



EL SINDROME DE PIERNAS INQUIETAS: ¿PROBLEMA NEUROLOGICO, CONFLICTO PSIQUICO O DESORDEN FAMILIAR? PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO

Mareike Wolf-Fedida*

Resumen

El tratamiento de pacientes con “síndrome de piernas inquietas” es muy complicado. El SPI no es bien conocido y el diagnóstico no es fácil. Es casi imposible, si no consideramos el plurideterminismo del síndrome. Existe una gran confusión acerca del aspecto neurológico, somático o psicósomático. SPI posee una muy rica concentración semántica desde un punto de vista clínico. Los temas involucrados en este caso son la determinación nosográfica y nosológica, la interacción entre neurología, psicofarmacología, psicoanálisis y psiquiatría.

Palabras clave:

Síndrome de piernas inquietas - memoria - representación psíquica - trastorno familiar - conflicto psíquico - disfunción neurológica.

Resultados

La investigación psicoterapéutica ayuda a considerar los lazos entre memoria y representaciones psíquicas. Aún si el síndrome varía de una persona a otra y la personalidad de quien sufre de SPI es muy diferente, el síndrome induce modos particulares de ser y comunicar: la actitud de “heroísmo de los mártires”, la abundancia del discurso, la impresión de no prestar demasiada atención, la experiencia de un terrible secreto traicionado por las piernas, el sentimiento de culpa por guardar rencor hacia los demás. El SPI es siempre un “desorden familiar”: Los miembros de la familia sienten que viven con una “bomba de tiempo” y el paciente experimenta el diagnóstico como una gestación que pone a las generaciones en un orden diferente. La familia y el paciente están buscando el origen e investigando la identidad. El resultado es una confusión entre su historia y su memoria.

Conclusión

El estudio de SPI es útil para examinar los lazos entre conflicto psíquico y disfunción

* Universidad de París 7- Denis Diderot. E-mail : M14Wolf@aol.com



ción neurológica: debilitamiento de la barrera motriz, trauma especial, vida familiar, una consulta cercana al paciente, con el objeto de entender las figuras psíquicas involucradas en el síntoma neurológico.

Abstract

The treatment of patients with “restless legs syndrom” is far complicated. Rls is not well known and the diagnosis is not easy. It is even impossible, if we do not consider the plurideterminism of the syndrom. There is a lot of confusion about the neurological part, somatic, psychosomatic or psychic one. Rls is of a very rich semantic concentration from a clinical viewpoint. Nosographical and nosological determination, interaction between neurology, psychopharmacology, psychoanalysis and psychiatry are the topics involved in this case.

Key words:

Restless legs syndrom - memory - psychic representation - family disorder - psychic conflict - neurological dysfunction

Results

Psychotherapeutical investigation helps to consider the links between memory and psychic representations. Even if the syndrom is varying from one person to another and the personnality of rls suffers is quiet different, the syndrom induces particular ways of being and communicating : the attitude of “martyr’s heroisme”, abundance of speech, impression of not getting enough attention, experience of a terrible secret betrayed by the legs, feeling guilty for bearing a grudge aigainst others. Rls is always a “family disorder” : the members of the family feel like living with a “time bomb” and the patient experiences the diagnosis like a gestation putting generations in a different order. The family and the patient are looking for the origin and search for identity. The result is a confusion about their history and memory .

Conclusion

The study of Rls is helpful to examine the links between psychic conflict and neurological dysfunction.: weakening of the motor barrier, special trauma, family-life, a consultation closer to the patient, in order to understand the psychic figures involved in the neurological symptom.

1. Metodología

La psicoterapia para los pacientes que sufren de “síndrome de piernas inquietas” incluye tomar en cuenta la siguiente dualidad:



- Este síndrome neurológico da lugar a un despliegue conductual y relacional que no está desprovisto de aspectos neuróticos.
- El debilitamiento de la constitución psíquica orienta la neurosis hacia varias simplificaciones neurológicas.

Algunos síndromes neurológicos o neuropsiquiátricos son denominados según la persona que los descubrió. Otros se refieren al síndrome de una manera descriptiva. Por ejemplo, estaríamos reticentes a hablar del síndrome de la “elevación lenta y majestuosa del dedo gordo del pie” (síndrome de Babinski), sin embargo utilizamos libremente el nombre descriptivo como metáfora.

