

Robbie Davis-Floyd e Elizabeth Davis

L'intuizione come sapere autorevole nella pratica ostetrica e nel parto a domicilio¹

Le tecnologie diagnostiche, dai banali e ordinari ultrasuoni ai più esotici trapianti di embrioni, condividono l'obiettivo della costruzione del feto come un essere separato - reificano, rendono quindi reale il feto. Il feto diventa visibile, una presenza percepibile, ma per ottenere questo obiettivo è necessario accettare anche altre due conseguenze. La medicalizzazione della gravidanza e la scomparsa della donna, resa in tal modo invisibile e impossibile da ascoltare. La storia dell'ostetricia occidentale è la storia delle tecnologie di separazione. Abbiamo separato il latte dal seno materno, le madri dai bambini, i feti dalla gravidanza, la sessualità dalla procreazione, la gravidanza dalla maternità. Alla fine ci è rimasta l'immagine del feto come di un essere solitario, che galleggia liberamente come l'uomo nello spazio, con il cordone ombelicale che sembra tenere al guinzaglio un'imbarcazione di placenta e la madre invece ridotta allo spazio vuoto che circonda tutto ciò. E' veramente difficile ricomporre concettualmente ciò che la medicina ha fatto a pezzi (...) Poiché sto parlando a gruppi diversi, tra i quali si trovano sia studiosi di scienze sociali sia operatori della nascita, mi rendo conto di quanto sia difficile, dando per scontato che il valore della connessione sia stato compreso, trasmetterne il significato

(Barbara Katz Rothman, Plenary Address, Midwives' Alliance of North America Conference, New York City, novembre 1992).

Quando la sociologa Barbara Katz Rothman tenne il discorso, da cui è stato estratto lo stralcio appena citato, eravamo entrambe alla conferenza. Le sue parole comunicate a un pubblico di ostetriche, che non aveva alcuna difficoltà a comprendere il valore della connessione, riuscirono a cristallizzare nella mente di queste ostetriche la loro condizione di solitudine all'interno del mondo della medicina - un mondo nel quale le sottili ricompense date dalla connessione si stanno perdendo, poiché il valore delle tecnologie di separazione diventa sempre più scontato. Il dolce scambio del respiro e del

¹ L'articolo apparve nel 1996, *The social production of authoritative knowledge in childbirth*, edizione speciale di "Medical Anthropology Quarterly", Robbie Davis-Floyd e Carolyn Sargent, a cura, n.10 (2), pp. 237-269.

sudore, del tocco e dello sguardo, degli oli per il corpo e delle emozioni, che caratterizzano quei parti dove c'è una connessione intima tra la madre e colei che la accudisce, ha lasciato il posto negli Stati Uniti alla fredda penetrazione degli aghi, alla distante interpretazione delle linee di un grafico. Basandoci sui primi lavori di Rothman (1982, 1989), in *Birth as an American Rite of Passage* (1992) abbiamo identificato (Davis-Floyd) il “modello tecnocratico” della nascita come il centro paradigmatico sotteso dalle contemporanee pratiche ostetriche, comprese le tecnologie diagnostiche. Come evidenziato da Rothman, la separazione è un principio fondamentale di questo paradigma, da lei definito “modello medico”. Tra gli altri punti fondamentali da evidenziare vi è la metaforizzazione del corpo della donna come macchina difettosa e la premessa operativa che la nascita sarà “migliore” quando questa macchina difettosa sarà collegata ad altre e più efficienti macchine diagnostiche.

Tale modello implica che la conoscenza autorevole – la conoscenza sulla base della quale si prendono decisioni e si intraprendono azioni (Jordan 1993) – è attribuita a queste macchine e a chi sa come manipolarle e interpretarle. Le cose stanno così, anche se l'uso quasi universale di queste macchine durante il travaglio delle donne negli Stati Uniti non ha portato a migliori risultati neonatali, come è stato dimostrato in modo convincente da numerosi studi condotti su larga scala (Leveno et al. 1986; Prentice e Lind 1987; Shy et al. 1990; Sandmire 1990; si veda Goer 1995, pp. 131-153 per una sintesi di 39 casi clinici rilevanti per l'uso del monitoraggio elettronico fetale).

Tali studi hanno dimostrato che collegare le donne alle macchine per il monitoraggio elettronico fetale ha portato solo a un incremento dei parti cesarei, non a migliori risultati. Davis-Floyd (1992, 1994) mette in discussione queste macchine in quanto simboli della “sovrapvalutazione” tipica della nostra cultura che privilegia le macchine rispetto ai corpi, la tecnologia rispetto alla natura. Questa antropologa analizza le procedure di ostetricia, la diagnostica e altro ancora come rituali capaci non solo di incucare valori culturali fondamentali nelle partorienti, ma anche di accrescere il coraggio degli operatori della nascita, scomponendo la nascita in segmenti identificabili e (apparentemente) controllabili, e facendola apparire come un processo meccanico. Davis-Floyd sostiene che tali procedure rituali aumentano il coraggio non solo di ostetriche e infermiere ma delle donne stesse – che, essendo collegate a alcune delle massime espressioni tecnologiche inventate dalla società, hanno la sensazione di essere assistite in modo appropriato e si sentono quindi sicure. Un ordine culturale rassicurante viene quindi imposto sul caos dell'ordine naturale che appare spaventoso e difficile da controllare.

Non tutte le donne però sono rassicurate dal modello tecnocratico della nascita. Negli Stati Uniti ci sono donne che attribuiscono maggior valore alla natura e ai propri corpi naturali che alla scienza e alla tecnologia, che guardano alla decostruzione tecnologica della nascita come a un fenomeno dannoso e pericoloso, che desiderano vivere la nascita nella sua interezza - il suo ritmo, la sua corporeità, la sua intensa sessualità, fluidità, estasi e dolore. Le

donne che credono profondamente nella nascita, cercano in modo abbastanza consapevole di collocarsi il più lontano possibile dal modello tecnocratico, decidendo di partorire nella santità e sicurezza della propria dimora e rifacendosi alla filosofia del modello olistico della nascita (Davis-Floyd 1992, pp. 154-159). Come le loro ostetriche, le donne che partoriscono a domicilio non hanno difficoltà a comprendere il valore della connessione; infatti la connessione è il valore più importante tra quelli che sostengono il loro paradigma olistico.

Vi sono prove crescenti che le nascite assistite da ostetriche che operano a domicilio sono sicure, e spesso più sicure, di quelle ospedaliere (Davis-Floyd 1992, pp. 177-184; Wagner 1994; Goer 1995), ma questi dati sono poco noti e non sono entrati a far parte del senso comune, che continua a accettare l'autorità del principio tecno-medico secondo cui la qualità della nascita in ospedale è molto superiore a quella del parto a domicilio. Quindi, come messo in luce da una delle ostetriche intervistate, tutte le ostetriche, comprese quelle che seguono i parti a domicilio, in quanto professioniste della salute, sono sottoposte a una forte pressione culturale, affinché "facciano partorire secondo gli standard medici". Ma "far partorire secondo gli standard medici" significa in molti casi fare uso dell'intervento medico e/o trasportare la donna all'ospedale, nonostante l'ostetrica possa avere un'opinione differente. Le ostetriche devono sforzarsi di andare incontro a questi imperativi culturali. Tali tentativi pongono molte di loro in conflitto con il paradigma olistico a cui aderiscono e alla pazienza e alla fiducia nella nascita e nel corpo femminile che esso implica. Le ostetriche attuali non possono trascurare questo dilemma. Si tratta di un tema centrale alla base delle loro pratiche e delle loro vite, che ricorda loro come ogni nascita a domicilio, che non sia perfettamente aderente a quanto previsto dalle procedure, solleverà dei dilemmi etici, morali e legali che un giorno potrebbero anche condurle in tribunale, mettendo a repentaglio il loro diritto di praticare la professione. La tensione tra il paradigma tecnocratico e quello olistico, che le ostetriche che operano a domicilio devono costantemente affrontare, fa sì che la loro occasionale disponibilità a affidarsi solo all'intuizione – approvata dal modello olistico e condannata dal modello tecnocratico – diventi un segno forte del loro coinvolgimento nel principio olistico e nel suo implicito principio di connessione.

L'obiettivo di questo articolo è quello di richiamare l'attenzione sull'uso dell'intuizione da parte delle ostetriche come fonte saliente di conoscenza autorevole. La nostra intenzione non è quella di fornire una migliore definizione del concetto di intuizione, ma semplicemente di utilizzare il concetto di sapere autorevole formulato da Jordan (1993) come strumento teorico che ci aiuti a comprendere il ruolo che l'intuizione gioca tra le ostetriche attuali. Per affrontare tale compito esploreremo alcune prospettive teoriche recenti sulla natura dell'intuizione.

Sulla natura dell'intuizione: prospettive teoriche

Poiché viviamo in una cultura che non dà valore all'intuizione e fornisce una definizione molto limitata di cosa sia la conoscenza, credo si possa rimanere imprigionati nella trappola dell'esiguità di tale definizione. L'intuizione è un altro tipo di conoscenza – profondamente incorporata. Non è lassù tra le stelle. E' conoscenza così come lo è quella intellettuale. Non si tratta di una cosa da nulla, ruolo a cui la cultura cerca invece di ridurla (Judy Luce, ostetrica che pratica parti a domicilio).

L'*American Heritage Dictionary* (1993) definisce l'intuizione come: "l'atto o la facoltà di sapere o sentire senza fare uso di processi razionali; cognizione immediata". Nonostante le molte occasioni in cui si fa uso dell'intuizione, essa rimane un concetto scarsamente compreso e poco studiato dagli psicologi (Laughlin 1997). Uno degli studi più interessanti su questo tema è stato prodotto da Tony Bastick (1982). Egli identifica un numero di caratteristiche proprie dell'intuizione, tra cui la fiducia nel processo intuitivo, il senso di certezza della verità intuitiva, la natura improvvisa e immediata della consapevolezza del sapere, l'associazione tra affetto e intuizione, la natura non analitica (non razionale, non logica) e gestaltica dell'esperienza intuitiva, l'aspetto empatico dell'intuizione, la natura pre-verbale e spesso ineffabile della sua conoscenza, l'ineluttabile relazione tra intuizione e creatività e la possibilità che l'intuito possa dimostrarsi non corretto nei fatti.

In *Women's Intuition* (1989), una delle autrici (Elizabeth Davis) mette in luce come, per quanto riguarda l'acquisizione di informazioni, la società occidentale dia uno statuto autorevole solo alle forme di ragionamento pienamente lineari, basate sull'induzione e sulla deduzione. E' infatti assodato come "non vi sia creatività nella scienza, o meglio in nessun campo dell'attività creativa che non implichi l'intuizione" (Laughlin 1997, p. 6; si veda anche Bastick 1982, Hayward 1984, pp. 29-33; Jung 1971, Poincaré 1913, Slatte 1983, Vaughn 1979, Weil 1972, Westcott 1968). Perché quindi l'intuizione è così svalutata in Occidente?

Come evidenziato da diversi studiosi di scienze sociali (Martin 1987, Merchant 1983, Rothman 1982), le metafore di tipo meccanicistico utilizzate per parlare della terra, dell'universo e del corpo hanno iniziato a acquisire importanza culturale, sin dai tempi di Cartesio. Il ragionamento consapevole deduttivo, che può essere logicamente spiegato e al quale si può logicamente replicare, è la forma di pensiero più simile a quella della macchina. Quindi in Occidente i processi raziocinanti ("raziocinare" significa "ragionare con metodo e con logica") sono reificati e spesso lo sono in termini di regole normative (Rubinstein et al. 1984, p. 34; Beth, Piaget 1966). Al contrario, l'intuizione fa riferimento alla nostra esperienza di risultati ottenuti attraverso processi cognitivi profondi, che avvengono inconsapevolmente e che non

possono essere spiegati logicamente o riprodotti. Laughlin (1992, 1997) sostiene che l'intuizione sia neurognostica – inerente alla struttura di base del sistema nervoso centrale umano, il che giustificherebbe le caratteristiche universali dell'esperienza intuitiva. Egli suggerisce che il linguaggio e le concomitanti strutture concettuali raziocinanti non si siano sviluppate a tal punto da riuscire a esprimere l'intero sistema cognitivo umano e a comprendere tutte le sue operatività, ma solo quelle rilevanti per l'adattamento sociale, notando come il tipo di conoscenza che può essere espressa dalle strutture linguistiche e concettuali del cervello umano sia superficiale rispetto ai processi neuro-cognitivi più profondi “dai quali dipende la conoscenza nel suo significato più ampiamente creativo” (Laughlin 1997, p. 17).

La ricerca neurofisiologica sulle funzioni complementari dei due emisferi cerebrali ha fatto un po' di chiarezza sul processo intuitivo. L'emisfero sinistro veicola principalmente la produzione linguistica, il pensiero analitico e il susseguirsi di eventi lineari e causali, mentre l'emisfero destro veicola la produzione di immagini, il pensiero olistico e gestaltico e la modellizzazione spazio-temporale (Bryden 1982; Ley 1983; Sperry 1974, 1982). Semplificando, si può affermare che il lobo sinistro è in grado di distinguere le parti dal tutto, rende quindi possibile il pensiero analitico e la comunicazione linguistica, mentre il lobo destro rende possibile la percezione gestaltica – e difficile da comunicare o analizzare all'interno del nostro sistema linguistico occidentale.

Alcuni ricercatori hanno usato questi risultati per suggerire che noi esseri umani abbiamo due modi di coscienza, uno corrispondente a ciò che chiamiamo “ragione”, associato alle funzioni del lobo sinistro e l'altro, chiamato “intuizione”, associato invece alle funzioni del lobo destro (Lee 1976). Come messo in luce da Laughlin (1997, p. 9), alcuni antropologi si sono spinti fino a suggerire l'esistenza di due differenti tipi di culture, definite in base a queste due modalità di apprendimento. Per esempio, Warren TenHouten (1978-79) ha utilizzato le definizioni di “propositiva” e “compositiva” per sostenere che queste due modalità di conoscenza esistono in continuità con una terza modalità, quella “dialettica”, posta al centro delle due come integrazione delle capacità cognitive del lobo destro e del lobo sinistro. Nel 1941 Sorokin suggerì che tutte le società oscillerebbero nel tempo, come un pendolo che si muova tra due poli opposti, dove uno è caratterizzato dalla conoscenza razionale e dai valori materiali e l'altro dalla conoscenza intuitiva e da valori spirituali. I suggerimenti di Sorokin sono contemporanei agli scritti di carattere divulgativo di Rianne Eisler (1988) in cui viene teorizzata la distinzione tra culture “dominanti” e culture “collaborative” e a quelli di Daniel Quinn che distingue tra culture che “prendono” e culture che “desistono”.

Queste distinzioni sembrano ripercorrere le differenze tra le ostetriche americane attuali che praticano a domicilio e la società tecnocratica all'interno della quale esse lavorano e lottano per sostenere la loro professione. La

tecnocrazia è molto gerarchica, dominata dagli uomini, orientata verso le macchine e basata sui principi di separazione e discriminazione propri del lobo sinistro, mentre l'ostetricia praticata a domicilio è in prevalenza egualitaria, orientata verso la natura e il femminile e basata sui principi olistici e di connessione propri del lobo destro.

