

# Handanweisung Frankfurter Skala zur Erfassung des Selektiven Mutismus (FSSM)

## Allgemeine Hinweise:

Die Frankfurter Skala zur Erfassung des Selektiven Mutismus (FSSM) wurde von der Arbeitsgruppe Selektiver Mutismus an der KJPPP der Universitätsklinik der Goethe-Universität, Frankfurt, entwickelt. Das Copyright für jegliche Verwendung liegt bei Angelika Gensthaler, Frankfurt/Main und Christina Schwenck, Gießen.

Eine Vervielfältigung, Verwendung und Weitergabe an Dritte zu ausschließlich klinisch-diagnostischen Zwecken wird hiermit ausdrücklich erlaubt. Eine Verwendung zu Forschungszwecken ist nur nach Rücksprache mit A. Gensthaler und C. Schwenck möglich. Jegliche kommerzielle Nutzung und/oder Werbung wird untersagt.

Es bestehen drei entwicklungsadaptierte Versionen der FSSM: Für Kindergartenkinder im Alter von 3-7 (FSSM 3-7), Schüler von 6-11 Jahren (FSSM 6-11) und für Adoleszente von 12-18 Jahren (FSSM 12-18). Jeder Fragebogen besteht aus einer Diagnostischen Skala (*Allgemeines Sprechverhalten*) und einer Schweregradskala mit den Subskalen *Sprechverhalten in der Schule/Kindergarten*, *Sprechverhalten in der Öffentlichkeit* und *Sprechverhalten Zuhause*.

Die FSSM wurde in einer Gesamtstichprobe von n=334 Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 18 Jahren evaluiert. Die jeweiligen Mütter der Studienteilnehmer füllten entsprechend der den Fragen vorangehenden Anweisungen die Skala teils selbstständig, teils nach Rücksprache mit Kindergarten und/oder Schule aus. Alle unten genannten Angaben sind bis zur Veröffentlichung der Studienergebnisse als vorläufig zu betrachten.

## FSSM 3-7

Die FSSM 3-7 wurde in einer Stichprobe von n=107 Kindergartenkindern (SM n=31, Soziale Ängstlichkeit n=17, Gesunde Kontrollen n=59) evaluiert.

Die **Diagnostische Skala (Allgemeines Sprechverhalten)** besteht aus zehn Fragen mit dichotomen Ja/Nein Antworten und erlaubt eine Einschätzung bezüglich des Vorliegens eines selektiv mutistischen Sprechverhaltens

unabhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach's  $\alpha = .896$  gut.

**Gesunde Kinder** erreichten in der Diagnostischen Skala im Mittel einen Summenwert von **1,30** Punkten ( $SD = 1,44$ ), **sozial ängstliche Kinder** von **4,29** ( $SD = 1,53$ ) und **selektiv mutistische Kinder** von **8,19** ( $SD = 1,47$ ). Die jeweiligen Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

Diagnostisch wünschenswert ist eine hohe Sensitivität und Spezifität insbesondere zur Abgrenzung der selektiv mutistischen von ausschließlich sozial ängstlichen Kindergartenkindern. Sensitivität und Spezifität wurden daher für verschiedene Cut-offs mittels ROC-Kurve bestimmt: Bei einem **Cut-off von 7 für die Diagnose eines SM** besteht eine Spezifität von 94% ggü. der Sozialen Ängstlichkeit des Kindesalters bei einer Sensitivität von nur 84%. Zum Screening sollte daher evtl. ein Cut-off von 6 bevorzugt werden (Sensitivität 97%, Spezifität ggü. SÄ 77%).

Die **Schweregradskala** besteht aus drei Subskalen (*Kindergarten, Öffentlichkeit, Zuhause*) mit insgesamt 41 Fragen, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala beantwortet werden. Sie dient der Erfassung der Beeinträchtigung durch mutistisches Verhalten in unterschiedlichen sozial-kommunikativen Situationen unter Berücksichtigung von Ort, Kommunikationspartnern und inhaltlichen Aspekten. Die Schweregradskala kann zur Einschätzung des Schweregrades, der Erfassung des individuellen Sprechmusters, der Erstellung von Expositionshierarchien und der Verlaufskontrolle herangezogen werden.

Es kann ein Gesamtsummenwert sowie Summenwerte der Subskalen gebildet werden. Cronbach's  $\alpha$  für die Gesamtskala beträgt  $.976$  (*Kindergarten:  $\alpha = .949$ , Öffentlichkeit:  $\alpha = .954$ , Zuhause:  $\alpha = .898$* ). Die drei diagnostischen Gruppen (SM, SÄ und Gesunde Kontrollen) unterschieden sich auch im Gesamtsummenwert der Schweregradskala (Mittelwerte SM = 89,9 ( $SD = 20,6$ ), SÄ = 35,8 ( $SD = 16,1$ ), Gesunde Kontrollen = 11,8 ( $SD = 9,8$ )) und den Summenwerten der drei Subskalen jeweils hochsignifikant ( $p < .01$ ).

