

The Level of Expressed Emotion Scale: validazione italiana preliminare

The Level of Expressed Emotion Scale: preliminary Italian validation

F. Di Paola, C. Faravelli,
V. Ricca

Dipartimento di Psicologia
e Dipartimento di Scienze
Neurologiche e Psichiatriche,
Università di Firenze

Summary

Introduction

The concept of expressed emotion (EE), a measure of the attitudes and behavioural patterns of relatives towards patients, has been shown to be a good predictor of relapse in patients with schizophrenia as well as in patients with other diagnoses, including eating and mood disorders. Patients who live in high-EE home environment have a risk of relapse three to four-fold greater than those who live in low-EE families.

Expressed Emotion is commonly assessed by the Camberwell Family Interview¹, a semi-structured interview, that requires the availability of a key relative and a considerable time for training, administration and scoring. Alternative to the CFI is The Level of Expressed Emotion Scale², also developed on the basis of the EE theory, which has been shown to bear good correlations with the EE ratings of the Camberwell Family Interview. As this instrument seems to provide advantages in terms of feasibility and economy, the present study describes the preliminary Italian validation of the Level of Expressed Emotion Scale.

Methods

287 subjects recruited from general population and 89 patients with DSM-IV diagnoses of Eating Disorders ($n = 63$), Schizophrenia ($n = 10$), Major Depression ($n = 10$), Bipolar Disorder ($n = 6$) were studied. All subjects were female. The patients were recruited

at the Department of Neurology and Psychiatry, University of Florence. The Statistical analysis was performed using Factor Analysis, KR-20, to determine the internal consistency of the overall scale and of the four subscales. The possible effect of others factors on the LEE scores was determined by Analysis of Variance.

Results

The test's original 4-factor structure has been confirmed, even though the Intrusiveness subscale seems to be independent from the other three, that correlated strongly with each other; this suggested that their underlying constructs may overlap. The KR-20 coefficient showed a good reliability for the overall scale (.95) and subscales (.94, .81, .89 and .84). The test-retest analysis indicated that the scale was stable over a 6-week period. Results indicated that the two samples (general population and psychiatric cases) were significantly different in their ratings (Table I).

Conclusions

The results indicate that the preliminary Italian version of the LEE has sound psychometric properties of construct validity, internal consistency, and reliability; its sensitivity permits to sharply distinguish patients from normal individuals. It is independent of age, amount of contacts, and duration of treatment. Nevertheless, CFI remain the conventional method used to assess EE and the only one that provides information about relatives, patient, his/her history and symptomatology.

Key words

Expressed Emotion • Level of Expressed Emotion Scale

Correspondenza

prof. Carlo Faravelli, Studio DeA, via P.F. Calvi 10, 50100 Firenze, Italia • Tel. +39 055 4298447 • Fax +39 055 4298424 • E-mail: carlo.faravelli@unifi.it

Introduzione

Il concetto di emotività espressa (EE) è stato inizialmente descritto da Brown nei primi anni '60³⁻⁵ come indice predittivo del decorso della schizofrenia. In seguito, l'emotività espressa è stata definita da Vaughn⁶ "... come indice della temperatura emotiva nell'ambiente familiare: un indicatore dell'intensità della risposta emotiva del familiare in un dato momento temporale. Essenzialmente un rivelatore della mancanza di affetto del familiare o del suo interessamento eccessivamente invadente nei confronti del paziente". L'EE è tendenzialmente più elevata nelle famiglie di pazienti affetti da schizofrenia, depressione, disturbi del comportamento alimentare, diversi disturbi organici come ritardo mentale e Alzheimer ed ha valore predittivo delle ricadute⁷⁻¹⁰. Se la famiglia viene considerata ad alta EE, il paziente avrà maggiore facilità di recidiva, avrà più probabilità di essere ricoverato in ospedale, necessiterà di un incremento delle cure¹¹.

Tra gli strumenti di valutazione dell'EE, la *Camberwell Family Interview* (CFI)¹¹ è il metodo convenzionale. Essa, tuttavia, richiede, oltre ad un tempo considerevole per la sua applicazione (circa 4 ore per ciascun familiare), un training specifico per l'intervistatore e la disponibilità del "familiare chiave", spesso difficilmente raggiungibile sia per mancata adesione, sia per la necessità di tutelare la privacy del paziente che non ha messo al corrente i familiari della propria condizione. Sono stati proposti vari metodi alternativi alla CFI per la valutazione dell'EE, come interviste abbreviate e questionari autosomministrati per familiari e/o per pazienti. L'intervista alternativa utilizzata è il *Five Minutes Speech Sample* (FMSS)¹² che consiste nel richiedere, a ciascuno dei familiari da esaminare, di parlare, per 5 minuti e senza interruzioni, dei propri pensieri e sentimenti nei confronti del paziente. Il campione di discorso viene registrato su nastro (mancano quindi nella valutazione i criteri relativi al paralinguaggio), trascritto integralmente e successivamente valutato da un operatore abilitato. Rispetto alla CFI, l'FMSS valuta il criticismo, l'ipercoinvolgimento e, aggiunte dagli autori, le categorie "qualità del commento iniziale" e "qualità della relazione". Sono state invece eliminate le scale del calore affettivo e dei commenti positivi, giudicate irrilevanti ai fini della valutazione e la scala dell'ostilità in quanto la brevità dell'intervista rende troppo infrequente il rilievo di commenti ostili. I vantaggi del FMSS sono la sua brevità ri-