Naturalmente questa apparente netta dicotomia può risultare in molti casi fuorviante. È importante ricordare che, nonostante il prevalere di un emisfero sull'altro, tutto il cervello è coinvolto in ogni funzione mentale. Una netta divisione funzionale tra gli emisferi avviene solo in soggetti con cervelli fisicamente divisi o danneggiati in conseguenza d'incidenti o di operazioni chirurgiche (Sprenger, Deutsch 1981). In un cervello normale e sano, la somiglianza e la riproduzione delle funzioni è molto più comune. Laughlin sostiene che l'intuizione sia “mediata dalle reti neuronali in entrambi i lobi, non solo in quello destro” (1997, p. 11). Egli definisce “trascendentali” i processi neuro-cognitivi che producono l'intuizione, mettendo l'accento sul loro funzionamento trans-emisferiale e sulla loro capacità di coinvolgere tutto il cervello. Il corpo calloso che svolge il ruolo principale nel far convergere le informazioni da un emisfero all'altro, potrebbe essere molto importante nella genesi dell'intuito. Davis (1989) in *Women's Intuition* sostiene che la coerenza tra gli emisferi, collegata agli stati trascendentali (Goldberg 1983) e alle connessioni intuitive, potrebbe presentarsi più facilmente nelle donne che negli uomini, poiché risulta che nel cervello femminile il corpo calloso è più grande. Si può sostenere comunque che questa parte del cervello può essere volontariamente sviluppata in entrambi i sessi.

Come già notato, malgrado la forte valorizzazione della capacità di ragionamento deduttivo del lobo sinistro, la scienza non avrebbe mai potuto procedere senza la creatività dell'intuizione; allo stesso modo, nessuna cultura orientata verso l'intuizione avrebbe mai potuto sopravvivere senza una forte fiducia nel ragionamento razionale. Di conseguenza, anche il più tecnocratico dei medici può ritrovarsi a seguire l'intuito invece che la ragione (Fox 1985, 1980) e in quest'epoca postmoderna anche la più olistica delle ostetriche è probabile che abbia ottenuto un elevato livello di competenza nell'uso degli strumenti tecnocratici legati alla nascita e che sia in grado di spiegare e difendere le proprie azioni in termini scientifici, lineari e logici. La pratica delle ostetriche postmoderne sotto diversi punti di vista implica l'attento esercizio del ragionamento induttivo e deduttivo, pur continuando a fare affidamento, in accordo con il suo ethos fondamentale, nell'attivazione della connessione tra corpo e psiche.

Storia e contesto: presentazione dell'ostetrica postmoderna

Nel mondo occidentale dell'epoca postmoderna ci siamo lasciati alle spalle le nascite sotto anestetico negli anni '40 e '50, la quasi totale scomparsa delle ostetriche indipendenti negli anni '60 e quella del movimento a favore del "parto naturale" negli anni '70, in nome di un'attenzione egemone per le tecnologie di riproduzione assistita e per le tecno-nascite. I principi e i valori fondamentali di queste ultime sono stati codificati ufficialmente come "pratiche standard" e sono quindi considerate come autorevoli nei tribunali. La resistenza contro questa egemonia tecnocratica nel campo della nascita, è comunque forte e ha generato molti movimenti e opzioni capaci di offrire reali alternative, tra queste il metodo Bratley per l'educazione al parto (McCutcheon-Rosegg 1984); le case di maternità (Rooks et al. 1989); il movimento per il parto a casa (Kitzinger 1979; Sullivan, Weitz 1988) e il ritorno delle ostetriche (Davis 1987; Gaskin 1990; Schlinger 1992). Il sostegno totale che il sistema legale offre alle pratiche di tecno-nascita ha costretto le ostetriche che si assumevano il rischio di opporsi a tali pratiche, a approfondire la loro formazione nella scienza ostetrica, in modo da potersi difendere contro eventuali cause legali, portate avanti dal sistema medico, e da impegnarsi per il cambiamento delle leggi che continuano a tenerle ai margini della legalità.

In risposta a questa pressione e a servizio di un crescente numero di donne della classe media e lavoratrice nelle aree urbane che richiedono i loro servizi, negli Stati Uniti, le ostetriche che non hanno seguito una formazione medica ufficiale² hanno allargato le loro competenze tradizionali che le ponevano al servizio di particolari gruppi etnici in comunità chiuse (si veda ad esempio Susie 1988), fino a un totale coinvolgimento nel mondo postmoderno. Nel Terzo Mondo, dove la sopravvivenza dei sistemi indigeni di conoscenza legati alla nascita è messa in crisi dai sistemi biomedici importati (Jordan 1993; Sargent 1989; Sesia et al. 1996), l'ostetrica sta emergendo come figura capace di un'articolata difesa dei sistemi tradizionali e come creativa inventrice di sistemi di compromesso reciproco (MacCormack 1996). Questo fenomeno che abbiamo denominato "ostetricia postmoderna" – ostetriche formate, precise, organizzate, politicizzate e altamente consapevoli sia della loro unicità culturale sia della loro importanza globale – non è limitato agli Stati Uniti ma sta

² Negli Stati Uniti le ostetriche che non hanno avuto una formazione come infermiere sono chiamate "lay midwives", cioè levatrici. In anni recenti tali ostetriche, incluse quelle che si sono formate attraverso l'apprendistato, hanno sviluppato un vasto numero di capacità, tra cui l'uso di tecnologie avanzate, si sono unite in associazioni professionali e si sono organizzate politicamente al fine di creare un programma di certificazione nazionale e di ottenere un sistema di licenze statali. Molte di loro hanno iniziato a considerarsi come delle professioniste e a non accettare la definizione di levatrici, che quindi non verrà usata in questo articolo.

emergendo sempre più in tutto il mondo (si veda per esempio Kitzinger 1990)³.

L'aver giustapposto il termine "postmoderno" (una parola fortemente connotata nel lessico antropologico) al termine "ostetricia" è tutt'altro che casuale. Con questa giustapposizione stiamo cercando di dare valore alle qualità che emergono nella prassi, nel discorso e nell'impegno politico di alcune tra le ostetriche contemporanee. George Marcus ha messo in luce come il potere dell'intervento postmoderno in antropologia vada cercato nella sua "critica radicale" (1993, p. 6) delle convenzioni indiscusse e degli assunti monologici, sia a livello etnografico sia culturale. Come enfatizzato da Linda Singer in *Feminism and Postmodernism*, negli scritti femministi questa critica radicale "ricorre con delle variazioni" come:

Un'esplicita strategia discorsiva per sfidare i termini, le convenzioni e i simboli dell'autorità egemonica secondo modalità che mettano in primo piano il carattere esplicitamente trasgressivo di tale impresa (...) il discorso postmoderno distrugge il progetto di chiusura grazie al consenso, insistendo nello svelare la capacità delle differenze di iscriversi, anche quando sono esplicitamente rifiutate o negate. La voce della razionalità si è dimostrata essere piena di contraddizioni che la razionalità stessa non può escludere (1992, pp. 469-470).

Si tratta certamente di una descrizione adeguata e accurata della pratica delle ostetriche, così come viene presentata in questo articolo. Attraverso la loro consapevole e trasgressiva enfasi sull'intuito, le ostetriche quasi regolarmente rendono evidenti le contraddizioni che la voce delle razionalità nel campo della nascita si dimostra incapace di negare. Come vedremo, la natura trasgressiva delle ostetriche postmoderne è resa ancor più evidente dalla fluidità con cui le ostetriche intervistate per questa ricerca si muovono tra la biomedicina e i domini dell'ostetricia, appropriandosi del linguaggio autorevole e delle meravigliose tecnologie della biomedicina per porle al servizio della filosofia olistica e dell'ethos "al servizio delle donne" tipico dell'ostetricia praticata a

³ L'obiettivo globale dell'ostetricia postmoderna fu reso evidente dalla presenza di oltre 3000 ostetriche di 44 paesi alla conferenza del 1993, organizzata dall'*International Confederation of Midwives* (ICM) a Vancouver in Canada. I membri dell'ICM condividono l'impegno per un approccio ostetrico ("con la donna") alla cura prenatale, natale e post-natale e una crescente preoccupazione per una pratica sempre più in crisi. In Germania per esempio le ostetriche possono assistere il parto ma non occuparsi delle cure prenatali; in Francia possono occuparsi delle cure prenatali ma hanno molte limitazioni per quanto riguarda il parto; e, come già evidenziato (Davis-Floyd, Sargent 1996), nel Terzo Mondo il ruolo dell'ostetrica è sempre più contrastato dalla biomedicina. In generale l'ICM rappresenta le ostetriche con una preparazione professionale di tipo accademico, ma i suoi membri iniziano a mostrare una determinazione sempre più grande volta a assicurare, sia nei paesi sviluppati sia nei paesi in via di sviluppo, la sopravvivenza delle ostetriche indipendenti capaci di assistere le nascite in ogni situazione e soprattutto a domicilio.

casa. Le ostetriche stesse e altre figure simili sono ormai pronte a sfidare i termini, le convenzioni e i simboli dell'autorità egemonica nei tribunali, sulla stampa, nella legislazione dei loro stati e attraverso la politica, prodotta dalle azioni e interazioni delle loro organizzazioni nazionali. Grazie a queste continue attività, così come attraverso le innumerevoli conseguenze dei discorsi e delle pratiche quotidiane delle ostetriche, queste ostetriche si impegnano consapevolmente nella più radicale delle critiche culturali.

Negli Stati Uniti le due organizzazioni che hanno in modo più strumentale facilitato la diffusione delle ostetriche postmoderne e delle loro attività trasgressive, sono state la *Midwives' Alliance of North America* (MANA)⁴, alla quale quasi tutte le ostetriche intervistate appartengono, e l'*American College of Nurse-Midwives* (ACNM). Anche se la MANA fu concepita e creata (nel 1982) come un'organizzazione all'interno della quale si potessero raccogliere tutte le ostetriche nordamericane, fino a oggi è servita principalmente a veicolare la voce collettiva delle ostetriche che praticano a domicilio; molti dei membri della MANA assistono le nascite a domicilio o in case di maternità. L'ACNM (fondata nel 1955) accetta invece tra i suoi membri solo le infermiere ostetriche diplomate (*Certified Nurse-Midwives*). Le CNM devono prima ottenere il diploma di infermiera, dopo di che devono seguire per un anno o anche più un'intensa attività accademica e di formazione tecno-medica per ostetriche. Molte delle 5000 CNM che oggi praticano la professione negli Stati Uniti lavorano in ospedale; alcune lavorano in case di maternità; solo poche di loro assistono parti a domicilio. Nonostante la polarizzazione tra queste due organizzazioni⁵, i membri della MANA non hanno perso di vista il loro

⁴ In lingua hawaiana "mana" significa "un'implicita energia vitale che infonde, crea e sostiene il corpo fisico" (MANA News, 1990). Come mise giustamente in luce uno dei nostri revisori anonimi, *mana* in greco è il termine affettuoso per "madre". Inoltre, come noto a tutti, in ebraico e in greco *mana* è il nutrimento spirituale dato alle divinità.

⁵ Vi sono state e tuttora vi sono forti divisioni e contrasti tra ACNM e MANA sulla natura dell'ostetricia e sulla definizione di cosa sia un'educazione adeguata per le ostetriche e un'adeguata cura ostetrica. Nonostante ciò, le due organizzazioni danno molta importanza alla loro coesistenza e cooperazione e negli ultimi anni hanno definito dei valori comuni attraverso il *Carnegie Interorganizational Workgroup on Midwifery Education*, creato e fondato dalla *Carnegie Foundation*. Questo gruppo include un ugual numero di rappresentanti dell'ACNM e della MANA. Nel corso di lunghe delibere, i rappresentanti dell'ACNM concordarono nell'accettare l'idea di un altro tipo di certificazione per le ostetriche accanto a quello previsto per le CNM con una formazione medica. Dopo enormi sforzi, nel 1993 i membri raggiunsero un accordo sulla definizione dell'ostetrica-infermiera certificata (CNM) e dell'ostetrica certificata (CM*) a conclusione della "dichiarazione congiunta sulla certificazione" appoggiata sia dalla MANA sia dall'ACNM. Questa dichiarazione evidenzia il fatto che, sebbene la formazione e i meccanismi di responsabilità siano di diverso tipo, le CNM e le CM condivideranno un obiettivo comune nella pratica: entrambe saranno certificate per offrire delle cure ostetriche ad ampio spettro. A partire dal 1993, i membri della MANA hanno cominciato a stabilire delle procedure di verifica e controllo per la certificazione delle CM (si veda la sezione conclusiva). (* Durante l'incontro della *Certification Task Force*, il 4 ottobre 1994, CM fu cambiato in modo consensuale in CPM – *Certified Professional Midwife*. La parola "professionista" è stata oggetto di dibattito nella MANA a causa delle sue connotazioni di esclusione; nonostante ciò, i quaranta membri della task force giunsero a un accordo sul suo uso, in parte come risultato della forte convinzione che la

carattere originario; coerentemente con questa visione, sin dal suo inizio la MANA ha dato importanza al principio di inclusività. Accoglie quindi tra i suoi membri tutte le ostetriche – incluse le CNM (che rappresentano un terzo dei suoi membri), le ostetriche che hanno una formazione solo in ostetricia (*direct-entry midwives*) che sono state formate in scuole per ostetriche o (in Canada) secondo programmi per ostetriche interni ai college, e le ostetriche indipendenti che hanno imparato l'arte esclusivamente attraverso un apprendistato basato sull'attività pratica. L'apprendistato inteso come percorso per diventare ostetriche, considerato illegittimo dall'ACNM, è molto apprezzato invece dai membri della MANA, per la sua connettività e per i saperi incorporati, fondati sull'esperienza che è capace di fornire⁶.

La MANA è un'organizzazione che opera attraverso il consenso, un processo che richiede un alto grado di accordo sui temi di base e sui valori comuni. La MANA ha sancito in forma esplicita la sua filosofia del parto e i suoi 1400 membri hanno accettato di condividere questa filosofia e questo approccio olistico espressi nel seguente passaggio tratto dalla copia finale del documento approvato nel 1992 della "Dichiarazione dei valori e dei principi etici" della MANA:

Attribuiamo valore:

- a) Alle donne e ai loro poteri creativi, alle loro capacità di dare e sostenere la vita, che si esprimono sotto diverse forme.
- b) All'unicità della donna incinta e del bambino non ancora nato; un tutto inseparabile e interdipendente.
- c) All'integrità delle esperienze della vita; le componenti fisiche, emozionali, mentali, psicologiche e spirituali di ogni processo sono

competenza delle ostetriche indipendenti fosse stata completamente dimostrata e che esse meritassero di ottenere lo statuto di professioniste a un livello uguale e non subordinato a quello conferito alle CNM.)

⁶ La questione dell'apprendistato è il maggiore impedimento a un accordo continuativo tra MANA e ACNM, dato che quest'ultima valuta positivamente solo un'educazione e una preparazione formale come percorso appropriato alla formazione delle ostetriche e insiste nel sostenere che l'apprendistato non è un valido percorso formativo (si veda Jordan 1993, cap. 7, per una dettagliata discussione sulle differenze tra formazione pratica e didattica). La questione dell'apprendistato si è dimostrata essere causa di divisione così profonda da trasformarsi in una nuova controversia tra queste due organizzazioni. Nel giugno 1994, l'ACNM decise di accreditare come ostetriche *direct-entry* (che in questo caso significa ostetriche senza formazione come infermiere) quelle che fossero state educate secondo programmi universitari di ostetricia. All'epoca i membri della MANA percepirono questa decisione come apertamente sovversiva rispetto agli sforzi fatti per creare un processo di certificazione per la CM – ostetrica certificata – che potesse così ottenere la certificazione sia attraverso un percorso scolastico formale sia attraverso un percorso di apprendistato pratico (oppure la combinazione dei due). Il fatto che giunsero a un accordo consensuale per cambiare CM in CPM, riflette la loro profonda convinzione che tanto la competenza quanto la professionalità possano essere ottenute seguendo i due diversi percorsi.

