicitata.

Nel panorama attuale, il modello dell'empatia tripartita di Zaki e Ochsner è tra i contributi teorici più accreditati che indagano l'empatia come un costrutto multi-determinato ed inoltre è supportato da scoperte *evidence-based* in ambito neuroscientifico come in parte già emerso da alcuni studi volti a indagare l'empatia in talune forme psicopatologiche. I due autori intendono l'empatia come “l'abilità e tendenza nel condividere, capire e rispondere allo stato interiore di un altro individuo” (Zaki e Ochsner, 2012). Nella definizione emerge esplicitamente la multiformità del costrutto che si compone di tre diverse ma interrelate componenti: l'empatia affettiva (*experience sharing*), l'empatia cognitiva (*mentalizing*) e la simpatia o preoccupazione empatica (*prosocial motivation*). L'empatia affettiva è intesa come la tendenza di un soggetto percipiente (*perceiver*) a farsi carico degli stati sensorimotori, viscerali e affettivi di un soggetto target dell'attenzione del primo.

L'empatia affettiva è pertanto un processo empatico potentissimo sebbene non sia l'unico, infatti Zaki e Ochsner teorizzano una seconda componente ovvero l'empatia cognitiva in termini di un ragionamento frutto di "teorie ingenuè", elaborate da un soggetto percipiente, a proposito degli stati interni, suscitati da determinate situazioni, di un soggetto target (Gopnik & Wellman, 1992). L'empatia cognitiva, così intesa, è un processo più articolato rispetto a un rapido e intuitivo accesso agli stati e tratti dell'individuo target poiché è finalizzato a inferirne emozioni, intenzioni e credenze (Gilbert, Pelham, & Krull, 1989; Todorov & Uleman, 2002).

Entrambe le componenti (empatia affettiva e cognitiva), secondo Zaki e Ochsner, si interconnettono a un terzo sotto processo empatico da loro individuato: la simpatia o preoccupazione empatica (*prosocial motivation*) attraverso cui gli individui percipienti, i quali hanno condiviso (affettivamente) e capito (cognitivamente) lo stato interno del target, si muovono in senso prosociale per aiutare l'altro. Pertanto, oltre a essere una componente dell'empatia, è una possibile conseguenza dei due processi sopra menzionati (Tomasello, Carpenter, Call, Behne, & Moll, 2005).

Al fine di comprendere ulteriormente le componenti dell'empatia, è opportuno rifletterci da due angolature differenti: in quanto processi dissociati e processi interconnessi. Per quanto riguarda la prima (vedi tabella 2.1), l'empatia affettiva e cognitiva si originano ontogeneticamente in momenti diversi nella vita dell'individuo. L'empatia affettiva compare dopo la nascita dell'individuo come dimostrato dai movimenti mimici facciali di neonati frutto della fusione tra il percepire un'azione e condividerla mettendola in atto per imitazione (Anisfeld, 1991; Meltzoff & Moore, 1977). Hoffman (2001) a tal proposito sostiene che questa tipologia di condivisione dell'esperienza è prodromica allo sviluppo di una preoccupazione verso l'altro. Inoltre, la condivisione affettiva si mantiene stabile nel corso dello sviluppo come dimostrato da alcuni studi longitudinali (Davidov, Zahn-Waxler, Roth-Hanania, & Knafo, 2013). L'empatia cognitiva invece, secondo alcuni, comparirebbe nell'individuo tra il terzo e quarto anno di vita come postulato da diverse ricerche condotte sulla Tom (Teoria della Mente) sebbene si basassero esclusivamente sul resoconto verbale di bambini (Flavell, 1999); vi sono invece studi incentrati piuttosto sugli stati mentali in fase pre-linguistica dei bambini, sebbene non vi siano a oggi sufficienti evidenze, i quali rilevano già il possesso di una capacità mentalizzante a un anno (Onishi & Baillargeon, 2005; Surian, Caldi, & Sperber, 2007). Inoltre, l'empatia

cognitiva, rispetto all'empatia affettiva, ha una traiettoria evolutiva concomitante allo sviluppo di altre abilità cognitive di tipo "top-down" ovvero processi cognitivi che coinvolgono attenzione e memoria e si attivano volontariamente (Carlson & Moses, 2001; Wellman, Cross, & Watson, 2001).

Emerge quindi un secondo aspetto di differenziazione tra i processi affettivi e cognitivi: se da un lato i primi si attivano rapidamente (Dimberg & Thunberg, 1998) e automaticamente nell'individuo (Neumann & Strack, 2000), il compito mentalizzante può fallire qualora il soggetto percipiente sia disattento o non abbia il tempo sufficiente per inferire stati mentali, credenze ed emozioni dell'individuo target (Gilovich, Medvec, & Savitsky, 2000; Keysar, Barr, Balin, & Brauner, 2000).

Un terzo aspetto di differenziazione è individuabile nei sistemi neurali coinvolti nei processi empatici affettivi e cognitivi che, così come emerso nelle manifestazioni psicopatologiche approfondite in precedenza, sembrerebbero essere deputati a regioni neurali distinte, il modello neuroanatomico di Shamay-Tsoory a tal riguardo offre una sintesi onnicomprensiva dei circuiti cerebrali coinvolti nei processi empatici (vedi paragrafo 2.2 riguardo al modello neuroanatomico di Shamay-Tsoory).

Per quanto riguarda invece l'interconnessione tra i due processi (vedi tabella 2.2), al di fuori dei paradigmi sperimentali di laboratorio in cui, per semplificare, studiano separatamente l'empatia cognitiva e affettiva, nei contesti naturali d'altra parte gli stimoli di interazione sociale sono multimodali (diversi canali di informazione), dinamici (cambiano nel tempo) e contestualizzati (l'interpretazione di uno stimolo richiede il processamento di altri stimoli antecedenti o concomitanti) pertanto, recentemente, gli studi neuroscientifici si sono indirizzati a stimoli sociali naturalistici per studiare l'empatia, per esempio analizzando le interazioni *live* tra partecipanti. Dai risultati sono emersi network cerebrali in connessione tra loro durante episodi empatici (Lombardo et al., 2010; Zaki, Ochsner, Hanelin, Wager, & Mackey, 2007; vedi paragrafo 1.2.1) perciò è stata ulteriormente accreditata l'ipotesi di un'interdipendenza tra le componenti dell'empatia nelle interazioni quotidiane. (Keysers & Gazzola, 2007; Shamay-Tsoory, 2011; Uddin et al., 2007). Dato avvalorato ulteriormente dall'accuratezza dei processi empatici, la quale è predittiva di un'interazione efficace con esiti adattivi (Gleason, Jensen-Campbell, & Ickes, 2009; Verhofstadt, Buysse, Ickes, Davis, & Devoldre, 2008). Infatti, l'accuratezza interpersonale nel comprendere l'altro è l'esito di un'accuratezza

empatica affettiva oltre che cognitiva come supportato dagli studi di neuroimmagine effettuati tramite fMRI (Risonanza Magnetica Funzionale). In particolare, il sistema dei neuroni specchio associato a entrambe le componenti (affettiva e cognitiva) traccia l'accuratezza di quanto inferito dal soggetto target (Zaki et al., 2009). Ciononostante, la relazione tra le componenti, prese singolarmente, e l'accuratezza è mediata da fattori contestuali quali per esempio le affinità/somiglianze tra percipiente e target lungo un continuum di rilevanza delle tematiche di affinità: da quelle più pregnanti per i soggetti, a titolo di esempio avere un orientamento politico comune a quelle di minor rilevanza. Pertanto, maggiori sono le affinità tra la coppia interagente e maggiore sarà l'accuratezza nel comprendersi affettivamente e cognitivamente (Hodges e al., 2010; Neyer e al., 1999).

Tabella 2.1 Elementi di discontinuità (modifica di Zaki & K. Ochsner, *Empathy*, cap. 50)

Processi dissociati	Empatia affettiva	Empatia cognitiva
Sviluppo	Prima settimana di vita	Tra primo e secondo anno VS tra quarto e quinto
	Stabile negli anni	Si evolve in concomitanza con abilità cognitive top-down
Peculiarità cognitiva	Insorge in modo rapido e fuori dalla consapevolezza	Richiede tempo, impegno e attenzione
Sistemi cerebrali coinvolti	Risonanza neurale nelle regioni associate ai processi senso-motori, viscerali e affettivi	Mutua attivazione delle regioni chiamate di default network (modalità di base): - MPFC (corteccia prefrontale mediale) - TPJ (giunzione temporo-parietale)
Disturbi psicopatologici	Psicopatia disturbi della condotta demenza fronto-temporale	Disturbi dello spettro autistico

Tabella 2.2 Elementi di continuità

Processi interconnessi	Empatia affettiva
Empatia cognitiva	-Nelle situazioni della quotidianità agiscono interattivamente -Accuratezza come conseguenza di entrambi i processi

La motivazione prosociale è allo stesso tempo una componente dell'empatia (Davis, 1994; Batson, 2011; Zaki & Ochsner, 2012), oltre che il naturale evolversi di una condivisione vicaria (affettiva) e comprensione (cognitiva) dell'altro. Le prime due componenti implicano percorsi dissociabili per giungere alla componente prosociale. In particolare, Krebs (1975) ha dimostrato che gli individui che sperimentano un'intensa reazione fisiologica al distress altrui, più probabilmente interverranno in suo aiuto (empatia affettiva). Nella stessa direzione, di recente, le neuroscienze hanno documentato casi in cui la sovrapposizione dei circuiti cerebrali tra percipiente e target si è rivelata predittiva di una motivazione prosociale. Analogamente la capacità mentalizzante (empatia cognitiva) del percipiente di rappresentarsi il contenuto degli stati mentali del target è predittiva di un successivo comportamento prosociale (Batson, 1991, 2011; Tomasello et al., 2005).

Pertanto, la relazione esistente tra le sottocomponenti dell'empatia individuate da Zaki e Ochsner è complessa, irriducibile e non deterministica. La teorizzazione sull'empatia dei due autori è confutata da recenti ricerche neuroscientifiche *evidence-based* le quali hanno confermato l'esistenza di circuiti cerebrali diversi per le componenti dell'empatia e, inoltre, ne hanno trovato il correlato neurale che dimostra l'interconnessione esistente tra di esse. Quest'ultimo tema, data l'importanza che riveste per lo studio di validazione psicometrica della TES, quale strumento che possa indagare l'empatia come processo multidimensionale che emerge come tratto peculiare in talune forme psicopatologiche, verrà trattato distintamente nel prossimo paragrafo.

2.2 Il modello neuroanatomico dell'empatia di Shamay-Tsoory

Precedentemente si è accennato al coinvolgimento di circuiti neurali diversi a giustificazione di un approccio multidimensionale all'empatia. Sebbene l'empatia affettiva e la mentalizzazione siano precursori di uno stesso obiettivo di comprensione e risposta allo stato interno di un'altra persona, gli studi neuroscientifici nel periodo 1995-

2005 hanno individuato l'esistenza di sistemi neurali diversi così come in parte è emerso nel capitolo precedente a proposito delle psicopatologie legate ai deficit d'empatia. Al fine di comprendere l'evoluzione delle scoperte neuroscientifiche che combinano le diverse componenti dell'empatia con comportamenti a essa relati, è opportuno menzionare due prospettive teoriche che hanno acceso il dibattito. Da un lato i teorici della ToM, i quali asseriscono che l'empatia sia analoga alla teoria della mente poiché un soggetto può dalle proprie credenze e desideri (costrutti teorici di base) racchiusi in un sistema di regole, inferire il comportamento, pensieri e sensazioni di un altro individuo (Wellman & Wooley, 1990). Dall'altra parte coloro che adottano una prospettiva di simulazione (Gallese et al., 1999) affermano invece che l'osservatore si rappresenti lo stato mentale di un altro individuo per mezzo di una risonanza viscerale tra i propri e altrui stati interni, pertanto l'osservatore tenta di imitare, in modo inconsapevole, l'attività mentale del target. La teoria dei neuroni specchio supporta la prospettiva di simulazione poiché è nata dalla scoperta nelle scimmie di un'attivazione della corteccia premotoria ventrale sia quando compiono un'azione sia quando la osservano (Gallese et al., 1999). Nel complesso le due visioni possono conciliarsi adottando una prospettiva multidimensionale dell'empatia che da un lato supporta la tesi di un coinvolgimento delle aree della corteccia attivate nell'attribuzione degli stati mentali (come asseriscono i teorici della ToM) e dall'altro la tesi di un coinvolgimento delle vie neurali durante il tentativo di replicare lo stato affettivo del target (teorici della simulazione); detto in altri termini è possibile individuare da una parte un processo cognitivo "distaccato" maggiormente vicino alla Tom ovvero l'empatia cognitiva e dall'altro una maggiore vicinanza ai processi di simulazione per l'empatia affettiva.

Le scoperte scientifiche evidenziano inoltre che i sotto-processi affettivi e cognitivi dell'empatia implicano anche sistemi neurochimici differenti, infatti l'incremento di ossitocina, associata all'attaccamento e legame tra pari, modula l'empatia affettiva (Hurlemann and others 2010), mentre il sistema dopaminergico si associa all'empatia cognitiva com'è stato osservato in un gruppo di bambini in età pre-scolare (Lackner et al., 2010).

Per quanto riguarda l'empatia affettiva, essa si lega a un meccanismo denominato "risonanza neurale" che si caratterizza per l'attivazione neurale simultanea quando un soggetto sperimenta un determinato stato interno e quando lo osserva manifestarsi in un

altro individuo. La risonanza neurale accompagna le esperienze dirette e l'osservazione delle medesime in altri guidando: intenzioni motorie (Rizzolatti et al., 2010), esperienze sensoriali (Keysers e al., 2010) e stati viscerali come dolore e disgusto (Lamm e al., 2010). Shamay-Tsoory (2011) ha in tal senso il merito di aver proposto un modello neuro-anatomico onnicomprensivo dei processi menzionati. Procedendo con ordine l'MNS (Sistema dei Neuroni Specchio), in stretta relazione con l'empatia affettiva, è stato identificato nel giro frontale inferiore (IFG) e lobo parietale inferiore (IPL). L'IFG è coinvolto nel momento in cui il soggetto recupera dalle proprie rappresentazioni immagazzinate scopi e intenzioni di agire (Rizzolatti e al., 2009). Pertanto, non soltanto l'MNS è coinvolto nei processi empatici ma funge anche da supporto nell'atto motorio dell'individuo (Thioux e al., 2008). Specificatamente vi sono numerose evidenze che attestano il coinvolgimento dell'IFG nel contagio emotivo e riconoscimento emotivo, a titolo d'esempio attraverso l'EEG (elettroencefalogramma) si è rilevata l'attivazione di quest'area cerebrale durante un compito di *facial mimicry* (imitazione automatica delle espressioni facciali; Niedenthal, 2007). Inoltre, Shamay-Tsoory nel 2009 ha scoperto che lesioni corticali all'IFG correlano con deficit di contagio emotivo oltre che nel riconoscimento delle emozioni altrui (empatia affettiva) mentre lesioni che coinvolgono la corteccia prefrontale ventro-mediale esitano in *impairments* a carico dell'empatia cognitiva. Peraltro, la condivisione del dolore coinvolge il network della corteccia cingolata anteriore (ACC) e l'insula, entrambi attivati quando si sperimenta o si osserva il dolore altrui (Decety and Echols 2010). Queste scoperte, dunque, avvalorano l'ipotesi secondo la quale l'empatia verso coloro che soffrono attivi circuiti neurali simili a coloro i quali sperimentano in prima persona il dolore. A fronte di quanto è stato detto appare evidente come il meccanismo di risposta empatica al dolore potrebbe determinare, a un livello più complesso, la condivisione empatica del dolore a tal punto da tradursi in un comportamento prosociale, facilitando in tal modo la cooperazione tra i membri (motivazione prosociale; Preston e al., 2002). Nel complesso, l'empatia legata al dolore in parte risulta essere un processo bottom-up automatico e in parte sembrerebbe essere mediata da processi top-down come dimostrato da recenti studi di neuroimmagine per i quali la risposta empatica al dolore è mediata da fattori contestuali e variabili interpersonali, tra cui la motivazione personale del soggetto. Ad esempio, Decety e colleghi nel 2010 hanno evidenziato come la regolazione emotiva empatica in un

campione di medici (i quali per lavoro sono ogni giorno a contatto con il dolore e la sofferenza dei pazienti) avviene rapidamente attraverso un'inibizione dei processi bottom-up automatici al fine di prevenire stati emotivi negativi congrui a quelli dei pazienti e poter, in tal modo, non esserne sopraffatti.

Riassumendo è possibile concludere che le regioni cerebrali primariamente coinvolte nei processi di empatia affettiva, per le ragioni sopramenzionate, secondo Shamay-Tsoory siano le seguenti: giro frontale inferiore (IFG), lobo parietale inferiore (IPL), corteccia cingolata anteriore (ACC) e l'insula anteriore. A tal proposito, le aree cerebrali deficitarie individuate precedentemente a proposito della schizofrenia (ACC), disturbo narcisistico (insula anteriore di sinistra) e antisociale di personalità (ACC) sono in attivazione durante i processi di empatia affettiva individuati da Shamay-Tsoory (vedi tabella 1), pertanto in questo gruppo di rilevanza clinica è possibile dedurre *impairments* a carico dell'empatia affettiva.

D'altro canto, l'empatia cognitiva sembrerebbe coinvolgere la ToM, quest'ultima definibile come l'abilità di rappresentarsi gli stati mentali degli altri, i loro pensieri, desideri, credenze, intenzioni e conoscenze (Frith, 1989; Leslie, 1987; Premack & Woodruff, 1978). Shamay-Tsoory evidenzia alcuni elementi che ritiene possano essere dei prerequisiti per l'empatia cognitiva: funzioni cognitive di ordine superiore riguardo la distinzione sé-altro, la ToM affettiva e cognitiva e la memoria autobiografica.

Per quanto riguarda il primo punto, è fondamentale per possedere la capacità di mentalizzazione saper distinguere le azioni generate da sé o dagli altri (Mitchell 2009). Zaki e colleghi nel 2009 hanno individuato a tal proposito la vmPFC (corteccia prefrontale ventro-mediale) e in parte TPJ (giunzione temporo-parietale) come responsabili di una rappresentazione condivisa di sé e dell'altro; a tal proposito è necessario un inciso: l'area TPJ ha un ruolo chiave nell'interconnessione dei correlati neurali di empatia cognitiva e affettiva come emergerà in seguito.

Riprendendo il discorso, a proposito del prerequisito dell'empatia cognitiva, dato che Mitchell (2009) ha proposto che la vmPFC, coinvolta nell'auto-riflessione, abbia un ruolo chiave nel valutare somiglianze e differenze rispetto agli stati mentali dell'altro, è possibile considerarne un suo coinvolgimento nella ToM affettiva, deputata quest'ultima a inferire le emozioni altrui. D'altro canto il processo di inferenza delle credenze altrui, la cui area cerebrale coinvolta è la dmPFC, è compito della ToM cognitiva. Di

conseguenza, la vmPFC, strettamente connessa all'amigdala, è attivata nei processi di ToM affettiva. In ambito psicopatologico, deficit nella distinzione sé-altro sono visibili in soggetti afferenti allo spettro autistico (DSM 5) di cui è già nota la carenza nello sviluppo della teoria della mente.

Infine, considerando l'ultimo prerequisito, Rabin e colleghi nel 2010 hanno riportato che il lobo temporale-mediale di sinistra che include l'ippocampo (HC) ha un ruolo di mediatore tra la ToM e l'intensità degli eventi. È noto già da tempo il coinvolgimento dell'ippocampo nei processi di memoria pertanto è comprensibile dedurre che le memorie autobiografiche siano anch'esse coinvolte nel processo di inferenza degli stati mentali altrui.

Nel complesso, gli studi di neuroimmagine funzionale su pazienti lesionati mostrano che la vmPFC ha un ruolo chiave nel network neurale dell'empatia cognitiva, si tratta di un sistema recente, considerando l'evoluzione filogenetica della specie umana, oltre che unico nei primati. Riassumendo è possibile concludere che le regioni cerebrali primariamente coinvolte nell'empatia cognitiva, per le ragioni sopramenzionate, secondo Shamay-Tsoory siano le seguenti: corteccia prefrontale ventro-mediale (vmPFC), corteccia prefrontale dorso-mediale (dmPFC) e ippocampo (Shamay-Tsoory, 2011). Pertanto, le aree cerebrali deficitarie individuate in soggetti con schizofrenia (vmPFC), autismo (vmPFC) e disturbo borderline di personalità (PFC, HPC, vedi tabella 1) nel modello onnicomprensivo di Shamay-Tsoory si attivano, in condizioni normali, durante i processi di empatia cognitiva confermando dunque l'esistenza in questa popolazione clinica eterogenea di deficit selettivi a carico dell'empatia cognitiva.

Nella seguente tabella (3) sono sintetizzati i circuiti neurali coinvolti nelle componenti affettiva e cognitiva dell'empatia.

Tabella 3- circuiti neurali separatamente coinvolti nelle componenti affettiva e cognitiva dell'empatia

Empatia affettiva	Empatia cognitiva
Giro frontale inferiore (IFG)	Corteccia prefrontale ventro-mediale (vmPFC)
Lobo parietale inferiore (IPL)	Corteccia prefrontale dorso-laterale (dmPFC)

Insula anteriore

Sebbene i due network cerebrali (di empatia affettiva e cognitiva) lavorino indipendentemente, sono anche interconnessi. L'MNS è un sistema base per l'attivazione del complesso della ToM. A tal proposito Van Overwalle e Baetens (2009) partendo dal presupposto secondo cui l'MNS (Sistema dei neuroni specchio) e il network della mentalizzazione talvolta sono attivati simultaneamente, affermano che è possibile che l'MNS fornisca un rapido e intuitivo input di attivazione al sistema della mentalizzazione. Secondo gli autori sarebbe la regione TPJ (per la mentalizzazione) il candidato ideale per assolvere a questa funzione di comunicazione con le aree deputate al sistema dei neuroni specchio per via della prossimità alla regione IPL, quest'ultima difatti è coinvolta durante i processi di empatia affettiva.

Pertanto, tramite le evidenze neuroscientifiche è possibile dimostrare l'esistenza di diverse componenti dell'empatia che assolvono a specifiche funzioni neuro cognitive e di regolazione emotiva, le quali possono selettivamente presentarsi deficitarie in soggetti con esiti psicopatologici. L'empatia, nella sua complessità, si mostra anche per l'interconnessione e mutua-attivazione dei sistemi cerebrali deputati alle singole componenti, argomentazione che trova riscontro nel modello neuroanatomico proposto da Shamay-Tsoory.

Feshbach nel 1987 afferma: "l'empatia è concepita come l'esito di processi affettivi e cognitivi che operano congiuntamente". Pertanto, il correlato neurale individuato da Sahmay-Tsoory è un supporto *evidence-based* alla teorizzazione di Zaki e Ochsner per due ragioni:

1. Supporta la tesi secondo cui l'empatia sia un costrutto multidimensionale evidenziandone le diverse vie neurali coinvolte
2. Evidenzia l'interconnessione tra le diverse componenti

Sintetizzando dunque quanto condiviso finora, nella rassegna storica si è giunti a concettualizzare l'empatia come processo multidimensionale e interpersonale, declinando il costrutto in quanto tratto disposizionale stabile e come stato. Analogamente, approfondendo il ruolo che ha assunto l'empatia di tratto e di stato nella pratica

psicoterapeutica ponendo in evidenza il fenomeno dell'empatia nella prospettiva del terapeuta e nella prospettiva della psicopatologia del paziente, è emersa una visione interpersonale dell'empatia come costrutto multidimensionale. A tal proposito la teorizzazione tripartita di Zaki e Ochsner, supportata dalle ricerche *evidence-based* di Shamay-Tsoory, è tra i contributi teorici odierni maggiormente accreditati. Nonostante ciò, nel panorama scientifico attuale sebbene esistano una pluralità di strumenti atti a indagare il fenomeno dell'empatia, nessuno la misura come costrutto multidimensionale in ottica interpersonale. La Tripartite Empathy Scale in tal senso è una misura che rileva l'empatia in una diade come fenomeno interpersonale e suddivisa in tre sottoscale per cogliere le tre componenti dell'empatia: affettiva, cognitiva e prosociale. Il prossimo capitolo sarà dunque dedicato alle misurazioni dell'empatia presenti in letteratura per comprendere l'innovazione e unicità di uno strumento come la TES per la ricerca e pratica in psicoterapia ma non solo.

CAPITOLO 3: STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DELL'EMPATIA

3.1 Strumenti che indagano l'empatia presenti in letteratura

Attualmente non è ancora presente una definizione univoca e universale del costrutto empatia come è emerso da una review che ha indagato le definizioni di empatia a cavallo tra gli anni '90 e 2000 (Gerdes e al., 2010). Coerentemente, la misurazione dell'empatia ha sempre rappresentato una sfida aperta che ancora oggi non trova un vincitore a causa della frammentarietà e pluralità di ambiti e contesti che hanno tentato di fornirne una teorizzazione e misurazione senza, tuttavia, mai pervenire a un accordo comune.

Facendo un passo indietro, già a partire dagli anni '40 sono nate scale di misure dell'empatia come, per esempio, la Scale for the measurement of empathic ability di Dymond (1949) la quale risentì dell'approccio cognitivista all'epoca dominante. Successivamente nacquero scale di misura basate sulle emozioni tra cui "The Emotional Empathic Tendency Scale di Mehrabian e Epstein nel 1972 e l'Empathy Scale di Hogan's (1969). Tuttavia, gli strumenti realizzati in quegli anni hanno sempre trattato l'argomento in ottica intrapersonale.

Tra gli anni '80 e '90, gli psicologi dello sviluppo e sociali iniziarono invece a enfatizzare la multidimensionalità dell'empatia in termini di stati affettivi fisiologicamente sincronizzati, processi cognitivi, autoconsapevolezza delle proprie sensazioni e regolazione emotiva (Batson, 1987; Batson e al., 1997; Eisenberg e al., 1994; Gross, 1998). Nacquero in tal modo le prime misurazioni fisiologiche di conduttanza cutanea e battito cardiaco volte a indagare l'empatia come stato specifico (Levenson e al., 1992).

Dagli anni '90 ad oggi le misurazioni sull'empatia sono state influenzate dagli sviluppi dalle neuroscienze socio-cognitive. Una recente revisione della letteratura ha raggruppato le misurazioni dell'empatia in tre tipologie: strumenti self-report, metodi comportamentali e osservazionali (*performance-based*, scale di valutazione) e approcci neuroscientifici (Neumann e al., 2015; Hemmerdinger e al., 2007).

Per quanto riguarda i questionari self-report, essi sono strumenti di auto-valutazione somministrati carta e penna o online. Da un altrettanto recente revisione della letteratura (2017) riguardo agli strumenti utilizzati per indagare l'empatia, negli ultimi 15 anni, è emerso che la maggior parte degli studi ha utilizzato strumenti self-report.

Tra di essi compare in cima alla lista l'Interpersonal Reactivity Index di Davis (IRI; 1983). Nello specifico il questionario è composto da 28 item e misura le reazioni e l'esperienza personale vissuta da un individuo mentre osserva un altro individuo. Le risposte agli item sono valutate su una scala likert a 5 punti dal "non mi descrive bene" al "mi descrive molto bene" (Davis, 1983; Davis e al., 1987). L'IRI è stato creato al fine di indagare diverse tendenze empatiche nel soggetto tramite 4 sottoscale di 7 item ciascuna: prospettiva altrui, fantasia, preoccupazione empatica, angoscia personale. In particolare, le prime due sono relate all'empatia cognitiva e le altre due all'empatia affettiva; nel complesso lo strumento si promuove di indagare caratteristiche cognitive ed emotive dell'empatia come tratto (Rogers e al., 2007). È importante citare l'Iri in quanto (come verrà specificato nel capitolo 4) nella validazione della TES è stato somministrato ai partecipanti per un'analisi convergente-divergente del costrutto empatia; tuttavia, l'Iri nasce da una visione intrapersonale del costrutto, pertanto, si discosta dall'idea secondo la quale l'empatia sia un fenomeno emergente in una diade interagente infatti, coerentemente, indaga soltanto le capacità empatiche in singoli individui (empatia di tratto).

Tra i vantaggi degli strumenti self-report vi è la facilità e velocità di somministrazione anche a campioni ampi di popolazione, oltre che punteggi con scoring validi e affidabili in quanto non sono soggetti a inferenze da parte dello sperimentatore (Ilgunaitė e al., 2017). Inoltre, la rapidità di somministrazione si affianca a un'economicità d'uso nell'impiego dei questionari self-report.

Tuttavia, gli strumenti self-report poiché si basano su auto-valutazioni, sono soggette a manipolazioni personali conseguenti alle credenze del soggetto riguardo a ciò che ritiene sia giusto o desiderabile rispondere (Baumeister e al., 2007). In aggiunta, è stato appurato che il partecipante (colui che si sottopone all'autovalutazione), involontariamente, potrebbe non essere in grado di rilevare accuratamente il proprio stato interno e d'altronde non è scontato che abbia davvero compreso semanticamente gli item poiché i questionari self-report si presentano in un format preimpostato uguale per tutti i partecipanti non prevedendo dunque una spiegazione per ogni singolo item (Gennario e al., 2021; Anderson, 1980). Un ulteriore elemento di fragilità dei questionari self-report, risiede nelle risposte fornite a domande sui comportamenti e nello specifico sulla frequenza dei comportamenti messi in atto, appare infatti improbabile che il soggetto sia in grado di

ripescare nella memoria eventi autobiografici dettagliati ma anzi è più probabile che abbia immagazzinato rappresentazioni generiche e, coerentemente, fornisca risposte frammentate basate su una stima soggettiva di frequenza del comportamento messo in atto (Sudman e al., 1996).

