特殊教育發展期刊　第 71 期　民 110 年 6 月　75-86 頁　　10.7034/DSE.202106_(71).0005

揭開緘默症神秘之面紗－從 DSM-5 的改變談選擇性緘默症與焦慮之關係

林姿杏

雲林縣立土庫國中資源班專任教師

摘要

選擇性緘默症是指孩童在某些地方持續地無法說話（例如學校，或是其他社交場合），但在其他地方則可以說話（例如家庭）。美國《精神疾病診斷準則手冊第五版》(DSM-5)於 2013 年將選擇性緘默症歸為焦慮症之一，呼應了二十年來研究者們所提倡的，選擇性緘默症應將重新分類為焦慮性疾患。本文欲以文獻回顧方式，探討選擇性緘默症於美國《精神疾病診斷準則手冊》三、四、五版之變革、選擇性緘默症與焦慮症相關的研究，以及學者們對於 DSM-5 改變之觀點。本研究結論：一、選擇性緘默症在三、四版為「通常初診斷於嬰兒期、兒童期、或青春期的疾患。」(Other Disorders of Infancy, Childhood or Adolescence)，但在第五版則列為焦慮症(Anxiety Disorders)；二、選擇性緘默症與其他焦慮症有共病之關係；三、部分學者認為，選擇性緘默症孩童能用非語言溝通方式與人互動，應屬特定型語言表達缺陷。最後，以此結論提供鑑定之建議。

關鍵詞：選擇性緘默症、焦慮症、精神疾病診斷準則手冊第五版

壹、前言

有一些孩子，在學校總是兩眼睜大，用著水汪汪的眼睛，觀察校園裡的一草一木，卻從未在學校說過半句話。在學校，只要同學或老師問他們問題，他們總是顯得緊張、害怕。忍耐了一天，回到家，卻能與家人侃侃而談……。這樣在學校與家庭情境，說話表現天壤之別的孩子們，即為「選擇性緘默症」(selective mutism)。根據筆者經驗，選擇性緘默症學生，除了在學校因沉默不語，容易受到師長們的忽視外，也容易因不語的行為，讓同儕或老師對其有所誤解。然而，這樣的孩子通常擁有著一雙閃閃發亮的眼睛與柔軟的心，使人不禁好奇，究竟是什麼原因，使這群孩子，在學校沉默如金？

選擇性緘默症是指兒童在某些社交情境，持續地無法說話（例如學校），但在其他情境則可以說話（通常是家庭）。然而選擇性緘默症此名稱，相當容易遭受誤解，身旁的人常誤會孩子是「選擇性」，「故意的」不說話(Forrester & Sutton, 2015)。但事實是，選擇性緘默症的孩子「會說話，也想說話，」但是「因為太焦慮而說不出話來」，久了，孩子學會以緘默的方式，來避免焦慮(Johnson &Wintgens, 2017)。筆者教導過七位選擇性緘默症學生，仔細觀察發現，這樣的學生除了不說話外，還有焦慮問題，像是在師長面會顫抖、冒冷汗等生理現象。幾年前親眼目睹，選擇性緘默症學生小考時，縱使考卷在眼前隨風飄落，也只能因「焦慮」而含淚目送。

依據美國《精神疾病診斷準則手冊第五版》(DSM-5)，選擇性緘默症診斷準則為：(1)持續地無法在預期要說話的特定社交場合（例如：學校）中說話，儘管在其他場合是可以說話的；(2)此困擾會妨礙學業或職業上的成就或其他社交上的溝通；(3)此困擾的期間持續至少一個月（不限入學的第一個月）；(4)不能說話的原因無法歸因於，缺乏對社交場合所須要的語言，或是因於社交場合感到不適所產生的言語困難；(5)此困擾無法以溝通障礙症作解釋，例如：兒童期初發型語暢障礙症(childhood-onset fluency disorder)，也不是只有罹患精神性疾患時才發生（例如思覺失調症或自閉症）(American Psychiatric Association [APA], 2013)。而 DSM-5 五版除了維持 DSM-IV-R 四版（修訂版）相同的診斷準則外，最大的改變是：第三、四版將選擇性緘默症與溝通障礙、注意力缺陷過動症及自閉症類群障礙等都歸類為「通常初診斷於嬰兒期、兒童期、或青春期的疾患。」(Other Disorders of Infancy, Childhood or Adolescence)，第五版則將前述障礙歸類為「神經發展性疾患」(Neurodevelopmental Disorders)，但將選擇性緘默症歸類為焦慮性疾患(Anxiety disorders)。Muris 和 Ollendick（2015）認為，DSM-5 將選擇性緘默症納入焦慮症，此舉等於回應二十年來選擇性緘默症與焦慮關係之研究。

