

tion how to manage and live with a rare chronic illness. Irony is used in establishing a position both outside the dominant mainstream of medicine and outside the dichotomies healthy/ill. Second, managing the condition requires collective learning in the domains of everyday life and clinical decision making, cutting across established status groups of patients and caregivers. Third, by taking experience and learning out of the individu-

al's head and making it a procedure to be enacted in similar moments, we argue that the embodied-knowledge of prior generations is not passed on but regenerated within the contexts of novices' interactions within the social and material environment. Together, the three elements create a collectively embodied-memory culture allowing the CoP to regenerate itself and adapt within times of rapid change.

**Keywords** cystic fibrosis – chronic illness – communities of practice (CoP) – distributed – decision making – knowledge-practices – Germany

**CHRISTIAN ERBACHER: Philosophy—Therapy—Mythology. On a Triangulated Analogy in the Philosophy of Ludwig Wittgenstein** p. 128–134, written in English

The article's main aim is to invite healing practitioners to read and interpret the philosophical writings of Ludwig Wittgenstein as relevant for their practices. It outlines Wittgenstein's philosophical orientation using his own triangulated analogy between the fields of philosophy, therapy and mythology. It is argued that Wittgenstein, throughout his philosophical life, considered philosophy as an activity for clarifying philosophical confusion. Philosophizing is thus, like medicine, a treatment for making a troubling state disappear or dissolve. Witt-

genstein pointed out that his methods of philosophical clarification might be compared to psychoanalysis. Based on this analogy, philosophical clarification renders a troubling mythology harmless by using a less troubling mythology. This view can in turn shed light on the philosophical confusion that may accompany a scientific worldview. Such confusion emerges when belief in the absoluteness of scientific truth hinders acknowledgement of the truths and insights from other cultures.

**Keywords** philosophy – psychotherapy – Wittgenstein – Freud – Frazer

## Résumés des articles de *Curare* 41 (2018) 1+2

Coopérations de soins. Collaborations hétérogènes au-delà des interactions dyadiques

SOUS LA DIRECTION DE CORNELIUS SCHUBERT & EHLER VOSS

**L'Anthropologie médicale, le gai savoir. Éditorial par EHLER VOSS** p. 3–7, rédigé en allemand

**CORNELIUS SCHUBERT & EHLER VOSS: Coopérations de soins au-delà des interactions dyadiques. Introduction dans le numéro thématique** p. 8–13, rédigé en anglais

**MÁRCIO VILAR: Se mouvoir entre «maladies chroniques» et «cures secrètes». «Bionetworking» dans le contexte de l'auto-immunité au Brésil** p. 14–34, rédigé en anglais

À partir d'une perspective du Sud global, j'explore en tant qu'anthropologue dans cet article la question suivante: quel est l'impact au Brésil de l'implication des

patients et des médecins quant aux thérapies immunostimulantes, qui ne sont pas autorisées pour l'auto-immunité par la biomédecine mondialisée? Cette

dernière étant plutôt orientée vers l'utilisation de médicaments immunosuppresseurs palliatifs. Mon but est de comprendre les perceptions évolutives qui sont associées à l'immunité, à l'auto-immunité, à la personne, aux thérapies immunologiques, à l'innovation biotechnologique et à la régulation, comme éléments constitutifs de la «culture biomédicale» contemporaine et des sciences de la vie au Brésil. En abordant certaines formes de coopération et de désaccord entre des patients atteints de maladies auto-immunes et les médecins, je décris comment ils adoptent et promeuvent les immunostimulants comme des innovations scientifiques qui rencontrent des difficultés à être légalisées et qui ont tendance à être disqualifiées par les autorités biomédicales

**Mots-clés** auto-immunité – innovations biotechnologiques – médecine régénérative – autohémothérapie – assemblages de vie – Brésil

**HELMAR KURZ: Transfert transculturel et transnational de pratiques thérapeutiques. Coopération dans les soins entre spiritisme, biomédecine et psychiatrie entre le Brésil et l'Allemagne** p. 35–49, rédigé en anglais