Per quanto riguarda il criterio temporale, è più probabile che i test siano validi qualora indaghino esperienze temporalmente vicine nel tempo rispetto a eventi passati di cui il soggetto fatica a recuperare le informazioni immagazzinate in memoria (Rbsonson e al., 2002).

Approfondiamo dunque la seconda categoria di strumenti che comprende i metodi comportamentali di tipo osservativo, i quali si basano su stimoli forniti sperimentalmente, o d'altro canto, i test di performance o ancora valutazioni formulate da giudici esterni che si servono di griglie standardizzate. Un esempio di test *performance-based* è il Performance-Based Measure of Empathy che è composto da 3 compiti somministrati a computer: percezione facciale affettiva, risposta affettiva, percezione della prospettiva emotiva dell'altro. Al partecipante è chiesto di riconoscere le emozioni suscitate da stimoli visivi e scegliere la risposta il più velocemente possibile; pertanto, è una misurazione che rileva l'accuratezza e rapidità di comprensione dello stato emotivo altrui (Derntl e al., 2009). Tuttavia, sono strumenti che si basano principalmente sulla componente cognitiva dell'empatia e indagano il costrutto univocamente come stato, pertanto non sono adeguati a cogliere la multidimensionalità del costrutto e a indagare l'empatia declinata come tratto; oltre a ciò l'estrema semplificazione con cui vengono creati i paradigmi sperimentali non garantiscono un'accuratezza reale nello stimare l'empatia dell'individuo che, in situazioni naturalistiche, è un fenomeno complesso che coinvolge più persone (Reid e al., 2012).

Con l'avvento delle neuroscienze l'approccio allo studio e misurazione dell'empatia si è rinnovato introducendo nuove tecniche, arriviamo dunque alla terza categoria di strumenti che raccoglie le tecniche di immagine cerebrale, di cui fanno parte: l'fMRI, elettroencefalogramma (EEG), elettromiografia facciale (EMG) e tecniche tese a rilevare il funzionamento del sistema nervoso autonomo attraverso misurazioni fisiologiche (conduttanza cutanea, battito cardiaco). A titolo d'esempio, il paradigma di attivazione dell'fMRI (Vollm e al., 2006) che si utilizza per evidenziare le aree cerebrali relate ai processi empatici, è un paradigma di visualizzazione in cui vengono mostrati al soggetto

diverse vignette in blocchi di figure. All'inizio del paradigma sperimentale vengono poste una serie di questioni al soggetto al fine di stimolare uno stato mentale analogo in tutti i partecipanti, a tal proposito è richiesto al partecipante di empatizzare con il protagonista della storia per fare una previsione su cosa potrà accadere successivamente o come si sente in un determinato momento. Dopo la visualizzazione delle vignette, ciascun partecipante dovrà quindi scegliere tra due vignette quale, secondo lui, è il proseguo della storia. Pertanto, la risposta corretta è indice di un alto livello di empatia e, contemporaneamente, vengono rilevate tramite fMRI le regioni del cervello attive durante la condizione di empatia sollecitata (Kim e al., 2010).

L'EMG invece è utilizzato per cogliere l'attività elettrica dei muscoli facciali poiché si pensa che le reazioni facciali siano correlate a reazioni emotive (Ekman e al., 1975; Tomkins, 1991). Pertanto, ciò che viene osservato sono: le reazioni facciali in situazioni face-to-face dei partecipanti e il tempo impiegato per farlo, partendo dal presupposto che minore è il tempo intercorso e maggiore è la comprensione degli stati altrui. Ciononostante, è presente un *bias* interno dello strumento: il soggetto può controllare le proprie reazioni (Sonnby-Borgstrom e al., 2003).

L'EEG, d'altra parte, è un metodo utilizzato per osservare le differenze dei livelli d'empatia in vari soggetti. L'EEG viene realizzata durante un paradigma di somministrazione di stimoli visivi a computer in cui il soggetto osserva immagini che elicitano, nelle varie condizioni, emozioni differenti: positive, neutre, negative. Al termine delle quali viene chiesto al soggetto di valutare su una scala a 9 punti cosa ha suscitato in lui ogni immagine: piacere, dispiacere, né l'uno né l'altro. I partecipanti che attribuiscono più punti nelle immagini di rilevanza emotiva sono considerati maggiormente empatici e contemporaneamente è possibile osservarne l'attività cerebrale tramite EEG che mostra quali aree si attivano in base all'input fornito (Demidova e al., 2014).

Nel complesso le misurazioni neuroscientifiche dell'empatia hanno il vantaggio di misurare oggettivamente e in termini quantificabili il costrutto di riferimento sebbene necessitino di protocolli standardizzati per garantire omogeneità, affidabilità e validità di misurazione. D'altra parte, sono strumenti molto costosi che per giunta richiedono un esperto del settore per la somministrazione e, inoltre, le immagini presentano una bassa risoluzione temporale (Neumann e al., 2015).

3.2 Limiti degli strumenti self-report per l'empatia

Dall'insieme emerge una vastità e diversità di metodologie impiegate per la misurazione dell'empatia che da un lato potrebbe sembrare vantaggioso poiché garantirebbe una potenziale misurazione di tutte le componenti, d'altra parte la frammentarietà di misurazioni potrebbe essere determinata da diversi fattori: condizioni specifiche di diversità di situazioni o diversità di popolazioni, ad esempio popolazioni con un'ideologia di ciò che comunemente è desiderabile diversa da quella occidentale, o più in generale al fatto che i ricercatori non abbiano trovato un strumento realmente valido e affidabile o, d'altro canto ancora, la complessità del costrutto, come fenomeno interpersonale, potrebbe aver avuto un ruolo determinante nell'impossibilità di pervenire a uno strumento di misurazione univoco (Neumann e al., 2015).

La ricerca propedeutica alla creazione della TES si è indirizzata all'approfondimento dei questionari self-report dell'empatia che sono quelli maggiormente utilizzati, come precedentemente illustrato (Ilguinate, 2017). Infatti, le misure self-report dell'empatia sono ritenute particolarmente valide per indagare le esperienze emotive esperite in un particolare momento (empatia di stato; Robinson e al., 2002). Tuttavia, gli studi non dimostrano un'altrettanta affidabilità delle misure self-report nel riportare ciò che abitualmente prova un soggetto come tratto generale (empatia di tratto; Barrett e al. 1998). La Tripartite Empathy Scale consente di superare questo limite poiché prevede anche una versione di tratto (come già menzionato) che, a differenza dei questionari self-report finora presenti, indaga se vi sia concordanza tra l'empatia che un soggetto abitualmente percepisce nella relazione con l'altro e l'empatia che l'altro ritiene di aver comunicato al primo, dunque è possibile dedurre che da una maggiore concordanza tra la diade sia possibile inferire la presenza di una maggiore accuratezza empatica.

I questionari self-report, d'altra parte, risentono anche della soggettività e motivazione di colui che risponde agli item.

È necessario porre in evidenza anche che i questionari self-report in uso fanno ancora riferimento a un costrutto monodimensionale, o al più, si riferiscono a un'empatia bipartita: affettiva e cognitiva, a titolo d'esempio il "Questionario di empatia affettiva e cognitiva" (Raniers e al., 2011), se non a un'empatia ancora più generica come nel caso del "Narcissism-Alloofness-Confidence-empathy-Scale (Munro e al., 2005). Allo stesso modo una recente review sulle misurazioni delle emozioni (2009) ha appurato che le

misure esistenti per indagare le emozioni e, coerentemente, l'empatia appaiono sensibili indiscriminatamente ad aspetti differenti di uno stesso costrutto. Inoltre, i questionari self-report sull'empatia mostrano deboli associazioni con le misure psicofisiologiche (Mauss e Robinson, 2009) e comportamentali (Dang e al., 2020) precedentemente accennate. Emerge dunque che nel panorama scientifico attuale non esiste ancora uno strumento "gold standard" che misuri le risposte empatiche dei soggetti partendo dal presupposto che l'empatia sia un processo multidimensionale, come supportato dalle ricerche più recenti, in cui interagiscono variabili situazionali e individuali (Mauss e al., 2009; Reniers e al., 2012; Baron-Cohen e al., 2004; Davis, 1983).

Inoltre, vi sono delle ragioni psicometriche e inerenti al fenomeno della desiderabilità sociale che rendono le risposte alle misure self-report dell'empatia inaffidabili e distorte. Infatti, essere empatici è considerato nella società odierna un tratto sociale desiderabile soprattutto per alcuni impieghi lavorativi (tra cui insegnanti, terapeuti, ...) pertanto è una variabile che è necessario porre sotto controllo poiché le misure self-report, basandosi sulle risposte fornite dal soggetto, sembrano maggiormente tese a misurare l'aspirazione di quest'ultimo a essere maggiormente empatico piuttosto che la capacità di farlo. A tal proposito la Basic Empathy Scale (BES) di Jolliffe e Farrington, nel 2006 è sorta con l'intento di controllare il fenomeno della desiderabilità sociale introducendo una scala a 6 item già esistente in letteratura ovvero la "Lie Scale of the Eysenck Personality Questionnaire (Jolliffe e al., 2006; Eysenck e al., 1991). La desiderabilità sociale, oltre a essere un fenomeno generico che si manifesta nella popolazione generale, in alcuni individui maggiormente predisposti potrebbe anche essere indice di un'incapacità nel riportare i propri stati emotivi negativi (Paulhus e al., 1991; Welte e al., 1993). Per tutte queste ragioni la TES è somministrata, e poi confrontata, con una molteplicità di questionari, tra cui la SDRS che indaga i livelli di desiderabilità sociale. Una seconda differenza individuale di cui i questionari self-report non tengono conto è il fenomeno dell'alessitimia che determina nel soggetto un'incapacità nell'esprimere, e di conseguenza nel riportare, le proprie esperienze emotive sebbene d'altro canto le possa esperire adeguatamente (Lane e al., 1997). Analogamente a quanto accade per il controllo della desiderabilità sociale, la validazione psicometrica della Tripartite Empathy Scale prevede la somministrazione della TAS (Toronto Alexythymia Scale) a tutti i partecipanti (vedi capitolo 4).

In sintesi, i questionari self-report trascurano un aspetto rilevante: non tutti gli individui sono consapevoli e in grado di riportare accuratamente il proprio stato emozionale interno.

Un ulteriore limite intrinseco dei questionari self-report per la misurazione dell'empatia, sono i bias di presentazione poiché le risposte sono influenzate da ciò che pensano gli altri e dalle proprie auto-percezioni (ad esempio stima di sé, stereotipi), pertanto il soggetto può consciamente falsificare le risposte, tenuto in considerazione che, anche inconsciamente, non si può prescindere supporre che i partecipanti siano consapevoli di ciò che provano e lo sappiano altrettanto accuratamente riportare (Eisenberg e al., 1990). A tal proposito un bias cognitivo che può incidere sulle risposte fornite ai questionari self-report in modo inconsapevole è l'effetto alone, esso è generalmente inteso come la tendenza a fornire giudizi riguardo attributi specifici di un altro individuo in base a valutazioni globali preconcepite che influenzano e alterano inconsapevolmente le risposte agli item (Nisbett e al., 1977).

Infine, è opportuno considerare che i questionari self-report non colgono la complessità delle interazioni nella vita reale poiché risentono di una visione intrapersonale pregnante negli autori del '900 che si sono approcciati al costrutto dell'empatia, pertanto non ci sono garanzie che sappiano cogliere il fenomeno nelle sue sfaccettature in una visione più ampia che coinvolge due individui e, più in generale, non ci sono garanzie che siano misure affidabili (Baumeister e al., 2007).

Dunque, sebbene i questionari self-report siano strumenti che più di altri hanno cercato di avvicinarsi a una visione multi-componenziale del costrutto, d'altro canto presentano una pluralità di svantaggi da un punto di vista teorico e metodologico.

3.3 La necessità di un nuovo strumento per la misurazione dell'empatia

Per le ragioni espresse nei due paragrafi precedenti, è necessario un nuovo strumento che indaghi l'empatia in una prospettiva interpersonale, coerentemente con i risultati delle ricerche più recenti e con una visione del costrutto come emergente dall'interazione di, almeno, due individui. Lo studio ha pertanto creato e validato uno strumento ovvero la TES (Tripartite Empathy Scale) che è un questionario che nasce dal modello tripartito di Zaki e Ochsner (2012,2016) che, oltre a essere tra le più recenti e aggiornate teorizzazioni sull'empatia, è anche avvalorato da evidenze neuroscientifiche. La struttura della TES,

prevista in una versione di stato e una di tratto, si ispira alla sottoscala *Empathic Understanding* di Barrett Lennard (1978) pertanto, analogamente, prevede una declinazione di uno stesso item per entrambi i soggetti della diade interagente: versione PE (Perceived Empathy) e OE (Own Empathy) ovvero il primo è colui che percepisce l'empatia provata dall'altro nei suoi riguardi e il secondo è colui che riflette sulla propria empatia sperimentata verso l'altro. Ciò che tuttavia contraddistingue la TES rispetto allo strumento di Barrett Lennard è anzitutto l'attualizzazione dello strumento rispetto all'*Empathic Understanding* che è datato alla seconda metà del secolo scorso e la possibilità di un'applicazione in una pluralità di contesti; pertanto, non soltanto nella pratica clinica come è stato fatto da Barrett-Lennard.

Per giunta alla comunità scientifica occorre uno strumento come la TES che:

- ovvi alle limitazioni degli strumenti self-report presenti in letteratura ispirati a una prospettiva auto-valutativa e intrapersonale introducendo una misura dell'empatia in un'accezione interpersonale
- indagli le tre macro-componenti dell'empatia: affettiva, cognitiva e prosociale per ogni soggetto

CAPITOLO 4: VALIDITÀ PSICOMETRICA TES-T-OE & TES-S-OE

4.1 Ricerca e metodo

4.1.1 Costruzione e strutturazione del questionario

Il punto di partenza per la creazione della Tripartite Empathy Scale è stata un'analisi della letteratura esistente riguardo ai questionari recentemente in uso per misurare l'empatia. Si è dunque utilizzato la rassegna di Ilguinate e colleghi e, in particolare, si è presa visione dei questionari maggiormente utilizzati (Ilguinate e al., 2017). Successivamente, attraverso i motori di ricerca tra cui scopus, web of science e scholar si è proceduto a risalire all'articolo di validazione adottando come criterio di inclusione una validazione in lingua italiana e/o inglese.

Appurato che la TES è stata costruita adottando l'impianto teorico tripartito di Zaki e Ochsner (2012), sono stati valutati i singoli item selezionati dal pool di questionari maggiormente utilizzati e si è analizzato se valutassero le specifiche componenti dell'empatia considerate (affettiva, cognitiva, prosociale). In particolare, sono stati selezionati gli item con un peso statistico significativo (loading) maggiore in ciascuna sottoscala del questionario di partenza considerando sia le correlazioni item-scala sia le analisi esplorative e confermative condotte sulle strutture fattoriali. Dovevano inoltre essere in linea con una prospettiva interpersonale dell'empatia e suscitare l'interesse del ricercatore.

All'interno della rassegna di Ilguinate si è preso come riferimento per la struttura della TES lo strumento di Barrett-Lennard (1981) ovvero l'EUS (Empathic Understanding Scale), i cui item sono declinati in due prospettive così come poi è stato fatto con la TES, rispettivamente in come A abbia percepito la relazione con B e come B pensa si sia sentito A nella relazione. Pertanto, una volta associati gli item alle tre componenti, ogni item ha due versioni: TES-PE (Perceived Empathy) e TES-OE (Own Empathy) per essere somministrabile contemporaneamente ai due membri della diade poiché si indaga l'empatia come fenomeno interpersonale, ad esempio:

- TES-PE: sentivo che lui/lei cambiava lo stato d'animo al cambiare del mio
- TES-OE: Sentivo che il mio stato d'animo cambiava al cambiare del suo

Coerentemente a quanto esplicitato nel primo capitolo, si sono poi suddivisi gli item per versione di stato e tratto dell'empatia, la prima tesa a indagare l'empatia vissuta in una

situazione determinata con un altro soggetto e in un preciso momento relazionale, ad esempio: (“nell’*ultima interazione* vissuta mi sono sentito così”); la seconda rivolta alla modalità empatica abituale del soggetto durante le esperienze relazionali della vita quotidiana pertanto si riferisce a un arco temporale più duraturo e stabile (esempio: “*abituamente* mi trovo così”), a tal proposito la TES è suddivisa in altre due versioni: stato (TES-S) e tratto (TES-T).

Pertanto, nel complesso sono individuabili 4 versioni:

TES-T-PE; TES-T-OE; TES-S-PE; TE-S-OE

Da un iniziale gruppo di 141 item, con l’appaiamento degli item alle componenti individuate da Zaki e Ochsner si è arrivati a un gruppo di 82, dopo ulteriori selezioni si è giunti a 37 item per il tratto e 45 per lo stato, nel primo caso infatti sono presenti 7 item per la componente affettiva, 15 per la cognitiva e 15 per la prosociale. Pertanto, ogni componente è esplorata da 15 item, fatto salvo i 7 item per la componente di empatia affettiva nella scala di tratto. Tuttavia, l’obiettivo della validazione è la riduzione a 5 item per ogni sottoscala tesa a indagare le tre componenti.

Un ulteriore passaggio prima della validazione psicometrica dello strumento ha riguardato la verifica di feasibility (fattibilità della TES) in due fasi. A tal riguardo, nella prima fase, sono stati selezionati 7 studenti di psicologia tenuti allo scuro degli scopi della ricerca e, una volta fornite loro le definizioni delle tre componenti dell’empatia di Zaki e Ochsner, gli è stato chiesto di valutare il grado di associazione tra gli item e le rispettive componenti, al termine di questa prima fase sono stati modificati 18 item su 45. In una seconda fase 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 della TES. Ricevere un riscontro da un campione di popolazione comune ha permesso di modificare gli item (11 su 45) in modo tale da renderli maggiormente comprensibili e fruibili a chiunque.

Per quanto riguarda le risposte agli item, si è deciso di utilizzare una scala di risposta Likert a 4 punti che differisce per empatia affettiva e cognitiva, la prima prevede il seguente range di risposta: *mai/quasi mai- la minor parte del tempo- la maggior parte del tempo- quasi sempre/sempre*, la scelta è motivata dal fatto che sia difficile sintonizzarsi emotivamente in modo nettamente dicotomico (mai o sempre) con un altro individuo,

diverso è il caso dell'empatia cognitiva in cui infatti il range di risposta previsto oscilla da *mai- la minor parte del tempo- la maggior parte del tempo- sempre*.

In sintesi, la Tripartite Empathy Scale è un questionario autosomministrabile a una diade che si declina nelle due prospettive per i soggetti coinvolti: TES-PE e TES-OE. Presenta per ogni prospettiva una versione di tratto (TES-T) e una di stato (TES-S), la prima indaga l'empatia nello scambio relazionale abituale della diade valutando le interazioni passate e presenti, la seconda valuta l'empatia in un preciso scambio interattivo creato sperimentalmente. Al suo interno si compone di tre sottoscale volte a indagare le tre componenti dell'empatia: affettiva, cognitiva e prosociale. Dopo aver enunciato come si è arrivati alla creazione e strutturazione della TES, nel prossimo paragrafo verrà presentato il paradigma sperimentale per la raccolta dati in funzione delle analisi statistiche compiute per la validazione psicometrica dello strumento nelle versioni TES-T-OE e TES-S-OE. Infatti, l'attenzione del presente scritto sarà rivolta interamente alla versione Own Empathy, la quale indaga la percezione di un membro della diade sull'empatia trasmessa all'altro membro. L'obiettivo è di porre in evidenza i vantaggi che l'impiego della TES può avere nel contesto clinico e più specificatamente nelle mani del terapeuta. L'empatia del terapeuta e del paziente coinvolti in una relazione diadica è infatti un elemento chiave per la ricerca e pratica in psicoterapia.

4.1.2 Reclutamento dei partecipanti

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto per mezzo del campionamento a valanga, in particolare attraverso i principali canali social e per mezzo di passaparola tra conoscenti (Johnson, 2014). La raccolta dati è iniziata durante l'estate del 2020 e si è protratta per i successivi due anni.

Per tutti i partecipanti i criteri di inclusione erano i seguenti:

- Maggiore età
- Capacità di comprendere e parlare fluentemente la lingua italiana
- Aver convissuto o convivere da almeno/ per 12 mesi

Il campione di partecipanti raccolto per la validazione psicometrica della TES era composto complessivamente di 241 soggetti. In seguito a una cernita per errori durante la somministrazione e/o compilazioni incomplete e, considerando il focus sulla TES-OE di tratto e stato, il campione è così composito: 142 partecipanti hanno compilato la TES-T-

OE e re-test TES-T-OE; per quanto riguarda la TES-S-OE è stata compilata complessivamente da 168 partecipanti; infine, il numero di partecipanti che ha compilato sia la TES-T-OE sia TES-S-OE è di 129 soggetti.

Nella tabella seguente (tabella 4) sono sintetizzati i dati demografici principali facendo riferimento ai due campioni distinti per TES-T-OE e TES-S-OE:

Tabella 4

	TES-T-OE (N= 142)	TES-S-OE (N=168)
Sesso		
Femmine	94 (66.2%)	127 (75.6%)
Maschi	48 (33.8%)	41 (24.4%)
Età		
Media (sd)	34.11	32.05 (13.52%)
Range	18-71	18-71
Livello di scolarità		
Diploma scuola media inferiore	16 (11.27%)	16 (9.5%)
Qualifica professionale	8 (5.63%)	7 (4.2%)
Diploma scuola media superiore	63 (44.37%)	57 (33.9%)
Laurea	53 (37.32%)	86 (51.2%)
Formazione superiore (es. PhD)	2 (1.41%)	2 (1.2%)

4.1.3 Strumenti

La validazione psicometrica della Tripartite Empathy Scale prevede la somministrazione di una pluralità di questionari antecedenti alla somministrazione della TES-OE (e TES-PE) nelle versioni di tratto e stato. A tal proposito è presentato un breve riepilogo degli strumenti utilizzati:

- Raccolta di dati demografici (15 domande);
- Symptom Checklist (SCL; 90 domande) per indagare i sintomi depressivi e ansiosi (Prunas, 2012) si compone di 10 sottoscale sebbene ai fini di una validità divergente (vedi risultati) verranno prese in considerazione soltanto le sottoscale di ostilità (HOS) e ideazione paranoide (PAR):
 1. SOM (Somatizzazione) indaga disturbi provenienti da dispercezioni riguardo al proprio corpo;

2. O-C (Obsessione-Compulsione) indaga la presenza di una costellazione di sintomi percepiti come intrusivi e fuori dal controllo dell'individuo in qualità di pensieri, impulsi e azioni;
 3. INT (Sensibilità interpersonale) indaga sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nei confronti di altre persone;
 4. DEP (Depressione) indaga un'ampia gamma di sintomi concomitanti a una sindrome depressiva;
 5. ANX (Ansia) indaga sintomi e comportamenti riconducibili a un'alta ansia manifesta;
 6. HOS (Ostilità) indaga la presenza di uno stato di rabbia per mezzo di pensieri, sentimenti e comportamenti a essa correlati;
 7. PHOB (Ansia fobica) indaga una risposta di paura persistente e sproporzionata nei confronti di persone, luoghi o eventi specifici e concomitanti comportamenti di evitamento/fuga;
 8. PAR (Ideazione paranoide) indaga un disturbo del pensiero caratterizzato da sospetto, paura di perdere l'autonomia mista a ostilità e idee di riferimento;
 9. PSY (Psicoticismo) indaga un'esperienza umana caratterizzata da ritiro, isolamento e stile di vita schizoide sebbene includa anche sintomi primari della schizofrenia;
 10. SLEEP (Disturbi del sonno) indaga la presenza di insonnia, sonno disturbato, risveglio precoce;
- Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; 8 domande) per la regolazione emotiva, si compone di 2 sottoscale (Balzarotti, 2010):
 1. Cognitive reappraisal (Rivalutazione cognitiva): indaga la capacità di un soggetto di riflettere su una situazione modificando il significato che assume per modularne l'impatto emotivo;
 2. Expressive suppression (Soppressione espressiva): indaga se il soggetto è capace di reprimere/modulare l'espressività all'esterno dell'emozione;
 - Social Desirability Scale versione breve di Marlowe-Crowne (SDRS; 5 domande; Rattazzi 2000);
 - Rosenberg Self-Esteem Scale per l'autostima (RSES; 10 domande; Prezza, 1997);

- Toronto Alexithymia Scale-II (TAS; 20 domande) per indagare l'alessitimia si compone di 3 sottoscale:
 1. DIF (Difficulty in identifying feelings) indaga la difficoltà nell'identificare e distinguere le emozioni dalle sensazioni corporee conseguenti a un aumento di arousal emotivo;
 2. DDF (Difficulty in describing feelings) misura la difficoltà del soggetto nello spiegare i propri sentimenti agli altri;
 3. EOT (Externally oriented thinking) misura uno stile cognitivo tipico dei soggetti alessitimici: pensiero orientato all'esterno;
- Autistic Quotient (AQ; 50 domande) per indagare la flessibilità o rigidità dei pensieri e comportamenti (Ruta e al., 2012)

In aggiunta, durante il paradigma sperimentale sono stati somministrati altri due questionari che in diverso modo indagano l'empatia, il primo per un confronto con la TES-OE di tratto e il secondo posto a confronto con la TES-OE di stato:

- Interpersonal Reactivity Index (IRI; 28 domande) di Davis che indaga l'empatia di tratto e si compone di 4 sottoscale (Albiero, 2006):
 1. PT (Perspective-taking scale) indaga la capacità di assumere il punto di vista dell'altro in modo non pianificato;
 2. FS (Fantasy Scale) misura la capacità di immedesimarsi e identificarsi in un personaggio immaginario;
 3. EC (Empathic concern) indaga sentimenti di compassione e preoccupazione per l'altro;
 4. PD (Personal distress scale) indaga il grado in cui un individuo prova disagio o preoccupazione di fronte a esperienze negative di un altro individuo;
- Empathic Understanding Scale (EUS; 16 domande) di Barrett-Lennard che indaga com'è vissuto il rapporto con un'altra persona; come già anticipato l'EUS è suddiviso in due prospettive: Other Toward Self (SEP-A nella versione in italiano) che valuta l'empatia percepita da un soggetto durante una sessione di psicoterapia con un altro soggetto e Myself to Others (SEP-B) che valuta la percezione di empatia che il soggetto B ritiene di aver comunicato ad A (Messina e al., 2013).

Arriviamo dunque a considerare lo strumento oggetto dell'intera validazione psicometrica, la Tripartite Empathy Scale (TES) declinata nelle seguenti sottoscale:

- TES-T & re-test TES-T di 37 domande l'una
- TES- S – PE & TES-S- OE di 45 domande l'una

4.1.4 Paradigma sperimentale

Allo scopo di rendere la Tripartite Empathy Scale uno strumento spendibile in una pluralità di contesti e al fine di rilevare l'empatia in ottica interpersonale, il paradigma sperimentale è stato pensato e realizzato in un momento di interazione tra due individui. Ricevuta dunque l'approvazione dal Comitato Etico, si è proceduto suddividendo il paradigma in 2 fasi sperimentali realizzate in videoconferenza su zoom e, per quanto riguarda la somministrazione dei questionari, si è utilizzato *Qualtrics* (piattaforma di experience management per creare e sottoporre sondaggi online).

Nello specifico, la prima fase prevedeva una durata di 45 minuti mentre la seconda, a distanza di un arco temporale compreso tra i 7 e 12 giorni, della durata di 75 minuti. Ad ogni coppia di partecipanti venne assegnato un codice identificativo per mantenerne l'anonimato (esempio: 012A-012B).

Durante la prima fase venne chiesto alle coppie di partecipanti singolarmente, tramite smartphone, di leggere e comprendere il consenso informato e, dopo averlo accettato, di rispondere a 15 domande demografiche, di seguito poi è stato somministrato loro una batteria di questionari (vedi 4.1.3 strumenti) al fine di indagare variabili indipendenti di controllo: SCL-90, ERQ, SDRS, RSES. Posto che l'SCL-90 (Derogatis, 1970) indaga una costellazione di sintomi comuni, da un'analisi di confronto tra la TES di tratto e stato e le sottoscale di ostilità e ideazione paranoide dell'SCL-90 ci si aspetta che sussista una relazione negativa, infatti come sostenuto nel paragrafo 2.1 e considerato che l'SCL-90 indaga un insieme di sintomi che potenzialmente possono appartenere a un quadro psicopatologico, si presume che il suddetto quadro possa inficiare con la capacità empatiche del soggetto nella sua interezza (ad esempio nella schizofrenia) o selettivamente (come accade nei disturbi di personalità).