El término Síndrome de las piernas inquietas, puede ser tanto restrictivo (movimiento incesante de las piernas, surgiendo de algún posible daño neurológico y finalmente de otros síndromes) o extensivo, poniendo el énfasis en una agitación motriz que no cesa o en una hiperactividad del cuerpo que hace imposible permanecer quieto en ningún momento.

Lo expeditivo de comparar el sentido restrictivo y el extensivo de un término puede no estar justificado cuando nos referimos a un síndrome único, pero la ventaja en el caso del *SPI* es que posee una muy rica concentración semántica desde el punto de vista clínico.

2. La consulta

El diagnóstico (Gorman C, Dyck P, Pearson J.) de piernas inquietas es una descripción de las consecuencias de la parestesia o disestesia, por ejemplo, sensaciones desagradables en las piernas (Baile de San Vito, piernas con hormigueo, piernas con cosquillas, piernas doloridas, piernas locas, etc.) que le impiden al paciente descansar y lo mantienen en constante movimiento. Se dice que el caminar produce algún alivio. Este fenómeno ocurre especialmente al anochecer, cuando el paciente debería estar yendo a dormir, y por lo tanto lleva al insomnio (Cocagna G, Lugaresi E. 1968). (Caminadores nocturnos) (Walters et al, 1996). En otros casos, el síndrome aparece poco tiempo después de que el paciente se ha dormido, pero lo despierta y mantiene despierto hasta la mañana. Algunas personas inclusive hablan de ello en términos de “tortura”, tormento físico y tortura moral.

Sin embargo, el diagnóstico de “síndrome de piernas inquietas” produce un efecto risible y parecería no científico, un efecto bastante similar al que produjo el descubrimiento de la histeria a finales del siglo XIX. Es por esto que el síntoma es erróneamente considerado como perteneciente a la histeria o la hipocondría, o inclusive la alergia, o un desorden de hiperac-



tividad, o como surgiendo de algún otro síndrome como la esclerosis múltiple.

El diagnóstico está lejos de ser fácil, porque aunque *SPI* tiene características típicas, estas no siempre aparecen de la misma manera. La experiencia personal del paciente también juega una parte importante. Montplaisir informa que llevó veinte años dar con el correcto diagnóstico a su primer paciente.

La prognosis se extiende desde la recuperación espontánea, obtenida aplicando estrictas reglas en los hábitos de alimentación y sueño, al empeoramiento con la edad. Los desórdenes del sueño y el insomnio conducen a consecuencias neuroconductuales, las que obviamente aparecen como desórdenes psíquicos. Observamos por lo tanto *ansiedad, stress, depresión, y patologías bipolares* (psicosis maníaco depresiva), *despersonalización e impulsos suicidas*.

Agregado a esto está la preocupación de no saber si el síndrome es un estado en la evolución de otra enfermedad, como el mal de Parkinson. Este temor está fundado en el hecho de que las “piernas incansables” responden a los *agentes dopaminérgicos*, los que también son efectivos en el tratamiento de Parkinson.

Cuando descubrió el psicoanálisis, S.Freud describió la actitud de la paciente histérica en términos de “máxima indiferencia”. En el caso del *SPI*, la actitud es la del “heroísmo del mártir”. La abundancia del discurso, junto con la impresión de no tener suficiente atención (por parte del consultor o por parte de la familia cercana o extensa), es muy característico. Pero a diferencia del paciente histérico, el paciente *SPI* no responde a la sugestión, hipnosis o simplemente a la autoridad médica, las que no son efectivas en brindar alivio o modificar los síntomas. La relajación generalmente sólo empeora el síndrome.

Los pacientes y sus familias se quejan de que los investigadores lleven a cabo tan pocas investigaciones para encontrar un remedio (Wolt, 2000) y están esperanzados en un cierto grado de bienestar, tanto físico como psíquico. *SPI* es experimentado como un tormento indefinible que es “traicionado” por las piernas. ¿Dónde está lo bueno de tener que caminar millas y millas cada noche? Se asombran los pacientes. Experimentan una especie de “terrible secreto”, el que dicen que viene y los obsesiona cada noche. Es como pagar su propia cuota. Los pacientes soportan esta exigencia por el hecho de que están desprovistos del “derecho” a dormir como cualquier otra persona.



