

選擇性緘默症—兒童焦慮障礙

黃金源

一、定義

根據 DSM-4 的定義：選擇性緘默症 (selective mutism) 是指兒童期在某種特定情境持續性不說話，而且持續一個月以上 American Psychiatric Association 1994。本定義指明選擇性緘默症是在某些場合不說話。事實上，選擇性緘默症兒童不說話的情形十分複雜。一般而言，選擇性緘默症兒童通常 (90%) 在教室裡不說話或拒絕和陌生人說話。有的患者是選擇場所不說話，如在家或其他場所會說話，到學校不說一句話。有的患者是選擇不和某些人說話，如約有 1/4 的學童不和家人以外的學童說話；也有少數兒童既使在家中也不和父親說話；更極端的情況是只和母親說話，不和任何人說話。例如有一特殊的個案是：拒絕和老師及小朋友說話，在家只和媽媽說話，和父親及兩位兄弟都只用行為語言姿勢溝通。

1992 年世界衛生組織所出版的 ICD-10 的診斷標準則直指：這類兒童選擇性地不說話是因為情緒因素造成 引自王淑娟民 88。選擇性緘默症兒童明顯可以理解說話的內容，也沒有表達性語言障礙。臨床研究並未發現任何證據，證明他們是智障或生理障礙造成拒絕說話。換句話說，說話障礙 speech disorder 語言障礙或智能障礙並不會直接造成此緘默症狀。

選擇性緘默症對學童最大的壞處是影響教育成就 容易因為不說話、不能和老師互動而被老師忽略 及和同輩團體的社會性溝通。這種症狀往往使父母苦惱與憂心不堪，老師也會覺得束手無策。

文獻上最早的報告是一位德國的醫生 Kussmaul 描述一群有能力說話，卻在某種場合不願說話的人，Kussmaul 將此症狀稱之為自願性失語症 (aphasia voluntaria)。Moritz Tramer 是位瑞士的兒童精神科醫生，首先將此症定名為為選擇性緘默症 (elective mutism)，意味孩子「選擇」在某種情境不說話 (抗拒說話)。最近 Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) 改稱為選擇性緘默症 (selective mutism)，表示這種孩子是在「某種選擇的情境」不說話。這種改變與目前對

此種孩子的病因係焦慮所致的看法較一致。也就是說，選擇性緘默症兒童之所以緘默，不是屬於反抗性的不說話。他們不說話的行為不是反抗的行為，而是要在某種情境說話感到焦慮所致。

二、症候

1. 發生時間、預後：

選擇性緘默症病發時間通常在在 3-5 歲。筆者臨床經驗發現：絕大多數發生在上幼稚園時。若兒童未上幼稚園，則發生在上小學時。也有個案在幼稚園時無此症狀，升上小學一年級碰到外表較兇的老師，才不講話。這類兒童不說話的場合大都是在學校，約 90% 患者在學校表現此症狀，屬於學校生活諸種恐懼症導致。

選擇性緘默症若不治療通常會從幼稚園持續到小學及國中階段。也就是說在此期間選擇性緘默症很少自動痊癒。國中以後情況如何，筆者未加以調查。就學理上推估，此症狀係由於焦慮所引起，應隨著您年齡增長症狀而有所減輕。但是文獻上仍有報導上高中後病情更形惡化的案例（Jacobsen,1995）。

2. 出現率：

根據 Bergman, Piacentini, & McCracken, (2002) 研究，選擇性緘默症的出現率是 .71%。其他研究報告約在 0.3% -0.9% 之間 引自王淑娟民 88。筆者到各國小演講或做情障生訪視輔導時發現：幾乎每一所國民小學都有此種障礙學生。推估其出現率與此數字相當，可見選擇性緘默症出現率並不如想像的少數。

若干研究發現女童多於男童(Wilkins,1985)。有些研究指出：女童只比男童多一點；有些則認為沒有差異；另有研究指稱：男女生的比率為 1:1.6。出生序別無顯著差異，易言之，選擇性緘默症與出生序別無關。

