

**Università degli Studi di Milano - Bicocca**

Dipartimento Di Scienze Umane Per La Formazione "Riccardo Massa"

Dottorato di Ricerca in Antropologia culturale e sociale (DACS)

Ciclo XXXII

**TESI IN COTUTELA CON**

**Institut National des Langues et Civilisations Orientales**

École doctorale n°265 Langues, littératures et sociétés du monde

Centre d'Études en Sciences Sociales sur les Mondes

Africains, Américains et Asiatiques (CESSMA)

# CONCEPIRE I CORPI

**Saperi e pratiche del corpo riproduttivo femminile  
nella città di Bhuj, India**

**GENTILE LUCIA**

Matricola N°822171

Tutor

Prof.ssa CLAUDIA MATTALUCCI

Prof.ssa MARIE-CAROLINE SAGLIO-YATZIMIRSKY

Coordinatore

Prof.ssa ALICE BELLAGAMBA

**ANNO ACCADEMICO 2018/2019**



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	
<b>PER UN'ANTROPOLOGIA DEL CORPO RIPRODUTTIVO</b>	<b>p. 1</b>
<b>Concepire la riproduzione</b>	<b>2</b>
<b>Campi teorici dell'antropologia della riproduzione in India</b>	<b>5</b>
<b>Proposte metodologiche per una ricerca etnografica dell'intimo</b>	<b>10</b>
<i>Come organizzare la ricerca sul campo?</i>	<i>10</i>
<i>Come indagare in uno spazio multilinguistico?</i>	<i>13</i>
<i>Come trasmettere e condividere le esperienze del corpo?</i>	<i>14</i>
<i>Integrare le cartografie del corpo alla ricerca</i>	<i>19</i>
<i>Come posizionarsi da ricercatrice in India?</i>	<i>24</i>
<b>Un territorio sterile e vulnerabile: la regione del Kacch e la città di Bhuj</b>	<b>26</b>
<b>Struttura del testo: rappresentare, fabbricare e curare i corpi femminili</b>	<b>33</b>

## PARTE PRIMA

### DENTRO I CORPI: NARRARE I FLUSSI INTIMI

<b>CAPITOLO 1</b>	
<b>CARTOGRAFARE I CORPI RIPRODUTTIVI</b>	<b>36</b>
<b>Etno-anatomia del corpo umano</b>	<b>36</b>
<i>Corpo fluido o corpo anatomico?</i>	<i>36</i>
<i>Il centro del corpo: cuore, cervello o stomaco?</i>	<i>39</i>
<b>Svelare l'interno del corpo attraverso il disegno</b>	<b>46</b>
<i>La moltiplicazione degli 'uteri'</i>	<i>46</i>
<i>I dotti e l'assenza delle ovaie</i>	<i>53</i>
<i>La vagina e la vulva: uno spazio innominabile</i>	<i>56</i>
<i>Disegnare il corpo riproduttivo maschile</i>	<i>58</i>

	<b>CAPITOLO 2</b>	
<b>CORPI FLUIDI: ETNO-FISIOLOGIA DEL CORPO RIPRODUTTIVO</b>		<b>62</b>
	<b>Essere quel che si mangia</b>	<b>62</b>
	<i>Il processo digestivo e la produzione delle sostanze corporee</i>	63
	<i>Mangiare quello che si vuole essere</i>	69
<i>Le tassonomie dell'alimentazione: caldo/freddo, maturo/immaturo e puro/impuro</i>		71
	<i>Mangiare insieme per condividere la stessa sostanza</i>	75
	<b>L'equilibrio idrico del corpo</b>	<b>79</b>
	<i>I diversi fluidi acquosi: urina, sudore e liquido amniotico</i>	79
	<i>L'acqua nell'uomo e nella donna: sperma e saphed pānī</i>	82
	<b>Produrre più sangue distingue il genere</b>	<b>92</b>
	<i>Il sangue non è acqua: qualità e rappresentazioni</i>	92
	<i>Il sangue buono e il sangue cattivo</i>	94
	<i>Sangue maschile e femminile: una differenza qualitativa o quantitativa?</i>	96
	<i>Una lettura di genere della trasfusione e donazione del sangue</i>	98
	<i>Quando il sangue si secca nel corpo</i>	100
<b>Produrre la capacità riproduttiva: da sangue in eccesso a sangue mestruale</b>		<b>102</b>
	<i>Fisiologia del sangue mestruale</i>	102
	<i>Il fluido riproduttivo femminile: acqua, sangue o uova?</i>	104
	<i>Narrare il concepimento: l'incontro tra il rosso e il bianco</i>	107

**PARTE SECONDA**

**FABBRICARE I CORPI: NARRARE I PERCORSI RIPRODUTTIVI**

	<b>CAPITOLO 3</b>	
<b>DONNE CHE SANGUINANO: VIVERE UN CORPO TRASGRESSIVO</b>		<b>114</b>
	<b>Le stagioni femminili: radicare i ruoli sociali negli eventi riproduttivi</b>	<b>115</b>
	<i>Da bambina a ragazza: il menarca</i>	116
	<i>Donna e moglie: i rapporti sessuali</i>	123
	<i>Madre: la gravidanza</i>	128
	<i>Vecchia: la menopausa</i>	132
	<i>Le stagioni maschili</i>	137
	<b>Discontinuità dei corpi femminili: liminalità e impurità</b>	<b>138</b>
	<i>Il sangue mestruale: impuro o purificativo?</i>	138
	<i>Vivere la liminalità: divieti e prescrizioni durante la mestruazione</i>	145
	<i>Pratiche d'igiene mestruale: assorbenti e tessuti di cotone</i>	153

	<b>CAPITOLO 4</b>	
<b>'DUE VITE IN UN CORPO': NARRARE IL CORPO GRAVIDO</b>		<b>155</b>
<b>Contenere la dimensione porosa del corpo durante la gravidanza</b>		<b>155</b>



<i>Corpo gravido e corpo materno</i>	155
<i>Fabbricare una nuova vita: lo sviluppo prenatale del bambino</i>	157
<i>Fabbricare il corpo gravido: lo sviluppo fisico della donna</i>	161
<i>Nutrire due corpi in uno</i>	165
<i>Il comportamento: come limitare, contenere e controllare il corpo gravido?</i>	171
<i>La callipedia o l'arte di fare dei bei bambini</i>	177
<b>Prepararsi al parto: aprire ciò che era stato chiuso</b>	<b>182</b>
<i>Normal delivery o caesarean?</i>	182
<i>Allenare il corpo al parto 'normale'</i>	185
<i>God bharāī, il rito della gravidanza</i>	187

## **CAPITOLO 5**

### **MADRI MANIPOLATRICI: FABBRICARE I CORPI NEONATI 200**

<b>Accogliere la nascita, accogliere la madre</b>	<b>200</b>
<i>Trasformazioni contemporanee delle pratiche del puerperio</i>	201
<i>Liminalità del puerperio: solidificare i corpi</i>	205
<i>Trasmettere i saperi e le pratiche del puerperio</i>	210
<i>I riti della nascita: socializzare la madre e il bambino</i>	212
<b>Modellare i corpi attraverso l'allattamento e i massaggi</b>	<b>219</b>
<i>Corpi e generi imperfetti</i>	219
<i>Allattare per trasmettere, allattare per diventare</i>	222
<i>Manipolare i corpi per formare il carattere</i>	231

## **PARTE TERZA**

### **LA CURA DEI CORPI: NARRARE LA SOFFERENZA**

## **CAPITOLO 6**

### **CORPI VOLUBILI, CORPI SCOMPONIBILI: CONCEPIRE LA MALATTIA 239**

<b>Due modelli diversi: squilibrio o malfunzionamento dei corpi?</b>	<b>239</b>
<i>Una medicina locale per un corpo locale</i>	240
<i>"Perché vieni qui se non sei incinta?"</i>	246
<i>Infertilità: donne dall'utero debole</i>	255
<b>La <i>pecoṭī</i>: corpi destabilizzati dalla modernità</b>	<b>262</b>
<i>Un ricettacolo non (ri)conosciuto dai medici</i>	263
<i>Massaggiare per curare</i>	267
<i>Problematicità nell'incorporazione della modernità</i>	271

## **CAPITOLO 7**

### **CORPI E TEMPI MODERNI: LE DONNE DI FRONTE ALLE TECNOLOGIE RIPRODUTTIVE 278**

<b>“Non ci sono più le donne di una volta”:     conseguenze della bio-medicalizzazione del parto</b>	<b>278</b>
<i>I programmi governativi per l’istituzionalizzazione del parto</i>	278
<i>L’ospedale come luogo inospitale</i>	281
<i>Nascite controllate e accelerate</i>	285
<i>Sulla necessità di partorire con dolore</i>	290
<b>Gestire il corpo riproduttivo: contraccezione e isterectomia</b>	<b>293</b>
<i>“Una piccola famiglia è una famiglia felice”</i>	293
<i>I programmi governativi di pianificazione familiare: una responsabilità femminile</i>	296
<i>Scegliere la contraccezione: pillola, preservativo, spirale o iniezioni?</i>	299
<i>Donne legate, donne senza utero: incorporare le moderne tecnologie mediche</i>	308
 <b>RIFLESSIONI FINALI</b>	<b>319</b>
<i>Concepire i corpi</i>	320
<i>Concepire il genere</i>	322
<i>Concepire i bambini</i>	324
<i>Concepire la modernità</i>	326
<i>Concepire l’adolescenza</i>	328
 <b>RÉSUMÉ EN FRANÇAIS</b>	<b>332</b>
  <b>APPENDICI</b>	<b>366</b>
<b>Presentazione delle donne e <i>dāī māṃ</i> citate</b>	<b>367</b>
<b>Mappe del corpo</b>	<b>378</b>
<b>Tabella di riferimento per la traslitterazione dell’alfabeto <i>devanāgarī</i></b>	<b>383</b>
<b>Tabella di riferimento per la traslitterazione dell’alfabeto <i>gujarātī</i></b>	<b>384</b>
<b>Lessico delle relazioni familiari in <i>hindī</i></b>	<b>385</b>
<b>Elenco delle conversazioni registrate</b>	<b>388</b>
  <b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</b>	<b>392</b>



# INTRODUZIONE

## PER UN'ANTROPOLOGIA DEL CORPO RIPRODUTTIVO

La riproduzione è un soggetto centrale nell'antropologia contemporanea degli ultimi decenni. Se in un primo momento il suo studio non usciva dal dominio della parentela, essa è diventata un soggetto autonomo con l'antropologia femminista degli anni '70 che ha sollecitato una maggiore attenzione verso la vita delle donne e l'esperienza riproduttiva<sup>1</sup> (Roberts 2015). Citando l'opera della rinomata studiosa Cecilia Van Hollen sulla nascita nell'India del Sud, possiamo affermare che “*whereas earlier anthropological approaches to reproduction tended to focus on how reproductive practices and beliefs reflected social and cultural systems, scholars now argue that anthropology can benefit from viewing reproduction itself as a key site for understanding the ways in which people re-conceptualize and re-organize the world in which they live*” (2003a: 5). Che cosa è riconcettualizzato e riorganizzato nella costruzione del corpo riproduttivo femminile nell'India contemporanea? Il presente studio si propone di esplorare il ruolo che i saperi e le pratiche femminili hanno nella riconfigurazione dell'esperienza del genere e nella gestione del potere riproduttivo.

La definizione di corpo riproduttivo, soggetto centrale della tesi, non è tuttavia emica, ma fa riferimento a un lessico di derivazione bio-medica<sup>2</sup>. Le donne che hanno partecipato alla ricerca non utilizzavano un termine specifico che riconduce all'idea di riproduzione, ma si riferivano a queste funzioni come proprie al genere e al corpo: l'esistenza femminile era radicata nel suo sviluppo riproduttivo. Tuttavia, al fine di non essenzializzare questo legame

---

<sup>1</sup> Per approfondire la storia dello sviluppo dell'antropologia della riproduzione, si veda Roberts (2015).

<sup>2</sup> Come evidenzia Elizabeth Roberts nel suo articolo sulla riproduzione e l'antropologia culturale “*the word 'reproduction' came into common use in the eighteenth century, and emphasized abstracted, non-agentive, biological processes as distinct from production, which was increasingly understood as agentive, mechanical, and male. Through the development of the biological sciences, reproduction came to be naturalized and universalized as a set of processes that take place in individual bodies, especially the bodies of women*” (2015: 450).

costruito storicamente e culturalmente, ho scelto di mantenere il corpo riproduttivo femminile come soggetto della tesi, con lo scopo di evidenziare la mobilità di questo costrutto. Allo stesso modo, nel testo i saperi sono definiti come femminili poiché la ricerca si focalizza sulle narrazioni di donne. Infatti, la difficoltà a estendere la ricerca al genere maschile non ha reso possibile di verificare se gli uomini condividevano lo stesso sistema di rappresentazioni sul corpo riproduttivo femminile.

In un’ottica interdisciplinare, la presente tesi si concentra sulla costruzione culturale del corpo riproduttivo, cercando di far dialogare gli studi indologici sulla medicina ayurvedica e la simbologia dei fluidi corporei, con le ricerche antropologiche. Un simile obiettivo ha richiesto un riadattamento della metodologia etnografica, con lo scopo di aprire uno spazio di discussione sul corpo intimo, sensibile al vissuto e capace di colmare i vuoti lasciati dalla parola. In che modo si può condurre un’osservazione partecipante sul corpo riproduttivo? Com’è possibile cogliere le rappresentazioni di un aspetto della vita di cui le donne non parlano sempre apertamente?

La tesi si basa su una ricerca etnografica condotta con quaranta donne che abitano nella città di Bhuj nello stato del Gujarat, in India. Anche se tutti gli incontri hanno contribuito allo sviluppo della tesi, solo trenta interlocutrici sono state citate e presentate direttamente nel testo<sup>3</sup>. Ho cercato di esplorare il modo in cui sono visti e vissuti i diversi processi riproduttivi (es. mestruazione, gravidanza, parto, allattamento, menopausa), dando particolare attenzione al linguaggio e alle metafore utilizzate per descriverli. Per superare le difficoltà incontrate nel compiere un’osservazione partecipante della vita riproduttiva femminile, ho impiegato la tecnica della cartografia corporea con lo scopo di colmare i vuoti e le allusioni lasciati dalla parola e dall’osservazione delle pratiche. Infine, la ricerca prende in considerazione la costruzione della salute riproduttiva da parte delle donne e come questa si riconfiguri nell’incontro con la bio-medicalizzazione del corpo femminile, sempre più diffusa nella regione.

## CONCEPIRE LA RIPRODUZIONE

Faye Ginsburg e Rayna Rapp evidenziano nel loro articolo “*The politics of*

---

<sup>3</sup> Per una descrizione dettagliata delle partecipanti citate, si veda in appendice.

*reproduction*” (1991) come il termine riproduzione sia un concetto ambivalente e complesso<sup>4</sup>. La presente tesi si concentra sul solo aspetto della riproduzione umana che, come evidenziano le autrici, “*encompasses events throughout the human and especially female life-cycle related to ideas and practices surrounding fertility, birth, and childcare, including the ways in which these figure into understandings of social and cultural renewal*” (1991: 311). Prima di esporre i diversi campi teorici che si sono diffusi sull’India nell’ambito dell’antropologia della riproduzione, questa sezione prende spunto dal lavoro di Ginsburg e Rapp (1991) e intende presentare alcuni elementi che caratterizzano questo settore di studio. I diversi lavori che compongono il campo dell’antropologia della riproduzione fanno riferimento a un’ampia letteratura che riflette, tra le varie tematiche, sulla parentela, la globalizzazione, il genere, la medicina, il corpo e le relazioni di potere, stabilendo, come propongono Ginsburg e Rapp, “*a multilayered, synthetic perspective that places the study of reproduction at the center of contemporary anthropological theory*” (1991: 331).

In primo luogo, questa letteratura fa riferimento agli studi di antropologia sociale sulla parentela, il matrimonio e la genitorialità che vedono la riproduzione come un aspetto della distribuzione del potere in qualsiasi società (*ibidem*). Attraverso lo studio della produzione e della riproduzione delle relazioni, alcune studiose si sono concentrate sull’*agency* femminile, evidenziando come le differenze di potere non solo reprimano, ma costruiscano le identità (*ibidem*). In effetti, nella letteratura indologica e antropologica indiana, la donna è spesso analizzata esclusivamente nel suo ruolo di madre o moglie (es. Bagchi 2017, Jamison 1996, Krishnaraj 2010, Leslie 1989), ed è descritta come repressa, sottomessa e passiva (Raheja e Gold 1994) dedita alla casa e alla famiglia. Di conseguenza, la riproduzione si configura come un aspetto centrale nella costruzione dell’identità, del genere e della parentela (Busby 1995).

La rappresentazione unitaria della passività femminile in India ha una storia molto lunga ed è stata consolidata durante il periodo coloniale attraverso, per esempio, la costruzione del fenomeno delle *satī* (Raheja e Gold 1994), fornendo una giustificazione morale all’intervento coloniale britannico<sup>5</sup>. In seguito, il nazionalismo di fine Ottocento e inizio Novecento ha reagito alla critica coloniale costruendo un ulteriore discorso sulle donne che le considerava come le guardiane della ‘tradizione’ (Chatterjee 1989). Testi come il *Strīdharmapaddhati*<sup>6</sup>, che elencano le virtù della moglie ideale, evidenziano da un lato un

<sup>4</sup> “‘*Reproduction*’ is a slippery concept, connoting parturition, Marxist notions of household sustenance and constitution of a labor force, and ideologies that support the continuity of social systems” (Ginsburg e Rapp 1991: 311).

<sup>5</sup> Per approfondire, si vedano Chatterjee (1989) e Spivak (1985).

<sup>6</sup> Opera scritta da Tryambakayajvan nel XVIII secolo. Per un’analisi del testo, si veda Leslie (1989).

simile schieramento morale e politico e, allo stesso tempo, la necessità di reiterare i doveri femminili al fine di contrastare la riluttanza potenziale o effettiva delle donne (*ibidem*). Come evidenziano Raheja e Gold nella loro analisi delle tradizioni orali femminili : “*a discourse of gender and kinship found in certain admittedly authoritative texts and practices does not by any means exhaust or fully define women's subjectivities in South Asia. This seemingly obvious point has not often found its way into writing on the lives of ordinary women in South Asia*” (1994: 8).

La tesi parte dalla necessità di prendere in considerazione l’auto-rappresentazione del sé femminile, dando voce a ideali, aspirazioni e saperi trasmessi, condivisi, costruiti o contestati dalle donne. La riproduzione è centrale nelle narrazioni femminili? Come si configura il corpo riproduttivo? Per rispondere a queste domande il testo attraversa diversi dibattiti teorici centrali nell’ambito dell’antropologia dell’India, come quello sulle categorie del puro e dell’impuro<sup>7</sup> o sulla concezione della persona (es. Daniel 1987, Marriott 1976, Fruzzetti e Ostor 1982).

Affrontare queste questioni non può precludere dal prendere in considerazione la storia del contesto indiano e della riproduzione<sup>8</sup>. Per esempio, nel 1952 l’India fu il primo stato al mondo a lanciare un programma ufficiale di pianificazione familiare con l’obiettivo di ridurre la crescita della popolazione. Quest’aspirazione ha influenzato le politiche sanitarie governative fino agli anni 2000 quando, al contrario, i programmi si sono incentrati sulla salute materna e infantile<sup>9</sup>. Le istituzioni hanno effettivamente un ruolo centrale nella modellazione di determinate pratiche riproduttive, come la contraccezione. L’attenzione alla salute riproduttiva delle donne è stata spesso usata per giustificare determinati giudizi sul comportamento delle donne durante la gravidanza, la nascita e il puerperio (Ginsburg e Rapp 1991). Per esempio, in India, dal periodo nazionalista di fine Ottocento, quest’attenzione politica è stata attraversata da una preoccupazione eugenetica volta alla produzione della migliore progenie (*uttam santati*)<sup>10</sup>.

Diversi studi antropologici, evidenziano come la diffusione dell’egemonia biomedica spesso sostituisca o competa con le pratiche indigene, disarticolando o estinguendo le forme locali di conoscenza (*ibidem*). Come evidenziano Ginsburg e Rapp: “*such studies reveal the power an anthropological perspective can contribute to understanding the specific subjective consequences, local responses, and human costs of hegemonic medical interventions into*

---

<sup>7</sup> Per una trattazione più approfondita, si veda il capitolo 2.

<sup>8</sup> Per una trattazione più approfondita, si veda Hodges (2006).

<sup>9</sup> Per una trattazione più approfondita, si veda il capitolo 7.

<sup>10</sup> Per una trattazione più approfondita, si veda il capitolo 4.

*women's reproduction. They also demonstrate the particular ways racial, gender, and class categories are imposed upon and construct social and individual bodies”* (1991: 318). In particolare, le tecnologie biomediche si sono dimostrate un importante strumento di sorveglianza sociale e di regolamentazione delle pratiche riproduttive, favorendo la costruzione di un determinato modello di femminilità.

Prendere in considerazione i diversi momenti del ciclo della vita di una donna (es. infanzia, pubertà, gravidanza, menopausa) consente di rendere conto della varietà delle diverse esperienze riproduttive e di come ogni singola donna si posizioni all’interno del contesto di riferimento, caratterizzato dai vari aspetti sottolineati in precedenza. Le autrici Ginsburg e Rapp evidenziano che una ricerca simile *“reminds us that no aspect of women's reproduction is a universal or unified experience, nor can such phenomena be understood apart from the larger social context that frames them”* (1991: 330).

## **CAMPI TEORICI DELL’ANTROPOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE IN INDIA**

In India, il campo dell’antropologia della riproduzione si è sviluppato principalmente in ambito economico, politico e demografico, attraverso ricerche quantitative e qualitative (es. Patel 1994, Capila 2004, Jeffery e Jeffery 1997, Hussain 2008, Säävälä 2001). Tra questi, il lavoro pionieristico di Tulsi Patel (1994), apre una prospettiva olistica sul comportamento della fertilità (*fertility behaviour*) attraverso uno studio monografico di un villaggio in Rajasthan, con l'obiettivo di comprendere queste pratiche come parte integrante della società del villaggio. L’analisi evidenzia come le donne manipolano le decisioni sulla fertilità alla luce delle strutture economiche e della parentela, e conclude che il comportamento della fertilità (*fertility behaviour*) è costituito dalla relazione dialettica tra le persone e il loro ambiente (Krishnakumari e al. 2014). Questi studi non si sono però interessati alle rappresentazioni locali del corpo e ai saperi che strutturano la costruzione dei comportamenti analizzati.

I diversi aspetti e momenti della vita riproduttiva femminile sono stati invece l’oggetto di ricerche che si rifanno all’antropologia e sociologia medica e che evidenziano la presenza di un sapere ginecologico femminile (es. Garg e al. 2001, Juyal e al. 2014, Mathews e Benjamin 1979, Shah e al. 2013, Pushpangadan e George 2010). Attraverso una metodologia mista (qualitativa e quantitativa), questi studi cercano di evidenziare determinati comportamenti, considerati scorretti, legati alla salute riproduttiva femminile e di coglierne le ragioni sociali e



culturali. Con lo scopo di comprendere i limiti di alcune politiche sanitarie, questi lavori propongono soluzioni atte a promuovere la salute riproduttiva femminile dal punto di vista biomedico. In particolare, si evidenziano gli articoli che trattano le malattie riproduttive (es. Amin e Bentley 2002, Krishnakumari e al. 2014) e le perdite vaginali (es. Bang e Bang 1994, Chaturvedi e al. 1995, Jejeebhoy 2005, Trollope-Kumar 2001, Weaver 2017).

Un altro filone, che ha avuto un grande sviluppo, esamina le prescrizioni alimentari per le donne in fase mestruale (Eichinger Ferro-Luzzi 1973a, Rao 1985), durante la gravidanza (Andersen e al. 2003, Eichinger Ferro-Luzzi 1973b, Girija 2008, Hutter 1996, Laderman 1981, Nag 1994) e il puerperio (Eichinger Ferro-Luzzi 1974b, Sivaramakrishnan e Patel 1993). Queste ricerche evidenziano l’importanza dell’analisi dei *cultural models of popular physiology* (Del Vecchio Good 1980), che tuttavia, considerata la specificità degli argomenti trattati, rimangono frammentari e non integrano la percezione femminile del corpo riproduttivo in un ambito culturale e sociale più ampio. La presente tesi si propone invece di aprire il campo dell’antropologia della riproduzione in India allo studio delle rappresentazioni locali del corpo, come spazio intimo e culturalmente costruito.

L’antropologia della nascita, che si focalizza sulle pratiche del parto e sulla gestione della gravidanza e del puerperio (es. Hancart-Petitot 2007, Van Hollen 2003a, Ram 1994, Ram e Jolly 1998, Jeffery, Jeffery e Lyon 1989) è altro campo che ha avuto un’elaborazione maggiore in India. In particolare, alcuni studi riconcettualizzano la nascita all’interno di processi di modernizzazione (es. Van Hollen 2003a e 2003b, Ram e Jolly 1998, Donner 2008). Tuttavia, Sarah Lamb (1997) nel suo studio sull’invecchiamento in Bengala, suggerisce “*a move beyond those models of South Asian personhood that tend to be static, [degendered], and based on a too sharp dichotomy between East and West, to a more nuanced understanding of the plural and evolving nature of personhood conceptions over the life course*” (1997: 279). Le ricerche sulla nascita e sulla maternità prendono un senso più dinamico quando inserite nel quadro esistenziale femminile, permettendo di tracciare l’*agency* delle donne nelle loro scelte di maternità (es. Polit 2006, Menon 2013) e di delineare i loro percorsi di ginecopoiesi (es. Dube 1988, Das 1988). Molti tra questi approcci si focalizzano su una sola classe sociale (es. Donner 2008) o una sola religione (es. Dube 1988). Diversamente, il presente studio prende in esame le esperienze riproduttive vissute da donne di differente fede, casta e classe sociale.

Numerosi studi sulla nascita si sono focalizzati sul sapere professionale delle *dāī māṃ*, ovvero le ostetriche tradizionali (es. Chawla 1994, 2006a e 2006b, Ram 2001, Pinto 2008, Rozario e Samuel 2002, Jeffery, Jeffery e Lyon 1987), evidenziandone il ruolo sociale nei

villaggi dove risiedono. In particolare, i lavori di Janet Chawla (2003, 2006b e 2008) analizzano le metafore della procreazione mobilitate dalle *dāī māṃ* e s’interessano alla percezione del corpo riproduttivo anche dal punto di vista anatomico e fisiologico. Diversamente, il presente studio propone di raccogliere i saperi e il saper-fare delle donne legati alla nascita e alla riproduzione. I lavori in ambito antropologico orientati su questa prospettiva, si sono concentrati sulle pratiche e i rituali che circondano l’esistenza femminile, come il ciclo mestruale (Das 2008, Eichinger Ferro-Luzzi 1974a) e i riti della nascita (Gatrad 2004, Rose 1907). D’altra parte, troviamo lavori simili anche in campo indologico, che descrivono e analizzano pratiche rituali femminili legate al matrimonio, al parto e alla nascita (es. Leslie 1992, Duvvury 1991, Jamison 1996, Gupta 1986).

Le opere che trattano del corpo riproduttivo femminile dal punto di vista fisiologico e anatomico si basano invece su testi ayurvedici (Das 2003, Selby 2005 e 2008, Smet 2003, 2008 e 2010) o su testi medici musulmani (Kueny 2013<sup>11</sup>). I saperi ginecologici presenti negli antichi testi medici permettono di sviluppare ‘*a poetic<sup>12</sup> of gender and sexuality*’ (Selby 2008) che mette in luce la relazione tra la concettualizzazione delle relazioni sociali e la fisiologia riproduttiva. D’altra parte, alcuni lavori hanno trattato la simbologia dei fluidi corporei in India, sia in ambito religioso che medico (es. Alter 1997, Copeman 2009, Arborio 2008, Das 1992, Hanssen 2006, Lorea 2018, White 2006), tratteggiando il ruolo di sostanze come il sangue, il sangue mestruale o lo sperma nella costruzione del corpo e delle relazioni sociali.

A partire degli anni ‘70 del Novecento, le ricerche antropologiche nell’Asia del Sud sono state influenzate dallo studio delle nozioni di ‘persona’ e ‘sé’ (es. Daniel 1987, Dumont 1992, Marriott 1976 e 1989, Marriott e Inden 1977, Fruzzetti e Ostor 1982, Parry 1989). Questi studi hanno posto fin dall’inizio le transazioni e le sostanze corporee al centro della loro comprensione della persona, definendone la sua natura fluida, aperta e malleabile. Per esempio, le ricerche prodotte da McKim Marriott ed E. Valentine Daniel suggeriscono una visione relazionale-processuale della persona (Matalucci 2015) che si basa sull’istaurazione di connessioni sostanziali con le altre persone, i luoghi e le cose del mondo vissuto. Attraverso transazioni sostanziali con altre persone, come il sesso, il parto, la convivenza, l’alimentazione, il contatto e lo scambio di parole, questi studi sottolineano come gli individui assorbono e distribuiscano parti di sé stessi.

---

<sup>11</sup> Questo testo non tratta in modo specifico di scritti indiani, ma si basa su manoscritti medioevali di medicina musulmana, che probabilmente sono o sono stati presi come riferimento dai dottori indiani della medicina *yūnānī*.

<sup>12</sup> Selby s’ispira qui a Zimmermann (1987), definendo il termine *poetics* “*in a broader cultural sense that seems to be grounded simultaneously in text as well as in practice; a poetics that is therefore probably more akin to what we might call ‘cultural semiotics’*” (2008: 61).

L'idea della persona come fluida, in costante evoluzione e non limitata, definita da Marriott, sembra difficile da conciliare con la rigidità dell'identità di casta e di genere nell'Asia meridionale (Busby 1995). Una soluzione a questa contraddizione apparente si trova nei lavori di Jonathan Parry (1989, 1994), che evidenzia come un discorso sulla fluidità difenda le rigide pratiche della casta: *“what .... the ideology of fluid substance implies is nothing less than that the disintegration of the self results from stepping off the tried and tested tracks of the established patterns of caste interactions”* (1994: 114). Una seconda soluzione è invece fornita dal lavoro di Daniel (1987) in Tamil Nadu e di Caroline Osella (1993) in Kerala, che enfatizzano la presenza di un'identità centrale e immutabile della persona (Busby 1995). Come evidenzia Cecilia Busby nella sua tesi di dottorato sullo studio di una comunità di pescatori in Kerala: *“the idea that discourses of fluidity and change exist in parallel with those that emphasize fixed natures, suggests that the line drawn between the two may be variable, and contested or manipulated by people in different contexts”* (1995: 28).

Gli studi sulla persona hanno stimolato diversi campi in ambito indiano, primo fra tutti quello dell'antropologia della parentela, che si è interessata alla trasmissione e condivisione delle sostanze corporee (es. Böck e Rao 2000, Trawick Egnor 1992, Fruzetti e Ostor 1982, Osella e Osella 1996). In particolare, il volume edito da Böck e Rao (2000) raccoglie etnografie dell'Asia meridionale che applicano il concetto di parentela proposto da Schneider in *“A Critique of the Study of Kinship”* (1984). Il testo sottolinea come nei lavori precedenti, il corpo umano non sia mai figurato nelle discussioni sulla riproduzione sessuale e la parentela, e che solo negli ultimi venti anni sia stato sempre più tematizzato, permettendo lo sviluppo di un concetto di persona processuale, fondato su un corpo e delle sostanze. Inoltre, è messo in evidenza che, nella maggior parte delle culture dell'Asia meridionale, i concetti fisiologici non solo pongono le basi per la concettualizzazione della procreazione biologica, ma vanno ulteriormente a influenzare altri aspetti dell'organizzazione sociale e delle visioni del mondo (Böck e Rao 2000).

