

La palabra que sana de Pizarnik: desde la lírica hacia la clínica

Resumen La clínica con pacientes “en los bordes” nos demanda pensar y situar una técnica más allá de la interpretación. Así se busca reflexionar en el papel de la palabra cuando no tiene cabida la lógica de lo secundario y lo simbólico. Se propone una clínica donde al encontrarnos con pacientes que se remontan en la transferencia a sus tiempos constitucionales, la palabra será tomada como sonoridad y sensación, desde donde podrá ir apareciendo un ritmo que “acune” las posibilidades del devenir del sujeto. Por tanto, las palabras enunciadas en esta relación clínica, más que interpretar serán *creadas para ser cantadas*.

Palabras Clave Clínica en los bordes — Poesía — Constitución temprana

Joan Black Duvanced

*“Esperando que un mundo sea desenterrado por el lenguaje,
alguien canta el lugar en que se forma el silencio.
Luego comprobará que no porque se muestre furioso
existe el mar, ni tampoco el mundo.
Por eso cada palabra dice y además más, y otra cosa”
La palabra que sana*

Pizarnik. 1971

En el presente artículo se intenta enunciar algo de ese espacio que se da en la clínica con pacientes graves o “en los bordes” -como también se les nombra-, donde la palabra ocupa un lugar diferente al de la interpretación. Pacientes, además, en los bordes del campo psicoanalítico tradicional, pero, sobre todo en los bordes de la existencia. En esos bordes, propongo pensar las palabras del análisis, ante todo ligadas a lo lírico. Donde las palabras, además de significar, se hacen ritmos y sensaciones. Incluso, pueden situar lugares no habitados, o bien, no experimentados; palabras en cierta medida, inaugurales.

Introduzco la noción de lírica en tanto género literario en el cual, mediante un lenguaje propio, que puede usar imágenes, versos y/o ritmos, se intenta transmitir algo de la realidad subjetiva. Algo del pensar, lo afectivo y el existir. Palabras en cuyo origen, eran creadas para ser acompañadas del sonido de la lira.

Entonces, una lírica al servicio de la clínica se relaciona con los estadios del desarrollo temprano, con tiempos constitucionales y remotos que se toman la transferencia. Por ello en este trabajo, la contratransferencia nos brinda la posibilidad de pensar que las palabras que se comparten en el análisis clínico de pacientes “en los bordes”, son palabras que se enuncian desde un lugar sintiente y que se acompañan de un sonido emitido, que esperamos, pueda posibilitar un advenimiento, un existir propio, singular. Ahora dejaré que las palabras de Pizarnik sobre “*la palabra que sana*” guíen este escrito, las cuales se acompañarán de teorías de Winnicott y Little, por un lado, y de Aulagnier, por otro. Teorías que desde lugares diferentes ayudan a pensar algo de estas palabras que se enuncian en la clínica “de los bordes”.

“Esperando que un mundo sea desenterrado por el lenguaje (...)”

En la clínica “de los bordes” nos encontramos con imágenes, ritmos y cuerpos donde no hay palabras que permitan el tránsito a la representación, en tanto la palabra como significante. Hay palabras, pero, son palabras que ponen en juego un funcionamiento temprano, aquellos tiempos preverbales, de sensaciones.

Nos referimos a sujetos que han vivenciado experiencias traumáticas en su primera infancia, previo al advenimiento del yo, experiencias que han quedado trabadas en el cuerpo y no pueden aparecer como palabras. Entonces, nos referimos a una clínica donde nos encontramos con el retorno a momentos del advenimiento subjetivo; son problemáticas que refieren a la existencia misma.

Para que la palabra sea posible, en tanto incorporación a la lógica secundaria y a lo simbólico, y que así, el mundo sea “desenterrado” por el lenguaje, previamente han de ocurrir otros momentos que nos retornan a los tiempos de constitución del psiquismo. En los primeros tiempos de la vida, incluso pensando en la vida intrauterina, se genera un estado de continuidad con la madre; una unidad básica entre ambos. En esa etapa de “estar uno con” no hay espacio para la diferenciación yo no-yo, sino que es precisamente un estado de “no-diferenciación” que le brinda al bebé la estabilidad necesaria para vivir (Little, 1995).

