

Émotion exprimée chez les soignants en relation avec des résidents souffrant de troubles d'apprentissage. Vers une nouvelle définition du surinvestissement émotionnel⁽¹⁾.

G. Van Humbeeck⁽²⁾, Ch Van Audenhove⁽²⁾, H. Vertommen⁽³⁾, G. Storms⁽³⁾, M. De Hert⁽⁴⁾, J. Peuskens⁽⁴⁾, G. Pieters⁽⁴⁾, J. Heyrman⁽⁵⁾.

RÉSUMÉ L'émotion exprimée (EE)

se rapporte à la quantité de commentaires critiques, d'hostilité, et/ou de surinvestissement émotionnel d'un parent vers un patient. C'est une mesure établie, évaluant la qualité du rapport entre un patient psychiatrique et son parent ou son soignant.

Dans cette étude, la quantité d'EE a été étudiée chez 30 dyades professionnel-patient.

Ces patients étaient hébergés au sein de résidences d'accueil et souffraient tous de retard mental. L'émotion exprimée a été évaluée avec la Perceived Criticism Scale (PCS, échelle de perception des critiques) et le Five Minutes Speech Sample (FMSS, entretien non-directif). En s'appuyant sur ce dernier instrument, on constate que 31% des soignants ont eu de hauts scores d'EE. Ces points n'ont été

obtenus que par la quantité de commentaires critiques. Aucun surinvestissement émotionnel n'a été observé. Lorsque la PCS a été utilisée, seuls deux soignants furent critiques. Ces résultats suggèrent que les soignants de patients souffrant de troubles d'apprentissage éprouvent de hauts niveaux d'EE. Des implications pour la pratique clinique sont également discutées.

MOTS-CLÉS Émotion exprimée, soignants, troubles de l'apprentissage.

INTRODUCTION L'émotion exprimée (EE) se rapporte à la quantité de critiques, d'hostilité et/ou de surinvestissement émotionnel d'un parent vers un patient présentant un désordre psychiatrique grave tel que la

(1) Remerciements : cette recherche est financée par les dons du K.U. Leuven.

(2) LUCAS K.U. Leuven, Kapucijnenvoer 35, B-3000 Leuven, Belgique. Courriel : chantal.VanAudenhove@med.kuleuven.ac.be

(3) Département de psychologie, K.U. Leuven, Belgique.

(4) Universitair Centrum (UC), St Josef, Kortenberg, Belgique.

(5) Département de médecine générale, K.U. Leuven, Belgique.



schizophrénie. Depuis 1958 (Brown, 1959 ; Brown, Carstairs, Topping, 1958) plusieurs études ont été effectuées afin d'examiner l'émotion exprimée sous différents rapports, posant l'hypothèse qu'elle constituerait un fort prédicteur de la rechute des patients présentant un trouble schizophrénique ou d'autres désordres psychiatriques graves (par exemple Bebbington & Kuipers, 1994 ; Hashemi & Cochrane, 1999 ; Hooley, Rosen, & Richters, 1995 ; Kuipers, 1992 ; Parker & Hadzi-Pavlovic, 1990 ; Uehara et al., 1999 ; Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, Armstrong-Rahill, 2000). Les patients issus de familles critiques, hostiles ou émotionnellement surinvesties présentent de plus grands risques de rechute que des patients issus de familles sans ces caractéristiques (voir la méta-analyse de Butzlaff et Hooley, 1998).

Suite à ces études, des programmes d'intervention pour les familles furent développés afin de réduire leur EE et afin de réduire les risques de rechute pour leurs parents (De Jésus Mari et Streiner, 1994; Dixon, Adams, et Lucksted, 2000).

Bien que l'EE ait été évaluée chez différentes populations telles que les schizophrènes, les personnes dysthymiques (Hayhurst, Cooper, Parkel, Vearnals, et Ramana, 1997), les anorexiques (Smukler, Fislér, Russell, et Dare, 1985), et les déments (Bledin, MacCarthy, Kuipers, et Woods, 1990; Fearon, Donaldson, Burns, et Tarrier, 1998), seules deux études l'ont examinée chez des parents de patients présentant des troubles d'apprentissage graves (Clerici, Bertrando, Beltz,

Fornara, Iraci, Steiner, et Cazzullo, 1998; Greedharry, 1987). Les données de Greedharry (1987) ont généralement indiqué des scores très bas d'EE, sans hostilité et avec peu de surinvestissement émotionnel ou de critique. Clerici et coll. (1998) ont cependant rapporté un modèle différent : douze parents (40 %) présentaient des scores élevés d'EE, particulièrement pour le surinvestissement émotionnel. La critique et l'hostilité ont été moins observées (respectivement 20 % et 10 %).

