

兒童選擇性緘默症 之語言困難與相關區辨

蔡欣庭

臺北市立大學
特殊教育學系碩士班
語言治療組碩士生

吳怡慧*

臺北市立大學
特殊教育學系副教授

摘要

選擇性緘默症（Selective Mutism, SM）是一種好發於兒童時期的心理疾病，其特徵為個體在特定社交場合中出現非自願性的口語溝通抑制。隨着診斷準則的演進，SM 已被歸類為焦慮症，且臨床實務中其與多種障礙的共病現象日益受到重視。本研究旨在探討 SM、自閉症、特定型語言障礙、情緒行為障礙及雙語背景等類兒童在語言發展上的異同，從病因機制、語言能力及社交溝通表現三方面來進行比較。初步發現，相較於自閉症與特定型語言障礙受限於器質性的神經語言缺陷，以及情緒行為障礙受制於執行功能與情緒調節困難，SM 兒童具備相對完整的基礎語言能力，其溝通障礙主要源於情境性的社交焦慮。最後，本文基於三層級預防介入模式，提出整合全校性防治、高危險群篩檢、認知行為治療及正向行為支持的跨專業輔導策略，供 SM 的鑑別診斷與多元介入之參考。

關鍵詞：選擇性緘默症、自閉症、特定型語言障礙、情緒行為障礙、雙語背景

壹、緒論

選擇性緘默症（Selective Mutism, SM）通常好發於孩提時期的心理焦慮，屬焦慮症的一種，但引發 SM 的情況並不宜完全歸因於焦慮症。其明顯特徵為患者在特定情況下

完全不說話，但在其他場合卻又能正常說話，甚至滔滔不絕（Muris & Ollendick, 2021）。舉例來說，SM 幼童在學校是不發一語的，無論面對師長的詢問，或是同儕間一來一往的交流，都無法說話。然而，患者在遇到熟悉的人或場所時，卻能自在地進行口語對談。以下本文將探討 SM 和其他相關語

*通訊作者：吳怡慧 deirwu@gmail.com

言發展遲緩之相似及相異處，最後再提出相關輔導建議。

一、選擇性緘默症的定義

早在 1877 年，德國內科醫師 Adolf Kussmaul 即發現某些孩子在特定情況下不說話，便把此症狀稱作「自主性失語症」(Aphasia Voluntaria)。而 1934 年瑞士精神科醫師 Moritz Tramer 則提出 Elective Mutism，意指「有自願意思的選擇性緘默症」，此時的名稱仍暗示兒童可在自願的情況下保持安靜 (Viana et al., 2009)。過去也曾用過其他名詞來形容這類兒童，如說話壓抑 (speech inhibition)、說話逃避 (speech avoidance)、說話恐懼 (speech phobia)、和功能性緘默 (functional mutism) (Kauffman & Landrum, 2018/2018)。美國精神醫學會 (American Psychiatric Association, APA) 於 2013 年正式將名字改為 Selective Mutism，指出患者是在「非自願」的情況下保持沉默。根據美國《精神疾病診斷準則手冊第五版》(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) (APA, 2013)，SM 是指患者在特定的情境下無法開口說話 (如：學校、幼兒園)，反之如果是在其熟悉的情況下 (如：家中、熟悉的人)，患者便能正常說話 (Driessen et al., 2020)。然而，一般情況下，兒童若在上學第一週出現焦慮、害羞、退縮等情形，那其實是尋常的，故醫師不宜在這段期間將其診斷為 SM (Kauffman & Landrum, 2018/2018)。

(一) SM 的診斷標準

而 DSM-5 也列出五項診斷標準 (邱嫻

寧, 2020; APA, 2013)：1.無法在特定社交場合或需要說話的情境下開口 (如：回答師長問題)，然而在其他熟悉的場合下可以正常說話。2.此狀況對於患者在學業或職業成就及社交上造成困擾。3.此狀況在入學的第一個月後依然持續發生。4.其原因不應歸因於語言理解能力不足及社交場合所需詞彙的缺乏。5.此困擾無法以溝通障礙症 (例如：兒童期初發型語暢障礙症) 做更好的解釋，且並非完全由自閉症類群障礙症 (Autism Spectrum Disorders, ASD)、思覺失調症、或其他精神病症所引起。整體而言，SM 的診斷，通常需要兒童出現因缺乏說話而導致社會及學業困難 (Kauffman & Landrum, 2018/2018)。DSM-5 修訂版 (Text Revision, DSM-5-TR) 仍延續 DSM-5 的標準，指出 SM 須持續至少一個月，且不限於開學後的第一個月 (正常入學初期的適應期) (APA, 2022)。

SM 的發生率少於 1% (Kauffman & Landrum, 2018/2018)，有研究統計為 0.71%，而其他相關研究也指出約落在 0.3-0.9 % 之間。全美口語語言聽力協會 (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) 也提到，大多數研究盛行率落在 0.2-1.6% (ASHA, n.d.)。過去研究或認為性別好發率相近 (王淑娟, 1999)。然而，依據 DSM-5-TR (APA, 2022) 針對社區與求醫樣本指出，SM 在性別分布上雖大致相等，但亦有證據顯示其在女孩的發生率高於男孩。此外，SM 的盛行率並不因種族或族裔而有所差異，但在日常中需要使用非

母語溝通的個體（如移民家庭兒童），其發展出此障礙的風險顯著較高。Chiou 等人（2022）以病歷回溯法分析台灣某醫院於2018-2021年收案的51名SM兒童青少年分析指出，19%有伴隨注意力缺陷過動症（Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD），13%伴隨ASD，11.8%的語文智商低於80，5.9%在語言方面的發展有遲緩。然而，目前大眾對於SM的認識仍有待推廣。因此本文欲針對SM的發展特徵加以分析。