“El asunto del retorno psíquico al estado de no-diferenciación (o a un lugar donde encontrar de nuevo áreas de no-diferenciación que aún existan), de unidad básica, es un asunto de vida o muerte; psíquica si no corporal, vida o no-vida, y una nueva integración entre psique y soma dependen de ello. La regresión es, de hecho, extremadamente dolorosa y aterradora” (Little, M., 1995, p. 179).

En ese sentido, aparece la función analítica ligada más que a palabras que interpretan, al sostenimiento. Little sostiene que “(...) el paciente es para todos los efectos y propósitos, literalmente un bebé, es decir, su yo es un yo corporal. Para él, en estas áreas, solamente las cosas concretas, corporales y reales tienen significado e implican certeza” (1995, p. 174). Entonces, el retorno que se realiza desde una memoria en el cuerpo, nos remiten a funciones de maternaje temprano, es decir; funciones de sostenimiento, presentación de la realidad y manipuleo, en tanto sostenimiento ligado a lo corporal (cómo se manipula el cuerpo en los cuidados básicos del bebé). Esta regresión a los primeros tiempos y al estado de no-diferenciación en el vínculo analítico es necesaria y reparadora. Es desde ese estado regresivo en sostenimiento que posteriormente se podrá experimentar la diferenciación e integración sin peligro de caos (Little, 1995).

“Se ha dicho que el poeta es el gran terapeuta. En ese sentido, el quehacer poético implicaría exorcizar y además, reparar. Escribir un poema es reparar la herida fundamental, la desgarradura. Porque todos estamos heridos” (Pizarnik).

Se repara desde ese retorno temprano y el sostenimiento en una unidad básica de no diferenciación, esta vez entre analista y paciente. Mas ello no implica, a mi parecer, que las palabras no tengan cabida, pues una madre no sostiene y le brinda a su bebé los cuidados corporales necesarios en silencio; hay palabras que acunan. Las palabras aquí enunciadas mecen como si concreta, corporal y realmente estuviesen meciendo. Para pensar estas palabras de los primeros tiempos, Aulagnier nos sitúa en un campo donde éstas son pensadas como estructurantes y constitutivas de lo humano. Para Aulagnier “todo sujeto adviene en un espacio hablante” (2010, p. 113). Desde antes del nacimiento, es decir, incluso desde la vida intrauterina o más, hay un discurso pre-existente y que le concierne al sujeto. Este discurso es emitido por la madre hablante, quien lo proyectará sobre el cuerpo del bebé; “(...) el *infans* a través de su voz, es llevado

por un discurso que, en forma sucesiva, comenta, predice, acuna al conjunto de sus manifestaciones” (Aulagnier, 2010, p. 114).

Este discurso derramado sobre el *infans*, es la sombra hablada; flujo discursivo constante que la madre derrama sobre el bebé aun cuando éste es incapaz de significarlo. Es un baño de palabras que recubre el cuerpo y que anticipa allí el advenimiento del sujeto humano, una “(...) sombra parlante de un soliloquio a dos voces sostenido por la madre” (Aulagnier, 2010, p. 120).

Esta voz de la madre actúa como portavoz del lugar al que advendrá el sujeto, al mismo tiempo que lo anticipa a un espacio hablante, promoviendo el surgimiento posterior de las instancias psíquicas en el *infans* y así, su posibilidad de acceso al lenguaje simbólico; ¿cuánto de esa voz es la que tiene espacio en la clínica “de los bordes”? Parece difícil pensar en no retornar a estos orígenes cuando lo que está en juego es la existencia misma del sujeto.

En ocasiones, tal vez las palabras que enunciamos como analistas son más bien una envoltura anticipatoria, como este baño de palabras que se pone en juego en los orígenes del devenir sujeto a través de la sombra hablada, enunciada por la voz materna y que acompaña los cuidados corporales del bebé.

“alguien canta el lugar en que se forma el silencio (...)”

El canto remite a palabras entonadas con musicalidad, que nos llevan a situar las sensaciones que nos produce el escucharlas; el placer de oír la voz cuyas palabras se crean en son de la lírica.

Para Aulagnier, en los primeros tiempos constitutivos, el *infans*, bajo la lógica de lo originario, toma el sonido a través del pictograma –un primer modo de representación–, cuyas únicas informaciones posibles son el placer y el displacer. Es decir, el *infans* toma la voz materna como sensación producida.