L'article traite des processus de transformation sur le plan local dans une coopération en matière de guérison, par un transfert culturel et ceci dans un contexte de réseaux transnationaux et de mouvements migratoires. Les pratiques de guérison du spiritisme brésilien et la coopération dans les pratiques de soins entre professionnels de santé en médecine générale et en psychiatrie serviront d'exemple. Une discussion anthropologique introductive des différentes approches théoriques de la coopération en matière de guérison servira de point de départ avant de détailler différents modèles explicatifs de la santé, de la pathologie et du soin selon le spiritisme brésilien. Ensuite, seront présentés des modèles explicatifs du spiritisme brésilien relatifs à la santé,

établies. Pour cela, je présente une étude de cas d'une expérience réglementaire et je fais une étude comparative impliquant respectivement deux thérapies immunostimulantes: le «vaccin antibrucellique» (VAB, *vacina anti-brucélica*) et «l'autohémothérapie» (AHT, *autohemoterapia*). Comme d'autres thérapies immunostimulantes VAB et AHT sont fortement associées à la médecine régénérative et peuvent être accessibles à travers des réseaux informels. Mon argument est que la biomédecine établie est de plus en plus contournée dans le actuellement au Brésil, tandis que la médecine régénérative est en train d'émerger et de modifier le paradigme international à travers la combinaison des concepts de la vie et de la morale.

**Mots clés** psychiatrie transculturelle – anthropologie médicale – migration – spiritisme – médecines alternatives et complémentaires – MAC – Brésil – Allemagne

**MAŁGORZATA STELMASZYK: Perturbations significantes. Le phénomène de la malédiction dans la Touva postsoviétique** p. 50–61, rédigé en anglais

Dans cet article, je m'intéresse aux notions de maladie et de guérison à Kyzyl, capitale de la République autonome de Touva en Sibérie. Ce faisant, je montre comment les diverses pathologies, telles que les accidents vasculaires cérébraux, les comas et la tuberculose sont souvent conceptualisées à travers le prisme des malédictions. Dans ces cas-là, les maladies sont considérées comme un symptôme et une conséquence d'un système socio-cosmique qui implique des esprits et des humains.

à la maladie et à la guérison. Des études de cas à Marília/São Paulo et à Itabuna/Bahia au Brésil présentent des configurations de coopérations de guérisons entre spiritisme, biomédecine et psychiatrie. La description de la mise en œuvre de pratiques de soin du spiritisme par les migrants brésiliens et des soutiens locaux en Allemagne constitue ensuite le développement majeur de cet article. Cependant, la confrontation des données présentées montre que le bénéfice des échanges transnationaux de pratiques médicales et de modèles de coopération de soins ne dépend pas vraiment des systèmes sociaux, culturels et religieux, mais plutôt des ressources individuelles, des espérances personnelles et des décisions politiques.

Par conséquent, les victimes des malédictions se retrouvent souvent dans un état de perturbation physique et émotionnelle intimement lié aux caractéristiques de la cosmologie de Touva, elles-mêmes imprégnées des notions complémentaires de turbulence et d'équilibre. Compte tenu de cela, en présence d'un problème médical, le diagnostic, la guérison et le rétablissement sont souvent sollicités simultanément auprès des médecins, des lamas et des chamanes, et les patients subissent des

traitements simultanés par ces trois types de praticiens. En se concentrant sur une étude particulière de cas, je montre dans cet article comment les maladies déclenchées par les malédictions impliquent différents acteurs, tels que des médecins, des lamas et des chamanes; et

comment dans le contexte de la Touva postsoviétique ces acteurs, avec leurs épistémologies respectives et leurs engagements avec le monde, construisent une plateforme de coopération plutôt que des possibilités antagonistes.

