

INHALT

VORWORT	3
1 ENTWICKLUNG DES KIDDYCAT	4
2 INTERNATIONALE UND DEUTSCHE VALIDIERUNG DES KIDDYCAT	6
2.1 Reliabilität	6
2.1.1 Interne Reliabilität	6
2.1.2 Test-Retest-Reliabilität	6
2.2 Validität	7
2.2.1 Inhaltsvalidität	7
2.2.2 Kriteriumsvalidität	7
2.2.3 Konstruktvalidität	7
2.3 Diskriminanzanalyse	8
2.4 Faktorenanalyse	8
3 DURCHFÜHRUNG UND AUSWERTUNG DES KIDDYCAT	9
3.1 Vor der Durchführung: Klärung der Begriffe „schwierig“ und „einfach“	9
3.2 Testinstruktionen	9
3.3 Spielerische Durchführungsmöglichkeit zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft	10
3.4 Verstärkung/Lob	10
3.5 Problemlösung bei einseitigen Antworten	10
3.6 Auswertung des KiddyCAT	11
4 DEUTSCHE REFERENZDATEN	12
4.1 Studiendesign	12
4.2 Stichprobe	12
4.3 Ergebnisse nach Alter	15
4.4 Ergebnisse nach Geschlecht	15
5 INTERPRETATION DER KIDDYCAT-WERTE	16
LITERATUR	18

VORWORT

Wir freuen uns, dass der KiddyCAT als Test zur kommunikativen Einstellung für Vorschul- und Kindergartenkinder mit Stottersymptomatik© nun auch im deutschsprachigen Bereich vorliegt! Wir würden uns wünschen, dass der KiddyCAT in viele sprachtherapeutische Praxen Einzug erhält, um auch schon kleine Kinder mit Stottersymptomatik persönlich nach ihrer sprechbezogenen Einstellung zu befragen. Dies wäre ein großer nächster Schritt in Richtung der partizipatorischen Entscheidungsfindung von sprachtherapeutischen Zielen auch mit kleinen Kindern.

Ein großer Dank gilt Dr. Patricia Sandrieser, Peter Schneider, Birgit Lange und weiteren Kooperationspartnern des BA Sprachtherapie der Universität zu Köln für ihre Unterstützung bei der Rekrutierung von Kindern mit Stottersymptomatik im Vorschulalter sowie bei der Datenerhebung im LAPUKI-Projekt. Ein weiterer Dank gebührt den Studierenden des BA Sprachtherapie der Universität zu Köln für ihre Hilfe bei der Datenerhebung und -auswertung im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten.

Dem Autorenteam Regina Tiefenthaler, Prof. Dr. Christian Rietz und Prof. Dr. Prisca Stenneken ein herzlicher Dank für die gute Zusammenarbeit beim Schreiben des Papers zur Validierung der deutschen Version des KiddyCAT (Neumann et al., 2019).

Ganz besonders möchten wir uns aber ganz herzlich bei allen Kindern und deren Sorgberechtigten bedanken, die an der Validierungsstudie für die deutsche Version des KiddyCAT teilgenommen haben!

Martine Vanryckeghem & Sandra Neumann im Mai 2021

1

ENTWICKLUNG DES KIDDYCAT

Es wird schon seit langer Zeit angenommen, dass eine negative Einstellung gegenüber dem eigenen Sprechen – herrührend von der Annahme, dass Sprechen schwierig ist – eine Rolle beim Beginn und der Entwicklung einer Stottersymptomatik spielt (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Cooper, 1979; Cooper & Cooper, 1985; Johnson, Brown, Curtis, Edney, & Keaster, 1967). Dennoch hat es Jahrzehnte gedauert, bis Forscherinnen und Praktikerinnen anfingen zu untersuchen, ob bei Kindern mit Stottersymptomatik (KMS) allgemein eine negative, sprechbezogene Einstellung vorhanden ist oder nicht. Anscheinend lag dies an der theoretisch begründeten Angst, dass wenn man die Aufmerksamkeit auf das Sprechen von Kindern richtet, es dazu führen könnte, dass man das Bewusstsein für deren Redeflussstörung erhöht und folglich das Auftreten steigert (Johnson, 1955).

