

HOSPITAL DOCENTE "JULIO DIAZ"

Las afasias y su tratamiento (Enfoque logofoniatrico)*

Por los Dres.:

RICARDO CABANAS COMAS,* JULIO GONZALEZ BORROTO **

Cabanas Comas, R. et al. *Las afasias y su tratamiento (enfoque logofoniatrico)*. Rev Cub Med 14: 3, 1975.

Se presentan conclusiones terapéuticas derivadas de la atención específica, logofoniatrica, de más de 1 000 casos de afasias diversas, tratadas durante los últimos diez años en el Hospital docente de rehabilitación de lisiados "Julio Diaz". Se plantea como premisa el rechazo de una técnica sistemática con pasos o etapas estereotipados, y se parte de una consideración "gestalica del problema: no se esta solo ante una afasia sino, además, ante un individuo que esta reaccionando a ser un afasico, con implicaciones psicológicas sobreañadidas en relación con su particularidad de acondicionamiento. Se establecen lineamientos generales de iniciación del proceder terapéutico, según el predominio de las distintas variantes, bien cuantitativas (grados de afasia o disfasia), bien cualitativas (toma mayor o menor de los elementos motores o sensoriales, agnosis, apraxia), y se hace depender el pronóstico de diversos factores.

Este trabajo intenta presentar, en visión de conjunto apretada y esquematizada, una línea general de enfoque del tratamiento en las afasias. Sobre una base de consideración netamente especializada como son la logopedia y la foniatría, las conclusiones que vamos a exponer se derivan de la experiencia directa, del contacto diario, con adultos afásicos, en una extensión de tiempo que abarca más de diez años de trabajo clínico con los enfermos en el hospital docente de rehabilitación de lisiados "Julio Diaz" y que, respecto al número de casos, rebasa la cifra de mil.

Incluimos en ese gran total los casos vistos en el desaparecido centro de rehabilitación de lisiados "F. D. Roosevelt" y que luego siguieron consultandose esporadicamente en el hospital "Julio Diaz", asi como los enfermos egresados de este último que continuaron ambulantemente su tratamiento en el hospital docente "Comandante Fajardo".

A titulo de declaración de principios, hacemos saber que nuestro enfoque logofoniatrico de las afasias se mueve dentro del marco de la Escuela vienesa de logopedia y foniatría, cuyos conceptos al respecto pueden encontrarse en las obras clásicas de *Froschels*¹ y de *Froschels y Jelinek*² y *Froschels et al.*³

Sobreañadidamente, incorporaremos conocimientos y modificaciones conceptuales surgidos a la luz de observaciones hechas en la clinica, sobre la marcha de la atención específica.

* Trabajo presentado a las Primeras Jornadas de Neurología, Neurofisiología y Neurocirugía, enero 25, 1973, Habana, Cuba.

** Responsable nacional de logopedia y foniatría.

*** Residente de la especialidad: Hospital docente de rehabilitación de lisiados "Julio Diaz". Ave. de Rancho Boyeros y carretera del Wajay, Reg. Boyeros.

Como especialistas del habla y de la voz, es decir, como logofoniatras, entendemos por afasia todo disturbio lingüístico, de carácter expresivo o receptivo, con base etiológica en una lesión cerebral; se excluyen las deficiencias en la innervación de la musculatura usada en el habla y en la escritura, la patología de los órganos sensoriales de recepción, y la deficiencia mental en general.

Los disturbios lingüísticos a que nos referimos se sobrentiende que representan fallas o deficiencias en la simbolización, retención y producción de conceptos mentales, asociadas con alteraciones similares en la simbolización convencional de la articulación y de la escritura, así como de la lectura.

Nos interesan y contemplamos las afasias desde los puntos de vista anatómico, fisiológico y psicológico, enfocándolas específicamente desde el ángulo del rehabilitador y analizándolas en función de su pronóstico y tratamiento. Así, nos interesa la localización neurológica, pero igualmente nos interesa la consideración psicológica que nos dice que el mecanismo lingüístico es una "gestalt" y que, por lo tanto, funciona como un todo; debido a ello, nuestra atención se dirige por igual a las

partes y al todo, así como a sus interrelaciones. También queremos enfatizar que evaluamos las alteraciones lingüísticas en términos de agnosia y apraxia, como corolarios de la agnosia y de la apraxia que afectan actividades no verbales.