（二）SM 患者的共病

由於DSM-5將SM列入「焦慮症」類別，Holka-Pokorska 等人（2018）詮釋此轉變時指出，將SM改列入焦慮症並將年齡層擴展到成人，其目的有二：一是著重於SM的焦慮病因，二是藉由納入成人SM，將其視為一種焦慮症。這可能使臨床觀察變得更為複雜，所考慮的因素也會增加。由於成人的相關研究尚待累積，故本文以兒童SM為主要探討範圍，俾提供此症預防工作之參考。

Bergman 等人（2002）指出，大多數SM案例顯示其SM似乎是社會性焦慮的結果，即害怕和與特定的人或群體說話的一種特定恐懼（引自Kauffman & Landrum, 2018/2018），由此可推論，多數SM兒童的基本語言能力接近同齡發展，只要在自己熟悉的場合，或面對自己熟悉的人，皆能自在地說話，不受詞彙正確與否或發音問題的干擾。儘管如此，部分研究指出，SM在詞彙、敘事或語言處理上可能存在輕微弱勢。如Wong（2010）曾提到，有共病SM的兒童可

能因害怕說錯話而被嘲笑，因而漸漸避免開口；某些SM患者有可能因其先天性的語言或言語問題引發說話焦慮。然而，有些SM患者還會伴隨複雜的共病症狀，例如可能同時患有ASD或其他的語言相關障礙。

二、幼兒期的 SM

SM幼兒除了生性內向，或因自身缺乏自信而造成心理焦慮外，有些SM幼兒是因為ASD、構音障礙及語言發展遲緩等其他障礙所造成的語言問題，而對說話感到焦慮。通常患者在5歲左右進入教育環境後被發現，因著和師長及同儕的互動過程，以及教師察覺並向家長詢問後，才懷疑幼兒可能患有SM。Brigham 和 Cole（1999）注意到，大多數SM兒童是上學後才由教師首先辨識出來（Kauffman & Landrum, 2018/2018）。故有學者也主張，正式進入學齡教育環境後，需要好好觀察兒童是否有符合前述SM的特點，特別是那些在學前就已出現類似症狀的幼兒（Sharp et al., 2007）。

Chiou 等人（2022）分析臺灣51個SM幼兒至青少年病歷中39份「兒童行為檢核表」（The Child Behavior Checklist, CBCL），發現六歲以下女童組（ $n=8$ ）有62.5%，其「社會性退縮分量表」（Social Withdrawal Scale, SWS）的得分達到臨床標準。在6至12歲女童組（ $n=11$ ）中，72.7%的女童SWS得分達到臨床標準，54.5%的女童「憂鬱量表」得分達到臨床標準，這顯示過半數的學齡SM女童可能有憂鬱傾向。該研究6至12歲男童組（ $n=11$ ）中，45.4%的男童SWS得分達到臨床標準，54.5%的男童「溝通障

礙量表」得分達到臨床標準。整體樣本在日常生活中，有 5% ($n=3$) 患者無法參與體育活動，5% ($n=3$) 患者無法在公共場所用餐。青少年患者中也發現有重度憂鬱症、自殘行為和神經性厭食症。整體而言，Chiou 等人（2022）發現，SM 患者就診年齡越大，其 CBCL 評分內化行為越嚴重。相較之下，國外也發現，幾乎所有 SM 的孩子都符合社交恐懼症（social phobia）或逃避型焦慮症（avoidant anxiety）的診斷標準（Dummit et al., 1997；引自 Johnson & Wintgens, 2001/2003）。

貳、選擇性緘默症及其他語言困難之比較

有鑑於 SM 幼兒除了心理焦慮，可能同時還有先天性的語言障礙，因此以下進行 SM 與其他障礙及雙語背景兒童可能遭遇的語言困難，進行簡要的比較。

一、自閉症（ASD）

ASD 被定義為一種神經發育障礙（Hodges et al., 2020）。根據 DSM-5，ASD 的判定標準有兩項：1. 持續的社交溝通和社交互動缺陷，以及 2. 固定、重複的行為、興趣或活動模式（Johnson et al., 2016）。我國《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》（2024）第十二條指出，「自閉症指因神經心理功能異常而顯現出溝通、社會互動、行為及興趣表現上有嚴重問題，致在學習及生活適應上有顯著困難」。而自閉症的鑑定基準包括 1. 顯著社會溝通及社會互動困難；及 2. 表現

出固定而有限／侷限之行為模式及興趣（張正芬等人，2025）。

ASD 個體早期發展的表現缺乏社會性溝通和互動，並在行為、興趣或活動中表現固定的、制式化的模式，而這些皆對其社交、職業表現或其他領域產生不良影響（Kodak & Bergmann, 2020）。換句話說，他們和他人相處時會感到困難、不安，無法理解臉部情緒，並對周圍的聲音毫無反應。而當事情脫離了他們的固定模式，便會感到憤怒，並可能對自己或周圍人有不當舉動。由此可知，ASD 個體缺乏作為社交使用的語言及社會能力。

ASD 個體的語言能力，可依其功能表現來區分。高功能 ASD 個體雖然能開口說話，但是語調可能較單調而無抑揚頓挫。低功能 ASD 個體的語言能力較缺乏，其通常不會說話，無口語或僅會仿說。這兩種表現型都無法正確操作語用（Pragmatics）技巧（Hoff, 2013），對於語言行為如對話涵義、交流對話的缺陷，已影響他們使用社交技能。