Toujours dans ce champ, la qualité des relations interpersonnelles entre un soignant et des personnes souffrant de troubles mentaux a été évaluée (Cottle, Kuipers, Murphy, Oakes, 1995; Sabarese, 1999; Weigel & Collins, 2000). Cottle et al. (1995) ont évalué les niveaux d'émotion exprimés par 27 soignants de personnes souffrant de légers troubles mentaux. Ces soignants avaient précédemment été victimes d'un passage à l'acte d'un des résidents interviewés. A une semaine de distance de cet incident, 56,6% du personnel soignant étaient caractérisés comme "high EE", score qui atteignit 66,6% après un mois. Cette émotion a essentiellement été obtenue par les commentaires critiques. Il n'y avait pas de surinvestissement émotionnel.

Cependant, cette étude présente des biais méthodologiques. Tout d'abord, le niveau initial de "EE" n'a pas été évalué ; par ailleurs, nous n'avons pas mesuré l'"EE" chez des soignants n'ayant pas connu récemment un épisode de passage à l'acte violent



(Cottle et al., 1995). Sabarese (1999) a examiné les relations de 30 patients souffrant de retard mental léger avec leur personnel soignant. Les résultats semblent indiquer que le niveau de "EE" des patients pourrait prédire leur niveau de fonctionnement social. Cependant, dans notre étude, les niveaux de EE ont été mesurés du point de vue du patient, et il n'est ainsi pas clair d'évaluer l'impact du retard mental sur les capacités de réponse à nos questions.

Depuis les années 1990, l'évaluation de l'EE chez les soignants est devenue une nouvelle ligne de recherche. Les études dans ce domaine soulignent l'existence de hauts points d'EE dans certaines relations. Ce haut score d'EE est la plupart du temps obtenu par un grand nombre de commentaires critiques (par exemple Herzog, 1988; Kuipers et Moore, 1995; Oliver et Kuipers, 1996; Senn, Kendal, Willetts, et Trieman, 1997; Tattan et Tarrier, 2000; Willetts et Leff, 1997), tandis que le surinvestissement émotionnel est rapporté dans seulement une étude (Stark et Siol, 1994).

L'objectif de cette étude est d'étudier la qualité du rapport entre les soignants et les patients présentant des troubles de l'apprentissage, vivant dans les résidences d'accueil.

On présume que la critique et le surinvestissement émotionnel caractérisent certains types de relations. Bien que le surinvestissement émotionnel dans des rapports professionnels soit très rare, on suppose qu'il pourrait plus facilement s'exprimer dans cette recherche, les conditions de

vie des patients handicapés se rapprochant davantage de conditions de vie quotidienne que l'environnement clos des patients schizophrènes. Dans ce dernier cas, les soignants rendent visite à leurs patients deux ou trois fois par semaine pendant une heure tandis que les professionnels travaillant dans les résidences d'accueil pour personnes handicapées graves passent la plupart de leurs heures de travail auprès des résidents. Ces professionnels restent dans les maisons approximativement de 7 heures du matin jusqu'à 10 heures. Les relations dans ce groupe sont donc très intenses, pouvant favoriser l'expression d'un surinvestissement émotionnel.

La méthodologie de recherche est décrite dans cette section, suivie de la présentation des résultats et de la discussion des données.

MÉTHODOLOGIE 1.1 SUJETS.

Trente soignants de patients souffrant de troubles modérés, et vivant dans trois lieux résidentiels en Flandre, ont participé à cette étude. Après l'accord des parents ou tuteurs des patients, chaque soignant fut interrogé à propos d'un patient, tiré au hasard. Les critères d'inclusion étaient : (1) un diagnostic de trouble de l'apprentissage modéré ou grave (Axe II du DSM-IV) à l'exclusion d'une comorbidité schizophrénique ou psychotique sur l'axe I du DSM-IV (APA, 1994), (2) être majeur, (3) résider depuis au moins six mois dans le service, et (4) présenter des restrictions sociales et psychologiques graves. Lorsque plus d'un résident avait



rempli les critères d'inclusion, le premier résident dans l'ordre alphabétique a été choisi. Aucun résident n'a été interviewé en raison de leurs faibles capacités intellectuelles.