Eine Empfehlung bezgl. der kategorialen Einschätzung des Schweregrades bei Vorliegen eines Selektiven Mutismus ist aufgrund der geringen Stichprobengröße ( $SM=31$ ) nicht möglich.  $N=4$  Kinder wurden klinisch als leichtgradig,  $n=19$  als mittelgradig und  $n=8$  als schwergradig selektiv mutistisch eingeschätzt. Mittelwerte der Gesamtsumme betragen 70 ( $SD = 16,1$ ) für leichtgradig, 94 ( $SD = 19,5$ ) für mittelgradig und 91 ( $SD = 21,6$ ) für schwergradig selektiv mutistische Studienteilnehmer. Die Differenzen erreichten keine statistische Signifikanz.

## **FSSM 6-11**

Die FSSM 6-11 wurde in einer Stichprobe von n=104 Schulkindern (SM n=32, Soziale Ängstlichkeit/Sozialphobie (F93.2, F40.1) n=27, Internalisierende Kinder (INT, Angsterkrankungen, Depression) n=16, Gesunde Kontrollen n=29) evaluiert.

Die **Diagnostische Skala (Allgemeines Sprechverhalten)** besteht aus zehn Fragen mit dichotomen Ja/Nein Antworten und erlaubt eine Einschätzung bezüglich des Vorliegens eines selektiv mutistischen Sprechverhaltens unabhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach´s  $\alpha = .919$  gut.

**Gesunde Kinder** erreichten in der Diagnostischen Skala im Mittel einen Summenwert von **1,17** Punkten (SD = 1,96), **internalisierende Kinder** von **1,56** (SD = 2,15), **sozial ängstliche/sozialphobische Kinder** von **3,66** (SD = 2,33 und **selektiv mutistische Kinder** von **8,68** (SD = 1,28). Die jeweiligen Unterschiede sind (Ausnahme: INT versus Gesunde Kontrollen) statistisch signifikant ( $p < .05$ ).

Diagnostisch wünschenswert ist eine hohe Sensitivität und Spezifität insbesondere zur Abgrenzung der selektiv mutistischen von ausschließlich sozial ängstlichen/sozialphobischen Kindern. Sensitivität und Spezifität wurden daher für verschiedene Cut-offs mittels ROC-Kurve bestimmt: Bei einem **Cut-off von 7 für die Diagnose eines SM** besteht eine Spezifität von 93% ggü. der Sozialen Ängstlichkeit des Kindesalters/Sozialphobie bei einer Sensitivität von 94%.

Die **Schweregradskala** besteht aus drei Subskalen (*Schule, Öffentlichkeit, Zuhause*) mit insgesamt 42 Fragen, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala beantwortet werden. Sie dient der Erfassung der Beeinträchtigung durch mutistisches Verhalten in unterschiedlichen sozial-kommunikativen Situationen unter Berücksichtigung von Ort, Kommunikationspartnern und inhaltlichen Aspekten. Die Schweregradskala kann zur Einschätzung des Schweregrades, der Erfassung des individuellen Sprechmusters, der Erstellung von Expositionshierarchien und der Verlaufskontrolle herangezogen werden.

Es kann ein Gesamtsummenwert sowie Summenwerte der Subskalen gebildet werden. Cronbach´s  $\alpha$  für die Gesamtskala beträgt .974 (*Schule*:  $\alpha = .960$ , *Öffentlichkeit*:  $\alpha = .955$ , *Zuhause*:  $\alpha = .788$ ). Die vier diagnostischen Gruppen (SM, SÄ, INT und Gesunde Kontrollen) unterschieden sich auch (Ausnahme: INT versus Gesunde Kontrollen) im Gesamtsummenwert der Schweregradskala (Mittelwerte SM = 86,15 (SD = 29,6), SÄ/SP = 44,74 (SD = 21,6), INT = 14,12 (SD =

12,02), Gesunde Kontrollen = 11,2 (SD = 11,04)) jeweils hochsignifikant ( $p < .001$ ).

