

La obsesión con el estado mental

Pensando en lo que pensamos que pensamos y en lo que pensamos que sentimos

En la práctica clínica solemos observar pacientes que presentan casi permanentemente un estado de malestar subjetivo el cual, notoriamente, no se halla vinculado con situaciones problemáticas. Tampoco tal estado emocional se deriva de la presencia de una crisis de pánico o de un trastorno psicológico o psiquiátrico de relevancia. En estos casos, la particularidad clínica observada frecuentemente es la siguiente: el paciente lleva a cabo una “revisión” o “una suerte de monitoreo” permanente de su estado mental. El estado mental incluye la autopercepción y autovaloración de las propias emociones, pensamientos y conductas. Particularmente el sesgo se expresa predominantemente en la sensibilidad percibida por el paciente ante sus propias emociones; especialmente, ante las “positivas”, suelen preguntarse constantemente si “lo que sienten es realmente estar bien”, es decir, dudan sobre sus propias sensaciones de placer y de bienestar, poniendo en tela de juicio la autenticidad de lo que sienten. Una frase típica que refleja esto es: “no soy feliz, tengo todo pero no soy feliz”.

Características sintomáticas

Una forma de presentación de la obsesión con el estado mental consiste en la autoobservación excesiva de las propias sensaciones físicas y emocionales. La

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

autoobservación de los propios estados emocionales positivos decrementa la intensidad de tales emociones, tornándolas neutras o incluso negativas. En ocasiones, el paciente también lleva a cabo algunas conductas puntuales para eliminarlas, por ejemplo, ingerir psicofármacos, consumir agua, lavarse la cara, evitar situaciones, hablar con alguien sobre este tema. En algunos casos, no aparecen conductas de eliminación de sensaciones, aunque el paciente presenta rumiación frecuente sobre su “incomodidad psicológica o perturbación emocional”.

Habría como un objetivo casi involuntario de intentar que las sensaciones buenas duren más de lo que duran y eso ya las torna, en sí, no tan positivas. Esto genera a su vez que, desde su propio automonitoreo, la persona concluya que no se siente bien y que su estado de bienestar ahora ya es displacentero, haciéndose un planteo casi de infelicidad e insatisfacción permanente.

En algunos casos, tal obsesión deriva en que el paciente tenga la sensación de que ningún tratamiento le funciona. Es típico escuchar en sesión al paciente diciendo: “me volvió a aparecer la tensión”, “esto no se me va más”, “otra vez me siento mal”, “lo bueno me dura poco”, “no consigo que el placer se quede”.

En estos casos, el paciente que ha logrado estar mejor en un tratamiento empieza a hablar de que ya no le es efectivo, que la sensación de mejoría y de felicidad en los comienzos de tratamiento ya no la percibe. Resulta particularmente importante que el psicólogo evalúe el significado idiosincrásico que le asigna el paciente a términos críticos tales como: recaída, recuperación, malestar, dolor, ansiedad, bajón, incluso aburrimiento. La persona tiende a magnificar el dramatismo de sus propias sensaciones, emociones y pensamientos, en un círculo vicioso que, en casos avanzados, puede derivar en trastornos de ansiedad y/o depresión.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Como se observa, este efecto de monitoreo en el paciente, se puede presentar en diferentes niveles.

– En la activación fisiológica:

Es frecuente que aparezcan sensaciones corporales provocadas por la autoobservación permanente que tiene el paciente. Es conocida la relación entre autoobservación y activación fisiológica y emocional, se trata de una de las piedras angulares de los pacientes con diagnóstico de Trastorno por Pánico. De todos modos, es el monitoreo mismo el que provoca las respuestas de ansiedad.

– En el estado anímico:

También es frecuente que la autoobservación derive en alteraciones anímicas. Dicho simplemente, cuando la persona revisa y cuestiona su estado anímico con cierta frecuencia, ese mismo acto perturba su emoción. Parafraseando a la psicología popular, “la persona que se pregunta si es feliz ya deja de serlo”.

