

La sombra de Mijail Bajtín en la narrativa de nuestra enfermedad¹

Mitzu Ikeda²

Recibido el 24/05/2023. Aceptado el 06/07/2023.

Resumen. Nuestras narrativas de enfermedad pueden entenderse como una de las formas arcaicas de indicar, demostrar, explicar y manifestar nuestras experiencias orales. Aunque los pacientes explican sus sufrimientos en curso, este tipo de conversación es coincidentemente similar a la narrativa *post hoc* o en forma de vida futura (*Fortleben*) *per se*. Como una reacción química en cadena, la forma interminable de las narraciones también puede aparecer en las formas polifónicas de conversación, que Mijail Bajtín había formulado en su crítica literaria sobre series de novelas de Fiodor Dostoyevski. El autor discute sobre las fortalezas estructurales de las narrativas de enfermedad que atraen a numerosos estudiantes de sociología médica y de la salud, así como antropólogos.

Palabras clave: enfermedad; narrativa; polifonía; Mijail Bajtín; recuerdo narrativo «total/parcial»

[en] The Shadow of Mikhail Bakhtin in the Narrative of our Disease

Abstract. Our illness narratives can be understood as one of archaic talk forms of indicating, demonstrating, explaining, and manifesting our oral experiences. Even though patients explaining ongoing their sufferings, this type of talk is coincidentally similar to post hoc narrative or in afterlife (*Fortleben*) form *per se*. Like chemical chain reaction, the endless form of narratives can also appear in the polyphonic talk forms, that Mikhail Bakhtin had formulated in his literary criticism on series of the Fyodor Dostoyevsky's novels. The author discusses on structural strengths of illness narratives that attract for numerous students of health & medical sociology, and anthropologists.

Keywords: illness; narrative; polyphony; Mikhail Bakhtin; narrative «total/partial» recall

Sumario: 1. “Sobre la enfermedad sagrada” de Hipócrates y la epistemología de la MBN. 2. El poder de la narrativa. 3. Sobre la construcción de una identidad hablante / de la escucha. 4. La estructura de la práctica narrativa. 5. Estructura y práctica polifónica. 6. Las historias de Minamata. 7. Conclusión: más allá de la dicotomía real y ficción. Referencias Bibliográficas.

Cómo citar: Ikeda, M. La sombra de Mijail Bajtín en la narrativa de nuestra enfermedad, en *Mirai. Estudios Japoneses*, 7, 2023, 15-22.

1. “Sobre la enfermedad sagrada” de Hipócrates y la epistemología de la MBN

El objetivo de este artículo consiste en ayudarnos a recuperar los fragmentos de «narrativas de enfermedad» que se producen día tras día casi inagotablemente y luego se relegan al olvido, no a través del registro, sino a través del recuerdo.

Hipócrates escribió “Sobre la enfermedad sagrada.” Se dice que el libro es una crítica del tratamiento chamánico en ese momento. Está destinado a desacreditar la lógica de la curación chamánica, que es el rival de la escuela hipocrática que utiliza el poder de la metáfora para curar enfermedades. Se pretende persuadir al lector de que la explicación humorística de la «enfermedad sagrada» es más apropiada. El estilo de desacreditación por la explicación humoral es debido a que este método puede explicar el mecanismo de la enfermedad, e incluso el tratamiento de la enfermedad puede explicarse racionalmente a través de la terapia de afrontamiento. Como se sabe, somos hijos de esta tradición hipocrática.

Supongamos que la curación chamánica precedió a la teoría humoral, y es el sistema de curación más antiguo del mundo. Este sistema de tratamiento intenta curar a través de la imaginación metafórica, a través de la manipulación del lenguaje y otros medios. El chamanismo es el sistema terapéutico utilizado por los chamanes. Un ejemplo destacado es la brillante interpretación de Lévi-Strauss (1958-1972) de los etnógrafos

¹ Este artículo es una adaptación de la conferencia invitada del mismo nombre, pronunciada el día 27 octubre 2022, en el XV Congreso Nacional y VI Internacional de la AEJE, celebrado en la Facultad de Filología de la Universidad de Salamanca.

² Mitzu Ikeda es Profesor Emérito de la Universidad de Osaka.

Email: tiocaima7n@gmail.com

ORCID: [0009-0004-7813-0662](https://orcid.org/0009-0004-7813-0662)

suecos (Nils M. Holmer y S. Henry Wassén) del canto de la partera kuna y también la canción de cuna que canta el chamán a una mujer en parto difícil. Se acepte o se rechace la eficacia de la curación chamánica, pocos cuestionarían la universalidad del sistema de curación chamánica, su larga antigüedad histórica y sus raíces ancestrales.

