

## Línea terapéutica en la tartamudez: ¿... Psicoterapia? ¿... Logoterapia?

Por el Dr.:

RICARDO CABANAS"

Cabanas, R. *Línea terapéutica en la tartamudez: ¿.. Psicoterapia? ..Logoterapia?* Rev Cub Med 18, 2, 1979.

Se expone el criterio de base científicorracional para el enfoque terapéutico correcto de la tartamudez o espasmofemia funcional, considerando dicho trastorno, no como un "síntoma" neurótico, sino como una afección somática definida, de carácter epifenoménico reaccional en sus inicios, y que posee toda una estructura eslabonada lógicamente, lo que representa, por tanto, un sistema intelectual consciente, de asentamiento fundamentalmente fisiopatológico. Sobre la base de la anterior concepción, opuesta a la psico- patológica —en particular a la psicoanalítica— se exponen las razones para considerar la logoterapia como la conducta terapéutica idónea en la tartamudez; la psicoterapia se ubica como coadyuvante, siempre determinada y condicionada por las repercusiones del desorden verbal sobre la personalidad.

La psiquiatría, especialmente la escuela psicoanalítica, comenzó a interesarse por la tartamudez o espasmofemia funcional en las décadas iniciales de este siglo, aunque el mismo *Freud* hubo de confesar su fracaso y consiguiente desinterés en la terapia analítica de este desorden verbal en comunicaciones personales a *Fróschels*.<sup>12</sup> No obstante, algunos de sus discípulos, principalmente *Coriat*,<sup>3</sup> desarrollaron

toda una teoría psicoanalítica sobre la tartamudez, considerándola resultado de regresiones a las etapas oral o anal del decursar de la sexualidad, de naturaleza parecida a la enuresis y otros síntomas; el conflicto psíquico se vertería somáticamente en el habla, y así la espasmofemia funcional se etiquetaría como una neurosis de conversión. Conjuntamente, otros psicoanalistas, como *Fenichel*<sup>4</sup> la catalogaron como neurosis de obsesión, o como *SteckeF* de angustia, mientras *Ferrar*<sup>8</sup> la aceptaba con todas esas variantes según el grado de regresión de la libido. Algunos autores de la misma escuela, respaldando uno u otro tipo de neurosis, han defendido hasta nuestros días el concepto básico psicoanalítico en el enfoque de la espasmofemia funcional, y, por tanto, una psicoterapia analítica como tratamiento; otros tipos de psico-

terapia han sido mantenidos como imprescindibles en la atención de ese disturbio oral por otros autores.<sup>7,8</sup>

Este trabajo, con base en la preparación y experiencia logofoniatricas de su autor, intenta oponer una argumentación científica determinada a esas concepciones. De entrada, se apoya en un punto de partida conceptual, al que concede una importancia capital: ¿es la tartamudez un síntoma neurótico o es una entidad nosológica definida? Equivalentemente, ¿se trata aquí de un "tartamudeo" o se acepta una tartamudez? Esta diferencia, aparentemente sin distinción semántica trascendente, dice mucho. Si se considera la afección como un tartamudeo, es decir, como una serie de vacilaciones y repeticiones más o menos ocasionales en relación con un conflicto psíquico dado, habrá razones para considerar ello, más que como un síntoma, como un síndrome de disfluencia verbal de tipo transitorio, que puede aparecer inclusive en situaciones normales de inseguridad, como en un examen oral, etc.; entonces estarían justificadas el enfoque psicológico o psiquiátrico únicos, y, desde luego, la atención específicamente psicoterápica.

Ahora bien, si como un enfoque logofoniatrico idóneo lo establece, se acepta la tartamudez como una entidad nosológica definida, que incide en las etapas iniciales de la infancia, a punto de partida de una interrupción en el automatismo de formación del habla, y se desarrolla sobre una línea de concientización aumentativa que conduce a la edificación de todo un sistema de encubrimiento sintomático, entonces estaría desautorizada la concepción puramente psicógena, y, consecuentemente, la psicoterapia como única base atencional. En efecto, la tartamudez es un epifenómeno reaccional, una superestructura enclavada durante el transcurso del "tartaleo fisiológico", el cual es una condición de desequilibrio entre la ideación y los elementos expresivos gramatales que el niño tiene a su disposición en los comienzos de la integración del habla, y que se caracteriza por titubeos y repeticiones de sonidos, sílabas y palabras, elongaciones fónicas, etc. La evolución de este estado normal, en la mayoría de los casos, es hacia un habla normal, vía equilibrio ideación-expresión oral; en otros, desemboca en un tartaleo definido, vía orgánico-constitucional; en otros, en fin, que estadísticas internacionales dan como alrededor del 1%, llega a la tartamudez, vía epifenómeno reaccional, psicofuncional.