Nei loro lavori, Sarah Lamb (1997) e Cecilia Busby (1995) evidenziano la scarsa attenzione di lavori come quello di Böck e Rao ai processi di cambiamento e di decostruzione che avvengono nel corso della vita. Infatti, i primi studi sulla persona erano in gran parte interessati alla casta, alla parentela, all'economia e alla politica (*ibidem*), trascurando altri temi come il genere. *“What is striking is that although anthropological interest in personhood developed contemporaneously with the anthropology of gender (from about the 1970s on), there has been little attempt to bring these two fields of inquiry together. As Henrietta Moore observes: ‘Indigenous concepts of the person and self are presented, most often, as gender*

*neutral, but on closer examination it is clear that the implicit model for the person in much ethnographic writing is, in fact, an adult male' (1994: 28). This gives the (misleading, I believe) impression that person and self are ontologically prior to and separate from gender identity" (Lamb 1997: 281).*

Le teorie antropologiche della persona eliminano facilmente la differenza tra uomini e donne e troppo spesso presentano un concetto che è di default maschile. Concentrarsi sul genere non solo estende le intuizioni acquisite dall'approccio etno-sociologico, ma fornisce anche un altro correttivo alla visione distorta della fluidità criticata sopra, poiché il genere costituisce una parte ben definita del nucleo immutabile della persona che non è soggetto a cambiamenti (Busby 1995). Il campo della riproduzione si presenta come un terreno fertile per aprire il concetto di persona, sviluppato nelle ricerche sull'Asia meridionale, a una lettura di genere e questa tesi vuole essere un tentativo in questa direzione.

Il lavoro di Cecilia Busby (1995, 1997, 2000) è un esempio di come integrare le riflessioni sviluppate attorno alla persona in Asia meridionale con quelle dell'antropologia femminista, indagando come si costituisce la differenza di genere in una comunità di pescatori del Kerala. Nella sua opera, Busby (2000) si occupa di esaminare e comprendere le relazioni tra il genere, le differenze corporee e gli scambi tra uomini e donne nella vita quotidiana. Lo studio evidenzia una complementarietà tra i generi, che si manifesta in particolare nella coppia marito e moglie, che è al centro della famiglia e dell'economia in generale. Ispirandosi agli studi dell'antropologia femminista e alla letteratura sul dono, gli scambi e le persone, l'autrice evidenzia come nel suo contesto di studio il genere può essere visto come un attributo categorico delle persone, che è principalmente compreso attraverso nozioni di differenza corporea e di ruoli nella procreazione, nonché attraverso la comprensione dell'importanza degli scambi tra i generi nell'economia (*ibidem*).

D'altra parte, come ho già scritto, gli studi antropologici e indologici sul genere in India hanno evidenziato la figura femminile solo nel suo ruolo di madre (es. Aneja e Vaidya 2016, Bagchi 2017, Krishnaraj 2010, Kurtz 1992, Bhattacharji 1990, Dandekar 2015, Bumiller 1991) e moglie (es. Hess 1999, Jamison 1996, Leslie 1989, Gatwood 1985). Il testo di Raheja e Gold (1994) rappresenta una delle poche eccezioni, trattando di prospettive morali alternative sulla parentela, il genere e la sessualità plasmate dalle donne, che superano questa dualità. In effetti, le autrici evidenziano come nelle canzoni e nei rituali raccolti tra le donne, prevalga un'auto-rappresentazione del femminile che contrasta con le immagini costruite dalla letteratura sulla parentela, il genere e la riproduzione in Asia meridionale. Attraverso la loro analisi, Raheja e Gold portano alla luce diverse forme quotidiane di resistenza che

passano, per esempio, tramite un uso sovversivo della parola.

Per indagare la percezione del sé femminile in India, la presente ricerca integra la visione della donna come soggetto di discorso (Calame 2015) proposta da Raheja e Gold (1994), con quella della donna come soggetto antropologico, ovvero come “agente delle pratiche simboliche che sono anche delle pratiche del corpo” (Calame 2015: 17). I lavori di Thapan (1995, 1997, 2001, 2004 e 2009) che trattano dell’esperienza dell’incorporazione femminile nella vita quotidiana, si pongono come un riferimento utile in questa prospettiva: "*It is only when we view the female body as a lived or communicative body, that we can begin to understand the implications of both the social construction of lived experience as well as women's own perceptions and articulations of their embodiment*" (1997: 7).

In conclusione, questo lavoro fa riferimento ai campi antropologici e indologici qui presentati che trattano le culture e le simbologie del corpo femminile in India (es. Busby 2000, Good 2000, Thapan 1995, Lamb 1997) e intende contribuire al loro sviluppo aprendo un’analisi centrata sull’intero arco della vita riproduttiva. La tesi intende prendere come riferimento il corpo vissuto e intimo, in cui si radica il processo di ginecopoiesi, così come la sua costruzione narrativa da parte delle donne.

## **PROPOSTE METODOLOGICHE PER UNA RICERCA ETNOGRAFICA DELL’INTIMO**

### *Come organizzare la ricerca sul campo?*

Il presente lavoro è stato sviluppato all’interno di un accordo di cotutela tra l’Università Milano-Bicocca e l’INALCO-*Institut National des Langues et Civilisations Orientales* di Parigi e si basa sull’indagine etnografica condotta nella città di Bhuj su un periodo complessivo di tredici mesi tra il 2015 e il 2018. Attraverso il progetto Vinci, l’Università Italo-Francese ha sostenuto la mia ricerca contribuendo a parte delle spese di mobilità effettuate nell’ambito della cotutela.

L’interesse per le rappresentazioni del corpo riproduttivo femminile e per come le donne vivono e affrontano la salute riproduttiva è nato nel corso di una precedente ricerca realizzata nel 2014 nell’ambito della laurea specialistica (Master 2) presso l’EHESS di Parigi. Il lavoro si concentrava sulle rappresentazioni della gravidanza secondo un gruppo di donne *hindū* che abitavano il quartiere mono-religioso di Mahāśakti Nagar nella periferia della città

d’Ujjain (Madhya Pradesh). Focalizzarmi sulla gravidanza, momento unico e liminale della vita riproduttiva femminile, mi ha permesso di mettere in questione il ruolo di corpo, genere e parentela. Tuttavia, attraverso la scrittura e la lettura di altri studi etnografici, ho notato come diversi simboli e concetti, centrali nella costruzione del corpo gravido, si legavano anche ad altri momenti chiave della vita femminile: il menarca, il ciclo mestruale, la contraccezione, l’allattamento etc. Prendere in considerazione il corpo riproduttivo femminile mi ha permesso di evidenziare come si articolano la ginecopoiesi in una regione specifica dell’India del Nord.

La scelta della città di Bhuj, visitata la prima volta nel corso di un viaggio fra ottobre e dicembre del 2015, è stata dettata inizialmente dalla volontà d’indagare una realtà multi-culturale, multi-linguistica e multi-religiosa. All’infuori di ricerche sul terremoto del 2001<sup>13</sup> o sull’artigianato della regione, la posizione geografica periferica rispetto a centri politici ed economici maggiori ha determinato una relativa scarsità di lavori sulla città di Bhuj. L’incontro fortuito con la *dāī māīm*<sup>14</sup> Karima mi ha aperto la possibilità di seguirla nel corso delle sue visite, portandomi a interrogare il ruolo di questa figura nella trasmissione dei saperi sul corpo riproduttivo. Il breve soggiorno mi ha permesso di prendere i primi contatti, di sviluppare una proposta di ricerca e di familiarizzare con le specificità sociali, economiche e geografiche della città.

Bhuj si presenta come una città di piccole dimensioni<sup>15</sup> per gli standard indiani, la cui struttura sociale riflette ideali definiti ‘tradizionali’, di tendenza conservatrice e patriarcale. In particolare, il ruolo della donna è legato al matrimonio e alla maternità, quest’ultima considerata come un ‘dovere biologico inevitabile’ (KMVS s.d.). Le rappresentazioni del corpo locali, pur essendo il frutto di diverse interazioni culturali e religiose, riflettono questa predominanza d’ideali ‘tradizionali’, riformulati a seguito del terremoto del 2001. Questo evento sismico ha portato a una massiccia opera di ristrutturazione non solo delle infrastrutture e del sistema di *governance*, ma anche sociale e identitaria (Simpson 2014). Nell’arco di un breve periodo, il processo di ricostruzione ha favorito l’arrivo di diversi paradigmi di modernità, che si sono incontrati e scontrati con una società scossa<sup>16</sup>. Quest’accelerazione, ha trasformato la regione del Kacch e la città di Bhuj in uno spazio di transizione che condensa le tensioni scaturite dal rapporto tra ‘tradizione’ e ‘modernità’. Questa condizione storica e sociale mi ha portato a scegliere Bhuj come campo della ricerca,

<sup>13</sup> Si veda l’ultima sezione in questo capitolo.

<sup>14</sup> Nome locale usato per riferirsi alle cosiddette *traditional birth attendant*.

<sup>15</sup> Nel 2011, Bhuj contava 148’834 abitanti (Census of India 2011a).

<sup>16</sup> “*In the aftermath, there was a marked surge in the importance of history and heritage, and the past was debated often, especially in relation to regional identity and collective loss*” (Simpson 2010: 67).

al fine di analizzare in che modo la crescente bio-medicalizzazione della riproduzione, anch’essa diffusasi in seguito al terremoto, riorganizza il sapere femminile.

La successiva ricerca etnografica, svolta tra giugno e settembre 2017, è stata realizzata col supporto dell’EFEO – *Ecole Française d’Extrême-Orient* e dell’Università Milano-Bicocca. In un primo periodo ho potuto risiedere in un appartamento nella città vecchia, che faceva parte di un complesso residenziale abitato dalle famiglie di quattro fratelli di casta *brāhmaṇa*, i Joshi. Tuttavia, a causa di un imprevisto familiare, mi è stato offerto di trasferirmi in un appartamento di un quartiere residenziale nel sud della città, appartenente a un complesso abitato dalle famiglie di otto fratelli di religione jain, i Thakkar. Questo periodo di ricerca mi ha consentito di entrare in contatto con la maggior parte delle donne che hanno partecipato a questo studio, rendendo possibile una prima identificazione delle pratiche e dei saperi attorno cui si struttura il corpo riproduttivo.

Quest’indagine ha anche permesso di includere altri luoghi di analisi, cui non pensavo di avere accesso. In effetti, data la difficoltà di condurre un’osservazione in ospedali o cliniche mediche, in un primo momento la ricerca si è svolta solo nelle abitazioni delle donne. Tuttavia, l’incontro fortuito con uno dei medici dell’ospedale governativo<sup>17</sup> mi ha permesso di ottenere un’autorizzazione eccezionale a condurre osservazioni nel dipartimento di ginecologia e ostetricia. Ciò ha permesso di estendere l’analisi a molteplici costruzioni del corpo femminile, secondo il punto di vista bio-medico, della medicina locale (*deśī*) e delle donne.

Durante il campo etnografico, ho avuto l’opportunità di avviare una collaborazione con la professoressa Anuja Agrawal (Università di Delhi), sociologa specializzata nel campo della salute e negli studi di genere in India. Questa collaborazione mi ha dato l’aiuto e il supporto di una specialista vicina al mio campo d’indagine e ha facilitato l’ottenimento di un visto di ricerca per il viaggio successivo, come *visiting student* presso l’Università di Delhi.

Durante la terza ricerca sul campo di più lunga durata, da gennaio a settembre 2018, ho risieduto nello stesso appartamento della famiglia Thakkar. Avere la possibilità d’immergermi nella quotidianità di Bhuj per otto mesi è stata un’esperienza fondamentale nella ricerca, in particolare per gli effetti che ha avuto nella messa in discussione della mia relazione con il corpo e della mia costruzione come donna. La confidenza sviluppata con alcune donne mi ha consentito di partecipare ad alcuni riti, come il *god bharāī* di Hetal o la *chathī pūjā* di Rayna, oltre che essere resa partecipe di alcune confessioni e narrazioni di esperienze intime. Il rinnovo dell’autorizzazione a condurre osservazioni presso l’ospedale

---

<sup>17</sup> Il nome e ogni riferimento diretto a questa struttura sono stati anonimizzati su richiesta esplicita.

governativo, mi ha permesso di partecipare ad alcuni parti, a operazioni di sterilizzazione e isterectomia, come anche a un gran numero di visite ginecologiche effettuate nell’OPD (*outpatient department*). Inoltre, sono entrata in contatto con altre strutture mediche locali: un centro di laparoscopia ginecologica, una clinica di maternità rinomata tra le donne e infine uno degli ospedali privati più frequentati della città.

In conclusione, le ricerche sul campo hanno permesso d’integrare donne di fede e classe sociale diverse, e di ampliare lo spazio di azione dei corpi riproduttivi, estendendone lo studio nel contesto delle istituzioni mediche. Inoltre, ritornare sul campo più volte nell’arco di tre anni, mi ha consentito di seguire la vita riproduttiva di alcune donne e di consolidare i diversi legami di fiducia necessari a una ricerca dell’intimo.

### *Come indagare in uno spazio multilinguistico?*

La conoscenza della lingua *hindī* è stata fondamentale per condurre la ricerca, anche se gli abitanti di Bhuj erano soprattutto di madrelingua *gujarātī*, lingua ufficiale dello stato, o *kacchī*<sup>18</sup>, lingua regionale parlata solo nel distretto. La diffusione della lingua madre non era dettata dalla località, ma dal gruppo di appartenenza (Grierson 2012): la maggior parte dei *brāhmaṇa*, dei *vaiśya*, degli *ahīr* e altre tribù di pastori parla solo *gujarātī*, mentre i musulmani, i *jāt*, gli *hindū* di origine *sindhī*, i *jāḍejā*, i *lohānā* e altre caste basse sono madrelingua *kacchī*. A Bhuj, chi parlava *kacchī* conosce anche il *gujarātī*, ma è raro il contrario. Tuttavia, l’ambiente multi-linguistico tipico della regione<sup>19</sup> ha permesso un’ampia diffusione della lingua *hindī*<sup>20</sup>. Per questo motivo, tutte le donne con cui sono entrata in contatto avevano una buona conoscenza della lingua *hindī*. In particolare, in ambito ospedaliero, dove medici e tirocinanti spesso provengono da altri stati indiani, l’*hindī* era usata come lingua franca con i pazienti<sup>21</sup>, i quali tuttavia ne hanno una padronanza basica, che non esce quasi mai dall’ambito colloquiale e parlato<sup>22</sup>.

<sup>18</sup> Il *kacchī* è una lingua indo-ariana del gruppo indo-iraniano della famiglia delle lingue indo-europee. Il censimento del 2011 (Census of India 2011b), lo elenca come dialetto del *sindhī*, affermazione che ha portato a una protesta per il riconoscimento del *kacchī* come lingua indipendente, e attesta 1’030’602 persone madrelingua. Questa lingua si è sviluppata sotto l’influenza del *sindhī*, il *kāṭhiyāvārī* (un dialetto del Gujarat), il *mārvārī* (un dialetto del Rajasthan) e il *gujarātī*.

<sup>19</sup> Si veda il sotto capitolo sul contesto più avanti.

<sup>20</sup> Già nel *Linguistic Survey of India* del 1919 la lingua *hindustānī*, la matrice della moderna *hindī* nata solo nel 1947, era parlata da un gran numero di persone e compresa da tutti, con solo qualche eccezione nei territori del nord (Grierson 2012: 183).

<sup>21</sup> La lingua franca usata tra i dottori è l’inglese, poiché tutti gli studi di medicina sono condotti in questa lingua.

<sup>22</sup> La maggior parte delle scuole propone un insegnamento in lingua *gujarātī* e/o inglese e sono poche quelle che inseriscono anche la lingua *hindī*. Poche donne sapevano leggere e scrivere in questa lingua.



Tutti gli scambi che ho avuto con le donne sono avvenuti in lingua *hindī*, con la sola eccezione di tre donne che hanno preferito parlare in inglese. La maggior parte delle conversazioni informali è stata registrata e poi trascritta da me o da un collaboratore esterno che risiede a Delhi. Dato l’interesse linguistico della ricerca, che ha cercato di ricostruire il lessico utilizzato dalle donne per riferirsi al proprio corpo riproduttivo, ho considerato importante riportare i dialoghi<sup>23</sup> in lingua originale, traslitterati in alfabeto latino secondo l’*International Alphabet of Sanskrit Transliteration* (IAST)<sup>24</sup>. Le narrazioni riportate mostrano un frequente utilizzo di alcuni vocaboli inglesi che provengono dal lessico medico e che sono stati integrati nel linguaggio colloquiale (es. *blood, cesarean, tube lock, egg...*), anche da persone che non avevano nessuna base della lingua inglese.

### ***Come trasmettere e condividere le esperienze del corpo?***

La ricerca si è costruita attorno al vissuto di quaranta interlocutrici<sup>25</sup>, di età compresa fra i 16 e i 75 anni, residenti in diversi quartieri della città di Bhuj. Nella scelta delle donne ho cercato di rappresentare le diversi fedi<sup>26</sup> e la varietà delle classi sociali, caste e comunità presenti sul territorio. La maggior parte delle interlocutrici svolgeva un’attività lavorativa dentro o fuori casa, mentre dodici donne non avevano nessuna attività remunerativa considerevole<sup>27</sup> e una ragazza andava ancora a scuola. All’inizio della ricerca, la maggior parte delle donne (18 su 30) viveva in *joint family*<sup>28</sup> ma nel corso dell’anno successivo tre di queste hanno deciso di trasferirsi, per poter vivere in una famiglia nucleare. Nessuna donna viveva da sola, anche se alcune erano vedove o il marito stava lavorando all’estero.

Il contributo delle quattro *dāī mām*, che ho potuto seguire nel corso delle loro visite e interrogare sulle pratiche e i saperi del corpo femminile, è stato fondamentale nello sviluppo

<sup>23</sup> Data la presenza dei dialoghi direttamente nel testo, ho considerato opportuno di non aggiungere in appendice ulteriori trascrizioni delle interviste.

<sup>24</sup> Si vedano le tabelle di riferimento in appendice. Nel presente testo tutti i vocaboli *hindī* e *gujarātī* sono traslitterati seguendo la stessa tabella, con l’eccezione dei nomi di luoghi.

<sup>25</sup> I nomi delle interlocutrici sono stati cambiati per proteggerne la privacy. Tutte le interlocutrici hanno dato un consenso verbale a partecipare alla presente ricerca.

<sup>26</sup> Undici interlocutrici sono hindūiste, quindici musulmane, di cui due ismailite e infine sono presenti una donna cattolica, una buddhista, una parsi e una jain. Per una descrizione dettagliata delle partecipanti, si veda in appendice.

<sup>27</sup> Tra queste, tre donne collaboravano saltuariamente con l’ONG *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS) a titolo gratuito o dietro un piccolo compenso. Altre preparano nel tempo libero dei tessuti per il trattamento tradizionale del *tie-dye*, attività molto lunga e poco remunerativa.

<sup>28</sup> Nella letteratura, la famiglia indiana si caratterizza come allargata (*joint*), dove più generazioni vivono insieme, o nucleare (*undivided*), formata dai genitori e i figli. Per approfondire le caratteristiche della famiglia in India, si veda Shah e Patel (2011).

della ricerca. Pur essendo musulmane, erano consultate da donne di tutte le religioni. Nonostante la traduzione generalizzata del termine *dāī*<sup>29</sup> come ostetrica tradizionale o *traditional birth attendant* (TBA), le *dāī māṃ* che ho incontrato non si limitavano a seguire il periodo perinatale ed erano consultate su diverse questioni legate alla vita riproduttiva femminile. In effetti, proponevano diversi rimedi per le irregolarità mestruali, difficoltà nel concepimento, aborti spontanei e problemi dell’allattamento; erano responsabili del monitoraggio della gravidanza, del post-parto, come del benessere dei neonati e dei bambini. I disturbi erano solitamente risolti attraverso manipolazioni, oppure grazie a dei farmaci casalinghi preparati da loro stesse. Le *dāī māṃ* possedevano delle conoscenze specializzate sul corpo femminile e dei bambini, in continuità con le rappresentazioni locali del corpo.

Attraverso le visite a domicilio condotte dalle *dāī māṃ* sono entrata in contatto con molte donne che hanno partecipato alla ricerca, oltre ad assistere a tutte le cure prodigate sul corpo femminile. Queste esperienze sono state rese possibili solo dopo essere stata accettata dalle quattro *dāī māṃ* come loro allieva. Tradizionalmente, questa professione è appresa attraverso un praticantato che può durare diversi anni, dove si stabilisce una relazione di maestro e discepolo (*gurū-śiṣya*). La mia posizione di studentessa mi ha permesso di giustificare il mio interesse per il loro sapere e le loro pratiche e di ricoprire la posizione di aspirante *dāī māṃ*.

Nel corso della ricerca ho seguito le mie interlocutrici durante le loro attività quotidiane nello spazio domestico e durante il lavoro. Come evidenzia Mounia El Kotni nella sua tesi di dottorato sulle *parteras* messicane (2016), la maggior parte della costruzione della fiducia avveniva attraverso attività apparentemente non legate alla ricerca: cucinare, fare la coda in ospedale, partecipare alle cerimonie religiose, andare al mercato. Era inoltre raro riuscire a parlare con le donne da sole, poiché erano sempre circondate da altre parenti, da bambini o dalle vicine. Tuttavia, le conversazioni informali corali che nascevano durante questi incontri consentivano alla parola di fluire più liberamente che durante un’intervista (*ibidem*). Questa frequentazione intensa e informale mi ha consentito di essere accettata come parte integrante di alcune famiglie, a volte con un titolo di parentela<sup>30</sup>.

I dati etnografici da cui si sviluppa la tesi sono composti dalle osservazioni

<sup>29</sup> Il vocabolo *dāī* non ha origini indiane, ma è stato preso in prestito dall’arabo attraverso la lingua persiana (Rozario e Samuel 2002). Inoltre, come anche in altre regioni, in Kacch la parola *māṃ*, ovvero madre, accompagna spesso il termine *dāī* in segno di rispetto.

<sup>30</sup> La partecipazione alla *chathī pūjā* di Rayna mi ha permesso di diventare la sua zia paterna (*buā*), nonché la cognata (*nanad*) di Rahila, la figlia (*bēṭī*) di Shaima e la nipote (*nātin*) della *dāī māṃ* Hazima. Per un glossario dei termini di parentela in *hindī*, si veda in appendice.

partecipanti, le interviste e le cartografie del corpo<sup>31</sup>. Ho trascorso la maggior parte della ricerca sul campo a casa delle interlocutrici, osservando e partecipando alla loro quotidianità e realizzando delle interviste. In particolare, le visitavo la mattina o il pomeriggio e le seguivo nelle loro attività domestiche, aiutandole quando mi era concesso: fare la spesa, preparare il cibo per la famiglia, pregare, pulire la casa, prendersi cura dei figli. Nel corso del tempo trascorso insieme ho sollecitato le donne a parlarmi delle loro esperienze riproduttive e della fisiologia del corpo femminile. Queste conversazioni informali erano spesso stimolate da alcune mie domande legate a delle riflessioni o soggetti di ricerca specifici, o s’ispiravano ad alcuni eventi da loro vissuti. Questa frequentazione assidua mi ha permesso di partecipare a delle cerimonie legate alla nascita e la maternità, come di accompagnare alcune donne nel corso della gravidanza e del periodo di segregazione del post-parto.

Nelle case delle quattro *dāī māṃ* ho avuto l’occasione di osservare le consultazioni e i trattamenti richiesti dalle donne che si recavano in visita. In queste circostanze, ero sempre resa partecipe dell’anamnesi e alla formulazione della diagnosi, ma il trattamento era dispensato unicamente dalla *dāī māṃ*. Infine, ho potuto seguire le *dāī māṃ* nelle diverse visite a domicilio, effettuate in particolare nel periodo del post-parto. Questi momenti mi hanno permesso di raccogliere dati e osservazioni che poi ho sviluppato nel corso delle conversazioni informali.

Due volte a settimana mi recavo presso l’ospedale governativo o quello privato, dove ho potuto compiere delle osservazioni semi-partecipanti nel reparto di ginecologia e ostetricia: in sala parto, in sala operatoria, nell’OPD (*outpatient department*) e nelle camerate. Grazie alla frequentazione dei diversi luoghi del reparto, ho potuto interagire sia con il personale sanitario, che con le pazienti e i loro familiari, osservando le diverse pratiche effettuate nella quotidianità della vita ospedaliera e nell’eccezionalità della nascita in questo contesto. Inoltre, la richiesta di Soraya Chako, giovane musulmana sposata da qualche mese, di essere accompagnata durante un aborto e la scelta della contraccezione, mi ha permesso di partecipare più da vicino all’esperienza delle donne nel loro percorso di salute riproduttiva.

Nel corso della permanenza sul campo sono stati numerosi gli imprevisti, i cambi di programma, gli incontri fortuiti e le costrizioni sociali (es. legate al ciclo mestruale<sup>32</sup>), che hanno costruito il tempo della ricerca come discontinuo. Come sottolinea Jean-Pierre Olivier de Sardan nel suo articolo sulla produzione dei dati in antropologia: “*c’est que l’enquête de terrain est d’abord une question de ‘tour de main’, et procède à coups d’intuition, d’improvisation et de bricolage. [...] Il faut, sur le terrain, avoir perdu du temps, beaucoup de*

<sup>31</sup> Sulle carte del corpo (*body maps*), si veda il prossimo sotto capitolo.

<sup>32</sup> Sul ciclo mestruale si veda il capitolo 3.

*temps, énormément de temps, pour comprendre que ces temps morts étaient des temps nécessaires*” (1995:73). In effetti, la ricerca si è costruita per *itération* (*ibidem*), sia a livello concreto, tra informazioni e informatori, che a livello astratto, ovvero tra problematica e dati. In entrambi i casi non si è trattato di un processo lineare, ma di un continuo va e vieni.

Osservare lo svolgimento di diverse consultazioni, come frequentare le case di diverse interlocutrici, mi ha consentito di attuare una triangolazione dei dati, a volte semplice e in altri casi complessa (*ibidem*). Questo principio metodologico mi ha consentito di incrociare le informazioni delle diverse interlocutrici, in modo da non essere bloccata in una singola fonte. Citando il testo sulla produzione dei dati in antropologia di Jean-Pierre Olivier de Sardan : *“il ne s’agit donc plus de ‘recouper’ ou de ‘vérifier’ des informations pour arriver à une ‘version véridique’, mais bien de rechercher des discours contrastés, de faire de l’hétérogénéité des propos un objet d’étude, de s’appuyer sur les variations plutôt que de vouloir les gommer ou les aplatir, en un mot de bâtir une stratégie de recherche sur la quête de différences significatives”* (1995: 81).

Pur avendo sempre a portata di mano un quaderno, un registratore e una macchina fotografica, ho cercato di usare questi strumenti il meno possibile, poiché creavano un’evidente alterazione nella spontaneità delle interazioni e delle conversazioni con le interlocutrici. Per tenere traccia degli eventi e delle riflessioni, nei momenti liberi annotavo in un taccuino le note etnografiche osservative, metodologiche e teoriche. Alla fine della giornata riprendevo e sviluppavo questi appunti nel giornale di campo, dove registravo per esteso le attività svolte, le persone incontrate e le tematiche delle conversazioni avvenute. Inoltre, annotavo il lessico usato dalle varie interlocutrici e alcune espressioni significative. Le osservazioni – partecipanti o semi-partecipanti – non sono state registrate o analizzate grazie l’aiuto di schede o griglie di osservazione, ma sono state descritte, commentate e analizzate giorno per giorno, nel giornale di campo.

Come evidenzia Jean-Pierre Olivier de Sardan, il giornale di campo può diventare uno degli strumenti più importanti nel corso della ricerca: *“le terrain prolongé, parce qu’il est fait de processus de rétroactions (feed-back) incessants entre production de données et interprétations, réponses et questions, suppose une verbalisation permanente, une conceptualisation permanente, une auto-évaluation permanente, un dialogue intellectuel permanent. Mais l’insertion de longue durée implique, elle, plutôt un travail solitaire, dont le moins qu’on puisse dire est qu’il ne favorise guère la verbalisation, la conceptualisation, l’auto-évaluation ou le dialogue intellectuel. Le chercheur doit dialoguer avec lui-même, mais ce dialogue reste largement virtuel, inachevé, implicite. Le journal de terrain joue un rôle à*

*cet égard, qui permet de ‘faire le point’ régulièrement, et de pallier ce manque de dialogue scientifique tout au long d’une enquête qui le rend pourtant indispensable”* (1995: 83). Infine, una parte importante della scrittura è stata dedicata alla costruzione di un diario, uno spazio che raccogliesse le mie riflessioni personali e le mie sensazioni nate dagli incontri con le donne e dall’impregnazione.

Nel corso della seconda ricerca, nel 2017, oltre alle conversazioni informali avvenute durante le osservazioni, ho condotto interviste più formali guidate da due questionari semi-strutturati, uno per le donne<sup>33</sup> e l’altro per le *dāī māīm*<sup>34</sup>, che mi hanno permesso di raccogliere delle informazioni sulla biografia delle interlocutrici e sul loro percorso riproduttivo. Tuttavia, seppure questo supporto mi aiutasse a tenere il filo dei vari temi da affrontare, la presenza di un foglio tra le mie mani distraeva l’attenzione delle interlocutrici e ne inibiva la parola. Seguire un questionario semi-strutturato portava a una sistematizzazione degli incontri, lasciando poca possibilità di sviluppare dei dialoghi più intimi. Dopo un paio di mesi ho deciso di abbandonare questo metodo di ricerca, lasciando più spazio all’empatia e a conversazioni informali che liberassero la parola, permettendo di affrontare tematiche più intime.

Pur essendo il tempo sul campo limitato e avendo una finalità relativamente ampia, sono riuscita a differire la fine della ricerca su un tema o sotto-tema fino alla loro saturazione (Olivier de Sardan 1995). Questo punto è stato riconosciuto grazie alla rilettura giornaliera delle note etnografiche e alla loro analisi nel giornale di campo. Tuttavia, siccome il concetto di saturazione è un indicatore che trova il suo senso in rapporto alle finalità della ricerca, non ho lasciato che il suo raggiungimento mi conducesse a una chiusura della ricerca, ma al contrario che aprisse la possibilità di confrontarmi con dati divergenti e contraddittori (*ibidem*). Citando le parole di Olivier de Sardan, “*le ‘principe de saturation’ vise ainsi à décrire l’espace des possibles dans un espace-temps donné, sur un ‘problème’ donné*” (1995: 84).

Durante i vari incontri e osservazioni, ho potuto registrare una parte delle conversazioni grazie a un piccolo microfono portatile, che accendevo dopo aver chiesto il consenso alla mia interlocutrice. Tuttavia, ho evitato di registrare le consultazioni mediche o

---

<sup>33</sup> Il questionario per le donne si articolava attorno quindici tematiche ed era diviso in due parti che corrispondevano idealmente a due incontri. Inizialmente m’informavo della situazione familiare dell’interlocutrice e le chiedevo di disegnare l’interno del corpo femminile. Successivamente, discutevamo dell’ideale femminile (quali sono le qualità di una madre/moglie/figlia/sorella?), la mestruazione, la menopausa, il concepimento, la contraccezione, l’infertilità, la fertilità e il femminile (in che cosa una donna è diversa da un uomo?). La seconda parte trattava invece dei rapporti sessuali, la gravidanza, lo sviluppo prenatale del bambino, il parto, il post-parto, l’allattamento, i riti legati alla nascita e la fertilità, la relazione con il bambino, l’aborto e l’aborto spontaneo.

<sup>34</sup> Il questionario per le *dāī māīm* riprendeva le stesse tematiche elencate nella nota precedente, con l’aggiunta di una parte più specifica sulle loro pratiche mediche e il percorso di formazione.

quelle avvenute presso le *dāī māṃ*. Tra le tre ricerche sul campo ho registrato 125 incontri<sup>35</sup>, per un totale di 94 ore di conversazione, che sono state trascritte da me o da un collaboratore esterno. Nel 2017, prima di partire per l'ultima ricerca sul campo, ho potuto creare delle schede tematiche (es. allattamento, sviluppo prenatale del bambino, mestruazioni etc.) dove ho raccolto i diversi brani tratti dalle conversazioni registrate, permettendomi di avere una visione d'insieme. Queste schede sono state parzialmente aggiornate tra il 2018 e 2019, nella fase finale di analisi e durante la redazione. La trascrizione delle registrazioni, ovvero la creazione di testi scritti e informatizzati, mi ha consentito di cercare per parole chiave, facilitandomi il riconoscimento dei brani più attinenti ai diversi temi trattati. I dati raccolti sono stati indicizzati e analizzati artigianalmente, permettendo la creazione del corpus etnografico di riferimento.