Erst mit der Entwicklung des *Communication Attitude Test (CAT)* von Brutten im Jahre 1984 und dessen Einsatz in einer Reihe von internationalen Untersuchungen, wurden umfangreiche Daten zu sprechbezogenen Einstellungen von stotternden Kindern und Jugendlichen (ab sechs Jahren) verfügbar. Brutten und Vanryckeghem (2003 & 2007) zeigten, dass zahlreiche Studien anhand des CAT herausstellen konnten, dass die sprechbezogene Einstellung von Kindern mit Stottersymptomatik im Schulalter signifikant negativer ausfiel als die der gleichaltrigen Kinder ohne Stottersymptomatik (KOS) (Bernardini, Zmarich, & Cocco, 2004; Boutsen & Brutten, 1990; Brutten & Vanryckeghem, 2003, 2007; De Nil & Brutten, 1991; Gačnik, & Vanryckeghem, 2014; Jaksic Jelcic, & Brestovci, 2000; Kawai, Healey, Nagasawa, & Vanryckeghem, 2012; Vanryckeghem & Brutten, 1992, 1996, 1997, 2017). Darüber wurde deutlich, dass bei KMS die negative Einstellung gegenüber dem Sprechen mit zunehmendem Alter noch steigt, während eine negative Einstellung von KOS tendenziell abnimmt (Brutten & Vanryckeghem, 2003; De Nil & Brutten, 1991; Vanryckeghem & Brutten, 1997).

Interkulturell vergleichende Untersuchungen von Kindern mit und ohne Stottersymptomatik anhand des CAT wiesen auf einen statistischen, signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in ihrer sprechassoziierten Haltung und altersbedingten Einstellungsdivergenz hin. Zudem zeigten sie, dass dieser Unterschied in dem sprechbezogenen Glaubenssystem in der Regel schon im Alter von sechs Jahren präsent ist (Bernardini et al., 2004; Brutten & Vanryckeghem, 2003; Vanryckeghem & Brutten, 1997). Des Weiteren lässt das Ausmaß des Gruppenunterschieds in der Einstellung zum eigenen Sprechen vermuten, dass diese Ungleichheit auch schon bei noch jüngeren Kindern vorliegen könnte. Forschungsergebnisse von Grinager Ambrose und Yairi (1994) sowie Ezrati-Vinacour, Platzky und Yairi (2001) belegten zudem, dass Kinder im Alter von drei bzw. vier Jahren ein Bewusstsein für Sprechstörungen zeigen und den Unterschied zwischen flüssigem und nicht flüssigem Sprechen erkennen.

Diese Erkenntnisse bewegten uns dazu, uns in unseren Untersuchungen den sprechbezogenen Einstellungen von Kindern unter sechs Jahren zu widmen. Wir stellten uns ebenso die Frage nach dem möglichen Zusammenhang zwischen einer negativen Einstellung dem eigenen Sprechen gegenüber und dem Fortbestehen der Stottersymptomatik. Weiterhin wurde oft diskutiert, ob diese Einstellung auch eine Rolle in der Sprachtherapie für Kinder mit Stottersymptomatik spielt (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Bloom & Cooperman, 1999; Brutten & Shoemaker, 1967; Cooper, 1999; Costello, 1983; de Sonneville-Koedoot, Stolk, Rietveld, & Franken, 2015; Millard, Nicholas, & Cook, 2008; Onslow, Packman, & Harrison, 2003; Starkweather, Gottwald, & Halfond, 1990).