Per quanto concerne l'ERQ, nasce come questionario self-report che indaga le differenze individuali, dunque tratti disposizionali del soggetto, nell'impiego di due particolari strategie di regolazione emotiva: la rivalutazione cognitiva e la soppressione espressiva. La regolazione emotiva, infatti, riguarda un gruppo di processi intrinseci ed estrinseci attraverso cui le persone monitorano, valutano e modificano la frequenza, intensità e

durata delle proprie reazioni emotive attraverso l'uso di differenti strategie per aumentare o ridurre la risposta emotiva (Thompson, 1994). Sebbene la ricerca non abbia mai indagato il legame esistente tra regolazione emotiva ed empatia, esistono oggi numerose teorizzazioni a supporto della tesi secondo cui siano in realtà due processi psicologici profondamente interconnessi poiché accumulati dalla gestione dei processi emotivi su più livelli (Decety, 2010; Thompson e al., 2019; Zaki, 2014). Per tali ragioni il presente studio ha indagato il legame esistente tra i costrutti sopramenzionati attraverso un'analisi correlazionale tra la TES di tratto e l'ERQ. In letteratura è emerso che una maggiore capacità di regolare i propri stati emotivi implichi migliori capacità empatiche nel soggetto in interazione con un altro individuo, ci si attende dunque l'esistenza di una relazione positiva tra l'empatia di tratto indagata dalla TES e la sottoscala di rivalutazione cognitiva dell'ERQ, la quale indaga la capacità del soggetto di risignificare gli eventi per regolarne l'impatto emotivo (Zaki, 2019). Diversamente si ipotizza che sussista una relazione negativa tra l'empatia di tratto e la soppressione espressiva (sottoscala dell'ERQ) ovvero la capacità del soggetto di reprimere l'espressione esterna delle emozioni (ad esempio per mezzo dell'espressione facciale) che, secondo la letteratura, porta ad esiti maladattivi, dunque a insuccessi, nella comprensione e condivisione degli stati emotivi dell'altro (Gross, 1998; McRae e al., 2020).

La scelta di indagare la desiderabilità sociale trova giustificazione nella critica mossa agli strumenti che indagano l'empatia poiché le persone tendenzialmente rispondono in base a quanto vorrebbero sembrare empatiche piuttosto che a quanto lo sono realmente; pertanto, in questo studio si è scelto di tenerne conto come variabile di controllo (Jolliffe, 2006).

Inoltre, introducendo anche il processo soggettivo dell'autostima, recenti studi hanno dimostrato che maggiore è la percezione di essere empatici, maggiore risulterà l'autostima associata e maggiore sarà la desiderabilità sociale (Eysenck e al., 1999). Pertanto, per quanto riguarda il fenomeno di desiderabilità sociale vi è l'aspettativa che la desiderabilità sociale indagata dall'SDRD (Social Desiderability Scale) non correli in modo significativo con il costrutto empatia indagato dalla TES-OE di tratto e stato che confermerebbe dunque l'ininfluenza di questo fenomeno sull'empatia indagata dalla TES-OE. D'altra parte, ci si attende invece che l'empatia indagata dalla TES-T-OE e TES-S-OE correli positivamente con l'autostima indagata dall'RSES poiché la Tripartite

Empathy Scale nella versione Own Empathy considera la percezione che il soggetto ha riguardo all'empatia percepita dall'altro membro della diade.

La batteria di questionari iniziali non si esaurisce qui, infatti ne sono stati somministrati altri per un'analisi della validità di costrutto, ovvero il grado di accordo (validità convergente) e disaccordo (validità divergente) tra indicatori che misurano uno stesso costrutto teorico.

Per quanto riguarda il calcolo della validità divergente, è stata somministrata anzitutto la TAS-II poiché già nel 1998 Davis e colleghi avevano individuato una correlazione debole e negativa tra empatia e Alessitimia nel misurare l'empatia cognitiva e affettiva tramite il Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE; Mehrabian & Epstein, 1972) e l'Hogan Empathy Scale (HSE; Hogan 1969) (Bressi e al., 1996; Davies e al., 1998). In termini psicologici significa che a una difficoltà nel sintonizzarsi e comprendere gli stati dell'altro vi è parallelamente un'incapacità nel riconoscere i propri stati emotivi. In aggiunta, sempre ai fini di una validità divergente, si è somministrato l'AQ poiché come già dichiarato nel capitolo 2, numerose ricerche dimostrano che i disturbi dello spettro autistico si associano a una deficitaria capacità di elaborare le emozioni e, più in generale, a un ridotto livello di empatia (Baron-Cohen, 2002; Baron-Cohen, 2004). Pertanto, l'ipotesi è che, coerentemente ai risultati riscontrati in letteratura, al crescere dei punteggi alla TES ci sia un decrescere del punteggio all'AQ.

D'altra parte, per approfondire la validità convergente, è stato somministrato l'IRI, nella prima fase, che verrà messo in relazione alla scala di tratto della TES (TES-T-OE) per verificare se entrambi gli strumenti indagano un'empatia di tratto e, nella seconda fase, l'EUS che verrà posto a confronto con la scala di stato della TES (TES-S-OE) poiché è l'unico strumento che indaga la relazione tra due persone in una situazione data pertanto diviene un metro di confronto per comprendere se effettivamente la TES-S stia indagando l'empatia come stato in uno specifico momento di interazione della coppia di partecipanti. Infine, durante la prima fase, è stata somministrata la versione di tratto della TES (TES-T-OE) individualmente a entrambi i partecipanti.

Nella seconda fase, a distanza di 7-12 giorni, è stato chiesto a ognuno della coppia di partecipanti di pensare a un evento positivo e uno negativo che avrebbero poi dovuto condividere con l'altro, tuttavia, per evitare un influenzamento reciproco, è stato

preliminarmente chiesto di condividere gli eventi scelti in modo separato allo sperimentatore senza la presenza e ascolto dell'altro membro della diade.

Più specificatamente, le istruzioni fornite ai partecipanti riguardo la scelta delle esperienze di vita sono le seguenti:

“Adesso ci sarà un momento di dialogo tra di voi su alcuni temi che sceglierete in modo indipendente. Chiedo perciò al partecipante A di restare nella stanza e a B di uscire un attimo. Le chiedo di pensare ad una esperienza negativa che ha vissuto nella sua vita, che l’ha fatta molto soffrire, che l’ha colpita per il dolore che le ha portato e che ora si sente di condividere con la persona convivente con cui sta facendo l’esperimento. Deve essere un evento che riguarda lei, senza che la persona convivente con cui sta facendo l’esperimento ne sia stata attivamente coinvolta. Può però scegliere un evento di cui la persona convivente con cui sta facendo l’esperimento è oggi a conoscenza.”

“Adesso la invito a pensare ad un evento con connotazione positiva, in cui ha vissuto emozioni di gioia e si è sentito/a bene, e che desidera condividere con la persona convivente con cui sta facendo l’esperimento.”

Si è poi proceduto a una fase di condivisione delle esperienze tra i membri, in un tempo definito di dialogo, in cui a turno esponevano il proprio evento e l'altro si poneva in ascolto benché potesse intervenire liberamente. Il tutto è avvenuto previa registrazione video (il cui consenso è stato dato durante la prima fase) senza la partecipazione dello sperimentatore che aveva il ruolo di uscire ed entrare virtualmente nella stanza zoom soltanto per scandire i tempi di dialogo alternati.

In questa seconda fase sono stati somministrati dopo il primo momento di interazione, a ciascuno inviato per e-mail a cui accedere tramite il proprio smartphone, la versione di stato della TES declinata rispettivamente per chi ha parlato del proprio evento negativo/positivo (TES-S-PE) e chi ha ascoltato (TES-S-OE), succeduti dall'EUS. Al termine del secondo momento di interazione in cui le parti si sono scambiate nel racconto degli eventi positivi/negativi, è stata nuovamente somministrata la TES di stato invertita; pertanto, chi in un primo momento ha compilato la TES-S-PE (colui che ha parlato) ha poi compilato la TES-S-OE (ha ascoltato) e viceversa per l'altro membro della diade, anche in questo momento è stato somministrato l'EUS.

Infine, a entrambi è stato chiesto di compilare nuovamente la TES di tratto (TES-T-OE) per verificare un'affidabilità test re-test, infatti la test-re test reliability è una misura che valuta la stabilità dei punteggi in somministrazioni successive di uno stesso strumento.

Le istruzioni fornite alla coppia (A e B) vennero poste nei seguenti termini:

- *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 TES 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 TES di stato più il re-test della TES di tratto.*

La scelta di chiedere ai membri di parafrasare l'evento raccontato dall'altro ha principalmente due scopi:

- Porre i membri nell'ottica di un ascolto attivo reciproco
- Stimolare in ciascuno una riflessione riguardo a come l'altro possa essersi sentito in quel momento

4.2 Procedura

Presa visione delle prime fasi di costruzione della Tripartite Empathy Scale e del paradigma sperimentale, nel presente lavoro verrà approfondita la validazione psicometrica della scala di stato e tratto nella versione Own Empathy ai fini di una sua spendibilità nel contesto clinico per il terapeuta sebbene, più in generale, lo strumento possa essere utilizzato in una pluralità di contesti, oltre a quello terapeutico: quotidiano, familiare. Pertanto, le sottoscale a cui faremo riferimento e di cui analizzeremo i risultati sono le seguenti: TES-T-OE e TES-S-OE.

Al fine di procedere con la validazione psicometrica della TES, dopo aver svolto la raccolta dati, la procedura si è composta di vari passaggi.

Dapprima si è costruito un dataset su Excel ove sono stati raccolti tutti i questionari (indicati al paragrafo 4.1.3 strumenti) tra cui la TES-T-OE e TES-S-OE e relative risposte rispettivamente ai 37 e 45 item.

Sono state eliminati i soggetti che non avevano completato la prima o/e la seconda somministrazione della scala TES-T-OE per una mancata affidabilità test-re-test e, analogamente, sono stati considerati soltanto i soggetti che hanno risposto alla scala TES-S-OE; nel complesso i partecipanti che hanno partecipato a entrambi i questionari e di cui la raccolta dati è completa sono 129. Successivamente, ogni risposta data dai partecipanti è stata trasformata nel corrispettivo punteggio della scala likert (da 1 a 4) creando tabelle differenti per tratto e stato e per ogni prospettiva OE e PE, sebbene soltanto la prima prospettiva sia di nostro interesse.

In seguito, al fine di selezionare gli item più significativi (5 per ogni componente), sono state confrontate le risposte della prospettiva PE con la prospettiva OE. Pertanto, l'obiettivo finale era di giungere a una Tripartite Empathy Scale per la versione di tratto e per la versione di stato composta da 15 item ciascuna, in particolare 5 per ogni sottoscala (empatia affettiva, cognitiva e prosociale).

Dunque, è stato possibile poi procedere con le analisi statistiche.

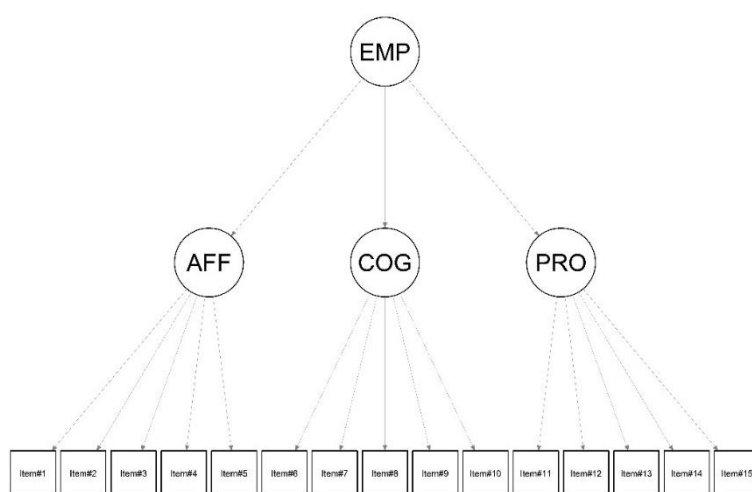
4.3 Analisi statistiche dei dati

Per l'analisi statistica dei dati è stato utilizzato il software R con il seguente pacchetto: Iavaan, psych e semPlot (Rosseel, 2012; Revelle, 2022; Epskamp, 2022).

Al fine di ridurre il numero degli item a 15, ovvero 5 item per ogni componente, si è proceduto in più fasi. Anzitutto per evidenziare in ogni diade le differenze di risposte a uno stesso item nelle due prospettive (PE e OE), si sono determinate le variazioni percentuali di delta, quest'ultimo è un valore compreso tra 0 e 1, più il valore si avvicina a 0 e minore è la discrepanza nelle risposte, di conseguenza vi è una maggiore sintonia tra la coppia. Successivamente, gli item di ogni componente che mostravano differenze basse hanno subito una valutazione sul contenuto semantico. L'approccio basato sul delta garantisce di far fronte ai limiti dei questionari self-report poiché permette di selezionare gli item che indicano un'alta concordanza tra i membri della diade. A tal proposito è stata data priorità agli item con un delta uguale a zero.

Successivamente sono state prese in esame le correlazioni tra item rispettivamente nella TES-OE di tratto e TES-OE di stato al fine poi della conduzione di due analisi fattoriali confermate (CFA), una per ogni sottoscala (TES-S-OE e TES-T-OE). La CFA testa la struttura fattoriale della TES, in primo ordine consente di determinare quanto gli item si associano/siano spiegati dalle rispettive 3 componenti (affettiva, cognitiva, prosociale) e quanto, in secondo ordine, le tre componenti si associano al fattore generale dell'empatia (EMP; Brown, 2015). Di seguito è proposta una rappresentazione grafica delle associazioni oggetto delle analisi statistiche:

Fig. 1



Il metodo utilizzato per la stima della CFA è la *Diagonal weighted least square* (DWLS) che produce stime di correlazione tra fattori accurate (Brown, 2015; Forero et al., 2009; Li, 2016; Lionetti et al., 2016).

In seguito, è stata compiuta una model fit per testare la bontà della CFA, pertanto, verificare che gli item non correlino tra di loro, in particolare è stata compiuta attraverso quattro indici con i relativi cut-off (valore soglia) di riferimento da porre a confronto con i valori emersi dalle analisi (Brown, 2015; Hoyle, 2012; Kline, 2016; van de Schoot et al., 2012):

- Root-Mean Square Error of Approximation (RMSEA <.08)
- Comparative Fit Index (CFI > .95)
- Standardized Root Mean Residual (SRMR < .08)
- Chi-square-to-degrees-of-freedom ratio ($\chi^2/df < 3$)

Inoltre, al fine di valutare la consistenza interna di ogni scala (affettiva, cognitiva, prosociale) sono stati utilizzate le seguenti misure con i relativi cut-off separatamente per TES-T-OE e TES-S-OE:

- Alpha di Cronbach $\geq .70$ (Cronbach, 1951)
- Mc Donald's omega $\geq .70$ (McDonald, 1999)

Per quanto riguarda specificatamente la TES-T-OE, al fine di testarne l'attendibilità, si è calcolato l'indice definito Intraclass Correlation Coefficient (ICC) che permette di misurare il grado di correlazione e di accordo tra misurazioni in momenti diversi di uno stesso strumento (TES nel caso preso in esame; Koo e al., 2016). Il valore ICC e gli intervalli di confidenza (si confida al 95% che l'intervallo conterrà il vero valore dell'ICC) sono stati calcolati tramite il software R nel pacchetto irr (Gamer & Lemon, 2019; R Core Team, 2023).

Al pari di tutti gli indici di correlazione il valore (indicato con *icc*) può oscillare da -1 a +1; per quanto riguarda le correlazioni positive i cut-off si discriminano nelle seguenti fasce:

- $icc < .5$ indica una bassa attendibilità
- $.5 < icc < .75$ indica una moderata attendibilità
- $.75 < icc < .90$ indica una buona attendibilità
- $icc > .90$ indica un'ottima attendibilità

Infine, è stata presa in esame la validità di costrutto divergente e convergente tra l'empatia indagata dalla TES-OE, distintamente per la versione di tratto e di stato, e i costrutti psicologici indagati dai questionari self-report somministrati ai partecipanti durante il paradigma sperimentale (vedi 4.1.3 strumenti). A tal riguardo si è utilizzato il coefficiente di correlazione di Spearman (indicato con *r*) il cui valore può variare da -1 a +1:

- *r* vicino a -1 indicano una forte associazione negativa
- *r* vicino a 0 indicano una scarsa associazione tra le due variabili
- *r* vicino a +1 indicano una forte associazione positiva

Nel prossimo capitolo verranno dunque presentati i risultati emersi dalle analisi statistiche condotte.

CAPITOLO 5: RISULTATI

5.1 Risultati sulla validità della TES-T-OE

Anzitutto nelle seguenti tabelle vengono riportate le percentuali di delta per ogni item (dal pool di 37) di ogni componente dell'empatia. Il cut-off prefissato per l'esclusione degli item nella percentuale di soggetti con delta zero è < 65%.

Tabella 5- % delta per item 1-7
dimensione affettiva
TES-T-OE

Dimensione affettiva	Percentuale soggetti con delta = 0
TES_T-PE-OE_01	52.47
TES_T-PE-OE_02	33.95
TES_T-PE-OE_03	38.27
TES_T-PE-OE_04	38.89
TES_T-PE-OE_05	44.44
TES_T-PE-OE_06	38.89
TES_T-PE-OE_07	53.7

Tabella 6- % delta per item 8-22
dimensione cognitiva
TES-T-OE

Dimensione cognitiva	Percentuale soggetti con delta = 0
TES_T-PE-OE_08	37.65
TES_T-PE-OE_09	45.68
TES_T-PE-OE_10	50
TES_T-PE-OE_11	37.65
TES_T-PE-OE_12	44.44
TES_T-PE-OE_13	43.83
TES_T-PE-OE_14	4.12
TES_T-PE-OE_15	48.15
TES_T-PE-OE_16	46.91
TES_T-PE-OE_17	44.44
TES_T-PE-OE_18	48.15
TES_T-PE-OE_19	39.51
TES_T-PE-OE_20	44.44
TES_T-PE-OE_21	4.74
TES_T-PE-OE_22	4.74

Tabella 7- % delta per item 23-37
dimensione prosociale
TES-T-OE

Dimensione prosociale	Percentuale soggetti con delta = 0
TES_T-PE-OE_23	55.56
TES_T-PE-OE_24	42.59
TES_T-PE-OE_25	42.59
TES_T-PE-OE_26	45.06
TES_T-PE-OE_27	55.56
TES_T-PE-OE_28	54.32
TES_T-PE-OE_29	43.83
TES_T-PE-OE_30	46.3
TES_T-PE-OE_31	4.74
TES_T-PE-OE_32	5.62
TES_T-PE-OE_33	41.36
TES_T-PE-OE_34	56.17
TES_T-PE-OE_35	4.12
TES_T-PE-OE_36	43.83
TES_T-PE-OE_37	63.58

Per mezzo delle analisi statistiche illustrate si è proceduto a selezionare i 15 item maggiormente predittivi per la versione di tratto della Tripartite Empathy Scale. In particolare, sono stati selezionati 5 item per ogni sottoscala, in appendice 3 è possibile trovare per intero la versione di tratto a 15 item.

Sono stati selezionati i seguenti item per ogni sottoscala:

- Dimensione affettiva: *TES_01, TES_04, TES_05, TES_06, TES_07*;
- Dimensione cognitiva: *TES_09, TES_16, TES_18, TES_19, TES_21*;
- Dimensione prosociale: *TES_23, TES_25, TES_26, TES_27, TES_34*.

Gli item selezionati relativi alle tre sottodimensioni nella versione di tratto della prospettiva Own Empathy (TES-T-OE) vengono riportate per esteso:

Tabella 8- Item della dimensione affettiva, TES-Trait-Own Empathy

Numero item	Prospettiva OE
TES_T_01	Io percepisco come lui/lei si sente, al di là delle specifiche parole che usa
TES_T_04	C'è una tale sintonia con lui/lei che mi sembra di poter prevedere ciò che sta per dire
TES_T_05	Non è in grado di sentire le sue emozioni
TES_T_06	Sento che anche quando non posso comprendere i fatti che racconta, sono comunque in sintonia con il lato emotivo della sua esperienza
TES_T_07	A livello emotivo gli/le sono distante

Tabella 9- Item della dimensione cognitiva, TES-Trait-Own Empathy

Numero item	Prospettiva OE
TES_T_09	Capisco che cosa scatena le sue reazioni
TES_T_16	Ragiono su quello che mi dice

TES_T_18	A prescindere dal fatto che io sia d'accordo con lui/lei, comprendo il suo punto di vista
TES_T_19	Non riesco a vedere davvero le cose dal suo punto di vista
TES_T_21	Mi concentro sul suo punto di vista e sulle sue opinioni

Tabella 10- Item della dimensione prosociale, TES-Trait-Own Empathy

Numero item	Prospettiva OE
TES_T_23	Non riesco ad essere disponibile nell'accogliere le sue parole e le sue emozioni
TES_T_25	Comprendo e accolgo la sua esperienza senza giudicarla
TES_T_26	Sento che il mio desiderio di comprenderlo/a è forte
TES_T_27	Non sono in grado di contribuire a creare un clima in cui lui/lei possa essere sé stesso/a
TES_T_34	Non dimostro di essere interessato/a a lui/lei

Per quanto riguarda le statistiche descrittive (tra cui media, deviazione standard, mediana, indice di simmetria e indice di curtosi) e le distribuzioni di risposta ai 15 item è possibile trovarle in appendice 1.

È stata successivamente indagata la correlazione tra item della versione di tratto, i cui risultati sono utili ai fini dell'analisi fattoriale confermativa (CFA) condotta in seguito. I risultati sono evidenziati nella tabella 11.

Tabella 11- Correlazioni tra item della TES-T-OE

	Item# 1	Item# 2	Item# 3	Item# 4	Item# 5	Item# 6	Item# 7	Item# 8	Item# 9	Item# 10	Item# 11	Item# 12	Item# 13	Item# 14	Item# 15
Item# 1	-														
Item# 2	.51	-													
Item# 3	.3	.3	-												
Item# 4	.46	.48	.31	-											
Item# 5	.34	.37	.38	.32	-										
Item# 6	.39	.44	.23	.4	.23	-									
Item# 7	.38	.23	.23	.39	.29	.33	-								
Item# 8	.27	.32	.37	.51	.31	.38	.41	-							
Item# 9	.4	.37	.43	.51	.45	.3	.4	.57	-						
Item# 10	.36	.38	.24	.42	.47	.4	.49	.49	.44	-					
Item# 11	.34	.34	.37	.41	.55	.26	.36	.28	.4	.34	-				
Item# 12	.30	.37	.26	.48	.26	.31	.4	.44	.36	.44	.34	-			
Item# 13	.39	.33	.3	.5	.39	.24	.5	.38	.43	.42	.4	.48	-		
Item# 14	.27	.24	.32	.32	.34	.21	.23	.22	.31	.22	.43	.26	.3	-	
Item# 15	.31	.33	.32	.34	.51	.21	.29	.2	.4	.3	.5	.21	.47	.44	-

Di seguito è presentata una tabella che illustra le analisi fattoriali confermatrice condotte per ogni item e ogni sottoscala della TES-T-OE.

Tabella 12- CFA TES-T-OE

TES-T-OE	Λ	R^2
TES_T_OE_01	.77	.6
TES_T_OE_02	.75	.56
TES_T_OE_03	.64	.42
TES_T_OE_04	.89	.79
TES_T_OE_05	.9	.82
TES_T_OE_06	.62	.38
TES_T_OE_17	.79	.62
TES_T_OE_08	.69	.48

TES_T_OE_09	.76	.58
TES_T_OE_10	.81	.65
TES_T_OE_11	.78	.6
TES_T_OE_12	.69	.47
TES_T_OE_13	.8	.64
TES_T_OE_14	.55	.3
TES_T_OE_15	.73	.53
AFF	.71	.5
COG	.95	.91
PRO	.99	.97
EMPATIA	-	-

AFF = empatia affettiva; COG = empatia cognitiva; PRO = motivazione prosociale; EMPATIA = fattore generale empatia della TES-T-OE; CFA = analisi fattoriale confermativa. Nella colonna della CFA: ($|\lambda|$) factor loading in valore assoluto per ogni item, per ogni componente (affettiva, cognitive e prosociale) in primo ordine e per il fattore generale dell'empatia in secondo ordine (empatia di tratto); R^2 : coefficiente di determinazione.

Come si evince dalla tabella 12, tutti gli item hanno un factor loading statisticamente significativo che è compreso tra .55 (item 27) e .89 (item 6). Analogamente emergono factor loading significativi per tutte le componenti in relazione al fattore generale dell'empatia $|\lambda|_{AFF} = .71, |\lambda|_{COG} = .95, |\lambda|_{PRO} = .99$.

Per quanto riguarda la model fit condotta per testare la bontà della CFA, gli indici emersi sono rappresentati nella tabella 13.

Tabella 13- indici di model fit della TES-T-OE:

Indice	Cut-off	Valore
RMSEA	< .08	.11 [.093; .124]
CFI	> .95	.97
SRMR	< .08	.103
χ^2/df	< 3	2.91

[] 95% intervallo di confidenza ovvero l'intervallo di valori probabili in cui trovare quel parametro

In particolare, per la versione di tratto della TES-OE, si presentano buoni gli indici di *CFI*: $.97 > .95$ e χ^2/df : $2.91 < 3$, mentre non rientrano nei cut-off i seguenti indici: *RMSEA* = .11 CI [.093; .124] < .08 e *SRMR* = .103 < .08

Considerando la consistenza interna delle scale, verranno di seguito presentati l'alpha di Cronbach e McDonald's omega per ogni scala con relativi intervalli di confidenza.

Tabella 14- alpha di Cronbach per ogni sottoscala (affettiva, cognitiva, prosociale) della TES-T-OE

Scala	Cut-off	Valore Alpha	95% intervalli di confidenza
Aff	$\geq .70$	.753	.680; .806
Cog	$\geq .70$	.787	.731; .831
Pro	$\geq .70$	.732	.635; .803

Per la versione di tratto della TES Own Empathy, l'alpha di Cronbach mostra una buona consistenza interna in ogni dimensione dell'empatia ($\alpha_{\text{AFF}} = .753$ CI [.680; .806]; $\alpha_{\text{COG}} = .787$ CI [.731; .831]; $\alpha_{\text{PRO}} = .732$ CI [.635; .803]).

Tabella 15- McDonald's omega per ogni sottoscala (affettiva, cognitiva, prosociale) della TES-T-OE

Scala	Cut-off	Valore Omega	95% intervalli di confidenza
Aff	$\geq .70$	.756	.691; .820
Cog	$\geq .70$	.790	.742; .838
Pro	$\geq .70$	.734	.655; .814

Per la versione di tratto della TES Own Empathy, il McDonald's omega mostra una consistenza interna buona in ogni dimensione dell'empatia ($\Omega_{\text{AFF}} = .756$ CI [.691; .820]; $\Omega_{\text{COG}} = .790$ CI [.742; .838]; $\Omega_{\text{PRO}} = .734$ CI [.655; .814]).

Per quanto riguarda la procedura del test-retest tramite il calcolo dell'ICC, nella seguente tabella (16) sono riportati i risultati con i relativi intervalli di confidenza.

Tabella 16- ICC e intervalli di confidenza per test-retest TES-T-OE

Item	ICC	Limite inferiore 95% CI	Limite superiore 95% CI
1	.35	.19	.48
2	.5	.37	.61
3	.5	.37	.61
4	.28	.13	.43

5	.57	.45	.67
6	.45	.31	.57
7	.52	.38	.63
8	.4	.25	.53
9	.24	.08	.39
10	.44	.3	.57
11	.48	.34	.6
12	.36	.21	.49
13	.5	.37	.62
14	.25	.09	.4
15	.41	.26	.54
AFF	.69	.59	.77
COG	.58	.46	.68
PRO	.6	.48	.69
TOT	.71	.61	.78

Per ciò che riguarda i singoli item della scala di tratto Own Empathy, il valore ICC oscilla da un'attendibilità molto bassa per l'item 19 ($icc = .24$, 95% CI [.08, .39]) a un'attendibilità moderata per l'item 5 ($icc = .57$, 95% CI [.45, .67]). Tuttavia, i risultati sono maggiormente significativi per quanto riguarda le sottoscale affettiva, cognitiva e prosociale e la scala totale, infatti i valori si collocano nella fascia tra moderata e buona attendibilità e i valori ICC sono rispettivamente: $icc_{AFF} = .69$, 95% CI [.59, .77]; $icc_{COG} = .58$, 95% CI [.46, .68]; $icc_{PRO} = .6$, 95% CI [.48, .69]; $icc_{TOT} = .71$, 95% CI [.61, .78].

Di seguito, al fine dell'analisi compiuta sulla validità di costrutto, sono riportati i coefficienti di correlazione di Spearman (r) tra ogni sottoscala dei questionari somministrati (SCL-90, TAS, AQ, SDRS, RSES, ERQ, IRI) e la scala TES-T-OE.