3. 附帶障礙：

選擇性緘默症兒童早年通常有各種行為異常：分離的焦慮、社會性焦慮、社會性技巧拙劣、睡眠障礙、飲食障礙等內化行為問題。約 90% 的患者在學校表現此症狀：害羞、抑制、焦慮、害怕陌生或新奇，不合宜的膽小與敏感、學校恐懼症。約 85% 的選擇性緘默症兒童有害羞的人格特質，三分之二有焦慮症，約三分之一有憂鬱症，五分之一有反抗或攻擊行為，三分之一有大小

便失禁。睡眠及飲食障礙也常見，過動症較少見，抽慄及強迫症則甚少見。

嚴重的緘默症患者其退縮的情形 分可怕而棘手，學生會在學校期間整日不離開座位、不吃午餐、不上廁所、不考試、不寫作業、不參加升旗，像似木頭人，甚至地震時也拒絕逃出教室。

選擇性緘默症的語言發展並未徹底研究，但是若干報告指稱：他們有說話及語言遲緩或障礙。Wilkins (1985) 報告指出：約 25% 的選擇性緘默症患者有較晚說話的情形。Wright (1968) 發現：21% 的選擇性緘默症兒童有構音障礙。另外研究指出：約少於半數有輕微或中度表達性及接受性語言遲緩。

三、病因

學者們認為選擇性緘默症與過度害羞、反抗或操縱行為有關。也有人認為：三歲前住院或創傷經驗、母親過度保護、雙親衝突、移民或社會性孤立與選擇性緘默症有關 (Klin and Volkmar, 1993; Wilkins, 1985;)。王淑娟將緘默症的肇因類分為 一 家庭導向理論 二 心理分析理論 三 學習理論等三個向度說明。仔細分析這三個向度，彼此有重疊之處，例如心理動力衝突會發在家庭之中，兒童的學習行為也常在家庭中進行。筆者的看法是：選擇性緘默症是兒童內、外在因素互動的結果，內在焦慮的人格特質是病灶，外在情境因素是引爆點。茲分別評述如下：

〈一〉內在因素：

1、心理動力衝突：

精神分析學派的人認為：未解決的心理動力衝突是問題的主因。對創傷性經驗的反應、性虐待、長期住院、離婚、愛人死亡、經常性搬家也被認為是原因之一。精神分析論者甚至認為：選擇性緘默症代表著其發展是固著在佛洛伊德心理發展理論中的肛門期階段 (王淑娟，民 88)。

Jacobsen (1995) 發表一個認同解離障礙 (dissociative identity disorder) 造成選擇性緘默症的個案。五歲患者自高中入學兩年以來未曾說話，但是會嘗試用書寫語言與人溝通。在家說英文 分流利，標準閱讀測驗得高分。個案在嬰幼兒時期受到身體及性方面的暴力，四歲時曾目睹其兄弟和朋友被謀殺。兒童期便表現害羞 顯著社會性抑制，例如訪問熟識友人時，他會躲在桌子下。小時候便有選擇性緘默症，只和監護人及少數兒童說話。他的沈默到進入高中時更加惡化，拒絕和人說話。他有社會性恐懼、憂鬱症狀和短暫解離狀態。患

者在做心理測驗時，所畫人的面孔呈現明顯的中裂現象，左邊面無表情，右邊則表現痛苦的表情。患者表示他害怕會發狂，在腦子裡有不同聲音在交戰，不同的人格狀態在腦中交替。此個案被判定是認同解離障礙（dissociative identity disorder）。在治療過程中個案透露：他所以會在高中病情加劇，是因為他進入高中前，他最好的朋友被謀殺。他的一個人格告訴他：最好閉嘴以免惹禍上身。

目前心理動力衝突論也經比較不被學者接受，Black & Uhde (1995) 研究 30 位選擇性緘默症學童，發現：沒有任何證據顯示，選擇性緘默症與心理或生理創傷性經驗有關。筆者也不能認同創傷性經驗或人格發展固著於肛門期發展階段而造成選擇性緘默症，因為創傷性經驗如果會造成緘默症的話，其症狀應該是：兒童在所有時間、所有地點不說話，而不是選擇性的時間或地點不說話。就前述 Jacobsen (1995) 的個案言，該個案從小就有害羞、社會性恐懼的氣質，小時候就有選擇性緘默症的症候。也就是說該個案選擇性緘默症與其先天氣質有關。後天創傷性的經驗與先天氣質交互作用的結果，造成認同解離障礙之精神疾患。他的選擇性緘默症與認同解離障礙無關。

