

(Aus dem logopädischen Ambulatorium [Leiter: Prof. Dr. *E. Fröschels*]  
der Wiener Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten  
[Vorstand: Prof. Dr. *H. Neumann*].)

**Bemerkungen zu A. Kerns Aufsatz:  
„Der Einfluß des Hörens auf das Stottern.“**

(Dieses Archiv Band 97, Heft 3.)

Von

Prof. Dr. **Emil Fröschels.**

(Eingegangen am 22. September 1932.)

Der Aufsatz von *A. Kern* leidet meines Erachtens an einigen Trugschlüssen. Die Beobachtung selbst, daß durch Vertaubung mit der *Bárdányschen* Lärmtrommel Stottern sehr häufig wesentlich weniger auffallend in Erscheinung tritt, ist aller Wahrscheinlichkeit nach richtig. Stützt sich doch *Kern* nicht nur auf eigene Versuche an 32 Personen, sondern auch auf die Angaben von *Dénes* auf dem 4. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (1930). Er hätte auch die gleichsinnigen Ergebnisse meines Assistenten Dr. *D. Weiß* zur Sicherung heranziehen können, die auf demselben Kongreß vorgebracht worden sind. Wenn ich trotzdem früher nur von „aller Wahrscheinlichkeit“ sprach, so geschah dies mit Rücksicht auf die kleine Zahl von Beobachtungen, die bisher vorliegt. *Weiß* hat lediglich auf Bitten von *Dénes* wenige Wochen vor dem Kongreß einige Nachprüfungen vorgenommen, weil große Versuchsreihen in dieser Zeit nicht erledigt werden konnten. Jedermann aber weiß, wie manchmal die kleine Zahl trügt. Im vorigen Jahre z. B. habe ich mich neuerdings mit der Frage des Zusammenhanges von Stottern und Schielen beschäftigt und habe unter den ersten 50 Stotterern 12 Schielende gefunden, unter den nächsten 300 aber keinen einzigen! Es wird also jedenfalls notwendig sein, ein wesentlich größeres Material zu prüfen. Aber selbst wenn die Ergebnisse — wie ich vermute — gleichlautend sein werden, so wären *Kerns* Schlüsse auf Beteiligung des Hörens am Stottern meines Erachtens doch nicht begründet. Denn man müßte den einzelnen Patienten oft und oft mit Vertaubung prüfen, ehe man aus dem positiven Ausfall mehr folgern könnte, als daß eine Ablenkung der Aufmerksamkeit vom Sprechakte mit der Lärmtrommel ähnlich wirkt, wie bekanntlich die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch andere Methoden. Hätte *Kern* sich nicht vorteilhaft

der Versuche meines Schülers *v. Stockert* erinnern sollen, die zeigten, daß Stottern fast vollständig verschwand, wenn die Patienten 2 Stühle stemmen mußten? Mit Armstoßen habe ich vorübergehend gleiche „Besserungen“ erzielt. Als ich aber einmal die bekannte Tatsache, daß beim Flüstern weniger stark gestottert wird, ausnützen wollte, und einen Patienten dauernd flüstern ließ, begann er nach einigen Tagen auch flüsternd zu stottern. (Ein Patient *Kerns* hat nach der Vertaubung schneller gelesen als vorher, woraus man leicht auf suggestive Wirkung überhaupt schließen könnte.) Nun ist es aber, wie *Weiß*, *Flatau* und auch *Kern* mit Recht sagen, untunlich, die Vertaubung häufig zu verwenden, da der periphere Hörapparat leicht Lärmschäden erleidet. Schon deshalb ist die Versuchsanordnung nicht geeignet, die Frage zu entscheiden, ob das Hören des eigenen Stotterns auf das Übel fördernd wirkt oder nicht. Trotzdem zweifle ich nicht daran, daß in vielen Fällen die eigene Hörkontrolle die Zahl der äußerlich wahrnehmbaren Symptome vergrößern, ja die Symptome lebhafter gestalten dürfte. Aus den Versuchen *Kerns* aber darf dieser Schluß nicht bindend gezogen werden. Ein experimentum crucis gäbe ein nach Ausbildung des Sprachübels ertaubter Stotterer ab. Ich verfüge leider über keinen solchen Fall.