spetto alla CFI sia nell'effettuazione che nella codifica; risulta predittiva nei casi di depressione¹³ ma non presenta correlazioni significative per i pazienti schizofrenici¹⁴⁻¹⁶. L'FMSS tende, inoltre, a produrre falsi negativi per cui un basso punteggio di EE sull'FMSS non implica un basso punteggio sulla CFI^{12 17-19}. Inoltre l'intervista richiede comunque la presenza e la collaborazione del familiare ed un training nella codifica. *Perceived Criticism Scale* (PCS)²⁰: lo strumento originariamente veniva utilizzato per valutare il criticismo percepito del coniuge verso il paziente con depressione, utilizzando una scala Likert a 10 punti. Al paziente viene chiesto: 1) quanto critico pensa di essere verso - nome del familiare -?; 2) quanto critico pensa che - nome del familiare - sia verso di lei? Successivamente è stata aggiunta la valutazione del sentimento di turbamento in riferimento alla critica ricevuta dal familiare e quella rivolta verso di questi dal paziente. Lo strumento è estremamente veloce da somministrare (1 minuto) e presenta una buona stabilità nel tempo. I punteggi al PCS dei pazienti con depressione hanno presentato una correlazione di ,51 con i punteggi totali di EE ottenuti dalle mogli con la Camberwell, mentre la correlazione con il criticismo delle mogli misurato con la CFI è stato solo di ,27. La percezione da parte del paziente del livello di criticismo della moglie ha un buon potere predittivo di ricadute ($r = ,64$) nei 9 mesi successivi di follow-up. Tuttavia il PCS è stato applicato solo in campioni di pazienti con disturbo depressivo unipolare ad eccezione dello studio di Chambless et al.²¹, con pazienti con diagnosi di agorafobia e DOC. Non ci sono informazioni che supportano l'utilizzo dello strumento nella schizofrenia. Inoltre alcuni pazienti possono trovare difficoltà nel valutare un loro familiare con un "mero numero" esprimendo la preoccupazione circa il reale motivo o significato nascosto dietro la domanda²². Infine, è necessario sottolineare che la valutazione è limitata alla sola critica, solo uno degli aspetti dell'emotività espressa. *Family Emotional Involvement and Criticism Scale* (FEICS)²³: il questionario presenta due sottoscale, ipercoinvolgimento percepito e criticismo percepito, ciascuna costituita da 7 item. L'obiettivo principale dello strumento è di misurare il comportamento del familiare attraverso il paziente. Questi comportamenti sono valutati con una scala Likert a 5 punti. Non vi è un chiaro cut-off ma la consistenza interna delle sottoscale è buona. Non vi sono informazioni

riguardo alla sua stabilità, la validità concorrente con la CFI e il suo potere predittivo ²⁴. *Adjective Rating Scale* (ARS) ^{25 26}: self-report costituito da 20 aggettivi, 10 con valore positivo (es. amorevole, amichevole, cooperativo, benevolo) e 10 con valore negativo (es. irritabile, irresponsabile, ostile, annoiato). Gli aggettivi vengono presentati in ordine alfabetico ai membri della famiglia e vengono segnati due volte: prima i familiari devono valutare il loro comportamento nei confronti del paziente, successivamente valutano il comportamento del paziente verso di loro. La consistenza interna è alta ma non vi è un chiaro punteggio cut-off per un'alta o bassa emotività espressa. Per quanto riguarda la validità concorrente dello strumento, gli aggettivi negativi della sottoscala correlano in misura significativa con la critica e l'ipercoinvolgimento della CFI; mentre non vi è correlazione significativa tra la CFI e la sottoscala degli aggettivi positivi. La validità predittiva della ARS non è chiara ²⁶. *Family Attitude Scale* (FAS) ²⁷: questionario di 30 item che valuta il criticismo e l'ostilità dei membri della famiglia. La consistenza interna è alta ($\alpha = ,95$); Il punteggio totale della FAS correla con il criticismo misurato con la CFI ($r = ,38$ per i padri, $r = ,66$ per le madri dei pazienti), con l'ostilità ($r = ,31$ per i padri e $r = ,39$ per le madri) ma non correla con l'ipercoinvolgimento valutato con la CFI. Tuttavia tali correlazioni non sono state ottenute in studi successivi ²⁸, inoltre non vi sono informazioni chiare sul punteggio di cut-off, sulla stabilità nel tempo e sul potere predittivo del questionario ^{9 10}. Sono stati proposti altri strumenti per misurare l'emotività espressa ma abbiamo preso in considerazione, come suggeriscono anche Hooley e Parker, solo gli strumenti che sono basati sul costruito teorico dell'EE, che hanno dimostrato una validità nei confronti della CFI e presentano informazioni sulla loro validità predittiva. Per cui sono stati esclusi l'*Influential Relationships Questionnaire* (IRQ) ²⁹ che non si basa sul costruito dell'EE e il *Patient Rejection Scale* (PRS) ³⁰. Anche l'*Adjective Checklist* ²⁵ non dovrebbe essere presa in considerazione per la mancanza di dati sulla sua predittività. Tra gli strumenti proposti, quello che sembra rispondere ai requisiti sopra riportati, è la *Level of Expressed Emotion Scale* (LEE) ². La LEE è un questionario costituito da 60 item, sviluppato per fornire un indice del clima emotivo percepito nelle relazioni influenti di una persona. La scala è stata costruita sulla base di una struttura concettuale de-