### *Integrare le cartografie del corpo nella ricerca*

La ricerca etnografica ha evidenziato una difficoltà nella raccolta dei dati, i quali si basano storicamente sull'osservazione partecipante. Tuttavia, com'è possibile osservare il corpo vissuto delle donne? Com'è possibile cogliere le rappresentazioni di un aspetto della vita di cui le donne non parlano sempre apertamente? Ispirata dal lavoro di Ceres G. Victora e Daniela R. Knauth (2001), ho deciso di introdurre nella ricerca una metodologia visiva facendo realizzare alle partecipanti delle mappe del corpo (*body maps*). La cartografia è un processo attraverso il quale le informazioni sono rappresentate in una forma spaziale (Narayanasamy 2009) ed è in grado di tradurre le esperienze emotive e personali in modo astratto, diventando uno strumento per condividere e narrare delle storie (Govender 2013). In particolare, cartografare il corpo è un metodo artistico di narrazione di esperienze (Maina e al. 2014) che in questa ricerca ha consentito di indagare la dimensione fisica del corpo riproduttivo con una prospettiva visiva e spaziale.

L'uso del disegno come strumento di ricerca e come forma espressiva di rappresentazione è raro in antropologia, ma non è nuovo<sup>36</sup>. Applicata al campo della riproduzione, la cartografia è stata impiegata per la prima volta nella ricerca di MacCormack e Daprèr in Giamaica (2013), dove ai partecipanti maschi e femmine è stato chiesto di disegnare il sistema riproduttivo all'interno di una sagoma vuota. Questo lavoro ha ispirato

<sup>35</sup> Per un elenco delle conversazioni registrate, si veda in appendice.

<sup>36</sup> Per esempio, durante la spedizione del XIX secolo nello stretto di Torres in Papua Nuova Guinea, Alfred Cort Haddon, uno zoologo e antropologo britannico, chiese ai bambini e agli adulti dell'isola di disegnare alcune maschere e figure della loro mitologia (Calandra 2013).

una serie di studi (es. Cornwall 1992, Kambou e al. 2007, Victora e Knauth 2001, Maina e al. 2014) a utilizzare le *body maps* per formare gli operatori sanitari o come strumento di raccolta di dati sanitari (Narayanasamy 2009). La cartografia corporea è una tecnica molto flessibile che è ampiamente usata in altre discipline, come la psicologia e la psicoanalisi (Amann-Gainotti e al. 1989, Betini Bartoszeck e al. 2008 e 2011, Patrick e Tunnicliffe 2010), ad esempio per studiare come le persone codificano visivamente le parti interne del corpo e quali funzioni sono loro attribuite (Özsevgeç 2007).

In questa ricerca, le mappe del corpo sono utilizzate come risorsa per raccogliere le conoscenze etno-fisiologiche ed etno-anatomiche legate alla funzione riproduttiva del corpo, consentendo di rendere ‘visibile’ l’interno del corpo femminile. Questa metodologia, affiancata da una descrizione verbale, permette di avere accesso all’immagine visiva che le interlocutrici hanno dei vari organi e alla loro funzione. Senza queste conoscenze, potrebbe essere fuorviante parlare di ‘utero’ o di ‘cuore’ se il ricercatore si basa su un quadro biomedico di riferimento (Cornwall 1992). Le mappe del corpo possono essere utilizzate per avere accesso alle rappresentazioni che le persone hanno del proprio corpo, come ai modelli esplicativi che si portano dietro nell’incontro con il ricercatore. La raffigurazione di queste informazioni può fornire rapidamente un punto di riferimento condiviso (Cornwall 1992), contribuendo a rendere ‘visibili’ alcuni significati impliciti (Afonso 2004) e facilitando uno stile d’incontro meno direttivo (Cornwall 1992). Inoltre, attraverso il disegno, i partecipanti hanno la possibilità di prendere parte attivamente alla raccolta dei dati e sono in grado di assumere la proprietà del processo di ricerca (Govender 2013), per esempio firmando i disegni.

La creazione di mappe del corpo consente ai partecipanti di condividere le loro storie di vita e di attribuire ad esse un significato, oltre che formare nuove correlazioni tra le loro esperienze (Botha 2017). Questo apre la possibilità d’indagare il modo in cui gli interlocutori interpretano e danno un significato alle proprie esperienze (Harrison 2002), in particolar modo quelle legate alla loro vita riproduttiva. La rappresentazione pittorica funge da dispositivo mnemonico, che coinvolge i partecipanti a un’ulteriore costruzione del loro discorso e alla reinterpretazione dei ricordi (Afonso 2004). In effetti, i disegni non sono entità fisse o stabili, ma sono prodotti in un particolare spazio e tempo e sono la registrazione visiva di come la persona comprende le sue condizioni in quel particolare luogo e tempo (Guillemin 2004). Inoltre, nel suo articolo *Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method*, Marilys Guillemin (2004) sostiene che oltre a essere un prodotto visivo, le mappe del corpo producono significati: “*through the process of producing a drawing, the drawer is simultaneously constructing knowledge about the drawing. The word drawing is both a noun*

*and a verb; it is both a product and a process*" (2004: 274). L'interesse della presente ricerca è sia nel processo di creazione di significato attraverso il disegnare, che del disegno come prodotto.

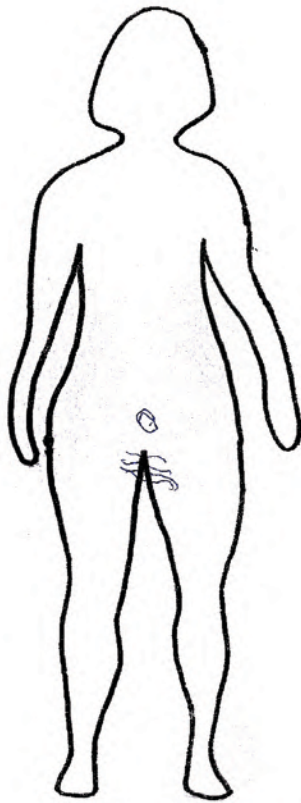
In termini metodologici, la potenzialità estetica e rappresentativa di quest'approccio lo rende un prezioso complemento dell'espressione verbale in diverse fasi della ricerca, dalla raccolta iniziale dei dati alla loro rielaborazione nella scrittura finale (Afonso 2004). L'uso di un approccio integrato che prevede metodi di ricerca sia visivi che narrativi offre un modo interessante per esplorare il corpo nel campo delle scienze sociali (Guillemain 2004). Le immagini sono forme di comunicazione che sono contestualizzate e legate a un particolare scenario culturale e sociale, e sono mediate dall'ideologia come dalla soggettività (Harrison 2002). Tuttavia, come ha evidenziato Rose nella sua opera *Visual methodologies*, l'immagine non è mai innocente (Guillemain 2004). Bisogna essere consapevoli che i dati sono influenzati e contaminati dal processo di raccolta (Harrison 2002), specialmente se le immagini sono prodotte su richiesta del ricercatore e non esisterebbero altrimenti. Per questo è importante mettere in discussione la relazione dei dati visivi con la domanda sociologica: il disegno fornirà dati diversi o non disponibili attraverso le parole (*ibidem*)? Penso che nella presente ricerca l'uso della rappresentazione visiva abbia offerto alle mie interlocutrici un modo alternativo di raccontare, che ha permesso loro di riflettere sulle concezioni del corpo riproduttivo e di organizzare questo sapere. Senza questo strumento non avrei potuto immaginare le molteplici posizioni degli 'uteri'<sup>37</sup>, impedendomi di avere accesso a una parte importante delle concezioni locali dei corpi.

Ho iniziato a proporre la creazione di cartografie del corpo nel corso della seconda ricerca del campo, nel 2017, dopo essere entrata più in confidenza con le donne che hanno acconsentito a partecipare alla ricerca. Nel corso di alcune interviste semi-strutturate e di qualche conversazione informale registrata, chiedevo alle mie interlocutrici di disegnarci quello che stavano narrando: per esempio il ciclo mestruale, la produzione del latte, il concepimento, i vari ricettacoli e i canali presenti nel corpo. Mentre alcune donne si sono servite delle sagome per segnare con puntini o qualche riga i processi o le strutture che stavano narrando, altre hanno dedicato più di mezz'ora a rifinire e completare il disegno. I disegni erano effettuati in mia presenza durante l'incontro e in totale ho raccolto venticinque *body maps* e dodici disegni liberi, che sono presentati nel corso della tesi o in appendice.

---

<sup>37</sup> Sulla moltiplicazione degli 'uteri', si veda il capitolo 1.





**Figura 1 (a sinistra)** - Esempio di sagoma femminile, nel quale Kamalaben ha disegnato un ricettacolo della gestazione e il cerchiaggio della cervice (5 agosto 2017).

**Figura 2 (a destra)** - I ricettacoli del corpo disegnati dalla *dāī māṃ Hazima* (luglio 2018).

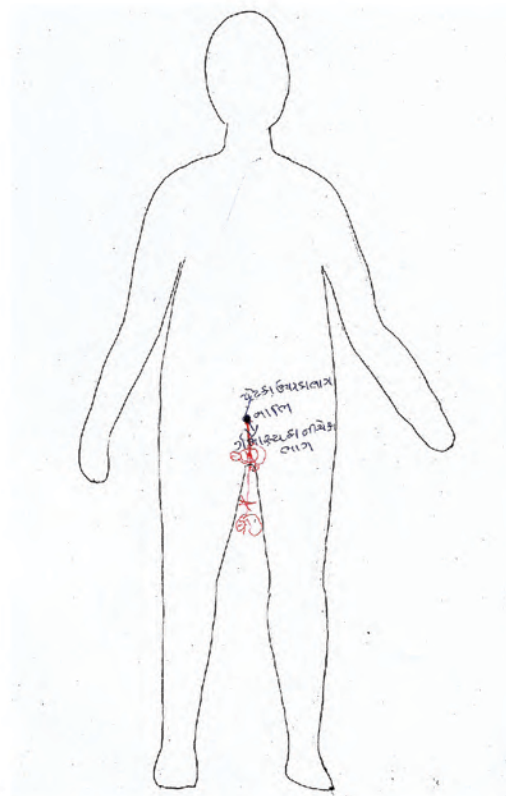
Durante la seconda ricerca sul campo, nel 2017, avevo preparato delle sagome vuote di un corpo femminile<sup>38</sup> in formato A5 (Figura 1), che porgevo alla mia interlocutrice insieme a una penna. Le donne, oltre a disegnare all’interno della sagoma, alcune volte facevano dei disegni liberi sul retro del foglio o accanto alla silhouette. L’anno successivo, con lo scopo di lasciare più libertà di azione e creatività alle mie interlocutrici, ho presentato dei fogli bianchi con dei pennarelli colorati. Tuttavia, relazionandomi anche con donne analfabete, mi sono resa conto che un metodo simile non ci permetteva di trovare un punto di riferimento comune che potesse servire da base per la narrazione. Per esempio, nei due disegni realizzati dalle *dāī māṃ Hazima* (Figura 2) e Serumasi (Figura 3) i ricettacoli e i canali sono fuori dal contenitore corporeo, liberi nello spazio del foglio, rendendo difficile comprendere la proporzione e la posizione all’interno dell’essere umano. Ho deciso di ritornare a una metodologia più strutturata, costruendo una seconda sagoma di formato più grande (A4) e *genderless* (Figura 4).

Come consigliato da Marilyns Guillemin (2004) nel suo articolo sull’uso dei disegni nella comprensione della malattia, le mappe del corpo sono state analizzate nella loro integrità,

<sup>38</sup> Il genere era riconoscibile dal taglio dei capelli a caschetto e da un’accentuazione dei fianchi.

includendo il processo di creazione, descritto attraverso le note etnografiche, la cartografia stessa e le narrazioni che la accompagnano. In particolare, mi sono ispirata alla lista di domande proposte da Guillemin per una “*critical visual methodology*” (2004: 275), che pongono l’attenzione non solo all’immagine come prodotto, ma anche al contesto in cui è stata creata<sup>39</sup>.

L’analisi delle carte del corpo si basa sull’interpretazione diretta delle interlocutrici e sulla successiva comparazione dei disegni raccolti. Uno degli aspetti considerati è stata l’inclusione o l’omissione di una caratteristica o di un elemento, la sua esagerazione o



**Figura 3 (a sinistra)** - I ricettacoli del corpo disegnati dalla *dāī māṃ Serumasi* (13 luglio 2018).

**Figura 4 (a destra)** - Esempio di sagoma *genderless*, nel quale *Kanta* ha disegnato la nascita di un bambino (11 luglio 2018).

<sup>39</sup> “Following is a list of some questions about the production of the image. The context in which the image is produced: When was it made? What events preceded the drawing, both in terms of the participant’s condition and the relationship established between participant and researcher? Where was the image made? Who drew the image? Was the participant able to draw the image her- or himself, or was assistance required? What was the response of the drawer to the request to produce the image? What are the relations between the drawer and the subject of the image? Some questions about the image are: What is being shown? What are the components of the image? How are they arranged? What relationships are established between the components of the image? What use is made of color? What colors are used? What is the significance to the drawer of the colors used? What do the different components of the image signify? What is being represented? What knowledges are being deployed? Whose knowledges are excluded from this representation? And is this a contradictory image? (to other data collected, for example, in interviews)” (Guillemin 2004: 284).

minimizzazione rispetto al resto del disegno (Merriman e Guerin 2006). Come suggerisce Calandra nel suo articolo sull’utilizzo del disegno in antropologia (2013), anche la disposizione degli elementi e il disegno stesso (es. le linee, gli spazi lasciati vuoti, la corrispondenza con le situazioni menzionate durante le interviste) sono stati due criteri che hanno guidato l’analisi. Al contrario, l’uso del colore non è stato un elemento significativo poiché, pur presentando una scelta di diversi pennarelli, tutte le partecipanti hanno eseguito dei disegni monocromatici, effettuati per lo più con una penna nera o blu. Questi metodi hanno permesso di evidenziare i punti in comune e le divergenze nella rappresentazione del corpo, la cui esposizione costituisce il primo capitolo.

### *Come posizionarsi da ricercatrice in India?*

L’approccio alla ricerca è stato influenzato dalla mia traiettoria personale: la familiarità sviluppata con la realtà indiana grazie ai numerosi viaggi, letture ed esperienze che ho iniziato a intraprendere dieci anni fa, insieme al desiderio di sviluppare un’antropologia applicata della maternità, hanno orientato il mio modo di relazionarmi con le interlocutrici. Ancora più importante, la ricerca è stata influenzata dalla mia posizione, ovvero dalle mie condizioni socio-economiche, educative e di genere che hanno determinato anche il modo in cui gli altri mi si relazionavano a me (El Kotni 2016).

La mia provenienza da un paese estero mi ha permesso di essere categorizzata come un’ospite straniera (*videśī mēhmān*), ma ritengo che la mia conoscenza della lingua *hindī* e di alcune norme sociali, per esempio legate all’abbigliamento<sup>40</sup>, abbiano facilitato la mia accettazione da parte delle donne. D’altra parte, il tempo della ricerca mi ha permesso di stringere relazioni d’amicizia o di parentela ‘fittizia’, che continuano ancora al di là dalla mia presenza sul campo, grazie alle nuove tecnologie. Tuttavia, spesso la mia incapacità di assolvere ai doveri previsti nel mio ruolo di amica o di parente, faceva ricordare a tutti quanti che ero una straniera. Questa posizione di *outsider within* (Collins 1986) mi ha reso accessibili spazi e momenti solitamente vietati a una donna, come sedere tra gli uomini in particolari cerimonie o filmare dei riti religiosi, pur dovendo rispettare altre restrizioni

---

<sup>40</sup> Con l’eccezione di Nilam Goswami (*hindū*) e Marjan Mawani (musulmana) nessuna donna che ha partecipato alla ricerca utilizzava un abbigliamento di stile occidentale, come pantaloni e *t-shirt*. Le altre donne preferivano uno stile più indiano, come il *sārī*, indumento composto da una lunga fascia di stoffa drappeggiata, l’*anārkalī suit* ovvero un vestito lungo, dei *leggings* e una sciarpa, o infine il *salvār kamīj* composto da una camicia lunga almeno fino all’anca, dei pantaloni larghi e una sciarpa. Infine, alcune donne prediligevano un abbigliamento più locale, composto da una gonna lunga, un corpetto con la schiena scoperta e una sciarpa. Durante la ricerca mi sono conformata allo stile indiano vestendomi con l’*anārkalī suit* o il *salvār kamīj*.

femminili, come quelle legate all’impurità del ciclo mestruale.

Considerando che le persone che ho incontrato condividevano l’idea che la gravidanza, il parto e la salute riproduttiva femminile siano argomenti di cui si parla tra donne, neanche la mia posizione di straniera mi ha permesso di abordare questi soggetti con gli uomini. L’unica volta che ho provato ad accennare la questione con Abbas, il mio insegnante di lingua *gujarātī*, in risposta ho ricevuto velate proposte matrimoniali: una donna che parla apertamente a un uomo di questioni sessuali e riproduttive è considerata un’impudente. Per questo la ricerca si è concentrata solo sul punto di vista delle donne, tuttavia sarebbe interessante capire se e in che modo si discute di questioni riproduttive e sessuali nell’intimità della coppia. Il sapere maschile sul corpo femminile corrisponde a quello raccolto in questa ricerca?

Ho condotto le tre ricerche sul campo condividendo la dimora con il mio compagno, Francesco Bogoni, che nello stesso periodo ha condotto la sua ricerca di dottorato in architettura e urbanistica su un progetto di riabilitazione degli *slum* di Bhuj. Di comune accordo, abbiamo deciso di presentarci come coppia sposata, status che mi ha permesso di essere considerata una donna rispettabile. Dubito che presentandomi come una donna nubile avrei avuto facilmente accesso al sapere legato alla gravidanza, che è trasmesso solo tra donne sposate, che possono potenzialmente affrontarne l’esperienza. Nel corso della ricerca, molte donne sostenevano apertamente che la mia curiosità per queste tematiche, un po’ bizzarra a loro dire, era certamente dovuta alla mia necessità di prepararmi a una futura gravidanza. La mia età, vent’otto anni durante l’ultima ricerca, e la mancanza di figli hanno preoccupato molte donne. Dietro la mia volontà di aspettare a rimanere incinta, molte interlocutrici hanno pensato nascondessi una mia presente infertilità o, ancora peggio, una grande ignoranza sulla fisiologia femminile, poiché è risaputo che è molto difficile rimanere incinta dopo i trent’anni. Molti discorsi avevano quindi l’intento di formarmi su come fare i bambini e ogni mia partenza dal campo era accompagnata da un augurio di ritornare presto con un figlio.

La mia posizione di ricercatrice straniera mi ha permesso di avere le autorizzazioni necessarie per condurre l’indagine all’interno di alcuni centri medici e di essere riconosciuta alla pari dai dottori, con cui parlavo inglese. In ospedale, questi elementi hanno cambiato il modo con cui la gente mi categorizzava e si relazionava a me: in quest’ambiente ricopro un ruolo alto nella gerarchia di potere. Questa situazione mi ha messo a disagio in alcuni momenti, per esempio quando sentivo di violare l’intimità delle pazienti o assistevo a

violenze ostetriche<sup>41</sup>. La mia presenza nell’OPD ginecologico, in sala parto come in sala operatoria, non è mai stata messa in questione dalle pazienti, abituate all’ambiente affollato dei centri medici, neanche durante gli esami pelvici o i *pap test*. Al contrario, è capitato che un’infermiera, pur consapevole della mia mancanza di un’educazione medica, mi abbia chiesto di aiutarla nell’inserimento di una spirale intrauterina.

Come suggerisce El Kotni nella sua tesi (2016), i dati raccolti sono il prodotto dell’articolazione di queste due posizioni - di potere e di fragilità - e del mio tentativo di livellarle. Questo sforzo fa anche parte del mio impegno etico nei confronti delle mie collaboratrici, con cui ho cercato di rendere il più chiaro possibile il proposito della ricerca e le possibili implicazioni. Ciononostante, soprattutto nella fase di scrittura è stato personalmente difficile analizzare, organizzare e articolare questo materiale che trasporta le emozioni, le paure, le gioie e le esperienze intime delle donne che ho incontrato.

### **UN TERRITORIO STERILE E VULNERANILE: LA REGIONE DEL KACCH E LA CITTÀ DI BHUJ**

Come emerge dai paragrafi precedenti, la ricerca si è svolta nella città di Bhuj, centro amministrativo del distretto del Kacch<sup>42</sup>, situato nella parte nord-occidentale dello stato del Gujarat (Figura 5). L’area confina a ovest con il mare Arabico, a sud con il golfo del Kacch e a nord con la provincia pakistana del Sindh. È il distretto più esteso dell’India (45,674 km<sup>2</sup>), ma il 51% della superficie è occupato da un deserto improduttivo altamente salino (*Greater Rann of*

---

<sup>41</sup> Nato e sviluppato dagli anni novanta in America Latina (Sadler e al. 2016), solo nell’ultimo decennio il termine violenza ostetrica è stato riconosciuto come una categoria sia legale che sociale (Chattopadhyay, Mishra e Jacob 2017). Definito come una violenza contro le donne, questo fenomeno s’interseca con altri assi di disuguaglianze strutturali come la casta, l’etnia, la classe sociale, la religione, producendo un’esperienza negativa e spesso violenta della gravidanza e del parto (*ibidem*). Anche se nella mia ricerca sul campo nessuna donna ha mai definito delle esperienze come violente, ma solo come sgradevoli, questo non elimina la presenza di violenze ostetriche e ginecologiche. Come scrivono Chattopadhyay, Mishra e Jacob nella loro analisi sulla violenza ostetrica negli ospedali rurali in Assam: “*the normalisation of different forms of violence and women’s descriptions of these acts without necessarily terming them as violent emanates from a systematic and systemic gender and class bias reflected in distinct and inequitable power relations between state health systems and women*” (2017: 12).

<sup>42</sup> Storicamente, il nome della regione è stato traslitterato in numerosi modi nell’alfabeto latino. Durante il periodo coloniale si è preferita la versione ‘Cutch’, mentre in seguito troviamo le versioni ‘Kachchh’, ‘Kachh’, ‘Kacchh’. La traslitterazione utilizzata in molti testi ufficiali governativi è ‘Kutch’. In questo testo, ho deciso di traslitterare il vocabolo कच्छ in *hindī* o કચ્છ in *gujarātī* secondo le tabelle di traslitterazione che si trovano in appendice, che s’ispirano all’*International Alphabet of Sanskrit Transliteration* (IAST), ed è quindi reso come Kacch.



**Figura 5** - Mappa di inquadramento:  
 Bhuj, il Kacch (in arancio), e il Gujarat (in giallo)  
 (autore: F. Bogoni).

*Kacch* e *Little Rann of Kacch*, Figura 7), mentre solo il 34,73% dell'area è coltivato e il 3,58% è usato come pascolo (Census of India 2011a). Nonostante la sua vastità, questa regione è poco densamente popolata<sup>43</sup>, a causa dell'inospitabilità del suo ambiente semi-arido e fortemente sismico. La scarsità d'acqua e la minaccia di siccità<sup>44</sup> sono le principali fonti di preoccupazione per la popolazione locale: non esistono fiumi perenni e la modesta catena montuosa che attraversa il Kacch è l'unica fonte che rigenera le riserve d'acqua sotterranee.

Questa regione prende il nome dalle sue caratteristiche geografiche e topografiche che ricordano le sembianze di una tartaruga (in *hindī kachuā*). Anche se adesso è considerata una penisola, in precedenza quest'area era un'isola<sup>45</sup> e ritorna ad esserlo per metà dell'anno. Durante il monzone, l'acqua del mare e dei fiumi monsonici del Rajasthan e del Gujarat, aiutati da forti venti, inondano il *Rann* ripristinando la conformazione insulare del Kacch. I processi geografici e geologici che hanno modellato la regione hanno favorito il mantenimento del suo carattere insulare. La studiosa Lyla Mehta, nella sua opera sul ruolo dell'acqua nella regione arida del Kacch (2005), evidenzia come l'isola non sia un sistema chiuso e isolato. Al contrario, l'autrice riconosce una certa fluidità dovuta a interazioni

<sup>43</sup> La densità del distretto è di 46 abitanti per km<sup>2</sup> (Census of India 2011a) rispetto a quella del Gujarat di 308 ab./km<sup>2</sup> (Census of India 2011c).

<sup>44</sup> Le siccità seguono un ciclo di cinque anni, durante il quale si contano 2/3 anni di forte siccità e un solo anno di precipitazioni adeguate (KMVS s.d.).

<sup>45</sup> Sulla rappresentazione del Kacch come isola o come penisola nelle mappe coloniali e postcoloniali, si veda Kapadia e Simpson (2010).

storicamente determinate tra diversi gruppi che hanno portato sia al mescolamento che alla disintegrazione della cultura locale. Ciò, unito alla singolarità geografica, ha portato a un'unicità nella composizione culturale e nell'affermazione socio-culturale dell'identità regionale.

Nel corso dei millenni, il Kacch è stato testimone di un flusso costante nei movimenti di popoli e comunità, favorendo la compresenza di diverse culture: gli antichi harappani, i conquistatori persiani, i mercenari arabi, gli schiavi africani e i pellegrini che si dirigono verso la Mecca sono passati attraverso la regione. Quest’area ha attirato anche diverse comunità nomadi o semi-nomadi di pastori come i *rabārī* e *ahīr* del Gujarat, i *rājput* del Rajasthan, i *samma* e i *sodha* del Sindh (Mehta 2005). Di conseguenza, il Kacch ospita un numero elevato di caste, sotto-caste, gruppi religiosi e si presenta come un territorio multi-culturale, multi-linguistico e multi-religioso, condizione che ha favorito un sincretismo culturale e religioso, in particolare tra musulmani e *hindū*.

Le occupazioni principali sono legate alla terra e alla pastorizia, in particolare nella zona settentrionale. Lo sviluppo di diversi porti sulla costa meridionale ha invece favorito un’apertura verso l’Africa dell’est, la penisola arabica e l’Oceano indiano. Le attività marittime hanno consentito lo sviluppo del commercio e l’emigrazione dei mercanti nei territori commerciali, favorendo un’alta presenza di *kacchī* nella diaspora indiana<sup>46</sup> (*ibidem*). La grande mobilità socio-culturale, in parte prodotta dalla scarsità di risorse locali, ha promosso il commercio sia via mare che sulla terraferma. Tuttavia, come evidenzia Lyla Mehta nella sua analisi della regione, questa dinamicità non ha promosso una cultura omogenea. “*The insular character of Kutch has also led to limited contact between the different groups and each area within Kutch has its own distinct character. Despite this tremendous internal variation, it is still possible to speak about distinct ‘Kutchi’ assertions, especially with respect to interactions with mainland India and other Gujaratis*” (2005: 68).

Nonostante i legami culturali con il Sindh<sup>47</sup>, l’Africa e Bombay, il carattere insulare del

---

<sup>46</sup> La diaspora *kacchī* è tutt’oggi molto legata alla madre patria e continua a investire in immobili, terreni e templi, o a inviare fondi alla famiglia rimasta sul territorio di origine. Questa situazione ha reso la regione il luogo con il più alto risparmio pro capite in India (Mehta 2005) anche se tale circostanza non si presenta in modo omogeneo su tutto il territorio.

<sup>47</sup> “*In the past, formal history, often of colonial manufacture, showed the kachch to be culturally and ethnologically related to Sindh, influenced by the passage of people and ideas along the Indian Ocean trade routes, and touched by Persianate practices and language. Today, this mode of presentation, where history is a scheme of endless connections and intimate relations with Sindh, is sidelined and ignored; locally made history now commonly reveals how the kingdom of Kutch was formed in splendid isolation from the world around it, given strength and identity by the successive Hindu rulers to have sat on its throne since its foundation in the sixteenth century*” (Simpson 2010: 67).

Kacch ha facilitato il suo isolamento politico e la conseguente emarginazione economica (Mehta 2005). La singolarità geografica del territorio ha favorito una grande disparità tra i territori del sud, costieri, urbanizzati, dedicati al commercio e all’industria, ricchi e prosperosi, e i territori del nord, desertici, dedicati alla pastorizia, prettamente rurali e più poveri. La capitale Bhuj, si trova al centro di questi due spazi, e funge da punto d’incontro tra le due realtà.

Fondata nel 1510, Bhuj<sup>48</sup> divenne la capitale del regno del Kacch nel 1549 sotto Rao Khengarji I appartenente alla famiglia reale dei *jāḍeja*<sup>49</sup>, che governavano la regione dal 1320. Il regno rimase relativamente autonomo fino al 1948, quando fu annesso allo stato indiano come territorio indipendente (*Part C State*), consentendo al *mahārāo* (il re) di continuare ad avere un potere speciale sul territorio<sup>50</sup>. Tuttavia, la *Partition* portò a una crisi identitaria causata dalla creazione di una frontiera artificiale che rompeva i legami culturali con la vicina regione del Sindh, interrompendo gli schemi migratori tradizionali della popolazione pastorale (Mehta 2005).

Negli anni '70 e '80, le crescenti difficoltà economiche portarono a una migrazione su vasta scala di uomini e mandrie bovine alla ricerca di foraggio, sussistenza e reddito, causando la frammentazione sociale delle comunità locali (KMVS s.d.). La costante erosione delle risorse produttive primarie della famiglia, ovvero la terra e il bestiame, ha portato a una crescente dipendenza dalla produzione di tessuti ricamati per integrare il reddito delle famiglie, dando alla donna una centralità nella produzione economica familiare. Questa produzione di artigianato locale è diventata una delle principali attrazioni turistiche della regione e ha visto l’implicazione di numerose ONG, come *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS) per la protezione del lavoro femminile.

Nel 2001, come già anticipato, il Kacch è stato teatro di uno dei più forti terremoti nella storia dell’India (magnitudo 7,7) che ha distrutto gran parte delle città e dei villaggi. Territorio sismico, questa regione è colpita da un terremoto di media intensità almeno ogni cinquant’anni, evento che nel corso della storia ha trasformato più volte la topografia e

---

<sup>48</sup> Il nome della città deriva dalla parola ‘serpente’ (*bhujio*). Uno dei miti di fondazione racconta che sotto la collina sulla quale si erge un lato della città murata, dormirebbe un *nagā*, divinità dalla forma di serpente. Il movimento periodico della sua coda sarebbe all’origine dei numerosi terremoti che attraversano la regione.

<sup>49</sup> Casta *kṣatriya* che deriva dalla comunità *samma* musulmana, poi convertitasi all’*hindūismo* (Mehta 2005). Carnivori, praticano matrimoni endogami nella comunità ed esogami tra i clan e seguono il culto della dea *Āśāpurā*, la divinità femminile più potente del Kacch (Singh 1998).

<sup>50</sup> I privilegi del *mahārāo* furono eliminati nel 1978 sotto Indira Gandhi, e da quel momento il Kacch divenne un comune distretto dello stato del Gujarat.



l’ecosistema locale<sup>51</sup>. Tuttavia, il terremoto del 2001 ricevette un’eccezionale risonanza a livello mondiale che facilitò la mobilitazione di fondi e d’aiuti per la ricostruzione. La città di Bhuj divenne il centro del processo di ricostruzione, ospitando ONG internazionali e favorendo l’implicazione delle ONG locali. La ricostruzione ha portato a una rapida evoluzione dello scenario socio-economico della regione attraverso un massiccio sviluppo industriale e urbano, e di conseguenza a un importante cambiamento demografico, catalizzando una forte migrazione per il lavoro. Inoltre, nel 2010 il Kacch si è aperto al settore del turismo naturalistico e dell’artigianato, ospitando gruppi indiani e internazionali, e favorendo uno sviluppo che ha iniziato a trasformare il paesaggio locale.

