

ISTRUZIONI

FRANKFURT SCALE PER LA RILEVAZIONE DEL MUTISMO SELETTIVO (FSSM)

Informazioni generali

Esistono tre versioni dell'FSSM adattate allo sviluppo: per i bambini della scuola dell'infanzia tra i 3 e i 7 anni (FSSM 3-7), per gli scolari tra i 6 e gli 11 anni (FSSM 6-11) e per gli adolescenti tra i 12 e i 18 anni (FSSM 12-18). Ogni questionario consiste in una Scala Diagnostica (comportamento comunicativo generale) e in una Scala di Gravità che comprende il comportamento comunicativo a scuola/ alla scuola dell'infanzia, il comportamento comunicativo in pubblico e il comportamento comunicativo a casa. L'FSSM è stata valutata in un campione totale di n=334 bambini e adolescenti tra i 3 e i 18 anni (Gensthaler, A., Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M. & Schwenck, C. (2018). Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism. Assessment, epub ahead of print. Doi: 10.1177/1073191118787328).

FSSM 3-7

L'FSSM 3-7 è stata valutata in un campione totale di n=107 bambini della scuola materna (con mutismo selettivo n=31, con ansia sociale n=17, soggetti sani n=59).

La Scala Diagnostica (DS, comportamento comunicativo generale) consiste in dieci domande con risposte dicotomiche sì/no e permette una valutazione sulla presenza di un comportamento tipico del mutismo selettivo indipendentemente dalla gravità della patologia. La consistenza interna è buona con un'α di Cronbach = .90. Nella Scala Diagnostica, i bambini sani hanno raggiunto un valore complessivo medio di 1,3 punti (ds = 1,5), i bambini con ansia sociale di 4,3 punti (ds = 1,5) e i bambini affetti da mutismo selettivo di 8,2 punti (ds = 1,5). Le rispettive differenze sono statisticamente significative ($p < .01$). Dal punto di vista diagnostico è auspicabile un'elevata sensibilità e specificità, in particolare per distinguere i bambini della scuola dell'infanzia affetti da mutismo selettivo da quelli colpiti esclusivamente da ansia sociale. La sensibilità e la specificità sono state quindi determinate per diversi cut-off utilizzando la curva ROC: con un cut-off di 7 per la diagnosi di mutismo selettivo si ha una specificità del 94% rispetto ai bambini con ansia sociale e una sensibilità dell'84%. Per lo screening si dovrebbe perciò preferire eventualmente un cut-off di 6 (sensibilità del 97%, specificità rispetto ai SA del 77%).

La Scala di Gravità (SS) consiste in 41 domande complessive alle quali si risponde con una scala Likert di 5 punti. Serve a registrare la difficoltà causata dal mutismo in diverse situazioni socio-comunicative, tenendo conto del luogo, degli interlocutori e degli aspetti contenutistici. Si può formare una somma di valori. La SS può essere consultata per valutare il grado di severità, rilevare

pattern linguistici individuali, per creare gerarchie di esposizione e per monitorare il decorso. La consistenza interna è buona con un' α di Cronbach = .98. Il valore complessivo della SS è correlato positivamente ($r = .48$, $p = .01$) alla diagnosi della gravità del mutismo selettivo attraverso l'uso da parte dell'esaminatore dell'ESKM (Hartmann, 2005). La media dei valori complessivi dei bambini con mutismo selettivo nel campione di cui sopra era di 89,9 ($ds = 20,7$).

