

## RÉSUMÉ :

*Un état des connaissances actuelles en matière d'efficacité de la rééducation orthophonique a été entrepris à travers l'analyse des données bibliographiques, et ceci dans les divers grands groupes de pathologies : les troubles aphasiques, les atteintes pédiatriques, la dysarthrie, la laryngectomie, les troubles de l'apprentissage, le bégaiement et les troubles de la voix. En raison de la jeunesse de notre profession, il n'est pas surprenant que dans certains domaines, la recherche se soit davantage consacrée à l'analyse et l'identification des troubles de la parole et du langage, et à formuler des hypothèses sur ce qui sous-tend les programmes de rééducation, plutôt qu'à tenter d'évaluer leur efficacité, leur pertinence et leur validité. La recherche montre une grande disparité dans les domaines plus spécialisés, avec moins de souci d'évaluation de la rééducation dans les cas de troubles de l'apprentissage et de l'acquisition de la parole et du langage. Les chercheurs doivent tout particulièrement s'attacher à poser ces questions en prenant en compte les composantes de l'orthophonie, en mettant en place une terminologie commune pour les troubles de la parole et du langage, pour enfin établir des mesures de résultats valides, fiables et plus appropriés.*

## MOTS-CLÉS :

Efficacité - Démonstration - Orthophonie - Epidémiologie - Adulte - Enfant.

Professeur Pam Enderby  
Chair of Community  
Rehabilitation  
Centre for Ageing and  
Rehabilitation Studies  
Community Sciences Centre  
Northern General Hospital  
Herries Road  
Sheffield S5 7 AU  
Angleterre

# LA RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE EST-ELLE EFFICACE ?

par Pam ENDERBY

traduit de l'anglais par Irène THOMAS et Frédérique BRIN

## SUMMARY : Is Speech and Language Therapy effective ?

*A review of the literature has been undertaken to establish the state of knowledge regarding the efficacy of speech and language therapy with the major client groups, i.e. dysphasia, paediatrics, cleft palate, dysarthria, laryngectomy, learning disabilities, stammering and voice disorders. In view of the profession's youth, it is not surprising that, in some areas, the research emphasis has been upon the analysis and identification of speech and language disorders and developing hypotheses underlying therapeutic programmes, rather than evaluating their efficacy, relevance and validity. The research shows a marked disparity in volume across the specialist areas, with less investment into evaluating therapy for those with learning difficulties and developmental speech and language disorders. The research community particularly has to address the issues with regards to specifying the components of speech and language therapy, agreeing a terminology regarding the components of speech and language deficits and developing more appropriate, reliable and valid outcome measures.*

## KEY WORDS :

Efficacy - Evidence - Speech and Language Therapy - Epidemiology - Adult - Child.

L'évaluation de l'efficacité des soins a pris ces dernières années une plus grande importance partout dans le monde.

Dans les pays développés, les attentes vis à vis du système de santé ne cessent de croître, et cela est largement dû à trois facteurs :

- le changement démographique ayant pour conséquence un nombre grandissant de personnes âgées avec une demande croissante de soins médicaux,
- une attente de plus en plus forte des patients envers les progrès technologiques,
- et enfin des nouveaux traitements médicaux faisant davantage appel aux ressources disponibles pour la santé dans chaque pays.

Les points de vue diffèrent quant à la maîtrise des coûts et bien que le "rationnement" ne soit apprécié de personne, ce principe est à la base de ce que la plupart des pays applique pour trouver les meilleurs rapports "qualité-prix".

L'ensemble des professionnels de la santé ressentent une sorte de paranoïa face à la difficulté à démontrer clairement l'efficacité de leur contribution. Malheureusement nous avons, les orthophonistes, l'impression que cette paranoïa ne touche que notre profession. Nous devons être confiants, nous avons des preuves de l'efficacité de notre travail dans certains secteurs, et nous devons nous montrer déterminés à nous questionner et à accroître nos connaissances de base.

Nous avons la chance d'avoir été remis en question dans notre rôle et notre raison d'être depuis plus longtemps que d'autres professions. Nous sommes donc bien préparés à répondre.

Il y a plus de vingt ans déjà, des articles dans des journaux prestigieux tels que le "Lancet" et le "British Medical Journal", remettaient en cause l'efficacité de la rééducation orthophonique, tandis que d'autres traitements et procédés ne faisaient pas du tout l'objet de telles investigations. Pourquoi en est-il ainsi ?