Tabella 17- Correlazioni tra le sottoscale della TES-T-OE con SCL-90, TAS, AQ, SDRS, RSES, ERQ, IRI

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
SCL-90-R	Anger-hostility	-.29*	-.22*	-.29*	-.31*
	Paranoid ideation	-.24*	-.19	-.19	-.24*
	SCL-90-R totale	-.24*	-.13	-.18	-.22*
TAS	Difficulty in identifying feelings	-.23*	-.12	-.15	-.18
	Difficulty in describing feelings	-.19	-.19	-.26*	-.24*

	Externally oriented thinking	.14	.05	.03	.08
	TAS totale	-.15	-.12	-.17	-.17
AQ	AQ totale	-.14	-.13	-.14	-.14
SDRS	SDRS totale	.1	.12	.16	.15
RSES	RSES totale	.2	.14	.13	.18
ERQ	Cognitive reappraisal	.12	.09	.09	.12
	Expressive suppression	-.22*	-.15	-.21*	-.21*
IRI	Perspective taking	.16	.33*	.28*	.28*
	Fantasy scale	.06	.03	.06	.05
	Personal distress	.04	.03	0	.02
	Empathic concern	.29*	.22*	.25*	.28*
	IRI totale	.2	.21*	.22*	.23*

*indica le correlazioni statisticamente significative con un $p \leq .05$. p values calcolato tramite il metodo False Discovery Rate (FDR)

Verranno ora presentati i risultati separatamente per ogni questionario.

		Sottoscale strumenti			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
SCL-90-R	Anger-hostility	-.29*	-.22*	-.29*	-.31*
	Paranoid ideation	-.24*	-.19	-.19	-.24*
	SCL-90-R totale	-.24*	-.13	-.18	-.22*

Per quanto riguarda un confronto tra la TES-T-OE e le sottoscale di ostilità e ideazione paranoide dell'SCL-90, dalle analisi tramite il coefficiente di correlazione di Spearman emergono associazioni negative tra tutte le sottoscale della TES-T-OE e la sottoscala di ostilità (HOS) soprattutto per quanto riguarda la sottoscala affettiva e prosociale ($r_{\text{aff}} = -.29$, $r_{\text{cog}} = -.29$), ciò fa presumere che chi ha sentimenti di rabbia e ostilità difficilmente sarà in grado di attivarsi empaticamente per l'altro, nello specifico l'accrescere di emozioni negative crea un ostacolo a una viscerale sintonizzazione emotiva con l'altro e, di conseguenza, l'individuo non si attiverà per aiutarlo in senso prosociale. Analogamente la sottoscala di ideazione paranoide (PAR) dell'SCL-90 correla negativamente con la sottoscala affettiva della TES-T-OE e la scala totale ($r_{\text{aff}} -.24$, $r_{\text{tot}} = -.24$), è possibile in questo specifico caso ipotizzare che un individuo con una sintomatologia tipica di un disturbo del pensiero e che pertanto prova ansia, sospettosità e un'emozione primaria quale la paura fatichi a sintonizzarsi affettivamente con un altro individuo poiché nella sua configurazione di realtà vedrà l'altro come una minaccia e ciò rappresenta un ostacolo

in partenza a qualsiasi successivo tentativo di comprensione (empatia cognitiva) e, coerentemente, di motivazione all'aiuto dell'altro (empatia prosociale) infatti le sottoscale cognitiva e prosociale correlano negativamente sebbene non in modo significativo con la sottoscala PAR ($r_{\text{cog}} = -.19$, $r_{\text{pro}} = -.19$). Inoltre, soprattutto la sottoscala affettiva e la scala totale della TES-T-OE correlano negativamente con la scala totale della SCL-90 ($r_{\text{aff}} = -.24$, $r_{\text{tot}} = -.22$), pertanto si può ipotizzare che sia soprattutto la componente affettiva dell'empatia compromessa qualora sia presente una condizione psicopatologica nel soggetto, sebbene più in generale la scala totale della TES-T-OE correla negativamente in modo significativo con tutte le sottoscale HOS e PAR e la scala totale dell'SCL-90 ($r_{\text{tot}} = -.31$; $-.24$; $-.22$). Nel complesso, dunque, trova conferma l'ipotesi di un'associazione divergente tra empatia di tratto e i sintomi rilevati dall'SCL-90.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
TAS	Difficulty in identifying feelings	-.23*	-.12	-.15	-.18
	Difficulty in describing feelings	-.19	-.19	-.26*	-.24*
	Externally oriented thinking	.14	.05	.03	.08
	TAS totale	-.15	-.12	-.17	-.17

Confrontando la TES-T-OE e la TAS, emergono correlazioni negative tra la sottoscala affettiva (TES-T-OE) e la sottoscala di difficoltà a identificare le emozioni (TAS) con un $r_{\text{aff}} = -.23$, ciò va a confermare l'ipotesi secondo cui un soggetto alessitimico che non sa identificare i propri stati emotivi difficilmente potrà sintonizzarsi visceralmente con gli stati emotivi altrui; inoltre emerge una significatività tra la sottoscala prosociale e totale della TES-T-OE e la scala di difficoltà a descrivere le proprie emozioni della TAS ($r_{\text{pro}} = -.26$, $r_{\text{tot}} = -.24$), coerentemente a quanto poc'anzi affermato un individuo che non è in grado di sintonizzarsi affettivamente con lo stato di un altro poiché in primis non è in grado di identificare i propri stati emotivi, analogamente non potrà descrivere e dunque comunicare all'altro le emozioni suscitate per aiutarlo in senso prosociale. Nel complesso, dunque, i risultati confermano l'ipotesi secondo cui l'empatia e l'alessitimia siano due fenomeni che si associano in modo divergente; infatti, maggiori sono le capacità empatiche nelle tre sottodimensioni e minore sarà il livello di alessitimia nel soggetto. È

opportuno fare una specifica per quanto riguarda la terza sottoscala della TAS (EOT) la quale presenta quasi nulle associazioni con le sottoscale della TES-T-OE ($r_{\text{aff}} = -.14$, $r_{\text{cog}} = -.05$, $r_{\text{pro}} = -.03$, $r_{\text{tot}} = -.08$) tuttavia le ragioni di questa discrepanza rispetto alle altre due sottoscale potrebbero risiedere in un bias interno della TAS, infatti emerge in letteratura che gli item della sottoscala EOT non sono fortemente correlati con gli item DIF e DDF ed, inoltre, sembrerebbe che l'EOT potrebbe in realtà racchiudere in sé due fattori che dovrebbero essere considerati distintamente (Haviland, 1996).

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
AQ	AQ totale	-.14	-.13	-.14	-.14

A un'analisi di confronto tra la TES-T-OE e l'AQ, emergono, seppur deboli, correlazioni negative ($r_{\text{aff}} = -.14$, $r_{\text{cog}} = -.13$, $r_{\text{pro}} = -.14$, $r_{\text{tot}} = -.14$). Coerentemente a quanto riscontrato in letteratura i soggetti con pensiero rigido e poco flessibile, tratti tipici riscontrabili in soggetti afferenti allo spettro autistico, hanno difficoltà in tutte le sottodimensioni dell'empatia. Dunque, trova conferma l'ipotesi di un'associazione divergente tra lo sviluppo di tratti tipicamente autistici e le capacità empatiche del soggetto poiché emergono delle associazioni, seppur non risultino significative.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
SDRS	SDRS totale	.1	.12	.16	.15

Ponendo a confronto la TES-T-OE e l'SDRS, emergono deboli correlazioni positive in tutte le sottoscale e la scala totale ($r_{\text{aff}} = .1$, $r_{\text{cog}} = .12$, $r_{\text{pro}} = .16$, $r_{\text{tot}} = .15$) pertanto trova conferma l'ipotesi secondo cui non ci sia una correlazione significativa tra i due costrutti indagati dai questionari; dunque, il fenomeno della desiderabilità sociale non rappresenta un bias della Tripartite Empathy Scale. D'altra parte, la debole correlazione positiva, è indice, come ci si aspettava, del fatto che all'aumentare da parte del soggetto dell'aspettativa di percepirsi desiderabile aumenta la sua percezione di dare una risposta empatica.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
RSES	RSES totale	.2	.14	.13	.18

La TES-T-OT e la Rosenberg Self-Esteem Scale (RDRS) mostrano correlazioni positive sebbene deboli in ogni sottoscala e nel totale ($r_{\text{aff}} = .2$, $r_{\text{cog}} = .14$, $r_{\text{pro}} = .13$, $r_{\text{tot}} = .18$), trova dunque conferma l'ipotesi secondo cui ci sia un legame tra l'autostima percepita dal soggetto e l'empatia che l'individuo pensa di aver comunicato all'altro, sebbene il legame dell'associazione non risulti significativa.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-S-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
ERQ	Cognitive reappraisal	.12	.09	.09	.12
	Expressive suppression	-.22*	-.15	-.21*	-.21*

Non emergono correlazioni significative tra le sottoscale e la scala totale della TES-T-OE e la sottoscala cognitive reappraisal dell'ERQ, d'altra parte emergono invece significative correlazioni negative con la sottoscala expressive suppression ($r_{\text{aff}} = -.22$, $r_{\text{pro}} = -.21$, $r_{\text{tot}} = -.21$) Pertanto, trova supporto l'ipotesi secondo cui una strategia di regolazione emotiva quale può essere la capacità di sopprimere l'espressione delle proprie emozioni nella relazione con l'altro potrebbe inficiare con un atteggiamento realmente empatico verso quest'ultimo.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
IRI	Perspective taking	.16	.33*	.28*	.28*
	Fantasy scale	.06	.03	.06	.05
	Personal distress	.04	.03	0	.02
	Empathic concern	.29*	.22*	.25*	.28*
	IRI totale	.2	.21*	.22*	.23*

Analizzando i risultati emersi dal confronto tra le sottoscale e la scala totale della TES-T-OE e l'Interpersonal Reactivity Index (IRI), emergono correlazioni positive in tutte le sottoscale poste a confronto con la sottoscala Perspective Taking dell'IRI ($r_{\text{cog}} = .33$, $r_{\text{pro}} = .28$, $r_{\text{tot}} = .28$), a eccezione dell'empatia affettiva ($r_{\text{aff}} = .16$). Ciò potrebbe essere

determinato dal fatto che la suddetta sottoscala dell'IRI è interessata a cogliere l'empatia cognitiva piuttosto che affettiva. Analogamente la TES-T-OE in tutte le sue sottoscale correla positivamente con la sottoscala Empathic Concern dell'IRI ($r_{\text{aff}} = .29$, $r_{\text{cog}} = .22$, $r_{\text{pro}} = .25$, $r_{\text{tot}} = .28$), in questo caso l'associazione maggiore è con l'empatia affettiva infatti l'Empathic Concern, allo stesso modo della scala affettiva della TES-S-OE, nasce per indagare l'empatia affettiva. D'altra parte, non emergono correlazioni tra le sottoscale di Fantasy Scale e Personal Distress i cui coefficienti di Spearman tendono allo 0. Probabilmente le prime due sottoscale menzionate sono in grado di cogliere maggiormente l'empatia cognitiva e affettiva così come è intesa dalla Tripartite Empathy Scale. Infatti da un lato la sottoscala Fantasy Scale (FS) che indaga la capacità di immedesimarsi e identificarsi con un personaggio immaginario esula da un rapporto bipersonale tra due individui in una visione interpersonale dell'empatia e, d'altra parte, la sottoscala Personal Distress (PD) si focalizza soltanto sulle esperienze avverse vissute da un altro individuo mentre nel paradigma sperimentale volto alla validazione psicometrica della TES si tengono in considerazione anche le esperienze positive. Coerentemente, confrontata la scala totale dell'IRI con ogni sottoscala della TES-T-OE, risulta correlare anch'essa positivamente, sebbene la correlazione con la sottoscala di empatia affettiva sia leggermente più debole ($r_{\text{aff}} = +.2$, $r_{\text{cog}} = +.21$, $r_{\text{pro}} = +.22$, $r_{\text{tot}} = +.23$). Pertanto, in generale trova conferma l'ipotesi secondo cui la TES-T-OE e l'IRI si associano positivamente, infatti indagano entrambi un'empatia di tratto.

5.2 Risultati sulla validità della TES-S-OE

Nelle seguenti tabelle vengono riportate le percentuali di delta per ogni item (dal pool di 45) di ogni componente dell'empatia. Il cut-off prefissato per l'esclusione degli item nella percentuale di soggetti con delta zero è < 65%.

Tabella 18- percentuale delta per item 1-15
dimensione affettiva TES-S-OE

Dimensione affettiva	Percentuale soggetti con delta=0
TES_S-PE-OE_1	42.17
TES_T-PE-OE_2	4.36
TES_S-PE-OE_3	43.98
TES_S-PE-OE_4	53.01
TES_S-PE-OE_5	3.12
TES_S-PE-OE_6	34.34
TES_S-PE-OE_7	43.37
TES_S-PE-OE_8	48.19
TES_S-PE-OE_9	59.64
TES_S-PE-OE_10	44.58
TES_S-PE-OE_11	54.82
TES_S-PE-OE_12	47.59
TES_S-PE-OE_13	71.08
TES_S-PE-OE_14	45.78
TES_S-PE-OE_15	67.47

Tabella 19- % delta per item 16-30
dimensione cognitiva
TES-S-OE

Dimensione cognitiva	Percentuale soggetti con delta=0
TES_S-PE-OE_16	39.76
TES_S-PE-OE_17	57.23
TES_S-PE-OE_18	55.42
TES_S-PE-OE_19	5.60
TES_S-PE-OE_20	54.82
TES_S-PE-OE_21	55.42
TES_S-PE-OE_22	51.81
TES_S-PE-OE_23	53.61
TES_S-PE-OE_24	54.82
TES_S-PE-OE_25	64.46
TES_S-PE-OE_26	56.02
TES_S-PE-OE_27	66.27
TES_S-PE-OE_28	59.04
TES_S-PE-OE_29	54.22
TES_S-PE-OE_30	72.89

Tabella 20- % delta per item 31-45
dimensione prosociale
TES-S-OE

Dimensione prosociale	Percentuale soggetti con delta=0
TES_S-PE-OE_31	72.29
TES_S-PE-OE_32	57.83
TES_S-PE-OE_33	62.05
TES_S-PE-OE_34	57.23
TES_S-PE-OE_35	61.45
TES_S-PE-OE_36	57.83
TES_S-PE-OE_37	56.63
TES_S-PE-OE_38	45.18
TES_S-PE-OE_39	59.04
TES_S-PE-OE_40	55.42
TES_S-PE-OE_41	48.19
TES_S-PE-OE_42	71.08
TES_S-PE-OE_43	51.81
TES_S-PE-OE_44	29.52
TES_S-PE-OE_45	78.31

Per mezzo delle analisi statistiche illustrate si è proceduto a selezionare i 15 item maggiormente predittivi per la versione di stato della Tripartite Empathy Scale. In particolare, sono stati selezionati 5 item per ogni sottoscala; in appendice 3 è possibile trovare per intero la versione di stato della TES-OE a 15 item.

Sono presentati di seguito gli items selezionati per ogni sottoscala della TES-S-OE:

- Dimensione affettiva: *TES_4, TES_8, TES_9, TES_11, TES_13*;

- Dimensione cognitiva: *TES_17, TES_25, TES_27, TES_28, TES_30*;
- Dimensione prosociale: *TES_31, TES_33, TES_35, TES_39, TES_42*.

Gli item selezionati relativi alle tre sottodimensioni nella versione di stato della prospettiva Own Empathy (TES-S-OE) vengono riportati anch'essi per esteso:

Tabella 21- item della dimensione affettiva, TES-State-Own Empathy

Numero item	Prospettiva OE
TES_S_04	Le mie emozioni e sentimenti non erano in sintonia con i suoi
TES_S_08	Eravamo in perfetta sintonia emotiva
TES_S_09	Io percepivo come lui/lei si sentiva, al di là delle specifiche parole che usava
TES_S_11	Sentivo di non essere stato/a emotivamente coinvolto/a nella sua esperienza
TES_S_13	Non ero in grado di sentire le sue emozioni.

Tabella 22- item della dimensione cognitiva, TES-State-Own Empathy

Numero item	Prospettiva OE
TES_S_17	Capivo che cosa aveva scatenato le sue reazioni
TES_S_25	Mi è stato difficile capire le ragioni del suo stato d'animo
TES_S_27	Non sono riuscito/a a vedere davvero le cose dal suo punto di vista

TES_S_28	Ero in grado di intuire bene l'origine/la causa del suo stato d'animo
----------	---

TES_S_30	Non riuscivo ad essere disponibile nell'accogliere le sue parole e le sue emozioni
----------	--

Tabella 23- item della dimensione prosociale, TES-State-Own Empathy

Numero item	Prospettiva OE
--------------------	-----------------------

TES_S_31	Non riuscivo ad essere disponibile nell'accogliere le sue parole e le sue emozioni
----------	--

TES_S_33	Ho compreso e accolto la sua esperienza senza giudicarla
----------	--

TES_S_35	Non ero in grado di contribuire a creare un clima in cui lui/lei poteva essere sé stesso/a
----------	--

TES_S_39	Ce la mettevo tutta per capire il suo punto di vista
----------	--

TES_S_42	Non dimostravo di essere interessato/a a lui/lei
----------	--

Per quanto riguarda le statistiche descrittive (tra cui media, deviazione standard, mediana, indice di simmetria e indice di curtosi) e le distribuzioni di risposta ai 15 item è possibile trovarle in appendice 2.

È stata successivamente indagata la correlazione tra item nella versione di stato della TES, i cui risultati sono utili ai fini dell'analisi fattoriale confermativa (CFA) condotta in seguito. I risultati sono evidenziati nella tabella 24.

Tabella 24- Correlazioni tra item della TES-S-OE

	Item# 1	Item# 2	Item# 3	Item# 4	Item# 5	Item# 6	Item# 7	Item# 8	Item# 9	Item# 10	Item# 11	Item# 12	Item# 13	Item# 14	Item# 15
Item# 1	-														
Item# 2	.50	-													
Item# 3	.43	.57	-												
Item# 4	.38	.43	.40	-											
Item# 5	.42	.40	.42	.61	-										
Item# 6	.28	.48	.47	.33	.36	-									
Item# 7	.39	.22	.29	.31	.32	.35	-								
Item# 8	.40	.26	.29	.40	.52	.35	.51	-							
Item# 9	.32	.44	.50	.27	.29	.49	.34	.30	-						
Item# 10	.43	.35	.32	.35	.39	.35	.49	.42	.31	-					
Item# 11	.41	.38	.31	.41	.42	.32	.38	.43	.29	.49	-				
Item# 12	.30	.27	.39	.13	.21	.21	.23	.22	.30	.30	.40	-			
Item# 13	.31	.39	.33	.33	.32	.39	.27	.38	.26	.31	.57	.36	-		
Item# 14	.40	.34	.45	.28	.25	.32	.32	.24	.36	.29	.37	.42	.41	-	
Item# 15	.33	.31	.22	.27	.28	.14†	.24	.26	.09†	.30	.38	.20	.44	.25	-

Di seguito è presentata una tabella che illustra le analisi fattoriali confermativa condotte per ogni item e ogni sottoscala della TES-S-OE.

Tabella 25- CFA TES-S-OE

TES-S-OE	Λ	R^2
	.80	.63
TES_S_OE_01		
TES_S_OE_02	.81	.66
TES_S_OE_03	.84	.71
TES_S_OE_04	.72	.53
TES_S_OE_05	.86	.74
TES_S_OE_06	.72	.51
TES_S_OE_07	.69	.48
TES_S_OE_08	.71	.51
TES_S_OE_09	.71	.51
TES_S_OE_10	.73	.53
TES_S_OE_11	.90	.81
TES_S_OE_12	.65	.43
TES_S_OE_13	.75	.56

TES_S_OE_14	.77	.059
TES_S_OE_15	.71	.51
AFF	.93	.86
COG	.92	.84
PRO	.87	.76
EMPATIA	-	-

AFF = empatia affettiva; COG = empatia cognitiva; PRO = motivazione prosociale; EMPATIA = fattore generale empatia della TES-S-OE; CFA = analisi fattoriale confermativa. Nella colonna della CFA: ($|\lambda|$) factor loading in valore assoluto per ogni item, per ogni componente (affettiva, cognitive e prosociale) in primo ordine e per fattore generale dell'empatia in secondo ordine (empatia di stato); R2: coefficiente di determinazione

Come si evince dalla tabella 25, tutti gli item hanno un factor loading statisticamente significativo che è compreso tra .65 (item 35) e .90 (item 33). Analogamente emergono factor loading significativi per tutte le componenti in relazione al fattore generale dell'empatia $|\lambda|_{\text{AFF}} = .93$, $|\lambda|_{\text{COG}} = .92$, $|\lambda|_{\text{PRO}} = .87$.

Per quanto riguarda la model fit condotta per testare la bontà della CFA, gli indici emersi sono rappresentati nella tabella 26.

Tabella 26-indici di model fit della TES-S-OE

Indice	Cut-off	Valore
RMSEA	< .08	.059 [.039; .077]
CFI	> .95	.991
SRMR	< .08	.077
χ^2/df	< 3	1.58

[] 95% intervallo di confidenza

Per la versione di stato della TES-OE, appaiono buoni tutti gli indici di fit ($RMSEA = .059$ CI [.039; .077] < .08; $CFI = .991 > .95$; $SRMR = .077 < .08$; $\chi^2/df = 1.58 < 3$).

Considerando la consistenza interna delle scale, verranno di seguito presentati l'alpha di Cronbach e McDonald's omega per ogni scala con relativi intervalli di confidenza.

Tabella 27- alpha di Cronbach di ogni sottoscala (affettiva, cognitiva, prosociale) della TES-S-OE

Scala	Cut-off	Valore Alpha	95% intervalli di confidenza
Aff	$\geq .70$	.800	.688; .865

Cog	$\geq .70$	.660	.542; .750
Pro	$\geq .70$	.752	.649; .820

Per la versione di stato della TES Own Empathy, l'alpha di Cronbach mostra una buona consistenza interna in ogni dimensione dell'empatia ($\alpha_{AFF} = .800$ CI [.688; .865]; $\alpha_{COG} = .660$ CI [.542; .750]; $\alpha_{PRO} = .752$ CI [.649; .820]).

Tabella 28- McDonald's omega di ogni sottoscala (affettiva, cognitiva, prosociale) della TES-S-OE

Scala	Cut-off	Valore omega	95% intervalli di confidenza
Aff	$\geq .70$	.803	.720; .886
Cog	$\geq .70$	.662	.559; .764
Pro	$\geq .70$	.764	.685; .844

Per la versione di stato della TES Own Empathy, il McDonald's omega mostra una consistenza interna buona in ogni dimensione dell'empatia ($\Omega_{AFF} = .803$ CI [.720; .886]; $\Omega_{COG} = .662$ CI [.559; .764]; $\Omega_{PRO} = .764$ CI [.685; .844]).

Di seguito, al fine dell'analisi compiuta sulla validità di costrutto, sono riportati i coefficienti di correlazione di Spearman (r) tra ogni sottoscala dei questionari somministrati (SCL-90, TAS, AQ, SDRS, RSES, IRI) e la scala TES-S-OE.

Tabella 29- Correlazioni tra le sottoscale della TES-S-OE con SCL-90, TAS, AQ, SDRS, RSES, IRI, EUS-MO

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-S-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
SCL-90-R	Anger-hostility	-.11	-.15	-.28*	-.20
	Paranoid ideation	-.12	-.17	-.10	-.14
	SCL-90-R totale	-.09	-.20	-.20	-.18
TAS	Difficulty in identifying feelings	-.12	-.12	-.13	-.15
	Difficulty in describing feelings	-.11	-.15	-.14	-.15
	Externally oriented thinking	.09	.05	.14	.12
	TAS totale	-.08	-.12	-.07	-.10
AQ	AQ totale	-.12	-.09	-.07	-.11
SDRS	SDRS totale	.04	-.09	.07	.00

RSES	RSES totale	.17	.20	.20	.22*
	Perspective taking	-.04	-.03	.14	.02
	Fantasy scale	-.08	-.04	-.04	-.06
IRI	Personal distress	-.04	-.10	-.08	-.06
	Empathic concern	.25*	.23*	.26*	.30*
	IRI totale	.03	.02	.10	.07
EUS-MO	EUS-MO totale	.45*	.42*	.36*	.50*

*indica le correlazioni statisticamente significative con un $p \leq .05$. p values calcolato tramite il metodo False Discovery Rate (FDR)

Analogamente a quanto fatto per la versione di tratto, verranno presentati i risultati separatamente per il confronto di ogni questionario con la versione di stato della TES.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
SCL-90-R	Anger-hostility	-.11	-.15	-.28*	-.20
	Paranoid ideation	-.12	-.17	-.10	-.14
	SCL-90-R totale	-.09	-.20	-.20	-.18

Dal confronto tra l'SCL-90 e la TES-S-OE emerge una correlazione negativa significativa tra la sottoscala ostilità (HOS, SCL-90) e la sottoscala prosociale (TES-S-OE) con un $r_{pro} = -.28$. Dunque, è possibile inferire che colui che presenta pensieri, sentimenti e comportamenti caratteristici di uno stato di rabbia più difficilmente sarà propenso ad aiutare l'altro in quella specifica situazione. Per quanto riguarda tutte le altre sottoscale, emergono associazioni negative sebbene non significative che fanno supporre che in presenza di sintomi psicopatologici ci sia una generale incapacità di empatizzare in uno specifico momento d'interazione nella sua interezza, coerentemente a quanto sostenuto in ipotesi e nel paragrafo 2.1 a proposito dei disturbi psicopatologici, sebbene le relazioni non risultino significative. Si conferma dunque l'ipotesi di un legame divergente tra empatia di stato e sintomi indagati dall'SCL-90.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
TAS	Difficulty in identifying feelings	-.12	-.12	-.13	-.15
	Difficulty in describing feelings	-.11	-.15	-.14	-.15

Externally oriented thinking	.09	.05	.14	.12
TAS totale	-.08	-.12	-.07	-.10

Analogamente a quanto emerso nella versione di tratto della TES-OE, nella versione di stato tutte le sottoscale e la scala totale della TES correlano negativamente (sebbene non in relazione forte) con le sottoscale e la scala totale della TAS, confermando dunque l'ipotesi secondo cui un soggetto che è in grado di identificare e descrivere accuratamente le proprie emozioni sarà maggiormente in grado di porsi empaticamente con un altro individuo riconoscendo e condividendo l'altrui stato emotivo suscitato in quella determinata situazione. Fatta eccezione per la sottoscala EOT ($r_{\text{aff}} = .09$ $r_{\text{cog}} = .05$ $r_{\text{pro}} = .14$ $r_{\text{tot}} = .12$) per la quale vale la specifica formulata per la versione di tratto riguardo a un bias interno della sottoscala (Haviland, 1996).

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
AQ	AQ totale	-.12	-.09	-.07	-.11

A un'analisi di confronto tra la TES-S-OE e l'AQ, emergono correlazioni negative molto deboli, quasi nulle ($r_{\text{aff}} = -.12$, $r_{\text{cog}} = -.09$, $r_{\text{pro}} = -.07$ $r_{\text{tot}} = -.11$). Pertanto, non è possibile in questo particolare caso confermare o smentire l'ipotesi secondo cui soggetti con un pensiero particolarmente rigido e poco flessibile, abbiano difficoltà nei processi empatici in un particolare momento di interazione.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
SDRS	SDRS totale	.04	-.09	.07	.00

Confrontando le sottoscale e la scala totale TES-S-OE con l'SDRS non emergono associazioni significative, dal confronto con la scala totale emerge un $r_{\text{TOT}} = 0$ pertanto sussiste tra le due variabili una completa assenza di correlazione che conferma l'ipotesi secondo cui l'empatia indagata dalla Tripartite Empathy Scale non risenta del fenomeno della desiderabilità sociale.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
RSES	RSES totale	.17	.20	.20	.22*

Emergono correlazioni positive significative tra la scala RSES totale e la scala totale della TES-S-OE ($r_{\text{tot}} = .22$) a conferma, dunque, dell'ipotesi secondo cui all'aumentare dell'autostima nel soggetto aumenta la fiducia nel percepirsi sufficientemente empatici nei confronti dell'altro.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
IRI	Perspective taking	-.04	-.03	.14	.02
	Fantasy scale	-.08	-.04	-.04	-.06
	Personal distress	-.04	-.10	-.08	-.06
	Empathic concern	.25*	.23*	.26*	.30*
	IRI totale	.03	.02	.10	.07

Da un confronto tra la TES-S-OE e l'IRI emergono correlazioni negative in tutte le sottoscale dei due strumenti, eccetto per le sottoscale della TES-S-OE con la sottoscala empathic concern dell'IRI ($r_{\text{aff}} = .25$, $r_{\text{cog}} = .23$, $r_{\text{pro}} = .26$, $r_{\text{tot}} = .30$). Inoltre, emerge un'assenza di relazione tra tutte le sottoscale della TES-S-OE e la scala totale dell'IRI ($r_{\text{aff}} = .03$, $r_{\text{cog}} = .02$, $r_{\text{pro}} = .1$, $r_{\text{tot}} = .07$). I due questionari sono stati messi in relazione come riprova della tesi secondo cui l'IRI indagherà un'empatia di tratto analogamente alla versione di tratto della TES e non un'empatia di stato, quest'ultima obiettivo di indagine della versione di stato della TES. Infatti, i risultati evidenziano in generale l'assenza di una relazione tra tutte le sottoscale e la scala totale della TES-S-OE e l'IRI.