（1）ASD 與 SM 相似處

在前述三種障礙中，SM 和 ASD 是最常被相提並論的，特別是輕度 ASD，是過去最常和 SM 一起討論的共病，亦即亞斯伯格症（Wong, 2010）。亞斯伯格症雖然和其他 ASD 光譜一樣缺乏語言和認知的發展，但亞斯伯格症較為明顯的問題是社會能力缺陷（Tager-Flusberg et al., 2005）。Tager-Flusberg 等人（2005）的研究指出，一些 ASD 個體有言語及構音的問題，另一些則有語言學上的缺陷，如語意、語法或構詞等。而部

分亞斯伯格症者則會表現出無法控制音量及用鼻音製造高音等特徵。這些狀況皆有可能讓患者在面對需要說話的情境時產生焦慮，就如部分 SM 個體也有可能因為自身構音問題或缺乏自信而導致焦慮。

(二) ASD 與 SM 相異處

SM 患者是具有說話能力及理解能力的，造成此類患者不說話的原因主要是心理壓力—害怕學校、害怕開口跟比較不親近的人說話，但是卻能夠和熟悉的人自在的開口。因此 SM 患者並非因神經發育缺陷而導致無法理解訊息或開口說話。而 ASD 屬於神經性異常所引發的障礙，由此可知兩者的差異。而 SM 的語言發展、智能及感官發展，多是正常的，只是因為心理因素而導致不語。然而 ASD 不僅缺乏社交用語言，且其語言發展也因疾患的嚴重程度，而分為高功能及低功能者，故兩者在語言發展的結構也不同。

二、特定型語言障礙

特定型語言障礙 (Specific Language Impairment, SLI)，又稱為發展性語言障礙 (developmental language disorder, DLD)、語言發展遲緩 (language delay) 或發展性語言障礙 (developmental dysphasia) (National Institute of Deafness and Other Communication Disorders, [NIDCD], 2019)，係指個體有明顯的語言缺陷，但他們卻不是因為聽覺、智力、構音問題及知覺缺損所導致，並沒有明顯的病因 (Owens et al., 2014)。在語言習得過程中，SLI 個體明顯表現出語言發展困難，因此通常會在學齡前即

被診斷有此症狀。由於 SLI / DLD 並非因聽覺障礙、智力或認知障礙所致，但又發生在正常發育孩童身上，因此其成因不明 (Bishop, 2006)。但最新的發現指出，SLI / DLD 與遺傳有密切的關係 (NIDCD, 2019)。此外 SLI / DLD 個體病徵並不只侷限於語言發展，也可能導因於語言學的表現缺陷，如言語能力和工作記憶能力的缺陷 (Ullman & Pierpont, 2005)。而學習是需要仰賴語言能力所完成的，故 SLI / DLD 個體學習困難是普遍的現象，無法理解語言或言語的指示令此類個體無法跟上學校教育 (林寶貴、錡寶香, 2000)。

過去 Bishop (2006) 指出 SLI / DLD 診斷標準例如：1. 在語言理解和語言表達的測驗分數偏低，語言程度明顯低於同齡受試者。2. 非語言行為的發展皆屬正常 (例如：社交技能)。3. 此語言障礙不能用其他語言障礙 (如：聽力障礙、ASD...等) 來解釋。4. 並非由腦損傷造成的。5. 患者的第一個單詞可能會在 2 歲以後或是更晚才出現，相較於一般孩童在 1 歲到 1 歲半左右即出現。SLI / DLD 個體在其他領域如感官、構音等發展皆正常，然而卻在學習說話方面有顯著的困難；此外，他們也不擅長處理聽覺語言 (林寶貴、錡寶香, 2000；Bishop, 2006)。

Bishop (2006) 指出一位兒童若患有 SLI，他的說話程度會低於同齡正常發育者。以英語過去式文法舉例：他們會說 “her eat a cake”，而不是 “She ate a cake.” 因此從這個例子可以看出他們缺少文法相關語法 (張詠絮, 2014；Bishop, 2006)。除了文

法外，SLI 個體在單詞的學習上也是明顯落後正常發育者 (Hoff, 2013)，由此可知，SLI 在基礎語言技巧的問題，如無法看字讀音、有書寫文法錯誤、詞彙量少、難以造句表述想法、理解困難等，致使他們較一般孩童更容易成為學習障礙 (Learning Disabilities, LD) 的高危險群 (NIDCD, 2019)。

(一)SLI 與 SM 相似處

SM 和 SLI 的相似處，主要在成因及學校適應方面，兩者皆非自身智能、感官及非語言認知發展上的缺陷所造成，且兩者的社交行為在能力本質上皆屬正常，而較多為情感恐懼所造成的社交困難。如前文所述，SM 患者的語言發展多屬正常，不受詞彙或發音正確與否之干擾；而 SLI / DLD 個體在感官、構音等發展也正常，但學習說話和處理聽覺語言有困難。因此，對於有 SLI 共病的 SM 兒童而言 (Wong, 2010)，便可能因先天性的語言或言語問題而引發說話焦慮和 SM。根據錡寶香等人 (2012) 對學前 SLI 兒童進入小學的追蹤研究，可知 SLI 兒童開始面對複雜的語言學習時，已逐漸力不從心。因此，SM 兒童，尤其有 SLI 共病者，可能和 SLI 兒童一樣，都面臨無法適應社會環境及學校教育。

(二)SLI 與 SM 相異處

SM 和 SLI 之相異處便是語言發展。前面本文也有提到：SM 患者之所以無法開口說話的原因，是因為心理焦慮所產生的；其本身的語言發展，皆和同齡正常發育者沒有兩樣；換言之，SM 患者的語言發展是正常的。然而，SLI 患者是因為其語言發展跟不