- inseparabili.
- d) Alla gravidanza e alla nascita come processi naturali che non saranno mai sostituiti dalla tecnologia.
 - e) Alla gravidanza e alla nascita come eventi personali, intimi, interni, sessuali e sociali, da condividere con l'ambiente e con il sostegno scelto dalla donna.
 - f) Alla conoscenza intuitiva della madre su se stessa e sul proprio bambino prima, durante e dopo la nascita.
 - g) All'abilità innata della donna di condurre la sua gravidanza e la nascita del suo bambino; alla forza e alla bellezza del suo corpo in crescita e all'incredibile forza messa in atto per questo lavoro.
 - h) All'essenziale mistero della nascita.
 - i) Alla nostra relazione con un processo più grande di noi stesse, al riconoscimento che la nascita è qualche cosa da cui possiamo cercare di imparare e conoscere, ma che non controlleremo mai.
 - j) Alla competenza che include la conoscenza accademica, l'abilità clinica, il giudizio intuitivo e la consapevolezza spirituale.
 - k) Alla relazione. Alla qualità, integrità e unicità delle nostre interazioni che informano e mettono in discussione le nostre scelte e decisioni.

Furono sviluppate diverse versioni di questa "Dichiarazione dei valori e dei principi etici", recensite e riviste dai membri, fino al raggiungimento di un pieno consenso sulla bozza finale dalla quale è stato preso il passaggio citato. Questo insieme di valori costituisce una sfida diretta all'approccio tecno-medico della nascita; il suo alto livello di riflessività è pienamente postmoderno. L'enorme valore dato dalle ostetriche della MANA alla relazione e alla connessione è chiaramente esplicitato. Presentiamo questo estratto come testimonianza della filosofia di lavoro della MANA - contesto all'interno del quale si può comprendere l'importanza che riveste l'intuizione agli occhi delle ostetriche intervistate. Tutte le ramificazioni concettuali e pratiche di questa filosofia sono complesse e di non facile comprensione e proprio a esse si dovrà guardare per i futuri lavori di ricerca. Qui metteremo in luce solo i conflitti che inevitabilmente sorgono tra una filosofia olistica (inclusiva ed egualitaria) e le richieste esclusive e gerarchiche della tecnocrazia che fino a oggi hanno continuato a svalutare le ostetriche indipendenti, dando credibilità e statuto solo alle CNM che molti anni fa si assunsero l'impegno di costituirsi come professione associata - e strutturalmente subordinata - all'establishment medico⁷.

⁷ Le CNM contemporanee, molte delle quali praticano o desiderano praticare la loro professione in modo indipendente, mettono in dubbio i limiti imposti dalla loro subordinazione strutturale nei confronti dei medici. Alcuni membri e rappresentanti ufficiali dell'*American College of Nurse-Midwives* stanno considerando la possibilità di uno sforzo coordinato per ricreare la figura dell'ostetrica-infermiera come operatrice della salute indipendente, soggetta non al sistema infermieristico ma a un comitato autonomo di ostetriche.

Una delle questioni più pressanti che devono affrontare le ostetriche indipendenti postmoderne negli Stati Uniti e in Canada è la professionalizzazione. Si è trattato di una questione che ha creato divisioni all'interno della MANA per diversi anni, poiché la professionalizzazione implica una maggiore organizzazione, più regole, burocrazia e più limiti imposti alla pratica rispetto a quanto alcune ostetriche erano disposte ad accettare (Schlinger 1992). Parte dei timori nascevano dal fatto che, codificando l'ostetricia indipendente come professione, soggetta quindi a specifici diplomi e requisiti pratici, ne sarebbe derivata – come è successo in molte altre professioni, inclusa quella delle infermiere ostetriche – un minor rispetto per alcuni elementi più “leggeri” della pratica, legati a risposte contestuali come appunto la fiducia nell'intuizione. Questa è la prospettiva all'interno della quale è nato l'interesse di una di noi (Elizabeth Davis) e di alcune sue colleghe ostetriche per la scrittura, i discorsi e il desiderio di tenere corsi sull'uso dell'intuito durante il parto. Tale interesse può essere visto come un tentativo di formalizzare le conoscenze delle ostetriche attorno all'intuito, allo scopo di elevarne lo statuto e renderlo una fonte di sapere autorevole e affidabile – un tentativo al quale anche il presente studio vorrebbe contribuire.

Metodi

Questo articolo si basa sui dati ottenuti dalle interviste condotte con ventidue ostetriche americane, bianche e appartenenti alla classe media, circa il ruolo che l'intuizione gioca nel loro comportamento mentre assistono al parto. Diciassette di queste ostetriche sono state formate empiricamente e si occupano principalmente di nascite a domicilio. Cinque sono infermiere ostetriche diplomate (CNM). Molte delle intervistate sono ostetriche esperte con un'esperienza che varia dai tre e i sedici anni di pratica; tre praticano la professione da meno di un anno. Tre delle CNM assistono il parto sia a casa sia in ospedale, le altre due lavorano solo in ospedale. Tutte le ostetriche parteciparono alla conferenza della MANA tenutasi nel 1992 a New York, oppure a quella del 1993 tenutasi a San Francisco; la maggior parte delle intervistate ha assistito a entrambe le conferenze. Sebbene non siamo in grado di sostenere la rappresentatività del nostro campione di intervistate, possiamo però affermare, grazie ai molti anni di scambi con queste ostetriche, che l'attitudine, le convinzioni e le esperienze delle nostre intervistate sono tipiche di tutti i membri della MANA.

Le nostre interviste, registrate su nastro, generalmente duravano da mezz'ora a un'ora; molte furono condotte da Davis-Floyd, la quale iniziò a intervistare le ostetriche che le erano state segnalate perché avevano delle “belle storie” da raccontare. Alcune interviste presero la forma di vere e proprie sessioni di narrazione, poiché alcune ostetriche che per caso si

trovavano a passare provarono il desiderio di unirsi alla conversazione e raccontare la loro esperienza. A ognuna di loro fu chiesto di parlare, per quanto possibile, degli incidenti avvenuti durante i parti nei quali l'intuizione aveva giocato un ruolo determinante. Il nostro scopo era di ottenere il maggiore numero possibile di "narrazioni sull'intuito", in modo da poter iniziare a capire se e quanto queste ostetriche si affidassero all'intuito, i risultati ottenuti durante la nascita basandosi sull'accettazione o il rifiuto dei messaggi intuitivi e i loro sentimenti circa il valore e l'utilità dell'intuito come strumento diagnostico e come guida all'azione – in altre parole, come forma di sapere autorevole.

Altre venti narrazioni furono raccolte e registrate durante un workshop sull'intuizione dal titolo "Filare storie, tessere speranze", tenuto da Elizabeth Davis nel 1993 durante la conferenza della MANA a San Francisco; in quell'occasione fu chiesto a tutte le ostetriche presenti di condividere le loro esperienze riguardo all'intuito che loro ritenessero importanti. Benché non possiamo essere sicure di quale ruolo abbiano giocato il workshop e le interviste condotte sulle opinioni e sulle idee di queste ostetriche circa l'intuito, il semplice fatto che noi, figure autorevoli, fossimo particolarmente concentrate sull'intuito ha senza dubbio aiutato a convalidare e ad accrescere nella loro mente l'idea che si trattasse di una fonte legittima di sapere autorevole. Questo era l'intento esplicito di Elizabeth Davis, la quale aveva organizzato il suo workshop proprio a questo scopo. Secondo Davis-Floyd, si trattò di un'inevitabile conseguenza del processo dialogico attivato dall'intervista – un'ulteriore prova del fondamentale potere di connessione dell'antropologo/a con i suoi soggetti di "studio" e della forte soggettività dello sforzo antropologico (Clifford, Marcus 1986; Marcus, Fisher 1986).

Tale soggettività apparve molto evidente anche durante il processo di analisi dei dati. Come sa chiunque lavori con i dati derivanti da un'intervista, il processo attraverso il quale si arriva a una loro interpretazione è difficile da descrivere. Poiché per questo articolo ci fu richiesto tale sforzo, cercammo di definirne le "sfilacciature". Quando si conduce un'intervista attraverso una lista predefinita di domande, come ognuno di noi aveva fatto in passato, si possono poi confrontare tutte le risposte a una medesima domanda o a un loro insieme, attraverso l'uso di un database. In questo caso non avevamo lavorato con delle liste ma piuttosto avevamo chiesto di raccontare storie e le avevamo ascoltate nel loro fluire. Trascrivemmo le registrazioni, leggemmo le trascrizioni più volte e le discutemmo a lungo, fino a quando iniziarono a emergere temi e modelli salienti che riuscirono a chiarire la nostra domanda centrale, quella attorno a cui avevamo organizzato l'intervista: in che senso e in quali circostanze le ostetriche utilizzano l'intuito come fonte di conoscenza autorevole per prendere delle decisioni durante il parto?

La nostra collaborazione nacque gradualmente. Nel 1992 Elizabeth Davis fu una delle prime ostetriche intervistate da Davis-Floyd per questo studio. Un anno dopo prendemmo la decisione di firmare entrambe questo articolo.

Robbie Davis-Floyd è un'antropologa culturale che utilizza una prospettiva femminista, simbolica e cognitiva nello studio della nascita in America. Per oltre dodici anni, ha condotto ricerca sull'esperienza femminile della gravidanza e del parto (1987a, 1992, 1994), sulle convinzioni, le attitudini e la formazione delle ostetriche (1987b) e sulla dimensione simbolica e rituale della nascita in ospedale e di quella a domicilio (1990, 1992); recentemente ha iniziato a interessarsi a un fenomeno emergente, da lei stesso definito come "ostetricia postmoderna". Elizabeth Davis è un'ostetrica indipendente, che ha lavorato privatamente per sedici anni. Ha seguito più di trecento parti, novanta dei quali si sono svolti in casa. E' conosciuta a livello internazionale per il suo impegno sui temi della sessualità femminile e dei diritti riproduttivi, ha firmato diversi libri sulla nascita e su temi correlati (Davis 1988, 1994), tra i quali va ricordato il testo per ostetriche *Heart and Hands* (1987), *Women's Intuition* (1989), e *The Women's Wheel of Life* (1996). Ha inoltre partecipato a molte conferenze sulla nascita tenutesi in tutto il mondo. E' direttrice di *Heart and Hands Midwifery Intensives*, un programma educativo per la formazione delle ostetriche (*direct-entry midwives*) che ha fondato nel 1982. Ha dato inizio allo sviluppo del processo di certificazione per le ostetriche in California e il suo ruolo è stato fondamentale per l'approvazione della legge per la depenalizzazione delle ostetriche prive di formazione in scienze infermieristiche nel medesimo stato. Attualmente dirige il Comitato educativo della MANA e è Presidente del *Midwifery Education Accreditation Council*, un istituto nazionale accreditato per l'educazione delle ostetriche senza formazione in studi infermieristici costituitosi recentemente.

Ostetriche e intuizione

La connessione come prerequisito

La prima cosa che ci apparve subito evidente confrontando i dati ottenuti dalle interviste fu il grandissimo valore che le ostetriche danno alla "connessione". La connessione, così come viene vissuta dalle ostetriche durante i parti a domicilio, implica l'esistenza di legami non solo fisici ma anche emotivi, intellettuali e psichici. Non si tratta semplicemente di una connessione biunivoca, come nel caso dell'ostetrica con la madre o della madre con il bambino⁸. Se dovessimo tracciare un diagramma, disegneremmo

⁸ L'allattamento al seno rappresenta un buon esempio per comprendere le ramificazioni pragmatiche dell'insistenza sul valore della connessione. Il 98 per cento delle donne americane partoriscono in ospedale; circa il 50 per cento di loro allattano al seno i loro bambini durante i primi mesi di vita. Del 2 per cento delle donne che partoriscono a casa o in case di maternità – in altri termini che partoriscono secondo il modello olistico della nascita, basato sulla connessione – circa il 100 per cento sceglie l'allattamento al seno (Arms 1994, p. 201). Gli studi sul ruolo della

qualcosa di simile a una rete, i cui fili collegano reciprocamente la madre, il bambino, il padre e l'ostetrica⁹. Inoltre, se potessimo scrutare nell'intimo di ogni individuo, troveremmo probabilmente altri fili della rete che collegano ogni individuo alla sua essenza più profonda. Le nostre intervistate insistevano sul fatto che il livello di connessione che erano in grado di mantenere con la madre e con il bambino dipendeva dal livello di connessione mantenuto con il loro stesso flusso di pensieri e sentimenti. Tale connessione intima è così importante che le ostetriche cercano di ottenerla sia durante sia prima del parto. Come spiegava Elizabeth Davis durante un'intervista con Davis-Floyd:

A volte, soprattutto quando lavoro molto, è veramente difficile per me riuscire a purificarmi e arrivare aperta al parto. Quindi, prima di partire, mi sdraio e cerco semplicemente di rilassarmi, di far emergere le preoccupazioni della giornata e di aprirmi, in modo da poter essere ricettiva nei confronti della donna e del suo parto.

Questo sforzo per "essere aperte" rispetto a se stesse, alla donna e al suo parto è un tema ricorrente tra le ostetriche che lavorano a domicilio. Tale apertura facilita non solo la connessione con la psiche e le emozioni, ma anche con la percezione fisica e l'esperienza. Consideriamo ora la seguente affermazione di un'ostetrica canadese:

Nella nostra pratica collettiva una delle cose di cui con il tempo siamo diventate davvero consapevoli è che se una delle ostetriche che segue il parto ha la diarrea, (si tratta di un messaggio che dice di) considerare la situazione con maggiore attenzione. Inevitabilmente durante quel parto succederà qualche cosa ...

doula hanno ampiamente dimostrato quanto la connessione faciliti il parto, mostrando senza possibilità di dubbio che la presenza arricchente di una donna come compagna durante il travaglio ne riduce la durata, diminuisce la percezione del dolore e migliora i risultati, tanto da un punto di vista fisico quanto emotivo (Sosa et al. 1980, Kennell et al. 1988).

⁹ L'importanza della metafora della rete per definire i membri della MANA, come un'espressione che delinea la loro esperienza vissuta, fu dimostrata nel corso della cerimonia conclusiva della conferenza del 1993 a San Francisco. Quattrocentocinquanta ostetriche formarono un enorme cerchio attorno al bordo esterno di una sala da ballo vuota. Passarono dei gomitolini di filo colorato attorno al cerchio; ogni partecipante si avvolse attorno al polso ogni filo di colore differente che giungeva nella sua direzione, fino a che tutte furono fisicamente connesse. Quindi gettarono altri rotoli di filo colorato lungo il pavimento, unendo i nuovi fili a quelli che avevano legato attorno ai loro corpi, fino a che i fili formarono un'enorme ragnatela colorata, che riempì il pavimento della sala da ballo, unendo tutte le donne tra di loro grazie a una miriade di connessioni. Sollevando spontaneamente la gigantesca ragnatela in aria, che potevano controllare con le loro mani, le ostetriche presto capirono che se una persona muoveva un braccio, tutta la ragnatela si sarebbe mossa di conseguenza. Se un rotolo di filo restava bloccato al centro del pavimento, almeno trenta persone dovevano muoversi in modo sincronizzato per consentire a una persona di recuperare il rotolo. Si trattò di un rituale perfetto e di un'attivazione simbolica dell'estremo valore che le ostetriche attribuiscono alla connessione degli esseri umani.

(D. Come spiegheresti questo fenomeno? Per quale motivo all'ostetrica dovrebbe venire la diarrea se qualche cosa andrà male durante il parto – quale è la connessione?)

Credo che tu stia intuitivamente capendo che c'è qualche cosa che non va come dovrebbe. Si manifesta prima nel tuo corpo – non è ancora arrivato alla mente.