El círculo familiar, en el sentido amplio, juega un rol esencial en este estado: el diagnóstico de *SPI* es experimentado como un real alivio, en la medida que les permite poner un nombre a las sensaciones que el paciente ha tenido durante años. La persona recordará de una manera diferente ciertos episodios de su pasado (ciertas molestias de la vida súbitamente toman la apariencia de signos que anuncian el comienzo de la enfermedad). Está afectado el estilo de vida (compartir una cama se hace difícil) y el círculo familiar sufre las consecuencias (la tensión nerviosa causada por alguien que no puede parar de moverse). Como se transmite genéticamente, (25% a 75%, de manera autosomal-dominante) independientemente del género, el descendiente tiene razón al estar preocupado. Por lo tanto el miedo a la transmisión extiende la preocupación a la dimensión transgeneracional. Hay algunas familias severamente afectadas, en las que tres generaciones consecutivas pueden padecer la enfermedad (por ejemplo, la abuela, la madre, la hija y el hijo). En otras palabras, *el SPI* es un “desorden familiar”.

3. Patología iatrogénica

La patología iatrogénica (Hardy-Baylé, 1985) puede ser definida como todo el grupo de desórdenes psicológicos que resultan del tratamiento médico, no implicando necesariamente ningún error por parte del médico. El criterio requerido puede ser observado en este caso: el hecho de que el diagnóstico de *SPI* no está ampliamente difundido entre los profesionales del sector de salud, que el síndrome puede ser idiopático o secundario y que es muy variable de un sujeto a otro.

Deben ser evitadas algunas medicinas: antidepresivos, antihistamínicos y antieméticos. Pero con el objeto de establecer la responsabilidad de un producto en cualquier desorden psicopatológico, se necesita saber sobre los posibles efectos secundarios de los productos que se utilizan y también tener en cuenta el plurideterminismo de los desórdenes: una particular disposición en algunos pacientes (pacientes mayores o pacientes que sufren enfermedades psiquiátricas, hepáticas o renales) y vulnerabilidad a los desórdenes psiquiátricos.

El alcoholismo es una real plaga para los pacientes *SPI*, más entre los hombres que entre las mujeres. Los hombres tienen más tendencia a tratarse a sí mismos de su síndrome –tal vez porque piensan que no van a encontrar ninguna ayuda en los cuarteles médicos– y toman dosis masivas de alcohol como sedante.

Esto los lleva a un círculo vicioso en el que empeora el síndrome. El rol dañino del



alcohol ha sido subrayado en estudios epidemiológicos y transgeneracionales. Pero esta interdependencia entre las “piernas inquietas” y el alcoholismo hace difícil aislar cada componente por separado. Como resultado, es difícil asegurar si un miembro de la familia transmitió el síndrome porque era alcohólico, o si contrajo el síndrome independientemente porque era alcohólico. Actualmente, la investigación todavía no mostró la interdependencia en la transmisión genética. El problema puede ser mejor formulado en términos de “vulnerabilidad genética”.

4. Inhibición, regresión y sueño en psiquiatría

En Europa es significativo que la información acerca del *SPI* se encuentra viniendo desde el campo de la psiquiatría. Esto puede ser relacionado con el carácter enigmático de las quejas somáticas de los pacientes, las que deben ser controladas en su autenticidad con sueño de laboratorio. Uno puede pensar: ¿Sobre qué se está quejando realmente? El paciente comienza a dudar de sí mismo.

Acorde con esto, la queja sobre el insomnio de los pacientes *SPI* puede, a veces, ser tenida en cuenta en términos de “depresión enmascarada”, a veces en términos de síntoma hipocondríaco. En otras palabras, en algunos casos puede ser la expresión somática de un estadio avanzado de condición psíquica. Alternativamente, puede ser un estadio intermedio en la formación de un síntoma psicopatológico. También podemos establecer un vínculo con “inhibición instintiva, afectiva y motriz”. En este caso, puede ser la consecuencia de una acción inhibida buscando en los miembros inferiores una salida para la acción no-ejecutada. Las sensaciones en las piernas pueden también ser consideradas como surgiendo de “calambres musculares”.