scritta dai teorici dell'emotività espressa Vaughn & Leff ³¹. Oltre a fornire un punteggio complessivo, la scala valuta i seguenti quattro atteggiamenti (ad ognuna delle quattro scale afferiscono 15 item), o stili di risposta, da parte delle persone significative per il soggetto: 1) *intrusività*: fare continuamente tentativi per stabilire contatti o per offrire consigli non richiesti e frequentemente critiche; 2) *risposta emotiva verso la malattia* del paziente: rispondere con rabbia, stress acuto, o con entrambi le reazioni che tendono a turbare ulteriormente il paziente; 3) *atteggiamento verso la malattia* del paziente: dubitare che la persona sia veramente malata e con un certo controllo sui sintomi, colpevolizzando frequentemente il paziente o ritenendo il paziente responsabile per le sue condizioni; 4) *tolleranza/aspettativa*: poiché il familiare non è convinto della reale malattia del paziente, è generalmente intollerante sia verso il comportamento disturbato sia verso la compromissione del funzionamento sociale a lungo termine.

La strutturazione della LEE può essere suddivisa in due parti principali. Una prima parte è dedicata alla raccolta dei dati riguardanti l'età, il sesso, lo stato civile del soggetto e prevede, inoltre, di indicare la persona più influente nella propria vita negli ultimi tre mesi, specificando le ore di contatto settimanali trascorse con essa. A ciascuna domanda il soggetto può assegnare una risposta affermativa (V) o negativa (F). A ciascuna risposta si assegna punteggio 1 se la risposta è nella direzione critica altrimenti 0. I punteggi per le quattro scale sono calcolati come un punteggio totale; i punteggi più alti riflettono maggiori compromissioni nell'area valutata da ciascuna scala. Non ci sono punteggi di cut-off, per cui una famiglia è classificata ad alta EE quando il punteggio ottenuto supera la mediana ³². Gli studi indicano che la scala LEE ha buone proprietà psicometriche di consistenza interna con un'indice KR20 complessivo di ,95; le sottoscale intrusività, risposta emotiva, atteggiamento verso la malattia e tolleranza/aspettativa presentano un KR20 rispettivamente di ,88, ,86, ,84, ,89; il coefficiente di correlazione test-retest per tutte le scale e le sottoscale è il seguente: $r = ,82$, $p < ,01$ per l'intera scala; $r = ,76$, $p < ,01$ per intrusività; $r = ,67$, $p < ,05$ per risposta emotiva; $r = ,74$, $p < ,01$ per atteggiamento verso la malattia; $r = ,81$, $p < ,01$ per tolleranza/aspettativa. I risultati sono inoltre indipendenti dal sesso, età e numero di contatti con la persona indicata come influente ².

Vi è una versione tedesca della LEE³³ costituita da 33 item e con le sottoscale modificate e rinominate: “mancanza di supporto emotivo”, “intrusività/controllo”, “irritabilità” (pertanto lo strumento non è più la versione originaria di Cole e Kazarian). Non vi sono informazioni sull’attendibilità test-retest e sulle correlazioni con la CFI⁹. È stata aggiunta in seguito una scala per valutare il criticismo percepito dal paziente. Le sottoscale supporto emotivo e intrusività/controllo non sono predittive in maniera significativa, mentre il miglior predittore è la nuova scala aggiunta del criticismo. Hooley e Parker¹⁰ suggeriscono di non prendere in considerazione la versione di Gerlsma come uno strumento alternativo per misurare la EE. Gli Autori, inoltre, indicano l’FMSS, il PCS e la LEE come i soli strumenti che presentano un chiaro punteggio cut-off per classificare il soggetto ad “alta” o “bassa” EE e il PCS e la LEE come strumenti con il miglior potere predittivo. Hooley e Parker concludono affermando che vi è una forte convergenza tra PCS, LEE e CFI. Similmente Van Humbeeck et al. propongono come strumenti alternativi il PCS e la LEE per la loro validità concorrente, predittiva e per la buona consistenza interna soprattutto della LEE.

L’obiettivo del presente studio era quello di valutare soggetti con diagnosi di DCA, per cui era nostro interesse indagare l’intrusività, scala non presente in tutti gli strumenti che misurano l’EE. Studiando i DCA, in particolare le loro caratteristiche di personalità e le dimensioni legate alla patologia, abbiamo ritenuto di maggior interesse valutare l’EE così come viene *percepita* dal paziente piuttosto che dal familiare. Infine, per problematiche legate alla privacy del paziente e alla presenza e compliance di un familiare, poter avere a disposizione una versione del questionario per i pazienti, può risultare di non trascurabile utilità.

Dal momento che non ci risulta che tale questionario sia stato utilizzato nella nostra lingua, l’obiettivo di questo studio è quello di effettuare una prima versione italiana del questionario e di analizzarne le proprietà psicometriche.