¿Qué lugar ocupa entonces la actividad del lenguaje en el tratamiento chamánico? En inglés, ‘*charm*’ (‘encanto’) tiene dos significados: (1) es una representación simbólica de un talismán (amuleto) y (2) es un encantamiento verbal (poder de la voz). La función del encanto es la mediación o intervención sobrenatural y la manipulación en sí misma. Ahora bien, el concepto chamánico de curación no tiene explicación para la curación espontánea. En la teoría chamánica de la enfermedad, siempre hay una causa de la enfermedad, que el chamán puede explicar o no, pero no puede haber cura a menos que se elimine la causa. Los sistemas de tratamiento que asumen una mediación o intervención sobrenatural a menudo implican un ensayo hipotético, en lugar de un tratamiento espontáneo. Es decir, cura por sí solo, pero todos tienen en cuenta la determinación de «eficaz» o «ineficaz», incluido el paciente. De acuerdo con el principio explicativo del chamanismo, todos los fenómenos tienen una causa, y eliminar ese fenómeno es el camino hacia la curación. Por lo tanto, el principio explicativo según los tres principios de Koch, que se dice que es el principio de la teoría de la enfermedad del chamán y el principio de la biomedicina occidental, es isomórfico como un tipo de explicación lógica.

El hecho de que todo el fenómeno tiene una causa, y que eliminarlo es el camino hacia la curación, se expresa en el lenguaje utilizado por las partes involucradas (el afectado, el sanador y el guardián) y en las diversas formas: talismanes, representaciones, símbolos, y palabras. Por lo tanto, si simplemente proponemos la sanación chamánica, podemos decir que «la sanación chamánica es sanación a través del lenguaje». Si se lee “La enfermedad sagrada” de Hipócrates al comienzo de esta presentación, se encontrará que el concepto hipocrático de enfermedad tiene un sistema teórico en el que la explicación humoral-materialista es suficiente para el tratamiento chamánico. En otras palabras, para ser un sanador hipocrático no es necesaria la explicación verbal, ni la comunicación. No es absurdo interpretar esto en el sentido de que, en la era del consentimiento informado, los médicos que no pueden hablar bien con sus pacientes aún pueden desempeñar sus funciones de cierta manera, y que muchos médicos modernos descienden de la escuela hipocrática, independientemente de si ha habido una revolución en la biomedicina o no. La razón es que, en la medicina humoral-materialista, solo la manipulación de fluidos corporales-materia, más que las palabras, puede determinar el éxito o el fracaso de la práctica.

Hay un término llamado giro narrativo. La narrativa (es decir, la explicación histórica) es que la difusión desmedida de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), enajenó al espíritu humano, y la Medicina Basada en la Narrativa (MBN), nació como una nueva forma de superar este tipo de problemas. Ahora bien, a través de las explicaciones anteriores, debe quedar claro que las narraciones a través del lenguaje tienen un significado muy importante en el tratamiento chamánico. En otras palabras, la medicina chamánica es en sí misma Medicina Basada en la Narrativa. Concluyo utilizando el argumento de las tres etapas de Aristóteles. La primera premisa es que la medicina chamánica es la medicina más antigua del mundo, y la segunda premisa es que la medicina chamánica es la Medicina Basada en la Narrativa. En otras palabras, la Medicina Basada en la Narrativa (MBN) no es más que la medicina más antigua del mundo. Por lo tanto, la explicación narrativa falsa del «nacimiento del Giro Narrativo» que a menudo dan los seguidores de la MBN en la medicina moderna es un «mito», una fábula y una «fábula» moderna en latín. Si tuviéramos la más mínima capacidad de recordar la historia, nos daríamos cuenta de que la MBN es el sistema terapéutico más antiguo y venerable del mundo, uno de los grandes repertorios de la herencia intelectual humana o un arte narrativo inherente a la especie humana.

2. El poder de la narrativa

¿Por qué de repente nos volvemos o nos sentimos más preparados cuando oímos hablar de «narrativas de enfermedades» en lugar de narrativas en general? En otras palabras, ¿por qué tenemos una percepción más firme o más obstinada de lo que sucede dentro del género de las «narrativas de enfermedades», que de lo que sucede dentro del género de valor neutral de las narrativas en general? Me parece que las «narrativas de enfermedad» son más estrechas y obstinadas que las narrativas en general, pero más poderosas (es decir, más influyentes) en el sentido de que conmueven los corazones de sus oyentes. ¿Por qué, entonces, las narrativas de enfermedad tienen una influencia tan fuerte hoy, es decir, por qué se vuelven privilegiadas en ciertos géneros de discurso?