2、焦慮與氣質：

有關選擇性緘默症的病因，目前比較不再強調心理動力因素，而強調氣質與焦慮使然 (Black and Uhde, 1992; Crumley, 1990; Golwyn and Weinstock, 1990; Leonard and Topol, 1993)。臨床研究顯現：害羞、抑制的氣質有關。通常這類兒童害羞、隱退、情緒敏感、焦慮、隱退、依賴心重、強迫特質。衍發症狀有：學業失敗、拒絕上學、受嘲笑揶揄、代罪羔羊、社會孤立發脾氣、反抗行為、社交與學術功能受損嚴重。

目前發現：選擇性緘默症與成人的社會性恐懼症相似。Crumley (1990) 報告一個 29 歲的男人，在 8 歲半時有選擇性緘默症，他回憶說：他當時很害怕說錯話，當患者處於需要說話的情境，會突然經驗強烈的焦慮（患者經驗呼吸短促、昏眩、悸動）

Black and Uhde (1992) 描述一個女童說對母親說：他不願說話是因為他覺得他的聲音很好笑，他不要別人聽見他的聲音。其父親有公共演說焦慮，母親兒童期害羞。Boon (1994) 報告一個個案，一位六歲女童說明他為什麼不說話。她提及她的大腦不放行，同時她覺得她的聲音很奇特。這女童的父親有過恐慌症，祖父有焦慮症。研究者懷疑選擇性緘默症與泛焦慮症狀障礙（anxiety/OCD spectrum disorder）有關。

Dummit III, et al. (1997) 用半結構式臨床晤談及評定量表評估 50 位選擇性緘默症兒童，研究結果顯示：所有 50 位兒童均符合 DSM-III-R 學校恐懼

症及逃避行為的診斷標準，其中 48% 有其他焦慮症，其中只有一位附加反抗行為及注意力缺陷過動症。本研究證實：焦慮症是選擇性緘默症的主要原因。Black & Uhde (1995) 研究 30 位選擇性緘默症學童，研究者用教師及父母評定量表及結構性診斷晤談評估。研究結果發現：97% 被診斷為社會性恐懼症及逃避行為。選擇性緘默症的嚴重程度與一般焦慮或社會性焦慮嚴重程度成正相關。

3、家庭因素：

若干研究指出：父母過度保護、支配的母親、疏離的父親是選擇性緘默症的原因(Meyers, 1984)。上述三項因素中，支配的母親及疏離的父親，比較難驗證其因果關係。

筆者認為：父母在兒童成長過程，剝奪兒童學習人際技巧的經驗，造成兒童的人際技巧缺陷。他們在處理社會性線索笨拙及社會性技巧拙劣，為了逃避人際互動而選擇以不說話來處理周遭的人際互動是造成選擇性緘默症的原因。

當然父母過度保護並不是造成社會性技巧缺陷的唯一原因。特殊的生活環境也可能造成社會性技巧缺陷。筆者曾處理一個嚴重的選擇性緘默症的個案。此個案不是因為父母過度保護造成人際技巧缺陷，而是其生活環境特殊所致。此個案生活在深山中，從小無同輩團體玩遊戲，無從學習同伴間的各種互動技巧，造成人際技巧缺陷，害怕與陌生人互動，因而導致選擇性緘默症。

4、語言變異：

選擇性緘默症兒童通常有正常的語言技巧，沒有接受性語言障礙。口吃 (stuttering) 迅吃 (cluttering) 亦屬少見。少數的選擇性緘默症 (約 38%) 與神經生理發展落後、說話與語言障礙及語言發展遲緩、構音異常 (articulation disorder) 等問題有關。

就經驗而言，口吃患者常常會在社交場合選擇以緘默來處理人際關係，這是藏拙的行為，也是人之常情。因此，如果兒童的說話異常 (speech disorder)

分嚴重，加上班級氣氛傾向嘲笑、輕蔑說話異常者，將會讓患有嚴重說話異常者處在焦慮狀態，以選擇性緘默來藏拙。

5、智能障礙：

Klin, A & Volkmar, F.R. (1993) 發現兩個選擇性緘默症兒童兼有智能障礙的病例。他們發現智障者與選擇性緘默症者都同樣有：害羞、抑制、焦慮的情況，也同時會表現不講話。研究者強調：兩者間的關係及治療選擇性緘默症時要注意智能的評估。

