

Université de Montréal

Conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire,
surprotection
et surprotection en conversation

par

Claire Croteau

École d'orthophonie et d'audiologie

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en sciences biomédicales, option orthophonie

février 2000

© Claire Croteau, 2000



W

4

U58

2000

V.071

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire, surprotection
et surprotection en conversation

présentée par :

Claire Croteau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

René Beland	président du jury
Guylain Le Dorze	directrice de recherche
François Ducharme	membre du jury
Sylvain Têtreault	examinatrice externe

Thèse accepté le :

L'aphasie, trouble de communication d'origine neurologique, affecte profondément la vie des personnes qui en sont atteintes. Le soutien apporté par le/la conjoint(e) influence l'adaptation d'une personne aphasique. Il peut arriver que le/la conjoint(e) ait une influence négative sur l'adaptation de la personne aphasique à sa nouvelle situation. En effet, il est possible que la perception qu'ont les conjoint(e)s de la personnalité des personnes aphasiques change suite à la venue de l'aphasie et que cela engendre de la surprotection de la part des conjoint(e)s. La surprotection pourrait se manifester dans la conversation lorsqu'un conjoint "parle pour" la personne aphasique et ce phénomène pourrait potentiellement causer une diminution de la participation de la personne aphasique à la conversation. Les buts de cette thèse sont : 1) de décrire chez des couples dont un membre est aphasique, les trois composantes centrales de ce phénomène, soit la perception de la personnalité, la surprotection et la surprotection en conversation (PSSC) ; 2) d'explorer les relations entre ces trois composantes.

Afin de décrire la perception par les conjoint(e)s de la personnalité des personnes avec aphasie, 21 conjoints de personnes aphasiques (13 femmes et 8 hommes) et à 25 conjoints de personnes en bonne santé (13 femmes et 12 hommes) ont été comparés sur les résultats obtenus grâce à l' "Adjective Check List" (ACL, Gough et Heilbrun, 1983). Les résultats démontrent que les conjoint(e)s de personnes aphasiques ont attribué des scores significativement plus faibles aux échelles de "likability" et d' "order" et des scores significativement plus élevés à l'échelle de "succorance" que les conjoint(e)s de personnes sans aphasie. De plus, les conjointes d'hommes aphasiques ont attribué à leur mari des scores significativement moins élevés aux échelles d' "endurance" et d' "achievement" que les conjointes d'hommes

en bonne santé. Une analyse descriptive des données permet également de constater que la perception des conjoint(e)s de personnes avec aphasie est différente de celles de conjoint(e)s de personnes sans aphasie. De plus, il semble avoir une différence entre la perception des conjoints et des conjointes de personnes avec aphasie.

Le "Questionnaire on Ressources and Stress" (QRS, Holroyd, 1987) a été utilisé pour décrire la perception de surprotection par les conjoint(e)s (13 femmes et 8 hommes) de personnes aphasiques et par les conjoint(e)s de personnes en bonne santé (13 femmes et 12 hommes). Les résultats ont permis de constater que les conjointes d'hommes aphasiques se perçoivent significativement plus surprotectrices que les conjointes d'hommes ne présentant pas d'aphasie. Pour mesurer la perception de surprotection par les personnes aphasiques (7 femmes et 13 hommes) et par des participants du groupe contrôle (13 femmes et 12 hommes), le "Overprotection Scale for Adults" (OPSA, Thompson et Sobolew-Shubin, 1993) a été administré. Les résultats ne démontrent pas de différence significative entre les groupes.

Six couples, dont un des membres était un homme ou une femme souffrant d'une aphasie légère, ont participé à une situation d'entrevue dans le but de décrire le comportement des conjoint(e)s "parler pour", indicateur de la dernière composante du phénomène étudié, soit la surprotection en conversation. L'interviewer posait alternativement des questions à chaque membre du couple permettant ainsi de créer un contexte où l'apparition du comportement de "parler pour" était possible. Les résultats démontrent que certains conjoint(e)s "parlent pour" leur partenaire aphasique fréquemment et rapidement tandis d'autres conjoint(e)s ne le font pas.

Le phénomène PSSC semble exister puisqu'une analyse corrélationnelle met en lien l'indice de "likability" (donne une appréciation

générale de la perception qu'ont les conjoint(e)s de leur partenaire
aphasique et est mesuré grâce à l'ACL) et la surprotection des conjoints
(mesurée grâce au QRS). De plus, l'analyse isolée de chacun des six couples
ayant participé à la situation d'entrevue, permet de démontrer qu'il existe un
lien entre la surprotection, mesurée grâce aux questionnaires, et la
surprotection en conversation mesurée par le comportement de "parler pour".

En conclusion, cette thèse permet de décrire un phénomène se
produisant chez certains couples touchés par l'aphasie. Elle permet aussi de
démontrer des différences entre les hommes et les femmes quant au
développement du phénomène et fournit des bases théoriques à l'intervention
auprès des couples touchés par l'aphasie.

Tables des matières

Sommaire	iii
Table de matières.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	xi
Remerciements.....	xii
Chapitre 1. Introduction.....	1
Définition du problème de recherche	2
Modèles psychosociaux.....	5
Théories familiales	7
Théories psychosociales en lien avec la communication.....	9
Conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire, surprotection et surprotection en conversation	12
Chapitre 2. Article 1 Spouses' Perceptions of Persons with Aphasia.....	15
Abstract.....	16
Method.....	20
Results	22
Discussion.....	28
Conclusion	33
References	36
Chapitre 3 Article 2 Overprotection in Couples with Aphasia.....	54
Abstract.....	55
Method.....	58
Results	60
Discussion.....	62

References.....	66
Chapitre 4 Article 3 Spouses of Persons with Aphasia : Overprotection in Conversation.....	76
Abstract.....	77
Method.....	82
Results.....	89
Discussion.....	104
References.....	113
Chapitre 5 Résultats sur les relations entre les composantes du modèle: perception-surprotection et surprotection en conversation.....	126
Chapitre 6 Discussion.....	132
Discussion des résultats des composantes perception, surprotection et surprotection dans la conversation.....	133
Perception.....	133
Surprotection.....	134
Surprotection en conversation.....	135
Discussion sur le phénomène perception, surprotection et surprotection en conversation (PSSC).....	131
Phénomène et modèle PSSC.....	140
Facteurs influençant le phénomène.....	140
Âge des membres du couple.....	140
Sexe de la personne touchée par l'aphasie et du ou de la conjoint(e).....	143
Présence et nature du trouble de communication.....	147
Bilan sur les facteurs influençant le phénomène.....	149
Conséquences du phénomène PSSC pour les personnes aphasiques.....	152

	viii
Implications cliniques.....	155
Chapitre 7 Conclusion.....	159
Références.....	161
Appendice A	
Traduction des questionnaires et pré-expérimentation.....	ii
Appendice B	
Formulaires de consentement.....	v
Appendice C	
Questionnaires et grilles d'entrevue.....	xviii
Appendice D	
Approbations éthiques.....	li

Liste des tableaux

Chapitre 2 : Article 1: Spouses' Perceptions of Persons with Aphasia

Tableau 1 : Characteristics of the participants with aphasia.....	40
Tableau 2 : Scales of the ACL, their definitions and examples of items.....	42
Tableau 3 : Mean Scores on the five scales of the ACL.....	44
Tableau 4 : Multiple univariate analysis of variance for ACL.....	47
Tableau 5 : Most frequently employed and agreed upon adjectives.....	49
Tableau 6 : Adjectives presenting large differences of percentage of use between the groups of wives.....	51
Tableau 7 : Adjectives presenting large differences of percentage of use between the groups of husbands.....	53

Chapitre 3 : Article 2: Overprotection in Couples with Aphasia

Tableau 1 : Mean age and education of the spouses.....	68
Tableau 2 : Mean age and education of participants with and without aphasia.....	69
Tableau 3 : Characteristics of the participants with aphasia.....	70
Tableau 4 : Mean scores on the QRS.....	72
<u>Tableau 5</u> : Analysis of covariance for QRS.....	73
<u>Tableau 6</u> : Mean scores on the OPSA.....	74
<u>Tableau 7</u> : Analysis of variance for OPSA.....	75

Chapitre 4 : Article 3: Spouses of Persons with Aphasia : Overprotection in
Conversation

Tableau 1 : Characteristics of the participants with aphasia..... 118

Tableau 2 : Characteristics of the spouses..... 119

Chapitre 5 : Résultats

Tableau 1 : Coefficients de corrélation de Spearman entre les résultats aux
questionnaires de surprotection (QRS et OPSA) et les indices de
"likability".....130

Tableau 2 : Coefficients de corrélation de Spearman entre la surprotection en
conversation ("parler pour" et "parler pour rapidement") et la
surprotection (OPSA et QRS)..... 131

Liste des figures

Introduction

Figure 1 : Modèle "conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire, surprotection et surprotection en conversation"..... 14

Chapitre 4 : Article 3: Spouses of Persons with Aphasia : Overprotection in Conversation

Figure 1 : Frequency of "speaking for" and "rapid speaking for" behaviours for each spouse.....121

Figure 2 : Frequency of the different categories of behaviours preceding the spouses' "speaking for" behaviours for each couple.....122

Figure 3 : Frequency of the different categories of conversational participants following the spouses' "speaking for" behaviours for each couple.....123

Chapitre 5 : Résultats

Figure 1 : Données issues des composantes du phénomène PSSC et mises en lien lors des corrélations..... 129

Chapitre 6 : Discussion

Figure 1 : Modèle "conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire, protection et protection en conversation".....139

Remerciements

Je tiens en tout premier lieu à remercier ma directrice de thèse Madame Guylaine Le Dorze. Il y a dix ans Guylaine a su écouter mes propos d'étudiante en quête d'une compréhension de cette "aphasie " qui perturbait tant ma vie. Grâce à de nombreuses discussions, elle m'a permis de clarifier cet amas d'idées qui abondaient dans ma tête. Elle a su démontrer une grande sensibilité face à ce domaine. Elle m'a de plus amenée à remettre mes explications continuellement en question et à chercher encore et encore des réponses à mes interrogations. Elle m'a constamment soutenue. Elle sera toujours pour moi une source d'inspiration et beaucoup plus.

Aux nombreux participants de cette recherche et à Monsieur Jean-Marc Côté de l'Association des Personnes Intéressées à l'Aphasie de Québec (APIA): merci de m'avoir reçue si gentiment chez vous et de m'avoir confié des secrets parfois douloureux. Je remercie les orthophonistes de différents centres hospitaliers et de réadaptation pour leur aide dans le recrutement des participants ainsi que Monsieur Jean-Pierre Gagné et Madame Sandra MacLeod pour la traduction des questionnaires destinés aux participants.

Je veux remercier Les Fonds de Recherche en Santé du Québec, la Faculté de médecine et la Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal pour l'octroi de bourses me permettant d'effectuer mes études doctorales.

Un merci particulier va à mes amies et collègues de l'Équipe de Recherche en Orthophonie: Dominique Laporte pour les aventures de copilote lors de l'expérimentation, Céline Larfeuil pour les conseils toujours judicieux, Christiane Malaborza, pour la grande disponibilité et Anne-Marie Vyhytil pour le soutien. Je remercie mes collègues au doctorat Josée Allaire, Christine

Brassard et Benoît Jutras pour des discussions très enrichissantes. Un merci spécial va à Nicole Boivin, Lynn Rainville et à ma soeur Julie Croteau pour la révision linguistique de ma thèse. J'adresse des remerciements à tous les membres de l'École d'orthophonie et d'audiologie pour leurs encouragements et les bons moments passés ensemble.

Cette thèse n'aurait pu voir le jour sans le soutien et l'inspiration des membres de ma famille spécialement ma mère qui m'a amenée à comprendre, bien malgré elle, que la communication existe au-delà des mots. Merci à mon père pour m'avoir transmis la persévérance et le goût de la recherche ainsi que pour sa sérénité et son courage face aux bouleversements de la vie. Merci à Julie et Eléonore pour toute la tendresse échangée qui met tant de bonheur dans ma vie. Finalement, mes remerciements vont à Stéphane pour son amour, son réconfort et sa patience durant cette dernière année loin des miens.

Chapitre 1

Introduction

Définition du problème de recherche

L'aphasie a été traditionnellement définie comme un trouble du langage causé par un dommage organique au cerveau (Lecours et Lhermitte, 1979). Les connaissances des dernières années portant sur l'aphasie entraînent un élargissement de cette définition. En effet, il est maintenant démontré que différentes conséquences professionnelles, financières, psychologiques, communicatives et sociales sont engendrées par l'aphasie et cela tout aussi bien chez la personne aphasique que ses proches (Artes et Hoops, 1976; Herrmann, Britz, Bartels et Wallesch, 1995; Kinsella et Duffy, 1980; Le Dorze et Brassard, 1995; Montgomery-West, 1995; Mulhall, 1978; Williams et Freer, 1986; Zraick et Boone, 1991). De plus, les connaissances actuelles sur les personnes aphasiques en situation de conversation permettent de considérer l'aphasie non seulement comme un trouble de langage mais également comme un trouble perturbant la communication des personnes atteintes avec leur proches (Ferguson, 1992, 1996; Perkins, 1995).

Parmi les différentes recherches portant sur les conséquences de l'aphasie, il est primordial de s'attarder à celles sur les conjoint(e)s puisque ces dernier(ère)s sont souvent au centre des bouleversements occasionnés par l'aphasie. Les recherches sur les conjoint(e)s ciblent plus précisément ce qui arrive aux maris et aux femmes de personnes aphasiques dans différentes sphères de leur vie lors de la venue de l'aphasie (Kinsella et Duffy, 1980; Zraick et Boone, 1991). En outre, elles fournissent une meilleure compréhension de l'impact de l'aphasie sur la communication dans le couple (Ferguson, 1992, 1994; Oelschlaeger, 1999; Oelschlaeger et Damico, 1998a). Par contre, ces études ne mettent pas en lien les différentes conséquences entre elles. Elles ne tentent pas de faire le pont entre certaines conséquences psychologiques vécues par les conjoint(e)s et la communication avec la

personne aphasique. La présente recherche tentera de faire des liens entre différentes conséquences psychologiques vécues par les conjoint(e)s et le type de communication qu'ils (elles) adoptent lorsqu'ils (elles) sont en situation d'échange avec la personne aphasique.

La perception qu'ont les conjoint(e)s de la personnalité de leur partenaire aphasique constitue une conséquence psychologique primordiale à considérer parmi celles relevées dans les écrits scientifiques. En effet, il est possible de constater à partir des divers modèles psychosociaux présentés dans la section suivante, que la perception des gens de l'entourage d'une personne influence les comportements de cette dernière et peut amener cette personne à entrer dans un rôle de malade et à vivre un isolement social. La perception de l'entourage et particulièrement celle du conjoint est un aspect essentiel à considérer vu l'influence qu'un conjoint peut exercer sur son partenaire. Plusieurs recherches traitent des attitudes des conjoints de personnes aphasiques (Kinsella et Duffy, 1980; Malone, Ptacek et Malone, 1970) mais une seule d'entre elles porte sur la perception de la personnalité des personnes aphasiques par leur conjoint (Zraick et Boone, 1991). Ces derniers auteurs suggèrent que la perception des conjoint(e)s peut avoir des répercussions négatives mais ne s'attardent pas sur celles-ci. De plus, ils n'est pas question dans cette recherche, des manifestations de la perception, ni des liens, par exemple, entre la perception et la communication du couple. Ce constat démontre une lacune dans les études actuelles.

Une autre conséquence psychologique sur laquelle il est important de s'attarder concerne la surprotection des conjoint(e)s. La surprotection semble avoir un impact sur la compétence individuelle et l'autonomie d'une personne malade (Oranen, Sihvonen, Äystö et Hagfors, 1987; Turk et Kerns, 1985). Il ressort que la surprotection est reliée à une mauvaise adaptation des

personnes cérébrólésées à leur nouvelle condition (Thompson, Sobolew-Shubin, Graham et Janigian, 1989). Parallèlement, les conjoint(e)s de ces personnes semblent présenter davantage de dépression lorsqu'ils/elles adoptent des comportements de surprotection face aux personnes cérébrólésées (Thompson, Bundek et Sobolew-Shubin, 1990). La présence de surprotection de la part des conjoint(e)s de personnes aphasiques a été fréquemment relevée (Kinsella et Duffy, 1980; Malone, Ptaceck et Malone, 1970; Mykyta, Bowling, Nelson et Lloyd, 1976), mais les manifestations de la surprotection dans la communication du couple ne sont pas documentées.

Récemment, des chercheurs se sont intéressés à comprendre la communication des personnes aphasiques et de leur conjoint en situation de conversation dans la vie de tous les jours (Ferguson, 1992, 1994; Oelschlaeger, 1999; Oelschlaeger et Damico, 1998 a, b). Ces études ont permis d'observer quelques comportements d'aide en conversation de la part des conjoints. Oelshlaeger (1999) a identifié les contextes suscitant de l'aide de la part du conjoint, par exemple, lors de moments de manque du mot chez la personne aphasique. Les recherches recensées fournissent une meilleure compréhension de la communication au sein des couples, dont un membre est aphasique, mais elles ne permettent pas de dégager des facteurs reliés au conjoint, ou les caractéristiques de celui-ci, influençant le maintien d'une communication satisfaisante pour les deux membres du couple suite à l'aphasie.

Dans un premier temps, la présente étude visera, à décrire la perception de la personnalité de personnes aphasiques par leur conjoint(e) et à mesurer la perception de surprotection. Dans un deuxième temps, elle tentera d'établir si cette surprotection et cette perception affectent la communication des couples, comprenant une personne aphasique. L'utilisation clinique des

données recueillies justifie l'importance de cette recherche. En effet, les connaissances obtenues permettront de mieux comprendre l'adaptation du conjoint à l'aphasie. Ils fourniront également une description des conséquences de l'aphasie sur des situations de conversation de couple. L'analyse des résultats facilitera l'élaboration de lignes de direction qui permettront de bonifier les bases à l'intervention orthophonique auprès des couples dont l'un des membres est une personne aphasique.

Afin de positionner le contexte théorique de cette problématique, différents modèles psychosociaux et familiaux seront présentés. Ceci permettra de comprendre l'influence que peut avoir la perception de l'autre et la surprotection sur une personne atteinte d'un problème de santé ou de vieillissement. Par la suite, d'autres cadres de référence psychosociaux analysant les liens entre la perception et la communication seront abordés. Les différentes théories actuellement disponibles établissent peu de relations entre la perception, la surprotection et la communication. Pour combler cette lacune, un modèle appelé "conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire, surprotection et surprotection en conversation" sera donc élaboré. Il sera présenté à la fin du chapitre 1.

Modèles psychosociaux

Différents modèles psychosociaux, tels la prophétie s'auto-réalisant ("self-fulfilling prophecies") (Jussim, 1986), la résignation acquise ("learned helplessness") (Solomon, 1982) et le syndrome de brisure sociale ("social breakdown syndrome") (Zusman, 1968) expliquent l'influence qu'exerce la perception de l'entourage d'une personne sur celle-ci. Parmi ces modèles, le syndrome de brisure sociale (Zusman, 1968) permet d'analyser les relations entre les facteurs personnels et sociaux pouvant prédire ou expliquer la prédisposition d'une personne à vivre un isolement social. Dans ce modèle

explicatif, la façon dont un individu est perçu par son entourage peut l'amener à jouer le rôle de malade et également entraîner une détérioration de ses habiletés reliées à des domaines de la vie quotidienne. Par la suite, un sentiment d'incompétence chez cet individu peut se développer, ce qui alimentera à nouveau la perception de l'entourage à savoir qu'il est incompétent.

Ce modèle a été utilisé auprès de la population âgée pour la première fois en 1973 par Kuypers et Bengtson. Selon ces auteurs, le vieillissement est souvent de piètre qualité à cause de la nature des changements environnementaux vécus par les personnes âgées. Ils soulignent que les facteurs prédisposant les personnes âgées à vivre le syndrome de brisure sociale sont une perte de normes, une diminution des rôles et un manque de groupe de référence. Zusman (1968) a conçu ce modèle afin d'expliquer un phénomène observé chez la population atteinte de schizophrénie. Il mentionne que les facteurs prédisposant à ce syndrome sont une difficulté avec les standards internes par rapport aux relations interpersonnelles, aux règles de comportement, aux obligations sociales et aux rôles sociaux. Également, il semble que si une personne vit un problème d'identité ou présente un problème à s'associer à un groupe de référence, elle pourrait être encline à développer un isolement social.

Le modèle proposé décrit un phénomène pouvant se produire chez les personnes aphasiques. En effet, le trouble de communication qu'elles présentent, le problème possible d'estime de soi (Brumfitt, 1993) et le changement dans les rôles sociaux qu'elles mentionnent (Le Dorze et Brassard, 1995), permettent de le présumer. De plus, si les personnes aphasiques sont âgées, elles seraient davantage à risque de présenter ce syndrome puisque le facteur âge a déjà été suggéré comme jouant un rôle

dans le développement du syndrome (Kuypers et Bengtson, 1973). Malgré l'intérêt de ce modèle pour expliquer ce qui peut se produire chez une personne malade ou présentant des incapacités, il décrit peu l'influence de l'entourage de la personne présentant des incapacités. Ainsi, par exemple, il apparaît que l'entourage, de par sa perception, semble jouer un rôle dans le développement du phénomène d'isolement, mais il n'est pas mentionné comment s'actualise cette perception. De plus, ce modèle ne peut expliquer clairement pourquoi la surprotection est souvent relevée chez les conjoint(e)s de personnes aphasiques. Également, ce modèle ne permet pas de mettre en lien la surprotection et la communication. Les théories familiales présentées dans la section suivante permettront davantage de s'attarder sur le conjoint de la personne malade et la surprotection.

Théories familiales

Plusieurs théories, expliquant le fonctionnement d'une famille, permettent de comprendre ce qui arrive à un couple, dont un membre présente une maladie chronique (Thompson et Pitts, 1992). Certaines d'entre elles dont celle sur les rôles (Nye, Bahr, Bahr, Carlson, Gecas, McLaughlin et Slocum, 1976), l'approche systémique (Minuchin, 1974) et celle de l'équité (Walster, Walster et Berscheid, 1973), proposent qu'une relation surprotectrice peut être associée à des conséquences potentiellement négatives chez la personne malade (Thompson et Pitts, 1992). La théorie des rôles paraît particulièrement pertinente pour comprendre la surprotection chez des couples vivant avec l'aphasie puisque chez ceux-ci, un changement dans les rôles familiaux a déjà été relevé (Le Dorze et Brassard, 1995). Selon cette théorie, chaque membre d'une famille est vu comme jouant un rôle dans le système familial et influençant son fonctionnement (Turk et Kerns, 1985). Par exemple, la mère d'une famille est décrite comme ayant les responsabilités socio-émotives de la

famille et le père assume souvent le rôle d'en assurer le soutien financier. En plus des différents rôles traditionnels retrouvés dans une famille, un rôle de malade peut être occupé par un membre d'une famille (Parsons et Fox, 1952). Ce rôle permet à la personne malade de se retirer de ses responsabilités et amènent les autres membres de la famille à s'occuper d'elle. Le rôle de malade est déterminé socialement parce que ce sont les membres d'une famille qui autorisent une personne à le jouer et qui déterminent combien de temps la personne va y demeurer. Certaines familles peuvent être surprotectrices et encourager de cette façon le maintien du rôle de malade. Lorsqu'un membre de la famille réagit en surprotégeant la personne malade, il est possible qu'il fasse cela en réaction à son propre besoin de dépendance (Parsons et Fox, 1952). Le membre de la famille projette donc son besoin de dépendance sur la personne malade en la surprotégeant.

La famille et plus spécialement le conjoint d'une personne aphasique, peuvent entretenir celle-ci dans un rôle de malade en utilisant différents comportements de surprotection. Il a été démontré que les personnes aphasiques et les conjoints doivent souvent changer de rôles suite à la venue de l'aphasie et vivre un changement de responsabilités (Denman, 1998; Le Dorze et Brassard, 1995). Quelque temps après l'aphasie, la personne malade a souvent récupéré certaines de ses capacités et pourrait reprendre des responsabilités qu'elle occupait auparavant, mais la famille peut ne pas facilement permettre une réappropriation de celles-ci et continue ainsi à perpétuer chez elle le rôle de malade.

Cette théorie familiale permet de comprendre pourquoi la surprotection est fréquemment notée chez des couples ayant un membre aphasique, or, il est important de souligner que les relations entre la perception des conjoint(e)s, la surprotection et la communication ne sont pas expliqués grâce

à cette théorie. A cet égard, les modèles psychosociaux en lien avec la communication, présentés dans la section suivante, relient la perception et la communication.

Théories psychosociales en lien avec la communication

La communication a été intégrée dans les différents modèles psychosociaux pour tenter d'expliquer l'influence de la perception sur la communication. La théorie d'accommodation communicative ("Communication Accommodation Theory"; Coupland, Coupland et Giles, 1991) identifie des stratégies utilisées durant des interactions et reliées à la perception que les interlocuteurs ont de leur partenaire en conversation. Cette approche théorique explique comment la perception stéréotypée des jeunes personnes face aux personnes âgées peut les amener à utiliser des styles de communication inappropriés, par exemple l'utilisation d'un parler enfantin ("baby-talk"), quand elles parlent avec les gens âgés (Hummert, 1994). Le "Communication Predicament of Aging" (Ryan, Giles, Bartolucci et Henwood, 1986; Ryan, See, Meneer, et Trovato, 1994) constitue un modèle expliquant que les attentes et les attitudes des personnes communiquant avec les personnes âgées influencent la performance langagière de ces dernières. Ce cadre théorique réfère à une situation dans laquelle il existe un écart entre la perception de la compétence communicative de la personne âgée et sa réelle compétence, laquelle serait supérieure. Par exemple, si un individu croit que la personne âgée ne peut pas communiquer adéquatement ou s'il pense que cette personne a une pauvre mémoire, cela peut l'amener à interpréter incorrectement une communication pourtant efficace de la personne âgée. En outre, cela peut l'amener à utiliser des comportements condescendants, comme une parole très simplifiée ou un parler enfantin. A l'inverse, des attentes positives sur la performance langagière de personnes âgées peuvent

encourager et augmenter la richesse de l'échange communicatif (Ryan, See, Meneer, et Trovato, 1994). Les changements chez les personnes âgées pouvant influencer la perception sont, par exemple, l'apparence physique, la qualité vocale, les difficultés d'audition et la perte de rôles sociaux. Les conséquences prévisibles ou envisageables de ce phénomène sont une atteinte à l'estime de soi et une diminution de l'interaction sociale (O'Connor et Rigby, 1996; Ryan, Giles, Bartolucci et Henwood, 1986). Jusqu'à maintenant, ce modèle a été utilisé pour comprendre l'influence de la perception d'un groupe social sur un autre ou pour étudier des situations de communication intergénérationnelles (ex.: personnes âgées avec des personnes plus jeunes). Cependant, il est logique de penser que ce phénomène peut être présent à un niveau interpersonnel, comme celui qui existe dans un couple. L'impact de la perception d'un conjoint sur son partenaire ne peut être négligé vu l'ampleur de l'influence de cette impression. Ainsi, ce modèle pourrait s'appliquer à des couples ayant un membre aphasique et donc la perception du conjoint pourrait avoir une influence sur la communication qu'il aura avec son partenaire aphasique. Bien que le modèle proposé par Ryan, Giles, Bartolucci et Henwood (1986) suggère des façons dont la perception peut s'actualiser dans la communication, il ne permet toutefois pas de comprendre pourquoi la présence de surprotection est notée chez des couples ayant un membre aphasique. Il semble avoir une lacune dans le modèle entre la perception et l'utilisation par les interlocuteurs de comportements de communication particuliers.

Pour sa part, Lubinski (1991) a adapté le "syndrome de brisure sociale" pour tenter d'expliquer la communication des personnes vivant avec une démence et les gens de leur entourage. Une prédisposition au développement de cette brisure est probable chez une personne avec démence vu, entre

autres, le changement dans ses habiletés de communication. L'entourage perçoit cette personne comme incompetente, ce qui crée une réduction des opportunités de communication pour la personne avec démence. Par la suite, l'auteure suggère qu'une diminution des habiletés de communication et qu'une réduction des initiatives de communication complétera le processus. Ce modèle pourrait également servir à expliquer un phénomène pouvant potentiellement se développer chez les couples comprenant des personnes aphasiques. Par contre, il ne permet pas d'expliquer comment la diminution des opportunités de communication de la personne atteinte se produira ou quels comportements de l'entourage des personnes avec démence vont engendrer la diminution des opportunités de communication. De plus, ce modèle comme le modèle précédent, est utilisé pour décrire un phénomène touchant divers groupes sociaux (par exemple, des personnes vivant avec une démence et des infirmières). Il s'avère incomplet pour expliquer un phénomène pouvant se produire au sein d'un couple touché par l'aphasie. En effet, il ne mentionne pas comment la perception peut se manifester dans la relation de couple. Il est possible que cette perception puisse se manifester par de la surprotection conjugale. Voilà donc pourquoi cette surprotection devrait être incluse dans un modèle spécifiquement adapté au couple avec aphasie. Dans la prochaine section, un modèle créé pour tenter d'expliquer le phénomène d'intérêt de cette thèse sera présenté. Ce modèle a été conçu puisqu'il n'existait pas de cadre théorique complet permettant d'illustrer le phénomène. Ce modèle sera inspiré des modèles psychosociaux appliqués à la communication et intégrera l'aspect conjugal d'intérêt dans cette thèse soit la surprotection.

Conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire,
surprotection et surprotection en conversation

Le modèle utilisé pour décrire le phénomène d'intérêt de cette thèse sera appelé "conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire, surprotection et surprotection en conversation" (voir figure 1). Ce modèle illustre le phénomène appelé "perception-surprotection-surprotection en conversation (PSSC)". Le changement ou la perte de rôles (Le Dorze et Brassard, 1995), la crise d'identité (Brumfitt, 1993) que les personnes aphasiques peuvent vivre et leur trouble de communication, les prédisposent à vivre le phénomène PSSC. De plus, si elles sont âgées, d'autres diminutions de capacités peuvent les rendre plus vulnérables. Si la perception de la personnalité de la personne aphasique est moins favorable que la réelle personnalité (première étape de la figure 1), il est probable que cette perception s'actualise par des rapports infantilissants, tout en projetant une image négative d'elle-même à la personne aphasique. Suite à cela, des comportements de surprotection peuvent se développer pour aider la personne considérée dépourvue (deuxième étape du modèle de la figure 1). La surprotection peut être présente lorsque la personne aphasique essaie de communiquer (troisième étape du modèle de la figure 1). Elle peut se manifester lorsque la personne aphasique constate qu'elle n'est pas toujours obligée de communiquer verbalement puisque son (sa) conjoint(e) se substitue à elle en parlant à sa place. Comme conséquence, ce phénomène pourrait engendrer une diminution de la participation à la conversation de la personne avec aphasie.

Jusqu'à maintenant aucune étude ne s'est attardée à la présence potentielle du phénomène perception-surprotection-surprotection en

conversation chez les personnes aphasiques et les conjoint(e)s . La présente recherche a pour buts:

1. De décrire les trois différentes composantes (perception, surprotection et surprotection dans la conversation) de ce phénomène chez les couples ayant un membre aphasique.
2. D'explorer, chez des couples dont un membre est aphasique, les relations entre les différentes composantes du phénomène PSSC.

Dans cette thèse, la perception des conjoint(e)s fera l'objet d'un premier article, présenté au chapitre 2. L'article 2 traitera de la surprotection et constituera le chapitre 3. La surprotection en conversation sera abordée à l'article 3 qui formera le chapitre 4. Finalement, le chapitre 5 présentera les liens entre les différentes composantes du phénomène.

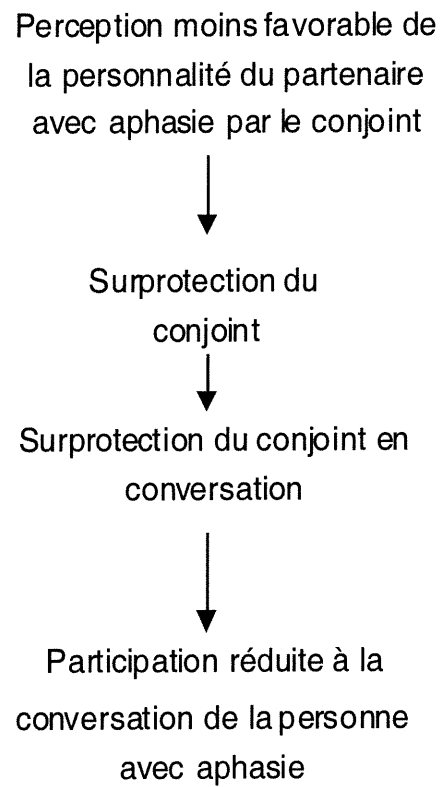


Figure 1. Modèle "conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire, surprotection et surprotection en conversation".

Chapitre 2

Article 1 Spouses' Perceptions of Persons with Aphasia

Spouses' Perceptions of Persons with Aphasia

Claire Croteau ^{1, 2}

Guylaine Le Dorze ²

¹ Université Laurentienne, Sudbury, Ontario, Canada

² Equipe de recherche en orthophonie, Université de Montréal, Montréal,
Québec, Canada

Address for correspondence:

Claire Croteau
Professeur
Master's program in Speech-Language Pathology
Université laurentienne
Chemin du Lac Ramsey
Sudbury, Ontario, Canada
P3E 2C6

Fax.: 705-675-4896
phone: 705-675-1151 ext.3428
e-mail: ccroteau@nickel.laurentian.ca

Abstract

Spouses' perceptions of 21 persons with aphasia and of 25 controls were measured with the Adjective Check List (ACL, Gough & Heilbrun, 1983). Results demonstrated that spouses of persons with aphasia provided significantly lower scores on the likability and order scales and higher scores on the succorance scale. Also, wives of men with aphasia gave them significantly lower scores on the scales of achievement and endurance than wives of men without aphasia. Descriptive results suggest a different experience of being a spouse of a person with aphasia compared to being a spouse of a person without aphasia. Moreover, there also appears to be a difference in being a husband or a wife of a person with aphasia. The adjectives used more frequently to describe persons with aphasia were favorable ones. The changed abilities of persons with aphasia and their familial and social environments may underlie the findings. Gender, time post-onset, the type of measure used and the therapeutic situation need to be considered when studying psychosocial aspects of aphasia.

Spouses' Perceptions of Persons with Aphasia

How a spouse perceives the person with aphasia influences their relationship and the manner in which they both adjust to aphasia. Caregivers have been found to be more depressed when they had a negative perception of the person who had suffered a stroke (Thompson, Bundeck & Sobolew-Shubin; 1990). Also, persons who had suffered a stroke felt more depressed if they had a spouse who perceived them negatively (Thompson, Sobolew-Shubin, Graham & Janigian, 1989). Even if these studies suggested that spouses' perception can have a deleterious effect on both members of the couples, few studies to date have documented the perception of caregivers or spouses. Thus, the present study aimed to describe spouses' perceptions of persons with aphasia and to compare these perceptions to the ones of spouses of persons without aphasia.

