

吃音児の類型化診断 —U仮説による臨床適用症例の類型化診断と予後率—

早坂 菊子* 内須川 洸**

本研究の目的は、筆者らの治療指導を受けた吃音幼児30症例の類型化診断の結果を、予後調査による予後率と比較検討し、類型の予後予測の試みの有用性について論じ、さらに、発吃型、発吃時期と類型との関連性について検討を加えることである。3点が結論として導き出された。

1) U仮説に基づく16類型は、症例の追跡調査による予後率と関連し、類型特性の妥当性が大まかではあるが認められた。

2) 発吃時期と16類型との関連は、超早期型がU-1型に属し、超晩期型がU-4型に属する傾向を示し、超早期型の予後の明るさと、超晩期型の予後の困難さについての臨床的印象との一致を示した。

3) 発吃型と16類型との関連については、突発型がU-1、U-4型に多く属することが示された。緩発型については、症例数が僅少で確言できない。

キーワード：U仮説 類型化診断 予後率

1. はじめに

吃音児の治療・指導には、画一的ルーチンがないために、各症例に応じた適確な診断が極めて重要なものとなる。内須川は吃音幼児並に吃音学童の臨床教育的診断仮説を提唱し、吃音の診断法と予後予測の定式化に努めている(Uchisugawa, H. 1962, Uchisugawa, H. & Hayasaka, K. 1983, Hayasaka, K. & Uchisugawa, H. 1986, 内須川洸, 1984, 1986a, 1986b, 内須川・早坂, 1988)。内須川は自ら開発した幼児吃音の類型化診断仮説に基き、吃音の消極的改善因子；消極的悪化因子、積極的改善因子、積極的悪化因子の同定とそれらの組み合わせから、16類型を形式論理的に導出した(U仮説については上記論文を参照のこと)。

幼児吃音の類型化診断・16類型の構成は、U仮説中の内面的因子、すなわち、 $R_g \times I$ 及び $R_g \times R$,

つまり消極的悪化因子と消極的改善因子に着目したU型4種の分類と、U仮説中の外面的因子、すなわち、D(積極的改善因子)及びR(積極的悪化因子)に着目したA、B2型の組み合わせに基づくものである。

16類型を内外両因子の組み合わせで整理したものが図1である。図によりながら、説明を加える。

1) 類型化の基本構想；U仮説中の内面的因子、 $R_g \times I$ 及び $R_g \times R$ に着目し、それぞれの状況から、これらを+と-に、すなわち増量、減量で評価すると、形式論理的には、吃音の望ましい状況の順に配列すれば4種が分類される。これをU型と呼称する。U-1型とは $R_g \times R \rightarrow +$, $R_g \times I \rightarrow -$ 、つまり双方とも良好な場合である。(図1では、良好な場合は因子の横に○が記されている)。U-2型とは、 $R_g \times R \rightarrow +$, $R_g \times I \rightarrow +$ 、つまり、前者、消極的改善のみ良好で、他は不良の場合である。(図1では不良の場合は×が記されている)。U-3型とは、これと反対で、 $R_g \times R \rightarrow -$, $R_g \times I \rightarrow +$ 、つまり前者、消極的改善因子が不良

* 筑波大学 心身障害学系

** 同

		U ₁	U ₂	U ₃	U ₄
内面因子 外面因子	内面因子	R _g ×R ○	R _g ×R ○	R _g ×R ×	R _g ×R ×
	外面因子	R _g ×I ○	R _g ×I ×	R _g ×I ○	R _g ×I ×
D ○	R ○	A-1	A-1	A-1	A-1
D ×	R ○	◎	○	⊗	△
D ×	R ×	B-1	B-1	B-1	B-1
D ○	R ×	◎	△	△	×
D ○	R ○	A-2	A-2	A-2	A-2
D ×	R ×	○	⊗	⊗	×
D ×	R ○	B-2	B-2	B-2	B-2
D ○	R ×	○	⊗	⊗	×

- ◎ 予後はきわめて予好
- 予後は良好
- △ 慢性化が予測される
- ⊗ 予後は治療効果に依存
- ⊗ 予後は治療効果に依存するが悪
- × 予後は悪い
- ×× 予後はきわめて悪い