如前所述，智能障礙不會直接造成選擇性緘默症。筆者認同：「焦慮是選擇性緘默症的主因」的看法。智障者比一般人容易處於焦慮的心理狀態，所以較有可能與選擇性緘默症發生關聯。就人類心理狀態分析，前景不明的事情會使人處於不可控制的狀態，導致嚴重焦慮，如戰場上敵人未出現時，士兵會因為不知敵人會在何時、何方出現，而處在極度焦慮狀態。智能障礙者因為對未來事情之結果預測能力低，所以常常處在焦慮的心境。當智能障礙者到新環境如上小學或幼稚園時，焦慮、恐慌會使智障者選擇緘默應對。另一方面，智能障礙者的生活經驗中，大多充滿挫折經驗長期的挫折經驗，會嚴重打擊智障者的自信心，增強其焦慮與恐懼，導致併發選擇性緘默症。

6、內、外在因素交互作用的結果：

筆者的經驗得知：選擇性緘默症是內在與外在因素互動的產物。先天氣質上屬於害羞、焦慮、退縮、內向、膽小、過分誇大危險性的兒童。

這類兒童遭遇險惡、可怕的環境時，例如老師本身在管教兒童時，屬於具威脅、侵略風格；在教室管理上，創造「說錯話、答錯問題、問較幼稚問題」時，會被嘲笑的教室氣氛，他們會容易受傷，造成嚴重的退縮行為，以選擇性緘默來應對不可預知的困難。這類兒童也會因為遭遇功課或人際關係困難，選擇用緘默症來逃避面對困境（Pavlek, 2001）。

四、治療策略

選擇性緘默症的治療方法有家庭治療、說話治療（speech therapy）行為治療、認知行為治療，最近採用藥物治療。學校本位個別化多重處理模式被認為最有希望的治療方法。

1、家庭治療

過去認為家庭病態是選擇性緘默症的肇因（Lindblad-Goldberg, 1986; Meyers, 1984），治療的方向應該是：研究家庭病態情況，然後針對造成選擇性緘默症的家庭因素加以處理。

筆者曾處理一個個案個案是小學六年級的女生，該生居住在深山內方圓500公尺內無友伴可以相處嬉戲。所以嚴重缺乏人際相處的技巧。在此種情況下，應漸進式補足人際技巧，包括同伴間的遊戲技巧以消除人際關係恐懼的症候。

2、行為治療

Reed (1963) 認為：兒童選擇表現緘默之目的是引起注意或逃避焦慮，所以治療時應消除所有增強物，同時要增強其自信、減低焦慮。Calhoun & Koenig

(1973)首位運用行為治療 8 位選擇性緘默症兒童，其中四位為實驗組，另四位為控制組。主要治療方法是運用老師及同伴的語言增強，在經過 5 週的治療後，顯著增加說話量，但是一年後卻沒有明顯改善。

大部分的行為治療方式是：對說話行為增強，對不說話行為削弱。這種治療方式有時候根本不可行，因為選擇性緘默症兒童常常是在學校不說一句話，老師無從增強說話的行為。

也有用懲罰的方式，如：強迫站在牆角，對兒童撥水。但是這種方法通常引起更大焦慮，不建議使用。

有研究指稱：刺激褪除法 (stimulus fading) 是有效的治療法，它類似用於治療社會性恐懼症的遞減敏感法。Scott (1977) 曾成功地運用刺激褪除法消除一位 7 歲的女童之選擇性緘默症。

3、認知行為治療

選擇性緘默症是焦慮障礙的一種形式 (Anstendig, 1999)。認知行為治療則是一種有效治療焦慮的方法 (Kendall, 1994)。Fung, Manassis, Kenny, & Fiksenbaum. (2002) 報告一個網頁本位的認知行為治療計畫成功地治療一位七歲的選擇性緘默症兒童。筆者認為選擇性緘默症的兒童若無智障或其他障礙時，則認知行為治療是一個非常可行的方法。