Cela peut provenir de la combinaison inhabituelle de convictions médicales et éducatives étayant non seulement nos bilans mais aussi les diverses approches de traitement, les soins et les évaluations.

Dans certains pays, une grande partie des coûts des soins orthophoniques est prise en charge par l'Education Nationale, alors que dans d'autres pays, c'est le service de santé qui règle tout. Ce manque d'appartenance claire à un secteur bien défini a provoqué bien des difficultés, mais a aussi permis de disposer d'une kyrielle de philosophies associées à un plus large éventail de disciplines scientifiques, éducatives, psychologiques et sociales.

### EST-CE QUE LA RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE FONCTIONNE ?

Cette question est bien entendu trop simpliste, peut-on envisager de se demander si la chirurgie fonctionne ? Personne n'oserait poser une question aussi caricaturale à un chirurgien ou à un médecin.

De façon plus précise, on pourrait se demander si une certaine forme de traitement fonctionne pour une clientèle particulière. C'est pourquoi j'examinerai plus loin dans cet article l'impact de la rééducation orthophonique pour chaque groupe principal de patients. Il est bien entendu que les orthophonistes s'intéressent à certaines pathologies depuis moins longtemps que d'autres, que les principes de rééducation sont basés sur des sciences différentes et que par conséquent les performances et les résultats seront le reflet de ces variations. Ma collègue Joyce Emerson et moi-même avons entrepris de passer en revue la littérature parue en 1995 et tenté de faire un état des lieux des connaissances se rapportant à cette question.

Le passage en revue systématique des publications a souvent été utilisé afin de fournir aux cliniciens des renseignements sur les pratiques rééducatives optimales. La métho-

dologie utilisée pour ces revues systématiques donne des critères stricts d'analyse des articles, qu'ils aient été publiés ou non, et les critères de mesure de l'efficacité sont très détaillés. Nous avons constaté que très peu d'articles liés à l'orthophonie correspondaient à ces normes, mais cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de résultats importants dans ces documents. Une approche plus réfléchie était nécessaire étant donné la variété de méthodologies utilisées, et les enjeux de la recherche en orthophonie sont fondamentalement trop complexes pour être résolus par une simple recette. Les paragraphes qui vont suivre ont pour but de fournir une description concise des conclusions auxquelles nous sommes parvenues.

## LES TROUBLES APHASIQUES

Ce secteur démontre largement les difficultés rencontrées pour parvenir à passer en revue l'ensemble de la littérature pour obtenir un aperçu global de l'état des connaissances.

La rééducation orthophonique des aphasies acquises a rapidement évolué ces 2 dernières années. La définition elle-même des troubles aphasiques a changé. Dans les années 60, de nombreux articles argumentaient avec force la différence entre les types d'aphasie sensorielle et motrice alors que plus récemment la tendance générale va vers une perception plus globale des troubles du langage, et une meilleure compréhension des apports de la sémantique et de la pragmatique. La rééducation a reflété ces différences philosophiques, avec une stimulation générale en vogue dans les années 60, tandis qu'actuellement on défend une approche plus précise et mieux ciblée. Nous voyons actuellement dans le même esprit se développer l'influence de l'analyse conversationnelle et des stratégies interactives. Ainsi les études concernant l'efficacité de la rééducation orthophonique dans les années 60 analysaient les effets d'une intervention profondément différente de celle étudiée plus récemment. Malheureusement bien des études dans ce domaine comme pour celles entreprises auprès d'autres groupes de patients ne précisent pas le type de rééducation orthophonique, ses modalités et son intensité avec suffisamment de clarté pour replacer ces études dans un contexte approprié.

Quatre études récentes de groupes d'aphasiques et toutes les études de cas sauf une, ont montré les effets bénéfiques de la rééducation du langage. Parmi les études de groupes, trois ont été menées dans des centres de rééducation isolés avec une sélection restreinte de patients et des méthodes de traitement semblables. L'étude la plus récente a été menée aux Etats-Unis dans cinq hôpitaux publics pour militaires, les séances de rééducation étaient fréquentes et des critères rigides d'admission étaient utilisés, ce qui fait que seul un petit échantillon de la cohorte initiale des patients fut pris en compte. Ces études récentes avec des résultats valorisant l'orthophonie contrastent avec les diverses études antérieures, menées dans plusieurs centres, et qui concluaient qu'un traitement général non spécifique de faible intensité proposé directement par des professionnels était efficace mais pas meilleur qu'un traitement proposé par des bénévoles.