**Mots clés** maladie – guérison – pratiques occultes – malédiction – personnalité – Touva

**KATRE KOPPEL: «Mon rêve est de rassembler les médecines chinoise et occidentale». Pourquoi la médecine chinoise se développe au sein du système de santé estonien** p. 62–77, rédigé en anglais

Au cours des dernières années, la médecine chinoise est devenue une pratique thérapeutique populaire en Estonie. Ce n'est pas surprenant du point de vue des utilisateurs étant donné que divers enseignements liés à la santé, au mode de vie et au bien-être ont trouvé de nombreux adhérents après la chute de l'Union Soviétique. Cependant, ce qui est surprenant est le fait que la médecine chinoise est prise en considération chez les professionnels de santé. Dans le contexte estonien, la médecine chinoise est considérée comme une médecine alternative du point de vue de la biomédecine et de l'État. Pour des raisons historiques dans le contexte de l'ex-Union Soviétique, les médecines alternatives sont généralement stigmatisées par les praticiens de la biomédecine. Indépendamment des tensions manifestes entre la biomédecine et les médecines alternatives, la médecine chinoise semble bénéficier d'un meilleur ac-

cueil que d'autres médecines alternatives. Par conséquent, la situation actuelle, qui peut être considérée comme un changement de position concernant la médecine chinoise dans le paysage de la santé estonienne, est relativement extraordinaire. Dans cet article, je présente trois raisons qui expliquent pourquoi la place de la médecine chinoise est actuellement en changement. Tout d'abord, la perception positive de la médecine chinoise peut être analysée comme une faveur de l'État qui a instauré des régulations sur l'acupuncture. Deuxièmement, les raisons peuvent être trouvées dans la politique de santé actuelle et dans les défis auxquels le système de santé estonien est confronté. Troisièmement, le contexte spirituel particulier de l'Estonie fait que la médecine chinoise trouve son chemin dans le système de santé estonien. L'article est basé sur environ deux ans d'études de terrain en Estonie.

**Mots clés** médecine chinoise – système de santé estonien – diversité médicale – ancienne URSS – politique de santé – spiritualité du New Age

**DANUTA PENKALA-GAWĘCKA: Formes de coopérations stables ou fragiles. Médecine complémentaire et biomédecine dans le cadre des systèmes de santé postsoviétiques au Kazakhstan et au Kirghizistan** p. 78–94, rédigé en anglais

Cette étude analyse les relations mutuelles entre la «biomédecine» et les différentes médecines alternatives et complémentaires (MAC) dans le contexte socioéconomique et politique de l'ère postsoviétique au Kazakhstan et au Kirghizistan. Alors qu'il existait déjà une diversification des options thérapeutiques sous le régime soviétique en Asie centrale, la chute de l'URSS a permis une plus large diversification des possibilités thérapeutiques. L'auteur examine le changement de l'approche officielle vers des méthodes thérapeutiques qui ne sont pas basées sur la biomédecine, dans lesquelles se reflètent aussi les conditions socioéconomiques et politiques récentes. Dans ces années 90, après avoir gagné leur indépendance, les États respectifs fondent leur

volonté de reconnaissance officielle des médecines traditionnelles sur une légitimation de leur héritage culturel. Dans la mesure où cela ne semblait plus nécessaire, les médecines «non-officielles», telles qu'elles étaient pratiquées par des praticiens «non médecins», perdirent le soutien gouvernemental. Dans ce cadre, la coopération récente entre la «biomédecine» et les différentes fractions des MAC devient de plus en plus fragile. La coopération, à l'origine champ d'intersections, évolua selon l'auteur de plus en plus sous la forme de querelles entre ce qui relève du scientifique et des pratiques qui ne sont pas fondées sur des critères de sciences naturelles. Il s'avère que néanmoins et malgré ces tensions, les thérapies les plus variées issues de l'éventail des MAC, y com-

pris les méthodes spirituelles, jouissent d'une grande popularité. Cela tient partiellement aux faiblesses du système de santé publique. La dernière partie de l'ar-

ticle présente des exemples de coopérations, réussies dans des conditions particulières, entre psychiatres et guérisseurs kirghizes.

