

# Bilingualität und kindliche Redeflussstörungen – müssen wir wirklich auf eine Sprache verzichten?

Christina Lattermann, Rosalee C. Shenker

## Zusammenfassung

Im Kontext der zunehmenden Migration sehen sich LogopädInnen in Deutschland immer häufiger mit der Frage konfrontiert, ob bei bilingualen Kindern, die stottern, der Verzicht auf eine Sprache empfohlen werden sollte. Derzeitige Forschungsergebnisse legen nahe, dass Bilingualität keinen negativen Faktor oder ein Hindernis in der Behandlung des frühkindlichen Stotterns darstellt. Im Gegenteil, der Verzicht auf eine Sprache birgt unter Umständen Risiken von nicht absehbaren emotionalen und kommunikativ-pragmatischen Belastungen für die betroffenen Kinder. Bei der Planung von Diagnostik und Behandlung bilingualer Kinder sollte jedoch der kulturelle Hintergrund berücksichtigt werden, da individuelle kulturelle Aspekte einen entscheidenden Einfluss auf den therapeutischen Prozess nehmen können.

SCHLÜSSELWÖRTER: Kindliches Stottern – Bilingualität – kulturelle Faktoren – Code-Mixing

## Einleitung

Schätzungen zufolge sind mindestens 50 % der Weltbevölkerung bilingual. Obwohl somit die Wahrscheinlichkeit recht hoch ist, dass LogopädInnen mit bilingualen Kindern, die stottern, konfrontiert werden, liegen zum jetzigen Zeitpunkt nur begrenzte Forschungsergebnisse zu dem Verhältnis zwischen kindlichen Redeflussstörungen und Bilingualität vor. Im Kontext der zunehmenden Migration sehen sich LogopädInnen in Deutschland immer häufiger mit der Frage konfrontiert, ob Kinder mit Redeflussstörungen zwei Sprachen gleichzeitig erwerben sollten. Eltern und Pädagogen äußern häufig Zweifel und zeigen sich besorgt, wenn stotternde Kinder bilingual erzogen werden. Diese

Zweifel treten vor allem in den Ländern auf, in denen Monolingualismus als die Norm angesehen wird und Zweisprachigkeit als atypisch gilt. Vielen TherapeutInnen fehlen angemessene Richtlinien, um auf die Fragen der Eltern angemessen eingehen zu können (Finn & Cordes, 1997).

Die Literatur gibt keinen Aufschluss darüber, ob die Prävalenz von Redeflussstörungen bei bilingualen Kindern höher ist als bei monolingualen Kindern. In einem Review zum Thema Stottern und Bilingualismus zitieren Van Borsel et al. (2001) die frühen Studien von Travis et al. (1937) und Stern (1948), welche die Prävalenz des Stotterns in einer Gruppe bilingualer Schulkinder in Chicago und Süd-Afrika kalkulierten. Die Ergebnisse dieser Studien, die auf klinischer Einschätzung nach einer Diagnostik beruh-



**Christina Lattermann**

machte ihre Ausbildung zur Logopädin von 1990-1993 an der Universität Münster. Nach siebenjähriger Tätigkeit in einer logopädischen Praxis in Ulm absolvierte sie von 2000-2003 den Master-Studiengang „Professional

Training in Speech-Language Pathology“ an der McGill-University, Montreal. Der Studienschwerpunkt lag auf kindlichen Redeflussstörungen und besonders der Theorie und Praxis des Lidcombe-Programms zur Intervention bei frühkindlichen Redeflussstörungen. Seit 2003 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Frankfurt/Main in einem Forschungsprojekt zur Evaluierung des Lidcombe-Programms mit deutschsprachigen Kindern.



