

LA PARADOJA NEUROTICA EN LA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA

Francesco Mancini

Centro Psicoterapia Cognitiva, Roma

The aim of this article is to show that neurotic paradoxes generate in systems whose nature tends towards coherence. This hypothesis is illustrated through the conflict of approach/avoidance of a patient who is not able to establish either affective links or avoid them because of his incapability to distinguish between more or less severe loss.

Un trastorno psicológico es cualquier construcción personal que viene utilizada reiteradamente a pesar de ser constantemente invalidada. Kelly (1955).

La vida de hecho, es un eterno movimiento que de no poder desarrollarse en línea recta, lo hace circularmente. Hobbes (1658).

Creo que a todos nosotros nos ha ocurrido al menos una vez, sentirnos desconcertados frente a la paradoja del sufrimiento neurótico. Por ejemplo, un paciente obsesivo, que se lava las manos 150 veces al día, afirma convencido que tales lavados son inútiles, exagerados, absurdos, que sería más sabio detenerlos, pero que a pesar de sus esfuerzos no lo logra. Igualmente el caso de un paciente que busca desesperadamente establecer un vínculo afectivo y cada vez que está por alcanzar su meta, reacciona con tanta intensidad que escapa al vínculo, para después volver a empezar, a veces con la misma persona. Sería posible poner cientos de ejemplos de actitudes paradójicas de este tipo y todos chocarían de igual modo con nuestro sentido común.

Pero veamos más de cerca en qué consiste esta capacidad de impactarnos es decir, porqué las paradojas neuróticas escapan a las explicaciones habituales sobre la conducta individual. Generalmente se asume que un sujeto que actúa, posee la capacidad de realizar comparaciones y evaluaciones entre objetivos y creencias, y de elegir una línea de conducta coherente con el objetivo que en ese momento considera más importante y con la creencia que considera más verosímil. Por ejemplo, supongamos que deseamos explicar porqué un sujeto que está escribiendo un texto interrumpe su labor, se levanta, va hacia la cocina, toma un bocadillo y se lo come. Para explicar esta conducta es suficiente suponer que en la mente del sujeto

se ha activado el objetivo de satisfacer su apetito, que este objetivo ha sido contrapesado con el objetivo de terminar el texto y que éste último ha tenido menos peso que el primero. (Para un análisis más detallado de la organización de la función de un sistema de objetivos y conocimientos ver Parisi y Castelfranchi, 1980).

Aparentemente, las paradojas neuróticas escapan a este esquema explicativo; es más, parecen invalidar totalmente la premisa que los sistemas psicológicos sean tendencialmente coherentes. Simplificando al máximo, es posible imaginar que el paciente obsesivo mencionado anteriormente posee dos objetivos, uno consistente en adquirir la certeza de evitar el peligro de un contagio, lo cual lo impulsa a lavarse, el otro, satisfacer su deseo de no desperdiciar el tiempo es decir lograr interrumpir los lavados. De los dos objetivos de hecho predomina el primero; por ello, tanto las declaraciones del paciente como la dirección de sus esfuerzos y aun el hecho de solicitar una psicoterapia, nos hacen suponer que el segundo objetivo posee más peso que el primero. ¿Cómo es posible entonces, que el sujeto continúe lavándose las manos, si lavarse las manos es una acción intencional y la intención que en él prevalece es la de detener el lavado de manos?.

No sorprende que existan contemporáneamente en la misma mente dos intenciones incompatibles, lo que sorprende es la prevalencia estable en el tiempo de una línea de conducta contraria a la que el sujeto reconoce como la mejor para sí. La ambivalencia afectiva también constituye una anomalía para aquellos modelos de la mente que se asume poseen la capacidad de realizar comparaciones entre distintos objetivos. De hecho el individuo en cuestión posee dos objetivos incompatibles entre sí: el primero es la estabilización del vínculo afectivo, el segundo el mantenimiento de la propia libertad. En una primera fase predomina el primero, pero luego las preferencias se invierten y predomina el segundo, y luego vuelve a prevalecer el primero, y así sucesivamente, en una alternancia que no permite satisfacer en modo estable ninguno de los dos objetivos. No sorprende que ocasionalmente ocurra una inversión en las propias preferencias, lo que sorprende es que no se logre nunca un balance definitivo entre los dos objetivos y que en consecuencia las inversiones alternen de modo inconcluyente durante toda la vida. ¿Por qué el sujeto no logra jamás una evaluación completa de las ventajas y de las desventajas de la libertad y del compromiso afectivo que le permita elegir y mantener una línea de acción coherente con las propias preferencias?.