How persons with aphasia are perceived has an influence on their feeling of competence. Different psychosocial models and concepts try to account for the influence of the perception of some individuals on others. The 'Social Breakdown Syndrome' (Zusman, 1968) has been used to explain how the perception of the social surrounding of an individual can lead a person to adopt a "sick role" and consequently lose some of his or her abilities. A feeling of incompetence may develop in this person which in turn will influence the perception of the surroundings. The susceptibility to the development of the syndrome is related to an identity problem, a lack of strong allegiance to a reference group, or poor ego strength (Zusman, 1968). It can be argued that persons with aphasia are susceptible to the development of that syndrome because they have been described as facing an identity problem (Brumfitt, 1993). The critical element to the development of the syndrome is the social labelling of incompetence by the social environment (Zusman, 1968). Spouses

of persons with aphasia are often crucial actors in the social environment of the aphasic person, thus their perception and their potentially negative labelling can induce a 'social breakdown'.

Also, how we perceive a person with aphasia can mediate the communication we adopt with him or her. In 'Communication Accommodation Theory' (Coupland, Coupland & Giles, 1991) strategies used during interactions are related to the perception that speakers have of their conversational partners. This model has been employed to explain how the stereotypical perception of elderly people can lead younger speakers to use inappropriate speaking styles, such as baby-talk, when interacting with elderly people (Hummert, 1994). The 'Communication Predicament of Aging' (Ryan, Giles, Bartolucci & Henwood, 1986) has been used to describe how the communication that a person adopts with the elderly can have negative consequences. It is '...characterized in terms of a vicious cycle in which changes of aging (e.g. physical appearance, voice quality, hearing difficulties, slowness of movement, loss of role) elicit interpretations from others of diminished competence; and these inferences then lead to constraining conditions in which the older person has less opportunity to communicate effectively' (Ryan, Giles, Bartolucci & Henwood, 1986; p 16). The predictable consequences of that might be loss of self-esteem and a diminution of social interaction (Ryan, Giles, Bartolucci & Henwood, 1986). A harmful effect of receiving baby talk on self-esteem among seniors who have negative perceptions of baby talk has been documented (O'Connor & Rigby, 1996). Until now, the focus of attention with elderly people has typically been on the impact of the negative perceptions held by individuals in other social groups. However, it is logical to think that the phenomenon can be present at a more interpersonal level like between two members of a couple. The impact of the

perception of a spouse can be great because of the strong influence spouses exert on one another.

With respect to aphasia, various attitudes of spouses have been studied and described as negative (Kinsella & Duffy, 1980, Malone, Ptacek & Malone; 1970). Zraick and Boone (1991) described spouses' attitudes, more precisely perception of personality of persons with aphasia employing Q-methodology (Stephenson, 1953), a classic attitudinal technique. Spouses employed 'demanding' and 'temperamental' most frequently to describe their partner with aphasia. In addition, 'immature', 'worrying', 'nervous' and 'confused' were among the top 10 characteristics of people with aphasia. The least prevalent characteristic was 'independent'. 'Sexy', 'mature' and 'intelligent' were among the bottom five characteristics. The results for the control group were different, such that 'mature' was the most prevalent characteristic and 'demanding' and 'immature' were the least prevalent. 'Nervous' and 'confused' were among the bottom 10 adjectives employed by spouses to describe a partner without aphasia. Overall, employing a factorial analysis, the authors concluded that spouses of persons with aphasia demonstrated a significantly greater number of negative attitudes toward their spouses than the matched controls on these factors. However, these conclusions deserve careful considerations. With respect to the measure employed, the adjectives chosen for the study were only a sub-set of the Adjective Check List (Gough & Heilbrun, 1983), possibly introducing a bias in the items chosen to describe persons with aphasia. On another level, since men and women differ in their coping styles (Lutsky & Knight, 1994), their responses should have been differentiated. Also on gender, men and women are usually considered to have different personalities (Gough & Heilbrun, 1983), thus the descriptions of men and women are expected to differ. It has also been documented that motor

impairment plays a role in social perception (Ville, Ravaud, Marchal, Paicheler & Fardeau, 1992). People with aphasia may be perceived differently on the basis of the presence of an associated hemiparesis or hemiplegia. Thus, on the basis of Zraick & Boone (1991) it is not clear how the personality of people with aphasia is perceived by their spouses. Gender and functional impairment associated to motor impairment should both be taken into consideration in attempting to understand how people with aphasia are perceived. Thus, the objectives of the present research were to:

- (1) compare spouses' perceptions of personality of persons with aphasia to the ones of spouses of persons without aphasia ;
- (2) determine if wives' perception of men with aphasia was different from that of wives of men without aphasia and if husbands' perception of women with aphasia was different from that of husbands of women without aphasia;
- (3) describe the spouses' perceptions of persons with aphasia.

Method

Participants

Participants were 21 spouses (13 wives and 8 husbands) of persons with aphasia and 25 control spouses (13 wives and 12 husbands). Mean duration of the relationship within couples with and without aphasia was respectively 37 and 39 years. Subject groups did not differ in terms of age (means from 63.2 to 66.4 years) and education (means from 9.9 to 13.8 years). The spouses and their partners were mostly retired and used French on a daily basis. None of the participants had a current major disease such as cancer or depression and their hearing was within normal limits for the best ear at the frequencies of 500, 1000, 2000 and 4000 Hz. Moreover, the control spouses, their partners and the spouses of persons with aphasia did not have a history

of neurological disease. Persons with aphasia were at least one year post-onset. The severity of aphasia did not differ between the two genders ($t = 1.02$, $p = 0.33$). Characteristics of the persons with aphasia are provided in Table 1.

Insert Table 1 about here

Measures

Perception of personality. The Adjective Check List (ACL, Gough & Heilbrun, 1983) was employed by participants to describe the personality of their partner. This well-known questionnaire has been previously employed to describe how mothers perceive their children (Scarr, 1969) and how teachers perceive their students (Kitchin, 1972). It consists of a list of 300 adjectives arranged alphabetically (Gough & Heilbrun, 1983). A respondent checks the adjectives which best describe himself or the person to be described. Fifteen subscales which address dispositions identified as important in Murray's need-press theory of personality (Murray, 1962) were compiled for the present study (see the definitions in Table 2). The internal consistency reliabilities (alpha coefficient) of these scales varied from .56 to .95. The test-retest coefficient varied from .52 to .86. Moreover, the social-desirability response bias is small. A 'likability index (L)' was also calculated. It was defined by Gough & Heilbrun (1983) as: $L = a / (a + b)$ (a = number of favorable items checked, b = number of unfavorable items checked). The raw score obtained for each participant on each scale was divided by the total number of adjectives checked by this participant in order to consider the influence of number of adjectives checked on the raw score of each scale (Gough & Heilbrun, 1983).

Insert Table 2 about here

Functional impairment. The Functional Status Index (FSI, Harris, Jette, Champion & Clerry, 1986) was employed to measure the level of functional ability of the persons with aphasia. This questionnaire is composed of

seventeen items (e.g.: walking indoors, putting on shoes) which measure how much assistance is needed to perform activities of daily living. The FSI is internally reliable (Cronbach's alpha= .93) and it has been demonstrated that the FSI is a valid method of assessing functional ability in an elderly population (Harris, Jette, Campion & Clerry, 1986). Three items pertaining to communication were excluded to obtain a score reflecting activities that do not necessitate communication to perform them (e.g., 'getting in and out of a tub'). A 5-point scale was employed: used no help (0), used equipment (1) (e.g.: a cane), used human assistance (2), used equipment and human assistance (3), unable to do the activity (4).

Procedure

The questionnaires were administered individually to each participant in his/her home.

Results

Quantitative

Before conducting the multiple univariate analyses of variance, correlations were calculated between the scores on the scales of the ACL and the scores on the FSI in order to determine whether the FSI scores should be considered as a covariable. For all the scales, the correlations were not significant (r values were between ± 0.03 and 0.26).

Multiple ANOVAs were performed with gender of spouse (husbands, wives) and partner type (with and without aphasia) as independent variables and scores on scales of the ACL, divided by the total number of adjectives checked, as dependent variables. As suggested by Huberty and Morris (1989), multiple ANOVAS were performed instead of a MANOVA because of the exploratory nature of the study. Significant differences between groups were found for five scales. Table 3 presents the mean scores obtained on the five scales and Table 4 presents the ANOVA results for these five scales.

Insert Tables 3 and 4 here

Likability index.

A significant effect of partner type was found, such that spouses of persons with aphasia had lower likability scores than spouses of persons without aphasia ($F= 4.53, p < .05$). In other words, spouses of persons with aphasia used less favorable and more unfavorable adjectives to describe their partner, compared to spouses of persons without aphasia.

Achievement Scale.

A significant main effect of partner type was uncovered on the achievement scale. Moreover, a significant interaction was found between partner type and gender ($F= 7.20, p < .01$). The simple effects of this interaction indicated that wives of persons with and without aphasia differed significantly ($F= 16.55, p < .001$). Wives judged their husbands with aphasia to be lower on the achievement scale than wives judging their spouse without aphasia. In other words, wives of men with aphasia perceived them as striving less to be outstanding in pursuits of socially recognized significance.

Endurance Scale.

A significant main effect of partner type was found on the endurance scale. A significant interaction between partner type and gender was also found ($F= 4.38, p < .05$). The simple effects of this interaction demonstrated that wives of persons with and without aphasia differed significantly ($F= 14.66, p < .001$). Wives judged their husbands with aphasia to be lower on the endurance scale than wives judging their spouse without aphasia. In other words, wives perceived their husbands with aphasia as less persistent than other wives and husbands judging their partner.

Order Scale

A significant main effect of partner type was found, such that wives and husbands of persons with aphasia gave lower scores on the order scale than spouses of persons without aphasia ($F= 11.09, p < .01$). In other words, spouses of persons without aphasia considered their partner to place more emphasis on neatness, organization and planning, compared to spouses judging their partner with aphasia.

Succorance Scale.

A significant effect of partner type was found, such that wives and husbands of persons with aphasia provided higher scores on the succorance scale than spouses of persons without aphasia ($F= 4.39, p < .05$). In other words, spouses of persons with aphasia considered them to solicit more sympathy and support from others, compared to spouses judging their partner without aphasia.

Descriptive

Most frequently employed and agreed upon adjectives.

The percentage of use of each adjective was calculated for each group. Table 5 presents the most frequently employed adjectives by two or more groups of participants. Adjectives employed by all the participants of a group or all the participants minus one were compiled. In the group of wives of men with aphasia, there was less agreement amongst the participants. Thus, adjectives employed by 10 or 11 of the 13 wives of men with aphasia were retained for the construction of Table 5.

Insert Table 5 here

Two general observations can be made from Table 5. First, no unfavorable adjectives were frequently employed to describe one of the groups. The four groups of participants employed more frequently the three

adjectives 'intelligent', 'courageous', and 'kind'. Second, spouses' perception of persons with aphasia appeared different than the one of spouses of persons without aphasia. Overall, these spouses agreed on a smaller number of adjectives to describe persons with aphasia as compared to spouses' perception of their partner without aphasia.

More specifically, comparisons between both groups of husbands showed that they frequently used 15 adjectives over and above the three basic ones that all agreed upon to qualify their wives with and without aphasia. These were: 'industrious', 'reliable', 'trusting', 'mannerly', 'conscientious', 'dependable', etc, as shown in Table 5. Twenty-six other adjectives (22 not presented) were frequently used only by husbands of women without aphasia. Thus, the two groups of husbands employed a large number of the same adjectives to describe their wives. Nevertheless, the high quantity of adjectives (26) not used frequently by the group of husbands of women with aphasia, suggests a non negligible difference between groups of husbands.

Comparisons between both groups of wives demonstrated no agreement in frequently employed adjectives to describe their spouses, except for the 3 basic ones employed by all. Nine adjectives were frequently used only by wives of men without aphasia. Thus the two groups of wives differed.

Comparisons between husbands and wives of people with aphasia demonstrated that six adjectives were frequently employed above and beyond the three basic ones: 'good-looking', 'friendly', 'honest', 'sensitive', 'soft-hearted', 'generous'. These two groups appeared different because of the small number of adjectives employed and agreed upon. Moreover, it is interesting to note that these two groups employed more of the same adjectives than the two groups of wives.

Comparisons between husbands and wives of people without aphasia demonstrated that eight adjectives were frequently employed above and beyond the three basic ones: 'industrious', 'reliable', 'trusting', 'mannerly', 'conscientious', 'dependable', 'responsible', 'discreet'. Thus, it appears that husbands and wives of persons without aphasia agreed upon a greater number of adjectives than spouses of person with aphasia.

In conclusion, the results presented in Table 5 suggest that spouses of persons with aphasia appeared different from spouses of persons without aphasia and the group of wives of person with aphasia is the most different group. There is less agreement within this group and less adjectives in common with the other groups of participants.

Adjectives that differentiated groups.

The percentage of use of each adjective was calculated for each group. Differences between the two groups of wives and between the two groups of husbands in percentage of use were obtained. Then, the adjectives presenting large (exceeding 40%) differences in use, between groups, were retained and are reported in Table 6 for wives and in Table 7 for husbands.

Insert Tables 6 and 7 about here

Groups of wives. There were 24 adjectives which presented large differences in frequency of use. For example, the adjectives 'alert' and 'persevering' were frequently employed by wives of men without aphasia (84.6%), but less frequently used by wives of men with aphasia (23.1%). Similarly, the adjectives 'realistic', 'stable', 'energetic', 'forceful' and 'peaceable' were more often employed by wives of men without aphasia than by wives of men with aphasia. The basic direction of the results is that the adjectives listed were less often used by wives to describe their spouse with

aphasia. This comparison did not uncover large differences in the frequency of use of unfavorable adjectives by wives.

Many of the adjectives that were differentially employed by these groups of wives were adjectives related to four scales (achievement, endurance, order, succorance) on which groups differed in a statistically significant manner. For example, the following adjectives 'active', 'alert', 'conscientious', 'energetic', 'forceful', 'independent', 'initiative', 'persevering', 'resourceful' are all included in the achievement scale and were less frequently employed by wives to describe men with aphasia.

Thus, wives of men with aphasia appear different from wives of men without aphasia, if we look at the number (24) of adjectives presenting large differences between the two groups. Also, the adjectives differentiating the two groups are not unfavorable adjectives but favorable adjectives which were used less frequently.

Groups of husbands. Seventeen adjectives presented large differences in frequency of use by both groups of husbands. They are presented in Table 7. For example, the adjective "painstaking" was frequently used by husbands of women without aphasia (100%), but less frequently used by husbands of women with aphasia (37.5%). Similarly, the adjectives 'efficient', 'peaceable', 'persevering' and 'poised' were more often employed by husbands of persons without aphasia to describe their wives. For only two unfavorable adjectives were there large differences in their frequency of use. 'Affected' was less often used by husbands of women without aphasia and 'argumentative' was less often used by husbands of women with aphasia.

Many of the adjectives that were differentially employed by these groups of husbands were adjectives related to four scales (achievement, endurance, order, succorance) on which groups differed in a statistically significant

manner. For example, the following adjectives 'painstaking', 'efficient', 'persevering', 'planful', 'thrifty', are all included in the order scale and were less frequently employed by husbands to describe women with aphasia.

Even if the number (17) of adjectives differentiating the two groups of husbands were less than for the two groups of wives (24), this number was not negligible and permits one to suppose that husbands of women with aphasia are different in their perception from husbands of women without aphasia. Also, like for wives, the adjectives differentiating the two groups are mostly favorable adjectives. These were used less frequently by husbands of aphasic women.

Discussion

The quantitative and descriptive results of this study indicate that spouses' perception of individuals with aphasia is different from spouses' perception of persons without aphasia. Globally, the perception of spouses of persons with aphasia is significantly different from that of spouses of persons without aphasia on the basis of three scales: order, succorance and on the likability index of the Adjective Checklist. Furthermore, there is a difference among wives of the men with or without aphasia on two scales: endurance and achievement. Moreover, the most frequently used adjectives by each group of participants and the differences in use of each adjective between the two groups of men and the two groups of women suggest a different reality of being a wife or a husband of a person with aphasia compared to a husband or wife of a person without aphasia and of being an husband or a wife of a person with aphasia. Also, the descriptive results indicate that favorable adjectives were mostly used to describe all participants even though they were used less frequently by spouses of persons with aphasia.

The differences between the groups will be discussed in line with two sets of factors or determinants which may underlie them. These include the

"abilities" of persons with aphasia and their familial and social environments. Also, in order to discuss the descriptive results, a comparison with Zraick and Boone (1991) will be conducted.

Abilities of persons with aphasia

The changed abilities of people with aphasia can be related to the changed perception that their spouses have of them. The abilities which seem to influence the results are related to communication, concentration, control of emotions and functional impairment.

Men with aphasia are perceived to have less 'achievement' than men without aphasia. According to the authors of the questionnaire, 'achievement' is defined as 'to strive to be outstanding in pursuits of socially recognized significance' (Gough & Heilbrun, 1983, p. 8). Since communication is an important means by which we accomplish achievement, aphasia may reduce the opportunities by which achievement can be manifested. Communication problems and their consequences can also explain the low results on the order scale given by the spouses of persons with aphasia. A person who receives a high score on that scale has been described by the authors of the questionnaire as firm in controlling his/her impulses. Aphasia, on the other hand has been associated with different emotions and reactions, such as frustration and irritation (Le Dorze & Brassard, 1995). Thus, a low score on the order scale is compatible with a person expressing more frustration and irritation associated with her/his communication difficulties.

Men with aphasia are perceived to have less 'endurance' than men without aphasia. According to the authors of the questionnaire, 'endurance' is defined as 'to persist in a task' (Gough & Heilbrun, 1983, p. 9). In order to be successful, concentration abilities are important. Persons with aphasia have reported to have concentration difficulties and fatigue (Le Dorze & Brassard,

1995). Thus, a parallel can be made between these difficulties and the results that show that men with aphasia are perceived as having less endurance.

Another ability which can influence the way persons with aphasia are perceived is the control of emotions. In previous research (Währborg & Borenstein, 1989), individual with aphasia have been described as 'emotionally labile' and 'impatient'. They reported having difficulty in controlling their emotions (Le Dorze & Brassard, 1995). Adjectives such as 'self-controlled' and 'inhibited' are part of the order scale. Thus a parallel can also be drawn between the difficulties reported in the literature and the spouses' perception of 'order'.

The functional impairment of the persons with aphasia can possibly influence the results obtained. However, since the correlations were not significant between the scores on the scales of the ACL and the scores on the FSI, functional impairment does not seem to have a strong impact on the results. Nevertheless, it is still possible that the functional impairment of the participants with aphasia influences the perception of spouses and this influence can not be totally excluded. It has been documented that functional impairment influences social perception (Ville, Ravaud, Marchal, Paicheler & Fardeau, 1992).

Familial and social environments

Persons with aphasia face many difficulties following the onset of aphasia (e.g. Parr, 1994). This situation can modify the relationship between the couple, such that the spouse will try to help or compensate for the difficulties the person with aphasia is experiencing. By doing so, he or she can influence the person with aphasia to adopt a 'sick role' (Parsons & Fox, 1952). This phenomenon has also been observed in the caregiving relationship of older mothers and their caregiving daughters (Scott, 1993). In order to fulfill this

'sick role', the person with aphasia may unconsciously become more 'complaining', 'demanding', 'dependant' and 'immature'. These adjectives are part of the succorance scale; thus, a parallel can be drawn between the results on that scale and the 'sick role' persons with aphasia may potentially adopt.

The results on the achievement and endurance scales and the descriptive results demonstrate that men with aphasia are perceived differently compared to men without aphasia. On the other hand, women with aphasia were not perceived as different compared to women without aphasia. This can be explained by a partial congruity between the two roles of being a women in our society and being disabled, in that both are unfortunately often associated with weakness, passivity and dependency (Fine & Asch, 1985)

Wives' perception of men with aphasia was different from wives' perception of men without aphasia on the achievement scale. Many men with aphasia had stopped working following the onset of aphasia, thus allowing for the perception of them as less achievement oriented compared to men without aphasia (many of whom had recently retired). Most women had not previously been employed, therefore the aphasia did not force them to give up their work. Thus, no difference in achievement orientation was detected.

Also, wives' perception of men with aphasia was different from wives' perception of men without aphasia on the endurance scale. This scale included adjectives such as 'ambitious' and 'efficient' which are related to work. It is possible that men with aphasia were perceived as having less endurance because of the importance of these characteristics for the men of this generation.

These results underline how important work is for men, how it is crucial for their role of provider and the extent to which work is tied up with status as a man in our society (Morris, 1993).

Descriptive results

In contrast to previous research by Zraick and Boone (1991), the most similar to the present study, which uncovered that unfavorable adjectives were employed to describe persons with aphasia, the present research shows that the more frequently used adjectives by spouses of people with aphasia were favorable ones. Also, the adjectives that differed between control spouses and spouses of persons with aphasia were favorable ones, such that favorable adjectives were used less frequently by spouses of persons with aphasia. Moreover, most of the adjectives used to describe persons with aphasia reported in Zraick and Boone (1991) are different from the ones in the present study.

At least four reasons could underlie the different findings. First, in Zraick and Boone (1991), the 70 adjectives were chosen by the researchers and their perceptions of persons with aphasia may have influenced their choices. Because the ACL offers a free choice between 300 adjectives, this questionnaire permits one to obtain a more valid appreciation of personality and probably also permits one to select adjectives which differ in a subtle manner. It should be noted that it is possible that the phenomenon of social desirability have influenced the fact that the spouses of persons with aphasia have chosen mostly favorable adjectives to describe their partner.

Second, gender of the spouse was considered in the present study. Descriptive results suggest that husbands' and wives' perceptions differ and it may explain some of the differences with Zraick and Boone. Thus, gender is an important characteristic to consider when studying psychosocial issues related to aphasia.

Third, because adaptation is a process which evolves over time (Forsberg-Wärleby & Möller, 1996), the fact that the participants of the two

studies were not at the same time post-onset may have influenced the different results. The participants of the present study were suffering from aphasia for a longer time (average: 57 months) and for at least one year. Zraick and Boone's (1991) participants were suffering from aphasia for a shorter time (average: non fluent: 52 months, fluent: 47 months) and some of them maybe for less than a year.

Fourth, Zraick and Boone's (1991) participants were receiving speech-language therapy when participating in the study while none of our participants were receiving any service. A person who is receiving therapy may be in a more instable situation and that may explain the different perception of the spouses in Zraick and Boone's (1991) study. Thus, we suggest that the therapeutic situation the participants are in may influence spouses' perceptions and that is another aspect to consider when investigating psychosocial issues related to aphasia.

Conclusion

The quantitative and descriptive results reveal that spouses' perceptions of persons with aphasia is different from spouses' perceptions of persons without aphasia. Moreover, there also appears to be a difference in being a husband or a wife of a person with aphasia suggesting that the experience of being a husband or a wife of a person with aphasia can be different.

These results are potentially influenced by a number of factors. Some of them are intrinsic to the individual with aphasia and others are part of his or her perception of his or her familial and social environment. The characteristics of the spouse and his or her needs also probably influence his or her perception of the partner. However, we did not gather information about spouses' needs and characteristics in this study, therefore we cannot determine the extent of this influence. Moreover, the perception that the spouses had before aphasia

certainly has an influence on their current perception but it could not have been considered.

Moreover, these results uncover aspects to consider when studying psychosocial aspects of aphasia, these are: the gender of the participants, the influence of the researcher in the chosen method of study, time post-onset and whether the participants are in a therapeutic situation.

Family members as well as the person with aphasia may need help to adjust to this new perception. To help couples, it is important to discuss with spouses the factors that influence their perception. Sometimes some characteristics can be wrongly attributed to the person with aphasia. For example, people with aphasia may still have the need to be socially recognized but lack the means to express that. Men with aphasia may benefit from finding other forms of social value, through volunteer work or other activities. Myers and Lamarche (1992) mentioned that when we try to explain the behaviors of others, we tend to underestimate the influence of the situation or the environment and overevaluate the character traits or attitudes of the person.

Further research may employ qualitative interviews to validate the present findings and to try to determine the causes of the changes in perception. Also, it would be interesting to study persons with aphasia's perception of themselves because some studies reported that these have changed (e.g. Le Dorze & Brassard, 1995). The questionnaire employed in the present study would not be appropriate to use with person with aphasia because of the complex semantic abilities it requires. Along similar lines, it would be worthwhile to study aphasic people's social perception or social representation (Moscovici, 1984) in order to uncover which forms of intervention could improve the social integration of people with aphasia.

Acknowledgements

This research is a part of the first author's Ph.D. and was supported by scholarships from the Fonds de la Recherche en Santé du Québec, the Faculté de médecine de l'Université de Montréal and the Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal. The Conseil Québécois de la Recherche Sociale also supported this work through a grant to the second author.

The participants are gratefully acknowledged. Many thanks to the speech-language pathologists and the Associations of persons with aphasia who referred many participants. We also thank Christiane Malaborza and Dominique Laporte for their assistance.

References

- Brumfitt, S. (1993). Losing your sense of self: What aphasia can do. *Aphasiology*, 7, 569-591.
- Coupland, N., Coupland, J., & Giles, H. (1991). Discourse, accommodation and intergenerational relations. In N. Coupland, J. Coupland, & H. Giles. (Eds.), *Language, society & the elderly: Discourse, identity and ageing* (pp. 25-53). Cambridge, MA: Blackwell.
- Fine, M., & Asch, A. (1985). *Women with disabilities: Essays in psychology, culture and politics*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Forsberg-Wärleby, G., & Möller, A. (1996). Models of adaptation - An adaptation process after stroke analyzed from different theoretical perspectives of adaptation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3, 114-122.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The Assessment of aphasia and Related Disorders* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lea & Febiger.
- Gough, H.G., & Heilbrun, A.B. (1983). *The Adjective Check List manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Harris, B.A., Jette, A.M., Campion E.W., & Clerry P.D. (1986). Validity of self-report measures of functional disability. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1, 31-41.
- Huberty, C.J., & Morris, J.D. (1989). Multivariate analysis versus multiple univariate analyses. *Psychological Bulletin*, 105, 302-308.
- Hummert, M.L. (1994). Stereotypes of the elderly and patronizing speech. In M.L. Hummert, J.M. Wiemann, & J.F. Nussbaum (Eds.), *Interpersonal communication in older adulthood: Interdisciplinary theory and research* (pp. 162-184). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Kinsella, G.J., & Duffy, F.D. (1980). Attitudes towards disability expressed by stroke patients. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 12, 73-76.

Kitchin, W. (1972). Teachers view students: An attitude assessment through personality profiles. *Adults Education*, 2, 136-149.

Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasic on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic disease. *Aphasiology*, 9, 239-255.

Lutsky, S.M., & Knight, B.G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging*, 9, 513-519.

Malone, R.L., Ptacek, P.H., & Malone, M.S. (1970). Attitudes expressed by families of aphasics. *British Journal of Disorders of Communication*, 59, 174-179.

Morris, J. (1993). Gender and disability. In J. Swain, V. Finkelstein, S. French, & M. Oliver (Eds.), *Disabling barriers- enabling environments* (pp. 8-92). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R.M. Farr, & S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 3-69). New York: Cambridge University Press.

Murray, H.A. (1962). Proposals for a theory of personality. In H.A. Murray, W.G. Barret, & W. G. Langer (et al.) (Eds.), *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age* (pp. 36-242). New York: Oxford University Press.

Myers, D. G., & Lamarche, L. (1992). Expliquer le comportement. In D. G., Myers, & L. Lamarche (Eds.), *Psychologie Sociale* (pp. 77-111). Saint-Laurent, Qc: Mc Graw Hill.

- Nespoulous, J.L., Lecours, A.R., Lafond, D., Lemay, A., Puel, M., Joannette, Y., Cot, F., & Rascol, A. (1986). *Protocole Montréal-Toulouse: Examen de l'Aphasie (M1 Beta)*. Montréal, QC: Université de Montréal.
- O'Connor, B.P., & Rigby, H. (1996). Perception of baby talk, frequency of receiving baby talk, and self-esteem among community and nursing home residents. *Psychology and Aging, 11*, 147-154.
- Parr, S. (1994). Coping with aphasia: Conversations with 20 aphasic people. *Aphasiology, 8*, 457-466.
- Parsons, T., & Fox, R. (1952). Illness, therapy and the modern urban american family. *Journal of Social Issues, 8*, 31-44.
- Ryan, E.B., Giles, H., Bartolucci G., & Henwood, K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language & Communication, 6*, 1-24.
- Scarr, S. (1969). Social introversion-extraversion as a heritable response. *Child Development, 40*, 823-832.
- Scott, C.B. (1993). Circular victimization in the caregiving relationship. *Western Journal of Nursing Research, 15*, 230-245.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior*. Chicago: University of Chicago Press.
- Thompson, S.C., Bundek, N.I., & Sobolew-Shubin, A. (1990). The caregivers of stroke patients: An investigation of factors associated with depression. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 115-129.
- Thompson, S.C., Sobolew-Shubin A., Graham M.A., & Janigian, A.S. (1989). Psychosocial adjustment following a stroke. *Social Science Medecine, 28*, 239-247.
- Ville, I., Ravaud, J-F., Marchal, F., Paicheler, H., & Fardeau, M. (1992). Social identity and the international classification of handicaps: An evaluation

of the consequences of facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Disability and Rehabilitation*, 14, 168-175.

Währborg, P., & Borenstein, P. (1989). Family therapy in families with an aphasic member. *Aphasiology*, 3, 93-98.

Zraick, R.I., & Boone, D.R. (1991). Spouse attitudes toward the person with aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 123-128.

Zusman, J. (1968). Some explanations of the changing appearance of psychotic patients: Antecedents of the social breakdown syndrome concept. In E.M. Gruenberg (Ed.), *Evaluating the effectiveness of community mental health services* (pp. 363-394). New York: Milbank Memorial Fund.

Table 1

Characteristics of the Participants with Aphasia

Participants	Years post-onset	Type of Aphasia ^a	Severity of aphasia ^b
Women			
1	2.2	mixed	1
2	2.0	Broca	4
3	2.4	Wernicke	4
4	4.5	subcortical	2
5	3.6	anomia	4
6	1.8	Broca	1
7	2.3	anomia	4
8	4.7	mixed	2

Table 1 (continued)

Characteristics of the Participants with Aphasia

Participants	Years post-onset	Type of Aphasia ^a	Severity of aphasia ^b
Men			
1	3.7	Wernicke	3
2	7.9	Broca	3
3	7.5	Broca	4
4	3.6	Wernicke	3
5	7.8	Broca	1
6	1.0	Wernicke	3
7	12.3	anomia	4
8	12.7	mixed	3
9	8.0	mixed	4
10	2.2	Wernicke	4
11	6.6	anomia	4
12	2.3	mixed	3
13	1.3	anomia	4

Note. ^a On the basis of the responses on the Montreal-Toulouse: Examen de l'aphasie (M1 Beta : Nespoulous, Lecours, Lafond, Lemay, Puel, Joannette, Cot & Rascol, 1986).

^b The severity was established with the subjective scale of the Boston Diagnostic Aphasia Evaluation (Goodglass & Kaplan, 1983).

Table 2.

Scales of the ACL, their Definitions and Examples of Items

Scale	Definition
Achievement	To strive to be outstanding in pursuits of socially recognized significance. i .i. (25): e.g. active, energetic, persevering c. i. (13): e.g. apathetic, easy going, unambitious
Dominance	To seek and maintain a role as leader in groups, or to be influential and controlling in individual relationships. i.i. (19); c.i. (21).
Endurance	To persist in any task undertaken. i. i. (24): e.g. efficient, conscientious, determined, c. i. (22): e.g. careless, changeable, lazy
Order	To place special emphasis on neatness, organization, and planning in one's activities. i. i. (24): e.g. inhibited, planful, self-controlled c. i. (16): e.g. disorderly, forgetful, spontaneous
Intracception	To engage in attempts to understand one's own behavior or the behavior of others. i.i. (23); c.i. (9).
Nurturance	To engage in behaviors that provide material or emotional benefits to others. i.i. (24); c.i. (22).
Affiliation	To seek and maintain numerous personal friendships. i.i. (34); c.i. (0).
Heterosexuality	To seek the company of and derive emotional satisfaction from interactions with opposite-sex peers. i.i. (20); c.i. (12).

Table 2 (continued)

Scales of the ACL, their Definitions and Examples of Items

Scale	Definition
Exhibition	To behave in such a way as to elicit the immediate attention of others. i.i. (26); c.i. (20).
Autonomy	To act independently of others or of social values and expectations. i.i. (29); c.i. (15).
Aggression	To engage in behaviors that attack or hurt others. i.i. (21); c.i. (23).
Change	To seek novelty of experience and avoid routine. i.i. (20); c.i. (16).
Succorance	To solicit sympathy, affection, or emotional support from others. i.i. (21): e.g. complaining, dependant, immature c.i. (11): e.g. independant, mature, self-confident
Abasement	To express feelings of inferiority through self-criticism, guilt, or social impotence. i.i. (25); c.i. (17).
Deference	To seek and maintain subordinate roles in relationships with others i.i. (19); c.i. (25).
Favorable items	(75): e.g. : active, intelligent, sociable, warm
Unfavorable items	(75): e.g.: affected, immature, self-centered, weak

Note. i.i.: indicative items; c.i.: contraindicative items. Numbers in parentheses represents the total of items. Examples of items were presented only for the scales in which the results were significant.

Table 3.