**Dr. Rosalee C. Shenker**

promovierte 1978 im Fachbereich Speech Language-Pathology an der kanadischen McGill University, Montreal und arbeitet seit über 30 Jahren mit dem Schwerpunkt Redeflussstörungen. Sie ist Exekutive Direktorin des Montreal Fluency Centre und

als Professorin für Kindliche Redeflussstörungen an der School of Communication Sciences and Disorders der kanadischen McGill University tätig. In den letzten Jahren gilt ihr besonderes Forschungsinteresse dem Themenbereich Stottern und Bilingualität. Dr. Shenker ist die Koordinatorin der Lidcombe Program Clinician Workshops in Kanada.

ten, zeigten, dass Stottern bei bilingualen Kindern eine höhere Prävalenz hatte. Eine neuere Studie von Au-Jeung et al. (2000) belegt diese Ergebnisse jedoch nicht. Die in einer andauernden Internet-Befragung ermittelten Daten weisen darauf hin, dass der Prozentsatz von bilingualen Sprechern, die sich selbst als Stotterer einstufen, fast identisch zu dem der monolingualen Sprecher ist.

## Zwei Sprachen – zwei Kulturen

Viele der stotternden Kinder leben nicht nur mit zwei Sprachen sondern auch mit bzw. zwischen zwei Kulturen. LogopädInnen sollten dies bei der Planung von Diagnostik und Behandlung berücksichtigen, da kulturelle Unterschiede einen entscheidenden Einfluss auf den therapeutischen Prozess nehmen können. *Watson* (2000) stellt mehrere Faktoren vor, die bei der Diagnostik und Therapie von stotternden, bilingualen Kindern eine Rolle spielen und daher berücksichtigt werden sollten:

### Familien-Konstellation

- Wer wird mit dem Kind interagieren?
- Wer wird das Modell für das Kind sein?
- Wessen Verhaltensweisen und Einstellungen werden Einfluss auf den Therapieprozess und den Erfolg nehmen?
- Wer wird in die Therapie mit einbezogen werden?

### Zeit

- Wie passt die Einstellung der Familie zu Zeit und Terminen zu dem therapeutischen Zeitplan? Werden mehr flexible Termine benötigt oder müssen Kompromisse geschlossen werden?
- Sind Therapien, die die Familie darin bestärken, nicht zu hetzen oder zu viele Aktivitäten wahrzunehmen, mit dem Wertesystem der Familie kompatibel?

### Individualität

- Richten sich die geplanten Aktivitäten an das individuelle Kind oder wird Kooperation innerhalb des Familiensystems benötigt?
- Sind Therapieformen, die Anpassungen des Umfeldes des Kindes erfordern, um den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden, mit den Werten der Familie kompatibel?

### Erziehung

- Wie erzieht die Familie ihr Kind?
- Wie wird gelobt und gestraft?
- Ist eine Therapieform, die sich an die Unabhängigkeit des Kindes richtet (z.B. Selbstkontrolle des Sprechens, die Fähigkeit Sprechtechniken selbst zu wählen) im Einklang mit den Erziehungswerten und dem Erziehungsverhalten der Familie?
- Wie sieht die Familie ihre Rolle und ihre Aufgabe innerhalb der Therapie (z.B. Hausaufgaben)?

### Tradition

- Wie sieht die Familie die Redeflussstörung, die Ursachen und die Effektivität der Behandlung?
- Wie steht die Familie zu alternativen Behandlungsformen (Heiler, Gesundheitsbeter, Voodoo-Zauber etc.)?
- Gibt es noch mehr Personen, die stottern, in der Familie? Wie wurden diese behandelt?
- Wie wird Stottern von den Familienältesten gesehen?
- Schätzt die Familie Alter, Rituale und Tradition sehr hoch?
- Wäre es sinnvoll, die Familienältesten in die Behandlung mit einzubeziehen?
- Welche Verhaltensweisen und Kommunikationsformen sind traditionell korrekt bzw. inkorrekt?

### Rechte und Verantwortlichkeit

- Wie sieht die Familie die Rolle von Frauen/Männern, Müttern/Väter, Mädchen/Jungen?
- Wie beeinflusst diese Sichtweise das Ansehen der Therapeutin, die Wahl der Therapieaktivitäten, die Teilnahme von Familienmitgliedern an der Behandlung?
- Wie beeinflusst diese Sichtweise das Kommunikationsverhalten innerhalb der Familie und das des Kindes mit seiner Umwelt außerhalb der Familie?