Après avoir examiné les résultats des recherches, nous en avons conclu que la rééducation orthophonique est efficace si elle cible des patients avec des troubles et des besoins spécifiques et si elle est pratiquée intensivement. Dans sa revue de la littérature, Wertz concluait que les patients qui bénéficient le mieux de la rééducation, étaient ceux qui avaient eu un accident thrombo-embolique dans l'hémisphère gauche, qui avaient une aphasie modérée datant de moins de trois mois et qui avaient reçu trois heures de rééducation par semaine pendant au moins cinq mois. Cependant, les patients ayant reçu un traitement spécifique intensif ont montré des améliorations allant au-delà de ce qui est généralement considéré comme la période de récupération spontanée. De plus, les aphasiques et leurs familles ont généralement besoin du soutien et de l'encouragement de l'orthophoniste qui peut aider ces patients à communiquer plus efficacement en utilisant de nombreuses approches différentes.

Toutes les études ont été confrontées à la question de la définition de ce qu'est une bonne récupération. Bien qu'il existe de nombreux tests de langage étalonnés, cela ne

nous donne pas d'indication sur l'efficacité et la spontanéité de la personne à communiquer, ni sur son aptitude à faire face à la vie quotidienne.

## LES TROUBLES DE LA PAROLE ET DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT

Dans la plupart des pays européens, la majorité des traitements orthophoniques concernent les enfants ayant des troubles de la parole et du langage, ou ceux présentant des troubles de la communication liés à des difficultés d'apprentissage. Une partie des soins est fournie par le système éducatif et une autre par le système de santé. Malgré tout, ces troubles sont parmi les moins étudiés. Les techniques spécifiques de rééducation orthophonique testées ont été pour la plupart jugées efficaces mais les questions primordiales n'ont pas été traitées. Il existe des problèmes fondamentaux concernant la terminologie et la classification des troubles de la parole et du langage chez l'enfant, qui ne se rapportent pas seulement à la description des troubles eux-mêmes, mais également aux programmes de rééducation et aux bases théoriques résultant des mêmes concepts appelés différemment par les différents auteurs.

Rendre compte de l'efficacité dans ce domaine est donc particulièrement difficile car des groupes d'enfants peuvent être en apparence semblables mais sont en fait profondément différents. Les diverses définitions de la dysphasie en sont un premier exemple.

Certaines études ont ainsi inclus dans leur groupe d'enfants dysphasiques ceux présentant des problèmes auditifs, des troubles du comportement et un certain retard de développement, alors que d'autres pas. Les résultats sont mentionnés de telle façon qu'il est difficile d'être sûr que l'on compare bien les mêmes choses.

La plupart des orthophonistes et beaucoup d'enseignants sont alarmés par l'augmentation apparente du nombre d'enfants moins aptes et moins compétents à communiquer et à se socialiser. Des études ont suggéré que 20 % des enfants entrant à l'école ont des difficultés dans ces domaines. Ceci apparaît plus important qu'il y a 10 ou 15 ans. Il est difficile de savoir, en raison du changement d'attitudes et d'exigences, si la baisse de capacité est réelle ou si elle provient d'une modification des attentes des chercheurs, des enseignants et des parents.

Des études ont montré qu'un niveau élevé de bruit dans l'environnement (par exemple la télévision ou la radio fonctionnant la plupart du temps) ne permet pas à un enfant de développer les habiletés d'écoute nécessaires au développement normal du langage. Deux études identifiant des enfants de 18 mois présentant des habiletés auditives pauvres, ont évalué s'il était efficace d'encourager les parents à modifier leurs habitudes de communication. Ces études (dont une étude en aveugle) ont prouvé les effets positifs du changement de ces habitudes, permettant un développement plus rapide du langage et la prévention des troubles de la parole et du langage.