Bhuj (Figura 6), come capitale amministrativa e principale punto d’incontro per l’esplorazione della regione, si trova al centro di questi cambiamenti. Come territorio di frontiera, la città è sede di un grande centro militare, che ospita non solo il personale in servizio, ma anche le loro famiglie. Accogliendo uomini e donne provenienti da tutti gli stati dell’India, la base militare ha contribuito al carattere multi-culturale, multi-linguistico e multi-religioso di Bhuj. Nel 2000 la popolazione militare rappresentava circa un terzo degli abitanti della città (Theckethil 2012: 34), favorendo inoltre una variazione costante poiché la maggior



**Figura 6** - Mappa della città di Bhuj (autore: F. Bogoni).

<sup>51</sup> In particolare, il terremoto del 1819 favorì lo spostamento della foce dell’Indo, contribuendo alla desertificazione dei territori del nord un tempo rigogliosi e indebolendo l’autosufficienza della regione.

parte dei residenti militari è trasferita in altre sedi ogni quattro anni. La popolazione di Bhuj<sup>52</sup> è quindi molto varia a livello di provenienza, lingua, classi sociali e religione, e questa diversità si rispecchia nella scelta delle mie interlocutrici. Tuttavia, la maggior parte degli abitanti sono *hindū* (68,62%), ma vi è un numero significativo di musulmani (25,64%)<sup>53</sup> e in misura minore di jainisti (4,02%)<sup>54</sup> (Census of India 2011a).

Il terremoto del 2001 ha accelerato il ritmo di urbanizzazione della città, la quale in poco tempo ha esteso i suoi confini, trasformando i villaggi limitrofi in territorio periurbano. La ricostruzione post-terremoto ha permesso di riorganizzare la pianificazione urbana e lo sviluppo di diversi settori tra cui quello medico. A Bhuj si trovano gli unici ospedali specializzati della regione, privati e pubblici, il che obbliga molti abitanti di altre zone a lunghi spostamenti, anche giornalieri, per compiere analisi specifiche.

A causa della posizione periferica, esistono pochi studi sulla regione e sulla città di Bhuj in particolare. Al di là di testi scritti da viaggiatori coloniali che descrivono le usanze locali, le opere più recenti si concentrano sulle conseguenze del terremoto da un punto di vista urbanistico, politico e geologico, e sull'artigianato locale, diventato una fonte economica molto importante per le donne. Questo lavoro cerca di compensare alla mancanza di studi sulla regione, evidenziando come una società multi-linguistica e multi-religiosa ha permesso lo sviluppo di un sapere femminile comune nell'ambito delle rappresentazioni del corpo riproduttivo.

---

<sup>52</sup> Al 2011, la popolazione totale contava 143'286 abitanti con una *sexratio* di 887 e una *child sexratio* di 905 donne per 1000 uomini (Census of India 2011a).

<sup>53</sup> Questa percentuale è di molto superiore a quella nazionale, corrispondente al 14,23% di musulmani in India e al 9,67% in Gujarat (Census of India 2011d).

<sup>54</sup> Anche la presenza di jainisti è superiore nel distretto del Kacch rispetto agli standard indiani (0,37%) o del Gujarat (0,96%) (Census of India 2011d).

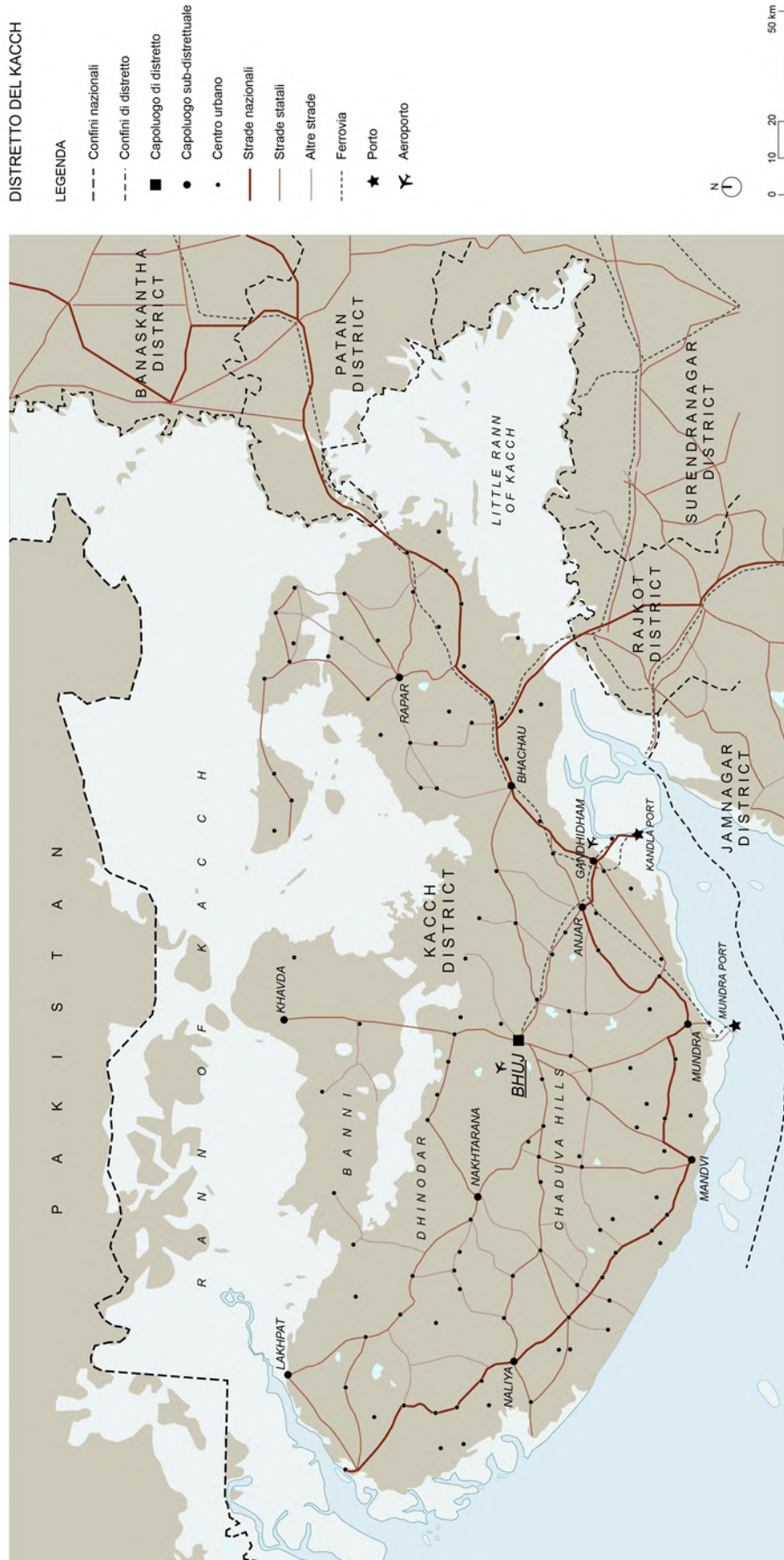


Figura 7 - Mappa del distretto del Kacch (autore: F. Bogoni)

## **STRUTTURA DEL TESTO: RAPPRESENTARE, FABBRICARE E CURARE I CORPI**

La tesi si propone di esplorare il ruolo che i saperi e le pratiche del corpo riproduttivo femminile hanno nel corso del processo di ginecopoiesi nella città di Bhuj. In che modo la produzione, riproduzione, trasformazione e contestazione dei saperi sulla riproduzione influenzano il modo in cui le donne vivono il proprio corpo? Che ricaduta ha questo processo sulla costruzione e l’esperienza del genere? Il testo è organizzato in tre parti, ognuna delle quali presenta un diverso angolo di analisi del corpo riproduttivo femminile.

La prima sezione, che si struttura attorno le cartografie del corpo, si focalizza sull’articolazione dei saperi anatomici e fisiologici, consentendo di porre le basi per l’analisi delle pratiche e dei saperi legati ai diversi momenti della vita riproduttiva. Il corpo è qui indagato nella sua materialità e nelle sue manifestazioni somatiche, investigando l’articolazione semantica e simbolica delle diverse sostanze e fluidi corporei. Come si struttura l’economia dei fluidi nel corpo femminile? La creazione delle mappe del corpo ha consentito di evidenziare l’assenza di organi e di una strutturazione anatomica: il corpo è attraversato da canali e recipienti che consentono il passaggio dei diversi fluidi corporei, il cui movimento mantiene in vita l’organismo. Il sangue è il liquido più importante ed è creato dal cibo, il che giustifica la necessità di mantenere una dieta equilibrata e di qualità, nonché la centralità dello stomaco nell’organizzazione interna. Il secondo capitolo si concentra sull’esposizione del corpo fluido attraverso la presentazione dei diversi liquidi vitali, tra cui i fluidi riproduttivi - lo sperma e il sangue mestruale - la cui unione dà avvio al concepimento.

La seconda sezione considera i diversi saperi e pratiche corporee che accompagnano il processo di soggettivizzazione femminile attraverso un progetto di plasmazione intenzionale ovvero di ginecopoiesi ‘attiva’ (Remotti 2013). L’autorità di questo disegno è fissata in un modello di femminilità che trascende i diversi gruppi religiosi, castali o sociali e che è applicato e perpetuato dalle singole donne, attraverso una trasmissione femminile dei saperi e delle pratiche corporee. Questo sistema non è statico, ma è costantemente contestato, rimodellato e riaffermato attivamente dalle donne stesse secondo la situazione familiare, storica, materiale o emotiva. In particolare, il terzo capitolo esamina come il corpo sia vissuto e costruito nei diversi momenti della vita riproduttiva, evidenziando come le donne mobilitino i diversi modelli esplicativi legati alla fisiologia e l’anatomia per radicare il proprio sapere e le proprie pratiche. Si mette inoltre in evidenza come le donne legano la ginecopoiesi ai diversi cambiamenti che avvengono nel corpo riproduttivo: il menarca, i rapporti sessuali, la gravidanza e la menopausa. Il susseguirsi di queste fasi permette di soffermarsi sul carattere

ciclico dell’esperienza femminile, che alterna fasi liminali e impure, ad altre di purezza e stabilità. In effetti, il corpo della donna mestruante è considerato trasgressivo, poiché ogni mese fa uscire spontaneamente dei fluidi che dovrebbero rimanere all’interno, oltrepassando i limiti corporei.

Il quarto capitolo si concentra sull’esperienza della gravidanza, momento centrale nell’affermazione della donna come madre. Il corpo gravido si configura come poroso, poiché sia l’ambiente esterno che le disposizioni interne della futura madre hanno un’influenza diretta nello sviluppo psico-fisico del feto. Questa concezione del corpo induce la madre a un’auto-sorveglianza continua sulle proprie azioni, pensieri e parole, al fine di formare la migliore progenie. L’autocontrollo materno non s’interrompe con il parto, ma deve essere mantenuto durante tutto il periodo dell’allattamento, argomento del quinto capitolo. Alla nascita, il corpo del neonato è molto influenzabile ed è sempre considerato in continuità con il corpo materno. La madre mantiene il legame stabilito nel concepimento, attraverso il quale può continuare a modellare lo sviluppo psico-fisico del neonato con l’allattamento e i massaggi.

Nell’ultima sezione, il corpo è analizzato dal punto di vista della salute riproduttiva: in che modo le donne concepiscono e affrontano la malattia? In quest’ambito, sono presi in considerazione due tra i sistemi medici più utilizzati dalle donne a Bhuj, ovvero la medicina allopatrica e quella locale (*deśī*) rappresentata dalle pratiche delle *dāī māṃ*. Tuttavia, se la medicina locale ha le stesse radici del sapere femminile, questo non è invece riconosciuto dal sistema medico allopatrico, che fa riferimento a un diverso modello del corpo. Il sesto capitolo rileva i processi che guidano l’incontro di questi due sistemi culturali, esponendo le diverse pratiche che avvengono durante le visite in ospedale e dalla *dāī māṃ*, con lo scopo di comparare le rappresentazioni del corpo riproduttivo femminile nei due sistemi.

Il settimo capitolo esamina l’influenza delle nuove tecnologie riproduttive sulla vita e sulle scelte delle mie interlocutrici residenti a Bhuj. Il capitolo prende in considerazione le conseguenze della recente bio-medicalizzazione del parto, che ha portato le donne a scegliere di partorire in ospedale pur cercando di opporsi a ogni intervento tecnico proposto nel corso della nascita, come la somministrazione di antidolorifici o il taglio cesareo. In un secondo momento, il capitolo apre una riflessione sulla contraccezione, ovvero in che modo le mie interlocutrici hanno scelto di gestire il proprio potenziale riproduttivo, e di come la sterilizzazione sia diventata il metodo più diffuso.

## **PARTE PRIMA**

### **DENTRO I CORPI: NARRARE I FLUSSI INTIMI**

# CAPITOLO 1

## CARTOGRAFARE I CORPI RIPRODUTTIVI

### ETNO-ANATOMIA DEL CORPO UMANO

#### *Corpo fluido o corpo anatomico?*

Nel corso della ricerca sul campo, le mie interlocutrici hanno condiviso attraverso la parola l'immagine che avevano del corpo riproduttivo. Per facilitare l'accesso alle percezioni e ai modelli esplicativi che le persone hanno della propria corporeità (Cornwall 1992), ho proposto di creare delle mappe del corpo (*body maps*). Questo capitolo parte dall'analisi di questi disegni, con lo scopo di delineare l'etno-anatomia locale.

Solo in pochi casi la richiesta di disegnare è stata seguita subito da una reazione positiva e, anche se nessuna donna si è mai rifiutata di parlare e di descrivere il proprio corpo, alcune non hanno voluto rappresentarlo graficamente. Il disagio sorto nel riprodurre la struttura corporea interna nasceva da una diversa percezione dell'oralità e scrittura come della parola e l'immagine, ma anche dalla storia della rappresentazione del corpo umano in ambito medico<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Il sapere della medicina ayurvedica, uno dei sistemi medici presenti in India, è documentato almeno fin dall'epoca del Buddha nel V sec AC e fu trasmesso in forma di manoscritto fino a quando la stampa di testi in sanscrito divenne comune nel XIX secolo. Se le illustrazioni mediche della Cina e del Giappone 'pre-moderne' (termine usato da Wujastyk) sono molto comuni, al contrario i manoscritti medici in sanscrito non erano illustrati (Wujastyk 2008). Dominik Wujastyk, nel suo studio sull'interpretazione dell'immagine del corpo umano nell'India 'pre-moderna', sottolinea che "*some alchemical manuscripts contain sketches of alchemical apparatus. But although the medical texts discuss and describe many topics that would lend themselves to illustration, such as intricate surgery, human anatomy, and medical botany, no images related to these or any other subjects are to be found in the manuscripts of these works*" (2008: 202). Al centro di questa tradizione medica c'è il testo, la parola scritta che permette di legittimare la validità di questo sapere. Le prime e rare illustrazioni anatomiche di tradizione ayurvedica risalgono solo al XVIII secolo e hanno una chiara influenza nepalese e persiana (Wujastyk 2009). Solo dopo la diffusione della dissezione, patrocinata dagli inglesi (Bhattacharya 2011) e l'avvento della stampa (Wujastyk 2009), le illustrazioni anatomiche che accompagnano i

La conoscenza che le mie interlocutrici avevano del proprio corpo era dominata dalla dottrina degli umori e dei fluidi, presente anche nella medicina ayurvedica. Quest'ultima si colloca accanto ad altre percezioni alternative, le quali pur essendo a volte in contraddizione tra loro, sono integrate e accettate: storicamente non c'è mai stata una sola concezione del corpo, ma una concezione dominante (Zimmermann 2006). Nel suo studio sulla rappresentazione dell'immagine del corpo umano nell'India pre-moderna, Dominik Wujastyk (2009) elenca alcune tra le diverse dottrine che storicamente hanno dominato e costruito storicamente la corporeità umana<sup>2</sup>. Uno degli scopi del suo studio è stato, usando le parole di Wujastyk: *“to mark the boundaries between different body discourses, boundaries that were sociologically and epistemologically real: people who used these different discourses in premodern India did so in compartmentalized ways, at least as far as we can tell from the surviving historical sources. The meditating yogin (cakra) would talk in a completely different way about his body than the surgeon (cutting, probing, excision) or the martial-arts practitioner (lethal marman points). This becomes important when considering the massive conflation of categories that has taken place in the course of the modernization and globalization of Indian concepts from the twentieth century onwards. All these discrete body narratives are merged and overlaid in the bricolage of contemporary popular discourse about Indian culture”* (2009: 205).

La posizione epistemologica della conoscenza anatomica nella medicina ayurvedica (Zimmermann 2006) è applicabile al corpus del sapere femminile trasmessomi a Bhuj. In entrambi i casi non si trova un'anatomia 'reale'<sup>3</sup>. Il corpo è composto da una rete di canali attraverso i quali i fluidi vitali devono scorrere nella giusta direzione. Le sostanze sono prodotte e poi evacuate regolarmente, in un processo ininterrotto di distillazione del buono e dell'utile dalla materia corrotta e consumata. Zimmermann, nel suo studio sulle concezioni del corpo nell'*āyurveda* evidenzia come questa metafora derivi dal mondo vegetale: *“images from the vegetable kingdom such as the network of veins in a green leaf, the rising of the sap*

---

trattati antichi e moderni di medicina ayurvedica si moltiplicano. L'introduzione nella formazione medica della conoscenza anatomica basata sulla dissezione ha portato alcuni cambiamenti indelebili nella percezione del corpo, della malattia e del sé (Bhattacharya 2011).

<sup>2</sup> Per esempio, il corpo vedico del sacrificio, rappresentato con le parole; il corpo jainista dove la materialità è negata e si rappresenta la pura anima incarnata; il corpo buddhista immaginato come una combinazione di processi ed eventi; il corpo tantrico raffigurato come un universo in miniatura e un canale per le energie mistiche che risvegliano la coscienza. Per una descrizione più dettagliata delle diverse rappresentazioni del corpo, si vedano Wujastyk (2009), Zimmermann (2006), Alter (1992).

<sup>3</sup> *“By ‘real’, Zimmermann means that those parts of the body which modern medicine calls organs and views as small factories or machines for manufacturing or transforming nutrients and which may be enumerated, dissected, and so forth, are not, in āyurveda, viewed in the same way at all”* (Wujastyk 2009: 205).



*and the milky exudation of resinous trees provide models for the body image. The idea prevails of a continuity from plants to men; saps (rasa), medicinal properties (ausadha-guna) and processes of cooking and coction—by the sun, on the kitchen fire, and through the seven organic fires transforming chyle into blood, blood into flesh, etc.—remain the same all along the chain of living beings. Instead of an anatomy, the physician makes use of a combinative system of saps and properties. The patient's body is not really visualized”* (2006). Non esiste una mappa né una topografia del corpo ma solo un'economia: sostanze che entrano o escono, che risiedono in alcuni *āśraya* (recipienti), o che scorrono attraverso dei 'canali' (*nālī*). Nell'*āyurveda*, fluidi e parti solide, tessuti e organi, sono mescolati nella nozione sanscrita di *dhātu*<sup>4</sup> traducibile come 'costituente' del corpo. La situazione è abbastanza simile a quella della medicina greca prima di Aristotele: esiste una Patologia senza Anatomia, poiché non vi è ancora una distinzione tra tessuti e organi (Zimmermann 2006).

Le narrazioni delle mie interlocutrici hanno evidenziato il corpo nella sua dimensione fluida e mobile attraverso l'utilizzo di vocaboli locali per lo più in lingua *kacchī* i quali, nella maggior parte dei casi, erano di natura descrittiva. La vescica urinaria, per esempio, è chiamata *peśāb kī kothrī*<sup>5</sup> o *peśāb kī thailī*, letteralmente 'il sacchetto dell'urina', il cui compito è quello di raccogliere e contenere questo particolare fluido. Gli stessi termini (*kothrī* o *thailī*) sono usati per definire altri recipienti legati al sangue (*khūn kī kothrī*), alle feci (*saṅḍās kī kothrī*) o ai bambini (*bacce*<sup>6</sup> *kī kothrī*)<sup>7</sup> e, nel corso del testo, questi due vocaboli sono tradotti in italiano come vescica<sup>8</sup> o ricettacolo. La stessa metafora si trova nella tradizione ayurvedica, dove gli 'organi' sono generalmente concepiti come recipienti (*āśraya*) di sostanze e fluidi (Zimmermann 2006).

La creazione di mappe anatomiche ha permesso d'evidenziare l'influenza della tradizione bio-medica sia a livello rappresentativo che lessicale. Nel disegno si nota l'integrazione tra un corpo anatomico e uno fluido: organi che non sono stati menzionati nelle narrazioni sono invece rappresentati e nominati utilizzando termini *gujarātī* o inglesi<sup>9</sup>. Un

<sup>4</sup> Per una trattazione completa dei molteplici significati del termine *dhātu*, si veda Das (1992: 553-558).

<sup>5</sup> Traslitterazione ipotetica di un termine *kacchī* che indica una piccola borsa o un sacchetto. Troviamo lo stesso utilizzo in *hindī* con il vocabolo *thailī*.

<sup>6</sup> Il termine *hindī* per tradurre feto come embrione sarebbe *bhrūṇ* o *garbh*, ma nessuno di questi due vocaboli è impiegato. Fin dal concepimento, le mie interlocutrici parlavano di bambino al maschile, ovvero *baccā*, termine usato indistintamente per definire la progenie prima o dopo la nascita. La parola *garbh* è invece solitamente utilizzata dalle donne per definire l'utero'.

<sup>7</sup> Le funzioni di queste vesciche sono trattate nel prossimo sotto capitolo.

<sup>8</sup> Intesa come una cavità generalmente destinata a raccogliere prodotti di secrezione o liquidi.

<sup>9</sup> L'utilizzo di queste lingue anche da parte delle donne madrelingua *kacchī* è giustificato dal fatto che queste due lingue sono utilizzate sia a scuola che in ambito medico per trattare l'anatomia dal punto di vista biomedico.

esempio di questo si trova nelle descrizioni del sistema digerente: le narrazioni che lo riguardano sono costruite attorno allo stomaco (*peṭ, jaṭhar*), ricettacolo principale che ha il compito di ‘cuocere’ il cibo ingerito per trasformarlo nei fluidi vitali (*rasa*) necessari al mantenimento corporeo. Tuttavia, le cartografie corporee mostrano un dispiegamento organico più complesso<sup>10</sup>. Il disegno non svela un sapere corporeo diverso, ma ne mette in luce una parte oscurata nella parola, che rispecchia una conoscenza di stampo bio-medico. Le donne che ho incontrato davano la stessa validità a saperi provenienti da ‘tradizioni’<sup>11</sup> diverse e al proprio sapere incorporato, nato dalla comprensione del corpo attraverso i sensi e le esperienze.

### *Il centro del corpo: cuore, cervello o stomaco?*

Le narrazioni delle mie interlocutrici hanno evidenziato la centralità dello stomaco (*peṭ*), considerato non come organo ma come ricettacolo, nel processo di produzione delle sostanze corporee. Il sangue è il fluido principale creato a partire dal cibo attraverso un processo di cottura attuato dal calore presente nel ricettacolo. La visione gastrocentrica del sapere femminile s’inserisce in una struttura emocentrica del corpo, creando uno stretto legame tra il cibo ingerito e la qualità del sangue. Per questo motivo la gestione del regime alimentare ha sempre avuto una grande importanza nelle speculazioni religiose e quotidiane delle donne. Questa concezione potrebbe essere stata influenzata dall’*āyurveda* dove in alcuni testi si è portati a confondere lo stomaco con il cuore<sup>12</sup>, poiché entrambi si legano al sangue e al cibo. Das (2003), per esempio, riporta una teoria che afferma che gli alimenti e l’acqua ingeriti entrano prima nel cuore (*hrdaya*) e solo in seguito nel ricettacolo del cibo non digerito (*āmāśaya*).

Nelle rappresentazioni del corpo riproduttivo disegnate dalle mie interlocutrici, poche volte il cuore assumeva una posizione centrale. Nella maggior parte dei casi, solo un’investigazione diretta ha permesso l’inserimento distaccato di quest’organo nelle

<sup>10</sup> Questo soggetto è approfondito nel prossimo sotto capitolo.

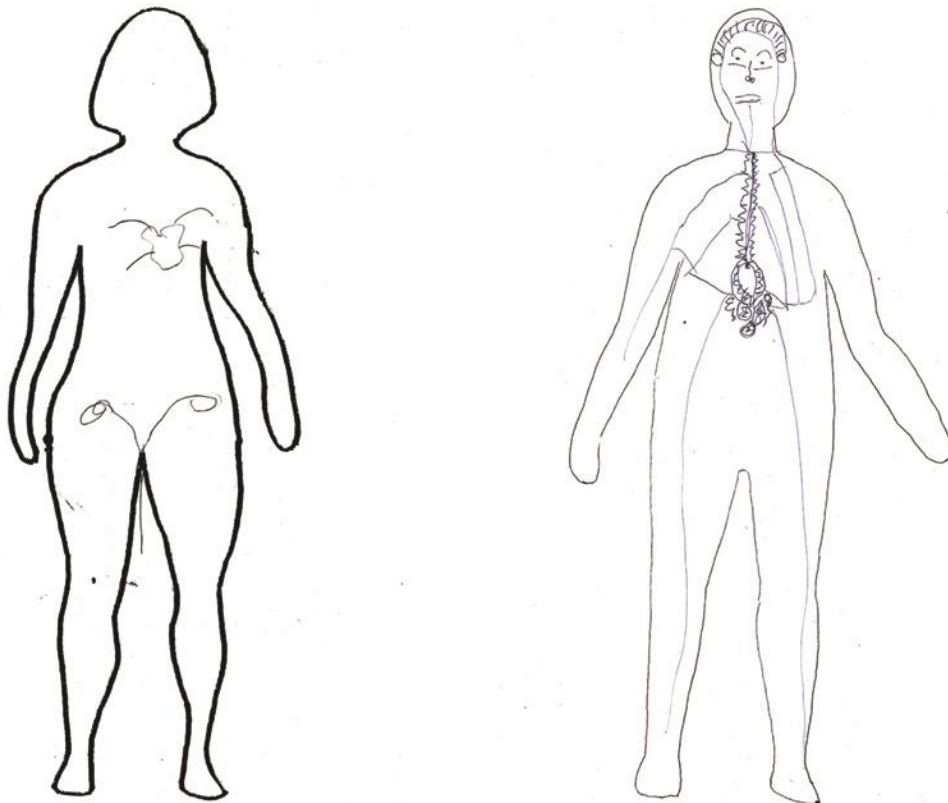
<sup>11</sup> Qui con il termine tradizione intendo quelle dottrine che storicamente hanno influenzato la conoscenza del corpo umano, tra cui le diverse tradizioni mediche presenti localmente.

<sup>12</sup> Zimmermann rimanda in particolare a Vogel (1965), facendo riferimento al significato ambiguo di *hrdaya*, “literally ‘cordial’, which must probably be understood as ‘pleasing the stomach’” (Zimmermann 2006). Anche in altre culture troviamo un’ambiguità nella distinzione tra lo stomaco e il cuore. Per esempio: “Kaplony (1995:39) lists several passages from ancient Egyptian literature which seem to show that the heart was held to be within the stomach” (Das 2003: 591). “There is no safely reconstructible term for ‘stomach’. Its function was certainly unknown, for it can be established by the witness of earliest texts of an Indo-European tongue that it was erroneously ascribed to the heart (Thieme 1964:595)” (Zimmermann 2006).

cartografie (Figura 1). Priti Thakkar<sup>13</sup>, nonna jain di 60 anni, è da poco diventata vedova dopo che il marito ha avuto un infarto, ma continua a tenere aperto il *beauty parlour* che è allestito nel salotto di casa sua, dove vive con la famiglia del figlio maggiore. In una pausa tra una cliente e l'altra, mi ha descritto le principali funzioni del cuore:

P: Ti pulisce il sangue che hai nel corpo. Il sangue cattivo (*kharāb khūn*) può bloccare le tue vene (*nālī*) e poi bisogna operarsi. Il cuore pulisce il sangue, tiene il sangue buono (*acchā khūn*) e fa uscire il sangue cattivo. Il sangue passa nel cuore che poi lo rimanda nel corpo<sup>14</sup>.

Il cuore purifica il sangue buono, separandolo da quello cattivo in un processo di distillazione del buono e dell'utile dei fluidi corrotti e consumati, al fine di mantenere attiva l'ampia rete di canali sanguigni (*nas*<sup>15</sup> o *nālī*) di cui il corpo è composto. Anche nel sapere



**Figura 1 (a sinistra)** - Il cuore e due 'uteri' (*garbh*) (Priya, 23 maggio 2018).

**Figura 2 (a destra)** - Il cuore, la milza, due polmoni, due fegati e il cervello (Hazima, 20 agosto 2018).

<sup>13</sup> Le donne citate nel testo sono presentate in appendice.

<sup>14</sup> “P: *Āpke śarīr khūn hai na? Pūrā sāph karte haiṃ. Kharāb khūn blok ho jāte haiṃ nālī āpkī hotī hai, bād meṃ surgery karnī parī hai. Āpkā dil vah khūn sāph karte haiṃ, acche khūn rakhte ho, aur kharāb nikal dete haiṃ. Saphāī ho kar [dil meṃ] śarīr meṃ phir jāte haiṃ*” (Priti, 24 Agosto 2018).

<sup>15</sup> Letteralmente “vena, tendine, nervo”, è tradotto qui come canale perché si avvicina meglio al significato utilizzato dalle donne che ho incontrato.

femminile, il cuore non era considerato un organo in senso bio-medico, ma un ricettacolo che raccoglie e filtra il sangue che circola nel corpo. Una descrizione più approfondita è data da Hazima, *dāī māīm* musulmana di 74 anni che, nonostante la sua età e le sue condizioni di salute, ancora aiuta le donne dello *slum* di Ramnagri a partorire. L'anziana donna ha disegnato l'interno del corpo (Figura 2) e ha descritto lungamente il cuore:

H: Il cuore (*dil*) è qui [in mezzo] [...] e c'è in tutte le creature. [...] È tondo. [...] Il cuore di un uomo è grande quanto quello di una capra [...] e al suo interno ci sono dei canali (*nas*). Quando noi respiriamo, lui batte. Se smette, allora l'uomo muore. Dentro di lui c'è la vita (*jān*). Quando il sangue arriva al cuore ci dà l'ossigeno (*oxygen*). Noi siamo come un pesce che vive in acqua<sup>16</sup> e muore quando viene tenuto fuori, perché nell'acqua riceve l'ossigeno. Così funziona il cuore. [...] Dal cuore [...] partono tutti i canali del corpo. Tutti i canali del corpo dipendono dal cuore.

L: Tutti i canali passano nel cuore?

H: Sì, così il sangue raggiunge il cuore, [...] anche il respiro entra dentro.

L: Il sangue e il respiro si uniscono?

H: Sì, il sangue entra nel cuore attraverso i canali del sangue (*khūn kī nas*) causando il battito.

[...] L: Cosa c'è nel cuore?

H: Niente, solo sangue e acqua. [...] Qui sopra c'è il cuore e dentro c'è l'acqua. C'è [un primo strato] di pelle e al suo interno c'è il cuore, dentro un gran palloncino d'acqua. Sopra la pelle ci sono i canali e tutti ricevono l'ossigeno. [...] Dentro l'acqua, il cuore si contrae, poi grazie al respiro si gonfia così, poi dall'interno della sua apertura escono i canali del sangue.

[...] L: Che cosa fa il sangue dentro il cuore?

H: Il sangue (*lohī*) lo fa diventare più grande, gli dà l'energia vitale (*śakti*) e non lo fa morire, vuol dire che l'essere umano è un essere vivente.

[...] L: Il sangue entra nel cuore?