1.2 INSTRUMENTS.

La Perceived Criticism Scale (PCS, échelle de perception des critiques), un auto-questionnaire papier-crayon, évaluant (1) l'aspect quantitatif des critiques d'un soignant envers un patient et (2) la quantité de critique du résident éprouvée par le soignant. Les professionnels ont été invités à justifier leurs réponses, qui peuvent varier entre 1 (pas du tout critique) et 10 (très critique). Le cut-off pour valider un haut niveau d'EE a été fixé à quatre points ou plus sur l'échelle qui en comporte dix (Hooley et Teasdale, 1989). L'émotion exprimée a également été évaluée avec le Five Minutes Speech Sample (FMSS), un instrument bien établi pour l'estimation de l'EE (Magana et al., 1985). Les instructions modifiées de Moore et de Kuipers ont été employées (1999, p. 349) puisque la phrase supplémentaire en italique souligne l'importance de s'attacher au rapport aux résidents plutôt qu'à leur symptomatologie.

Un professionnel qualifié et formé à la cotation (GVH) a alors codé le FMSS, enregistré, pour définir la qualité des

catégories du rapport initial, la qualité du rapport, les commentaires critiques, les remarques positives et le surinvestissement émotionnel. Le surinvestissement émotionnel (SE) a été défini comme : un sacrifice de soi ou comportement surprotecteur, une forte démonstration affective, un attachement au détail, et des remarques positives. Les remarques positives à l'échelle SE ont été traitées selon des modalités distinctes, en accord avec Moore et Kuipers (1999), Chambless et al. (1999) et Kershner, Cohen et Coyne (1996). Les professionnels ont été évalués comme "haute EE, critique" lorsque les catégories initiales étaient négatives, ou que l'on observait des relations négatives avec le patient et/ou lorsqu'il y avait au moins un commentaire négatif. Un seul des trois critères suivants était nécessaire pour valider un "haut niveau d'EE, surinvestissement émotionnel" : (1) expression d'émotions durant l'entretien, (2) comportement surprotecteur ou sacrifice de soi, ou (3) deux critères parmi les suivants : attachement excessif au passé du sujet, des commentaires d'attitudes, ou au moins cinq remarques positives (Magana et coll., 1985).

En plus de l'évaluation par ces deux instruments⁽⁶⁾, deux soignants ont été invités à parler des aspects positifs et négatifs de leur profession.

(6) *J'aimerais savoir ce que vous pensez de (nom du patient), avec vos mots et sans que je vous interrompe par mes questions ou commentaires. Lorsque vous commencerez, j'aimerais que vous me parliez cinq minutes pour me dire quel genre de personne est X et comment vous vous entendez. Je serais intéressé d'en entendre plus à propos de X et savoir s'il est facile de le/la connaître et de travailler avec lui (elle) qu'à propos de ses symptômes et de son diagnostic. Lorsque vous aurez commencé, je ne pourrais plus répondre à vos questions. Voulez-vous me demander quelque chose avec que nous ne commençons ?*



**RÉSULTATS 2.1 CARAC-
TÉRISTIQUES
DÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON**

2.1.1. Résidents.

L'échantillon incluait 30 résidents, 24 hommes (80,0%) et six femmes (20,0%) avec un âge moyen de 36,14 ans (écart-type 10,02, répartition entre 18 et 55 ans). Tous les résidents validaient le diagnostic de retard mental (Axe II du DSM-IV, APA, 1994) ; la durée moyenne de séjour était approximativement de 10,9 ans (écart-type 7,8 ans, de 3 à 30 ans).