### Harmonie- oder Kontrollbedürfnis

- Zeigt die Familie eine Präferenz für harmonischen Einklang mit oder Kontrolle über die Umgebung?
- Scheint die Familie das Vorhandensein eines Sprechproblems zu leugnen? Könnte dies aus einem Harmoniebedürfnis heraus entstehen?
- Wie scheinen diese Werte Praktiken der Kindererziehung zu beeinflussen (z.B., viel oder wenig Disziplinierung und Korrektur)?

Bei der Therapieplanung sollten die gewonnenen Erkenntnisse bezüglich des kulturellen Hintergrundes des Kindes und seiner Familie ebenfalls Berücksichtigung finden. Die Art und Weise des Kommunikationsstiles und der verbalen Verstärkung, das Rollenverständnis, das Spielverhalten sowie die religiöse Sichtweise der Stotterproblematik können kulturabhängig ausgesprochen unterschiedlich sein.

Beispielsweise gilt Blickkontakt in einigen Kulturen als aggressiv und direktes Loben kann als unangemessene Aufmerksam-

keitszulenkung auf die Störung empfunden werden. Andere Kulturen empfinden es als unangebracht, wenn Kinder mit Erwachsenen kommunizieren. Wird es in vielen Kulturkreisen positiv empfunden, wenn sich Kinder sprachgewandt entwickeln und viel sprechen, so wird dies in anderen als eine keineswegs erstrebenswerte Charaktereigenschaft angesehen. In diesem Kontext sind auch das Spielverhalten des Kindes innerhalb der Familie sowie adäquate Spielmaterialien und Themen zu berücksichtigen.

Obwohl gegenwärtig noch keine empirischen Daten bezüglich des Zusammenhangs zwischen Redeflussstörungen und Kulturkreis vorliegen, so kann doch davon ausgegangen werden, dass ein besseres Verständnis des kulturellen Hintergrundes des Kindes und seiner Familie die therapeutische Intervention sinnvoll unterstützen wird (siehe weiterführende Webadressen).

## Reliabilität bei der Beurteilung der Stottersymptomatik

Ein Problem bei der Behandlung von bilingualen Kindern, die stottern, betrifft die Unfähigkeit von Therapeuten, Häufigkeit und Schweregrad der Stottersymptomatik in einer Sprache, die nicht ihre Muttersprache ist, exakt einzuschätzen (*Finn & Cordes, 1997*). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit das Vorhandensein von Stottern in einer Fremdsprache identifiziert werden kann, und inwieweit bei jungen Kindern eine Unterscheidung zwischen symptomatischen und funktionellen Unflüssigkeiten möglich ist.

*Finn* und *Cordes* empfehlen, dass ein Vergleich zwischen der Beurteilung der Stottersymptomatik des Therapeuten und der des kleinen Patienten durchgeführt werden sollte. Letztere sollte von einer Person eingeschätzt werden, die mit der Sprache vertraut ist, wie zum Beispiel ein Dolmetscher. In Deutschland ist der Einsatz eines Dolmetschers jedoch aus Kostengründen vielfach nicht möglich. Daher wird empfohlen, ein bilinguales Familienmitglied im Bereich der Stotteridentifikation zu schulen, um einen Konsens bezüglich des Vorhandenseins einer Stottersymptomatik in der fremden Sprache zu erhalten. Derart geschulte Eltern oder Geschwister können zum Beispiel jeweils ein Handzeichen geben, wenn ihrer Ansicht nach ein

Stottermoment in der fremden Sprache auftritt. Dies ermöglicht ebenfalls, das Auftreten von stotterfreiem Sprechen oder funktionellen Unflüssigkeiten während der Behandlung zu verifizieren.

## Studienergebnisse

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es nur wenig klinisches Beweismaterial, um den gängigen Ratschlag für Eltern, eine Sprache zu vermeiden, zu unterstützen. Hingegen gibt es einige Daten, die diesen Vorschlag in Frage stellen.

