

選擇性緘默症

基隆長庚醫院復健科 盧志芬 語言治療師

選擇性緘默症命名的由來

第一份醫學文獻，是由德國醫師 Kussmaul 在 1877 年提出。Kussmaul 為這種特定的情境下沉默不語的行為稱之為 "Asphasia Voluntals"，意思是「故意性不語」(voluntary mutism)。

後來瑞士醫師 Trammer 在 1934 年也描述幾個類似案例，他將這種症狀命名為「選擇性緘默症」 "Elective Mutism"。"elective" 意含患者以個人偏好和意志選擇說話或不說話的對象。

什麼是選擇性緘默症 ??

選擇性緘默症 (Selective Mutism; SM) 是一種複雜的行為特質，基本上患者聽說能力與發音器官並無問題。但面臨特定的社會情境或人物時會沉默不語；換了不同場合，小孩感覺安全、舒適及放鬆時，可正常的進行溝通說話。

就對象而言，多數 SM 小孩僅和特定對象說話(通常是家人和要好伙伴)。常見不語的對象是老師、同學，或是出了家門便完全沉默，甚至家中陌生人到訪，患者也會不語。

有的沉默不語數個月之後恢復正常；程度重者則經年累月形成痼疾，不語行為會延至青年，甚至成人。

選擇性緘默症的診斷標準

國外對選擇性緘默症的定義，主要以 1992 年國際衛生組織所出版的 ICD-10(The ICD-10 Classification of Mental the Behavior Disorders) 以及 1994 年美國精神醫學會(American Psychiatric Association) 所出版的 DSM-IV 之中的診斷標準為主。

DSM-IV 列出以下五項選擇性緘默症的診斷標準(APA, 1994)：

- 1.在期待他該說話的場合不說話(例如學校)，但在其他的情境中可以正常說話。
- 2.這種緘默行為妨害患者在教育與工作上的成就，或有礙社會溝通。
- 3.患者的緘默行為必須持續一個月以上，但不含入學的第一個月。(剛入學的孩童可能對環境感到陌生而不肯說話)。
- 4.緘默若因缺乏社交情境所需的知識、身體不適、或不具備當時情境所使用的語言，這種情況不能診斷為選擇性緘默症。(例如置身非母語環境的外國，而且不熟悉當地語言，這種情況下的不語，不能診斷為選擇性緘默症)。
- 5.若這種障礙可歸因於其它的溝通障礙(如口吃)，或肇因於廣泛性發展礙、精神分裂症、或其他精神病性疾患，不能診斷為選擇性緘默症。

出現率與症狀初起年齡

◎出現率：

據 Cline & Baldwin 等人於 1994 年的估計，選擇性緘默症的出現率小於 8/1000。在男女生的比例上，女生略多於男生。其症狀初起的年齡在 5 歲以前，但常被疏忽。直到小孩入學(幼稚園或小學)，在溝通互動及課業上明顯發生問題，才引起老師及家長的注意，因此發現小孩罹患選擇性緘默症多數是在入學以後。

◎發生時間、預後：

選擇性緘默症病發時間通常在在 3-5 歲。絕大多數發生在上幼稚園時。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。也有文獻報導上高中後病情更形惡化的案例。

選擇性緘默症的附帶障礙

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，抽噎及強迫症則甚少見。

嚴重的緘默症患者其退縮的情形十分可怕而棘手，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。

選擇性緘默症的形成原因

從個案的人格特質和環境分析，造成選擇性緘默症的原因是內外因素互動的結果，內在焦慮的人格特質是病兆，外在情境因素是引爆點。

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。

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

〈一〉內在因素：

1、心理動力衝突：

精神分析學派的人認為：對創傷性經驗的反應、長期住院、經常性搬家也被認為是原因之一。精神分析論者甚至認為：其發展是固著在佛洛伊德心理發展理論中的肛門期階段。

目前心理動力衝突論已經比較不被學者接受。

2、焦慮與氣質：

比較不再強調心理動力因素，而強調氣質與焦慮使然。臨床研究顯現：害羞、抑制的氣質有關。衍發症狀有：學業失敗、拒絕上學、受嘲笑揶揄、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。

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。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。

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。

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、構音異常等問題有關。

5、智能障礙：

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。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。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。

6、內、外在因素交互作用的結果：

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，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。