La majorité des études de suivi met en évidence qu'une grande proportion des enfants présentant très tôt des troubles de la parole et du langage, éprouveront des difficultés importantes et complexes tout d'abord, mais que ces problèmes évolueront vers des aspects plus spécifiques plus tard. Il semble qu'il y ait une forte corrélation entre des troubles précoces de la parole et du langage, et des difficultés concernant certains apprentissages, comme la lecture. Il y a actuellement peu de preuves démontrant que prendre en charge ces troubles complexes de la parole et du langage puissent prévenir ces difficultés scolaires ultérieures.

Il est cependant démontré qu'un grand nombre de ces enfants présentant des troubles de la parole et du langage à l'âge de 2 ans, parviennent à dépasser leurs difficultés ; même dans la mesure où ils bénéficient à court terme d'une rééducation orthophonique, et qu'ils se développent plus rapidement, il se peut qu'il n'existe à long terme plus aucune différence entre ce groupe et des enfants comparables n'ayant pas bénéficié d'une rééducation.

Pour les chercheurs et les praticiens il n'est pas toujours facile d'identifier les enfants avec des troubles d'origine plus profonde qui ne se résoudront pas spontanément ou qui mèneront plus tard à des difficultés d'un autre ordre. Des recherches plus récentes concernant le développement théorique normal du langage et de la parole aident les ortho-

phonistes à identifier de façon plus assurée le groupe pour lequel le traitement sera le plus efficace.

Au Royaume-Uni deux essais d'évaluation en aveugle sont en cours, pour comparer le devenir des enfants ayant reçu une rééducation précoce et ceux pris en charge plus tardivement.

La plupart des études examinant le rôle des parents et des professeurs indiquent qu'ils peuvent augmenter l'effet de la rééducation orthophonique en suivant des programmes de soutien, mais que le temps passé par les orthophonistes à former et guider les parents et les enseignants augmente d'autant le coût global de ces approches combinées.

Bien évidemment ces difficultés sont surmontées lorsque la rééducation associe des parents et des professeurs ayant déjà eu une formation ou une grande compréhension et des aptitudes dans le domaine du développement de la parole et du langage.

## LA DIVISION PALATINE

La plupart des recherches dans le domaine de la division palatine ont été dirigées par des chirurgiens qui utilisaient la parole pour évaluer le succès des différents gestes chirurgicaux ou de l'âge auquel ces gestes étaient proposés. Malheureusement la rééducation orthophonique, petite composante d'un grand ensemble de soins est rarement différenciée et les évaluations de la parole sont habituellement si simplifiées qu'il est difficile de se faire une opinion. Malgré ces difficultés, les résultats publiés suggèrent que l'orthophonie est efficace dans le cas des enfants porteurs d'une division palatine ayant des possibilités vélopharyngées bonnes ou limites. La rééducation des enfants ayant un mécanisme inadapté ne semble pas efficace. Deux études ont montré qu'un traitement ciblé, structuré, et intensif mène à un meilleur résultat qu'une rééducation plus classique.

## LA DYSARTHRIE

La dysarthrie est le trouble acquis de communication le plus courant mais la quantité de recherches dans ce domaine est décevante. La plupart des articles sont focalisés sur le sujet difficile de la dysarthrie associée à la maladie de Parkinson, et on trouve peu d'écrits relatifs aux cas généraux. Quoiqu'il en soit, il y a eu une multitude d'études de cas particuliers de dysarthrie sévère ou inhabituelle qui nous permettent de tirer des conclusions générales.

Les études de cas individuels ou de groupe montrent immédiatement les gains apportés par une rééducation du langage et de la parole chez les Parkinsoniens. L'évaluation inclut l'amélioration du volume et de la clarté de la parole, ainsi que le style général de communication.

De nombreuses études de cas particuliers ont prouvé l'extension des capacités de communication des patients dysarthriques en fournissant des systèmes de communication alternative. La plupart de ces systèmes ont prouvé leur efficacité mais on doit garder à l'esprit que seuls les résultats positifs sont publiés ; les cas d'échec ou de résultats moins probants sont moins proposés ou acceptés par les revues. D'autre part, il n'est pas surprenant pour certains de constater que certains systèmes de communication aient mieux convenu à des clients différents, selon l'âge, l'environnement et les capacités conservées. Le besoin d'une évaluation appropriée, d'une période d'essai, et d'un programme d'entraînement structuré est évoqué.

