

語暢異常臨床指引

馬偕醫學院聽力暨語言治療學系 周芳綺老師撰寫

一、前言

語暢異常是因說話時氣流受到中斷或干擾，使得字音之間順暢轉移的過程受到阻礙，而導致整體言語流暢度不佳之言語障礙 (speech disorder)^{1, 4, 8, 16}。語暢異常含概四種類型：口吃 (stuttering)、迅吃 (cluttering)、神經性口吃 (neurogenic stuttering)、與心因性口吃 (psychogenic stuttering)^{1, 4, 8, 10, 18}；後三項常以相關或其它語暢異常 (related disorders of fluency or other fluency disorders) 稱之^{4, 10}。此章節中，將簡介各類問題相關特性以作為鑑別診斷之用，並說明臨床評估與治療應著重之項目。

二、各類語暢異常簡介

(一) 口吃

口吃的起始時間通常介於 2 至 5 歲之間，發生率為 4-5%，盛行率為 0.5-1%，而自發性復原的機率約為 75%-80%，且多發生在口吃起始後 6-36 個月之間^{4, 14, 16}。言語不流暢的類型可區分為字詞內不流暢 (within-word disfluency) 與字詞間不流暢 (between-word disfluency)。字詞內不流暢為口吃式的言語不流暢型態 (stuttering-like disfluency)，其類型包括音／音節的重複 (sound/syllable repetitions)、單音節字的重複 (monosyllabic whole-word repetitions)、無聲與有聲之延長 (audible and inaudible sound prolongations)；字詞間不流暢為一般或正常的言語不流暢型態 (normal or typical disfluency)，其類型包括插入 (interjections)、修正 (revision)、片語重複 (phrase repetitions)^{1, 13, 14, 16}。口吃者的口語中含有高比率的字詞內不流暢，且可能於說話不流暢時表現出不必要的臉部、頭部、或四肢等動作，又稱為附屬行為或次發性行為 (associated behaviors or secondary behaviors)^{1, 4, 13, 16}。現今，依據學術研究與臨床上對於口吃的認定標準，個案說話時，若每 100 字中，字詞內不流暢的次數大於或等於 3 次，即會被認定有口吃問題或為口吃的高危險群^{1, 13, 14, 16}。

專家學者們對於口吃的病因尚未全然瞭解，但目前的理論及學者多認為口吃是因多種內在與外在因子交互作用所導致的問題^{4, 7, 11, 15}。這些可能影響口吃發展的因子包含基因、性別、口吃家族史、口吃發生時間、言語動作能力、語言能力、情緒、氣質、認知、環境因素等^{4, 7, 11, 15}。此些因子為預測口吃發展（自發性復原或成為持續性口吃患者）的重要指標，亦為了解個案口吃本質及擬訂治療計劃的依據，因此，臨床評估時，應就上述相關因子進行詳細了解^{4, 11, 15, 16}。

（二）迅吃

迅吃患者通常語速過快及不一致，說話不流暢，語音清晰度不佳，對於自我問題的覺察度差^{4, 7, 10, 12, 18}。除了言語不流暢外，常伴有語言、行為、注意力、聽覺處理、書寫、閱讀及其它學習問題。另外，迅吃者亦可能同時有口吃的問題。迅吃通常起始於學前，但個案常至學齡時，才因學業表現不佳，而被診斷出有迅吃的問題^{4, 7, 12}。迅吃的病因未明，目前有研究顯示，它可能與基底核功能失常有關⁴。

（三）神經性口吃

神經性口吃為後天因中樞神經系統損傷而導致有言語不流暢，患者會有高比率之明顯且非自主的重複或拉長等現象，但卻少有附屬行為出現^{3, 4, 7, 18}。再者，語言複雜度、情境因素及時間壓力等口吃行為影響變項，對神經性口吃患者並無效力^{4, 18}。神經性口吃患者的口吃發生位置，並未侷限於字首，相反的，口吃可能發生於字中或字尾^{4, 7, 18}。此類患者未有明顯的適應性效應 (adaptation effect)，言語不流暢的行為亦不會於唱歌、與人合唸 (choral reading)、使用耳語聲說話、或使用節拍器的情境下，而明顯減少^{3, 4, 7, 18}。另外，對於自己說話不流暢的問題不感焦慮或害怕，因此不會出現預期性掙扎或逃避的行為^{4, 18}。

