

Stottern und Mehrsprachigkeit bei Kindern und Jugendlichen:

Aktueller Kenntnisstand und Einblick in die sprachtherapeutische Praxis

Stuttering and multilingualism among children and adolescents:
Current research status and insight into speech-language pathology practice

Schlüsselwörter: Mehrsprachigkeit, Stottern, Online-Umfrage, Erfahrungswerte aus der Praxis

Keywords: multilingualism, stuttering, online survey, experience obtained from practice

Zusammenfassung: Während der multilinguale Spracherwerb in der Fachwelt zunehmend mehr Beachtung findet, bleibt ein möglicher Zusammenhang von Mehrsprachigkeit und Redeunflüssigkeiten – zumindest in Deutschland – erst ansatzweise betrachtet. Im Beitrag wird zunächst ein Überblick über den internationalen Kenntnisstand zur Thematik Stottern und Mehrsprachigkeit bei Kindern und Jugendlichen gegeben. Da diagnostische und therapeutische Konzepte für die logopädische Praxis fehlen, kann vermutet werden, dass KlinikerInnen Problemlagen und Desiderate formulieren. Mit einer informellen Online-Befragung von 33 SprachtherapeutInnen und LogopädInnen im Großraum Ruhrgebiet wurde untersucht, wie sich die Behandlungssituation für stotternde mehrsprachige Kinder und Jugendliche aus der Sicht der KlinikerInnen darstellt. Die deskriptiven Ergebnisse deuten an, dass stotternde mehrsprachige Kinder und Jugendliche allein quantitativ eine nicht zu vernachlässigende Klientel sprachtherapeutischer Handlungsfelder ausmachen. Spezifika von Diagnostik, Therapie und Beratung werden benannt. Insbesondere wird eine mehrsprachige Diagnostik als erstrebenswert erachtet, doch kann sie de facto von Fachpersonen kaum umgesetzt werden. Empfehlungen der (internationalen) Fachliteratur für die klinische Arbeit mit stotternden Kindern werden vereinzelt realisiert. Explizit benannte Problemlagen der Praxis kristallisieren sich kaum heraus. Insgesamt scheint es, dass erfahrene PraktikerInnen der Aufgabe alltagspragmatisch mit einem Handlungsrepertoire begegnen, das sich in der Therapie einsprachiger stotternder Klientel bewährt hat.

Summary: While multilingual language acquisition is increasingly attracting attention among the scientific community, the

possible interrelation between multilingualism and fluency disorders has – at least in Germany – only rudimentarily been regarded. In a first step this article subsumes the current status of international research on the topic of stuttering and multilingualism among children and adolescents. As diagnostic and therapeutic concepts for speech-language pathology practice are hitherto missing concerning this matter, there is thus reason to presume that clinicians are enunciating potential topics of concern as well as related desiderata. Hence, the article describes an informal online survey among 33 speech and language pathologists and logopedicians in the Rhein-Ruhr metropolitan area that was designed to examine how clinicians evaluate the treatment conditions for stuttering multilingual children and adolescents. The descriptive results indicate that from a mere quantitative point of view these patients constitute a non-negligible clientele in the field of action of speech-language pathology. Additionally, specifics of diagnostics, therapy and counseling are being identified in the survey. In particular, multilingual diagnostics are deemed desirable, yet it seems their concrete implementation can hardly be put into practice by speech and language pathologists. According to the further results of the survey, recommendations established among the (international) research community on clinical practice for stuttering children are sporadically being realised in the multilingual context. Another finding was that the survey did not spot any explicit aspects proving problematic to practice. Overall it seems that experienced practitioners are meeting the above mentioned challenges with a pragmatic approach and a repertoire of action that has proven to be efficient in therapy practice with the monolingual stuttering clientele.

Stottern und Mehrsprachigkeit: ein Thema von zunehmender Relevanz

Mehrsprachigkeit – und damit verbunden auch Multikulturalität – ist in der gesamten Welt eher Regel als Ausnahme und wird weiterhin zunehmen (Bhatia & Ritchie, 2004). In Deutschland beträgt die Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne 15,6 Millionen, dies entspricht einem Anteil von fast 19 Prozent der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010). In Teilen von Nordrhein-Westfalen haben sogar 40 Prozent und mehr der unter 10-jährigen Menschen einen multilingualen Hintergrund (ebd.). In der bildungspolitischen Diskussion ist der Wandel zu einer interkulturellen Gesellschaft zentrales Thema. Im kultur- und sprachenübergreifenden Lernen werden zunehmend mehr die Chancen zur Ausbildung von globalisierungsförderlichen personalen Kompetenzen gesehen (Allemann-Ghionda, 2008), dennoch dürfen die durch Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede bedingten Herausforderungen nicht vernachlässigt werden (John, 2010). Diese stellen sich besonders für Kinder mit Erschwernissen im Erst- und Zweitspracherwerb. Da der Anteil mehrsprachiger Kinder in Deutschland kontinuierlich steigt (Chilla, Rothweiler, & Babur, 2010), ist zu vermuten, dass uns diese Klientel auch immer häufiger in der logopädischen Praxis begegnen wird. Der multilinguale Spracherwerb gewinnt damit auch für die Gesundheitspolitik sowie den Diskurs sprachwissenschaftlicher und -therapeutischer Disziplinen zunehmend an Bedeutung (Ahrenholz, 2008; Chilla et al., 2010; Dollaghan & Horner, 2011; Paradis, 2010).

Stottern gibt es in allen Sprachen und Kulturen. So liegt es nahe, dass die Fachwelt ebenso dem Zusammenhang von Mehrsprachigkeit und Redeflussstörungen bei Kindern und Jugendlichen sukzessive mehr Aufmerksamkeit schenkt. 2001 lieferten Van Borsel, Maes und Foulon ein umfassendes Review zu diesem Themenkomplex. Einige ältere Studien zeigten bereits an, dass

mehrsprachige Kinder signifikant häufiger vom Stottern betroffen sind als einsprachige (Travis, Johnson, & Shover, 1937; Stern, 1948). Demgegenüber fanden Au-Yeung, Howell, Davis, Charles und Sackin (2000, in Van Borsel, 2011) mittels einer Online-Survey-Methode über Selbstauskunft von ein- und mehrsprachigen erwachsenen Stotternden vergleichbare Prävalenzraten für diese beiden Gruppen, wobei sich eine frühe Mehrsprachigkeit als Risikofaktor herauskristallisierte. Howell, Davis und Williams (2009) ermittelten in einer aktuellen Studie für acht- bis zwölfjährige stotternde Kinder in England, dass bilinguale Vorschulkinder vulnerabler für die Entwicklung einer Redeunflüssigkeit sind und eine geringere Chance auf das Verschwinden des Stotterns haben als monolinguale Kinder und solche, die erst bei Schuleintritt mit der zweiten Sprache konfrontiert werden. Wegen methodischer Schwächen ist diese Studie allerdings breit kritisiert worden (Packman, Onslow, Reilly et al., 2009; Roberts, 2010), und so bleiben der Forschung für den Zusammenhang von Stottern und Mehrsprachigkeit bis heute eher Fragen als Antworten, wie Van Borsel (2011) in seinem jüngsten Review zusammenfasst. Hierzu zählen beispielsweise, ob Stottern bei bilingualen Kindern häufiger vorkommt als bei monolingualen, ob sich Stottern immer in beiden Sprachen manifestieren muss, ob Mehrsprachigkeit das Stottern verursacht. Auch weist die klinische Forschung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Beratung noch vielfältige Desiderate auf (Howell & Van Borsel, 2011; Shenker, 2004; Van Borsel, 2011). Aktuelle Erkenntnisse und empirische Befunde zur Thematik werden im folgenden Kapitel zusammengefasst.

Klinisch tätige Fachpersonen sind angesichts der komplexen Anforderungen an eine multilinguale und -kulturelle Stotterdiagnostik, -therapie und -beratung vor große Herausforderungen gestellt. Orientierung geben derzeit eher allgemeine Richtlinien als Evidenzen. Da es außerdem an diagnostisch-therapeutischen Konzeptionen für mehrsprachige stotternde Kinder und Jugendliche

mangelt (Shenker, 2011b; Van Borsel, 2011), ist nicht auszuschließen, dass sich PraktikerInnen für diese Aufgaben unzureichend ausgebildet und überfordert fühlen könnten. Auch müssen praxeologische Realitäten nicht zwangsläufig ideellen Bedingungen entsprechen. Ein großes Problem lässt sich – zumindest für Deutschland – bereits in fehlenden personellen Ressourcen für eine mehrsprachige Diagnostik und Behandlung annehmen, da vermutlich der Großteil der TherapeutInnen selbst nicht mehrsprachig ist (Jordaan, 2008; Lüke & Ritterfeld, 2011).

Vor dem Hintergrund der – theoretischen – Anforderungen und vermuteten klinischen Problemlagen schließen sich Fragen an, wie sich die Thematik „Stottern und Mehrsprachigkeit“ in der sprachtherapeutischen Alltagspraxis (1) in tatsächlichen Größenordnungen behandelter mehrsprachiger stotternder Kinder und Jugendlicher und (2) aus der Sicht des Fachpersonals abbildet. Es ergab sich an der Technischen Universität Dortmund die Gelegenheit einer Pilotstudie in Form einer Online-Befragung von klinisch tätigen SprachtherapeutInnen und LogopädInnen im Großraum Ruhrgebiet (NRW), um diesen allgemeinen Fragestellungen nachzugehen. Dabei wurde zum einen danach gefragt, über welche Erfahrungswerte die KlinikerInnen tatsächlich verfügen. Zum anderen war von Interesse, zu welchen subjektiven Einschätzungen sie in Anbetracht unklarer empirischer Datenbefunde und mangelnder klinischer Konzepte zu dieser Thematik gelangt sind. Betrachtet wurden die Bereiche Häufigkeit, Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Therapie und Beratung bei Stottern und Mehrsprachigkeit. Im Speziellen ging es um folgende Fragestellungen: Wie viele stotternde Kinder und Jugendliche werden derzeit in logopädischen Praxen behandelt, wie viele davon sind mehrsprachig? Wird Mehrsprachigkeit von den TherapeutInnen als Risikofaktor für die Entwicklung eines Stotterns eingeschätzt? Welche mit Mehrsprachigkeit assoziierten Faktoren könnten hierfür ausschlaggebend sein? Nehmen die TherapeutInnen an, dass mehrsprachige KlientInnen bezüglich der Stot-

tersymptomatik Spezifika aufweisen? Welche Wege werden von den Befragten für die Diagnostik und Therapie dieser speziellen Klientel gewählt? Mit welchen Besonderheiten in Diagnostik, Therapie oder Elternarbeit sehen sich die KlinikerInnen konfrontiert? Besteht ein Bedarf an spezialisierten mehrsprachigen Diagnose- oder Therapiematerialien?