Sottoscale strumenti		Sottoscale TES-T-OE			
		Affettiva	Cognitiva	Prosociale	Totale
EUS-MO	EUS-MO totale	.45*	.42*	.36*	.50*

Come poc'anzi accennato, la TES-S-OE è volta a indagare l'empatia di stato, per tale ragione è stata messa in relazione alla scala dell'EUS-MO (Myself to Others) ipotizzando che entrambi indaghino un'empatia di stato. Dai risultati emerge una buona associazione

positiva per ogni sottoscala e nella scala totale della TES-S-OE ($r_{\text{aff}} = .45$, $r_{\text{cog}} = .42$, $r_{\text{pro}} = .36$, $r_{\text{tot}} = .50$) da cui è possibile trarre la conferma dell'ipotesi secondo cui ci sia una correlazione forte e positiva tra le due scale, entrambi volte a indagare l'empatia come stato nella percezione del soggetto di come l'altro membro della diade si possa esser sentito.

CAPITOLO 6

6.1 Discussione

Da un punto di vista teorico l'empatia in passato è stata concettualizzata diversamente da una molteplicità di autori restituendo una frammentarietà che ha reso alquanto inarrivabile la possibilità di pervenire a una comprensione esauriente e una concettualizzazione univoca del costrutto.

Nella pluralità di discipline che si sono interessate al costrutto dell'empatia, il contesto clinico-terapeutico da inizio '900 ad oggi ha esplicitato sempre di più l'importanza del fenomeno dell'empatia per la ricerca e pratica psicoterapeutica. Infatti, l'empatia è propedeutica all'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica tra terapeuta e paziente.

La realizzazione del presente studio di ricerca è avvenuta dunque allo scopo di validare un questionario sull'empatia, la Tripartite Empathy Scale, nella versione di stato e tratto che potesse basarsi su una visione multidimensionale e interpersonale del costrutto quale è intesa oggi l'empatia, con il fine ultimo di una sua spendibilità nel contesto clinico-terapeutico ma non solo. La teoria dell'empatia di Zaki e Ochsner è, a tal proposito, tra le più recenti teorizzazioni multidimensionali del costrutto. Le tre componenti teorizzate dagli autori sono: empatia affettiva (*experience sharing*) ovvero la sintonizzazione emotiva con l'esperienza di un altro individuo condividendone gli stati affettivi, viscerali e sensomotori, l'empatia cognitiva (*mentalizing*) intesa come il ragionamento attuato per mezzo di "teorie ingenuè" sugli stati interni di un altro individuo elicitati da determinate situazioni e, infine, la simpatia o preoccupazione empatica (*prosocial motivation*) ovvero la motivazione ad aiutare l'altro spinta da una condivisione e comprensione dei suoi stati interni. Per queste ragioni la teoria di Zaki e Ochsner ha rappresentato il contributo teorico che ha guidato la ricerca ed è stato inoltre supportato da recenti scoperte *evidence-based* in ambito neuroscientifico che hanno dimostrato la diversità di circuiti neurali coinvolti per ogni componente e, allo stesso tempo, la correlazione neurale tra i circuiti cerebrali attivi durante i processi empatici.

Da un punto di vista metodologico, sebbene l'empatia sia stata indagata attraverso una pluralità di misure che hanno cercato di cogliere il costrutto da differenti prospettive, non si è mai giunti a una misurazione onnicomprensiva e affidabile. Tra di esse i questionari self-report sono stati gli strumenti maggiormente utilizzati tuttavia emergono una pluralità di limitazioni nel loro impiego per rilevare l'empatia, tra cui un approccio

intrapersonale al costrutto e l'impossibilità di coglierne simultaneamente le diverse componenti (Neumann e al., 2015). In aggiunta, i self-report non consentono di valutare simultaneamente l'empatia di tratto e stato che emerge da una diade in relazione passata e presente (Robinson e al., 2002), oltre a ciò non permettono di isolare due fenomeni rilevanti che influenzano, involontariamente, le risposte fornite dal soggetto, ovvero la desiderabilità sociale (Paulhus e al., 1991; Welte e al. 1993) e l'alessitimia (Lane e al., 1997). D'altronde esistono anche bias cognitivi impliciti, tra cui l'effetto alone (Nisbett e al., 1977) che rendono le misure self-report per lo studio dell'empatia altamente inaffidabili. Oltretutto i questionari self-report risentono anche di distorsioni intenzionali dell'individuo che può consciamente falsificare le risposte in base alle proprie motivazioni e percezioni (Neumann e al., 2015).

È opportuno dunque esplicitare nel dettaglio in che modo la TES possa rappresentare una soluzione alla molteplicità di limiti evidenziati poc'anzi.

La Tripartite Empathy Scale si basa sulla teorizzazione tripartita dell'empatia di Zaki e Ochsner; pertanto, coerentemente è volta a indagare l'empatia in una visione multidimensionale a differenza degli autori del passato i quali non soltanto hanno indagato il costrutto in una visione monopersonale come già emerso dalla revisione di Neumann (Neumann e al., 2015), ma hanno anche misurato il costrutto diversamente da come lo hanno teorizzato e questo dato è emerso da quasi la metà delle ricerche pubblicate sulle misurazioni dell'empatia (Hall e e Schwartz, 2018).

Raccordando dunque le informazioni, la TES nasce ponendosi l'obiettivo di superare i limiti delle misurazioni self-report; infatti, è stata strutturata in due versioni, una per il tratto e una per lo stato, e declinata in due prospettive, per colui che parla e percepisce l'empatia provata dall'altro nei suoi riguardi (PE) e colui che ascolta e riflette su quanto possa aver comunicato all'altro (OE), consentendo di indagare l'empatia interpersonale frutto dell'interazione tra due individui. La scelta di selezionare soltanto 15 tra i 37 item per il tratto e 15 tra i 45 item per lo stato attraverso il delta (vedi in risultati tabelle 5,6,7 e 18,19,20) ha infatti permesso di verificare quali item per ogni sottoscala (affettiva, cognitiva, prosociale) in ogni versione (tratto e stato) trovassero maggior accordo tra quanto dichiarato da un soggetto (OE) e quanto percepito dall'altro (PE) vicendevolmente. Tradotto in termini psicologici, sono stati scelti gli item che maggiormente indagassero un'empatia bi-personale poiché riscontravano una

concordanza di risposte fornite dai due membri della diade (PE-OE) nella compilazione della TES di tratto (vedi tabella 8,9,10) e la TES di stato (vedi tabella 21,22,23). La strutturazione bi-partita della TES se confrontata con le misure self-report finora in uso per rilevare l'empatia, consente di ridurre almeno tre limiti intrinseci di queste ultime. Anzitutto il fenomeno della desiderabilità sociale che, da quanto emerso in letteratura, è un fattore che influenza positivamente la percezione di essere individui empatici (Eysenck e al., 1999) Infatti, la strutturazione della TES in due prospettive, per chi parla (PE) e chi ascolta (OE) permette di rilevare l'empatia interpersonale non affidandosi dunque alla percezione di un singolo soggetto come le misurazioni self-report precedenti hanno sempre fatto, indagando dunque un'empatia intrapsichica. Secondo, la strutturazione bi-personale della TES consente d'altronde di ridurre un altro *bias* ovvero le distorsioni intenzionali dell'individuo che possono inficiare le auto-valutazioni fornite dal soggetto, infatti è oggetto d'attenzione dello scoring la concordanza delle risposte fornite da entrambi i membri della diade restituendo dunque un feedback frutto della percezione di due individui in interazione vicendevolmente. Oltretutto, punto terzo, è possibile in parte controllare anche le distorsioni inconsapevoli del soggetto quale una ridotta capacità di rilevare in modo affidabile il proprio stato interiore (Barrett, 2006). La potatura e selezione degli item che trovano un maggior accordo tra le coppie di partecipanti (5 per ogni componente) consente infatti di indagare l'empatia in modo accurato come fenomeno interpersonale e non più sulla base di una valutazione del singolo soggetto sul proprio stato interiore. A tal proposito se un soggetto valuta quanto pensa di aver trasmesso all'altro membro della diade, l'altro valuta quanto ha percepito dello stato interiore dell'altro e non del proprio stato interiore.

Nel complesso, dunque, emergono una pluralità di bias di risposta di cui risentono le misure auto-valutative del singolo a cui la TES, come strumento volto a rilevare l'empatia bi-personale, può ovviare.

I risultati significativi ottenuti dal calcolo del delta degli item e selezionati per ogni prospettiva e per ogni sottoscala hanno dunque confermato l'esistenza di un costrutto interpersonale dell'empatia. Inoltre, la riduzione degli item ha agevolato i partecipanti nella compilazione di un questionario più breve, abbassando dunque la durata temporale della soglia attentiva richiesta che avrebbe potuto inficiare, qualora avvenuta per un tempo prolungato, sulle risposte fornite agli item. Sappiamo infatti che in generale i

questionari self-report risentono di un ulteriore *bias* ovvero la possibilità per il soggetto di rispondere senza prestare sufficiente attenzione agli item formulati (Wetzel e al., 2016). La TES non solo per la rapidità di somministrazione ma anche per la presenza di item *reverse* (sia nella TES-T-OE sia TES-S-OE, vedi appendice 3) ovvero una formulazione di risposta opposta agli altri item che richiede analogamente una risposta inversa, consente di monitorare se il soggetto fornisca risposte senza prestare particolare attenzione.

L'indipendenza tra le tre dimensioni dell'empatia ha trovato conferma nell'analisi fattoriale confermativa (CFA) condotta per la TES-T-OE e TES-S-OE (vedi risultati tabella 12,25). Infatti, i risultati mostrano in primo ordine che tutti gli item sono associati alle tre componenti a cui fanno riferimento e, in secondo ordine, che le tre componenti sono associate al fattore generale dell'empatia. Ciò significa che gli item scelti sono affidabili nel misurare le tre componenti dell'empatia e che più in generale la TES-OE (ovvero la percezione del singolo sull'empatia percepita dall'altro) di tratto e stato misurano l'empatia come costrutto multidimensionale. Oltre a ciò, la conduzione della CFA ha permesso di appurare che presumibilmente il questionario TES non risente dell'effetto alone che spesso, nei questionari self-report, rappresenta un bias di risposta. Infatti, il suddetto *bias* cognitivo porta il soggetto a fornire risposte sulla base di idee preconcepite che influenzano trasversalmente le risposte a tutti gli item inficiando dunque la possibilità di comprendere le richieste specifiche di ogni item costruito per indagare componenti specifiche dell'empatia (Wetzel e al., 2016). La TES, per la quale la CFA ha mostrato un'associazione significativa tra gli item e le componenti che la indagano e più in generale tra le componenti e il fattore generale dell'empatia, rappresenta in tal senso una novità che permette di ovviare a questo limite che caratterizza le misurazioni self-report finora esistenti. Ad avvalorare ulteriormente quest'ipotesi, l'intervallo breve che intercorre tra il paradigma sperimentale e la somministrazione delle versioni di tratto e stato della TES è garante, come emerge in letteratura, della riduzione dell'incidenza dell'effetto alone nelle risposte fornite dai partecipanti agli item (Kahneman, 2011).

I risultati della validazione psicometrica della TES trovano ulteriori conferme nel calcolo degli alpha di Cronbach (α) e McDonald's omega (Ω) utilizzati per valutare la consistenza interna di ogni sottoscala (affettiva, cognitiva, prosociale) per la TES-OE di tratto e la TES-OE di stato, da cui nel complesso è possibile inferire che le componenti

dell'empatia esplorano in modo attendibile le diverse facce di uno stesso costrutto latente sovraordinato (l'empatia) e, pertanto, confutare la tesi di una multidimensionalità del costrutto.

Per quanto riguarda specificatamente una valutazione sull'attendibilità della TES-OE di tratto è stato calcolato il coefficiente di correlazione tra i punteggi dei soggetti agli item della scala di tratto somministrata in due momenti diversi (test-re test) tramite l'Intraclass Correlation Coefficient (ICC, vedi tabella 16). Dai risultati emerge che, sebbene le risposte fornite ai singoli item abbiano una coerenza bassa tra prima e seconda misurazione, le sottoscale (affettiva, cognitiva e prosociale) rimangono discretamente stabili, pertanto è possibile inferirne nel complesso che la TES-OE di tratto e le sue sottoscale siano uno strumento moderatamente attendibile poiché applicato a uno stesso campione di soggetti, in momenti diversi, produce gli stessi risultati.

Dall'insieme dei risultati ottenuti emerge il raggiungimento dello scopo della validazione psicometrica della Tripartite Empathy Scale ovvero la creazione di un questionario sull'empatia in ottica interpersonale come costrutto multidimensionale che possa superare i limiti dei questionari self-report i quali non erano in grado di cogliere in modo univoco il fenomeno dell'empatia così come la ricerca scientifica la intende oggi e, parallelamente, la sua spendibilità in una pluralità di contesti.

In parallelo, la conduzione di un'analisi sulla validità di costrutto tramite il coefficiente di Spearman (r) condotta separatamente per la TES-T-OE e TES-S-OE con i questionari somministrati nelle diverse fasi sperimentali, ha permesso di valutare se vi fosse una relazione tra i costrutti indagati dalla TES e i costrutti indagati da ogni altro questionario somministrato (vedi strumenti 4.1.3) comprendendo quale direzione assumesse la relazione (positiva o negativa) e la forza del legame (forte o debole). Anzitutto sono stati presi in esame i questionari che indagano variabili indipendenti quali l'SCL-90, SDRS, RSES, ERQ, per indagare l'ipotesi di una validità divergente la TES di tratto e stato è stata confrontata con l'AQ e la TAS mentre per valutare l'ipotesi di una validità convergente, la TES di tratto è stata confrontata con l'IRI mentre la TES di stato con l'EUS ovvero questionari che indagano lo stesso costrutto (empatia di tratto ed empatia di stato) sebbene concettualizzino l'empatia in modo diverso.

Per mezzo dell'associazione con la Symptom Checklist (SCL-90) si è analizzato quali aspetti sintomatologici potessero inficiare con il processamento empatico di un soggetto,

nello specifico sono state prese in esame le sottoscale HOS (ostilità), PAR (ideazione paranoide) e la scala totale dell'SCL-90 (vedi capitolo 5 dedicato ai risultati).

In generale dai risultati della versione di tratto della TES-OE è emerso che coloro i quali presentano tratti sintomatologici afferenti a una condizione psicopatologica sono maggiormente compromessi nelle abilità empatiche.

Risultati altrettanto significativi (associazioni forti) non sono emersi nella TES-OE di stato ciononostante la direzione del legame è risultata negativa coerentemente alla TES di tratto in ogni sua sottoscala e nella scala totale. Il risultato ottenuto potrebbe trovare ragione d'esistere nel fatto che le costellazioni sintomatologiche di natura psicopatologica riguardino tratti disposizionali stabili del soggetto che si manifestano in situazioni specifiche in cui, tuttavia, possono incidere una pluralità di fattori situazionali che giustificano dunque la presenza di un'associazione negativa, seppur non significativa, tra la versione di stato della TES e l'SCL-90.

Per quanto riguarda invece il fenomeno della desiderabilità sociale, la cui scala utilizzata è la Social Desiderability Scale (SDRS) i risultati (tabella 17,29) evidenziano per tutte le sottoscale e la scala totale della TES-OE di tratto un'associazione debolmente positiva mentre d'altro canto nella versione di stato non emerge alcuna correlazione evidente. A tal riguardo l'assenza di una correlazione significativa conferma l'ipotesi secondo cui la TES nella versione di tratto e di stato non risenta del fenomeno della desiderabilità sociale in quanto sono stati scelti gli item con maggior accordo tra quanto percepito da un soggetto e quanto l'altro pensa di avergli comunicato. In tal modo lo strumento si dimostra idoneo a superare un secondo limite degli strumenti self-report dell'empatia legati al fenomeno della desiderabilità sociale ovvero che quest'ultimo sia una variabile che influenza le risposte fornite agli item a vari livelli di consapevolezza poiché l'empatia è un costrutto socialmente desiderabile (Robinson e Clore, 2002; Wetzel e al., 2016). Per quanto riguarda la debole associazione positiva emersa tra l'empatia di tratto indagata dalla TES e la desiderabilità sociale indagata dall'SDRS, si potrebbe supporre che la desiderabilità sociale sia un aspetto disposizionale del soggetto che, come tale, emerge in relazione positiva con l'empatia di tratto; pertanto, maggiore è la percezione di sé stessi come socialmente desiderabili e maggiore è la percezione di essere empatici nei confronti dell'altro. A tal proposito è opportuno, tuttavia, specificare che la percezione di essere individui empatici non necessariamente implichi capacità realmente empatiche nel

soggetto così come la letteratura ha evidenziato ed è stato approfondito al paragrafo 3.2 del presente scritto (Paulhus e al., 1991; Welte e al., 1993), dunque l'assenza di una relazione significativa tra le due variabili avvalora ulteriormente l'ipotesi secondo cui l'empatia indagata dalla TES non risenta dell'influenza di un fenomeno che, in ogni caso, non è garante di maggiori capacità empatiche nei soggetti coinvolti.

L'associazione tra la TES-OE di tratto e stato con la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) ha d'altra parte consentito di analizzare un altro fenomeno in relazione all'empatia: l'autostima. In particolare, sono emerse associazioni positive seppur deboli nel caso della TES-T-OE mentre associazioni positive significative per la TES-S-OE, confermando dunque quanto è stato scoperto negli studi più recenti secondo cui al crescere del livello di autostima del soggetto crescerebbe la percezione di essere empatici (Eysenck e al., 1999).

Per quanto concerne l'ipotesi di un'associazione tra l'empatia di tratto rilevata dalla TES-T-OE e la regolazione emotiva indagata dall'Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), i risultati non evidenziano associazioni significative tra tutte le sottoscale e la scala totale della TES e la sottoscala cognitive reappraisal dell'ERQ. A tal proposito, recenti ricerche hanno evidenziato, tramite l'individuazione dei circuiti neurali coinvolti, che la risignificazione da parte del soggetto degli eventi per modularne l'impatto emotivo coinvolge strategie differenti a seconda che la situazione necessiti la riduzione di uno stato emotivo avverso o l'incremento di stati emotivi positivi. A ragion veduta, nel primo caso è richiesto uno sforzo cognitivo maggiore che, oltre a inibire lo stato emotivo avverso provato, richiede al soggetto di risignificarlo come neutro o positivo (Ochsner e al., 2012). Si potrebbe dunque dedurre che la sottoscala Cognitive reappraisal sottenda in realtà a strategie di regolazione emotiva diverse che in tal modo potrebbero avere legami differenti con i processi empatici in cui il singolo è coinvolto in relazione con un altro individuo. D'altra parte, coerentemente all'ipotesi secondo cui ci sia una relazione tra un'empatia di tratto e la capacità di sopprimere le proprie emozioni nella relazione con l'altro, emerge un'associazione negativa significativa in tutte le sottoscale e la scala totale della TES-T-OE con la sottoscala di expressive suppression dell'ERQ. Pertanto, in una relazione tra due individui una maggiore capacità empatica del soggetto si assocerebbe alla tendenza a condividere con l'altro i propri stati emotivi senza attuare particolari strategie di soppressione delle proprie emozioni.

Per quanto concerne invece le presupposte associazioni negative con sintomi riconducibili allo spettro autistico, tra cui una rigidità e inflessibilità di pensiero misurati attraverso l'Austic Quotient (AQ), da un'analisi correlazionale con le sottoscale e la scala totale della TES-OE di tratto emerge concordemente un'associazione negativa seppur non significativa. Per quanto invece riguarda la TES-OE di stato, il coefficiente di Spearman evidenzia correlazioni negative molto deboli, quasi nulle. La ragione di questa differenza tra la versione di tratto e stato potrebbe essere riconducibile al fatto che l'AQ nasce come questionario auto-somministrabile per la misurazione del grado in cui un adulto con intelligenza nella norma mostra tratti autistici; pertanto, nasce come misura di un tratto disposizionale stabile dell'individuo (Lundqvist e al., 2017). Si può dunque dedurre che la TES di tratto sappia cogliere meglio i sintomi indagati dall'AQ, in particolare la correlazione divergente tra empatia e autismo indica che soggetti con tratti autistici o afferenti allo spettro autistico esperiscono difficoltà in tutti i processi empatici coerentemente a quanto riscontrato in letteratura (Baron-Cohen, 2002; Baron-Cohen, 2004).

Attraverso lo studio di un'associazione tra la TES di tratto e stato e la Toronto Alexithymia Scale (TAS) si è valutato se esistesse una relazione inversa tra l'alessitimia e l'empatia tenuto in considerazione che in letteratura era già emersa l'ipotesi di un'associazione negativa tra i due processi (Bressi e al., 1996; Davies e al., 1998). Coerentemente i risultati, sia per il tratto che per lo stato, hanno dimostrato l'esistenza di un legame inverso tra alessitimia ed empatia (vedi risultati al capitolo 5), infatti in tutte le sottoscale (affettiva, cognitiva, prosociale) e la scala totale della TES-T-OE e TES-S-OE con le sottoscale DIF (difficoltà nell'identificare le emozioni) e DDF (difficoltà nel descrivere le emozioni) e la scala totale della TAS emergono associazioni di segno negativo seppur deboli. In generale è possibile affermare che i soggetti, i quali hanno difficoltà nell'identificare, riconoscere e comunicare i propri stati emotivi, difficilmente sapranno porsi empaticamente nei confronti dell'altro condividendone gli stati emotivi. Prendendo ora in esame le ipotesi di validità convergenti, tra la TES-T-OE e l'Interpersonal reactivity Index (IRI) che si presuppone indagano un'empatia di tratto e, d'altra parte, tra la TES-S-OE e l'EUS per l'empatia di stato, l'aspettativa è di una correlazione positiva. Per quanto concerne la prima coppia di strumenti emerge una convergenza significativa soprattutto tra la sottoscala cognitiva della TES-T-OE e

Perspective taking dell'IRI che indagano entrambi l'empatia cognitiva e tra la sottoscala affettiva e Empathic concern dell'IRI le quali si propongono di indagare l'empatia affettiva, pertanto trova conferma la tesi secondo cui la TES colga le diverse dimensioni dell'empatia. In generale dall'insieme dei risultati è possibile dedurre che le associazioni positive tra la TES-T-OE e l'IRI confermino che entrambi gli strumenti misurano un'empatia di tratto ovvero l'abituale disposizione del soggetto a porsi empaticamente verso l'altro membro della diade.

Rivolgiamo ora lo sguardo all'altra coppia di questionari verso cui si è rivolta l'attenzione ovvero la TES-S-OE e l'Empathic Understanding Scale- Myself to Others (EUS-MO). Anzitutto è importante ricordare che la Tripartite Empathy Scale è stata strutturata analogamente all'EUS nelle due prospettive: Perceived Empathy che indaga l'empatia percepita dal soggetto e Own Empathy rivolta all'empatia che il soggetto percepisce di aver comunicato all'altro. Focalizzando dunque l'attenzione sulla versione TES-S-OE, emergono tutte correlazioni positive con l'EUS-MO confermando dunque due aspetti ugualmente importanti: anzitutto che la TES-S-OE indaga, analogamente all'EUS-MO, un'empatia di stato ovvero l'empatia che emerge in una diade in interazione in una specifica situazione e, in secondo ordine ma non di importanza, che la Tripartite Empathy Scale di stato risulta essere uno strumento affidabile che indaga un'empatia interpersonale oltre che un costrutto multidimensionale come è emerso dalla CFA coerentemente alla teorizzazione tripartita dell'empatia di Zaki e Ochsner; infatti tutte le sottoscale della TES-S-OE (e la scala totale) correlano positivamente con l'EUS-MO totale (Zaki e Ochsner, 2012).

Dal confronto tra la versione di tratto della TES-OE e l'IRI e la versione di stato della TES-OE e l'EUS-MO possiamo trarre un ulteriore superamento di un limite intrinseco delle misure self-report dell'empatia presenti in letteratura in cui è emersa una maggiore affidabilità dei questionari per l'empatia di stato rispetto ai questionari volti a indagare l'empatia di tratto (Robinson e Clore, 2002). Dalla validazione psicométrica della Tripartite Empathy ne emerge dunque una misura affidabile in grado di misurare simultaneamente un'empatia di tratto e di stato nella diade.

Appare ormai chiaro il ruolo che una misura come la TES possa avere nel panorama scientifico e clinico odierno ma non solo. La Tripartite Empathy Scale è un questionario innovativo che si avvicina al costrutto dell'empatia interpersonale considerandone ogni

sua sfaccettatura senza il tentativo di semplificarne la complessità intrinseca. L'empatia è un fenomeno di cui gli autori nei secoli hanno tanto discusso ma allo stesso tempo senza mai pervenire a una comprensione e concettualizzazione comune ed esauriente. Di conseguenza, a livello metodologico, nonostante la pluralità di misurazioni dell'empatia coerente con la pluralità di teorizzazioni elaborate, non è emerso prima d'ora uno strumento affidabile che potesse cogliere le sue componenti in un contesto relazionale; approfondendo dunque le capacità empatiche dei soggetti coinvolti in uno specifico momento di interazione e, simultaneamente, le loro capacità empatiche verso l'altro in un arco temporale più ampio di interazioni passate e presenti.

La TES potrebbe dunque rappresentare uno strumento prezioso per l'ambito clinico in cui è già stato appurato il ruolo preponderante dell'empatia come fattore predisponente all'instaurarsi di un'alleanza di lavoro proficua tra terapeuta e paziente e, dunque, facilitante un buon esito della psicoterapia (Bohart e al., 2002).

Allargando lo sguardo la TES potrebbe essere spendibile in una pluralità di contesti che esulino da quello strettamente terapeutico; infatti, la sua strutturazione ne garantisce una facile applicabilità in qualunque contesto di interazione in cui si voglia rilevare l'empatia tra due individui.

6.2 Applicazioni future

Il presente scritto ha esordito ponendo l'attenzione sull'empatia come fenomeno indispensabile per comunicare efficacemente tra esseri umani che, in quanto tali, sono esseri sociali. L'empatia metaforicamente crea un ponte percorribile in entrambe le direzioni permettendo agli individui di muoversi tra i propri stati d'animo e l'accesso agli stati d'animo dell'altro. Ed è nel momento in cui il proprio stato d'animo risente di particolari perturbazioni che nasce la richiesta di aiuto, affinché qualcuno possa percorrere quel ponte, diretto al suo mondo interno, con il fine ultimo di ristabilire un equilibrio precedente o, meglio ancora, stabilire un nuovo equilibrio.

Abbiamo più volte mostrato il ruolo di rilievo che l'empatia riveste nella relazione terapeutica tantè che la letteratura ci restituisce un dato rilevante ovvero che il 10% della varianza di un buon esito della psicoterapia è spiegato dall'empatia (Bohart e al., 2002). Tuttavia, come emerge dalle analisi correlazionali, l'empatia interagisce con una pluralità di variabili la cui interrelazione può influenzare la relazione terapeutica. D'altronde l'empatia, nella percezione del paziente, non si differenzia chiaramente da altri fattori relazionali quali la compassione (Strauss e al., 2016), partecipazione (Geller e al., 2010) o responsività (Elkin e al., 2014). Infatti, la ricerca ha appurato che le misurazioni esistenti dell'empatia in realtà sovrappongono e confondono l'empatia con i costrutti relazionali appena citati (Elliott e al., 2018). Dall'insieme di queste considerazioni si trae l'importanza di dover rilevare separatamente e accuratamente l'empatia in quanto fattore di ordine superiore con un ruolo rilevante per l'instaurarsi di una buona relazione terapeutica (Elliott e al., 2018). Pertanto, poter disporre di uno strumento affidabile che è volto a rilevare specificatamente i diversi processi empatici non confondendoli con altri costrutti teorici affini è fondamentale. La TES in tal senso potrà divenire utile per la ricerca in psicoterapia al fine di indagare l'empatia in connessione ad altri fattori relazionali in grado di influire sull'outcome terapeutico. Inoltre, per quanto concerne la pratica psicoterapeutica, il terapeuta, colui che possiede la formazione e gli strumenti per poter aiutare il paziente alla ricerca di un nuovo equilibrio psichico, è il candidato ideale per beneficiare dell'utilizzo di uno strumento, la Tripartite Empathy Scale, che sia in grado di rilevare efficacemente l'empatia interpersonale che si sviluppa nella relazione terapeuta-paziente. La somministrazione della TES a una diade terapeutica consente anzitutto al terapeuta di valutare se ciò che percepisce il paziente (PE) trovi una

corrispondenza con ciò che il terapeuta pensa di avergli trasmesso (OE). Pertanto, il terapeuta può in tal modo autovalutare il proprio atteggiamento empatico verso il paziente all'interno di un'analisi più generale del proprio controtransfert e, di conseguenza, comprendere come modificare il proprio atteggiamento per favorire un ascolto maggiormente empatico.