（四）心因性口吃

心因性口吃是因後天遭受重大心理傷害或長期承受巨大壓力所導致^{4, 7}。這類患者的言語不流暢型式頗為固定 (stereotyped pattern)，並不會隨時間日趨嚴重，亦不會隨說話情境或溝通互動模式不同而有所改變^{4, 18}。與神經性口吃相同，此類患者不會出現明顯的適應性效應，其口語流暢度也不會因為處於促發說話流暢度的情境下 (fluency-inducing conditions；例如：唱歌、與人合唸、使用節拍器或耳語聲等) 而提升^{4, 7, 18}。個案可能會出現特殊的掙扎行為，而對於自己的口吃問題關心程度則因人而異^{4, 18}。

三、語暢異常評估指引

（一）口吃

1. 目的

- 1) 兒童：主要目的有二：一為判定個案是否為口吃患者，二為判定個案的口吃問題較有可能自發性復原或是持續存在¹⁶。
- 2) 青少年與成人：主要目的為了解個案口吃問題的本質、口吃史、口吃治療史、治療意願與動機等相關資訊，以為治療策略選訂及治療計劃擬訂的基礎¹⁶。

2. 內容

1) 基本資料蒐集

利用訪談與個案基本資料表的填寫蒐集個案醫療疾病史、家族史、語言發展史、口吃發展史、治療動機、個案及家長／家屬的期待與擔憂、口吃對目前生活的影響、個案本身及重要他人對口吃的態度與看法等資料，對口吃個案有全面性的瞭解^{1, 4, 7, 15, 16, 18}。

2) 語言樣本收集

口吃發生頻率會隨情境、說話對象與個案本身狀況等因素而變動，評估時，應於不同情境、場所及與不同對象對話時，盡可能收集多樣化之語言樣本。情境方面，建議蒐集對話、事件描述、獨白、及閱讀等語言樣本。場所方面應包含治療室內與治療室外（例如：家中、學校、治療室外的遊戲區等）兩類。說話對象則需包含與治療師、父母、師長、手足或重要他人^{1, 2, 4}。每個語言樣本最好含 500 至 1000 個漢字¹⁸。

3) 語言樣本分析

I. 言語不流暢之口語與非口語相關外顯行為測量

語言治療師應針對言語不流暢頻率、各類言語不流暢類型之發生頻率、口吃平均持續時長、附屬動作行為、口吃嚴重度、口語自然度、語速等項目進行分析^{1, 4, 7, 15, 16, 18}。

中文口吃者之標準化評估工具有下列兩項，臨床語言治療師可就個案年齡選用：

- 修訂中文口吃嚴重度評估工具－兒童版(楊淑蘭、周芳綺, 2004; 適用對象：3-13 歲)¹⁹
- 修訂中文口吃嚴重度評估工具－成人版(楊淑蘭、莊淳斐, 2011; 適用對象：18 歲以上成人)²⁰

II. 與重要他人之溝通互動模式分析

分析方式可觀察個案與父母、師長、手足或重要他人互動時，雙方之溝通互動模式，觀察的項度包含語速、語言複雜度、停頓與等待的次數與時長、對話者打斷個案說話的次數及所問問題的型式（封閉式問題或開放式問題）等^{4, 7, 15, 16}。

4) 口吃相關內隱行為測量

口吃的內隱行為是指口吃者對說話與口吃的態度與信念，一般會以與個案進行、與個案之重要他人進行訪談、及請個案或／及重要他人填寫相關量表等方式收集相關資訊^{4, 16}。藉由訪談與量表填寫，以了解個案對說話與口吃的自我覺知能力、對說話與口吃的情緒反應與期待、是否有逃避行為、於學校或職場之適應情況、及治療動機^{1, 4, 16, 18}。此些資訊對接續治療計劃的擬定頗為重要。評估可參考國內外具信效度相關評估量表。如：兒童溝通態度量表¹⁷、兒童溝通焦慮（說話情況）量表¹⁷、教師評定兒童溝通焦慮（說話情況）量表¹⁷、成人溝通焦慮（溝通情況）量表¹⁸。