図1 幼児吃音の類型化診断の基本的枠組

で、消極的悪化因子が良好の場合である。U-2型、U-3型は、改善因子か悪化因子のいずれか一方に良好な条件を示す場合である。U-4型とは、R_g×R→-, R_g×I→+, つまり、消極的改善と悪化の両因子ともに不良な場合である。総合すると、U型は、内面的条件が1→4の方向で悪化を示すと考えられる。但し、U-2型とU-3型については、どのような形で存在し得るのかについては、今後、臨床的に十分検討されねばならないと考えている。

次に外面的因子、すなわち積極的改善因子と積極的悪化因子（それぞれ、D、Rと表示）に着目すると、A型とB型に2分される。A型とは、積極的改善因子D→+のタイプであり、B型とは、逆にD→-のタイプである。すなわちA型は改善が期待されるが、B型は現状維持型である。さらにA、Bの中の1型は積極的悪化因子がなく悪化をみない型で、2型は逆に積極的悪化因子が強く悪化の速い型である。

以上の基本的分類の組み合わせにより、16種の類型が構成される。

2) 16類型について；

a. U-1・A-1型；このタイプは、理想的治療条件を有し、急速に回復する。生理的吃また

は自然治癒に該当する症例と考えられる。この型を図式的に表示すると次のようになる（以下の型についても同様）。 $[D(+)+(R_g \times R)(+)] > [R(-)+(R_g \times I)(-)]$

b. U-1・A-2型；A-1型と比べて、積極的悪化因子が+すなわち増大するので、外面化の比較的速い急性的吃音であるが、予後は良好なタイプであろう。いわゆる外向吃のタイプである。 $[D(+)+(R_g \times R)(+)] > [R(+)+(R_g \times I)(+)]$

c. U-1・B-1型；このタイプは、積極的改善因子Dが-、つまり不良の外は、積極的悪化因子Rは良好であるので、外面化の進行が殆んどなく現状維持となる一方、内面因子はすべて良好（U-1）である。したがって時間経過とともに漸時回復にむかう予後の良い自然治癒タイプと考えられる。 $[D(-)+(R_g \times R)(+)] > [R(-)+(R_g \times I)(-)]$

d. U-1・B-2型；B-2型は、外面因子のD、R両因子とも不良で、外面化の速い外向吃の典型タイプと考えられる。適切な治療を計れば予後は良好である。U-1型の特徴は、吃音の回復や予後の可能性を示し、慢性化への抑止力のあるタイプである。 $[D(-)+(R_g \times R)(+)] > [R$

(+) + (R_g × I) (-))

e. U-2・A-1型：このタイプは、内面因子では改善と悪化が均衡して殆んど内面化に進展がみられない比較的良好な標準タイプであろう。

[D(+) + (R_g × R) (+)] > [R(-) + (R_g × I) (+)]

f. U-2・A-2型：このタイプはA-1型と比べると、外面化のスピードはやや落ちるが、外面化はやはり速いタイプ。予後は治療効果に依る。[D(+) + (R_g × R) (+)] > [R(+) + (R_g × I) (+)]

g. U-2・B-1型：このタイプは、典型的慢性型吃音で、外面化は良くも悪くも進展せず、慢性的傾向を示す。[D(-) + (R_g × R) (+)] > [R(-) + (R_g × I) (+)]

h. U-2・B-2型：このタイプは、外面化の速い標準外向吃で、B-1型に比べると、回復には時間を要する。[D(-) + (R_g × R) (+)] > [R(+) + (R_g × I) (+)]

i. U-3・A-1型：このタイプは、内面化へ容易に進むことはないが、内面化の積極的改善も期待できない。予後への不安を伴いながら改善に向う。[D(+) + (R_g × R) (-)] > [R(-) + (R_g × I) (-)]

j. U-3・A-2型：このタイプは、外面化の比較的速い急性吃音の傾向を示すが、内面化は緩徐である。[D(+) + (R_g × R) (-)] > [R(+) + (R_g × I) (-)]

k. U-3・B-1型：このタイプは、内面化も外面化もともに改善の傾向の認められない慢性吃。[D(-) + (R_g × R) (-)] > [R(-) + (R_g × I) (-)]

l. U-3・B-2型：このタイプは、極めて外面化が速くしかも内面化も漸時進行する傾向がある。[D(-) + (R_g × R) (-)] > [R(+) + (R_g × I) (-)]

m. U-4・A-1型：このタイプは、外面化の改善が良好なので、一面良好に進むが、長期的予後を要する。[D(+) + (R_g × R) (-)] > [R(-) + (R_g × I) (+)]

n. U-4・A-2型：このタイプは、外面化が速く、言語面や身体面に重症化が容易に生じ、その上内面的条件や最悪で早急に重症化する危険性を有する。[D(+) + (R_g × R) (-)] > [R(+) + (R_g × I) (+)]

o. U-4・B-1型：このタイプは、外面化が停滞し悪化もしないが、改善も期待できない内向吃。[D(-) + (R_g × R) (-)] > [R(-) + (R_g × I) (+)]

p. U-4・B-2型：このタイプは内外両面因子が最悪で、最も治療条件の困難な吃音である。[D(-) + (R_g × R) (-)] > [R(+) + (R_g × I) (+)]