上同齡正常發育者而被診斷。因此 SLI 症和 SM 的相異處便是語言發展。雖然一些 SM 兒童在語言測驗中，可能也出現詞彙量較少、敘事能力較弱、及語言處理速度較慢等問題，但這些問題通常不是主要導致障礙的來源 (Redmond, 2016)。Redmond (2016) 也指出，部分 SM 兒童也具有語言弱勢，此語言困難可能增加社交焦慮，進而促發 SM；但多數 SM 的主要原因，仍是焦慮障礙。簡言之，SM 是「會說但不敢說」，而 SLI 是「想說但不太能說」。

三、情緒行為障礙

情緒行為障礙 (Emotional and Behavior Disorders, EBD)，根據我國教育部於 2024 年所修訂的《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第十條，「指長期情緒或行為表現顯著異常，致嚴重影響學校適應；其障礙非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。前項情緒行為障礙之症狀，包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症、或有其他持續性之情緒或行為問題。而鑑定基準依下列各款規定：一、情緒或行為表現顯著異於其同年齡或社會文化之常態者，得參考精神科醫師之診斷認定之。二、在學校顯現學業、社會、人際、生活或職業學習等適應有顯著困難。三、除學校外，在家庭、社區、社會或任一情境中顯現適應困難。四、前二款之困難經評估後確定一般教育及輔導所提供之介入成效有限，仍有特殊教育需求。」

許素娟 (2018) 整理情緒行為障礙的四大成因：1.個人因素：包含生理異常（如遺

傳、大腦神經功能、生理疾病的疼痛……等)及心理異常(如人格發展不健全、心理需求不被滿足……等);2.家庭因素,如家庭間相處不和睦、父母管教方式……等;3.學校因素,如學生長期處在不安環境中;4.社會文化因素,如大眾媒體普及可能產生不同價值觀,在無法獲得認同下產生衝突。由上可知,EBD的病因是複雜的,並非由單一因素所造成。從上述 EBD 的定義來看,障礙並非是由智能、感官或是健康等其他病因所造成的結果,而是長期情緒表現異常而導致。但是其本身不成熟以及不適當的情緒和行為,甚至是無預期的攻擊性行為,造成患者無法良好的適應社會化生活、無法建立良好的社交關係,即使智能、感官、或其他部分皆向正常發育者一樣,其還是無法有效的學習(張芳慈、陳淑瑜,2016)。

以下本文特別以 EBD 中常見的注意力缺陷過動症(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)為例,探討其語言發展與心理語言(psycholinguistic)能力之關聯。既有研究指出,ADHD 症狀可能影響語用、敘事與語言理解等表現(Green et al., 2014; Jepsen et al., 2022; Korrel et al., 2017; Westby & Watson, 2021),但其影響機制並非單一直線性。Redmond 等人(2024)比較 ADHD、DLD、ADHD 共病 DLD 及一般發展兒童等四組發現,ADHD 症狀與心理語言能力之間的關聯,與是否共病 DLD,呈現「質」的差異。對於未共病 DLD 的 ADHD 兒童,其注意力不集中症狀,會顯著影響語用能力、句子回憶(sentence recall)、接收性詞彙

(receptive vocabulary)與敘事(narrative)等表現,解釋量約為 9-16%。相對而言,對於共病 DLD 的 ADHD 兒童,其心理語言能力下降並非主要來自注意力不集中,而是與過動或衝動症狀相關;僅在過動衝動升高時,其語用能力表現顯著下降(Redmond et al., 2024)。此一結果顯示,語用困難的成因具有多重性,ADHD 症狀本身並不足以用來單一解釋語言困難,而須同時考量其是否伴隨 DLD。儘管如此,有無共病 ADHD 的 DLD 者的心理語言表現,也仍存在一些不一致性,也因此 ADHD 症狀與心理語言能力之間的關聯,仍待更多研究確認。

(一)SM 與 EBD 相似處

從前述定義可以發現,此兩種疾患皆與心理因素有關,兩者都並非是由智能、感官或是生理等其他病因所直接造成的。此外,兩者皆有可能因自身的病癥而導致社交及人際關係失敗,可能也會因此影響到學業發展。SM 是由於對自身缺乏自信及無法適應環境之因素,造成患者非自願性的無法開口。也因為如此,他們可能無法在教育環境或是不熟悉的場合運用社會技能,從而導致無法有效經營人際關係。EBD 患者的社會適應困難便是因為長期的情緒行為異常所致,並且影響學業表現。由此可知,兩者皆無法適應社會化的生活,且長期皆處在不安的心理狀態。

一些學者認為,處理速度慢和即時訊息處理的缺陷,是 SLI / DLD 的潛在成因機制(Benasich & Tallal, 2002; Lum et al., 2014; Miller et al., 2001),而這些缺陷也被發現存

在於 ADHD 兒童身上 (Ludlow et al., 1983; Scheres et al., 2001)。也因此，對於 SM、ADHD 或一些 EBD 兒童而言，其學校的人際適應都可能是困難的。

(二)SM 與 EBD 相異處

雖然 SM 和 EBD 皆是因為心理因素所引起的疾患，但兩者的差異主要在於說話行為背後的心理機制。SM 患者常因為心理焦慮而無法在學校或和不熟悉的人說話，但 EBD/ADHD 患者，除了少數共病 DLD 者，則較多是因為其情緒行為調節、或認知及衝動的抑制困難，亦即執行功能困難，而導致語用問題。