Las concepciones psicológicas de mayor difusión consideran que el aparato psíquico está organizado en modo conflictivo, es decir regulado por tendencias opuestas e inconciliables entre sí. Por ejemplo, el principio de realidad respecto al principio del placer, lo racional respecto a lo emocional, la tendencia al cambio respecto al mantenimiento de la propia identidad. Para quienes aceptan este enfoque, tan difundido, no es necesario explicar la permanencia de un conflicto o de una incoherencia, ya que el aparato psíquico está "hecho" en modo conflictivo y contradictorio.

Lo paradójico de la conducta obsesiva encuentra su explicación en la prevalencia de la parte irracional sobre la racional y la permanencia de la ambivalencia afectiva en el predominio de la tendencia al mantenimiento de la identidad personal respecto a la tendencia al cambio. Las explicaciones en términos de partes o principios en conflicto, que un clínico podría dar, serían sin lugar a dudas más complejas, pero consistirían siempre en explicar una conducta conflictiva perteneciente a un aparato psíquico “hecho” en modo conflictivo. Pero como sugiere Sartre (1980), no se trata de explicaciones sino de simples reformulaciones del conflicto manifiesto (la conducta) en términos de un conflicto subyacente (la psique).

No es mi intención adoptar una posición crítica respecto a estos modelos de la mente sino demostrar cómo es posible explicar las conductas paradójicas mediante la concepción de sistemas psicológicos que poseen la tendencia a la coherencia, es decir, los sistemas constructivistas.

EL CONSTRUCTIVISMO

Para Neimeyer y Feixas (p. 77, 1990) “el constructivismo nos invita a observar las actividades humanas en términos holísticos”, y en mi opinión ello significa que el constructivismo rechaza la idea de un sistema psicológico estructuralmente conflictivo y contradictorio. El constructivismo considera en cambio, que el devenir de un sistema está regulado por un único principio: el aumento de la complejidad; por lo tanto, caso de aparecer conflictos o contradicciones, ésta tendería a superarlos. Si por lo contrario, los conflictos o las contradicciones se mantienen es necesario explicar por qué; es decir, intentar comprender qué es lo que hace imposible su superación, o demostrar que tanto los conflictos como las contradicciones son aparentes y no reales. Esta concepción resulta de interés para quienes se ocupan del sufrimiento neurótico, característicamente egodistónico (DSM III, 1983) es decir, paradójicamente en conflicto con la evaluación que el sujeto considera mejor para sí mismo.

Otra característica del constructivismo se refiere a la naturaleza de las explicaciones consideradas valederas; para explicar fenómenos es necesario construir modelos capaces de representar la organización subyacente a éstos. Explicar las conductas y las elecciones de un individuo, sus reacciones emocionales, el curso de sus pensamientos, significa identificar el sistema de constructos es decir, el conjunto de conocimientos y objetivos que genera conductas, emociones y pensamientos específicos. Parafraseando a Kelly (1955), si el sistema de constructos determina el tipo de experiencia, explicar la experiencia significa identificar el sistema específico que la genera. Y los pacientes neuróticos poseen sistemas de constructos característicos en su estructura.

ALGUNOS DATOS EXPERIMENTALES SOBRE LOS SISTEMAS DE LOS PACIENTES NEUROTICOS.

Los pacientes neuróticos poseen sistemas de evaluación escasamente articulados en las áreas concernientes al conocimiento de sí mismos y de las relaciones interpersonales.

Los datos disponibles en la bibliografía permiten suponer que los sistemas de constructos de estos pacientes poseen, respecto a los de los individuos normales, algunas de las siguientes características estructurales:

- el grado de correlación entre constructos es más elevado,
- el grado de coherencia en las relaciones entre constructos es muy elevado es decir, existen muy pocas contradicciones,
- los constructos se utilizan tendencialmente como discriminaciones absolutas y extremas, del tipo "todo blanco, todo negro".