Lediglich eine Studie dokumentiert den Verzicht auf eine Sprache, um Stottern zu reduzieren. *Karniol* (1992) berichtet über einen Jungen, dessen Stottersymptomatik im Alter von 2,1 Jahren gleichzeitig mit dem Beginn des Zweitspracherwerbs auftrat. Der Schweregrad des Stotterns verstärkte sich nach einem Monat. Zu diesem Zeitpunkt wurde auf die Zweitsprache verzichtet und die Stottersymptomatik nahm deutlich ab. *Karniol* schließt in diesem Fall, dass der Zweitspracherwerb eine kognitive Überlastung für das Kind bedeutet habe. Die darauf basierende zusätzliche Verarbeitungszeit habe zu einer Verzögerung zwischen Sprachpotential und Sprechproduktion geführt und somit möglicherweise die Sprechunflüssigkeiten verursacht. Berücksichtigt man jedoch die Tatsache, dass das Auftreten der Redeflussstörungen erst eine kurze Zeit zurücklag, könnte es sich auch um eine spontane Remission gehandelt haben.

Ergebnisse einer Studie des Hospital for Sick Children in Toronto, Kanada (*Waheed-Khan*, 1998) zeigen, dass bilinguale Kinder weniger erfolgreich an einem Fluency-Shaping-Therapieprogramm zur direkten Behandlung von Redeflussstörungen teilnahmen als monolinguale Kinder. Sie nahmen darüber hinaus im Durchschnitt auch an weniger Therapiestunden teil und machten seltener als monolinguale Kinder ihre Hausaufgaben. Nachdem dieses Programm für bilinguale Kinder adaptiert wurde, erreichten die Kinder ähnliche Erfolgsraten wie die in der monolingualen Gruppe.

Das Schlüsselement in der veränderten Therapieform bestand darin, dass ein Familienmitglied „Sprech-Helfer“ wurde und aktiv am Therapieprozess teilnahm. Diese Person wurde beispielsweise über Therapieziele informiert, diente als Sprachmodell und half bei dem Erstellen sowie zu Hause bei der Durchführung der Hausaufgaben. *Druce* et al. (1997) kamen zu dem Schluss,

dass die Ergebnisse von bilingualen Kindern, die stottern, weder schlechter noch besser als die von monolingualen Sprechern seien. Sie untersuchten die Kurz- und Langzeitbehandlungseffekte eines intensiven und verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsprogramms für 6-8-jährige Kinder, die stottern. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsergebnissen der neun monolingualen und den der sechs bilingualen Kinder gefunden.

*Shenker* et al. (1998) untersuchten die Behandlungszeit, die mono- und bilinguale Kinder benötigten, um stotterfreies Sprechen während der Behandlung mit dem „Lidcombe-Programm“ (LP) zu erreichen und aufrecht zu erhalten (Phase II). Das LP ist ein operantes Behandlungskonzept für Vorschulkinder, die stottern. Die Ergebnisse belegen, dass die 17 bilingualen Kinder im Durchschnitt 9,9 Therapiestunden und die 39 monolingualen Kinder 11,82 Therapiestunden bis zum Beginn von Phase II benötigten. Der Unterschied zwischen der mono- und der bilingualen Gruppe war nicht signifikant.

## Sollten bilinguale Kinder, die stottern, auf eine Sprache verzichten?

Richtlinien für die Diagnostik und Behandlung bilingualer Kinder, die stottern, basieren zurzeit nur auf wenigen klinischen Forschungsergebnissen (*Agius*, 1995; *Druce* et al. 1997; *Humphrey*, 1999; *Shenker* et al., 1998; *Waheed-Khan*, 1998). Darüber hinaus gibt es nur eine geringe Anzahl von Studien, welche die Behandlung von monolingualen und bilingualen Kindern vergleichen, um Behandlungsergebnisse zu evaluieren.