En la sección anterior, afirmé imprudentemente que MBN es la medicina más antigua conocida por la humanidad. Por supuesto, de acuerdo con el materialismo, el Giro Narrativo podría no haber existido en la antigüedad, pero por el bien del argumento, adoptemos la narrativa (fábula) de que la innovación del Giro Narrativo ocurrió en los tiempos modernos. El surgimiento del giro narrativo (principios de la década de 1990) y el surgimiento de la investigación narrativa y la experiencia clínica centrada en la narrativa (medicina basada en la narrativa, MBN) en el campo de la medicina parece que coinciden. El giro narrativo es una jerga académica que comenzó a darse a principios de los años noventa. El término se refiere a un fenómeno o auge

en el que las discusiones se centran en las narrativas, y los intereses y prácticas de investigación de todos comienzan a girar en torno a las narrativas. Según John Launer, un médico de terapia familiar en el Reino Unido, a diferencia de otras ciencias médicas y sociales, la psicoterapia ha utilizado durante mucho tiempo narrativas en su práctica de tratamiento, tratamiento y análisis, por lo que incluso cuando se habla del giro narrativo, la actitud básica hacia las narrativas difiere entre psicoterapia y otros campos (Launer 2002). En otras palabras, el antiguo «tratamiento por conversación» de Sigmund Freud, pero llamado así por su paciente Bertha Pappenheim, ya existía porque ya se había establecido. En las ciencias sociales, la popularización de la investigación por parte de Kenneth Plummer y sus colegas, que estaban bien versados en la metodología del trabajo de campo y los métodos de investigación de historias de vida, y que publicaron muchos artículos de investigación y libros, sentó las bases para el auge actual de la investigación narrativa.

Parece que el enfoque en las narrativas ha complacido tanto a los investigadores como a los médicos, pero no necesariamente ha beneficiado a los propios pacientes. Puede ser que una evaluación adecuada de las posibilidades y limitaciones de las narrativas de enfermedad, en este momento, haya beneficiado a quienes encuentran esperanza en tales narrativas. Por lo tanto, es útil arrojar primero algo de luz sobre la naturaleza de la investigación narrativa. Parece que el estudio de los relatos de enfermedad ha avanzado en relación con las «tres *poiesis*» que producen los relatos. En otras palabras, es importante prestar atención a los siguientes tres aspectos: (i) la formación del sujeto que cuenta la historia, (ii) la fijación de la historia contada, y (iii) la formación del género en el que se cuenta la historia. Las valoraciones positivas que surgieron de estas tres perspectivas son (i) la liberación de la narrativa de la enfermedad del monopolio de los profesionales médicos y de enfermería al clarificar el sujeto que cuenta la historia de la enfermedad. (ii) La documentación de las historias narradas ha dado lugar a métodos para analizarlas como textos. (iii) El estudio de las narrativas de enfermedad ha establecido un género digno de estudio. Las limitaciones y desventajas son (i) el privilegiar el sujeto de la narración ha llevado a una tendencia a la monofonía y al desprecio por el contexto del que fue tomada la narración, olvidando que la narración es producto de un diálogo interminable con el médico personal y enfermeras. (ii) La fijación y objetivación de las narrativas ha llevado a una pérdida de interés en las diversas ambigüedades de las narrativas y una tendencia de investigación a fragmentar las narrativas mismas y reducirlas a sus elementos. (iii) La categorización de los géneros narrativos se convirtió en una formalidad, lo que llevó a una situación de investigación en beneficio propio de los investigadores, sin beneficio tanto para el personal médico como para los pacientes.

3. Sobre la construcción de una identidad hablante / de la escucha

El «sujeto narrador» es el generador, por así decirlo, de los relatos de enfermedad. Yo lo llamo un interés en el «identitarismo». Creo que la identidad corresponde a las tres *poiesis* de la narrativa mencionadas en el apartado anterior. El primero es la «coerción de rol», que creo que obliga al narrador a formar una identidad como «sujeto de la narración», que es creada por el género de la narración de la enfermedad. El segundo punto es (ii) la «compulsión del esquema de narración», que obliga al narrador a interiorizar el esquema narrativo formulado en el género narrativo. Finalmente, el tercer punto es (iii) la «compulsión a ser miembro», un sistema que hace que las personas sean conscientes de que son miembros del género narrativo.

¿Qué es este «identitarismo» que se está produciendo en el sujeto hablante? En primer lugar, la identidad es producto de la ideología humanista elaborada por la razón moderna que recupera la identidad (es decir, la monovocalidad). Reflexionando sobre esto, una posible vía de resistencia sería adquirir una perspectiva que vea al «sujeto hablante» como un ente no idéntico o polifónico, cada vez como una generación, como un proceso. Esta idea me influye, aunque no estoy tan seguro de entender correctamente la idea, del pensamiento o la teoría de Mijail Bajtín. Puedo expresar esta preocupación, una esperanza que supera la recuperación forzada de la identidad narrativa y el monovocalismo, con la siguiente proposición: no todos los géneros de narrativa están arraigados en el monovocalismo. En otras palabras, en la narración polifónica, las perspectivas plurivocales y la búsqueda de múltiples soluciones, existe la posibilidad de superar el «identitarismo» como compulsión hacia el sujeto, su situación y su género de narración. Hay un género de narración como narración polifónica. Hay espacio para explorar las posibilidades de contar historias como un proceso, como una generación, y no como un retorno a la igualdad.