Las investigaciones (ver recopilación en Winter, 1985 y 1992) de las que derivan estos datos han analizado los sistemas de constructos referidos a la relación con el "sí mismo" y con los "otros" (figuras significativas), dominios universalmente considerados como los más involucrados en los procesos psicopatológicos.

En estos dominios, las construcciones de los sujetos neuróticos aparecen decididamente menos articuladas y más absolutistas que en los sujetos normales. El alto grado de correlaciones y la casi ausencia de contradicciones evidencian una estructura que no da lugar a otros subsistemas, es decir, a puntos de vista alternativos mediante los cuales evaluar la realidad.

La escasa diferenciación genera una tendencia a no utilizar ni matices ni grados y a diferenciar y evaluar contraponiendo lo absolutamente bueno a lo absolutamente malo, el blanco al negro.

Esta tendencia de los pacientes neuróticos a evaluar en modo absoluto y dicotómico encuentra en la bibliografía cognitivista una amplia confirmación (Beck; 1962, 1967, 1972).

LA TESIS

Este artículo posee fundamentalmente dos objetivos: el primero, mostrar cómo un sistema escasamente articulado puede generar conductas paradójicas. El segundo, mostrar cómo un sistema puede permanecer escasamente articulado a pesar de su tendencia natural hacia el aumento de la complejidad.

Un sistema es poco articulado si los objetivos que lo constituyen definen rígidamente las condiciones de su alcance es decir, que un individuo con un sistema poco articulado no será capaz de apreciar las diferencias de valor con la misma sutileza del que posea objetivos más articulados.

Por ejemplo, todos los seres humanos poseen el objetivo de ser amados y protegidos, pero difieren entre sí por la articulación de este objetivo. Un individuo adulto generalmente es capaz de apreciar la diferencia entre ser amado un poco,

bastante o mucho y ser protegido de inmediato, más tarde o nunca. En el caso de un paciente agorafóbico, el objetivo del apego es tan poco articulado que si la figura de apego no evidencia la capacidad de protegerlo inmediatamente y en todo, se sentirá completamente solo y abandonado.

Resulta intuitivamente deducible y además comprobado en algunas investigaciones (Linville, 1982) que la frustración de un objetivo poco articulado se caracteriza por reacciones emocionales más intensas respecto a la frustración de un objetivo más articulado. La incapacidad para apreciar matices diversos, la tendencia a evaluar en términos de blanco o negro, característica de los neuróticos, da cuentas de la particular intensidad del sufrimiento neurótico.

Intentaré ahora mostrar cómo la escasa articulación puede explicar también el carácter paradójico del sufrimiento neurótico.

Quisiera anticipar las conclusiones a las que he llegado a partir de la observación clínica:

Frecuentemente los pacientes mantienen líneas de acción y de pensamiento que son fuente de sufrimiento porque, a pesar de las apariencias, la escasa articulación no les permite considerar otras alternativas.

Lo paradójico de la conducta neurótica consiste, como ya he mencionado anteriormente, en el hecho que el individuo mantiene conductas invariables, líneas de acción y de evaluación que son contrarias a su bienestar, a pesar de tener, al menos aparentemente, la posibilidad de cambiar. Lo paradójico se acentúa aún más si el individuo se da cuenta que no sólo le conviene cambiar sino que también puede hacerlo.

Explicar la paradoja significa demostrar que, contrariamente a las apariencias, el cambio no es conveniente o no es posible para el sistema. Un corolario importante de la explicación de la paradoja consiste en ilustrar cómo ocurre que un observador externo tenga la falsa impresión que el cambio sea tan conveniente como posible.

Expondré ahora el conflicto acercamiento-evitación de un paciente mostrando cómo el cambio, si bien era conveniente, no ocurría porque no era posible. He seleccionado este caso excluyendo cualquier explicación de la paradoja consistente en demostrar que el sistema no cambia porque en realidad no le conviene. Tal elección se basa en mi deseo de explorar una explicación generalmente no contemplada por los autores que privilegian las explicaciones que afirman que el cambio es posible para el sistema, pero que no ocurre porque no es conveniente.