Die übersichtliche Studie liefert einen Einblick in die sprachtherapeutische Praxis und einen kleinen Mosaikstein zur Erhellung eines empirisch in Deutschland noch wenig bearbeiteten Felds. Mit der Fokussierung der praxeologischen Perspektive werden subjektive, doch alltagsrelevante Hinweise auf klinische Bedarfe erwartet.

Aktueller Kenntnisstand

Diagnostik

Für die eindeutige Identifizierung einer Stottersymptomatik stellt sich PraktikerInnen – wie auch der Forschung – die Frage nach den Möglichkeiten und Machbarkeiten einer zweisprachigen Diagnostik. Eindeutige Stotterereignisse von normalen Redeunflüssigkeiten abzugrenzen ist selbst für erfahrene DiagnostikerInnen bereits in einer vertrauten Sprache nicht immer einfach (Bernstein Ratner, 2004). Darüber hinaus ist bei multilingualen SprecherInnen grundsätzlich davon auszugehen, dass eine Stottersymptomatik zwar in der Regel in beiden Sprachen auftritt (Roberts, 2010), doch Quantität, Qualität und Schweregrad der Symptome in verschiedenen Sprachen stark variieren können (Lim, Lincoln, Chan, & Onslow, 2008; Tsai, Lim, Brundage, & Bernstein Ratner, 2011). Insbesondere im Rahmen der Sprachentwicklung können sich variantenreiche Erscheinungsformen von Unflüssigkeiten in den Sprechabläufen zeigen. Untersucht wurde die Urteilsgenauigkeit von DiagnostikerInnen bei der Identifizierung von Stottersymptomen in fremden Sprachen. Ähnlichkeiten oder Unterschiede zwischen der nicht vertrauten und der Muttersprache der UntersucherInnen haben in den Studien mal Einfluss, mal keinen Einfluss auf deren Urteilsgenauigkeit (Einarsdóttir & Ingham, 2009; Van Borsel, Leahy,

& Britto Pereira, 2008). Shenker (2011b) schlägt als Richtlinie für die fremdsprachige Stotterdiagnostik deshalb vor, innerhalb kurzer Intervalle identifizierte Stotterereignisse mit einer weiteren sprachkompetenten Person konsensuell abzustimmen. Die Ergebnisse dieser Abgleichprozesse wiederum helfen zu entscheiden, ob Unflüssigkeiten als Stottersymptome zu identifizieren sind oder beispielsweise in der mangelnden Kompetenz in der Zweitsprache des Kindes begründet liegen.

Der sukzessive und/oder simultane Mehrsprachenerwerb bei Kindern bringt Phänomene mit sich, die – selbst von in zwei Sprachen kompetenten DiagnostikerInnen – leicht zu Fehldiagnosen führen können: Linguistische Unsicherheiten, die sich in Pausen, Wiederholungen oder Füllwörtern auf die Sprechflüssigkeit auswirken, werden womöglich als Stottern identifiziert. Umgekehrt können Stottersymptome als Ausdruck einer verzögerten Entwicklung (in der Zweitsprache) missinterpretiert werden. Code-Mixing-Phänomene (Genesee, 2002) werden mal als Stotter-Coping-Strategien interpretiert (Karniol, 1992), mal werden sie als regulär für den kindlichen Mehrsprachenerwerb und als besonderes Potenzial der Kinder zur sprachlichen Expressivität verstanden (Lattermann & Shenker, 2005; Shenker, 2011b). Hilfestellungen für eine Differenzialdiagnostik gibt es nur wenige allgemeine. Mattes und Omark (1991, in Van Borsel et al., 2001) gehen nur dann von einem Stottern aus, wenn Unflüssigkeiten in beiden (allen) Sprachen auftreten. Watson und Kayser (1994, in Van Borsel et al., 2001) beurteilen Unflüssigkeiten dann als pathologisch, sofern sie von Sekundärsymptomen begleitet werden. Für Van Borsel et al. (2001) spielen hier kognitive und emotionale Faktoren sowie familiäre Dispositionen eine entscheidende Rolle (Bernstein Ratner, 2004). Scharff-Rethfeldt (2005) und Stalder (1998) stellen eine Untersuchung der Sprachkompetenzen (in Erst- und Zweitsprache) in den Vordergrund. Etwas konkretere Vorschläge hierzu liefert Shenker (2011b). Eine profunde Beurteilung der kindlichen Sprachfähigkeiten in beiden Sprachen

erachtet sie als essenziell. Dabei muss zwingend auf Personen zurückgegriffen werden, die mit den linguistischen und kulturellen Besonderheiten einer jeweiligen Sprache vertraut sind. Dazu gehört eine ausführliche Beschreibung des Mehrsprachenhintergrunds und seiner Genese sowie der Besonderheiten für jede einzelne Sprache: erster Kontakt, jeweiliger Sprachentwicklungsverlauf, Sprachdominanz, etwaige Verzögerungen, verschiedene Kontexte der Sprachverwendung (Ritterfeld & Lüke, 2011). Elterneinschätzungen zur kindlichen Sprachkompetenz können für verschiedene Modalitäten (z. B. Verständnis, Ausdruck, Sprachpräferenzen, Lesen) mittels Ratingskalen dokumentiert und mit eigenen klinischen Beobachtungen abgeglichen werden (Roberts & Shenker, 2007). Methodisch müsse, laut Shenker (2011b), die Sprach- und Stotterdiagnostik auf Proben von Gesprächen, lautem Lesen, Nacherzählungen und Bildbeschreibungen fundieren. Standardisierte Verfahren wie das SSI (Riley, 1994) seien in jedem Falle unzureichend (Shenker, 2011b) und bestenfalls für die Therapieverlaufskontrolle geeignet (Bernstein Ratner, 2004).

Es ist zu vermuten, dass viele PraktikerInnen mangels mehrsprachiger ExpertInnen für die Diagnostik auf mehrsprachige Familienangehörige zurückgreifen (müssen). Finn und Cordes (1997) weisen darauf hin, dass dies allerdings nicht unproblematisch ist. Lattermann & Shenker (2005) empfehlen deshalb eine differenzierte Schulung dieser Personen zur Identifizierung von Sprech(un)flüs-

KURZBIOGRAFIE

Katja Subellok ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet „Sprache und Kommunikation“ der Fakultät Rehabilitationswissenschaften an der TU Dortmund. Sie leitet das dortige Sprachtherapeutische Ambulatorium. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind selektiver Mutismus, Stottern, Beratungs- und Angehörigenarbeit, Therapedidaktik.

sigkeiten. Über diese bloßen Beurteilungen der Sprechleistungen hinaus können dennoch sprachliche und kulturelle Barrieren eine komplexe Anamneseerhebung und Eruiierung psychosozialer, familiärer Hintergründe des Stotterns (Kollbrunner, Fritschi, Zimmermann, & Seifert, 2010) enorm erschweren oder gar verunmöglichen.

Therapie

Für die logopädische Behandlung stotternder mehrsprachiger Kinder und den Therapieerfolg existieren in der Fachliteratur variantenreiche Empfehlungen und Aussagen, wie zum Beispiel Verzicht auf eine Sprache, Behandlung nur in der linguistisch komplexeren Sprache. Systematisch angelegte Studien, die Behandlungsmethoden und -verlauf, Erfolge und Generalisierungseffekte dokumentieren, gibt es für diese Klientel nur wenige. Häufig handelt es sich um Fallstudien, die von Shenker (2011b) referiert und mit der Hauptidee zusammengefasst werden, dass in den meisten Fällen eine in einer Sprache erlangte Sprechflüssigkeit auf die weitere nicht behandelte Sprache übertragen werden konnte (Humphrey & Shenker, 2008). Waheed-Khan (1998, in Van Borsel et al., 2001; Shenker, 2011b) erzielte in einer Vergleichsstudie zwischen je 20 mono- und bilingualen Kindern bei den mehrsprachigen erst dann mit den einsprachigen vergleichbare Erfolge, als Familienmitglieder als „speech helper“, Co-TherapeutInnen vergleichbar, angeleitet und in die Therapie einbezogen wurden. Diese HelferInnen lernen Sprech(un)flüssigkeiten einzuschätzen

und zu reflektieren, versorgen die Fachperson mit kulturell angemessenem Material, entwickeln gemeinsam mit ihr Hausaufgaben und schaffen einen Transfer in den Alltag. Von positiven Erfahrungen, zweisprachige Familienmitglieder in den Diagnostik- und Therapieprozess einzubeziehen, berichten ebenfalls Lattermann und Shenker (2005).

Vergleichsweise gute und zuverlässige Therapieerfolge bei jüngeren stotternden mehrsprachigen Kindern verspricht das Lidcombe-Programm (Lattermann, 2010; Lattermann, Neumann, & Euler, 2009; Onslow, Packman, & Harrison, 2003). Es handelt sich hierbei um ein verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept, das Eltern strukturiert anleitet, ihren Kindern im häuslichen und muttersprachlichen Kontext systematisch und dosiert verbale Rückmeldungen auf Stotterereignisse und stotterfreie Redeanteile anzubieten. Shenker (2011a) kommt in einer Synopse aller Lidcombe-Therapiestudien zur Konklusion, dass es keine Notwendigkeit in der Behandlung junger Kinder zum Verzicht auf eine Sprache gibt, um die Sprechflüssigkeit zu erhöhen, und eine Verbesserung von Sprechflüssigkeit niemals auf Kosten der Sprachentwicklung erfolge. Demzufolge könnte auch die Muttersprache des Kindes für die Sprachtherapie priorisiert werden, selbst wenn ein Therapeut ihrer nicht mächtig ist, denn Effekte werden sich in beiden Sprachen zeigen.