“El placer de oír es una primera catectización del lenguaje cuya única condición es la audibilidad de lo percibido, catectización de una única cualidad del signo lingüístico que deja de lado su esencia. Empero, queda el antecedente, único que puede abrirse camino a una segunda forma de percepción de lo oído, que transformará al puro sonido en un signo que funda el sistema de las significaciones primarias, que organizan las producciones del proceso de igual nombre a partir del momento en que este último tiene en cuenta a la imagen de palabra” (Aulagnier, 2010, pp. 96-7)

Una vez instalada la lógica primaria, la excitación provocada por el objeto-voz, en la zona-función de oír, se unirá al placer, un signo que refiere al deseo del otro. Con ello surge “(...) el deseo de aprehender lo que enuncia la voz: este deseo de aprehender implica la actividad de lo primario-secundario” (Aulagnier, 2010, p. 95). Así aparece la fantasía como nueva información posible frente a la voz materna, desde la cual intenta dar sentido a lo que se proyecta sobre el deseo del otro; de la madre.

Con ello “sólo si se convierte en mensaje de amor del Otro, lo oído podrá ser fuente de placer: el oír precede al aprehender, pero el deseo de aprehender-comprender

el signo decide de ahí en más el efecto de lo oído” (Aulagnier, 2010, pp. 101-2). Ahora bien, para que ello suceda ha de haber un reconocimiento del pecho como objeto separado, es decir, estamos en tiempos de una primera diferenciación, de un silencio entre uno y otro.

Por otro lado, desde Winnicott, para que se constituya psiquismo y la posibilidad de un mundo externo, tiene que haber falla ambiental. Es decir, la madre ha de ir generando una retirada paulatina en función de las necesidades del bebé, desde el estado de unidad básica va introduciendo una distancia –un silencio, podríamos pensar–, con la cual se posibilita la diferenciación entre el yo-no yo. En *ese silencio que es cantado por otro*, puede entonces continuar el advenimiento del sujeto y su incorporación al lenguaje.

Con este tipo de pacientes precisamente suele haber mucho silencio en la consulta; silencio como respuesta a un replegamiento desde el cual se autosostienen defensivamente para resguardarse de la intrusión externa. Ello ocurre cuando en tiempos tempranos la realidad se ha introducido abruptamente, rompiendo esta unidad y generando una falla ambiental ante las necesidades del bebé.

Estos silencios, además, nos remiten a su contrario; un exceso. Con lo cual se hace especialmente delicado el lugar de las palabras del analista, en cuanto a que éstas no inunden ni sean intrusivas; que no se tornen en un ruido ensordecedor. En estos tiempos, si es que hay palabras, más que palabras son voces, entonaciones que acompañan, y que quizás algo podrán decir del paciente en su corporalidad, pero cuya principal función será sensorial.

En la primera sesión que Margaret Little tiene con Winnicott como analista, ella se mantiene en el diván, bajo una manta; aterrada y en silencio. Winnicott parece custodiarla en ese silencio compartido, y al final enuncia: “en realidad no lo sé, pero me parece que, por alguna razón, me está evitando” (Little, 1995, p. 44). Esta enunciación le produjo alivio “(...) ya que él pudo admitir que no sabía” (Little, 1995, p. 44). Allí las palabras enunciadas por Winnicott estaban lejos de la interpretación, y cerca del sostenimiento; empalmadas con las necesidades de Little.

“(...) una persona que permita crecer al paciente sin interferencia o sobre estimulación. Entonces se forma un círculo benigno en la situación analítica, la que el paciente puede utilizar para desarrollar sus propios patrones rítmicos básicos y sobre ellos, construir los ritmos más complejos necesarios para vérselas con el mundo de la realidad externa y con su mundo interior en constante crecimiento” (Little, 2017, p. 93)

La espera parece posible desde la puesta en atención a la contratransferencia; entonces “será la contratransferencia la que tendrá que hacer todo el trabajo, y a fin de encontrar algo del paciente con lo que hacer contacto” (Little, 2017, p. 85). Little (2017) introduce el concepto de respuesta total del analista a las necesidades del paciente, que refiere a “todo lo que un analista hace, dice, piensa, imagina, sueña o siente en relación a su paciente, a lo largo de todo el análisis” (p. 97), lo cual requiere la integración de los aspectos amorosos y odiosos (Tuane, 2020)

Lo que pasa en el espacio terapéutico es ante todo *musicalidad*. Ritmos que se establecen en el encuadre y en las corporalidades de analista-paciente; “un ritmo alternante se desarrolla al unirse uno psíquicamente con el paciente, convirtiéndose imaginativamente uno con él, para luego separarse de él” (Little, 1995, p. 155). También hay ritmos sonoros que retornan como el latido del corazón materno y los sonidos onomatopéyicos que las madres usan para calmar a sus bebés. Es allí donde el analista podrá cantar un lugar que permita el posterior advenimiento del paciente en su ser.