**Mots clés** diversité médicale – médecine alternatives et complémentaires – MAC – biomédecine – coopération guérison – boundary work – Asie centrale – Kazakhstan – Kirghizistan

**PIERRE PFÜTSCH: Ambulanciers en Allemagne. Coopération et conflits dans un domaine professionnel difficile (1949–1990)** p. 95–108, rédigé en anglais

Les collaborations sont pratiquement impensables sans conflit. Par conséquent, cet article analyse l'imbrication de la coopération et du conflit dans une perspective d'histoire contemporaine. À titre d'exemple, les services d'urgence en République fédérale d'Allemagne impliquent une grande variété d'acteurs: les médecins, les professionnels non-médicaux de la santé, les associations caritatives et les organisations professionnelles, entre lesquels se produisent de nombreux conflits. En outre, les médecins et les professions paramédicales se situent à différents niveaux hiérarchiques. En conséquence, dans ces conflits les positions de pouvoir se négocient – et ce en dehors de points de vue divergents sur les soins. L'article analyse deux perspectives différentes sur les coopérations et les conflits. D'une part, il convient de préciser que des conflits peuvent survenir dans le cadre de coopérations de travail. D'un autre

côté, ces conflits peuvent également conduire à la coopération et peuvent donc être considérés comme une sorte de moteur de l'innovation. Les deux situations se retrouvent à la fois au niveau micro, c'est-à-dire dans le conflit concret entre médecins et ambulanciers. Mais ils peuvent aussi influencer les structures de l'offre au niveau macro, comme le montre l'exemple des conflits d'intérêts sur une loi professionnelle pour les ambulanciers et le personnel paramédical. Concrètement, la question au centre des discussions a toujours été de savoir quelles tâches les ambulanciers devraient prendre en charge et lesquelles devraient être réservées aux médecins. En raison de l'insuffisance de sources, l'analyse s'appuie principalement sur des textes normatifs. À travers des tribunes libres, le point de vue des acteurs est au moins indirectement développé.

**Mots clés** paramédicaux – urgences médicales – service d'urgence – professionnalisation – conflits d'intérêts – coopération – Allemagne

**STEFAN REINSCH, JÖRG NIEWÖHNER & DORIS STAAB: L'écologie des soins en fibrose cystique. Identification, ménagement des décisions et apprendre dans une communauté qui vit et travaille avec une maladie chronique rare** p. 109–127, rédigé en anglais

L'objet de cet article est d'analyser l'écologie des soins et des pratiques de savoir-faire dans une communauté vivant et travaillant avec la mucoviscidose. La mucoviscidose est une maladie génétique rare, chronique, et mortel. En raison d'un régime thérapeutique complexe et de l'augmentation résultant de la durée de vie des personnes atteintes de la mucoviscidose, les décisions journalières demandent de plus en plus une collaboration entre les générations et les disciplines. Cet article est basé sur une étude ethnographique de longue durée que nous avons menée en tant que socio-anthropologues et médecins dans un environnement universitaire hautement spécialisée. Notre investigation porte sur les

décisions de la part des patients et des médecins ainsi que sur la discussion autour de leurs positions et sur leurs significations au sein d'une *communauté de pratique*. Utilisant des concepts de la *cognition distribuée* et des pratiques de savoir-faire, nous pensons que des horizons temporels divergents et des niveaux de personification sont compensés par une transmission intercalée du savoir. Cela signifie que la transmission intersubjective et intergénérationnelle de certains savoirs ne nécessite pas seulement un apprentissage cognitif, mais requiert un travail de traduction et de médiation pratique de la part des personnes qui peuvent agir entre générations et disciplines.