En lo que concierne al diagnóstico, la Autoobservación Obsesiva (AO) se asemeja mucho a algunas particularidades de la focalización atencional patológica y de pensamientos que se presentan en los siguientes cuadros: Trastorno Obsesivo-Compulsivo con predominancia de obsesiones, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno por Pánico y Depresión. La AO no es un cuadro diagnóstico en sí mismo, aunque afecta funcionalmente al flujo y ciclo natural de las propias emociones; puede cobrar tal protagonismo que derive en la formación de los diagnósticos señalados previamente. Las personas que no padecen este fenómeno no montan una lucha contra sus propias emociones, focalizando predominantemente la atención en la propia conducta y en las situaciones a afrontar.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Como dijimos previamente, la “incomodidad emocional” casi permanente que presenta el paciente no es efecto de un cuadro depresivo, problema externo o consecuencia natural de acontecimientos negativos de la vida cotidiana. Es más, la problemática en discusión se presenta varias veces en personas que no tienen por ejemplo, problemas económicos, familiares, de pareja o interpersonales. “La felicidad”, “la tranquilidad” y “la satisfacción plena” son algunos de los temas principales sobre los que reflexionan de modo obsesivo los pacientes con esta característica de automonitoreo excesivo. Pareciera que estas personas no tienen problemas graves, sus necesidades básicas están satisfechas, tienen exceso de tiempo libre y sedentarismo. Es decir, no es la situación la causa principal del malestar sino la forma obsesiva de monitorear, percibir y procesar las propias emociones positivas. Este tipo de planteos merma cuando la persona está ocupada en alguna tarea específica y diferente al automonitoreo.

Distinción entre objetivos, expectativas y resultados

El estado mental/emocional es el resultado de cumplir o no con ciertos objetivos. Los pacientes que presentan el monitoreo obsesivo descripto suelen confundir objetivos con resultados de manera tal que se proponen como objetivo “ser feliz”, “estar bien”, “estar satisfecho”. Ser feliz será en realidad el resultado de haber hecho determinadas actividades o pensado algunos contenidos que me dan placer. Por ejemplo, concretar una tarea que tengo muchas ganas de hacer me produce satisfacción, me hace sentir feliz; por lo tanto, el objetivo sería esa tarea y el resultado sería la sensación. A los fines de graficar este aspecto, supongamos que un paciente, luego de buscar empleo, finalmente consigue ser contratado en una empresa a la cual él deseaba ingresar. Luego de un primer momento de satisfacción, a los pocos días de conseguido el objetivo, el paciente tiene la sensación de insatisfacción, no por las condiciones laborales per se, sino porque el monitoreo se

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

“independiza” del objetivo alcanzado. El foco atencional recae sobre las emociones, más que sobre los objetivos alcanzados. Así, cuando trabaja, se pregunta “¿es este realmente el trabajo que yo deseaba?”, “¿me estoy sintiendo realmente feliz?” “¿esto que me pasa es placer?”. Y si las emociones son agradables y el tono emocional placentero, se disipan rápidamente ante el automonitoreo que los transforma ahora en una fuente de amenaza.

En relación a este punto, es crucial el papel de las EXPECTATIVAS del paciente sobre su propia emoción. Si el paciente no alcanzó su objetivo (conseguir el empleo), se siente insatisfecho. Y cuando lo alcanza, tampoco es suficiente pues esperaba un estado emocional positivo marcadamente **más elevado y más duradero**. Una frase que generalmente se presenta en estos casos es: “Porque NO me siento satisfecho, como yo creía que me iba a sentir, el objetivo que alcancé no me hace feliz”. Nótese que en el caso descrito no sólo se trata de un problema de expectativas a secas (lo cual, dicho sea de paso, es un tema hartamente conocido en la psicopatología). Sabemos que las expectativas inadecuadas juegan un rol crítico en la etiología y mantenimiento de muchos desórdenes, el caso más paradigmático es la depresión. Pero en un caso como el referido, la cuestión radica en las expectativas de las emociones, no tanto en las expectativas del trabajo. En efecto, el trabajo es tal como se esperaba que fuera, pero lo que no es como se esperaba son las emociones derivadas de ese trabajo; vale decir, lo disfuncional radica en las expectativas respecto del estado subjetivo de placer que se alcanzará. En este sentido, cambiar de trabajo nuevamente, por ejemplo, no resolverá el problema.