La fisicità della conoscenza è ulteriormente confermata in questa descrizione, fornita da un'ostetrica californiana:

Il mio sé scientifico crede che tutto succeda nella mia testa, nella mia mente. (E io ho acquisito con l'intelletto molte capacità, molte tecniche). Ma la mia esperienza fisica è quella secondo cui (nelle situazioni di pericolo nelle quali la mia mente non è sicura di ciò che deve fare, di quale tecnica sia la migliore) – per esempio, la testa del bambino è uscita ma non ruota e le spalle sono bloccate – un cono di forza scende, avvolgendo la mia testa, attraversa il corpo e esce dalle mie mani. Allora le mie mani iniziano a praticare un'operazione e la mia bocca inizia a parlare e a dire alla donna di voltarsi (appoggiandosi sulle mani e sulle ginocchia), oppure raggiungo e afferro l'estremità del bambino e lo tiro giù, oppure faccio quello che sento di dover fare – ma non so quello che farò prima di quel momento; questa è l'intuizione dell'ostetrica (Maggie Bennet)¹⁰.

Da dove si origina questo cono di forza? Mentre sia Maggie sia la citata ostetrica canadese descrivono l'intuizione come un fenomeno intensamente fisico, il “cono di forza” di Maggie aggiunge una dimensione spirituale. Chiedendo a molte delle nostre intervistate dove si situasse l'intuizione, ottenemmo le seguenti risposte: “in tutto il corpo”; “è cellulare”; “è nel mio stomaco”; “è una conoscenza interna – non sai da dove provenga”; “il tuo cuore, i tuoi sogni”; “la tua connessione con l'universo”; “il mio sé superiore”; “il mio cuore, il mio petto, la mia gola”; “sono molto sensibile dal punto di vista uditivo – la sento come una voce che viene dal profondo”. Possiamo quindi concludere che l'intuizione, secondo le nostre intervistate, sembra coinvolgere il corpo, la psiche e lo spirito, ma non la mente razionale.

Le ostetriche dicono di esperire il tipo di apertura descritta da Maggie Bennett e da Elizabeth Davis, e affermano che la connessione facilitata da tale apertura sia essenziale per poter ricevere messaggi intuitivi. Se sono chiuse – “bloccate”, “disconnesse” – non possono sentire la voce interiore e devono affidarsi alla loro ampia conoscenza intellettuale e all'esperienza accumulata. Come apparirà evidente nella prossima sezione, pur non giudicando

¹⁰ Maggie Bennet, Jeannette Breen, Elizabeth Davis e Judy Luce insisterono per essere citate con il loro nome, rivendicando in tal modo la loro forte fiducia nel valore del loro lavoro e della loro esperienza intuitiva. Tutti gli altri nomi che seguono le citazioni sono invece pseudonimi.

negativamente questo modo di procedere, sembrano comunque valutarlo in modo qualitativamente differente.

Imparare a fidarsi

Durante le interviste formali e le conversazioni occasionali, abbiamo ascoltato le ostetriche esprimere una grande familiarità nei confronti delle tecnologie diagnostiche biomediche. Il loro gergo è ricco di termini biomedici, la loro borsa di ostetriche è rigonfia di tecnologia¹¹ e il diagramma da loro

¹¹ Gli oggetti che una tipica ostetrica postmoderna porta con sé sono: un cerca persona e/o un telefono cellulare; uno strumento per misurare la pressione; uno stetoscopio; un fetoscopio e un Doppler – un amplificatore elettronico per il battito cardiaco del bambino (per monitorare il battito cardiaco del feto); garze sterili; antisettici – alcol, perossido, betadine o hibiclens; tamponi con alcol; Q-tip e batuffoli di cotone; torce; strisce per l'analisi delle urine (per verificare il glucosio, i chetoni, il PH, il sangue e le proteine); un clistere (raramente usato); carta nitrata (per verificare eventuali perdite nel sacco amniotico); fialette per coltura (per tenere una coltura di base del liquido amniotico); equipaggiamento per prelevare il sangue e poterlo inviare a un laboratorio (per verificare eventuali infezioni); kit per il catetere; gelatina KY sterile; un assortimento di erbe, tinture e rimedi omeopatici, tra cui un rimedio di emergenza “rescue remedy” (per casi gravi di stress), l'*hydrastis canadensis* (per disinfettare il cordone ombelicale dopo che è stato pulito con l'alcool), arnica (per gonfiori e traumi epidermici), erba perenne, cimicifuga rubifolia e calofilla (per stimolare le contrazioni), olio di primula (per aiutare la dilatazione della cervice), liquore di menta (per aiutare le funzioni della vescica – spesso si può usare al posto del catetere), angelica (per aiutare l'espulsione della placenta), campsella (per prevenire emorragie post-parto), crampease (un insieme di erbe) per lenire il dolore, biancospino (per i crampi post-parto) e valeriana (per rilassare); olio d'oliva per i massaggi perineali; uno strumento per il parto; un amniotomo per rompere il sacco se è ancora intatto quando il bambino inizia a uscire (in tal modo non si romperà completamente addosso all'ostetrica – l'AIDS può essere trasmesso attraverso il liquido amniotico), lenzuola e tamponi resistenti all'acqua; una bombola di ossigeno, una maschera per la madre e una maschera e una borsa per rianimare il bambino (raramente usati); forbici speciali per incisioni del perineo (raramente usate); siringhe e medicine (pitocina iniettabile, metergina iniettabile o per uso orale) per bloccare l'emorragia post-parto; strumenti e fluidi per iniezioni intravenose; strumenti e suture per riparare lesioni vaginali; lenzuola per creare una barriera sterile per la sutura; un tensore e una lampada da tavolo (per far luce mentre si pratica la sutura); un anestetico locale (xylocaina o lidocaina all'1 o 2 per cento) per ridurre il dolore della sutura; una coperta riscaldata per tenere caldo il bambino; una siringa a bulbo (per la suzione delle vie respiratorie del bambino) e cateteri per la suzione DeLee (per aspirare il liquido amniotico dalle vie respiratorie più profonde del neonato – raramente usato); emostatici assortiti e pinze; forbici speciali per tagliare il cordone ombelicale; strumenti per pesare il bambino e prendere le misure; vitamina K per uso orale; pomata eritromicina (da applicare negli occhi del bambino, per impedire la cecità in seguito a malattie veneree – un obbligo in molti stati); inchiostro di diversi colori (per prendere le impronte digitali del bambino per il certificato di nascita); erbe per lavanda vaginale (per disinfiammare l'area vaginale dopo il parto); fialette sotto vuoto sterili (dove raccogliere il sangue del cordone ombelicale per i test); una cartella dove inserire il partogramma e il materiale per i certificati di nascita, ecc. Molte ostetriche portano quantità di materiale sufficiente per seguire tre parti di fila senza dover preparare il materiale ogni volta.

Alcune ostetriche portano anche: antibiotici prescritti dal medico e supposte di Fenergan per bloccare le crisi di vomito; il laringoscopio (per guardare la trachea e la laringe del bambino nel caso vi siano ragioni per credere che il bambino abbia aspirato meconio) e una soluzione salina sterile (per lavare le corde vocali del bambino, se necessario) – raramente utilizzate;

tracciato per descrive il parto è simile a quello che si trova in ospedale, poiché indica la temperatura, la pressione arteriosa della madre e il tono cardiaco del feto, tutto correttamente registrato a intervalli regolari. D'altra parte, queste stesse ostetriche così competenti nell'usare il linguaggio tecnico e gli strumenti diagnostici della medicina tecnocratica spesso percepiscono le informazioni ottenute in tal modo come una "benedizione" assai adulterata, che appare fonte di un insieme di problemi tanto numerosi quanto è in grado di risolverne. Come spiegava Elizabeth Davis:

Noto che in tanti programmi di formazione per ostetriche continua a persistere l'idea che è lì che si trova il corpus della conoscenza e che sia necessario essere scolarizzati, che si debba superare un esame – vige l'idea che lo studente sia vuoto e in attesa di essere riempito, che la conoscenza sia là, e solo quando sarà stata inserita, allora lo studente potrà essere definito "qualificato". Ma nell'ostetricia, nessuna accumulazione di conoscenza sarà in grado di compensare una mancanza di fiducia in se stessi o la capacità di coniugare il pensiero critico con la responsabilità personale. A mio parere, ciò che contribuisce a creare un'ottima ostetrica sono le qualità di analisi e di discernimento radicate nell'interiorità, le emozioni con cui è in grado di restare in contatto, in modo da non separare se stessa dal processo di apprendimento, in modo che le sensazioni di auto-stima, amore per se stessa e fiducia in se stessa si uniscano per renderla umana e mantenerla connessa. Credo che, se durante il parto tu non sei parte del processo, rappresenti un pericolo per il processo stesso.

Le altre ostetriche da noi intervistate erano pienamente d'accordo con lei. Per tutte loro essere parte del processo della nascita costituiva il principale ingrediente del loro successo – un ingrediente molto più importante rispetto alle loro pur sempre considerevoli competenze nelle tecniche diagnostiche. Una di loro arrivò a affermare che:

Assistere le donne durante il parto – è solo questione d'intuito. Ascolto il battito cardiaco del bambino, perché sai, ascolto il battito del bambino, ma non me ne preoccupo veramente, perché ho l'intima consapevolezza che tutto andrà bene.

D. Sai anche quando c'è qualcosa che non va?

Certo che lo sai, è una questione di energia.

paracapezzoli (in caso di ragadi ai capezzoli) e dei dischetti di plastica per il seno (in modo che i capezzoli siano più prominenti e quindi il bambino riesca più facilmente ad attaccarsi al seno); un kit per lo screening del neonato (il kit è costituito da una siringa e da uno speciale cartoncino sul quale l'ostetrica pone dei campioni di sangue del neonato da mandare al dipartimento della salute per la verifica di malattie metaboliche). (Le precedenti informazioni sono state raccolte tramite un questionario inviato a 30 ostetriche - restituito da 25 di loro - tutte parte della MANA e molte delle quali prestano servizio nel CPM (si veda la nota 5)).

D. E' mai successo che lo stetoscopio ti dicesse una cosa e il tuo intuito un'altra?

No. Quando rilevo un problema con il battito cardiaco del bambino, vi sono già stati dei segni che mi fanno sospettare che ci sia un problema. Raramente il battito cardiaco mi dice qualche cosa, a parte il fatto che è bello documentarlo su un pezzo di carta. Lo faccio per gli avvocati (Jeannette Breen).

E' una nostra ipotesi di lavoro quella per cui tanto più le ostetriche sono formate secondo i modelli didattici della cura medica, basata su processi razionali, tanto meno avranno fiducia nel loro intuito e faranno affidamento su di esso. Dato che fino a oggi le nostre interviste si sono concentrate solo sulle ostetriche che partecipano alle conferenze organizzate dalla MANA e che di conseguenza sono più coinvolte nei principi olistici, non siamo state in grado di verificare la veridicità di questa nostra ipotesi. A tal fine avremmo dovuto intervistare un ugual numero di ostetriche CNM più orientate verso la biomedicina. Tutte le nostre intervistate riferiscono che imparare a aver fiducia nel proprio intuito è un processo sempre in evoluzione. In ogni caso i nostri dati indicano alcune differenze nel modo in cui le ostetriche CNM, formate secondo gli standard della biomedicina, e quelle con una formazione empirica (che acquistano le loro competenze attraverso l'interazione a due dell'apprendistato) percepiscono questo processo. Le CNM sembrano da principio non aver fiducia nell'intuito e poi acquisirla grazie all'esperienza vissuta. Le ostetriche che hanno ricevuto una formazione empirica sembrano invece aver fiducia nell'intuito fin dall'inizio e poi trovare conferma di questa fiducia nell'esperienza vissuta. Si consideri il seguente racconto, fatto a Davis-Floyd da una CNM del Midwest che lavora in ospedale, sulla sua prima significativa esperienza circa l'importanza dell'intuito durante il parto:

L'anno scorso stavo assistendo una donna hmong del Laos. Arrivava da un campo profughi e era incinta di quattro mesi. La prima volta che la incontrai, sentii che vi era qualche cosa che non andava, ma, nonostante analizzassi il suo caso con attenzione, non riuscivo a identificare il problema ... Bene, capitò che fossi di turno la notte del suo travaglio, la sua interprete mi chiamò e mi disse che la donna stava venendo all'ospedale, chiesi all'interprete se veniva anche lei e mi disse di no - avevo avuto questa sensazione da lungo tempo, c'era una voce che mi diceva che sarebbe successo qualche cosa di brutto e pensai che fosse un errore che l'interprete non venisse - ma rispettai la sua decisione. La donna arrivò in ospedale ormai a dilatazione completa; il sacco del liquido amniotico creava una protrusione e la placenta creava un'ostruzione. L'infermiera mi disse: "penso che debba andare al centro per i parti a alto rischio"; poiché sapevo che questa donna non avrebbe avuto l'assistenza sanitaria perché non era residente, non ascoltai quella parte di me che mi diceva che qualcosa sarebbe andato male e la ammissi al centro per i parti "alternativi". Quando

giunsi da lei circa cinque minuti dopo il suo arrivo, stava già spingendo; [iniziai a controllarla], durante la contrazione successiva il sacco si ruppe e mi trovai il cordone ombelicale tra le mani. Era stata tutto il giorno in travaglio a casa sua e io non sapevo da quanto tempo il cordone era prolassato; appena me ne resi conto, cercammo di farla spingere, ma lei non spingeva per cui spinsi la testa del bambino verso l'alto e praticammo un cesareo. Anche se riuscimmo a far uscire il bambino abbastanza in fretta, aveva una bassa funzione del tronco encefalico. Benché avessimo fatto ogni cosa in modo giusto e l'avessimo fatta in fretta, il risultato fu terribile. Ora mi dico, se avessi ascoltato quella voce, (l'interprete sarebbe stata presente e l'avrebbe convinta a spingere) o se fosse almeno stata ricoverata in un'unità a alto rischio, dove le cose si sarebbero potute fare più in fretta, non so, magari la situazione si sarebbe risolta in modo migliore, magari no; è stato senza dubbio il più forte messaggio che ho mai ricevuto dall'intuito e da questa esperienza ho imparato a ascoltarlo. Non ero mai stata formata a aver fiducia nella mia voce interna, ma ora, quando rallento a sufficienza il ritmo di lavoro per poterla sentire, l'ascolto” (Donna Hartmann).

Il racconto di Fran fa eco alla testimonianza di Donna Hartmann, sulle difficoltà a ascoltare la voce interiore:

Frequentai una scuola per infermiere e prima di terminare il mio CNM assistetti a un buon numero di parti a domicilio praticati da un'ostetrica che non era un'infermiera professionale; la vidi prendere decisioni basate sull'intuito e sulla sua connessione con la cliente. La formazione che avevo ricevuto come infermiera ostetrica non comprendeva questo aspetto – era molto lineare e molto oggettiva e ci insegnavano a prendere decisioni basate su criteri specifici e oggettivi. Negli ultimi anni ho seguito diversi parti a alto rischio, con risultati che suscitavano terrore, e mi è capitato di sentire nel mio cuore, nel mio petto, nella mia gola che tutto sarebbe andato bene, e in quei casi mi sono opposta al parere del medico e ho detto “andiamo avanti ancora per un po'”, e alla fine si sono conclusi con dei bei bambini sani, anche nei casi in cui c'era molto meconio¹² e forti decelerazioni del battito cardiaco¹³. Recentemente mi sono trovata di fronte a un parto che, secondo i criteri oggettivi, non presentava problemi. Il tracciato (la stampa del monitoraggio elettronico fetale) non sembrava male e non c'era presenza di meconio. Il mio cuore e il mio petto però continuavano a dirmi: “le cose non stanno andando

¹² Il meconio è il prodotto del primo movimento intestinale del bambino. Se è presente nel fluido amniotico, è sintomo di un malessere fetale, abitualmente segnalato anche dal ritmo cardiaco. Si ritiene che generalmente, e ciò è valido anche per i protocolli ospedalieri, leggere e sottili tracce di meconio durante il travaglio non siano problematiche, specialmente se il battito cardiaco si mantiene all'interno dei valori limite. Una presenza di meconio spesso, pesante e a pezzi all'interno del liquido amniotico indica invece sofferenza da parte del feto.