El psiquiatra fenomenólogo Blankenburg considera el *SPI* como un síndrome regresivo: “Expresar el deseo de dormir es expresar el deseo de una regresión”, señala el autor, con referencia al psicoanálisis (Koupernik C, Loo H, Zarifian E. 1982).

El señala que la consecuencia de tal demanda es el recurrir a drogas para dormir, con el objeto de asegurar la duración del sueño que el paciente mismo piensa que necesita, sin saber lo que realmente requiere su organismo. Por lo tanto, daña su sistema nervioso y queda atrapado en un círculo vicioso. De acuerdo a Blankenburg, este tipo de queja pertenece al orden de las patologías adictivas y puede ser considerado como una adicción al sueño. La hipersomnia es la expresión de un deseo de retornar a la inconciencia del sueño y es un medio de regresión. Lo compara con la regresión a la muerte, que también caracteriza el acto suicida.



La selección clínica de los pacientes *SPI* y sus familias nos lleva a la siguiente comprensión: las teorías clínicas y el establecimiento de un canal de comunicación con el paciente son dos cosas separadas. Cualquier confusión entre los dos puede romper la comunicación con el paciente y llevarlo a un “acting out”. En este contexto, no es el diagnóstico real de *SPI* lo que estaría en falta sino la idea que se tiene de él.

Estas ideas se centran alrededor de un aspecto de la personalidad que, probablemente, no es errado, sino irrelevante, que se confunde con la consecuencia del trastorno. Este es el resultado de la falta de sueño y de la forma en que esto transforma la personalidad. Pero esto no debe llevar a error: los pacientes no pierden sus anteriores perfiles de personalidad. Al respecto su condición psíquica puede ser equiparada con problemas de despersonalización. Sin embargo, la constitución neurótica se refuerza para compensar la deficiencia fisiológica. La neurosis está fuertemente apegada al principio de realidad, aunque la percepción sensorial está severamente alterada por la falta de sueño.

La falta de sueño dispara una exacerbación de la percepción de la persona, como la alucinación de la comida en la persona hambrienta o el agua en la deshidratada. La regresión es del orden perceptivo. Más aún, todas las funciones están afectadas por la falta de sueño, especialmente la atención. Las personas ya no controlan el flujo de su discurso. Se recomiendan dos cursos de acción: medicación psicofarmacológica correctamente dosificada, acompañada por psicoterapia, pero ninguno de los métodos pueden ser realmente efectivos sin el diagnóstico preliminar para anticipar sus efectos.

El objetivo de la consulta psicoterapéutica es ayudar al paciente a manejar la idea de la enfermedad y lograr la “relajación psíquica”, lo que es beneficioso en todos los desórdenes neurológicos. La persona puede, inclusive, experimentar algún alivio del síndrome.

5. Lo psicossomático, percepción y trauma

No es fácil establecer un vínculo entre neurología y lo psicossomático, en la medida que cualquier dolor, aún el más orgánico, tiene un componente psíquico y el “campo receptivo” o dolor varía de una persona a otra (Blankenburg, 1984).

¿Se puede defender el punto de vista de que la gente que encuentra demasiado difícil enfrentar la vida es la que desarrolla desórdenes neurológicos? Se debe plantear otra pregunta: ¿Son los desórdenes neurológicos finalmente el resultado de daño o mal funcionamiento de los neurotransmisores?



Es obvio que un sujeto que habitualmente está de “buen ánimo” tiene una mejor resistencia a la enfermedad. Pero las personas que sufren del síndrome de piernas inquietas son con frecuencia personas extremadamente concientes y que trabajan duramente y enfrentan la vida mejor que cualquiera, porque también deben manejarse con su trastorno. Manejar la enfermedad con paciencia dándole una salida útil (por ejemplo profesional), es la forma más frecuente de lidiar con ella. El ajuste psicológico logrado entre la necesidad fisiológica y la experiencia conflictiva de la deficiencia lleva a establecer comparaciones con otros desórdenes neurológicos, en particular el síndrome de “Gilles de la Tourette” (conocido como la enfermedad de los “tics”).