Mean Scores on the 5 Scales of the ACI

Scales	Groups	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>n</u>
Likability index	Wives of men with aphasia	0.75	0.18	13
	Wives of men without aphasia	0.89	0.07	13
	Husbands of women with aphasia	0.86	0.12	8
	Husbands of women.without aphasia	0.87	0.07	12
Achievement	Wives of men with aphasia	0.06	0.07	13
	Wives of men without aphasia	0.14	0.04	13
	Husbands of women with aphasia	0.12	0.03	8
	Husbands of women.without aphasia	0.12	0.02	12

Table 3.(continued)

Mean Scores on 5 Scales of the ACI

<u>Scales</u>	<u>Groups</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>n</u>
Endurance	Wives of men with aphasia	0.06	0.07	13
	Wives of men without aphasia	0.13	0.03	13
	Husbands of women with aphasia	0.11	0.04	8
	Husbands of women without aphasia.	0.12	0.03	12
Order	Wives of men with aphasia	0.05	0.06	13
	Wives of men without aphasia	0.11	0.03	13
	Husbands of women with aphasia	0.08	0.05	8
	Husbands of women without aphasia	0.11	0.03	12

Table 3. (continued)

Mean Scores on the 5 Scales of the ACI

<u>Scales</u>	<u>Groups</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>n</u>
Succorance				
	Wives of men with aphasia	0.05	0.04	13
	Wives of men without aphasia	0.01	0.02	13
	Husbands of women with aphasia	0.02	0.02	8
	Husbands of women without aphasia.	0.02	0.03	12

Table 4

Multiple Univariate Analysis of Variance for ACL

Scales	Sources	df	F
Likability index	Partner type (T)	1	4.53*
	Gender(G)	1	1.43
	T X G	1	3.05
	<u>S</u> within-group error	42	(0.01)
Achievement	Partner type (T)	1	6.87**
	Gender(G)	1	2.81
	T X G	1	7.20**
	<u>S</u> within-group error	42	(0)
Simple effects	T X G 1(husbands)	1	0
	T X G 2 (wives)	1	16.55***
Endurance	Partner type (T)	1	8.39**
	Gender(G)	1	2.57
	T X G	1	4.38*
	<u>S</u> within-group error	42	(0)

Table 4 (continued)

Multiple Univariate Analysis of Variance for ACL

Scales	Sources	df	F
Simple effects	T X G 1(husbands)	1	0.28
	T X G 2 (wives)	1	14.66***
	S within-group error	42	(0)
Order	Partner type (T)	1	11.09**
	Gender (G)	1	1.74
	T X G	1	1.88
	<u>S</u> within-group error	42	(0)
Succorance	Partner type (T)	1	4.39*
	Gender(G)	1	0.25
	T X G	1	3.97
	<u>S</u> within-group error	42	(0)

Note. Values enclosed in parentheses represent mean square errors. S = subjects.

* p < .05., **p < .01, *** p < .001

Table 5

Most Frequently Employed and Agreed upon Adjectives

Husbands of women without aphasia(n=12)	Husbands of women with aphasia(n=8)	Wives of men without aphasia (n=13)	Wives of men with aphasia (n=13)
Intelligent	intelligent	intelligent	intelligent
Courageous	courageous	courageous	courageous
Kind	kind	kind	kind
Industrious	industrious	industrious	
Reliable	reliable	reliable	
Trusting	trusting	trusting	
Mannerly	mannerly	mannerly	
Conscientious	conscientious	conscientious	
Dependable	dependable	dependable	
Good-looking	good-looking		good-looking
Friendly	friendly		friendly
Honest	honest		honest
Active	active		
clear-thinking	clear-thinking		
Charming	charming		
Feminine	feminine		
Reasonable	reasonable		
Wary	wary		
Responsible		responsible	
Discreet		discreet	

Table 5 (continued)

<u>Most Frequently Employed and Agreed upon Adjectives</u>			
Husbands of women without aphasia(n=12)	Husbands of women with aphasia(n=8)	Wives of men without aphasia (n=13)	Wives of men with aphasia (n=13)
Cautious			Cautious
Frank			frank
	serious	Serious	
	sensitive		sensitive
	soft-hearted		soft-hearted
	generous		generous

Table 6

Adjectives Presenting Large Differences of Percentage of Use between the Groups of Wives

Adjectives	Wives of men with aphasia (n=13)	Wives of men without aphasia (n=13)	Difference
Alert	23.1	84.6	61.5
Persevering	23.1	84.6	61.5
Realistic	23.1	76.9	53.8
Stable	23.1	76.9	53.8
Energetic	15.4	69.2	53.8
Forceful	0	53.8	53.8
Peacable	15.4	69.2	53.8
Conscientious	46.2	92.3	46.2
Conservative	30.8	76.9	46.2
Dependable	46.2	92.3	46.2
Independant	30.8	76.9	46.2
Initiative	15.4	61.5	46.2
Mild	30.8	76.9	46.2
Precise	15.4	61.5	46.2
Serious	46.2	92.3	46.2
Wise	15.4	61.5	46.2
Active	38.5	84.6	46.2
Quick	7.7	53.8	46.2
Reserved	38.4	84.6	46.2
Resourceful	23.1	69.2	46.2

Table 6 (continued)

Adjectives Presenting Large Differences of Percentage of Use between the
Groups of Wives

Adjectives	Wives of men with aphasia (n=13)	Wives of men without aphasia (n=13)	Difference
Spontaneous	7.7	53.8	46.2
Strong	7.7	53.8	46.2
Thrifty	23.1	69.2	46.2
Tolerant	7.7	53.8	46.2

Table 7

Adjectives presenting Large Differences of Percentage of Use between the
Groups of Husbands

Adjectives	Husbands of women	Husbands of women	Difference
	with aphasia (n=8)	without aphasia (n=12)	
Painstaking	37.5	100	62.5
Efficient	37.5	91.7	54.2
Peaceable	37.5	91.7	54.2
Persevering	37.5	91.7	54.2
Poised	50.0	100	50.0
Contented	12.5	58.3	45.8
Reflective	37.5	83.3	45.8
Self-punishing	12.5	58.3	45.8
Affected	50.0	8.3	-41.7
Relaxed	0	41.7	41.7
Argumentative	25.0	66.7	41.7
Discreet	50.0	91.7	41.7
Mature	50.0	91.7	41.7
Natural	50.0	91.7	41.7
Outspoken	25.0	66.7	41.7
Planful	50.0	91.7	41.7
Thrifty	50.0	91.7	41.7

Chapitre 3

Article 2 Overprotection in Couples with Aphasia

Overprotection in Couples with Aphasia
Disability and Rehabilitation (1999), 21, 432-437

Claire Croteau
Guylaine Le Dorze

Equipe de recherche en orthophonie
Université de Montréal
Québec, Canada

Address for correspondence:

Claire Croteau. M.O.A.
Equipe de recherche en orthophonie
Université de Montréal
C.P. 6128
Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec)
Canada
H3C 3J7

Téléphone(514) 343-2279
FAX (514) 343-2115

ccroteau@nickel.laurentian.ca

Abstract

The study aimed to measure the perception of overprotection in 21 couples living with aphasia, relative to controls. The Questionnaire on Resources and Stress assessed the spouses' perception and the Overprotection Scale for Adults measured the perception of persons with aphasia. Husbands of women with aphasia did not differ from husbands of women without aphasia. Wives of men with aphasia reported more overprotection than wives of men without aphasia, even when functional impairment was controlled. The men with aphasia did not report feeling overprotected. No significant relationship was uncovered between the report of overprotection and feeling overprotected in couples with aphasia.

Key words: aphasia, overprotection, couples.

Overprotection in Couples with Aphasia

Recovery from aphasia may be influenced by the degree of social support the person with aphasia receives¹. However, instrumental or emotional assistance given by others is not always supportive, or even in the best interest of the recipient. Assistance can take the form of overprotection which can have a deleterious effect on the patient². The concept of overprotection generally refers to "an underestimation of the recipient's capabilities that is manifested in unnecessary help, excessive praise for accomplishments, or attempts to restrict activities" (p. 364)³. Although spouses of stroke patients have been described as being "overprotective"^{4, 5}, it is not clear whether overprotection is present in all couples and which factors determine its' presence. This study was undertaken in a effort to examine overprotection in couples with aphasia.

Overprotection appears to have a negative effect on motivation towards rehabilitation, in that persons who had suffered a stroke and who were more motivated were less overprotected⁶. Also, persons who had suffered a stroke and who felt overprotected were often depressed, independently of the severity of the stroke³. Thus, overprotection can have an impact on outcome from stroke.

When a person becomes aphasic as a result of stroke, it is not clear if and how overprotection manifests itself. Spouses of people who had suffered a stroke with and without aphasia, have been described as overprotective, but no differences were attributable to the presence of aphasia⁵. Although Malone, Ptacek and Malone⁴ also reported overprotective attitudes in spouses of people with aphasia, it is not possible to determine if these attitudes were specific to aphasia or if they were present in other couples. Moreover, both these studies present limitations. First, the results for men and women were not

analyzed separately. Each gender is known to differ in their coping styles and in their ability to report emotional states ⁷. Thus, studies of overprotection need to consider the gender of the spouse to more adequately determine its' presence. A second limitation is that these studies concerned both persons who had recently suffered a stroke (3 or 6 months) as well as people who had a long-standing CVA (3 years). Overprotection may differ as a function of time post-onset, particularly in recently affected people. During the initial post-stroke recovery period, people may require a high level of assistance, which may foster overprotection. On the other hand, participation in rehabilitation may also influence overprotective attitudes, such that support from the rehabilitation team can reinforce independence and prevent the development of overprotection. Thus, the initial period following the onset of aphasia may not be the best time to study overprotection.

There are other factors that should be considered in a study of overprotection. The degree of functional impairment of the person with aphasia is one such factor because it may have an influence on the degree of assistance required and this, in turn, may contribute to the development of overprotective attitudes. The measurement of overprotection also needs careful consideration. The perception of the spouse, as well the perception of the person with aphasia need to be measured because these may potentially differ as has been demonstrated in studies of handicaps ⁸ and of emotional burden ⁹. Persons with aphasia generally underrate the emotional burden of their relatives ⁹. It is possible that the perception of being overprotected is the variable most closely related to psychological well-being of the affected person, more so than the perception of overprotection expressed by a spouse ¹⁰.

The present study was designed to evaluate the perception of overprotection in couples with aphasia by considering the spouses and the persons with aphasia's perceptions relative to a control group.

Method

Participants

There were a total of 66 participants: twenty-one couples with a person with aphasia included 13 men with aphasia and their 13 female spouses, 7 women with aphasia (one woman was excluded because of her severe comprehension difficulties) and their 8 male spouses. Thirteen control couples were also included: 13 women and 12 men (one man was excluded because his education level was exceptionally high and different from other participants). These participants served as controls for spouses of persons with aphasia and also as controls for individual with aphasia. None of the participants had a current major disease, such as cancer or depression. Their hearing was within normal limits for the best ear at the frequencies of 500, 1000, 2000 and 4000 Hz. Moreover, the control persons and the spouses of persons with aphasia did not have a history of neurological disease.

All participants used French on a daily basis and most of them were retired. The mean duration of the relationship for all couples with and without aphasia was respectively 37 and 39 years. Mean age and education levels of the participants are presented in Table 1 for spouses of aphasic and nonaphasic persons, and in Table 2 for aphasic and control participants. Subject groups did not differ in terms of age and education.

The characteristics of persons with aphasia are presented in Table 3. All had been aphasic for at least one year and none were in rehabilitation at the time of the study. Two experienced speech-pathologists determined aphasia

type and severity. The severity of aphasia did not differ between the two genders ($t = 1.02$, $p = 0.33$).

Measures

Spouses' perception of overprotecting. Perception of overprotection was measured by the overprotection-dependency scale of the Questionnaire on Resources and Stress for Families with Chronically Ill or Handicapped Members (QRS) ¹¹. The reported internal consistency of this scale is $r = .67$ ¹¹. Validity studies have demonstrated that the QRS is useful in discriminating between different populations ¹². This scale is designed to assess whether the patient is too dependant on assistance, and overprotected by caregivers. Eleven items of this scale were employed such as 'It is easy to do too much for _____'; 'I tend to do things for _____ that he/she can do himself/herself'. A 4-point scale was used with '1' representing 'strongly disagree' or 'almost never', and '4' 'strongly agree' or 'almost always'. A person who does not overprotect at all would have a score of 11 and a person who overprotects maximally, a score of 44.

Partners' perception of being overprotected. The short form of the Overprotection Scale for Adults (OPSA) ¹⁰ was used to measure the perception of being overprotected. Overprotection is defined by the authors as a perception on the part of the ill adult that he/she is overhelped, induced to be dependant, shielded from stress, and in general not treated as an adult. The OPSA is internally reliable (Cronbach's $\alpha = .86$). It is strongly correlated with another measure of feeling of overprotection and it is distinct from a closely related concept of social support ¹⁰. A mean score of 16.7 (SD = 4.4) was obtained for old adults with chronic health problems describing their caregiver that were not necessarily living with them ¹⁰. The scale includes 8 items (e.g., 'My spouse overprotects me'; 'Sometimes my spouse treats me like

a small child'). The same 4-point response scale as in the QRS was employed. The overall scores can range from a rating of 8 (no perception of being overprotected) to a rating of 32 (maximum perception of being overprotected).

Functional impairment. The Functional Status Index (FSI) ¹³ was employed to measure the level of functional ability of the persons with aphasia. It is composed of seventeen items (e.g. walking indoors, putting on shoes) which measure how much assistance is needed to perform activities of daily living. The FSI is internally reliable (Cronbach's alpha= .93) ¹³. It has been demonstrated that the FSI is a valid method of assessing functional ability in an elderly population ¹³. Three items pertaining to communication were excluded to obtain a score reflecting activities that do not necessitate communication to perform them (e.g. getting in and out of a tub). A 5-point scale was employed: used no help (0); used equipment (1) (e.g. a cane); used human assistance (2), used equipment and human assistance (3); unable to do the activity (4).

Procedure

Each participant was interviewed separately in his/her home. Spouses of persons with aphasia completed the QRS and the FSI. Persons with aphasia completed the OPSA. Precautions were taken to ensure that persons with aphasia understood the questions and response choices (i.e. items were read out loud for them as well as presented visually). Each member of the control couples filled out both the QRS and the OPSA independently.

Results

Before conducting the analyses, correlations were calculated between the scores on the QRS and on the FSI, after that between OPSA and FSI scores. For the QRS and the FSI, the relationship was significant ($r = .52$; p

<.05), but not for the OPSA and the FSI ($r = .25$; $p > .05$). Thus, the FSI scores served as a covariable for the QRS analyses only.

Spouses' Perception of Overprotecting: Scores on the QRS

An ANCOVA was performed with gender of spouse (husbands, wives) and partner type (with and without aphasia) as independent variables, scores on the FSI as a covariable and QRS score as the dependent variable. Table 4 presents the means and standard deviations for the results on the QRS. Table 5 presents ANCOVA results.

A significant main effect was found for the FSI. In addition there was a significant interaction between gender and partner type. Simple effects revealed that wives of men with aphasia reported that they overprotected significantly more than the wives of men without aphasia. However, differences were not significant between husbands of women with aphasia and husbands of women without aphasia.

Partners' Perception of Being Overprotected : Scores on the OPSA

An ANOVA was performed with gender (men, women) and type of participant (with and without aphasia) as independent variables and OPSA scores as the dependent variable. Table 6 presents the means and standard deviations. Table 7 presents the results of the ANOVA. No significant differences were found between persons with aphasia and persons without aphasia or between men and women.

Correlation between OPSA and QRS Scores

In order to determine the relationship between overprotecting and the perception of being overprotected, a correlation was calculated between the scores on the OPSA and on the QRS for the participants with aphasia and their spouses. The correlation was not statistically significant ($r = .33$; $p > .05$).

Discussion

The main results of this study indicate that wives of men with aphasia reported that they overprotect more than wives of men without aphasia. However, husbands of women with aphasia do not differ from husbands of women without aphasia. In addition, persons with aphasia do not feel overprotected as compared to persons without aphasia.

The fact that women reported to overprotect their husbands with aphasia does not necessarily mean that this kind of relationship is negative, as has been suggested in certain studies ^{4,5}. A certain degree of protectiveness may be an adequate mean of responding to persons who are vulnerable and a positive manner of caring, as has been observed in couples coping with myocardial infarcts ². It is not known when protective attitudes become excessive and have a negative impact on the recipient. From the point of view of the women who reported to overprotect their husband with aphasia, this tendency may reflect their involvement in the caring aspects of their relationship. However, an excessive involvement may lead these women to experience more burden. In fact, relatives of persons with aphasia perceived and suffered from psychosocial burden ⁹.

Men with aphasia did not feel that they were overprotected, although their spouses indicated that they overprotect their husbands with aphasia. Many reasons may underlie this observation. It is possible that men with aphasia are less conscious that they are being overprotected. They may report less the overprotection because it is less socially acceptable, or because men differ from women in their report of emotional states ⁷. Moreover, they may find the help they receive adequate and not consider it overprotective. It should be noted that even if a significant difference was not found, that does not exclude the possibility that some persons with aphasia may have felt overprotected. In

line with this observation, are the relatively larger standard deviations associated with the means on the OPSA for both men and women with aphasia compared to men and women without aphasia.

The absence of a significant relationship between overprotection on the part of spouses and the feeling of being overprotected on the part of persons with aphasia may indicate that spouses of men with aphasia may differ from spouses of women with aphasia when asked to report overprotection. This finding may also reflect that the points of view of persons with aphasia and their spouses are different and do not necessarily concur as have been suggested in others studies ^{8,9}. The results of a study by Thompson, Sobolew-Shubin, Graham and Janigan ⁶ indicated, in contrast to the present study, concordance in the perception of overprotection between patients who had a stroke and their primary caregiver. Finally, some caution should be exerted in interpreting the moderate, but not significant correlation, in that such a relationship might be uncovered with a larger sample of subjects.

These findings suggest that future research should try to unravel the complex relationship between persons with aphasia and their spouse to determine under which circumstances and at which degree overprotection becomes excessive and has a negative impact. Overprotection may have a negative impact when it is combined with a hostile component ², but this needs to be determined for couples with aphasia. Future research could also explore the relationship between overprotection and how it is translated in communication. It is possible that spouses who present overprotective attitudes also overhelp in situations of communication and tend to overaccommodate. Coupland, Coupland and Giles refer to overaccommodation as a "miscommunicative process where at least one participant perceives a speaker to 'go beyond' a sociolinguistic style judged necessary for attuned talk on a

particular situation. Examples are speaking too loudly or too slowly, or being unnecessarily cautious and careful (p. 30)"¹⁴. Other examples can be limiting one's speaking partner's opportunities to initiate or develop topics, or speaking on behalf of one partner when the conversation involves three or more partners.

Spouses who tend to overprotect persons with aphasia may require special attention, since this may affect the couple's relationship. For example, people with aphasia may feel incompetent, thereby reducing their opportunities to engage in social interactions. Moreover, these spouses may experience negative outcomes such as burden and isolation.

This study has demonstrated that overprotection is present in some couples coping with aphasia and that the gender of the spouse and the functional impairment of the person with aphasia influence its presence. Research must now identify negative aspects of overprotection in order to determine which couples may need help for an improved adaptation to aphasia.

Acknowledgements

This research is a part of the first author's Ph.D. and was supported by scholarships from the Fonds de la Recherche en Santé du Québec, the Faculté de médecine de l'Université de Montréal and the Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal. The Conseil Québécois de la Recherche Sociale also supported this work through a grant to the second author.

The participants are gratefully acknowledged. Many thanks to the speech-language pathologists and the Associations of persons with aphasia who referred many participants. We also thank the following persons for their assistance or comments: Christine Brassard, Jean-Pierre Gagné, Dominique Laporte, Christiane Malaborza, David McFarland and John Ryalls.

References

1. Rau MT, Schulz R. The psychosocial context of stroke-related communication disorders in the elderly: A social network perspective. *Seminars in Speech and Language* 1988; **9**: 167-176.
2. Fiske V, Coyne JC, Smith DA. Couples coping with myocardial infarction: An empirical reconsideration of the role of overprotectiveness *Journal of Family Psychology* 1991; **5**: 4-20.
3. Thompson SC, Sobolew-Shubin A. Overprotective Relationships: A nonsupportive side of social networks. *Basic and Applied Social Psychology* 1993; **14**: 363-383.
4. Malone RL, Ptacek PH, Malone MS. Attitudes expressed by families of aphasics. *British Journal of Disorders of Communication* 1970; **59**: 174-179.
5. Kinsella GJ, Duffy FD. Attitudes towards disability expressed by stroke patients. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1980; **12**: 73-76.
6. Thompson SC, Sobolew-Shubin A, Graham MA, Janigian AS. Psychosocial adjustment following a stroke. *Social Science Medicine* 1989; **28**: 239-247.
7. Lutsky SM, Knight BG. Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging* 1994; **9**: 513-519.
8. Deloche G, North P, Dellatolas G, Christensen AL, Cremel N, Passadori A, Dordain M, Hannequin D. Le handicap des adultes cérébrolésés: le point de vue des patients et de leur entourage. *Annales de Réadaptation et de médecine physique* 1996; **39**: 1-9.
9. Johannsen-Horbach, H, Wenz, C., Fünfgeld, M., Hermann, M., Wallesch, C-W. Psychosocial aspects in the treatment of adult aphasics and their

- families: A group approach. In AL Holland & MM Forbes (eds). *Aphasia Treatment: World Perspectives*. San Diego, CA: Singular Publishing Group, 1993, 319-334.
10. Thompson SC, Sobolew-Shubin A. Perception of overprotection in ill adults. *Journal of Applied Social Psychology* 1993; **22**: 85-97.
 11. Holroyd J. *Questionnaire on Resources and Stress for families with chronically ill or handicapped members*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Co., 1987.
 12. Holroyd J. A review of criterion validation research on the questionnaire on Resources and Stress for families with chronically ill or handicapped members. *Journal of Clinical Psychology* 1988; **44**: 335-354.
 13. Harris BA, Jette AM, Campion EW, Clerry PD. Validity of self-report measures of functional disability. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 1986; **1**: 31-41.
 14. Coupland N, Coupland J, Giles H. (eds). Discourse, accommodation and intergenerational relations. In *Language, Society & the Elderly: Discourse, identity and ageing*. Cambridge, MA: Blackwell, 1991, 25-53.
 15. Nespoulous JL, Lecours AR, Lafond D, Lemay A, Puel M, Joannette Y, Cot F, Rascol A. *Protocole Montréal-Toulouse: Examen de l'Aphasie (M1 Beta)*. Montréal, Québec: Université de Montréal, 1986.
 16. Goodglass H, Kaplan E. *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*, (2nd ed). Malvern, PA: Lea & Febiger, 1983.

Table 1

Mean Age and Education of the Spouses

Groups	n	Age (years)		Education (years)	
		<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Spouses of Persons					
without aphasia					
Husbands	12	66.4	7.2	13.8	4.8
Wives	13	64.6	6.6	11.5	3.8
with aphasia					
Husbands	8	63.8	5.5	9.9	4.0
Wives	13	63.2	9.2	10.6	4.0

Table 2

Mean Age and Education of Participants With and Without Aphasia

Groups	n	Age (years)		Education (years)	
		M	SD	M	SD
Without aphasia					
Men	12	66.4	7.2	13.8	4.8
Women	13	64.6	6.6	11.5	3.8
With aphasia					
Men	13	65.9	7.8	12.3	3.8
Women	7	60.5	4.9	10.0	3.5

Table 3

Characteristics of the Participants with Aphasia

Participants	Years post-onset	Type of Aphasia ^a	Severity of aphasia ^b
Women			
1	2.2	mixed	1
2	2.0	Broca	4
3	2.4	Wernicke	4
4	4.5	subcortical	2
5	3.6	anomia	4
6	1.8	Broca	1
7	2.3	anomia	4
8	4.7	mixed	2

Table 3 (continued)

Characteristics of the Participants with Aphasia

Participants	Years post-onset	Type of Aphasia ^a	Severity of aphasia ^b
Men			
1	3.7	Wernicke	3
2	7.9	Broca	3
3	7.5	Broca	4
4	3.6	Wernicke	3
5	7.8	Broca	1
6	1.0	Wernicke	3
7	12.3	anomia	4
8	12.7	mixed	3
9	8.0	mixed	4
10	2.2	Wernicke	4
11	6.6	anomia	4
12	2.3	mixed	3
13	1.3	anomia	4

Note. ^a On the basis of the responses on the protocole Montreal-Toulouse: Examen de l'Aphasie (M1 Beta) ¹⁵.

^b The severity was established with the subjective scale of the Boston Diagnostic Aphasia Evaluation ¹⁶.

Table 4.

Mean Scores on the QRS

Groups	<u>n</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	adjusted mean ^a
Wives of men with aphasia	13	25.54	6.32	25.35
Wives of men without aphasia	13	17.92	3.84	19.08
Husbands of women with aphasia	8	22.88	8.79	20.75
Husbands of women without aphasia	12	21.08	3.15	22.24

Note. ^aMeans were adjusted with the scores on the FSI as covariable.

Table 5
Analysis of Covariance for QRS

Source	df	F
FSI	1	10.92**
Gender (G)	1	0.22
Partner type (T)	1	2.05
T X G	1	6.38*
<u>S</u> within-group error	41	(25.15)
simple effects		
T X G 1 (wives)	1	9.72**
T X G 2 (husbands)	1	0.36
G X T 1 (spouses of persons with aphasia)	1	3.91
G X T2 (spouses of persons without aphasia)	1	2.48
<u>S</u> within-group error	41	(25.15)

Note. Values enclosed in parentheses represent mean square errors. S = subjects.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 6.

Mean Scores on the OPISA

<u>Groups</u>	<u>n</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Men with aphasia	13	13.69	5.12
Women with aphasia	7	14.71	7.06
Men without aphasia	12	14.42	3.94
Women without aphasia	13	13.00	3.51

Table 7.

Analysis of Variance for OPSA

Source	df	E
Gender (G)	1	0.02
Type of participants (T)	1	0.11
G X T	1	0.69
<u>S</u> within-group error	41	(22.76)

Note. The value enclosed in parentheses represents mean square error. S = subjects.

Chapitre 3

Article 2 Overprotection in Couples with Aphasia

Chapitre 4

Article 3 Spouses of Persons with Aphasia : Overprotection in Conversation

Spouses of persons with aphasia: Overprotection in conversation

Claire Croteau ^{1, 2}

Guylaine Le Dorze ²

Anne-Marie Vychytil ²

¹ Université Laurentienne, Sudbury, Ontario, Canada

² Equipe de recherche en orthophonie, Université de Montréal, Montréal,
Québec, Canada

Address for correspondence:

Claire Croteau
Professeur
Master's program in Speech-Language Pathology
Université laurentienne
Chemin du Lac Ramsey
Sudbury, Ontario, Canada
P3E 2C6

Fax.: 705-675-4896
phone: 705-675-1151 ext.3428
e-mail: ccroteau@nickel.laurentian.ca

Abstract

Overprotection can manifest itself in conversation when the spouse 'speaks for' the person with aphasia. Six couples, each including one person with a mild aphasia, were studied in a three-way conversation in which an interviewer asked questions to each of them in a systematic turn-by-turn basis. The perceptions of overprotection of the persons with aphasia and their spouses were respectively measured with the Overprotection Scale for Adults (Thompson and Sobolew-Shubin, 1993) and the questionnaire on Resources and Stress (Holroyd, 1987). The study aimed to : 1) measure the frequency of the spouses' 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours; 2) describe, for each couple, what preceded and followed these behaviours; 3) compare the results obtained in the conversation analysis for each couple, with the descriptions that were provided by the two members of each couple of their conversation occurring before and since aphasia and also to the results obtained on questionnaires of overprotection.

Results show that some spouses 'speak for' the person with aphasia very frequently and rapidly after the question was asked to the person with aphasia, and other spouses do not. The 'speaking for' behaviour influences the continuation of the conversation in that some persons with aphasia continue to participate actively in the conversation, while others become more passive. Individual analyses of the six couples suggest a relationship between overprotection measured by questionnaires and the 'speaking for' behaviours in conversation. Results are discussed in the light of factors influencing the 'speaking for' behaviour, and on the importance of considering this behaviour when helping couples deal with the consequences of aphasia.

Spouses of persons with aphasia: Overprotection in conversation

The family of a person with aphasia plays a major role in the adjustments needed to adapt to the consequences of this communication trouble (Rau and Schulz, 1988). The family assists the person with aphasia, who is now confronted with a new reality. However, the family and most of all, the spouse of the person with aphasia, can exert a negative influence by inhibiting the true potential of the person with aphasia, (Kinsella and Duffy, 1980) and also by inhibiting the communication of the person with aphasia (Mulhall, 1978). The overall goal of the present research is to study aspects of the spouses' assistance and also understand the impact of spouses on the communication of people with aphasia.

Various theories of family functioning allow us to explain the possible consequences generated by the sudden arrival of a chronic illness, such as aphasia, within a family (Thompson and Pitts, 1992). More specifically, some of these theories suggest that an overprotective relationship may be associated with negative consequences in the sick person (Thompson and Pitts, 1992). Among these, role theory (Nye, Bahr, Bahr, Carlson, Gecas, McLaughlin and Slocum, 1976) seems particularly appropriate to explain why certain families experience difficulty coping with aphasia. This theory emphasizes the consideration of individuals within a family context and relates the impact of an illness to the roles that persons play in the family. Within this model, the sick-role model (Parsons and Fox, 1952) has been elaborated to describe how a set of sick-role behaviours may develop in a person. The fact that a person enters in a sick role and remains in it is dependant, to some extent, on the expectations and behaviours of the other family members. Thus, some families may keep the 'patient' in his sick role.

Spouses' overprotection in conversation

This phenomenon may also be found in families where one of its members is an aphasic person. In fact, following a cerebral vascular accident, the person with aphasia cannot always assume the same roles as before and therefore, the other family members need to fulfill new roles and new responsibilities (Le Dorze and Brassard, 1995). At that time, the person with aphasia may adopt a sick role. Afterwards, family members, and most particularly the spouse, can maintain the person with aphasia in the sick role. By overprotecting her/him, the family nourishes the sick role of the person with aphasia.

Overprotection is frequently mentioned on the part of spouses of persons with aphasia (Kinsella and Duffy, 1980; Malone, Ptacek and Malone, 1970; Oranen, Sihvonen, Äystö and Hagfors, 1987). In one study conducted by authors (Croteau and Le Dorze, 1999), wives of men with aphasia reported that they overprotected their husbands more than wives of men without aphasia. Overprotection can manifest itself in many behaviours, such as overassisting a person to plan his/her activities, to prepare the meals, to dress him/herself etc. Also, overprotection can have an impact on communication. For example, some relatives and friends of persons with aphasia mentioned that they 'speak for' the person with aphasia in an attempt to protect them (Le Dorze and Brassard, 1995).

This behaviour of 'speaking for' the person with aphasia has not received a lot of interest until now. However, persons with aphasia reported frustration when others spoke on their behalf (Le Dorze and Brassard, 1995). Also, relatives and friends of these persons mentioned that they refrained from speaking for the person with aphasia (Le Dorze and Brassard, 1995). It suggests that this is not necessarily a good behaviour to adopt. Moreover, it is possible that a third interlocutor may feel frustrated when participating in a

Spouses' overprotection in conversation

conversation involving a person with aphasia and his/her spouse when the spouse speaks for him/her.

Conversations of persons with aphasia in interaction with one partner have been studied (e.g. Ferguson, 1992, 1996; Milroy and Perkins, 1992; Oelschlaeger, 1999; Oelschlaeger and Damico, 1998 a, b; Perkins, 1995; Silvast, 1991) but until now, few studies have taken an interest in conversation involving two members of a couple with another person. Nevertheless, a couple may often find itself with a third interlocutor. A professional visit or a brief conversation with a neighbor or a family member illustrates this common situation.

Only the study of Manzo, Blonder and Burns (1995) focused on a three-way conversation (i.e. an interviewer and a couple). The analysis concerned the ways in which spouses participate in an interview in the presence of their partners who had had a stroke or who had suffered from a debilitating chronic or acute illness (e.g. arthritis). The researchers discovered these last spouses generally withheld their participation until they were explicitly invited to speak, whereas the spouses of stroke patients often contributed to the conversation without such an invitation. More precisely, it has been noted that the spouses of persons who have had a stroke often engage in 'competitive' conversation, such as correcting the patient's story, and that they often answer questions which are directed at the patients. In the present study, this last behaviour will be called a 'speaking for' behaviour. It must be noted that only male spouses participated in this last study (Manzo et al., 1995), permitting one to control a gender effect on conversation. Gender of the speakers is an important aspect to consider when studying conversation. In fact, several studies have found gender differences in the conversational participation of different types of interlocutors (Fishman, 1978; Kollock, Blumstein and Schwartz, 1985; Simkins-

Spouses' overprotection in conversation

Bullock and Wildman, 1991). Following a review on the topic of gender differences in conversation, Aries (1987) concluded that men often dominate in conversation and that women play more of a supportive role. For example, having studied the conversations of three couples, Fishman (1978) reported an unequal balance of conversational involvement in that women strive more than men do to maintain the interaction. It should also be noted that, in the study of Manzo et al. (1995), the participants were not only left but also right unilateral hemisphere stroke patients, with their spouses. It is possible to speculate that the variety of communication troubles of persons who have had a stroke can have a tangible impact on the conversation and on the participation of the spouses, which is a fact that should be considered in studying conversation with stroke patients.

To summarize, considering the possible negative impact of the 'speaking for' behaviour, the frequency of conversations involving three interlocutors and the lack of studies in this area, the aims of the present research were to: 1) measure the frequency of spouses' 'speaking for' behaviour and the speed of occurrence of that behaviour when a question is asked to the person with aphasia and establish the frequency of 'rapid speaking for' behaviour (i.e. a subcategory of the "speaking for" behaviour where the spouse intervenes rapidly after the question is asked to the person with aphasia). It is possible that the frequency of 'speaking for' behaviours adopted by the spouses would be higher in spouses who reported overprotecting or were described as such by persons with aphasia. It is also possible that the 'speaking for' behaviour would be demonstrated by both husbands and wives of persons with aphasia. Even though women seem to be overprotective compare to men (Croteau and Le Dorze, 1999), some studies have demonstrated that men often dominate in conversation and that women

Spouses' overprotection in conversation

tend to work to maintain the conversation (Aries, 1987; Fishman, 1978); 2) describe the individual couples' patterns of 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours, and what preceded and followed these behaviours (i.e. in terms of which interlocutors continue to participate); 3) compare the results obtained in the conversation analysis for each couple, with the descriptions that were provided by the two members of each couple of their conversation occurring before and since aphasia and also with the results obtained on the questionnaires of overprotection.

Method

Participants

Six couples participated in this study. Two couples included women with aphasia, and the four other couples included men with aphasia. Five of these couples were recruited from associations for persons with aphasia, and one was recruited from a rehabilitation center. The participants with aphasia were chosen among 21 participants in a larger investigation pertaining to different consequences of aphasia within couples. Because the main goal of the present research was to study the relationship between overprotection and conversation, two factors influencing conversation and overprotection were controlled. These were: the severity of aphasia, due to its potential influence on conversation, and the functional impairment related to motor disability, due to its influence on overprotection (Croteau and Le Dorze, 1999). Thus, persons with aphasia of the same severity and with a minor or without a functional impairment were chosen. The Functional Status Index (FSI, Harris, Jette, Champion and Clerry, 1986) was administrated in order to control the functional impairment. Each participant with aphasia was in the chronic phase (i.e. at least one year post CVA). All were retired and were not receiving any rehabilitation services. Two experienced speech-language pathologists

Spouses' overprotection in conversation

determined aphasia type and severity. The participants who presented an aphasia judged to be of a severity of 4 on the subjective scale of the Boston Diagnostic Aphasia Evaluation (Goodglass and Kaplan, 1983) were chosen. The characteristics of people with aphasia are presented in table 1. (see the questionnaires used for recruitment in appendix C of the thesis).