Intentar explicar también el mantenimiento de la escasa articulación de las estructuras de objetivos a través del tiempo. Por qué un individuo, con el pasar de los años, no logra articular sus capacidades de evaluación?. Esta pregunta no sólo es legítima, dada la existencia de la tendencia natural hacia un aumento de la diferenciación vinculada al desarrollo y a las experiencias (Linville 1982; Linville, Clayton y Salovey, 1984; Linville y Jones, 1980; Mancini, Pallini y Donato, 1985; Montemayor y Eisen, 1977; Mullener y Laird, 1971) sino que también es crucial en

el campo clínico, en la medida que pone en evidencia el problema de la correlación entre las experiencias en edad temprana y las actitudes del adulto. La permanencia en el tiempo de estructuras psíquicas que generan sufrimiento, es una de las cuestiones nodales que se presenta a quien quiere explicar la patología psíquica y en particular la neurosis. La mayor parte de las veces, el problema viene resuelto invocando una especie de principio de inercia de los contenidos y de las características organizativas de las estructuras psíquicas (Bowlby, 1979; Ellis, 1962) es decir, negando la tendencia natural hacia el aumento de la complejidad; o también postulando la existencia de alguna ventaja por ejemplo, en términos de mantenimiento de la propia identidad personal. No es mi intención someter a discusión estas soluciones que probablemente poseen un valor explicativo real, sino sugerir en cambio, un mecanismo complejo, la autoinvalidación recurrente, que puede explicar cómo sistemas que naturalmente tienden al aumento de la diferenciación pueden, en circunstancias particulares, es decir sometidas a invalidaciones reiteradas, disminuir, a pesar de la experiencia, su capacidad de apreciar diferencias de peso y de valor.

EL CASO CLINICO.

Un joven de 28 años me fue derivado por un colega psiquiatra a causa de su agudo estado depresivo ansioso. En su historia personal existían los antecedentes de una pérdida afectiva tan precoz como dramática: a los 4 años de edad los padres se habían separado y el paciente había sido encomendado al padre y alejado de la madre a quien no había vuelto a ver hasta los 10 años de edad. Una de las consecuencias de la elaboración de esta separación tan traumática de la madre era una profunda intolerancia frente a cualquier pérdida. La resultaba extremadamente doloroso separarse aun de los objetos más insignificantes, a menudo evitaba comprar cosas que le gustaban por el temor de perderlas o escuchaba con particular concentración una melodía en la radio convencido de no volverla a escuchar otra vez. A partir de estos datos y de los resultados de una *rejilla*, fue posible hipotetizar que en la mente del paciente existiese un objetivo con características absolutistas y dogmáticas, que podrían verbalizarse del siguiente modo: “Nunca más volveré a padecer una pérdida”.

El carácter absoluto de este objetivo le impedía apreciar los matices de las pérdidas que para él se situaban todas al mismo nivel y por lo tanto se hallaba en gran dificultad cada vez que tenía que elegir entre dos pérdidas. De frente a una tal decisión, se sentía como quien tuviese que elegir entre hacerse cortar una pierna con una incisión que empezara por la derecha o por la izquierda. Todos nosotros conocemos la diferencia que existe entre las dos incisiones, pero seguramente no logramos apreciar una diferencia de valor. Una elección de este tipo nos parecería absurda, mientras que nos sería evidente la diferencia de valor entre cortar la pierna o no cortarla. Por lo tanto, todos tendríamos dificultades para elegir entre las dos

incisiones ya que no nos parecería una elección, y buscaríamos en cambio el modo de salvar la pierna.

Por razones parecidas, el paciente no era capaz de elegir entre dos pérdidas y lo único que lograba hacer era buscar todas las maneras posible de evitar la elección. Con estas premisas resulta fácil imaginar algunas de las dificultades que encontraba en su vida sentimental, y explicar cómo lo habían llevado a la depresión ansiosa por la cual había buscado ayuda psicoterapéutica.

Durante 10 años el paciente había mantenido una relación afectiva con una muchacha, sintiéndose cíclicamente insatisfecho e intentando dejarla repetidamente, sin lograrlo jamás. Alternaba períodos de acercamiento afectivo con períodos de alejamiento sin lograr elegir entre un compromiso afectivo o una separación. Su conducta era francamente paradójica, tratándose específicamente de un conflicto acercamiento-avoidance. Explicar este conflicto significa explicar por qué se mantuvo sin solución durante 10 años y para ello habría que comprender porqué la resolución del conflicto no era conveniente o no era posible.

