



選擇性緘默症之初探

陳怡蓁 江采倪

國立清華大學特殊教育學系碩士班研究生

摘要

選擇性緘默症其特徵為在社交場合下無法主動說話或回應別人的對話。在學校環境中，老師們常會誤認這些學生為害羞內向，而沒有意識到他們實際面臨的困難。因此，本研究希望從教育和治療方面探討選擇性緘默症。在教育方面，學校老師對於這些學生了解偏少，尚需要探討如何給予學生協助，並且提供更多教育相關的做法。在治療方面，有心理動力、行為治療、認知行為治療……等的治療模式，而在學校中常使用的是行為治療與認知行為治療。隨著科技進步，遠端心理醫療提供了另一種新的治療模式，可以讓患有焦慮症狀的患者在家中接受治療，減少地理和交通的阻礙，或許能使用於選擇性緘默症的學生上。本研究整理了選擇性緘默症與遠端心理醫療的相關文獻，並期望這些文獻能增進對選擇性緘默症的認識。未來，相關的實證研究可以參考本研究的結果，以進一步探討遠端心理醫療的效果與可行性。

關鍵字：選擇性緘默症、遠端心理醫療

◎通訊作者：陳怡蓁 jean861231@gapp.nthu.edu.tw

東華特教 民 112 年 7 月

第六十九期 31



壹、選擇性緘默症介紹

一、定義

選擇性緘默症是一種相對罕見的精神疾病。根據美國精神醫學學會於 2013 年出版的 DSM-5 精神疾病的診斷與統計 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th, 以下簡稱 DSM-5), 盛行率通常在 0.03%至 1%之間, 通常是一種早發性疾病, 在 5 歲之前開始。選擇性緘默症的病程多變, 許多個案變成青少年後, 選擇性不說話的行為逐漸減少, 但社交沉默和社交焦慮的症狀通常持續存在 (Muris & Ollendick, 2021)。

DSM-5 對於選擇性緘默症的定義指出, 選擇性緘默症兒童的行為具有如下特徵:

1. 持續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. 此障礙妨礙學業或職業上的成就或其他社交上的溝通。
3. 障礙總時程至少一個月 (不限於剛入學的第一個月)。
4. 此障礙不是因為缺乏此社會情境說話所需要的知識或身心感到不適。
5. 此障礙無法以一種溝通疾患 (如: 口吃) 作更佳解釋, 且並非發生在一種

自閉光譜疾患、精神分裂症或其他精神病之病程中。

二、成因

選擇性緘默症的成因可分以下幾點:

- (一) 心理分析取向認為選擇性緘默的行為是失調心理過程的一種表現 (王淑娟, 1999)。
- (二) 氣質因素說明個案對外在事物較敏感也易產生焦慮 (王淑娟, 1999)。
- (三) 古典制約因素認為個案將成人及焦慮感做不當連結, 持續的緘默過程則是操作制約, 其拒絕開口說話是為了讓自己有操控環境的能力 (鄧閔鴻等人, 2004)。

三、學校適應

多數選擇性緘默症個案在學校較少與人互動, 行為問題較不易被老師察覺, 以致學習需求亦容易被忽略, 遇到不懂的地方也不知道如何詢問。而緘默的特質, 難與他人社交, 導致個案在學校較無朋友, 若環境不夠友善也可能會發生霸凌事件 (許寧、李姿瑩, 2021)。

四、相似障礙之鑑別診斷

選擇性緘默症常常與其他類似症狀混淆, 故以下整理出其他類似障礙進行鑑別診斷之說明比較:



表 1
相似類別診斷表

障礙	說明	差異
溝通障礙症	語言障礙症、兒童期初發型語暢障礙症（口吃）、社交（語用）障礙	溝通障礙症的溝通困擾不會像選擇性緘默症侷限於特定的社交情境
神經發展症、思覺失調症、其他精神病症	這些症狀可能在社交溝通上有問題，也無法在社交情境適切地說話	選擇性緘默症只有在某些社交情境（通常是在家）有說話的能力才能被診斷
社交焦慮症（社交畏懼症）	顯著及強烈的對於可能被別人檢視的社交情境產生恐懼或焦慮	選擇性緘默症也可能因為害怕被負面評價而不能說話，但在不需要說話的社交場景上並不會顯露。