Es significativo que ambos desórdenes surjan en contra de las convenciones sociales. Las rutinas y opiniones de otras personas son parte de lo que el filósofo Durkheim llama una “noción social”: establecer las propias referencias respecto de los ritmos de otras personas y los tiempos que marca el reloj.

Como se podría construir el *trauma* en estos términos? Esto implica la concepción de un shock emocional experimentado en una ocasión particular. Aunque tales acontecimientos no siempre pueden ser traídos a la luz, hay casos en los que se puede establecer un vínculo con algún shock emocional puntual. Sin embargo, el lazo entre el shock emocional y el surgimiento del *SPI* no es directo. Está mediatizado a través de otros desórdenes tales como amnesia retrógrada o fibromialgia. Casos como estos dejan la duda sobre el carácter secundario del *SPI*.

En estos casos la acción psíquica del trauma es disparada por la *distorsión de la percepción surgida por la autonomía del cuerpo*. El efecto traumático del *SPI* es sentido en la desorganización de las referencias espacio-tiempo de los que sufren el síndrome, siendo el sufrimiento más agudo en la medida que son concientes de su desorden. Naturalmente buscan el acontecimiento psíquico correspondiente al síndrome. Todo depende ahora de sus disposiciones psíquicas, como un Superyo super estricto, por ejemplo, y la forma en que es manejada la culpa (ellos deben creer que hay una razón para el trastorno, el que es sentido como un castigo) y la forma en que articulan su rebelión (deben sufrir un resentimiento por el bienestar de los otros). La conducta hacia sus ataques (en la medida que el cuerpo maneja su propia vida autónoma) puede alcanzar el nivel del pánico. La persona corre el riesgo de caminar en círculos durante cierto tiempo antes de encontrar una solución adecuada. Es crucial que emerja de este estadio. El anuncio de la enfermedad puede ser experimentado inconcientemente de manera infantil, es decir, como una *gestación*. Esta gestación es considerada bajo dos aspectos: filiación y auto-generación.



El plurideterminismo del síndrome –lo indiscernible que comparte con lo primitivo y lo intocable- parece evocar la función de la tribu (¿tribu familiar versus tribu médica?). Las repercusiones dentro de la familia pueden convertirse en un real psicodrama cuando una paciente se da cuenta que la opinión que tenía de un miembro fallecido de la familia estaba completamente equivocada porque su tía había sufrido del mismo síndrome que ella sufre actualmente; otro paciente desea sacar a la fuerza a la familia extensa de la hipocresía acerca de su estado de salud, en un intento por alcanzar una mejor comprensión sobre el origen de su síndrome; alguno se entrega a una excesiva comunicación sobre su síndrome, mientras otros se resignan a la comunicabilidad de su condición y al sentimiento de exclusión entre la “gente normal”; los niños miran al paciente como una “bomba de tiempo” que ya les transmitió el síndrome a ellos que, a su vez, corren el riesgo de desarrollarlo, etc. La confianza del paciente en sí mismo es con frecuencia el único criterio de bienestar.

6. El efecto de la memoria y la experiencia psíquica

Mientras que el psiquiatra parece suponer que la conciencia del paciente está dañada porque muestra tener mala memoria en las tareas que lleva a cabo incorrectamente, el psicoanalista cree que la memoria está intacta, pero que ha estado oculta junto con las funciones que debería activar. Esta es una forma de protección contra la reactivación del trauma psíquico.

A. El efecto psíquico de la actividad de la memoria

Actualmente, la corriente cognitiva (Brisset C, Mazet P, Fortineau J., 1970) intenta considerar los desórdenes psíquicos y mentales como desórdenes de la memoria. En realidad, cada afecto tiene sus repercusiones en la actividad de la memoria, conduciendo a tales desórdenes como la inhibición de la memoria y las tareas cognitivas, la exclusión del campo de la percepción, el establecimiento de lazos espúrios, etc.