國內迄至於今僅有 24 篇選擇性緘默症期刊文獻，大致可分為認識選擇性緘默症的成因症狀，以及輔導或治療的經驗。在 2013 年 DSM-5 發行後，也僅有三篇文獻，探討使用行為改變技術（彭湘平，2018）、治療介入（廖夢如，2016）、及選擇性緘默症學生在融合教育下的特殊需求與支持（林姿杏、楊梅芝，2018），顯然，國內對選擇性緘默症與焦慮相關之議題，略顯不足。因此，本研究欲透過文獻回顧方式，了解選擇性緘默症於美國《精神疾病診斷準則手冊》三、四、五版之變革、選擇性緘默症與焦慮之相關研究，以及學者對於此變革之不同觀點，進而分析這樣的改變對於實務鑑定的影響，揭開選擇性緘默症神秘之面紗。

貳、文獻回顧

一、選擇性緘默症於 DSM-III、DSM-IV 與 DSM-V之變革

選擇性緘默症最早於西元 1877 年由德國醫師 Kussmaul 所提出，他描繪了一群「自願性失語症」(aphrasia voluntaria)的臨床案例，他將此症與歇斯底里以及其他精神官能症作關聯 (Muris & Ollendick, 2015)。雖然他所使用的名稱是錯誤的，但 Kussmaul 醫師將自願性失語症定位為其他語言障礙(Sue, 2004)。到了 1934 年，瑞士小兒科醫生 Tramer，建議使用 elective mutism 名稱。他觀察一位七歲男孩的行為，認為此兒童僅特定不跟某些對象說話，是刻意「選擇性」不語 (Muris & Ollendick, 2015)。雖然這樣的名稱在後來也被認為是誤解的，但是 Tramer 醫師是最先提出不語症並非失語症的主張，探討形成選擇性緘默症的潛在機制，如遺傳因素、發展遲緩、心理因素（如害羞、敏感）、兒童早期創傷、精神病理因素等，這樣的方向也為行為治療拉開了序幕 (Sue, 2004)。即便 Tramer 醫生僅以一名個案為研究對象，elective mutism 仍為後續的研究所使用。

選擇性緘默症第一次列為精神疾病診斷準是在 1980 年的 DSM-III，當時使用了上述 elective mutism 這個名稱，並被歸類在「通常初診斷於嬰兒期、兒童期、或青春期的疾患」(Other Disorders of Infancy, Childhood or Adolescence) (APA, 1980)。DSM-III對選擇性緘默症的各成因之理論保持中立，希冀對診斷系統形成共識，但也因此造成診斷準則的不一致 (Sue, 2004)。而 1987 年，DSM-III-R 修訂版，則將選擇性緘默症診斷標準做了些修正，除了將原先在 DSM-III診斷準則中持續地拒絕「所有」社會情境說話，改為「一個或一個以上」的主要社會情境，也移除了大小便失禁此特徵(APA, 1987)，並特別強調拒絕說話不是社交焦慮症的一種症狀，初步區分選擇性緘默症不是社交焦慮症 (Sue, 2004)。

1994 年 DSM-IV 使用 selective 取代了原先的 elective，在英文語意中，elective 與 selective 是很相似的形容詞，但是語意上仍稍有差異；elective 是指兒童有選擇性的決定在哪一種場合說話或是不說話，而 selective 是指兒童並非刻意的選擇在哪種場合不說話，藉由用字的改變，來強調選擇性緘默症兒童非自願性的抗拒說話。而在類別上，DSM-IV 則仍舊將選擇性緘默症列為「通常初診斷於嬰兒期、兒童期、或青春期的疾患」(Other Disorders of Infancy, Childhood and Adolescence)類別中(APA, 1994)。根據名詞的改變，四版也將第三版的「抗拒性地不說話」，改由「無法說話」，更強調選擇性緘默症不是因缺乏語言知識、或是因溝通障礙產生的尷尬而不語；另外，提到了選擇性緘默症要與說話異常區分，一個被判斷為緘默症的孩子，要能在某些社交情境中說話才可，而非一概所有情境都不說話(APA, 1994)；最後，焦慮性疾患中的社交焦慮和社交迴避可能與選擇性緘默症有關，並且可給出兩