註：引自 American Psychiatric Association(2018). DSM-5 精神疾病診斷與統計〔曾念生等人譯〕。合記。（原著出版年：2013）

貳、選擇性緘默症的教學

一、教學策略

（一）同儕支持

1.小天使訓練：安排班上同學擔任個案的小天使，關心個案，並協助個案在班上的活動。2.全班性宣導：進行全班性宣導，介紹個案的狀況與教導同儕如何與個案相處，引導同儕以正面的態度對待。3.座位的安排：將個案的座位安排在小天使、活潑友善的同學附近，或是講台前，讓教師能隨時關心個案的學習狀況。

（二）提升教學成效

1.學生個別化課程：設計社會技巧課程以促進其人際關係，教導如何正確與他人相處互動。2.教師增能：舉辦選擇性緘默症之研習，讓普通班教師及特教老師認識選擇性緘默症，提升教師對於該症狀的知能，提供更有效的教學。3.教師的態度：教師以愉悅、輕鬆、自在的態度，讓選擇性緘默症的個案能降低焦慮程度。

（三）運用動物為媒介

與動物接觸的舒適感能減少焦慮、增加自尊心、提升參與同儕活動的意願。



個案在接觸動物的過程，也增加與他人的互動頻率（邱怡陵、鄭如潔，2011）。

（四）替代方式的調整

因個案在校內不開口說話，可以與普通班教師合作，調整其評量方式，像是口語評量改為非口語評量、報告內容是先在家中用錄音、錄影的方式呈現（邱怡陵、鄭如潔，2011）。

（五）專業團隊服務

選擇性緘默症屬於心理疾病，可以為個案申請心理師、語言治療師等專業人員進行評估，給予其可行的策略與具體建議。

（六）親職教育的提供

進行家訪了解個案的家庭環境，並提供照顧者相關資源，如：家庭支持團體、相關支持協會、親職教育講座等，給予教育或心理支持。

（七）一次一小步計畫

利用行為計畫，包含刺激漸褪、塑造、系統減敏感法，有效的降低焦慮、且擴大說話的對象範圍，對於目前尚無法完成的溝通行為，讓個案習慣以效果相似、但威脅性較小的方式思考來進行（Johnson & Wintgens, 2001/2013）。在鄧文（2021）裡對於選擇性緘默症個案使用一次一小步計畫、學校本位個別化多重處理模式－認知行為治療搭配系統減

敏，利用八個情境分類的方式，讓個案能漸進式地達到口語表達的目標，各層次原則上不限制次數，情境層次採越來越容易讓大人聽到為原則，以個案的主動選擇做起始點，最後成果相當成功。

二、輔導原則（整理自 Johnson & Wintgens, 2001/2013）

（一）採用行為引導的方法

利用行為引導計畫進行輔導降低焦慮，讓個案在適當範圍的情境中能有自信的溝通，對個案預期的溝通行為增強或削弱。

（二）讓個案積極參與

直接與個案討論他們的困難以及輔導的原則，讓其相信可以按照自己的步調前進，增加其安全感，因而能夠持續參與輔導。

（三）循序漸進慢慢改變

依循計劃一步一步的帶領個案朝自在說話的個階段前進。每一次只進行一個微小的改變，讓個案的焦慮降到最低，逐漸進步。

（四）採用輕鬆自然、若無其事的互動方式

讓個案認為，我們並不在意他是否說話，重要的是他很快樂而且可以和其他小朋友一樣享受喜歡的事物，讓個案相信情況會愈來愈好。



參、選擇性緘默症治療模式

選擇性緘默症的學生除了在學校接受特殊教育服務，在醫療端也有一些治療模式，以下針對選擇性緘默症常見的幾項治療模式介紹：

一、心理動力治療

心理動力的治療在於解決個案潛意識的心理衝突，若潛在的衝突被發現並解決，才能改善其病症。治療師在治療時，會觀察個案，並使用遊戲治療或藝術治療的方式，讓個案表達他內心衝突，並期望他開口說話（Cohan et al., 2006；Stone et al., 2002）。遊戲治療以遊戲為媒介，藉由個案自選玩具和角色扮演的活動過程中達到發洩情緒，幫助個案識別和表達自己的感受，也能透過團體遊戲，如：老鷹抓小雞、猜領袖……等輪替式遊戲或團體運動提升血清素，讓個案從自然情境出聲。而藝術治療提供了非語言的表達與溝通機會，廣義上包括舞蹈、音樂、美術、戲劇和文學（鈕文英，2016）。