“Luego comprobaré que no porque se muestre furioso existe el mar, ni tampoco el mundo (...)”

Para Winnicott la agresión es primaria y está relacionada con el movimiento y la pulsión de vida (Fenieux, 2020). Por ello, la motricidad del bebé ha de ser permitida y provista de significados, ya que desde un movimiento que se torna efectivo, se puede relacionar con el habla (Little, 1995). Así podemos pensar que el bebé, a través de la motricidad, va encontrándose con la realidad y se va conectando con el ambiente, lo que permite que aparezca la diferenciación yo-no yo hasta, en el futuro, poder ponerlo en palabras. El recorrido es desde el cuerpo y su movimiento, hacia la realidad y el lenguaje. Desde la unidad básica madre-bebé se habilita este proceso rítmico de diferenciación que “(...) cristaliza un acontecimiento corporal (como movimiento, salivación, etc.), seguido por una emoción, de acuerdo a la respuesta del ambiente” (Little, 1995, p. 146). Pero si hay una falla; ¿“*el mar y el mundo*” podrán existir en tanto realidad?

Si hay una falla temprana que remite a este proceso rítmico de diferenciación y a la aparición de un movimiento, será en el espacio analítico donde la realidad habrá de presentarse. Desde un armado de unidad básica analista-paciente, se presentará de manera directa, actual y corporal, sin inferencia o símbolo mediante, en tanto allí remitimos a una regresión, a un estado de funcionamiento pre-verbal y pre-objetual (Little, 1995).

Ahora bien,

“Para que estos aspectos destructivos se integren y den paso hacia lo constructivo es necesaria la sobrevivencia del objeto. Esto implica que la madre pueda resistir el amor y el odio apasionado del pequeño niño sin desaparecer, vengarse, deprimirse patológicamente, afectarse profundamente, aterrarse o simplemente por alguno de esos motivos, sofocar la agresión de este” (Fenieux, 2020, p. 329)

Volviendo a la clínica “de los bordes”, cuando estamos con pacientes en un estado de regresión y aparece la agresión primaria es esencial que el analista sobreviva: “es un asunto de vida y muerte somático o psíquico” (Little, 1995, p. 85). Pues, desde la agresión el paciente podrá construir la realidad y construirse también como sujeto. Por ello, para Winnicott la destrucción tiene relación con la creatividad y el surgimiento del mundo interno (Fenieux, 2020).

En caso que el analista sobreviva a la agresión, podrá ir retirando gradualmente su adaptación total a las necesidades del paciente, tal como la madre lo hace en un proceso rítmico que permite que se genere la diferenciación e integración.

Para Little (1995), esto se vuelve esencial en cuanto a la posibilidad de recuperación en el trabajo con pacientes “en los bordes”. Incluso, nos remite a su propia experiencia:

“Es posible que haya estado angustiada y molesta, pero el lugar continuaba existiendo, y sosteniéndome y cuidándome, en calma y en apariencia imperturbable. (En ese sentido nada estaba más lejos del ambiente en el que había transcurrido mi infancia)” (p. 61)

“Por eso cada palabra dice y además más, y otra cosa”

En el presente trabajo he querido situar el estatuto de ciertas palabras que no son propias de la lógica de lo secundario y lo simbólico. En ese sentido, las palabras no sólo dicen lo que dicen “y además más” por las particularidades del lenguaje y su ambigüedad constitucional, donde la traducción deja siempre un resto, sino que a su vez, en ese “y otra cosa” está implicado el cuerpo que habla, la voz como sonido y el oído que escucha.