Dentro del terreno específicamente psicológico, deseamos hacer hincapié en que, escolásticamente, dentro del campo de las afasias nos alejamos igualmente de las consideraciones psicológicas "puras", que no admiten ninguna o casi ninguna localización

de las funciones (*Jackson* y seguidores,⁴ que de la opinión neurológica ortodoxa de las exactas localizaciones anatómicas (*Nielsen*).⁵ Sobre la base de los conocimientos fisiológicos actuales, nos sumamos simplemente a la línea de enfoque conceptual de los autores modernos que considera, en síntesis, que ciertas áreas corticales sirven a ciertas funciones lingüísticas más que a otras, pero que la totalidad de la corteza cerebral interviene en la actividad lingüística normal (*Halstead*⁶ *Lashley*⁷ *Goldstein*⁸).

Por todo lo anteriormente expuesto, entendemos que, como logofoniatras, tanto para descubrir y enfocar las distintas manifestaciones afásicas, como para indicar los métodos de una específica rehabilitación oral, necesitamos considerar en conjunto, repetimos, los aspectos anatómicos, psicológicos y fisiológicos del disturbio. Tomando como punto de partida esa base, consideramos que debemos referirnos, mejor que a una clasificación de casos de afasia, a una clasificación de manifestaciones de afasia, reconociendo a esta última como una alteración lingüística fundamental, de la cual forman parte síntomas agnósticos y apraxicos. Pensamos que de otro modo no puede obtenerse un cuadro completamente informativo de las deficiencias y residuos del enfermo, anatómica, psicológica y fisiológicamente. Todo un siglo de intentos repetidos para clasificar las afasias en tipos no ha podido llegar más que a logros incompletos, confusionistas, debido a que, en realidad, no se ha podido tampoco evidenciar la existencia de tipos afásicos como tales.

Si se toma como concepto básico que la afasia es una alteración lingüística compleja, que no existe una afasia pura, que cada afásico tiene impedimentos del simbolismo oral que le son inherentes y peculiares, entonces aparecería claro que debe hacerse una clasificación de manifestaciones afásicas y no de afasias en sí. De ese modo llegaríamos a la obtención de "complejos afásicos específicos". Una tal clasificación de las manifestaciones afásicas (*Anderson*)⁹ se

adheriría a la generalmente aceptada dualidad expresiva y receptiva de estos desórdenes, pero recogería no solo los síntomas negativos en esos sentidos, sino también las distintas disfunciones generales o específicas acompañantes (agnosias y apraxias diversas), así como los síntomas positivos indicadores de habilidades específicas residuales.

La clasificación de *Anderson* es la siguiente:

I. *Manifestaciones expresivas*

a) *Implícitas:*

Afasia ideacional y afasia ideokinética.

b) *Exteriores.*

1. *Lenguaje hablado: afasia motriz (Broca)*, afasia subcortical motriz y afasia transcortical motriz (cuestionable).

2. *Lenguaje escrito: agrafia.*

II. *Manifestaciones receptivas*

a) *Auditivas:* agnosia y afasia.

b) *Visuales.*

1. Agnosia: opticogeométrica, objetos, etcetera.

2. Afasia: alexia, etc.

c) *Otros sentidos:* táctil cinestésico, cutáneo.

III. *Manifestaciones asociativas Afasias*

en niveles altos y bajos.

IV. *Manifestaciones combinadas*

Afasia de *Wernicke* y afasia total, y otras.

V. *Manifestaciones que indican habilidades especiales utilizables en la planificación de la terapia del habla.*

a) *Expresivas:* facilidad oral para construir nuevas sinergias motrices; *idem* manual; imaginación cinestésica.

b) *Receptivas:* imaginación visual, imaginación y memorias auditivas y otras imaginaciones sensoriales; asociaciones de las anteriores; predisposición cons-

titucional del paciente.

Un paciente afásico dado puede poseer cualquier combinación de estos signos, el manejo y la apreciación de los cuales, cuantitativa y cualitativamente considerados, nos dará la pauta que seguir dependiendo esta mayormente de la predominancia de una agrupación de manifestaciones sobre la otra.