Otro terreno en el cual solemos observar este fenómeno es el de las relaciones de pareja. La felicidad de la conquista y del inicio de una nueva relación es fugaz. Por ende, al poco tiempo de establecido el nuevo vínculo, el sujeto monitorea su emoción, percibiendo que no tiene la misma intensidad que al principio, y ahí es

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

donde tiende a evaluar a su pareja pensando que es el motivo de su falta de su emoción. La persona que ha sido elegida y que en un principio provocaba satisfacción en el paciente, queda teñida negativamente por el automonitoreo obsesivo hacia su propia emoción. Así, independientemente del comportamiento de la pareja, el paciente afirma cosas tales como “ya no siento lo mismo que antes”, a tan sólo dos meses de relación. En términos simples: el problema no es ni el trabajo ni la pareja, es la revisión permanente y obsesiva de su propia emoción; las expectativas de satisfacción ideal derivan en la **desvalorización** del objetivo alcanzado. En otras palabras, el monitoreo obsesivo de la emoción termina afectando, indirectamente también, a la situación.

Una aproximación neurofisiológica

Las emociones, cuyo sustento fisiológico radica en el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), tienden a disminuir su intensidad a los segundos de haberse presentado; el ejemplo típico es la curva de ansiedad. A los pocos segundos de manifestarse tiende generalmente a disminuir (curva de extinción). Es necesario recordar que la felicidad, la satisfacción, el bienestar, la alegría, son estados emocionales, por lo tanto, cumplen los mismos patrones fisiológicos que todas las emociones: aumentan, se mantienen, disminuyen y dejan de experimentarse, precisamente porque son autónomas, independientemente de lo que ejecute el sujeto. Por ejemplo, en las adicciones a los estimulantes, como la cocaína y/o las metanfetaminas, artificialmente se incrementa la emoción positiva y prolonga su duración por más tiempo que lo que naturalmente tiende a presentarse. Esperar que la emoción en forma natural dure y persista en el mismo nivel indefinidamente es irracional, simplemente eso es imposible. Algunos de los pacientes que presentan este automonitoreo de sus emociones narran haber sido consumidores de estimulantes; en estos casos, es probable que la persona tienda a querer alargar la duración de

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

las sensaciones positivas como una respuesta aprendida por el consumo y, de esa manera, al comparar con la sensación natural, pareciera que esta última es extremadamente fugaz en relación al efecto que en algún momento provocaba la sustancia estimulante. Naturalmente, el error acá es utilizar un patrón de comparación artificialmente creado por una sustancia psicoactiva. Algo similar sucede con estos pacientes con la búsqueda de “estar tranquilos” y aquí se ve un abuso de la marihuana, como droga que otorga sensación de tranquilidad pero que, consumida a solas, es utilizada como ansiolítico y que va generando que la persona postergue situaciones, objetivos, acciones necesarias que luego redundan nuevamente en una insatisfacción profunda.

Como dijimos anteriormente, muy a menudo el monitoreo recae precisamente sobre “emociones positivas”. Las personas sin esta obsesión no las automonitorean. Contrariamente, los pacientes con obsesión con el estado mental, monitorean tales emociones al punto tal que dejan de sentirse positivas. Si hablamos de obsesión, es porque notamos que este comportamiento de monitoreo es frecuente durante varias horas del día. Incluso los periodos de estados emocionales neutros y ánimo eutímico el paciente tiende a replantearse los de manera tal que los califica como negativos.

Sería deseable que en futuras investigaciones sobre evaluación y diagnóstico psicológico se considere la obsesión con el estado mental como un subtipo específico del espectro del Trastorno Obsesivo Compulsivo. La preocupación por estar bien permanentemente termina siendo, por así decir, “un arma de doble filo”. De algún modo, el paciente cae en un perfeccionismo emocional, siendo muy sensible a las oscilaciones mínimas (y normales) de sus propias emociones. La mayoría de las personas tiende a aceptar que dichas oscilaciones son parte de su vida cotidiana y no por ello se sienten insatisfechas con la presencia de las mismas.

Posibles abordajes de tratamiento

La psicoeducación

Constituye uno de los pilares para el abordaje del problema. Las emociones, tanto negativas como positivas, se disparan ante una situación y/o pensamiento y duran apenas unos segundos; saber esto favorecerá un cambio en las expectativas; esperar que las sensaciones agradables sean eternas es pretender algo de por sí poco natural, simplemente nuestro cerebro no funciona de ese modo. Los estados emocionales, las sensaciones o emociones no deberían ser planteados como objetivos a lograr. Las emociones son el resultado de acciones que realizamos; por lo tanto, si quiero recrear esa emoción positiva que sentí, deberé hacer acciones similares a la que realicé. El mero monitoreo de la emoción NO REPRODUCE la misma, sino que más bien, la extingue.