Materiale e Metodi

Strumenti

Dopo autorizzazione da parte dell’Autore dello strumento originale, la scala è stata tradotta in lingua italiana. Per assicurare un’adeguata tradu-

zione è stata impiegata la procedura della back-translation. Il questionario della versione originale inglese è stato tradotto in italiano da un traduttore bilingue quindi, in maniera indipendente, una seconda traduttrice bilingue ha eseguito una nuova traduzione in inglese della versione italiana ottenuta. Il confronto di quest’ultima con l’originale inglese ha consentito di verificare quanto il significato originale fosse stato mantenuto per evitare modificazioni concettuali. Una volta ottenuta la traduzione, si è effettuata una somministrazione di prova facendo compilare il questionario a 10 soggetti, simili per caratteristiche al campione utilizzato per le successive analisi di validità e attendibilità del questionario. Alla fine della somministrazione si sono sottoposti i soggetti ad una breve intervista per verificare la comprensibilità del test in generale (“Ha avuto difficoltà nel compilare il questionario?”) e degli item (“Quali domande ha avuto difficoltà a capire?”, “Le sono sembrate tutte comprensibili?”).

La versione originale degli item ha permesso una loro traduzione letterale.

Il campione

L’obiettivo della ricerca era quello di valutare l’EE *percepita* in pazienti con diagnosi di DCA, patologia di pertinenza quasi esclusivamente femminile, per cui la scelta del campione clinico è stata fatta in base a criteri di opportunità. Tuttavia, per il campione di controllo, sono stati testati 237 femmine e 50 maschi tratti, con metodo non probabilistico, dalla popolazione generale e reperiti nell’area geografica di Firenze e provincia. La selezione dei partecipanti è stata condotta in base alla nazionalità, sesso, età e, per quanto possibile, alla professione svolta dal campione clinico, cercando di rispettarne le proporzioni. Il questionario è stato somministrato, individualmente ed in setting riservati, a 109 studenti (37,98%), di cui 86 femmine (78,90%) e 23 maschi (21,10%), presso il Polo Scientifico e Tecnologico dell’Università di Firenze; a 95 impiegati (33,10%) di cui 75 femmine (78,95%) e 20 maschi (21,05%) presso le loro strutture di lavoro; a 37 operai (12,89%), di cui 30 femmine (81,08%) e 7 maschi (18,92%); e a 46 casalinghe (16,03%), tutte di sesso femminile, recandosi presso la loro abitazione. Per quanto riguarda l’età, il gruppo ha un’età media di 34,74 anni (DS = 15,64), con una scolarità media superiore nel 71,08% dei casi (204 soggetti) e con una scolarità

media inferiore nel 28,92% dei casi (83 soggetti). Al fine di saggiare la validità di costruito, il questionario è stato somministrato anche ad un campione clinico costituito da soggetti di sesso femminile in trattamento psichiatrico per DCA (n = 63 di cui 20 AN, 20 BN, 23 BED), schizofrenia (n = 10), depressione maggiore (n = 10), disturbo bipolare (n = 6), patologie per le quali sono attesi alti livelli di EE. Il gruppo clinico presenta un'età media di 36,93 anni (DS = 16,13), una scolarità media superiore nel 69,66% dei casi (62 soggetti) e una media inferiore nel 30,34% dei casi (27 soggetti).

Analisi dei dati

I dati dello studio sono stati elaborati tramite l'utilizzo del software SPSS 13.0 (SPSS Inc.), di Monte Carlo PCA for Parallel Analysis³⁴ e di Mplus 3.0 (Muthen & Muthen Inc.). L'analisi delle proprietà psicometriche della LEE si è diretta verso la verifica della dimensionalità, dell'attendibilità e della validità dello strumento. La valutazione della dimensionalità del questionario è stata effettuata tramite l'analisi fattoriale esplorativa (AFE) sul campione complessivo (n = 376), con il metodo dei Minimi

Quadrati Ponderati, svolto tramite software Mplus. Per rendere la soluzione fattoriale più interpretabile è stato utilizzato il metodo di rotazione obliqua Promax. Per la scelta del numero dei fattori da estrarre e interpretare si è fondamentalmente fatto ricorso all'integrazione di due criteri decisionali: lo "Scree-test" e l'Analisi Parallela con il metodo Monte Carlo³⁴. Per l'analisi dell'attendibilità dello strumento è stata misurata la coerenza interna calcolando l'indice KR20 per variabili dicotomiche, il valore che tale indice assumerebbe di volta in volta eliminando uno degli item, e le correlazioni item-totale per verificare quanto ogni item sia correlato con il totale della scala, anche nel caso di eliminazione dell'item.

Risultati

I soggetti componenti il campione clinico (n = 89) hanno ottenuto in tutte le 4 scale punteggi medi più elevati rispetto al gruppo di controllo. I dati sono riportati in Tabella I.

Se consideriamo come punteggi cut-off il valore della Mediana del campione di controllo (Me = 8)

TABELLA I.

Distribuzione dei punteggi alla LEE nel campione clinico e nel campione di popolazione. *Score distribution in clinical and community samples.*

	Intrusività	Risposta emotiva	Atteggiamento verso la malattia	Tolleranza aspettativa	Totale
Campione psichiatrico					
N	89	89	89	89	89
Media	6,47	7,09	4,68	6,47	24,72
Mediana	6	7	4	5	22
Moda	2	9	2	4	7
Dev. standard	4,03	4,51	4,04	4,09	14,36
Minimo	0	0	0	1	1
Massimo	15	15	15	15	60
Campione tratto dalla popolazione generale					
N	287	287	287	287	287
Media	2,74	2,02	1,27	2,13	8,16
Mediana	2	1	1	2	8
Moda	1	0	1	1	4
Dev. standard	2,20	2,33	1,56	1,56	5,08
Minimo	0	0	0	0	1
Massimo	12	9	9	9	29

TABELLA II.
Fattorializzabilità della matrice. *Matrix factorizability.*

Kaiser-Meyer-Olkin Test di adeguatezza campionaria (KMO)		,91
Test di sfericità di Bartlett	χ^2	8533,03
	gl	1770
	p	,00001

otteniamo che 80 pazienti su 89 (pari al 89,9%) presentano un'alta emotività espressa.