種以上的診斷(APA, 1994)，即不排除社交焦慮症與選擇性緘默症相關。這樣的改變下，許多學者開始研究選擇性緘默症與焦慮之關係(Muris & Ollendick, 2015)。

Black 和 Uhde（1995）是最先研究選擇性緘默症者與焦慮表現的人。他們發現，選擇性緘默症有 97%的人符合社交焦慮症或迴避型人格障礙。五年後，2000 年的 DSM-IV-R 四版修訂版則改為，選擇性緘默症有時和溝通障礙、焦慮性疾患（特別是社交焦慮症）有關(Sue, 2004)。由上述可發現，雖然一開始 1987 年 DSM-III-R，強調選擇性緘默症不是社交焦慮症的一種症狀，區分兩者之不同，但到了 2000 年的 DSM-IV-R 修訂版，則認為選擇性緘默症也可能有焦慮性疾患—特別是社交焦慮的共病關係。2013 年《精神疾病診斷準則手冊第五版》(DSM-5)，雖未改變選擇性緘默症的名稱，延用了 DSM-IV-R 修訂版 selective mutism 此名稱，診斷準則也和 DSM-IV-R 修訂版相同，但卻在類別上做了更動，將選擇性緘默症納入為焦慮症。

二、選擇性緘默症與焦慮症相關研究

回顧緘默症 60 年來的研究，可大致劃分為：1960 年代，聚焦於家庭危險因素形成選擇性緘默症的可能；1970 至 1980 年代早期：家庭環境以外的因素，如學習與行為理論造成選擇性緘默症的可能；1990 年代則聚焦在基因與氣質性發展，認為選擇性緘默症的成因大多與先天氣質、基因遺傳有關，於此同時，開始有研究探討焦慮（先天因素）形成選擇性緘默症的可能；而到了 2000 至 2013 年：學者們大多認為，選擇性緘默症並非單一因素而形成的，改以多元因素探究其病因與治療，認為選擇性緘默症與焦慮性疾患可能有共病關係(Kirsten, 2014)。

Black 和 Uhde（1995），調查 30 位年齡在 2 至 16 歲（平均年齡為 7 歲）的選擇性緘默症孩子，發現有 97%的孩子符合社交焦慮症或迴避型人格障礙，孩子在焦慮評分表中，一般焦慮、社交焦慮有較高的得分。接著，Steinhausen 與 Juzi（1996）對 100 位平均年齡在 9 到 12 歲的選擇性緘默症學生進行臨床評估與訪談，其中 66%的參與者，都被描述是焦慮的。1997 年，Dummit 等人（1997）針對 50 名平均年齡 8 歲的選擇性緘默症，進行焦慮類症量表檢測，發現 100%的緘默症孩子都符合社交焦慮、迴避型人格；48%則有一種或一種以上的焦慮性疾患，如特定對象畏懼症、分離焦慮；而在孩子與家長的自評表則發現，孩子具有中度以上的焦慮。而到了 1998 年，Ford 等人（1998）調查了最多位選擇性緘默症（包含已康復的緘默症），共有 153 位，年紀從 2 到 72 歲，平均年齡為 11 歲的選擇性緘默症者，使用開放式訪談，以家長、孩子為研究對象，研究結果發現，孩子們在診斷為選擇性緘默症之前，早有焦慮症狀，如說話的行為頻率低、聲音小、自動性地低，與社交焦慮症者相似。

而在 2000 年至 2013 年 DSM-5 出版以前，研究者主要使用焦慮訪談表(Anxiety Disorders Interview Schedule for Children)

(ADIS-C) (Chavira et al., 2007; Young et al., 2012) 與社交焦慮量表 (Social Anxiety Scale for Children-revised) (SASC-R) (Bergman et al., 2002 ; Cohan et al., 2008) 等工具來評量選擇性緘默症。綜合研究結果，選擇性緘默症孩子至少有一種或一種以上焦慮症的共病問題，如：特定對象畏懼症、社交焦慮症、分離焦慮症(Vecchio & Kearney, 2005)；他們同時也符合廣泛性焦慮疾患(Generalized Anxiety Disorder)、排泄障礙(Chavira et al., 2007)。而與一般無選擇性緘默症的控制組相比，選擇緘默症孩子有較高度的焦慮 (Bergman et al., 2002; Chavira et al., 2007; Young et al., 2012)；甚至比社交焦慮症孩子有較高度的焦慮(Younget et al., 2012)。Cohan 等人（2008）認為社交焦慮與選擇性緘默症的症狀成呈高度相關(Cohan et al., 2008)。