2.1.2 Soignants.

Il y avait neuf hommes (30%) et 21 (70%) femmes parmi les soignants. Leur âge moyen était de 36,3 ans (écart-type 8,27 ans; de 22 à 48 ans). Huit soignants (26,7 %) étaient célibataires, 20 (66,7 %) étaient mariés et deux (6,7 %), divorcés. La majorité des professionnels (26, 86,7 %) ont eu une formation d'éducateur (26, 86,7 %), les quatre autres professionnels (13,3 %) étant infirmières. Ils travaillaient depuis 11,3 ans dans des structures de soins en santé mentale (écart-type 8,5 ans; de 3 mois à 26 ans) et étaient responsables de 7,5 résidents (écart-type 3,5) avec au minimum un résident et 12 au maximum. Les résidents et les professionnels ont eu environ 30 heures de contact par semaine avec (écart-type 12,9 heures, de 3 à 40 heures).

2.2 ECHELLE DE PERCEPTION CRITIQUE.

Trois soignants n'ont pu répondre à la question concernant leur critique propre du résident. Les autres soignants ne furent pas très critiques (moyenne 2,11, écart-type 0,93). Bien que les scores pussent se disperser entre une et dix réponses, les points maximum de critique pour cet échantillon furent de 4. Un soignant sur trois (8 professionnels, 29,6 %) n'eut aucune critique (score 1) et plus que la moitié d'entre eux (17 professionnels, 63 %) furent jugés un peu critique (score 2-3) Seulement deux soignants (7 %) ont été évalués comme "haute EE, critique". Une analyse du contenu des réponses sur cette première question des PCS a suggéré qu'un score de trois indiquait déjà une charge critique. Si l'on appliquait ce critère afin de discriminer haute et basse EE, 33,3 % des soignants seraient qualifiés de "hautement critique".

Seuls 24 soignants ont répondu à la question concernant le rapport critique du patient envers eux, n'étant pas toujours sûrs de la réalité de la critique de ces patients. Ces soignants n'éprouvaient pas beaucoup de critique (moyenne 2,08; Écart-type 0,93, répartition de 1 à 4) venant de leurs patients. Sept soignants (29,2 %) ont eu l'impression que les résidents n'étaient pas du tout critiques (score 1) et plus de la moitié (15, 62,5 %) ont éprouvé les résidents comme peu critique (scores 2-3) Seulement deux résidents (8,3 %) ont été considérés comme fortement critiques (voir les tableau 1 et 2).



TABEAU 1
MOYENNE DES SCORES POUR LA QUALITÉ RELATIONNELLE (ECHELLE DE PERCEPTION CRITIQUE).

	Moyenne (Ety)	Répartition
Critique par le soignant (N = 27)	2.11 (0.93)	1 - 4
Critique par le patient (N = 24)	2.08 (0.93)	1 - 4

TABEAU 2
FRÉQUENCE DES SCORES À LA PCS.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Critiques par le soignant(N = 27)	8	10	7	2	0	0	0	0	0	0
Critiques par le patient (N = 30)	7	10	5	2	0	0	0	0	0	0

Il existe une corrélation positive et significative entre la critique par le patient et la critique par le soignant ($r = 0,34$; $p < 0,05$). Plus le degré critique par le soignant augmentait, plus la critique par le patient s'accroissait, et réciproquement.

2.3 Le FMSS (FIVE MINUTES SPEECH SAMPLE).

Les résultats du FMSS se sont appuyés sur 29 enregistrements puisqu'une cassette a subi un défaut d'enregistrement. En dépit de la consigne stipulant un plus grand intérêt pour la relation que pour le trouble du patient, certains soignants ont persisté en fournissant des informations "neutres" au lieu de nous décrire leur perception de leur

rapport, constat également rapporté par Moore et Kuipers (1999).

Tous les soignants ont commencé par un rapport neutre (24, 82,8 %) ou positif (5, 17,2 %). Le rapport est perçu comme neutre (13, 44,8 %) ou positif (16, 55,2 %) et aucun surinvestissement émotionnel n'a été évalué. Bien que 20 soignants (69,0 %) n'aient pas été critiques, un sur trois (9, 31 %) a systématiquement été critique. Les professionnels ont donné environ 1,2 remarque positive (écart-type 1,6, de 0 à 6). Douze professionnels ne donnèrent pas de commentaire élogieux de leur patient (41,4 %) alors que neuf d'entre eux le firent une fois (31,0 %). Huit soignants (27 %) donnèrent plus d'une remarque positive (voir le tableau 3).