Insert table 1 about here.

All the participants communicated in French on a daily basis. They considered themselves to be physically healthy, had no psychiatric disorders and no neurological problems, except for the aphasia of half of the participants. The hearing sensitivity of all participants was within normal limits, at least in one ear, at the frequencies of 500, 1000, 2000 and 4000 Hz. (see table 2 for spouses' characteristics.) (see the questionnaires used for recruitment in appendix C of the thesis).

Insert table 2 about here.

Measures

Spouses' perception of overprotecting. Perception of overprotection was measured by the overprotection-dependence scale of the Questionnaire on Resources and Stress for Families with Chronically Ill or Handicapped Members (QRS, Holroyd, 1987). The reported internal consistency of this scale is $r = 0.67$ (Holroyd, 1987). Validity studies have demonstrated that the QRS is useful in discriminating between different populations (Holroyd, 1988). This scale is designed to assess whether the patient is too dependant on assistance and overprotected by caregivers. Eleven items of this scale were employed such as 'It is easy to do too much for _____'; 'I tend to do things for _____ that he/she can do himself/herself'. A 4-point scale was used with 1 representing 'strongly disagree' or 'almost never' and 4 'strongly agree' or

Spouses' overprotection in conversation

'almost always'. A person who does not overprotect at all would have a score of 11 and a person who overprotects maximally, a score of 44.

Partners' perception of being overprotected. The short form of the Overprotection Scale for Adults (OPSA, Thompson and Sobolew-Shubin, 1993) was used to measure the perception of being overprotected. For these authors, overprotection is defined as a perception on the part of the ill adult that he/she is overhelped, induced to be dependant, shielded from stress and in general not treated as an adult. The OPSA is internally reliable (Cronbach's alpha = 0.86). This instrument is strongly correlated with another measure of feeling of overprotection and he is distinct from a closely related concept of social support (Thompson and Sobolew-Shubin, 1993). A mean score of 16.7 ($SD = 4.4$) was obtained for old adults with chronic health problems describing their caregiver, who was not necessarily living with them (Thompson and Sobolew-Shubin, 1993). The scale includes 8 items (e.g. 'my spouse overprotects me'; 'sometimes my spouse treats me like a small child'). The same 4-point response scale as in the QRS was employed. The overall scores can range from a rating of 8 (no perception of being overprotected) to a rating of 32 (maximum perception of being overprotected).

Functional impairment. The Functional Status Index (FSI) (Harris, Jette, Champion and Clerry, 1986) was employed to measure the level of functional ability of the persons with aphasia. It is composed of seventeen items (e.g. walking indoors, putting on shoes) which measure how much assistance is needed to perform activities of daily living. The FSI is internally reliable (Cronbach's alpha = 0.93) and it has been demonstrated that the FSI is a valid method of assessing functional ability in an elderly population (Harris et al., 1986). Three items pertaining to communication were excluded to obtain a score reflecting activities that do not necessitate communication to perform

Spouses' overprotection in conversation

them (e.g. 'getting in and out of a tub'). A 5-point scale was employed: used no help (0), used equipment (1) (e.g. a cane), used human assistance (2), used equipment and human assistance (3), unable to do the activity (4).

Semi-structured interview

Each member of the couple participated separately in a semi-structured interview aiming to get information on each person's perception of himself/herself and his/her spouse as a communicator before and since the aphasia. Moreover, each member's description of each other's participation in group conversation before and since aphasia was discussed. Spouses were also asked to describe what elements had changed in their communication with their partner (see the themes of the interview presented in appendix C of the thesis). The interviews were transcribed from an audio tape into standard orthography. A second examiner verified the transcriptions.

Three-way conversational situation

Before taking part in the conversation, the participants were informed that the researcher's objective was 'to see and hear them speak'. The conversation situation was created so that the person with aphasia may necessitate help. In order to achieve this objective, argumentative discourse was chosen because of the high level of complexity of that type of discourse. Since the situation had to contain questions which would be addressed to the participants, an interview form was retained. To render the task motivating for the participants, major questions revolving around interesting topics for their age group were chosen (see appendix A for major questions on the different topics).

Each spouse individually picked a major question. Once the person had answered or tried to answer the chosen question, topic related questions were addressed to him/her. These questions were counter-arguments of what the

Spouses' overprotection in conversation

person had just shared. These questions and their number were not predetermined. When the interviewer judged that the topic had been adequately covered by a participant or that enough tentatives of responses have been given, she gave the floor to the second person by looking at him/her and saying 'and you?'. That person could then express his/her views on the same topic. If necessary, the major question could be read or repeated. If a participant answered when a question was not addressed to him/her, the interviewer would simply let the conversation continue. Once the topic had been covered by both participants, the interviewer would pursue with another question. Each participant answered 10 major questions of which 5 were first addressed to him/her.

The conversations lasted between 35 minutes and 75 minutes (couple 1: 35 min, couple 2: 67 min, couple 3: 75 min, couple 4: 60 min, couple 5: 50 min, couple 6: 67 min). For the analysis of 'speaking for' behaviours, only the sections in the conversation where the 10 major questions were specifically addressed to the person with aphasia were examined. Conversations were transcribed using French orthography. The symbols used for the transcription and their meanings (MacWhinney, 1988) are presented in appendix B. Conversational turns were separated according to the shift of the speaker. If overlapping was present but the person kept the floor, a new conversation turn was not identified.

Procedure

All measures and situations in this research took place in the participants' homes. Spouses of persons with aphasia completed the FSI and the QRS. They also participate in both the interview and the conversation situation. Persons with aphasia completed the OPSA and also participated in an interview and in a conversation situation.

Spouses' overprotection in conversation

Equipment

The interview was recorded with a Sony stereo cassette recorder (WM-D6C) and a table microphone. Conversations were recorded with a Panasonic video camera (model AG195) and a table microphone.

Analysis

Semi-structured interview. All utterances referring to the communication style of each member of a couple and to their participation in a conversation with friends were retained. Those questions which concerned the help provided by the spouse during the conversation were also included. These utterances were grouped under four basic descriptors which make it possible to differentiate what has happened both before and since aphasia, and in view of the corresponding interlocutor (i.e. the person with aphasia or the spouse).

Three-way conversation situation. Rules from Conversation Analysis (CA; Sacks, Schegloff and Jefferson. 1974), a qualitative research methodology, were employed to analyse the conversations. The researcher, using this approach, tries to uncover patterns that are sequential in nature. In order to identify the presence of 'speaking for' behaviours, the interviewer's questions were first identified. Only the 10 major questions, and questions which provided counter-arguments (e.g. 'Don't you think that technology helps us to be more efficient?') were retained. Other interviewer behaviours, including small questions (e.g. 'Really?') or reflections (e.g. 'You think abortion is not a good thing?') were excluded. The 'speaking for' behaviour was defined as a conversational turn in which there was an addition of new information provided by the spouse when the interviewer had asked a question to the person with aphasia.

Two types of 'speaking for' behaviours of the non-aphasic spouse were identified: adding novel information (ANI) and adding novel information by

Spouses' overprotection in conversation

suggesting to the person with aphasia what she/he should say (ANIS). Both behaviours are related to topic manipulation and referred to the parameter of topic maintenance in which there is an addition of novel information. An utterance is described as adding new information when it borrows some proposition from the topic of the immediately preceding utterance and adds or requests new information about that topic (Keenan and Schieffelin, 1976). Any other behaviour which permitted one to maintain the conversation with no novel information (e.g. approbation or request for clarification) was not considered a spouse's 'speaking for' behaviour.

The speed of the 'speaking for' behaviour was established by counting the number of conversational turns of the person with aphasia between a turn when a question was addressed to him/her and a turn when the spouse's 'speaking for' behaviour appeared. In some instances, the spouse 'speaks for' the person with aphasia when this last person did not have sufficient time to express her point of view. To account for this situation, it was decided to identify as "rapid" the "speaking for" behaviours which were produced after 0, 1, 2, or 3 conversational turns of the person with aphasia.

Reliability. Reliability was established by comparing the researcher's results with those of a trained independent observer in 4 of the 6 conversations. Point-by-point reliability was calculated by dividing the number of agreements by the number of agreements plus disagreements and multiplying by 100. The interjudge reliability on the identification of the conversational turn where there was a 'speaking for' behaviour was of 83%. The reliability was also of 83% for the number of conversational turns of the person with aphasia between the 'speaking for' behaviours and the question.

Couples' individual analysis of the conversation. The conversational turn preceding the 'speaking for' behaviour and the eight turns that followed

Spouses' overprotection in conversation

were qualitatively analyzed for each couple. Eight turns were considered sufficient to reflect accurately what happened in the following conversation. For the preceding turn, the speaking interlocutor was identified. If it was the interviewer, the turn was not further described. However, if it was the person with aphasia, the turn was classified in one of five categories: (1) complete conversational turn; (2) incomplete conversational turn; (3) unintelligible turn; (4) brief answer (e.g. Interviewer (I): 'Do you think that abortion is a good thing?' Person with aphasia (PA): 'No'); (5) comment indicating the inability to provide an answer (e.g. 'I don't know'). It was also noted if there were instances of overlapping and/or interruptions, where the spouse took hold of the conversation and 'spoke for' the person with aphasia.

For the eight turns following the 'speaking for' behaviour, the interlocutor who continued to contribute significantly to the conversation was identified. If a participant had only a minor contribution (e.g. acknowledgements) he/she was not considered. Five categories were described following the analysis. These were: (1) spouse and interviewer; (2) person with aphasia and interviewer; (3) person with aphasia and spouse; (4) spouse, interviewer and person with aphasia; (5) interviewer. This last category was attributed if the interviewer decided to ask another main question within these eight turns.

Results

The results of the three-way conversation analysis for the six couples together will be presented first. They will be followed by the results and descriptions for each of the six couples.

Three-way conversation results

Figure 1 presents the results of the frequency of the 'speaking for' behaviour and of the 'rapid speaking for' behaviour for the six spouses. The occurrence of 'speaking for' behaviour varies from 2 (spouse 3) to 12 (spouse

Spouses' overprotection in conversation

6). The speed of the behaviour varies from 0 (couples 1 and 6) to 23 (couple 4) indicating that some spouses 'spoke for' the person with aphasia immediately after the question was directed to the person with aphasia (0) while others waited longer before 'speaking for' (23 and more). The number of 'rapid speaking for' behaviours varied from 0 to 6.

Insert figure 1 here

Results for each of the six couples

In this section, the results that will be presented concern the aims which were to 1) describe, for each couple, what preceded and followed the 'speaking for' behaviours and 2) compare the results obtained in the conversation analysis, to the descriptions that were provided by the two members of each couple of their conversation occurring before and since aphasia and also to the results obtained on the questionnaires of overprotection. Figure 2 presents the different categories of behaviours preceding the spouses' 'speaking for' behaviours for each couple. Figure 3 illustrate the frequency of the different categories of conversational participants following the spouses' 'speaking for' behaviours for each couple.

Insert figures 2 and 3 about here

Couple 1. Within this couple, the female partner, who has aphasia, experiences much difficulty participating in the conversation, which she mentions herself. By giving very brief answers, she does not contribute actively to the development of the conversation (e.g. question: I: 'It went well?' PA1: 'Very well.'). More verbal, her husband very often 'speaks for' his wife (11 times), and does so in a rapid manner (6 times) (see figure 1). For the behaviours preceding the 'speaking for' intervention (figure 2), it seem that the man 'speaks for' five times following the interviewer's turn. Since the woman seldom elaborated, frequent interviewer interventions were needed to reflect

Spouses' overprotection in conversation

the given answers, or to ask new ones. It was noted that the woman in this couple sometimes (3/11) responded 'I don't know what to say', an answer that seemed to trigger a 'speaking for' behaviour from her husband. Overlapping and/or interruption was present 3 times in the data from the three-way conversation.

Following a 'speaking for' behaviour, the spouse in this couple sometimes led the conversation by speaking with the interviewer (3/11). The woman continued to participate by talking with the interviewer or with the interviewer and her husband (6/11). After the spouse's three other interventions, the woman did not continue to participate actively and the interviewer asked another question (2/11) (see figure 3).

The following is an example of a 'rapid speaking for' behaviour following a brief answer from the person with aphasia. The spouse then keeps the floor by conversing with the interviewer.

Question #3 (topic: technology)

- Q 142- I: Ma'am., do you use debit machines?
 143- PA1: No <no no no> (brief answer and overlapping).
 ANI-1 144- S1: <No well I don't work> so I have time, when we need something.
 145- PA1: Yes.
 146- I: OK.
 147- S1: It's the same for me. I have my [#] debit machine card. I never used it. I don't even know how it works.

In the next example, the spouse 'speaks for' his wife immediately after the occurrence of the turn 'I don't know what to say'. The interviewer then asks another question.

Spouses' overprotection in conversation

Question #2 (topic: health care system)

Q 57- I: Do you think we have a good health system? In Quebec, do you think the health system is good? The hospitals, and...

58- PA1: Well, I, well, no, I...

59- S1: Well, yes.

60- PA1: Well, I don't know what else to say.

ANI-2 61- S1: Well, it's very good, today's health care system is good.

62- PA1: Yes, I could say yes, it's good.

63- I: It's good? Are there things that you dislike?

If we compare these results with those obtained during the interview on communication, it is noted that the woman was already quite taciturn before the sudden arrival of aphasia. She admits never being 'very talkative'. Her husband said that he has always been an 'active communicator'. However, changes were noted in their way of communicating. For example, the man mentions that his wife now shows greater frustration. 'Communication is about the same as before. Since she gets frustrated easily, I need to be a lot more diplomatic'. With friends, the woman reports that she is always the less talkative member of the couple and that her husband leads the way in conversation. With regards to the score of spouse (QRS:26) and that of the person with aphasia (OPSA: 17), overprotection appears to be an issue in this couple. The results suggest also that overprotection is present in conversation.

Couple 2. The woman with aphasia in this couple seems to be an active and independent conversational partner. She admits having difficulty answering some questions, but continues to elaborate her thoughts. Her spouse seldom 'speaks for' his wife (3 times). He produces only one 'rapid speaking for' behaviour (see figure 1).

Spouses' overprotection in conversation

The man either takes his conversational turn after his wife's complete conversation turn (twice), or following the interviewer's conversation turn (see figure 2). Overlapping and/or interruption occurred only one time. Moreover, when the man did take hold of the conversation, he tended to keep it by conversing with the interviewer (2 times). The third time, the interviewer changed the subject and asked another major question (see figure 3).

The following is an example of a 'speaking for behaviour' following an interviewer's turn. The spouse then keeps the floor by talking with the interviewer.

Question #5 (topic: well mannered children)

Q 389- I: Well, and you, what do you think about the children too (xxx) for sure or if, well [...].

(www)

416- PA2: It's that children, they are, uh, they are not disciplined like before in the [#] you know, and uh, they are not educated in the same <way>.

417- I: <Not in the same> way. Ok.

ANI-14 418- S2: It's an adjustment, uh, [#] before only the father was working, today both parents work. But it's an adjustment; today's daycare services [#] we have no choice but to adapt ourselves to those situations.

419- I: Hmm.

420- S2: We have to. So uh [#] want it or not, uh, [...].

If we compare these results with the couple's comments, we note that the man finds his wife well capable of communicating in a group setting and that she shows the ability to self-correct her statements. He adds: 'With

Spouses' overprotection in conversation

friends, she communicates fairly well. When she does make a mistake, she admits it and corrects herself'. This remark supports what was reported earlier: the woman verbalizes her difficulties, but manages to share her point of view.

The participant mentions that her husband speaks a lot more than she does in a group setting. However, she admits playing an even more active role in conversation since the aphasia. She adds: 'With friends, I take up more space'. With regards to the support given by her husband, the woman admits that he seems willing to help but refrains from doing so. 'He would like to help things move faster'. For his part, her husband mentioned that he is adjusting to the fact that his wife needs more time to formulate her thoughts and to express them. He also added that he learned not to interrupt her by taking over. 'It now takes her longer to express her ideas. I need to make more effort to really understand what she is trying to say. I let her make two to three mistakes before letting her know and sometimes, she manages to correct herself'.

In this couple, the spouse obtained a score of 14 on the QRS, which indicates that he does not overprotect his wife, who does not feel that she is overprotected by her husband (OPSA: score of 8). Overprotection does not seem to be an issue in this couple, and the conversational results support this observation.

Couple 3. The man, who has aphasia, is very talkative and displays a discourse filled with pauses and interjections (e.g. Uh). When faced with word-finding difficulties, he avoids eye contact. His wife rarely 'spoke for' her husband with aphasia in the conversation with the interviewer (only twice). Moreover, she 'spoke for' him after he had had several conversational turns (see figure 1). One 'speaking for' behaviour followed the interviewer's

Spouses' overprotection in conversation

conversational turn and the other one followed a complete turn by the man with aphasia (figure 2). Moreover, we noted that when the woman 'spoke for' her spouse, it was only for a short period of time, and then he rapidly took the floor again (figure 3). Consequently, the spouse's interventions limited themselves to simple comments, and she does not seem to be able to help her husband. It was also noted that, on one occasion of 'speaking for', she did it by overlapping.

The following are the two 'speaking for' behaviours. The first followed a complete turn by the person with aphasia and the second followed an interviewer's turn. In both cases, the 'speaking for' behaviour is followed by a two way conversation involving the man with aphasia and the interviewer.

Question #3 (topic: abortion)

Q 162- I: And you [#] what do you think about that?

(www)

202- I: Is that what you are referring to?

203- PA3: <Yes>.

ANI-19 204- S3: <Yes>. And it also depends on the couple's relationship at that precise moment.

205- PA3: Well uh [#] it's sure that [#] if uh the the father the the wants to keep it and it's it's proven that he's the father uh [...].

206- I: Correct.

Question #7 (topic: people being too busy)

Q 457- I: And you [#] what do you think about that a life uh [...].

(www)

470- I: It was because the children were older at that time, right?

471- PA3: Yes but we [#] we make, uh, babysit too, too uh,

472- I: Ok you have been [#] it was more uh [...].

Spouses' overprotection in conversation

ANI-6 473- S3: <We had to think of ourselves once in a while too>.

474- PA3: <because xxx there was some> [#] there was some uh [#]
time where I where did I have contracts in in town, so I could some
sometimes be a year, everyday at home [...]

If we compare these observations to those obtained during the interview, the aphasic man mentions that he never experienced any difficulty initiating conversation. 'My CVA does not prevent me from talking'. His wife adds that her husband even speaks a lot more since the aphasia. 'He was a man that did not talk very much. I find he speaks a lot more since he's become an aphasic person'. In this couple, it seems that the spouse does not 'speak for' the person with aphasia. The man adds: 'At first, of course she'd let me talk more, but now she plays an active role in conversation'. It seems to be that the person with aphasia leaves little room for the spouse and other interlocutors. The spouse adds: 'He likes to dominate the conversation. He says that he is not capable of interrupting, but that's not true. He permits himself to interrupt others, but we would not be permitted to do so ourselves'. The man seems to notice that he interrupts. He says: 'Even if I'm a person with aphasia, I interrupt when I have time to do so'.

In this couple, overprotection does not seem to be an issue (a score of 10 for the man and score of 19 for the woman). These results seem related to the observations made during the three-way conversation.

Couple 4. The man with aphasia in this couple participated quite actively in conversation. His spouse 'spoke for' him in a moderate way (6 times) and only one 'rapid speaking for' behaviour was observed (see figure 1). It was noted that she twice 'spoke for' him following an interviewer's conversational turn. The four other times (4/6), she took over on an incomplete conversational turn of her partner with aphasia (see

Spouses' overprotection in conversation

figure 2). Overlapping was noted three times. The woman does not seem to stay active in the conversation following a 'speaking for' behaviour (see figure 3). The person with aphasia re-engaged in the conversation to speak with the interviewer (3 times), to speak with his wife (1 time) or to pursue the conversation with the other two members (1 time). The interviewer asked another major question (1 time).

Two of the six times, the spouse intervened to add novel information by suggesting (ANIS). She reminded the person with aphasia of specific experiences that he could use as examples to support his arguments or shade his opinions. At one point (see the following example), the spouse started the discussion more than once in order to obtain the attention of the person with aphasia, and for him to consider the given example. She is the spouse that most often adopted that behaviour relative to her total number of 'speaking for' behaviours.

Here is an example of an instance where the spouse produces an ANIS and repeats that behaviour (*178). Following an incomplete turn, turn taking is characterized by overlapping. After the 'speaking for' behaviour, the three persons continue to participate in the conversation.

Question #3 (topic: well mannered children)

Q 165- I: Have you ever seen a [#] you know, have you heard about that in the elementary schools [∅]

166- PA4: <Yes at school it seems there are. Yes!>

167- I: [+] < xxx that the children> that the children are impolite with their professors, <and they say 'hey' and all that [...]>

168- PA4: <Yes, yes, it seems,> that yes.

169- I: Yes.

170- PA4: I heard of that.

Spouses' overprotection in conversation

171- I: Yes.

172- PA4: And uh <uh [#] and my daughter [surname] uh [...]>

ANIS-4 173- S4: <You would see a lot of places where it is [#] when you would have child custody battles.>

174- PA4: [+] uh that it would be in [town] or anywhere where they find that it is more [#] it's [#] they are not as polite as they were before <you know they [:] [...]>

175- I: <They are not like before right?>

176- PA4: And they decide things <and> uh [#] for sure yes.

177- I: <Mmm>.

*178- S4: <In child custody battles [...]>

179- PA4: <But but me personally [...]>

A comparison of these observations to the answers given by the participants during their individual interview reveals that the communication styles of both partners have changed. In fact, the man says that 'since she is always the one talking, I never have any room to talk' and that 'with friends, it's always a three-way conversation, and being left out makes me upset'. He continues by saying: 'Before, it was different. I was the leader.'

The woman admits that communication is now very difficult. She adds: 'With friends, my husband was always a charmer. He would tell stories and sing songs at the microphone. In fact, there was nothing he would not do. Now, his personality has changed. He says that we need to wait for others to come forward, that it is not always up to him to make the first move'.

The spouse's score of 31 on the QRS and the person with aphasia's score of 23 on the OPSA show evidence that overprotection is an issue in this couple. The number of 'speaking for' and 'rapid speaking for'

Spouses' overprotection in conversation

behaviours does not seem to be strongly related to overprotection. However, since the 'speaking for' behaviour of the ANIS type is frequent for this couple, it is possible that it is that type of 'speaking for' behaviour that is related to overprotection.

Couple 5. The man with aphasia in this couple seems to experience difficulty participating in the conversation. His spouse is very talkative and often interrupts him. The woman intervenes quite frequently (8 times) and rapidly (2 times; see figure 1). In this couple, the spouse often 'speaks for' the person with aphasia following an incomplete turn (6 times), an unintelligible turn (1 time) or a complete turn (1 time) (see figure 2). Interrupting and/or overlapping were also noted when the spouse took the floor on incomplete turns (4 times). It was noted that the man took the floor again following his wife's interventions (5/8 times). However, the spouse sometimes fully dominated the conversation after the 'speaking for' intervention (3/8 times) (see figure 3).

Here is an example where a 'speaking for' behaviour is noted after an incomplete conversational turn of the person with aphasia, and where the person with aphasia takes the floor after the spouse's intervention.

Question #8 (topic: the happiness of younger generations)

Q 673- I: Do you think that young people today are happy?

(www)

694- PA5: Uh [:] [#long] well it's it depends a bit on [] (incomplete turn-interruption)

ANI-12 695- S5: Today's children are very spoiled!

<(xxx) more> material things than in our time that's a fact, that's [...]

696- PA5: <Yes!> yes but uh they uh (very low:) that's what I want to say uh [#long] uh [#] we played uh with what we had [...]

Spouses' overprotection in conversation

In the next example, the spouse 'spoke for' her husband following one of his incomplete turns. A two-way conversation followed between the interviewer and the spouse.

Question #10 (topic: abortion)

Q 830- I: What do you think about abortion? What should the government do about that?

(www)

843- PA5: For that, I would, yes yes, I would support that.

844- I: O.K.

845- S5: Oh, I'd be supportive of that too []

846- PA5: And uh, to add to that [...] (incomplete turn)

ANI-8 847- S5: [+] for uh those who who know beforehand today uh that they are carrying a sick child uh [...]

848- I: Oh yes the tests

849- PA5: Oh yes

850- S5: A child with Down syndrome or uh [...]

During the individual interviews, many interesting points supporting our results obtained in conversation were noted. More specifically, the man clearly explains why he speaks less in a group setting. He states that in a group, the time you take to think about what you are going to say prevents you from having the time to actually share your thoughts. Also, he adds that when you do manage to talk and take your time to do so, your friend takes over and expresses your idea more clearly for you. He concludes by saying that this is one reason why he is less talkative in a group setting. His spouse adds: 'Before the aphasia, my God did he ever talk!'. It is plausible to suggest that when he does participate in a group conversation with his wife, she 'speaks for' him before he even has time to complete his turns.

Spouses' overprotection in conversation

Still, she seems to be aware that her husband needs extra time. She mentions having the tendency to help him: 'Often, I would 'speak for' him, I would put words in his mouth. Now I give him more time to find his words because he gets frustrated, he says that I make him lose track of his ideas and that he'll stop talking if I keep on interrupting him.' However, she mentions that her husband, even though he doesn't enjoy being helped, sometimes relies on her for help: '...sometimes he depends on me to find his words.'

The spouse's score of 32 on the QRS suggests that overprotection is an issue for this couple. However, the person with aphasia shows a moderate score (17) on the OPSA. Our observations of 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours also suggest the presence of overprotection in conversation.

Couple 6. The man with aphasia in this couple participates relatively well in conversation. Even though his spouse is quite verbal, her interventions do not seem to limit the participation of the person with aphasia. The spouse 'speaks for' her husband very frequently and rapidly (12 and 5 times; see figure 1). One time that she 'speaks for' him, she does so by suggesting what to say (ANIS).

The different behaviours that preceded the 'speaking for' behaviour (see figure 2) were as follows: conversational turns on the part of the interviewer (4 times, two of them being major questions) and on the part of the person with aphasia, incomplete turns (3 times), complete turns (3 times) and unintelligible turns (2 times). Three overlappings were also noted.

Following the spouse's intervention, the conversation became a two-way conversation (person with aphasia and spouse - 2 times), a three-way

Spouses' overprotection in conversation

communication exchange (5 times), or the person with aphasia spoke with the interviewer(2 times). Also, the spouse sometimes shared the floor with the interviewer (2 times). On one occasion, the interviewer asked another major question.

The following example shows a 'speaking for' behaviour following an incomplete turn, that entails a two-way conversation between the spouse and the man with aphasia.

Question #1 (topic: happy younger generations)

Q 5- I: Well. Maybe. OK. And you? How do you feel about young people?

(www)

21- PA6: Well uh uh in the sense that, when they reach [#] further studies, when they are [#] they arrive at a age uh [#] at a mature age [#] there are too many laws that forbid this that forbid that you know? 'Don't go here', 'don't go there', uh [...] (incomplete turn).

ANI-8 22- S6: Well, they don't have any (xxx) we didn't have well, much more forbidden things!

23- PA6: Yes but we were not aware of of our [#] of what was forbidden.

24- S6: No.

25- PA6: It's because it was the same thing for everyone.

26- S6: We were aware but let's say that we were a lot <more obedient in our days.>

27- PA6: <We were not aware then.> Yes but it [...]

The following excerpt is an example where the spouse 'spoke for' her husband following an incomplete turn. After the intervention, the person with aphasia took the floor over:

Spouses' overprotection in conversation

Question #2 (topic: very busy people)

Q 156- I: Do you think that some that it's uh [#] that it's [#] that they are forced to do that? Maybe economically or uh you know working a lot and spending energy.

157- PA6: Oh at that level work wise uh f[:] [#] well work wise we I know well that uh [#] no. By being a state employee, I felt obliged [...](incomplete turn)

ANI-1 158- S6: Well it's like that but <it's like that for everyone you know [...]>

159- I: <Oh [...]>

160- PA6: <Well what I want to say,> uh [#long] yes a man might feel obliged to offer everything he can to his family.

161- I: Oh yes.

162- PA6: Or even offer himself.

163- I: Hmm.

164- PA6: So he'll [#] I know well that I have done overtime uh to make more money [...]

The following is an example where the spouse 'rapidly spoke for' the person with aphasia. A three-way conversation was then started:

Question #4 (topic: divorce)

Q 417- I: <Ok. Do you [#] Well> what makes you think that there are so many divorces these days, it's because uh [#] maybe because <the younger generation is more busy with> [...]

ANI-0 418- S6: <There are a lot more weddings.>

419- I: <Oh maybe>

420- PA6: <Yes.>

421- S6: More weddings, more divorces.

422- I: Yes [#] Younger people uh [...]

Spouses' overprotection in conversation

423- PA6: No well it's because today's younger generation says: 'Listen. It's not working between us. Why hurt each other? Why are we holding on to each other?'

424- I: Hmm.

425- PA6: 'Where is this going to lead us? Might as well break up now!'

If we consider the information obtained during the individual interviews, we notice that the person with aphasia and his spouse respectively define themselves as follows: 'I am not very verbal' and 'I was and still am very verbal.' Moreover, the spouse admits that her husband was never very talkative in a group setting and that it has not changed since the aphasia. Since the spouse seems to take a lot of place in conversation, we can assume that their perceptions are valid and supported.

In this couple, it seems that the man with aphasia thinks that he is being overprotected (score of 24 at the OPSA). However, his spouse obtained a moderate score of 17 on the QRS. The frequency of the 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours indicate some degree of overprotection in conversation.

Discussion

The present section will discuss the results obtained regarding the objectives, which were to : 1) measure the frequencies of 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours; 2) describe, for each couple, the 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours, what preceded these behaviours and the effect of these behaviours on the continuation of the conversation (i.e. in terms of which interlocutors continued to participate). Also, for each couple, we aimed to compare the results obtained in the conversation analysis with the descriptions provided by the two members of the couples, describing their conversations, which occurred before and since aphasia and also to compare

Spouses' overprotection in conversation

with the results on the questionnaires of overprotection. Factors to consider when studying the 'speaking for' behaviours will be presented and afterwards, consequences of that behaviour and clinical implications will be suggested.

Among the six couples participating in the study, great variability exists in the frequency of spouses' 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours. Some spouses 'speak for' very frequently and rapidly, while others do not. It is difficult to judge the exact number of 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours which are superfluous. Nevertheless, some conversations, such as those had by couples 1 and 6, can be said to contain a high frequency of 'speaking for' behaviours. In couple 1, during a conversation of 35 minutes, where 10 major questions were asked to the person with aphasia, the spouse 'spoke for' his wife 11 times. In 6 of these 11 instances, he does so in a rapid manner. It should be noted that the data collected may possibly underestimate three spouses' 'speaking for' behaviours. In fact, for couples 1, 5 and 6, it was not possible to identify with certainty which questions were directly addressed to the person with aphasia during some parts of the interview (couple 1 : question #9; couple 5 : questions #7 and #9; couple 6: question #10). Therefore, these spouses were not attributed any 'speaking for' behaviours during these parts of the conversation. In order to eliminate this problem in future studies, two video cameras should be used, so that the faces of the three participants in the conversation may be completely observable for analysis.

Factors to consider when studying the 'speaking for' behaviours

Certain characteristics of 'speaking for' behaviours must be considered in order to better understand this phenomenon. These characteristics are: the type of 'speaking for' behaviour, the context in which it occurs; the impact of that behaviour on the continuation of the conversation. The type of 'speaking for' behaviour (i.e. ANI or ANIS) may have a different influence on the

Spouses' overprotection in conversation

continuation of the conversation and on the person with aphasia. The ANIS type may more negatively affect the person with aphasia because of the childish connotation of this type of behaviour. It is similar to that of a mother who asks her child to relate a story to another person. Alternatively, the 'speaking for' behaviour of the ANIS type may be used by the spouse in couple 4 because her partner has comprehension difficulties, and this behaviour may serve as a means of helping her spouse to return to the topic of conversation.

The context in which the 'speaking for' behaviour occurs (e.g. following an incomplete turn or a complete turn) is another factor which should be considered. For example, the spouse in couple 2 'speaks for' his wife when she has completed her turn, while the spouses in couples 4 and 5 'speak for' their partners mostly on incomplete turns. This latter behaviour can be detrimental, as it may cause much frustration, and the person with aphasia may participate less in group conversation. In fact, the person with aphasia in couple 4 mentions a reduced level of participation in group conversation.

It is important to observe what happens after a spouse 'speaks for' a partner with aphasia. For example, the person with aphasia in couple 5 continued to actively participate in the conversation more than half of the time, and the person with aphasia in couple 1 actively participated less often following the 'speaking for' behaviour of his spouse. A situation as the latter, in which the person with aphasia does not actively participate in the conversation and sees him/herself as excluded, may be seen as problematic.

Other factors must be considered in a study of 'speaking for' behaviour. These are: the communication style of the two members of the couple before aphasia; the solicitation of help by the person with aphasia; the severity and manifestations of aphasia and the gender of the speakers.

Spouses' overprotection in conversation

The communication style before aphasia of both the person with aphasia and the spouse no doubt influenced the results of this study. For example, if the person with aphasia was timid before aphasia, he or she probably did not tend to give elaborate responses. He or she may also have had a spouse who tended to respond for him or her. Couple 1 is a good example of such a situation. Klippi (1991) suggests that participation in group conversation is not related to diagnosis, nor to the severity of aphasia, but to the personality of the person with aphasia. Webster, Dans and Saunders (1982) mention that intraspouse communication patterns remained relatively unchanged following the onset of aphasia. Therefore, it is important to understand the communication patterns of the speakers and of the couple before aphasia, in order to understand those after aphasia. To do so, interviews such as those conducted in the present study have revealed themselves to be a valuable tool. Maybe the couples in which the communication style have changed a lot since aphasia (e.g. couple 4) may be the ones who could benefit of an intervention on communication.

Another factor that seems to influence 'speaking for' behaviour is the tendency of the person with aphasia to ask for help from their spouse. For example, it would appear that the person with aphasia in couple 1 sometimes explicitly asks for help from her spouse by saying: 'I don't know what to say'. That leads us to believe that help from that spouse is part of a dynamic where the woman explicitly asks for help. Færch and Kasper (1984) report that a person learning a second language experiences difficulties in communicating, and some appeal for assistance is present in his/her speech, either in the form of an implicit signal (e.g. hesitations), of an explicit signal (e.g. 'I don't know how to say this') or of a direct demand (e.g. 'I want to know what the word 'dog' means'). For the interlocutor, the degree of obligation to help increases as the

Spouses' overprotection in conversation

request becomes more direct and explicit. Studies on conversational repairs in aphasia (Ferguson, 1994, 1996; Milroy and Perkins, 1992;) allow for the observation that persons use different behaviours in order to initiate a conversational repair which are called 'trouble indicating behaviours'. Oelschlaeger (1999) was interested in the request for assistance within a couple where one member has aphasia, and she identified several verbal and non-verbal, as well as direct and indirect, behaviours used by the aphasic person when requesting help during a word search. In future investigations of 'speaking for' behaviours, it would be of interest to characterize more precisely the type of help solicited by the person with aphasia and to observe if the persons who are overprotected tend to use requests for assistance more often.