四、雙語背景的 SM 患者

雖然過去一些研究曾發現移民和雙語兒童在 SM 中的比例較高 (Dummit et al., 1997; Steinhausen & Juzi, 1996)，但 Starke (2018) 指出，雙語背景與 SM 之間並沒有「必然」或「孤立」的因果關聯。Elizur 和 Perednik (2003) 在以色列的社區研究即發現，雙語移民兒童的盛行率 (2.2%) 是本土單語兒童 (0.47%) 的四倍。但雙語身份本身並不能解釋 SM 的發展。此外，一些研究指出，兒童學習第二語言時，會出現沉默期或非語言期 (silent or nonverbal period) (Roberts, 2014; Tabors, 2008; Toppelberg et al., 2005)，這種沉默被認為是學習第二語言初期時，因語言能力有限所造成的狀況。但它通常不會持續超過 3 個月，最常見於 3 至 8 歲的兒童 (Le Pichon & de Jonge, 2015)。Elizur 和 Perednik (2003) 也發現，患有 SM

的移民兒童，其社交焦慮程度比 SM 本地兒童和對照組更高，儘管他們在社交能力上與一般移民兒童相仿，且並無明顯的神經發育遲緩。因此，Elizur 和 Perednik 認為，移民 SM 兒童和本地 SM 兒童的 SM 發展路徑不同，且兩組 SM 兒童都具有社交焦慮的傾向，由於移民兒童學習第二語言時所導致的語言不安全感，加上本身原有社交焦慮傾向，便可能導致 SM。

Starke (2018) 對 15 名 3 歲至 5 歲 8 個月的雙語兒童 (研究開始時 11 名緘默，4 名會說話) 和 15 名單語兒童 (研究開始時 7 名緘默，8 名會說話) 進行每三個月的親師問卷，回報兒童的接受性語言技能及焦慮情形，為期九個月。結果發現，焦慮是預測緘默行為發展的最佳指標，雙語狀態本身和語言技能對 SM 的發展並沒有影響，在幼兒園環境中因氛圍輕鬆，故焦慮與沉默行為之間的關聯性較低，兒童沉默行為降低的情形反而比在家庭和公共場合中顯著。該研究也發現，家庭的教育程度和識字能力 (以家庭藏書量為指標) 對沉默行為的維持有負面影響，藏書量少與沉默行為呈正相關。雙語父母對主流文化的認同，與兒童在學前階段的說話行為之間存在關聯。儘管如此，關於移民身分或雙語能力與 SM 發展之間的關聯，仍尚待進一步研究。

以下研究者將 SM 與上述各種障礙及語言困難者的語言表現加以整理比較如表 1 所示。

表 1

SM 與相關障礙的語言表現比較表

	相似處	相異處
SM 與 ASD	溝通和社交困難	SM：可能因為焦慮及心理壓力而造成情境性的不語及社交困難 ASD：因神經發展障礙、而導致語言和社交溝通能力缺陷及跨情境的溝通困難
SM 與 SLI	皆在學校或社交情境中可能出現口語表達困難	SM：語言發展正常，雖敘事能力可能稍弱，但多因焦慮導致語言抑制，為特定情境的不語 SLI：語言能力本身發展異常，為跨情境的語言處理與語言習得困難
SM 與 EBD	皆因焦慮、情緒或行為表現異常導致對話維持困難、社交語用（pragmatics）問題	SM：因社交情境引發的焦慮導致不語或極少說 EBD：多數能開口說話，但常受到注意力與執行功能、情緒調節因素影響而衝動多話或組織差
SM 與雙語背景	皆有情境性沉默或語言表現不足	SM：基本語言及理解能力通常正常 雙語：第二語言習得歷程尚未完全成熟，理解與表達可能都弱

參、相關輔導建議

一、針對 SM 之治療法建議

研究者以 Busse 和 Downey（2011）針對 SM 提出的三層級預防介入模式，做為 SM 防治架構，並加以說明。

（一）第一層級：初級預防（Tier I: Primary Prevention）

此階段重點在於全校性的環境營造與

意識提升，旨在減少 SM 案例的發生並降低其嚴重程度。相關措施包括：

1. 增進認識與培訓：提升親師對 SM 早期徵兆的覺察，並區分 SM 與雙語學習者的「沉默期」。
2. 培訓教師促進課堂口語溝通：使教師能創造允許所有兒童說話的情境，提供口語互動或回應的機會，宜避免使用「是/否」封閉式提問，減少對非語言訊息（如點頭、寫紙條）的錯誤增強，改採能引發口

語反應的互動方式（如小組活動），並給予兒童約 3-5 秒的等待回應時間。

3. 做好入小學準備：藉由學校參觀或幼小銜接計畫，降低幼兒進入校園環境的焦慮感。

（二）第二層級：高危險群介入（Tier II: Early Onset Intervention）

對於表現出焦慮特質（如分離焦慮、害羞或慢熟性格）的高風險群兒童，採取更針對性的輔導。相關措施包括：

1. 篩檢評估：使用 SM 評估工具來識別特徵，並對照顧者進行兒童焦慮處理的訓練。
2. 後效管理與行為塑造：嘗試對目標兒童所有的語言行為進行正增強，同時策略性地忽略其非語言行為。
3. 調整說話行為的目標：利用行為塑造（Shaping）與逐步趨近法（Successive Approximation），設定可達成的目標（例如在小組中參與或任何形式的口語嘗試）。
4. 團體治療：考量 SM 盛行率較低，可納入具社會技巧不足或焦慮問題的兒童，共同練習眼神接觸、問候及開啟對話。