Le traitement des patients présentant une dysarthrie légère est généralement centré sur l'amélioration de l'intelligibilité et sur la réduction de l'aspect "bizarre" de la parole. Différentes approches ont été testées en groupe et en individuel et ont toujours prouvé leur efficacité dans l'amélioration de la qualité globale et de la clarté de la parole. Dans la plupart des livres de rééducation orthophonique concernant les dysarthries, on accorde une grande importance à la prise en compte des aspects psychosociaux résultant de ce trouble. Des approches variées sont suggérées pour aider ces patients. Malheureusement, il n'y a eu aucune évaluation de la pertinence et de l'efficacité de telles interventions.

## LA LARYNGECTOMIE

L'acte chirurgical de la laryngectomie a beaucoup évolué ces dix dernières années et la recherche orthophonique dans ce domaine est impressionnante. Cependant ces changements et donc ceux des techniques de rééducation doivent continuer à être investigués car beaucoup d'approches évaluées ne sont pas forcément pertinentes. Traditionnellement, les orthophonistes enseignaient tout d'abord la voix oesophagienne aux laryngectomisés, mais plus récemment, ils prennent un rôle clé dans le soutien des patients avec un implant phonatoire. Cela consiste pour l'orthophoniste à enseigner aux patients à prendre en charge la manipulation de la valve, ainsi que la mise en place de méthodes de voisement appropriées. De plus, dans plusieurs structures de soins, l'orthophoniste est maintenant responsable du soutien à long terme de ces patients. Une grande partie de ce travail n'a pas été évaluée soigneusement.

Une des études les plus importantes de rééducation orthophonique chez les laryngectomisés était une étude portant sur 55 patients ; cette étude comparait les résultats de patients ayant bénéficié d'une rééducation, juste après l'intervention chirurgicale (deux à trois semaines) et ceux qui en ont bénéficié un an ou plus après l'opération. Subbarao et al\* concluait que la rééducation devait commencer le plus tôt possible. Néanmoins les raisons des retards dans la rééducation n'étaient pas clairement détaillées et concernaient certainement les patients avec un passé psychosocial ou chirurgical différent.

\* 1991

## LES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE

Bryen et Joyce\* ont passé en revue 43 études d'intervention sur le langage publiées dans les années 70, et concernant une population qui suivait une rééducation orthophonique pour des difficultés d'apprentissage avec des problèmes associés (handicap mental).

Il en ressort que bien des études ont tenté et réussi à améliorer le vocabulaire d'un patient pendant une séance structurée, mais seulement un tiers des études prennent en compte le transfert de ces aptitudes dans la conversation quotidienne. Les études qui relatent cet aspect montrent que l'intervention était plus ou moins satisfaisante. Les concepts d'efficacité conversationnelle et de transfert de méthodologies spécifiques ont été reconnus pleinement et intégrés dans les programmes de traitement depuis les 20 dernières années seulement, et donc, il n'est pas surprenant qu'autant d'études antérieures n'en tiennent pas compte. Les études les plus récentes mettent l'accent sur l'effet des interventions sur le fonctionnel, et les études expérimentales utilisant habituellement de petits nombres d'enfants continuent à montrer que la rééducation orthophonique peut aider les enfants avec troubles d'apprentissage à acquérir un nouveau vocabulaire et des structures de langage. Le terme "troubles de l'apprentissage" couvre un large éventail d'aptitudes, et dans les publications, il y a continuellement des problèmes pour spécifier quelle intervention est susceptible de fonctionner avec quel type d'enfants. La rééducation orthophonique chez les adultes avec troubles de l'apprentissage a été peu décrite. On a peu tenté d'évaluer ce travail, alors que le rôle de la communication alternative et augmentative a été rapporté en détails, avec une forte incitation à aider l'environnement à proposer davantage de situations de communication.