“Estas cosas surgen de las angustias anteriores a las de la psiconeurosis; afectan a la supervivencia y a la identidad (Freud, 1917), y para aquellos que sufren de ello, el sonido de las palabras que se dicen es muy importante, y no su significado, de modo que la interpretación verbal no es de gran ayuda, y por lo tanto, es necesario encontrar otros medios para tratar la angustia” (Little, 1995, p. 82)

En la clínica “de los bordes” nos encontramos con vacíos, dolores y desgarraduras que no son nombrables. Hay un cuerpo sufriente con una memoria sensorial que remite a tiempos de antaño, a fallas en sus primeros tiempos de constitución, donde el placer y el displacer eran todo cuanto podía registrar.

Aquí hablamos de la lírica, donde las palabras son dichas y oídas en un campo sensorial, en un ritmo y en un espacio. Las palabras del analista habrán de acunar la regresión del paciente, sosteniendo silencios y resguardando la intrusión de palabras-ruido que ensordezcan e impidan el placer de aprehender, como se puede observar en pacientes con autismo (Aulagnier, 2010).

Las palabras en el análisis “de los bordes” son dirigidas y enunciadas, con cierta musicalidad que juega con las sensaciones y los ritmos. Allí la atención se dirige a la boca que enuncia y el oído que escucha; ¿cómo son recibidas nuestras palabras por el paciente “en los bordes”?

Pues me parece que en este escrito y a través de las palabras prestadas de Pizarnik se puede concluir que no es que no tengan importancia las palabras cuando trabajamos con este tipo de pacientes. Tiene que haber palabra enunciada y palabra oída, pero no en cuanto símbolo o interpretación, sino desde un lugar más ligado al cuerpo, a lo sensible, ya que en muchos momentos será una *palabra lírica*. Y en cuanto tal, será palabra cantada que es enunciada por otro en un campo sensorial, en un ritmo y en un espacio.

En conclusión, en estos casos donde nos encontramos con un trabajo analítico que se forja en sus primeros tiempos de constitución temprana, la palabra puede ser ante todo voz (habla) y remitirnos a esos tiempos donde se instala el pictograma de placer

o displacer referido al oír, para luego ser una palabra en función del deseo del otro y, las fantasías asociadas con el consecuente placer de aprehender.

La palabra es enunciada desde un lugar transferencial-contratransferencial, y no así, desde un lugar neutral, sino como parte de una respuesta total, haciéndonos responsables de los afectos. La palabra no es enunciada como significante, sino como sensorialidad, como ritmicidad; “la verbalización debe regresar, no sólo a las palabras onomatopéyicas propias de la cuna, sino también a sonidos y movimientos de boca muy primitivos, desde donde otros movimientos y sucesos corporales pueden ser alcanzados” (Little, 1995, pp. 141-2).

La palabra que sana también será un gesto, una acción real y concreta que sostiene. No es una palabra que simboliza, sino que es cuerpo y se vive como experiencia, abriendo un camino a la presentación de la realidad.

La palabra de los bordes de constitución. La palabra de los bordes de la existencia.

La palabra como anticipando un lugar. La palabra que le habla a otro que espera advenga.

La palabra como voz. La palabra como canto, como sensación de placer o displacer.

La palabra en contratransferencia. La palabra como ofrecimiento de afecto.

La palabra que encuentra un lugar en el silencio, en un espacio no habitado previamente.

La palabra como gesto y acción. La palabra como movimiento.

La palabra que sobrevive. La palabra en la que se encuentran trozos de realidad.

La palabra como encuentro en un espacio entre vida y locura, entre nada y creación.

REFERENCIAS

Aulagnier, P. (2010) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Fenieux, C. (2020) El espacio entre dos líneas: acerca de la sobrevivencia del objeto y del sujeto. En Fenieux, C. & Rojas, R. (ed.) (2020) *El odio y la clínica psicoanalítica actual*. Santiago: Pólvora editorial

Little, M. (1995) *Relato de mi Análisis con Winnicott*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Little, M. (2017) *Transferencia Neurótica & Transferencia Psicótica*. Chile: Pólvora Editorial.

Pizarnik, A. (1971) El infierno musical. En Pizarnik, A. (2016) *Poesía completa*. España: Lumen.

Tuane, L. (2020) Transferencia delusional: una oportunidad para el odio. En Fenieux, C. & Rojas, R. (ed.) (2020) *El odio y la clínica psicoanalítica actual*. Santiago: Pólvora editorial

Winnicott, D.W. (1947) El odio en la contratransferencia. En Winnicott (1999) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. España: Paidós.