The severity of aphasia does not appear to greatly affect the results obtained. In fact, within the six couples investigated, many different communication profiles were observed, despite the fact that the six persons with aphasia had an aphasia of identical severity. However, the influence of the severity of the aphasia should still be considered. Studies of spouses' 'speaking for' behaviours in couples involving persons with aphasia of varying degrees of severity should be conducted. We might expect that the presence of a more severe aphasia would be associated with a greater number of 'speaking for' behaviours. The manifestations of the aphasic trouble may also have an impact on results obtained. For example, it seems that for couple 3, the fact that the man with aphasia is very talkative and avoids eye contact could make the situation difficult for his spouse to take the floor and speak for him. By contrast, the many incomplete turns of the person with aphasia in couple 5 may facilitate the appearance of the spouse's 'speaking for' behaviour. Perkins (1995) studied one couple where the person with aphasia often lost her turn in conversation due to the large number of unfilled pauses in her speech.

Spouses' overprotection in conversation

The gender of the speaker also does not seem to largely influence results, although it has been suggested that men and women have different interaction styles (Aries, 1987). One might expect men to 'speak for' their partners more frequently than would women, because they have often been described as dominant in conversation (Aries, 1987). However, this does not seem to occur in the present study. For example, the person with aphasia in couple 2, who is a woman, is one of the person with aphasia for whom the spouse 'speaks for' the least frequently. Knowledge of a person's gender gives us little ability to predict behaviours in conversation, because there is considerable variability in the interaction styles of members of the same sex. Others factors have to be considered when studying conversation, such as personality, age, class, ethnicity, sexual orientation, social roles, person's status, goals, conversational partners and the characteristic of the situational context (Aries, 1996). For example, the fact that the woman in couple 2 was a teacher may have influenced her communication style. Also, it is possible that the topic of one question dealing with education have facilitated the conversation with some women.

Relationship between the reported overprotection and 'speaking for' behaviour.

A relationship seems to exist between the reported overprotection and 'speaking for' behaviours for the six couples. For couples 1 and 5, where overprotection is an issue, spouses produce many 'speaking for' and rapid 'speaking for' behaviours. For couples 2 and 3, where little overprotection is mentioned by both members of the couple, there are few 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours. For couple 6, where the man with aphasia reports overprotection, his partner 'speaks for' him frequently and rapidly. The results of couple 4 indicate a similar trend to the other couples but the

Spouses' overprotection in conversation

relationship between the frequency of the behaviour and overprotection seems to be less than that of the other couples. This couple, where overprotection is clearly an issue for both members of the couple, demonstrate a woman who 'speaks for' her partner less frequently and rapidly than the spouses in couples 1 and 6. In summary, 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours seem to be related to the couples' overprotection

Consequences of the 'speaking for' behaviour and clinical implications

Even though it has been suggested that the 'speaking for' behaviour can cause frustration from the persons with aphasia (Le Dorze and Brassard, 1995), it should not always be interpreted as a negative behaviour on the part of the spouse. As Manzo et al. (1995) propose, spouses probably behave in this manner in order to help the person with aphasia to appear better in front of others (Goffman, 1967). Also, the fact that 'speaking for' behaviour is similar to a strategy used in conversation involving a speaker and a second-language learner (Færch and Kasper, 1984) suggests that it is a normal way of adjusting to a person who has communication problems.

Due to the sometimes high frequency of the 'speaking for' behaviour and to its potential negative impact on the participation of the person with aphasia, many couples could benefit from intervention aimed at modifying that type of behaviour. In order to identify the couples who could use this kind of intervention, the couple's point of view on their participation in three-way conversation involving the spouse have to be considered. A situation where a person 'speaks for' his or her partner with aphasia is not always problematic, and intervention is not always justified. Simmons-Mackie and Damico (1996) suggest that clinicians use interviews with friends and family members of persons with aphasia, in order to fully understand the communication of persons with aphasia and the factors which influence this communication. The

Spouses' overprotection in conversation

points of view of both members of the couple need to be considered, since they may be different from one another. The spouse and the person with aphasia alike can go through difficult situations related to their participation in conversation. For example, a spouse's inability to 'speak for' his or her partner with aphasia may demonstrate a lack of cooperation within the couple and can generate frustration for the spouse. In the present research, couple 3 are an example of such a situation. This couple might be helped by intervention, in which the spouse would learn to take the floor and help the person with aphasia to communicate more effectively. This might make conversation more stimulating for the different participants. When a person with aphasia and his or her partner who does not have communication trouble work together to repair conversational difficulties, less effort is involved (Milroy and Perkins, 1992). Also, Holland (1998) states the importance of considering conversation behaviours as interdependent.

A conversation among three people is an interesting situation which permits us to study the participation of the person with aphasia. It would be equally useful to observe other behaviors in the context of a three-person conversation, and also in the context of a conversation involving only the person with aphasia with his/her spouse. These different contexts would allow for a better description of the behaviors which have to be modified by an intervention at the conversational level. Examples of such situations might include instances where help with a word search or with a brief answer is needed by the person with aphasia. The identification of the helping behaviours which should be targeted in intervention will allow for the definition of an intervention specifically adapted to the needs of different couples affected by aphasia and, as a more general purpose, facilitate the social integration of persons with aphasia.

Spouses' overprotection in conversation

Acknowledgements

This research is a part of the first author's Ph.D. and was supported by scholarships from the Fonds de la Recherche en Santé du Québec, the Faculté de médecine de l'Université de Montréal and the Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal. The Conseil Québécois de la Recherche Sociale also supported this work through a grant to the second author.

The participants are gratefully acknowledged. Many thanks to the speech-language pathologists and the associations of persons with aphasia who referred many participants. We also thank Jean-Pierre Gagné, Dominique Laporte and Katrine Doucet for their assistance and comments.

References

- Aries, E., 1987, Gender and communication. In P. Shaver, and C. Hendrick (Eds.), *Human Helplessness, Theory and Applications* (New York, NY: Academic Press), pp. 149-176.
- Aries, E., 1996, *Men and Women in Interaction: Reconsidering the Differences*, (New York: Oxford University Press).
- Croteau, C. & Le Dorze, G. (1999). Overprotection in couples with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 21, 432-437.
- Færch, C. and Kasper, G., 1984, Two ways of defining communication strategies. *Language Learning*. 34, 45-63.
- Ferguson, A., 1992, Conversational repair of word-finding difficulty, *Clinical Aphasiology*, 21, 299-310.
- Ferguson, A., 1994, The influence of aphasia, familiarity and activity on conversational repair. *Aphasiology*, 8, 143-157.
- Ferguson, A., 1996, Describing competence in aphasic/normal conversation. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 10, 55-63.
- Fishman, P.M., 1978, Interaction: The work women do. *Social Problems*, 25, 397-406.
- Goffman, E., 1967, *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behavior*, (New York: Anchor Books).
- Goodglass, H. and Kaplan, E., 1983, *The Assessment of Aphasia and Related Disorders* (2nd ed.), (Philadelphia, Pa: Lea and Febiger).
- Harris, B.A., Jette, A.M., Campion, E.W. and Clerry, P.D., 1986, Validity of self-report measures of functional disability. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1, 31-41.

Holland, A. L., 1998, Why can't clinicians talk to aphasic adults? Comments on supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversational partners. *Aphasiology*, 12, 844-847.

Holroyd J., 1987, *Questionnaire on Resources and Stress for families with chronically ill or handicapped members*, (Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Co).

Holroyd J., 1988, A review of criterion validation research on the questionnaire on Resources and Stress for families with chronically ill or handicapped members. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 335-354.

Keenan, E.O. and Schieffelin, B.B., 1976, Topic as a discourse notion: A study of topic in the conversations of children and adults. In C. Li (Ed.) *Subject and Topic: A new Typology of Language* (New York: Academic Press), pp 336-384.

Kinsella, G.J. and Duffy, F.D., 1980, Attitudes towards disability expressed by stroke patients. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 12, 73-76.

Klippi, A., 1991, Conversational dynamics between aphasics. *Aphasiology*, 5, 373-378.

Kollock, P., Blumstein, P. and Schwartz, P., 1985, Sex and power in interaction: Conversational privileges and duties. *American Sociological Review*, 50, 34-46.

Le Dorze, G. and Brassard, C., 1995, A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic disease. *Aphasiology*, 9, 239-255.

MacWhinney, B., 1988, *Manual for use of the CHAT transcription coding system of the Child Language Data Exchange System*. (Pittsburgh: Carnegie Mellon University).

Spouses' overprotection in conversation

Malone, R.L., Ptacek, P.H. and Malone, M.S., 1970, Attitudes expressed by families of aphasics. *British Journal of Disorders of Communication*, 59, 174-179.

Manzo, J.F., Blonder, L.X. and Burns, A.F., 1995, The social-interactional organisation of narrative and narrating among stroke patients and their spouses. *Sociology of Health and Illness*, 17, 307-327.

Milroy, L. and Perkins, L., 1992, Repair strategies in aphasic discourse: Towards a collaborative model. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 6, 27-40.

Mulhall, D.J., 1978, Dysphasic stroke patients and the influence of their relatives. *The British Journal of Disorders of Communication*, 13, 127-134.

Nespoulous, J.L., Lecours, A.R., Lafond, D., Lemay, A., Puel, M., Joannette, Y., Cot, F. and Rascol, A., 1986, *Protocole Montréal-Toulouse: Examen de l'Aphasie (M1 Beta)*, (Montréal, Québec: Université de Montréal).

Nye, F., Bahr H.M., Bahr, S.J., Carlson, J.E. Gecas, V., McLaughlin, S. and Slocum, W.L., 1976, *Role structure and analysis of the family*, (Beverly Hills, Ca: Sage publications).

Oelschlaeger, M.L., 1999, Participation of a conversation partner in the word searches of a person with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 62-71.

Oelschlaeger, M.L. and Damico, J.S., 1998a, Joint productions as a conversational strategy in aphasia. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 12, 459-480.

Oelschlaeger, M.L. and Damico, J.S., 1998b, Spontaneous verbal repetition: a social strategy in aphasic conversation. *Aphasiology*, 12, 971-988.

Oranen, M., Sihvonen, R., Äystö, S. and Hagfors, C., 1987, Different coping patterns in the families of aphasic people. *Aphasiology*, 1, 277-281.

Spouses' overprotection in conversation

Parsons, T. and Fox, R., 1952, Illness, therapy and the modern urban american family. *Journal of Social Issues*, 8, 31-44.

Perkins, L., 1995, Applying conversation analysis to aphasia: Clinical implications and analytic issues. *European Journal of Disorders of Communication*, 30, 372-383.

Rau, M.T. and Schultz, R., 1988, The psychological context of stroke-related communication disorders in the elderly: A social network perspective. *Seminars in Speech and Language*, 9, 167-176.

Sachs, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.

Silvast, M., 1991, Aphasia therapy dialogues. *Aphasiology*, 5, 383-390.

Simkins-Bullock, J.A. and Wildman, B.G., 1991, An investigation into the relationships between gender and language. *Sex Roles*, 24, 149-160.

Simmons-Mackie, N.N. and Damico, J.S., 1996, Accounting for handicaps in aphasia: Communicative assessment from an authentic social perspective, *Disability and Rehabilitation*, 18, 540-549.

Thompson, S.C. and Pitts, J.S., 1992, In Sickness and in health: Chronic illness, marriage and spousal caregiving. In S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.), *Helping and being helped: Naturalistic studies*. The Claremont Symposium on Applied Psychology. (Newbury Park, CA: Sage publications), pp. 115-151.

Thompson, S.C. and Sobolew-Shubin, A., 1993, Overprotective Relationships: A nonsupportive side of social networks. *Basic and Applied Social Psychology*, 14, 363-383.

Webster, E.J., Dans, J.C. and Saunders, P.T., 1982, Descriptions of husband-wife communication pre- and post-aphasia. In R.H, Brookshire (Ed.)

Spouses' overprotection in conversation

Clinical Aphasiology Conference Proceeding, (Minneapolis: BRK Publishers),
pp 64-74.

Spouses' overprotection in conversation

Table 1.

Characteristics of the Participants with aphasia

Name	Age	Sex	Education	Vocation before	Years post- onset	Type of Aphasia ^a	Severity of aphasia ^b	Comprehension scores ^a	OPSAC	FSId
PA1	60	F	4	Housewife	2,4	Wernicke	4	27/38	17	0.02
PA2	55	F	12	Elementary school teacher	2,3	anomia	4	38/38	8	0
PA3	59	M	12	Technician	8	mixed	4	35/38	10	0
PA4	53	M	19	Judge	2,2	Wernicke	4	14/21	23	0
PA5	72	M	12	Hairdresser	12,3	anomia	4	38/38	17	0.04
PA6	62	M	12	Municipal government employee	1,3	anomia	4	36/38	24	0.02

^a Based on the responses on the protocole Montreal-Toulouse: Examen de l'Aphasie (M1B) (Nespoulous, Lecours, Lafond et al., 1986). All the participants obtained 89 or 99 on comprehension of words.

^b Based on the subjective scale of the Boston Diagnostic Aphasia Evaluation (Goodglass & Kaplan, 1983).

^c Overprotection Scale for Adults (Thompson & Sobdew-Shubin, 1993) is a questionnaire that measures perception of being overprotected.

^d Functional Status Index (Harris, Jette, Campion, & Clery, 1986).

Table 2.

Characteristics of the Spouses

Name	Age	Sex	Education	Vocation	Length of relationship (years)	QRS ^a
S1	61	M	7	mechanic	39	26
S2	54	M	17	elementary school principal	35	14
S3	58	F	12	office clerk	38	19
S4	49	F	16	furniture salesperson	9	31
S5	64	F	4	housewife	48	32
S6	53	F	10	office clerk	12	24

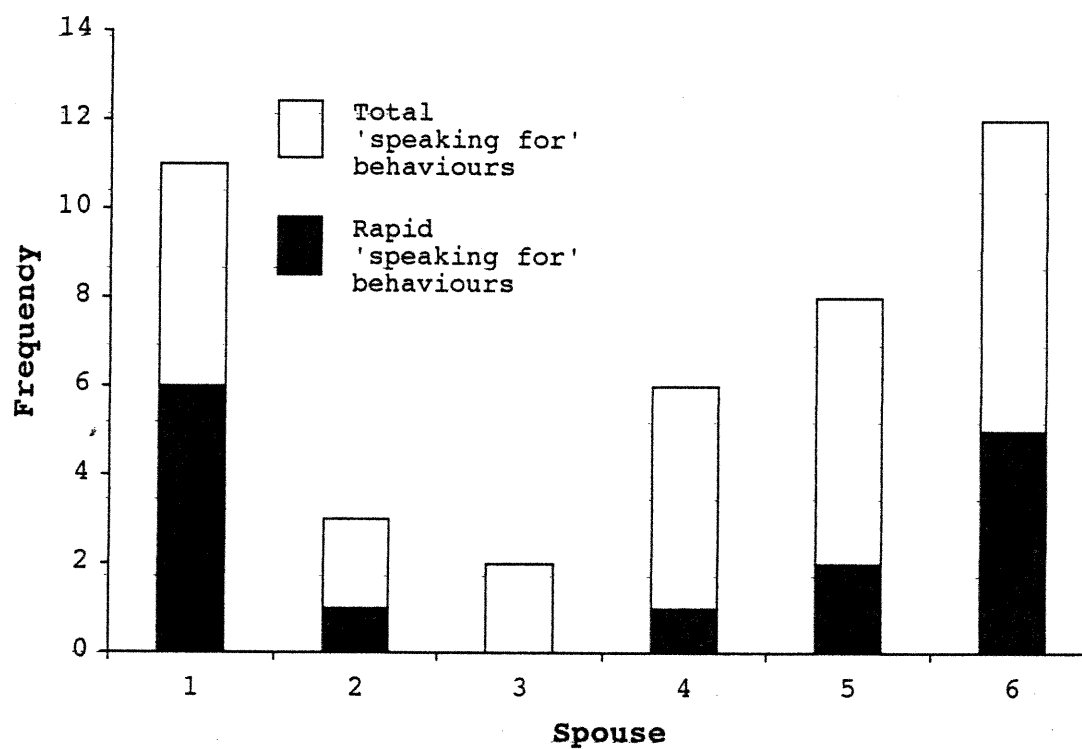
^a Based on responses on Questionnaire on Resources and Stress (Holroyd, 1987), which is a questionnaire measuring perception of overprotection by family members.

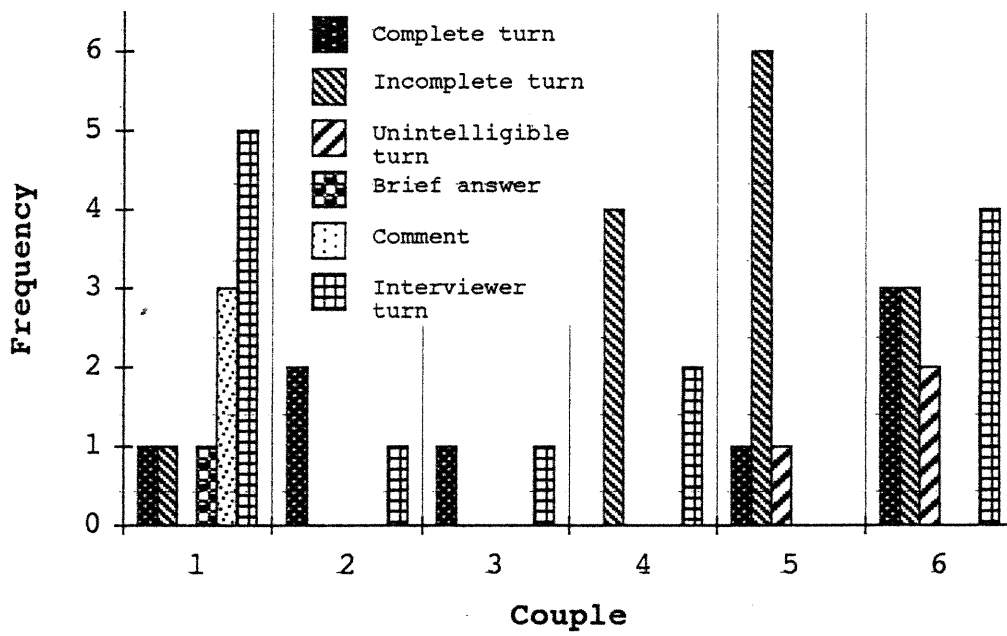
Figure Captions

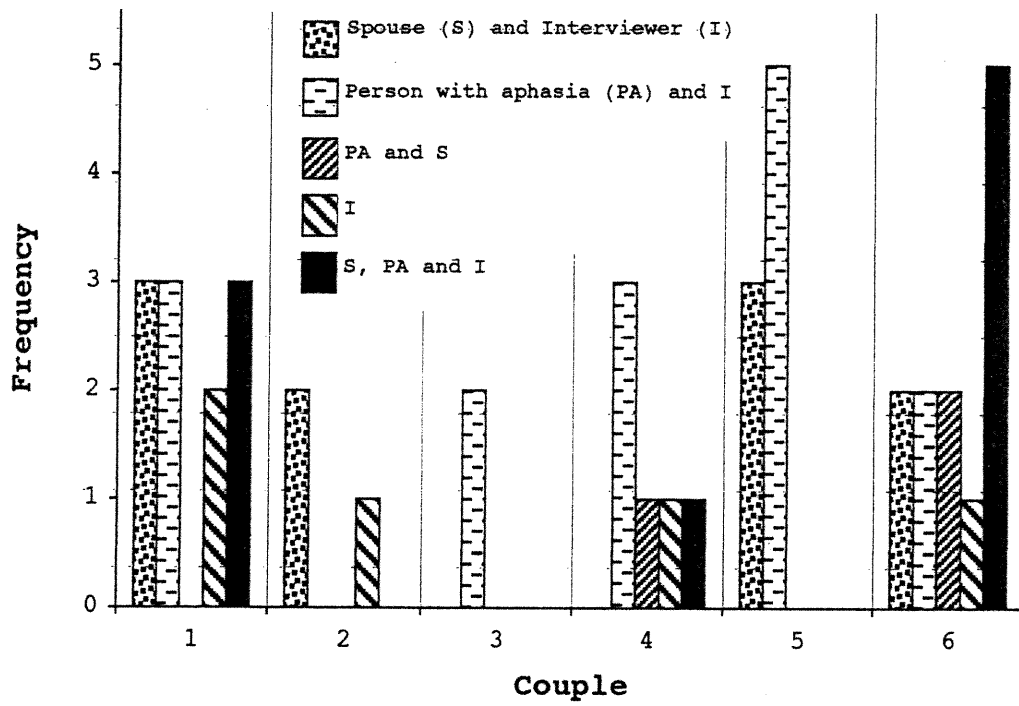
Figure 1. Frequency of 'speaking for' and 'rapid speaking for' behaviours for each spouse (n=6).

Figure 2. Frequency of the different categories of behaviours preceding the spouses' 'speaking for' behaviours for each couple (n=6).

Figure 3. Frequency of the different categories of conversational participants following the spouses' 'speaking for' behaviours for each couple (n=6).







Appendix A

Questions of the three-way conversation situation

- 1- What do you think about divorce? Why are they so prevalent today?
- 2- Do you think that the government should completely finance daycare services?
- 3- What do you think about the way of living of today's young adults? (work, leisure, sports, trips, etc...)
- 4- What do you think about the fact that women work more outside the home today? Do you think that this is profitable for society?
- 5- Do you think we have a good health care system?
- 6- What do you think about technologies, such as answering machines, computers, debit machines, video cameras etc...?
- 7- What do you think about abortion? What should the government do?
- 8- Are today's children well mannered?
- 9- Do you think that Canada should further help under-developed countries?
- 10- Do you think that today's younger generations are happier than in the past?

Spouses' overprotection in conversation

Appendix B

Codes for the human analysis of transcripts (CHAT, MacWhinney, 1988)

< >:	overlapping
(xxx):	unintelligible utterance
(www):	section of untranscribed material
[#]:	pause of 0 to 2 seconds
[# long]:	pause of 2 to 5 seconds
[...]:	end of incomplete but not interrupted utterance
[:]:	lengthening of sound
[+]:	invited interruption when at end of utterance and self-completion when at beginning of utterance
[N]:	point of interruption in utterance by partner

Chapitre 5

Résultats sur les relations entre les composantes du modèle : perception-surprotection et surprotection en conversation

Résultats sur les relations entre les composantes du modèle :
perception-surprotection et surprotection en conversation

Le présent chapitre présente les résultats se rapportant au deuxième objectif de la présente recherche qui était d'explorer, chez des couples dont un membre est une personne aphasique, les relations entre les composantes du phénomène PSSC soit la perception, la surprotection et la surprotection en conversation.

Des corrélations non-paramétriques de Spearman ont été effectuées entre les résultats obtenus à différentes mesures des trois composantes du phénomène. Ce type de statistique a été retenu vu le nombre restreint de données mises en lien. Puisque pour la perception, première composante du phénomène, plusieurs scores étaient disponibles, un choix a dû être effectué. L'indice de "likability"(L) a été retenu puisqu'il donne une appréciation générale de la perception. Il a été calculé ainsi : $L = F / F + NF$ (L: indice de "likability"; F: adjectifs favorables cochés, NF: adjectifs non favorables cochés). La figure 1 présente les différentes données mises en lien et issues des composantes du phénomène.

Les résultats présentés au tableau 1 indiquent une corrélation négative significative entre la perception et la surprotection. Il s'agit de la corrélation entre l'indice de "likability" et le score au QRS (Holroyd, 1987) mesurant la surprotection telle qu'exprimée par les conjoints(es). Aucune corrélation significative n'est présentée au tableau 2. Il ne semble donc pas avoir de lien entre la surprotection mesurée par les questionnaires et la surprotection en conversation. Il est intéressant ici de noter que les corrélations issues des

scores au OPSA, bien que non significatives, sont assez fortes (0,50 et 0,75) malgré le faible nombre de données mises en lien (n= 6).

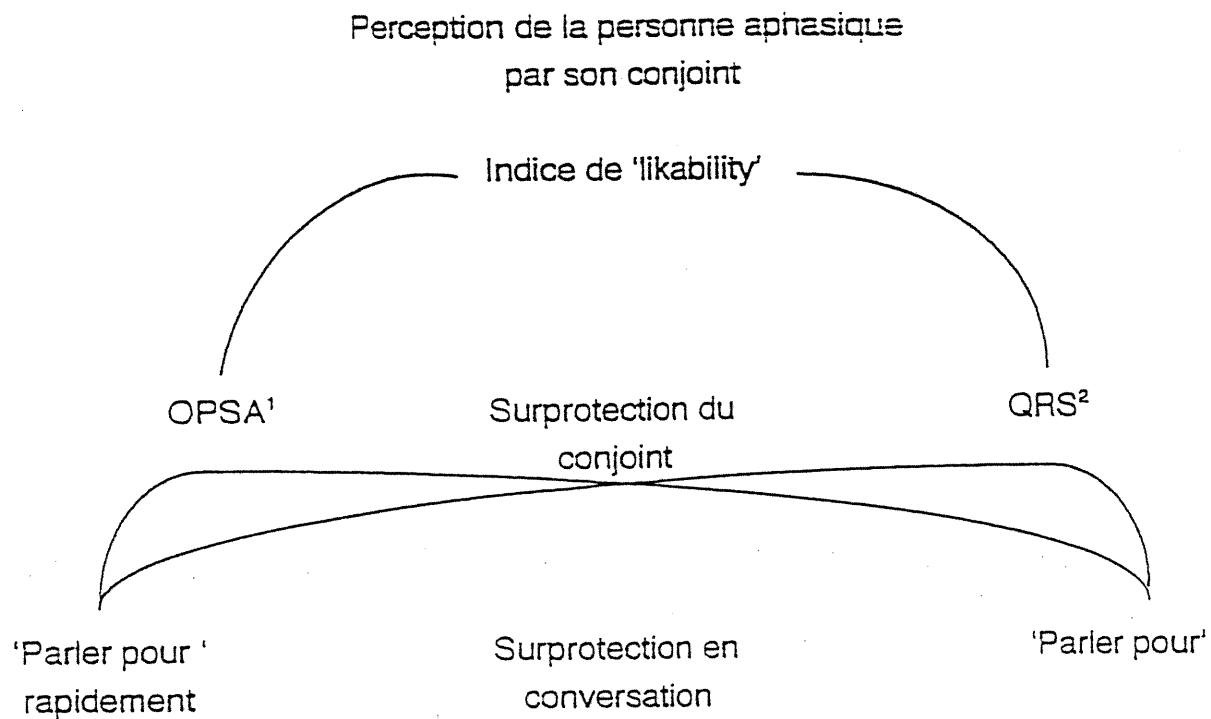


Figure 1. Données issues des composantes du phénomène PSSC et mises en lien lors des corrélations.

¹ OPSA: Overprotection Scale for Adults (Thompson et Sobolew-Shubin, 1993)

² QRS: Questionnaire on Ressources and Stress (Holroyd, 1987)

Tableau 1.

Coefficients de corrélation de Spearman entre les résultats aux questionnaires de surprotection (QRS et OPSA) et les indices de "likability"

Perception	Surprotection	
	OPSA ^a	QRS ^b
Indice de "likability" ^c	-0,16	-0,53 *

Note. * $p = 0,02$. ^a OPSA : Overprotection Scale for Adults (Thompson et Sobolew-Shubin, 1993). Questionnaire qui mesure la perception d'être surprotégé; $N = 20$ ^b QRS: Questionnaire on Ressources and Stress (Holroyd, 1987) qui mesure la perception de surprotéger; $N = 21$ ^c Indice calculé à l'aide des réponses au questionnaire "Adjective Check List" (Gough et Heilbrun, 1983).

Tableau 2.

Coefficients de corrélation de Spearman entre la surprotection en conversation (parler pour et parler pour rapidement) et la surprotection (OPSA et QRS)

Surprotection	Surprotection en conversation	
	"Parler pour"	"Parler pour rapidement"
OPSA	0,75	0,50
QRS	0,43	0,38

Note. N = 6

Chapitre 6

Discussion

Discussion

Dans cette section, une analyse sera effectuée des résultats obtenus en lien avec le premier objectif de la présente thèse, soit de décrire les différentes composantes (perception, surprotection et surprotection dans la conversation) du phénomène PSSC. Par la suite, les résultats se rapportant au deuxième objectif de la thèse qui visait à explorer les relations entre les composantes du phénomène PSSC, seront discutés. Un retour sur la présence du phénomène PSSC chez les couples touchés par et sur le modèle PSSC, permettra de spécifier jusqu'à quel point les résultats supportent le modèle proposé dans le premier chapitre de cette thèse. Différents facteurs ayant pu influencer le phénomène PSSC seront présentés de même que d'autres aspects à considérer lors de futures recherches. Finalement, des conséquences potentielles du phénomène et des implications cliniques seront proposées.

Discussion des résultats des composantes perception, surprotection et surprotection dans la conversation

Perception. Les résultats portant sur la première composante du modèle PSSC (page 14) soit la perception qu'ont les conjoint(e)s de la personnalité de leur partenaire aphasique (article 1), permet de constater que les conjoint(e)s de personnes aphasiques ont attribué des scores significativement plus faibles aux échelles de "likability" et d'"order" et attribué des scores significativement plus élevés à l'échelle de "succorance" comparativement aux conjoint(e)s de personnes sans aphasie. De plus, les conjointes d'hommes aphasiques ont attribué à leur mari des scores significativement moins élevés aux échelles d'"endurance" et d'"achievement" que les conjointes d'hommes en bonne santé. Une analyse descriptive des données permet également de constater que la

perception des conjoint(e)s de personnes avec aphasie est différente de celles de conjoint(e)s de personnes sans aphasie. De plus, il semble y avoir une différence entre la perception des conjoints et des conjointes de personnes avec aphasie. Différents éléments chez les personnes aphasiques ont été suggérés à l'article 1 pour expliquer les résultats soit le problème de communication, la difficulté de concentration, le manque de contrôle des émotions et les déficits fonctionnels reliés à des incapacités motrices. D'autres facteurs d'ordre familial et social sont mis en relation à l'article 1, avec les résultats obtenus. Ainsi, le rôle de malade tenu par la personne aphasique dans la famille et les différents rôles sociaux tenus par les individus dans la société peuvent influencer les résultats. Enfin, le fait que les participants reçoivent ou non des services de réadaptation, le temps écoulé depuis l'accident vasculaire cérébral et le type de questionnaire utilisé constituent des variables influençant potentiellement les résultats.

Surprotection. Les résultats de l'article 2 démontrent que les conjointes d'hommes aphasiques se perçoivent davantage comme surprotectrices que les conjointes des hommes ne présentant pas de problème de santé et cela même lorsque l'influence des déficits fonctionnels reliés à des incapacités motrices est prise en compte. Par ailleurs, les personnes aphasiques des deux sexes ne se sentent pas surprotégées. Le sexe de l'aidant influence la présence de surprotection. Dans des recherches futures, le choix de l'outil de mesure devra se faire avec précaution. En effet, il est possible que lors de la présente étude, les hommes et les femmes n'aient pas réagi de la même façon lors de l'administration du questionnaire QRS.

Surprotection en conversation. Les résultats présentés dans l'article 3, portant sur les comportements de "parler pour" et "parler pour rapidement" et se rapportant à la surprotection en conversation, permettent de suggérer que cette surprotection est présente chez certains couples sous la forme de ces deux types de comportements. Selon Manzo et al. (1995), le comportement de "parler pour" distingue les couples dont les partenaires ne présentent pas de problème de communication des couples comprenant une personne avec une lésion cérébrale. Il n'a donc pas été jugé utile dans la présente recherche de revenir sur une comparaison entre des couples avec et sans aphasie. Le nombre restreint (6) de couples ayant participé à cette partie de la recherche et la variabilité dans les résultats obtenus chez ceux-ci, suggèrent qu'une étude auprès d'un plus grand nombre de couples devrait être effectuée afin de valider les résultats obtenus. De plus, un plus grand nombre d'études auprès de couples sans et avec aphasie sont nécessaires afin de déterminer si le "parler pour" a une valeur distinctive.

Différents facteurs ayant une influence sur les comportements de "parler pour" et "parler pour rapidement" sont explicités dans l'article 3. Il s'agit du style de communication entre le couple, de la sévérité et des manifestations du trouble aphasique, de la sollicitation d'aide de la part de la personne aphasique et du sexe des locuteurs impliqués dans la conversation.

En résumé, l'étude des deux premières composantes du phénomène suggère la présence de différences entre les couples ayant un membre aphasique et les couples dits "normaux". Pour ce qui est de la troisième composante soit la surprotection en conversation, il semble que le

comportement de "parler pour" est présent et parfois très fréquent chez des couples dont un membre est aphasique.

Discussion sur les liens entre la perception, la surprotection et surprotection en conversation

Pour établir si les composantes du phénomène PSSC sont reliées entre elles, des corrélations de Spearman ont été effectuées. Les résultats de ces corrélations sont exposés aux tableaux 1 et 2 du chapitre 5 et démontrent que le coefficient de corrélation reliant l'indice de "likability" et la surprotection telle qu'exprimée par les conjoints (QRS) se révèle négatif et significatif (tableau 1). Les autres coefficients de corrélation reliant les comportements de "parler pour" et les deux mesures de surprotection ne sont pas significatifs (tableau 2). Les corrélations utilisant les scores de "parler pour" doivent être interprétées avec une grande réserve, vu le très faible nombre de données mises en relation (données tirées de mesures auprès de six couples). Toutefois, une analyse individuelle de chacun des couples permet de mettre en lien la surprotection et les comportements de "parler pour" et de "parler pour rapidement" (voir article 3). En effet, les résultats de cette analyse démontrent que le comportement de "parler pour" est plus fréquent et se présente plus rapidement chez les couples où de la surprotection est mentionnée par un ou par les deux conjoints. Dans des recherches futures, un plus grand nombre de participants serait nécessaire pour permettre de vérifier les liens entre les différentes composantes du modèle. Ainsi, la présence du phénomène PSSC chez des couples dont un membre est aphasique pourrait être davantage mise en évidence.