El *psicoanalista* está especialmente preocupado por el efecto reparador del afecto: el correcto funcionamiento de la memoria resulta del bienestar afectivo, y no a la inversa. El primer caso manejado, que llevó al descubrimiento del psicoanálisis, la histeria de Anna O. era un desorden mnésico. La amnesia que cubría un año en particular, fue recuperada durante su “talking cure” (cura por la palabra) (Lechevalier B, Eustache F, Viader F., 1998). Esto puede ser la prueba de que el trabajo psíquico influye la actividad de la memoria.

Al sufrir de *SPI*, la persona investirá e interpretará su historia de acuerdo con su condición presente y la historia fluirá en el mismo sentido que la histeria. La investidura



ra psíquica está dominada por la investidura de la memoria porque, el paciente, trata de encontrar el origen de su malestar. En los momentos que el paciente no está capturado por espasmos de ansiedad, los que no son adecuados para favorecer la exploración psíquica, busca en su historia los elementos lógicos para resolver el misterio de su enfermedad. Pero su memoria no puede alcanzar el conocimiento en el campo de la ciencia médica. El afecto está dominado por la falta de sueño y sus consecuencias y es dejado de lado en una extraña abstracción, como puede ser observado en la esquizofrenia. Sin embargo, hay una importante diferencia: en *SPI* la abstracción es producida por un exceso de afectividad (el vínculo entre el “continente” del afecto y su contenido está debilitado), mientras que en la esquizofrenia está producido por la desconexión entre el afecto y lo simbólico.

B. Memoria, conciencia y afecto

Suponiendo que el psicoanalista haya aceptado la posición de su colega neuropsicólogo: ¿Puede la experiencia psíquica estar determinada por el efecto de la memoria? Si esto fuese así, él no diría que no es la memoria lo que está faltando en el paciente histérico. Por el contrario, es el exceso de memoria: el paciente histérico sufre de reminiscencias. Pero la memoria no está ligada con la conciencia. Pero cómo puede la memoria producir afecto? Esto sería asumir que existe una autoridad que aprueba o desaprueba, juzga y toma posición a través de su disposición afectiva. Precisamente, la neuropsicología está interesada en las condiciones en las que la memoria para ser defectuosa. Por lo tanto, sería el hecho de no tener a disposición la memoria apropiada sino ciertos contenidos que supuestamente influenciarían el estado del paciente (mental o temperamental). El ejemplo por excelencia para ilustrar esto es la enfermedad de Alzheimer. Desde un punto de vista clínico, esta enfermedad pone en peligro la actividad psíquica, de tal manera que uno tendría razón en hablar de “muerte psíquica”. Por el contrario, el clínico en demencia Ploton describe el típico perfil psicológico de los pacientes con demencia, mostrando una vez más la vulnerabilidad narcisista, la fobia de implicación, la experiencia de abandono y sobre todo el tema obsesivo de la muerte (Breuer, Freud, 1985).

Asimismo, en la psicosis, la memoria es activa pero toma la forma de delirio. Este delirio utiliza contenidos religiosos o valores mágicos para reemplazar los recuerdos basados en hechos reales.

Estos ejemplos muestran que la *memoria es sobre todo, algo subjetivo*. Únicamente puede estar basada en creencias. Un recuerdo puede ser falsificado o arreglado a partir de una impresión, más que de un acontecimiento experimentado en el pasado. Como única prueba de la autenticidad de un recuerdo tenemos el afecto que lo acompaña.



En el caso preciso del *SPI*, el afecto está muy presente, pero no hay recuerdos. Los relatos de las personas que sufren del síndrome de piernas inquietas reflejan unánimemente indignación acerca de la estupidez de un síndrome que enturbia la evidencia de su verdadera identidad: por ej. *¿Con qué se pueden identificar en su historia aparte de su trastorno? y, por lo tanto, tienen dudas acerca de su identidad sin el síndrome. El efecto del recuerdo echa abajo la suposición de la autonomía del sujeto.* El paciente acepta la fatalidad y desarrolla un temor al vacío y a la nada y se siente privado del derecho de vivir sin el síndrome.