5) 其它相關檢查

除了針對個案之口吃相關外顯與內隱行為進行詳細評估與分析外，語言治療師亦需對個案的口腔構造與功能、語言及言語能力進行評量，並進行聽力篩檢，以確認個案是否為口吃患者，及是否合併有其它問題^{1, 4, 7, 10, 15, 16}。

(二) 相關或其它語暢異常：迅吃、神經性口吃與心因性口吃

1. 目的：瞭解個案之語暢問題於內隱及外顯行為上的表現，以鑑別診斷個案為口吃或其它語暢異常類型，若為後者，又應歸屬於哪一類^{4, 7}。

2. 內容：

臨床評估的重點項目與前述之口吃評估相似，需蒐集基本個案資料、語言樣本、言語不流暢之外顯與內隱行為分析、口腔動作與功能檢查、語言及言語能力評量、與聽力篩檢^{4, 7}。語言治療師需將收集所得之資料進行綜合研判以區辨個案的語暢問題是為口吃或為其它語暢異常（迅吃、神經性口吃與心因性口吃）。若為其它語暢異常類型，需依二、各類語暢異常簡介中之定義與症狀簡介，診斷個案之問題為何。

四、語暢異常治療指引

(一) 口吃

1. 兒童期

1) 原則：兒童口吃治療的主要目標在於提升言語流暢度、減少干擾說話流暢度的因素¹⁸。針對學齡前兒童，亦欲藉由達到上述主要目標，以提升口吃復原機率，及避免口吃成為持續性存在的問題¹⁶。其中，家長的主動參與在兒童口吃治療佔有重要的位子，語言治療師除了著重於兒童口吃行為的改變外，亦需將家長納入治療計劃中，藉由改變家長的溝通模式、調整他們對口吃的負面情緒反應與態度，進行提升孩子說話的流暢度^{1, 4, 7, 9, 15, 16, 18}。

2) 內容：

I. 間接治療(indirect therapy): 藉由環境操弄，或改變父母及老師與孩童的溝通互動模式，進而提升孩子說話的流暢度，及減少附屬行為的出現。相關技巧包括，父母與老師放慢語速、對話中增加暫停的次數與時間、減少對孩子語言的要求、減少使用複雜問句等^{16, 18}。若兒童年齡較大、附屬行為較多、對口吃有明顯的知覺、及父母無暇或能力執行間接治療的兒童，則建議採用直接治療法¹⁶。

II. 直接治療法一流暢塑型法 (fluency shaping): 教導流暢說話的技巧，以提升或維持說話的流暢度。相關策略包括減緩語速、軟起聲 (easy onset of phonation)、發音器官輕輕相碰以降低接觸的力道(light articulatory contact)、字詞延長 (prolonged or stretched speech),等技巧^{16, 18}。

III. 直接治療法—口吃修正法 (stuttering modification)：主要包含兩個目標，一是在口吃發生前、中或後修正口吃行為，另一個則是減少口吃者對口吃的害怕及逃避行為。口吃的修正技巧包含取消(cancellation)、語音拉長 (pull-out) 與事先心裡預備狀態 (preparatory sets)^{16, 18}。

IV. 情緒與態度：許多學齡前兒童對口吃尚未顯現負面的情緒或態度，是故治療時多著重於口語與非口語之外顯行為的改變，但對於年齡較大者，他們可能已有明顯的負面情緒反應或對口吃與說話持有負面的態度，此時負面情緒與態度的調整即需納入治療計劃中（參見口吃—青少年與成人期治療）¹⁶。不論針對學前或學齡兒童，皆需考量父母及老師對口吃的情緒反應與態度，修正其對口吃的不當情緒反應與態度，將對治療頗有助益^{4, 16, 18}。

V. 合併其它言語與／或語言問題：若兒童除了口吃外，尚有其它言語與／或語言問題，治療時，應視個案的狀況而決定是同時處置或是依序介入⁴。一般而言，會先提升接收性語言技能，再進行表達性語言能力的改善⁹。

2. 青少年與成人期

1) 原則：青少年與成人的口吃問題已存在多年，除了外顯之口語與非口語行為的改變外，個案之口吃相關內隱行為的修整亦應為治療時需著重的項目^{1, 4, 16, 18}。另外，亦需考量個案的治療意願與動機，此將影響治療療效¹⁶。