選擇性緘默症的特徵

他們在社交情境和在家中的行為表現截然不同：

1.在社交情境的行為特質：

- 選擇性沉默（如前述）。
- 絕少發問，有事也不表達（例如想上廁所）
- 表情極度羞澀，害怕在社交情境下出糗。
- 行為退縮和孤立。
- 在焦慮狀態下，臉部漠然或表情呆滯
- 處於對話情境時，眼神閃躲，不与他人正面接；有的則凝視虛空(staring into space)，或看天看地就是不看人。
- 缺少笑容。
- 因緊張焦慮而呈現僵硬或笨拙的姿勢。
- 不從行為(negative behavior)，對師長的指派沉默無反應，或一副不理不採的模樣，甚至呈現倔強抗拒的行為。
- 做事因循（procrastination）。
- 應答遲緩（slowness to respond）：問 SM 小孩問題時，不論用口語或非口語表達，反應遲緩延宕（因此若做各類的標準化測驗將很難準確的評量出結果）。

- 對環境、聲音、人群、或事物的碰觸等等高度敏感。
- 與新人或陌生人相處，恢復焦慮心情的過程相當遲緩 (slow to warm up)。
- 很少表達謝謝、你好或再見等社交性的口語或手勢。
- 常呈現緊張不安或煩躁的行為。
- 不喜冒險，對新的環境十分小心謹慎。

2.在家中(或自在的情境中)呈現的人格特質：

- 饒舌且表情豐富。
- 喜怒無常 (moodiness)。
- 易哭鬧或發脾氣(temper tantrums)。
- 自負。
- 執拗(inflexibility)。
- 執著(clinging)。
- 衝動(impulsive)。
- 專橫(bossiness)或支配慾(controlling)。
- 行為叛逆(oppositional behaviors)。
- 有分離焦慮(separation anxiety)。
- 有睡眠方面的問題。

選擇性緘默症的治療策略

目前並無一套治療選擇性緘默症的標準療程。「及早發現及早治療」則是一致的共識。不及早鑑定治療，對患童未來的學業、工作與人際關係的發展都將有長遠不利的影響。

學校本位多重專業治療是學校情境為主，從降低焦慮、增加非語言溝通、增加社交互動，並而進展到增進語言溝通，以便有效協助選擇性緘默症者。

方式如表一所示(Dow, Sonies, Scheib, Moss, & Leonard, 1995)

目 標	介 入 方 法
降低焦慮	不要強迫說話 留個案在普通班，除非另有考慮 減少強調語言表現(玩些非語言性的遊戲) 鼓勵同儕關係 認知行為介入：減敏感法及肌肉放鬆 配合專業治療(個人心理治療、家族治療或藥物治療)
增加非語言溝通	設立另類溝通方法(符號、姿勢、卡片等) 小團體 促進同儕關係
增加社會互動	指定合適的同伴在校內外與個案同遊 小團體 不需語言能力的活動 促進社交技巧的活動
增加語言溝通	結構性行為改變計畫剛開始增強互動性與溝通性行為，最後增強語言表達 以語言治療增進語言能力 實用性的語言練習 綜合以上可知

對學校、教師及家長的建議

由於大眾對 SM 所知有限，加上他們特殊的行為特質，往往會被誤診。有時家長會被質疑管教不當或虐待（甚至是性虐待），讓不少家長遭致極大冤屈和創痛。而老師和 SM 小孩互動得到的回應常是無言且表情漠然的一副酷相，乍看之下會以為是不理你或是故意唱反調，很容易激怒師長或任何想和他溝通互動的人。通常學校成員最後會對 SM 患童採取一種「妥協」，即「忽視」他們的存在。既然「問而不答」，只好「視而不見」。相對的，這些小孩也會練就一套「躲避」技巧，並且將就學校的環境，許多 SM 小孩因而被埋沒在少人搭理的茫茫學生群中。

—通常患童可和家人正常對話，因此家長應配合專業人員和老師，在治療過程中扮演橋樑的角色。

—強迫小孩說話不但不能改變情況，甚至會使症狀惡化。

—即使他們沉默，其實小孩仍然在學習。

—讓「溝通脫離」的行為減至最少，不必強求小孩用口語回答，可用點頭、手指等等方式替代。

—只要他們的反應方式小有進步，立即給予增強。

—多鼓勵同學接納選擇性緘默症的小孩。

—處理 SM 須假以時日，必須有耐心，勿強求立竿見影。

—治療 SM 須群策群力，孤軍奮鬥只會心力交瘁，徒勞而無功。

結 論

選擇性緘默症是一個很特殊的疾病，看似簡單，但治療的過程卻不容易，在治療時應以多種方法為主。選擇性緘默症在國內的資料相當少，但實際上在臨床上這類的個案卻是不乏可見的。由於國人對此類病症的認識不多，因此常常錯過治療的最佳時機，這真是非常遺憾之事。