Zusammenfassend hält Shenker (2011b) für die Stotterbehandlung mehrsprachiger Kinder fest, dass TherapeutInnen grundsätzlich zu entscheiden haben, (1) in welcher Sprache behandelt wird, (2) wie und über welche Personen in dieser Sprache behandelt werden kann (Eltern, andere Personen, TherapeutIn selbst), (3) wie elterliche Wünsche und Ziele berücksichtigt werden können und (4) welche Behandlungsmethode den besten Erfolg für mehrsprachige Kinder verspricht. Sie plädiert weiter für eine Anpassung traditioneller Behandlungskonzepte im Hinblick auf (1) kulturell angemessenes Material, (2) muttersprachliche Instruktionen für Eltern, (3) die Verwendung von muttersprachli-

chen Therapiebeispielen im Audio- und Videoformat und (4) eine strukturierte Transferarbeit mit Übungsmöglichkeiten innerhalb relevanter mehrsprachiger Kontexte und Aktivitäten.

Für eine derartige „kultursensitive Sprachtherapie“ (Kreutzmann, 2008, S. 6) mit mehrsprachigen Familien liefert Kreutzmann hilfreiche Denkanstöße. Sie fokussiert die Entwicklung einer „interkulturellen Kompetenz“ (ebd.) der TherapeutInnen. Darunter wird eine wertfreie Selbst- und Fremdreflexion von Kultur verstanden, die auf einer verstehenden, wertschätzenden und akzeptierenden Haltung aufbaut. Wie wichtig die Berücksichtigung nicht nur sprachlicher, sondern ebenso kultureller Diversität gerade in der Stottertherapie sein kann, betont Shenker (2011b). Einmal sind Kinder aus anderen Kulturen neben dem Erwerb einer neuen Sprache mit vielfältigen psychosozialen Anforderungen konfrontiert, die ein Stottern begünstigen und aufrechterhalten können. Auch gilt es, die kulturspezifische Sicht von Eltern auf das Stottern und ihre Überzeugungen zu beleuchten, um deren Sorgen und Bedarfe zu verstehen. Familiäre kommunikative Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, schweigendes Verhalten und Gesten können ebenso wie die Art und Weise, Kinder zu loben, kulturell determiniert und deshalb essenziell für die Ausrichtung der Behandlung sein. Eltern sollen den Gewinn durch Mehrsprachigkeit erfassen und verstehen, dass sich die Sprechflüssigkeit ihres Kindes nur im Kontext ihrer eigenen Werte und Ansichten entwickeln kann. Weitere wertvolle therapeutische Anregungen und anschauliche Praxisbeispiele für die Arbeit mit stotternden Personen aus anderen Kulturen liefern Leith (1986), Finn & Cordes (1997) und Shames (1989).

Beratung

Empfehlungen für die Beratung der Eltern mehrsprachiger stotternder Kinder variieren in der Fachliteratur und werden kontrovers diskutiert. Häufig wird der Verzicht meist auf die nicht-dominante Sprache angeraten (Glück & Baumgartner, 2006), bis das Kind gute Kompetenzen in einer Sprache erlangt

KURZBIOGRAFIE

Stefanie Kamp studierte Rehabilitationspädagogik mit dem Schwerpunkt Sprachtherapie an der TU Dortmund. Sie ist leitende Sprachtherapeutin in einer Praxismgemeinschaft für Ergotherapie und Logopädie in Oberhausen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Sprachentwicklungsstörungen, Stottern bei (mehrsprachigen) Kindern und Dysphagie.

Tabelle 1: Items des Fragebogens mit einfacher Antwortmöglichkeit

Nr.		ja	teilweise	nein		k.A.
3	Mehrsprachige Kinder haben ein höheres Stotterisiko als monolinguale Kinder.					
4	Gerade frühe Mehrsprachigkeit führt zu einem höheren Stotter-Risiko.					
14	Sind Sie der Meinung, es müsse spezielle Therapie-Programme für mehrsprachige Kinder geben?					
		immer	manchmal	in Aus- nahme- fällen	nie	k. A.
11	Raten Sie den Eltern, beim Auftreten von Sprechunflüssigkeiten auf eine Sprache zu verzichten?					
12	Raten Sie Eltern, das Prinzip „Eine Person spricht eine Sprache mit dem Kind“ zu verfolgen?					
		genauso erfolgreich	erfolg- reicher	nicht so erfolgreich		k. A.
16	Die Therapie mit mehrsprachigen Kindern ist meistens wie/ als die Therapie mit Einsprachigen.					

Erfahrungswerte (dunklerer Hintergrund) und Einschätzungen (hellerer Hintergrund) der TherapeutInnen

hat und das Stotterisiko sich damit verringert (Howell et al., 2009). Lattermann und Shenker (2005) hingegen empfehlen Eltern stotternder Kinder, grundsätzlich in der Muttersprache zu kommunizieren und nur im Falle begleitender Sprachentwicklungsstörungen eine etwaige Sprachenvielfalt temporär zu reduzieren. Auch wird dieser Hinweis an selbst stotternde Eltern oder bei bekannter familiärer Stotterdisposition gegeben (Stahl & Totten, 1995, in Van Borsel, 2001). Nach dem Grammont-Prinzip (eine Person – eine Sprache) zu verfahren wird häufig Elternpaaren mit verschiedenen Muttersprachen angeraten. Die amerikanische „Stuttering Foundation“ empfiehlt Eltern in ihrer Broschüre „Stuttering and the Bilingual Child“ (vgl. Shenker, 2008), selbst möglichst auf ein Code-Mixing zu verzichten, doch es beim Kind zuzulassen und ein Feedback in nur einer Sprache zu geben. Damit unterscheiden sich die Ratschläge an Eltern stotternder mehrsprachiger Kinder grundsätzlich nicht von denen an mehrsprachige Familien im Allgemeinen. Wichtig ist, dass alle Hinweise an Eltern und Familien deren individuellen multilingualen und -kulturellen Konstellationen entsprechen (Harding & Riley, 1986; Scharff-Rethfeld, 2005; Wagner, 2009).

Praxiseinblick: informelle Befragung Methoden

Instrument: Die Datenerhebung erfolgte mittels einer Online-Umfrage mit Möglichkeiten zur Erfassung quantitativer und qualitativer Daten. Der konzipierte Ad-hoc-Fragebogen umfasste insgesamt 19 Fragen und verlangte circa 15 Minuten Bearbeitungszeit. Mit zwei Fragen (18 und 19) wurden personenbezogene Daten zur Berufserfahrung erhoben, zwei weitere (1 und 2) erfassten Zahlen und Daten der aktuell in den logopädischen Praxen behandelten mehrsprachigen stotternden Kinder und Jugendlichen (bis zum Alter von 17 Jahren). Der Kernteil des Bogens enthielt insgesamt 15 Fragen (3 bis 17). Sechs davon waren im Format mit nur einer Antwortmöglichkeit (Tab. 1), und für neun Fragen waren Mehrfachantworten möglich (Tab. 2). Jede der 15 Fragen bot zusätzlich eine offene Möglichkeit für ergänzende Kommentare der TeilnehmerInnen.

Die 15 Items im inhaltlichen Kernteil wurden in Anlehnung an die in der einschlägigen Fachliteratur benannten Erkenntnisse, Studienergebnisse, beschriebenen Problemlagen und Empfehlungen zur Diagnostik und Thera-

pie zum Themenkomplex „Stottern und Mehrsprachigkeit“ formuliert (Finn & Cordes, 1997; Grönke, 1998; Harding & Riley, 1986; Howell et al., 2009; Lattermann & Shenker, 2005; Leith, 1986; Nwokah, 1988; Scharff-Rethfeldt, 2005; Shames, 1989; Van Borsel et al., 2001; Wagner, 2009) und um eigene Entwürfe ergänzt. Gegliedert in drei Segmente, ging es bei sieben Fragen um subjektive *Einschätzungen* der TherapeutInnen und bei acht Fragen um ihre *Erfahrungswerte* zum Stottern bei Mehrsprachigkeit in den drei Bereichen Ätiologie und Phänomenologie (3 bis 6), Diagnostik (7 bis 10) sowie Therapie/Beratung (11 bis 17). Eine ausführliche Übersicht zur Fragenkonstruktion ist Vierkotten (2010) zu entnehmen.

Der Fragebogen beinhaltet umfassende Instruktionen und Verweise darauf, ob jeweils die *Erfahrungswerte* oder *Einschätzungen* der TherapeutInnen gefragt waren. Terminologisch wurde „Mehrsprachigkeit“ als „mit mehr als einer Sprache aufgewachsen“ umrissen und von „Einsprachigkeit“ als „mit nur einer Sprache aufgewachsen“ abgegrenzt. Bleibt diese Distinktion auch unscharf, so erscheint sie für eine Pilotstudie wie diese durchaus hinreichend.