Por lo tanto, resumiendo hasta aquí, centrándonos en el cambio generativo no solo en las narrativas de la enfermedad, sino también en los «seres que escuchan a los “seres hablantes”», que son sociólogos, médicos, y clínicos. Imaginemos un tiempo en que los pacientes, los «seres parlantes» que conocemos a través de nuestra investigación, han sido y están siendo liberados del hechizo del identitarismo. Debe haber un cambio en el acto de traducción e interpretación por parte de los profesionales médicos, que son los «oyentes de la voz del paciente». El estudio de las narrativas de enfermedad significa no sólo estudiar las narrativas de los pacientes y sus familias, que son la fuente de las narrativas de enfermedad, sino extender nuestro interés a las narrativas de los «seres que escuchan a los “seres hablantes”». Además, los medios de comunicación y las narrativas de la gente común que hablan de «enfermedad en general» más allá de tales contextos clínicos también pueden

extenderse al género de las «narrativas de enfermedad». En ese momento, sin embargo, en un futuro cercano no podremos definir el dominio de las «narrativas de enfermedad», pero podremos decir: «¡Oh! ¡Esta es la verdadera narrativa de enfermedad!» Podemos terminar en un debate sobre la autenticidad de la historia. Podemos olvidar el punto de vista de «MBN como el sistema médico más antiguo de la humanidad» y perder las semillas (es decir, la motivación para un nuevo desarrollo) para la investigación comparativa con MBN que se remonta mucho más allá de la década de 1990. Así como los médicos y los sociólogos médicos, tan preocupados por la MBE, han «dejado de mirar al enfermo y de mirar la enfermedad misma».

4. La estructura de la práctica narrativa

La «narrativa de la enfermedad» es una representación del cuerpo, la mente, el espíritu y el significado de la existencia mundial. En otras palabras, es una comunicación que el hablante realiza con el mundo ambiental de su propio cuerpo. Al mismo tiempo, sin embargo, el acto de «decir» es también una práctica discursiva en el sentido de que el hablante o el que expresa actúa sobre el «oyente» o el «lector». En otras palabras, es un acto de comunicación del hablante con otros. Mirando hacia atrás, hay un gran número de «narrativas de enfermedad» en nuestra vida diaria. Las experiencias de enfermedad descritas en estas historias tienen una gran diversidad, que van desde nuestras propias «experiencias distantes» hasta «experiencias cercanas». Ambas palabras son del trabajo de C. Geertz (Geertz 1983), derivado originalmente de la terminología del psiquiatra austriaco-estadounidense Heinz Kohut (1913-1981).

En términos generales, la palabra «experiencia cercana» describe lo que algunas personas (pacientes, sujetos e informantes en mi campo) ven, sienten, piensan o imaginan para sí mismos y sus compañeros. «Experiencia cercana» es un concepto que se puede usar de forma natural y sin esfuerzo, y también es fácil de entender para otros cuando lo usan de la misma manera. Por otro lado, el concepto de «experiencia distante», que también es utilizado por especialistas de algún tipo: analistas, experimentadores, etnógrafos, teólogos e ideólogos, se utiliza para servir a sus propósitos científicos, filosóficos y prácticos. Por ejemplo, para los cristianos, «amor» es una «experiencia cercana», mientras que «objeto de investidura» es una «experiencia lejana». La estratificación social y quizás incluso la religión para la mayoría de las personas (sistemas religiosos, sin duda) también son experiencias distantes. Según Geertz, «casta» y «nirvana» son «experiencias cercanas», al menos para hindúes y budistas (Geertz 1983: 57-58).

La literatura ha proporcionado gran parte del material para las «narrativas de enfermedades» como comunicación de hablantes a otros. La literatura, tanto de ficción como de no ficción, tiene una profunda influencia en nuestras acciones sociales en el mundo cotidiano a través de la forma en que este tipo de práctica discursiva funciona en la imaginación de las personas. Por otro lado, el género que se centra en la «narrativa de la enfermedad» como comunicación del hablante con el mundo ambiental es la filosofía. La filosofía (especialmente el enfoque fenomenológico) ha proporcionado una variedad de teorías sobre esto, incluidas las propias experiencias y especulaciones del filósofo. Se puede decir que la «narrativa de la enfermedad» en la literatura y la filosofía ha constituido un género teórico muy rico de «narrativa de la enfermedad» porque en sí mismo constituye un acto metateórico de repensar la «narrativa de la enfermedad» de manera reflexiva.