4、藥物治療

選擇性緘默症一直被懷疑是病態性害羞與焦慮有關，因此若能削減焦慮，應可減輕症狀。研究發現：用來阻斷血清再吸收的抑制劑 (serotonin reuptake inhibitors：Sertraline & paroxetine) 原本是治療社會性恐懼症的藥物，可以消除選擇性緘默症。

Phenelzine (單胺氧化酶抑制劑) 也是用來治療成人社交恐懼症的藥物。Golwyn & Weinstock (1990) 用 phenelzine (一天兩毫克) 改善一位 7 歲女童的選擇性緘默症。

Black & Uhde (1992) 用 fluoxetine (百憂解) (一天 20 毫克) 治療一位 12 歲女童的選擇性緘默症及社會性恐懼。她變得可以在學校自由與成人及同伴說話。Black & Uhde (1994) 進一步以雙盲實驗的方式，研究 Fluoxetine 的治療效果，研究結果顯示：藥物顯著改善選擇性緘默症及社會性焦慮。Boon (1994) 也報告 fluoxetine 有積極性的改善效果。Wright, et al. (1995) 報告一個個案，四歲 10 月的小女孩，他小時候害怕老師及權威人物，他並無智障或溝通障礙。參與的行為經治療 9 週後，開始用肢體語言如指向所要的東西，在 12 週的治療後較少焦慮及反抗行為。治療 6 個月後，仍不說話。研究者開始用藥物治療

(fluoxetine treatment)，5 天後開始在熟悉的環境說話，12 天後開始在所有環境說話。 Klein, Tancer, Asche & Martin. (1996) 評估 fluoxetine 治療選擇性緘默症的有效性與安全性，共有 21 位兒童參與 9 週的治療，平均年 8.2 歲 (5 -14 歲)。研究結果：76% 的兒童焦慮消失、公開場合的語言增加。至於減輕社會性恐懼和語言抑制的機制尚未清楚，因為研究的個案並無憂鬱的症狀，不能歸因於 fluoxetine 抗憂鬱的效果。

從上述研究可知：焦慮是選擇性緘默症的主因，用來消除社交恐懼症的藥物已經證實可以消除此症狀。

5、說話 (speech) 與語言治療

Smayling (1959) 是第一位用語言治療為主要治療方法的人。Smayling 一共治療 6 位選擇性緘默症兼有說話及語言障礙者(治療時間從 2 到 21 個月)。研究結果：選擇性緘默症兒童一旦說話及語言障礙消除後，共有 5 位學童開始在學校說話。這個研究結果顯示：如果選擇性緘默症的肇因是單純屬於表達性語言障礙的話，則純粹從語言治療便可見效。

6、學校本位個別化多重處理模式 (school-based multidisciplinary individualized treatment plan)

因為選擇性緘默症通常發生在學校，而其發生的原因又是多樣性，所以學校本位多重處理模式是最好的選擇。學校本位多重處理模式是結合父母、相關的治療師(語言治療師、心理諮商師)、普通班老師、同輩團體的共同努力。一個綜合的評估應包括神經精神科、聽力學、社交、學業、說話、語言，以確認兒童恐懼的事情，再提出適當的治療策略。選擇處理策略時，可以合併各種治療法：認知行為治療、藥物治療、說話與語言治療、可統合一起運用。治療目標是減低兒童與人說話時的焦慮、鼓勵說話，與增進兒童與人互動與溝通。Hechtman (1993) 表示：運用綜合多向度治療法是最有效的治療方法，作者認為：選擇性緘默症基本上是以焦慮為基本核心概念，運用綜合多向度治療法時，必須以藥物為主要治療。

除了以藥物治療外，其他的治療策略有：

1、堅定行為期望法 (firm behavioral expectations)

其方法是：在治療情境中，要求兒童必須說出一個字，才准許離開。

採行此方法的人員必須由心理諮商人員擔任。並評估其可行性才可進行。

否則成事不足，反而敗事有餘。

2、增強自信法：

挫折經驗打擊自信，反之成功經驗會增強自信。一旦學童的自信心增強後，焦慮與恐懼自然會逐漸減少，症狀可因而改善。所以訂定可達成的目標，然後鼓勵兒童努力完成目標，可以有效增強自我效能。本文附錄一：治療者莊億惠老師運用增強自信法成功治療一個個案。