以上のように想定された16類型は、治療予後と深く関わるものであり、この類型の妥当性や内容的検討については、実際の臨床経過と治療後の長い追跡調査によって可能となると考える。

筆者らは、過去9年間にわたり、幼児吃音の診断・治療業務と研究にたずさわってきた。研究の過程において、U仮説の理論的構築とその深化がみられ、幼児吃音の本質に迫る課題と思われる、予後研究による自然治療条件と、吃音の悪化と改善条件の解明へ近づきつつある。

本研究においては、筆者らの治療指導を受けた30症例の類型化診断の結果を、予後調査による予後率と比較検討し、類型の予後予測の試みの有用性について論じ、さらに、発吃型、発吃時期と類型との関連性について検討を加えることを目的とする。

2. 方 法

1) 対象児；

表1、表2に示す30症例である。

症例はすべて、筆者らによって治療指導され、追跡調査を行っているものである。対象児をあらわす符号で、Sは突発型、Gは緩発型を示し、En (n=1……7)は、超早期発吃型、Sn (n=1……14)は標準期発吃型、Ln (n=1……4)は超晩期発吃型である。男児15名、女児15名である。対象児は全てPendulum仮説(早坂, 1983)に基づくPendulum Guidance, Pendulum Therapyを親子ともに受けている。

2) 類型化診断；

インタビュー時と終了時、さらに治療過程におけるU仮説因子の段階評定が、各症例ごとに筆者らによって行なわれている(内須川, 早坂, 1988)。これらは、面接診断、母親による日記、遊戯室での観察、VTRによる観察、テスト(HU式I型親子言語関係診断テスト、HU式簡易親子関係診断テスト)に基づく。治療後1年前後の症例

表1 対象児

番号	対象児	発症年齢	初診年齢	性
1	SE ₁	1 : 7	3 : 3	♀
2	SE ₂	2 : 1	3 : 4	♀
3	SE ₃	2 : 1	2 : 10	♀
4	SE ₄	2 : 2	5 : 10	♂
5	SE ₅	2 : 1	2 : 3	♂
6	SE ₆	2 : 1	3 : 1	♀
7	SE ₇	2 : 3	4 : 1	♀
8	SS ₁	2 : 7	5 : 0	♂
9	SS ₂	3 : 6	4 : 4	♂
10	SS ₃	2 : 11	2 : 11	♂
11	SS ₄	2 : 8	5 : 9	♀
12	SS ₅	3 : 1	6 : 0	♂
13	SS ₆	3 : 6	4 : 7	♂
14	SS ₇	2 : 10	5 : 0	♀
15	SS ₈	2 : 10	5 : 0	♂

表2 対象児

番号	対象児	発症年齢	初診年齢	性
16	SS ₉	2 : 9	5 : 1	♀
17	SS ₁₀	3 : 2	5 : 11	♀
18	SS ₁₁	3 : 0	4 : 5	♂
19	SS ₁₂	3 : 4	3 : 8	♀
20	SS ₁₃	3 : 6	4 : 0	♀
21	SS ₁₄	3 : 9	3 : 10	♀
22	GS ₁	3 : 1	4 : 2	♀
23	GS ₂	2 : 9	9 : 9	♂
24	GS ₃	3 : 0	4 : 10	♀
25	GS ₄	3 : 0	5 : 2	♂
26	SL ₁	4 : 9	5 : 9	♂
27	SL ₂	5 : 8	5 : 9	♂
28	SL ₃	5 : 4	6 : 5	♂
29	SL ₄	5 : 2	5 : 4	♂
30	GL ₁	5 : 6	6 : 3	♀

については、因子段階評定はインテーク時と治療過程の資料に基づき、また治療後2年以上を経過した症例については、治療終結時における資料に基づく。これらU仮説因子の段階評定に基き、筆者ら2名によって、16類型の分類作業を行なった。