Tabelle 2: Items des Fragebogens mit Mehrfachantwortmöglichkeiten

5	Welchen Aussagen stimmen Sie zu: Stottern bei Mehrsprachigkeit kommt zustande, ...	
	weil die Kinder auch anfangen würden zu stottern, wenn sie nicht mehrsprachig aufwachsen würden.	übergreifende Merkmale
	weil viele mehrsprachige Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte stammen und emotionale Instabilität zeigen.	
	weil viele mehrsprachige Kinder und Jugendliche aus Familien mit Einwanderungsgeschichte stammen und in ökonomischer Unsicherheit leben.	
	weil die Verarbeitung der verschiedenen Sprachen zur linguistischen Überforderung führt.	sprachliche Diversität
	weil die Kinder noch nicht genug Sprachkompetenz in ihrer Erstsprache aufbauen konnten.	
	weil die Kinder zu wenig Sprachkompetenz besitzen, um mehrere Sprachen zu verarbeiten.	
	weil linguistisch gemischte Äußerungen („Sprachen-Misch-Masch“) die Entwicklung von Stottern begünstigen.	
	weil mehrsprachige Kinder Schwierigkeiten beim Unterscheiden der Sprachen haben.	
	weil sich die Erstsprache und die Zweitsprache sehr unterscheiden und deshalb eine hohe Sprachkompetenz nötig ist.	kulturelle Diversität
	weil viele mehrsprachige Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte stammen und mit der neuen Situation nicht zurechtkommen.	
	weil die Kinder durch kulturelle Werte der Eltern überfordert sind.	
	weil viele mehrsprachige Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte stammen und unter Druck stehen, ihre Muttersprache nicht zu verlieren.	
6	Welchen Aussagen stimmen Sie zu: Die meisten stotternden mehrsprachigen Kinder und Jugendlichen ...	
	stottern nur in einer Sprache, und zwar in der nichtdeutschen Erstsprache.	
	stottern nur in einer Sprache, und zwar im Deutschen.	
	stottern in beiden/allen Sprachen mit den gleichen Symptomen und genauso häufig.	
	stottern in beiden/allen Sprachen mit den gleichen Symptomen, aber nicht mit der gleichen Häufigkeit.	
	stottern in beiden/allen Sprachen nicht mit den gleichen Symptomen, aber genauso häufig.	
7	Welchen Aussagen stimmen Sie zu: Bei stotternden mehrsprachigen Kindern ist eine Diagnostik in beiden Sprachen ...	
	notwendig.	
	erstrebenswert, aber nicht/nur schwer durchführbar.	
8	Führen Sie bei stotternden bilingualen Kindern und Jugendlichen eine Beurteilung der Redeflüssigkeit in der nichtdeutschen Erstsprache durch?	
	Ja, mithilfe von externen bilingualen TherapeutInnen.	
	Ja, mithilfe von bilingualen TherapeutInnen aus unserer Einrichtung.	
	Ja, mithilfe von externen Dolmetschern.	
	Ja, mithilfe von Einschätzungen von bilingualen Familienmitgliedern.	
	Ja, mithilfe von Einschätzungen des Kindes/Jugendlichen selbst.	
	Nein, externe Anbieter sprengen den finanziellen Rahmen.	
	Nein, die Sprachbarrieren zu den Familienmitgliedern sind oft zu hoch.	
	Nein, ich diagnostiziere nur im Deutschen, da ich auch nur im Deutschen therapieren kann.	

Tabelle 2: siehe Fortsetzung nächste Seite

Datenerhebung: Der Fragebogen wurde als Online-Version realisiert. Für die Stichprobe wurden mithilfe der Online-Therapeutensuche des Deutschen Bundesverbandes akademischer Sprachtherapeuten e. V. (www.dbs-ev.de) und des Deutschen Bundesverbandes für

Logopädie e. V. (www.dbl-ev.de) für den Großraum Ruhrgebiet 211 private sprachtherapeutische Praxen mit einer aktiven E-Mail-Kontaktadresse ermittelt. Das Ruhrgebiet beziehungsweise der Regionalverband Ruhr ist ein Zusammenschluss verschiedener Kreise, Städte

und Kommunen (www.metropol Ruhr.de) und durch eine hohe Bevölkerungsdichte geprägt. Im Jahr 2009 lebten hier rund 5,2 Millionen Menschen (Regionalverband Ruhr, 2012a), darunter etwa 556.000 Personen (10,7%) mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Regionalver-

9	Wie unterscheiden Sie physiologische Sprechunflüssigkeiten im Erwerb der deutschen Sprache (in der Regel Zweitsprache) von Stottersymptomen? Es handelt sich nicht mehr um physiologische Sprechunflüssigkeiten, ...	
	wenn die Sprechunflüssigkeiten in beiden Sprachen auftreten.	
	wenn das Kind/der Jugendliche Sekundärsymptome zeigt.	
	wenn das Kind/der Jugendliche ein Störungsbewusstsein zeigt.	
	wenn eine familiäre Disposition vorliegt.	
10	Überprüfen Sie in der Diagnostik von stotternden mehrsprachigen Kindern deren Spracherwerbskompetenzen?	
	Ich überprüfe grundsätzlich die Sprachkompetenz in der Erstsprache und im Deutschen.	
	Ich überprüfe im Rahmen der Diagnostik die Sprachkompetenz im Deutschen.	
	Sollte ich während der Therapie merken, dass es sprachliche Auffälligkeiten gibt, führe ich eine Diagnostik in diesem Bereich durch.	
	Ich konzentriere mich lediglich auf die Diagnostik und Therapie der Stottersymptome.	
13	Welchen Aussagen stimmen Sie zu: Eine mehrsprachige Therapie für stotternde mehrsprachige Kinder und Jugendliche ist ...	
	notwendig.	
	erstrebenswert, aber nicht/nur schwer durchführbar.	
	nicht notwendig.	
15	Inwieweit beziehen Sie mehrsprachige Familienmitglieder in die Therapie ein?	
	Ein mehrsprachiges Familienmitglied ist in jeder Therapiesitzung anwesend.	
	Ein mehrsprachiges Familienmitglied nimmt an Teilen der Therapie teil.	
	Ein mehrsprachiges Familienmitglied wird im Rahmen der Elternarbeit regelmäßig zum Gespräch eingeladen.	
	Leider ist eine intensive Elternarbeit aufgrund von Sprachbarrieren nicht möglich.	
17	Welche Besonderheiten begegnen Ihnen in der Elternarbeit von mehrsprachigen stotternden Kindern und Jugendlichen?	
	Sprachbarrieren	Sprache
	Rollenverständnis Mann vs. Frau	kulturelle Diversität
	Rollenverständnis Erwachsene vs. Kinder	
	Distanz vs. Nähe	
	Offenheit vs. Verschwiegenheit	
	Erziehungsstil	
	Probleme bei der Enttabuisierung des Stotterns	stotterspezifische Faktoren
	Gelassenheit im Umgang mit dem Stottern	
	Probleme im Umgang mit dem Stottern	
	motivierte Mitarbeit/Zuverlässigkeit der Familien	Einstellungen zur Therapie
	Motivationslosigkeit/Unzuverlässigkeit der Familien	
	Delegieren der Verantwortung an die/den TherapeutIn	

Erfahrungswerte (dunklerer Hintergrund) und Einschätzungen (hellerer Hintergrund) der TherapeutInnen

band Ruhr, 2012b). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit einem circa 8,2-prozentigen Anteil ausländischer MitbürgerInnen (ebd.) handelt es sich um ein Gebiet mit einer höheren Dichte von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und folglich auch zu vermutender Mehrsprachigkeit.

Die 211 logopädischen Praxen wurden per Mailanschriften mit Link zum Fragebogen zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Der Link war insgesamt 29 Tage aktiv. Die zu erwartende Stich-

probe blieb damit anfällig, das heißt, dass alle gewonnenen Daten nur implizit vergleichbar und nicht verallgemeinerbar sind.

Stichprobe: Insgesamt sind 42 TherapeutInnen von 211 eingeladenen logopädischen Praxen der Umfrage gefolgt. Nur die Daten von 33 vollständig ausgefüllten Bögen sind in die Analyse eingeflossen. Die Rücklaufquote für komplett bearbeitete Bögen liegt damit bei 15,6 Prozent. Zwei Drittel der 33 TeilnehmerInnen sind erfahrenere KlinikerIn-

nen mit einer mehr als sechsjährigen Berufspraxis (Abb. 1). 82 Prozent (n=27) der Befragten haben bereits mit stotternden mehrsprachigen Kindern oder Jugendlichen gearbeitet.

Auswertung: Die Daten wurden deskriptiv-statistisch ausgewertet und im Hinblick auf die Stichprobe – ebenfalls deskriptiv – differenziell betrachtet. Zum einen wurden die Daten der beruflichen NovizInnen mit denen der erfahrenen KlinikerInnen verglichen. In einer zweiten Betrachtung wurden die Daten der

TherapeutInnen, die auf Erfahrungen mit stotternden mehrsprachigen Kindern und Jugendlichen zurückgreifen können, den Daten von Fachpersonen ohne klinische Expertise in diesem Bereich gegenübergestellt. Nur für sehr wenige Items zeigten sich minimalste Differenzen zwischen diesen Gruppen. Da sich eine essenzielle Beeinflussung des Gesamtbildes nicht anzeigte, wurde im Weiteren nur die Gesamtstichprobe der 33 TherapeutInnen betrachtet. Ebenso bleiben die nur vereinzelt Anmerkungen der TeilnehmerInnen innerhalb der offenen Antwortformate unberücksichtigt.

Ergebnisse

Die gewonnenen Daten beinhalten neben konkreten Fakten (Fragen 1 und 2) sowohl subjektive Einschätzungen der TherapeutInnen wie auch deren konkrete Erfahrungen aus der klinischen Arbeit mit mehrsprachigen stotternden Kindern und Jugendlichen. In der folgenden Ergebnisdokumentation wird jeweils auf diese Spezifizierung (Fakten, Einschätzungen oder Erfahrungswerte) verwiesen. Einen Überblick geben die Tabellen 1 und 2.

Stotternde mehrsprachige Kinder und Jugendliche in logopädischen Praxen (Fakten)

Zum Erhebungszeitpunkt werden von den teilnehmenden TherapeutInnen (n=33) in logopädischen Praxen 105 stotternde Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 17 Jahren behandelt. Davon sind 55 Personen (52%) einsprachig, die anderen 50 (48%) wachsen mit mehreren Sprachen auf. Nach Kenntnis der TherapeutInnen erwarben 70 Prozent der mehrsprachigen Stotternden bereits von Geburt an simultan eine zweite oder dritte Sprache, 24 Prozent waren mit einer zweiten Sprache erst sukzessive zu einem späteren Zeitpunkt konfrontiert und bei sechs Prozent war der Zeitpunkt unbekannt.

Ätiologie und Risikofaktoren (Einschätzungen)

Circa die Hälfte der Befragten (52%) glaubt nicht, dass ein mehrsprachiges

Aufwachsen an sich ein erhöhtes Stotterisiko für die Kinder mit sich bringe, allerdings können es sich 42 Prozent teilweise vorstellen. Noch weniger (73% verneinen dies) wird in einer frühen Mehrsprachigkeit ein Risikofaktor für die Entwicklung des Stotterns vermutet, für 18 Prozent wäre dies teilweise vorstellbar. Nur sechs Prozent der TeilnehmerInnen betrachten eine Mehrsprachigkeit an sich und neun Prozent eine frühe Mehrsprachigkeit im Speziellen als Risikofaktor für die Entwicklung von Stottern.