Questo dato è interpretabile sia come misura indiretta di validità di costruito, sia come indice di sensibilità (capacità di discriminare tra sani e malati).

È stata effettuata l'AFE per studiare la varianza comune degli item e per cercare di determinare i fattori sottostanti. In primo luogo è stata verificata la fattorializzabilità della matrice, analizzata con il test di adeguatezza campionaria (KMO) e il test di sfericità di Bartlett, come possiamo osservare nella Tabella II.

Il KMO, rapporto tra correlazioni e correlazioni parziali, è di ,91 e indica pattern adeguati per l'identificazione dei fattori in quanto $> ,70$. Il Test di Sfericità indica che la matrice non è di identità, per cui è possibile condurre l'AFE. Per la scelta del numero dei fattori da estrarre è stato eseguito lo Scree-Test degli autovalori, che indica una soluzione a 4 fattori. Per ulteriore verifica è stata anche eseguita l'analisi parallela utilizzando un'analisi Monte Carlo, la quale con 1000 repliche condotte in maniera random su 376 soggetti e 60 variabili

li conferma la struttura a 4 fattori della versione originale del test. La Tabella III mostra l'output dell'analisi parallela Monte Carlo, e come siano stati mantenuti i fattori che presentano autovalori maggiori di quelli random.

Per quanto riguarda l'estrazione dei fattori è stato scelto il metodo dei minimi quadrati ponderati, svolto tramite software Mplus, che utilizza modelli matematici appositamente studiati per variabili dicotomiche. La soluzione fattoriale ha visto l'estrazione di 4 fattori di cui il primo spiega il 27,29% della varianza, mentre la percentuale di varianza totale spiegata è di 40,54%.

La matrice di correlazione dei fattori (Tab. IV) suggerisce di effettuare una rotazione obliqua di questi, in quanto i fattori presentano livelli significativi di correlazione tra di essi ($> ,25$).

È stata eseguita, con il metodo Promax, una rotazione obliqua della matrice delle saturazioni di ciascun item sui fattori estratti. È stata in seguito effettuata più volte l'analisi fattoriale, sia cambiando il metodo di estrazione dei fattori (analisi dei fattori principali e minimi quadrati non ponderati) che di rotazione degli stessi (rotazione obliqua Oblimin), ottenendo risultati analoghi. Rispetto alla versione americana del questionario abbiamo osservato, dalla matrice delle saturazioni, che sul primo fattore (che spiega il 27,29% della varianza totale) saturano in modo elevato

TABELLA III.
Analisi Parallela Monte Carlo. *Monte Carlo PCA for parallel analysis.*

Fattori	Autovalori	Autovalori random	Deviazione standard
1	16,37	2,01	,05
2	3,37	1,92	,04
3	2,33	1,85	,04
4	2,26	1,79	,03
5	1,59	1,73	,03
6	1,53	1,69	,03
7	1,43	1,64	,03
8	1,34	1,60	,02
...

TABELLA IV.
Matrice di correlazione dei fattori estratti. *Extracted factors' correlation matrix.*

Fattori	1	2	3	4
1				
2	,49*			
3	,58*	,46*		
4	,31*	,42*	,35*	

* p < ,01

TABELLA V.Correlazioni tra sottoscale e tra sottoscale e totale. *Subscale and overall scale intercorrelations.*

	1	2	3	4
1. Intrusività	-			
2. Risposta emotiva verso la malattia	0,48	-		
3. Atteggiamento verso la malattia	0,41	0,70	-	
4. Tolleranza/aspettativa	0,54	0,80	0,76	-
Totale	0,72	0,90	0,84	0,92

Tutte le correlazioni sono significative con $p < ,0001$

gli item relativi alla Scala *Atteggiamento verso la malattia* e gli item della scala *tolleranza/aspettativa*. Nel secondo fattore, invece, saturano item solo della scala *risposta emotiva* (come nella versione americana). Nel terzo fattore estratto saturano principalmente item della scala *tolleranza/aspettativa* e item della scala *risposta emotiva*. Nel quarto fattore saturano gli item appartenenti alla scala *intrusività*. Sembra, quindi, che i fattori non siano così distinti come nella versione originale, pertanto nell'utilizzo italiano le due scale potrebbero non essere indipendenti. Inoltre, dall'analisi della matrice ruotata, si suggerisce di non considerare gli item 40 e 16 perché presentano una saturazione $< ,30$.