¹³ Le decelerazioni del battito cardiaco fetale, registrate sul monitor elettronico, sono spesso indicative di sofferenza fetale.

nel modo giusto". Cercavo di stimolare la reazione del medico affinché intervenisse, ma lui continuava a dire: "secondo i criteri oggettivi, le cose andranno bene". Non fu così ...il bambino nacque con un Apgar di 2 e 2¹⁴. Penso quindi che si debba ascoltare il proprio intuito e che sia importante seguire un apprendistato in modo da poter osservare i nostri comportamenti e poter parlare tra di noi, mentre si prendono determinate decisioni. Se dici alle altre ostetriche con cui stai lavorando: "ho una brutta sensazione a questo riguardo", anche se tutto il resto – tutti i criteri oggettivi – sembrano corretti, è necessario che tu creda davvero a queste sensazioni. Questo è ciò che ho imparato.

Nel rievocare i primi anni in cui praticava parti a domicilio, Elizabeth Davis, ostetrica formatasi attraverso l'apprendimento empirico, introdusse con queste parole la storia riportata qui di seguito: "questa è stata la prima esperienza che ha fatto sì che mi interessassi al ruolo dell'intuito durante il parto". Al contrario delle due CNM sopra citate, la sua prima reazione a una forte esperienza intuitiva non fu quella di resistere o ignorarla, ma di lavorare su di essa:

Avevo ricevuto una chiamata che mi avvertiva di una donna in travaglio, (mi distesi per rilassarmi e aprirmi) e sentii una voce – ho buone capacità di ascolto e la voce è uno dei modi attraverso cui si palesa il mio intuito – dire: "la donna avrà un distacco parziale della placenta". Immediatamente allontanai la voce – credo che molte di noi, quando ricevono messaggi dall'intuito, oppongano un approccio razionale e si rifiutino di ascoltarla – siamo abbastanza schizofreniche in questo (...) ed è ciò che feci. Ripercorsi nella mia mente la storia della donna e non vi era nulla che potesse indicare un rischio di emorragia post-parto. Ma la voce continuava a dire: "No, scusa, è proprio questo che succederà". Allora risposi con molta sicurezza: "E' tutto ok, ho già avuto a che fare con una situazione simile – ho già fatto rimozioni manuali". Ma la voce ritornò per dirmi: "No, non hai mai fatto questo. Non sei mai stata costretta a giungere a questo punto e non hai mai affrontato un'emorragia così violenta". Avevo veramente paura, ma pensai: "Bene, questa è solo la mia paura, è una proiezione e Dio solo sa perché"! Dissi comunque alla mia collega quanto stava succedendo e quando giunse il momento del parto, preparai in anticipo la siringa della pitocina, feci ingerire alla donna molti liquidi e feci tutte le cose che avrei fatto per prevenire una

¹⁴ Il parametro Apgar fornisce uno strumento standardizzato attraverso cui chi assiste al parto può valutare le condizioni del bambino alla nascita. Gli indicatori che vengono valutati pari a 2 sul diagramma sono: il colore della pelle, il tono muscolare, le modalità di respirazione, il battito cardiaco e la risposta agli stimoli, come punzecchiare con uno spillo o toccare. I bambini sono valutati due volte, una volta un minuto dopo la nascita e poi dopo cinque minuti; molti bambini, soprattutto quelli anestetizzati, hanno infatti bisogno di un po' di tempo per diventare rosa e iniziare una completa e spontanea respirazione. Dieci è il massimo punteggio ottenibile. I bambini che hanno un Apgar di 2 e 2 (2 dopo un minuto e ancora due dopo 5 minuti), sono quindi molto sofferenti.

possibile emorragia. La donna mise al mondo una bambina stupenda, dopo un travaglio privo di difficoltà in cui non accadde niente di strano; teneva la bambina tra le braccia, quando improvvisamente l'emorragia cominciò. Seguì il cordone per vedere dove fosse la placenta e all'improvviso c'era tantissimo sangue; la mia mano continuò a muoversi da quel punto fino all'interno dell'utero – agivo come guidata dal pilota automatico, poiché avevo previsto la rimozione manuale della placenta. La mia collega stava iniettando la siringa di pitocina e tutto procedeva per il meglio, credo grazie all'immediata risposta e alla totale mancanza di dubbi circa ciò che stava succedendo. Le sue perdite di sangue furono ridotte al minimo, anche se consistenti, soltanto perché continuammo ad andare avanti e a fare ciò che era necessario, senza perdere tempo. Non fu necessario trasferirla, non ebbe bisogno di trasfusioni, non subì uno shock e per me fu incredibile.

Ragione contro intuizione: accuratezza e fonte

Nell'elenco esaustivo compilato da Bastick (1982) sulle qualità dell'intuito (si veda sopra), c'è anche la possibilità che un fenomeno intuitivo non sia corretto. La maggior parte delle ostetriche, intervistate per il nostro studio, non sarebbe d'accordo con questa affermazione, poiché esse tendono a definire l'intuizione come qualcosa di intrinsecamente preciso (si veda anche Vaughn 1979). Molte ci dissero che il trucco è quello di capire se ogni qualvolta la loro voce interna parla si tratti di una "reale" intuizione; la sfida consiste nel capire la differenza tra il dubbio interiore, il dibattito che accompagna il pensiero razionale e la vera voce dell'intuito. Riteniamo che la loro riluttanza a accettare l'idea che l'intuizione possa essere errata, abbia origine nella convinzione condivisa secondo cui l'intuito ha origine nel mondo spirituale e nelle "parti più elevate del loro sé", che per definizione non possono sbagliare; oppure nei più intimi recessi dei loro corpi, che, secondo il modello olistico, sono essenzialmente dei campi di energia che operano in connessione con tutti gli altri campi energetici e quindi anch'essi non possono sbagliare.

Al contrario, la ragione/il raziocino situati nella neocorteccia possono sbagliare e spesso lo fanno. Quindi se un'ostetrica ritiene di avere un'intuizione, che poi si scopre essere errata, concluderà probabilmente che non si è trattato di una vera intuizione ma di un prodotto della sua "mente razionale". Con ciò non si vuole asserire che le ostetriche sottovalutino la ragione e il raziocinio. Sono generalmente a proprio agio con le capacità raziocinanti e sono profondamente consapevoli di quanto siano culturalmente sopravvalutate. La voce della ragione è elevata e aggressiva; dal punto di vista delle ostetriche, il compito più difficile è quello di identificare e ascoltare le verità dette dalla voce interna, ancora bassa e culturalmente sottovalutata.

L'importanza di questa impresa è attestata dall'eccezionale livello di sicurezza che le ostetriche contemporanee che lavorano a domicilio stanno raggiungendo – un record che regge il confronto con la costosa, interventista e spesso iatrogena “gestione attiva” del travaglio e della nascita tipica di molti ospedali. Le ostetriche intervistate per questa ricerca affermano di avere ottenuto più del 90 per cento di successi nei parti da loro eseguiti a domicilio o nelle case di maternità, e che la maggior parte di essi non ha comportato l'uso di medicine o di altri interventi tecnologici. Durante il travaglio hanno trasferito in ospedale solo l'8-10 per cento delle loro clienti e meno del 4 per cento dei parti si è concluso con un cesareo e la percentuale di morti perinatali si aggira attorno al 2-4 per mille. Queste statistiche differiscono notevolmente dall'altissima percentuale di donne a cui in ospedale vengono somministrate medicine durante il travaglio, dalla percentuale nazionale di cesarei, che raggiunge il 24 per cento e dal tasso di mortalità perinatale in ospedale che è pari al 7-9 per mille. (Per un'eccellente rassegna degli studi più recenti sui risultati ottenuti dalle ostetriche, si veda Goer 1995, pp. 297-347).

La storia di Maggie: un caso di fiducia nell'intuito

Pur conoscendo tutte le “regole” e i protocolli della pratica ostetrica, le ostetriche spesso le eludono o le ignorano completamente durante il parto. Evidentemente non considerano questi protocolli di per sé autorevoli. Secondo Brigitte Jordan (1993), la conoscenza autorevole è una conoscenza che si manifesta nell'interazione e sulla base della quale vengono prese le decisioni e intraprese le azioni. Fino a che punto dell'azione e dell'interazione l'intuito può condurre l'ostetrica? Date le tecnologie diagnostiche esterne a sua disposizione, tra cui anche quelle dell'ospedale dove può trasportare la sua cliente, quale autorità attribuisce alla sua voce interiore? Cosa succede quando ciò che dice la sua voce interiore è in contrasto con i parametri esterni culturalmente accettati della normalità e con i protocolli standard? Prendiamo in considerazione il caso di un parto seguito dall'ostetrica Maggie Bennett, Presidente dell'Associazione delle Ostetriche della California. In questa occasione ella fu condotta ben oltre gli standard medici accettati, ai limiti fluidi dell'intuito e della fiducia in se stesse:

(una volta avevo una cliente che si chiamava Jane), era alla sua terza gravidanza e aveva 39 anni. La sua prima gravidanza (...) fu complessa, poiché il bambino ebbe diversi problemi fisiologici. Il suo secondo travaglio iniziò prima del tempo e il bambino nacque con il cesareo – il bambino nacque in anticipo di sei settimane e ebbe una paralisi cerebrale. Il padre della donna era un ginecologo. Giunse da me convinta che gli ospedali e i

dottori non potessero offrirle nulla in termini di sicurezza. Si trattava inoltre di una VBAC (nascita vaginale dopo un parto cesareo), in un'epoca in cui le VBAC per me erano una cosa nuova; inoltre la donna aveva una cicatrice verticale, sia interna sia esterna.

Maggie con questa parole ha già elencato non meno di cinque fattori secondo i quali, da un punto di vista medico, questa donna sarebbe definita a rischio troppo elevato per permettere a un'ostetrica di accettare di assisterne il parto a domicilio: due parti precedenti problematici, entrambi con risultati patologici, un padre medico (forte indicatore che si possa trattare di una donna orientata verso la biomedicina e potenziale minaccia alla possibilità dell'ostetrica di continuare a praticare in futuro), una donna che vuole partorire a domicilio per via vaginale, benché abbia sia sull'addome sia sull'utero il tipo di cicatrice che presenta il più alto livello di probabilità di lacerarsi durante il travaglio. Maggie continua la sua storia:

Quello che la donna stava affrontando era per lei una prova inviata da Dio. Era una cristiana "born-again", credeva si trattasse di un disegno divino e per tale motivo si sentiva rafforzata proprio da questa convinzione. La prima cosa che accadde, quando eravamo vicini al termine – la trentasettesima o trentottesima settimana – fu scoprire che il bambino era podalico. Iniziammo a aspettare che si girasse da solo, invitando la donna a camminare a quattro zampe, usando il piano inclinato¹⁵ e tutte le altre tecniche possibili, ma il bambino non si girava. Decidemmo così che il bambino doveva essere fatto girare. Ma era molto difficile girarlo. La situazione non era facile e a un certo momento sentii che dovevamo fermarci, semplicemente perché la situazione era troppo pericolosa. In seguito però ebbi un'intuizione: il bambino si sarebbe messo a testa in giù e ero io che stavo bloccando il processo. La donna voleva una birra (per rilassarsi) e io non lo permettevo perché volevo che fosse cosciente al cento per cento e in contatto con il suo corpo, non volevo che fosse assente con la testa mentre applicavo questa procedura su di lei. Semplicemente non glielo permisi. (Ma a quel punto la donna iniziò a fare delle affermazioni che praticamente mi paragonavano al demonio e alla fine mi resi conto che il mio rifiuto stava creando molte sgradevoli tensioni tra di noi...). Quindi lasciai perdere le mie convinzioni sull'alcol, chiamai suo marito e gli dissi: "Devi pregare". Dovetti lasciar perdere anche la coerenza rispetto al mio sistema di credenze – non sono cristiana – alla religione e all'alcol; lasciai che questa donna agisse sul

¹⁵ "Il piano inclinato" è una tecnica ostetrica che si dimostra spesso efficace per far girare i bambini podalici prima del parto. La madre deve avere la testa a un'altezza inferiore rispetto al bacino. Si può usare un "puf" oppure mettere una tavola di ferro (o una porta) appoggiata a un divano o a una sedia resistente, in modo che formi un angolo di 45 gradi; la donna si deve stendere sulla schiena, la testa verso il basso e i piedi verso l'alto per 15-20 minuti, per 2 o 3 volte al giorno. Mentre è stesa viene invitata a rilassarsi e a visualizzare il suo bambino mentre si sta girando (per quanto riguarda questa tecnica, si veda Kitzinger 1991, p. 98).

suo corpo così come sentiva fosse meglio per lei e che seguisse le sue credenze così come sentiva di doverle seguire. E se ciò significava che avrei dovuto chinare il capo e pregare – allora lo avrei fatto - era una questione che riguardava tanto lei quanto me. Così bevve un bicchiere di vino e mezza birra, io bevvi mezza birra e anche la mia collega e in tal modo ci rilassammo molto; la donna si sdraiò di nuovo sul piano inclinato e il bambino si girò. Quindi ancora una volta fu l'intuizione che il bambino voleva girarsi e l'osservazione di tutto ciò che ognuno di noi stava facendo per impedire che ciò avvenisse a sbloccare la situazione.

Grazie alla sua volontà di lasciare da parte le sue credenze religiose e le sue idee sulla salute, pur di facilitare il movimento del bambino e pur di mantenere la connessione con la madre, Maggie dimostra la sua malleabilità di ostetrica, la sua disponibilità a seguire il percorso della madre nei termini voluti dalla madre. In quanto professionista responsabile della situazione, Maggie avrebbe potuto far leva sulla sua autorità e impedirle di bere alcol; avrebbe potuto insistere sull'autorevolezza del suo "sapere" secondo il quale l'alcol é pericoloso. Abbandonò invece tutti i diritti derivanti dal suo ruolo e sottomise la sua autorità a quello che le sembrò il più alto valore della connessione e della verità.

Poco dopo si presentò a Maggie un'altra occasione per lasciare da parte la sua autorità: le linee guida dell'ospedale e molti protocolli di ostetricia affermano che i bambini devono nascere entro 24 ore dalla rottura delle membrane, dato che oltre questo limite il pericolo di infezione aumenta in modo significativo. Questa regola generale ha fatto sì che molte madri che volevano partorire a casa fossero trasferite in ospedale; è stata anche la causa di molti parti cesarei, poiché spesso il travaglio e il parto si prolungano oltre le 24 ore (infatti, come sanno bene le ostetriche, il travaglio normale può durare fino a cinque o sei giorni; durante questo periodo, il sacco amniotico, se non viene penetrato, spesso si sigilla nuovamente). Ma un parto cesareo non era il destino di Jane. Maggie continua:

Il suo travaglio iniziò quattro giorni dopo, ma non fu normale – ebbe una rottura prematura delle membrane, che durò 24 ore, 72 ore, quattro giorni, e puoi capire il ruolo che giocò l'intuito ogni singolo giorno, perché dovevo continuamente riesaminare la situazione, per capire dove stessimo andando. La risposta era però sempre la stessa – le sue acque erano chiare, non aveva la febbre e aveva ancora Dio al suo fianco. Era colma della sua fede in Dio, che la rassicurava sulla salute del bambino. Fui capace di partecipare con lei a questa fede... Così il quarto giorno (dopo la rottura delle membrane), quando finalmente iniziò il travaglio, il suo medico curante chiamò per avere sue notizie; qualcuno gli disse che era iniziato il travaglio e che Jane era fuori a passeggiare con il marito...Quindi ora il dottore sapeva che era in travaglio. Ti ricordi che ti dissi che suo padre era un medico ginecologo, in una città a circa quattro ore di distanza? Quando anch'egli chiamò e scopri

che la figlia era in travaglio, iniziò a telefonare ogni tre ore. E iniziò a dire: "Cosa sta succedendo? Il bambino dovrebbe essere già nato". Quindi avevo una donna le cui membrane si erano rotte da quattro giorni, che era in travaglio da circa 18 ore, con contrazioni ogni cinque minuti (...) e mentre ero fuori a prendere cibo per tutti¹⁶, incontrai per caso il suo medico curante al ristorante, il quale mi disse: "Vorrei solo sapere se il bambino nascerà dall'alto o dal basso. E io dissi – ebbi un'intuizione – "il bambino uscirà normalmente"¹⁷.