Doch *Kern* geht noch weiter und schreibt auf Grund seiner Experimente nicht nur der eigenen Hörkontrolle die genannte Rolle zu, er leugnet auch die Bedeutung der Sprechbewegungsempfindungen für die Entwicklung des Leidens, welche *Höpfner* und ich vermuten. „Dabei wurde eine Theorie vertreten, die annimmt, das Wesen des Stotterns sei darin zu suchen, daß die Aufmerksamkeit des Kranken sich allzu stark auf die im Normalfalle unbewußten Sprechbewegungen richte. Diese Blickrichtung auf Teilvorgänge eines autonom gewordenen Ablaufs störe die koordinierten Bewegungen (was an sich wohl richtig ist) und die Grundlage des Übels sei geschaffen. Mir schien vielmehr, daß nicht die Sprechbewegungen unter schärfster geistiger Kontrolle stehen, sondern die Sprachäußerungen, das Wort- und Satzklangbild.“ Gegen unsere Meinung führt *Kern* nun nicht nur seine Vertaubungsversuche, sondern auch die Umstände ins Treffen, daß 1. es ihm nicht gelungen ist, die Bewegungsganzheiten ins Bewußtsein zu heben und daß 2. Taubstumme, die doch unentwegt dazu angehalten werden, ihre Sprechbewegungen zu beobachten, nicht stottern. Zu Punkt 1 wäre zu sagen, daß es ja verschiedene Vorstellungstypen gibt, was besonders von mir immer wieder betont wurde. Unsere diesbezüglichen Untersuchungen an Stotterern haben wir bald — vielleicht voreilig — eingestellt, weil sich diese Kranken immer als prominente Motoriker erwiesen, was wir uns damit zu erklären versuchten, daß sie infolge des ewigen Aufmerkens auf Sprechbewegungen „Motoriker“ geworden waren. Da wir damals der von *Kern* aufgeworfenen Frage noch nicht gegenüberstanden, haben wir die Fortführung dieser Experimente aufgegeben. Gegen Punkt 2 sind eine größere Reihe von

Einwendungen zu erheben. Vor allem kann man nicht mit Recht annehmen, daß *ein systematisches Hinlenken der Aufmerksamkeit auf Sprechbewegungen* dieselbe Rolle spielen müsse, wie das plötzliche Hinlenken auf eine Einzelheit und dieses unter besonderen Verhältnissen. (Ich habe selbst oft betont, daß in der Regel der Fälle eine gewisse egozentrische, hypochondrische Veranlagung vorausgesetzt werden muß und v. Stockert hat versucht, zu einer Lokalisation dieser Vorgänge zu gelangen.) Es sei mir gestattet, weiters einen Vergleich heranzuziehen. Gewisse Tics entstehen zweifellos durch Kenntnisnahme einer normalen oder ungewöhnlichen Bewegung und zwangsweise Wiederholung, wenn auch besonders durch *Bing* wahrscheinlich gemacht wurde, daß ähnliche Störungen auch auf organischer Grundlage auftreten können. Wenn nun etwa Schauspielschüler und besonders Komiker im Grimassieren unterwiesen werden, so müßte sich bei ihnen (per analogiam mit *Kerns* Gedankengang) häufig Gesichtstics finden, was aber nach aller Erfahrung nicht zutrifft. Und warum beginnen die Tausenden von Schulkinder nicht zu stottern, die in unseren Sonderklassen und -kursen für Sprachgestörte zwecks Heilung von Heiserkeit immer wieder auch auf schlechte Artikulationsbewegungen verwiesen werden? Unsere Schulinstitution liefert im Ganzen einen Beweis dafür, daß *es in bezug auf Erwerben einer nervösen Sprachstörung nicht gleichgültig ist, ob man unter wissenschaftlich-pädagogischer Leitung steht oder nicht. Von den mehr als 12 000 sprachgestörten Schulkindern, die ich im Laufe der letzten 11 Jahre überwachte, haben nur 2 „psychische Infektion“ (Nachahmungsstottern) erworben, obwohl doch ein großer Teil dieser Kinder, der selbst nicht an Stottern krankt, immer wieder mit Stotterern zusammentrifft. Um wieviel größer ist hingegen die Gefahr der psychischen Infektion (oder Induktion nach Trömmner<sup>1</sup>, Weiß und Barczinski<sup>2</sup>) außerhalb der Sonderklassen und -kurse! Ein von einem Taubstummenlehrer im wissenschaftlichen Geiste unterwiesener Schüler ist absolut nicht mit einem Kinde zu verwechseln, das in recht ungeschickter Weise auf einen Teil des Sprechvorganges aufmerksam gemacht wird. Ich glaube, daß sich die überwiegende Mehrzahl der Taubstummenlehrer diesem Standpunkte anschließen wird! Und nicht zuletzt sei hervorgehoben, daß der Taubstummenlehrer seinem Schüler wirklich eine Ganzheit zeigt, während der kleine Anfangsstotterer (ich meine den lediglich die klonische Form zeigenden) irgendeinen Teil eines Sprechvorganges erhascht. Und daß unter Beobachtung desselben dieser Teil aus der Ganzheit herausfallen mag, wir wohl zugeben müssen werden. Es ist nach all dem meiner Meinung nach nicht angängig, den Umstand, daß Taubstumme nicht stottern, auf mangelhafte Hörkontrolle zurückzuführen.*