H: Sì, tutto [il sangue] entra. Ovvero, noi prima mangiamo e il sangue (*blood*) si forma, poi va nei canali. [...] Nel cuore non fa niente, dà solo la forza vitale (*śakti*) per muoversi. Se il sangue diminuisce nel nostro corpo [il cuore] non cammina e per questo noi ci indeboliamo, abbiamo le vertigini e ci fa male. [...] [Il cuore] è come un uovo (*aṇḍā*): sopra l'uovo c'è un guscio. La parte gialla, il nucleo, non esce da dentro l'acqua. Così è il cuore. [...] Tutti i canali vanno dentro (il cuore). L'interno di tutto il corpo è percorso dai canali. [...] Qui ci sono i canali del cervello e tutti i canali si

<sup>16</sup> Questa metafora richiama l'idea che il bambino nel ventre materno è capace di respirare grazie al liquido amniotico. Si veda il capitolo 5.

mantengono collegati (*joint*) l'uno con l'altro<sup>17</sup>.

La *dāī māīm* Hazima costruisce un'analogia tra la struttura del cuore (Figura 3) e un uovo: il tuorlo è il nucleo del ricettacolo, dove il respiro (*sāms*), che entra da un canale che collega il naso e la bocca al cuore, si meschia al sangue (*khūn*). Il ritmo del respiro regola l'entrata dell'aria causando il battito cardiaco e permettendo al sangue di circolare in tutto il corpo portando energia (*śakti*) e forza (*tākat*). In questa narrazione il battito del cuore, necessario per la sopravvivenza, è originato dall'entrata dell'ossigeno: respiriamo per far circolare il sangue. Il cuore non attua di conseguenza nessuna azione particolare nell'ambito della circolazione, è passivo. Al contrario è rappresentato come un luogo dove si attua questo movimento.

Dal cuore, che occupa una posizione centrale, passano quindi tutti i canali (*nas*): se la circolazione si blocca l'intero corpo si ferma. Il nucleo si trova immerso in un ricettacolo d'acqua creando un ambiente adatto al movimento del battito cardiaco senza disturbare il resto del corpo. Seguendo la metafora dell'uovo, l'acqua corrisponde all'albume che è rinchiuso da un guscio di pelle (*camṛī*). Sotto il cuore si trovano altri organi vitali (Figura 2), ovvero la milza (*tillī*), due polmoni<sup>18</sup> (*phemphṛā*) e due fegati (*kalejā*), il cui compito poco definito consiste nel “fare il lavoro del sangue, aumentare il sangue, dare la forza<sup>19</sup>”.

Unica nel suo genere è la descrizione di Kamalaben, nonna sessantacinquenne,

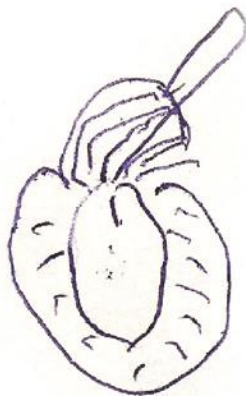
<sup>17</sup> “H: Dil yahām hai [bīc meṃ] [...] Jānvar meṃ, sab meṃ haiṃ. [...] Vah gol gol hai. [...] Jitnā barā goat kā hotā hai utnā barā ādmī kā bhī hotā. [...] Aur uske andar nas rahegā. Jab ham sāms lete haiṃ to vah dhaṛaktā hai. Agar vah baṃd ho gāyā to ādmī mar jātā hai. Jān hai ismeṃ apnā. Jab khūn dil tak pahūṃctā hai to vah apne ko oxygen detā hai. Jaise pānī meṃ machlī jaise rahtī hai agar use bāhar rakheṅge to mar jāeṅgī use pānī meṃ oxygen miltā hai. Aisā hī hai yah dil. [...] Dil se [...] pūrā śarīr kā nas hai usmeṃ. Dil rahegā aisā uske ūpar pūrā nas haiṃ śarīr kā. L: To sāre nas dil se jāte haiṃ? H: Hām khūn pahūṃctā hai usko. [...] Sāms bhī andar jātā hai. L: To sāms aur lohī milte haiṃ? H: Hām khūn kī naseṃ to ismeṃ haiṃ, ise khūn ismeṃ jāegā to yah dhaṛkegā. [...] L: Aur dil meṃ kyā kyā hotā hai? H: Kuch nahīṃ sirph khūn aur pānī. [...] Vah ūpar dil rahegā andar pānī kā yah rahegā. Ek camṛī rahegī uske andar yah dil hai aur uske andar yah pānī kā balloon bhārā hogā. Uske ūpar ye naseṃ hoṅgī. Camṛī ke ūpar. Sab ko oxygen miltā hai. [...] Yah pānī ke andar dil utar jātā hai aise, phir vah sāms aise aise phūltā hai, phir uske muṃh ke andar se khūn kā nas hai yah. [...] L: Aur lohī kyā karegā dil meṃ? H: Lohī usko barhātā hai. Śakti detā hai usko, marne nahīṃ detā hai. Usse matlab insane ka jīvan hai. [...] L: To lohī dil meṃ ātā hai? H: Hām sab meṃ ātā hai. Matlab ham khāte haiṃ to pahale blood bantā hai phir [...] Nas meṃ jātā hai. [...] Dil meṃ kuch nahīṃ kartā hai, śakti detā hai, calne kā ghūṃne kā, agar apne ko blood kam hogā śarīr meṃ to caleṅge na to kamjorī hogī usse, cakkār āegā dukhegā yah. [...] Yah aisā hai aṅde jaisā hai, aṅde ke ūpar chilkā hai aur pānī ke andar pīlā guṭhalī nahīṃ nikaltā hai, vaisā hī hai dil. [...] Sab nas ke andar jātā hai, yah śarīr hai na ismeṃ pūrī naseṃ haiṃ, [...] Yah idhar hai na yah magaj kī naseṃ haiṃ sab ek dūsre se joint ho rakhā hai” (Hazima, 20 agosto 2018).

<sup>18</sup> L'assenza di un legame tra i polmoni e la respirazione è probabilmente d'origine ayurvedica: “it is [...] hard to conceive of a theory concerning the function of breathing which completely ignores the lungs. [...] The very word for ‘lungs’ (*kloman*), in the medical encyclopedias, is conspicuous for its rare occurrence, one could almost say for its absence” (Zimmer 1948: 161).

<sup>19</sup> “H: Khūn kā kām kartā hai, khūn barhātā hai, tākat detā hai” (Hazima, 20 agosto 2018).

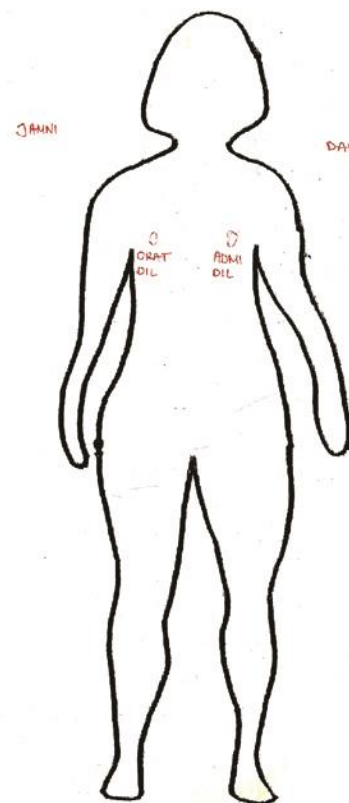
principale portavoce delle donne della casta *devī pujak*<sup>20</sup> della città e adepta del *Kaival Gyan Sampradāya*<sup>21</sup> d’influenza tantrica. A dispetto delle descrizioni precedenti che vedevano il cuore in una posizione centrale del tronco, sia negli animali che negli uomini, Kamalaben lo collocava in modo diverso secondo il genere: gli uomini nella parte destra del petto e le donne a sinistra (Figura 4). Questa divisione polare del corpo richiama una visione dicotomica del cosmo, formato da energie in opposizione (caldo/freddo, maschile/femminile, umido/secco...). L’influenza tantrica del pensiero di Kamalaben emergeva nel discorso anatomico, dove anche fisicamente i corpi di sesso diverso sono complementari. Compito dell’adepto tantrico è, infatti, ‘realizzare’ il divino in sé stesso (Wujastyk 2009), trascendendo le coppie d’opposti attraverso la loro unione.

La narrazione dell’anziana *dāī māṃ* Hazima permette d’introdurre un secondo ‘organo’ nel quadro anatomico: il cervello (*dimāg, magaj*) il quale sembra svolgere un ruolo



**Figura 3 (sopra)** - Struttura del cuore (Hazima, 20 agosto 2018).

**Figura 4 (a destra)** - Posizione dei cuori (Kamalaben, 13 agosto 2018).



<sup>20</sup> Il nome *devī pujak* è una denominazione moderna che sostituisce la vecchia appellazione di *vagri* (che significa ‘come una tigre’), ora considerata dai membri della comunità come peggiorativo. In Kacch, la comunità è notificata come *scheduled tribe* (ST), tradizionalmente nomadi e carnivori, lavoravano come muratori o manovali (Singh 1998). Il cambiamento di nome, il nuovo vegetarianismo, come la rivendicazione di appartenere a una comunità *brāhmaṇa*, evidenziano delle pratiche di sanscritizzazione (Srinivas 1956).

<sup>21</sup> Sistema religioso (*sampradāya*) *hindū* monoteista fondato nel 1829 dal Paramguru Shreemat KarunaSagar Maharaj, il cui tempio principale si trova nel villaggio di Sarsa, nel distretto di Anand in Gujarat.

secondario rispetto al sangue e il cuore. Il primato del calore, del flusso caldo e vivo del sangue ha avuto una grande diffusione storica e geografica, che in Europa è attestato fin dall'Egitto arcaico (Manuli e Vegetti 2009). Nel libro sulla storia delle tesi cardiocentrica e encefalocentrica<sup>22</sup> nella medicina greca, Manuli e Vegetti evidenziano che “la questione del ruolo da assegnare nell'organismo al cuore, al sangue e al cervello, e in particolare di stabilire a quale, o a quali, di essi tocchi il rango di principale egemone, la signoria nell'organismo stesso risulta [...] al centro di una delle vicende più tormentate della storia della biologia greca” (2009: 17). Lo stesso dibattito è assente sia nei testi ayurvedici che nelle narrazioni delle mie interlocutrici, a causa di quello che Tarabout (2014) chiama nel titolo del suo articolo, l'assenza del cervello nelle rappresentazioni del corpo in India: “*comme dans beaucoup d'autres sociétés, les représentations du cerveau en Inde semblent avoir été pratiquement inexistantes avant la diffusion, à l'époque coloniale, de connaissances anatomiques venant d'Europe*” (2014: 31).

Nei testi medici e religiosi indiani il cervello non è trattato come organo ma come una sostanza corporea<sup>23</sup>, ovvero la materia cervicale (*mastiṣka* in sanscrito), nome dato al grasso (*medas*<sup>24</sup> in sanscrito) che risiede nella testa. Invero, il vocabolo *manas*<sup>25</sup>, solitamente tradotto come mente o psiche, ha la funzione di dirigere gli organi di senso (*indriya*), ma secondo alcune tradizioni è sinonimo di *hrdaya*<sup>26</sup> (cuore) centro delle emozioni e dell'intelletto umano<sup>27</sup>. Anche tra le donne che ho incontrato, l'idea del cervello come centro direttivo e principio vitale sembrava assente. Secondo Priti, vedova jain:

P: Il lavoro del cervello è pensare, fare idee. Il cervello ci permette di capire cosa succede e cosa dobbiamo fare. È il cervello che pensa che fa male la pancia o la testa o

<sup>22</sup> Sviluppatesi al principio del V secolo AC a seguito di una scoperta anatomica, ovvero che la vista è connessa al cervello, porta a determinare il cervello come centro percettivo dell'essere umano, poi come centro intellettuale e infine come centro vitale. Per una trattazione approfondita, si veda Manuli e Vegetti (2009).

<sup>23</sup> Questa stessa idea è presente in alcune lingue moderne, per esempio quello che si potrebbe tradurre come cervello in malayalam, *talaccōru*, significa letteralmente “il riso della testa” (Tarabout 2014: 33).

<sup>24</sup> Per una trattazione più approfondita del termine *medas*, si veda Das (2003: 570-1).

<sup>25</sup> Per una trattazione più approfondita del vocabolo *manas*, si veda Roṣu (1978).

<sup>26</sup> “*En reprenant des notions védiques, les traités médicaux attribuent au cœur un rôle primordial, car il est considéré comme centre des fonctions pneumatiques et des activités psychologiques*” (Roṣu 1978: 210). Per una trattazione più approfondita sul termine *hrdaya*, si vedano Das (2003: 590-3) e Roṣu (1978).

<sup>27</sup> “*Nor is the insignificance of the lungs in Hindu medicine an isolated fact. A similar misconception prevailed with respect to the brain. Nothing was taught about its functions. There are chapters on the head, dealing with diseases of the mouth and the sense organs, a chapter on different kinds of headache caused by heat, cold, smoke, or sun, but no notion seems to exist of diseases of the brain. Functions, which modern psychology and anatomy attribute to the brain, are said to reside in the heart. The hearth, says Suśruta (III, 4), is called the abode of consciousness (cetanā, the thinking substance and function)*” (Zimmer 1948: 162).

l'orecchio<sup>28</sup>.

Il cervello mantiene la funzione di coordinatore degli organi di senso, permettendo al pensiero di entrare in contatto con il proprio corpo attraverso le sensazioni. Inoltre, aiuta a riconoscere la realtà (*kyā hai*) e permette di comportarsi correttamente (*hamko kyā karnā cāhie*), forse in un senso morale e sociale. Ancora più approfondita, è la descrizione che la *dāī māṃ* musulmana Hazima mi ha fornito mentre disegnava all'interno della sua casa dove vive con la figlia Shaima:

H: Il cervello (*dimāg*) fa il suo lavoro, nel bene e nel male. Se impieghiamo il cervello per imparare delle belle cose, allora le belle cose andranno nei canali del cervello (*dimāg kī nas*). Se s'imparano cose cattive, sarà la cattiveria a diffondersi. Per esempio, tu sei giovane e se per 'giovinezza' dici qualcosa di sbagliato a qualcuno, noi possiamo sforzarci a non parlar male, ma solo bene. Il lavoro del cervello è questo. Se utilizziamo eccessivamente il cervello, allora potremmo avere dei problemi mentali (*mānasik problem*). [...] Se per esempio qualcuno ci racconta di cose brutte e ci dice di fare a botte o di uccidere qualcuno, bisogna pensare con mente fredda (*ṭhaṇḍā dimāg*). [...]

L: Com'è fatto il cervello?

H: Questi sono dei canali [dice indicando il disegno]. Quando parliamo, i canali (*nas*) che sono nel cervello si muovono e quando dormiamo, stanno tranquilli. Se siamo tesi, ci viene il mal di testa<sup>29</sup>.

La *dāī māṃ* Hazima poneva molta importanza nell'allenarsi a pensare positivamente. Quest'attitudine psicologica ha una grande ricaduta sul piano fisiologico che consente di sottrarsi a pressioni mentali richiamando il concetto di *hydraulic physiology* (Cohen 1998). La testa è irrorata di canali (*nas*) che si attivano quando si pensa, creando un leggero riscaldamento. Pensare poco, avere pensieri di pace e di tranquillità permette di mantenere la freschezza mentale necessaria al mantenimento della chiarezza di pensiero e dell'equilibrio psico-fisico. Riflettere troppo sui propri problemi causa invece un riscaldamento dei canali

<sup>28</sup> “*Dimāg socne kā kām karte haiṃ. Vicār karte. Hamko kyā karnā cāhie, kyā hai, vaha dimāg hī karte. kyā mereko peṭ dukhtā hai, sirph dukhtā hai, khān dukhtā hai, vaha dimāg socte*” (Priti, 24 Agosto 2018).

<sup>29</sup> “*H: Dimāg to apnā kām kartā hai jaise acche meṃ bhī kām kartā hai, bure meṃ bhī kām kartā hai, dimāg meṃ jor lagāeṃge acchī bāt sīkhnā ho to acchī dimāg kī nas calegī, burī bāt sīkhnā ho to burī calegī, jaise apne ko juvān hai juvān se kisī ko galat boleṃge agar ham dimāg pe thorā jor lagāe ki isko galat nahīṃ bolnā hai acchā bolnā hai to use acchā bolte haiṃ dimāg yahīṃ kām kartā hai, agar ham phāltū dimāg pe jor lagāeṃge to apne ko mānsik problem ho jāī hai. [...] Jaise apne ko koī burā kām batātā ho jaise kisī se jhagrā karnā yā kisī ko mārnā ho yah, ye sab ṭhaṇḍe dimāg hoke socnā partā hai. [...] L: Aur dimāg kaise hotā hai? H: Ye naseṃ haiṃ jab apun bāt karte haiṃ na to dimāg meṃ ye naseṃ urī haiṃ aur jab nīṃd āī hai na to sāṃt rahī hai. Jaise bahut tension hotā hai to sar dukhtā hai apnā*” (Hazima, 20 agosto 2018).



mentali, favorendo lo sviluppo di emozioni e pensieri violenti, irrosi e affrettati.

Nelle narrazioni delle mie interlocutrici, il cervello non si delinea come un organo in senso bio-medico né come un ricettacolo, ma piuttosto come un intreccio di canali attraverso i quali, materialmente, si muoveva l'attività mentale. Questo quadro rievoca il corpo fluido dominante nei modelli esplicativi dell'*āyurveda*: “*health is nothing but intimate smoothness and outward plumpness*” (Zimmermann 2006). Secondo Tarabout (2014), l'assenza del cervello non è frutto di un'ignoranza: “*il n'avait pas de pertinence pour les théories que les savants indiens ont élaborées, et pour les perspectives que ces conceptions cherchaient à dessiner. [...] La question même d'un 'imaginaire du cerveau', vue de l'Inde, est ainsi une question proprement interne à une vision occidentale du corps. Ce qui a fait l'objet de spéculations et de figurations, par contre, ce sont la tête, le crâne, ou, seule véritable existence du cerveau dans les idées et la littérature, la matière cervicale*” (2014: 48-9).

## SVELARE L'INTERNO DEL CORPO ATTRAVERSO IL DISEGNO

### *La moltiplicazione degli 'uteri'*

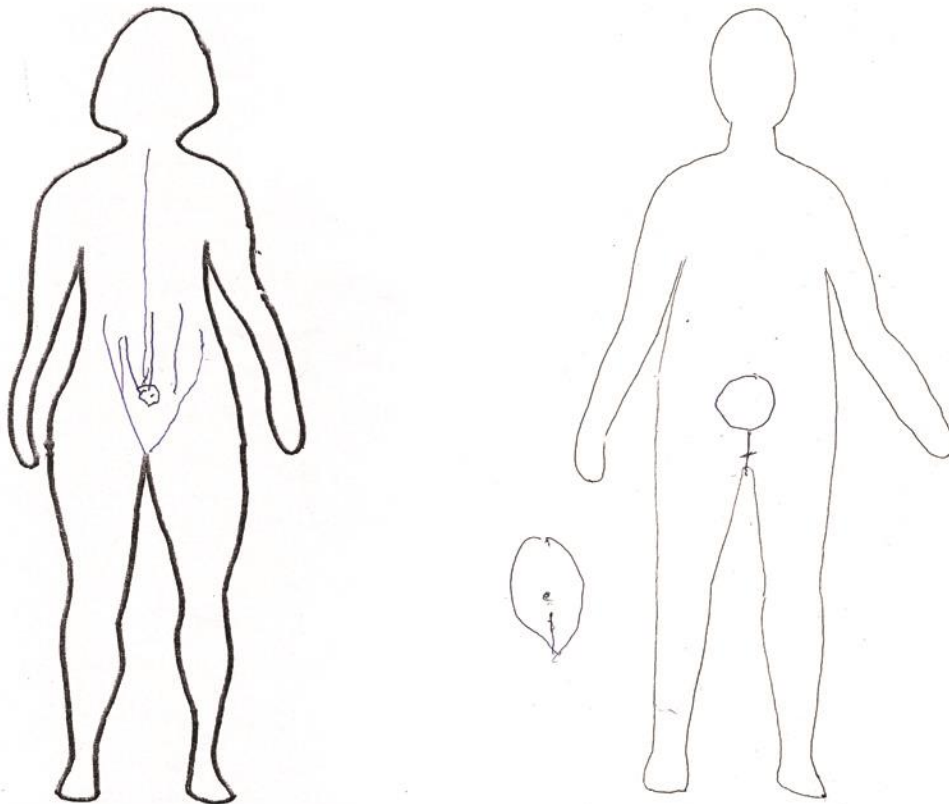
Dopo aver presentato nel paragrafo precedente come si costituisce il corpo umano secondo le mie interlocutrici, questa sezione entra più nel dettaglio nella presentazione di quei ricettacoli e canali che partecipano alla riproduzione. In particolare, le cartografie del corpo mostravano una variazione nella rappresentazione dell'utero (*garbhāśaya*). Il corpo femminile può avere un numero mutevole di 'uteri' (*garbh*), da uno a quattro. La moltiplicazione sembra collegarsi all'incorporazione della concezione di un'impurità del sangue che stagna in questa vescica o alla mancanza di questa idea. Le differenze nell'anatomia, fisiologia e nel numero di questi ricettacoli con quello che in bio-medicina si denota come 'utero'<sup>30</sup> sono evidenti. Nelle narrazioni raccolte, l'utero (*garbh*) si presenta come un recipiente di forma circolare o allungata. Il collegamento con lo stomaco (*peṭ*) permette il lento e regolare deposito del sangue che, prodotto da quest'ultimo, è poi deviato nell'utero'. Per alcune donne, il sangue che si accumula nel ricettacolo femminile proviene invece da tutto il corpo (Figura 5),

---

<sup>30</sup> La distanza tra la fisiologia e l'anatomia dell'utero inteso come organo in ambito bio-medico, e tra i diversi ricettacoli (*garbh*, *garbhāśaya*, *baccādānī*, *bacce kī kothrī*, *khūn kī kothrī*) che partecipano alla riproduzione nella concezione delle mie interlocutrici, rende necessario in questo testo l'utilizzo del lessico locale al fine di non confondere le rispettive funzioni. Tuttavia, per permettere una lettura scorrevole, in alcune situazioni si mantiene come traduzione italiana il termine 'utero' tra virgolette.

ponendo l'‘utero’ alla confluenza di diversi canali sanguigni.

I disegni mostrano che il ricettacolo (*kothrī*<sup>31</sup>) si collega verso l'esterno del corpo attraverso un condotto più o meno lungo, a volte definito come *rāstā* (via d'accesso) o *nālī* (canale). Tra il ricettacolo e il canale si trova un orifizio (*mumh*<sup>32</sup>) che permette di regolare l'entrata e l'uscita delle sostanze. In effetti, l'apertura periodica di questa bocca<sup>33</sup> consente l'evacuazione mensile del sangue ‘uterino’, la possibilità per lo sperma di unirsi a questo sangue per avviare il concepimento e, durante il parto, la fuoriuscita del neonato. Data questa



**Figura 5 (a sinistra)** - L'utero (*garbh*) che riceve il sangue da tutto il corpo (Kamalaben, 17 agosto 2017).

**Figura 6 (a destra)** - Utero (*garbh*) singolo (Rahila, 14 agosto 2018).

<sup>31</sup> Traslitterazione ipotetica di un termine *kacchī* che indica una piccola borsa o un sacchetto. Riferito al corpo umano, designa diversi ricettacoli, la cui funzione è di contenere una particolare sostanza. Troviamo lo stesso utilizzo in *hindī* con il vocabolo *thailī*.

<sup>32</sup> Termine traducibile sia come “bocca, volto, parte iniziale, anteriore o superiore di qualcosa, facciata (di un edificio, ecc.), imboccatura, apertura, orifizio, buco, punto d'entrata” (Sharma 2004). Doniger (1980: 53) riporta che in India del sud, nel momento dell'unione, l'utero è considerato aprirsi come una bocca o un occhio.

<sup>33</sup> Troviamo una denominazione simile in altri testi antichi studiati da Wendy Doniger nel suo libro “*Women, Androgynes, and Other Mythical Beasts*” dove analizza la rappresentazione di diversi fluidi, primi fra tutti quelli sessuali. “*The passage of the womb is called karuvāy, a compound meaning ‘womb-mouth’ and sexual union is likened to the hand of the mother feeding rice to the child (Egnor 1978:141-42). The image of rice a seed is one that we shall often encounter in the mythology; the image of the womb as a mouth is also a recurrent one. Through this imagery, every sexual act is an instance of the drinking semen*” (Doniger 1980: 53).

costruzione anatomica, secondo le mie interlocutrici il malfunzionamento della bocca dell'utero (*baccādānī kā muṃh*) può portare a gravi conseguenze, come infertilità e complicazioni nel travaglio<sup>34</sup>. Inoltre, non è da escludere la presenza di più di un orifizio (*muṃh*), concezione che ha avuto riscontro in una ricerca precedente<sup>35</sup> e che richiamerebbe l'antica questione della determinazione nei testi medici ayurvedici del termine sanscrito *yonimukha*<sup>36</sup>.

I compiti del ricettacolo femminile sono contenere il sangue cattivo (*kharāb khūn*) e, durante la gravidanza, accogliere il bambino modellato dal sangue 'uterino'. La rappresentazione anatomica di questo ricettacolo evidenzia come alcune donne trovino un'incompatibilità in queste due funzioni, negando che uno stesso ricettacolo possa eseguirle entrambe. Solo quando è concepita l'esistenza di un solo ricettacolo (*garbh*), questi due compiti coincidono (Figura 6). Al contrario, quando il sangue 'uterino' (*nīchewālā khūn*) è considerato impuro<sup>37</sup> (*aśuddh* o *napāk*), le funzioni sono eseguite da due vesciche diverse, a volte comunicanti, chiamate letteralmente il ricettacolo del bambino (*bacce kī kothrī*) e il ricettacolo del sangue (*khūn kī kothrī*) (Figura 7). Se da un lato la distinzione tra i diversi 'uteri' si è manifestata attraverso le mappe del corpo, a volte è stata evidenziata anche sul piano narrativo. Per esempio, nel corso di uno dei nostri incontri che avvenivano nel suo domicilio, l'anziana *dāī māṃ* musulmana Serumasi evidenziava l'importanza di distinguere i due ricettacoli nel momento di compiere un'isterectomia:

S: Quando si vuole interrompere il ciclo mestruale (*māsik*), non bisogna togliere il ricettacolo del bambino (*bacce kī kothrī*) della donna. Il ricettacolo del sangue (*māsik kī kothrī*) è diverso da quello dei bambini<sup>38</sup>.

Le donne che hanno partecipato alla ricerca concordavano nel considerare il sangue (*khūn*) come l'elemento fondamentale per lo sviluppo prenatale, ma erano in disaccordo sulla qualità di questo sangue: alcune sostenevano che si trattasse di sangue buono (*acchā khūn*), altre di sangue cattivo (*kharāb khūn*)<sup>39</sup> e non concordavano sulla sua purezza (*śuddh*)

<sup>34</sup> La fase della dilatazione corrisponde, infatti, all'apertura di questa bocca (*muṃh*).

<sup>35</sup> Ricerca effettuata a Ujjain (Madhya Pradesh) per il conseguimento della laurea specialistica (Master 2), dal titolo «*La représentation de la grossesse chez les femmes de Mahāśakti Nagar. Analyse et comparaison des récits des femmes hindoues d'Ujjain avec les textes médicaux traditionnels indiens*».

<sup>36</sup> Per una trattazione più approfondita della controversia che riguarda il termine *yonimukha*, che potrebbe essere tradotto come 'bocca della *yoni*' o 'parte superiore della *yoni*', si veda Das (2003: 572-5).

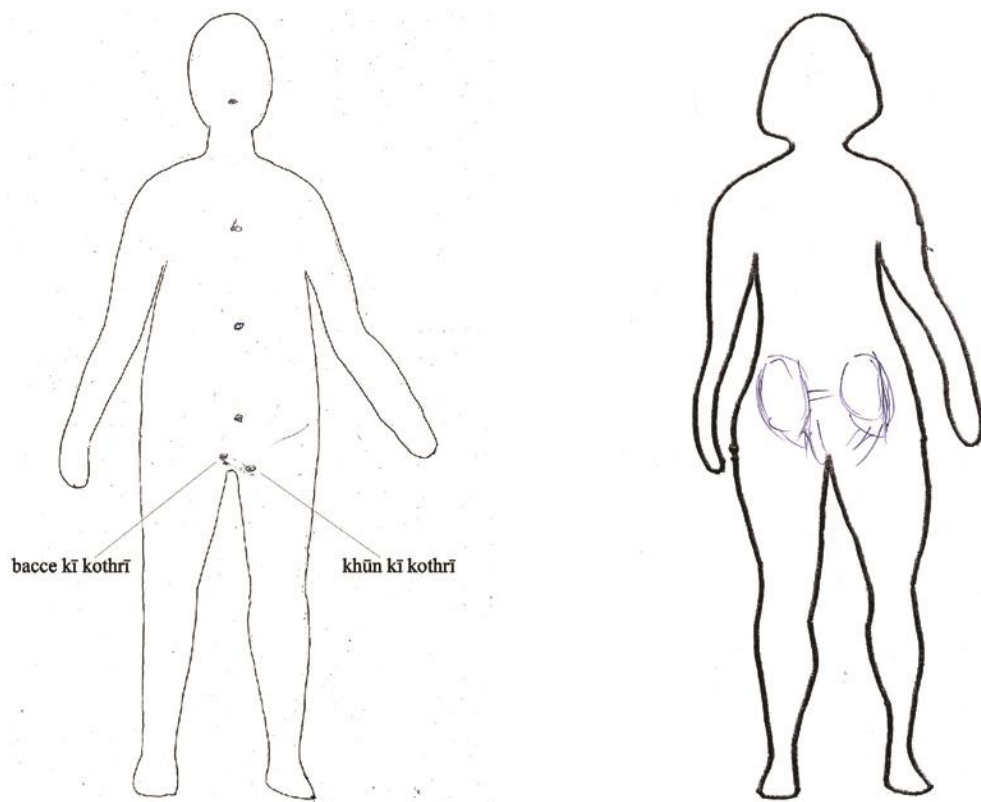
<sup>37</sup> Per approfondire i concetti di puro e impuro, si vedano i capitoli 2 e 3.

<sup>38</sup> "S: *Aurat kī kothrī to bace kī nahīm nikalnā cāhie, jab māsik baṃd karnā ho usko, māsik kī kothrī alag hotī hai bace kī alag hotī hai*" (Serumasi, 13 luglio 2018).

<sup>39</sup> La differenza qualitativa tra questi due tipi di sangue e la loro fisiologia, è trattata nel prossimo capitolo.