Phénomène et modèle perception, surprotection et surprotection en conversation

Suite aux résultats obtenus dans la présente thèse et qui viennent d'être résumés, il est possible d'avancer que certains couples dont un des partenaires est aphasique présentent le phénomène PSSC. Cependant, vu le nombre restreint de couple étudiés (21 couples avec aphasie pour l'étude de la perception et de la surprotection et 6 couples avec aphasie pour l'étude de la surprotection en conversation), il n'est pas possible pour le moment, de connaître la proportion des couples touchés par l'aphasie qui présentent le phénomène PSSC. Une autre recherche avec un plus grand nombre de couples serait nécessaire pour établir cette proportion. Il existe sûrement d'autres modes d'adaptation chez les couples touchés par l'aphasie que celui proposé dans la présente thèse. À cet égard, Oranen, Sihvonon, Äystö et Hagfors (1987) suite à l'analyse de 126 questionnaires remplis par des conjoints de personnes aphasiques, proposent l'existence de 5 modes d'adaptation chez les couples touchés par l'aphasie. Dans les couples rencontrés lors de la présente recherche, il est apparu subjectivement évident que quelques couples vivaient une adaptation différente de celle décrite par le phénomène PSSC. En effet, certains couples avaient une relation très harmonieuse. Dans d'autres couples, la personne aphasique prenait beaucoup de place dans la relation et cette situation contribuait à mettre une grande importance sur son état. Souvent, il ressortait que le/la conjoint(e) se sentait incompris(e) et isolé(e). D'autres études permettant d'identifier différents modes d'adaptation de couples touchés par l'aphasie seraient pertinentes. Une identification plus précise de la proportion des couples qui

entrent dans chaque mode d'adaptation pourrait également être dégagée et une compréhension accrue des facteurs influençant l'adaptation serait aussi souhaitable.

La présente recherche permet de suggérer certaines modifications à apporter au modèle PSSC tel que présenté au chapitre 1. Un nouveau modèle est donc proposé (voir figure 1). Premièrement, puisque ce modèle représente des éléments reliés entre eux et ne tente pas d'expliquer des relations de cause à effet, le phénomène a été illustré de façon circulaire. Pour ce qui est de la perception de la personnalité, première composante, l'expression "perception différente" a été choisie plutôt que "perception moins favorable" puisque les résultats obtenus aux échelles présentés dans l'article 1, suggèrent une différence entre le groupe contrôle et le groupe comprenant des conjoint(e)s de personnes aphasiques mais ne permet pas de qualifier cette perception de moins favorable. Seul l'indice de "likability", pour lequel le groupe contrôle a obtenu un résultat significativement supérieur, pourrait permettre de qualifier la perception de moins favorable. De plus, comme il se révèle difficile pour le moment, d'établir si la présence de surprotection produit des conséquences strictement négatives dont une participation diminuée de la personne avec aphasie en conversation, les termes "protection" et "participation" ont été retenus dans le nouveau modèle.

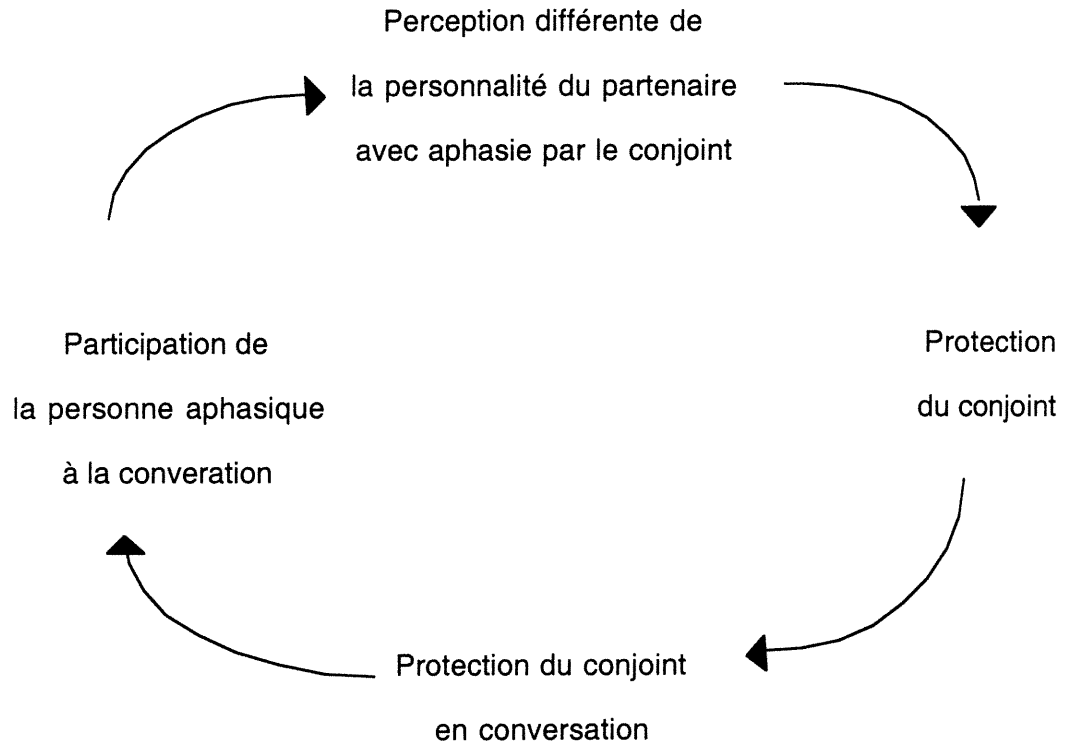


Figure 1. Modèle "conséquences de l'aphasie sur le couple: perception du partenaire, protection et protection en conversation".

Facteurs influençant le phénomène

La présence du phénomène PSSC paraît influencée par différentes caractéristiques ou facteurs présents chez les couples étudiés. Certains de ces facteurs ou caractéristiques ont déjà été mentionnés dans les articles présentés aux chapitres 2, 3 et 4. D'autres, qui peuvent expliquer les résultats obtenus ou qui doivent être considérés lors de recherches futures, seront présentés dans la prochaine section soit l'âge des membres du couple, le sexe du conjoint ainsi que la présence et la nature du trouble de communication. Ces aspects, qui semblent influencer grandement le développement du phénomène PSSC, ont été contrôlés lors de cette présente recherche soit au moment de la sélection des participants ou lors de la formation des groupes.

Âge des membres du couple. Les participants à cette recherche étaient âgés (hommes aphasiques, $M = 65,9$ ans; femmes aphasiques, $M = 60,5$ ans et conjoints, $M = 63,8$ ans; conjointes, $M = 63,2$ ans). La répartition de l'âge peut avoir influencé la possibilité que certains participants vivaient le phénomène PSSC. Ce fait pourrait s'expliquer par le retrait de la vie professionnelle et donc une plus grande disponibilité du/de la conjoint(e) de même que par les changements et les pertes de capacités qui se produisent lors de la vieillesse.

Le vieillissement entraîne différents bouleversements dans la vie sociale avec lesquels les personnes touchées doivent composer. Un des principaux bouleversement est le retrait de la vie professionnelle. La retraite peut influencer l'adaptation des couples à l'aphasie. En effet, il est logique de croire que lorsqu'un(e) aidant(e) est retraité(e), il (elle) aura davantage de disponibilité pour s'investir voire même trop s'engager dans son rôle d'aidant.

Il (elle) aura donc peut-être davantage tendance à surprotéger la personne aphasique. Par ailleurs, la retraite engendre souvent une diminution du réseau social (Kuypers et Bengtson, 1983; Rau et Schultz, 1988; Wolf, 1987). Cette baisse des contacts sociaux pourrait nuire aux couples qui doivent s'adapter à l'aphasie. Les recherches tendent en effet à montrer que le soutien social reçu constitue un élément qui facilite l'adaptation à la maladie (Julien, 1993; Rau et Shutz, 1988). Si le réseau social diminue, le soutien social pourra être moindre et ainsi nuire au couple touché par l'aphasie. Selon Keller, Henrich, Sellschopp et Beutel (1996), le manque de soutien est probablement un facteur dans le développement d'une adaptation difficile chez des couples dont un membre souffre de cancer. Il est intéressant de noter que le lien entre la retraite et le développement du phénomène PSSC chez des couples âgés appuie les résultats de Oranen et al. (1987) selon lesquels les couples de type "protecteur" sont composés de personnes âgées et à la retraite.

Lors du vieillissement, différentes pertes de capacités et changements se produisent. Par exemple, l'apparence physique se transforme, la qualité vocale se modifie et une diminution de l'audition apparaît. Il a été suggéré que les modifications qui se produisent avec l'âge prédisposent les personnes âgées à être victimes de préjugés découlant de stéréotypes (Hummert, 1994). En général, les recherches démontrent la présence de stéréotypes négatifs sur des personnes âgées dans les sociétés occidentales (Pratt et Norris, 1994). Si un trouble de communication comme l'aphasie, avec les incapacités qu'il génère, se joint aux différents changements vécus par les personnes âgées, il est possible de s'attendre à ce que les gens de l'entourage des personnes âgées manifestent des stéréotypes plus négatifs à l'égard de celles-ci. Selon

Hummert (1994), dans les recherches actuelles les stéréotypes étudiés peuvent être qualifiés "d'intergénérationnels". Ils décrivent les stéréotypes sur les personnes âgées que possèdent de jeunes adultes ou d'adultes âgés de moins de 65 ans. Cette auteure mentionne que les personnes âgées peuvent également posséder des stéréotypes relativement à des individus de leur groupe d'âge. Dans la présente recherche, les deux membres des couples retenus étaient sensiblement du même groupe d'âge. Dans ce contexte, il semble que le/la conjoint(e) soit influencé(e), dans la perception qu'il (elle) a de la personne aphasique, par les changements causés par l'aphasie de même que les modifications engendrées par le vieillissement et les stéréotypes que ce(tte) conjoint(e) possède des personnes âgées. Ainsi, la perception qu'une personne a d'un individu serait influencée par la perception que la personne a du groupe social dont cet individu est issu. Les stéréotypes véhiculés au sujet des personnes âgées peuvent amener ces dernières à présenter des phénomènes négatifs comme le "syndrome de brisure sociale" ("social breakdown syndrome"; Kuypers et Bengtson, 1973) ou la "situation difficile vécue par les personnes âgées et liée à la communication" ("Communication Predicament of Aging" ; Ryan, Giles, Bartolucci et Henwood, 1986; Ryan, See, Meneer et Trovato, 1994). Si chez une personne, l'aphasie est présente en plus du vieillissement, il est fort probable que ces phénomènes sociaux soient accentués. Parallèlement, si chez une personne, le vieillissement est présent en plus de l'aphasie, il est logique de croire que cette personne avec son/sa conjoint(e), seront davantage enclines à présenter le phénomène de PSSC

En résumé, l'âge des participants est un élément à considérer lors de l'étude des répercussions de l'aphasie sur les couples et leur adaptation. Des

recherches qui portent sur des couples plus jeunes ou des couples dont les membres travaillent encore devraient être menées afin de vérifier la présence potentielle du phénomène PSSC chez ces couples et de comprendre comment ceux-ci s'adaptent à l'aphasie.

Sexe de la personne touchée par l'aphasie et du ou de la conjoint(e). Il a été démontré que les hommes et les femmes réagissent différemment quand le cancer frappe leur conjoint(e) (Keller, Henrich, Sellschopp et Beutel, 1996) ou lorsque leur conjoint(e) est touché(e) par une démence de type Alzheimer (Barusch et Spaid, 1989; Pruchno et Resch, 1989). Les résultats obtenus dans la présente thèse appuient ces observations faites auprès d'autres populations. En effet, les données obtenues suggèrent que le phénomène PSSC se manifeste davantage lorsque, dans un couple, c'est l'homme qui devient aphasique. Les conjointes d'hommes aphasiques seraient plus à risque de favoriser le développement du phénomène PSSC puisque ces conjointes obtiennent des résultats significativement différents des conjointes d'hommes sans problème de santé lors de l'étude de la perception et de la surprotection. Au plan de la surprotection en conversation, les données recueillies auprès des six couples étudiés ne permettent pas d'établir si les conjointes d'hommes aphasiques "parlent pour" leur mari plus fréquemment que les conjoints de femmes aphasiques.

Le fait que les couples dont le partenaire aphasique est un homme démontrent plus de risques de développer le phénomène PSSC ne permet pas d'exclure la possibilité que celui-ci ne se produise également chez des couples dont le partenaire aphasique est une femme. En effet, lors de la présente étude sur la perception, l'analyse descriptive des données indique

des différences entre les groupes de conjoints de femmes aphasiques et sans aphasie. De plus, l'analyse de conversation permet de dégager que le comportement de "parler pour" est présent chez des couples dont la femme est aphasique. Le comportement de "parler pour" ne serait donc pas strictement féminin, mais il pourrait toucher également les conjoints de femmes aphasiques. Par contre, il est possible que les femmes adoptent davantage ce comportement que les hommes. Des recherches utilisant un nombre plus élevé de participants, ou comparant des hommes et des femmes sans aphasie sur le comportement de "parler pour", aideraient à clarifier les différences entre les hommes et les femmes.

Les caractéristiques des femmes dans la société occidentale actuelle influencent probablement le fait que le développement du phénomène PSSC semble être favorisé chez les hommes aphasiques et leur conjointe. En effet, dans la société actuelle, les femmes ont tendance naturellement à démontrer de l'empathie, à ressentir un besoin d'apporter des soins et à créer des liens sociaux intimes (Jutras et Veilleux, 1991). Il semble qu'en comparaison aux hommes, elles sont plus proches des autres affectivement et elles ont une sensibilité interpersonnelle plus grande (Flaherty et Richman, 1989). Ces caractéristiques et besoins des femmes pourraient amener les conjointes d'hommes aphasiques à être davantage surprotectrices envers leur conjoint malade que les hommes ne le sont avec les femmes aphasiques. D'ailleurs Fiske, Coyne et Smith (1991) mentionnent que lorsqu'il est question de surprotection dans les écrits scientifiques, les auteurs réfèrent à une réaction féminine. Les conjointes d'hommes aphasiques, de par leurs besoins et caractéristiques, pourraient favoriser l'émergence du phénomène PSSC.

Les femmes aphasiques et leur conjoint sont également à risque de présenter le phénomène PSSC. En effet, selon la théorie des rôles (Nye et al., 1976), la femme a souvent la responsabilité de prendre soin des autres membres de la famille et en particulier des enfants. Le fait que ce soit maintenant elle qui soit dans une situation nécessitant de l'aide bouleverserait profondément la famille. Le conjoint qui n'est pas familier avec le rôle d'aidant, va souvent devoir prendre cette responsabilité. L'homme se retrouvera potentiellement désemparé avec des responsabilités qui n'étaient pas siennes et il pourrait, dans un désir de bien agir, surprotéger la femme aphasique.

L'étude de Keller, Henrich, Sellschopp et Beutel (1996), souligne que la détresse émotionnelle des conjoints est fortement liée à la condition émotionnelle de la femme souffrant de cancer. Par contre, la détresse émotionnelle des conjointes est liée moins fortement à l'état émotionnel de leur mari cancéreux. Il semble donc que lorsque le patient est une femme, il se crée une forte interdépendance dans la relation du couple. Ces auteurs expliquent leurs résultats en suggérant que les hommes sont potentiellement dépendants émotionnellement de leur femme. Cette dépendance, qui est habituellement socialement camouflée, ressort lorsque la femme présente une pathologie sévère. Ceci expliquerait la possibilité qu'il y ait de la surprotection chez les conjoints de femmes aphasiques. En effet, la dépendance des conjoints pourrait les amener à être surprotecteurs envers leur femme aphasique créant ainsi une plus grande dépendance de celle-ci. Cette situation servirait à remplir le besoin de dépendance qu'ont les hommes envers leur femme aphasique. Dans la présente thèse, la surprotection ne semble pas caractériser les conjoints de femmes aphasiques. Par contre, il est possible de croire, comme mentionné

dans l'article 2, que de la surprotection est présente chez les conjoints bien que les questionnaires utilisés ne l'aient pas fait ressortir étant donné que les hommes ont moins tendance à révéler leurs états émotionnels (Lutzky et Knight, 1994).

Il est important de souligner que la présence de surprotection de la part des conjointes d'hommes aphasiques n'implique pas que cette surprotection soit néfaste. Fiske, Coyne et Smith (1991) mentionnent que de considérer la surprotection féminine comme la seule cause de certains dysfonctionnements familiaux rend pathologique un style relationnel typique et normal de certaines femmes. La surprotection exprimée par les conjointes est peut-être moins négative pour le couple que celle qui n'a peut-être pas été exprimée par les conjoints. Face à ces observations, des études permettant de cerner la nature complexe de la surprotection seraient des plus pertinentes. Dans cette ligne de pensée, l'étude de Buxbaum (1967) démontre que les femmes d'hommes aphasiques qui présentent un besoin élevé de donner de l'affection et des soins mentionnent une plus grande satisfaction conjugale. Afin de savoir si la surprotection des conjoints et conjointes peut avoir des influences différentes sur l'adaptation à l'aphasie, des études sur les conséquences de la surprotection et du phénomène PSSC devraient être menées en considérant le sexe des aidants. En effet, des recherches supplémentaires comparant les couples dont un homme est aphasique avec des couples dont une femme est aphasique doivent être entreprises afin de mieux comprendre le lien qui existe entre le sexe des conjoints et des membres atteints d'aphasie et l'adaptation de ces couples à l'aphasie. Pour ce faire, le choix des questionnaires ou mesures utilisées doit continuer de préoccuper les chercheurs dans ce

domaine puisque, comme mentionné précédemment les hommes et les femmes peuvent réagir différemment lors de l'administration d'un questionnaire.

Présence et nature du trouble de communication Le trouble de communication chez les personnes aphasiques favorise l'apparition du phénomène PSSC . Les deux premières composantes du phénomène (i.e. la perception et la surprotection) ont été étudiées chez des couples dont un membre est aphasique en comparaison avec des couples dont les partenaires ne présentaient pas de trouble de communication. Des différences statistiquement significatives entre ces deux groupes ont été relevées et cela en considérant que l'influence des déficits fonctionnels liés aux capacités motrices a été écartée. Le trouble de communication augmenterait la susceptibilité à développer le phénomène PSSC, car la communication influence fortement comment une personne est perçue et jugée (Lubinski, 1991). De plus, la qualité de la communication dans le couple est un élément pouvant faciliter l'adaptation à une maladie. Chez certains couples touchés par le cancer, il a été démontré que la communication aide à la négociation nécessaire pour la redistribution des rôles et pour l'adaptation à la maladie (Vess, Moreland et Schwebel, 1985a). Le trouble de communication de la personne aphasique et la communication conjugale potentiellement transformée pourrait donc contribuer à perturber l'adaptation du couple. Il serait intéressant, afin de confirmer cette hypothèse, de faire l'étude du phénomène décrit dans cette thèse auprès d'une population comprenant des couples dont un membre souffre d'une maladie n'engendrant pas de trouble de communication. Pour leur part, Manzo et al. (1995) comparent dans leur

recherche des couples dont un partenaire présentait un trouble de communication avec des couples ayant un membre qui était porteur d'une maladie n'entraînant pas de trouble de communication. Cette recherche portait spécifiquement sur la conversation et ne renseigne malheureusement pas sur l'adaptation des couples dans son sens plus large.

Le phénomène PSSC pourrait également survenir dans des populations présentant divers autres troubles de communication. Par exemple, des personnes présentant une déficience auditive acquise et leur conjoint(e) pourraient présenter le phénomène PSSC. Par contre, il semble que la manifestation centrale de l'aphasie, qu'est le manque du mot, rend différentes les interventions du (de la) conjoint(e) en conversation par rapport à celles des conjoint(e)s de partenaire présentant un autre type de trouble de communication. Ainsi si une personne est atteinte de dysarthrie, son (sa) conjoint(e) aurait peut-être davantage tendance à traduire ses propos vu l'intelligibilité réduite de sa parole. Il est possible d'avancer que cette forme de soutien, puisqu'elle modifie peu ou pas le contenu du message, sera différente de celle apportée par le comportement de "parler pour". Il serait pertinent d'effectuer des études comparant les différentes stratégies d'aide utilisées en conversation par les conjoints selon les divers troubles de communication des partenaires. De plus, des recherches s'intéressant au phénomène PSSC auprès de diverses populations présentant des troubles de communication devraient être menées. Celles-ci permettraient d'observer si le phénomène PSSC est davantage retrouvé chez des couples dont un membre est aphasique que chez des couples dont un membre présente un autre type de trouble de communication.

Bilan sur les facteurs influençant le phénomène Malgré un grand nombre de facteurs qui ont été considérés dans la présente recherche pour expliquer le développement du phénomène PSSC, d'autres variables devraient être prises en compte afin de mieux comprendre ce qui survient au sein de couples touchés par l'aphasie. Leventhal, Leventhal et Nguyen (1985) proposent un cadre d'analyse systémique afin d'étudier les réactions des familles lors de la présence d'une maladie chronique chez un de ses membres. Ce modèle théorique pourrait servir à étudier les réactions familiales ou conjugales lors de la venue de l'aphasie. Il permet de considérer les aspects sociaux, familiaux, ceux de la maladie et les aspects individuels de la personne atteinte dans l'analyse des réactions des familles. Selon ce cadre, les facteurs pris en compte dans la présente recherche se révèlent pertinents mais d'autres éléments pourraient être ajoutés. Afin de considérer tous les éléments suggérés par les auteurs, une étude de très grande envergure devrait être menée.

Au plan familial, Leventhal et al. (1985) proposent de s'attarder aux rôles des membres de la famille et aux fonctions de celle-ci. Bien qu'elles ne soient pas mentionnées par ces auteurs, les écrits sur les familles ou sur les couples et l'adaptation à différents stress permettent aussi de constater que le type de couple et les caractéristiques des couples seraient de plus, des composantes importantes à considérer (Bodenmann, Gottman et Backman, 1997; Rolland, 1988).

Le type de couple peut influencer l'adaptation à l'aphasie. Grand, Grand-Filaire et Pous (1993) décrivent 4 types de couples pouvant se retrouver chez les personnes âgées et expliquent comment ceux-ci s'adaptent suite à la

présence d'incapacités chez un des membres du couple. La typologie de ces auteurs est construite selon la cohésion interne et la distribution des tâches et des rôles dans le couple. Par exemple, dans les couples où peu de cohésion est présente, deux sous-catégories existent. Une première inclut des couples composés de deux personnes individualistes, qui s'adaptent difficilement lorsqu'un problème survient puisque qu'aucune n'assume un rôle d'aidant. Une seconde sous-catégorie est composée de couples vivant une relation de domination. Pour eux, si la personne malade est celle qui était dominée antérieurement, la personne dominante n'assumera pas les responsabilités d'aidant. Le recours à un réseau d'aide formelle ou informelle sera essentiel. Par contre, si la personne malade était dominante, l'aidant, qui était dominé, va souvent prendre en charge la personne malade de façon efficace. Cette situation offre la possibilité à la personne dominée d'obtenir un certain contrôle dans la relation. Il est possible que ce nouveau rôle soit perçu positivement par les aidant(e)s qui l'acquièrent. A cet égard, certains conjoint(e)s de personnes aphasiques mentionnent être valorisé(e)s dans leur nouveau rôle d'aidant(e) (Le Dorze, 1995).

Les caractéristiques des couples influencent potentiellement l'adaptation à l'aphasie. Rolland (1988) s'attarde aux caractéristiques familiales et conjugales à considérer afin de cerner l'ajustement des familles et des couples à la maladie. Par exemple, la cohésion familiale, la communication conjugale, la flexibilité dans la répartition des rôles sont des facteurs mentionnés par cet auteur. À cet égard, Vess, Moreland et Schwebel (1985b) mettent en relation la flexibilité par rapport à la répartition de nouveaux rôles avec l'adaptation de

couples au cancer. Les résultats démontrent que les couples flexibles s'adaptent mieux à la maladie.

D'un autre côté, Leventhal et ses collègues (1985) mentionnent que des éléments reliés à la maladie elle-même doivent s'ajouter aux autres facteurs précédemment identifiés. Le stade d'évolution de la maladie ou le temps post accident vasculaire cérébral dans le cas de l'aphasie ne peut être ignoré. L'adaptation à une maladie se déroule selon différents stades et que ce qui est vécu lors d'un stade s'avère différent lors d'un autre (Krausz, 1988). Il serait pertinent de refaire la présente recherche auprès de couples vivant avec l'aphasie à différentes étapes de son apparition ou encore de mener une étude longitudinale sur le développement du phénomène PSSC afin d'avoir une meilleure perspective sur le développement du phénomène.

Le type et la sévérité de la maladie peuvent créer des situations différentes pour les familles. Ils doivent être considérés dans l'étude de l'adaptation à la maladie. Par exemple, il est logique de penser qu'un problème de santé, qui risque de se présenter plusieurs fois (ex. l'accident vasculaire cérébral), pourrait amener les conjoint(e)s à vivre une plus grande insécurité et à être davantage protecteurs(trices) envers la personne malade.

Dans les considérations individuelles ayant trait à la maladie, Leventhal et al. (1985) soulignent que les efforts et les stratégies d'adaptation déployées par la personne malade, ses réactions émotives et sa représentation de la maladie s'avèrent importantes à inclure dans les recherches. Ces aspects constituent une influence potentielle sur l'adaptation de familles touchées par une maladie chronique.

En somme, considérant le nombre très important de variables ayant un rôle dans le développement du phénomène PSSC et la difficulté de contrôler la totalité de celles-ci lors de recherches, des études employant une méthodologie qualitative (Patton, 1990) devraient aussi être entreprises. Il serait possible grâce à ces travaux, de décrire à fond chaque couple et ainsi de mieux comprendre l'influence des différents facteurs. Des recherches de ce type auprès de couples confrontés à l'aphasie permettraient d'établir des tendances dans les modes d'adaptation des couples. La recherche qualitative permet de considérer un phénomène dans son entièreté et d'illustrer à travers l'expérience vécue par des individus (Deslauriers, 1991). Cette méthodologie est largement utilisée actuellement lors d'études sur différents problèmes vécus par les familles (Gilgun et Sussman, 1996). Morse et Dellasega (1997) encouragent l'utilisation des méthodes qualitatives lors de recherches auprès des personnes âgées malades en mentionnant que les approches quantitatives ne tiennent pas compte de toutes les facettes du contexte de vie d'une personne âgée vivant avec une maladie chronique.

Conséquences du phénomène PSSC pour les personnes aphasiques

Il est possible que le phénomène PSSC engendre des répercussions négatives pour les personnes aphasiques et leur conjoint(e). La diminution de l'interaction sociale et une perte de l'estime de soi des personnes âgées représentent l'impact potentiel d'une communication dans laquelle les partenaires modifient leur façon de parler à outrance, en utilisant par exemple un débit très ralenti (Ryan, Giles, Bartolucci et Henwood, 1986). Kagan (1995) présente un modèle théorique expliquant que lorsque des personnes aphasiques ont des difficultés à participer à une conversation, elles

s'impliquent peu socialement et en viennent à s'isoler. Ultimement, cela pourrait avoir également un impact sur la santé mentale de la personne aphasique. Selon Kagan (1995) et Ryan, Giles, Bartolucci et Henwood (1986), il est donc probable que les personnes aphasiques éprouvant des difficultés à participer à une conversation lorsque leur conjoint est présent, risqueront de s'isoler et de vivre des problèmes mentaux, tels la dépression et une atteinte à leur estime d'elles-mêmes.

Brumfitt (1993) suggère que les personnes aphasiques présentent une atteinte de l'estime de soi. Il est possible que la perception qu'ont les conjoint(e)s des personnes aphasiques, la surprotection et la surprotection en conversation soient en lien avec l'estime de soi chez les personnes aphasiques. L'étude de Schütz, (1998) s'est intéressée à l'estime de soi de 412 personnes. Ces personnes devaient remplir différents questionnaires en ayant en tête un événement pouvant avoir eu un impact sur leur estime d'elles-mêmes. Des exemples d'événements utilisés sont, par exemple, une situation dans laquelle les comportements du partenaire peuvent être interprétés comme leur manquant de respect. Les résultats démontrent que l'estime de soi de la personne vivant la situation malheureuse est reliée négativement au sentiment de dépendance au partenaire lors de l'événement (Schütz, 1998). Dans le futur, des chercheurs devraient s'attarder au lien possible entre la présence de surprotection ou la perception négative du conjoint avec l'estime de soi des personnes aphasiques.

Plusieurs personnes aphasiques présentent un état dépressif suite à l'arrivée de l'aphasie (Starkstein et Robinson, 1989). Cet état a souvent été associé à la localisation de la lésion cérébrale (Robinson et Szetela, 1981;

Starkstein et Robinson, 1989). Jusqu'à maintenant peu d'études ont permis de faire le lien entre la dépression et l'environnement des personnes aphasiques ou entre la dépression et la réponse naturelle des personnes aphasiques à un événement traumatique (Brumfitt, 1998). Les résultats de l'étude de Thompson, Sobolew-Shubin, Graham et Janigian (1989), effectuée auprès de participants cérébrolésés, démontrent pourtant qu'un des prédicteurs de la dépression chez les personnes cérébrolésées est la surprotection par l'aidant. Dans l'étude de Thompson et Sobolew-Shubin (1993), les personnes cérébrolésées qui se sentent davantage surprotégées, sont également plus déprimées.

La communication entre les membres du couple influence la satisfaction conjugale et celle-ci affecte la dépression des partenaires du couple (Julien, 1993). Les résultats de la présente recherche, de même que ceux provenant de différentes études sur la communication des personnes aphasiques avec leur conjoint(e), suggèrent que la communication conjugale se transforme lorsqu'il y a présence d'aphasie. Il est donc possible que l'aphasie modifiera la satisfaction conjugale. D'ailleurs, les résultats des études de Williams (1993) et Williams et Freer (1986) effectuées auprès de couples aphasiques, démontrent une diminution de la satisfaction conjugale suite à l'aphasie. Par extension, cette situation pourrait favoriser le développement d'une dépression chez un des membres du couple.

En conclusion, un domaine de recherche permettant une description de l'impact du phénomène PSSC doit être développé. Il serait pertinent de mettre en lien le phénomène PSSC avec l'estime de soi des personnes aphasiques. Il serait également enrichissant d'observer si les personnes aphasiques issues

des couples vivant le phénomène PSSC, se révèlent être davantage isolées socialement ou déprimées.

Implications cliniques

Différentes implications cliniques découlent des résultats obtenus grâce à cette recherche. Une de celles-ci consiste en l'importance d'intervenir auprès des couples touchés par l'aphasie afin, d'une part, d'améliorer la compétence de ceux-ci pour mieux vivre avec l'aphasie et d'autre part, de diminuer les possibilités qu'ils vivent le phénomène PSSC. Comme tous les couples ne semblent pas affectés de la même façon, tous ne nécessiteraient pas une intervention spécifique à cet effet.

Plus spécifiquement, un des objectifs de l'intervention auprès des couples devrait être de faciliter le rôle d'aidant tenu par le(la) conjoint(e) en apportant de l'information et du soutien dans l'adaptation à l'aphasie. De plus, certains couples devraient bénéficier d'une aide dans l'amélioration de la qualité des conversations impliquant les deux membres du couple.

L'information doit être fournie afin d'aider les conjoint(e)s à mieux comprendre les incapacités et changements chez la personne aphasique. Cette information permettrait de clarifier avec les conjoint(e)s les causes des différents changements qu'ils/elles perçoivent chez les personnes aphasiques.

L'intervention doit soutenir le (la) conjoint(e) dans son adaptation à l'aphasie. Des échanges sur la réorganisation et l'émergence de nouveaux rôles familiaux et sur le rôle de "malade", qui peut être créé lorsqu'un membre d'une famille souffre d'aphasie, seraient bénéfiques. Puisque les femmes et les hommes semblent s'adapter différemment à l'aphasie, des considérations à cet égard devraient être prises. Ainsi, il serait peut-être préférable de faire

des sous-groupes d'hommes et de femmes lors de réunions de groupe. Un soutien devrait être accordé aux conjoint(e)s dans la recherche de moyens concrets qui facilitent un certain répit de la situation d'aidant auprès de leur partenaire aphasique. Ceci pourrait prévenir que les conjoint(e)s ne s'investissent à outrance dans la relation avec leur partenaire aphasique. Par exemple, ils/elles pourraient être aidé(e)s dans la poursuite d'activités individuelles déjà présentes avant l'aphasie.

Les suggestions cliniques issues du présent travail appuient les propos de Denman (1998) qui, suite à l'analyse qualitative d'entrevues effectuées auprès de conjoint(e)s de personnes aphasiques, suggère que les conjoint(e)s ont besoin entre autres, de soutien par rapport au changement de rôles, d'information et de répit.

Une partie de l'action d'un(e) orthophoniste auprès des couples touchés par l'aphasie devrait cibler l'amélioration de la qualité de situations de communication impliquant les deux membres du couple. Actuellement, ce type d'intervention commence à être offert dans différents pays et les résultats sont des plus prometteurs (Booth et Perkins, 1999; Wilkinson, Bryan, Lock, Bayley, Maxim, Bruce, Edmundson et Moir, 1998). Avant d'intervenir au plan de la conversation avec un couple, il est essentiel de recueillir les points de vue des membres du couple par rapport à ce qui y est problématique. Les conjoints sont souvent de bons juges par rapport aux difficultés en conversation avec leur partenaire et par rapport au besoin d'une intervention conversationnelle (Croteau, Le Dorze, Amireault et Gagnon, 1997; Le Dorze, Croteau, Brassard et Michallet (1999). Le comportement de "parler pour" pourrait être ciblé considérant l'impact potentiellement négatif au plan de la participation de la

personne aphasique à la conversation. Bien évidemment, différents comportements d'aide du (de la) conjoint(e) et des comportements de la personne aphasique pourraient également faire l'objet d'une intervention. Par exemple, le soutien apporté par le/la conjoint(e) lors d'un moment de manque du mot de la personne aphasique comme suggéré par Oelschlaeger (1999). L'intervention pourrait prendre la forme d'une discussion entre l'orthophoniste et le couple, suite à l'écoute de situations de conversation filmées sur bande vidéo. Pour leur part, Wilkinson, Bryan, Lock, Bayley, Maxim, Bruce, Edmundson et Moir (1998) ont utilisé ce type d'approche dans le but de diminuer les corrections superflues d'erreurs phonémiques d'une femme aphasique par son conjoint. Il semble qu'après huit heures de thérapie, il n'y avait plus de ces séquences de corrections par le conjoint.

Une intervention moins intrusive au plan de la conversation pourrait également être profitable. Booth et Perkins, (1999) ont utilisé une analyse de conversation pour identifier les conseils destinés au frère d'un homme aphasique. Les résultats démontrent que la participation de ce frère à un groupe de thérapie discutant de la conversation et de l'impact de l'aphasie a diminué de façon tangible le nombre de réparations superflues en conversation qu'il effectuait. Ainsi, l'homme qui connaissait le mot à évoquer avait tendance à laisser son frère aphasique le chercher longtemps avant d'intervenir. Il a réalisé que cette stratégie n'était pas efficace et qu'elle pouvait être difficile à vivre pour son frère.