7. El sueño como un vínculo con el sueño y la prehistoria

La mayor consecuencia del síndrome de piernas inquietas es el insomnio. El análisis del sueño (como guardián del dormir) es una parte esencial del psicoanálisis. El sueño deviene el guardián de la actividad del soñar que, a su vez preserva la vida psíquica. Para P. Fédida (1997), la queja de estar privado del sueño también debe ser entendida como una queja de ser privado de lo psíquico, lo que explica la afectividad de las personas comprometidas con el *SPI*.

La falta de sueño impide a quien lo sufre el poder volver atrás en su historia. L. Garma (1997) llama la atención sobre el hecho de que el sueño, como guardián del dormir, no siempre se protege a sí mismo con efectividad y cumple todas sus funciones. El soñante ya no es capaz de mantener la alucinación, lo que es esencial para armarse a sí mismo para el día siguiente. La experiencia del sueño y el relatarlo, son factores determinantes para la cualidad de la actividad mental.

La cronicidad del insomnio daña la experiencia del dormir, según Garma y Widlöcher (1996): los sueños se experimentan disociados del dormir, lo que les da a los pacientes la impresión de que no duermen. Los autores subrayan la “inadecuada reconstrucción de la unidad entre la identidad del sujeto y su percepción”, ligada con el síntoma del insomnio. Quienes sufren de insomnio no están interesados en sus sueños. Quieren un dormir “real”. También podemos pensar que reprimir la necesidad de soñar es también una forma de rechazar la intimidad psíquica.

Dice Widlöcher (1991): “El soñante es el actor de sus acciones”.

La acción como salvaguarda de lo vivo amenaza al soñante tanto con interrumpir el dormir o creando una sensación de cansancio luego del dormir. La acción realizada independientemente de la voluntad es característica del insomnio y también especialmente del *SIP*. La acción tiene lugar *como* en el sueño, pero impide a la persona el dormir. Por lo tanto la acción priva a la persona de la imagen, de la representación y de la dimensión del tiempo en la actividad de su memoria y finalmente lo priva de su vida psíquica.

¹² Breuer J, Freud



Fédida explica el vínculo entre la proyección, regresión, acción, memoria y lo psíquico (1994): la memoria del mundo infantil es vista como constituyendo la parte ontogenética del sueño, mientras que la expresión del sueño traduce la parte filogenética de los desórdenes físicos y mentales. En cierta medida, la evolución de la neurosis imparte a lo psíquico el status de un fósil (Fédida, 2000). En contraste con esto, el sueño produce algo que es un signo indestructible de los “vestigios de lo viviente”.

Teniendo esto en cuenta, el concepto de animismo en la representación de lo psíquico es particularmente apropiada. Es imposible no pensar en el hombre prehistórico, que no tuvo el privilegio de concebir noches confortablemente dedicadas al dormir. Con la dureza de la vida y los peligros que lo amenazaban, no podía permitirse que el dormir lo atrapara. En el *SPI*, las piernas lo personifican y se comportan, por decir así, como aquellos hombres prehistóricos. Le recuerda al hombre de su historia (y su prehistoria). La consecuencia es que la persona se encuentra a sí misma referida hacia su prehistoria en la representación de sí misma. Actúa en dos direcciones: 1º el dormir no se instala, 2º La particular cualidad de la experiencia subjetiva del dormir está reducida en esas condiciones del dormir.

Esto presenta una lucha entre la destrucción de la vida psíquica (impedir el dormir) y la amenaza de los “vestigios de vitalidad” (los símbolos del sueño) amenazados a su vez con la desaparición de cualquier forma de elaboración. La expresión clínica del *SPI* es de acción-respuesta: regresión, transgresión y progresión anárquica en la forma de sobreproducción (hacer el trabajo de varios días en uno, hacer que este día sea más productivo).

La hiperactividad (*aufgeregte Depression*) como forma de depresión también es descrita en primer lugar como una defensa histérica frente a la amenaza de un colapso depresivo (Fédida, 2001) con un extraño compromiso con la manía (excitación motriz). Entonces la reducción de la “vida psíquica” conduce a síntomas puramente motores. El *SPI* podría ser típico de una *supervivencia de los miembros inferiores*. La angustia de permanecer en un lugar encuentra una salida en la ansiedad motriz, la que contribuye a compensar la amenaza de quedar sin vitalidad durante el resto de aquello que traen los problemas (resto = muerte). Ahora sería eficaz reconsiderar el síndrome como una manifestación de la pérdida de la barrera motriz.

