

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

## Allgemeine Hinweise:

Es stehen drei entwicklungsadaptierte Versionen der FSSM zur Verfügung: 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, welche die Bereiche *Sprechverhalten in Schule/Kindergarten*, *Sprechverhalten in der Öffentlichkeit* und *Sprechverhalten Zuhause* abdeckt.

Die FSSM wurde in einer Gesamtstichprobe von n=334 Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 18 Jahren evaluiert (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

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 (DS, 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  $\alpha = .90$  gut.

**Gesunde Kinder** erreichten in der Diagnostischen Skala im Mittel einen Summenwert von **1,3** Punkten (SD = 1,5), **sozial ängstliche Kinder** von **4,3** (SD = 1,5) und **selektiv mutistische Kinder** von **8,2** (SD = 1,5). Die jeweiligen Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

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 (SS)** besteht aus 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. Es kann ein Summenwert gebildet werden. Die SS kann zur Einschätzung des Schweregrades, der Erfassung des individuellen Sprechmusters, der Erstellung von Expositionshierarchien und der Verlaufskontrolle herangezogen werden. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach's  $\alpha = .98$  gut.

Der Summenwert der SS korreliert positiv ( $r = .48$ ,  $p < .01$ ) mit der klinischen Einschätzung des Schweregrades bei vorliegendem SM mittels des ESKM (Hartmann, 2005) durch den Untersucher. Der **Mittelwert der Summenwerte** der Kindergartenkinder mit **SM** betrug in der o.g. Stichprobe **89.9 (SD = 20.7)**.

## 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 (DS, 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  $\alpha = .92$  gut.

**Gesunde Kinder** erreichten in der Diagnostischen Skala im Mittel einen Summenwert von **1,2** Punkten (SD = 2,0), **internalisierende Kinder** von **1,6** (SD = 2,2), **sozial ängstliche/sozialphobische Kinder** von **3,7** (SD = 2,3) und **selektiv mutistische Kinder** von **8,7** (SD = 1,3). Die jeweiligen Unterschiede sind (Ausnahme: INT versus Gesunde Kontrollen) statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

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 (SS)** besteht aus 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. Es kann ein Summenwert gebildet werden. Die SS kann zur Einschätzung des Schweregrades, der Erfassung des individuellen Sprechmusters, der Erstellung von Expositionshierarchien und der Verlaufskontrolle herangezogen werden. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach's  $\alpha = .97$  gut.

Der Summenwert der SS korreliert positiv ( $r = .72$ ,  $p = .01$ ) mit der klinischen Einschätzung des Schweregrades bei vorliegendem SM mittels des ESKM (Hartmann, 2005) durch den Untersucher. Der **Mittelwert der Summenwerte** der Schul Kinder mit **SM** betrug in der o.g. Stichprobe **86.2 (SD = 29.6)**.

## 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 (DS, 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  $\alpha = .90$  gut.

**Gesunde Jugendliche** erreichten in der Diagnostischen Skala im Mittel einen Summenwert von **0,5** Punkten (SD = 0,8), **internalisierende** von **1,60** (SD = 2,0), **sozialphobische** von **3,6** (SD = 2,5) und **selektiv mutistische Jugendliche** von **8,2** (SD = 1,5). Die jeweiligen Unterschiede sind (Ausnahme: INT versus Gesunde Kontrollen) statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

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 6 für die Diagnose eines SM** besteht eine Spezifität von 72% ggü. der Sozialphobie bei einer Sensitivität von 96%.

Die **Schweregradskala (SS)** besteht aus 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. Es kann ein Summenwert gebildet werden. Die SS kann zur Einschätzung des Schweregrades, der Erfassung des individuellen Sprechmusters, der Erstellung von Expositionshierarchien und der Verlaufskontrolle herangezogen werden. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach's  $\alpha = .98$  gut.

Der Summenwert der SS korreliert positiv ( $r = .53$ ,  $p = .01$ ) mit der klinischen Einschätzung des Schweregrades bei vorliegendem SM mittels des ESKM (Hartmann, 2005) durch den Untersucher. Der **Mittelwert der Summenwerte** der Jugendlichen mit **SM** betrug in der o.g. Stichprobe **95.6 (SD = 26.5)**.