- 3、錄影帶自我示範性治療（video self-modeling）是有效消除選擇性緘默症的方法。其方式預錄兒童說話流利的情境，讓兒童觀看自身說話的行為，此方法亦可稱之為社會性回顧（social review）。另一個變化方案是將兒童說話與不說話的情境預錄下來，讓兒童自己觀看的行為（Kehle, et al., 1990）。

Blum, Kell, Starr, Winifred, Lender, Bradley-Klug, Osborne, & Dowrick. (1998) 將錄影方式改為錄音方式，預錄說話者說話情境與不說話情境，然後播放給兒童聽，結果有效治療 3 位選擇性緘默症兒童。其方法是：研究者與父母溝通共同研討出 15 個開放性問題。由兒童願意說話的對象及不願意說話的對象，分別與該兒童討論這 15 個問題，然後錄音，編輯製成治療性的錄音帶。

- 4、遞減敏感法：

鼓勵兒童與人互動溝通，開始時應該將互動的行為難度減到最低，然後逐漸提高難度。例如：開始時可以要該童以輕聲細語的方式說單一個字，然後漸進式地提高音量到正常的音量。當兒童在某一情境開始說話後，可逐漸改變說話情境。

本文作者也曾花二小時時間，使用遞減敏感法成功地使一位小學三年級的選擇性緘默症學生開口與筆者對談。其過程略述如下：由父母陪同到諮商室以增加其安全感、減少焦慮。諮商開始時，筆者先與兒童玩拼圖遊戲，並先從簡單的拼圖開始，利用成功經驗增強其信心。逐漸增加拼圖遊戲的難度。接著是做筆者認定對方一定能成功的心理測驗，然後漸進性選擇困難的測驗。對所有成功經驗，筆者均以欣賞式的讚美，增強其自我肯定及自我效能（self efficiency）。當雙方互動良好時，筆者開始問對方一定能回答的問題，如你幾歲？你住哪裡？然後假裝自己是重聽患者要求兒童說大聲一點，最後完成讓對方開口說話。

- 5、語言治療：

假如兒童伴有說話障礙或語言障礙時，可由語言治療師協助改善說話障礙，尤其是當兒童覺得他的說話聲音可笑時，更需語言治療師協助該童提高說話的自信。語言治療師可以協助兒童改善發音技巧，增進語言理解

力，學習語用技巧。先在治療室學習，然後逐漸在實際的生活情境互動。

6、去除標籤法 (delabeling)：

這類兒童通常都已在學校「成名」，全校都知道他是一個不說話的兒童。這個「不說話的兒童」的角色烙印若不拔除，通常該生會繼續努力扮演「不說話」的角色，以符合其角色期望。因此轉學是必要的手續，以便滌除烙印。Shvarztman, Hornshtein, Klein, Yechezkel, Ziv & Herman (1990) 等人報告一個個案：一位 9 歲的女童從以色列移民到蘇維埃，有五年的时间扮演選擇性緘默症的兒童。等到該女童再度搬到另一個城市居住後，才開始說話。此個案是經由更換居住地區而去除其「不說話者」的標籤。前述個案 (假名：葉心慈) 在筆者指導下轉換就讀的學校後，迅速消除所有選擇性緘默症的附帶症狀，包括整日「不離開座位、不吃午餐、不上廁所、不考試、不動筆寫字、不參加升旗」。

去除標籤法的效果因個案之狀況而異：

對某些學生而言，如果不說話的行為已經足夠應付其困難，而且他並未因不說話而獲得其他特權，如不必考試、不交作業、可以隨意走動，則去除標籤法--單純轉換學校便足以消除不說話的行為。

若該生因不講話而獲得前述的諸種特權，則單純的轉換新的學習環境，無法消除不說話的行為，因為不說話的行為已經被那些特權所增強。在此種情況下，轉學後，應將其特權去除，才可能消除其緘默症。此時應告知新學校的級任老師，裝作不知道該生不說話，並對該生與其他同學一視同仁，藉以剝奪過去所擁有的「特權」。新級任老師需展現堅決的態度、令出必行的決心，來要求該生遵循班規，藉以消除特權；但是新級任老師的肢體語言，應以和藹的容顏、親切的舉動來與學生互動，以免又嚇壞那位不說話的學生。