Dejar la muchacha significaba una pérdida y por lo tanto no era una solución aceptable. Pero también estabilizar el vínculo afectivo significaba la posibilidad de una pérdida al menos en dos modos: el primero, perder la posibilidad de establecer una relación con otra muchacha, más adecuada para él, lo cual podía ocurrir sólo si se hallaba libre del vínculos. La segunda, comprometerse afectivamente en una relación, significaba correr el riesgo de una pérdida aun mayor, ya que entraba en juego el mismo mecanismo que lo llevaba a no comprar objetos deseados por el temor de romperlos o perderlos.

En fin de cuentas, para resolver la ambigüedad afectiva tenía que elegir entre pérdidas lo cual era para él imposible por el simple motivo que su sistema de objetivos era tan poco articulado que no era capaz de apreciar la diferencia de valor entre una y otra pérdida, no era capaz de establecer una jerarquía y por ello su objetivo era evitarlas. Puede imaginarse fácilmente lo que ocurrió cuando al enamorarse de otra muchacha comenzó a dudar entre la primera y la segunda y cuando ambas lo amenazaron con dejarlo por su ambigüedad.

Es válido preguntarse aún: por qué su objetivo de evitar las pérdidas había permanecido tan poco articulado con el pasar de los años? Esta pregunta se vuelve obligatoria para quien asume una perspectiva constructivista. De hecho, como ya hemos dicho, el constructivismo asume que todos los sistemas evolucionan hacia el aumento de la complejidad y por lo tanto debe explicarse por qué el paciente no había logrado con el tiempo articular sus objetivos afectivos.

Antes de exponer mis observaciones sobre este caso, quisiera detenerme brevemente sobre algunas consideraciones respecto al efecto de las invalidaciones sobre la complejidad de los sistemas y en particular un tipo de invalidación que frecuentemente se encuentra en los pacientes neuróticos (Gardner, Mancini y Semerari, 1988; Semerari y Mancini, 1988) denominada "autoinvalidación recursiva".

Los sistemas cognitivos deberían incrementar su complejidad (Castorina y Mancini, 1992; Kelly, 1955; Mahoney, 1988; Piaget, 1981) es decir su diferenciación y su integración desde objetivos y conocimientos absolutos hacia objetivos y conocimientos articulados, capaces de permitir adquirir y apreciar diferencias de valor cada vez más sutiles. Además, aun sin recurrir a hipótesis más elaboradas sobre el devenir de los sistemas psíquicos, resulta fácil de intuir que el mantenimiento sin modificaciones a través del tiempo de una estructura invalidada exige una explicación.

De las investigaciones de Bannister (ver recopilación en Adams-Webber, 1979; Winter, 1985, 1992) resulta que invalidaciones reiteradas tienden a disminuir la complejidad de los sistemas. Una primera respuesta a la pregunta ¿por qué los sistemas que generan el sufrimiento neurótico permanecen poco articulados?, podría ser entonces: porque están sometidos a reiteradas invalidaciones. En el caso de un niño crónicamente maltratado por la figura de apego, es lógico pensar que no logre articular el objetivo del apego ni aprenda a apreciar los matices de intensidad y de modalidad con los cuales otras personas podrían demostrarle afecto, comprensión e interés. Pero ¿por qué, aun en relaciones con otros bien dispuestos para con él, persevera en el mantenimiento de los objetivos afectivos escasamente articulados?. Un ambiente favorable y benévolo junto a una tendencia natural hacia el aumento de la complejidad, tendrían que conducir hacia una mayor articulación y por lo tanto, si ello no ocurre, ¿por qué no ocurre?.

La respuesta más evidente es que más allá de lo que pueda ver un observador externo por ejemplo, que el ambiente es favorable, existen invalidaciones reiteradas que impiden u obstaculizan la articulación del sistema. El problema entonces consiste en la identificación del origen de las invalidaciones recurrentes.