Sappiamo infatti, come menzionato nel paragrafo 1.3.2, che una sintonizzazione realmente empatica del terapeuta ha un ruolo rilevante nel creare un'alleanza di lavoro sufficientemente buona con il paziente e, più in generale, si lega a un buon esito del percorso terapeutico (Bohart e al., 2002). Questo dato trova conferma in studi meta-analitici recenti i quali evidenziano una correlazione forte tra l'empatia trasmessa dal terapeuta e l'outcome con un *effect size* (dimensione dell'effetto) pari a .63 (Wampold e al., 2015). Tenuto conto, d'altra parte, che per un terapeuta sarà più semplice essere accogliente ed empatico con un paziente motivato e cooperativo rispetto a un paziente con un atteggiamento aggressivo e sfidante nella relazione, la TES può restituire al clinico una misura affidabile dell'andamento del percorso terapeutico considerando entrambi i soggetti coinvolti nella diade (Wampold e al., 2015).

Analogamente l'impiego della TES può divenire utile per i terapeuti in formazione; infatti, vi sono alcune abilità empatiche di carattere emotivo e cognitivo che possono essere incrementate, a titolo d'esempio, la capacità di prestare maggiore attenzione agli stimoli affettivi del paziente (empatia affettiva) o decentrarsi cognitivamente dai problemi per adottare uno sguardo d'insieme (empatia cognitiva, Decety e al., 2009.). Dunque, la somministrazione e analisi della TES durante il percorso formativo offre la possibilità al neo-terapeuta di comprendere la relazione instaurata con il paziente e poter riflettere sulle proprie modalità empatiche messe in atto per favorirla positivamente.

D'altra parte, considerando il soggetto dell'altro vertice relazionale, ovvero il paziente, la TES può divenire uno strumento di supporto alla diagnosi di alcune psicopatologie per le quali la letteratura ha ampiamente dimostrato compromissioni a carico dell'empatia (Brüne, 2005; Couture et al., 2006; Foisy et al., 2007; Inoue et al., 2006; Kornreich et al., 2002; Marlatt, 1996). Oltre a disturbi psichiatrici quali la schizofrenia (Sperber & Wilson, 2002) e l'autismo (Decety, 2007; Gillberg, 1992), ritroviamo i disturbi di personalità del cluster B: borderline, narcisistico, antisociale/psicopatico (Thoma e al., 2013). Appurato che la ricerca ha dimostrato, attraverso anche l'analisi dei circuiti neurali coinvolti, che

la suddetta popolazione clinica presenta deficit empatici eterogenei a carico delle diverse dimensioni dell'empatia, la TES è uno strumento che in tal senso può cogliere selettivamente le componenti d'empatia compromesse nel soggetto in base alla psicopatologia coinvolta e dunque aiutare il clinico nel confutare la diagnosi ipotizzata. Inoltre, la somministrazione della TES alla diade terapeuta-paziente al termine di un percorso psicoterapeutico può essere una misura affidabile del successo di un'alleanza terapeutica che, come sappiamo, influenza positivamente il raggiungimento di un buon outcome.

Oltre a ciò, riflettendo su un altro contesto di cura quale può essere il campo medico, gli umanisti, etici e scienziati sociali sono d'accordo nel ritenere l'empatia un fattore cruciale, e spesso assente, nei percorsi medici di cura (Sulzer e al., 2016). Pertanto, ne consegue l'importanza di poter misurare in modo affidabile l'empatia nella relazione medico-paziente; ciononostante la letteratura pone in evidenza un limite delle misure self-report per indagare l'empatia in questo specifico contesto. Infatti, sembrerebbe che solo un 13% delle misurazioni dell'empatia corrispondano alla definizione del costrutto fornita dagli autori nei diversi studi (Sulzer e al., 2016), pertanto una percentuale ancora inferiore rispetto alle ricerche pubblicate sulle misurazioni dell'empatia trasversalmente ai diversi contesti di cui hanno parlato Hall e Schwartz (2019). Addentrandoci più nel dettaglio, emergono contraddizioni interne quali ad esempio definizioni di empatia come multi-componenziale ma parallelamente scale di misura che non differenziano le diverse componenti. In aggiunta emerge che i metodi usati per lo studio dell'empatia non siano sufficientemente predittivi della presenza o assenza dell'empatia nel contesto medico; a tal riguardo la maggior parte degli studi utilizza misure self-report le quali pongono enfasi soltanto su aspetti cognitivi dell'empatia contrariamente a quanto sostenuto dalle ricerche più recenti che attestano che i giudizi clinici del medico da soli non siano sufficientemente predittivi delle azioni messe in atto successivamente, pertanto risulta fuorviante una misura auto-valutativa che tenga conto soltanto dei pensieri del clinico (Tversky e al., 1973).

La Tripartite Empathy Scale ovvia a tutte le limitazioni sopraelencate, anzitutto è una misura affidabile che, coerentemente alla teorizzazione di Zaki e Ochsner, rileva le diverse componenti dell'empatia consentendo un'operazionalizzazione del costrutto che corrisponde alla definizione fornita dagli autori contrariamente alle misure self-report

finora presenti. D'altronde, la possibilità di rilevare separatamente le diverse componenti dell'empatia garantisce una maggiore predittività dei processi empatici coinvolti nella diade medico-paziente che, da come è emerso, non concernono componenti soltanto cognitive. Infine, la strutturazione bi-partita della Tripartite Empathy Scale consente di rilevare accuratamente la percezione di entrambi i membri della diade arginando dunque un altro limite delle misure self-report che rilevano soltanto l'empatia nella percezione del singolo, in questo caso il medico curante.

Sommariamente la TES, per la pluralità di vantaggi poc'anzi descritti, si rivela uno strumento utile e affidabile per indagare l'empatia come fenomeno multidimensionale e interpersonale nei contesti relazionali di cura tra medico e paziente con il fine ultimo di guidare entrambi i membri coinvolti nel percorso di cura per l'utente ma, più in generale, nell'ottica di promuovere ciò che l'OMS definisce in termini di salute: "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattie o infermità" (Geneva, 2020).

Se pensassimo ora a contesti più ampi come, ad esempio, una comunità terapeutica che ospita gruppi di popolazioni cliniche con particolari patologie quali tossicodipendenza, disturbi alimentari, patologie psichiatriche, ci accorgiamo dell'importanza rivestita dalle figure professionali del settore, tra cui gli educatori professionali, il cui ruolo è essenziale nel percorso di cura avviato per ogni paziente. Infatti, come afferma Sassolas, tra gli obiettivi di una comunità terapeutica vi è la possibilità per l'individuo di sperimentare nuove relazioni al fine di interiorizzarle come proprie modalità relazionali (Sassolas, 2010). Pertanto, la qualità del rapporto operatore-utente della comunità è tra gli obiettivi cardine oltre che frequente oggetto di discussione in equipe. La TES in tal senso, nata per cogliere i processi empatici di due individui in interazione, potrebbe offrire uno specchio di quanto l'utente si senta capito e compreso dall'operatore e se ciò trovi una corrispondenza con la percezione che ha quest'ultimo della relazione instaurata con l'utente. Una riflessione in tal senso offrirebbe, oltre che un aiuto al singolo operatore sanitario, un contributo per l'intera equipe in supervisione.

Allargando lo sguardo al di fuori dell'ambito strettamente clinico, l'impiego di uno strumento che sappia cogliere l'empatia come processo multidimensionale e interpersonale può trovare un'applicabilità nel contesto forense. A tal riguardo, com'è stato riportato precedentemente, il disturbo antisociale di personalità (e la psicopatia), di

cui è nota la natura manipolativa, presenta chiare disfunzioni selettive a carico dell'empatia affettiva. La TES è uno strumento che apre alla possibilità di ovviare alle limitazioni degli strumenti self-report che risentono dei fenomeni di desiderabilità sociale e manipolazione dei risultati per le ragioni già menzionate. Infatti, la simulazione dell'imputato di inesistenti sintomi cognitivi e/o psicopatologici al fine di una riduzione della pena o completa assoluzione, ha tassi di incidenza tra il 25% e 45% nel contesto forense (Dandachi-FitzGerald e al., 2013). La TES, d'altra parte, consente di misurare accuratamente l'empatia, un costrutto centrale nel manifestarsi di talune psicopatologie, come fenomeno interpersonale e multidimensionale. Al fine di fornire un esempio concreto del manifestarsi della dissociabilità delle componenti dell'empatia e parallelamente aprire la strada a una possibile applicazione della TES nel contesto forense, verrà approfondito nel seguente paragrafo un caso forense di cui sono venuta a conoscenza in prima persona durante l'attività di tirocinio pre-lauream presso uno studio privato di una dott.ssa medico-psichiatra forense. In particolare, verrà presa in esame la personalità di un soggetto condannato per omicidio alla pena dell'ergastolo, a ragione veduta si approfondiranno gli aspetti psicopatologici legati ai processi empatici attraverso la ricostruzione di alcuni eventi di vita salienti antecedenti alla commissione del reato per cui il soggetto, tale C, è stato condannato.

6.2.1 Un caso clinico forense

Appurato che nella psicopatologia i deficit empatici si manifestano sotto diverse forme, le conseguenti disfunzioni selettive a carico di una o più componenti rientrano nella struttura onnicomprensiva di natura neuro-cognitiva che è l'empatia (Decety e al., 2007). Supposto che una mancanza d'empatia porta a interazioni sociali disturbate e disfunzionali, in casi estremi può rappresentare un fattore di rischio per l'agire criminale. Di seguito è possibile osservare un esempio concreto di come si manifestano, nelle interazioni della vita quotidiana, gli aspetti psicopatologici soggiacenti un disturbo di personalità e come il fenomeno dell'empatia si mostri deficitario in una o più delle sue componenti a seconda dei tratti personologici coinvolti. Il caso clinico forense riguarda un soggetto, tale Sig. C, che in giovane età adulta è stato condannato in primo grado alla pena dell'ergastolo per l'uccisione di entrambi i genitori. Attraverso le notizie sui giornali e riviste di cronaca è possibile rintracciare nell'esperienza di vita di C, dall'infanzia fino

al periodo antecedente il pluriomicidio, tratti tipici dell'evoluzione in un disturbo di personalità narcisistico con tratti antisociali. I periti nominati dal GIP (giudice per le indagini preliminari) al fine di indagare la capacità di intendere e di volere del soggetto, la pericolosità sociale e la capacità di stare in giudizio, hanno concordato (in accordo anche con il parere delle parti) nella formulazione della seguente diagnosi: disturbo di personalità narcisistico con tratti antisociali, istrionici e passivo-aggressivi. È utile riportare quanto specificato dai periti:

“... si evidenzia una personalità complessa e problematica, con marcati tratti disfunzionali rappresentati da narcisismo, egocentrismo, ipertrofia dell'Io, immaturità affettiva, ridotta empatia e da una problematica gestione dell'aggressività che sembra trovare espressione in forme dirette... sia indirette, a carattere strumentale, manipolativo o passivo-aggressivo. L'orientamento di base è di tipo esternalizzante... con conseguente aumento del rischio di conflitti interpersonali, di agiti impulsivi e, più in generale, di comportamenti disadattivi, anche di tipo antisociale... emergono loquacità/fascino superficiale, affettività superficiale, menzogna patologica, assenza di rimorso o di senso di colpa, comportamento sessuale promiscuo, assenza di obiettivi realistici a lungo termine, incapacità di accettare la responsabilità delle proprie azioni, ovvero elementi che rivelano una significativa componente psicopatica”. (M. Macuglia, 2023)

Emergono chiaramente i due nuclei psicopatologici pregnanti: narcisistico e antisociale. Per quanto riguarda il primo, il Sig. C mostra una grandiosità del sé che abbisogna di una continua gratificazione da parte dell'altro e, qualora non la riceva, sconfinava in un senso di noia e vuoto. Nella storia di vita di C numerose testimonianze attestano il confronto sempre temuto con la sorella più giovane, affermata in ambito lavorativo e in grado di gratificare le aspettative dei genitori a differenza dell'imputato (poi condannato) il quale dopo essersi laureato in scienze motorie e sportive non ha trovato un impiego stabile e ha cambiato numerosi lavori. Si può a tal ragione supporre che ci sia di base un'invidia per la sorella determinata da una scarsa autostima contro agita con un'ostentata sicurezza di sé e del proprio aspetto fisico come testimoniano i video youtube che registrava quotidianamente mentre svolgeva attività fisica. D'altra parte emergono tratti antisociali esasperati in un funzionamento improntato all'aggressività e irritabilità per far fronte alle

proprie mancanze, come emerso dalla testimonianza della sorella che dichiara in adolescenza di essersi recata al pronto soccorso in seguito a uno “spintone” subito dal fratello contro il termosifone a causa di una lite e, in generale, come riportato a proposito delle numerosi liti avvenute in famiglia in età adulta in cui l’atteggiamento verbale si mostrava prevalentemente di tipo aggressivo tanto da incutere timore nei familiari. Si evidenziano inoltre atteggiamenti menzogneri e manipolatori che da sempre hanno contraddistinto la personalità di C. Nondimeno vi è una generale incapacità di conformarsi alle norme sociali e ai comportamenti legali infatti il Sig. C, prima degli omicidi, aveva già aggirato il sistema in più occasioni al fine di ottenere prescrizioni false per l’assunzione di farmaci dopanti e anabolizzanti di cui era dipendente. La dipendenza da sostanze è inoltre sintomo di un comportamento contro-dipendente, di frequente messo in atto in questi soggetti, ovvero una difesa dalla temuta dipendenza dai rapporti significativi (percepiti deludenti) per trarre un rafforzamento del sé, sebbene il sintomo appaia paradossale, come accade spesso in questi casi, in cui il tentativo di affermare la propria identità si scontra con un bisogno di dipendenza da altri che C mostrava attraverso un atteggiamento regressivo messo in atto nelle occasioni in cui chiedeva conforto e accudimento da parte dei genitori, ad esempio esprimendo il desiderio di voler dormire con loro all’età di quasi 30 anni (Macuglia, 2023). Arrivando dunque all’aspetto chiave di questo approfondimento, un criterio comune alla diagnosi di disturbo di personalità narcisistico e co-presente nei tratti antisociali è la mancanza di empatia e di rimorso oltre che un atteggiamento manipolatorio messo in atto verso gli altri per raggiungere i propri interessi. Questi aspetti emergono chiaramente nelle relazioni sentimentali del Sig. C contraddistinte da discontinuità e un’affettività superficiale oltre che da una certa promiscuità (caratteristico di individui psicopatici). In particolare, durante una relazione amorosa con la Sig. ra N, il Sig. C ha circonvenuto la compagna facendosi addebitare prestiti economici di un ingente cifra che non vennero mai ripagati e in più occasioni ha minacciato il suicidio al fine di salvare il loro rapporto arrivando persino a fingere un’aggressione da parte di amici della Sig.ra N dopo essersi auto-iniettato del sangue sotto la cute dell’occhio destro e del labbro per simulare la presunta aggressione. Pertanto, il Sig. C era in grado di comprendere i pensieri e sentimenti della fidanzata e li sfruttava per ottenere i propri scopi. Infatti, così come emerso in letteratura, nelle personalità narcisistiche e antisociali/psicopatiche, vi è un’intatta empatia cognitiva. Nella storia di

vita di C vi sono altri elementi che avvalorano ulteriormente questa tesi; infatti il Sig. C un anno prima dei fatti per cui è stato processato, insegnava in una scuola di primo grado e, in prossimità delle vacanze natalizie, comunicò per posta elettronica alla Preside dell'istituto che la sua fidanzata si sarebbe suicidata la sera precedente (evento mai accaduto) e per questo motivo non si sarebbe potuto recare a lavoro il giorno successivo, chiedendo inoltre alla Preside di non comunicare ad alcuno il presunto lutto. Persino al rientro a lavoro, convocato dalla Preside per porgli le condoglianze, perseverò nel raccontare il falso aggiungendo ulteriori dettagli sul movente dell'atto suicidario (a cui adduce uno stato depressivo della compagna) facendo trasparire un'estrema tristezza e dispiacere. È possibile dunque dedurre che C avesse volutamente inventato un evento tragico al fine di ottenere dei giorni di assenza dal lavoro e, inoltre, acutamente consapevole dello stato d'animo tipico che si prova in queste circostanze lo ha esibito per suscitare il distress personale altrui. D'altra parte, emerge nel Sig. C una mancata condivisione emotiva e viscerale con i sentimenti dell'altro che lo conducono a perseverare nei comportamenti di manipolazione e sfruttamento caratterizzati per giunta da un costante atteggiamento intimidatorio e aggressivo. È possibile supporre che il Sig. C, a fronte della percezione di un generale fallimento del proprio progetto di vita, abbia commesso il delitto nei confronti dei genitori con i quali, presumibilmente nel periodo antecedente i fatti per cui è stato condannato in primo grado, aveva frequenti liti. Il comportamento messo in atto, al di là delle dinamiche e del movente, è la manifestazione eclatante di una mancanza di empatia affettiva, se il soggetto infatti fosse stato in grado di comprendere emotivamente la paura, il terrore oltre che il dolore provato dall'altro probabilmente non avrebbe perseverato nell'atto. Resta da determinare, in base alle riflessioni poste nel paragrafo 1.3.3, se il Sig. C rientri nel sottogruppo di psicopatia primaria o secondaria: la prima caratterizzata da deficit innati nei processi socio-emotivi e bassi livelli d'arousal mentre la seconda si caratterizza per alti livelli d'ansia e deficit socio-emotivi conseguenti a esperienze negative vissute in infanzia (Del Gaizo and Falkenbach, 2008; Blackburn e al., 2008). Durante la fase di dibattimento nel processo di primo grado si sono infatti contrapposte tesi contrarie: l'accusa e la parte civile erano a favore dell'ipotesi di una premeditazione dell'atto e fredda esecuzione che si ricollega maggiormente a un profilo di psicopatia primaria e dall'altra parte la difesa dell'imputato, la quale ha sostenuto che l'avvenimento del delitto fosse conseguente a un discontrollo

degli impulsi determinato da una disregolazione emotiva conseguente a una presunta lite con i genitori, pertanto appare preponderante in questo caso l'ipotesi di una psicopatia secondaria. Approfondendo ulteriormente le due posizioni, da un lato l'accusa si esprime riguardo al disturbo di personalità che caratterizza all'epoca l'imputato, ora condannato, ritenendo il disturbo di personalità narcisista e i tratti antisociali di C privi di alcun scompensamento sul piano della realtà o dell'identità e neppure sul piano astratto, con l'assenza di rotture psicotiche. In aggiunta, sul piano del discontrollo, il Sig. C, secondo questa tesi, avrebbe condotto una vita consapevole con l'obiettivo preciso di imporre il suo potere su coloro che intralciavano i suoi scopi, tratti tipici dell'antisociale e narcisista. Riassumendo dunque, un individuo pronto a manipolare e sfruttare gli altri a proprio vantaggio (empatia cognitiva) simulando emozioni per sentimenti che non prova (empatia affettiva). Per tali ragioni lo ritennero pienamente capace di intendere e di volere (Luigi Ruggera, 2023). D'altra parte, la tesi degli avvocati della difesa supportò l'ipotesi della presenza di un disturbo di personalità talmente grave da essere di rilevanza psichiatrica, così come comprovato (secondo la difesa) dal colloquio avvenuto con uno psichiatra dopo l'episodio della simulata aggressione da parte degli amici della fidanzata. Infatti, l'episodio si risolse con l'arrivo delle forze dell'ordine e un ricovero coatto in psichiatria dopo il quale il Sig. C iniziò un percorso psichiatrico che tuttavia venne volontariamente interrotto dal sottoscritto dopo il primo incontro. Sempre secondo la difesa, il gesto omicida avvenuto dopo una presunta lite sarebbe stato l'esito dell'incapacità di valutare alternative (ragionamento controfattuale) e di inibire l'azione impulsiva, il primo concetto fa capo in ambito psicologico-forense alla capacità di intendere e il secondo di volere (Ruggera, 2023; Stracciari e al., 2010).

Traendo dunque le fila del discorso, il caso presentato è un esempio di rilevanza clinico-forense che mostra la dissociabilità delle componenti dell'empatia nei disturbi di personalità narcisistico e antisociale e dunque testimonia l'utilità nel poter impiegare uno strumento che sappia cogliere selettivamente i deficit empatici in un quadro di personalità compromessa.

6.3 Limiti

Il presente studio di ricerca si è proposto di validare la Tripartite Empathy Scale nella versione di tratto e di stato per la prospettiva Own Empathy ovvero la percezione dell'empatia trasmessa da un individuo all'altro membro della diade. La TES nasce come strumento per misurare l'empatia in quanto fenomeno interpersonale nelle sue tre componenti: affettiva, cognitiva e prosociale. L'impianto teorico di riferimento è la concettualizzazione tripartita dell'empatia di Zaki e Ochsner (2012) che si pone in rilievo tra le teorizzazioni più recenti dell'empatia ed è stata avvalorata dal modello neuroanatomico di Shamay-Tsoory il quale ha individuato i circuiti neurali delle diverse dimensioni dell'empatia e la loro interconnessione.

Un primo limite nella conduzione dello studio riguarda la bassa numerosità del campione di partecipanti per la validazione della TES-OE di tratto ($N = 142$), la valutazione sulla bontà dell'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA) condotta ha restituito due indici di model fit su quattro che non rientrano nel cut-off ($CFI: .97 > .95$ e $\chi^2/df: 2.91 < 3$), sebbene sia stato utilizzato il metodo DWLS per la stima della CFA il quale, secondo la letteratura, è maggiormente adeguato con campioni di piccole dimensioni (Newsom, 2018; Rehmutter, 2012). Nel complesso è possibile dunque supporre che per mezzo della raccolta di un campione più ampio di popolazione si possa superare questo limite.

Considerando invece la fase di selezione degli item dal pool di 37 per il tratto e 45 per lo stato, è opportuno osservare come siano stati conservati alcuni item sebbene non rientrassero nel cut-off di esclusione per i soggetti con $\Delta = 0$ prefissato al $< 65\%$. Si è scelto infatti di combinare il calcolo con una valutazione sul contenuto semantico degli item; pertanto, in questo particolare caso non si è proceduto decidendo unicamente sulla base degli indici statistici.

Facendo alcune considerazioni di carattere generale e visto e considerata l'importanza che il fenomeno dell'empatia riveste nella relazione terapeuta-paziente, un'ipotesi di lavoro di ricerca futuro potrebbe indagare l'empatia somministrando la TES a un campione di popolazione target come la coppia terapeuta e paziente per indagare più da vicino il fenomeno dell'empatia che si muove tra le abilità empatiche del clinico e la psicopatologia del paziente; pertanto, non soltanto applicato a un campione di popolazione generale nel contesto di vita quotidiana, come è stato fatto finora. Coerentemente, visto e considerate le potenzialità applicative della TES in altri contesti

in cui una relazione diadica di successo è un elemento indispensabile per gli obiettivi di lavoro, si potrebbe pensare a studiare e validare lo strumento in altre tipologie di popolazioni target a fini clinici e di ricerca, tra cui la diade medico-paziente e la diade operatore-utente, d'altronde si potrebbe allargare l'orizzonte ad altri contesti del sociale in cui la relazione ha un ruolo rilevante, per esempio l'ambito scolastico/educativo. Oltretutto la TES, come emerge in più punti del seguente elaborato può rappresentare uno strumento idoneo per essere validato nelle dimensioni psicopatologiche in cui emergono chiare disfunzioni selettive a carico dell'empatia, in tal modo diverrebbe uno strumento clinico usufruibile in una pluralità di ambiti, tra cui il contesto forense in cui, più di altri ambienti, si presentano spesso manifestazioni psicopatologiche che coinvolgono deficit a carico dei processi empatici. Queste ultime considerazioni vogliono dunque, più che essere un limite, rappresentare degli spunti di riflessione per approfondimenti futuri.

Un secondo aspetto non ancora approfondito riguarda un'indagine sull'esistenza o meno di un'associazione tra le componenti d'empatia di tratto e le componenti d'empatia di stato. In letteratura, infatti, è presente uno studio condotto su un campione di adolescenti che ha riscontrato che tratti individuali di empatia cognitiva e affettiva giocano un ruolo negli stati empatici affettivi e cognitivi situazionali in modo diversificato per emozioni positive e negative; tuttavia, ciò è avvenuto misurando i costrutti di empatia di tratto e di stato per mezzo di strumenti diversi (Van der Graaf e al., 2016). La TES a oggi è l'unico strumento che presenta una versione di tratto e di stato per indagare l'empatia; pertanto, potrebbe indagare in uno stesso campione di soggetti l'empatia come tratto e come stato e misurare se ci sia un'associazione senza dover reperire l'impiego di strumenti diversi per misurare due declinazioni di uno stesso costrutto.

CONCLUSIONI

Il presente scritto ha esordito ponendo un interrogativo al lettore: cosa ci accomuna in quanto esseri umani. Considerato che non esiste una risposta univoca alla domanda, possiamo riconoscere nel fenomeno dell'empatia uno strumento di comunione o, meglio ancora, di condivisione tra due o più individui di una sensazione, un'emozione o un particolare stato d'animo. La concettualizzazione odierna di un fenomeno tanto potente da poter connettere gli individui di una stessa specie è incentrata su una visione interpersonale dell'empatia ovvero come processo emergente in almeno due individui in interazione. Su questa scia, i teorici contemporanei, tra cui Zaki e Ochsner, sono pervenuti a individuare tre componenti soggiacenti al più generale fenomeno dell'empatia: affettiva, cognitiva e prosociale. Tuttavia, fino ad ora la comunità scientifica non ha mai potuto disporre di uno strumento in grado di indagare i processi empatici coerentemente alle più recenti teorizzazioni sull'empatia le quali hanno, oltretutto, trovato conferma nelle più recenti scoperte in ambito neuroscientifico. Oltretutto, considerate la pluralità di limitazioni degli strumenti self-report in generale e nello specifico per la misurazione dell'empatia, non esiste ad oggi uno strumento sufficientemente attendibile per rilevare un costrutto latente come l'empatia. La Tripartite Empathy Scale nel panorama scientifico odierno rappresenta una novità, è infatti uno strumento in grado di cogliere la multidimensionalità dell'empatia nel suo manifestarsi in una diade in interazione presente (empatia di stato) e passata (empatia di tratto). La possibilità di un'applicazione della TES allo studio dell'empatia in qualsiasi interazione tra due individui lo rende inoltre uno strumento idoneo trasversalmente a una molteplicità di contesti, tra cui l'ambito clinico. In particolar modo, indagare l'empatia nella prospettiva di colui che ascolta (Own Empathy) ha permesso di riflettere sul fenomeno dell'empatia all'interno di una specifica diade relazionale: quella terapeutica. Com'è emerso nel corso della trattazione, l'empatia è un processo indispensabile per l'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica e, nel lungo termine, è un fattore determinante per la buona riuscita della psicoterapia (Bohart e al., 2002). La TES può dunque essere impiegata per la ricerca e pratica psicoterapeutica. Nella pratica clinica, e più specificatamente nelle mani del terapeuta, permette a quest'ultimo di cogliere il proprio atteggiamento empatico e parallelamente le modalità empatiche del paziente restituendo un quadro generale dell'andamento della relazione

terapeutica. Consente inoltre di indagare le dimensioni psicopatologiche di un soggetto in più ambiti, non solo clinici, tra cui quello forense poiché permette selettivamente di individuare le componenti dell'empatia deficitarie. Esistono oltremodo una molteplicità di contesti in cui la relazione è al centro dell'intervento dell'esperto che si pone determinati obiettivi, quale il medico curante nella relazione con il proprio paziente o l'educatore professionale in rapporto a più utenti ospiti di uno stesso centro, ambienti in cui un maggior grado di empatia è in grado di creare una connessione tra gli individui e dove dunque la TES, tesa a rilevarla, può trovare una sua spendibilità. Nel complesso emergono dunque numerosi vantaggi dall'impiego della Tripartite Empathy Scale per indagare un fenomeno, quale è l'empatia, che è in grado di interconnettere gli individui e favorire, citando M. Sahlins, relazioni interpersonali di successo, il vero predicato degli individui.

RINGRAZIAMENTI

Vorrei dedicare questo spazio a chi, con dedizione e pazienza, mi ha supportato nella realizzazione di questo elaborato e, più in generale, nel corso di questi cinque anni.

Un ringraziamento particolare va al mio relatore, la prof.ssa Palmieri Arianna, per avermi seguita con passione e dedizione nella realizzazione dell'elaborato triennale ed infine magistrale. Un grazie anche per quanto mi ha trasmesso nel corso dei suoi insegnamenti a psichiatria psicodinamica e diagnosi psicodinamica, in cui accanto al bagaglio di competenze ha valorizzato il lato umano di una professione clinica a contatto con la sofferenza altrui.

Grazie anche al mio correlatore, il dott. Pick Emanuele, per essere sempre stato disponibile e avermi dato preziosi consigli sulle modifiche da apportare al mio elaborato.

Un ringraziamento speciale va al mio tutor di tirocinio pre-lauream, la dott.ssa Palleschi Anna, e alle sue collaboratrici, le dott.sse Povesi Giulia e Cerabolini Anna, per avermi accolta e guidato con infinita disponibilità, professionalità e umanità nel corso di un'esperienza realmente formativa, ed inoltre per avermi supportato nella stesura del paragrafo dedicato al caso clinico forense nel presente elaborato.

Ringrazio le mie coinquiline storiche, Lisa e Chiara, con cui in questi cinque anni ho vissuto gioie ma anche fatiche, davanti alle quali mi hanno sempre incoraggiato con tanta pazienza; grazie per aver reso questo viaggio insieme il più entusiasmante della mia vita.