TABLEAU 3
RÉSULTATS DU FMSS

	Basse EE (N = 20, 69%) N	Haute EE (N = 9, 31%) N
Évaluation initiale		
Positive	4	1
Neutre	16	8
Négative	0	0
Relation		
Positive	12	4
Neutre	8	5
Négative	0	0
Commentaires critiques		
0	20	0
1	0	9
Surinvestissement émotionnel		
Absent	20	9
Présent	0	0
Commentaires positifs		
0	9	3
1	11	6

Neuf relations soignant-patient (31 %) ont été qualifiées en tant que haute EE en fonction des critères cités plus haut. Ces professionnels ont tous donné des scores élevés pour la critique (Magana et autres, 1985). Le surinvestissement émotionnel n'a pas été évalué.

FMSS et les deux items de la PCS. Il existe cependant des liens entre le score critique du FMSS et la question de la PCS : "A quel point vous estimez vous critique vis-à-vis du patient ?" (voir le tableau 4).

2.4 COMPARAISON ENTRE LE FMSS ET LA PCS.

Il n'existe pas de corrélation linéaire entre les différentes catégories du

TABLEAU 4
COMPARAISON ENTRE FMSS (REMARQUES POSITIVES ET CRITIQUE) ET LA PCS

	Remarques positives	Critique
Critique par le soignant	r = 0.20, p = ns	r = 0.07, p = ns
Critique par le patient	r = -0.10, p = ns	r = -0.06, p = ns



DISCUSSION Dans cette étude, la qualité du rapport entre les soignants et les patients présentant des troubles graves d'apprentissage a été traitée. C'était, à la connaissance des auteurs, la première fois que l'émotion exprimée des soignants était ainsi étudiée. Il est en effet important d'élaborer de nouvelles recherches sur ce sujet depuis que Ball, Moore et Kuipers (1992), et Tattan et Tarrier (2000) ont démontré l'influence du rapport entre les soignants et les patients sur les troubles des patients. Et si cela est valable chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique, alors la qualité de la relation soignant-soigné peut également avoir une influence sur des patients présentant des retards mentaux. Dans la mesure où certains d'entre eux vivent dans des résidences d'accueil, il est en effet important d'étudier leurs rapports entretenus avec leurs soignants.

L'émotion exprimée a été étudiée avec deux instruments. Tandis que la PCS rassemblait directement des informations relatives à la quantité de critiques exprimées ou éprouvées, la quantité d'EE a été indirectement évaluée avec le FMSS. En effet, en employant le FMSS, les soignants ont été invités à parler librement au sujet du patient, sans consigne directive suscitant l'émergence de surinvestissement émotionnel ou de critiques négatives. Ce n'est que dans un deuxième temps que les échantillons ont été codés pour ces deux caractéristiques. La distinction dans les consignes des instruments est reflétée dans les réponses des

soignants. Lorsque la critique a été directement évaluée, seuls deux soignants ont eu de hauts points d'EE. Mais en employant le FMSS, presque un rapport sur neuf a été évalué comme "haute EE, critique". Cependant, il n'existe aucune corrélation significative entre les points de critique du FMSS et les données de la PCS relatives à la critique du patient par les soignants. Il semble exister une différence entre la manière dont la critique est auto-reportée par les soignants et les constatations des professionnels qualifiés, issues de la cotation des instruments. Plusieurs explications peuvent être prises en considération pour expliquer cette constatation. D'abord, il faut tenir compte de l'influence sociale. Les soignants ont sans doute eu des difficultés à admettre leurs critiques. En second lieu, les soignants ont pu avoir des difficultés à évaluer la manière dont ils étaient perçus par leur entourage ; ils peuvent avoir l'impression de ne pas être critiques, mais ils peuvent être éprouvés comme très critiques. Troisièmement, les points de cut-off de la PCS peuvent être non-appropriés dans cette population. En fait, un score de trois ou plus a été considéré comme significatif d'une haute EE. Cette observation est fondée sur une analyse du contenu des réponses de cet échantillon.

Le surinvestissement émotionnel n'est pas apparu dans cet échantillon. Ce résultat est contraire aux données des études de Greedharry (1987) et Clerici et coll. (1998), où beaucoup de parents présentaient un tel



surinvestissement émotionnel. En comparaison à la littérature relative aux relations soignants-soignés, aucune différence n'a été constatée. Peut-être que l'utilisation du FMSS n'est pas pertinente dans la détection du surinvestissement émotionnel ; on pourrait par ailleurs suggérer que les soignants ne présentent pas tant de surinvestissement émotionnel que les parents des patients.

