



台灣聽力語言學會電子學報

The Speech-Language-Hearing Association, Taiwan

- 主題文章：人物專訪-談言語失用症
- 撰 稿 者：潘秀琴



主題文章

人物專訪-談言語失用症

潘秀琴

- ◆ 您很早就關注成人言語失用症了。可以告訴我們您在語言治療師的生涯中，確診為這種障礙的病例大約有多少人？可以談談他們的病因、人口學特徵，和臨床言語表現嗎？

因為我已經退休，手邊沒有個案的原始病歷，只能憑記憶估算及描述。在我執業的三十年期間，確診為「單純的」言語失用症、或者說以言語失用症為主要障礙、或是較突顯的障礙病例，約20人。而事實上，我認為有許多表達型(或不流暢型)失語症的個案、甚至包含完全失語症(global aphasia)的個案，都可能伴隨著言語失用症的症狀，那麼病例數就不計其數。

就這些以言語失用症為主要障礙的病例的病因，有腦血管梗塞及腦出血，病灶多在左大腦的額葉的後部，有些病人的病灶也有涉及頂葉及顳葉與額葉交會處。比較特別的有兩個嚴重的言語失用症病例，慣用手是右手但是病灶是在右腦。

這些病例最小是十四歲，最年長是七十六歲，其間各年齡層都有，五十歲至七十歲較多，印象中男性較女性多一些。他們的臨床表現有：(1) 言語機制接近正常，(2) 聽理解能力接近正常，(3) 常伴隨口部動作的失用 (oral apraxia)，(4) 有些會伴隨著肢體的失用，(5) 有發聲及起始言語動作或言語動作次序性安排的困難，(6) 自動化語言或自然情況下回應的說話表現優於有目的或意志性的說話，(7) 構音的錯誤常是不一致，而有預期性 (anticipatory)、延續性 (reiterative)及移位性 (metathetic)的音誤，(8) 通常會有費力摸索的構音位置的表現 (groping)。

- ◆ 您所見的语言失用症與英文教科書所描述的特徵，有無差異？

- (1)病灶：我有兩個病人病灶是在右腦，這是一般英文教科書沒有提過的。
- (2)書上通常是說言語失用症在急性期可能無法發出聲音，或者說嚴重的言語失用症會連發聲都有困難。我有兩個病例是有發聲的困難，但是能順暢且正確的作出構音動作，我認為那是單純的發聲失用症(apraxia of phonation)。
- (3)起始困難：有一個個案毫無起始困難，但構音多錯誤且不一致，且字與字之間略有拉長的情形。
- (4)費力摸索的構音位置的表現 (groping)：有些個案可能是起始非常困難，或是缺乏溝通動機，平常幾乎沒有出現費力摸索的構音位置的表現。
- (5)構音錯誤不一致：有些病人能發出的韻母及聲母相當有限，其構音錯誤則呈現相當一致。

◆ 您有沒有印象比較深刻的病例，可以分享他們的診斷和治療的過程嗎？

民國七十四年十一月，我開始接案的第一個月，就接觸到一個嚴重的言語失用症的病人，他慣用手是右手，但病灶在右腦；神經科醫師及復健科醫師給他的診斷分別是失聲症(aphonia)及交叉失語症(crossed aphasia)。

他沒有吞嚥的困難，在做言語機制的檢查時，卻費力地想張嘴卻做不出張嘴的動作；請他出聲，也完全無法出聲。根據家屬的報告，他接電話時，能發出聲音如「嗯」、「哼」來回應，因此我認為他是有言語失用症。急性期他在波士頓失語症測驗的聽理解分測驗的表現不佳，但是日常生活的溝通沒有明顯的聽理解能力的困難。後來，測驗表現也接近正常。治療策略如下：