De la observación clínica surge que en los pacientes neuróticos las invalidaciones reiteradas ocurren a causa de manifestaciones (emociones, conductas, actitudes, pensamientos) acerca del problema y de los intentos de solución que ellos mismos ponen en acto. Un análisis atento de los síntomas neuróticos evidencia cómo la interpretación que el paciente da de los síntomas, del problema y de las soluciones que actúa, invalidan ulteriormente, en una circularidad perversa, las estructuras ya invalidadas.

Los pacientes agorafóbicos (Lorenzini y Sassaroli, 1987), cuyas crisis de ansiedad dependen al menos en gran parte, del objetivo de ser “fuertes”, “autónomos”, e “independientes”, consideran los propios síntomas ansiosos y la búsqueda de la cercanía de personas que los reaseguren como una amenaza ulterior al objetivo de ser “fuertes”, “autónomos”, e “independientes”. De los momentos de ansiedad identifican aquellas manifestaciones que sugieren fantasías de un inminente infarto, de un desmayo, de una pérdida del control o cualquier fantasía capaz de reforzar la idea de una fragilidad personal. La búsqueda de protección es considerada como una prueba del ser dependientes y por lo tanto como una pérdida de la propia autonomía

y libertad.

Frecuentemente los pacientes deprimidos interpretan la apatía y la astenia, consecutivos a la invalidación de objetivos de la autoestima y de los afectos, como una prueba ulterior de la propia ineficacia y escasa amabilidad (Beck, 1967).

Las invalidaciones recurren en una circularidad perversa y el sistema reacciona simplificándose, perdiendo articulación, concentrándose sobre pocos temas fundamentales y empobreciendo progresivamente su estructura. La autoinvalidación recursiva explica entonces cómo algunas estructuras permanecen escasamente articuladas.

Si aplicamos el principio de la autoinvalidación recursiva al paciente citado, debemos entonces comprender, no sólo cómo éste interpreta la existencia del problema, sino también cómo esta interpretación representa para él una ulterior amenaza de pérdida.

Veamos por tanto cómo el paciente interpretaba su ambigüedad afectiva. Es importante aclarar que el paciente poseía pleno conocimiento de su estilo afectivo y que lo consideraba una consecuencia del abandono precoz padecido. Pero la conexión que veía entre el abandono precoz y la ambigüedad afectiva era particular: consideraba que la pérdida de la madre lo había condicionado en un modo casi irreversible a reaccionar con angustia frente a cada pérdida y a involucrarse afectivamente con gran dificultad. Consideraba su reactividad como una especie de deformación causada por su historia. No consideraba en absoluto que si bien la experiencia infantil lo había llevado a evaluar toda pérdida como dramática, esta evaluación podía ser de algún modo graduada, matizada. Consideraba su reactividad como un defecto del cual liberarse y por lo tanto intentaba imponerse el involucrarse afectivamente sin tener en cuenta sus angustias y sin evaluar sus dudas. Evidentemente, esta estrategia para manejar las propias dificultades lo llevaba inevitablemente al fracaso.

Pero el aspecto más interesante a los fines de individualizar la autoinvalidación recursiva era otro; para evidenciarlo podemos preguntarnos: ¿por qué consideraba la propia ambivalencia un defecto?, ¿respecto a qué criterio evaluaba negativamente su ambigüedad?

Quisiera, antes de contestar, aportar un dato ulterior a cerca del caso clínico. El padre del paciente había terminado sus días en soledad, sin un vínculo afectivo, porque siempre en la búsqueda de la mujer ideal, había interrumpido todas sus relaciones afectivas. El destino del padre representaba para él un ejemplo viviente de cómo pudiese ser invalidado el objetivo de evitar las pérdidas.

Tendría que ser claro ahora por qué el paciente consideraba su ambigüedad un gran defecto. Cada vez que el conflicto se manifestaba se sentía de hecho, ulteriormente amenazado por una pérdida ("si continúo así, inseguro y ambiguo, terminaré por ser dejado o de todos modos, no lograré construirme una vida afectiva satisfactoria, terminaré como papá").