7、併用藥物治療與認知治療：

嚴重焦慮的個案僅靠去除標籤法及遞減敏感法恐不足以消除症狀，可能需要並用藥物治療、認知行為治療，方見效果。

結 論

焦慮是選擇性緘默症的體質，「危險」「恐懼」的環境、困難的作業是他的觸媒。學校本位個別化多重處理模式是目前共同認定的最佳策略。藥物治療在

處理此症狀過程扮演重要的角色，若能配合認知治療效果更形彰顯。

REFERENCES

一、中文部分

王淑娟 (民 88)。另類的兒童語言溝通障礙—談選擇性緘默症。國立台中師範學院，幼兒教育季刊，第一期，69-82 頁。

二、英文部分

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anstendig, K.D. (1999), Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorder*, v13, p417-434.

Bergman, R.L.; John Piacentini; James T. McCracken. (2002) Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v41, n8, p938 .

Black, B., Uhde, T.W. (1992), Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v31, p1090-1094.

Black, B. & Uhde T.W. (1994), Fluoxetine treatment of elective mutism: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v33, p1000-1006.

Black, B. & Uhde, T. W. (1995) Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v34, n7, p847.

Blum, N. J., Kell, R. S., Starr, L., Lender, W. L., Bradley-Klug, K. L.; Osborne, M. L., & Dowrick, P.W. (1998) Case study: audio feedforward treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Jan 1998 v37 n1 p40(4)

Boon, F. (1994), The selective mutism controversy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v33, p283.

- Calhoun, J. & Koenig, K.P. (1973), Classroom modification of elective mutism. Behavior Therapy, v4, p700-702. (保留)
- Crumley, F.E. (1990), The masquerade of mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v29, p318-319.
- Dummit,E.S. III; Klein,R.G., Tancer,N.K., Asche,B. & Martin,J. (1996)
Flouxetine treatment of children with elective mutism: an open trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v35, n5, p615.
- Dummit,E.S. III; Klein,R.G., Tancer,N.K., Asche,B., Martin,J. & Fairbanks,J.A. (1997)
Systematic assessment of 50 children with selective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v36, n5, p653.
- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss ,S. E. & Leonard, H. L. (1995)
Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v34, n7, p836.
- Fung, D. S. S., Manassis, K., Kenny, A. & Fiksenbaum, L. (2002) Web-based CBT for selective mutism. (Letters to the Editor). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v41, n2, p112.
- Golwyn, D.H., Weinstock, R.C. (1990), Phenelzine treatment of elective mutism: a case report. Journal of Clinical Psychiatry, v51, p384-385.
- Hayden, T.L. (1980), Classification of elective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v19, p118-133.
- Jacobsen, T.(1995). Case study: is selective mutism a manifestation of dissociative identity disorder? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v34, n7, p863.
- Kehle, T.J., Owen, S.V. & Cressy, E.T. (1990), The use of self-modeling as an intervention in school psychology: a case study of an elective mute. School Psychology Review, v19, p115-121.
- Kendall,P.C. (1994), Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting Clinical Psychology, v64, p724-730.
- Klin, A. & Volkmar, F. R.(1993)Elective mutism and mental retardation. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v32, n4, p860.
- Leonard, H.L., Topol, D.A. (1993), Elective mutism. Child Adolescent Psychiatry

Clinical of North American, v2, p695-707.

Lindblad-Goldberg, M. (1986), Elective mutism in families with young children.

In: Treating Young Children in Family Therapy, v18,

Meyers, S.V. (1984), Elective mutism in children: a family systems approach. American Journal of Family Therapy, v22, n4, p39-45.

Pavlek, M (2001) Getting ready to talk: The treatment of a mildly retarded, selectively mute adult. Clinical Social Work Journal, v29, n2, p159.

Reed G (1963), Elective mutism in children: a reappraisal. Journal of the Child Psychology Psychiatry, v 4, p99.

Shvarzman, P., Hornshtein, I., Klein, E., Yechezkel, A., Ziv, M. & Herman, J. (1990) Elective mutism in family practice. Journal of Family Practice, v31, n3, p319.

Scott, E. (1977), A desensitisation programme for the treatment of mutism in a seven year old girl: a case report. Journal of the Child Psychology Psychiatry, v18, p263-270.