L'attendibilità della LEE è stata testata tramite la misura della coerenza interna della scala, calcolando l'indice KR-20 che ha riportato, sul campione complessivo, un'ottima attendibilità dello strumento, con valori pari a ,95 sul totale e ,94, ,81, ,89 e ,84 sulle 4 sottoscale. Per la validità di contenuto si è calcolata la correlazione inter-item per tutto il test, considerando i valori della media, della varianza e del KR-20 di ciascuna scala, calcolati eliminando di volta in volta ognuno degli item. Tutti i valori risultano essere buoni in quanto rimangono intorno al valore dell'indice KR-20 complessivo, il che significa che le scale non migliorerebbero in termini di coerenza interna se venissero modificate con l'eliminazione di un item. Le correlazioni inter-item e item-totale sono risultate significative.

Per quanto riguarda le correlazioni tra le scale e tra queste e il totale, i risultati ottenuti indicano che, come nella versione americana, l'intrusività correla moderatamente con le altre scale (Tab. V). La correlazione test-retest è stata testata somministrando il questionario, 6 settimane dopo, a 30

soggetti appartenenti al campione di popolazione. I coefficienti di correlazione ottenuti per le sottoscale e il totale (con $p < ,0001$) sono i seguenti: intrusività $r = ,85$, risposta emotiva $r = ,88$, atteggiamento verso la malattia $r = ,77$, tolleranza $r = ,76$, totale $r = ,89$.

La statistica T-test effettuata sulle medie del test-retest per il totale e per le sottoscale non ha riportato differenze significative fra queste medie.

Il possibile effetto di altri fattori sui punteggi della LEE è stato valutato con l'Anova; i risultati indicano, come per la versione originale del questionario, che i punteggi sono indipendenti dal sesso, dall'età del paziente e dalle ore di contatto con la persona indicata come influente. In questo studio i valori di EE sono indipendenti anche dalla diagnosi e dalla durata del trattamento.

Per quanto riguarda la misura della validità concorrente rispetto a criteri esterni, non potendo effettuare la CFI, abbiamo considerato l'accordo, riportato in letteratura, dello strumento con la Camberwell. Le scale calore affettivo e commenti critici dell'intervista CFI sono significativamente correlate con la scala dell'intrusività ($r = ,40$) e tolleranza/aspettativa ($r = ,49$) della LEE³⁵.

Il confronto dei punteggi totali e delle sottoscale della LEE tra campione di popolazione e campione clinico (Tab. I) dimostra, come atteso, valori significativamente più alti nel campione clinico, a dimostrazione della sensibilità della scala.

Conclusioni

La letteratura sottolinea come elevati livelli di EE influenzino il drop-out da parte del paziente e siano importanti predittori di un esito negativo del trattamento)^{36 37}. Ridurre l'emotività espressa può migliorare l'esito della terapia e prevenire ricadu-

te. Pertanto vi è la necessità nella pratica clinica di trovare strumenti che ne permettano e favoriscano lo studio.

I risultati di questo primo studio esplorativo mostrano che la versione italiana della LEE possiede buone proprietà psicometriche in termini di validità di costrutto, concorrente e di attendibilità. È uno strumento di facile somministrazione e non richiede un training specifico per il ricercatore né la disponibilità del familiare "chiave", spesso difficilmente raggiungibile sia per mancata compliance, sia per la necessità di tutelare la privacy del paziente che non ha messo al corrente i familiari della propria condizione. Strumenti self-report di questo tipo possono essere utili per ricerche epidemiologiche, nei trattamenti psicoeducativi (ai quali l'EE è strettamente collegata) e all'interno di una procedura di screening alla quale far seguire una fase di approfondimento.

Ricordiamo che il presente studio aveva come obiettivo quello di indagare alcune caratteristiche personologiche e patologiche eventualmente presenti in soggetti con diagnosi di DCA, pertanto agli Autori interessava in particolar modo l'EE percepita da questi pazienti nei confronti della persona ritenuta maggiormente influente nella propria vita. Valutare l'EE percepita offre interessanti spunti di riflessione, sottolineando come l'emotività espressa sia un fattore interattivo, non individuale e non unidirezionale, che riflette solo una piccola parte di quello che è la complessità di un clima familiare e delle sue relazioni. Sarebbe necessario poter replicare la ricerca misurando l'EE dei familiari per studiarne il tipo di correlazione con quella percepita dai pazienti. Auspicabile, inoltre, ulteriori analisi di questa preliminare versione italiana, dal momento che, pur essendo confermati quattro fattori della versione originale, la distribuzione degli item suggerisce la necessità di un'analisi di contenuto degli stessi che potrebbe portare ad una ridefinizione di "comprensione/empatia" la sottoscala originaria denominata "atteggiamento verso la malattia" e "critica" la sottoscala denominata "tolleranza/aspettative", dimensioni, tra l'altro, molto più vicine a quelle valutate con la CFI.

Ad oggi, per misurare l'emotività espressa rimane insostituibile la *Camberwell Family Interview* sia in termini di validità, sia per la ricchezza di informazioni che offre sulle relazioni familiari e sul materiale non verbale.