Die klinische Praxis wird durch die gegenwärtige kulturelle Annahme beeinflusst, dass stotternde Kinder besser erst mit einer zweiten Sprache konfrontiert werden, nachdem sie die erste Sprache gut beherrschen. Es wird häufig vorgeschlagen, dass Eltern die Anzahl der gesprochenen Sprachen vorübergehend reduzieren sollen, wenn der Beginn der Redeflussstörung mit dem Einführen einer zweiten Sprache zusammenfällt (*Rustin* et al., 1996; *Karniol*, 1999). Die Empfehlung, nur eine Sprache zu sprechen, ist jedoch häufig gar nicht

oder nur erschwert praktikabel, insbesondere, wenn sich die zu Hause gesprochene Sprache von der Sprache des Kindergartens oder der Schule unterscheidet. *Zollinger* (2002) verweist in diesem Kontext auf nicht absehbare emotionale und kommunikativ-pragmatische Belastungen für das Kind, die mit dem Ratschlag, auf eine Sprache zu verzichten, einhergehen.

Die theoretische Überlegung, die dieser gängigen klinischen Praxis zugrunde liegt, mag die Spekulation sein, dass kleine Kinder, die bilingual aufwachsen, mehr anfällig für die Entwicklung von Redeflussstörungen sind, da dieselben Hirnstrukturen zum Erlernen beider Sprachen benutzt werden, und das Stottern eine daraus resultierende funktionelle Überlastung dieser Strukturen reflektiert. Treten Zweitspracherwerb und Redeflussstörung gleichzeitig auf, sollte jedoch auch berücksichtigt werden, welche anderen Faktoren wie beispielsweise Alter bei Spracherwerb, Sprachkompetenz, und die Familienanamnese bzgl. Stotterns zu der Auslösung der Störung beigetragen haben könnten.

Ausgehend von der gegenwärtigen Literatur mögen Therapeuten vielfach schließen, dass es besser sei, ein stotterndes Kind erst mit einer zweiten Sprache zu konfrontieren, nachdem es die erste gut beherrscht. Eine alternative Meinung findet sich in den Arbeiten von kanadischen Forschern (*Genesee*, 2002; *Paradis & Crago*, 2000) und *Zollinger* (2002) aus der Schweiz. Die kanadischen Autoren sind der Ansicht, dass das frühe Konfrontieren mit zwei Sprachen sich positiv für die Kinder auswirken könnte. Kinder sollten fortwährend zwei Sprachen ausgesetzt sein und radikale Veränderungen der sprachlichen Umgebung sollten vermieden werden, da sich diese störend auf die Sprachentwicklung auswirken könnten. *Paradis & Crago* (2000) beschreiben die Entwicklung von Bilingualität bei Kindern mit „Specific Language Impairment“. Die Entwicklung bzw. das Auftreten von Redeflussstörungen als Folge von früher Konfrontation mit zwei Sprachen dieser Kinder wird hier nicht dokumentiert.

Bei kleinen, bilingualen Kindern kann die Redeflussstörung stärker in einer Sprache auftreten, so wie sich auch bei früher Bilingualität zwei Sprachen häufig nicht gleich entwickeln (*Van Borsel* et al., 2001; *Shenker* et al., 1998). Die Tatsache, dass das Kind in einer Sprache mehr als in der anderen stottert, kann jedoch auch ein Hinweis auf Laut- und Wortängste sein. Es ist ebenfalls

möglich, dass das Kind die Sprache, in der es vermehrt stottert, in Situationen spricht, die die Redeflussstörung verstärkt auslösen. Ältere Kinder sind unter Umständen in der Lage lexikalische Defizite vorzutauschen, um gefürchtete Wörter zu vermeiden. Die Differentialdiagnostik zwischen Vermeideverhalten und lexikalischen Defiziten ist in diesem Fall erschwert (Sandrieser & Schneider, 2003).