（三）第三層級：三級處遇（Tier III: Tertiary Treatment）

著重在個別化治療，是針對 SM 研究最多、最切實可行的方法，也是最常見的介入類型。其中，認知行為治療（cognitive-behavioral therapy）最被廣泛使用。Cohen 等人（2006）回顧過去研究指出，行為治療和認知行為治療最為有效，且擁有最強有力的

研究支持，策略包括：後效管理、行為塑造、社會技巧訓練、刺激褪除、系統減敏感法、放鬆訓練和自我示範。其中，刺激褪除是讓兒童在熟悉刺激（如家長）陪同下說話，再逐漸加入新刺激（如老師），並讓熟悉者慢慢撤離。系統減敏感與放鬆訓練，則是建立焦慮階層表（例如從耳語、小組對話到全班發言），配合肌肉放鬆運動降低焦慮感。自我示範（Self-modeling）是讓兒童觀看自己成功說話的錄影，以增加開口的自信。最後，成功的治療通常結合上述多項策略（如後效管理結合刺激褪除），亦即多重介入模式（Multimethod Treatment），必要時可於最後階段輔以心理藥物治療。

二、針對相關障礙之治療法建議

若 SM 患者也同時有其他發展障礙之共病，則臨床人員在診斷方面就需要更為謹慎。首先，以 SM 共病 ASD 的患者為例，原先適用於 ASD 個體的治療方式，其實對共病 SM 的患者來說也是有效的，但目前尚無研究指出若只針對 SM 進行治療，是否會有所改變。此外，針對 ASD 除了使用藥物治療外，也可以使用行為治療法，因患有這兩種障礙的患者皆不擅長社交，因此行為治療法應是適合的治療方法。

其次，關於 SM 共病 SLI 者，目前討論的論文並不多，相關的輔導建議也少之又少。因此本文認為，這類的患者可以先從 SLI 治療開始著手。由於 SLI 可能會因為自身語言發展的緣故而不敢說話，因此若從這點開始著手治療，或可減緩其緘默行為。錡寶香、張旭志、洪書婷（2012）曾提出，若為

SLI 患者提供語言介入，便能提升患者的信心。由此可知，若搭配認知行為治療法，便能減輕患者緘默的情況。

再者，由於 EBD 與 SM 皆牽涉情緒，因此消除患者焦慮或提升其情緒調節將會是首要任務。雖然目前尚無 EBD 與 SM 共病現象的相關研究，但本文認為，治療 SM 伴隨其他類 EBD 的患者時，宜先治療其情緒行為異常的症狀，透過先改善其不當的情緒和行為，或許便能幫患者重新獲得與他人相處的信心。而行為改變技術是最常用的策略之一，其目的是用來減少不適當行為，並學習和適應合乎規範的行為，並可以搭配社交技巧的學習、感覺統合治療和自我肯定訓練（張芳慈、陳淑瑜，2016）。透過跨專業合作提供正向行為支持（positive behavior support, PBS），再搭配認知行為治療法，可改善患者的執行功能，更加融入社交情境。

本文僅針對 SM 臨床症狀及可能出現語言困難的其他障礙進行初步比較，未能深入探討 SM 鑑別診斷的重要性及詳細做法。Rodrigues-Pereira 等人（2023）的 SM 文獻回顧即建議採用多元評量以更清晰了解 SM 及其潛在機制。該研究建議同步使用不同來源的問卷或觀察版本（如家長、教師、臨床醫師、適齡化的兒童自陳報告）。並且，評估內容也應擴展並納入兒童所處的其他各種社交情境（如學校、課後活動、家庭聚會、社區商店或餐廳等）。未來研究宜參採上述建議，發展 SM 的客觀測量方法，並進一步對不同文化的比較，及雙語背景 SM 患者和成人患者的發展路徑加以探究。

肆、結論

DSM-5 指出 SM 是終身心理疾病，故探討兒童預防及介入更有其必要性。SM 患者有可能受到共病現象的影響，而使其治療過程複雜化。故本文探討 SM、ASD、SLI、EBD 及雙語背景兒童在語言發展的異同，進行成因、語言能力與社交溝通表現的比較，期能有助於釐清 SM 與其他語言困難的鑑別。分析結果得知，SM 主要為社交焦慮所導致；ASD 與 SLI 與神經語言能力缺陷有關；EBD 則多與情緒行為調節困難有關；雙語兒童可能暫時受到第二語言習得歷程的影響。本文並提出相關輔導建議，包括重申三層級預防介入模式，針對全校性防治、高危險群語言介入、多重介入模式，及認知行為治療與正向行為支持，以跨專業合作及多元評估協助 SM 及共病兒童，提升其溝通與社會適應能力。未來研究並可再針對 SM 多元評量工具之發展，及文化與年齡之差異深入探討。

參考文獻

- 王淑娟（1999）。另類的兒童語言溝通障礙：談兒童選擇性緘默症（Elective Mutism）。*幼兒教育年刊*，11，69-82。
- 〔 Shwu-jiuan Wang. (1999). Atypical Language of Communicative Disorders in Children--The Children with Elective Mutism. *Journal of Early Childhood Education*, 11, 69-82. 〕
- 林寶貴、錡寶香（2000）。*語言障礙學生輔*