La pressione aumentava. Maggie stava seguendo una donna che presentava fattori di rischio elevati per il suo passato e per il decorso attuale; due medici erano a conoscenza del suo lavoro e stavano cercando di controllare la situazione da lontano. Tutte le ostetriche sanno quanto sia pericolosa una situazione di questo tipo per l'ostetrica stessa e per la madre, dato che la tensione prodotta dalla pressione esterna può facilmente fermare o rallentare il travaglio. La risposta di Maggie a "tutte queste energie, questa nascita carica di valore politico" fu di ergersi a guardia e protezione del processo naturale: Maggie staccò il telefono dalla spina:

Penso che ogni volta che un'ostetrica decide di andare fino al limite, venga condotta fino a quel punto dall'intuizione che tutto andrà bene. Dovevo continuare a esaminare e valutare assieme alla donna se c'erano le condizioni per andare avanti e ogni volta era un processo interno – abbiamo questi segnali e questa non è la norma, ma so che il bambino sta bene e so che la madre sta bene, quindi possiamo continuare partendo dal punto in cui siamo ora. Così, alla fine, iniziò a spingere e le acque si ruppero (ancora, il sacco si era richiuso) come se iniziasse ora a spingere e c'erano leggere tracce di meconio. Iniziò a avere un po' di febbre ma entro i limiti del protocollo, dato che aveva già iniziato a spingere. Sapete cosa successe? Non fece uscire il bambino in un'ora, neppure in due e neppure in tre ore. Fece una pausa di quattro ore¹⁸. Alla fine il bambino ci mise cinque ore a

¹⁶ Il travaglio in ospedale è generalmente accelerato attraverso l'uso di medicine, episiotomia, forcipe o taglio cesareo. Nel travaglio in casa in cui si seguono i ritmi naturali, i tempi sono in media cinque volte più lunghi rispetto all'ospedale. Durante un lungo travaglio è essenziale che la madre (e anche chi la sta aiutando) conservi le sue forze mangiando e bevendo abbondantemente cibo e liquidi nutrienti. Secondo le ostetriche che lavorano in casa, la presenza di contrazioni continuate da diciotto ore con intervalli ancora superiori ai cinque minuti indica che la madre si trova ancora in una fase "iniziale" del travaglio - il "travaglio attivo" non ha ancora avuto inizio - e vi è ancora a disposizione molto tempo affinché l'ostetrica possa uscire a comprare da mangiare.

¹⁷ Si noti il rifiuto di Maggie di adottare il discorso tecno-medico del medico curante - un discorso che contemporaneamente riduce le differenze tra un parto cesareo e uno vaginale a una questione di geografia e in modo indiretto esprime il valore che questa cultura dà al "sopra" rispetto al "sotto".

¹⁸ I professionisti che lavorano in ospedale generalmente concedono alla donna una o al massimo due ore di tempo per le spinte, dopo di che abitualmente si pratica un cesareo. Le ostetriche che lavorano in casa autorizzano e riconoscono un'ampia varietà di fasi dedicate alla spinta, ma anche a casa, più di quattro ore di spinte sono inusuali.

uscire...accucciata a terra...poco alla volta, poco alla volta...Il bambino iniziò a respirare spontaneamente e aveva un valore Apgar di 7 e 8. Guardando la situazione retrospettivamente, si trattava sicuramente di un parto a rischio: una gravidanza a rischio, un problema negli ultimi tempi della gravidanza e un travaglio a rischio per tutta la sua durata. Non sarei riuscita a far nascere il bambino se avessi seguito il mio protocollo¹⁹. Ci fu un momento in cui mi dissi: "Sono un'ostetrica e sono qui per affrontare qualsiasi cosa succeda, perché il mio compito è di lasciare succedere le cose. Devo assolutamente lasciar perdere il mio desiderio di controllare tutto, perché non posso.

Alcune prospettive sul senso della scelta di Maggie di rinunciare al controllo sono fornite da un precedente studio, condotto da Davis-Floyd sulla differenza tra le ostetriche che lavorano a domicilio e quelle che lavorano in ospedale (1994). Lo studio mise in luce che le ostetriche in ospedale davano molto valore al controllo, mentre quelle che lavoravano a domicilio sentivano che smettere di controllare la situazione sia durante il parto sia nella vita aveva maggior valore che cercare di mantenere il controllo – una posizione filosofica a cui giungono attraverso l'esperienza. Come spiegava Liza:

Fui formata in accordo con i principi dominanti e ero abituata a fare ogni sforzo pur di controllare ogni cosa. Poi mi ammalai e mi resi conto che di fatto non si può controllare tutto e tutti. Non appena smisi di voler forzare la realtà e mi lasciai andare a essa, tutto nella mia vita iniziò a andare meglio.

¹⁹ Qui di seguito riportiamo un breve riassunto del protocollo personale di Maggie Bennett: Affinché si possa partorire in casa: per la *madre*

La pressione arteriosa non deve essere superiore a 20 pts. rispetto al suo valore abituale.

La dilatazione deve avvenire secondo una progressione di ½ cm/h dopo 4 cm; un intervallo di tre ore in cui la dilatazione non ha luogo è accettabile. (N.d.A.: il protocollo dell'ospedale normalmente sancisce che il parto debba avere luogo entro 26 ore dall'ingresso della donna in ospedale. Per molte donne sono necessari diversi giorni di travaglio "iniziale" per ottenere una dilatazione di 4 cm. Se queste donne andassero in ospedale, verrebbero sicuramente sottoposte a cesareo). Un travaglio ottimale si deve concludere entro 24 ore dalla rottura delle membrane. Il parto deve avere luogo entro 72 ore dalla rottura delle membrane. (N.d.A.: il protocollo ospedaliero sancisce che il parto debba avvenire entro 24 ore dalla rottura delle membrane, per rischio di infezione, che è di fatto aumentato dalle continue ispezioni vaginali eseguite in ospedale. Le ostetriche a casa evitano il più possibile di eseguire questi esami nel caso di rottura prematura delle membrane). Il parto deve avere luogo entro quattro ore dal momento in cui la madre inizia a spingere. (N.d.A.: Come già evidenziato, i protocolli ospedalieri generalmente consentono un massimo di due ore per le spinte e non menzionano mai la possibilità che le madri debbano "imparare a spingere". Ancora una volta si nota la centralità della donna nella pratica dell'ostetricia e il *rispetto della madre come agente attivo del parto*). Assenza di febbre. Condizioni di stanchezza non eccessive.

Per il *bambino*

Battito cardiaco compreso tra 124-160, secondo lo standard del bambino Regolarità del battito. Assenza di meconio pesante – leggero ok.

Guarii, mi sposai e ebbi un bambino. E se era necessario ribadire la lezione, il travaglio fu un'esperienza che andò in questo senso. E' una forza fuori controllo, un'onda potente capace di farti affogare se cerchi di contrastarla. Meglio immergersi, rilassarsi e farsi portare. Ogniqualevolta cercavo di controllare il mio travaglio o me stessa durante il travaglio, era una sofferenza. Ma quando mi lasciasti andare e mi arresi alle sue onde, esse mi portarono con loro (in Davis-Floyd 1994, p. 1133).

Maggie avvalorava questa posizione filosofica della resa, mostrando allo stesso tempo come sia difficile mantenerla in una società che sopravvaluta il controllo in molte sfere della vita:

Sai, non avrei mai avuto l'audacia di andare a un parto e pensare di poter controllare tutto ciò che sarebbe successo sia per quanto riguarda la sicurezza sia per il risultato. Prima o poi, arriva il momento in cui sia io sia la madre dobbiamo smettere di controllare. Tu penserai che dopo un'esperienza di lavoro di diciassette anni, avrei già dovuto averlo imparato, ma quasi a ogni parto si deve ricominciare da capo, ogni volta come se fosse la prima volta. Chiedemmo a Maggie: "Come ti senti rispetto a quel parto in cui hai lasciato che le cose seguissero il loro corso?" e lei rispose: sento che è stato un grande dono, un grande insegnamento; ero così incredibilmente ispirata da quella donna e dalla dea che lei rappresenta (mi odierrebbe se sapesse cosa sto dicendo) - solo per questo fui in grado di assistere a quel miracolo.

Chiamando questa donna una "dea", Maggie esprime un atteggiamento nei confronti delle donne che è tipico di molte ostetriche, le quali hanno la tendenza a vedere la donna che partorisce come una potenza creatrice – una donatrice di vita. Tali ostetriche aderiscono ai principi dell'ecofemminismo, secondo cui il destino del pianeta, metaforizzato da Gaia, dalla Dea Madre, è connesso al trattamento culturale del corpo della donna (si veda per esempio Diamond e Orenstein 1990 ; Starhawk 1988, 1989, 1993 ; Diamond 1994). Allo stesso modo in cui interpretano l'intuizione come un fenomeno sia incorporato sia spirituale, venerano la Dea come una realtà spirituale incorporata nella terra e come una metafora del potere creativo delle donne, di cui la nascita è solo una delle espressioni. Come messo in luce da Maggie, servire la Dea significa apprendere a rinunciare al proprio desiderio di controllare, arrendersi al flusso e riflusso dei Suoi ritmi imperscrutabili.

La spiritualità è una caratteristica importante delle ostetriche indipendenti, anche se vi è una grande varietà di tendenze nel loro orientamento spirituale. Mentre molte ostetriche della MANA celebrano attivamente la Dea o comunque sono a loro agio con l'idea della Dea come metafora, altre hanno un orientamento profondamente cristiano nei confronti della nascita. Le ostetriche cristiane tendono a interpretare la nascita non tanto come una

manifestazione del potere personale della donna, quanto come un'espressione del potere di Dio, che fluisce attraverso le donne che stanno partorendo. Questo è il punto di vista di Jane, la cliente di Maggie, la quale proprio per questo non avrebbe apprezzato che Maggie la chiamasse Dea, mentre per Maggie è il miglior modo di esprimere la stima per la profonda forza e per la connessione interiore di Jane.

A questo punto nel racconto di Maggie, emerge nuovamente la questione dei protocolli e delle tecnologie di diagnosi esterne. Il fatto che Maggie affermasse di non aver mai preso una decisione basata su ciò che indicava il partogramma di Jane – la pressione arteriosa, le analisi delle urine, le informazioni sulla percentuale della dilatazione e il progredire del travaglio, ecc. – mostra il grande valore attribuito da Maggie alla propria conoscenza interiore. Infatti il partogramma "non sarebbe stato chiaro, non avrebbe aggiunto alcunché, non avrebbe seguito alcun tipo di progressione considerata nella norma". Le chiesi: "Perché non facesti uno sforzo per rendere normale questo travaglio, trasferendola all'ospedale?" e Maggie rispose:

Perché ogni volta che (verificavo la situazione con Jane, mi diceva che stava bene e che sentiva che anche il bambino stava bene). E tutte le volte che la guardavo e che guardavo dentro me stessa e che vedevo – qualunque esso fosse – il posto dove era il bambino – il bambino stava bene (...) Nella mia testa vedevo che il bambino era al sicuro – questa era la mia metafora - vedevo il bambino circondato da una luce scintillante, da una sorta di piccole macchie luminose di fluido amniotico.

D. Quindi la visione del bambino che avevi dentro di te corrispondeva a quella della madre?

Sì.

Questa corrispondenza tra la visione di Maggie e quella della madre è un primo esempio del tipo di connessione che le ostetriche considerano essenziale per l'emergere della credibilità dell'intuizione. Le altre intervistate in generale erano d'accordo sul potere persuasivo di questa concordanza delle intuizioni²⁰.

Durante altre conversazioni con Maggie esplorammo il mistero per cui in alcune occasioni sentiva la necessità di trasferire la donna in ospedale, anche se gli indicatori di rischio erano minimi, mentre nel caso di Jane era rimasta a casa di fronte a valori tali da rendere necessario il trasporto. Le chiedemmo: "A

²⁰ Le nostre intervistate concordavano anche nel sostenere che, nei rari momenti in cui la madre e l'ostetrica hanno intuizioni contrastanti circa un possibile problema durante il travaglio, non vi è connessione. In queste situazioni risulta evidente la necessità del trasporto in ospedale, dato che "la totale mancanza di sinergia" impedisce l'espressione della loro capacità di fornire una cura efficace, empatica e connessa.

tuo parere, in ogni occasione è sempre una questione di intuizione”? Maggie rispose:

Sì. Capisci, non so veramente come conciliare tutte queste cose, perché compilo i partogrammi, indico e verifico la dilatazione, controllo il colore del liquido amniotico e misuro la pressione arteriosa – faccio queste verifiche cliniche (...) Ma, una volta mi resi conto che avevo fatto cinque parti in un mese e solo uno di questi era conforme ai protocolli. Sono stata costretta a confrontarmi con me stessa e a chiedermi, (mi considero un'ostetrica conservatrice), se c'è qualche cosa di sbagliato se quattro volte su cinque i parti sono al di fuori del protocollo. Sono forse un'ostetrica radicale, sono un'ostetrica pericolosa – cosa sta succedendo? Ho dovuto quindi valutare la situazione e riconsiderare i partogrammi con l'aiuto di altre persone, prima di poter ottenere un ritratto di me stessa come di un'ostetrica; quello che ho deciso per quanto mi riguarda è che quando il parto non è normale, parte del mio lavoro di ostetrica è proprio quello di ricondurlo alla normalità. Per esempio, nel caso di una VBAC, che da un punto di vista medico è considerata una situazione ad alto rischio, quello che facciamo è ricondurre la nascita alla normalità. E quando stiamo quattro, cinque, sei ore a spingere, stiamo riconducendo il parto alla normalità, una normalità secondo cui una donna che spinge per tre ore è esausta, allora potrà riposarsi, e magari poi dopo due ore avrà di nuovo la forza e sarà in grado di spingere ancora e il suo bambino potrà finalmente nascere. Quando facciamo cose di questo tipo, stiamo riconducendo il parto alla normalità.

Invece di decostruire e ricostruire il travaglio affinché si adegui a parametri astratti e strettamente tecnici di normalità – un processo che spesso implica l'intervento chirurgico come ultimo passo della ricostruzione – Maggie e le sue colleghe ostetriche riconfigurano continuamente i parametri, espandendo la definizione di normalità attraverso un processo continuo di adeguamento, in modo da comprendere in essa la varietà di comportamenti e di segni che le donne incinte esprimono effettivamente durante il travaglio e il parto. In breve, queste ostetriche desiderano ampliare i parametri del protocollo per includere le differenti realtà del travaglio individuale, piuttosto che ridefinire il travaglio in modo da renderlo adeguato ai parametri. Per loro un travaglio diverso dagli altri non è una disfunzione che deve essere meccanicamente normalizzata in accordo con il sistema standard tecno-medico, ma è un'espressione significativa dell'unicità del parto di ogni donna, che deve quindi essere compreso nella sua particolarità²¹.