Inspirándome en la teoría de Mijail Bajtín (1929) sobre las novelas de Dostoyevski, me interesé por la «creación de prácticas» de la narrativa. También se me ocurrió que debería ser fácil explicar por qué se crean prácticas aplicando la teoría de la acción lingüística de John Austin. En primer lugar, la «enunciación performativa» y la «enunciación constatativa» no pueden existir en una persona sin la presencia de otras involucradas. Mi interés no está tanto en la teoría de la polifonía de Bajtín en la literatura de Dostoyevski como en cómo es posible que los personajes, los protagonistas, tengan su propia subjetividad y estén libres de Dostoyevski, el autor. O, ¿qué tipo de evidencia usó Bajtín para llegar a tal convicción? En otras palabras, ¿cómo se libera el sujeto hablante a través de su narración? Esta es mi corazonada, pero radica, en primer lugar, en el hecho de que las narraciones tienen la naturaleza dual de «narrar» sobre «acontecimientos». Por lo tanto, las propias narrativas tienen la capacidad (*conatus* en el término de Spinoza) de crear eventos que de alguna manera se incluyen a sí mismos. Y como estas narraciones no son autosuficientes ni autónomas, sino que siempre están mediadas por la presencia de otros, no pueden ser independientes sin otros. La masa de texto textual de la narración del paciente, a través de la impresión gruesa, o representación visual, da la ilusión de que realmente hay una narración única y autónoma del paciente (la «cosa» en mono-narrativa). Por otro lado, esta ilusión es evangelio para los analistas conversacionales. Porque textos tan gruesos -como dice Maurice Blanchot- nos convencen a nosotros mismos de que el relato es el acontecimiento mismo (en su *L'Espace littéraire*, 1955).

5. Estructura y práctica polifónica

The Problems of Dostoevsky's Creation del año 1929, señaló por primera vez la característica del concepto de polifonía en las obras de Fiodor Dostoyevsky. Este trabajo se publicó con el nombre real de Mijail Bajtín en 1929.

Más tarde, en la era de Stalin, debido a varios problemas de censura y otros problemas, Bajtín publicó varios otros libros con los nombres de otros autores. Treinta y cuatro años después, el libro fue reimpresso en 1963 en una edición revisada y ampliada bajo el título *Problems of Dostoevsky's poetics*, con un diseño de capítulo diferente y cambios significativos, incluida la desaparición de términos relacionados con la fenomenología que se usaban en la edición de 1929. El cambio más significativo fue la adición de la teoría del carnaval a la edición de 1963. Se dice que la primera versión de 1929 es un mejor texto para comprender la teoría de la polifonía y el lenguaje de Bajtín. Por lo tanto, este documento seguirá el contenido de esta traducción de la edición original de 1929.

Hay al menos dos puntos de interés en este libro que creo que no han sido tocados por lectores y comentaristas anteriores: (1) La dificultad de unir conceptos polifónicos en una forma de pensar monológica (2) Que Bajtín, que no es un extraño al tema, era vagamente consciente de la «dificultad de unir conceptos de polifonía con pensamiento monológico». (2) La realización de la polifonía creativa en las novelas de Dostoyevski no está tanto en el concepto de polifonía como en el comentario (monológico), autoría y elogio de la originalidad del autor, en los que el protagonista de la obra toma la iniciativa y «llama» directamente a nosotros, los lectores (el propio Bajtín no ha explicado suficientemente qué condiciones deben cumplirse para que el protagonista tenga la función y forma para poder «llamarnos» directamente a nosotros como lectores) [Bajtín]. Este es precisamente el «problema de la creación de Dostoyevski» (es decir, ¿cómo podemos probar la denotación de «(el ser que habla) al ser que escucha» mencionada anteriormente?).

Bajtín señala los «tres momentos» (Bajtín 1984) que pueden considerarse la tesis del libro: 1. «la relativa libertad e independencia del protagonista y su voz bajo las condiciones de la concepción polifónica», 2. «la posición particular de la Idea en la concepción polifónica», y 3. «el nuevo principio cohesivo que forma el todo de la novela». Las características de la obra de Dostoyevski más admiradas a través de las siguientes citas. Es como si fuera una oda a Dostoyevski en prosa de Bajtín. Permítanme citar sólo un pasaje.

Dostoyevski es el creador de la novela polifónica. Él, Dostoyevski, creó un género novelístico fundamentalmente nuevo. Por lo tanto, su obra no encaja en ninguno de los marcos preconcebidos o esquemas histórico-literarios que solemos aplicar a varias especies de la novela europea. En sus obras aparece un héroe cuya voz está construida exactamente como la voz del propio autor en una novela del tipo habitual. Las palabras de un personaje sobre sí mismo y su mundo tienen el mismo peso que las palabras del autor; subordinada a la imagen objetivada del personaje como meramente una de sus características, ni sirve como portavoz de la voz del autor (Bajtín 1984:7).

Si se entiende desde la perspectiva de reclamar la narración «no por medio del registro, sino por medio del recuerdo», que es mi objetivo en este artículo, podemos decir lo siguiente. Dostoyevski no es el autor que maneja la narrativa, que es él mismo, pero los personajes de sus obras han recuperado (nuevamente o de nuevo) su voz subjetiva. O que los personajes de las obras de Dostoyevski hayan dejado el control de Dostoyevski y hayan recuperado su agencia libre. Escuchar las voces de los personajes a través de la voz del autor revela la intención del autor de controlar la voz haciéndola funcionar de alguna manera, pero a las obras de Dostoyevski se les da una «nueva vida» libre de ese control, y adquieren su propia subjetividad. En la mente del oyente, la voz a la que se le ha dado una «nueva vida» nos llama constantemente, exigiendo que recordemos. Esto se debe a que la «voz» recordada en la mente del oyente conduce a un diálogo con la propia voz del oyente.