De todo ello se deriva lo que puede considerarse como la premisa fundamental en el tratamiento de las afasias: *no existe una técnica sistemática*; en este campo terapéutico solo pueden contemplarse *metodologías individuales*. Después de la observación acuciosa de las esferas que se han tomando, hay que considerar sus implicaciones sobre las reacciones generales del individuo, basándose en sus características psicológicas particulares y en su particular capacidad de acondicionamiento a ser un afásico, reacción en la que esta comprometido todo su psiquismo general, con la conocida tendencia siempre presente a caer en desajustes emocionales de mayor o menor intensidad. Por eso, una consideración elemental aconseja evitar el empleo, de inicio, de estímulos emocionales marcados, lo que llevaría al paciente a respuestas orales incontroladas, que más bien inhibirían que favorecerían el habla volitiva. Si se estimula emocionalmente al afásico en los comienzos de su rehabilitación, ello solo debe hacerse cuidadosa y gradualmente.

¿ Cuando empezar la terapia?

Si, como decíamos anteriormente, la planificación de la atención se debe basar en una clasificación de las manifestaciones afásicas, y es lógico pensar que estas deben considerarse en su forma definitiva de estabilización, dado que existe un período de ajuste o reajuste funcional de las capacidades residuales que abarca un tiempo variable (entre treinta y noventa días), opinamos que **NO** debe comenzarse antes el tratamiento de rehabilitación, en áreas del enfoque más completo y exacto del estado último de las deficiencias. Recordamos a este respecto la conocida teoría de la “diasquisis” de *von Monakow*, según la cual centros que acostumbraban a funcionar en colaboración cercana con el lesionado, se inhiben temporalmente y reaccionan gradualmente después. Solo en determinados casos, y siempre por razones circunstanciales, principalmente psicológicas, se debe dar comienzo antes a la rehabilitación.

¿ Cómo planificarla en tiempo?

Dado que usualmente estos enfermos presentan un bajo umbral de resistencia física y mental a los esfuerzos correspondientes, lo recomendable es establecer pequeñas sesiones de tiempo de terapia, dosificándolas en períodos de 15 a 30 minutos, repetidas dos o tres veces en el día (*Taylor and Marks*).¹⁰ A la menor señal de cansancio, irritación o depresión, debe suprimirse la atención, o no comenzarla si se está a punto de hacerlo. Debe procederse de manera similar si se observan muestras de ansiedad o frustración, aunque en estos últimos casos puede ensayarse un cambio de actividades.

Condiciones de local y su contenido.

La terapia debe realizarse siempre en un mismo local, convenientemente aislado, sin interferencias de ruidos o hechos visuales que puedan entretener al paciente, y con eficiente iluminación. Se dispondrá como mínimo de un espejo grande de pared, pizarra y tiza, papel y lápiz, láminas diversas en colores, cada una de las cuales ha de contener

un objeto de uso ambiental o familiar o personal, cartulinas con letras individuales en distintos colores, con palabras o con frases, etc. Creemos necesario señalar aquí que, si bien la terapia específica del habla en los afásicos es conducida por el logofonotécnico cumpliendo las indicaciones del especialista logofiatra, el personal de los otros departamentos de rehabilitación hospitalaria (enfermeras, fisioterapeutas, etc.), que maneja al afásico en otros aspectos y que contacta con el durante gran parte del tiempo, debe poseer un mínimo de conocimientos sobre la conducta que seguir con el enfermo en esos contactos, aún cuando solo sea para no dañarlo.

Relaciones humanas.

Desde el mismo comienzo, resulta de vital importancia que tanto el especialista logofoniatra como el técnico logren la mayor relación simpática posible con el afásico, la cual hay que mantener y, si se puede, incremental a través de todo el tratamiento. La sensación de apoyo y seguridad que busca el enfermo se debe empezar a establecer incluso desde el primer saludo; la certidumbre de que no está solo en el camino que emprender hacia la mejoría le es básicamente necesaria, imprescindible, y debemos darle la impresión, todo el tiempo, de que alguien está con él, y dándose a él, en la persecución de un fin común. Esto, repetimos, es psicológicamente fundamental.

Durante las sesiones de tratamiento debe actuarse con habilidad, manejando lo mejor posible las situaciones difíciles que puedan presentarse; se minimizarán y justificarán sabiamente los errores cometidos y se elogiarán mesuradamente los éxitos, estimulando positivamente al afásico durante todo el tiempo.

Duración del tratamiento.