Bibliografia

- 1 Vaughn CE, Leff JP. *The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients.* Br J Psychiatry 1976;129:125-37.
- 2 Cole JD, Kazarian SS. *The Level of Expressed Emotion scale: a new measure of expressed emotion.* J Clin Psychol 1988;44:392-7.
- 3 Brown GW, Rutter M. *The measurement of family activities and relationships: a methodological study.* Hum Rel 1966;19:741-63.
- 4 Brown GW, Carstairs GM, Topping GG. *The post-hospital adjustment of chronic mental patients.* Lancet 1962;2:685-9.
- 5 Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. *The influence of family life on the course of schizophrenic illness.* Br J Prev Soc Med 1962;16:55-68.
- 6 Vaughn CE. *Research and Clinical Application of Expressed Emotion (EE): state of art and new direction.* Relazione introduttiva al 3rd World Congress of Behaviour Therapy, Edinburgh 5-10 Settembre 1988.
- 7 Bebbington P, Kuipers L. *The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis.* Psychol Med 1994;24:707-18.
- 8 Butzlaff RL, Hooley JM. *Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis.* Arch Gen Psychiatry 1998;55:547-52.
- 9 Van Humbeeck G, Van Audenhove C, De Hert M, Pieters G, Storms G. *Expressed emotion: a review of assessment instruments.* Clin Psychol Rev 2002;22:321-41.
- 10 Hooley JM, Parker HA. *Measuring Expressed Emotion: an evaluation of the shortcuts.* J Fam Psychol 2006;20:386-96.
- 11 Vaughn CE, Leff JP. *The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients.* Br J Soc Clin Psychol 1976;15:157-65.
- 12 Magana AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Faloon IRH. *A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients.* Psychiat Res 1985;17:203-12.
- 13 Asarnov JR, Goldstein MJ, Tompson M, Gurthrie D. *One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion.* J Child Psychol Psychiat 1993;34:129-37.
- 14 Nugter A. *Family factors and interventions in recent onset schizophrenia.* Unpublished doctoral dissertation 1997, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- 15 Tompson MC, Goldstein MJ, Lebell MB, Mintz LI,

- Marder SR, Mintz J. *Schizophrenic patient's perceptions of their relatives attitudes*. *Psychiat Res* 1995;57:155-67.
- ¹⁶ Uehara T, Yokoyama T, Goto M, Kohmura N, Nakona Y, Toyooka K, Ihda S. *Expressed emotion from the Five Minute Speech Sample and relapse of outpatients with schizophrenia*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95:454-6.
- ¹⁷ Leeb B, Haahlweg K, Goldstein MJ, Feinstein E, Mueleer U, Dose M, Magana-Amato A. *Cross-national reliability, concurrent validity, and stability of a brief method for assessing expressed emotion*. *Psychiat Res* 1991;39:25-31.
- ¹⁸ Malla AK, Kazarian SS, Barnes S, Cole JD. *Validation of the five minute speech sample in measuring expressed emotion*. *Can J Psychiat* 1991;36:297-9.
- ¹⁹ Van Furth EF, Van Strien DC, Van Son MJM, Van Engeland H. *The validity of the five minute speech sample as an index of expressed emotion in parents of eating disorder patients*. *J Child Psychol Psychiat* 1993;34:1253-60.
- ²⁰ Hooley JM, Teasdale JD. *Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism*. *J Abnorm Psychol* 1989;98:229-35.
- ²¹ Chambless DL, Bryan AD, Aiken LS, Steketee G, Hooley JM. *The structure of expressed emotion: a three-construct representation*. *Psychol Assess* 1999;11:67-76.
- ²² Okasha A, El Akabawi AS, Snyder KS, Wilson AK, Youssef I, El Dawla AS. *Expressed emotion, perceived criticism, and relapse in depression: a replication in an egyptian community*. *Am J Psychiat* 1994;151:1001-5.
- ²³ Shields CG, Franks P, Harp JJ, Mc Daniel SH, Campbell TL. *Development of the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS): a Self Report Scale to Measure Expressed Emotion*. *J Mar Fam Ther* 1992;18:395-407.
- ²⁴ Shields CG, Franks P, Harp JJ, Mc Daniel SH, Campbell TL. *Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS): II. Reliability and validity studies*. *Fam Syst Med* 1994;12:361-77.
- ²⁵ Friedmann MS, Goldstein MJ. *Relatives awareness of their own expressed emotion as measured by a self report adjective checklist*. *Fam Proc* 1993;32:459-71.
- ²⁶ Friedmann MS, Goldstein MJ. *Relatives perceptions of their interactional behavior with a schizophrenic family member*. *Fam Proc* 1994;33:377-87.
- ²⁷ Kavanagh DJ, O' Halloran P, Manicavasagar V, Clark D, Piatkowska O, Tennant C, Rosen A. *The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new Scale for Measuring the Emotional Climate of Families*. *Psychiat Res* 1997;70:185-95.
- ²⁸ Pourmand D, Kavanagh DJ, Vaughan K. *Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder*. *Aust N Zeal J Psychiat* 2005;39:473-8.
- ²⁹ Baker B, Helmes E, Kazarian SS. *Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization*. *Br J Psychiat* 1984;144:263-9.
- ³⁰ Kreisman DE, Simmens SJ, Joy VD. *Rejecting the patient: preliminary validation of a self report scale*. *Schizophrenia Bull* 1979;5:220-2.
- ³¹ Vaughn CE, Leff JP. *Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients*. *Schizophrenia Bull* 1981;7:43-4.
- ³² Cole JD, Kazarian SS. *Predictive validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) Scale: readmission follow-up data for 1, 2, and 5-year periods*. *J Clin Psychol* 1993;49:216-8.
- ³³ Gerlsma C, Van Der Lubbe PM, Van Nieuwenhuizen C. *Factor analysis of the Level of Expressed Emotion Scale. A questionnaire intended to measure perceived expressed emotion*. *Br J Psychiat* 1992;160:385-9.
- ³⁴ Watkins MW. *Monte Carlo PCA for parallel analysis [computer software]*. State College, PA: Ed & Psych Associates 2000.
- ³⁵ Kazarian SS, Malla AK, Baker B, Cole JD. *Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview*. *J Clin Psychol* 1990;46:306-9.
- ³⁶ Fischmann-Havstad L, Marston AR. *Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process*. *Br J Clin Psychol* 1984;23:265-71.
- ³⁷ Szmuckler GI, Eisler I, Russell GFM, Dare C. *Anorexia nervosa, parental expressed emotion and dropping out of treatment*. *Br J Psychiatry* 1985;147:265-71.