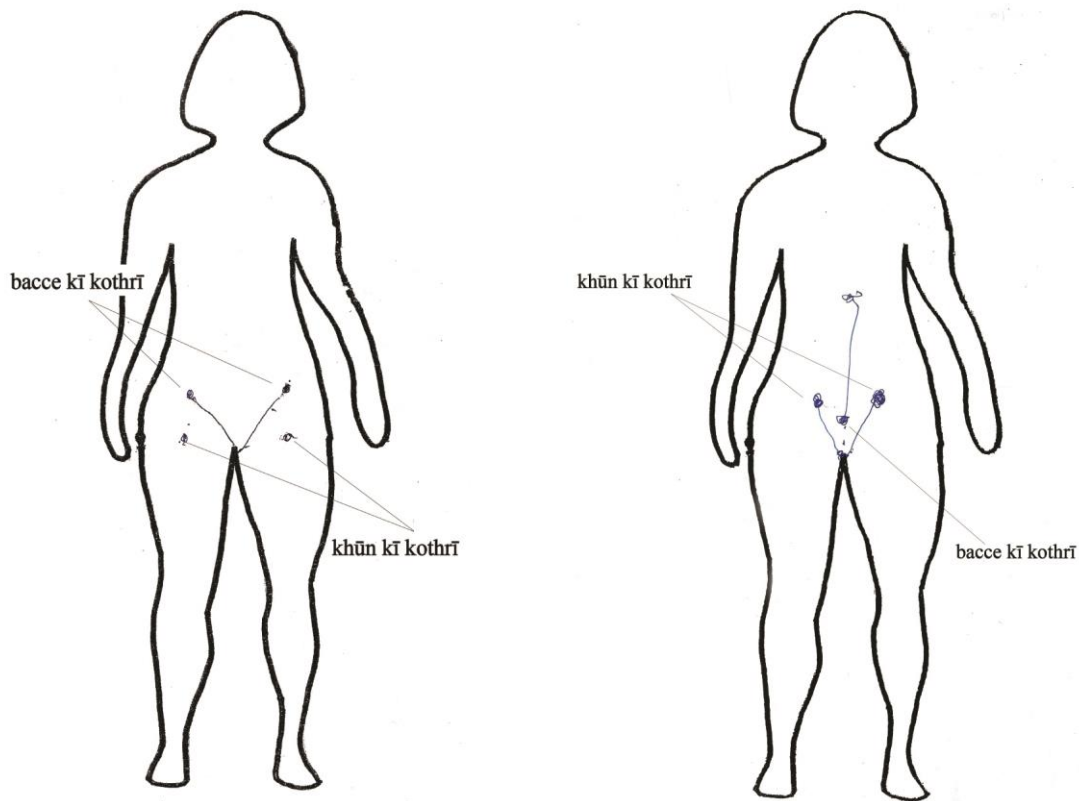
all'interno del corpo. Considerando che il corpo fisico, psicologico e spirituale del bambino (*baccā*) si costituisce nel grembo materno non solo grazie al cibo e l'acqua ingeriti dalla madre, ma anche dal sangue 'uterino', quest'ultimo non può coincidere con il mestruo considerato impuro (*aśuddh*) e quindi inappropriato a creare una buona progenie (*acchā baccā*). La concettualizzazione di due ricettacoli (*kothrī*) diversi permetteva di giustificare il processo necessario all'espulsione del sangue cattivo che si crea nel corpo e che si manifesta sotto forma del ciclo mestruale e, al tempo stesso, di rendere conto dello sviluppo prenatale.

L'assenza dell'idea delle ovaie, presentata più avanti in questo paragrafo, ha a volte portato a leggere le illustrazioni del sistema riproduttivo presenti nelle cliniche e negli ospedali allopatrici come due 'uteri' (*kothrī*) indifferenziati, ovvero che potevano contenere sia sangue che bambini (Figura 8). L'influenza bio-medica in questa rappresentazione sembra attestabile se si considera la già citata mancanza di carte anatomiche nella storia medica indiana. In effetti, le illustrazioni anatomiche non sono sempre evidenti: la lettura delle mappe anatomiche presenti nelle cliniche non ne permetteva una decodificazione univoca, soprattutto se l'immagine non era accompagnata da un sapere bio-medico che permette di riconoscere gli



**Figura 7 (a sinistra)** - Il ricettacolo del bambino (*bacce kī kothrī*) e il ricettacolo del sangue (*khūn kī kothrī*) (Sumra, 6 luglio 2018).

**Figura 8 (a destra)** - Un doppio utero (*garbh*) indifferenziato (Bāna, 30 agosto 2017).



**Figura 9 (a sinistra)** - Due ricettacoli del bambino (*bacce kī kothrī*) e due ricettacoli del sangue (*khūn kī kothrī*) (Afsana, 12 agosto 2017).

**Figura 10 (a destra)** - Due ricettacoli del sangue (*khūn kī kothrī*) e un ricettacolo del bambino (*bacce kī kothrī*) (Afsana, 29 giugno 2018).

organi, la loro posizione e la loro forma. Il raddoppiamento dei ricettacoli della gestazione si legittimava nella formazione dei gemelli, ognuno dei quali, nella fase prenatale, occuperebbe un proprio ‘utero’. In caso di gravidanza singola, invece, il bambino avrebbe alloggiato in uno solo dei due ‘uteri’ secondo il suo sesso<sup>40</sup>. Seguendo la stessa logica esposta in precedenza, la *dāī māṃ* musulmana Afsana nel suo disegno ha combinato due ricettacoli del bambino (*bacce kī kothrī*) con due ricettacoli del sangue (*khūn kī kothrī*) (Figura 9). Infine, sempre la stessa *dāī māṃ* quasi un anno dopo ha associato un ‘utero’ del bambino (*bacce kī kothrī*) con due ‘uteri’ del sangue (*khūn kī kothrī*) (Figura 10).

Le mie interlocutrici usavano un ampio spettro lessicale per parlare dei ricettacoli femminili. In primo luogo troviamo il vocabolo *peṭ*<sup>41</sup>, che indica l’addome, un termine

<sup>40</sup> In generale, sembrava che i bambini maschi si formassero nel ricettacolo destro, mentre le femmine in quello sinistro, rispettando la classica polarità corporea che vede una preminenza nel lato destro legato quindi al genere maschile (Hertz 1909). Jeffery, Jeffery e Lyon (1989) riportano una concezione simile in Uttar Pradesh.

<sup>41</sup> Alcuni esempi di come può essere usato il vocabolo *peṭ* da una stessa persona: “Quando era nel grembo (*peṭ*) di sua madre, non riceveva il nutrimento necessario, era molto magro” [*Yah iske māṃ ke peṭ meṃ thī isko poṣaṇ nahūṃ milā bahut patālī thī*] oppure “Se non si lavora, si rimane seduti e si mangia (tutto il giorno), allora il

generico e flessibile che a seconda del contesto può denotare la cavità addominale, la pancia, il luogo della produzione delle sostanze corporee (lo stomaco) come il luogo dove è accolto il bambino nella fase prenatale. Martha Ann Selby (2008) evidenzia che anche i testi di medicina ayurvedica si riferiscono all’‘utero’ attraverso il termine sanscrito *kukṣi*, ovvero ‘pancia, cavità’, ma solo finché non avviene il concepimento: “*when these passages move from the sex act to the actual moment of conception and beyond, the phrase used to refer to the uterus is garbhāśaya, literally the ‘resting place for the foetus’. The language, therefore, moves from the generalities of location to the specifics of function. The word kukṣi means ‘belly’, and refers to the abdominal cavity in general, but also ‘womb’ or ‘uterus’ in certain contexts (Das 2003: 91). [...] Bodewitz argues that kukṣi is a ‘general term and is best translated with another general term such as ‘belly’, that it is a ‘vague’ term that seems to indicate a container rather than an organ (1992: 23) and I would add that it refers to a general location on the body more than anything else*” (2008: 46). Nel lessico femminile non si nota questa differenza tra una denominazione precedente o durante una gravidanza, ma vi è continuità nell’utilizzo di termini generici atti a definire la posizione del ricettacolo. Questo termine era quindi usato per definire sia il ricettacolo del bambino che quello del sangue.

Il vocabolo più utilizzato nelle narrazioni era *kothrī*<sup>42</sup>, traslitterazione ipotetica di una parola *kacchī* che indicava una piccola borsa o un sacchetto, tradotto nel corso del testo come ‘ricettacolo, vescica’. Questo vocabolo può definire diversi ‘organi’ del corpo e, al contrario del termine precedente, permette di specificare la funzione dell’oggetto definito, ovvero di raccogliere e di contenere delle sostanze o un corpo. Alcune volte, può indicare anche il sacco amniotico causando a volte incomprensioni<sup>43</sup>. Troviamo lo stesso utilizzo in *hindī* con il

---

corpo diventa molto grasso (*barā*), la pancia (*peṭ*) s’ingrandisce (*barā*) e non si riesce né a camminare né ad alzarsi.” [Kām nahīm karte baiṭhe rahate haiṃ vah khāte haiṃ to matlab śarīr bahut barā ho jātā hai, (...) peṭ barā ho jātā hai, cal nahīm sakte, uṭh nahīm sakte, baiṭh nahīm sakte] oppure “Il divino ci ha dato una macchina (*machine*) qui dentro, nello stomaco (*peṭ*) c’è una macchina.” [Yah andar se hī bhagvan ne machine diyā hai na. Peṭ meṃ machine hai] (Kamalaben, 30 marzo 2018).

<sup>42</sup> Alcuni esempi di come può essere usato il vocabolo *kothrī*: “Questo [il bambino] si trova nel grembo (*peṭ*), noi lo chiamiamo ricettacolo (*kothrī*), tu come lo chiami? Il ricettacolo del bambino?” [Yah āpke peṭ ke andar yah, abhī āe kothrī bolte, āp kyā bolte haiṃ? Bacce kī kothrī] (Kamalaben, 17 agosto 2017) oppure “La vescica (*thailī*) dove alloggia il bambino è diversa da quella del sangue mestruale (*māsik*), come è diversa da quella dall’acqua (*pānī*), delle feci (*saṇḍās*) e della *pecoī* (...) dentro il nostro corpo abbiamo 6 vesciche (*kothrī*)” [Baccā rahane kī thailī alag hai. Māsik āne kī alag, pānī kī alag, peśāb kī alag saṇḍās kī alag, ek pechoī aise. [...] Andar 6 kothrī hai apne] (Karima, 26 marzo 2018).

<sup>43</sup> Per esempio: “Quando è arrivato il tempo per il bambino di uscire, il sacco amniotico (*kothrī*) si rompe da solo e il bambino esce. (...) qualcuno nasce con il sacco (*kothrī*). (...) Non è l’‘utero’ (*kothrī*) che si rompe: quando il bambino esce l’‘utero’ si apre e rimane nella pancia (*peṭ*) mentre il bambino esce fuori” [Jab baccā āne kā time ho to koṭhrī khud ṭūṭ jātī hai aur baccā bāhar ā jātā hai. (...) Mere bhāī kī larḳī āī thī ab vah 14 sāl kī hai, vah koṭhrī ke sāth āī thī, (...) koṭhrī ke sāth koī koī janam detā hai. (...) Ye koṭhrī ṭūṭī nahīm hai, baccā jab niklegā sar āyegā na tab vah khul jāyegā aur vah peṭ meṃ rahegī baccā bāhar āyegā] (Serumasi, 13 luglio 2018).

vocabolo *thailī*, meno frequente in questo contesto, impiegato per lo più come traduzione letterale del termine *kacchī*. Come nel caso precedente, questo vocabolo era utilizzato sia per il ricettacolo del sangue che del bambino.

La parola *garbh* è invece un prestito linguistico dal sanscrito, derivata dalla radice *grah* ovvero concepire (Monier Williams 1899), e indicherebbe sia l'utero che il feto o l'embrione<sup>44</sup>. Tuttavia, le mie interlocutrici non hanno mai utilizzato questo termine per riferirsi al prodotto del concepimento, che è sempre chiamato *baccā*, *śiśu* o *bālak*<sup>45</sup>, ma solo al ricettacolo atto a contenere il sangue o il bambino durante la gestazione. Due vocaboli più specifici che rimandano a un lessico funzionale sono *baccādānī* e *garbhāśay*<sup>46</sup>, termini che evocano la progenie (*baccā* e *garbh*) ed sono utilizzati solo per definire il ricettacolo adibito al concepimento. Il primo è un termine *hindī* molto comune, traducibile come 'colui che dà il bambino'. Il secondo è un termine di derivazione sanscritica entrato sia nella lingua *hindī* che *gujarātī*, usato inoltre come termine scientifico dalla medicina allopatrica, ed è traducibile come 'il ricettacolo del feto o dell'embrione'<sup>47</sup>. Infine, alcune donne utilizzavano il vocabolo inglese *uterus*, termine conosciuto perché usato frequentemente in ambito medico allopatrico. Spesso è stato usato dalle donne con cui parlavo per assicurarsi che stessi capendo di quale 'organo' si stesse parlando. La varietà dei termini qui elencati permette di comprendere la difficoltà di capire a quale ricettacolo le mie interlocutrici alludessero nel corso delle narrazioni e di conseguenza dell'importanza delle carte del corpo che mi hanno permesso di definire un punto di riferimento comune per comprendere la molteplicità lessicale e anatomica degli 'uteri'.

Il ricettacolo femminile (*garbh*), insieme alla *pecoṭī*<sup>48</sup>, sono le uniche vesciche a potersi muovere all'interno del corpo. In particolare, il ricettacolo del bambino (*bacce kī kothrī*) è considerato molto sensibile a intrusioni esterne 'artificiali', come nel caso della sonda usata durante le ecografie transvaginali, il cui movimento può provocare una sua

<sup>44</sup> In senso esteso può indicare anche l'interno di qualcosa, in particolare 'gli appartamenti interni', ovvero quelli adibiti alle stanze da letto, o qualsiasi camera interna, *adytum* o santuario di un tempio (Monier Williams 1899).

<sup>45</sup> Tutti e tre i termini sono traducibili come 'bambino, neonato, fanciullo' e di conseguenza nel testo si cerca di non far comparire i vocaboli embrione o feto, ma di riferirsi alla progenie come bambino, sia nella fase prenatale che dopo la nascita.

<sup>46</sup> Per una trattazione più approfondita del termine *garbhāśay* nella letteratura ayurvedica, si vedano Das (2003: 542-3) e Selby (2008 :46).

<sup>47</sup> *Garbh* è qui tradotto come 'embrione o feto' perché fa riferimento al suo originale in sanscrito.

<sup>48</sup> Il termine *gujarātī pecoṭī* indica il ricettacolo che si trova nell'addome di ogni essere umano, all'altezza dell'ombelico e, al tempo stesso, la malattia che sopravviene quando il ricettacolo si sposta dalla posizione corretta. Si veda il capitolo 6.

fuoriuscita dal corpo<sup>49</sup>. Il buon funzionamento del ricettacolo femminile, fondamentale per la capacità riproduttiva della donna, è determinato da un equilibrio precario che è facilmente alterato se manomesso, per esempio attraverso operazioni come la sterilizzazione o il parto cesareo. Il ricettacolo femminile può fuoriuscire anche in caso di grande stanchezza, quando il corpo è svuotato della propria energia vitale (*śakti*<sup>50</sup>).

Infine, alcune interlocutrici hanno evidenziato che l'‘utero’ legato al sangue si evolve nel corso della vita della donna. Prima del menarca la vescica è secca (*sūkhā*) perché al suo interno non è presente nessuna sostanza che possa ‘lubrificarla’. La prima mestruazione segnala invece l'attivazione del ricettacolo grazie alla presenza del sangue che lo ‘unge’. La metafora richiama l'idea del corpo fluido e della necessità della sua untuosità (Zimmermann 2006), tema trattato nel prossimo capitolo.

### *I dotti e l'assenza delle ovaie*

Le cartografie del corpo riproduttivo mostrano diversi dotti che dipartono dagli ‘uteri’ (*garbh*), chiamati solitamente *nālī* (piccolo tubo), *nas* (vena, nervo), *rāstā* (passaggio) o *tube* (Figura 11). I primi tre termini sono generalmente usati anche per definire altri tipi di condotti o strutture tubulari, come i canali digestivi, quello urinario, quello fecale<sup>51</sup>, il cordone ombelicale e l'organo genitale maschile<sup>52</sup>. Il vocabolo *tube* è invece legato al campo semantico della riproduzione: derivato dal lessico bio-medico, fa riferimento per lo più a quel canale che è bloccato durante la sterilizzazione femminile, chiamata localmente TL o *Tube Lock*. Generalmente, ogni ricettacolo femminile presente nelle illustrazioni anatomiche è collegato verso l'esterno per mezzo di un dotto il quale, a seconda della funzione del ricettacolo, è un luogo di passaggio del sangue, del seme maschile o del bambino. Questi canali sono distinti da quello urinario (*peśāb kā rāstā*) e da quello fecale (*saṅḍās kā rāstā*).

La moltiplicazione degli ‘uteri’ comporta parallelamente un aumento dei dotti e, al momento del concepimento, il seme maschile deve scegliere uno dei passaggi disponibili che conducono a uno dei ricettacoli dei bambini (*bacce kī kothrī*). In caso di sterilizzazione, tuttavia, non è sempre chiaro quali e quanti canali devono essere chiusi, anche se, in caso di

<sup>49</sup> Definibile in termini bio-medici come il prolasso uterino.

<sup>50</sup> “The term *śakti* stems from the Sanskrit root *śak-*, ‘to have power to effect’, with a suffix *-ktin*, indicating the feminine gender. In general, the term refers to power, strength, or energy. In the religious context, *Śakti* stands for the Goddess (*Devī*), or the powers of the deities” (Timalsina 2010: 843).

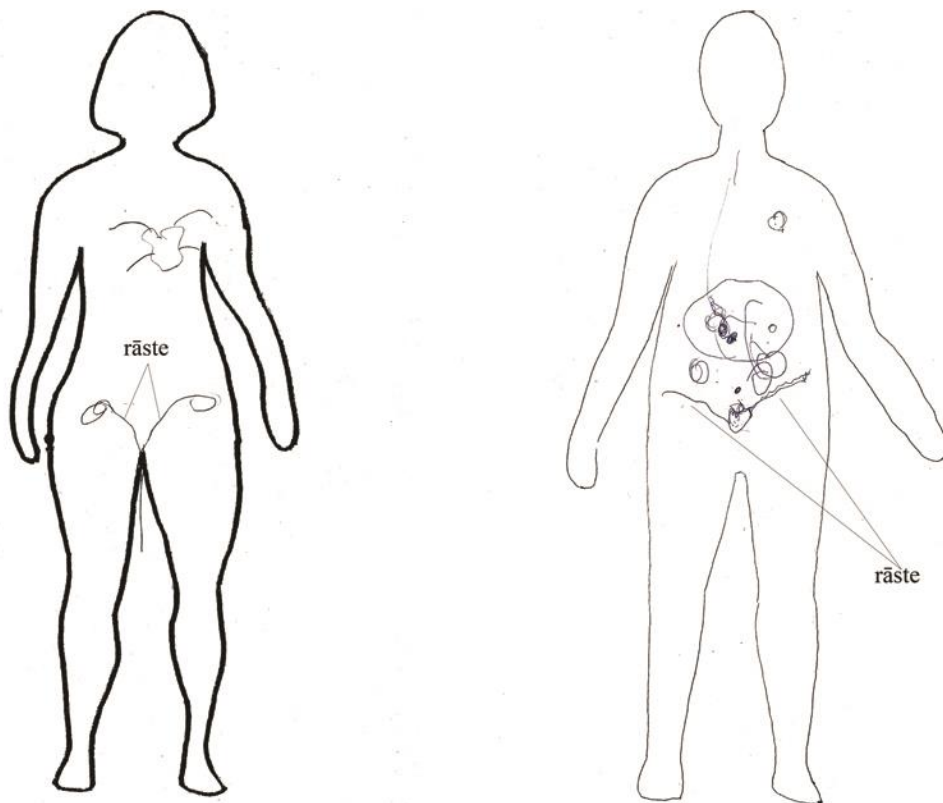
<sup>51</sup> “Il canale (*nālī*) delle feci (*saṅḍās*) è diverso, è dietro” [*Samḍās kī alag hai nālī pīche*] (Hazima, 14 aprile 2018).

<sup>52</sup> “Nel corpo dell'uomo il divino (*bhagvān*) fabbrica e poi versa tanto così di seme nel pene (*ādmī kī nālī*), poi lui lo verserà dentro di noi” [*Ādmī ko to śarīr meṃ bhagvan itnā bīj banā ke dālegā ādmī ke nālī meṃ, phir vah apne meṃ dālegā*] (Hazima, 14 aprile 2018).



divisione dei ricettacoli, sono i dotti che si legano all’‘utero’ del bambino (*bacce kī kothrī*) che erano considerati<sup>53</sup>.

Il disegno di Basanti (Figura 12), trentenne *hindū* di *jāti goswami*<sup>54</sup> che da anni prova a rimanere incinta, si distacca da queste rappresentazioni. I canali disegnati partono da un unico ‘utero’ ma si diramano verso l’interno del corpo senza una meta apparente. Queste due *tubes* evocano le tube di Falloppio<sup>55</sup> alla fine delle quali dovrebbero trovarsi le ovaie. Basanti affermava che sono proprio questi canali che devono essere chiusi durante la sterilizzazione femminile, anche se i due dotti non sembrano avere nessuna funzione specifica. Le frequenti visite in cliniche allopatriche per cercare di risolvere la propria infertilità l’aveva sicuramente resa più familiare con la rappresentazione bio-medica dell’apparato riproduttivo.



**Figura 11 (a sinistra)** - I passaggi (*rāste*) che collegano gli uteri (*garbh*) verso l'esterno (Priya, 23 maggio 2018).

**Figura 12 (a destra)** - I passaggi (*rāste*) interni dell'utero (*garbh*) (Basanti, 14 agosto 2018).

<sup>53</sup> Le donne portano come giustificazione il fatto che dopo la sterilizzazione si continua ad avere il ciclo mestruale.

<sup>54</sup> La casta dei *goswami* è un gruppo endogamo appartenente al *varṇa* dei *brāhmaṇa* devoto al dio Śiva, i cui membri ne sono i principali sacerdoti. In Gujarat è presente una grande comunità *goswami*, che parla *gujarātī*, di cui una parte ha abbandonato la loro tradizionale occupazione come sacerdoti di Śiva. Eccezionalmente, al momento della morte, i membri di questa casta sono inumati (Singh 1998).

<sup>55</sup> In *hindī* dette *garbhnaī* o *ḍimbvāhī nāī*.

Considerando l'assenza di questi condotti nei testi dell'*āyurveda*<sup>56</sup> e nella conoscenza delle altre interlocutrici, non stupiva che Basanti, pur disegnando due tube, non le associasse alle tube di Falloppio o gli assegnasse una funzione specifica.

La sorella maggiore, Nilam Goswami, madre di due figli avuti dopo un matrimonio d'amore intercastale, si era rifiutata di disegnare, ma mi ha mostrato un'illustrazione del sistema riproduttivo femminile trovata su internet. Anni prima, a causa di una gravidanza extrauterina, le era stata rimossa una delle sue tube. Quest'esperienza aveva sicuramente influenzato il sapere di Nilam, la quale è stata l'unica a definire la funzione dei canali mentre mi mostrava la carta anatomica: “ci sono due tube (*tubes*) e servono per fare le uova (*eggs*). Mi si è bloccata una tuba, ma si hanno due tube<sup>57</sup>”. Pur conoscendo bene i termini tecnici in inglese e in *gujarātī*, Nilam definiva l'utero con il nome *ovary*<sup>58</sup> e in un passaggio ha affermato che ci sono due *uterus*, ovvero due *mūtrāśay*<sup>59</sup>:

L: Che cos'è l'utero (*garbhāśay*)?

N: Ah, *uterus*, scusami no, *ovary*. *Uterus* vuol dire *mūtrāśay*, i reni (*kidney*), qui si svolge tutto il processo. [...] Quello dell'urina.

L: Bene, e le *ovary* cosa fanno?

N: L'utero (*garbhāśay*) protegge il bambino (*baccā*) e il nostro ciclo mestruale (*MC kā cycle*) avviene nell'utero (*garbhāśay*), nell'*ovary*.

L: Ma quanti *ovary* ci sono?

N: Solo uno. [...] Le tube sono due, l'*ovary* è solo uno. Guarda, sono queste le tube di Falloppio.<sup>60</sup>

---

<sup>56</sup> “Speaking of Fallopian tubes, I must clarify here that I do not mean to say that ancient Indian medical authorities cannot have had any knowledge about the ovaries or the Fallopian tubes, but only that we do not seem to have any clear references to them, especially in the contexts of interest to us. Whether they indeed knew about them is a problem connected with the question of their knowledge of anatomy based on actual dissection. In any case, should the ancient Indians have known about these organs, then they do not seem to have seen their functions in the same way we do today; one could of course argue that the two ducts leading the procreatory-menstrual fluid into the uterus could be the Fallopian tubes, but even that would not correspond with their true function. However, we could hold that, apart from the problem of function, this identification remains a possibility, but, since any substantiating evidence seems lacking, nothing can be said about it without being wildly speculative; in any case, the openings of the Fallopian tubes into the uterus are difficult to perceive even when one is trained to do so, these openings and they themselves being, moreover, visible only through dissection, and thus I personally would not dare to indulge in such speculation unless more solid evidence should turn up” (Das 2003: 100).

<sup>57</sup> “Aise do tube hotī hai vah egg banne kī process. Merī ek tube blocked hai ye do tube hotī hai” (Nilam, 26 marzo 2018).

<sup>58</sup> “L: Dove sta il bambino (durante la gravidanza)? N: Nelle *ovary*.” [L: *To baccā kahām pe rahatā hai? N: ovary mem*] (Nilam, 26 marzo 2018).

<sup>59</sup> La traduzione di questo vocabolo sarebbe “vescica urinaria”.

<sup>60</sup> “L: *To garbhāśay kyā hai? N: Uterus, sorry ovary. Uterus means mūtrāśay kidney kī jahām pe process hotī hai*

Nel corso delle conversazioni, nessuna donna ha mai nominato le ovaie con il loro nome *hindī* o *gujarātī anḍāśay* (letteralmente ‘il ricettacolo dell’uovo’), ma due interlocutrici hanno nominato il termine inglese *ovary*, assegnandogli però la funzione dell’‘utero’, ovvero di contenere il bambino nella fase prenatale<sup>61</sup>. L’assenza della concettualizzazione delle ovaie è sicuramente legata allo sviluppo di una teoria del concepimento che considera il sangue ‘uterino’ come il fluido riproduttore femminile, tema trattato nel prossimo capitolo, e di conseguenza all’assenza del concetto di ovulo<sup>62</sup> e di un ricettacolo che possa contenerlo. D’altra parte, le ovaie sono misconosciute anche nei testi ayurvedici<sup>63</sup>.

### *La vagina e la vulva: uno spazio innominabile*

Nominare e parlare direttamente dell’organo genitale femminile era considerato molto disdicevole e motivo d’imbarazzo tra le donne, anche tra quelle più anziane o tra le *dāī māṃ*. Per questo motivo, quando se ne parlava, si usavano metafore che ne evocavano vagamente il luogo (*nīce kī jagah*, letteralmente ‘il posto di sotto’<sup>64</sup>) o ne richiamavano l’unicità nella costruzione anatomica di genere (*aurat kī jagah*, letteralmente ‘il posto della donna’). Nessuna donna che ho incontrato ha mai usato il termine *hindī bhag*<sup>65</sup>, considerato molto volgare, o il termine inglese *vulva*. Solo dopo molte richieste, un giorno che eravamo sole nel suo cortiletto, a bassa voce, la *dāī māṃ* Hazima<sup>66</sup> ha rivelato che in *kacchī* la vulva è chiamata *pīka*<sup>67</sup> e in *gujarātī bhosḍa*<sup>68</sup>. Durante la conversazione, ha descritto la funzione dell’organo genitale femminile e ne ha illustrato l’anatomia attraverso il disegno (Figura 13):

L: A che cosa serve la vulva (*nīce kī jagah*)?

H: A niente, serve solo per unirsi al proprio marito. [...] La si deve lavare con acqua

---

*vah*. [...] *Vah urine kā*. L: *Acchā aur ovary kaunsā kām kartā hai?* N: *garbhaśay, baccā actually hamāre garbhaśay kā lahar protection kartā hai. Actually hamārā mc kā cycle hai vah ovary garbhaśay kā hī*. L: *Lekin kitnā ovary hai?* N: *One only. [...] Tube do hotī haiṃ. Ovary ek hī hai. See, fallopian tube yah hai*” (Nilam, 12 aprile 2018).

<sup>61</sup> “Questo è l’*ovary*, qui c’è il bambino (*baccā*)” [*Ye ovary hai, yaha pe baccā hai*] (Kanta, 10 luglio 2018).

<sup>62</sup> La parola ‘uovo’ (*egg*) è stata però nominata da qualche donna, in contesti diversi, legandola a un organo o ricettacolo particolare che potrebbe richiamare le ovaie, ma che non è stato mai nominato direttamente. Questo soggetto è approfondito nel prossimo capitolo.

<sup>63</sup> “Several Indian scholars have tried to bring the ovaries into the scheme of ancient Indian medical theory as devised by them, but none has been able to cite any passage from an ancient text where these are actually mentioned clearly as such” (Das 2003: 97). Per approfondire, si veda Das (2003: 97-100 e 512-516).

<sup>64</sup> Il termine può allo stesso tempo definire la vulva e la vagina.

<sup>65</sup> Prestito linguistico dal sanscrito.

<sup>66</sup> Conversazione del 13 agosto 2018.

<sup>67</sup> Trascrizione ipotetica.

<sup>68</sup> “An etymological *gujarati english dictionary*” riporta “*bhoś, bhos, bhośḍī, bhosḍī, bhosḍo = the female organ of generation*” (Belsare 1993: 889).

calda, bisogna pulirla con *Dettol* e con acqua, affinché non rimangano i germi (*kīṭāṇu*).

L: [...] E dove si trova l'uretra (*susu*<sup>69</sup> *kī jagah*) ?

H: Accanto, [...] questo è il canale dell'urina (*susu kī jagah*) e da qui passa l'urina.

L: Quale? Quello a destra o a sinistra?

H: Esce da tutti e due. [...] Ci sono due aperture (*sūrākh*), come il nostro naso. Da questi buchi (*hole*) esce l'urina e questo è il luogo di lavoro dell'uomo (*ādmī ke kām kī jagah*)<sup>70</sup>.

L: [...] E i bambini?

H: I bambini escono dalla stessa [apertura]. [...] C'è un solo passaggio (*rāstā*) [...] e invece due aperture per l'urina, come il naso, e [l'apertura] dove entrano gli uomini arriva fino all'utero (*baccādānī*)<sup>71</sup>.

Sudhir Kakar (1990)<sup>72</sup> nel suo libro sulla sessualità in India, riporta una grande confusione sul numero di aperture dell'apparato riproduttivo femminile. Al contrario, tutte le donne che ho incontrato distinguevano tra un'apertura per l'urina e una per i rapporti sessuali o l'uscita del bambino (Figura 14). D'altra parte, sembra tutt'oggi una questione aperta se la teoria comune delle nove aperture del corpo, che prende come standard il corpo maschile (ossia gli occhi, le narici, le orecchie, la bocca, l'ano e l'apertura urogenitale), attestata nei testi medici indiani come in quelli mitologici, possa essere applicata anche al corpo femminile (Das 2003). Alcuni testi ayurvedici, infatti, fanno coincidere l'apertura per l'urina con quella del sangue mestruale<sup>73</sup>. Nessuna mia interlocutrice ha invece mai nominato il clitoride<sup>74</sup> o qualche altra parte nella vulva.

<sup>69</sup> Trascrizione ipotetica.

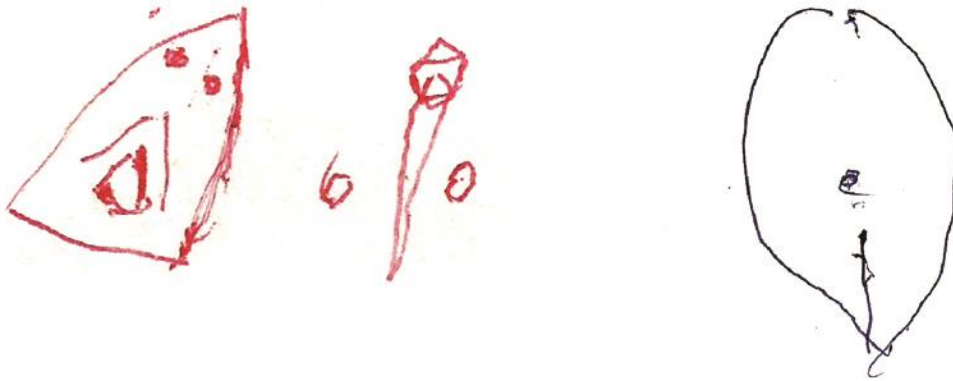
<sup>70</sup> Metafora per indicare la vagina.