Un grazie alle mie amiche di sempre, Aurora, Alessia, Luisa e, in particolare, Ginevra, per aver ascoltato con pazienza le mie infinite lamentele e, nonostante ci troviamo in luoghi geografici diversi, per aver sempre trovato il modo e il tempo per trascorrere del tempo di qualità insieme.

Non può dunque mancare il mio grazie per Margherita ed Elena, amiche con cui in questi ultimi anni sto condividendo viaggi e momenti indimenticabili, grazie per condividere con me la curiosità nell'indagare tutto ciò che ci circonda e, non per ultimo, grazie per avermi fatto riscoprire il piacere di condividere momenti semplici fatti di risate, cibo e tramonti che mi fanno apprezzare ancor di più il senso della vita.

Ringrazio coloro che hanno permesso tutto questo: la mia famiglia. Un grazie speciale va ai miei genitori, i quali hanno sempre creduto nei miei sogni e che mi hanno accompagnato, con affetto e tanti sacrifici, in questo percorso di crescita personale. Ed infine alle mie sorelle più grandi, Debora e Lisa, le mie due spalle, per aver condiviso con me successi e insuccessi, per esserci sempre state anche nei momenti più bui e perché ci sarete sempre.

BIBLIOGRAFIA

1. *Allport, G. W. (1937), *Personality: A psychological interpretation*, New York, Henry Holt; trad. it. *Psicologia della personalità*, Roma, Las, 1977;
2. *Anisfeld, M. (1991). Neonatal imitation. *Developmental Review*, 11(1), 60–97.
3. *Archer, r. Díaz-loving, p. Gollwitzer, mark h. Davis, h. Foushee, (1981), the role of dispositional empathy and social evaluation in the empathic mediation of helping, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 4. No. 4, 786-796;
4. *Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*;
5. *Bandura, A., & Rosenthal, L. Vicarious classical conditioning as a function of arousal level. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, 3, 54-62;
6. *Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37–46. [https://doi.org/1.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/1.1016/0010-0277(85)90022-8);
7. *Baron-Cohn, S., Spitz, A., & Cross, P. (1993). Do children with autism recognise surprise? A research note. *Cognition and Emotion*, 7(6), 507–516, <https://doi.org/1.1080/02699939308409202>;
8. *Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), 248–254. [https://doi.org/1.1016/S1364-6613\(02\)01904-6](https://doi.org/1.1016/S1364-6613(02)01904-6);
9. *Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger Syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163–175;
10. Barrett-Lennard, G. T. (1978). *The Relationship Inventory: Later development and applications*. *JSAS: Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8, 68 (MS. 1732);
11. *Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91–100 <https://doi.org/1.1037/0022-0167.28.2.91>;
12. *Barrett-Lennard GT. The phases and focus of empathy. *Br J Med Psychol*. 1993; 66:3-14;

13. *Barrett, L.F. (1998). The future of emotion research. *Affect Scientist*, 12, 6–8;
14. *Batson, C. D., McDavis, K., Felix, R., Goering, B., & Goldman, R. Effects of false feedback of arousal on perceived emotional state and helping. Unpublished manuscript, University of Kansas, 1976;
15. *Barrett, L. F. (2006). Solving the Emotion Paradox: Categorization and the Experience of Emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 1. 20-46. http://dx.doi.org/1.1207/s15327957pspr1001_2;
16. *Batson, C. D. (1987). Self-reported ratings of empathic emotion. In N. Eisenberg, & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press;
17. *Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social–psychological answer*. Hillsdale, NJ: Erlbaum;
18. *Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., et al. (1997). Empathy and attitudes: can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 105118;
19. *Batson, C. D. (2011). *Altruism in humans*. New York: Oxford University Press
20. *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;
21. *Berger, S. M. Conditioning through vicarious instigation. *Psychological Review*, 1962, 69, 450^66;
22. *Berkowitz, L., 1993. *Aggression: Its Causes, Consequences and Control*. Temple University Press, Philadelphia, PA;
23. Bigolin, C., 2022, *Validazione dell'Interpersonal Empathy Questionnaire: uno studio preliminare, elaborato di tesi sotto la supervisione di Prof.ssa Palmieri*;
24. Biondi M., *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione)* (2014), pag. 768, Milano: Raffaello Cortina Editore;
25. *Blackburn, R., Logan, C., Donnelly, J.P., Renwick, S.J., 2008. Identifying psychopathic subtypes: combining an empirical personality classification of offenders with the psychopathy checklist-revised. *Journal of Personality Disorders* 22, 604–622;

26. *Blair, R.J.R., Sellars, C., Strickland, I., Clark, F., Williams, A., Smith, M., Jones, L., 1996. Theory of mind in the psychopath. *Journal of Forensic Psychiatry* 7, 15–25;
27. *Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89–108). Oxford University Press;
28. *Bolognini, S., (2002), *L'empatia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino, pp. 44-45, pp. 137, pp. 139;
29. Book HE. Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 1988;145:420- 424. 24;
30. *Bormann-Kischkel, C., Vilsmeier, M., & Baude, B. (1995). The development of emotional concepts in autism. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 36(7), 1243–1259. <https://doi.org/1.1111/j.1469-761.1995.tb01368.x>;
31. *Bošnjaković, J., & Radionov, T. (2018). Empathy: Concepts, Theories and Neuroscientific Basis. *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 54(2), 123-150 DOI: 1.20471/dec.2018.54.02.04;
32. *Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., et al. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-559;
33. *Brothers, L. (1995). Neurophysiology of the perception of intentions by primates. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences*. Cambridge: MIT Press;
34. *Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for Applied Research* (2nd ed.). The Guilford Press;
35. *Brüne, M., 2005. Emotion recognition, theory of mind and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research* 133, 135–147;
36. *Buie DH. Empathy: Its nature and limitations. *J Am Psychoanal Assoc*. 1981;29:281-307;

37. *Capps, L., Yirmiya, N., & Sigman, M. (1992). Understanding of simple and complex emotions in non-retarded children with autism. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 33(7), 1169–1182, <https://doi.org/1.1111/j.1469-761.1992.tb00936.x>;
38. *Caprara, G. V. e Cervone, D. (2000), *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*; trad. it. *Personalità. Determinanti, dinamiche, potenzialità*, Milano, Cortina, 2003;
39. *Carlson, S. M., & Moses, L. J. (2001). Individual differences in inhibitory control and children's theory of mind. *Child Development*, 72(4), 1032–1053;
40. *Castelli F, Frith C, Happe' F et al (2002) Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes. *Brain* 125:1839–1849;
41. *Cattell, R. B. (1950), *Personality: A systematic, theoretical, and factual study*, New York, McGraw-Hill;
42. *Cattell, R. B., Eber, H. W., & Tatsuoka, M. M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. Champaign, IL: IPAT;
43. *Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception–behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 893–91. <https://doi.org/1.1037/0022-3514.76.6.893>;
44. Coke, J. S., Batson, C. D., & McDavis, K. Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, 36, 752- 766;
45. *Costa, P.T. e McCrae, R.R. (1985), *The NEO Personality Inventory manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources;
46. *Couture, S.M., Penn, D.L., Roberts, D.L., 2006. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin* 32, S44–S63.
47. *Craig, K. D., & Lowrey, J. H. Heart rate components of conditioned vicarious autonomic responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969, 3, 381-387;
48. *Craig, K. D., & Wood, K. Psychophysiological differentiation of direct and vicarious affective arousal. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1969, 1, 98-105;

49. *Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334, <https://doi.org/1.1007/BF02310555>;
50. Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W., & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(8), 771-783;
51. Dang, J., Ekim, Z.E., Ohlsson, S. *et al.* Is there prejudice from thin air? Replicating the effect of emotion on automatic intergroup attitudes. *BMC Psychol* 8, 47 (2020). <https://doi.org/1.1186/s40359-020-00414-4>;
52. *Danish SJ, Kagan N. Measurement of affective sensitivity: Toward a valid measure of interpersonal perception. *J Couns Psychol*, 1971;18:51-54. 26;
53. *Davidov, M., Zahn-Waxler, C., Roth-Hanania, R., & Knafo, A. (2013). Concern for others in the first year of life: Theory, evidence, and avenues for research. *Child Development Perspectives*, 7(2), 126–131;
54. *Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989–1015;
55. *Davis, M. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. New York: Westview Press;
56. *Davis, M.H., 198. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* 1. p. 8;
57. *Davis, M.H., 1983. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 113–126;
58. *Davis, M.H. & Oathout, H.A. (1987). Maintenance of satisfaction in romantic relationship: Empathy and relational competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 397–410;
59. De Beni R., Carretti B., Moè A., Pazzaglia F., (2008) *Psicologia della personalità e delle differenze individuali*. Il Mulino;
60. *Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2004 Jun;3(2):71-10. doi: 1.1177/1534582304267187. PMID: 15537986;

61. Decety, J., Moriguchi, Y. The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Med* 1, 22 (2007). <https://doi.org/1.1186/1751-0759-1-22>;
62. *Decety, J. E., & Ickes, W. E. (2009). *The social neuroscience of empathy*. MIT Press;
63. *Decety J, Echols S, Correll J. 201. The blame game: the effect of responsibility and social stigma on empathy for pain. *J Cogn Neurosci* 22:985–97;
64. *Decety J, The Neurodevelopment of Empathy in Humans. *Dev Neurosci* 1 December 2010; 32 (4): 257–267. <https://doi.org/1.1159/000317771>;
65. *Del Gaizo, A.L., Falkenbach, D.M., 2008. Primary and secondary psychopathic traits and their relationship to perception and experience of emotion. *Personality and Individual Differences* 45, 206–212;
66. *Dell’Osso, B., Berlin, H.A., Serati, M., Altamura, A.C., 201. Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology* 61, 169–179;
67. *Demidova, K.Y., Dubovik, V.V., Kravchenko, V.I. & Makarchouk, N.E. (2014). Eeg Activity During Viewing Of Neutral And Emotionally Colored Pictures By Men And Women With Different Levels Of Empathy. *Neurophysiology*, 46 (2);
68. *Derntl, B., Finkelmeyer, A., Toygar, T.K., Hulsman, A., Schneider, F., Falkenberg, D.I. & Habel, U. (2009). Generalized Deficit In All Core Components Of Empathy In Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108 (1–3), 197–206;
69. *Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., Rickels, K., & Uhlenhuth, E. H. (1970). Dimensions of outpatient neurotic pathology: comparison of a clinical versus an empirical assessment. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 34(2), 164;
70. *De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why?. *Trends in cognitive sciences*, 10(10), 35-41;
71. *Diamond, N. (2001). Towards an interpersonal understanding of bodily experience. *Psychodynamic Counselling*, 7(1), 41-62;
72. Dimberg, U., & Thunberg, M. (1998). Rapid facial reactions to emotional facial expressions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39(1), 39–45;

73. *Domes, G., Schulze, L., Herpertz, S.C., 2009. Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *Journal of Personality Disorders* 23, 6–19;
74. *Duan C, Hill EC. The Current State of Empathy Research. *J Couns Psychol.* 1996;43:261-274;
75. *Dymond, R. A. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 127133;
76. *Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J.K., Wolf, O.T., Convit, A., 2006. Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 36, 623–636;
77. Dziobek I, Rogers K, Fleck S, Bahnemann M, Heekeren HR, Wolf OT, Convit A. Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *J Autism Dev Disord.* 2008 Mar;38(3):464-73. doi: 1.1007/s10803-007-0486-x;
78. Dziobek, I., Preissler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H.R., Roepke, S., 2011. Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage* 57, 539–548;
79. *Easser BR. Empathic inhibition and psychoanalytic technique. *Psychoanal Q.* 1974;43:557-58. 27;
80. *Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, assessment, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14, 131–149;
81. *Eisenberg, N., Richard, F., Bridget, M., Mariss, 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, 776797;
82. *Ekman, P. & Friesen, W.V. (1975). *Unmasking The Face*. Englewood Cliffs, New Jersey: Spectrum–Prentice Hall;
83. *Epskamp, S. (2022). *_semPlot: Path Diagrams and Visual Analysis of Various SEM Packages' Output_*. (1.1.6);

84. *Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R., & McKay, B. M. (2014) Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24, 52-66;
85. Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. and Murphy, D. (2018) Therapist empathy and client outcome: an updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55 (4). pp. 399-41. <https://doi.org/1.1037/pst0000175>;
86. *Eysenck, H.J. (1970), *The structure of human personality*, New York, Methuen
87. *Eysenck, H. J., (1990), *Biological dimensions of personality*, in L.A. Pervin (a cura di), *Handbook of personality: Theory and research*, New York, Guildford, pp. 244-276;
88. *Eysenck H., J., Eysenck S., B., G., (1991). *Manual of the Eysenck personality scale (EPQ adults)*. Hodder & Stoughton: London;
89. *Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43. 522-527;
90. *Ferenczi, S., (1928) *l'elasticità della tecnica psicoanalitica*, in *Opere*, cit., vol. 4, p. 25;
91. *Feshbach, N. D. (1987). Parental empathy and child adjustment/maladjustment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press;
92. *Feshbach ND, Feshbach S. Empathy and education. In: J. Decety J, W. Ickes W, ed. *Social neuroscience. The social neuroscience of empathy*. Cambridge: MIT Press. 2009. p. 85-97 28;
93. Finkelmeyer, A., Toygar, T.K., Hulsmann, A., Schneider, F., Falkenberg, D.I. & Habel, U. (2009). Generalized Deficit In All Core Components Of Empathy In Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108 (1–3), 197–206;
94. *Flavell, J. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about other minds. *Annual Review of Psychology*, 5. 21–45;
95. *Foisy, M.L., Kornreich, C., Fobe, A., D'Hondt, L., Pelc, I., Hanak, C., Verbanck, P., Philippot, P., 2007. Impaired emotional facial expression recognition in alcohol dependence: do these deficits persist with midterm abstinence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31, 404–410;

96. Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., & Gallardo-Pujol, D. (2009). Factor Analysis with Ordinal Indicators: A Monte Carlo Study Comparing DWLS and ULS Estimation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(4), 625–641. <https://doi.org/1.1080/10705510903203573>;
97. *Freud S. *Group psychology and the analysis of the ego*. London: Hogarth; 1921;
98. *Frieswyk SH, Allen JG, Colson DB, Coyne L, Gabbard GO, Horwitz L, Newsom G. Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1986 Feb;54(1):32-8. doi: 1.1037//0022-006x.54.1.32. PMID: 3958299;
99. *Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell;
100. *Frith, C. D. (2004). *Schizophrenia and theory of mind*. *Psychological Medicine*, 34, 385–389;
101. *Gallese, V., & Goldman, A. (1999). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 493-501;
102. *Gallese, V., Ferrari, P., Kohler, E., & Fogassi, L. (2002). The eyes, the hand, and the mind: Behavioral and neurophysiological aspects of social cognition. In M. Bekoff, C. Allen, & G. M. Burghardt (Eds.), *The cognitive animal: Empirical and theoretical perspectives on animal cognition* (pp. 451–461). MIT Press;
103. Gamer M, Lemon J, <puspendra.pusp22@gmail.com> IFPS (2019). *_irr: Various Coefficients of Interrater Reliability and Agreement_*. R;
104. *Geller JD, Lehman AK, Farber BA. Psychotherapists' representations of their patients. *J Clin Psychol*. 2002 Jul;58(7):733-45. doi: 1.1002/jclp.2001. PMID: 12205714;
105. *Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: the development of a measure. *Psychotherapy Research*, 2. 599-610;
106. *Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons Inc;
107. Geneva: World Health Organization; 2020, *Basic Documents, Forty Second Edition: forty-ninth edition*;

108. *Gerdes, K. E., Segal, E. A., & Lietz, C. A. (2010). Conceptualising and measuring empathy. *British Journal of Social Work*, 4, 23262343;
109. *Ghiassi, V., Dimaggio, G., Brüne, M., 201. Dysfunctions in understanding other minds in borderline personality disorder: a study using cartoon picture stories. *Psychotherapy Research* 2. 657–667;
110. *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;
111. *Gilbert, D., Pelham, B., & Krull, D. (1989). On cognitive busyness: When person perceivers meet persons perceived. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 733–740;
112. *Gillberg, C. L. (1992). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1991. Autism and autistic-like conditions: Subclasses among disorders of empathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 813–842.
113. *Glenn, A.L., Raine, A., 2009. Psychopathy and instrumental aggression: evolutionary, neurobiological, and legal perspectives. *IJLP* 32, 253–258;
114. *Gleason, K., Jensen-Campbell, L., & Ickes, W. (2009). The role of empathic accuracy in adolescents' peer relations and adjustment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(8), 991–101;
115. *Gopnik, A., & Wellman, H. (1992). Why the child's theory of mind really is a theory. *Mind and Language*, 7(1–2), 145–171;
116. *Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224237;
117. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348;
118. *Gunderson, J.G., Sabo, A.N., 1993. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry* 15. 19–27;

119. Hall AJ, Schwartz R. Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*. [Internet]. 2018 [cited 15 August 2018]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/1.1080/00224545.2018.1477442>;
120. *Happe, F.G., 1994. An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24, 129–154;
121. *Hare, R.D., Hart, S.D., Harpur, T.J., 1991. Psychopathy and the Dsm-Iv Criteria for Antisocial Personality-Disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1. 391–398;
122. *Hare, R.D., 2003. Technical manual for the Revised Psychopathy Checklist, Second Edition ed. Multi-Health Systems, North Tonawanda, NY;
123. *Hartley, D.E. and Strupp, H.H. (1983) The Therapeutic Alliance: Its Relationship to Outcome in Brief Psychotherapy. In: Masling, J., Ed., *Empirical Studies in Analytic Theories*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1-38;
124. Haviland, M. G. (1996). Structure of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of personality assessment*, 66(1), 116-125;
125. *Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84;
126. Helgeland, M.I., Torgersen, S., 2004. Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 45, 138–14;
127. Hemmerdinger, J. M., Stoddart, S. D., & Lilford, R. J. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC medical education*, 7, 1-8;
128. *Heppner, P. P., Rogers, M. E. and Lee, L. A. 1984. Carl Rogers: Reflections on his life.. *Journal of Counseling and Development*, 63: 14–20;
129. *Hobson, R. P. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 27(3), 321–342. <https://doi.org/1.1111/j.1469-761.1986.tb01836.x>;
130. *Hobson, R. P. (1993). *Autism and the development of mind*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc;
131. *Hodges, S. D., Kiel, K. J., Kramer, A. D. I., Veach, D., & Villanueva, B. R. (2010). Giving birth to empathy: The effects of similar experience on empathic

- accuracy, empathic concern, and perceived empathy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(3), 398–409;
132. *Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316;
133. *Hoffman ML. Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. In N. Eisenberg eds. *The development of prosocial behavior*. New York: Academic Press. 1982. p. 281-313. 29;
134. *Hoffman ML. Interaction of affect and cognition in empathy. In Izard CE, Kagan J, Zajonc RB. eds. *Emotion, cognition, and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press. 1984. p.103-131;
135. *Hoffman, M. (2001). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press;
136. *Hogan R. Development of an Empathy Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1969;33:307-316;
137. *H. Hoyle (Ed.), *Handbook of structural equation modeling* (pp. 472–492). The Guilford Press;
138. *Hood, B. M., Willen, J. D., & Driver, J. (1998). Adult's eyes trigger shifts of visual attention in human infants. *Psychological Science*, 9(2), 131–134. <https://doi.org/1.1111/1467-928.00024>;
139. *Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/1.1037/0022-0167.38.2.139>;
140. *Horwitz, L. (1974). *Clinical prediction in psychotherapy*. Jason Aronson;
141. *Horwitz, L., Gabbard, G.O., Allen, J.G., e al., (1996), *Psicoterapia su misura*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 1998;
142. *Howard, M. A., Cowell, P. E., Boucher, J., Broks, P., Mayes, A., Farrant, A., et al. (2000). Convergent neuroanatomical and behavioural evidence of an amygdala hypothesis of autism. *NeuroReport*, 11, 2931–2935;
143. *Huchzermeier, C., Geiger, F., Bruss, E., Godt, N., Kohler, D., Hinrichs, G., Aldenhoff, J.B., 2007. The relationship between DSM-IV cluster B personality disorders and psychopathy according to Hare's criteria: clarification and resolution of previous contradictions. *Behavioral Science & the Law* 25, 901–911;

144. *Hurlemann R, Patin A, Onur OA, Cohen MX, Baumgartner T, Metzler S, and others. 201. Oxytocin enhances amygdaladependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. *J Neurosci* 30:4999–5007;
145. *Husserl E. *Phänomenologische Psychologie*. The Hague: Martinus Nijhoff; 1962. p. 321;
146. *Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J. C., & Rizzolatti, G. (2005). Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *Public Library of Science Biology*, 3, 529-535;
147. 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);
148. *Inoue, Y., Yamada, K., Kanba, S., 2006. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *Journal of Affective Disorders* 95, 125–127;
149. *Jackson, P. L., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage*, 24(3), 771-779;
150. *Johnson, T. P. (2014). *Snowball Sampling: Introduction*. Wiley StatsRef: Statistics Reference Online, <https://doi.org/10.1002/9781118445112.STAT05720>
151. *Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of adolescence*, 29(4), 589-611;
152. Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. London, UK: Allen Lane;
153. *Kelsey, R.M., Ornduff, S.R., McCann, C.M., Reiff, S., 2001. Psychophysiological characteristics of narcissism during active and passive coping. *Psychophysiology* 38, 292–303;
154. *Keysar, B., Barr, D. J., Balin, J. A., & Brauner, J. S. (2000). Taking perspective in conversation: The role of mutual knowledge in comprehension. *Psychological Science*, 11(1), 32–38;
155. *Keysers, C., & Gazzola, V. (2007). Integrating simulation and theory of mind: From self to social cognition. *Trends in Cognitive Science*, 11(5), 194–196;
156. *Keysers, C., Kaas, J.H. & Gazzola, V. Somatosensation in social perception. *Nat. Rev. Neurosci.* 11, 417–428 (2010);
157. *Kerr WA. *The empathy test*. Chicago: Psychometric Affiliates. 194;

158. *Kim, Y.T., Lee, J.J., Song, H.J., Kim, J.H., Kwon, D.H., Kim, M.N., Yoo, D.S., Lee, H.J. & Chang, Y. (2010). Alterations In Cortical Activity Of Male Methamphetamine Abusers Performing Empathy Task: Fmri Study. *Human Psychopharmacology*, 25, 63–70;
159. *, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press;
160. *Koenigsberg, H.W., Siever, L.J., Lee, H., Pizzarello, S., New, A.S., Goodman, M., Cheng, H., Flory, J., Prohovnik, I., 2009. Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatric Research* 172, 192–199;
161. *Kohut, H., 1971, *The analysis of the self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorder*. New York: International Universities Press;
162. *Kohut, 1971, tr. It. *Narcisismo e analisi del Sé*, 1976, Torino Boringhieri, p. 9;
163. *Kohut H., On Empathy. *Int J Psychoanal Self Psychol*. 2010; 2:122-131;
164. Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163;
165. *Kopelman, R.E., Mullins, L.S., 1992. Is narcissism inversely related to satisfaction—an examination of data from 2 United-States samples. *Journal of Psychology* 126, 121–130;
166. *Kornreich, C., Pfefferbaum, A., Foisy, M.L., Blairy, S., Raynaud, E., Dan, B., Hess, U., Noëll, X., Pelc, I., Verbanck, P., 2002. Impaired emotional facial expression recognition is associated with interpersonal problems in alcoholism. *Alcohol Alcoholism* 37, 394–400;
167. Krebs, D. (1975). Empathy and altruism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(6), 1134;
168. *Lackner CL, Bowman LC, Sabbagh MA. 2011. Dopaminergic functioning and preschoolers' theory of mind. *Neuropsychologia*.48:1767–74;
169. *Lamm, C. & Singer, T. The role of anterior insular cortex in social emotions. *Brain Struct. Funct.* 214, 579–591 (2010);

170. *Lawson, D. M., & Brossart, D. F. (2003). Link among therapist and parent relationship, working alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 13(3), 383–394. <https://doi.org/1.1093/ptr/kpg026>;
171. *Lazarus, R., Opton, E. M., Nomikos, M. S., & Rankin, N. O. The principle of short-circuiting of threat: Further evidence. *Journal of Personality*, 1965, 33, 622-635;
172. *Lee, K. H., Farrow, T. F., Spence, S. A., & Woodruff, P. W. (2004). Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 391–40;
173. *Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of theory of mind. *Psychological Review*, 94, 412–426;
174. *Levenson, R. W., & Ruef, A. M. (1992). Empathy: A physiological substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 234–246. <https://doi.org/1.1037/0022-3514.63.2.234>;
175. Lingiardi V., McWilliams N. (a cura), PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico, Cortina, Milano 2018;
176. Li, C. H. (2016). The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological Methods*, 21(3), 369–387. <https://doi.org/1.1037/MET0000093>;
177. Lionetti, F., Keijsers, L., Dellagiulia, A., & Pastore, M. (2016). Evidence of factorial validity of parental knowledge, control and solicitation, and adolescent disclosure scales: When the ordered nature of Likert scales matters. *Frontiers in Psychology*, 7(941). <https://doi.org/1.3389/FPSYG.2016.00941/BIBTEX>;
178. *Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., Bullmore, E. T., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., Suckling, J., et al. (2010). Shared neural circuits for mentalizing about the self and others. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(7), 1623–1635;
179. *Lynch, T.R., Rosenthal, M.Z., Kosson, D.S., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W., Blair, R.J.R., 2006. Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion* 6, 647–6;
180. *Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, Christoph P, Bachrach H, Todd T, Johnson M, Cohen M, O'Brien CP. Predicting the outcome of psychotherapy.