Um die sprechbezogene Einstellung von Vorschulkindern adäquat erforschen zu können, bedürfte es der Entwicklung eines Instruments, das für Kinder unter sechs Jahren genutzt werden kann. Der CAT konnte diesen Zweck nicht erfüllen, da seine Testfragen über dem linguistischen Level und dem Leselevel von Vorschulkindern liegen und demnach ungeeignet für Kinder unter sechs Jahren sind. Dies führte häufig dazu, dass Therapeutinnen sich an die Eltern der Kinder mit problematischen Sprechflüssigkeiten wandten, um von ihnen Informationen über die Einstellung der Kinder bezüglich ihres Sprechens und ihrer Sprechfähigkeit zu erhalten. Allerdings sind die Reliabilität und Validität der elterlichen Beobachtungen ihrer Kinder nicht überzeugend. Studien belegten, dass die Berichte der Eltern über ihre Kinder und deren Leistung (Byrne, Backman, & Smith, 1986; Miller, Manhal, & Mee, 1991), psychiatrische Symptome (Herjanic & Reich, 1982) sowie Einstellungen und Überzeugungen (Thompson, Acock, & Clark, 1985) nicht konsistent mit denen ihrer Kinder übereinstimmen.

Vanryckeghem stellte 1995 dar, dass auch die Eltern von stotternden Kindern im Schulalter keine guten Informanten bezüglich der sprechbezogenen Einstellung ihrer Kinder sind. Sie scheinen oft eher die eigene Einstellung über die Sprechauffälligkeiten ihres Kindes zu reflektieren als die ihres Kindes. Die Sicht der Eltern ist klinisch wichtig. Jedoch zeigt diese Studie die Wichtigkeit, die sprechbezogene Einstellung von Vorschul- und Kindergartenkindern mit und ohne Stottersymptomatik durch die Kinder selber einschätzen zu lassen (Vanryckeghem, 1995).

Die gegebenen Einschränkungen des CAT und der Elterninterviews führten endgültig zu der Entwicklung des KiddyCAT als Testverfahren zur Beurteilung der sprechbezogenen Einstellung von Vorschul- und Kindergartenkindern. Dieser Fragebogen macht es möglich, zu untersuchen, ob sich die Einstellung über das Sprechen von Kindern mit Stottersymptomatik von denen ohne Stottersymptomatik unterscheidet. Somit kann es als nützliches Mittel für die gültige Unterscheidung der Kinder der beiden Gruppen dienen (Vanryckeghem & Brutten, 2007; Vanryckeghem, Brutten, & Hernandez, 2005).

Seit seiner Entwicklung wird der KiddyCAT in der internationalen Forschung in Ländern wie Belgien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Indien, Iran, Italien, Japan, den Niederlanden, Norwegen, Polen, Spanien, Slowenien, Schweden und den Vereinigten Staaten erfolgreich eingesetzt.

Die bisherigen KiddyCAT-Daten haben gezeigt, dass Kinder mit Stottersymptomatik in einem Alter von drei Jahren signifikant höhere Werte im KiddyCAT erzielen als Kinder ohne Stottersymptomatik (Bernardini, Cocco, Zmarich, Natarelli, & Vanryckeghem, 2019; Clark, Conture, Frankel, & Walden, 2012; Novšak Brce & Vanryckeghem, 2017; Neumann, Vanryckeghem, Tiefenthaler, Rietz, & Stenneken, 2019; Novšak Brce, Vanryckeghem, Kosir, & Jerman, 2015; Shafiei, Rafati, Vanryckeghem, & Maghamimehr, 2016; Vanryckeghem, 2016; Vanryckeghem & Brutten, 2015a,b; Vanryckeghem et al., 2005; Vanryckeghem, De Niels, & Vanrobaeys, 2015; Vanryckeghem, & Vanrobaeys, 2013; Węsierska, & Vanryckeghem, 2015; Węsierska, Vanryckeghem, Jeziorkczak, & Wilk, 2014). Dies zeigte, dass der KiddyCAT ein nützlicher Fragebogen ist, um festzustellen, ob KMS ab dem Alter von drei Jahren negativ über ihre Art zu sprechen denken oder nicht.