

談簡明失語症測驗

撰稿者：鍾玉梅 語言治療師

台北榮總 復健醫學部

至今 CCAT 是唯一出版的中文失語症測驗。請您估計目前復健科語言治療師使用 CCAT 的普及率。您是否覺得滿意呢？

因為 CCAT 是已出版的中文失語症測驗，很容易取得，自然的相信復健科語言治療師應該都需要使用，每單位應該至少有一套吧!?普及嗎?滿意嗎?說起來汗顏，我沒有調查過 CCAT 的普及率，也談不上滿意與否；但是直到目前，與 CCAT 的相關的研究論文不多，應該是應用上不夠普及，所以不很令人滿意。

以您自己的臨床經驗，CCAT 的優點是什麼？它的缺點又是什麼？

第一個優點就是“簡明”，當疑有神經性溝通障礙的病人被轉介過來時，無論其嚴重程度，大約只須 30~60 分鐘的施測時間，便可了解病人在聽說讀寫方面的能力。而最簡單的“圖物配對”分測驗，可以推測病人目前最基本的認知能力如何。依據各分測驗之表現得以設計治療計畫，選用適當的教材與溝通策略。

第二個優點是 CCAT 包含甲、乙兩式測驗互為複本，可在短期內重複施測。將每次施測得分以不同顏色或線段標記於原始分數曲線表，可以明白顯示病人隨著時間在各分測驗之改變，除有利設計接續之治療計畫外，也有助病人本身和其家屬了解病人溝通能力的進展優劣項，得到適當的鼓勵與努力目標。

第三個優點、同時也可以說是缺點，就是記分法—每個題項不是用 0 或 1 來計分，而是要仔細觀察病人的回應採 1-12 分計分，所以初學者需要花較長的時間用心學習記分原則及標準，才能得到信效度俱佳的施測結果。這種多向度計分法為何又是優點呢? 因為只要習慣以 1-12 分觀察記錄病人的表現時，治療師也已自然而然地學到“等待”、“重述”、“提示”等技巧與病人溝通，也因此知道應如何指導家屬耐心而有效地跟生病的家人互動。

第四個優點（也是缺點）是，CCAT 選用的施測物品及讀寫文字都經過調查篩選程序，並有建立判斷正常或異常的切截分數，施測結果能輕易推知病人能力異常與否，相當實用。以個人多年的臨床經驗來看，CCAT 的題目對正常人而言非常簡單，施測得分在異常範圍者，可肯定其必然有溝通困難—失語症，這是優點。相對的缺點則是：對極輕微或已經過長時間治療而進步者，則易出現天花板效應。測驗得分高於切截分數者，卻常在高階語文出現一定程度的困難；尤其從事聽說讀寫需求高之工作者，在 CCAT 得分雖然是“正常或恢復正常”者，要回到原有職場卻有明顯困難。單由 CCAT 施測結果無法偵測到真正的問題，必須依

賴長時間臨床的觀察及其它更複雜而深入的測驗之輔助。

第五點可說是測驗的困難點，讀寫測驗必然會受到教育程度的影響。不識字者不須施測讀寫分測驗。教育程度低且病前就少讀少寫者，很難判定其讀寫出現困難是失語症狀或反映原本之能力。年老者也因長久不須讀寫或視力不佳，而時有施測困難或配合度不佳的情形。而失語症狀輕微且教育程度高者，讀寫分測驗也往往難以偵測其高階讀寫能力的問題，須再進一步謹慎評估病人讀寫文章之能力。

您是否可以使用一個案例說明 CCAT 對您在協助病患復健上有極大的功效？

如前面第二個優點所述，印象最深刻的，是一位首次評估為中重度溝通障礙的病人。依其聽說讀寫表現推估為渥尼克失語症，年齡、教育程度、學習動機、社會互動、家庭支持等各條件均佳。經過九個月一週兩次，每次 30~45 分鐘治療，程度由中重度進步到中度、再到輕度。除了聽覺理解、覆誦句子及自發書寫外，得分都已達 11~12 分，測驗結果顯示渥尼克失語症的主要症狀仍在。之後，病人接受每週一次的治療，並在鼓勵下部份時間回到熟悉的工作環境，再而持續治療，終能全時回到職場。