\* 1985

## LE BÉGALEMENT

Il y a eu beaucoup de recherches (surtout aux Etats-Unis) à propos des différentes approches, très variées, de rééducation du bégaiement. Une méta-analyse, incluant 42 études du traitement de 756 bègues conclut que le traitement était bénéfique, et que ces progrès étaient comparables à ceux obtenus par d'autres traitements dans le système de santé\*. Des techniques associant l'enseignement d'une stratégie visant à modifier la production de la parole avec des interventions psychologiques et une thérapie visant à modifier les attitudes, semblent être les plus efficaces. Toutes les études récemment publiées ont montré que la rééducation orthophonique est préférable à une absence de traitement. Malgré tout le maintien de l'amélioration est problématique dans presque la moitié des cas et des rechutes surviennent souvent plus tard, par exemple 12 mois après l'arrêt de la réedu-

\*Andrews, Guitaret Howie (1980)



cation. Des méthodes pour diminuer ces rechutes ont été suggérées mais aucune n'a vraiment été évaluée.

Bien d'autres questions concernant le bégaiement restent sans réponse ; on doit davantage rechercher les causes profondes du bégaiement, la catégorisation des différents comportements de bégaiement et les solutions ainsi que les durées et intensités de différentes formes de rééducation.

## LA DYSPHONIE

Une voix anormale est celle dont le timbre, la hauteur, l'intensité et la modulation sont jugés déplaisants ou inappropriés par rapport à l'âge ou au sexe du locuteur. Les troubles de la voix peuvent être classés en organiques ou non organiques. Les troubles organiques peuvent provenir de maladies, de troubles congénitaux, de lésions, du surmenage ou du malmenage vocal. Les troubles non organiques comprennent un dysfonctionnement psychogène et un stress social. La rééducation de la voix comporte des techniques de relaxation, des exercices de respiration et le travail de pose de la voix, l'hygiène vocale et des conseils. L'efficacité de la rééducation orthophonique chez les patients dysphoniques n'a pas été sérieusement remise en cause puisque les troubles se résolvent rapidement avec la rééducation et qu'il semble reconnu de tous que "la rééducation fonctionne". Il y a néanmoins peu d'études expérimentales pour appuyer objectivement cette conviction. L'emploi croissant des instruments scientifiques a beaucoup aidé au diagnostic et à la prescription rapide de la rééducation des troubles de la voix, et a pu améliorer la sélection des patients pour une rééducation et un suivi plus précis. Nous avons besoin de recherches sur la prévalence et l'histoire des troubles de la voix, ainsi que d'études expérimentales des traitements spécifiques plus rigoureusement contrôlés.

## CONCLUSION

### Doit-on voir la vie en rose ?

Je vous ai fait part des fortes preuves de l'efficacité de l'orthophonie. Pourtant une grande partie de notre travail n'a jamais été remise en question ou testée. La majorité des études a porté sur l'impact de la rééducation sur la production de la parole, de la voix ou du langage. Les études portant sur le travail de l'orthophoniste ont montré que peu de temps était consacré à ces aspects dans la rééducation, alors qu'un temps considérable est consacré à améliorer l'efficacité de communication, le bien-être psychosocial du patient et sa stratégie d'adaptation. De plus nous travaillons en lien étroit avec les soignants, espérant améliorer l'impact émotionnel du trouble de la communication, et améliorer l'entente et la communication dans le milieu familial. Bien des aspects de ce travail n'ont pas été évalués. Il y a différentes approches aux différents aspects de notre travail et peu d'études montrent les méthodes d'intervention les plus efficaces et efficaces. Nous éprouvons encore des difficultés à définir les troubles et les caractéristiques individuelles des patients, et à choisir les meilleurs outils d'évaluation des résultats.

Enfin, fait plus inquiétant, beaucoup d'entre nous pratiquent à leur façon sans tenir compte des avancées de la recherche. Les chercheurs et les cliniciens ont la responsabilité de mieux communiquer, afin que les patients puissent bénéficier des gains de connaissance.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS G., GUITAR B., HOWIE P. (1980). Meta analysis of the effects of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45 : 287-307.
- BRYEN D-N., JOYCE D-G. (1985). Language and Intervention with the severely handicapped : a decade of research. *Journal of Special Education* 19 (1) : 7-39.
- ENDERBY P., EMERSON J. (1996). *Does speech and language therapy work ? A review of the literature*. San Diego, California : Singular Publishing Group.
- ENDERBY P., EMERSON J. (1996). Speech and language therapy, does it work ? *British Medical Journal* 312, 1655-58.
- WERTZ R-T. (1983). A philosophy of aphasia therapy. Some things patients do not say but that you can see if you listen. *Communication Disorders*, 8 (1), 1-17.