Es necesario hacerle comprender al enfermo, lenta y gradualmente, con la mayor sutileza posible, que su tratamiento debe durar años, si se pretende recobrar una parte

considerable de sus capacidades simbólicas en el habla, la lectura y la escritura. La práctica hospitalaria demuestra que para alcanzar esa situación es necesario un término de uno a cinco años, con las excepciones correspondientes; nuestros mejores casos, que se han llegado a rehabilitar en una extensión notable, no lo han hecho antes de uno o dos años. Desde luego, no nos referimos aquí a las disfasias de discreta o mediana intensidad, susceptibles de gran mejoría en un tiempo bastante menor.

Pronóstico.

Muchos autores, entre ellos *Eisenson*,¹¹ concuerdan con nosotros en la consideración de que aquellos casos con mayoría cuantitativa y cualitativa de manifestaciones receptivas tienen un pronóstico siempre peor. Asimismo, se considerarían con un pronóstico desfavorable en mayor o menor grado los casos de edad avanzada, aquellos en los cuales el tratamiento comienza tardíamente, los que muestran persistente euforia, los de tendencias psicopáticas y los que se tornan demasiado dependientes en sus relaciones hospitalarias. Un pronóstico favorable se supondría en los pacientes jóvenes, sobre todo niños, en las afasias de etiología traumática, en los pacientes en los cuales la terapia es comenzada tempranamente y en aquellos de personalidad bien balanceada que reconocen positivamente su problema y cooperan sin grandes ansiedades o aspiraciones sobre añadidas. En las afasias con predominio expresivo siempre será mejor el pronóstico.

Enfoque terapéutico general.

Toda la estrategia de la terapia logofoniatría en las afasias se basa en la mayor o menor probabilidad existente de crear un *tipo ideativo artificial* en el enfermo (su tipo ideativo normal nos es desconocido).

El tipo ideativo (o imaginativo) artificial, de creación *actual*, lo planificamos como una combinación de *dos vías: la cinestésicomotriz y la visual*. La asociación de estas dos vías es

fundamental en la concepción y desarrollo del tratamiento, y su dirección podría sintetizarse en una frase clave: *Por lo motor hacia lo visual*.

En los casos graves, con manifestaciones afásicas múltiples, en los que el lenguaje interno y el externo están tornados en su totalidad o cerca de ella, siempre debe comenzarse con ejercicios funcionales de estimulación motriz de los órganos de la articulación.

Ello lo hacemos por vía indirecta, utilizando movimientos biológicos similares a los del habla, que se dirigen a crear en esos órganos una imagen cinestésicomotriz de los sonidos orales; por ejemplo, silbidos largos y suaves en posición de sonrisa forzada, soplos largos y suaves de jadeo, etc. Estos movimientos representan en realidad los esqueletos funcionales de los sonidos de la S y de la J, y lo importante para considerar aquí es que el enfermo no tendrá grandes dificultades para llevarlos a cabo, dominarlos y fijarlos, porque no son "habla". Al mismo tiempo que se trabaja sobre estos movimientos musculares representativos del andamiaje funcional de los sonidos consonantes, se van instaurando imágenes cinestésicomotrices de las vocales y movimientos linguales en forma de juego, todo ello visualizado doblemente: en los órganos del terapeuta y en los del propio paciente, frente al espejo. Simultáneamente, se usan láminas en colores, al principio, con un solo objeto que visualizar; en el comienzo, solo se le pide al enfermo que las identifique señalándolas cuando se las muestra el técnico, quien si lo nombra; más tarde las nombrará también el paciente.

A medida que se van sembrando las imágenes cinestésicomotrices de los sonidos planificados originalmente, se van extendiendo los ejercicios funcionales con el objeto de incrementarlas en cantidad y en calidad, usándolas en combinaciones silábicas que conlleven sentido lo más pronto posible. Así, debe irse rápidamente a la formación de palabras con los sonidos cuyos esqueletos funcionales han sido ya establecidos y solidificados. Sincronizadamente, las láminas se van utilizando en mayor cantidad, pidiendo más verbalización, sin importarnos mucho al principio la exactitud articulatoria; desde el principio, y con vistas a la lectura, se ha ido al uso y reconocimiento de letras individuales y de palabras en las cartulinas, en conexión con las láminas, yendo siempre de lo más sencillo a lo más complejo.