Eine Empfehlung bezgl. der kategorialen Einschätzung des Schweregrades bei Vorliegen eines Selektiven Mutismus´ ist aufgrund der geringen Stichprobengröße (SM=32) nicht möglich. N=7 Kinder wurden klinisch als leichtgradig, n=14 als mittelgradig und n=11 als schwergradig selektiv mutistisch eingeschätzt. Mittelwerte der Gesamtsumme betragen 60 (SD = 18,6) für leichtgradig, 80 (SD = 22,9) für mittelgradig und 111 (SD = 24,2) für schwergradig selektiv mutistische Studienteilnehmer. Die Differenzen zwischen schwergradig und leicht- bzw. mittelgradig mutistischen Studienteilnehmern erreichten statistische Signifikanz ( $p < .05$ ), nicht jedoch zwischen leicht- und mittelgradig mutistischen Kindern.

### **FSSM 12-18**

Die FSSM 12-18 wurde in einer Stichprobe von n=117 Jugendlichen (SM n=28, Sozialphobie (F40.1) n=29, Internalisierende Jugendliche (INT, Angsterkrankungen, Depression) n = 30, Gesunde Kontrollen n=30) evaluiert.

Die **Diagnostische Skala (Allgemeines Sprechverhalten)** besteht aus zehn Fragen mit dichotomen Ja/Nein Antworten und erlaubt eine Einschätzung bezüglich des Vorliegens eines selektiv mutistischen Sprechverhaltens unabhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach´s  $\alpha = .904$  gut.

**Gesunde Jugendliche** erreichten in der Diagnostischen Skala im Mittel einen Summenwert von **0,5** Punkten (SD = 0,86), **internalisierende** von **1,60** (SD = 2,0), **sozialphobische** von **3,62** (SD = 2,49) und **selektiv mutistische Jugendliche** von **8,17** (SD = 1,46). Die jeweiligen Unterschiede sind (Ausnahme: INT versus Gesunde Kontrollen) statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

Diagnostisch wünschenswert ist eine hohe Sensitivität und Spezifität insbesondere zur Abgrenzung der selektiv mutistischen von ausschließlich sozialphobischen Jugendlichen. Sensitivität und Spezifität wurden daher für verschiedene Cut-offs mittels ROC-Kurve bestimmt: Bei einem **Cut-off von 7 für die Diagnose eines SM** besteht eine Spezifität von 83% ggü. der Sozialphobie bei einer Sensitivität von nur 86%. Zum Screening sollte daher evtl. ein Cut-off von 6 bevorzugt werden (Sensitivität 96%, Spezifität ggü. SÄ 72%).

Die **Schweregradskala** besteht aus drei Subskalen (*Schule, Öffentlichkeit, Zuhause*) mit insgesamt 42 Fragen, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala beantwortet werden. Sie dient der Erfassung der Beeinträchtigung durch mutistisches Verhalten in unterschiedlichen sozial-kommunikativen Situationen unter Berücksichtigung von Ort, Kommunikationspartnern und inhaltlichen Aspekten. Die Schweregradskala kann zur Einschätzung des Schweregrades, der Erfassung des individuellen Sprechmusters, der Erstellung von Expositionshierarchien und der Verlaufskontrolle herangezogen werden.

Es kann ein Gesamtsummenwert sowie Summenwerte der Subskalen gebildet werden. Cronbach's  $\alpha$  für die Gesamtskala beträgt .980 (*Schule*:  $\alpha = .965$ , *Öffentlichkeit*:  $\alpha = .961$ , *Zuhause*:  $\alpha = .866$ ). Die vier diagnostischen Gruppen (SM, SÄ, INT und Gesunde Kontrollen) unterschieden sich auch (Ausnahme: INT versus Gesunde Kontrollen) im Gesamtsummenwert der Schweregradskala (Mittelwerte SM = 95,60 (SD = 26,49), SP = 42,06 (SD = 20,15), INT = 19,30 (SD = 19,76), Gesunde Kontrollen = 8,36 (SD = 12,11)) jeweils hochsignifikant ( $p < .001$ ).

Eine Empfehlung bezgl. der kategorialen Einschätzung des Schweregrades bei Vorliegen eines Selektiven Mutismus' ist aufgrund der geringen Stichprobengröße (SM = 32) nicht möglich. N = 3 Kinder wurden klinisch als leichtgradig, n = 15 als mittelgradig und n = 10 als schwergradig selektiv mutistisch eingeschätzt. Mittelwerte der Gesamtsumme betragen 66 (SD = 23,6) für leichtgradig, 88 (SD = 22,1) für mittelgradig und 116 (SD = 18,5) für schwergradig selektiv mutistische Studienteilnehmer. Die Differenzen zwischen schwer- und mittelgradig mutistischen Studienteilnehmern erreichten statistische Signifikanz ( $p < .05$ ), aufgrund der geringen Anzahl an leichtgradig betroffenen Teilnehmern (n = 3) nicht jedoch zwischen leicht- und mittel-/schwergradig mutistischen Jugendlichen.