En somme, les couples touchés par l'aphasie nécessitent une intervention professionnelle. Le/la conjoint(e) doit prioritairement être ciblé(e) lors de celle-ci. Cette intervention doit inclure de l'information, du soutien et

pour certains couples, elle doit tenter d'améliorer la qualité de diverses situations de conversation impliquant les deux membres du couple. Ces recommandations permettront ultimement d'améliorer la qualité de vie des couples touchés par l'aphasie et de faciliter l'intégration sociale de la personne aphasique.

Chapitre 7

Conclusion

Conclusion

Il arrive qu'un phénomène appelé perception, surprotection et surprotection en conversation (PSSC) se développe chez des couples touchés par l'aphasie. Les résultats obtenus dans la présente thèse soutiennent que les personnes aphasiques sont perçues différemment par leur conjoint que celles ne présentant pas de problème de santé. De plus, les conjointes d'hommes aphasiques mentionnent se percevoir davantage comme surprotectrices que les conjointes d'hommes en bonne santé. L'analyse faite de conversations de six couples fait ressortir un comportement des conjoint(e)s de personnes aphasiques pouvant être un signe de la surprotection en conversation soit le comportement de "parler pour". Le phénomène PSSC semble se présenter chez les couples dont un partenaire est aphasique. En effet, le présent travail démontre que les trois composantes du phénomène semblent être reliées entre elles. La perception est en lien avec la surprotection au sein du couple mesurée auprès des conjoint(e)s et la présence du comportement "parler pour" pourrait être reliée à la présence de surprotection au sein du couple.

De façon plus générale, cette recherche a permis de décrire un phénomène d'adaptation qui peut se développer chez des couples touchés par l'aphasie. Elle a également permis de démontrer que ce phénomène peut se manifester dans la conversation. Selon cette recherche, les conjoints et conjointes de personnes aphasiques s'adaptent différemment à l'aphasie. Cette thèse fournit des bases théoriques afin d'améliorer l'intervention auprès de couples touchés par l'aphasie.

Références

Références

Aries, E. (1987). Gender and communication. Dans P. Shaver, & C. Hendrick (Eds.), *Human helplessness, theory and applications* (pp. 149-176). New York, NY: Academic Press Inc.

Aries, E. (1996). *Men and women in interaction: Reconsidering the differences*. New York: Oxford University Press.

Artes, R. & Hoops, R. (1976). Problems of aphasic and non-aphasic stroke patients as identified and evaluated by patients' wives. Dans Y. Lebrun, & R. Hoops (Eds.), *Neurolinguistics 4* (pp. 31-45). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Barusch, A. S. & Spaid, W. M. (1989). Gender differences in caregiving: Why do wives report greater burden? *The Gerontologist*, 29, 667-676.

Bodenmann, G. Gottman, J. M. & Backman, H. (1997). A Swiss replication of Gottman's couple typology. *Swiss Journal of Psychology*, 56, 205-216.

Booth, S. & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: A case study. *Aphasiology*, 13, 283-303.

Brumfitt, S. (1993). Losing your sense of self: What aphasia can do. *Aphasiology*, 7, 569-591.

Brumfitt, S. (1998). The measurement of psychological well-being in the person with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33, 117-120.

Buxbaum, J. (1967). Effect of nurturance on wives' appraisals of their marital satisfaction and the degree of their husbands' aphasia. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 240-243.

- Coupland, N., Coupland, J., & Giles, H. (1991). Discourse, accommodation and intergenerational relations. Dans N. Coupland, J. Coupland, & H. Giles (Eds.), *Language, Society & the Elderly: Discourse, identity and aging* (pp. 25-53). Cambridge, MA: Blackwell.
- Croteau, C. & Le Dorze, G. (1999). Overprotection in couples with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 21, 432-437.
- Croteau, C., Le Dorze, G., Amireault, M.-C. & Gagnon, S. (1997). An analysis of conversations of aphasic persons with their spouse. *International Clinical Phonetics and Linguistics Association Abstracts*, 36-37.
- Deloche, G., North, P., Dellatolas, G., Christensen, A. L., Cremel, N., Passadori, A., Dordain, M., & Hannequin, D. (1996). Le handicap des adultes cérébrolésés: le point de vue des patients et de leur entourage. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 39, 1-9.
- Denman, A. (1998). Determining the needs of spouses caring for aphasic partners. *Disability and Rehabilitation*, 20, 411-423.
- Deslauriers, J.-P. (1991). Recherche qualitative, guide pratique. Montréal: McGraw-Hill Editeurs.
- Færch, C., & Kasper, G. (1984). Two ways of defining communication strategies. *Language Learning*. 34, 45-63.
- Ferguson, A. (1992). Conversational repair of word-finding difficulty. *Clinical Aphasiology*, 21, 299-310.
- Ferguson, A. (1994). The influence of aphasia, familiarity and activity on conversational repair. *Aphasiology*, 8, 143-157.
- Ferguson, A. (1996). Describing competence in aphasic/normal conversation. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 10, 55-63.
- Fine, M., & Asch, A. (1985). *Women with disabilities: Essays in psychology, culture and politics*. Philadelphia, PA: Temple University Press.

- Fishman, P. M. (1978). Interaction: The work women do. *Social Problems, 25*, 397-406.
- Fiske, V., Coyne, J. C., & Smith, D. A. (1991). Couples coping with myocardial infarction: An empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. *Journal of Family Psychology, 5*, 4-20.
- Flaherty, J. & Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science Medecine, 28*, 1221-1228.
- Forsberg-Wärleby, G., & Möller, A. (1996). Models of adaptation - An adaptation process after stroke analysed from different theoretical perspectives of adaptation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 3*, 114-122.
- Gilgun, J. F., & Sussman, M. B. (1996). *The methods and methodologies of qualitative family research*. New York: Haworth Press.
- Goffman, E. (1967) *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behavior*. New York: Anchor Books.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders* (2nd ed.). Philadelphia, Pa: Lea & Febiger.
- Gough, H. G., & Gendre, F. (1982). *Manuel de la Liste d'Adjectifs ACL*. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Gough, H. G., & Heilbrun, A. B. (1983). *The Adjective Check List manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Grand, A., Grand-Filaire, A., & Pous, J. (1993). Aging Couples and disability management. *International Journal of Aging and Human Development, 37*, 119-137.
- Harris, B. A., Jette, A. M., Champion, E. W. & Clerry, P. D. (1986). Validity of self-report measures of functional disability. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 1*, 31-41.

Herrmann, M., Britz, A., Bartels, C., & Wallesch, C.-W. (1995). The impact of aphasia on the patient and family in the first year poststroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 5-19.

Herrmann, M. & Wallesch, C.-W. (1989). Psychosocial changes and psychological adjustment with chronic and severe non-fluent aphasia. *Aphasiology*, 3, 513-526.

Holland, A. L. (1998). Why can't clinicians talk to aphasic adults? Comments on supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversational partners. *Aphasiology*, 12, 844-847.

Holroyd, J. (1987). *Questionnaire on Resources and Stress for families with chronically ill or handicapped members*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Co.

Holroyd, J. (1988). A review of criterion validation research on the questionnaire on resources and stress for families with chronically ill or handicapped members. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 335-354.

Huberty, C. J., & Morris, J. D. (1989). Multivariate analysis versus multiple univariate analyses. *Psychological Bulletin*, 105, 302-308.

Hummert, M. L. (1994). Stereotypes of the elderly and patronizing speech. Dans M. L. Hummert, J. M. Wiemann, & J. F. Nussbaum (Eds.), *Interpersonal communication in older adulthood: Interdisciplinary theory and research* (pp. 162-184). Thousand Oaks, C.: Sage Publications.

Johannsen-Horbach, H., Wenz, C., Fünfgeld, M., Herrmann, M., & Wallesch, C.-W. (1993). Psychosocial aspects in the treatment of adult aphasics and their families: A group approach. Dans A. L. Holland, & M. M. Forbes (Eds.). *Aphasia Treatment: World Perspectives* (pp. 319-334). San Diego, CA: Singular Publishing Group.

Julien, D. (1993). Le couple dans tous ses états. *Interface*, 14, 14-24.

Jussim, L. (1986). Self-Fulfilling Prophecies: A theoretical and integrative review. *Psychological Review*, 93, 429-445.

Jutras, S. & Veilleux, F. (1991). Gender roles and caregiving to the elderly: An emperical study. *Sex Roles*, 25, 1-18.

Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2, 15-28.

Keenan, E. O., & Schieffelin, B. B. (1976). Topic as a discourse notion: A study of topic in the conversations of children and adults. Dans C. Li (Ed.), *Subject and Topic : A new typology of language* (pp. 336-384). New York: Academic Press.

Keller, M., Henrich, G., Sellschopp, A., & Beutel, M. (1996). Between distress and support: Spouses of cancer patients. Dans L. Baider, L. Cary, C. Atara, & K. De-Nour. (Eds.), *Cancer and the Family* (pp. 187-223). New York: John Willey & Sons.

Kinsella, G. J., & Duffy, F. D. (1980). Attitudes towards disability expressed by stroke patients. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medecine*, 12, 73-76.

Kitchin, W. (1972). Teachers view students: An attitude assessment through personality profiles. *Adults Education*, 2, 136-149.

- Klippi, A. (1991). Conversational dynamics between aphasics. *Aphasiology*, 5, 373-378.
- Kollock, P., Blumstein, P., & Schwartz, P. (1985). Sex and power in interaction: Conversational privileges and duties. *American Sociological Review*, 50, 34-46.
- Krausz, S. (1988). Illness and loss: Helping couples cope. *Clinical Social Work Journal*, 16, 52-65.
- Kuypers, J. A. & Bengtson, V. L. (1973). Social breakdown and competence. *Human development*, 16, 181-201.
- Kuypers, J. A. & Bengtson, V. L. (1983). Toward competence in the older family. Dans T. Brubaker (Ed.), *Family Relationships in Later Life* (pp. 211-228). Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Lecours, A., & Lhermitte F. (1979). *L'aphasie*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Le Dorze, G. (1995). L'aphasie selon la perspective des personnes aphasiques et de leurs proches: Une analyse qualitative des conséquences de l'aphasie. Rapport de recherche non publié. PNRDS 1993-1995.
- Le Dorze, G. & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic disease. *Aphasiology*, 9, 239-255.
- Le Dorze, G., Croteau, C., Brassard, C., & Michallet, B. (1999). Research considerations guiding interventions for families affected by aphasia. *Aphasiology*, 13, 922-927.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Nguyen, T. V. (1985). Reactions of families to illness: Theoretical Models and perspectives. Dans D. C Turk, & R. D Kerns (Eds), *Health, Illness and Families: A Life-Span Perspectives*. Toronto: John Wiley & Sons.

- Lubinski, R. (1991). Learned helplessness: Application to communication of the Elderly. Dans R. Subinski (Ed.), *Dementia and Communication* (pp. 142-151). Hamilton: B.C. Decker.
- Lutsky, S. M., & Knight, B. G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging, 9*, 513-519.
- MacWhinney, B. (1988). *Manual for use of the CHAT transcription coding system of the Child Language Data Exchange System*. Pittsburgh: Carnegie Mellon University.
- Malone, R. L., Ptacek, P. H., & Malone, M. S. (1970). Attitudes expressed by families of aphasics. *British Journal of Disorders of Communication, 59*, 174-179.
- Manzo, J. F., Blonder, L. X., & Burns, A. F. (1995). The social- interactional organisation of narrative and narrating among stroke patients and their spouses. *Sociology of Health & Illness, 17*, 307-327.
- Milroy, L., & Perkins, L. (1992). Repair strategies in aphasic discourse: Towards a collaborative model. *Clinical Linguistics & Phonetics, 6*, 27-40.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy: A structural approach*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Montgomery-West, P. (1995). A spouse's perspective on life with aphasia. Dans E. J. Roth, & D. A. Olson (Eds.), *Topics in Stroke Rehabilitation* (pp. 1-4). Frederick, MD: Aspen Publisher.
- Morris, J. (1993). Gender and disability. Dans J. Swain, V. Finkelstein, S. French, & M. Oliver (Eds.), *Disabling barriers- enabling environments* (pp. 8-92). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Morse, J. M., & Dellasega, C. A. (1997). Qualitative Research and chronic illness. Dans E. A. Swanson, & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Chronic illness and the older adult* (pp. 159-179). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. Dans R. M. Farr, & S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 3-69). New York: Cambridge University Press.
- Mulhall, D. J. (1978). Dysphasic stroke patients and the influence of their relatives. *The British Journal of Disorders of Communication*, 13, 127-134.
- Murray, H. A. (1962). Proposals for a theory of personality. Dans H. A. Murray, W. G. Barret, & W. G. Langer (et al.) (Eds.), *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age* (pp. 36-242). New York: Oxford University Press.
- Myers, D. G., & Lamarche, L. (1992). Expliquer le comportement. Dans D. G. Myers, & L. Lamarche (Eds.), *Psychologie Sociale* (pp. 77-111). Saint-Laurent, Qc: Mc Graw-Hill.
- Mykyta, L. J., Bowling, J. H., Nelson, D. A., & Lloyd, E. J. (1976). Caring for relatives of stroke patients. *Age and Ageing*, 5, 87-90.
- Nespoulous, J. L., Lecours, A. R., Lafond, D., Lemay, A., Puel, M., Joannette, Y., Cot, F. and Rascol, A. (1986). *Protocole Montréal-Toulouse: Examen de l'Aphasie (M1 Beta)*. Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Nye, F. I., Bahr, H. M., Bahr, S. J., Carlson, J. E., Gecas, V., McLaughlin, S., & Slocum, W. L. (1976). *Role Structure and Analysis of the Family*. London: Sage Publications Ltd.
- O'Connor, B. P., & Rigby, H. (1996). Perception of baby talk, frequency of receiving baby talk and self-esteem among community and nursing home residents. *Psychology and Aging*, 11, 147-154.

Oelschlaeger, M. L. (1999). Participation of a conversation partner in the word searches of a person with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology, 8*, 62-71.

Oelschlaeger, M. L. & Damico, J. S. (1998a). Joint productions as a conversational strategy in aphasia. *Clinical linguistics and phonetics, 12*, 459-480.

Oelschlaeger, M. L. & Damico, J. S. (1998b). Spontaneous verbal repetition: A social strategy in aphasic conversation. *Aphasiology, 12*, 971-988.

Oranen, M., Sihvonen, R., Äystö, S., & Hagfors, C. (1987). Different coping patterns in the families of aphasic people. *Aphasiology, 1*, 277-281.

Parr, S. (1994). Coping with aphasia: Conversations with 20 aphasic people. *Aphasiology, 8*, 457-466.

Parsons, T., & Fox, R. (1952). Illness, therapy and the modern urban american family. *Journal of Social Issues, 8*, 31-44.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2nd ed.). London: Sage Publication.

Perkins, L. (1995). Applying conversation analysis to aphasia: Clinical implications and analytic issues. *European Journal of Disorders of Communication, 30*, 372-383.

Pratt, M. W. & Norris, J. E. (1994). Thinking about other persons. Dans E. J. Birren (Ed.), *The Social Psychology of Aging*. Cambridge (pp. 64-93). MA: Blackwell Publishers.

Pruchno, R. A., & Resch, N. L. (1989). Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden. *The Gerontologist, 29*, 159-165.

Rau, M. T., & Schultz, R. (1988). The psychological context of stroke-related communication disorders in the elderly: A social network perspective. *Seminars in Speech and Language, 9*, 167-176.

Robinson, R. G., & Szetela, B. (1981). Mood change following left hemispheric brains injury. *Annals of Neurology, 9*, 447-453.

Rolland, J. S. (1988). A conceptual model of chronic and life-threatening illness and its impact on families. Dans C. S. Chilman, E. W. Nunnally, & F. M. Cox (Eds.), *Chronic illness and disability* (pp. 17-68). London: Sage Publications.

Ryan, E., Giles, H., Bartolucci, G., & Henwood, K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language & Communication, 6*, 1-24.

Ryan, E., See, S., Meneer, W. B., & Trovato, D. (1994). Age-based perceptions of conversational skills among younger and older adults. Dans M. L. Hummert, J. M. Wieman, & J. F. Nussbaum (Eds.), *Interpersonal Communication in Older Adulthood*. (pp. 15-39). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Sachs, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language, 50*, 696-735.

Scarr, S. (1969). Social introversion-extraversion as a heritable response. *Child Development, 40*, 823-832.

Schütz, A. (1998). Coping with threats to self-esteem: The differing patterns of subjects with high versus low trait self-esteem in first-person accounts. *European Journal of Personality, 12*, 169-186.

Scott, C. B. (1993). Circular victimization in the caregiving relationship. *Western Journal of Nursing Research, 15*, 230-245.

Silvast, M. (1991). Aphasia therapy dialogues. *Aphasiology*, 5, 383-390.

Simkins-Bullock, J. A. & Wildman, B. G. (1991). An investigation into the relationships between gender and language. *Sex Roles*, 24, 149-160.

Simmons-Mackie, N. N., & Damico, J. S., (1996). Accounting for handicaps in aphasia: Communicative assessment from an authentic social perspective, *Disability and Rehabilitation*, 18, 540-549.

Solomon, K. (1982). Social antecedents of learned helplessness in the health care setting. *The Gerontologist*, 22, 282-287.

Starkstein, S. E. Robinson, R. G. (1989). Affective disorders and cerebral vascular disease. *British Journal of Psychiatry*, 154, 170-182.

Stephenson, W. (1953). *The study of behavior*. Chicago: University of Chicago Press.

Thompson, S. C., Bundek, N. I., & Sobolew-Shubin, A. (1990). The caregivers of stroke patients: An investigation of factors associated with depression. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 115-129.

Thompson, S. C., & Pitts, J. S. (1992). In *Sickness and in health: Chronic illness, marriage and spousal caregiving*. Dans S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.), *Helping and being helped: Naturalistic studies* (pp. 115-151). The Claremont Symposium on Applied Psychology. Newbury Park, CA: Sage.

Thompson, S. C., & Sobolew-Shubin, A. (1993a). Overprotective Relationships: A nonsupportive side of social networks. *Basic and Applied Social Psychology*, 14, 363-383.

Thompson, S. C., & Sobolew-Shubin, A. (1993b). Perception of overprotection in ill adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 85-97.

Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Graham M. A., & Janigian A. S. (1989). Psychosocial adjustment following a stroke. *Social Science Medecine*, 28, 239-247.

Turk, D. C., & Kerns, R. D. (1985). The family in health and illness. Dans D.C. Turk and R.D. Kerns (Eds.), *Health, illness and families: A life-span perspective* (pp. 1-22). Toronto: John Wiley & Sons.

Vess, J. D., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1985a). An empirical assessment of the effects of cancer on family role functioning. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3, 1-16.

Vess, J. D., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1985b). A follow-up study of role functioning and the psychological environment of families of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3, 1-14.

Ville, I., Ravaud, J-F., Marchal, F., Paicheler, H., & Fardeau, M. (1992). Social identity and the international classification of handicaps: An evaluation of the consequences of facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Disability and Rehabilitation*, 14, 168-175.

Währborg, P., & Borenstein, P. (1989). Family therapy in families with an aphasic member. *Aphasiology*, 3, 93-98.

Walster, E., Berscheid, E., & Walster, G. W. (1973). *New directions in equity research*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 151-176.

Webster, E. J., Dans, J.C. & Saunders, P.T.(1982). Descriptions of husband-wife communication pre- and post-aphasia. Dans R. H, Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference Proceeding* (pp. 64-74). Minneapolis: BRK Publishers.

Wilkinson, Bryan, Lock, Bayley, Maxim, Bruce, Edmundson et Moir (1998). Therapy using conversation analysis: Helping couples adapt to aphasia in conversation. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 33 (Suppl.) 144-149.

Williams, S. E. (1993). The impact of aphasia on marital satisfaction. *Arch Phys Med Rehabil*, 74, 361-367.

Williams, S. E., & Freer, C. A. (1986). Aphasia: Its effect on marital relationships. *Arch Phys Med Rehabil*, 67, 250-252.

Wolf, S. (1987). The social setting and the pathophysiology of ageing. Dans L. Levi (Ed.), *Society, Stress, and Disease. Old age*, 5 (pp. 69-73). New York: Oxford University Press.

Zraick, R. I., & Boone, D. R. (1991). Spouse attitudes toward the person with aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 123-128.

Zusman, J. (1968). Some explanations of the changing appearance of psychotic patients: Antecedents of the social breakdown syndrome concept. Dans E. M. Gruenberg (Ed.), *Evaluating the Effectiveness of Community Mental Health Services* (pp. 363-394). New York: Milbank Memorial Fund.

Appendice A

Traduction des questionnaires et pré-expérimentation

Traduction des questionnaires

Les différents questionnaires utilisés lors de la recherche (OPSA, QRS, ACL et FSIA) ont été traduits par la méthode de double traduction. Deux des trois traducteurs ayant effectué le travail étaient bilingues depuis l'âge de 5 ans et utilisaient de façon fréquente l'anglais. Le troisième traducteur était né et avait vécu dans une famille bilingue (mère francophone et père anglophone). Grâce à la méthode de traduction inversée parallèle, les questionnaires anglais ont été traduits en français et ensuite ils ont été retraduits en anglais. Les deux versions anglaises ont été comparées. Si des différences existaient, le premier traducteur reprenait sa traduction afin de l'améliorer. S'il jugeait qu'il ne pouvait l'améliorer, c'est le deuxième traducteur qui essayait d'améliorer sa traduction afin que les deux traducteurs obtiennent à l'aveugle le même énoncé. Si les deux versions anglaises n'étaient pas identiques, l'accord des deux traducteurs était obtenu pour choisir l'énoncé français à conserver. Moins de 10% des énoncés ou des mots ont nécessité un accord entre traducteurs.

Une version française effectuée en Suisse par Gough & Gendre (1982) du questionnaire "Adjective Check List" a été analysée. Cette version comportait de nombreux adjectifs très peu utilisés en franco-québécois (ex.: hâbleur). Une traduction s'imposait donc avec la méthode décrite plus haut. Finalement, il s'est avéré que la version que nous avons produite diffère quelque peu de celle de Gough & Gendre (1982) (29,67% des adjectifs ne sont pas identiques entre les deux versions françaises).

Pré-expérimentation

Afin de vérifier les questionnaires utilisés et la situation de conversation à trois participants, une pré-expérimentation a été effectuée. Quatre couples ont

participé à cette pré-expérimentation. Trois des couples étaient composés de personnes de plus de 55 ans. Dans ces couples, un des partenaires était aphasique. Un de ces partenaires aphasiques était un homme qui présentait une déficience auditive. Les deux autres participants aphasiques étaient des femmes qui remplissaient les critères de sélection pour la présente recherche.

Les deux membres du quatrième couple ont participé à une partie de la pré-expérimentation, soit la situation de conversation à trois. Ils étaient âgés de 27 et 29 ans et étaient en bonne santé. La rencontre avec ce jeune couple a eu lieu afin de permettre à l'intervieweuse de se sentir à l'aise dans la situation d'entrevue.

Les deux couples de plus de 55 ans, dont un des partenaires était une femme aphasique, ont été rencontrés de nouveau 10 mois plus tard et ils ont donc fait partie de l'expérimentation. Seulement les questionnaires ont été administrés de nouveau à ces personnes. Le délai entre la première administration et la seconde a permis de contrôler l'influence potentielle de la première mesure sur la seconde. Les enregistrements vidéo réalisés lors de la pré-expérimentation n'ont pas été utilisés dans la présente thèse.

Situation de conversation à trois

Lors de la situation de conversation à trois, les questions choisies semblaient être intéressantes pour les participants et ceux-ci semblaient à l'aise dans la situation. Aucune modification n'a donc été apportée à la situation telle que prévue. La pré-expérimentation a aussi permis à l'intervieweuse de se familiariser avec le déroulement de la situation (ex.: installation de la caméra vidéo, faire piger des cartes) et la gestion de la conversation qu'elle devait faire.

Modifications apportées aux questionnaires suite à la pré-expérimentation

FSIA. Trois questions ont été éliminées du questionnaire original FSIA puisqu'elles faisaient allusion à des activités nécessitant du langage pour les

effectuer et que ce questionnaire était utilisé afin de mesurer les incapacités reliées davantage à des capacités motrices. Les questions éliminées sont les suivantes:

13. Faire l'épicerie, 14. Visiter de la parenté ou des amis 15. Participer à des activités communautaires tels des services religieux ou des clubs.

Afin d'attribuer les points, les informations suivantes ont été considérées:

2. Monter et descendre de escaliers : si l'aide de la rampe est indispensable: utilise de l'équipement.

11. Laver la vaisselle: incluait laver les chaudrons

12. Faire de légers travaux dans la maison: incluait passer l'aspirateur.

QPSA. Tous les items du questionnaire (version brève) ont été conservés dans leur forme originale avec une seule transformation: dans chaque énoncé l'expression "les gens autour de moi" ("people around me") a été changé pour mon/ma conjoint (e).

QRS. Le questionnaire QRS a subi quelques modifications suite à la pré-expérimentation:

1. L'échelle du questionnaire est passée d'une échelle vrai ou faux à une échelle à quatre points.

2. Deux énoncés (sur un total de 13) ont été éliminés:

"In the future _____ will be more able to help himself/herself

Cet énoncé paraissait inadéquat pour les personnes âgées.

"I feel that _____ would prefer a professional (nurse, daycare helper etc.) to care for himself/herself rather than a member of our family".

Cet énoncé semblait confus pour bon nombre de participants.

Appendice B

Formulaires de consentement



Équipe de recherche en orthophonie

Numéro du sujet _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES CONJOINTS

Je, soussigné, _____, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant dans les conditions décrites ci-dessous:

Titre du projet:

Étude de la communication chez des couples dont un membre est aphasique.

Responsable

Claire Croteau, M.O.A., orthophoniste et étudiante au Ph.D. en sciences biomédicales (option orthophonie). Équipe de recherche en orthophonie, Université de Montréal. 514-343-2279.

Objectif du projet

Identifier chez les personnes aphasiques et leur conjoint, différents ajustements qu'ils effectuent pour s'adapter à la nouvelle dynamique créée par l'aphasie. Bien que la participation à ce projet peut ne m'apporter aucun bénéfice particulier, les résultats permettront de mieux comprendre les effets de l'aphasie et donc d'intervenir plus efficacement auprès des couples touchés par cette maladie.

Nature de ma participation

Consacrer trois heures (3 h) de mon temps afin de participer à:

- 1- une évaluation de mon audition,
- 2- une brève entrevue avec une orthophoniste ou un agent de recherche de l'équipe de recherche en orthophonie,
- 3- une entrevue en présence de mon conjoint et d'une orthophoniste,
- 4- une conversation uniquement en présence de mon conjoint et
- 5- remplir quatre questionnaires.

Équipe de recherche en orthophonie



Les trois heures nécessaires pourront se faire en **une ou deux rencontres** selon ce que je préfère. Un enregistrement sonore sera fait lors de l'entrevue avec l'orthophoniste ou l'agente de recherche. Un enregistrement vidéo sera effectué lors de l'entrevue avec mon conjoint(te) et l'orthophoniste et lors de la situation de conversation avec mon conjoint(te).

Risque

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir, sur le plan médical, aucun risque que ce soit. Il est également entendu que ma participation n'aura aucun effet sur tout traitement médical auquel je serais éventuellement soumis.

Informations concernant le projet

On devra répondre, à toute question que je poserai à propos du présent projet de recherche.

Retrait de ma participation

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre; il est également entendu que je pourrai à tout moment mettre un terme à ma participation sans que cela nuise à mes relations avec mon médecin ou tout autre intervenant.

Confidentialité

Il est entendu que les observations effectuées en ce qui me concerne dans le cadre du projet de recherche décrit ci-dessus demeureront strictement confidentielles. Mon conjoint ou ma conjointe n'aura pas accès à cette information.

Utilisation des enregistrements

Les enregistrements ne seront visionnés que par les chercheurs impliqués dans le projet. Ils serviront aux fins de la présente recherche et pour analyser subséquemment différents aspects de la conversation de couple lorsqu'un membre est aphasique. Ces enregistrements seront détruits dans les dix prochaines années.

Ressources en psychologie

Si les participants en éprouvent le besoin ou s'ils en font la demande, ils seront référés à Madame Danièle Cartier, psychologue (tél.: 341-9199). Ils pourront aussi être orientés vers des services en psychologie offerts par les CLSC de leur région.



Équipe de recherche en orthophonie

Je déclare avoir lu et/ou compris les termes de la présente formule.

_____ signature du participant

_____ signature d'un témoin

Fait à _____, le _____, 19_____.

Je soussignée, _____, certifie:

- avoir expliqué au signataire les termes de la présente formule,
- avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard
- avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

_____ signature du responsable

Fait à _____, le _____, 19_____.



Équipe de recherche en orthophonie

Numéro du sujet _____

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR UTILISER LES ENREGISTREMENTS VIDÉO À D'AUTRES FINS

Je, soussigné, _____, autorise Claire Croteau, orthophoniste, à utiliser les enregistrements vidéo effectués dans le cadre du projet "Etude de la communication chez des couples dont un membre est aphasique":

1. Pour des congrès de chercheurs en orthophonie ou en aphasie (pour les dix prochaines années)

_____ signature du participant

_____ signature d'un témoin

2. À des fins d'enseignement universitaire (pour les dix prochaines années)

_____ signature du participant

_____ signature d'un témoin

_____ signature du responsable

Fait à _____, le _____, 19_____.

Équipe de recherche en orthophonie

x

Numéro du sujet _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PERSONNES APHASIQUES

Je, soussigné, _____, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant dans les conditions décrites ci-dessous:

Titre du projet:

Etude de la communication chez des couples dont un membre est aphasique.

Responsable

Claire Croteau, M.O.A., orthophoniste et étudiante au Ph.D. en Sciences biomédicales (option orthophonie). Équipe de recherche en orthophonie, Université de Montréal. 514-343-2279.

Objectif du projet

Identifier chez les personnes aphasiques et leur conjoint, différents ajustements qu'ils effectuent pour s'adapter à la nouvelle dynamique créée par l'aphasie. Bien que la participation à ce projet peut ne m'apporter aucun bénéfice particulier, les résultats permettront de mieux comprendre les effets de l'aphasie et donc d'intervenir plus efficacement auprès des couples touchés par cette maladie.

Nature de ma participation

Consacrer trois heures (3 h) de mon temps afin de participer à:

- 1- une évaluation de mon audition,
- 2- une brève entrevue avec une orthophoniste,
- 3- à des épreuves de compréhension et de répétition du langage,
- 4- à une entrevue en présence de mon conjoint et une orthophoniste,
- 5- à une conversation uniquement en présence de mon conjoint et
- 6- de remplir deux questionnaires.

Les trois heures nécessaires pourront se faire en une ou deux rencontres selon ce que je préfère. Les rencontres auront lieu à mon domicile. Un enregistrement sonore sera fait lors de l'entrevue avec l'orthophoniste. Un enregistrement vidéo sera effectué lors de l'entrevue avec mon conjoint(te) et l'orthophoniste et lors de la situation de conversation avec mon conjoint(te).



Équipe de recherche en orthophonie

Risque

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir, sur le plan médical, aucun risque que ce soit. Il est également entendu que ma participation n'aura aucun effet sur tout traitement médical auquel je serais éventuellement soumis.

Informations concernant le projet

On devra répondre, à toute question que je poserai à propos du présent projet de recherche.

Retrait de ma participation

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre; il est également entendu que je pourrai, à tout moment, mettre un terme à ma participation sans que cela nuise à mes relations avec mon médecin ou tout autre intervenant.

Confidentialité

Il est entendu que les observations effectuées et les renseignements recueillis dans le cadre du projet de recherche décrit ci-dessus demeureront strictement confidentielles. Mon conjoint ou ma conjointe n'aura pas accès à cette information.

Utilisation des enregistrements

Les enregistrements ne seront visionnés que par les chercheurs impliqués dans le projet. Ils serviront aux fins de la présente recherche et pour analyser subséquemment différents aspects de la conversation de couple lorsqu'un membre est aphasique. Ces enregistrements seront détruits dans les dix prochaines années.

Ressources en psychologie

Si les participants en éprouvent le besoin ou s'ils en font la demande, ils seront référés à Madame Danièle Cartier, psychologue (tél.: 341-9199). Ils pourront aussi être orientés vers des services en psychologie offerts par les CLSC de leur région.

Je déclare avoir lu et/ou compris les termes de la présente formule.

_____ signature du participant

_____ signature d'un témoin

Fait à _____, le _____, 19_____.

Je soussignée, _____, certifie:

- avoir expliqué au signataire les termes de la présente formule,
- avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard
- avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

signature du responsable

Fait à _____, le _____, 19_____.



Équipe de recherche en orthophonie

xiii

Numéro du sujet _____

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR UTILISER LES ENREGISTREMENTS VIDÉO À D'AUTRES FINS

Je, soussigné, _____, autorise Claire Croteau, orthophoniste, à utiliser les enregistrements vidéo effectués dans le cadre du projet "Etude de la communication chez des couples dont un membre est aphasique":

1. Pour des congrès de chercheurs en orthophonie ou en aphasie (pour les dix prochaines années)

_____ signature du participant

_____ signature d'un témoin

2. À des fins d'enseignement universitaire (pour les dix prochaines années)

_____ signature du participant

_____ signature d'un témoin

_____ signature du responsable

Fait à _____, le _____, 19_____.

Equipe de recherche en orthophonie

Par la présente, j'autorise Claire Croteau, orthophoniste et responsable du projet de recherche "étude de la communication chez des couples dont un membre est aphasique" à recevoir de votre établissement une copie des rapports médicaux, audiolgique, neurologique et orthophonique me concernant.

RESPONSABLE DU PROJET

Claire Croteau M.O.A
orthophoniste
Equipe de recherche en orthophonie
Université de Montréal
tél.: 343-2279

Je déclare avoir lu et/ou compris les termes de la présente formule.

X _____
signature du participant à la recherche

X _____
signature d'un témoin

fait à _____, le _____ 1995



Équipe de recherche en orthophonie

Numéro du sujet _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné, _____, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant dans les conditions décrites ci-dessous:

Titre du projet:

Etude de l'impact de la communication chez des couples dont un membre est aphasique.

Responsable

Claire Croteau, M.O.A., orthophoniste et étudiante au Ph.D. en sciences biomédicales (option orthophonie). Équipe de recherche en orthophonie, Université de Montréal. 514-343-2279.