二、家庭治療

家庭治療以家庭為單位而非個人，從個人拓展到家庭對個案的影響，研究選擇性緘默個案的家庭狀況，了解其背後原因後加以處理，其中家庭為兒童社

會系統重要組成成分，故家庭成員的參與是治療的核心。其治療重點為改變家庭的交流和互動模式，針對家庭的輸入系統及成員的互動過程加以探討。

三、行為治療

行為被視為是古典制約、操作制約或觀察學習的方式習得（賴銘次，2000）。評估時常利用功能性評量直接觀察個案跨領域時的行為，以蒐集導致或維持行為的變項（Stone et al., 2002）。行為治療採用了以下幾種方式：

（一）後果處理

對說話行為增強，對不說話行為削弱，可以增強個案的非口語行為，如：點頭、手勢。

（二）刺激漸褪法

先讓熟悉的大人與個案從事需要說話的活動，主要治療師迴避或離開房間，接著緩慢地參與其中，聽到個案與家長說話、進入房間、最後加入對話。同樣的活動在不同的房間或地點重複進行，以確保說話行為能夠轉移至不同情境。此方法是一種較受偏好、也是最快的介入方法，以個案已經可以說話的情境為基礎，將焦慮降至最低，改變個案以外的變項（在場的人及活動地點），而不改變個案做的事（Johnson & Wintgens, 2001/2013）。



（三）塑造

個案以非口語溝通開始，慢慢接近真實的說話。它引起的焦慮比刺激漸褪多很多，因為改變的是個案內在的變數。

（四）系統減敏感法

先將個案感到焦慮的層次從最低到最高排序，再運用放鬆技能訓練，個案會想像逐漸暴露在焦慮的情境或刺激中，最後再進行放鬆技能。系統減敏感法較適用於年紀大一點的個案，因年幼個案往往難以有生動的想像，或是適當肌肉放鬆（Compton et al., 2004）。

（五）自我示範

使用錄影設備預錄個案說話流利和不流利的情境，讓其觀看自己的行為並且類化到其他的情境，期望個案習慣在這些環境中聽到自己說話，並相信自己有能力這樣做（Cohan et al., 2006）。

四、認知行為治療

認知行為模式是由行為策略加上認知策略所形成。認知和認知行為模式皆認為個體對事件信念、思考的扭曲是行為問題發生的主因，介入重點在於改變個體的負面思考、態度和想法（鈕文英，

2016）。治療方法包括家庭教育、認知策略以及行為策略。家庭教育改變父母對個案緘默的看法，以及能在緘默時給予適當反應，並幫助父母減少自身的焦慮（James et al., 2015）。認知策略協助個案識別焦慮時的身體特徵與感覺（Cohan et al., 2006）、辨認引起焦慮情境中的想法或認知（例如：不符現實或負面的歸因和期望）、制定焦慮時的應對方法。行為策略重建這些引起焦慮的認知或發展應對技能（例如：自我教導、問題解決能力、社交技巧、放鬆訓練）。但該模式適用在個案並無認知方面的障礙，或年紀較大時（陳志平等人，2007；Cohan et al., 2006）。

五、藥物治療

Black & Uhde 在 1992 年使用 fluoxetine（百憂解）治療一位十二歲的選擇性緘默症個案，在四週內她在與同儕、成人的社交互動都有明顯的改善。因選擇性緘默症的主因為焦慮，有許多研究證實用來消除社交恐懼的藥物用在選擇性緘默症上是有用的。其中用來阻斷血清再吸收的抑制劑（SSRIs）：克憂果（Seroxat）、樂復得（Zoloft），及單胺氧化酶抑制（MAOIs）：憂停（Eutac），皆被證實為有效的藥物（Golwyn & Sevlie, 1999；Kaakeh & Stumpf, 2008）。