6. Las historias de Minamata

Hace unos años impartí una clase de metodología de la investigación cualitativa en la Universidad de Osaka para estudiantes universitarios y de posgrado. En esa clase, tomé dos veces textos de *Kukai jōdo* (“Paraíso en el mar del dolor: nuestra enfermedad de Minamata”) de Ishimure Michiko (1969), la primera vez el capítulo 3: “Yukijo kikigaki” y la segunda vez el Capítulo 1: “Tsubaki no umi” (“El mar de camelias”). La segunda vez, los textos fueron tomados de la sección “Paciente No. 44” del Capítulo 1: “Tsubaki no umi.” El segundo fue un ejercicio en el que los estudiantes se dividieron en grupos para leer en voz alta y comparar las características narrativas. Ambos textos consistían en narraciones en el dialecto Shiranui de los pacientes y sus familias, y un artículo médico japonés publicado en la revista de la Universidad Médica de Kumamoto que informaba sobre las condiciones de los pacientes. Elegí leer en voz alta porque me di cuenta de la imposibilidad de traducir este dialecto único de la región de Shiranui, y también porque quería desafiar la «posibilidad» de otro tipo de traducción en la que el significado y los matices se exploran mientras se lee en voz alta (Benjamin 1921).

Un estudiante de nuestra clase, que estaba arraigado en la idea de que «la ficción ES ficción», planteó la sospecha de que la tesis del nombre del estudiante de medicina de la Universidad de Kumamoto, junto con la narración dialectal de la persona en cuestión y otras personas a su alrededor, se había procesado en una obra literaria. También se preguntaron si las declaraciones clave entre corchetes no eran registros originales de la persona en cuestión, sino más bien creaciones de Ishimure. Por lo tanto, expliqué la existencia de la expresión

«(omitido)» que se encuentra en el documento y la necesidad de acceder a la biblioteca de la facultad de medicina para aclarar la fuente. Con respecto a la narración, señalé que expresiones de ruso *skaz* se encuentran en todo momento, y que la narración puede haber sido contada por la persona misma, lo que está más cerca de un informe directo que de oídas.³ También sugerí que las preguntas de los estudiantes podrían responderse investigando las circunstancias que rodearon la publicación de esta «novela», cómo eran los antecedentes de Ishimure y por qué adoptó un estilo narrativo que parecía «extraño» para los estudiantes. Por supuesto, no lo dije como si fuera una respuesta correcta. Parte de la razón es mi creencia de que solo hay una pequeña diferencia en la información que tenemos los estudiantes y yo, pero lo que es más importante, está en la forma en que se enseña, porque en una clase universitaria no se trata de enseñar la respuesta correcta, sino de colaborar en el camino hacia esa respuesta.

Contrariamente al desconcierto de los estudiantes en su experiencia al encontrarse con la descripción de *Kukai jōdo* [“Paraíso en el mar del dolor: nuestra enfermedad de Minamata”], la obra ha recibido una gran aclamación del público. En particular, muchos de mis compañeros antropólogos, tanto senior como junior, han hablado muy bien de él, llamándolo «el trabajo más inspirador de mi vida» o «el trabajo literario (o escrito) más grande del mundo». En lugar de canonizar este texto, me gustaría examinar su naturaleza polifónica, que es mi interés actual.

Ahora, en mi opinión, las expresiones directas del habla de los personajes en sus dialectos ciertamente tienen un fuerte impacto, pero la polifonía provocada por los personajes en la obra, que la teoría dostoyevskiana de Bajtín afirmaba como polifonía, no tiene una personalidad de habla tan fuerte. Más bien, la situación en la que se encuentran parece recuperarse en una expresión unificada de la angustia compartida por las víctimas de la enfermedad de Minamata. Esta expresión de la angustia se puede parafrasear como «modismo de angustia», por un médico antropólogo estadounidense, Mark Nichter. Por el contrario, como se cita en el artículo médico anterior, la impresión de un mándala en este trabajo, con sus vertiginosos cambios en los puntos de vista descriptivos, está ricamente imbuida de polifonía en la forma narrativa. El contraste extremo es la retórica de contrapunto que yuxtapone el tratado médico y las narrativas de las partes involucradas, que mencioné al comienzo de este trabajo, de ida y vuelta. Incluso sugeriría que intentáramos analizar la yuxtaposición de estos textos extremadamente diferentes dividiéndolos en textos superiores e inferiores o izquierda y derecha, como en la “Tabla sinóptica de los Evangelios.” Esto se debe a que, como ocurre con cualquier lectura de una novela, no siempre es necesario seguir un orden cronológico de tiempo al analizar lo que se ha convertido en un texto. El hecho de que la narración esté libre de restricciones temporales y se convierta en un objeto es, como mencioné anteriormente, evangelio por un lado, pero si no intentamos reubicarlo dentro de su contexto histórico y social, perderemos su atractivo a «recordarnos total o parcialmente».