30症例の類型化診断の結果は、図2～5に示す。

3) 予後率

類型と予後との関連を検討するために追跡調査の結果より予後率を算定する。

予後の調査は、1985年7月20日、1987年2月20

因子 分類	RgXR	RgXI	D	R	症 例
A-1	○	○	○	○	
B-1	○	○	×	○	SE ₄
A-2	○	○	○	×	SE ₂ , SE ₃ , SE ₅ , SE ₆ , SS ₁ , SS ₇ , SS ₁₀
B-2	○	○	×	×	GS ₁

図2 類型化診断 (U-1型)

因子 分類	RgXR	RgXI	D	R	症 例
A-1	○	×	○	○	
B-1	○	×	×	○	
A-2	○	×	○	×	SS ₉
B-2	○	×	×	×	

図3 類型化診断 (U-2型)

因子 分類	RgXR	RgXI	D	R	症 例
A-1	×	○	○	○	SS ₃ , SS ₅ , SS ₁₂ , SS ₁₃ , SS ₁₄
B-1	×	○	×	○	SS ₆
A-2	×	○	○	×	GS ₄
B-2	×	○	×	×	

図4 類型化診断 (U-3型)

因子 分類	RgXR	RgXI	D	R	症 例
A-1	×	×	○	○	SE ₁ , SE ₇ , SL ₄ , SS ₁ , SL ₁ , SL ₃
B-1	×	×	×	○	SS ₂ , SL ₂
A-2	×	×	○	×	
B-2	×	×	×	×	SS ₈ , SS ₁₁ , GS ₂ , GS ₃ , GL ₁

図5 類型化診断 (U-4型)

表3 予後調査項目

- ㉔ 治療終了後、お子様の言葉の症状に何か変化がありましたか。
 - 5点：全く良い状態が続いている。
 - 4点：だいぶ症状が軽くなった。
 - 3点：吃るがよく喋る。
 - 2点：良くなったり悪くなったり。
 - 1点：心配事があると阻る。
- ㉕ 変化があった時、どのように対処したか。
 - 5点：カウセリング通り守る。
 - 3点：ほぼ守る。
 - 1点：カウセリングを理解していない。
- ㉖ お子様の性格や行動面で、何か変化がありましたか。
 - 5点：吃音にとって望ましい変化。
 - 3点：ほぼ望ましい変化。
 - 1点：望ましくない変化。
- ㉗ お子様は、学校（幼稚園）によくなじんでいますか。
 - 5点：よくなじんでいる。
 - 3点：ほぼなじんでいる。
 - 1点：なじんでいない。
- ㉘ 積極的に友達と遊びますか。
 - 5点：積極的。
 - 3点：ほぼ。
 - 1点：消極的。
- ㉙ 国語などの教科を嫌がることはありませんか。
 - 5点：喜んで発表。
 - 3点：ほぼ。
 - 1点：本読みなどを嫌がる。

表4 類型と予後率

(数字は予後率を示す)(←は2つの年度にわたる時点での結果を示す)

No	対象児	類 型	追 跡 年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年
1	SE ₁	U-4 A-1					60		93			
2	SE ₂	U-1 A-2			68			100	100			
3	SE ₃	U-1 A-2		100								
4	SE ₄	U-1 B-1		83	100							
5	SE ₅	U-1 A-2		100	100							
6	SE ₆	U-1 A-2		80	100							
7	SE ₇	U-4 A-1		72								
8	SS ₁	U-4 A-1		80	100							
9	SS ₂	U-4 B-1		60								
10	SS ₃	U-3 A-1		100								
11	SS ₄	U-1 A-2		100								
12	SS ₅	U-3 A-1		70		100						
13	SS ₆	U-3 B-1		100								
14	SS ₇	U-1 A-2		100								
15	SS ₈	U-4 B-2		32								
16	SS ₉	U-2 A-2		60								
17	SS ₁₀	U-1 A-2		64								
18	SS ₁₁	U-4 B-2		56								
19	SS ₁₂	U-3 A-1		80								
20	SS ₁₃	U-3 A-1		60								
21	SS ₁₄	U-3 A-1		87								
22	GS ₁	U-1 B-2		100	93							
23	GS ₂	U-4 B-2		27								
24	GS ₃	U-4 B-2		24								
25	GS ₄	U-3 A-2		68								
26	SL ₁	U-4 A-1		70		83						
27	SL ₂	U-4 B-1		47		83						
28	SL ₃	U-4 A-1		87	90							
29	SL ₄	U-4 A-1		40	97							
30	GL ₁	U-4 B-2		48								