En etapas posteriores se pasa al uso oracional, según lo permitan las ganancias efectuadas. Todo el tiempo las imágenes cinestésicomotrices deben ser "saboreadas" con movimientos exagerados de amplitud muscular. Al reconocimiento y expresión oral de los objetos se unirá la ejecución de las maniobras correspondientes a su uso específico: se ve el peine, se reconoce, se nombra, se observa al técnico peinándose, y por último se peina el paciente siempre nombrando el objeto, en una especie de saturación asociativa.

Al practicar oraciones, se acudirá a una ayuda de gran importancia: el uso distintivo de las inflexiones y entonaciones; ambas características vocales sirven normalmente de acompañamiento al habla y están en una intrincada relación con esta, representando el acompañamiento musical del engrama verbal.

En las manifestaciones afásicas con gran predominio sensorial, la línea de conducta del tratamiento debe basarse en el ejercicio acústico principalmente, pidiendo al enfermo la repetición de combinaciones de sílabas sin sentido, que varían de acuerdo con el grado de severidad afásica; estos ejercicios funcionales auditivos, por la atención que exigen, sirven de freno inicial al descontrol y la anarquía logorreicos.

En los casos medios y ligeros, en los que se hallan grados menores de afasia (disfasias), la elección del método y el orden correspondiente de las etapas de los ejercicios funcionales serán determinados sobre la base de las condiciones existentes: conteo numérico normal e inverso, articulaciones o frases específicas, etc.

Muchos autores recomiendan el tratamiento simultáneo de las dislexias y las disgrafías desde el comienzo. Nosotros preferimos esperar un tiempo prudencial en que las condiciones del simbolismo oral hayan sido mejoradas, por razones psicológicas y funcionales, lo que incluso puede llegar a viabilizarnos una fructífera combinación de los elementos de habla ya logrados en sinergia con la escritura sobre todo, influyendo beneficiosamente a ambas.

En resumen, podemos decir que somos, al menos, un poco más optimistas que un gran número de autores con respecto a la eficacia de la rehabilitación logofoniatría en las afasias; creemos que cuando se trabaja con las premisas anteriores en mente, mucho se puede alcanzar (*.Darley*,¹² *Wepmar*¹³).

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia directa de trabajo continuo con pacientes afásicos en número de más de mil durante 10 años de labor hospitalaria nos plantea:

- a) Que para una mejor orientación en el enfoque terapéutico de las afasias hay

que considerar al enfermo como un todo: anatómica, psíquica y fisiológicamente.

- b) Que es necesario tomar como punto de partida una clasificación de las manifestaciones afásicas, más bien que encuadrar al enfermo dentro de un tipo esquemático de afasia.
- c) Que no existe una regla de actuación normativa que encajar como patrón: cada afásico, con sus manifestaciones y su acondicionamiento psicofuncional a la situación, determina siempre modificaciones individuales que romperán un molde fijo de acción, con "escaladas" acuñadas de antemano.
- d) Que existen condiciones especiales de: comienzo de la terapia, planificación de las sesiones en el tiempo, local, *rapport*, así como de colaboración del resto del personal hospitalario no especializado que esta en contacto con el afásico.
- e) Que, a los efectos de una recuperación extensionalmente óptima, la duración del tratamiento debe medirse en años, con una favorabilidad de pronóstico en

aquellos casos en que predominen las agrupaciones manifestacionales motrices.

- f) Que si bien no debe considerarse la existencia de moldes rígidos de actuación terapéutica que estimule un programa de actuación por pasos que seguir continuamente (lo que conlleva implícitamente una aceptación de "tipos"), si es posible observar una *línea general de enfoque terapéutico*, dirigida fundamentalmente a la formación y desarrollo de un tipo ideativo o imaginativo *actual*, y que se establece siguiendo básicamente la vía cinestésico motrizvisual, asociando las estimulaciones correspondientes: auditiva, táctil, etc., de otros campos.

No quisieramos terminal- sin citar una frase del profesor doctor *Desiderio Weiss*, nuestro maestro, que ofrece una idea de las dificultades notables que vencer en este campo específico del tratamiento de las afasias: "La rehabilitación de las afasias es un poco como entrar en una habitación a oscuras, donde los muebles han sido desarreglados, y, a oscuras, volverlos a colocar en orden. - -"

SUMMARY

Cabanas Comas, R. et al. *Aphasias and their treatment (a logophoniatic approach)*. Rev Cub Med 14: 3, 1975.