Smayling, J.M. (1995), Analysis of six cases of voluntary mutism. Journal of Speech Hearing Disorder, v24, p55-58.

Wright,H.H., Michael L. Cuccaro, M.L., Leonhardt,T.V.; DorothyF ; Kendall,D.F., & Anderson,J.H.(1995)Case study: fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with selective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v34, n7, p857.

附錄 1：選擇性緘默症個案—作者 莊億惠 91-09-14

筆者註：莊老師針對輕度智障兒童的特性：容易焦慮、較少自信心，巧妙採取假裝不會、不懂，襯托該生聰明，藉以增強其自信心、消除其焦慮，而使該生開口說話。

1. 個案簡介：國小普通班五年級，女生，今年七月在榮總做過魏氏智力量表 FIQ63。
2. 行為表徵：自幼稚園大班起不跟同學與老師講話，但是在家裡和哥哥、父母親、鄰居的小朋友或長輩皆有很好的互動，且語言表達正常。
3. 家教經驗：因為功課跟不上，所以曾經請過數位家教皆被她三振出局（以哭鬧的方式抗拒學習，最後皆不了了之）
4. 榮總諮詢：透過短暫的會面，轉介我的實習生（附小資源班、瑪利亞早療總計實習一年，目前就讀兒福系研究所）給她當家教（因個案家境不佳，故每小時指酌收 200 元，每次 1 個半小時）
5. 拜訪過程：

環境：因個案居住的環境為租賃的三樓透天（家庭代工），三樓為個案和哥哥讀書的地點。

時間：今天早上 8：30 抵達，（之前有要求媽媽告知，榮總有一位她看過姓莊的阿姨會拿玩具來跟她玩），剛開始她還是不說話，後來我便要求媽媽帶我和實習生至三樓聊天，（她還是不願意上樓）和媽媽聊了 20 分鐘並轉述教授的建議，同時告訴她，日後若還是有困擾，可以至台中師院特教系找黃金源教授提供意見，因為您會更專業！我獨自到一樓找她，她正在玩電視遊樂器，於是我便拜託她教我，因為我真的不會玩，當然她還是不理我，所以我就開始變的更笨----，在不適當的時間發射，結果她很快就 Game over，這時候，她說了第一句話：『喔！死了啦！』，接下來我就趁勝追擊，開始問她，如果你不教我，我又會按錯喔！這個按鍵是做什麼用的？她便開始很跽的說：『方向的啦！』、『發射的啦！』過了一下子，她可能覺得我在旁邊很無趣，就上去三樓找媽媽了，這時候我就跟上去，並請媽媽下樓端茶給我們喝，待媽媽一離去，我便開始問她：『桌上的洋娃娃是哥哥的嗎？』、『我的啦！』

接著便要求她解釋桌上的暑假作業內的相片是誰，在做什麼-----，她也會一一回答----漸入佳境

接著我便拿出我帶來的視覺辨識的遊戲圖卡跟她玩，她一下子便排好了，我故意很誇張的裝得很驚訝！「你-----怎麼那麼厲害？我的小朋友要一個小時才排的好，你-----竟然只花了 1 分鐘」，真的很厲害！（她這時候笑的很燦爛！）

於是我要求她跟我比賽，算時間看誰最先排完，只發現她非常專注，繼續完成未完成的圖卡，而我當然祇是跟她平手而已，而且還錯誤百出，讓她找出我的好多錯誤！當然免不了要求她總計她找了幾張，我找了幾張，相差幾張？她算的非常認真！都答對！

最後我做了一個結尾，我輸了，所以只好把一條糖果給她，但是告訴她，這條糖果是宋姐姐帶來的，要她跟宋姐姐說聲謝謝！

後續：詢問她：『因為阿姨很忙，所以下一次請宋姐姐來跟你比賽，看誰排的比較快？』，她竟然很高興的點點頭！

有跟家長協調，下一次上課，幫哥哥補習，但是個案必須在旁邊另一張桌子寫作業，剩下的半小時，跟個案完排卡遊戲，我有教實習生，在遊戲中融入目前五年級的課程！日後再逐漸延長個案上課的時間，而哥哥的時間再逐漸縮短。