Bibliografía

Blankenburg, W. (1984) “Gibt es eine positive Regression?”, In *Psychopathologie der Regression*. Edited by Heinrich K. Suttgart, New York : Schattauer Verlag, p.20.

Breuer, J.; Freud, S. *Études sur l’hystérie*. Paris : PUF, 1985.



Brisset, C.; Mazet, P.; Fortineau, J. (1970) «Neurologie et psychosomatique». Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie. Médecine Psychosomatique, 37458A, p.1.

Camus, JF.; Gély-Nargeot, M.C.; Michel, B. F. (2000) Attention la mémoire. Contribution au diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer. Marseille : Solal.

Coccagna, G.; Lugaresi, E. (1968) "Insomnia in the Restless Legs Syndrome", in The Abnormalities of Sleep in Man. Edited by Gastaud, H.; Lugaresi, E.; Berti-Ceroni, G.; Coccagna, G.; Bologna: Aulo Gaggi Editore, 1968, 139-144.

Fédida, P. (1981) «Le cauchemar du moi», Nouvelle Revue de Psychanalyse 1981, 24: 165-186.

(1997) «Pour une clinique psychanalytique du sommeil. Sommeil et psychiatrie», Confrontations psychiatriques, 1997, 38: 107-114.

(2000) Par où commence le corps humain. Retour sur la régression. Paris: PUF, 2000.

(2001) Des bienfaits de la dépression. Paris: Odile Jacob, 2001.

(2004) «La régression. Formes et déformations», In Les évolutions. Phylogénèse de l'individuation. Edited by Fédida, P.; Widlöcher, D.; Paris : PUF, 1994, 45-66 ; cit. p. 54.

Garma, L. (1997) «Approches critiques de la clinique du rêve et du sommeil. Sommeil et psychiatrie», Confrontations psychiatriques, 38: 115-140.

Garma, L.; Widlöcher, D.; (1996) «Le rêve entre la clinique psychanalytique et la clinique du sommeil», Revue Internationale de Psychopathologie. Les rêves, 23:p. 559, p.550.

Gorman, C.; Dyck, P.; Pearson, J. (1965) "Symptoms of restless legs", Archives of Internal Medicine, 115: 155-160.

Jouvent, R. (ed.) (2001) «La vulnérabilité», Monographies de Psychopathologie. Paris: PUF, avril 2001.

Hardy-Baylé, M. C.; Enseignement de la Psychiatrie. Sémiologie et logique décisionnelle en psychiatrie. Paris: Doin, 1985, p. 283; 301.

Koupernik, C.; Loo, H.; Zarifian, E. (1982) Précis de Psychiatrie. Paris: Flammarion, p. 266-267; 98.



Lechevalier, B.; Eustache, F.; Viader, F. (1998) La conscience et ses troubles. Séminaire Jean-Louis Signoret. Paris, Bruxelles: De Boeck Université, 1998.

Montplaisir, J. Y. "Restless Legs Syndrome: The Canadian Experience", in Sleep Thief. Edited by Wilson, N., Orange Park, Florida: Galaxy Books, p. 168.

Ploton, L. (1996) Maladie d'Alzheimer. À l'écoute d'un langage. Lyon. Chronique Sociale, 1996.

Walters, A. S.; Hickey, K.; Maltzman, J.; Verrico, T.; Joseph, D.; Hening et al. (1996) "A questionnaire study of 138 patients with restless legs syndrome: the "Nightwalkers'survey", Neurology, 46: p. 9556.

Widlöcher, D. (1991) «L'autisme du rêve», Revue Internationale de Psychopathologie 1991, 3: 31-49.

Wolf, M. (2000) Neurological Dysfunction, Psychic Conflict and Psychotherapy. American Journal of Psychotherapy 2000, 54: 329-339.

Fecha de recepción: 2 de agosto de 2005

Fecha de aceptación: 3 de octubre de 2005