2) 內容

I. 行為改變：使用流暢塑型法與口吃修正法的技巧，提升個案的言語流暢度、修正口吃行為、面對口吃及減少害怕與逃避行為^{16, 18}。

II. 情緒的改變：在情緒反應的改變上，可使用放鬆及系統減敏法。青少年及成人口吃者常預期口吃的發生，在口吃發生之前，他們常會出現緊張、焦慮等情緒，肌肉張力也因而提升，此些反應反而提升口吃的出現機率。是故，臨床上，常利用不同的方法協助個案放鬆肌肉，如逐步放鬆法(progressive relaxation)^{6, 16, 18}。另亦可利用生理回饋儀器顯示肌肉緊張與放鬆狀態之不同反應，藉由此視覺回饋提示幫助個案達到肌肉放鬆的目標¹⁸。待個案學會肌肉放鬆的技巧後，可進入系統減敏法的練習。首先，需協助個案將情境依焦慮程度由低到高依序排出，建立一張焦慮階層表^{16, 18}。接著，語言治療師要求個案開始閉眼想像沒有焦慮的情境，維持放鬆平靜的心情，而後依序想像身處焦慮程度由低到高的情境中，並試著維持放鬆平靜的心情。一直練習到在所有情境的想像中皆可維持放鬆平靜的心情為止，然後即可開始真實情境的練習¹⁸。

III. 態度的改變：若個案對口吃與說話持負面態度，或對口吃的發生已有無助、無法控制的感覺，治療時即需將改變態度一項納入治療目標中¹⁶。以探索自我對

一般事物的態度為起點，進而探索自己對口吃與說話的態度。治療時，會藉由對指認(identifying)、探索(exploring)、及談論對自我、口吃與說話的態度等過程以增強正面態度，降低或改變負面態度^{4, 16}。

(二) 迅吃

1. 原則：迅吃患者常未覺察到自己有語速過快，致使說話流暢度受到干擾，甚而影響言語清晰度。是故於治療時，應首著提升個案對自己口語問題及過快語速的覺察度，及對語速調控的能力^{4, 7, 12}。

2. 內容：

1) 提升個案對自我過快語速的覺察度，進而增進自我語速控制的能力。可請個案利用肢體動作打拍子或節拍器以調控自我說話速度，並練習以慢、中、快等不同速度說話。語言治療師應提醒個案在練習以不同速度說話時，所接收到的自我本體感覺回饋。另外，治療師可教導個案去觀察聽者在他們說太快以致聽不懂時，會有哪些動作表情出現，藉由觀察聽者的反應，可協助個案調控自我的說話方式，以提升溝通效度。對於可閱讀者，治療師亦可教予適當斷句的技巧，以協助個案調降自己的語速^{4, 7, 12}。

2) 提升語言能力：迅吃患者常伴有語言或／言語問題，是故，於治療時，可增進語意及語法技能，提升語彙量，並加強其描述事物時之計劃及組織的能力。另外，可提升個案輪替、等待、維持主題等語用相關能力^{4, 9}。

3) 促進言語流暢度：利用延遲聽覺回饋 (delay auditory feedback; DAF) 使個案降低語速，而提升整體說話的流暢度^{4, 12}。

4) 迅吃個案可能亦同時有口吃的問題，而其口吃症狀可能在迅吃問題改善後變得更加明顯，此時，治療師可適時加入口吃相關的治療⁴。

(三) 神經性口吃

1. 原則：當個案因神經損傷而導致有口吃的問題時，治療師應先判定個案是否適合進行口吃相關治療。若個案除了神經性口吃的問題外，尚有其它更嚴重的神經損傷症狀，或伴有認知語言障礙（例如：失智症），則治療重點不應置於口吃問題的處置，應以其它問題的處置為優先。反之，若口吃為個案主要之症狀，且個案認知及語言能力皆完整未受損，則可以下述之策略進行口吃之矯治。而因神經性口吃患者較少伴有情緒及態度等內隱行為問題，所以治療時，可以外顯行為矯正為主^{3, 4, 7}。