Darüber hinaus wurden die TherapeutInnen nach Faktoren gefragt, die ihrer Einschätzung nach ein Stottern bei Mehrsprachigkeit im Allgemeinen begünstigen können. Am häufigsten wird die Aussage „Stottern bei Mehrsprachigkeit kommt zustande ...“ durch die Antwortmöglichkeit „..., weil die Kinder auch anfangen würden zu stottern, wenn sie nicht bilingual aufwachsen würden“ ergänzt (Abb. 2). Ansonsten werden in den Bereichen sprachlicher und kultureller Diversität mögliche Begünstigungsfaktoren vermutet.

Merkmale des Stotterns (Einschätzungen)

Bis auf eine Ausnahme (3%) stimmen alle anderen TherapeutInnen den Aussagen zu, dass die Stottersymptomatik

bei den meisten der mehrsprachigen Kinder und Jugendlichen nicht nur in einer, sondern in beiden beziehungsweise mehreren Sprachen in Erscheinung tritt. Dabei wird geringfügig weniger von einer identischen (45%) als von einer ungleichen (52%) Quantität (Häufigkeit) und Qualität (Art) der Symptomatik in beiden Sprachen ausgegangen. Eher unterscheidet sich die Stottersymptomatik hinsichtlich ihrer Quantität (n=13) als hinsichtlich ihrer Qualität (n=4) oder beidem (n=3) (Mehrfachnennungen möglich).

Diagnostik (Einschätzungen und Erfahrungswerte)

In den meisten Fällen wird eine Stotterdiagnostik in beiden Sprachen durchgeführt (Abb. 3). Am häufigsten greifen die TherapeutInnen dabei auf die Einschätzung von mehrsprachigen Familienangehörigen (n=24) oder die Bewertung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen selbst (n=18) zurück. Insgesamt 13 Nennungen legen nahe, dass keine Stotterdiagnostik in beiden Sprachen erfolgt (Erfahrungswerte).

Eine Überprüfung der Spracherwerbskompetenzen führen 19 von 33 TherapeutInnen in der deutschen Sprache und neun TherapeutInnen in der deutschen und der Erstsprache der Kinder durch. Dreizehn von 33 Fachpersonen inten-

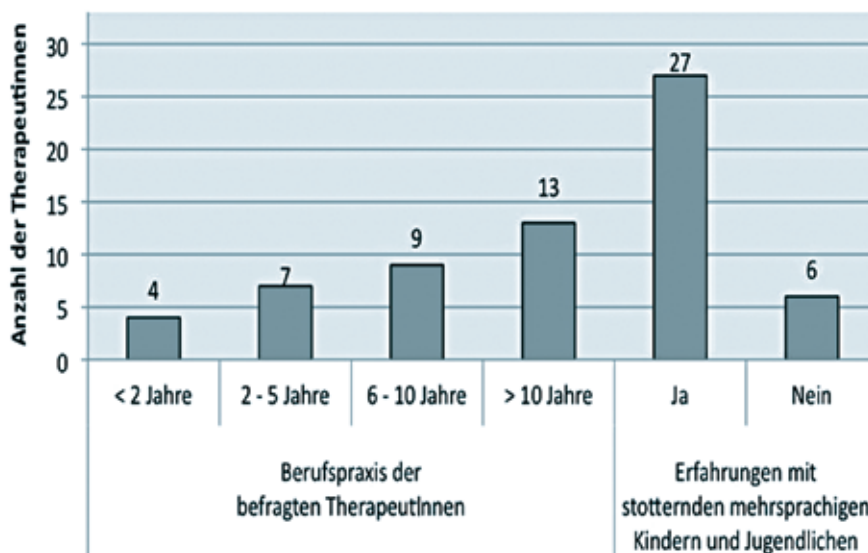


Abbildung 1: Merkmale der Stichprobe (n=33)

sivieren die Überprüfung, falls sie im Therapieverlauf auf Defizite aufmerksam werden. Zwei von 33 Befragten konzentrieren sich bei der Diagnostik ausschließlich auf die Stottersymptomatik (Erfahrungswerte).

Eine Unterscheidung von entwicklungsbedingten Sprechunflüssigkeiten und einer Stottersymptomatik in der deutschen Zweitsprache erfolgt für die TherapeutInnen maßgeblich über zwei Wege: Das Auftreten von Sekundärsymptomen ($n=31$) und/oder ein vermutetes Störungsbewusstsein ($n=27$) sprechen eher für ein Stottern. Nur in geringerem Maße werden familiäre Dispositionen ($n=12$) oder das Auftreten der Unflüssigkeiten in beiden Sprachen ($n=5$) beachtet (Erfahrungswerte).

Therapie (Einschätzungen und Erfahrungswerte)

Gefragt nach der Relevanz einer mehrsprachigen Therapie, halten viele der TherapeutInnen diese zwar für erstrebenswert, doch ähnlich wie eine mehrsprachige Diagnostik für gar nicht oder nur schwer durchführbar. Im Vergleich der Einschätzungen zur Notwendigkeit einer mehrsprachigen Diagnostik und Therapie wird deutlich, dass eine Diagnostik in mehreren Sprachen als notwendiger und erstrebenswerter erachtet wird als eine mehrsprachige Stottertherapie (Abb. 4) (Einschätzungen).

Am häufigsten wird von den Befragten die Position vertreten, dass es keine speziellen Programme für eine mehrsprachige Therapie geben müsse ($n=16$); und nur wenige sind der Meinung, dass diese teilweise erforderlich seien ($n=7$) (Einschätzungen). Den Therapieerfolg bei mehrsprachigen im Vergleich zu monolingualen stotternden Kindern und Jugendlichen sehen 61 Prozent der TherapeutInnen ($n=20$) als genauso und nur 12 Prozent ($n=4$) als weniger erfolgreich. 27 Prozent ($n=9$) machen dazu keine Angaben, zwei dieser Personen sind noch ohne Erfahrungen mit dieser Klientel (Erfahrungswerte).

Die Frage, inwieweit mehrsprachige Familienmitglieder de facto in die Stottertherapie einbezogen werden, beantworten fast alle TherapeutInnen positiv.

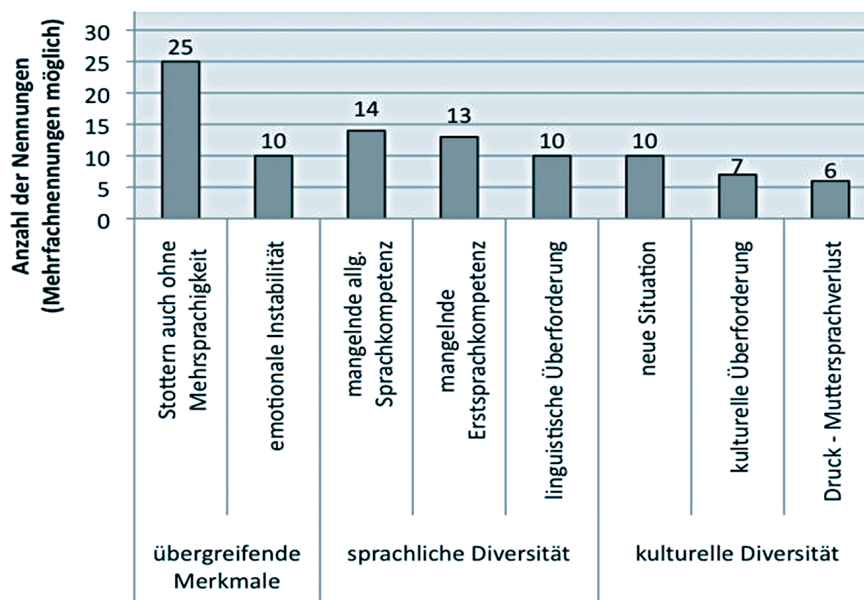


Abbildung 2: Begünstigende Faktoren für die Entwicklung des Stotterns bei Mehrsprachigkeit ($n=33$) (Einschätzungen)

Der Einbezug erfolgt in 30 Fällen in Form von regelmäßigen Gesprächen. In elf Fällen sind Angehörige partiell bei der Therapie anwesend. Sieben TherapeutInnen geben an, dass eine intensivere Elternarbeit aufgrund hoher Sprachbarrieren nicht möglich sei (Erfahrungswerte).

Die Empfehlung an Angehörige, aufgrund einer Stottersymptomatik auf eine Sprache zu verzichten, wird kaum gegeben (Abb. 5). Häufiger hingegen raten die TherapeutInnen den Eltern, nach dem Grammont-Prinzip zu verfahren, sodass jeweils eine Bezugsperson nur eine Sprache mit dem Kind spricht (Erfahrungswerte).

Beratung (Erfahrungswerte)

Die TherapeutInnen sehen sich in der Arbeit mit mehrsprachigen Angehörigen mit Spezifika konfrontiert. Sprachliche Barrieren dominieren im Ergebnis ($n=26$, 79% aller Befragten). Doch es werden auch kulturelle Unterschiede, stotterspezifische Faktoren und Einstellungen der Eltern zur Therapie häufig als Besonderheit der Therapie benannt (Abb. 6).

Diskussion

Bei der Klientel der mehrsprachigen stotternden Kinder und Jugendlichen handelt es sich um eine nicht zu vernachlässigende Größenordnung, die in logopädischen Praxen zu erwarten ist.

Zum aktuellen Erhebungszeitpunkt wurden insgesamt 105 stotternde Kinder und Jugendliche bis zu 17 Jahren von 27 TherapeutInnen – sechs TherapeutInnen haben keine Erfahrung mit dieser Klientel – behandelt. 52 Prozent von ihnen sind einsprachig, 48 Prozent mehrsprachig. Lücke & Ritterfeld (2011) betrachteten im Rahmen einer „Bestandsaufnahme“ mehrsprachiger Kinder in sprachtherapeutischen Praxen (gesamtes Bundesgebiet) insgesamt 6912 Kinder mit 7251 logopädischen Diagnosen. Circa 57 Prozent waren monolingual und circa 43 Prozent mehrsprachig. Prozentual ermittelten sie einen Anteil von 5,4 Prozent einsprachigen und 4,5 Prozent mehrsprachigen Kindern mit einer Redeflussstörung, wobei der Unterschied zwischen Ein- und Mehrsprachigkeit – anders als bei der Gruppe mit umschriebener Sprachentwicklungsstörung (USES) oder defizitärer Aussprachefähigkeit – nicht signifikant ist.