病人在發病兩年及四年後的追蹤評估，總得分已分別達到 11.14 及 11.46 分，只有聽覺理解(9.4, 10.8)、覆誦句子(9.8, 9.7)兩個分測驗還是在 11 分以下，顯示 CCAT 能有效的記錄其進展及失語症症候群最主要的困難。這位病人恢復狀況於測驗結果及日常溝通已達近乎正常標準，卻不能說是「恢復正常」；也就是說他雖然日常溝通大致沒問題，一般人也難以發現異狀，但他知道自己在快速輪替的對話情境下，聽取仍常有困難，常須提醒對方說慢一點或再說一遍(可見他的溝通策略佳)。回北榮與治療師談話時，也偶而會聽到少許他無法自我察覺的語誤。失語症病人要回到原有職場真的很困難，這位病人雖幸運的回到職場，但與病前的職務仍有差別，可說是大部份能回工作崗位的失語症病人之寫照。

除了 CCAT 以外，您還使用那些工具互相搭配使用？

除了 CCAT 以外，在臺北榮總復健部最常使用的測驗是「成人語言能力篩檢表」，內容包括定向力/記憶、聽覺理解(單詞/是-非問句/句子理解)、閱讀理解(字-圖配對)、口語產出(自動化序列/覆誦/圖片命名/朗讀語詞及句子/交談對話)及書寫能力，題目少而測驗時間只須約 10-20 分鐘。一般臥床、較嚴重或不能久坐的病人，會先使用這個測驗得到初始印象；待病人狀況許可時，再施測 CCAT。

『華語失語症評量表』及『修訂波士頓失語症測驗-中文版』兩個測驗目前尚無常模可對照，但仍是診斷成人語障的重要參考依據。兩者分測驗多且施測時間長。除非非常輕微的病人，否則第一時間都不會施測。而是在 CCAT 或「成人語言能力篩檢表」完成後，需要更進一步瞭解病人聽說讀寫能力或失語症分類時再搭配施測，以得到更明確的診斷。

臨床上，語言治療師偶而被要求提供涉及法律、刑事或保險相關用途的評估

鑑定報告，最好施測兩種或以上不同的測驗，觀察病人在不同測驗的施測過程中，各能力表現是否一致，以得到真實且準確的診斷。另外，治療師也會使用「色塊測驗」及其他自編之語法、量詞、手勢表演、閱讀理解等測驗，如：輕微聽解困難的病人可以使用「色塊測驗」、「語法測驗」(含把-被)，嚴重的病人則可使用「手勢表演測驗」，了解病人特殊之困難及程度，再依病人之優劣勢，設計、進行治療計畫。

您對失語症測驗的編製、使用、推廣等三方面，有什麼期許？

至今 CCAT 是唯一出版的“中文失語症測驗”...還好我們完成了！失語症測驗的編製不容易。猶記得當初的熱血，循著 PICA 模式再三斟酌將 EARD (北榮失語症測驗) 進行修訂，感謝那時全台治療師的奔波協助，才得以建立常模，進而出版。多年來，認真的治療師們也陸續提出許多有關施測及記分之疑問或建議，個人深知 CCAT 還有許多不足，期望不久的將來有人願意再行修訂，以更臻完善。

未來，期望成人語障能受到更多的重視，有更多的人才、經費及人力投入，編製更多、更全面、或更特定的評估工具，以供臨床應用。其實，有許多治療師、研究生或老師已默默耕耘，編訂臨床可應用之量表或測驗，只是尚未成熟，未能推廣使用。就如 105 年 10 月中華醫事科技大學主辦“本土化失語症測驗研討會”，分別介紹「華語綜合失語症」、「中文波士頓失語症測驗」、「中文色塊測驗」及「CCAT」。後兩者已然出版，但前兩者雖早已編製完成，卻還差臨門一腳；期望能早日排除萬難，陸續順利出版推廣，提升語言治療專業之評估、診斷、治療及臨床研究之水準。