## Code-Mixing

Ein häufig diskutiertes Phänomen im Rahmen der Behandlung bilingualer Kinder ist das des „Code-Mixings“. Es tritt in einem frühen Stadium der bilingualen Entwicklung auf, wenn das Vokabular in der einen jedoch nicht in der anderen Sprache existiert. Code-Mixing beschreibt die Fähigkeit des Kindes, sich einzelner Vokabeln in der anderen Sprache zu bedienen, um Ideen innerhalb desselben Satzes auszudrücken. Kinder, die zwei Sprachen simultan erwerben, können das Lexikon beider Sprachen integrieren, um so die Komplexität einer Äußerung zu vergrößern. Die Komplexität der schwächeren Sprache kann durch diese Strategie erweitert werden. Nach Ansicht von Lebrun & Paradis (1984) kann Code-Mixing jedoch zu einem vorübergehenden Anstieg einer unflüssigen Sprechproduktion führen. Rustin et al. (1996) schlagen daher vor, dass in Fällen, in denen es nicht möglich ist, den Sprachinput auf ein monolinguales Niveau zu reduzieren, jede Person, die mit dem Kind kommuniziert, konsistent eine Sprache benutzen sollte („Eine Person – eine Sprache“). Auf diese Weise würde Code-Mixing während kritischer Spracherwerbsphasen vermieden und die potentielle Anzahl von linguistisch gemischten Äußerungen, die das Kind hört, reduziert.

## Die Funktion des Code-Mixings

Nach Ansicht von Karniol (1992) dient Code-Mixing bei bilingualen Kindern, die stottern, als eine Strategie, um mit den Unflüssigkeiten umzugehen. Shenker et al. (1998) fanden jedoch keine Hinweise in ihrer Untersuchung eines Französisch und Englisch sprechenden Kindes darauf, dass die Unflüssigkeiten bei gemischten Äußerungen zunahm. Es erschien eher, dass diese Äußerungen an Stellen eingesetzt wurden, an denen die Kinder Wortfindungsprobleme hatten und somit eventuell anstelle von funktionellen Unflüssigkeiten eingesetzt wurden.

Wenn die Häufigkeit des Code-Mixing in direktem Verhältnis zur linguistischen Kompetenz steht, wie das von Redlinger & Park (1980) vorgeschlagen wurde, dann sollten diese Äußerungen bei einer Zunahme der linguistischen Fähigkeiten abnehmen. Obwohl mehrere Beispiele des Code-Mixings in der Spontansprachprobe dreijähriger Kindes gefunden wurden (Shenker et al., 2001), ergab die vorläufige Analyse von Spontansprachproben, die während einer Unterhaltung und beim Erzählen einer Geschichte aufgenommen wurden, dass fünfjährige Kinder mit normaler Sprachentwicklung Code-Mixing weder im englischen noch im französischen Sprachgebrauch bei zunehmender linguistischer Komplexität (Shenker et al., 2002) zeigten.

Im Gegenteil, die Häufigkeit der funktionellen Sprechunflüssigkeiten stieg an und lag zwischen 8-10 % sowohl für bilinguale und monolinguale stotternde Kinder als auch für bilinguale Kinder mit flüssiger Sprechproduktion. Diese vorläufigen Ergebnisse stimmen mit der Ansicht überein, dass die Zunahme in der Sprachkomplexität mit einer Abnahme von code-gemischten Äußerungen, die vielleicht durch normale Unflüssigkeiten ersetzt wurden, einhergeht.

## Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie

Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung im Bereich kindliche Redeflussstörungen und Bilingualität haben die Therapeuten des Montreal Fluency Center ein Beratungsmodell entwickelt, das gegenwärtig folgende Aspekte umfasst:

- ▶ Den Eltern wird geraten, mit ihrem Kind weiter in ihrer Muttersprache zu kommunizieren.
- ▶ Sollten beide Eltern unterschiedliche Muttersprachen haben, gilt die Regel: „Eine Person – eine Sprache.“
- ▶ Code-Mixing wird als Teil des Prozesses der bilingualen Sprachentwicklung betrachtet und es wird anerkannt, dass dies eventuell eine Rolle in der Entwicklung der Sprechflüssigkeit bilingualer Kinder spielen mag. Eltern sollten selbst keine code-gemischten Äußerungen während der Kommunikation mit dem Kind benutzen.
- ▶ Nur in sehr schweren Fällen, bei denen die Redeflussstörung mit einer gravierenden phonologischen Störung oder Sprachentwicklungsstörung einhergeht, wird den Eltern empfohlen, die Anzahl der Sprachen, mit denen das Kind täglich konfrontiert ist, vorübergehend zu reduzieren.
- ▶ Ein bilingualer Elternteil, ein anderes zweisprachiges Familienmitglied oder ein Dolmetscher wird angeleitet, Stottereignisse sicher identifizieren und von funktionellen Unflüssigkeiten unterscheiden zu können.
- ▶ Die derart geschulte Person wird aktiv in den Diagnostik- und Therapieprozess mit einbezogen.

- Die Logopädin sollte mit dem kulturellen Hintergrund der Familie vertraut sein und kulturelle Faktoren im Therapieverlauf berücksichtigen bzw. mit einbeziehen können.

## Fazit

Zum jetzigen Zeitpunkt bleiben viele Fragen, die die Diagnostik und Therapie von bilingualen Kindern mit einer Redeflussstörung betreffen, ungeklärt. Zukünftig werden mehr Studien, die sich mit der Evaluation von Behandlungsmethoden und deren Ergebnissen bei stotternden Kindern aus mono- und multikulturellen Hintergründen auseinander setzen, benötigt. Obwohl ein besseres Verständnis der Beziehung zwischen neuromotorischen Faktoren, Sprachentwicklung, Bilingualität und Stottern dazu beitragen wird, in der Zukunft effektivere Behandlungsmethoden zu entwickeln, ist der für die gegenwärtige Praxis entscheidende Aspekt, den die wenigen bisher durchgeführten Studien nahe legen, dass Bilingualität keinen negativen Faktor oder ein Hindernis in der Behandlung des frühkindlichen Stotterns darstellt.

## Literatur

- Agius, J. (1995). Language analysis of a bilingual Maltese-English stuttering child. In: Starkweather, C.W. & Peters, H.F.M. (eds.). *Stuttering: proceedings of the first world congress of Fluency Disorders*, Munich, Germany. (175-178). Nijmegen: Univ. Press Nijmegen
- Au-Yeung, J.; Howell, P.; Davis, S.; Charles, N.; Sackin, S. (2000). *UCL survey on bilingualism and stuttering*. Paper presented at the 3rd World congress on Fluency Disorders, Nyborg, Denmark
- Druce, T.; Debney, S.; Byrt, T. (1997). Evaluation of an intensive treatment program for stuttering in young children. *Journal of Fluency Disorders* 22, 169–186
- Finn, P. & Cordes, A.K. (1997). Multicultural identification and treatment of stuttering: a continuing need for research. *Journal of Fluency Disorders* 22, 219 – 236
- Genesee, F. (2002). Portrait of the bilingual child. In: Cook, V. (Ed.). *Portraits of the Second Language User*. Clevedon, Eng.: Multilingual Matters
- Humphrey, B.D. (1999). *Bilingual stuttering: Can treating one language improve fluency in both?* Poster presented at the annual convention of the American Speech-Language and Hearing Association, San Antonio, Texas
- Karniol, R. (1992). Stuttering out of bilingualism. *First Language* 12, 255–283
- Lebrun, Y. & Paradis, M. (1984). To be or not to be bilingual? In: Lebrun, Y. & Paradis, M. (eds.). *Early bilingualism and child development*, (9-18). Lisse/NL: Swets & Zeitlinger

Paradis, M. & Crago, M. (2000). Tense and temporality: a comparison between children learning a second language and children with SLI. *Journal of Speech Language and Hearing Research* 43 (4), 834–47

Redlinger, W. & Park, T. (1980). Language mixing in young bilinguals. *Journal of Child Language* 7, 337–352

Rustin, L.; Botterill, W.; Kelman, E. (1996). *Assessment and therapy for young dysfluent children: family interaction*. London: Whurr Publishers