Néanmoins, une analyse du contenu des échantillons a indiqué quelques aspects d'un tel surinvestissement émotionnel, aspects qui ne pourraient pas être évalués avec le système de codage du FMSS (Magana et coll., 1985). Les frontières entre huit patients et soignants sont ainsi devenues vagues. En fait, quelques soignants ont eu un contact physique avec leurs résidents (étreintes,...) ; se sont-ils ainsi perçus comme "seconde mère" "de ces patients ou comme leur "meilleur ami" ? Un soignant rencontre également son patient durant son temps libre. Ces soignants deviennent par conséquent un membre du réseau social de leurs résidents. Mais ceci peut être typique du travail avec cette population. Ces patients peuvent en effet être davantage aidés par un contact physique que par la parole. En outre, ces soignants restent dans les maisons jusqu'à ce que les résidents aillent dormir et dans ce contexte, il est naturellement entendu qu'un résident puisse demander une étreinte. Bien que le contact soit très proche, les soignants n'expriment pas d'émotions, de sacrifice de soi ou de comportement de dévotion, ceci

ayant pour résultat de sauvegarder les frontières entre leurs vies professionnelles et privées.

Tous les soignants expriment un rapport "neutre" ou "bon" avec leurs patients : ils trouvent ceux-ci "faciles à vivre". Quatre professionnels ont dit apprendre de leurs résidents dans la mesure où ceux-ci peuvent encore apprécier les "petites choses". Un soignant parle de sa profession comme suit :

"Ce travail est un défi pour moi. Je le conçois d'une manière idéaliste et je veux savoir que je peux rendre la vie de mes résidents plus agréable. J'ai des exigences élevées et je veux tendre vers la perfection. Je me pose également beaucoup de questions comme : comment puis-je rompre leur isolement ? Les résidents se sentent-ils capturés en leur propre monde ? L'environnement est-il plaisant et gentil ? et qu'est-ce qui constitue une stimulation utile ? Il est très important d'avoir un groupe intelligent et chaleureux parce que cela aide nos résidents à se sentir bien. Mais ils sont parfois trop vite satisfaits, et on doit alors leur offrir d'autres sources de stimulation comme un mot gentil, un massage... Surtout, nous devons les entourer avec le langage de notre cœur, que j'appelle l'"élixir de vie".

Cette étude constituait une étude préliminaire. En conséquence, ces données ne peuvent être généralisées à la population entière des patients présentant de tels troubles d'apprentissage et vivant dans les équipements résidentiels. La duplication



de l'étude serait donc nécessaire de même que des travaux de recherche orientés vers l'influence des relations soignants-soignés sur les patients, sur leur fonctionnement et leur qualité de vie.

Dans cette étude, un soignant sur trois s'est montré critique par rapport au patient, ce qui doit être considéré comme une proportion importante. À l'avenir, quelques programmes éducatifs pour ces soignants pourraient être développés, programmes où ils pourraient échanger leur expérience relationnelle avec leurs patients.

Langue Originale : Anglais
Reçu : Le 23 Décembre 2000
Admis : Le 18 Mai 2001

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Learning Disorders (4th ed.). Washington DC : Author.
- Ball, R.A., Moore, E., & Kuipers, L. (1992). Expressed Émotion in community care staff. A comparison of patient outcome in a nine month follow-up of two hostels. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n° 27, 35-39.
- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707-718.
- Bledin, K. D., MacCarthy, B., Kuipers, L., & Woods, R. T. (1990). Daughters of people with dementia: Expressed emotion, strain and coping. *British Journal of Psychiatry*, n°157, 221-227.
- Brown, G. W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic learning hospital patients in various types of living groups. *Millbank Memorial Fund Quaterly*, n°37, 105-131.
- Brown, G. W., Carstairs, G. M., & Topping, G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic learning patients. *Lancet*, ii, 685-689.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Chambless, D. L., Steketee, G., Bryan, A. D., Aiken, L. S., & Hooley, J. M. (1999). The structure of expressed emotion: A three-construct representation. *Psychological Assessment*, n° 11(1), 67-76.
- Clerici, M., Bertrando, P., Beltz, J., Fornara, A., Iraci, A., Steiner, V., & Cazzullo. (1998). Family adaptation to institutionalised learningly retarded patients. A preliminary report on an Italian population. *International Journal of Social Psychiatry*, n°44(2), 135-146.
- Cottle, M., Kuipers, L., Murphy, G., & Oakes, P. (1995). Expressed emotion, attributions and coping in staff who have been victims of violent incidents. *Mental Handicap Research*, 8(3), 168-183.