綜合以上，焦慮性疾患與選擇性緘默症可能同時發生在選擇性緘默症者身上(Sharp et al., 2007)，實證研究已證實選擇性緘默症有顯著焦慮症狀，也不難理解 DSM-5 將此症列入焦慮症了。

三、學者們對於 DSM-5 改變之觀點

然而，亦有學者反對將選擇性緘默症歸類為焦慮症 (Bögels et al., 2010; Schwenck et al., 2019; Young et al., 2012)。Omdal 與 Galloway（2008）使用錄影帶觀察選擇性緘默症孩童發現，在社交情境中，選擇性緘默症孩仍可使用肢體動作等非語言方式與同儕互動，不符合社交焦慮症之診斷標準，應屬於特定型語言表缺陷。Schwenck 等人（2019）也使用錄影帶觀察，發現選擇性緘默症兒童只於「需要說話」的情境中才會引發焦慮，亦不符合社交焦慮。最後，Bögels 等人（2010）與 Young 等人（2012）也主張，選擇性緘默症應該為一種特定型行為抑制的表現，而非焦慮性疾患。

Driessen 等人（2020）使用後設分析研究自 1995 至 2019 年三月，共 22 篇研究、837 選擇性緘默症者，發現雖然 80% 的研究中，選擇性緘默症有焦慮症狀，但也提出三點質疑。第一、研究無法說明剩下的 20%選擇性緘默症者為什麼沒有焦慮症狀？第二、雖然選擇性緘默症與社交焦慮症狀有重疊，但其實兩者的共病率相當低；第三、臨床上雖然選擇性緘默症者也會被診斷有焦慮性疾患，但無法支持焦慮症必會有選擇性緘默症之論點。Muris 與 Ollendick（2015）也質疑，DSM-V 選擇性緘默症的五項診斷準則中，字裡行間未與焦慮症狀有關，也是所有焦慮性疾患診斷準則中（分離焦慮症、特定畏懼症、社交焦慮症、恐慌症、特定場所畏懼症、廣泛性焦慮症），唯一未提供參考症狀的，列舉個體害怕之事或物？焦慮的來源是什麼？學者擔心這樣的改變，可能造成未有焦慮症狀的選擇性緘默症兒童，如語言問題、發展遲緩等其他症狀較明顯的選擇性緘默症者遭到忽視(Muris & Ollendick, 2015)。另外，也可能模糊了選擇性緘默症的核心問題「不說話」(Driessen et al, 2020)。

緘默（不說話）的主因可能出於焦慮、或非焦慮因素引起的，雖然行為表現皆為「緘默」(Muris & Ollendick, 2015)。譬如，

同樣是拒學症（行為），但造成的原因可能與焦慮有關（如分離焦慮、社會焦慮症），也可能無關焦慮（如學習困難、情緒行為問題、同儕霸凌等），因此認為，並非所有的選擇性緘默症都是由焦慮所致的。

四、選擇性緘默症的語言問題

早在西元 1912 年 Gutzman 即認為選擇性緘默症可能是一種因說話問題被嘲笑、批評的反應(Kirsten, 2014)。後續研究也指出部分選擇性緘默症者有構音問題、語言發展遲緩(Kolvin & Fundudis, 1981)、口吃(Schwartz et al., 2006)、唇顎裂(Kirsten, 2014)、音韻覺識困難(Kristensen, 2000)、表達或接受性語言缺陷(Kristensen, 2000)等。Kolvin 和 Fundudis（1981）在比較 24 位選擇性緘默症兒童與 102 位一般兒童第一次開口說話的時間時，發現前者較後者慢了 5.5 個月。Cleator (1998)的碩士論文也發現，五位選擇性緘默症兒童中，四位有語言發展遲緩或語言問題，進一步分析這四位孩童時，有三位孩童的父母指出，這些孩子在出生後第 12 到 18 個月期間，語言發展因不明原因停滯。這可能如 Kirsten (2014)所認為的，語言問題可能影響孩子說話。在他的臨床經驗，一名七歲有唇顎裂語言問題的兒童，因同儕經常無法理解他所說的話，因此在學校說話的頻率逐日下降，最後形成緘默。而也確實有部分孩童接受語言治療後，即能開口說話，因此學者認為選擇性緘默症也可能是單純語言問題所致，是特定型語言缺陷(Kearney, 2010; McInnes & Manassis, 2005; Omdal & Galloway, 2008; Schwenck et al., 2019)。