FSSM 6-11

L'FSSM 6-11 è stata valutata in un campione totale di $n=104$ scolari (con mutismo selettivo $n=32$, con ansia sociale/ sociofobia (F93.2, F40.1) $n=27$, con disturbi internalizzanti (INT, disturbi d'ansia, depressione) $n=16$, soggetti sani $n=29$). La Scala Diagnostica (DS, comportamento comunicativo generale) consiste in dieci domande con risposte dicotomiche sì/no e permette una valutazione sulla presenza di un comportamento tipico del mutismo selettivo indipendentemente dalla gravità della patologia. La consistenza interna è buona con un' α di Cronbach = .92. Nella Scala Diagnostica, i bambini sani hanno raggiunto un valore complessivo medio di 1,2 punti ($ds = 2,0$), i bambini con disturbi internalizzanti di 1,6 punti ($ds = 2,2$), quelli sociofobici/ con ansia sociale di 3,7 punti ($ds = 2,3$) e i bambini affetti da mutismo selettivo di 8,7 punti ($ds = 1,3$). Le rispettive differenze (eccezione: INT vs soggetti sani) sono statisticamente significative ($p < .01$). Dal punto di vista diagnostico è auspicabile un'elevata sensibilità e specificità, in particolare per distinguere gli scolari affetti da mutismo selettivo da quelli colpiti esclusivamente da ansia sociale/sociofobici. La sensibilità e la specificità sono state quindi determinate per diversi cut-off utilizzando la curva ROC: con un cut-off di 7 per la diagnosi di mutismo selettivo si ha una specificità del 93% rispetto ai bambini con ansia sociale/ sociofobici e una sensibilità dell'94%.

La Scala di Gravità (SS) consiste in 42 domande complessive alle quali si risponde con una scala Likert di 5 punti. Serve a registrare la difficoltà causata dal mutismo in diverse situazioni socio-comunicative, tenendo conto del luogo, degli interlocutori e degli aspetti contenutistici. Si può formare una somma di valori. La SS può essere consultata per valutare il grado di severità, rilevare pattern linguistici individuali, per creare gerarchie di esposizione e per monitorare il decorso. La consistenza interna è buona con un' α di Cronbach = .97. Il valore complessivo della SS è correlato positivamente ($r = .72$, $p = .01$) alla diagnosi della gravità del mutismo selettivo attraverso l'uso da parte dell'esaminatore dell'ESKM (Hartmann, 2005). La media dei valori complessivi degli studenti con mutismo selettivo nel campione di cui sopra era di 86,2 ($ds = 29,6$).

FSSM 12-18

L'FSSM 12-18 è stata valutata in un campione totale di $n=117$ ragazzi/e (con mutismo selettivo $n=28$, con sociofobia (F40.1) $n=29$, con disturbi internalizzanti (INT, disturbi d'ansia, depressione) $n=30$,

soggetti sani n=30).

La Scala Diagnostica (DS, comportamento comunicativo generale) consiste in dieci domande con risposte dicotomiche sì/no e permette una valutazione sulla presenza di un comportamento tipico del mutismo selettivo indipendentemente dalla gravità della patologia. La consistenza interna è buona con un' α di Cronbach = .90. Nella Scala Diagnostica, i ragazzi sani hanno raggiunto un valore complessivo medio di 0,5 punti ($ds = 0,8$), gli adolescenti con disturbi internalizzanti di 1,6 punti ($ds = 2,0$), i sociofobici di 3,6 punti ($ds = 2,5$) e i ragazzi affetti da mutismo selettivo di 8,2 punti ($ds = 1,5$). Le rispettive differenze sono statisticamente significative ($p < .01$) (eccezione: INT rispetto ai soggetti sani).

Dal punto di vista diagnostico è auspicabile un'elevata sensibilità e specificità, in particolare per distinguere i ragazzi affetti da mutismo selettivo da quelli colpiti esclusivamente da sociofobia. La sensibilità e la specificità sono state quindi determinate per diversi cut-off utilizzando la curva ROC: con un cut-off di 6 per la diagnosi di mutismo selettivo si ha una specificità del 72% rispetto ai sociofobici e una sensibilità dell'96%.

La Scala di Gravità (SS) consiste in 42 domande complessive alle quali si risponde con una scala Likert di 5 punti. Serve a registrare la difficoltà causata dal mutismo in diverse situazioni socio-comunicative, tenendo conto del luogo, degli interlocutori e degli aspetti contenutistici. Si può formare una somma di valori. La SS può essere consultata per valutare il grado di severità, rilevare pattern linguistici individuali, per creare gerarchie di esposizione e per monitorare il decorso. La consistenza interna è buona con un' α di Cronbach = .98. Il valore complessivo della SS è correlato positivamente ($r = .53$, $p = .01$) alla diagnosi della gravità del mutismo selettivo attraverso l'uso da parte dell'esaminatore dell'ESKM (Hartmann, 2005). La media dei valori complessivi degli studenti con mutismo selettivo nel campione di cui sopra era di 95,6 ($ds = 26,5$).