Im Vergleich zu diesen Daten weist die

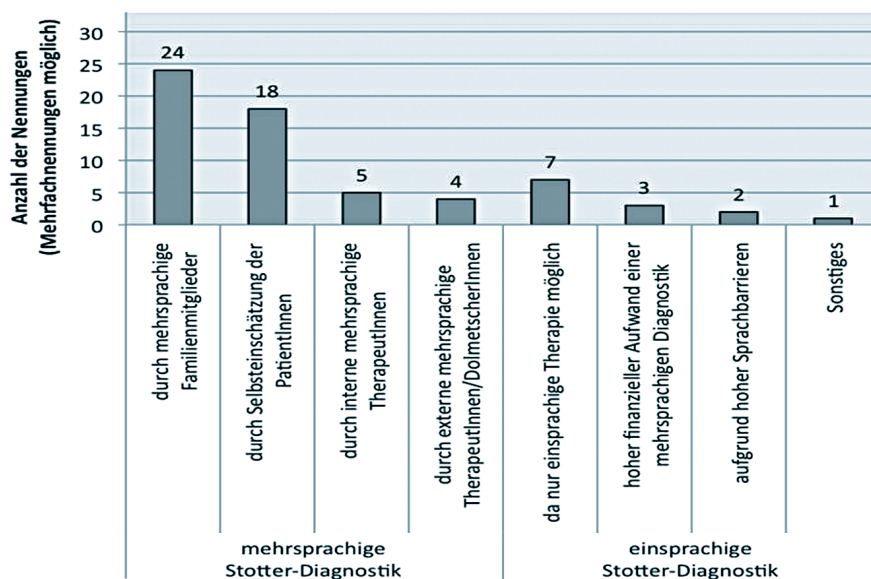


Abbildung 3: Gestaltung der Diagnostik (n=33) (Erfahrungswerte)

vorliegende Studie relational geringfügig mehr mehrsprachige als einsprachige Kinder sowie mehr mehrsprachig stotternde Kinder als einsprachig stotternde Kinder aus. Da jedoch Daten aktuell behandelter Klientel in den Praxen mit anderen logopädischen Diagnosen nicht erhoben wurden, können direkte Vergleiche nicht greifen. Die tendenziellen Unterschiede sind am ehesten durch eine angenommene Selbstselektivität der Stichprobe (geringer Rücklauf) und die vergleichsweise höhere Dichte mehr-

sprachiger Mitbürger im Zielgebiet der Studie zu erklären. Die Daten können ebenso keine epidemiologischen Hinweise auf eine (vermeintlich) höhere Vulnerabilität mehrsprachiger Kinder für die Entwicklung einer Redeflussstörung liefern (Howell et al., 2009). Wohl aber zeigen die identifizierten stotternden mehrsprachigen Kinder und Jugendlichen an, dass es sich bei dieser Klientel um eine nicht zu vernachlässigende Größenordnung handelt, die in der klinischen Praxis zu erwarten

ist. Dem steht gegenüber, dass derzeit – international – noch kaum spezifische diagnostisch-therapeutische Konzeptionen zur Verfügung stehen (Shenker, 2011b; Van Borsel, 2011).

Begünstigende Faktoren für die Entwicklung von Redeunflüssigkeiten bei mehrsprachigen Kindern werden tendenziell eher in übergreifenden als in sprachlichen und kulturellen Merkmalen gesehen. Mehrsprachigkeit an sich wird tendenziell eher nicht als erhöhter Risikofaktor eingeschätzt.

Was die TherapeutInnen in ihren subjektiven Einschätzungen zum Ausdruck bringen, bleibt in der aktuellen Forschungslage noch offen. Prävalenzraten für mehrsprachige stotternde Kinder existieren nicht (Van Borsel, 2011). Mal wird von vergleichbaren Prävalenzen für ein- und mehrsprachige Kinder ausgegangen (Au-Yeung et al., 2000, in Van Borsel, 2011), mal erscheinen mehrsprachige Kinder vulnerabler als ihre einsprachigen Altersgenossen (Howell et al., 2009). Während in der Fachliteratur eher in einer frühen (als in einer späteren) Mehrsprachigkeit ein Risikofaktor gesehen wird (Au-Yeung et al., 2000, in Van Borsel, 2011), schätzen die befragten TherapeutInnen das Stotterisiko bei einer frühen Mehrsprachigkeit tendenziell geringer als bei einer Mehrsprachigkeit an sich ein.

Interessant erscheint allerdings die Annahme eines Großteils der Befragten, dass die Kinder „auch anfangen würden zu stottern, wenn sie nicht mehrsprachig aufwachsen würden“. Hier kann vermutet werden, dass psychogene Einflüsse (wie emotionale Instabilität) als Risikofaktoren stärker als sprachliche gewichtet werden. Offen bleibt dabei, inwieweit die komplexen Zusammenhänge von Mehrsprachigkeit, Spracherwerb und Redeunflüssigkeiten von den KlinikerInnen reflektiert werden.

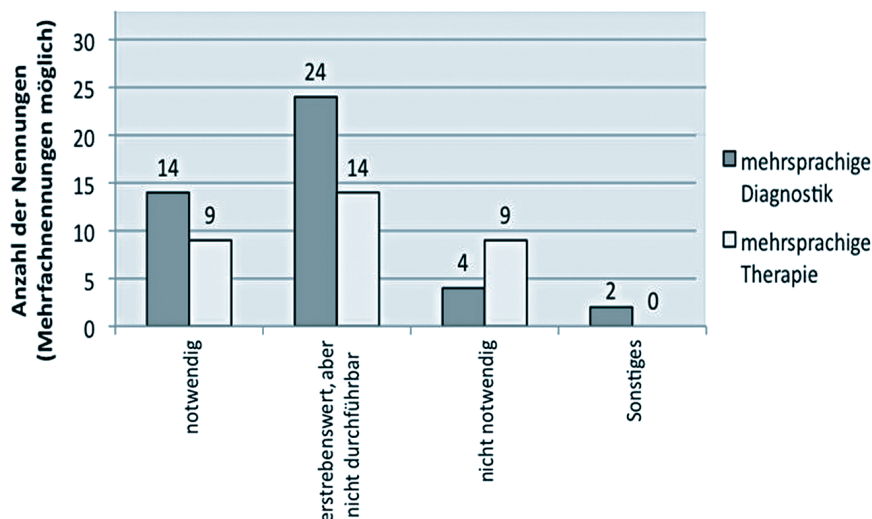


Abbildung 4: Einschätzungen zur Notwendigkeit einer mehrsprachigen Diagnostik und Therapie (n=33)

Für den Bereich der Diagnostik scheint eine praxeologische Pragmatik zu greifen. Zwar wird eine differenzierte mehrsprachige Stotterdiagnostik durchaus als erstrebenswert erachtet, doch im Alltag kaum durch Fachpersonen realisiert. Eine mehrsprachige Stotterdiagnostik

wird in der Praxis größtenteils zwar durchgeführt. Meistens erfolgt sie allerdings über Familienangehörige oder Einschätzungen der Betroffenen selbst. Wie auch erwartet, stehen in den Praxen kaum mehrsprachige Fachpersonen für eine professionelle Diagnostik zur Verfügung. Der Rückgriff auf Familienangehörige ist deshalb naheliegend. Die Qualität und Differenziertheit der Diagnostik bleibt damit offen. In immerhin sieben Fällen wird der Verzicht auf eine mehrsprachige Diagnostik propagiert, weil auch nur eine einsprachige Therapie möglich sei.

Unklar bleibt, auf welcher Basis die TherapeutInnen ihre differenzierteren Einschätzungen zur Merkmalsausprägung der Stottersymptomatik in beiden Sprachen vornehmen, da sie für die Diagnostik größtenteils auf Laien zurückgreifen. Beurteilungen der Symptomatik sind selbst für erfahrene DiagnostikerInnen nicht immer einfach (Bernstein Ratner, 2004). Bis auf eine Ausnahme gehen alle befragten TherapeutInnen davon aus, dass – wie auch in der Fachliteratur mehrheitlich beschrieben – die Stottersymptomatik in beiden Sprachen auftritt (Roberts, 2010), aber hinsichtlich Quantität und/oder Qualität stark variieren kann (Tsai et al., 2011). Die Befragten geben weiter an, dass sich die Stottersymptomatik eher in ihrer Quantität als in der Qualität in den Sprachen unterscheidet. Offen bleibt hier, ob es sich um tatsächliche Erfahrungswerte der Befragten oder lediglich um deren – mehr oder weniger theoriegestützte – Einschätzungen handelt.