- De Jesus Mari, J., & Streiner, D.L. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, n°24, 565-578.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, n°26(1), 5-20.
- Fearon, M., Donaldson, C., Burns, A., & Tarrier, N. (1998). Intimacy as determinant of expressed emotion in carers of people with Alzheimer's disease. *Psychological Medicine*, n°28, 1085-1090.
- Greedharry, D. (1987). Expressed emotion in the families of the learningly handicapped: A pilot study. *British Journal of Psychiatry*, n°150, 400-402.
- Hashemi, A. H., & Cochrane, R. (1999). Expressed emotion and schizophrenia: A review of studies across cultures. *International Review of Psychiatry*, 11, 219-224.
- Hayhurst, H., Cooper, Z., Paykel, E. S., Vearnals, S., & Ramana, R. (1997). Expressed emotion and depression. A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, n°171, 439-443.
- Herzog, T. (1988). Nurses, patients and relatives: A study of family patterns on psychiatric wards. In C.L. Cazullo, & G. Invernizzi (Eds.), *Family intervention in schizophrenia*. Milan: ARS.
- Hooley, J. M., Rosen, L. R., & Richters, J. E. (1985). Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In G.A. Miller (Ed.), *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology* (pp. 88-120). New York: Springer.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, n°98(3), 229-235.
- Kershner, J. G., Cohen, N. J., & Coyne, J. C. (1996). Expressed emotion in families of clinical referred and nonreferred children : Toward a further understanding of the expressed emotion index. *Journal of Family Psychology*, n° 10(1), 97-106.
- Kuipers, L. (1992). Expressed emotion in Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, n° 31, 429-443.
- Kuipers, L., Birchwood, M., & McCreadie, R.G. (1992). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *British Journal of Psychiatry*, 160, 272-275.
- Kuipers, E., & Moore, E. (1995). Expressed Émotion and staff-client relationships. Implications for community care of the severely learningly ill. *International Journal of Learning Health*, n°24(3), 13-26.
- Magana, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. H. (1985). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric



patients. *Psychiatry Research*, n°17, 203-212.

- Moore, E., & Kuipers, E. (1999). The measurement of expressed emotion in relationships between staff and service users: The use of short speech samples. *British Journal of Clinical Psychology*, n° 38, 345-356.
- Oliver, N., & Kuipers, E. (1996). Stress and its relationship to expressed emotion in community learning health workers. *International Journal of Social Psychiatry*, n° 42(2), 150-159.
- Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine*, 20, 961-965.
- Sabarese, J.A. (1999). Expressed emotion and mental retardation. *Dissertation Abstracts International*, 59(8), 4483-B.
- Senn, V., Kendal, R., Willetts, L., & Trieman, N. (1997). Training level and training needs of staff. In J. Leff (Ed.), *Care in the community. Illusion or reality* (pp. 137-144). Chichester : John Wiley & Sons.
- Smukler, G. I., Eisler, I., Russell, G. F. M., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, n°147, 265-271.
- Stark, F.-M., & Siol, T. (1994). Expressed emotion in the therapeutic relationship with schizophrenic patients. *European Psychiatry*, n°9, 299-303.
- Tattan, T., & Tarrier, N. (2000). The expressed emotion of case managers of the seriously learningly ill : The influence of expressed emotion on clinical outcomes. *Psychological Medicine*, n°30, 195-204.
- Uehara, T., Yokoyama, T., Goto, M., Nakano, Y., Kawashima, Y., & Someya, T. (1999). Reliability of the 5-min speech sample for assessing expressed emotion in Japanese patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, n° 53, 511-514.
- Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R., & Armstrong Rahill, A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 635-666.
- Weigel, L., & Collins, L. (2000). Staff attributions and expressed emotion about a client with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 515.
- Willets, L. E., & Leff, J. (1997). Expressed emotion and schizophrenia: The efficacy of a staff training programme. *Journal of Advanced Nursing*, n°28, 1125-1133.