依據美國《精神疾病診斷準則手冊第四版》(DSM-IV)，特定型語言缺陷症為溝通障礙(Communication Disorders)的次類別之一，其準則為：個體認知能力正常，卻無法辨識其語言缺陷的原因，使用的是一種排他的診斷標準(Reilly et al., 2014)。而 Kearney (2010)在他的專書中也提到，選擇性緘默症與溝通障礙的次類別，確實有重疊之處，例如表達性語言缺陷、接受表達性語言缺陷、音韻缺陷、口吃、其他未明原因的溝通障礙。有趣的是，DSM-5 將 DSM-IV 的特定型語言缺陷(Specific Language Impairment)改以社會（語用）障礙 (Social (pragmatic) Communication Disorder)取代之(Reilly et al., 2014)。而這是否也將影響認為選擇性緘默症為語言缺陷的學者們觀點，有待後續研究。

部分選擇性緘默症者的語言異常，可能也與焦慮有關。如許多選擇性緘默症者自述，不想說話的原因是因為害怕聽見自己的聲音(Kolvin & Fundudis, 1981)；或是當孩童第一次上幼稚園時，面臨與照顧者的分離焦慮，加上個性天生較害羞，一時難以面對如此巨大的壓力，幼兒也只能以本能的方式反應之－如緘默，可能因此影響了語言發展(Black & Uhde, 1995)。

綜合以上所述，究竟是因語言缺陷影響了說話的意願，導致緘默？抑或是因為焦慮而導致說話的意願降減，進而形成緘默？如同 Kirsten (2014)於書中所論及的，因樣本數太少，目前仍難下定論。選擇性緘默症複雜之處即在於，我們看到的

是緘默（行為反應），但原因卻可能來自於焦慮或是非焦慮因素（語言）了。

參、結論與建議

本研究透過文獻回顧，了解選擇性緘默症自西元 1877 年迄今的研究，以及在 DSM-III至 DSM-5 演變，得出以下結論：

一、選擇性緘默症為焦慮症，但並非皆起因於焦慮

在美國精神疾病診斷手冊第三、四版選擇性緘默症被歸為「通常初診斷於嬰兒期、兒童期、或青春期的疾患之類別」；自 1995 年後，80%研究證實選擇性緘默症與焦慮症存有相關，因此，DSM-5 目前將此症歸納為焦慮症，然需注意的是，並非所有選擇性緘默症者都是因焦慮所致。

二、選擇性緘默症與其他焦慮症有共病關係

選擇性緘默症者也常被診斷有特定對象畏懼症、社交焦慮症、分離焦慮症、廣泛性焦慮疾患 (Generalized Anxiety Disorder)、排泄障礙等其他焦慮症，即使共病率低，亦須注意對個體的影響。

三、語言缺陷對選擇性緘默症的影響

有些選擇性緘默症有語言問題，如構音、口吃等；或是僅在需要說話的社交場合無法說話，不排除是特定型語言缺陷，或其他語言問題所致。

近幾年來，無論是分享選擇性緘默症的輔導經驗，或是擔任心理評量人員，不難發現，仍有許多家長、特教教師、心理師等，對於選擇性緘默症是焦慮症不甚了解。當筆者說出選擇性緘默症為焦慮症時，這短短幾個字，就像一陣風，吹開了緘默症的神秘面紗，教師們的困惑，頓時迎刃而解。因此 DSM-5 此重大改變，相信將能幫助家長與教師們對症下藥。而如同本研究所發現，部分學者仍認為，語言缺陷對選擇性緘默症存有影響，因此在此呼籲實務界之鑑定，亦應注意相關語言評估。至於選擇性緘默症是否有列為語言缺陷的可能？就讓時間這條河，輔以科學為其「說話」吧！

參考文獻

林姿杏、楊梅芝（2018）。選擇性緘默症學生之特殊需求與支持：從生態系統觀點探討。**特教園丁**，**33**(3)，31-39。

彭湘平（2018）。當不語症遇上行為改變技術。**臺灣教育評論月刊**，**7**(12)，36-41。

廖夢如（2016）。選擇性緘默症學童治療介入的策略探討。**諮商與輔導**，**369**，47-49。

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition.* American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition.* American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of*

mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed.). American Psychiatric Association.