表5 類型と平均予後率

類 型	平均予後率(%)	数	類 型 の 特 性
U-1 A-2	95.5	n=8	予後良好 外向吃
U-1 B-2	93	n=1	予後良好
U-2 A-2	60	n=1	予後は治療効果に依存
U-3 A-1	85.4	n=5	予後に不安はあるが改善にむかう
U-3 B-1	100	n=1	慢性化吃音
U-3 A-2	68	n=1	急性吃音だが内面化は緩徐
U-4 A-1	89	n=6	改善困難 慢性化傾向
U-4 B-1	76.5	n=2	改善困難 内向吃
U-4 B-2	37.4	n=5	最重度の吃

日、1988年8月15日の3回にわたって行われた。本研究までに第3回目の調査結果の集計は一部行なわれていないため、症例によっては前2回についてのみ検討をおこなった。予後調査項目のうち、予後率と関連した項目は表3のとうりである(早坂、内須川, 1987, 内須川, 早坂 1988)。予後率は、合計得点の合計総点における割合として算出する。

3. 結果と考察

類型と予後率について、表4、表5にまとめた。表4において、数字は予後率(%)を表わしている。第2回目までの調査結果のみ示している症例もあるが、現時点で調査は、最長8年にわたってなされている。表5における平均予後率とは、数回にわたる調査結果の平均値を算出したものである。類型によってnの数が異なり、n=1の場合は予後率の信頼性はほぼない。該当症例数が少ないため、予後率と類型特性との関連性について明確な結論は出せないが、特性を数値が表現し得てい

る類型もみられた。症例数を増やすことによって、類型特性と予後率の関連はより明確になるであろう。

U-1・A-2型(n=8)は、類型特性としては、予後良好の自然治癒タイプの吃音であるが、平均予後率95.5%はそれを裏付けるものと考えられよう。U-1・B-2型についてもほぼ同様である。U-3・A-1型については、予後に不安はあるが、ほぼ改善にむかうと思われる類型特性を有しているが、それは予後率85.4%において示されていると言えよう。U-4・A-1型の慢性化傾向の吃音については、予後率89%である。こ

表6 S型の類型分布

u-1型	32%
u-2型	4%
u-3型	24%
u-4型	40%

表7 G型の類型分布

u-1型	20%
u-3型	20%
u-4型	60%

表8 SE型の類型分布

u-1	B-1	14%
u-1	A-2	57%
u-4	A-1	29%

これは、U-4・A-1型に属する吃音に、超早期型吃音が29%含まれることによる数値の向上が考えられる。U-4・B-1型、U-4・B-2型はともに改善困難な内向吃であるが、予後率もそれぞれ、76.5%、37.4%と他と比べて明らかに低値である。こうした吃音の場合の治療指導は、吃音現象の存続とその内面化による持続が思春期において問題化することを予想し、思春期対策としての性格改造教育を、長年月にわたって行なう方針の徹底と、吃音の受容の促進を両親にガイドし、カウンセリングをくり返し行なう方向性を持たねばならないであろう。

発吃型と類型との関連については、表6、7のとおりである。突発吃音（S型）に属する吃音は、U-1型では32%、U-2型4%、U-3型24%、U-4型40%である。S型は、情緒的トラブルを内包すると思われる吃音であり、内面因子と結合する度合いが強い場合は改善困難と

表9 SS型の類型分布

u-1	A-2	21%
u-2	A-2	7.3%
u-3	A-1	43%
u-4	A-1	7.3%
u-4	B-1	7.3%
u-4	B-2	14%

表10 SL型の類型分布

u-4	A-1	50%
u-4	B-1	25%
u-4	B-2	25%

表11 GS型の類型分布

u-1	B-2	25%
u-3	A-2	25%
u-4	B-2	50%

表12 GL型の類型分布

u-4	B-2	100%
-----	-----	------

考えられる。それが、U-4型40%の数値としてあらわれているが、U-1型に属するものは、超早期型吃音と考えられ、症例が低年齢であることや、情緒的トラブルが外面因子と結びつく傾向にあることなどにより、S型の中でも改善の見込まれる症例と考えられる。

G型に属する吃音は、U-1型20%、U-3型20%、U-4型60%であり、U-4型の改善困難型が多いが、G型については症例数が僅少であり（n=5）、類型分布の妥当性は少ない。