- findings of the Penn Psychotherapy Project. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Apr;37(4):471-81. doi: 1.1001/archpsyc.198.01780170113014. PMID: 7362433;
181. Luigi Ruggera, 2023, Corriere del Veneto, 2023
 182. Lundqvist, L. O., & Lindner, H. (2017). Is the Autism-Spectrum Quotient a valid measure of traits associated with the autism spectrum? A Rasch validation in adults with and without autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 47, 2080-2091;
 183. Macuglia, M., 2023, “Il male dentro”, casa editrice Rizzoli, Milano;
 184. *Marangoni, C., Garcia, S., Ickes, W., & Teng, G. (1995). Empathic accuracy in a clinically relevant setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 854–869. <https://doi.org/1.1037/0022-3514.68.5.854>;
 185. *Marlatt, G.A., 1996. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 91, S37–S49;
 186. *Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–45. <https://doi.org/1.1037/0022-006X.68.3.438>;
 187. *Marziali, E., Marmar, C., & Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 138(3), 361–364. <https://doi.org/1.1176/ajp.138.3.361>;
 188. Mauss Iris B. & Michael D. Robinson (2009) Measures of emotion: A review, *Cognition and Emotion*, 23:2, 209-237, DOI: 1.1080/02699930802204677;
 189. *McDonald, R. P. (1999). *Test theory: a unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates;
 190. *McRae, K., Gross, J.J., 202. Emotion regulation. *Emotion* 20 (1), 1–9. <https://doi.org/1.1037/emo0000703>;
 191. *Mead GH. *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press; 1934;
 192. *Mehrabian, A., & Epstein, N. A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 1972, 4. 525-543;

193. *Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), 75–78;
194. *Messina, I., Sambin, M., & Palmieri, A. (2013). Measuring therapeutic empathy in a clinical context: Validating the Italian version of the Empathic Understanding of 81 Relationship Inventory. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 20(1), 1-11;
195. Mischel, W., (1968), *Personality and assessment*, New York, Wiley;
196. *Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 8. 252-283;
197. Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological review*, 102(2), 246;
198. *Mitchell JP. 2009. Inferences about mental states. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 364:1309–16;
199. *Morgan AB, Lilienfeld SO. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clin Psychol Rev.* 2000 Jan;20(1):113-36. doi: 1.1016/s0272-7358(98)00096-8. PMID: 10660831;
200. *Moul, C., Killcross, S., Dadds, M.R., 2012. A model of differential amygdala activation in psychopathy. *Psychological Review*. <http://dx.doi.org/1.1037/a0029342>. Epub ahead of print;
201. *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;
202. *Neyer, F., Banse, R., & Asendorpf, J. (1999). The role of projection and empathic accuracy in dyadic perception between older twins. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(4), 419–442;
203. *Neumann, R., & Strack, F. (2000). “Mood contagion”: The automatic transfer of mood between persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 211–223;
204. Neumann, D. L., Chan, R. C., Boyle, G. J., Wang, Y., & Westbury, H. R. (2015). Measures of empathy: Self-report, behavioral, and neuroscientific

- approaches. Measures of personality and social psychological constructs, 257-289;
205. *Niedenthal PM. 2007. Embodying emotion. *Science* 316(5827): 1002–5;
206. Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 250-256. <<http://hdl.handle.net/2027.42/92158>;
207. Nunzia V., (2022), Interpersonal validazione del questionario Empathy Questionnaire: focus sulla validità di costrutto indagata con questionari self-report, elaborato di tesi sotto la supervisione di Prof.ssa Palmieri;
208. Ochsner KN, Silvers JA, Buhle JT. Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Ann N Y Acad Sci*. 2012 Mar;1251:E1-24. doi: 1.1111/j.1749-6632.2012.06751.x. PMID: 23025352; PMCID: PMC4133790;
209. *Oliveira-Silva P, Gonçalves OF. Responding empathically: A question of heart, not a question of skin. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2011;36:201–207. 7);
210. *Onishi, K. H., & Baillargeon, R. E. (2005). Do 15-monthold infants understand false beliefs? *Science*, 308(5719), 255–258;
211. package version .84.1, <https://CRAN.R-project.org/package=irr>;
212. *Paulhus, D. L., & Reid, D. B. (1991). Enhancement and denial in socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 307317. Pennebaker, J. W. (1982). Physical symptoms associated with blood pressure. *Psychophysiology*, 19(2), 201210;
213. *Piliavin, J. A., & Piliavin, I. M. The good Samaritan: Why does he help? Unpublished manuscript, 1973;
214. Pirazzoli, G., (2020), l’empatia interpersonale: una chimera o un costrutto attuale?, elaborato di tesi sotto la supervisione di Prof.ssa Palmieri;
215. *Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioural and Brain Sciences*, 1, 515–526;
216. *Preston SD, de Waal FB. 2002. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci* 25:1–20;

217. *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;
218. *Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, fabio, & 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. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.12.006>;
219. *Rabin JS, Gilboa A, Stuss DT, Mar RA, Rosenbaum RS. 2011. Common and unique neural correlates of autobiographical memory and theory of mind. *J Cogn Neurosci*. 22:1095–111;
220. *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;
221. *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;
222. *Reinhard, D.A., Konrath, S.H., Lopez, W.D., Cameron, H.G., 2012. Expensive egos: narcissistic males have higher cortisol. *PLoS One* 7, e30858. <http://dx.doi.org/10.1371/annotation/1c60eca3-794f-4a09-8a82-e43ed3cc2009>. E-Pub ahead of print;
223. *Reniers, R. L., Corcoran, R., Völlm, B. A., Mashru, A., Howard, R., & Liddle, P. F. (2012). Moral decision-making, ToM, empathy and the default mode network. *Biological psychology*, 90(3), 202-210;
224. *Revelle, W. R. (2022). psych: Procedures for Personality and Psychological Research (2.2.9). Northwestern University. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>;
225. *Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1–36. <https://doi.org/10.18637/JSS.V048.I02>;

226. *Ritter, K., Dziobek, I., Preissler, S., Ruter, A., Vater, A., Fydrich, T., Lammers, C.H., Heekeren, H.R., Roepke, S., 2011. Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research* 187, 241–247;
227. *Rizzolatti G, Fabbri-Destro M, Cattaneo L. 2009. Mirror neurons and their clinical relevance. *Nat Clin Pract Neurol* 5: 24–34;
228. *Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: interpretations and misinterpretations. *Nat. Rev. Neurosci.* 11, 264–274 (2010);
229. *Robins, R.W., Beer, J.S., 2001. Positive illusions about the self: short-term benefits and long-term costs. *Journal of Personality and Social Psychology* 8. 340–352;
230. *Robinson, M. D., & Clore, G. L. (2002). Episodic and semantic knowledge in emotional self-report: Evidence for two judgment processes. *Journal of Personality & Social Psychology*, 83(1), 198215;
231. Rocco, D., Montorsi, A., (2020), *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico - Un percorso storico*, Domeneghini Editore, terza ristampa;
232. *Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy; newer concepts in practice*. Houghton Mifflin;
233. *Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin;
234. *Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/1.1037/h0045357>;
235. *Rogers, C. R. (1959). *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw Hill;
236. *Rogers, C. R. (1975). *Empathic: An Unappreciated Way of Being*. *The CounselinPsychologist*, 5(2),21. <https://doi.org/1.1177/001100007500500202>;
237. *Rogers, K., Dziobek, I., Hassenstab, J., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 37(4), 709–715;

238. *Ronningstam, E., 2009. Narcissistic personality disorder: facing DSM IV. *Psychiatric Annals* 39, 111–121;
239. Ross, M. (2000) Body talk: somatic countertransference, *Psychodynamic Counselling*, 6:4, 451-467, DOI: 1.1080/13533330050197089;
240. *Roth, G., Struber, D., 2009. Neurobiological aspects of reactive and proactive violence in antisocial personality disorder and “Psychopathy”. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58, 587–609;
241. *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;
242. *Sahlins, M. (2008). *The Western illusion of human nature*. Chicago, IL: Prickly Paradigm Press;
243. *Sassolas, M. (2010). *Cura psichica e comunità terapeutica. Esperienze di supervisione. Processi di mentalizzazione e azioni terapeutiche*, Borla;
244. Schulze L, Dziobek I, Vater A, Heekeren HR, Bajbouj M, Renneberg B, Heuser I, Roepke S. Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *J Psychiatr Res*. 2013 Oct;47(10):1363-9. doi: 1.1016/j.jpsychires.2013.05.017. Epub 2013 Jun 15. PMID: 23777939;
245. Shamay-Tsoory SG, Shur S, Harari H, Levkovitz Y. Neurocognitive basis of impaired empathy in schizophrenia. *Neuropsychology*. 2007 Jul;21(4):431-8. doi: 1.1037/0894-4105.21.4.431. PMID: 17605576;
246. Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*, 17(1), 18–24;
247. Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A.B., Sturek, J., Fonagy, P., 2011. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 5. 563–573;
248. *Shaw, R. (2004). *The Embodied Psychotherapist: An Exploration of the Therapists' Somatic Phenomena Within the Therapeutic Encounter*. *Psychotherapy Research*, 14(3), 271–288. <https://doi.org/1.1093/ptr/kph025>;

249. *Sonnby-Borgström, M., Jönsson, P. & Svensson, O. (2003). Emotional Empathy As Related To Mimicry Reactions At Different Levels Of Information Processing. *Journal Of Nonverbal Behavior*;
250. *Sperber, D., & Wilson, D. (2002). Pragmatics, modularity and mindreading. *Mind & Language*, 17, 3–23;
251. Spielberger, C. D. (1972a). Anxiety as an Emotional State. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (Vol. 1, pp. 23-49). New York: Academic Press.
<http://dx.doi.org/1.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5>
252. Stracciari, A., Bianchi A., Sartori, A., 201. *Neuropsicologia forense*, Il Mulino, Bologna, pgg. 124;
253. *Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27;
254. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ*. 2016 Mar;50(3):300-1. doi: 1.1111/medu.12806. PMID: 26896015; PMCID: PMC4914035;
255. *Surian, L., Caldi, S., & Sperber, D. (2007). Attribution of beliefs by 13-month-old infants. *Psychological Science*, 18(7), 580–586;
256. *Swirsky-sacchetti, T., Gorton, G., Samuel, S., Sobel, R., Genettawadley, A., Burleigh, B., 1993. Neuropsychological function in borderline personality-disorder. *Journal of Clinical Psychology* 49, 385–396;
257. *Taylor, G.J., 200. Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry* 45, 134–142;
258. *Tellegen, A. (1982), Personality traits: Issues of definition, evidence, and assessment, in W.M. Grove e D. Cichetti (a cura di), *Thinking clearly about psychology*, vol. II: Personality and psychopathology, Minneapolis, University of Minnesota Press, pp. 10-35;
259. *Thioux M, Gazzola V, Keysers C. 2008. Action understanding: how, what and why. *Curr Biol* 18:R431–34;
260. Thoma P, Friedmann C, Suchan B. Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neurosci*

- Biobehav Rev. 2013 Mar;37(3):448-7. doi: 1.1016/j.neubiorev.2013.01.024. Epub 2013 Feb 8. PMID: 23396051;
261. *Thompson, R.A., 1994. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 59, 25–52. doi:1.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x;
262. Thompson, N.M., Uusberg, A., Gross, J.J., Chakrabarti, B., 2019. Empathy and emotion regulation: an integrative account. *Progress in Brain Research*, 1st ed. Elsevier B.V. doi:1.1016/bs.pbr.2019.03.024;
263. *Titchener EB. *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. New York: Macmillan; 1909;
264. *Titchener, Edward Bradford, (1915), *A beginner's psychology*, The Macmillan company;
265. *Titchener E. *A textbook of psychology*. New York: Macmillan; 1924;
266. *Todorov, A., & Uleman, J. S. (2002). Spontaneous trait inferences are bound to actors' faces: Evidence from a false recognition paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1051–1065;
267. *Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(5), 675–691, discussion 691–735;
268. *Tomkins, S. (1991). *Affect, Imagery And Consciousness*. New York: Springer Publishing Company;
269. *Tversky A, Kahneman D. Availability: a heuristic for judging frequency and probability. *Cogn Psychol* 1973; 5:207–32;
270. *Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C., & Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: The role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends in Cognitive Science*, 11(4), 153–157;
271. *Urbonaviciute, G., Hepper, E. (2020). When is narcissism associated with low empathy? A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality*, 89-104036;
272. *Van de Schoot, R., Lugtig, P., & Hox, J. (2012). A checklist for testing measurement invariance. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(4), 486–492, <https://doi.org/1.1080/17405629.2012.686740>;

273. Van der Graaff, J., Meeus, W., de Wied, M., van Boxtel, A., van Lier, Pol A. C, Koot, H.M. & Branje, S, (2016) Motor, affective and cognitive empathy in adolescence: Interrelations between facial electromyography and self-reported trait and state measures, *Cognition and Emotion*, 30:4, 745-761, DOI: 1.1080/02699931.2015.1027665;
274. *Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 28(3), 411-421;
275. *Vanaerschot, G. (1990). The process of empathy: Holding and letting go. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 269–293). Leuven University Press;
276. *Verhofstadt, L. L., Buysse, A., Ickes, W., Davis, M., & Devoldre, I. (2008). Support provision in marriage: The role of emotional similarity and empathic accuracy. *Emotion*, 8(6), 792–802;
277. *Vischer, R. (1872). *Über das optische Formgefühl—Ein Beitrag zur Ästhetik* [On the Optical Sense of Form: A Contribution to Aesthetics] (Doctoral dissertation). EberhardK Karls-Universität Tübingen, Tübingen, Germany;
278. *Völlm, B.A., Taylor, A.N.W., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., Mckie, S., Deakin, J.F.W. & Elliott, R. (2006). Neuronal Correlates Of Theory Of Mind And Empathy: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study In A Nonverbal Task. *Neuroimage*;
279. *von Borries, L.A.K., Volman, I., de Bruijn, E.R.A., Bulten, B.H., Verkes, R.J., Roelofs, K., 2012. Psychopaths lack the automatic avoidance of social threat: Relation to instrumental aggression. *Psychiatry Research*. <http://dx.doi.org/1.1016/j.psychres.2012.06.026>. E-Pub ahead of print;
280. *Wagner, A.W., Linehan, M.M., 1999. Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation? *Journal of Personality Disorders* 13, 329–344;
281. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015 Oct;14(3):270-7. doi: 1.1002/wps.20238. PMID: 26407772; PMCID: PMC4592639;

282. *Watson, P.J., Grisham, S.O., Trotter, M.V., Biderman, M.D., 1984. Narcissism and empathy: validity evidence for the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment* 48, 301–305;
283. *Watson, P.J., Little, T., Sawrie, S.M., Biderman, M.D., 1992. Measures of the narcissistic personality—complexity of relationships with self-esteem and empathy. *Journal of Personality Disorders* 6, 434–449;
284. *Watson, P.J., Sawrie, S.M., Greene, R.L., Arredondo, R., 2002. Narcissism and depression: MMPI-2 evidence for the continuum hypothesis in clinical samples. *Journal of Personality Assessment* 79, 85–109;
285. Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2007). Case studies in emotion-focused treatment of depression: A comparison of good and poor outcome. American Psychological Association;
286. *Wellman, H. M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Metaanalysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child Development*, 72(3), 655–684;
287. *Wellman, H. M., & Woolley, J. D. (1990). From simple desiders to ordinary beliefs: The early development of everyday psychology. *Cognition*, 35, 245-275;
288. *Welte, J. W., & Russell, M. (1993). Influence of socially desirable responding in a study of stress and substance abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(4), 758-761;
289. *Westen, D., Shedler, J., Bradley, R., 2006. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry* 163, 846–8;
290. Wetzell, E., Boehnke, J. R., & Brown, A. (2016). Response biases. In FTL. Leong, D. Bartram, FM. Cheung, KF. Geisinger, & D. Iliescu (Eds.), *The ITC International Handbook of Testing and Assessment* (pp. 349-363). Oxford University Press;
291. *Wilson, M., & Knoblich, G. (2005). The case for motor involvement in perceiving conspecifics. *Psychological bulletin*, 131(3), 460-473;
292. *Wink, P., 1991. Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 590–597;

293. *Wynn, R., & Wynn, M. (2006). Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: Characteristics of some conversational resources. *Journal of Pragmatics*, 38(9), 1385-1397;
294. *Zaki, J., Ochsner, K. N., Hanelin, J., Wager, T., & Mackey, S. C. (2007). Different circuits for different pain: Patterns of functional connectivity reveal distinct networks for processing pain in self and others. *Social Neuroscience*, 2(3–4), 276–291;
295. *Zaki, J., Weber, J., Bolger, N., & Ochsner, K. (2009). The neural bases of empathic accuracy. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 106(27), 11382–11387;
296. Zaki, J., & Ochsner, K. (2012). The neuroscience of empathy: Progress, pitfalls, and promise. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(5), 675–680;
297. Zaki, J., 2014. Empathy: a motivated account. *Psychol. Bull.* 14. 1608–1647. doi: 1.1037/a0037679;
298. Zaki, J. and Ochsner, K. (2016). Empathy. *The Handbook of Emotions*, 4, 871-884;
299. Zanichelli dizionario, (2012), “empatia”, Bologna.

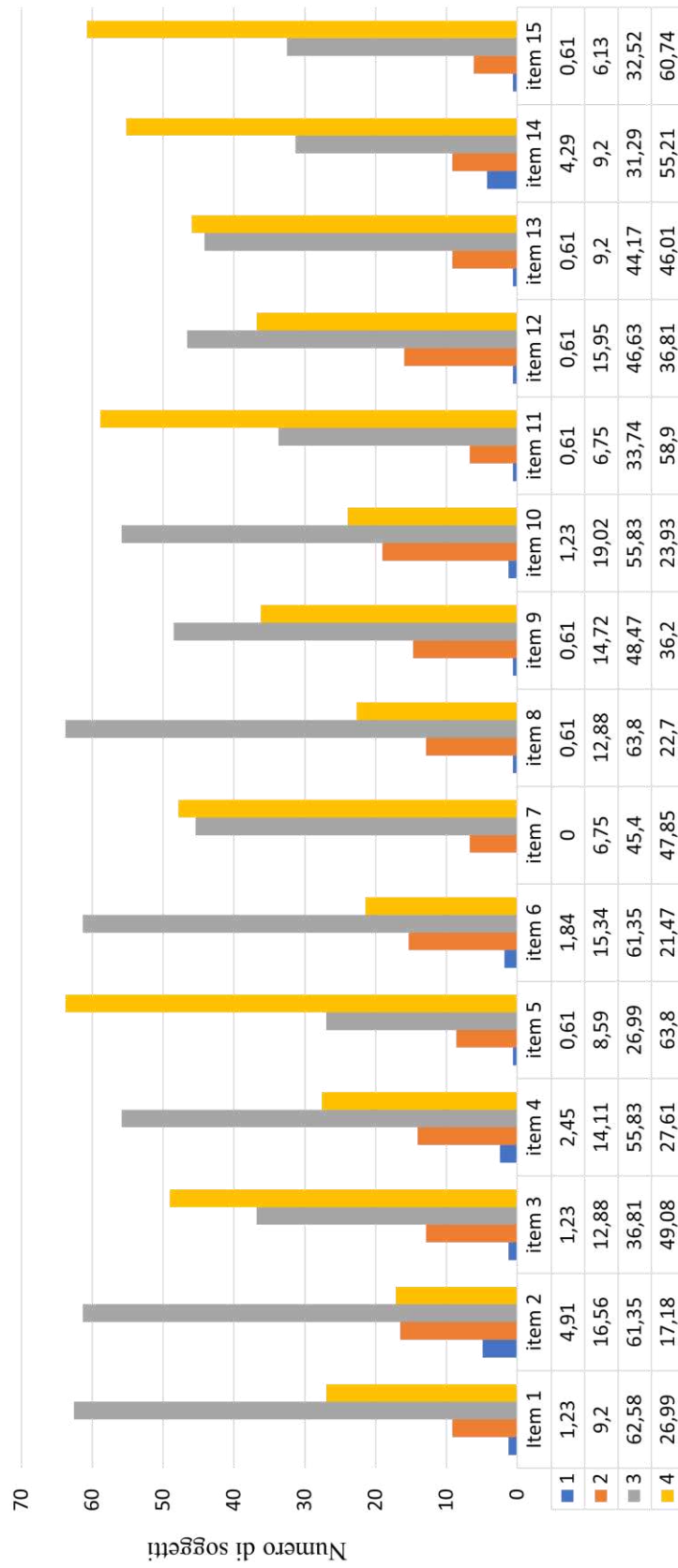
APPENDICE 1

Statistiche descrittive TES-T-OE

Statistiche descrittive						
	Mean	SD	Min	Max	Skew	Kurtosis
Item#1	3.15	.62	1	4	-.42	.72
Item#2	2.91	.73	1	4	-.63	.61
Item#3	3.34	.75	1	4	-.81	-.18
Item#4	3.09	.71	1	4	-.53	.27
Item#5	3.54	.68	1	4	-.21	.74
Item#6	3.02	.67	1	4	-.41	.41
Item#7	3.41	.62	2	4	-.25	-.65
Item#8	3.09	.61	1	4	-1.1	.22
Item#9	3.2	.7	1	4	-.41	-.56
Item#10	3.02	.69	1	4	-.25	-.27
Item#11	3.51	.65	1	4	-1.1	.61
Item#12	3.2	.72	1	4	-.41	-.66
Item#13	3.36	.67	1	4	-.68	-.14
Item#14	3.37	.82	1	4	-1.24	.86
Item#15	3.53	.64	1	4	-1.17	.83
AFF	16.02	2.48	8	20	-.7	.3
COG	15.75	2.42	9	20	-.41	-.32
PRO	16.97	2.45	9	20	-.79	.28
EMPATIA	48.74	6.48	30	59	-.53	-.37

Mean= media; SD= deviazione standard; Skew: indice di simmetria, kurtosis= indice di curtosi; AFF = Empatia affettiva; COG = Empatia cognitiva; PRO = Motivazione prosociale; EMPATIA= fattore generale empatia della TES-T-OE

Frequenze di risposte agli item della TES-T-OE



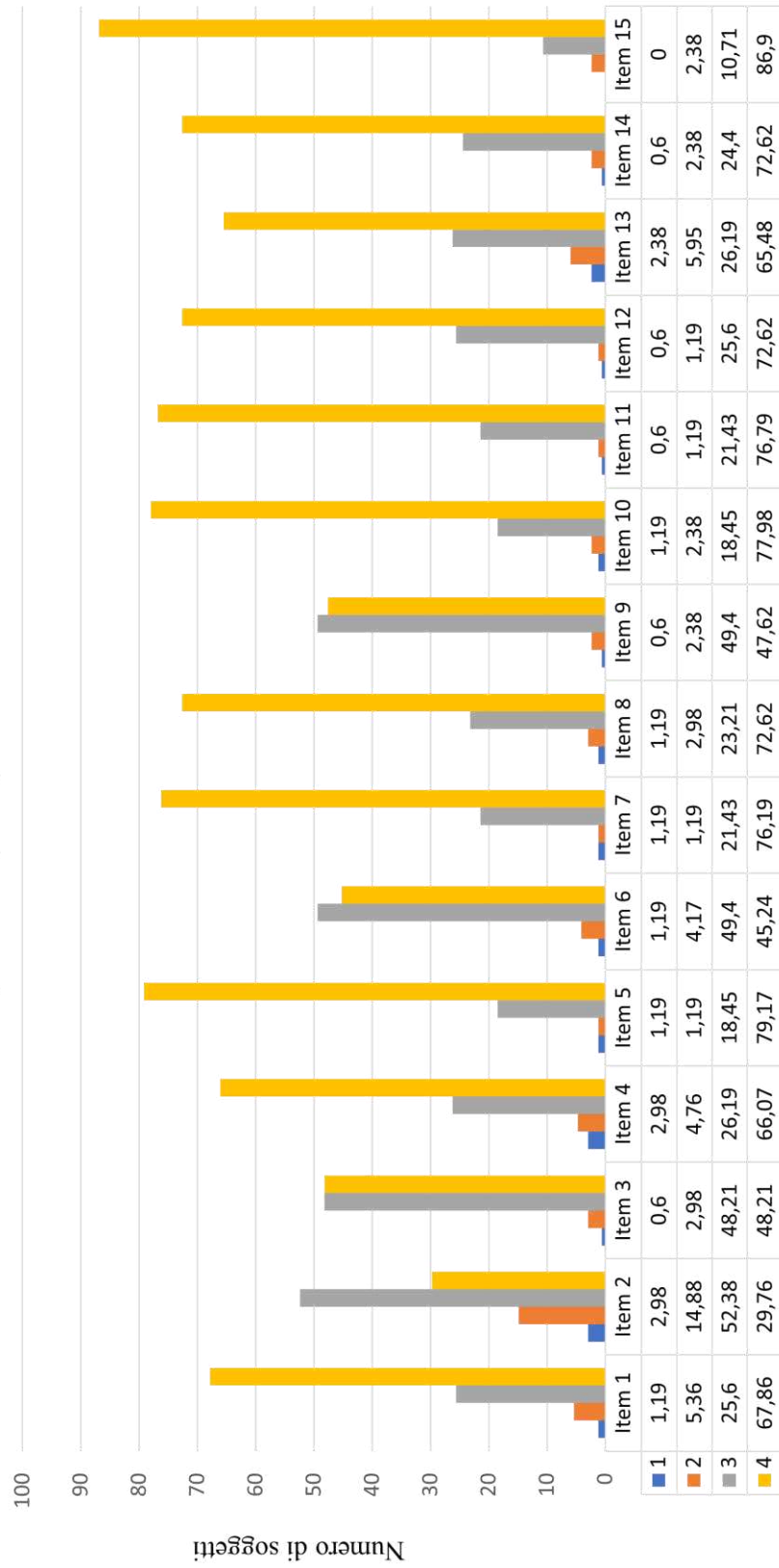
APPENDICE 2

Statistiche descrittive TES-S-OE

Statistiche descrittive						
	Mean	SD	Min	Max	Skew	Kurtosis
Item#1	3.60	.65	1	4	-1.62	2.35
Item#2	3.09	.75	1	4	-.57	.12
Item#3	3.44	.59	1	4	-.66	.43
Item#4	3.55	.72	1	4	-1.74	2.80
Item#5	3.76	.53	1	4	-2.56	7.90
Item#6	3.39	.63	1	4	-.80	.96
Item#7	3.73	.54	1	4	-2.29	6.45
Item#8	3.67	.59	1	4	-1.96	4.18
Item#9	3.44	.58	1	4	-.61	.44
Item#10	3.73	.56	1	4	-2.37	6.30
Item#11	3.74	.50	1	4	-2.07	5.17
Item#12	3.70	.52	1	4	-1.75	3.65
Item#13	3.55	.72	1	4	-1.63	2.31
Item#14	3.69	.55	1	4	-1.77	3.37
Item#15	3.85	.42	2	4	-2.78	7.28
AFF	17.44	2.43	5	2	-1.38	3.40
COG	17.96	1.89	13	2	-.62	-.75
PRO	18.53	1.95	9.00	2.00	-1.58	2.92
EMPATIA	53.93	5.32	34.00	6.00	-1.09	1.11

Mean= media; SD= deviazione standard; Skew: indice di simmetria, kurtosis= indice di curtosi; AFF = Empatia affettiva; COG = Empatia cognitiva; PRO = Motivazione prosociale; EMPATIA = Fattore generale empatia della TES-S-OE.

Frequenze di risposta agli item della TES-S-OE



APPENDICE 3

TRIPARTITE EMPATHY SCALE- VERSIONE DI TRATTO

Istruzioni

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che possono rispecchiare il rapporto che ha con __. Legga ciascuna frase e poi clicchi sulla risposta che meglio indica come abitualmente si sente con __. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. La preghiamo di rispondere il più velocemente possibile senza pensarci troppo.”

Item	Persona A (Own Empathy)	Persona B (Perceived Empathy)	Range risposta
01_aff	Lui/Lei percepisce come mi sento, al di là delle specifiche parole che uso	Io percepisco come lui/lei si sente, al di là delle specifiche parole che usa	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
02_aff	C'è una tale sintonia con lui/lei che mi sembra possa prevedere ciò che sto per dire	C'è una tale sintonia con lui/lei che mi sembra di poter prevedere ciò che sta per dire	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
03r_aff	Non riesce a sentire le mie emozioni	Non è in grado di sentire le sue emozioni	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
04_aff	Sento che anche quando non può comprendere i fatti che racconto, lui/lei è comunque in sintonia con il lato emotivo della mia esperienza	Sento che anche quando non posso comprendere i fatti che racconta, sono comunque in sintonia con il lato emotivo della sua esperienza	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
05r_aff	Sento che a livello emotivo mi è distante	A livello emotivo gli/le sono distante	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre

06_cog	Capisce che cosa scatena le mie reazioni	Capisco che cosa scatena le sue reazioni	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
07_cog	Ragiona su quello che gli/le dico	Ragiono su quello che mi dice	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
08_cog	A prescindere dal fatto che lui/lei sia d'accordo con me, comprende il mio punto di vista	A prescindere dal fatto che io sia d'accordo con lui/lei, comprendo il suo punto di vista	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
09r_cog	Non riesce a vedere davvero le cose dal mio punto di vista	Non riesco a vedere davvero le cose dal suo punto di vista	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
10_cog	Si concentra sul mio punto di vista e sulle mie opinioni	Mi concentro sul suo punto di vista e sulle sue opinioni	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
11r_pro	Non mi sembra disponibile nell'accogliere le mie parole e le mie emozioni	Non riesco ad essere disponibile nell'accogliere le sue parole e le sue emozioni	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
12_pro	Comprende e accoglie la mia esperienza senza giudicarla	Comprendo e accolgo la sua esperienza senza giudicarla	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
13_pro	Sento che il suo desiderio di comprendermi è forte	Sento che il mio desiderio di comprenderlo/a è forte	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
14r_pro	Non contribuisce a creare un clima in cui io possa essere me stesso/a	Non sono in grado di contribuire a creare un clima in cui lui/lei possa essere se stesso/a	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
15r_pro	Mi sembra non interessato/a a me	Non dimostro di essere interessato/a a lui/lei	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre

TRIPARTITE EMPATHY SCALE- VERSIONE DI STATO

Istruzioni

“Sono qui di seguito riportate alcune frasi che rispecchiano l’interazione che ha avuto con . Legga ciascuna frase e poi clicchi sulla risposta che meglio indica come si è sentito rispetto all’interazione appena avvenuta fra voi. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. La preghiamo di rispondere il più velocemente possibile senza pensarci troppo.”

Item	Persona A (Own Empathy)	Persona B (Perceived Empathy)	Range risposta
01r_aff	Le sue emozioni e sentimenti non erano in sintonia con i miei	Le mie emozioni e sentimenti non erano in sintonia con i suoi	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
02_aff	Eravamo in perfetta sintonia emotiva	Eravamo in perfetta sintonia emotiva	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
03_aff	Lui/Lei percepiva come mi sentivo, al di là delle specifiche parole che usavo	Io percepivo come lui/lei si sentiva, al di là delle specifiche parole che usava	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
04r_aff	Sentivo che non era emotivamente coinvolto/a nella mia esperienza	Sentivo di non essere stato/a emotivamente coinvolto/a nella sua esperienza	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
05r_aff	Non riusciva a sentire le mie emozioni	Non ero in grado di sentire le sue emozioni	Non accade mai/quasi mai-Accade poche volte-Accade spesso-Accade quasi sempre/sempre
06_cog	Capiva che cosa aveva scatenato le mie reazioni	Capivo che cosa aveva scatenato le sue reazioni	Non accade mai - Accade poche volte-Accade spesso-Accade sempre

07r_cog	Per lui/lei è stato difficile capire le ragioni del mio stato d'animo	Mi è stato difficile capire le ragioni del suo stato d'animo	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
08r_cog	Non è riuscito/a a vedere davvero le cose dal mio punto di vista	Non sono riuscito/a a vedere davvero le cose dal suo punto di vista	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
09_cog	Credo che riuscisse a intuire bene l'origine/la causa del mio stato d'animo	Ero in grado di intuire bene l'origine/la causa del suo stato d'animo	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
10r_cog	Non mi capiva	Non ero in grado di capirlo/la	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
11r_pro	Non mi sembrava disponibile nell'accogliere le mie parole e le mie emozioni	Non riuscivo ad essere disponibile nell'accogliere le sue parole e le sue emozioni	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
12_pro	Ha compreso e accolto la mia esperienza senza giudicarla	Ho compreso e accolto la sua esperienza senza giudicarla	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
13r_pro	Non contribuiva a creare un clima in cui io potevo essere me stesso/a	Non ero in grado di contribuire a creare un clima in cui lui/lei poteva essere se stesso/a	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
14_pro	Ce la mettevo tutta per capire il mio punto di vista	Ce la mettevo tutta per capire il suo punto di vista	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre
15r_pro	Mi sembrava non interessato/a a me	Mi sembrava non interessato/a a me	Non accade mai - Accade poche volte- Accade spesso- Accade sempre