Volvamos a *Kukai jōdo* [“Paraíso en el mar del dolor: nuestra enfermedad de Minamata”]. Por otro lado, incluso en las narrativas ricamente individualistas de los pacientes, es difícil leer acerca de las experiencias de las víctimas de la enfermedad de Minamata de quienes inicialmente se sospechó que tenían una enfermedad infecciosa (enfermedad contagiosa), y luego se descubrió que se tomaban precauciones en más bien defensa social que en programas de tratamiento médico. Es extremadamente doloroso leer acerca de las experiencias de las víctimas de la enfermedad de Minamata que fueron despreciadas y ridiculizadas por los pacientes internados en la misma sala aislada de extuberculosis debido al realismo de los dialectos utilizados para describirlos. Incluso si uno no entiende el vocabulario del dialecto, puede leer la atmósfera de la historia en el contexto de las frases anteriores y posteriores. Lo que une las descripciones frías y dolorosas, la «experiencia distante» y la «experiencia cercana» de Haintz Coffut, es el factor mediador de que ambos son víctimas de la enfermedad de Minamata. Mencioné antes que la narrativa es el medio.

Fueron las actividades literarias de Pueblo Circular de Gan Tanigawa y otros lo que escribió Michiko Ishimure, quien nació en Amakusa y trabajó como maestra sustituta en Minamata, al cronotopos de Minamata. Harada Masazumi, que era siete años menor que Ishimure, escribió en varios lugares que su iniciación en Minamata siempre implicó «ver la realidad de la dura discriminación». Escribió en varios lugares que había «visto la dura realidad de la discriminación» y que ahora que «lo había aprendido», ya no había vuelta atrás. Makoto Sato, un economista ambiental que criticó el Sanzen Soho (Tercer Plan Nacional de Desarrollo Integral, aprobado por el Gabinete en noviembre de 1977) del entonces primer ministro Yasuhiro Nakasone en su libro *Japan as Resort Islands* (1990), participó en actividades de asentamiento para mineros del carbón cuando era estudiante en su *alma mater*, en la Facultad de Economía de la Universidad de Kyushu. En años posteriores, me «dijo» durante un grupo de estudio en Minamata: «Solía pensar que si bajaba del tren aquí en la estación de Minamata, nunca más podría regresar a mi ciudad natal». El umbral de fascinación, asombro y solemnidad

³ En la teoría literaria rusa, *skaz* es una expresión retórica o estilo en el que el narrador de una historia habla directamente en el texto utilizando expresiones de habla directa en lugar de expresiones de habla indirecta. Bajtín (1984: 185) critica a Eikhenbaum, un teórico literario de la época, por considerar el *skaz* como una orientación hacia el lenguaje del otro y no considerarlo como una «localización a la palabra hablada». Según Bajtín, a través de Dostoievski, el significado de *skaz* es la experiencia a distancia -véase «experiencia a distancia» en el texto- en las palabras del otro -la «llamada» a través de la cual se le dice al narrador, que no es otro que el narrador, que está viviendo la realidad. La esencia de la polifonía en las obras de Dostoievski reside en el hecho de que el lector o el oyente se inician en un «diálogo» con la «llamada» del otro, ya sea introduciéndose en el mundo o respondiendo a ella.

hacia Minamata se enfatizó en narrativas tan ambivalentes, y estos dilemas fueron el resultado de la lucha entre los partidarios y las medidas administrativas que intentaron resolver el problema de la enfermedad de Minamata (es decir, «correr el telón»), y los esfuerzos de los simpatizantes por transmitir la «memoria» del caso de la enfermedad de Minamata como una voz y no dejarla caer en el olvido. El mensaje resuena en el eslogan «La enfermedad de Minamata nunca terminará» compartido por las partes interesadas y sus seguidores (Ikeda, 2005).

7. Conclusión: más allá de la dicotomía real y ficción

Al comienzo de este trabajo, sugerí mi predicción de que la Medicina Basada en la Narrativa (MBN) nunca dejará de existir porque es la forma de medicina más antigua del mundo. Siguiendo ese gesto, esta polifonía más antigua de la humanidad nunca terminará, ni MBN, mientras las personas sean contadoras de historias. Mi historia (es decir, la voz) terminará aquí debido a las limitaciones de espacio del escrito, y la historia de esta enfermedad (es decir, la narración) no terminará al mismo tiempo que este manuscrito. Mi voz seguirá reverberando (en armonía o disonancia) en la mente de los lectores, esperando ser recordada algún día como «otra voz».