**Mots clés** mucoviscidose – communauté de pratique – écologie de soins – pratiques de savoir-faire – cognition distribuée – Allemagne

**CHRISTIAN ERBACHER: Philosophie – thérapie – mythologie. D'une analogie triangulaire dans la philosophie de Ludwig Wittgenstein** p. 128–134, rédigé en anglais

L'objectif de cet article est d'inviter les praticiens de la guérison à lire les écrits philosophiques de Ludwig Wittgenstein comme étant pertinent pour leur pratique. Pour cela, l'article entreprend de présenter l'orientation philosophique de Wittgenstein à l'aide de l'analogie triangulaire qu'il fait entre philosophie, thérapie et mythologie. La thèse de l'article est que tout au long de sa carrière philosophique, Wittgenstein a considéré la philosophie comme une activité visant à clarifier les confusions. D'après cette conception, la philosophie est donc, comme la médecine, un traitement qui consiste à faire disparaître ou à calmer un état inquiétant. Wittgenstein

lui-même affirmait que ses méthodes de clarification philosophique pouvaient être comparées à la psychanalyse. D'après cette analogie, la clarification philosophique inoffensive rend une mythologie inquiétante, et ce à l'aide d'une mythologie moins inquiétante. Cette approche, d'après Wittgenstein, peut donc mettre en lumière la confusion philosophique qu'une vision scientifique du monde peut accompagner. Une telle confusion philosophique survient lorsque la croyance dans la portée absolue de la vérité scientifique empêche la reconnaissance des vérités et des conceptions venant d'autres cultures.

**Mots clés** philosophie – psychothérapie – Wittgenstein – Freud – Frazer

**Die Autor\*innen der *Curare* 41 (2018) 1+2 | The Authors of *Curare* 41 (2018) 1+2**

- CHRISTIAN ERBACHER, Dr. phil., Psychologe (Siegen), christian.erbacher@uni-siegen.de 128–134  
 KATARINA GREIFELD, Dr. phil., Ethnologin (Frankfurt), greifeld@gmx.de 146–148  
 KATRE KOPPEL, M.A., Ethnologin (Tartu), katre.koppel@ut.ee 62–77  
 FRANK KRESSING, Dr. hum. biol., Ethnologe (Ulm), frank.kressing@uni-ulm.de 138–141  
 HELMAR KURZ, M. A., Ethnologe (Münster), hkurz\_01@uni-muenster.de 35–49  
 MIRIAM SARAH MAROTZKI, Dr. des., Kunstgeschichtlerin (Bielefeld), miriam.marotzki@uni-bielefeld.de 135–137  
 JÖRG NIEWÖHNER, Prof. Dr., Ethnologe (Berlin), joerg.niewoehner@hu-berlin.de 109–127  
 DANUTA PENKALA-GAWĘCKA, Prof. Dr., Ethnologin (Poznań), danagaw@amu.edu.pl 78–94  
 PIERRE PFÜTSCH, Dr. phil., Medizinhistoriker (Stuttgart), pierre.pfuetsch@igm-bosch.de 95–108  
 STEFAN REINSCH, Dr. med., M.A., Arzt und Ethnologe (Lübeck), reinsch@imgwf.uni-luebeck.de 109–127  
 CORNELIUS SCHUBERT, PD Dr. phil., Soziologe (Siegen), cornelius.schubert@uni-siegen.de 8–13  
 DORIS STAAB, PD Dr. med., Ärztin (Berlin), doris.staab@charite.de 109–127  
 MAŁGORZATA STELMASZYK, PhD, Ethnologin (Edinburgh), mstelma@ed.ac.uk 50–61  
 FRANK URSIN, Dr. phil., Medizinhistoriker und -ethiker, Althistoriker (Ulm), frank.ursin@uni-ulm.de 138–141  
 MÁRCIO VILAR, Dr. phil., Ethnologe (Sussex), md542@sussex.ac.uk 14–34  
 MARIA VIVOD, Dr., Ethnologin (Novi Sad und Strasbourg), vivod@hotmail.com 142–145  
 EHLE R VOSS, Dr. phil., Ethnologe (Siegen), ehler.voss@uni-siegen.de 3–7, 8–13