²¹ E' importante notare che questa valorizzazione dell'unicità delle donne può estendersi anche in caso di crisi e di complicazioni che le ostetriche non possono gestire a casa, come risulta evidente dalla narrazione di Elizabeth Davis:

A volte se una donna ha avuto un parto difficile, ciò può dipendere dal fatto che sono emerse delle cose su cui non ha lavorato ...penso a una donna giapponese sposata con un uomo

Normalizzare l'unicità: la danza connettiva

La normalizzazione dell'unicità portata avanti dalle ostetriche deve essere compresa facendo riferimento alla patologizzazione tecno-medica dell'unicità. Il modello tecnocratico della nascita definisce "normali" solo quelle nascite che ricadono all'interno di specifici parametri – dodici ore di travaglio, dilatazione cervicale di un centimetro ogni ora, tono cardiaco regolare del feto, ecc. I travagli che durano troppo tempo o troppo poco, le cervici che restano "ferme" a quattro centimetri per ore e il battito cardiaco che aumenta e poi rallenta, la presenza di meconio nel fluido amniotico – sono tutti fenomeni definiti disfunzionali, "deviazioni dalla norma". Le ostetriche, consapevoli dei parametri tecno-medici, devono costantemente soppesare la loro fiducia, e la necessità di assecondarla, nel ritmo individuale della donna; devono allo stesso tempo valutare le conseguenze del collocarsi troppo al di fuori dei protocolli medici, considerati come autorevoli nei tribunali.

La tensione tra la patologizzazione tecno-medica e la normalizzazione dell'unicità condotta dalle ostetriche - messa in luce nella narrazione di Maggie Bennett - si riflette anche nella seguente narrazione di Judy Luce, un'ostetrica del Vermont:

Una donna venne da me ... aveva 39 anni e era incinta del suo terzo figlio. Il primo figlio era nato con un cesareo dopo 37 ore di travaglio. (Il bambino aveva un grave difetto genetico e morì all'età di 3 anni). Dopo otto mesi nacque il suo secondo figlio, prematuro – una nascita vaginale ma dopo trentuno ore di travaglio, quattro ore di spinte e un parto con forcipe per un bambino di 6 libbre e 10 once. Questa era la sua situazione alla fine di settembre e la donna desiderava un parto a domicilio. E' un'artista che fa enormi dipinti a olio, brillanti...di un'intensità straordinaria, dai colori vibranti; ne fece un'intera serie in cui raccontava della nascita del suo primo bambino, della malattia, della morte e del suo lutto. Un'intera serie, così intensa e così straordinaria. La responsabilità di questo parto mi sembrava però molto gravosa. C'erano molte cose in gioco: non solo avere un altro

cinese. Secondo le attese culturali avrebbe dovuto avere un maschio. Invece partorì un femmina. Puoi scommettere che niente di quello che dissi o feci riuscì a fermare le perdite di sangue causate da un distacco parziale della placenta, che alla fine ci costrinse a andare in ospedale. Quando all'ospedale si sentì sufficientemente al sicuro, mise in scena un'importante emorragia e ottenne in tal modo l'appoggio del marito, il quale, da quando aveva saputo il sesso del bambino, non aveva voluto starle vicino.

Capisci, la coreografia che esprime i bisogni della donna è qualche cosa che realmente va al di là della professionista – non è affare tuo. Ma è un tuo problema quello di mantenere i parametri di sicurezza, per cui parte della tua attenzione deve rivolgersi a fare il possibile per far emergere *in anticipo* queste questioni e aiutare la donna a affrontarle. E' una linea sottile – avere il permesso di far accadere la tua nascita comunque essa si svolga e l'abilità dell'ostetrica e anche il suo bisogno che tutto si svolga in modo sicuro. Penso che molte di noi combattano con tutto ciò.

bambino, ma anche ciò che un parto avrebbe significato per lei, e sai, la data prevista arrivò e fu superata. Ebbe varie volte un falso inizio di travaglio, ma poi non successe nulla. Sai quella situazione in cui sembra che inizi il travaglio – tutta la notte con il mal di schiena – ma senza che iniziasse davvero... Alla fine mi chiamò e mi disse: “Le mie acque si sono appena rotte e vi è del meconio marrone al loro interno”. Così corsi laggiù di nuovo, e sai, il tampone, le sue mutande, il pavimento, era tutto marrone intenso. Ascoltai il bambino durante due contrazioni e il bambino era meraviglioso, molto reattivo... Sentii nel profondo di me, intuì che quel bambino stava bene. Però c’era un peso che incombeva sull’intera nascita... Se avesse avuto il bambino entro un’ora, avrei potuto rimanere a casa sua e occuparmi di tutto, ma (era dilatata solo di due-tre centimetri e) cosa avrei fatto se il suo travaglio fosse durato 20 o 30 ore, come le prime due volte? E poi come ti difendi in tribunale, se il bambino aspira il meconio, quando devi dire che venti ore prima sapevi già che c’era? (Così chiamai il mio medico di riferimento e dissi alla coppia che era necessario andare in ospedale). La madre si sentiva troppo sporca e disordinata per andare in ospedale senza prima farsi una doccia; così entrò nella doccia alle sei e otto minuti; poi entrai anch’io e la vidi mentre cercava di uscire, si teneva la pancia e emetteva un “unnhhhhhh” (un rumore che normalmente le donne fanno quando spingono). La feci entrare nella camera da letto e la controllai: la testa del bambino stava uscendo tra le mie mani. Alle sei e ventotto ebbe una bambina di otto libbre, un bel parto, senza lacrime. Il bambino era chiaro ma il liquido era completamente pieno di meconio – lo potevi mescolare. In seguito mi disse che quando andò nella doccia, fuori da questo posto che non riusciva nemmeno a toccare, quell’immenso dolore venne fuori, gridò e semplicemente iniziò a singhiozzare. Suo marito le chiese: “Cosa succede?” e lei rispose: “Ho solo bisogno di piangere”. Capisci, lei si aprì. Questo singhiozzare – aprì tutto. E il bambino nacque. Penso sia questione di rimanere in contatto con quello che senti. Non è perché hai ragione – vi era una danza tra noi circa la decisione da prendere e lo spazio creato dalla danza era sufficientemente grande perché in esso potesse avvenire la nascita del bambino. Era immensamente potente.

Sapendo che “non vi sono mai garanzie, neppure con l’intuito”, Judy aveva pianificato, “con dolore”, come ammise, di portare la madre in ospedale, seguendo i protocolli medici, una decisione a cui anche la madre aveva acconsentito. Entrambe apparentemente sentivano che la reciprocità del processo decisionale lasciava uno spazio sufficiente, perché il parto potesse ancora, malgrado tutto, avvenire a casa. Non si trattava di imporre un’autorità e non vi era neppure, in questo caso particolare, qualcuno che avesse accesso a una particolare forma di conoscenza, da entrambe considerata come autorevole. Entrambe sapevano che i protocolli tecno-medici imponevano l’immediato trasporto in ospedale, nel caso di presenza di meconio denso nel liquido amniotico, poiché c’è il rischio che il bambino lo aspiri. Inoltre grazie alla sua esperienza l’ostetrica sapeva che il meconio viene aspirato più spesso

proprio in ospedale (spesso accade quando il cordone ombelicale viene tagliato troppo in fretta, costringendo così il bambino a una respirazione affannosa, prima di riuscire a liberare completamente le sue vie respiratorie), mentre è raro che succeda in casa (le ostetriche abitualmente tagliano il cordone solo quando smette di pulsare). Dunque, benché l'ostetrica avesse optato per il trasferimento, non era ansiosa o nervosa ma rilassata – il suo intuito le diceva che il bambino stava bene e la sua razionalità le diceva che non vi era motivo di allarmarsi, poiché, anche in presenza di meconio, il bambino era più al sicuro a casa. Lo stato d'animo rilassato e disponibile dell'ostetrica permise alla donna di avere il tempo e il modo per farsi una doccia e quindi di provare il rilassamento emotivo di cui aveva bisogno per riuscire a aprirsi e a partorire. Insieme le due donne, benché circondate dagli autorevoli protocolli techno-medici che suggerivano la necessità del trasferimento, riuscirono a conservare uno spazio consensuale di connessione reciproca, all'interno del quale il parto poteva ancora avvenire a casa – la danza del “processo decisionale”, secondo la definizione dell'ostetrica. Secondo le ostetriche, il parto è stato reso anormale dalla medicina tecnocratica. Come mostra la storia di Judy, il dare e avere di questa “danza” è strumentale allo sforzo continuo delle ostetriche volto a cercare di normalizzare l'unicità della nascita²².

In un recente articolo, Brigitte Jordan definisce la conoscenza autorevole come una conoscenza radicata in una comunità che condivide delle pratiche, sottolineando che all'interno di questa comunità:

La conoscenza autorevole è persuasiva perché sembra naturale, ragionevole e costruita in modo consensuale. Per la medesima ragione implica anche la possibilità di gravi sanzioni, che variano dall'esclusione dal gruppo sociale fino alla coercizione fisica (1992, p. 3).

Questa definizione è sicuramente applicabile alla conoscenza autorevole della comunità techno-medica. Al contrario le ostetriche che agiscono seguendo l'intuito lo fanno in opposizione al consenso culturale su cosa sia un sapere autorevole della nascita. I loro protocolli sono il legame con la conoscenza autorevole del più ampio sistema biomedico; così come succede ai medici in ospedale, più si allontanano da questi parametri, più si espongono al rischio di subire le gravi sanzioni di cui parlava Jordan.

²² Come giustamente evidenziato da uno dei revisori anonimi di questo articolo, le parole “normale” e “anormale” possono non essere appropriate quando si parla del parto dal punto di vista del sapere intuitivo. Il concetto di “normale” infatti “è stato per lungo tempo radicato in una visione del mondo basata sul ragionamento razionale e sulla media di tutte le esperienze riassunte in un'esperienza standard... in questo contesto il concetto di “normalizzazione” espresso da Foucault può essere un interessante trampolino da cui partire”. Benché lo spazio non ci consenta di analizzare oltre gli sforzi delle ostetriche per normalizzare l'unicità in contrapposizione ai tentativi della medicina di patologizzare tale unicità come una “devianza”, questo è un tema che meriterebbe un attento esame da parte degli studiosi e desideriamo qui richiamare l'attenzione su questo tema proprio nella speranza di stimolare ulteriori ricerche e analisi.

Eppure all'interno della comunità delle ostetriche, l'intuizione viene considerata un sapere autorevole – citando ancora Jordan: “la conoscenza sulla quale i partecipanti concordano ha valore in una data situazione; essi la interpretano come consequenziale e sulla base di essa prendono le loro decisioni e forniscono giustificazioni nel corso dell'azione” (1992, p. 3, sottolineato nell'originale). Quando Maggie fece vedere le cartelle a altre ostetriche, per avere un giudizio tecnico e una valutazione da parte delle colleghe, fu rassicurata e accettata; queste ostetriche continuano a ritenere l'intuizione un sapere autorevole, nonostante sia svalutata o semplicemente non riconosciuta dalla cultura maggioritaria. Jordan mette in luce che:

Legittimare un sapere svaluta e spesso respinge completamente tutte le altre forme di sapere, (in tal modo) quelli che sposano sistemi alternativi di sapere sono spesso considerati poco evoluti, ignoranti o degli ingenui pasticcioni (1992, p. 2).

Le sue parole ritraggono fedelmente quel che la cultura tecno-medica dominante ha fatto ai sistemi alternativi di conoscenza delle ostetriche, in questo paese come in altri. Queste donne dalla generosità straordinaria, sospese su un confine frastagliato molto distante dalla rete di sicurezza del consenso culturale, trovano il coraggio non nell'esecuzione normalizzante di routine standardizzate, ma nella loro capacità di connettersi con le donne e i bambini che assistono. Come sostiene Maggie:

Le madri e le ostetriche si specchiano le une nelle altre. So di aver trovato il coraggio nella madre. L'ho fatto rimbalzare verso di lei e così lei ha trovato il suo coraggio in me...E' una danza – la donna deve fidarsi della sua ostetrica e l'ostetrica deve fidarsi della donna, perché questo circuito possa funzionare.

Approvare l'intuizione come sapere autorevole

Le ostetriche forniscono le loro cure in accordo ai seguenti principi:

- a) Le ostetriche lavorano come professioniste autonome, collaborando, quando necessario, con altri operatori di servizi sociali sanitari.
- b) Le ostetriche riconoscono che i fattori fisici, emozionali, psico-sociali e spirituali sono parte integrante della salute degli individui e condizionano il processo del parto.
- c) Le ostetriche considerano la donna come l'unica persona in grado di curare se stessa e il suo bambino non ancora nato; perciò il fattore determinante perché una gravidanza sia sana è la madre stessa.

- d) Le ostetriche considerano le osservazioni cliniche, la conoscenza teoretica, la valutazione intuitiva e la consapevolezza spirituale come componenti di un processo decisionale competente

(Passaggio tratto da “MANA Core Competencies for Midwifery Practice”, un documento di cinque pagine approvato nella sua forma finale dal Board of the Midwives Alliance of North America, il 3 Ottobre 1994).

Fino a poco tempo fa, l'uso dell'intuito come conoscenza autorevole da parte delle ostetriche che lavorano a domicilio è stato esclusivamente informale, sperimentato nell'unicità della situazione, discusso tra le ostetriche e le madri²³ con stupore e meraviglia, ma mai codificato formalmente come sapere autorevole. Con l'approvazione finale del “MANA Statement of Values and Ethics” (prima citato) durante l'incontro della MANA del 13 novembre 1992 avvenuto a New York e la successiva approvazione nel 1994 del documento “MANA Core Competencies” già citato, l'intuizione ricevette il riconoscimento formale delle ostetriche stesse come parte integrante della loro pratica. Si presentarono allora alcune nuove sfide.

Una delle questioni più urgenti affrontata dalle ostetriche postmoderne che lavorano a domicilio è stata quella della certificazione e della licenza. In molti stati le ostetriche hanno fatto pressione per anni per la legalizzazione e l'ottenimento delle licenze e sono sempre più vicine al raggiungimento dei loro obiettivi. I membri della MANA sono stati pienamente consapevoli che, se non avessero fissato loro stessi i termini per i processi di certificazione e di verifica, altri – i governi statali, l'*American College* delle infermiere ostetriche, l'ordine dei medici – lo avrebbero fatto al loro posto. Quindi la MANA ha creato il NARM – il *North American Registry of Midwives* – come corporazione separata e senza fini di lucro e ha conferito a sette membri del NARM il potere di sviluppare e realizzare un processo di certificazione nazionale per l'accesso alla professione dell'ostetrica, guidato da una *Certification Task Force* che rappresenta quaranta stati.

Si tratta di una situazione in qualche modo ossimorica. La MANA si vanta della sua inclusività, mentre l'essenza della certificazione rappresenta in fondo l'esclusività. Quando saranno creati i test e gli standard a cui tutte le ostetriche dovranno sottostare, alcune li supereranno, altre falliranno, e probabilmente le ostetriche che durante i parti sono competenti resteranno senza certificato

²³ Le madri stesse che partoriscono a domicilio vivono spesso delle esperienze intuitive che meriterebbero uno studio antropologico, come avviene per le madri in genere, in relazione al parto, alla crescita dei bambini, ecc. Richiamiamo l'attenzione su questi soggetti poco studiati per promuovere un maggior numero di ricerche accademiche sulla percezione delle donne e sulle esperienze connesse all'intuizione. Inoltre vorremmo invitare a condurre delle ricerche sul modo in cui le ostetriche negoziano la nascita con le loro clienti e sul ruolo che l'intuizione gioca in queste negoziazioni. Per esempio, che differenza fa se una donna si rivolge a un'ostetrica per risparmiare denaro invece che perché condivide la medesima visione del mondo?

semplicemente perché non avranno superato i test. Nel tentativo di minimizzare questi risultati che porterebbero all'esclusione e che limiterebbero la professione di ostetrica solo a quelle che eccellono nel pensiero razionale, i membri della *Certification Task Force* si stanno sforzando di creare sistemi di valutazione e certificazione che siano equi. I membri della task force, essendo concordi sul fatto che le prove scritte (raziocinanti), pur essendo più facili da gestire, non sono in grado di fornire un quadro complessivo della situazione, hanno preso in considerazione la possibilità di opzioni multiple per mettere alla prova le competenze. Tra queste prove vi è un esame di simulazione, durante il quale le aspiranti alla licenza possono andare in un centro, dove è possibile dimostrare le proprie capacità su manichini in plastica che raffigurano la madre e il bambino. Quando questa idea fu presentata all'insieme dei membri della MANA, la risposta condivisa fu riassunta da quella di un'ostetrica, la quale sgomenta, esclamò: "sono le mie guide spirituali a dirmi cosa fare durante il parto, ma non saranno sicuramente là se sto lavorando su dei manichini di plastica!". Un'altra ostetrica enfatizzò invece il ruolo centrale dell'intuizione:

Decidiamo come un'ostetrica debba essere messa alla prova e verifichiamo le sue competenze secondo quanto è stato deciso. Non dobbiamo sottostare agli standard dei medici solo per rassicurarli che siamo competenti. Dobbiamo essere soddisfatte di noi stesse secondo i nostri parametri – e noi sappiamo che la competenza dipende dalla sincerità dei nostri cuori e dall'onestà circa le nostre capacità intuitive. L'intuizione è ciò che spesso ci rende brillanti, che ci fa svolgere il nostro lavoro nel miglior modo possibile, che ci consente di comprendere i problemi, prima di chiunque altro e quindi di affrontarli in modo più efficiente (Jill Breem, ostetrica locale, in Chester 1994, p. 3).