Bergman, R.L., Piacetini, J., & McCracken, J.T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41* (8), 938-946.

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, 34*, 847-856.

Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety, 27* (2), 168-189.

Chavira, D.A.,Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., & Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective Mutism and Social Anxiety Disorder: All in the Family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46* (11), 1464-1472.

Cleator, H. M. (1998). *Speech and language characteristics of selectively mute children a speech pathology perspective HM Cleator.* [Master's thesis]. University of Sydney.

Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37* (4), 770-784.

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.

Dummit, E.S. III, Klein, R., Tancer, N.K., Ashe, 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, 36* (5), 653-660.

Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, *13* (3), 192-227.

Forrester, C., & Sutton, C. (2015). *Selective Mutism In Our Own Words: Experiences in Childhood and Adulthood*. Jessica Kingsley

Publishers.

Johnson, M., & Wintgens, A. (2017). *The selective mutism resource manual.* Routledge.

Kearney, C. A. (2010). *Helping children with selective mutism and their parents: A guide for school-based professionals.* Oxford University Press.

Kirsten, H. (2014). *Tackling selective mutism: A guide for professionals and parents.*Child Language Teaching and Therapy, *31*(2), 258-259, 2015.

Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, *22*(3), 219-232. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00548.x

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(2), 249-256.

McInnes, A., & Manassis, K. (2005, August). When silence is not golden: an integrated approach to selective mutism. In *Seminars in Speech and Language* (Vol. 26, No. 03, pp. 201-210). Copyright© 2005 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *18*(2), 151-169.

Omdal, H., & Galloway, D. (2008). Could selective mutism be re-conceptualised as a specific phobia of expressive speech? An exploratory post hoc study. *Child and Adolescent Mental Health, 13* (2), 74-81.

Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F. K., Morgan, A., Goldfeld, S., Nicholson, J. M., & Wake, M. (2014). Specific language impairment: a convenient label for whom?. *International journal of language & communication disorders*, *49*(4), 416-451. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12102

Schwartz, R. H., Freedy, A. S., & Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence?. *Clinical pediatrics*, *45*(1), 43-48.

Schwenck, C., Gensthaler, A., & Vogel, F. (2019). Anxiety levels in children with selective mutism and social anxiety disorder. *Current Psychology*, 1-8.

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.

Steinhausen, H.C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35* (5), 606-614.

Sue N-M. (2004). *Summary of DSM history, DSM impact on Selective Mutism. Important issues in diagnosing Selective Mutism and Inappropriate Remedial Treatment, Essential Differences between the DSM III's and the DSM IV's*. Retrieved from https://reurl.cc/E2oM8A

Vechio, J. L., Kearney, C.A. (2005). Selective Mutism in Children: Comparison to Youths with and Without Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(1), 31-37.

Young, B. J., Bunnell, B. E., & Beidel, D. C. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal. *Behavior Modification, 36*(4), 525-544.

Uncover the Mystery of Mutism-Discussing the Relation between Selective Mutism and Anxiety Disorders through Modification of DSM-5

Tzu-Hsing Lin

Yun-Lin Country Tuku Junior High School

Abstract

Selective mutism (SM) is a disorder in children who are unable to speak in specific settings (e.g., schools or social situations), yet they can usually speak in others (e.g., at home). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) lists SM as an anxiety disorder. It has been researched in a substantial number of empirical studies within the last two decades and led to the reclassification of SM as an anxiety disorder. This study adopts a literature review to explore the development of SM on DSM-Ⅲ, DSM-Ⅳ, and DSM-5; as well as research on the relationship between anxiety disorders and SM, and some researcher’ s viewpoints on this change. The conclusion is :1). On DSM-Ⅲ and Ⅳ, SM was attributed to the category of Other Disorders of Infancy, Childhood or Adolescence; however, on DSM-5 it is listed as an anxiety disorder. 2). SM overlaps with other anxiety disorders. 3) other researchers argue that children with SM could interact with others by using non-verbal communication and propose to re-conceptualize SM as a specific language impairment. Finally, the author provides some implications for assessment based on the conclusions.

Keywords: selective mutism (SM); anxiety disorders; DSM-5