発吃時期との関連は、表8～12に示されている。

SE型（超早期突発型）はその大半がU-1・A-2に属しており、予後良好とされている。これは臨床的印象と予後率とも一致している。

SS型（標準期発吃型）はその大半がU-3・A-1に属しており、予後に不安を持ちつつも改善にむかうタイプである。予後は超早期型よりも劣る。対人関係における耐性が不足（R_g×R-）する

ことにより、家庭内での改善が得られても、学校でつまづきやすく、慢性化する傾向を持っている。吃音指導の最大のポイントである対人関係における耐性づくりが典型的に必要とされるタイプであろう。SL型(超晩期突発型)は、その半数(n=2)がU-4・A-1に属し、慢性化傾向を示す。全ての症例がU-4型に分布し、改善困難な吃音の最たるものである。U-4・A-1は、内面化因子に弱さがあり、学校でのトラブルが家庭との連携によって上手に処理されるならば低学年時に軽減する可能性が存在する。

GS型(標準期緩発型)、GL型(超晩期緩発型)ともに大半がU-4・B-2に属し、最重度の吃音の様相を呈している。しかし、一般的には、G型はS型に比べ改善しやすいタイプと考えられている。今後症例数を増やすことによって、分布の移動が考えられよう。

4. 結 論

以上の結果より、以下3点が結論として導き出された。

1) U仮説に基く16類型は、症例の追跡調査による予後率と関連し、類型特性の妥当性が大まかではあるが認められた。

2) 発吃時期と16類型との関連は、超早期型がU-1型に属し、超晩期型がU-4型に属する傾向を示し、超早期型の予後の明るさと、超晩期型の予後の困難さについての臨床的印象を支持する結果となった。

3) 発吃型と16類型との関連については、突発型がU-1、U-4型に属することが多くみられた。緩発型については、症例数が少なく、傾向を表わし得ない。突発型は一般的には改善困難と考

えられる。それはU-4型に属することでも示されるが、一方、U-1型に属する症例もある。これは超早期型がその大半を占め、予後の良い吃音の特性を持っていることを示している。

文 献

- 1) Hayasaka K. & Uchisugawa H. (1986): Therapy process for incipient stuttering infants based on the U Hypothesis and the Pendulum Therapy, Presentation, The 21th Congress of IALP, Tokyo, Japan, 286-287.
- 2) 早坂菊子・内須川洸 (1987): 幼児吃音治療予後(2)―幼児吃音予後仮説(H)仮説の検討一, 第25回日本特殊教育学会発表論文集, 428-429.
- 3) Uchisugawa H. (1962): A diagnostic study on Stuttering children from the clinical view point, Presentation, The 12th Congress of IALP, Padova, Italy, 312-323.
- 4) Uchisugawa H. & Hayasaka K. (1983): Therapy for children who have the earliest onset of stuttering under 2 years. Presentation, The Congress of IALP, Edinburg, U.K. 317-323.
- 5) 内須川洸 (1986a): 吃音診断学序説, 風間書房.
- 6) 内須川洸 (1986b): HU式簡易吃音関係診断テストの開発と治療計画(1)―論理的検討一, 第28回日本教育心理学会発表論文集, 1028-1029.
- 7) 内須川洸, 早坂菊子(1987): 幼児吃音の治療予後(1)―予後に関する治療・指導―第25回日本特殊教育学会発表論文集, 426-427.
- 8) 内須川洸, 早坂菊子(1988): 幼児吃音に関する診断・治療法研究, 風間書房.

Summary

Typological Diagnosis regarding Stuttering Children—Clinical Application to Typological Diagnosis in terms of U Hypothesis from the view point of Prognosis.

Kikuko Hayasaka Hiroshi Uchisugawa

The purpose of this study is to investigate the relation between the results of Typological Diagnosis in 30 young stutterers and the percentage of their prognosis in order to discuss the effectiveness of our trial application by Typological Diagnosis and Prognosis in younger stuttering children.

We might conclude the following 3 points from this study.

- 1) The Diagnostic 16 Types based on U Hypotheses is to connect with the percentage of prognosis and we can roughly recognize the propriety of Distinctive Typological features in terms of U Hypothesis.
- 2) The earliest onset type of stuttering belong to the Types of U-1, and the latest one belong to that of U-4.

This results show that these coincide with our clinical impression about their prognosis.

- 3) Sudden Onset Type of stuttering almost all belong to U-1 and U-4. We can not assert the Diagnostic Typs of Gradual ouset because of their small subjects.

Key word: U Hypothesis Typological Diagnosis A Percentage of prognosis