También es útil transmitirle al paciente que las manifestaciones autónomas de nuestro cerebro no son voluntarias; por lo tanto, cuando se las intenta controlar, no sólo no se logra el objetivo sino que sucede lo contrario; lejos de provocar emociones positivas de bienestar generamos estados de sobreactivación; como típicamente sucede con, por ejemplo, el monitoreo permanente de la ansiedad que, en un paciente pánico, genera pánico, justamente lo que teme y desea evitar. Si cuando se siente bien la persona se pregunta “¿realmente esto es ser feliz?”, a los pocos segundos sentirá que no lo es, porque simplemente la sensación está en disminución y el monitoreo acelera el proceso de decrementarla. De modo análogo, en el terreno sexual encontramos personas que cuando están cercanas al orgasmo, se enfocan en si están o no realmente excitadas, provocando así una fuerte caída de la excitación sexual. Si, en esa misma situación, la persona se enfoca en los estímulos de su alrededor, como el/la compañero/a, sus gemidos, su piel, su olor,

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

entonces la excitación aumenta, se disfruta naturalmente, sin proponérselo y cuestionárselo, y se llega más fácilmente al orgasmo.

Supongamos que estamos en el caribe por primera vez y nos da euforia ver ese impresionante paisaje, esa emoción nos dura unos segundos y se vuelve a reactivar cuando enfocamos en otro elemento del contexto, como el agua de mar tibia, y así sucesivamente. Si la persona se enfoca en pensar “si esa es realmente la felicidad”, perderá de vista el contexto y automáticamente experimentará la merma del sentimiento de euforia pues el foco está puesto en la emoción y no en la situación. Por más que se encuentre en la mejor playa del mundo, el sujeto estará en poco tiempo insatisfecho porque monitorea su emoción permanentemente.

Entrenamiento en Focalización Atencional

Los mecanismos atencionales están diseñados para la relación del organismo con el ambiente, no consigo mismo. Evolutivamente, la percepción de una dolencia, lesión o daño en algún órgano interno es transmitida al sistema nervioso mediante vías propioceptivas. Por así decir, el cuerpo comunica al cerebro mediante el dolor la necesidad de autopercebirlo para hacer algo al respecto; sólo en esos casos se justifica que los mecanismos de atención sean hacia uno mismo, con la intención de modificar la dolencia. En este sentido, mediante el Entrenamiento en el Foco de Atención, similar al que se lleva adelante en el tratamiento del Trastorno por Pánico, el paciente aprenderá a dirigir su atención a la situación que generó la emoción y no a la emoción en sí misma.

Interrupción del pensamiento

Consiste en un procedimiento mediante el cual enseñamos al paciente a poner un stop en su rumiación e, inmediatamente, enfocarse en la situación, alejándose de su

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

emoción como objetivo del monitoreo. La técnica se aplica inicialmente en el consultorio con ayuda del terapeuta, luego le pedimos al paciente que la realice en situaciones progresivamente más complejas y donde naturalmente detecte el proceso de automonitoreo patológico descripto.

A modo de conclusión...

Hemos presentado y discutido un fenómeno al cual genéricamente llamamos Autoobservación Obsesiva. Si bien no constituye un diagnóstico formal en las actuales categorías, como proceso, definitivamente se encuentra involucrado en muchas entidades diagnósticas con las cuales lidiamos habitualmente en el consultorio. En este punto, uno podría preguntarse por qué algunas personas entran en este proceso de automonitoreo pernicioso, que deteriora la calidad de vida y el sentimiento subjetivo de bienestar. ¿Se trata de un rasgo causal, por ejemplo en la Distimia y Depresión? ¿O, inversamente, la Depresión y Distimia provocan este fenómeno? La ausencia completa de este rasgo, ¿trae aparejado alguna consecuencia negativa para la salud? Tal vez, como muchas características humanas, psicológicas y físicas, deberíamos pensarlo en un continuo de distribución normal, de modo tal que algunas veces sea incluso sano preguntarse si lo que sentimos como “estar bien” lo es realmente. Son preguntas sumamente interesantes para seguir investigando. Nosotros, como clínicos que aplicamos a diario tratamientos psicológicos, sólo podemos con bastante seguridad transmitir lo que se observa en el extremo de la autoobservación y el automonitoreo con el estado mental; eso es de lo que nos ocupamos al hacer Terapia Cognitivo Conductual.