Sandrieser, P. & Schneider, P. (2003). *Stottern im Kindesalter*, 2. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag

Shenker, R.C.; Conte, A.; Gingras, A.; Courcey, A.; Polomeno, L. (1998). The impact of bilingualism on developing fluency in a preschool child. In: Healey, E.C. & Peters, H.F.M. (eds.). *Second world congress on fluency disorders proceedings, San Francisco*. (200-204). Nijmegen: Nijmegen Univ. Press

Shenker, R.C.; Casey, D.; Ouellette, I.; Ohashi, K.; Butler-Hinz, S.; Coucy, A.; Lacombe, D.; Wilding, J. (2001). *Comparison preliminaire des enfants unilingues et bilingues: treatment time to stage II (Maintenance) with the lidcombe program for stuttering intervention*. Poster presented at the IALP congress, Montreal, QC, August, 2001

Shenker, R.C.; Ohashi, K.; Ouellette, I. (2002) *Comparison of linguistic and fluency characteristics in bilingual and unilingual children*. Unpublished Master's Project

Stern, E. (1948). A preliminary study of bilingualism and stuttering in four Johannesburg schools. *Journal of Logopedics* 1, 15-25

Travis, L.E.; Johnson, W. & Shover, J. (1937). The Relation of bilingualism to stuttering. *Journal of Speech Disorders* 2, 185-189

Van Borsel, J.; Maes, E.; Foulon, S. (2001). Stuttering and bilingualism. A review. *Journal of Fluency Disorders* 26 (3), 179 – 205.

Waheed-Khan, N. (1998). Fluency therapy with multilingual clients. In: Healey, E.C. & Peters, H.F.M., (eds.). *Second world congress on fluency disorders proceedings, San Francisco*. (195-199). Nijmegen: Nijmegen Univ. Press

Watson, J.B. (2000). Enhancing cross-cultural competence in the assessment and treatment of stuttering. In: Bosshard, H.-G.; Yaruss, J.; Peters, H. (eds.). *Fluency disorders: theory, research, treatment and self-help*. Proceedings of the third world congress on fluency disorders, Nyborg, Denmark. (625-629). Nijmegen: Nijmegen Univ. Press

Zollinger, B. (2002). *Mehrsprachigkeit als Ursache früher Spracherwerbsstörungen?* Vortrag, gehalten am 16.11.2002 anlässlich der 25-Jahr-Feier der Lehranstalt für Logopädie, Aachen

## Weiterführende Webadressen

Viele Informationen zum Zusammenhang zwischen Redeflussstörungen und Kulturkreis finden sich im Internet auf den Websites:

[www.stutteringhomepage.com](http://www.stutteringhomepage.com)

[www.mnsu.edu/comdis/kuster/nonenglish.html](http://www.mnsu.edu/comdis/kuster/nonenglish.html)

## Autorinnen

Christina Lattermann, M.Sc.  
Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie  
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt  
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 7A  
60590 Frankfurt / Main  
[tina@lattermann](mailto:tina@lattermann)

Dr. Rosalee C. Shenker  
The Montreal Fluency Centre  
4930 de Maisonneuve West, Suite 11  
Montreal, Quebec, H3Z 1N1  
Kanada  
[rosalee.shenker@mcgill.ca](mailto:rosalee.shenker@mcgill.ca)

## Summary

### Bilingualism and early stuttering – do we really have to sacrifice one language?

In the context of an increasing immigration process to Germany many Speech-Language Pathologists are confronted with the question whether bilingual, stuttering children should acquire only one language. Studies suggest that bilingualism may not be a negative factor or barrier in the treatment of early stuttering. On the contrary, sacrificing one language may result in unforeseen risks of emotional and communicative-pragmatic stress for these children. However, the diagnostic and treatment process of bilingual, stuttering children should include their cultural background, since these cultural aspects may significantly influence the therapeutic process.

KEY WORDS: Stuttering children – bilingualism – cultural background – treatment