In risposta a questa esigenza, il NARM ha sviluppato un processo di certificazione per le *Certified Professional Midwives* (CPM) che è un compromesso tra l'approccio raziocinante e quello pratico: si richiede (1) che la candidata sia esaminata dall'ostetrica che le fa da mentore, in base a una lunga lista di requisiti, in modo che abbia diverse opportunità per dimostrare le sue capacità durante tutta la fase di formazione, in un contesto connettivo nel quale possa ascoltare la sue guide e le voci interne; (2) superi le prove svolte durante un'intera giornata dedicata a un esame scritto, che verifichi l'ampiezza e la profondità della sua conoscenza; (3) superi un esame di valutazione delle capacità pratiche, sotto la supervisione di un'ostetrica esperta. Il compromesso della proposta, così come il "MANA Statement of Values and Ethics and Core Competencies", indica la crescente determinazione

di queste ostetriche a valorizzare sia la razionalità sia l'intuizione come fonti di sapere autorevole, sancite e rispettate da tutti²⁴.

Conclusione

In questo articolo abbiamo cercato di esaminare un fenomeno specifico e cioè l'occasionale volontà delle ostetriche di affidarsi all'intuito come fonte principale di sapere autorevole in una società che accorda legittimità legale e concettuale solo alla razionalità. Abbiamo visto che la fiducia che queste ostetriche ripongono nel loro sapere interiore è senza dubbio parte della loro più generale filosofia, espressa nel "MANA Statement of Values and Ethics" e esemplificata nelle narrazioni delle loro esperienze individuali relative all'intuito e alla nascita. Contrariamente al modello tecnocratico che contiene una moltitudine di strumenti diagnostici in continua espansione, formati da tecnologie diagnostiche e curative che si basano sulla separazione tra madre e bambino, la filosofia olistica dell'ostetricia esalta la connessione intra-personale e inter-personale e contiene una varietà di comportamenti che esprimono questa "danza" della connessione.

Dal punto di vista di queste ostetriche, l'intuizione emerge dalla loro connettività interiore con gli aspetti più profondi, corporei e spirituali del loro essere, così come dalla loro connessione fisica e psichica con la madre e con il bambino. L'affidabilità dell'intuizione è intrinsecamente legata all'emergere di quella matrice di connessione fisica, emotiva e spirituale – una matrice che, agli occhi di queste ostetriche, dà all'intuizione un potere e una credibilità maggiori rispetto alle informazioni che provengono dalle tecnologie di separazione. Tuttavia il fatto che queste ostetriche abbiano sempre con loro e utilizzino liberamente tali tecnologie dimostra non solo quanto tengano in considerazione la razionalità, ma anche quanto siano diventate abili nel conciliare i protocolli e le richieste di informazioni ottenute grazie alla tecnologia con l'accettazione intuitiva dell'unicità delle donne durante il travaglio e il parto. Noi crediamo che le profonde reti connettive che uniscono una donna all'altra, tessute con un amore molto grande in una società che attribuisce ben poco valore concettuale e nessuna autorità conoscitiva a queste connessioni, possiedano un grande potenziale in grado di ristabilire

²⁴ Tale processo di certificazione nazionale è adesso in vigore e viene regolarmente applicato, rendendo una realtà la certificazione nazionale per la formazione delle ostetriche non infermiere e delle ostetriche indipendenti per la prima volta nella storia degli Stati Uniti. Diverse centinaia di ostetriche hanno sostenuto l'esame NARM; la prima a superare con successo l'intero processo di certificazione come CPM (*Certified Professional Midwives*) fu Abby J. Kinne nel novembre del 1994. Nel momento in cui stiamo scrivendo (aprile 1996) circa 100 ostetriche sono diventate CPM. Il primo gruppo che superò la prima fase del processo di certificazione era costituito soprattutto da ostetriche con un'esperienza accumulata in almeno cinque anni di lavoro. La fase successiva sta per avere inizio: NARM sta valutando le domande per le ostetriche che non hanno una formazione medica ufficiale; attualmente sono state inoltrate 120 domande.

l'equilibrio tra l'interiorità e le molteplici forme di alienazione della vita tecnocratica.

(Traduzione di Alessandra Brivio)

Ringraziamenti

Ringraziamenti. Desideriamo ringraziare Carolyn Sargent, Ann Millard, Gay Becker, e le ostetriche Judy Luce, Karen Erlich, Penfield Chester, Anne Fry, Marimikel Penn, e Sharon Wells per la loro eccellente assistenza editoriale, quattro revisori anonimi per i loro importanti suggerimenti, le ostetriche intervistate per averci concesso così generosamente il loro tempo e la loro esperienza.

Bibliografia

- American Heritage Dictionary, 1993, 3a edizione.
- Arms, S., 1994, *Immaculate Deception II: A Fresh Look at Childbirth*, Berkeley, Celestial Arts Press.
- Bastick, T., 1982, *Intuition: How We Think and Act*, New York, Wiley.
- Easton, B., Piaget, J., 1966, *Mathematical Epistemology and Psychology*, Dordrecht, Holland, D. Reidel.
- Bryden, M.P., 1982, *Laterality: Functional Asymmetry in the Intact Brain*. New York, Academic Press.
- Chester, Penfield, 1994, *Sisters on a Journey: Portraits of North American Midwives*, Master Thesis, The Graduate Program at Vermont College, Montpelier, VT.
- Clifford, J., Marcus, G. E. M., a cura, 1986, *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, University of California Press; trad. it. 1997, *Scrivere le culture*, Roma, Meltemi.
- Davis, E., 1987, *A Guide to Midwifery: Heart and Hands*, New York, Bantam Books.
- Davis, E., 1988, *Energetic Pregnancy*, Berkeley, Celestial Arts.
- Davis, E., 1989, *Women's Intuition*, Berkeley, Celestial Arts.
- Davis, E., 1994, *Women's Sexual Cycles*, London, Little Brown and Co.
- Davis, E., 1995, *Woman, Sex, and Desire*.
- Davis, E., Leonard, C., 1996, *The Women's Wheel of Life*, New York.
- Davis-Floyd, R., 1987a, "Pregnancy and Cultural Confusion: Contradictions in Socialization", in P. Kolenda, a cura, *Cultural Constructions of Woman*, Salem, Sheffield Press, pp. 9-71.
- Davis-Floyd, R., 1987b, *Obstetric Training as a Rite of Passage*, "Medical Anthropology Quarterly", n.1(3), pp. 288-318.
- Davis-Floyd, R., 1990, *The Role of Obstetrical Rituals in the Resolution of Cultural Anomaly*, "Social Science and Medicine", n. 31(2), pp. 175-189.
- Davis-Floyd, R., 1992, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley,

University of California Press.

Davis-Floyd, R., 1994, *The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression*, "Social Science and Medicine", n. 38(8), pp. 1125-1140.

Diamond, I., 1994, *Fertile Ground: Women, Earth, and the Limits of Control*, Boston, Beacon Press.

Diamond, I., Feman Orenstein, G., 1990, *Rewaving the World: The Emergence of Ecofeminism*, San Francisco, Sierra Club Books.

Eisler, R., 1988, *The Chalice and the Blade*, New York, HarperCollins.

Fox, R. C., 1975, "Training for Uncertainty", in R. Merton, G. Reader, P.L. Kendall, a cura, *The Student Physician*, Cambridge MA, Harvard University Press.

Fox, R. C., 1980 *The Evolution of Medical Uncertainty*, "Millbank Quarterly", n. 58, pp. 1-49.

Gaskin, I. M., 1977, *Spiritual Midwifery*, Summertown TN, The Book Publishing Co.

Goer, H., 1995, *Obstetric Myths Versus Research Realities*, New Haven CT, Bergin and Garvey.

Goldberg, P., 1983 *The Intuitive Edge*, Los Angeles, Jeremy P. Tarcher.

Hayward, J., 1984, *Perceiving Ordinary Magic*, Boston, Shambala.

Jordan, B., 1992, *Technology and Social Interaction: Notes on the Achievement of Authoritative Knowledge*, "IRL Technical Report", n. 92-0027, Palo Alto, CA, Institute for Research on Learning.

Jordan, B., 1993, *Birth in Four Cultures*, Prospect Heights, OH, Waveland Press.

Jung, C. G., 1971, *Psychological Types*, Princeton NJ, Princeton University Press.

Kennell, J., Marshall, K., McGrath, S., Robertson, S., Hinckley, C., 1988, *Medical Intervention: The Effect of Social Support During Labor*, "Pediatric Research", n. 211.

Kitzinger, S., 1979, *Birth at Home*, New York, Penguin Books.

Kitzinger, S., 1990, *The Midwife Challenge*, London, Pandora Press.

Kitzinger, S., 1991, *Homebirth: The Essential Guide to Giving Birth Outside the Hospital*, New York, Dorling Kindersley Inc.

Laughlin, C. D., 1992, *Brain, Symbol, and Experience: A Neurophenomenology of Human Consciousness*, New York, Columbia University Press.

Laughlin, C. D., 1997, "Intuition: Interdisciplinary Perspectives", in R. Davis-Floyd, P. S. Arvidson, a cura, *The Nature of Intuition: A Neuropsychological Approach*, New York, Routledge.

Lee, P. R., 1976, *Symposium on Consciousness*, New York, Penguin.

Leveno, K. J. et al., 1986, A Prospective Comparison of Selective and Universal Electronic Fetal Monitoring in 34,995 Pregnancies, "New England Journal of Medicine", n. 315 (10), pp. 615-619.

Ley, R. G., 1983, "Cerebral Laterality and Imagery", in A. A. Sheikh, a cura, *Imagery: Current Theory, Research, and Application*, New York, Wiley.

Marcus, G. E., 1993, What Comes (Just) After "Post"? The Case of Ethnography, in N. Denzin, Y. Lincoln, a cura, *The Handbook of Qualitative Social Science*, Beverly Hills CA, Sage Publications.

Marcus, G. E., Fischer, M. J., 1986, *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*, University of Chicago Press; trad.it. 1998, *Antropologia come critica culturale*, Roma, Meltemi.

MANA News, 1990, Article on the meaning of "MANA", n.8(3).

Martin, E., 1987, *The Woman in the Body*, Boston, Beacon Press.

McCutcheon-Rosegg, S., 1984, *Natural Childbirth the Bradley Way*, New York, E.P. Dutton.

Merchant, C., 1983, *The Death of Nature: Women, Ecology, and the Scientific Revolution*, San Francisco, Harper and Row.

Midwives' Alliance of North America (MANA), 1992, *MANA Statement of Values and Ethics*, "MANA News", n. 10(4), pp. 10-12.

Midwives' Alliance of North America (MANA), 1994, *MANA Core Competencies*, "MANA News", n. 12(1), pp. 24-27.

Poincaré, H., 1913, *The Foundations of Science*, New York, Science Press.

Prentice, A., Lind, T., 1987, Fetal Heart Rate Monitoring During Labor - Too Frequent Intervention, Too Little Benefit, "Lancet", n. 2, pp. 1375-1877.

Quinn, D., 1993, *Ishmael*, New York, Bantam and Turner.

Rooks, J. P., Weatherby, N. L., Ernst, E. K. M., Stapleton, S., Rosen, D., Rosenfield, A., 1989, *Outcomes of Care in Birth Centers: The National Birth Center Study*, "New England Journal of Medicine", n. 321 (26), pp. 1804-1811.

Rothman, B. K., 1982, *In Labor: Women and Power in the Birthplace*, New York, W. W. Norton.

Rothman, B. K., 1989, *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*, New York, W. W. Norton.

Rubinstein, R. A., Laughlin, C. D., McManus, J., 1984, *Science as Cognitive Process: Toward an Empirical Philosophy of Science*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Sandmire, H. F., 1990, *Whither Electronic Fetal Monitoring?*, "Obstetrics and Gynecology", n. 76(6), pp. 1130-1134.

Sargent, C., 1989, *Maternity, Medicine, and Power: Reproductive Decisions in Urban Benin*, Berkeley, University of California Press.

Schlinger, H., 1992, *Circle of Midwives: Organized Midwifery in North America*, Independently published by Hilary Schlinger.

Shy, K., et al., 1990, Effects of Electronic Fetal Heart Rate Monitoring, as Compared with Periodic Auscultation, on the Neurological Development of Premature Infants, "New England Journal of Medicine", n. 322(9), pp. 588-593.

Singer, L., 1992, "Feminism and Postmodernism", in J. Butler, J. W. Scott, cura di, *Feminists Theorize the Political*, New York, Routledge.

Slaatte, H. A., 1983, *The Creativity of Consciousness: An Empirico-Phenomenological Psychology*, New York, University Press of America.

Sorokin, P. A., 1941, *The Crisis of Our Age*, New York, E. P. Dutton.

Sosa, R., Kennell, J., Robertson, S., Urrutia, J., 1980, *The Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labor, and Mother-Infant Interaction*, "New England Journal of Medicine", n. 303, pp. 597-600.

Sperry, R. W., 1974, "Lateral Specialization in Surgically Separated Hemispheres", in P.J. Vinken, G. W. Bruyn, cura di, *The Neurosciences: Third Study Program*, Cambridge MA, MIT Press.

Sperry, R. W., 1982, *Some Effects of Disconnecting the Cerebral Hemispheres*, "Science", n. 217, pp. 1223-1226.

Sprengrer, J., Deutsch G., 1981, *Left Brain Right Brain*, San Francisco, W. H. Freeman.

Starhawk, 1988, *Dreaming the Dark: Magic, Sex, and Politics*, Boston, Beacon Press.

Starhawk, 1989, *The Spiral Dance: A Rebirth of the Ancient Religion of the Great Goddess*, HarperSanFrancisco.

Starhawk, 1993, *The Fifth Sacred Thing*, New York, Bantam Books.

Sullivan, D., Weitz R., 1988, *Labor Pains: Modern Midwives and Home Birth*, New Haven, Yale University Press.

Susie, D. A., 1988, *In the Way of Our Grandmothers: A Cultural View of Twentieth-Century Midwifery in Florida*, Athens, University of Georgia Press.

TenHouten, W., 1978-1979, Hemispheric Interaction in the Brain and the Propositional, Compositional, and Dialectical Modes of Thought, "Journal of Altered States of Consciousness", n. 4(2), pp. 129-140.

Vaughn, F. E., 1979, *Awakening Intuition*, Garden City, NY, Anchor Books.

Wagner, M., 1994, *Pursuing the Birth Machine*, Camperdown, Australia, ACE Graphics.

Weil, A., 1972, *The Natural Mind*, Boston, Houghton-Mifflin.

Westcott, A., 1968, *Toward a Contemporary Psychology of Intuition*, New York, Holt, Rinehart, and Winston.