2. 內容：

1) 行為治療：於發展性口吃治療時使用的行為改變技巧，亦可使用於神經性口吃的矯治。例如：利用打拍子或節拍器進行語速調控、放慢說話速度、使用軟起聲、使用延遲聽覺回饋、口吃修正技巧、及利用電生理回饋以降低肌肉張力等^{3, 4, 7, 9}。

2) 手術或藥物治療：有時，神經性口吃亦可因手術或藥物控制而獲改善。此部份應由神經科醫師評估後決定^{3,4}。

(四) 心因性口吃

1. 原則：語言治療師應先為個案進行試驗性治療，以觀察個案是否可藉由使用某些增進流暢度的技巧而使說話順暢度提升。若可，則建議個案可直接接受口吃治療服務。若於試驗性治療時發現，無法利用增進流暢度的技巧而使個案說話較順暢，或心理因素過於嚴重，則應視個案狀況，以決定將先進行心理治療，而後再接受口吃治療，或是同時進行心理治療與口吃矯治。但對於不認為自己的口吃是因心理因素所致，且於試驗性治療時未見明顯療效者，口吃治療可能對其助益可能相當有限^{4,7}。

2. 內容

1) 於口吃治療時所使用的治療策略亦可使用於心因性口吃矯治，例如語暢重塑法中的字詞延長、軟起聲、利用構音器官輕觸的方法降低接觸力道等⁴。

2) 若個案未伴有神經方面的問題，心理治療通常對個案的症狀改善頗具療效^{4,9}。

參考文獻

1. Conture, E. G. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis, and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
2. Costello, J. M., & Ingham, R. J. (1984). Assessment strategies for stuttering. In R. F. Curlee & W. H. Perkins (Eds.), *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions* (pp. 330-333). San Diego: College-Hill Press.
3. De Nil, L. F., Jokel, R., & Rochon, E. (2007). Etiology symptomatology, and treatment of neurogenic stuttering. In E. Conture & R. Curlee (Eds.), *Stuttering and Related Disorders of Fluency*, (3rd ed.) (pp. 326-343). New York: Thieme Medical Publishers.
4. Guitar, B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
5. Healey, I. C., Trautman, L. S., & Susca, M. (2004). Clinical applications of a multidimensional approach for the assessment and treatment of stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 40-48.
6. Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice* (2nd ed.). Chicago: The University of Chicago Press.
7. Manning, W. H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders* (3rd ed.). New York:

Delmar, Cengage Learning.

8. Ramig, P. R., & Pollard, R. (2011). Stuttering and other disorders of fluency. In N. B. Anderson & G. H. Shames (Eds.), *Human Communication Disorders: An introduction* (pp. 164-201). Boston, MA: Pearson.
9. Royal College of Speech and Language Therapists (2005). *Clinical guidelines*. Oxon, UK: Speechmark Publishing Ltd.
10. Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. Long Grove, IL: Waveland Press.
11. Smith, A., & Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactorial model. In R. F. Curlee & G. M. Siegel (Eds.), *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions* (pp. 204-217). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
12. St. Louis, K. O., Myers, F. L., Bakker, K., & Raphael, L. J. (2007). Understanding and treating cluttering. In E. Conture & R. Curlee (Eds.), *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. (3rded.) (pp. 297-325). New York: Thieme Medical Publishers.
13. Yairi, E., & Ambrose, N. C. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1097-1112.
14. Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, Texas: Pro-Ed.
15. Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). *Stuttering: Foundations and clinical applications* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.
16. Zebrowski, P. M., & Kelly, E. M. (2002). *Manual of stuttering intervention*. New York: Singular.
17. 伍瑞瑜、楊淑蘭 (2007)。國小口吃兒童與一般兒童溝通態度、溝通焦慮與學校適應之比較研究。特殊教育研究學刊，32 (1)，93-120。
18. 楊淑蘭 (2011)。口吃：理論與實務工作。台北：心理。
19. 楊淑蘭、周芳綺 (2004)。修訂中文口吃嚴重度評估工具—兒童版。台北：心理。
20. 楊淑蘭、莊淳斐 (2011)。修訂中文口吃嚴重度評估工具—成人版。台北：心理。