表 2
選擇性緘默症藥物整理

藥品名	副作用
克憂果 (Seroxat)	噁心、頭痛、鎮靜、流汗、震顫、無力、口乾、失眠和性功能障礙、頭暈、激動、下痢、便秘。
樂復得 (Zoloft)	口乾、減少食慾、噁心、腹瀉、便秘、激動、失眠、鎮靜、疲勞、頭痛、震顫、頭暈、性功能障礙及冒汗、少有低血鈉 (大部份發生於老人)。
憂停 (Eutac)	嗜睡、頭昏眼花、頭痛、失眠、噁心、口乾、腹瀉、便秘、食慾不佳、肌肉疼痛、心悸、多汗、咳嗽等。

註：研究者自行整理

六、學校本位個別化多重處理模式

因為選擇性緘默症通常發生在學校，所以發展了以學校為主的「學校本位個別化多重處理模式」。該模式的治療目標為減低個案與人說話時的焦慮、鼓勵說話，與增進個案與人互動與溝通。運用專業團隊進行各項綜合評估，以確認兒童恐懼的事情，再提出適當的治療策略，可以合併各種治療法應用（黃金源，2002）。

肆、遠端心理醫療 (Telemental health, TMH)

上述的治療法通常都是在醫療院所面對面治療，而在 2020 年 COVID-19 肆虐全球，導致許多病患無法到醫院接受治療，科技的進步，也讓近年來遠端醫療蔚為風氣，尤其新冠疫情增加很多線

上看診的機會，台灣開始有視訊診療，病患可以在家中透過醫師進行線上診斷，但僅針對新冠肺炎的病患。而對於患有慢性病、精神性疾患……等，需長期、定時到醫療院所的病患而言極為不便，治療也可能因此受到阻礙。遠端心理醫療在國外已行之有年，而在治療焦慮方面，也有研究證實了利用遠端心理醫療是有效的，若將遠端心理醫療在台灣擴大使用，必能造福更多病患。

一、定義

遠端心理醫療是指利用科技媒體讓本來要親自前往醫療院所接受服務的病患能直接取得服務的一種心理醫療模式。

由於醫療保健主要依賴口頭交流和視覺觀察，越來越多臨床心理學的專家學者也開始考慮遠端心理醫療的方法，



以及如何提供更多機會來克服地理障礙 (Comer, 2015)。

二、TMH 模式介入選擇性緘默症

(一) 熟悉地點治療

TMH 模式大多用來治療焦慮症之患者，選擇性緘默症多因焦慮引起緘默的症狀，而其引起焦慮的因素可能是人或環境，若利用此模式，能讓個案在熟悉的家中進行遠端醫療，也許能降低其焦慮感，進而增進其治療功效。

(二) 提供另一種選擇

因科技發展遠端醫療的設備與網際網路越來越普及化，也因心理治療較不需要醫療儀器、接觸診斷，只需要患者與醫師溝通，如能運用遠端心理醫療模式進行治療，或許能讓選擇性緘默症患者多一種治療方式的選擇。

三、相關文獻支持

近年來，已有多篇研究證實運用遠端醫療是有用的，而遠端心理醫療的研究較針對患有焦慮症狀相關的個案，像是強迫症、焦慮症、憂鬱症等。Comer 等人在 2015 對 5 名 4 至 8 歲的強迫症個案進行遠端心理醫療，60% 的個案在治療後不再符合強迫症的診斷標準，而沒

有參與治療者的病況變得更糟。另有多篇研究，像是 Carpenter 等人 (2018)、Nauphal 等人 (2021) 以及 Shafran 等人 (2021) 也顯示對於焦慮症運用遠端心理醫療進行認知行為治療的結果為有效。可見遠端心理醫療治療焦慮或許是可行的，只是尚未成熟，還有許多需改善的地方。