La amenaza del objetivo “evitar las pérdidas” era alejada por su misma ambigüedad. Como vimos anteriormente, la reiteración de una invalidación implica una pérdida o una disminución de la articulación, es decir: la disminución de la capacidad de apreciar diferencias de valor. Por lo tanto, cuanto más se manifestaba su inseguridad y ambigüedad, más se sentía amenazado de ser abandonado y en consecuencia, su objetivo de evitar las pérdidas se volvía aun más absolutista y dogmático y a su vez, ello lo volvía siempre más incapaz de apreciar diferencias de peso entre las varias y posibles pérdidas. Pero, como ya hemos dicho, era justamente la incapacidad de apreciar las diferencias de peso entre pérdidas que le impedía llegar a una elección y por lo tanto, de esta incapacidad derivaba su ambigüedad. La ambigüedad luego, a su vez, significaba una amenaza de invalidación del objetivo “evitar las pérdidas” y así, el círculo vicioso se cerraba y autoalimentaba. Fundamentalmente, la amenaza de la pérdida se volvía más agobiante y por lo tanto más perturbadora, justamente en el momento en que hubiera tenido que elaborar sus capacidades de elección.

El objetivo del artículo era demostrar que las paradojas neuróticas se generan en sistemas que por su naturaleza tienden a la coherencia. Hemos visto un caso clínico de un conflicto acercamiento- evitación y hemos visto cómo el paciente oscilaba durante años entre establecer un vínculo afectivo y evitarlo, porque no era capaz de apreciar la diferencias entre pérdidas más o menos severas. Hemos luego analizado el motivo por el cual el paciente no había logrado, en el curso de los años, articular sus objetivos afectivos a fin de poder discriminar el valor las distintas pérdidas.

Referencias bibliográficas

- ADAMS-WEBBER, J.R.(1979). *Personal Construct Theory*. New York:Wiley.
- A.P.A. (1983). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington. A.P.A.
- BECK, A.T. (1967). *Depression; clinical, experimental and theoretical aspects*. New York. Harper & Row.
- BECK, AT. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York. International University Press
- BOWLBY, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock;
- CASTORINA,M., MANCINI,F.(1992). Construct system as a knowing system. *International Journal of Personal Construct Psychology* 5, 3, 271-295
- ELLIS, A.(1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York. Lyle Stuart.
- GARDNER,G.G., MANCINI,F., SEMERARI,A.(1988). Construction of psycho- logical disorders as invalidation of self-knowledge. In F. Fransella, ML. Thomas (eds.) *Experimenting with personal construct psychology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal construct (2 Vols.)*. New York: Norton.

- LINVILLE, P.W.(1982). Affective consequences of complexity regarding the self and others. In M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.) *Affect and cognition*. Hillsdale: LEA.
- LINVILLE,P.W.(1985). Self-complexity and affective extremity: don't put all your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*. 3,1, 94-120.
- LINVILLE, P.W. JONES,E.E. (1980). Polarized appraisals of out group members. *J. of Personality and Social Psychology*, 38, 689-703.
- LORENZINI,R. SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: NIS
- MAHONEY, M.G. (1988). Constructive metatheory: its basic features and hystorical foundation. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1,1-36.
- MANCINI, F., PALLINI,S.,DONATO, A. (1985). Lo sviluppo struttura le della conoscenza di sé. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. 52,3, 285-293.
- MONTEMAYOR,R., EISEN,M. (1977). The Development of self-conceptions from childhood to adolescence. *J. of Personality and Social Psychology*, 34, 314-319.
- MULLENER,N., LAIRD,J.D. (1971). Some developmental changes in the organization of self-valuations. *Developmental Psychology*, 5, 233-236.
- NEIMEYER,R.A., FEIXAS,G. (1990). I disturbi di costruzione. In F. Mancini, A. Semerari (Eds). *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma: NIS.
- PARISI, D., CASTELFRANCHI, C. (1980). *Linguaggio, conoscenza e scopi*. Bologna: Il Mulino.
- PIAGET,J. (1981). *L'equilibrato delle strutture cognitive*. Torino: Boringhieri.
- SARTRE, J.P. (1980). *L'essere ed il nulla*. Milano: Il Saggiatore.
- SEMERARI,A.,MANCINI,F. (1988). I modelli cognitivo-costruttivisti della sintomatologia nevrotica. *Psicobiettivo*,8, 39-46
- WINTER,D.A. (1985). Neurotic disorders: the course of certainty. In E. Button (Ed.) *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- WINTER,D.A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice*. London: Routledge.