Wenn – wie in den meisten Fällen – die Spracherwerbskompetenzen überprüft werden, dann erfolgt dies mehrheitlich nur in der deutschen Sprache. Dies kann verschiedene Gründe haben. Stehen Familienangehörige für eine Beurteilung der Stottersymptome in der nichtdeutschen Sprache noch eher zur Verfügung, so können von ihnen keine zuverlässigen Aussagen über die Sprachkompetenzen ihres Kindes erwartet werden. Es ist auch fraglich, inwieweit sich die deutschsprachigen TherapeutInnen auf die Anhaltspunkte für den Einbezug von Eltern in die Diagnostik beziehen, wie sie beispielsweise Roberts und

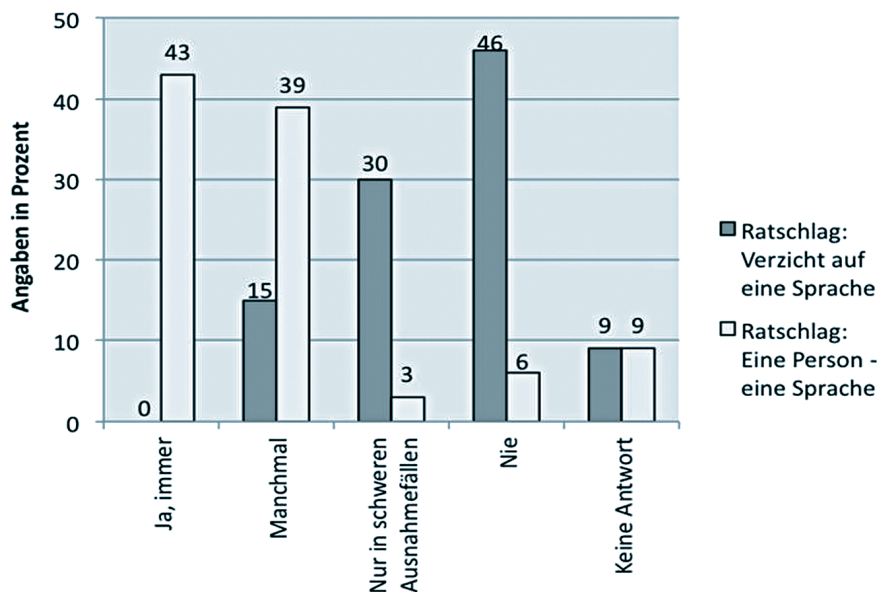


Abbildung 5: Therapeutische Empfehlungen an Eltern (n=33) (Erfahrungswerte)

Shenker (2007) oder Shenker (2011b) vorschlagen. Außerdem bedarf es einer aufwendigen Kombination mehrerer diagnostischer Verfahren, um zuverlässige Aussagen über die sprachlichen Kompetenzen mehrsprachiger Kinder treffen zu können (Asbrock, Ferguson, & Hoheiser-Thiel, 2011; Lüke & Ritterfeld, 2011). Damit kann zumindest erklärt und vermutet werden, warum der klinische Alltag – wie er sich in dieser Studie abbildet – entfernt von

der (theoretischen) Forderung erscheint, wonach für stotternde mehrsprachige Kinder eine differenzierte Sprachentwicklungsdiagnostik in beiden Sprachen als zwingend notwendig erachtet wird (Shenker, 2011b).

Spezifische Konzepte für die Behandlung stotternder mehrsprachiger Kinder und Jugendlicher werden mehrheitlich nicht als erforderlich erachtet. Es kann hier vermutet werden, dass sich die Thera-

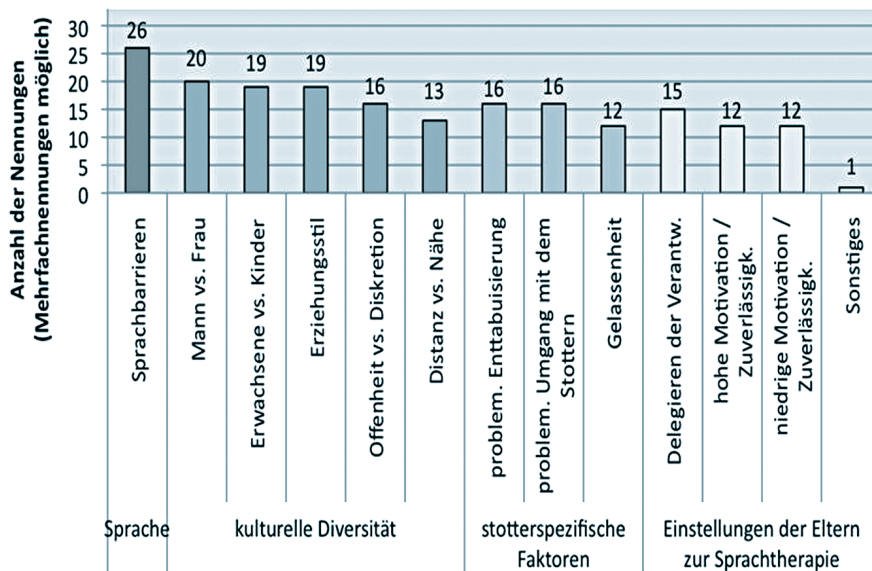


Abbildung 6: Besonderheiten der Elternarbeit (n=33) (Erfahrungswerte)

peutInnen durchaus handlungsfähig in der Behandlung dieser Klientel fühlen. Es fällt auf, dass von der Mehrheit der TherapeutInnen spezielle Therapiekonzeptionen für stotternde mehrsprachige Kinder nicht als erforderlich erachtet werden. Hingegen wird deren Entwicklung in der Fachliteratur als Desiderat benannt (Shenker, 2011b; Van Borsel, 2011). Offensichtlich orientieren sich die KlinikerInnen an herkömmlichen deutschen Materialien und Vorgehensweisen, und die meisten geben an, damit bei mehrsprachigen Kindern vergleichbare Therapieerfolge wie bei einsprachigen zu erlangen. Erreichte Sprechflüssigkeiten in der einen Sprache können in den meisten Fällen auf die nicht behandelte Sprache transferiert werden (Shenker, 2011b). Insofern erscheint das Vorgehen durchaus zielführend. Inwieweit Erfolge noch verbessert werden könnten, wenn kulturelle Spezika berücksichtigt (Shenker, 2011b) und/oder Familienangehörige in die Therapie einbezogen würden (Lattermann & Shenker, 2005; Waheed-Khan, 1998, in Van Borsel et al., 2001), bleibt offen. Ein Einbezug von Angehörigen erfolgt nach Angabe der TherapeutInnen in nahezu allen Fällen. In welcher Form und Intensität Angehörige therapeutisch mitwirken (können), bleibt insbesondere vor dem Hintergrund häufig genannter Sprachbarrieren zwischen Eltern und TherapeutInnen ungeklärt. Dass die Befragten grundsätzlich bereits über Kompetenzen und Wissen für die Behandlung mehrsprachiger Kinder verfügen, lässt sich aus ihren Empfehlungen an Eltern vermuten: Kaum wird der Verzicht auf eine Sprache angeraten. Häufiger wird hingegen der Ratschlag erteilt, nach dem Grammont-Prinzip (eine Person – eine Sprache) zu verfahren. Wie spezifisch ihre Kompetenzen für die Behandlung mehrsprachiger stotternder Kinder und die Beratung ausgebildet sind, lässt sich aus der Untersuchung nicht unmittelbar erschließen.

Eine mehrsprachige Stotterdiagnostik wird von den befragten TherapeutInnen tendenziell als notwendiger und erstrebenswerter eingeschätzt als eine mehrsprachige Therapie.

Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund weiterer Forschungsdaten erklärbar, wonach SprachtherapeutInnen sich insbesondere in der Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern unsicher fühlen (Triarchi-Herrmann, 2009). Auch fanden Lücke & Ritterfeld (2011), dass sich TherapeutInnen in der Elternberatung und Therapie mehrsprachiger Kinder im Durchschnitt kompetenter erleben als in der Diagnostik. Das eigene Kompetenzerleben ist dabei lediglich durch die eigene Mehrsprachigkeit oder durch eine eigenmotivierte Beschäftigung mit der Thematik, nicht jedoch durch andere, äußere Faktoren (wie z. B. Fortbildungen, Berufsjahre, Erfahrungen mit Mehrsprachigkeit) vorhersehbar. Mit der vorliegenden Studie wurden das eigene Kompetenzerleben wie auch ein eigener mehrsprachiger Hintergrund nicht erfasst. Deswegen bleiben die vermuteten Zusammenhänge vage.

Schlussgedanken

Die übersichtliche Studie gewährt einen kleinen (subjektiven) Einblick in den Praxisalltag, nicht mehr und nicht weniger. Ihre Aussagekraft ist begrenzt, die Verallgemeinerung der Daten unzulässig. Die befragten KlinikerInnen scheinen sich der besonderen Herausforderung, stotternde mehrsprachige Kinder in der eigenen Praxis zu behandeln, zu stellen und ihr alltagspragmatisch mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu begegnen. Das ist eine gute Nachricht. Optimierungen der Situation und Erkenntnisgewinn bleiben – wie so häufig – auszubauen. Dafür gibt es viele Ansatzpunkte und Desiderate: mehr empirische Forschung, mehr diagnostische und therapeutische Konzeptionen, mehr Fortbildungen für KlinikerInnen, eine bessere Ausbildung für angehende LogopädinInnen/SprachtherapeutInnen et cetera. Das ist bekannt; immer und konsequent werden diese Schlussfolgerungen aus Studienergebnissen und Reviews gezogen. Die Verantwortung wird an die Wissenschaft (zurück) delegiert, und sicherlich hat diese auch ihren Beitrag zu leisten. Sie kann aber auch nur Mittel zum Zweck sein. Darüber hinaus ist jede Fachperson

aufgefordert, sich mit ihren Vor- und Einstellungen zu Mehrsprachigkeit und Multikulturalität zu disponieren. Das ist die Basis einer interkulturellen Kompetenz (Kreutzmann, 2008) und professionellen Perspektive, mittels deren wissenschaftliche Erkenntnisse gewinnbringend rezipiert und zur Anwendung gebracht werden. Auch wenn der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn der präsentierten Studie überschaubar ist, so kann sie in diesem Sinne für Mehrsprachigkeit und Multikulturalität (bei stotternden Kindern und Jugendlichen) sensibilisieren und zielführende Impulse zur Reflexion geben, wie der Kommentar einer Teilnehmerin nahelegt: „Habe ich bislang nicht berücksichtigt, kann aber auch ein interessanter Aspekt sein!“ (Vierkotten, 2010, S. 112).