Objectif du projet

Identifier chez des couples dont un membre est aphasique et chez des couples ne souffrant pas de cette maladie différents aspects de leur relation. Cette étude comparative permettra de comprendre comment les couples touchés par l'aphasie s'adaptent à la nouvelle dynamique qui est créée. La participation à ce projet peut ne m'apporter aucun bénéfice particulier. Par contre, les résultats permettront de mieux comprendre les effets de l'aphasie et donc d'intervenir plus efficacement auprès des couples touchés par cette maladie.

Nature de ma participation

Consacrer environ une (1) heure de mon temps afin de:

1- participer à une évaluation de mon audition d'une durée d'environ dix minutes. Vous aurez à lever la main si vous entendez des sons qui vous seront envoyés dans des écouteurs. Si des problèmes sont soupçonnés, vous serez référé à un médecin pour des tests plus approfondis.

2- remplir trois questionnaires portant sur des aspects de ma relation de couple.

Risque

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir, sur le plan médical, aucun risque que ce soit. Il est également entendu que ma participation n'aura

aucun effet sur tout traitement médical auquel je serais éventuellement soumis. Si un problème d'audition est dépisté, on vous recommandera de consulter en ORL (oto-rhino-laryngologiste) pour évaluer plus à fond votre audition.

Informations concernant le projet

On devra répondre, à toute question que je poserai à propos du présent projet de recherche.

Retrait de ma participation

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre; il est également entendu que je pourrai à tout moment mettre un terme à ma participation sans que cela nuise à mes relations avec mon médecin ou tout autre intervenant.

Confidentialité

Il est entendu que les observations effectuées en ce qui me concerne dans le cadre du projet de recherche décrit ci-dessus demeureront strictement confidentielles. Mon conjoint ou ma conjointe n'aura pas accès à cette information.

Ressources en psychologie

Si les participants en éprouvent le besoin ou s'ils en font la demande, ils seront référés à Madame Danièle Cartier, psychologue (tél.: 514- 341-9199). Ils pourront aussi être orientés vers des services en psychologie offerts par les CLSC de leur région.

Je déclare avoir lu et/ou compris les termes de la présente formule.

_____ nom du participant

_____ signature du participant

_____ nom du témoin

_____ signature d'un témoin



Fait à _____, le _____, 19_____.

Je soussignée, _____, certifie:

- avoir expliqué au signataire les termes de la présente formule,
- avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard
- avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

_____ signature du responsable

Fait à _____, le _____, 19_____.

Appendice C

**Questionnaires (versions féminine et masculine)
et grilles d'entrevue (personne aphasique et conjoint(e))**

Présentation téléphonique

sujet _____ date _____

Bonjour, je m'appelle Claire Croteau. Je suis orthophoniste et je travaille à l'équipe de recherche en orthophonie de l'UdeM.

J'ai eu votre nom par _____. Je vous appelle pour vous offrir de participer à une recherche que j'effectue à l'Université. Elle porte sur les effets de l'aphasie dans le couple. Le but de cette recherche est de mieux comprendre les conséquences de l'aphasie sur le couple afin de pouvoir mieux aider les gens touchés par cette maladie.

Est-ce que ça vous intéresse d'en savoir plus?...

La participation qui est demandée à vous et à votre conjoint est la suivante:

- Une ou deux rencontres à votre domicile pour un total d'environ trois heures.
- En premier, on vous expliquera la recherche et chaque membre du couple rencontrera chacun de son côté une orthophoniste en entrevue et remplira des questionnaires avec l'aide de celle-ci.
- Ensuite vous participerez à une autre entrevue avec l'orthophoniste et à une conversation avec votre conjoint ou conjointe qui seront filmées sur vidéo. Bien entendu, toute l'information recueillie sera considérée confidentielle et vous serez libre de ne pas participer à la seconde rencontre si vous le désirez.

Si cela vous intéresse, on pourrait prendre rendez vous et je pourrais aller vous visiter avec une de mes collègues et vous expliquer la recherche et ce que cela demande. Mais avant j'ai des questions à vous poser car les personnes qui vont participer à la recherche doivent remplir certains critères , il y a certaines conditions à la participation....Donc, il est possible que vous ne remplissiez pas certains critères et que je ne puisse malheureusement pas aller vous rencontrer.

Peut-être aimeriez-vous que je parle à votre conjoint (e) pour lui expliquer tout ça et on se reparle ensuite?

Etes-vous d'accord pour répondre à mes petites questions?

Pour une des deux personnes

1. Avez-vous un conjoint?
2. Vivez-vous seul avec lui/elle?

Pour les deux personnes

3. Quel âge avez-vous?
4. Etes-vous à la retraite? Depuis quand?
5. Quelle est votre langue maternelle?
6. Est-ce la langue parlée à la maison?
7. Quelle est votre santé actuelle?
8. Entendez-vous bien?
9. Est-ce que cela a été vérifié?
10. Recevez-vous présentement des services en orthophonie, psychologie ou travail social?

pour la personne aphasique

11. Depuis quand êtes-vous aphasique?

pour le conjoint

12. Savez-vous lire et écrire?

N.B. le conjoint peut répondre la totalité des questions si la personne aphasique refuse, si c'est trop difficile ou si la personne aphasique le demande.

Les deux questionnaires suivants ont été utilisés pour recueillir différentes informations sur les participants afin de s'assurer que ceux-ci remplissaient les critères de sélection de la présente recherche. Egalement, la section intitulée "communication" dans ce questionnaire a permis de diriger une entrevue. Les résultats de cette entrevue sont présentés dans l'article "Spouses of persons with aphasia: Overprotection in conversation".

Conjoint (e)

Numéro du participant: _____

homme _____ femme _____

Date de naissance :

(âge)

Quel était votre travail ou votre profession?

Pendant combien d'années êtes-vous allé à l'école? Avez-vous obtenu un diplôme?

Santé

Par téléphone, je vous ai posé certaines questions sur votre santé. J'aimerais en savoir plus. Prenez-vous des médicaments ou de l'alcool?

Santé mentale

Avez-vous vécu des événements tristes , à part l'aphasie, durant les deux dernières années? Par exemple, un deuil, des pertes importantes, des choses bouleversantes?

Communication

Avec votre conjoint(e), comment était la communication avant l'aphasie?

Quel genre de communicateur(trice) étiez-vous?

Et votre conjoint(e) quel genre était-il?

Comment est la communication entre vous présentement?

Pouvez-vous me décrire la façon actuelle de parler, de communiquer de votre conjoint(e)?

Avez-vous changé votre façon de parler avec elle/lui depuis l'aphasie?

Et lorsque vous alliez visiter des amis, comment ça se passait pour parler en groupe? Et maintenant?

Personne aphasique

Numéro du participant: _____

homme _____ femme _____

Date de naissance :

(âge)

Quel était votre travail ou votre profession?

Pendant combien d'années êtes-vous allé à l'école? Avez-vous obtenu un diplôme?

Santé

Par téléphone, je vous ai posé certaines questions sur votre santé. J'aimerais en savoir plus. Prenez-vous des médicaments ou de l'alcool?

Santé mentale

Avez-vous vécu des événements tristes , à part l'aphasie, durant les deux dernières années? Par exemple, un deuil, des pertes importantes, des choses bouleversantes?

Communication

Avec votre conjoint(e), comment était la communication avant l'aphasie?

Quel genre de communicateur(trice) étiez-vous?

Et votre conjoint(e) quel genre était-il?

Comment est la communication entre vous présentement?

Pouvez-vous me décrire la façon actuelle de parler ou de communiquer de votre conjoint(e)?

Et lorsque vous alliez visiter des amis, comment ça se passait pour parler en groupe? Et maintenant?

FSIA

Dans ce groupe de questions, je m'intéresse à combien d'aide votre conjoint (e) a utilisée, en moyenne, pour accomplir chacune de ces mêmes activités au cours de la dernière semaine.

Par "aide" je veux dire si oui ou non il/elle a utilisé un appareil ou un équipement (ex.: une canne), si oui ou non il/elle a utilisé l'aide d'une autre personne (par exemple un ami ou quelqu'un de la parenté) ou si oui ou non il/elle a utilisé à la fois un équipement et une assistance humaine pour faire l'activité.

Commençons avec _____ (insérer le premier item réalisé). Quel type d'aide a-t-il/elle utilisé pour _____ (insérer l'item), en moyenne, au cours de la dernière semaine ? (à demander seulement pour les items réalisés).

FSIA

Dans ce groupe de questions, je m'intéresse à combien d'aide vous avez utilisée, en moyenne, pour accomplir chacune de ces mêmes activités au cours de la dernière semaine.

Par "aide" je veux dire si oui ou non vous avez utilisé un appareil ou un équipement (ex : une canne), si oui ou non vous avez utilisé l'aide d'une autre personne (par exemple un ami ou quelqu'un de la parenté) ou si oui ou non vous avez utilisé à la fois un équipement et une assistance humaine pour faire l'activité.

Commençons avec _____ (insérer le premier item réalisé). Quel type d'aide avez-vous utilisé pour _____ (insérer l'item), en moyenne, au cours de la dernière semaine ? (à demander seulement pour les items réalisés).

FSIA

numéro du sujet: _____

date: _____

types d'aide						
Items	NA	aucune	a utilisé de l'équipement	a utilisé de l'aide humaine	a utilisé de l'aide humaine et de l'équipement	Spécifier le genre d'équipement
1. Marcher à l'intérieur						
2. Monter et descendre des escaliers						
3. Transférer d'un lit à une chaise						
4. Porter un lourd paquet comme un sac d'épicerie						

sujet: _____ date: _____

types d'aide						
Items	NA	aucune	a utilisé de l'équipement	a utilisé de l'aide humaine	a utilisé de l'aide humaine et de l'équipement	Spécifier le genre d'appareil
5. Marcher à l'extérieur						
6. S'asseoir et se relever de la toilette						
7. Entrer et sortir d'un bain						
8. Mettre des chaussettes						
9. Mettre des souliers						
10. Préparer les repas						

sujet: _____, date: _____

types d'aide						
Items	NA	aucune	a utilisé de l'équipement	a utilisé de l'aide humaine	a utilisé de l'aide humaine et de l'équipement	Spécifier le genre d'appareil
11. Laver la vaisselle						
12. Faire de légers travaux dans la maison, comme du nettoyage ou de légers travaux dans la cour						
13. Prendre soin d'autres gens, tels que des membres de la famille						
14. Utiliser le transport en commun						

OPSA. m

Sujet:

date:

1. Mon conjoint me laisse faire les choses que je peux faire moi-même.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

2. Quelques fois, mon conjoint me traite comme une petite enfant.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

3. Mon conjoint pense que je peux prendre soin de moi-même.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

4. Plusieurs des responsabilités qui ont déjà été les miennes, ont été prises en charge inutilement par mon conjoint.

1	2	3	4
---	---	---	---

fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord
---------------------------	--------------	-----------	------------------------

5. Quelquefois je sens que mon conjoint essaie de contrôler tout ce que je fais.

1 fortement en désaccord	2 en désaccord	3 en accord	4 fortement en accord
--------------------------------	-------------------	----------------	-----------------------------

6. Mon conjoint me surprotège.

1 fortement désaccord	2 en désaccord	3 en accord	4 fortement en accord
-----------------------------	-------------------	----------------	-----------------------------

7. Mon conjoint veut que je sois dépendante de lui.

1 fortement en désaccord	2 en désaccord	3 en accord	4 fortement en accord
--------------------------------	-------------------	----------------	-----------------------------

8. Mon conjoint m'empêche de faire des choses qui pourraient me frustrer.

1 fortement en désaccord	2 en désaccord	3 en accord	4 fortement en accord
--------------------------------	-------------------	----------------	-----------------------------

Sujet:

date:

1. Ma conjointe me laisse faire les choses que je peux faire moi-même.

1	2	3	4
jamais	quelquefois	souvent	toujours

2. Quelques fois, ma conjointe me traite comme un petit enfant.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

3. Ma conjointe pense que je peux prendre soin de moi-même.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

4. Plusieurs des responsabilités qui ont déjà été les miennes, ont été prises en charge inutilement par ma conjointe.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

5. Quelquefois je sens que ma conjointe essaie de contrôler tout ce que je fais.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

6. Ma conjoint(e) me surprotège.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

7. Ma conjointe veut que je sois dépendant d'elle.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

8. Ma conjointe m'empêche de faire des choses qui pourraient me frustrer.

1	2	3	4
jamais	quelquefois	souvent	toujours

RS

sujet: _____

date: _____

Ce questionnaire porte sur les émotions que vous avez à propos de votre conjoint/te. Il y a beaucoup d'espaces blancs dans le questionnaire. Imaginez le nom de votre conjoint/conjointe écrit dans chacun de ces blancs. Donnez votre opinion sincère et honnête.

Veillez répondre à toutes les questions même si elles ne semblent pas s'appliquer. Vous devez encrer un chiffre de 1 à 4. Si c'est difficile de décider quoi répondre pour un item du questionnaire, répondez en pensant à ce que vous ressentez ou faites la plupart du temps.

Les questions se rapportent parfois à une personne plus jeune ou plus âgée que votre conjoint/te, ou à une personne qui a des problèmes autres que ceux qu'a votre conjoint/te. Toutefois, il est quand même possible de répondre.

Sujet: _____

date: _____

ENCERCLER LE 1, LE 2 , LE 3 OU LE 4.

1. De temps à autre, j'ai peur que _____ ne sera pas capable de fonctionner en société si elle est à l'extérieur de notre maison.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

2. J'ai tendance à faire des choses pour _____ qu'elle pourrait faire par elle-même.

1	2	3	4
presque jamais	quelquefois	souvent	presque toujours

3. Je pense que _____ dépend trop de moi ou des autres membres de la famille.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

4. _____ a un handicap qui l'empêche de s'améliorer.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

5. _____ ne fait pas autant que ce qu'elle devrait être capable de faire.

1
fortement
en désaccord

2
en désaccord

3
en accord

4
fortement en
accord

6. D'autres font pour _____ ce qu'elle pourrait faire pour elle-même.

1
fortement
en désaccord

2
en désaccord

3
en accord

4
fortement en
accord

7. _____ est surprotégée.

1
fortement
en désaccord

2
en désaccord

3
en accord

4
fortement en
accord

8. _____ veut davantage de liberté qu'elle n'en a.

1
fortement
en désaccord

2
en désaccord

3
en accord

4
fortement en
accord

9. _____ veut faire des choses pour elle-même.

1
presque jamais

2
quelquefois

3
souvent

4
presque toujours

10. _____ pourrait faire plus pour elle-même.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

11. Il est facile d'en faire trop pour _____.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

sujet: _____

date: _____

Ce questionnaire porte sur les émotions que vous avez à propos de votre conjoint/te. Il y a beaucoup d'espaces blancs dans le questionnaire. Imaginez le nom de votre conjoint/conjointe écrit dans chacun de ces blancs. Donnez votre opinion sincère et honnête.

Veuillez répondre à toutes les questions même si elles ne semblent pas s'appliquer. Vous devez encercler un chiffre de 1 à 4. Si c'est difficile de décider quoi répondre pour un item du questionnaire, répondez en pensant à ce que vous ressentez ou faites la plupart du temps.

Les questions se rapportent parfois à une personne plus jeune ou plus âgée que votre conjoint/te, ou à une personne qui a des problèmes autres que ceux qu'a votre conjoint/te. Toutefois, il est quand même possible de répondre.

Sujet: _____

date: _____

1. De temps à autre, j'ai peur que _____ ne sera pas capable de fonctionner en société s'il est à l'extérieur de notre maison.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

2. J'ai tendance à faire des choses pour _____ qu'il pourrait faire par lui-même.

1	2	3	4
presque jamais	quelquefois	souvent	presque toujours

3. Je pense que _____ dépend trop de moi ou des autres membres de la famille.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

4. _____ a un handicap qui l'empêche de s'améliorer.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

5. _____ ne fait pas autant que ce qu'il devrait être capable de faire.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

6. D'autres font pour _____ ce qu'il pourrait faire pour lui-même.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

7. _____ est surprotégé.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

8. _____ veut davantage de liberté qu'il n'en a.

1	2	3	4
fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord

9. _____ veut faire des choses pour lui-même.

1	2	3	4
presque jamais	quelquefois	souvent	presque toujours

10. _____ pourrait faire plus pour lui-même.

1
fortement
en désaccord

2
en désaccord

3
en accord

4
fortement en
accord

11. Il est facile d'en faire trop pour _____.

1
fortement
en désaccord

2
en désaccord

3
en accord

4
fortement en
accord

Liste d'adjectifs
par H.G. Gough

Nom: _____

date: _____

Consignes:

Ce cahier contient une liste de 300 adjectifs. Lisez-les attentivement et mettez une croix devant chacun des adjectifs qui décrivent votre conjointe. Ne vous souciez pas des répétitions et des contradictions. Travaillez rapidement et ne passez pas trop de temps sur un adjectif. Essayez de la décrire comme elle est et non pas comme vous aimeriez qu'elle soit en faisant une croix devant les adjectifs qui la caractérisent.

Maintenant, tournez la page et commencez.

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| _____1 distraite | _____41 confiante | _____81 évasive |
| _____2 active | _____42 confuse | _____82 excitable |
| _____3 qui s'adapte | _____43 consciencieuse | _____83 équitable |
| _____4 aventureuse | _____44 conservatrice | _____84 critiqueuse |
| _____5 affectée | _____45 attentionnée | _____85 craintive |
| _____6 affectueuse | _____46 satisfaite | _____86 féminine |
| _____7 agressive | _____47 conventionnelle | _____87 volage |
| _____8 alerte | _____48 un peu froide | _____88 flirteuse |
| _____9 distante | _____49 coopérative | _____89 insensée |
| _____10 ambitieuse | _____50 courageuse | _____90 vigoureuse |
| _____11 anxieuse | _____51 lâche | _____91 clairvoyante |
| _____12 apathique | _____52 cruelle | _____92 qui oublie |
| _____13 reconnaissante | _____53 curieuse | _____93 qui pardonne |
| _____14 raisonneuse | _____54 cynique | _____94 formelle |
| _____15 arrogante | _____55 audacieuse | _____95 franche |
| _____16 artiste | _____56 trompeuse | _____96 amicale |
| _____17 qui s'affirme | _____57 sur la défensive | _____97 frivole |
| _____18 attirante | _____58 pondérée | _____98 pointilleuse |
| _____19 autoritaire | _____59 exigeante | _____99 généreuse |
| _____20 maladroite | _____60 sur qui l'on peut
compter | _____100 tendre |
| _____21 amère | _____61 dépendante | _____101 sombre |
| _____22 fendante | _____62 découragée | _____102 paraît bien |
| _____23 vantarde | _____63 déterminée | _____103 bon caractère |
| _____24 qui aime donner
des ordres | _____64 digne | _____104 rapace |
| _____25 calme | _____65 discrète | _____105 élégante |
| _____26 capable | _____66 désordonnée | _____106 a la tête dure |
| _____27 négligente | _____67 insatisfaite | _____107 a le coeur dur |
| _____28 prudente | _____68 inattentive | _____108 hâtive |
| _____29 changeante | _____69 méfiante | _____109 fait à sa tête |
| _____30 charmante | _____70 dominatrice | _____110 saine |
| _____31 gaie | _____71 rêveur | _____111 aidante |
| _____32 civilisée | _____72 plate | _____112 très tendue |
| _____33 lucide | _____73 facile à vivre | _____113 honnête |
| _____34 astucieuse | _____74 efféminée | _____114 hostile |
| _____35 grossière | _____75 efficace | _____115 pleine
d'humour |
| _____36 froide | _____76 égoïste | _____116 pressée |
| _____37 ordinaire | _____77 émotive | _____117 idéaliste |
| _____38 plaignarde | _____78 énergique | _____118 imaginative |
| _____39 compliquée | _____79 qui entreprend
avec audace | _____119 immature |
| _____40 prétentieuse | _____80 enthousiaste | _____120 impatiente |

_____121 impulsive	_____152 malfaisante	_____183 précise
_____122 indépendante	_____153 modérée	_____184 a des préjugés
_____123 indifférente	_____154 modeste	_____185 préoccupée
_____124 individualiste	_____155 maussade	_____186 progressiste
_____125 travaillante	_____156 achalante	_____187 prude
_____126 enfantine	_____157 naturelle	_____188 querelleuse
_____127 informelle	_____158 nerveuse	_____189 louche
_____128 ingénieuse	_____159 bruyante	_____190 vite
_____129 inhibée	_____160 serviable	_____191 tranquille
_____130 a de l'initiative	_____161 détestable	_____192 qui abandonne facilement
_____131 perspicace	_____162 obstinée	_____193 rationnelle
_____132 intelligente	_____163 opportuniste	_____194 écervelée
_____133 a des intérêts restreints	_____164 optimiste	_____195 réaliste
_____134 a des intérêts variés	_____165 organisée	_____196 raisonnable
_____135 intolérante	_____166 originale	_____197 rebelle
_____136 inventive	_____167 qui aime sortir	_____198 imprudente
_____137 irresponsable	_____168 directe	_____199 réfléchie
_____138 irritable	_____169 soigneuse	_____200 décontractée
_____139 joviale	_____170 patiente	_____201 sur qui l'on peut se fier
_____140 gentille	_____171 pacifique	_____202 rancunière
_____141 paresseuse	_____172 bizarre	_____203 réservée
_____142 prend son temps	_____173 persévérante	_____204 débrouillarde
_____143 logique	_____174 persistante	_____205 responsable
_____144 voyante	_____175 pessimiste	_____206 agitée
_____145 loyale	_____176 qui planifie	_____207 retirée
_____146 polie	_____177 plaisante	_____208 rigide
_____147 masculine	_____178 qui recherche le plaisir	_____209 robuste
_____148 mature	_____179 équilibrée	_____210 impolie
_____149 docile	_____180 raffinée	_____211 sarcastique
_____150 méthodique	_____181 a l'esprit pratique	_____212 centrée sur elle- même
_____151 douce	_____182 flatteuse	_____213 sûre d'elle

_____214 maître d'elle	_____243 molle	_____272 à qui on peut ^{xlvi} faire confiance
_____215 qui se sacrifie	_____244 spontanée	_____273 non affectée
_____216 s'apitoie sur elle-même	_____245 audacieuse	_____274 pas ambitieuse
_____217 se culpabilise	_____246 stable	_____275 sans prétention
_____218 égocentrique	_____247 solide	_____276 non conventionnelle
_____219 égoïste	_____248 austère	_____277 pas fiable
_____220 sensible	_____249 avare	_____278 compréhensive
_____221 sentimentale	_____250 sans expression	_____279 peu émotive
_____222 sérieuse	_____251 forte	_____280 impassible
_____223 sévère	_____252 tête	_____281 inamicale
_____224 sexy	_____253 soumise	_____282 désinhibée
_____225 superficielle	_____254 influençable	_____283 inintelligente
_____226 a l'esprit de répartie	_____255 boudeuse	_____284 pas gentille
_____227 fainéante	_____256 superstitieuse	_____285 peu réaliste
_____228 aime se faire remarquer	_____257 soupçonneuse	_____286 peu scrupuleuse
_____229 intelligente dans les choses pratiques	_____258 compatissante	_____287 pas égoïste
_____230 gênée	_____259 a du tact	_____288 instable
_____231 silencieuse	_____260 sans tact	_____289 qui aime se venger
_____232 simple	_____261 bavarde	_____290 versatile
_____233 sincère	_____262 change d'humeur rapidement	_____291 chaleureuse
_____234 négligée	_____263 tendue	_____292 vigilante
_____235 lente	_____264 ingrate	_____293 faible
_____236 rusée	_____265 minutieuse	_____294 pleurnicheuse
_____237 suffisante	_____266 prévenante	_____295 saine
_____238 snob	_____267 économe	_____296 sage
_____239 sociable	_____268 timide	_____297 renfermée
_____240 a le coeur tendre	_____269 tolérante	_____298 pleine d'esprit
_____241 sophistiquée	_____270 susceptible	_____299 qui s'inquiète
_____242 dépendsière	_____271 dure	_____300 farfelue

Liste d'adjectifs
par H.G. Gough

Nom: _____

date: _____

Consignes:

Ce cahier contient une liste de 300 adjectifs. Lisez-les attentivement et mettez une croix devant chacun des adjectifs qui décrivent votre conjoint. Ne vous souciez pas des répétitions et des contradictions. Travaillez rapidement et ne passez pas trop de temps sur un adjectif. Essayez de le décrire comme il est et non pas comme vous aimeriez qu'il soit en faisant une croix devant les adjectifs qui le caractérisent.

Maintenant, tournez la page et commencez.

_____1 distrait	_____41 confiant	_____81 évasif
_____2 actif	_____42 confus	_____82 excitable
_____3 qui s'adapte	_____43 consciencieux	_____83 équitable
_____4 aventureux	_____44 conservateur	_____84 critiqueur
_____5 affecté	_____45 attentionné	_____85 craintif
_____6 affectueux	_____46 satisfait	_____86 féminin
_____7 agressif	_____47 conventionnel	_____87 volage
_____8 alerte	_____48 un peu froid	_____88 flirteur
_____9 distant	_____49 coopératif	_____89 insensé
_____10 ambitieux	_____50 courageux	_____90 vigoureux
_____11 anxieux	_____51 lâche	_____91 clairvoyant
_____12 apathique	_____52 cruel	_____92 qui oublie
_____13 reconnaissant	_____53 curieux	_____93 qui pardonne
_____14 raisonneur	_____54 cynique	_____94 formel
_____15 arrogant	_____55 audacieux	_____95 franc
_____16 artiste	_____56 trompeur	_____96 amical
_____17 qui s'affirme	_____57 sur la défensive	_____97 frivole
_____18 attirant	_____58 pondéré	_____98 pointilleux
_____19 autoritaire	_____59 exigeant	_____99 généreux
_____20 maladroit	_____60 sur qui l'on peut compter	_____100 tendre
_____21 amer	_____61 dépendant	_____101 sombre
_____22 fendant	_____62 découragé	_____102 paraît bien
_____23 vantard	_____63 déterminé	_____103 bon caractère
_____24 qui aime donner des ordres	_____64 digne	_____104 rapace
_____25 calme	_____65 discret	_____105 élégant
_____26 capable	_____66 désordonné	_____106 a la tête dure
_____27 négligent	_____67 insatisfait	_____107 a le coeur dur
_____28 prudent	_____68 inattentif	_____108 hâtif
_____29 changeant	_____69 méfiant	_____109 fait à sa tête
_____30 charmant	_____70 dominateur	_____110 sain
_____31 gai	_____71 rêveur	_____111 aidant
_____32 civilisé	_____72 plate	_____112 très tendu
_____33 lucide	_____73 facile à vivre	_____113 honnête
_____34 astucieux	_____74 efféminé	_____114 hostile
_____35 grossier	_____75 efficace	_____115 plein d'humour
_____36 froid	_____76 égoïste	_____116 pressé
_____37 ordinaire	_____77 émotif	_____117 idéaliste
_____38 plaignard	_____78 énergique	_____118 imaginaire
_____39 compliqué	_____79 qui entreprend avec audace	_____119 immature
_____40 prétentieux	_____80 enthousiaste	_____120 impatient

_____121 impulsif	_____152 malfaisant	_____183 précis
_____122 indépendant	_____153 modéré	_____184 a des préjugés
_____123 indifférent	_____154 modeste	_____185 préoccupé
_____124 individualiste	_____155 maussade	_____186 progressiste
_____125 travaillant	_____156 achalant	_____187 prude
_____126 enfantin	_____157 naturel	_____188 querelleur
_____127 informel	_____158 nerveux	_____189 louche
_____128 ingénieux	_____159 bruyant	_____190 vite
_____129 inhibé	_____160 serviable	_____191 tranquille
_____130 a de l'initiative	_____161 détestable	_____192 qui abandonne facilement
_____131 perspicace	_____162 obstiné	_____193 rationnel
_____132 intelligent	_____163 opportuniste	_____194 écervelé
_____133 a des intérêts restreints	_____164 optimiste	_____195 réaliste
_____134 a des intérêts variés	_____165 organisé	_____196 raisonnable
_____135 intolérant	_____166 original	_____197 rebelle
_____136 inventif	_____167 qui aime sortir	_____198 imprudent
_____137 irresponsable	_____168 direct	_____199 réfléchi
_____138 irritable	_____169 soigneux	_____200 décontracté
_____139 jovial	_____170 patient	_____201 sur qui l'on peut se fier
_____140 gentil	_____171 pacifique	_____202 rancunier
_____141 paresseux	_____172 bizarre	_____203 réservé
_____142 prend son temps	_____173 persévérant	_____204 débrouillard
_____143 logique	_____174 persistant	_____205 responsable
_____144 voyant	_____175 pessimiste	_____206 agité
_____145 loyal	_____176 qui planifie	_____207 retiré
_____146 poli	_____177 plaisant	_____208 rigide
_____147 masculin	_____178 qui recherche le plaisir	_____209 robuste
_____148 mature	_____179 équilibré	_____210 impoli
_____149 docile	_____180 raffiné	_____211 sarcastique
_____150 méthodique	_____181 a l'esprit pratique	_____212 centré sur lui- même
_____151 doux	_____182 flatteur	_____213 sûr de lui

- _____214 maître de lui
 _____215 qui se sacrifie
 _____216 s'apitoie sur
 lui-même
 _____217 se culpabilise
 _____218 égocentrique

 _____219 égoïste
 _____220 sensible
 _____221 sentimental

 _____222 sérieux
 _____223 sévère
 _____224 sexy
 _____225 superficiel
 _____226 a l'esprit de
 répartie
 _____227 fainéant
 _____228 aime se faire
 remarquer
 _____229 intelligent dans
 les choses
 pratiques
 _____230 gêné
 _____231 silencieux

 _____232 simple
 _____233 sincère

 _____234 négligé
 _____235 lent
 _____236 rusé
 _____237 suffisant
 _____238 snob
 _____239 sociable
 _____240 a le coeur
 tendre
 _____241 sophistiqué
 _____242 dépensier
- _____243 mou
 _____244 spontané
 _____245 audacieux

 _____246 stable
 _____247 solide

 _____248 austère
 _____249 avare
 _____250 sans
 expression
 _____251 fort
 _____252 têtu
 _____253 soumis
 _____254 influençable
 _____255 boudeur

 _____256 superstitieux
 _____257 soupçonneux

 _____258 compatissant

 _____259 a du tact
 _____260 sans tact

 _____261 bavard
 _____262 change
 d'humeur
 rapidement
 _____263 tendu
 _____264 ingrat
 _____265 minutieux
 _____266 prévenant
 _____267 économe
 _____268 timide
 _____269 tolérant

 _____270 susceptible
 _____271 dur
- _____272 à qui on peut
 faire confiance
 _____273 non affecté
 _____274 pas ambitieux

 _____275 sans prétention
 _____276 non
 conventionnel
 _____277 pas fiable
 _____278 compréhensif
 _____279 peu émotif

 _____280 impassible
 _____281 inamical
 _____282 désinhibé
 _____283 inintelligent
 _____284 pas gentil

 _____285 peu réaliste
 _____286 peu scrupuleux

 _____287 pas égoïste

 _____288 instable
 _____289 qui aime se
 venger
 _____290 versatile
 _____291 chaleureux

 _____292 vigilant
 _____293 faible
 _____294 pleumicheur
 _____295 sain
 _____296 sage
 _____297 renfermé
 _____298 plein d'esprit

 _____299 qui s'inquiète
 _____300 farfelu

Appendice D

Approbations éthiques




APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

lii

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé : Le syndrome de brisure sociocommunicative chez les personnes aphasiques: analyse des facteurs présents chez les conjoints.

présenté par : Mme Claire Croteau / Dr Guylaine Le Dorze

et a convenu que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.


Signature de Irène Strychar, Présidente

Date : Le 23 février 1995

Numéro de référence : CERFM:SCE(B)-9(95)4#21

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

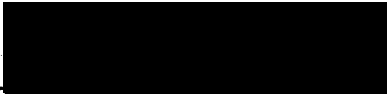


**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé : **Le syndrome de brisure sociocommunicative chez les personnes aphasiques : analyse des facteurs présents chez les conjoints.**

présenté par : **Mme Claire Croteau / Dr Guylaine Le Dorze**

et a convenu que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.


Signature de Irène Strychar, Présidente

Date : 21 septembre 1995

Numéro de référence : **CERFM:SCE(B)-9(95)4#21-a**

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.



**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé : **Le syndrome de brisure sociocommunicative chez les personnes aphasiques : analyse des facteurs présents chez les conjoints.**

présenté par : **Mme Claire Croteau / Dr Guylaine Le Dorze**

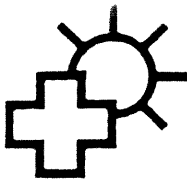
et a convenu que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Signature de Irène Strychar, Présidente

Date : **22 JAN. 1995**

Numéro de référence : **CERFM:SCE(B)-9(95)4#21-a**

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.



CENTRE
HOSPITALIER
CÔTE-DES-NEIGES

CENTRE
D'ACCUEIL
ALFRED-DESROCHERS

RAPPORT DE L'ÉTABLISSEMENT OÙ LA RECHERCHE SERA ENTREPRISE

Centre de
géro-geriatrie affilié à
l'Université de Montréal

Le comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier Côte-des-Neiges, a examiné la demande pour le projet intitulé:

Le syndrome de brisure socio-communicative chez la personne
aphasique: analyse des facteurs présents chez les conjoints.

Présenté par: Guylaine Le Dorze, Claire Croteau

Date: 29 novembre 93

et juge la recherche faisant appel à des sujets humains acceptable au point de vue éthique.

=====

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EST COMPOSÉ DES MEMBRES SUIVANTS:

Récipiendaire
du prix
Persillier-Lachapelle



Prix d'excellence
en affaires sociales
1989

[Redacted]
Dr Céline Crowe, D.S.P.
Présidente du comité

[Redacted]
Louise Francoeur, inf. clin.

[Redacted]
Dr Nathalie Champoux

[Redacted]
Dr Marie-Jeanne Kergoat

[Redacted]
Francine Fontaine
Neuropsychologue

[Redacted]
Louise Lévesque, chercheure

[Redacted]
Guylaine Ferland
Chercheure en nutrition



CERTIFICAT D'ETHIQUE

Par la présente le comité d'éthique de l'Institut de réadaptation de Montréal atteste qu'il a évalué le projet de recherche intitulé:

Le syndrome de brisure sociocommunicative chez la personne aphasique : analyse des facteurs présents chez les conjoints.

Présenté par : C. Croteau et G. LeDorze

Le comité composé de :

M. Jacques R. Nolet, directeur général
Dr Bernard Leduc, physiatre
Mme Micheline St-Jacques, directrice des soins infirmiers
Mme Marie-Hélène Chartrand, psychologue
M. Robert Forget, chercheur

a jugé cette recherche acceptable sur le plan de l'éthique.

Remarque :



✓ Gilbert Blain
Président du comité d'éthique
GB/fl

Date 23 déc. 93