<sup>71</sup> “L: *To nice kī jagah kaun se istemāl ke lie kar sakte haiṃ?* H: *Kuch bhī nahīṃ bas apne pati ke sāth hī kare. [...] Garam pānī se dhonā cāhie, sāph karnā cāhie usko Dettol se pānī meṃ dāl ke dhonā cāhie kīṭāṇu nahīṃ hote isse.* L: [...] *Aur susu kī jagah kahāṃ hai?* H: *Bājū meṃ hai. [...] Yah susu kī jagah ismeṃ se susu ātā hai* L: *Kaunsā vālā dāeṃ yā bāeṃ?* H: *Ye dono se ātā hai. [...] 2 sūrākh haiṃ aise. Ye nāk hai apne nāk jaise. Ye hole meṃ se ātā hai susu nikaltā hai, aur yah hai ādmī kī kām kī jagah. [...] L: Aur bacce ke lie?* H: *Bacce usī meṃ ā jātī haiṃ. [...] Ek hī rāstā hai. [...] 2 hole susu kī hai yah jo nāk hai, aur jo ādmī kā jism apne śarīr meṃ jātā hai vah baccādānī tak jātā hai*” (Hazima, 13 agosto 2018).

<sup>72</sup> “Ignorance, of course, thrives in the socially generated pall of silence. One college-educated patient believed well into her late teens that menstrual blood, urine and babies all came out through the urethra. Another woman, brought up in a Village and presumably more familiar with the 'barnyard' facts of life, realized with deep consternation only when giving birth to her first child that babies were not born through the anus as she had believed. Writing on Indian sexuality some two thousand years after the Kamasutra, I still cannot say to its author - 'Elementary, dear Vatsyayana.'” (Kakar 1990: 20).

<sup>73</sup> Per un approfondimento, si veda Das (2003: 403-405).

<sup>74</sup> Al contrario, i testi sessuologici danno molta importanza al clitoride (*kāmātapatra*, letteralmente ‘l'ombrello di Kāma’), che è paragonato a un naso ed è attraversato da una moltitudine di recipienti (*sirā*) (Das 2003: 411-2).



**Figura 13 (a sinistra)** - Una vulva (*aurat kī jagah*) e un pene (*nalī*) con i testicoli (*aṅḍe*) (Hazima, 13 agosto 2018).

**Figura 14 (a destra)** - La vulva (*aurat kī jagah*) (Rahila, 14 agosto 2018).

Se da un lato, l'esistenza di una doppia apertura nell'organo genitale femminile sembra attestata, la *dāī māṃ* Hazima ha disegnato eccezionalmente tre orifizi. Nella conversazione evidenziava che l'urina esce da due diverse aperture, situate nella parte superiore della vulva (Figura 13). Il parallelismo con il viso è chiaro, dove i due orifizi urinari equivalgono alle narici e l'apertura vaginale corrisponde a una bocca<sup>75</sup>. Considerando il lavoro di Hazima, non bisogna però dare per scontato una sua più diretta osservazione dell'organo femminile, poiché la maggior parte dei controlli 'ginecologici' avviene attraverso l'esplorazione manuale. Si potrebbe comunque supporre che la doppia apertura urinaria conti anche il clitoride, il quale, anche se non è mai stato nominato, potrebbe costituire una parte anatomica discreta riconosciuta dalle donne.

### **Disegnare il corpo riproduttivo maschile**

Le donne (*aurat*) e gli uomini (*gents*) sono diversi. [...] È il potere divino (*kudrat*) che li ha creati: le donne sono donne e gli uomini sono uomini. Quello che hanno le donne non lo avranno gli uomini. Quello che hanno gli uomini non lo avranno le donne, ma i bambini si fanno sia dagli uomini che dalle donne. Servono entrambi<sup>76</sup>.

Con queste parole la *dāī māṃ* Karima, vedova musulmana molto devota, appartenente alla comunità *jāṭ*<sup>77</sup>, ha risposto quando le ho chiesto come si differenziano anatomicamente gli

<sup>75</sup> Sul paragone tra la vagina e la bocca, che si manifesta anche nell'idea della *vagina dentata*, si veda Doniger (1980: 53), Braun e Wilkinson (2001), Vachhani (2009).

<sup>76</sup> "Aurat aur gents alag hī hai. [...] Vah kudrat ne banāyā hai. Aurat aurat, gents gents. Jo aurat ke pās hai gents ke pās nahīm hogā. Jo gents ke pās aurat ke pās nahīm hogā. Magar baccā to gents se bantā hai aurat se. Donoṃ cāhie" (Karima, 24 agosto 2018).

<sup>77</sup> La comunità musulmana *jāṭ* risiede principalmente nel distretto del Kacch e sono probabilmente originari del Sindh, mentre dei gruppi *hindū jāṭ* sono presenti in tutto il nord dell'India. Gli uomini della comunità conducono

uomini e le donne. A livello manifesto, è la differenza degli organi genitali che permette una distinzione tra i sessi<sup>78</sup>. All'interno del corpo non sembra invece esserci una grande differenza anatomica, ad eccezione che gli uomini non hanno nessun tipo di ricettacolo interno legato alla riproduzione (*kothrī*)<sup>79</sup>. Secondo la maggior parte delle donne che ho incontrato, lo sperma che fuoriesce durante l'orgasmo è raccolto da tutto il corpo maschile<sup>80</sup>. La *dāī māṃ* musulmana Hazima descriveva con queste parole l'organo genitale maschile:

L: Anche gli uomini hanno un'apertura (*muṃḥ*)?

H: Sì, [...] una sola. C'è un solo canale (*nālī*).

L: E che cosa esce? L'urina?

H: Da quell'unico canale esce tutto. [...] Escono l'urina e lo sperma (*pānī*).

L: E sotto? [indico i testicoli] Come si chiamano?

H: Si chiamano *pele*<sup>81</sup>. [...] Sono come delle patate e si possono chiamare *pela*, *aṇḍā* (uova) e in *kacchī* sono chiamate anche *andura*<sup>82</sup>.

L: Qual è la loro funzione?

H: Non hanno nessuna funzione.

L: Se non servono a niente perché ci sono?

H: Ci sono, è il potere divino che le ha create. Se non ci fossero, se un bambino non le ha, allora sarebbe considerato un *chakkā*<sup>83</sup>.

L: [...] Cosa c'è dentro?

H: Dentro c'è tutto. [...] Dentro i testicoli c'è la vita (*jān*) dell'uomo, se le prendi così e le stringi, allora l'uomo muore. [...] Dentro non c'è niente, ci sono solo tutti i canali

---

una vita semi-nomade per pascolare il bestiame. Sono divisi in sette sottogruppi territoriali endogami, i quali si autogovernano attraverso un proprio consiglio che avviene nel corso della grande fiera annuale, luogo di transazioni economiche, matrimoni e sentenze giuridiche. Il *sindhī* è tradizionalmente la loro lingua madre, ma sono anche abituati a parlare in *gujarātī* e *kacchī*. Appartengono alla setta sunnita dell'Islam (Singh 1998).

<sup>78</sup> Al contrario del sapere femminile, nei testi medici *yūnānī* è presente la teoria che è rimasta in voga in Europa fino alla fine del XVIII secolo, dell'uguaglianza degli organi riproduttivi maschili e femminili. L'unica differenza consiste nel fatto che i primi si trovavano all'esterno del corpo e i secondi all'interno. Per approfondire questo tema, si vedano Laqueur (1986), Martin (1992) per gli studi sull'occidente e Kueny (2013) per la letteratura medica *yūnānī*.

<sup>79</sup> Per esempio: “Gli uomini non hanno un *kothrī*” [*Ādmī ko koṭhrī hai hī nahīm*] (Hazima, 14 aprile 2018).

<sup>80</sup> “L'acqua viene da tutto il corpo, da sopra, da dentro. Così come è fatto il nostro utero (*baccādānī*) allo stesso modo viene dall'interno del corpo dell'uomo.” [*Pānī śarīr meṃ se ūpar se andar se. Jaise apnā baccā dānī kaisā hai vaise ādmī ke śarīr se andar se ātā hai*] (Hazima, 13 agosto 2018). Questo soggetto è trattato nel prossimo capitolo.

<sup>81</sup> Trascrizione ipotetica.

<sup>82</sup> Trascrizione ipotetica.

<sup>83</sup> Termine *gujarātī* per il più comune *hijrā* o *kinnar*. Comunità presente nel subcontinente indiano, i cui membri si definiscono né uomini né donna e oggi sono riconosciuti dal governo indiano come *third gender*. Per una trattazione più esaustiva, si veda Agrawal (1997), Goldman (1993), Lal (1999), Nanda (1999), Reddy (2005), Sweet (2002), Sweet e Zwilling (1993 e 2000).

(*nas*) del corpo.

L: Quindi lo sperma risiede qui? [indico il pene]

H: No, non sta lì, ci passa soltanto spontaneamente.

L: Quindi cosa c'è dentro?

H: Dentro non c'è niente, è soltanto il luogo di passaggio dello sperma<sup>84</sup>.

Nell'illustrazione della *dāī māṃ* Hazima (Figura 13 e 15), l'organo genitale maschile è composto da una struttura tubolare, che probabilmente per metonimia è chiamato *nālī* (piccolo tubo)<sup>85</sup>. All'interno di questo è presente un unico condotto (*nālī*) vuoto, percorso al bisogno dall'urina e, quando stimolato, dallo sperma (*ādmī kā bī*). I testicoli (*aṇḍe*), chiamati in *kacchī pela*<sup>86</sup> o *andura*<sup>87</sup> non hanno un ruolo specifico nella riproduzione. Tuttavia, è la presenza di questi ricettacoli tondi che permette a un corpo di essere definito come maschile: chi ne nasce privo è considerato un *chakkā*. Pur non essendo considerati come organi riproduttivi, i testicoli sono un punto vitale maschile, perché schiacciarli con forza può uccidere l'uomo: contengono la vita (*jān*). Il riferimento alla necessità vitale delle gonadi evoca il ricettacolo dell'acqua (*pānī kī kothrī*)<sup>88</sup> femminile, che è considerata contenere la *śakti*, l'energia vitale. Non è però chiaro come si compone l'anatomia dei testicoli secondo la formulazione della *dāī māṃ* Hazima, che pur comparandoli nella forma e nelle dimensioni a delle patate, li chiama anche *aṇḍā* (letteralmente 'uovo'). Questa denominazione si avvicinava a quella medica ufficiale (*aṇḍkoṣ*, letteralmente 'ricettacolo dell'uovo') e richiama il termine sanscrito<sup>89</sup> con cui nei testi medici ayurvedici sono nominati i testicoli, ma anche la contemporanea denominazione medica dell'ovulo (*aṇḍā*).

<sup>84</sup> “L: *Ādmī kā muṃh bhī hai?* H: *Hām. [...] Ek hī hai. [...] Ek hī nālī hai.* L: *To isse kyā kyā nikaltā hai susu nikaltā hai?* H: *Sab nikaltā hai ek hī se. [...] Susu pānī sab niklātā hai.* L: *Aur iske pīce? [indicando i testicoli] Vah nām kyā hai?* H: *Uskā nām pele. [...] Ālū jaise hai, usko pela bhī bolte hai, aṇḍā bhī bolte haiṃ, aur kacchī meṃ bhī andura bolte haiṃ.* L: *Vah kaun sā kām kartā hai?* H: *Kuch kām nahīṃ kartā hai.* L: *Kuch kām nahīṃ to kyom hotā hai?* H: *Hotā hai, kudrat ne banāyā hai. Agar vah na ho to uskā baccā nahīṃ hotā phir vah chakkā meṃ gīntī ātā hai. [...] L: Ismeṃ kyā kyā hai?* H: *Ismeṃ sab kuch hai. [...] Yah ādmī kā jān hai usmeṃ andura meṃ usko aise pakar ke maroroge to mar jāegā ādmī. [...] Usmeṃ kuch nahīṃ pūre śarīr kā nas hai usmeṃ.* L: *To pānī vahām pe rahtā hai yā nahīṃ? [indicando il pene] H: Nahīṃ vah ismeṃ nahīṃ rahtā vah ātā hai kudaratī.* L: *To ismeṃ kyā kyā hai?* H: *Ismeṃ kuch nahīṃ hai khālī pānī jāne kī jagah hai”* (Hazima, 13 agosto 2018).

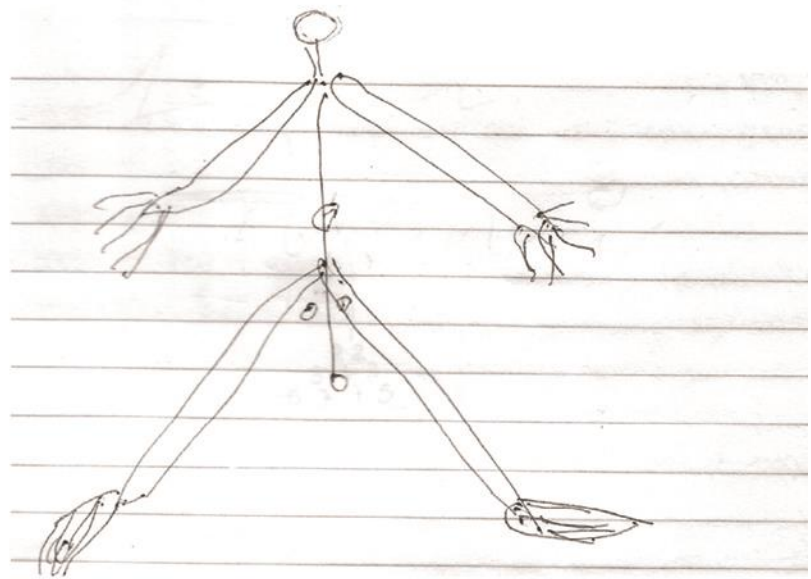
<sup>85</sup> In *hindī* come in *gujarātī*, il pene è chiamato *śīśn* o *liṅg*, entrambi prestiti linguistici dal sanscrito. La *dāī māṃ* Hazima mi ha rivelato che in *kacchī* può essere chiamato *nunni* (trascrizione ipotetica) quando si parla con i bambini.

<sup>86</sup> Trascrizione ipotetica.

<sup>87</sup> Trascrizione ipotetica.

<sup>88</sup> Il ricettacolo femminile dell'acqua è trattato nel prossimo capitolo.

<sup>89</sup> Per un approfondimento del termine *aṇḍkoṣ*, si veda Das (2003: 512-6).



**Figura 15** - Mappa del corpo di un uomo (Hazima, marzo 2018)



## CAPITOLO 2

### CORPI FLUIDI: ETNO-FISIOLOGIA DEL CORPO RIPRODUTTIVO

L'analisi delle mappe del corpo, presentata nel capitolo precedente, ha permesso di delineare le rappresentazioni che costituiscono l'etno-anatomia locale del corpo umano. Piuttosto che un corpo anatomico, le donne narravano di un corpo fluido, il cui centro è lo stomaco (*pet*), un ricettacolo che, attraverso un processo di cottura, trasforma il cibo ingerito nei vari fluidi vitali. Il presente capitolo si focalizza sull'etno-fisiologia, con lo scopo di presentare i diversi fluidi vitali che compongono e formano il corpo secondo le mie interlocutrici. Tutte le sostanze corporee erano considerate formarsi dal cibo e dall'acqua. Seguendo i percorsi di formazione dei diversi componenti del corpo, il capitolo si focalizza in particolare sul sangue e sul sangue 'uterino', considerato come il principale fluido riproduttivo femminile.

#### ESSERE QUEL CHE SI MANGIA

Nel subcontinente indiano, sin dall'epoca vedica, il cibo ha valenze simboliche rilevanti, che consentono una profonda riflessione sul sistema di valori che sta alla base dei diversi modi di classificare i cibi e delle varie prescrizioni dietetiche prescritte per gli individui in quanto armonicamente inseriti in un corpo sociale (Pellissero 2014). Anche a Bhuj, il cibo riveste un'importanza fondamentale nella vita quotidiana delle mie interlocutrici, sia a livello pratico che ideologico. Responsabili dell'organizzazione dei pasti, la maggior parte delle loro attività ruota attorno alla preparazione delle pietanze e all'organizzazione della dispensa.

Il cibo è stato anche il soggetto principale delle domande che mi ponevano le donne durante le interviste: "Cos'hai mangiato oggi? Cosa si mangia nel tuo paese?". Queste

domande da una parte segnalavano le preoccupazioni delle donne riguardo a come situarmi nella loro gerarchia delle relazioni, dall'altra mi sensibilizzavano all'importanza di un'educazione gastronomica per il corpo riproduttivo femminile. Queste pratiche, che sono esaminate nei capitoli successivi, consentono di esplorare l'*agency* delle donne come consumatrici di cibo e di esplorare le nozioni di maternità, femminilità e alla costruzione di corpi *gendered* (Donner 2008).

L'idea centrale condivisa dalle donne che ho incontrato è sintetizzata nell'affermazione "si è quello che si mangia" che è alla base delle preoccupazioni che riguardano le transazioni alimentari e di conseguenza il mantenimento dell'identità di un determinato gruppo (es. la famiglia, la *jāti* etc.). Il cibo però non è rilevante solo in relazione alla collettività, ma anche in relazione alle nozioni del sé e a quello che Khare (1992) chiama *the individual body-soul wellness*. Nel contesto di riferimento, nutrirsi si configura anche come un atto volto a costruire un determinato corpo femminile.

La presente sezione esplora la fisiologia della digestione e della produzione di sostanze corporee provenienti dal cibo secondo le donne che ho incontrato a Bhuj, al fine di evidenziare come questo sapere abbia influenzato le pratiche che strutturano il processo di ginecopoiesi. Le narrazioni di questo paragrafo fanno riferimento sia a corpi femminili come a quelli maschili e non si concentrano su un'età particolare, ma presentano una fisiologia ideale della digestione.

### ***Il processo digestivo e la produzione delle sostanze corporee***

Le narrazioni raccolte durante la ricerca evidenziano che tutte le sostanze che costituiscono materialmente il corpo umano, femminile come maschile, e che servono a mantenerlo attraverso il suo periodico rinnovamento materiale e psicologico, derivano dal cibo (*khānā*) e dall'acqua (*pānī*). Questa distinzione non è da intendere tra nutrimento liquido e solido, ma tra l'acqua e gli altri generi alimentari. Entrambe le sostanze sono necessarie al sostentamento quotidiano del corpo e, solitamente, ogni pasto richiede d'essere accompagnato dall'acqua. Il latte materno, ad esempio, è classificato come cibo e per essere dissetato il neonato necessita un apporto supplementare d'acqua. Di conseguenza, l'allattamento al seno non è mai esclusivo ma solo predominante o misto.

Secondo le interlocutrici, il cibo ha la funzione di produrre energia (*tākat* o *power*) e rendere disponibili tutte le sostanze necessarie al funzionamento fisiologico del corpo, primo fra tutti il sangue (*khūn*, *lohī*). La forza è un elemento necessario per agire e affrontare i lavori

quotidiani faticosi (*mehnatvālā kām*) ed è quindi importante saper scegliere i cibi più energetici quando se ne ha bisogno.

Una volta ingerito, il cibo passa attraverso l'esofago, in *gujarātī annanaḷī*<sup>1</sup> (Figura 1 e 2), il quale è definito dalle donne come un tubo (*naḷī*) che collega la bocca allo stomaco (*peṭ, jaṭhar*) (Figura 1 e 2). Qui il cibo è digerito e scomposto nelle diverse sostanze assimilabili dal corpo, di cui una parte è distribuita a tutto l'organismo e l'altra, che costituisce lo scarto, è deviata verso il ricettacolo delle feci (*saṇḍās kī kothrī*) e quindi evacuata. Questi elementi rappresentano la struttura minima dell'apparato digerente. Attraverso il disegno, le donne hanno ampliato il sistema, inserendo in particolare l'intestino<sup>2</sup> (Figura 1 e 2), il quale però non sembra avere un compito speciale nel trattamento del cibo, ma è stato descritto come un canale di passaggio.

L'organo più importante è lo stomaco, dal quale si diramano due vesciche che contengono i principali prodotti della digestione: le feci e il sangue. Lo stomaco è paragonato

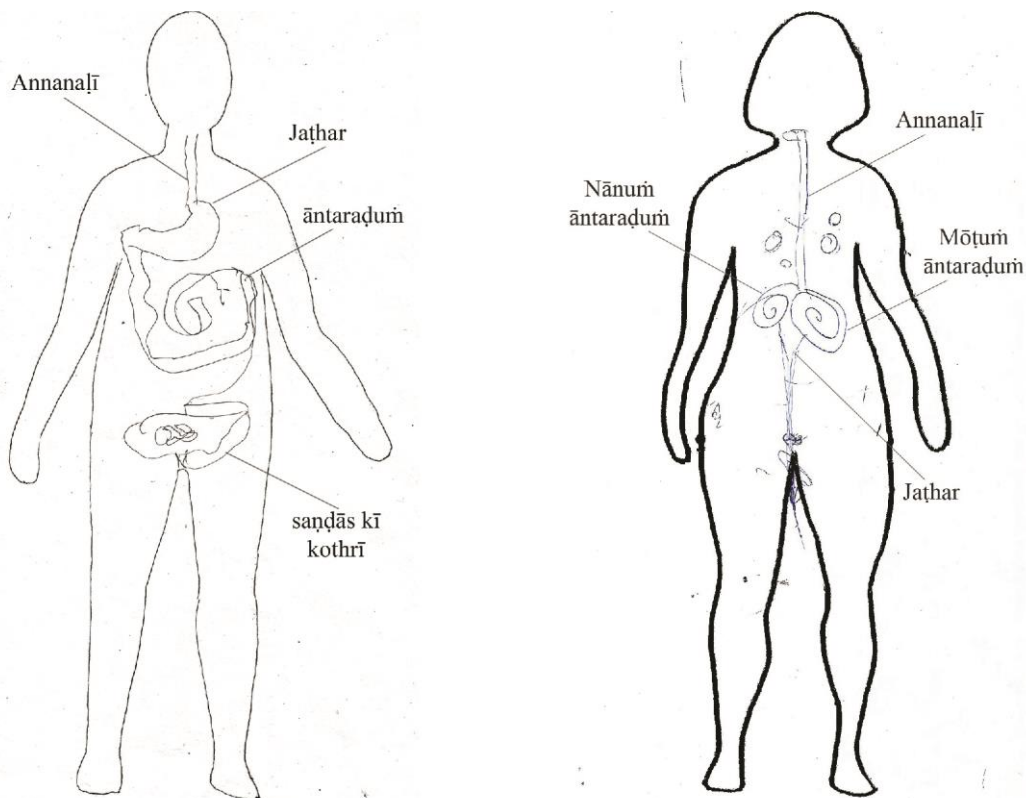


Figura 1 (a sinistra) - L'apparato digerente (Priti, 17 agosto 2018).

Figura 2 (a destra) - L'apparato digerente (Sushmaben e le sue figlie, 9 aprile 2018).

<sup>1</sup> Letteralmente il 'canale del cibo'.

<sup>2</sup> Le mie interlocutrici hanno utilizzato un vocabolario *gujarātī* per descrivere l'apparato digerente. In particolare, l'intestino tenue era nominato come *nānum āntaraḍum* e l'intestino crasso *mōṭum āntaraḍum*.

a una macchina (*machine*<sup>3</sup>) che permette la decomposizione del cibo nelle sue varie parti attraverso il calore (*garmī*) che è, al tempo stesso, presente nell'organo e prodotto dal movimento della digestione. Questa concezione s'inscrive in una classificazione dicotomica del cosmo, dove la qualità del caldo (*garam*) si combina a quella del freddo (*thaṇḍā*), argomento approfondito nella prossima sezione.

L'equilibrio termico dello stomaco è influenzato dal clima e dal cibo: se si passeggia sotto il sole (*dhūp*) o si mangiano alimenti particolarmente caldi<sup>4</sup> (*garam*) lo stomaco diventa troppo caldo. Il calore può allora risalire fino al naso provocando il raffreddore<sup>5</sup>, o fino agli occhi, facendoli diventare rossi e lacrimare, o fino alla testa, causando emicranie. Per far ridiscendere il calore in eccesso, bisogna mangiare cibi di natura fredda. In casi normali, il calore dello stomaco si manifesta all'esterno quando, per esempio, si leccano le labbra con la lingua o le si arricciano dentro la bocca. In entrambe le situazioni, le labbra entrano in contatto con i vapori caldi provenienti dallo stomaco, seccandole<sup>6</sup>.

La metafora del 'corpo-macchina', esplorata da Emily Martin (1987) nel suo libro sulle rappresentazioni del corpo riproduttivo, è stata esplicitata dalle donne che ho incontrato a Bhuj in relazione alla funzione dello stomaco. Negli Stati Uniti questa metafora domina l'immaginario biomedico, dove come sottolinea Martin, "*the woman's body is the machine and the doctor is the mechanic or technician who 'fixes' it*" (1987: 54). L'idea del 'corpo-macchina' permette di relegare il corpo nel campo di saperi specializzati, rendendolo intellegibile solo per gli 'addetti ai lavori'. "*In addition, many elements of modern medical science have been held to contribute to a fragmentation of the unity of the person. When science treats the person as a machine and assumes the body can be fixed by mechanical manipulations, it ignores, and it encourages us to ignore other aspects of our selves, such as our emotions or our relations with other people*" (1987: 19-20). Anche a Bhuj le mie interlocutrici hanno paragonato lo stomaco a una macchina a causa del suo potenziale trasformativo, del movimento continuo e della produzione di calore. Pur supponendo, anche in questo caso, un'influenza del lessico biomedico, le conseguenze sottolineate da Martin sembrano assenti dal loro quadro discorsivo, dove al contrario il concetto di calore (*garmī*)

<sup>3</sup> Questo paragone è stato esplicitato da due donne, Kamalaben, nonna *hindū*, e la *dāī māṃ* musulmana Karima Jāt, ma è stato anche validato da altre donne a seguito di una mia domanda specifica.

<sup>4</sup> Il caldo non si riferisce alla temperatura del cibo, ma è inteso come una qualità intrinseca dell'alimento.

<sup>5</sup> Se letteralmente il termine più indicato in *hindī* per raffreddore è *jukām*, la maggior parte delle donne che ho incontrato utilizzava il vocabolo *sardī* traducibile sia come "freddo" che "inverno". L'eziologia di questo disturbo narrata dalla *dāī māṃ* Karima s'inserisce sempre nella polarizzazione dinamica tra il freddo e il caldo, dove la salute è garantita nell'equilibrio corporeo dei due componenti.

<sup>6</sup> Comunicazione di Karima del 24 marzo 2018.

era centrale. D'altra parte, l'idea del 'corpo-macchina' era molto diffusa tra i dottori e le infermiere in ambito bio-medico, i quali invece non riconoscevano la rappresentazione culturale incentrata sul rapporto caldo/freddo. Le conseguenze di questa discrepanza sono analizzate nei capitoli successivi.

Come sottolinea Parry, “*the whole point about digestion is that it is a double process which distils the good and usable part of food out of the bad and unusable part. The first produces blood, semen and vigour in the body, while the second is expelled*” (1985: 626). La scomposizione del cibo avviene grazie all'azione del calore (*garmī*) che si trova nello stomaco. Gli scarti derivati da questo processo di trasformazione e parte del sangue deteriorato (*kharāb khūn*) dall'utilizzo sono evacuati in una vescica chiamata *saṇḍās kī jagah* (letteralmente 'il posto della latrina') o *saṇḍās kī kothrī*<sup>7</sup> (letteralmente 'la borsa della latrina') e quindi regolarmente evacuate (Figura 1). Il termine *saṇḍās* era utilizzato generalmente dalle donne come sinonimo di feci, anche se letteralmente indica i servizi igienici. Il rifiuto di nominare direttamente determinati oggetti o sostanze considerate volgari era applicato anche alla sfera sessuale, permettendo l'utilizzo di un ampio spettro di figure retoriche. In questo caso, si potrebbe parlare di metonimia, dove il luogo dell'azione sostituisce l'oggetto dell'azione.

Oltre al sangue, gli alimenti ingeriti si possono trasformare direttamente in carne (nella citazione successiva, indicata come *māms*) o in grasso (*carbī*), formando o rinnovando la materia corporea. Così Priti, nonna jain, descriveva il ciclo di formazione del grasso:

P: A chi mangia e beve tanto, si forma il grasso (*carbī*). Bisogna mangiare ogni giorno solo il necessario: se mangi di più, diventi grassa (*fat*). Dal grasso si forma l'energia (*energy*) del proprio corpo e se non se ne ha in eccesso, quest'energia esce lavorando.

L: Come si forma il sudore<sup>8</sup> (*pasīnā*)?

P: Si forma dal grasso che è accumulato nel nostro corpo. A tutti: uomini, donne, bambini, ragazzi. Chi è molto grasso suda molto, perché nel loro corpo c'è molto grasso.

L: Come si forma il grasso (*carbī*)?

P: Il grasso... dalla farina *maidā*<sup>9</sup>, *pāv*<sup>10</sup>, *bread*<sup>11</sup>, *roṭī*<sup>12</sup> e *cheese*<sup>13</sup>. Non si forma dal

<sup>7</sup> Traslitterazione ipotetica di un termine *kacchī* che indica una piccola borsa o un sacchetto. Usato sia quotidianamente per definire le borse per andare al mercato o i sacchetti di plastica, è spesso utilizzata in anatomia per definire l'utero o anche altre vesciche o organi contenitivi.

<sup>8</sup> La narrazione di Priti propone una lettura alternativa alla produzione del sudore (*pasīnā*), analizzata nel prossimo paragrafo, secondo cui questo liquido deriverebbe dall'espulsione in forma liquida del grasso corporeo a causa di una grande produzione di calore (*garmī*) generata dalla fatica del lavoro.

buon cibo, non si forma dai cereali (*anāj*), ma si forma da queste cose<sup>14</sup>.

Tra le mie interlocutrici, il grasso è alla base di molte preoccupazioni, a causa della riprovazione estetica e medica dei corpi femminili che ne presentano una grande quantità. Numerose sono state le ingiunzioni dietetiche per preservare la forma fisica elencate dalle donne, le quali integrano queste prescrizioni alle norme dietetiche e gastronomiche per mantenere un buon corpo riproduttivo femminile. A livello fisiologico, le prescrizioni si basano su due assunti principali. Il primo presuppone che ogni alimento sia scomposto nelle diverse qualità a esso intrinseche. Alcuni cibi hanno una ‘natura’ più grassa di altri e andrebbero quindi evitati o ridotti. Il secondo assunto si basa sull’idea che il corpo assimili solo la quantità necessaria di sostanze atte al sostentamento, mentre il resto è invece mutato in grasso, il quale può fungere da riserva d’energie in caso di carenze. Oltre a scegliere il cibo per le sue qualità, è bene non eccedere nel mangiare.

Come sottolineava Kamalaben, nonna *hindū* di casta *devī pujak*, il sangue si crea dalla scomposizione del cibo, ma è la qualità intrinseca di ogni alimento che determina la quantità di sangue prodotto:

L: Cosa si può fare quando il sangue non si forma?

K: Se non c’è sangue [nel corpo] allora bisogna mangiare regolarmente, tre volte al giorno, bisogna mangiare il buon cibo (*acchāvālā khānā*). Mangiare *ghī* (burro chiarificato), frutta, *roṭī*, grano (*dānā*), crema di semolino dolce (*śirā*<sup>15</sup>). Mangiando la *śirā* si produce il sangue. [...] La *śirā* di farina *āṭā* si prepara con il burro chiarificato, anacardi, pistacchi e mandorle. Si fa con il *jaggery* e la frutta secca, e mangiandolo il

<sup>9</sup> La *maidā* è una varietà di farina di grano, macinata finemente senza crusca, raffinata e sbiancata, usata nel subcontinente indiano per la preparazione di alcuni tipi di pane. Si differenzia dalla *āṭā*, farina di grano integrale che ha qualità opposte alla *maidā*.

<sup>10</sup> Tipo di panino a base di farina *maidā*.

<sup>11</sup> Il *bread* è il nome dato a tutti i tipi di pane di tipo occidentale, lievitati, come il pane in cassetta, molto utilizzato per fare toast dolci o salati.

<sup>12</sup> Tipo di piadina di farina di grano integrale (*āṭā*) non lievitata, che accompagna quotidianamente il pasto.

<sup>13</sup> Qui s’intende il formaggio di stile occidentale, diverso dal formaggio indiano ovvero il *panīr*.