Mijail Bajtín, quien sigue siendo un héroe e ícono personal para mí, dijo que en su lecho de muerte siempre le pedía a una persona que le leyera la historia favorita de Mijail. Dijo que era la historia del señor Chappellet, el notario del primer día del primer episodio del *Decamerón* de Boccaccio. El Sr. Chappellet, que no teme cometer los siete pecados capitales y es un criminal entre los criminales, llama a un monje a hacer su penitencia en el lecho de muerte para completar sus crímenes inacabados. El monje, que fue completamente engañado por las tonterías del Sr. Chappellet sobre la belleza de su vida y su arrepentimiento por su único pecado menor, cuenta su historia a la gente del pueblo después de su muerte, y la historia finalmente llega a la Corte Papal, que lo canoniza como «San Chappellet».

Me enteré de este episodio de la intersección del personaje ficticio Chappellet y el personaje no ficticio Bajtín desde la biografía de Katerina Clark y Michael Holquist sobre la vida de Bajtín. Al final de esa biografía, se traduce y cita una frase de la conclusión del último artículo de su vida. El artículo, después de tocar la permanencia de la narrativa del diálogo y la vida después de la muerte (*after-life*),⁴ concluye de la siguiente manera:

En cualquier momento dado del diálogo, hay una gran acumulación de significados olvidados. Pero es en algún punto posterior del diálogo que se recuerda, cuando se le da nueva vida. Por lo tanto, no puede haber muerte absoluta. Es decir, cada significado tiene una fiesta de retorno en algún momento (Clark y Holquist 1984: 350).

No podría haber palabras más apropiadas para concluir este ensayo que decir que la voz del diálogo está siempre presente para nosotros a través del recuerdo, y que es posible recuperar el tiempo de la experiencia. Me gusta mucho la obra magna *The Origins of Totalitarianism* (1951) de Hanna Arendt. En el apartado titulado “Totalitarismo en el poder” de la tercera parte, a veces recuerdo algunas frases de su libro así, acerca del totalitarismo.

El resultado final en cualquier caso son hombres inanimados, es decir, hombres que ya no pueden ser entendidos psicológicamente, cuyo regreso al mundo humano psicológico o de otra manera inteligible, se parece mucho a la resurrección de Lázaro. Todas las declaraciones de sentido común, ya sean de naturaleza psicológica o sociológica, solo sirven para alentar a aquellos que piensan que es «superficial» «insistir en los horrores» (Arendt 1951:569).

La reducción de un hombre a un conjunto de reacciones lo separa tan radicalmente como la enfermedad mental de todo lo que hay dentro de él que es personalidad o carácter. Como Lázaro, cuando resucita entre los muertos, encuentra su personalidad o carácter sin cambios, tal como lo había dejado (Arendt 1951:569).

Cuando leemos narrativas de enfermedad en cualquier tipo de registro o etnografía, podemos resucitar de la experiencia real de los pacientes y/o enfermos. Cuando, como Lázaro, su narración surge del texto fijo, las narraciones mismas encuentran su personalidad o carácter inalterado, tal como las narraciones lo habían dejado en el texto.

⁴ En cuanto a la «nueva vida», es interesante recordar la referencia de Walter Benjamin “La tarea del traductor”, donde el acto de traducir trasciende las limitaciones históricas de la obra original, y “Fortleben, después de la vida” se transmite en la traducción (Benjamin 1970:71). El nombre y la fuente de este artículo de Mijail Bajtín es “Toward a Methodology of the Humanities”, en *The Aesthetics of Language Creativity*, Moxhwa: Iskastova, p. 373 (citado en Clark & Holquist 1984:390).

Referencias Bibliográficas

- Arendt, H. 1951. *The Origins of Totalitarianism*, Schocken Books
- Bajtín, M. 1929. *Problems of Dostoevsky's poetics*. Edited and translated by C. Emerson. Manchester, UK: Manchester University Press 1984
- Benjamin, W., 1970 [1921] Die Aufgabe des Übersetzers. In *Charles Baudelaire: Deutsche Übertragung mit einem Vorwort über die Aufgabe des Übersetzers von Walter Benjamin*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1994
- Blanchot, M. 1955 *L'Espace littéraire*, Gallimard 1988
- Clark, K. and Holquist, M. 1984. *Mikhail Bakhtin*. Belknap Press/Harvard University Press
- Geertz, C., 1983. *Local Knowledge: Further Essays In Interpretive Anthropology*. Basic Books
- Hippocrates, 1923. The Sacred disease. In *Hippocrates*, Vol. 2., with an English translation by W.H.S. Jones. Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- Ikeda, M. 2005. When the Minamata encountered me: Photographic imagination of pain (in Japanese), in “*Imaginative Power from Minamata.*” Kumamoto city: Kumamoto Bunka Keikan, pp. 123-146
- Ishimure, M. 1990. *Paradise in the sea of Sorrow: Our Minamata Disease* [translation of *Kukai jōdo*]. Translated with an Introduction and Notes by Livia Monnet. Kyoto: Yamaguchi Pub. House
- Launer, J. 2002. *Narrative-Based Primary Care*. Radcliffe Medical Press
- Lévi-Strauss, C., 1958. *Anthropologie structurale*. Paris: Plon