發聲訓練：

練習張嘴、閉嘴的口部動作。

抑制不必要的動作，如張嘴時伸舌。

要求個案服從口令，做咳嗽、清喉嚨、笑出聲等動作。

要求個案服從口令，由咳嗽、清喉嚨、笑出聲等動作，轉說「啊」。

要求個案服從口令，直接說「啊」。

要求個案服從口令，直接說「啊」，且把「啊」拉長。

要求「啊」要有音調的變化。

其他韻母如「一」的誘發：

和個案一起唱「三民主義」，拉長「義」。

和個案一起唱「三民主義」，但請個案小聲唱「三民主」，唱「義」時，音量加大且拉長。

和個案一起唱「三民主義」，個案和治療師都小聲唱「三民主」，唱「義」時，音量加大且拉長。

治療師用一般音量唱「三民主」，要求個案接唱「義」，且拉長。

治療師小聲唱「三民主」，要求個案接唱「義」，且拉長。

要求個案直接唱「義」，且拉長。

這些治療方式是利用自然情形下能作出的動作，逐漸拿掉誘發的線索，讓個案能意志

性地控制自己能作出這些動作。後來，則有一些構音的訓練及聽寫的練習。

◆ 可以向讀者分享您最拿手的治療方法嗎？

事實上，除了我的學生以外，我並不知道其他治療師如何用正確的方法治療言語失用症者的說話困難；所以很難界定什麼是我最拿手的治療方法，因此我談一下我一般治療的原則。

(1)如前所述，利用自然情形下能作出的動作(或能說出的音)，逐漸拿掉誘發的線索，讓個案能意志性地控制自己能作出這些動作(或能說出的音)。

(2)利用已能發出的音，誘發新的音：如個案已能發出「ㄩ」及「ㄨ」的音，則試著讓他說出「ㄛ」或「哇」；若個案還能發出「ㄉ」(送氣即可)，則結合已發出的「ㄛ」或「哇」，來發出「好」或「花」。

(3)利用熟悉的語詞或片語，讓已誘發出的音用出來，如個案已會說「好」或「花」，則試著請他說「郝柏村」或「玫瑰花」。若是個案能說「郝柏村」或「玫瑰花」，則仔細聽「柏村」或「玫瑰」是否能說對，則可再衍生練習「伯伯」、「村莊」、「眉毛」及「當歸」等語詞，

(4)利用俚語或歌曲，來誘發目標音：如前述利用唱國歌，誘發出「一」的音。

(5)我也會用類似Rosenbek的八步進程 (The Eight-Step Continuum) 的治療方法，但是步驟可能分得更細或縮減 (依照個案的表現)。

(6)傳統的構音訓練，但是步驟可能分得更細。

(7)利用各類線索個別地建立線索的階層(cuing hierarchy)來誘發某些語音或語詞，並促使類化的產生。

言語失用症的治療是非常有挑戰性的，自己覺得很有成就感的是總能想出一些特別的方法來幫助個案。

◆ 這個領域有什麼需要進一步的研究或技術的發展？對於學生這方面的訓練上，有什麼建議？

診斷及治療言語失用症的經驗，讓我覺得有許多的問題可以深入的探討。

如：(1)右腦傷病人為何會出現言語失用症？

(2)言語失用症的聽能理解的困難與失語症的聽能理解的缺失是否一樣？二者有何不同？

(3)言語失用症是否有亞型？除了嚴重度不同，或者因障礙發生在內在不同歷程而有不同？

(4)言語失用症的言語聲學分析。

(5)編製言語失用症的測驗組合，並作信度及效度的研究。

言語失用症的發生率不是很高，所以最好能跨醫院來成立定期研討會及進行各類研究。許多實習生告訴我，在課堂上老師對言語失用症的介紹常簡單帶過。所以對於學生的訓練，我認為在課程上應當有詳盡的介紹。而實習督導應該要能幫助學生診斷出言語失用症，並指導學生對言語失用症者作合適的治療。

我遇到過一些言語失用症被誤診為啞吃的案例，治療師不斷地要求病人做口腔動作；或是被誤診為失語症的语言失用症病例，一直被要求仿說或看圖說名稱。結果，都是徒勞無功。

謝謝您的訪談，讓我有機會分享一些淺見，也藉此呼籲大家重視言語失用症的鑑別診斷及治療。

關於作者

學歷	臺灣大學心理學系畢業 臺灣大學心理學研究所碩士班畢業
經歷	勝利之家生活輔導員 臺灣大學心理學系國科會研究助理 空軍總醫院 航太組航空心理研究員 台北馬偕醫院 復健科語言治療師 成大醫院 復健部語言治療師



編輯

發行單位：台灣聽力語言學會

發行日期：2017.05.01

發行人：葉文英

聽語學報：第七十三期

主編：曾進興

副主編：吳詠渝、陳孟好

助理編輯：沈絮欣

網址：www.slh.org.tw