四、遠端心理醫療之優點

(一) 讓個案感到安心的環境

讓個案能在家裡，甚至是自己的房間進行治療。在熟悉的地方，能感到比較安心，或許能增進其表現。

(二) 排除時間及地點的限制

排除了時間跟地點的限制，個案或個案的家長可以彈性運用時間，進而增進其效率 (Carpenter et al., 2018)。

(三) 家庭成員一同合作

與家庭成員的支持也能協助其治療，尤其是年幼的個案，有家長一起合作能增進其效果。

(四) 治療維持率很高

由於個案在安心且舒適的環境，環境熟悉，自然能有較高的維持率，也不會因為更改場所就無法類化 (Carpenter et al., 2018)。



五、遠端心理醫療之限制

(一) 軟硬體設備使用上的困難

不是每個個案都能有通訊設備可以使用，也不是每個個案都會操作軟硬體，可能會造成治療時的困難。

(二) 沒有一個真正成功的運作模式

國內尚無廣泛的提供遠端心理醫療照護，甚至沒有一個真正成功的運作模式得以落實，也尚未取得良性的市場反應（張邇羸等人，2021）。

(三) 家庭成員過度干涉

於家中進行遠端心理醫療時，可能造成家庭成員干涉醫療，甚至違反醫療隱私（Carpenter et al., 2018）。

(四) 能類化至選擇性緘默症的個案上之可能性

過去中的文獻雖有在精神疾病成功的案例（強迫症、焦慮症等），但在選擇性緘默的個案上，較少相關研究，或許未來能有更多這方面之研究去驗證。

(五) 費用未知

涂秀美（2014）指出許多民眾在第一次接觸遠端醫療的資訊時都展現高度的意願，但在了解所需成本及後續服務費用後就打退堂鼓，在診療項目、視訊平台、處方開立、藥物配送等（邱雲柯、林徐達，2022），須設計好配套措施，避免費用成為遠端醫療之問題所在。

(六) 相關法規限制

目前的遠端醫療並不能透過視訊作為診斷及給藥（韋淑玲、蔡宗宏，2012）。在醫療法與醫療相關法規的限制，以及為了因應法規與評鑑的相關證照要求，讓實施遠端照護的困難增加，也增加醫療院所推動遠端醫療的阻礙。

伍、結論與建議

依據前述關於選擇性緘默症於定義、成因、教育方法、治療模式相關之研究，以及在線上治療相關文獻，得出以下結論與建議：

一、選擇性緘默症的診斷與鑑定常常被忽視

選擇性緘默症是罕見的兒童精神疾病，個案在說話環境中（如學校）無法說話。這種症狀經常被誤解為個性害羞，而忽略了對此疾病的診斷和治療。建議學校和教育主管機關提供相關培訓，以提高教師的相關知能。

二、營造友善教學環境

除了入班宣導、教師研習外，學校可以設計一套文宣，協助校內師生了解選擇性緘默症的特質、如何與障礙個案相處。教師在與選擇性緘默症的個案相處時，也應採正向、輕鬆的態度，營造友善的學習環境，讓個案能降低焦慮。



三、認知行為治療是較常用且經證實有效的治療方法

認知行為治療被認為是有效治療焦慮的方式(Cohan et al., 2006; James et al., 2015), 對選擇性緘默症也是有用的。學校的教育策略通常使用行為理論的方法, 如獎懲制度、行為塑造等。對於選擇性緘默症的學生, 建議學校教師能與專業團隊合作, 結合認知行為和其他策略介入, 協助個案開口說話。

四、隨著時代進步, 遠端醫療是疫情下的另一選擇

隨著科技和網路的進步, 遠端醫療已成為可能的治療方式。雖然其運用仍未成熟, 但對於選擇性緘默症的個案而言, 其確實是可行的選擇之一, 故未來可以嘗試運用該方法, 並進一步深入研究。

參考文獻

American Psychiatric Association(2018)。

DSM-5 精神疾病診斷與統計〔曾念生、徐翊健、高廉程、張杰、葉大全、黃郁絜、黃鈺蘋、鄒長志、趙培竣、劉佑閔譯〕。合記。(原著出版年: 2013)

Johnson & Wintgens (2013)。選擇性默症資源手冊〔黃晶晶譯〕。心理。(原著出版年: 2001)