- 導手冊。教育部特殊教育小組。〔 Lin, Bao-Guey, & Chi, Pao-Hsiang. (2000). *Guidance manual for students with language disorders*. Special Education Division, Ministry of Education. 〕
- 特殊教育學生及幼兒鑑定辦法（民國 113 年 4 月 29 日）修正公布。
- 邱佩寧（2020）。**選擇性緘默症（selective mutism）的認識**。兒童青少年發展障礙學會。<https://www.tacadd.org.tw/2020/10/selective-mutism.html> 〔 Chiu, Pei-Ning. (2020). *Understanding selective mutism*. Taiwan Association for Children and Adolescents with Developmental Disabilities. <https://www.tacadd.org.tw/2020/10/selective-mutism.html> 〕
- 張正芬、丘彥南、胡心慈、劉萌容、鳳華（2025）。自閉症（ASD）鑑定辦法說明。載於教育部，**特殊教育學生及幼兒鑑定辦法說明手冊**（147-166 頁）。〔 Chang, Cheng-Fen, Chiu, Yen-Nan, Hu, Shin-Tzu, Liu, Meng-Jung, & Feng, Hua. (2025). Identification criteria for autism spectrum disorder (ASD). In *Handbook of identification criteria for students and preschool children with special education needs* (pp. 147-166). Ministry of Education. 〕
- 張芳慈、陳淑瑜（2016）。特殊教育專業團隊中職能治療對情緒行為障礙學生的處理。**特殊教育發展期刊**，61，71-83。
[https://doi.org/10.7034/DSE.201606_\(61\).0005](https://doi.org/10.7034/DSE.201606_(61).0005)〔 Chang, Fang-Styr, Chen, Shoo-Yu. (2017). The Intervention of Occupational therapy for Children with Emotional/Behavioral Disorder in School-professional Collaboration in Special Education. *The Development of Special Education*, 61, 71-83. [https://doi.org/10.7034/DSE.201606_\(61\).0005](https://doi.org/10.7034/DSE.201606_(61).0005) 〕
- 張詠絜（2014）。**特定型語言障礙兒童敘事凝聚性之探討**〔未出版之碩士論文〕。國立臺北護理健康大學。〔 Chang, Yung Chieh. (2014). *Narrative Cohesion Of Children With Specific Language Impairments* [Unpublished master's thesis]. National Taipei University of Nursing and Health Sciences. 〕
- 許素娟（2018）。情緒障礙學生的輔導。**臺灣教育評論月刊**，7（10），270-274。
〔 Hsu, Su-Chuan (2018). Guidance and counseling for students with emotional disorders. *Taiwan Educational Review Monthly*, 7(10), 270-274. 〕
- 錡寶香、張旭志、洪書婷（2012）。學前特定型語言障礙兒童進入小學的追蹤研究：語言、識字表現之探討。**特殊教育學報**，36，61-91。
<https://doi.org/10.6768/JSE.201212.0061> 〔 Chi, Paoh-Siang, Zhang, Xu-Zhi, & Hung, Shu-Ting. (2012). A Longitudinal Investigation of Language and Reading Outcomes in Mandarin Chinese-Speaking Children with Specific Language

- Impairments. *Journal of Special Education*, 36, 61-91. <https://doi.org/10.6768/JSE.201212.0061>]
- Johnson, M., & Wintgens, A. (2013). 選擇性緘默症資源手冊 (黃晶晶譯)。心理出版社。(原著出版於 2001 年) [Johnson, M., & Wintgens, A. (2001) *The Selective Mutism Resource Manual*. Speechmark.]
- Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2018). 焦慮及相關疾患 (何美慧譯), 兒童與青少年情緒及行為障礙 (第二版) (10-1-10-21 頁)。華騰。(原著出版於 2018 年) [Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2018). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth* (11th ed.). Pearson.]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (n.d.). Selective Mutism: Incidence and prevalence. https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/selective-mutism/?srsltid=AfmBOopcF6vbxsojna-C0GVHRIq1PoN0SWdz86bsFgAbskymRW_RuG8_&utm_source=chatgpt.com#collapse_1
- Benasich, A. A., & Tallal, P. (2002). Infant discrimination of rapid auditory cues predicts later language impairment. *Behavioural Brain Research*, 136, 31-49.
- Bishop, D. V. (2006). What causes specific language impairment in children? *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 217-221. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00439.x>
- Busse, R. T., & Downey, J. (2011). Selective mutism: A three-tiered approach to prevention and intervention. *Contemporary School Psychology*, 15, 53-63. <https://doi.org/10.1007/BF03340963>
- Chiou, P. N., Chen, Y. S., Liu, H. J., & Lan, W. H. (2022). *Characteristics of selective mutism of a local hospital sample in Taiwan using CBCL (Child Behavior Checklist)*. Paper presented at 32nd International Congress of Medical Women's International Association (MWIA).
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Staron, V. R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465-1473. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000237705.43260.2c>

- Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020). Anxiety in children with selective mutism: a meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 330-341. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00933-1>
- Dummit, S., Klein, R., Tancer, N., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 653-660. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00016>
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00012>
- Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(Suppl 1), S55-S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
- Hoff, E. (2013). *Language development*. Cengage Learning.
- Holka-Pokorska, J., Piróg-Balcerzak, A., & Jarema, M. (2018). The controversy around the diagnosis of selective mutism: A critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria. *Psychiatria Polska*, 52(2), 323-343. <https://doi.org/10.12740/PP/76088>
- Green, B. C., Johnson, K. A., & Bretherton, L. (2014). Pragmatic language difficulties in children with hyperactivity and attention problems: An integrated review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(1), 15-29. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12056>
- Johnson, N. L., Burkett, K., Reinhold, J., & Bultas, M. W. (2016). Translating research to practice for children with autism spectrum disorder: Part I: Definition, associated behaviors, prevalence, diagnostic process, and interventions. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(1), 15-26. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.008>
- Jepsen, I. B., Hougaard, E., Matthiesen, S. T., & Lambek, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of narrative language abilities in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(6), 737-751. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00871-4>
- Kodak, T., & Bergmann, S. (2020). Autism spectrum disorder: characteristics,