Literatur

- Ahrenholz, B. (2008). Zum Zweitspracherwerb bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – Forschungsstand und Desiderate. In C. Allemann-Ghionda & S. Pfeiffer (Hrsg.), *Bildungserfolg, Migration und Zweisprachigkeit – Perspektiven für Forschung und Entwicklung* (S. 45–56). Berlin: Frank & Timme.
- Allemann-Ghionda, C. (2008). Zweisprachigkeit und Bildungserfolg der Migrantenkinder vor dem Hintergrund europäischer Mehrsprachigkeit. In C. Allemann-Ghionda & S. Pfeiffer (Hrsg.), *Bildungserfolg, Migration und Zweisprachigkeit – Perspektiven für Forschung und Entwicklung* (S. 23–44). Berlin: Frank & Timme.
- Asbrock, D., Ferguson, C., & Hoheiser-Thiel, N. (2011). *Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Vorschulkindern – ein Praxisleitfaden*. Köln: ProLog.
- Bhatia, T. K. & Ritchie, W. C. (2004). Introduction. In T. K. Bhatia, & W. C. Ritchie (Hrsg.), *The Handbook of Bilingualism* (S. 1–2). Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.
- Bernstein Ratner, N. (2004). Fluency and stuttering in bilingual children. In B. Goldstein (Hrsg.), *Bilingual Language Development and Disorders in Spanish-English Speakers* (S. 287–310). Baltimore: Brookes.
- Chilla, S., Rothweiler, M., & Babur, E. (2010). *Kindliche Mehrsprachigkeit: Grundlagen – Störungen – Diagnostik*. München: Reinhardt.
- Dollaghan, C. A. & Horner, E. A. (2011). Bilingual language assessment: a meta-analysis of diagnostic accuracy. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 54, 1077–1088.
- Einarsdóttir, J. & Ingham, R. J. (2009). Does language influence the accuracy of judgments of stuttering in children? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 766–779.
- 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 V. Cook (Hrsg.), *Portrait of the L2 User* (S. 170-196). New York: Multilingual Matters.
- Glück, C. W. & Baumgartner, S. (2006). Stottern. In J. Siegmüller & H. Bartels (Hrsg.), *Leitfaden Sprache-Sprechen-Schlucken-Stimme* (S. 418-433). München: Elsevier.
- Grönke, O. (1998). Interkultureller Dialog mit türkischen Migrantenfamilien in logopädischen Praxen. *Forum Logopädie*, 12 (5), 17-20.
- Harding, E. & Riley, P. (1986). *The Bilingual Family. A Handbook for Parents*. Cambridge [u. a.]: Cambridge University Press.
- Howell, P., Davis, S., & Williams, R. (2009). The effects of bilingualism on stuttering during late childhood. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 42-46.
- Howell, P. & Van Borsel, J. (2011). Fluency disorders and language diversity: Lessons learned and future directions. In P. Howell & J. Van Borsel (Hrsg.), *Multilingual Aspects of Fluency Disorders* (S. 372-385). Bristol: Multilingual Matters.
- Humphrey, B. & Shenker, R. C. (2008). *Stuttering and bilingualism in children and adults*. Paper presented for the International Stuttering Awareness Day. Verfügbar unter <http://www.mnsu.edu/comdis/isad13/papers/shenker11.html>.
- John, B. (2010). *Pressestatement anlässlich der Präsentation des ersten Berichts zur Bildungssituation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland*. Verfügbar unter http://paritaet-bw.de/content/e5003/PDF/Pressemitteilungen/statement_john_sperffrist_web.pdf.
- Jordaan, H. (2008). Clinical intervention for bilingual children: An international survey. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 60, 97-105.
- Karniol, R. (1992). Stuttering out of bilingualism. *First Language*, 12, 255-283.
- Kollbrunner, J., Fritsch, S., Zimmermann, A., & Seifert, E. (2010). Der Stellenwert psychosozialer und familiendynamischer Konzepte in der Behandlung des Stotterns. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 18, 96-109.
- Kreutzmann, S. (2008). Individuelle und institutionelle Aufgaben auf dem Weg zu einer „Kultursensitiven Sprachtherapie“. *Forum Logopädie*, 22 (3), 6-9.
- Lattermann, C. (2010). *Das Lidcombe-Programm zur Behandlung frühkindlichen Stotterns*. Neuss: Natke.
- Lattermann, C., Neumann, K., & Euler, H. (2009). Das Lidcombe-Programm. Ein Interventionsverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns – auch für deutschsprachige Kinder. *Forum Logopädie*, 23 (2), 16-23.
- Lattermann, C. & Shenker, R. (2005). Bilingualität und kindliche Redeflussstörungen – müssen wir wirklich auf eine Sprache verzichten? *Forum Logopädie*, 19 (3), 12-16.
- Leith, W. R. (1986). Treating the stuttermers with atypical cultural influences. In K. O. St. Louis (Hrsg.), *The Atypical Stutterer* (S. 9-34). San Diego, CA: Academic.
- Lim, V. P. C., Lincoln, M., Chan, Y. H., & Onslow, M. (2008). Stuttering in English-Mandarin bilingual speakers: The influence of language dominance on stuttering severity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 1522-1537.
- Lüke, C. & Ritterfeld, U. (2011). Mehrsprachige Kinder in sprachtherapeutischer Behandlung. *Heilpädagogische Forschung*, 26, 188-197.
- Nwokah, E. E. (1988). The imbalance of stuttering behavior in bilingual speakers. *Journal of Communication Disorders*, 13, 357-373.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Packman, A., Onslow, M., Reilly, S., Attanasio, J., & Shenker, R. (2009). Stuttering and bilingualism. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 248.
- Paradis, J. (2010). The Interface between bilingual development and specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 31, 227-252.
- Regionalverband Ruhr (2012a). *Bevölkerungsentwicklung vom 31.12.2008 bis zum 31.12.2009*. Verfügbar unter http://www.metropoluhr.de/fileadmin/user_upload/metropoluhr.de/Daten___Fakten/Regionalstatistik_PDF/Bevoelkerung/BevEnt_09_Tab.pdf.
- Regionalverband Ruhr (2012b). *Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeiten am 31.12.2009*. Verfügbar unter http://metropoluhr.de/fileadmin/user_upload/metropoluhr.de/Bilder/Daten___Fakten/Regionalstatistik_PDF/Bevoelkerung/BevNat_09_Tab.pdf.
- Riley, G. D. (1994). *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI-3)*, Third Edition. Austin, TX: Pro-Ed.
- Ritterfeld, U. & Lüke, C. (2011). *Mehrsprachenkontexte zur Erfassung der Inputbedingungen von mehrsprachig aufwachsenden Kindern*. Verfügbar unter <http://sk.tu-dortmund.de/cms/de/materialien/index.html>.
- Roberts, P. M. (2010). *Myths and mysteries of bilingual stuttering*. Paper presented for the International Stuttering Awareness Day. Verfügbar unter <http://mnsu.edu/comdis/isad13/papers/roberts13.html>.
- Roberts, P. M. & Shenker, R. C. (2007). Assessment and treatment of stuttering in bilingual speakers. In E. G. Conture & R. F. Curlee (Hrsg.), *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (3rd edn.) (S. 183-209). New York: Thieme Medical Publishers.
- Scharff-Rethfeldt, W. (2005). Das „Bilinguale Patientenprofil“ als Basis einer logopädischen Intervention. *Forum Logopädie*, 19 (3), 6-11.
- Shames, G. H. (1989). Stuttering: An RFP for a cultural perspective. *Journal of Fluency Disorders*, 14, 67-77.
- Shenker, R. C. (2011a). Treating bilingual stuttering in early childhood: Clinical updates and applications. In P. Howell & J. Van Borsel (Hrsg.), *Multilingual Aspects of Fluency Disorders* (S. 332-352). Bristol: Multilingual Matters.
- Shenker, R. C. (2011b). Multilingual children who stutter: Clinical issues. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 186-193.
- Shenker, R. C. (2008). *Stuttering and the bilingual child*. (Brochure. The Stuttering Foundation). Verfügbar unter <http://www.stutteringhelp.org/Portals/englisch/0110btlc.pdf>.
- Shenker, R. C. (2004). Bilingualism in early stuttering. Empirical issues and clinical implications. In A. K. Bothe (Hrsg.), *Evidence-Based Treatment of Stuttering* (S. 81-96). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stalder, K. (1998). Stottern fremdsprachiger Kinder – diagnostische und therapeutische Wege. *Forum Logopädie*, 12 (2), 9-14.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2008 – Fachserie 1, Reihe 2.2*. Wiesbaden.
- Stern, E. (1948). A preliminary study of bilingualism and stuttering in four Johannesburg schools. *Journal of Logopaedics*, 1, 15-25.
- Triarchi-Herrmann, V. (2009). Zur Förderung und Therapie der Sprache bei Mehrsprachigkeit. In J. Heide, S. Hanne, O.-C. Brandt, T. Fritsche, & M. Wahl (Hrsg.), *Spektrum Patholinguistik: Band 2. Schwerpunktthema: Ein Kopf – Zwei Sprachen, Mehrsprachigkeit in Forschung und Therapie* (S. 31-50). Potsdam: Universitätsverlag.
- Travis, L. E., Johnson, W., & Shover, J. (1937). The relation of bilingualism to stuttering. *Journal of Speech Disorders*, 2, 185-189.
- Tsai, P.-T., Lim, V. P. C., Brundage, S. B., & Bernstein Ratner, N. (2011). Linguistic analysis of stuttering in bilinguals: Methodological challenges and solutions. In P. Howell & J. Van Borsel (Hrsg.), *Multilingual aspects of fluency disorders* (S. 308-331). Bristol: Multilingual Matters.
- Van Borsel, J. (2011). Review of research on the relationship between bilingualism and stuttering. In P. Howell & J. Van Borsel (Hrsg.), *Multilingual Aspects of Fluency Disorders* (S. 247-270). Bristol: Multilingual Matters.
- Van Borsel, J., Leahy, M., & Britto Pereira, M. M. (2008). Judging stuttering in an unfamiliar language: The importance of closeness to the native language. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 22, 59-67.
- Van Borsel, J., Maes, E., & Foulon, S. (2001). Stuttering and bilingualism. A review. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 179-205.
- Vierkotten, S. (2010). *Stottern bei Bilingualität – Ein Einblick in Erfahrungswerte und subjektive Theorien aus der sprachtherapeutischen Praxis*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Fakultät Rehabilitationswissenschaften, Technische Universität Dortmund.
- Wagner, L. (2009). Zweisprachigkeit und Migration. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie* (S. 148-159). Band 2. Erscheinungsformen und Störungsbilder. Stuttgart: Kohlhammer.



Autorinnen

Priv.-Doz. Dr. Katja Subellok
Technische Universität Dortmund,
Sprache und Kommunikation
Emil-Figge-Str. 50, 44221 Dortmund
Katja.subellok@tu-dortmund.de

Stefanie Kamp (geb. Vierkotten), BA Reha-Päd.
Walzstr. 31, 46047 Oberhausen
Steffi_kamp@web.de



DOI dieses Beitrags
(www.doi.org)
10.7345/prolog-1301015