王淑娟(1999)。另類的兒童語言溝通障礙—談兒童選擇性緘默症。《幼兒教育年刊》, 11, 69-82。

邱怡陵、鄭如潔(2011)。選擇性緘默症的智能障礙學生之教學與輔導歷程。《東華特教》, 46, 15-19。

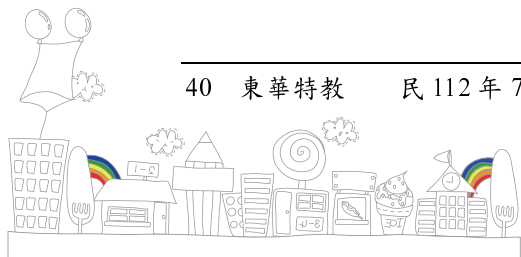
邱雲柯、林徐達(2022)。從嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)經驗探討台灣偏鄉遠距健康照護方案的發展策略。《台灣家庭醫學雜誌》, 32(1), 57-65。

涂秀美(2014)。應用遠距居家照護在糖尿病病患自我照顧行為之成效研究—以新北市某區域醫院門診病患為例(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學。

韋淑玲、蔡宗宏(2012)。遠距照護於高齡化社會之運用。《領導護理》, 13(1), 14-20。

陳志平、張媛媛、賴霖歆、張瓊文(2007)。國小選擇性緘默症兒童之支援服務個案研究。《特殊教育與復健學報》, 17, 47-71。

許寧、李姿瑩(2021)。輔導選擇性緘默症幼童學校適應之初探。載於邱英浩(編), 2021 特殊教育暨選擇



- 性緘默症學生之教育與適應支持研討會論文集（45-68 頁）。臺北市立大學。
- 張邇羸、趙忠傑、葉偉成、林宏翰、張碩學（2021）。因應新冠肺炎建立遠距看診之研究。臺灣台北醫療聯盟學術期刊，1，27-60。
- 黃金源（2002）。選擇性緘默症—兒童焦慮障礙。載於黃金源（編）。特殊教育論文集（151-166 頁）。國立臺中師範學院特教中心。
- 鈕文英（2016）。身心障礙者的正向行為支持（第二版）。心理。
- 鄧文（2021）。以學校本位個別化多重處理模式促進國小選擇性緘默特質兒童口語表達之行動研究。載於邱英浩（編），2021 特殊教育暨選擇性緘默症學生之教育與適應支持研討會論文集（1-20 頁）。臺北市立大學。
- 鄧閔鴻、姜忠信、侯育銘（2004）。選擇性緘默症兒童的行為取向遊戲治療。臺灣精神醫學，18（1），62-68。
- 賴銘次（2000）。特殊兒童異常行為之診斷與治療。心理。
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(6), 1090. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00015>
- Carpenter, A. L., Pincus, D. B., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2018). Working From Home: An Initial Pilot Examination of Videoconferencing-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Youth Delivered to the Home Setting. *Behavior Therapy*, 49(6), 917-930. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.01.007>
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085-1097. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x>
- Comer, J. S. (2015). Introduction to the Special Series: Applying New Technologies to Extend the Scope and Accessibility of Mental Health Care. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 253-257. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.04.002>
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00015>



- doi.org/10.1097/01.chi.0000127589.57468.bf
- Golwyn, D. H., & Sevlie, C. P. (1999). Phenelzine Treatment of Selective Mutism in Four Prepubertal Children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9(2), 109-113. <https://doi.org/10.1089/cap.1999.9.109>
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). *Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents* (CD004690). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub4>
- Kaakeh, Y., & Stumpf, J. L. (2008). Treatment of Selective Mutism: Focus on Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 28(2), 214-224. <https://doi.org/10.1592/phco.28.2.214>
- Muris, P., & Ollendick T. H. (2021). Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 159-167. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274538>
- Nauphal, M., Swetlitz, C., Smith, L., & Rosellini A. J. (2021). A Preliminary Examination of the Acceptability, Feasibility, and Effectiveness of a Telehealth Cognitive-Behavioral Therapy Group for Social Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 730-742. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.04.011>
- Shafran, R., Rachman, S., Whittal, M., Radomsky, A., & Coughtrey, A. (2021). Fear and Anxiety in COVID-19: Preexisting Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 459-467. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.03.003>
- Stone, B. P., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I., & Serlin, R. C. (2002). Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 168-190. <https://doi.org/10.1521/scpq.17.2.168.20857>