- associated behaviors, and early intervention. *Pediatric Clinics*, 67(3), 525-535.
- Korrel, H., Mueller, K. L., Silk, T., Anderson, V., & Sciberras, E. (2017). Research Review: Language problems in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder-a systematic meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 640-654. <https://doi.org/0.1111/jcpp.12688>
- Le Pichon, E., & De Jonge, M. (2015). Linguistic and psychological perspectives on prolonged periods of silence in dual-language learners. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 19(4), 426-441. <https://doi.org/10.1080/13670050.2015.1007918>
- Ludlow, C. L., Cudahy, E. A., Bassich, C., & Brown, G. L. (1983). Auditory processing skills of hyperactive, language-impaired, and reading-disabled boys. In E. Z. Lasky & J. Katz (Eds.), *Central auditory processing disorders* (pp. 163-184). University Park Press.
- Lum, J. A., Conti-Ramsden, G., Morgan, A. T., & Ullman, M. T. (2014). Procedural learning deficits in specific language impairment (SLI): A meta-analysis of serial reaction time task performance. *Cortex*, 51, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2013.10.011>
- Miller, C. A., Kail, R., Leonard, L. B., & Tomblin, J. B. (2001). Speed of processing in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(2), 416-433. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001/034\)4388\(2001/034\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001/034)4388(2001/034))
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management*, 159-167. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274538>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2019). *Specific language impairment* (NIH Publication No. 11-7751). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nidcd.nih.gov>
- Owens, Jr, R. E., Farinella, K. A., & Metz, D. E. (2014). *Introduction to communication disorders: A lifespan evidence-based perspective* (5th ed.). Pearson Higher Ed.
- Redmond, S. M. (2016). Language impairment in the attention-deficit/hyperactivity disorder context. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(1), 133-142. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0038
- Redmond, S. M., Ash, A. C., Li, H. J. Zhang, Y. (2024). Links among Attention

- Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and psycholinguistic abilities are different for children with and without developmental language disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 33, 2344-2363. https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-23-00388
- Roberts, T. A. (2014). Not so silent after all: Examination and analysis of the silent stage in childhood second language acquisition. *Early Childhood Research Quarterly*, 29(1), 22-40. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2013.09.001>
- Rodrigues Pereira, C., Ensink, J. B., Güldner, M. G., Lindauer, R. J., De Jonge, M. V., & Utens, E. M. (2023). Diagnosing selective mutism: A critical review of measures for clinical practice and research. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 1821-1839. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01907-2>
- Scheres, A., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2001). Response inhibition in children with DSM-IV subtypes of AD/HD and related disruptive disorders: the role of reward. *Child neuropsychology*, 7(3), 172-189. <https://doi.org/10.1076/chin.7.3.172.8746>
- Sharp, W. G., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(4), 568-579. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.07.002>
- Starke, A. (2018). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 74, 45-60. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.05.001>
- Steinhausen, H.-C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614. <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015>
- Tabors, P. (2008). *One child, two languages: A guide for preschool educators of children learning English as a second language (2nd ed.)*. Brooks Publishing.
- Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and communication in autism. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 1, 335-364.
- Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., & Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 4 (6), 592-595. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000157549.87078.f8>
- Ullman, M. T., & Pierpont, E. I. (2005).

- Specific language impairment is not specific to language: The procedural deficit hypothesis. *Cortex*, 41(3), 399-433. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70276-4](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70276-4)
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical psychology review*, 29(1), 57-67. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009>
- Westby, C., & Watson, S. M. (2021). ADHD and communication disorders. In J. S. Damico, N. Müller, & M. J. Ball (Eds.), *The handbook of language and speech disorders* (pp. 529-570). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119606987>
- Wong, P. (2010). Selective mutism: A review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(3), 23-31.

Language Difficulties and Related Distinctions in Children with Selective Mutism

Hsin-Ting Tsai

Graduate Student,
University of Taipei, Master's Program of
Speech and Language Pathology

I-Hwey Wu

Associate Professor,
University of Taipei,
Department of Special Education

Abstract

Selective Mutism (SM) is a psychological disorder primarily onsetting in childhood, characterized by the involuntary inhibition of verbal communication in specific social situations. With the evolution of diagnostic criteria, SM has been classified as an anxiety disorder, and its comorbidity with various developmental disorders has increasingly gained clinical attention. This article aims to explore the similarities and differences in language development among children with SM, Autism Spectrum Disorder (ASD), Specific Language Impairment (SLI/DLD), Emotional and Behavioral Disorders (EBD), and those from bilingual backgrounds. Through a comprehensive literature review, a cross-disorder differential analysis was conducted across three dimensions: etiological mechanisms, language competencies, and social communication performance. The findings indicate that while ASD and SLI are rooted in organic neurolinguistic deficits, and EBD is constrained by executive dysfunctions and emotional dysregulation, children with SM possess relatively intact baseline language skills, with their communicative impairments driven predominantly by situational social anxiety. Finally, based on a three-tiered prevention and intervention model, this article proposes interdisciplinary counseling strategies integrating school-wide prevention, high-risk screening, cognitive-behavioral therapy, and positive behavior support (PBS) to enhance the efficacy of differential diagnosis and multi-dimensional interventions for professionals in clinical and educational settings.

Keywords: Autism Spectrum Disorder (ASD), Bilingual Background, Emotional and Behavioral Disorders (EBD), Specific Language Impairment (SLI), Selective Mutism (SM)