¿Cómo se produce la evolución hacia la espasmofemia funcional? Si en ese estadio de tartaleo fisiológico sobreviene un fallo repetitivo en una palabra durante una situación determinada, como podría ser; "dame u u u un bombón" ello es dable de ser tomado por el niño como una condición inherente a esa palabra, a ocurrir de nuevo en ella en cualquier otra situación que, aunque puede ser similar, será diferente con toda probabilidad, como sería: "dame u u u un beso". La reiteración de ese mecanismo igualitario erróneo entre la similaridad y la identidad, llevaría a la fijación morbosa y extensión de los síntomas, es decir, a la tartamudez inicial. Esta constituye la hipótesis endógena de la espasmofemia funcional, abrazada por algunos de los psicogenistas. La tesis exógena dice que si en esa etapa de desequilibrio ideoverbal inicial, en que la inmadurez y labilidad de las estructuras neuropsicológicas y sus conexiones dan la tónica, tiene lugar una presión externa en forma de exigencias perfeccionistas a destiempo, rectificaciones, regaños, etc. sobre el habla infantil, se conducirá inexorablemente al niño, inducido a suprimir lo fisiológicamente insuprimible, al ompleo equivocado de una fuerza muscular exagerada para vencer las repeticiones (mmmmamá en vez de mamamamá), introduciéndose así en el callejón sin salida de la tartamudez inicial.

De manera personal, este autor estima que ambas hipótesis son ciertas, y que concurren muchas veces en la génesis de la tartamudez. Sin embargo, lo verdaderamente importante, a su juicio,

es que sea cual fuese el camino para arribar a la tartamudez inicial, una vez en ella la consiguiente reincidencia de los síntomas de tartaleo fisiológico (ya que éste como etapa no ha pasado todavía) más los elementos de nueva y mayor fuerza muscular o *tonus*, más la continuidad de la presión externa y aún su aumento, llevan al niño a una toma de conciencia definida sobre su dificultad, a partir de lo cual, junto con la exacerbación de los síntomas tartamúdicos, se desenvuelve la llamada "fase de encubrimiento" característica de la espasmofemia funcional ya firmemente establecida: sincinesias o movimientos concomitantes, embolofrasias, rodeos gramaticales, etc., lo que, al andar del tiempo, añade negativismo, sobre todo escolar, para finalmente, a través de una afectación de la personalidad, llegar a la neurosis.

El desarrollo del cuadro sintomático que se acaba de exponer corresponde, definidamente, a una tarea de la mente consciente, lo que pudiera denominarse una sistematización intelectual errónea, deliberadamente concebida.<sup>5</sup> Pudieran citarse como ejemplos de las reflexiones que ocurren en la mente del niño las siguientes secuencias: "si tengo dificultad para emitir un sonido, debo usar más energía" (pero esa energía extra cierra espásmicamente la boca); "debo ayudarme entonces con el empleo de energía en otras partes del cuerpo" (y esa energía generalizada origina los movimientos concomitantes); "hallo que las consonantes son más difíciles de pronunciar que las vocales" (y eso acarrea la sustitución de una consonante fuerte por una débil o bien su decapitación). Y así sucesivamente.

Estimamos que una sistematización consciente de esa índole no podría lógicamente ser enfocada vía el subconsciente. Los resultados mismos ofrecidos por la literatura psicoanalítica sobre la tartamudez, casi siempre relativos a un solo caso o muy pocos cada vez, y con obtención mayoritaria de mejorías incompletas, hablan por sí solos, sobre todo si se compara esto con la gran cantidad de éxitos

completos referidos por esa literatura en las neurosis en general. (Además, habrá que tener en cuenta que los casos informados como curados deben ser acogidos con cautela, ya que sólo la observación y el oído entrenados del logofoniatra pueden descubrir signos muy conspicuos de tartamudez). La razón de la disparidad de resultados mencionada radica en el hecho de que *un sistema erróneo desarrollado conscientemente sólo puede ser removido sustituyéndole por un sistema fisiológico desarrollado también conscientemente.*\* Esto se llevaría a efecto por medio de ejercicios funcionales logofoniátricos restauradores en primer lugar de la fisiología verbal; vale decir, logoterapia especializada. Estas mismas consideraciones pueden aplicarse con las variantes particulares correspondientes, a otros métodos psicoterápicos no psicoanalíticos, como la hipnosis, el psicodrama, etc.

¿Se debe combinar la psicoterapia con la logoterapia? Estimamos que no, aún reconociendo que toda logoterapia lleva implícitos elementos psicoterápicos, y que el logoterapeuta hace ese tipo de tratamiento muchas veces al explicarle al enfermo la facilidad del acto de hablar y su capacidad de hacerlo normalmente, etc., lo que influye persuasivamente sobre él; lo que no recomendamos, por las razones expuestas anteriormente, es el uso de psicoterapias específicas como la analítica y otras.