ALLEGATO 1.Traduzione italiana di *The Level of Expressed Emotion Scale*.**Scala del livello di emotività espressa***Versione per il paziente***Istruzioni**

Le seguenti sono un numero di dichiarazioni che descrivono il modo in cui qualcuno potrebbe comportarsi nei tuoi confronti. Per favore, identifica la persona che ha avuto più influenza nella tua vita durante gli ultimi tre mesi. Esempi di persone influenti potrebbero essere: madre, padre, fratello, sorella, marito, moglie, un parente (es. zia, nonno ecc.), un amico. Poi, leggi ciascuna dichiarazione e indica se questa persona si è comportata in questi modi verso di te negli ultimi tre mesi.

Segna le tue risposte cerchiando semplicemente la casella della "V" se ti sembra che la risposta sia vera, la casella della "F" se ti sembra che la risposta sia falsa.

Capisce se qualche volta non ho voglia di parlare	V	F
Mi calma quando sono turbata/o	V	F
Dice che manco di autocontrollo	V	F
È tollerante con me anche quando non sono all'altezza delle sue aspettative	V	F
Non si intromette nelle mie conversazioni	V	F
Non mi innervosisce	V	F
Dice che voglio attenzioni quando dico che non sto bene	V	F
Mi fa sentire in colpa perché non soddisfo le sue aspettative	V	F
Non è iperprotettiva/o nei miei confronti	V	F
Perde la pazienza quando non mi sento bene	V	F
È comprensiva/o nei miei confronti quando sono malata/o o turbata/o	V	F
Riesce a vedere il mio punto di vista	V	F
Interferisce sempre	V	F
Non si lascia prendere dal panico quando le cose iniziano ad andare male	V	F
Mi incoraggia a cercare un aiuto esterno quando non mi sento bene	V	F
Non sente che le/gli causo molti problemi	V	F
Non insiste sul fare le cose con me	V	F
Non riesce a pensare in maniera lucida quando le cose vanno male	V	F
Non mi aiuta quando sono turbata/o o mi sento male	V	F
Mi considera di poco valore se non soddisfo le sue aspettative	V	F
Non insiste per stare con me tutto il tempo	V	F
Incolpa me per le cose che non vanno bene	V	F
Mi fa sentire di valore come persona	V	F
Non riesce a sopportare la situazione quando sono turbata/o	V	F
Mi lascia con la sensazione di sentirmi oppressa/o	V	F
Non sa come gestire i miei sentimenti quando non mi sento bene	V	F
Dice che provo i miei problemi appositamente per vendicarmi di lei/lui	V	F
Capisce i miei limiti	V	F
Spesso mi controlla per vedere cosa sto facendo	V	F
È capace di autocontrollo nelle situazioni di stress	V	F

(continua)

ALLEGATO 1 (segue).Traduzione italiana di *The Level of Expressed Emotion Scale*.

Cerca di farmi sentire meglio quando sono turbata/o o malata/o	V	F
È realistica/o circa ciò che posso e non posso fare	V	F
Mette sempre il naso nei miei affari	V	F
Mi ascolta fino in fondo	V	F
Dice che non va bene cercare un aiuto professionale	V	F
Si arrabbia con me quando le cose non vanno bene	V	F
Deve sempre sapere tutto di me	V	F
Mi fa sentire rilassata/o quando è presente	V	F
Mi accusa di esagerare quando dico che non sto bene	V	F
Prende le cose alla leggera con me anche se le cose non stanno andando bene	V	F
Insiste nel sapere dove sto andando	V	F
Si arrabbia con me senza motivo	V	F
È premurosa/o quando sono malata/o o turbata/o	V	F
Mi supporta quando ne ho bisogno	V	F
Si intromette nelle mie questioni private	V	F
Riesce a far fronte allo stress	V	F
È disposta/o ad acquisire maggior informazioni per capire la mia condizione, quando non mi sento bene	V	F
È comprensiva/o se commetto errori	V	F
Non si intromette nella mia vita	V	F
È impaziente con me quando non sto bene	V	F
Non mi colpevolizza quando non mi sento bene	V	F
Si aspetta troppo da me	V	F
Non fa tante domande personali	V	F
Peggiora le situazioni quando le cose non stanno andando bene	V	F
Spesso mi accusa di inventare le cose quando non mi sento bene	V	F
Si infuria quando non faccio bene qualcosa	V	F
Ci resta male quando non mi consulto con lei/lui	V	F
Si irrita quando le cose non vanno bene	V	F
Cerca di rassicurarmi quando non mi sento bene	V	F
Si aspetta da me lo stesso livello di sforzi anche se non mi sento bene	V	F