Therapeutic conclusions derived from specific logophoniatic treatment in more than, 1000 patients with different aphasias treated over the past ten years at the Julio Diaz cripple rehabilitation teaching hospital are presented. As a premise, a rejection toward a routine technique with stereotyped steps or stages is stated from a "Gestalt * consideration of the problem: one is not only in front of an aphasia but, besides, in front of an individual showing specific reactions to his aphasic condition, with superadded psychological implications related to his particular conditioning. General guide-lines for initiating the therapeutic procedure according to the predominance of different variables, either quantitative (aphasia or dysphasia degree) Or qualitative (more or less involvement of motor or sensorial elements, agnosis, apraxia) are established, and prognosis is based on different factors.

RESUME

Cabanas Comas, R. et al. *Les aphasies et leur traitement (point de vue logophoniatique)*. Rev Cub Med 14: 3, 1975.

On presente les conclusions therapeutiques concernant la logophoniatie sur plus de 1 000 cas diaphasies diverses. Iraitées au cours des dernieres années (dans l'hopital d'enseignement de rehabilitation d'estropies "Julio Diaz". On pose comme premiesse le rejet d'une technique systematique avec des phases stereotypées, partant d'une consideration "Gestalt du probleme; on n'est pas seulement devant une aphasie, mais aussi devant un sujet qui essaye de reationner devant l'aphasie, ce qui entraine d'implications psychologiques surajoutees, en rapport avec sa particularity d'aconditionnement. On etablit les lineaments generaux de l'initiation du procede therapeutique, suivant la predominance des differentes variantes. soit quantitatives soit qualitatives (affection majeure ou mineure des elements moteurs ou sensoriels, agnosie, apraxie). Le diagnostic depend de divers facteurs.

РЕЗЮМЕ

РЕЗЮМЕ

Кабанас Комас Р., и др. Афазии и их лечение (логофониатрический подход). *Rev Cub Med* 14:3, 1975.

Даются терапевтические заключения вытекающих из специфических логофониатрических лечения более 1 000 случаев различными афазиями. Эти случаи были под лечением в последние 10 лет в Госпитале реабилитации инвалидов имени "Луис Диас Сото". Объясняется как перестали пользоваться систематическую технику и что начали гесталитический подходить к проблеме: не имеется только афазии а имеется человек который реагировал как афазик, с осложнениями в связи со своими особенности кондиционирования. Даются общие направления для начало терапевтического метода.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Fröschels, E. "Speech Therapy", Expression Co, Boston, 1933.
- 2.—Fröschels, E. and Jellinek, A. "Practice of Speech and Voice Therapy", Expression Co, Boston, 1941.
- 3.—Fröschels, E., et al. "Psychological Elements in Speech", Expression Co, Boston, 1932.
- 4.—Jackson, H. Citado en Head. "Hughlings Jackson on Aphasia", *Brain* 1: 8-10, 1915.
- 5.—Nielsen, J. M. "Agnosia, Apraxia, Aphasia" Paul B. Hoeber, New York, 1946.
- 6.—Halstead, W. C. "Behavioral Effects of Lesions of the Frontal Lobe in Man" *Arch Neurol and Psych* 40: 783, Oct 1939.
- 7.—Lashley, K. S. "Functional Determinants of Cerebral Localization" *Arch Neurol Psych* 38: 371, Aug 1937.
- 8.—Goldstein, K. "Trastornos del Lenguaje" Edit. Científico-Médica, Barcelona; 15, 1950.
- 9.—Anderson, J. O. "Aphasia and its Treatment". In Fröschels, E. edit. "Twentieth Century Speech and Voice Correction", Philosophical Library, New York 39, 1948.
- 10.—Taylor, M. L., Marks, M. "Rehabilitación del Afásico: Manual y Libro de Trabajo" Instituto de Medicina Física y Rehabilitación, Univ. de New York, Bellevue Medical Center, N. Y. 1955.
- 11.—Eisensohn, J. "Prognostic Factors Related to Language Rehabilitation in Patients". *J Speech Hear Disord* 14: 262-264, 3, 1949.
- 12.—Darley, F. L. "The Efficacy of Language Rehabilitation in Aphasia", *J Speech Hear Disord* 37: 3-21, 1, 1972.
- 13.—Fepman, J. M. "Aphasia Therapy: a New Look", *J. Speech Hear Disord* 37: 203-214, 2, 1972.