Finalmente, decimos que sí consideramos útil la psicoterapia, no sobre la tartamudez en sí misma, sino sobre los disturbios psicológicos engendrados en el desenvolvimiento socioambiental del tartamudeo, dadas las características de amputación de la comunicación oral que presenta la afección y las repercusiones que ello supone al no poderse usar idóneamente la herramienta social vital que es el lenguaje hablado. Esa psicoterapia encajaría más adecuadamente al final de la atención logoterápica o mejor después.

## SUMMARY

Cabanas, R *Therapeutic approach of stuttering. Psychotherapy? Logotherapy?* Rev Cub Med 18: 2, 1979.

A criterion with a scientific-rational basis for the proper therapeutic approach of stuttering or functional spasmophilia that consider such a disorder not as a neurotic symptom but as a defined somatic affection with a reactional epiphenomenal character at the beginning and having a logically linked structure which therefore represents a conscient intellectual system with mainly a pathophysiological basis is exposed. On the basis of the above mentioned conception which opposes to the psychopathological conception in particular, the psychoanalytical conception— the reasons for considering logotherapy as the best therapeutic tool in stuttering are exposed. Psychotherapy is considered a coad-juvant tool which is always determined and conditioned by the repercussions of the speech disorder on personality.

## RÉSUMÉ

Cabanas, R. *Ligne thérapeutique dans le bégaiement: . . . Psychothérapie? . . . Logothérapie?* Rev Cub Med 18: 2, 1979.

L'auteur expose le critère de base scientifique-rationnelle pour l'approche thérapeutique correcte du bégaiement ou spasmophilie fonctionnelle, en considérant ce trouble, non comme un "symptôme" neurotique, mais comme une affection somatique définie à caractère épiphénoménique réactionnel à l'origine, et qui possède toute une structure en-chainée logiquement, ce qui représente donc un système intellectuel conscient, de base fondamentalement physiopathologique. Sur la base de cette conception, opposée à la psychopathologique —notamment à la psychanalytique— on expose les raisons pour lesquelles on considère la logothérapie comme la conduite thérapeutique idoine dans le bégaiement; la psychothérapie est considérée comme traitement qui aide à ce propos, toujours déterminée et conditionnée par les répercussions du désordre verbal sur la personnalité.

## PE3KME

**KatíaHac, P.** TepaneBTaneckKaH *jmmx* upa jmenaa *TxyxoBe*

MOTH..... IICHXOTepaiiHH ...? ... loroTepamui ...? Hev Cub

**Mfd 18: 2, 1979. Bev Cub Med 18: 2, 1979.**

BHEBaraeTCH «paTepaft c Hay^HO-pannoHajrBHoft tía3oñ wx npaBajiB no® Te parara ráiyxoHeMOTS ajia \$yHKHa'oHajn.Ho3 cna3MO\$CMHH, pac- CMaTpHBan 8to nopaKeme **He** KaK "HepBHHT" chmhtom, a Kan onpe aejieHHoe coMaTir'ieckoe HapymeHae,. Hocamee pearHpyámifit 3rra\$eH0 MeHEraeckzé xapakTep b cbobm Ha^ane a, KOTopoe aMeeT Jiora'iee- Kyro SBeHBeByD cTpyKTypy c (JasaonaTOJiora^eckoft OCHOBOñ. Ha oc HOBe BHmecka3aHHoa Kotraeimaa, npoTapope^ameñ ncaxonaTOJiora - HeckQñ KOHneixira - b 'acTHOcTa ncaxoanaraTaneckoft - BHjtBara- dtch apymeHra M npaMeHeHZH jroToTepanaH^KaK npasajiBHoro Te paneBTirceckoro nojixoa b oTHomeHaa rjyxOHeMOTH. IicaxoTepanaff CTaBHTCH b conpocMwaDmae a oTlycJiaRTiaBaeTCH BJaHHHeM roJiqco- Boñ tiecnophj;o^HocTa Ha ot^hoctb.

1. *Fróschels, E.* Pathology and therapy of stuttering. En: Twentieth century speech and voice correction, chapter XV. Philosophical Library, New York, 1948.
2. *Fróschels, E.* Stuttering and psychoterapy. Fol Phoniatr 3: 5, 1, 1951.
3. *Coriat, I. H.* The psychoanalytic conceptions of stuttering. Nerv Child 2: 167, 1, 1943.
4. *Fenichel, O.* The psychoanalytic theory of neurosis. W. W. Norton Co., New York, 1945.
5. *Steckel, W.* Infantilismo psicosexual. Imán, Buenos Aires, 1955.
6. *Ferrari, G.* Aportaciones a la psicodinamia de la tartamudez. Comunicación al I Congreso de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires, Noviembre 12 al 19, 1944.
7. *Gueriot, C.* Psychotherapie et troubles du langage chez l'enfant. Rev Ped 9: 331, 6, 1973.
8. *Soulas, B.* La personalite du begue. These pour le Doctorat en Medecine. Paris, 1970.