<sup>1</sup> 2. Vers. der Deutsch. Ges. f. Sprach- u. Kinderheilkunde. Leipzig 1929.

<sup>2</sup> Arch. f. Psychiatr. 95, H. 2.

Die Berücksichtigung eines anderen Momentes scheint mir hingegen den Tatsachen mehr gerecht zu werden, nämlich daß die taubstummen Kindern vielleicht überhaupt nicht oder nur viel seltener in Sprachnot versetzt werden als die normalen Sprachanfänger. Behaupten wir doch in Übereinstimmung mit *H. Gutzmann* sen., daß sich die ersten Silbenwiederholungen zeigen, wenn Kinder schneller sprechen wollen, als sie die Worte finden oder als sich die Gedanken klären. Will aber ein Taubstummer mehr sagen, als er fließend in Worte kleiden kann, so greift er erfahrungsgemäß zur Deutsprache, die ihm ja meist vom Haus aus eigen ist und die er der Lautsprache in solchem Maße vorzuziehen pflegt, daß die Pfleglinge — wie erfahrene Forscher berichten — nach Verlassen der Anstalt untereinander wieder am liebsten in Deutsprache verkehren. Nach unserer Erfahrung ist das Silbenwiederholen der erste Anlaß dazu, daß die Kinder auf ihre Sprechbewegungen aufmerksam werden und früher oder später mit Anstrengung antworten, wobei affektive Momente eine fördernde und verstärkende Rolle spielen können. Diese Bedingungen für das Entstehen und Fortbilden des Sprachfehlers fehlen bei Taubstummen und darin scheint mir ein wesentlicher Grund dafür zu liegen, daß sie dem Sprachübel nicht anheimfallen.

Was den Absatz „Therapie“ in *Kerns* Aufsatz betrifft, so sagt er mit Recht, „daß beim allmählichen Einschalten der Sprache (ohne Ver taubung) die Aufmerksamkeit sich rasch wieder diesem ursprünglichen Beobachtungsfeld zuwendet. Wir müssen sie darum an etwas anderes binden. Dieses Etwas sind die Sprachbewegungen und damit unterscheidet sich unsere Auffassung auch in theoretischer Hinsicht von der *Höpfner-Fröschelsschen*“. Es wird zu den alten Übungen *Gutzmanns*, vor dem Spiegel artikulieren zu lassen, zurückgekehrt, es werden lautlose Sprechbewegungen mit geschlossenen Augen, allmähliches Übergehen zum Flüstern, halblautem und endlich lautem Sprechen empfohlen. Dagegen ist meines Erachtens lediglich das eine einzuwenden, daß es nicht logisch erscheint, jemand, der unter anderem an Aufmerksamkeit auf einen Vorgang krankt, neuerdings auf ihn zu verweisen. Aber da bei „nervösen“ Krankheiten suggestive Mittel helfen können, so wird ein erfahrener und vom festen Willen zu heilen geleiteter Therapeut wohl auch auf diese Weise Erfolge erzielen können. Nur darf man daraus keine Schlüsse auf die Grundlage einer anderen Behandlungsart ableiten.