<sup>14</sup> P: *Aur vah jo bahut khāte pīte hai, vah uskī carbī ho jāte. Āp roj jīnā khāte hai, itnā hī khānā cāhie. Aur maiṃ khāte to āp fat ho jāte hai. Ismeṃ se iskī śarīr kī energy ban jātī hai. Isko kuch jyādā nahīṃ hotā ne, kām karte karte uskī energy nikal jāte. L: Pasīnā kaise bante hai? P: Āpke śarīr meṃ carbī jamā hotī hai, isse. Ādmī, aurat sabhī ko, bacce, larke... bahut fat hote hai, isko bahut pasīnā āṭā hai, kyomki iske śarīr meṃ carbī hotī hai. L: Carbī kaise bantā? P: Carbī ... maidā, pao, bread, roṭī, cheese. Acche khānā se nahīṃ bante, anāj se nahīṃ bante, ye cīz, isse bante haiṃ” (Priti, 17 Agosto 2018).*

<sup>15</sup> Chiamata anche *sūjī kā halvā* in hindī o *lapsi* in gujarātī, è un dolce indiano fatto con semola o farina tostata nel *ghī*, poi rappresa nel latte bollente e infine condita con zucchero o *jaggery* e frutta secca. Dolce considerato molto energetico, era spesso dato alle puerpere o ai bambini.

sangue arriva nel corpo, che si rafforza<sup>16</sup>.

Nel processo digestivo, ogni alimento è considerato potersi scomporre in modo diverso secondo le qualità di cui è portatore. In questo senso i cibi possono essere classificati per la quantità e la qualità di nutrimento (*poṣaṇ*) che contengono. La frutta (*phal*) e le verdure verdi (*harī sabjī*) sono considerate molto nutritive, poiché producono una grande quantità di buon sangue (*acchā khūn*) e pochi scarti. Per questo motivo, in caso d'anemia o a seguito di una grande perdita di sangue è importare prediligere questi alimenti. Al contrario, la farina *maidā*, utilizzata per fare il pane *bread*, la pasta e la pizza, è considerata poco nutriente, dato che produce una limitata quantità di buon sangue (*acchā khūn*), ma molto sangue cattivo (*kharāb khūn*), grasso (*carbī*) e scarti. La maggior parte del cibo occidentale importato in India è generalmente respinto in quanto dannoso alla salute e, solo eccezionalmente, preparato ai bambini o ai giovani, i quali al contrario richiedono sempre di più questo tipo di cibo. La farina *āṭā* è invece privilegiata nella preparazione del pane quotidiano come le *roṭī*, perché ha la qualità di riempire lo stomaco, saziando la fame, e produrre un'alta quantità di buon sangue.

Tutti i latticini<sup>17</sup> in generale e il *ghī* (burro chiarificato) in particolare, come anche la frutta secca sono apprezzati per il grande apporto d'energia e di buon sangue che producono. Per questo motivo, come i prossimi capitoli evidenziano, questi alimenti sono alla base della dieta della puerpera che deve recuperare le forze perse durante il parto.

Alcune interlocutrici, come l'*hindū* Kanta, rilevavano che il cibo trasmette anche determinati nutrienti che erano sempre citati in inglese: *vitamins*, *calcium* e *proteins*.

Così noi mangiamo: *vitamins*, *calcium*, *proteins*, troviamo tutto questo [nel cibo]. Noi che ce ne facciamo? Si produce forza (*tākat*), energia (*power*), sangue (*blood*), carne (*māms*) e così otteniamo del nutrimento (*poṣaṇ*), no? E cosa succede alla sporcizia (*gandigī*)? Quella esce quando si va in bagno (*toilet*)<sup>18</sup>.

Queste sostanze, derivate dal sapere biomedico, sono considerate vitali al

<sup>16</sup> “L: *Lekin agar khūn nahīm banata hai to kyā kar sakte hai? K: Khūn nahīm hotā hai to khānā barābar khānā cāhie din meṃ 3 bār acchāvālā khānā khānā cāhie. Ghī khānā, phal khānā, roṭī khānā dānā khānā, śirā khānā, śirā khāke khūn banānā. [...] Aur śirā, ghī, kājū, pistā, bādām vo sab ātā kā śirā banāte hai guḍ dāl ke śirā banāte hai usmeṃ dry fruit dāl ke śirā khāte hai to śarīr usmeṃ khūn hotā hai, tākat hotī hai usmeṃ*” (Kamalaben, 30 marzo 2018).

<sup>17</sup> Il latte più usato nella regione era di bufala, seguito da quello di mucca.

<sup>18</sup> “*Aise ham khānā khāte: vitamins, calcium, proteins, sab milte hai, vah ham kyā karte hai? Tākat āte, power āti, blood bante hai, māms bante hai, usko poṣaṇ milte hai, na? Aur jo gandigī hotī usko kyā? Vah to toilet meṃ nikal jāte hai*” (Kanta, 11 luglio 2018).

sostentamento corporeo, ma non erano però inserite nei discorsi sul funzionamento del sistema fisiologico. Se da un lato è chiaro che vitamine, calcio e proteine sembravano derivare dalla scomposizione del cibo, esse non seguivano il percorso del sangue, né quello riservato agli escrementi. Le donne con cui ho parlato, infatti, non hanno specificato la funzione di ogni particolare sostanza e in che modo il corpo ne avrebbe beneficiato. Probabilmente questi nutrienti erano entrati nei discorsi delle donne a partire dalle prescrizioni dei dottori e della dietista<sup>19</sup>, ma non erano stati completamente integrati nel sapere fisiologico femminile.

### *Mangiare quello che si vuole essere*

I saperi fisiologici legati alla digestione presentati in questa sezione, permettono di mostrare come, materialmente, il cibo costruisca la corporalità degli individui. Le mie interlocutrici consideravano la scelta della dieta come un elemento fondamentale nel mantenimento di un corpo sano ed equilibrato, ovvero un corpo che possiede una giusta quantità e qualità di sangue, di carne, di grasso, d'energia. Di conseguenza, come nella pratica ayurvedica (Parry 1985), data la grande importanza data all'assimilazione degli alimenti, le mie interlocutrici attribuivano la maggioranza delle malattie a un malfunzionamento del processo digestivo, come al consumo di cibo impuro, stantio, corrotto.

Il cibo non è solo alla base della trasformazione materiale del corpo, ma anche di quella psicologica: ogni alimento veicola qualità che hanno presa sul piano mentale, animico e karmico. Jonathan Parry, nel suo articolo sul simbolismo del cibo e del mangiare nei riti mortuari dell'India settentrionale, evidenzia come *“in Hindu culture, a man is what he eats. Not only is his bodily substance created out of food, but so is his moral disposition - biogenetic substance and moral code being, as they say in Chicago, two aspects of the same thing. Just as butter is formed by churning milk, so the mind is formed by churning food. It is annamaya - 'comprised of grains'. Jainsa khave anna, vainsa hove manna - 'as the grains you eat so will be the mind'”* (1985: 613).

Le qualità psicologiche elencate da Parry si suddividono sulla base della tripartizione brahmanica che distingue sostanze di natura *sātvik* (purezza, perfezione, candore), *rājasik* (calore, vitalità, energia, rosso) e *tāmasik* (impurità, selvaggio, oscurità), dove una dieta a base di cibi *sātvik*, costruisce un corpo *sātvik* e una mente *sātvik*. Benché questa tripartizione non sia stata esplicitamente formulata dalle donne con cui ho parlato, è alla base di alcune

---

<sup>19</sup> A causa dell'alto tasso d'anemia, l'ospedale pubblico proponeva a ogni donna incinta una visita con una dietista, al fine di costruire una dieta equilibrata e ricca dei principi nutritivi di cui avevano bisogno durante questo periodo.



ingiunzioni che ho raccolto. Molte donne *hindū* rilevavano, infatti, che il consumo di carne, ormai comune anche tra tanti uomini *hindū*, favoriva lo sviluppo di pensieri legati al sesso, aumentando l'appetito sessuale. Kamalaben Vaghela, *hindū*, per parte sua, evidenziava che il consumo di carne facilitava lo sviluppo di un temperamento caldo:

K: Anche le verdure con il montone sono molto energetiche (*tākatvālā*).

L: Fanno bene?

K: Piacciono ai giovani, ma non agli anziani.

L: Tu sei carnivora o vegetariana?

K: Sono vegetariana, noi siamo *pujārī*<sup>20</sup>, no? Noi non mangiamo carne.

L: Invece i musulmani la mangiano.

K: Loro la mangiano, quindi il loro cervello (*magaj*) è veloce (*tej*): dalla carne viene l'ira (*gussā*). Loro si arrabbiano molto, dopo aver mangiato sono pieni d'energia. Così gli viene la forza, così tanta forza che anche lavorando il sangue non diminuisce<sup>21</sup>.

Oltre ad avere qualità intrinseche, che influenzano il carattere di chi mangia, il cibo è poroso alle qualità mentali e morali della persona che lo manipola<sup>22</sup>. In questo senso, durante la preparazione dei piatti è importante porsi nel giusto stato mentale, prediligendo pensieri di gioia e serenità. Bisogna evitare di cucinare quando si è arrabbiati, poiché questo sentimento sarebbe assimilato dall'intera famiglia creando un ambiente ostile. La *dāī māṃ* musulmana Karima Jāt mi raccontava che lei cucinava sempre con il pensiero rivolto ad *Allāh* e per questo motivo, la sua famiglia era molto pia e devota.

Questo concetto è anche una delle ragioni per cui, in ambito jainista e *hindūista*, molte famiglie impediscono alle donne di cucinare durante le mestruazioni. Il cibo, infatti, assorbe l'impurità (*napāk*) propria di questo stato, causando gravi scompensi al marito o agli uomini della famiglia i quali, non essendo abituati a questa energia, potrebbero contrarre malattie o

<sup>20</sup> Termine che generalmente determina i sacerdoti *hindū* o coloro che possono effettuare determinati riti e preghiere (*pūjā*). Kamalaben si definisce come tale perché appartiene alla comunità dei *devī pujak*, che attraverso un percorso di sanscritizzazione (Srinivas 1952 e 1956) ha cercato d'innalzarsi al livello del *varṇa* dei *brāhmaṇa*.

<sup>21</sup> “K: *Yah mutton vālā śākbhājī yah bahut tākatvālā hai. L: Yah acchā nahīm hai na? K: Javānīvālī ko acchā lagtā hai. Būṛhe ko acchā nahīm lagtā. L: Āp māṃsāhārī khāte haiṃ? Śākāhārī hai? K: Śākāhārī hai. Ham pujārī hai na. Ham nahīm karte māṃsāhārī. L: Lekin vah muslim khāte haiṃ. K: Vah log khāte haiṃ to magaj tez hai. Mās se gussā ātā hai. Usmeṃ gussā bahut ātā hai, usmeṃ khāne ke bād tākat bahut āti hai. Tākat āti hai. Aisī tākat kyā kām ki aisa khūn kyā kām kā*” (Kamalaben, 30 marzo 2018).

<sup>22</sup> “*Its kind of thoughts. Quando noi mangiamo... nei testi sacri hindū [è prescritto che] anche quando stiamo preparando da mangiare non dobbiamo pensare male, non dobbiamo avere negative thoughts. (...) I miei pensieri andranno a loro [che mangiano] [Its kind of thoughts. Hum jab khana khate hai... in hindu shastra khana banate time bhi hume galat nahi negative thoughts nahi late. (...) Mere thoughts unko jayenge.]* (Nilam, 26 marzo 2018)

avere problemi sul lavoro<sup>23</sup>. Per questo motivo, si distingue tra cibo casalingo (*ghar kā khānā*) e quello preparato da estranei in baracchini e ristoranti (*bāhar kā khānā*), considerato più grassi e pesanti, perché non c'è la stessa cura nella selezione della materia prima e non si conoscono i pensieri ed emozioni del cuoco mentre cucina.

### ***Le tassonomie dell'alimentazione: caldo/freddo, maturo/immaturo e puro/impuro***

La dieta quotidiana è decisa dalle donne, le quali devono essere versate nella conoscenza del cibo per il mantenimento della salute familiare. Questo sapere è determinato da tre fondamentali tassonomie del cibo: caldo (*garam*)/freddo (*thaṇḍā*), immaturo (*kaccā*)/maturo (*pakkā*) e puro (*śuddh*)/impuro (*aśuddh*). Queste classificazioni sono presenti anche nel resto del subcontinente indiano, ma variano secondo la regione e, in questa sezione, le presento nella loro variante kacchi. Anche se le presento separatamente, queste diverse categorie non si escludono a vicenda: solo nell'unione dei vari livelli si può rendere conto della complessità in cui un alimento può essere compreso e utilizzato nel quotidiano dalle donne.

#### *Garam/thaṇḍā*

I concetti di caldo (*garam*) e freddo (*thaṇḍā*) sono importanti nelle eziologie delle malattie e nei sistemi di classificazione del cibo in molte parti del mondo, in particolare in America latina, in India, in Marocco e in molti stati dell'Asia (Pool 1987)<sup>24</sup>. In India, questa classificazione è applicata non solo a questi due sistemi, ma anche agli stati mentali ed emotivi, alle stagioni, al clima e al genere. Per esempio, in opposizione alla visione Aristotelica (Héritier 1996), in India l'uomo è considerato di natura più fredda della donna. Lo stato mentale della rabbia è accomunato al periodo monsonico per la sua qualità calda, che si oppone al freddo del sentimento di pace e della stagione invernale. Poiché si pensa che la malattia si verifichi quando l'equilibrio di questi elementi opposti è disturbato, l'applicazione pratica di questa teoria mira al ripristino dell'equilibrio del corpo, usando cibi e trattamenti che riducano l'elemento in eccesso e/o aumentino l'umore carente (Laderman 1981).

Nel cibo, le qualità termiche non si riferiscono alla temperatura dell'alimento, ma a una caratteristica intrinseca che non varia con la cottura; la loro classificazione, inoltre, pur essendo molto diffusa in India, può variare da regione a regione. Tra le donne che ho

<sup>23</sup> L'impurità del sangue mestruale è trattata nel capitolo 3.

<sup>24</sup> Per uno studio più approfondito sulla dicotomia caldo/freddo rimando agli studi di Pool (1987), Nichter (1987) e, per quanto riguarda la gravidanza, a Nag (1994) e Laderman (1981).

incontrato, vige un consenso sulle sostanze di provenienza animale (pesce, carne e uova) che sono considerate calde, in opposizione alla maggior parte della frutta e della verdura di natura fredda (Nag 1994). Fanno eccezione la papaya e l'anguria, che hanno proprietà riscaldanti e per questo potrebbero provocare un aborto spontaneo o impedire il rimarginarsi di una ferita. Questo accade perché la qualità del caldo è dinamica e ha un effetto diretto sul sangue, provocando, in caso di squilibrio, emorragie o disturbi mestruali come la menorragia. All'opposto, il freddo è statico e può causare un'amenorrea. Il latte, lo yogurt (*dahī*) e il latticello<sup>25</sup> (*chās*) sono di natura fredda e bisognerebbe quindi diminuirne il consumo durante la stagione invernale, per evitare di sviluppare il raffreddore o il mal di gola.

La tassonomia del caldo/freddo non è soltanto rilevante per la sfera fisica, ma anche per quella psicologica. Come scrive Parry nel suo studio sulla morte e il cibo, *“the notion that you become what you eat is intimately associated with a whole complex of ideas about the properties of different kinds of food. 'Hot' foods not only produce heat in the body which enables you to withstand a cold climate, but also arouse passion, lust, virility and aggression and are therefore suitable food for the Kshatriya. 'Cold' food conversely reduces the temperature of the body and confers on the eater the calm, pacific and tranquil disposition appropriate to the Brahman”* (1985: 613).

### *Kaccā/pakkā*

La seconda tassonomia non si basa come la precedente sulle qualità intrinseche degli alimenti, ma dipende da come questi sono cucinati. In misura maggiore o minore, il cibo cotto con il fuoco<sup>26</sup> è permeato dalle qualità di chi lo cucina che poi sono ingerite da chi lo mangia. L'estensione di questa permeabilità dipende dal metodo di cottura. Il cibo *kaccā*, bollito in acqua, è altamente permeabile alle influenze estranee e quindi la sua accettazione è limitata entro le frontiere più ristrette delle relazioni sociali. Il cibo *pakkā*, fritto per immersione in un grasso animale o vegetale (burro chiarificato vaccino o di bufala, olio di sesamo, di senape e simili) è relativamente impermeabile e può essere accettato anche da persone di statuto inferiore (Pellissero 2014).

Il termine *pakkā* implica un'idea di completezza, perfezione, solidità, al contrario di *kaccā* che rimanda a qualcosa di non maturo, imperfetto, non stabile. Per questo motivo, il cibo *kaccā* è destinato all'alimentazione quotidiana, condivisa tra i membri di una stessa

<sup>25</sup> Il *chās* è la bevanda con cui in Gujarat e anche in altre regioni si accompagna il pasto.

<sup>26</sup> Sulla differenziazione tra cibo cotto e crudo, cotto con o senza il fuoco, vedere Khare (1976).

famiglia, di una stessa *jāti* o avente un eguale status sociale. Inoltre, è facilmente soggetto a contaminazione, per cui nel corso della sua preparazione e somministrazione si moltiplicano le prescrizioni rivolte a salvaguardarne la purezza (obbligo di lavarsi le mani prima di prepararlo, servirlo e cibarsene). Il secondo, che rimane *pakkā* anche se successivamente sottoposto a bollitura in determinate preparazioni, è meno soggetto a contaminazione. Può essere condiviso praticamente con chiunque, anche al di là delle barriere di *jāti*, e resiste alla contaminazione attraverso la cottura, la distribuzione, il consumo, ecc. (Pellisero 2014). Per questo motivo, è il cibo tipico delle feste, dei matrimoni e di altri eventi aperti a persone appartenenti a diversi strati sociali, castali e religiosi.

### *Śuddh/aśuddh*

La tassonomia del puro (*śuddh*<sup>27</sup>) e l'impuro (*aśuddh*) regola le transazioni di cibo e la commensalità, ma può anche definire un particolare tipo di regime alimentare. Nell'hindūismo, il rispetto di una dieta considerata *śuddh* (pura), ovvero strettamente vegetariana, permette il raggiungimento di specifici obiettivi spirituali e si oppone a una dieta *aśuddh* (impura), a base di derivati animali. D'altra parte, questa tassonomia è associata anche ad altri aspetti che regolano le relazioni e le funzioni sociali del singolo in determinati momenti. In particolare, nel prossimo capitolo si evidenzia come le donne che ho incontrato a Bhuj utilizzavano questa classificazione per determinare vari momenti della loro vita riproduttiva, come il ciclo mestruale o il parto. Qui mi limito a presentare brevemente la storia di questi termini negli studi antropologici e indologici, approfondendo il loro legame con il cibo.

Numerosi sono gli studi che sono stati dedicati all'ambito del puro e dell'impuro (Bean 1981, Dumont 1992, Dumont e Pocock 1959, Malinair 2010, Olivelle 1998, Malamoud 1972, Marriott 1968, Parry 1991), legando queste categorie al sacro e profano (Das 1976) o al buon auspicio (*śubh*) e al cattivo auspicio (*aśubh*) (Carman e Marglin 1985). I concetti di purezza sono stati considerati intrinsecamente connessi al sistema delle caste (*jāti* e *varṇa*) e al loro ordinamento gerarchico in gruppi sociali regolati secondo vari gradi di 'purezza'

---

<sup>27</sup> La complessità dei temi e dei concetti legati all'ambito della purezza nell'hindūismo è indicata nella varietà di parole usate per affrontare i diversi aspetti di 'puro' e 'impuro'. Un ampio spettro semantico è coperto dai diversi termini sanscriti usati per indicare purezza e impurità, purificazione, inquinamento (*pollution*) e contaminazione, così che è difficile trovare un singolo equivalente per le parole italiane puro e impuro (Malinar 2010). Nel presente testo sono impiegati i termini usati correntemente dalle donne incontrate a Bhuj. In particolare, le donne *hindū* e jain utilizzano il termine *śuddh*, dalla radice verbale sanscrita *śudh-*, 'to cleanse, purify' (Malinar 2010) per rendere lo stato di purezza, mentre il suo opposto è reso aggiungendo la *a* privativa, ovvero *aśuddh*. Le donne musulmane utilizzano il vocabolo di origine persiana *pāk*, utilizzato solitamente come sinonimo di *śuddh* (puro), la cui negazione è resa con l'accostamento della particella di negazione *na*, ovvero *napāk* (impuro).

(Malinair 2010). Nel suo articolo sull'analisi del sistema castale nel Bengala occidentale, Marvin Davis evidenzia il legame tra gerarchia e purezza: "*the greater the purity, the higher the rank. The lesser the purity, the lower the rank*" (1976: 16). Secondo Henry Noel Cochran Stevenson (1954), questa regressione è dovuta al carattere fisico-naturalistico del sistema delle caste e delle nozioni di purezza implicite in esso: l'impurità deriverebbe dalla contaminazione con processi vitali come la morte o con le secrezioni e le sostanze corporee (Malinair 2010). Considerando la difficoltà nel dissociare l'ambito del puro a quello collettivo, nel suo lavoro Louis Dumont (1992) definisce la gerarchia dell'impurità come un sistema 'olistico' d'inclusione (Malinair 2010). Invece, Marriott (1959, 1968) si oppone a una visione 'attributional' (Malinair 2010) della classificazione delle caste seguita da Dumont e Stevenson, proponendo un approccio 'interactional'. I concetti di puro e impuro non sarebbero attribuiti a gruppi o persone in base al loro coinvolgimento con sostanze 'impure', ma stabiliti a seguito di una transazione. "*Emphasis in this system of ranking is not on qualities, but on transactions; not on purity, but on purification. [...] Pollution in an interactional hierarchy is not innate, but always social, always a matter of giving and taking, of adding and subtracting*" (1959: 97). Questa definizione è particolarmente significativa nell'ambito delle transazioni alimentari: di solito i donatori di cibo sono di gerarchia più alta e in una condizione maggiore di purezza dei suoi riceventi.

Un caso speciale di transazione alimentare, sono gli avanzi di un pasto (in sanscrito *ucchiṣṭa* e in hindī *jūṭhā*), che sono generalmente considerati impuri. Servire a qualcuno gli avanzi del pasto di un'altra persona è considerato molto offensivo e indica mancanza di rispetto e disprezzo. Viceversa, mangiare deliberatamente gli avanzi di qualcun' altro, denota un rapporto personale molto stretto o che segna uno stato d'inferiorità o dipendenza (Malinair 2010). Pertanto, uno studente può mangiare gli avanzi del suo insegnante o una moglie quelli del marito senza ricadere in uno stato d'impurità (Malamoud 1972, Olivelle 1998). Questa nozione è implicita nel concetto vedico di 'cibo puro' che è prodotto nella trasformazione rituale dell'offerta sacrificale, i cui resti dovrebbero essere consumati dai partecipanti al sacrificio (Malamoud 1972). La stessa logica si applica alla *prasād*<sup>28</sup> (cibo santificato), il cibo che è restituito ai fedeli di un dio o dea come resto dopo essere stato offerto alla divinità. Essendo molto puro (*śuddh*) quest'alimento non deve essere offerto a chi si trova in uno stato d'impurità (*aśuddh*), come le donne durante il ciclo mestruale.

---

<sup>28</sup> Questo concetto è utilizzato sia in ambito hindūista che musulmano, jain e cristiano.

### ***Mangiare insieme per condividere la stessa sostanza***

Il cibo non nutre e rinnova solo il corpo fisico della persona, ma anche il suo corpo sociale (Sebastia 2016) e per questo motivo è regolato da norme diverse secondo la religione e la comunità (*jāti*). In particolare, si definiscono gli alimenti e le modalità di preparazione appropriate, il comportamento del consumatore prima, durante e dopo il pasto, nonché la programmazione dei pasti nella sfera domestica. Il cibo è culturalmente un veicolo di scambio, attraverso l'alimentazione si scambiano merito o demerito morale, prestigio o disistima sociale (Pellissero 2014). Questo deriva direttamente dal fatto che non solo “siamo quello che mangiamo”, ma anche ciò che non mangiamo: “*You Are From Whom You (Do not) Eat*” (Doniger 1999: 154), visto che il cibo assorbe le qualità di chi lo cucina. Se quest'affermazione può essere veritiera per coloro che si attengono alle regole di commensalità hindūista o jainista, anche in ambiente musulmano è bene potersi accertare che il cibo rispetti la distinzione tra *harām* (proibito, illecito) e *halāl* (lecito, non proibito da Dio e conforme al comportamento tenuto in vita dal Profeta) (Scopel 2016). Inoltre, come mi è stato dimostrato più volte nel corso della ricerca, le famiglie musulmane erano consapevoli delle diverse restrizioni e prescrizioni alimentari legate alle caste.

Il processo digestivo, che trasforma il cibo nei tessuti del corpo, comporta una serie di rischi di contaminazione etica e fisica che si riflette sulla scala sociale: in particolare per gli hindūisti il consumo di cibo proibito indebolisce il corpo, ma comporta anche conseguenze negative sul piano del ciclo delle rinascite, e svisciva lo status sociale di chi lo consuma (Pellissero 2014). La segmentazione sociale si fonda sull'ereditarietà di un particolare status che, a sua volta, si basa su una differenziazione gerarchica, permanente ma relativa, secondo diversi gradi d'impurità (Dumont 1992). L'intercommensalità rischia di infrangere i confini della segregazione sociale per gruppi consolidati e va, se possibile, evitata (Pellissero 2014).

Pratiche come lo *zakāt*, la decima prescritta dalla legge a beneficio dei più poveri, che può prendere la forma di alimenti che sono necessari per il nutrimento degli esseri umani, o l'*annadāna*, termine generico che definisce le offerte di cibo, sembrano andare contro le prescrizioni precedenti. Queste pratiche, infatti, evidenziano la necessità di condivisione del cibo che, se è spartito, si moltiplica, ma se è serbato non reca frutto (Pellissero 2014). Questo tratto entra in contraddizione con la necessità di preservare colui che mangia dal rischio di contaminazione per cui, in linea di principio, sarebbe più prudente mangiare da soli. Al contrario, tiene in considerazione l'imperativo morale di offrire le primizie a dei, antenati e spiriti prima del pasto, e tenere per sé solo quello che tecnicamente si può considerare un

avanzo<sup>29</sup> (Pellisero 2014).

Seguendo la stessa ottica, considerare il cibo come fondamento materiale e psicologico della persona, può aprire l'uomo a una dimensione spirituale qualora gli alimenti siano consacrati prima d'essere ingeriti. Peculiare in questo senso è il *prasād*, ovvero i resti del cibo offerto alla divinità durante la maggior parte dei riti e le preghiere hindūiste che sono poi ridistribuiti tra i devoti. Solo coloro che si possono avvicinare alla particolare divinità cui i vari riti sono officiati possono beneficiare di questo cibo benedetto, creando una distinzione tra i fedeli dei differenti orientamenti religiosi e settari (*sampradāya*). Nel pensiero islamico, d'altra parte, il cibo è una grazia divina ed è raccomandato menzionare il nome di *Allāh* prima di accingersi al pasto e alla sua conclusione (Scopel 2016). Nella sfera domestica, questa pratica permette di definire il pasto come un momento di costruzione materiale del corpo fisico e sociale condiviso dalla stessa famiglia, ma anche di un corpo spirituale.

Durante le mie osservazioni sul campo, i pasti organizzati dalle mie interlocutrici erano regolati nell'ambiente domestico da norme di commensalità che si basavano sul genere. Le donne mangiavano solitamente dopo gli uomini, nello stesso spazio o in una parte separata, secondo la struttura della casa. I bambini che non riuscivano ancora a mangiare da soli, seguivano solitamente orari diversi da quelli degli adulti, o comunque condividevano lo spazio femminile. L'atto di nutrirsi era un momento pericoloso perché il cibo rischiava di essere contaminato dal malocchio (*najar*). Una delle malattie più diffuse nella regione è il *bhakhīyā*, un disturbo gastrointestinale che deriva proprio da pensieri o commenti malevoli, involontari o deliberati, verso qualcuno osservato nell'atto del mangiare<sup>30</sup>. Questo timore permetteva di giustificare il pasto come un momento privato piuttosto che di socialità. Per questo motivo, a volte gli inviti a condividere un pasto rispondevano meno a una funzione di sviluppo della convivialità, quanto piuttosto a un dovere di ospitalità, il cui ospite ne avrebbe tratto i benefici (Sebastia 2016).

Gli avanzi di cibo beneficiavano di un trattamento particolare e se si considera che a Bhuj, come nella maggior parte del subcontinente indiano, il pasto è sempre consumato con le mani, condividere lo stesso piatto equivale a mischiare le proprie essenze. Conoscendo questo divieto, sono rimasta molto sorpresa quando, un giorno, la *dāī māṃ* musulmana Hazima ha fatto bere il fondo del mio *cāy* (tè) a sua nipote di quattro anni. “Così diventerà bianca come te” mi ha detto: il consumo dei resti permetteva di assorbire le qualità di chi l'ha toccato o

<sup>29</sup> Per approfondire il concetto di resto, vedere Malamoud (1972 e 1989).

<sup>30</sup> Come vedremo in seguito, è proprio a causa di questa possibilità che le donne coprivano con un calzino il biberon che davano ai bambini; le madri, infatti, sono le prime a poter lanciare il *najar* ai propri figli.

consumato in precedenza. Quest'immagine diventa meno eccezionale quando si pensa che tutte le madri imboccavano i propri figli con le mani, un gesto che si pone in continuità con l'alimentazione in utero attraverso il cordone ombelicale e poi con l'allattamento al seno. In entrambi i casi, il bambino cresce influenzato e modellato dalle caratteristiche fisiche, morali, emotive e spirituali della madre.

Tuttavia, le donne potevano consumare i resti del marito o addirittura condividere lo stesso piatto. Più di una volta, quando ero invitata a mangiare in un ambiente familiare insieme al mio compagno, le donne mi proponevano di mangiare nello stesso *thālī*. Quest'invito era reso possibile dal mio doppio ruolo d'ospite e di straniera, che mi consentiva d'accedere allo spazio maschile, soprattutto grazie alla legittimazione trasmessa dalla presenza del mio compagno. Condividere il cibo dallo stesso piatto era considerato come una manifestazione d'amore romantico e di una grande intimità della coppia, la quale non sempre era apprezzata nel contesto di una famiglia allargata dove era il gruppo familiare che prevaleva sulla coppia e dove l'intimità era spesso negoziata e relegata a spazi privati. Tuttavia, quand'ero sola, la mia familiarità con le mie interlocutrici e di conseguenza la mia parziale assimilazione all'interno del tessuto sociale prevalevano sulla mia natura da straniera, confinandomi negli spazi e nei tempi dei pasti femminili.

Le considerazioni presentate consentono di evidenziare come la parentela si consolidi attraverso la commensalità. Come evidenzia Françoise Héritier nel suo testo sul maschile e il femminile, *“si la filiation est ainsi construite, comme une trace particulière au milieu des multiples cheminements qui concourent à l'apparition d'un individu nouveau fait de chair, d'os et de sang, elle l'est aussi explicitement par le lien communiel de la nourriture consommée au sein du lignage, marquée négativement par les interdits propres à chaque groupe, nourriture qui génère et renouvelle la chair, mais aussi les os et leur précieux contenu, qui génèrent à leur tour le sang et le sperme”* (1996:139). In questo senso, i numerosi inviti che mi sono stati rivolti per condividere pasti, *cāy* e *prasād*, non erano solo segno dell'adempimento di un'ospitalità rituale e culturale molto sentita nella regione, ma permettevano anche di trasmettermi un'educazione culinaria e un galateo che mi permettesse, anche a livello materiale, d'essere assimilata come 'locale'. Attraverso il cibo avrei potuto comprendere determinati aspetti che, in quanto straniera, mi si chiudevano alla mia comprensione. Le mie abitudini alimentari erano quindi controllate e indagate per sensibilizzarmi all'importanza di un'educazione gastronomica volta alla costruzione e al



mantenimento della salute del corpo riproduttivo femminile<sup>31</sup>.

Come annota Ravindra S Khare nel suo testo sul cibo nell'hindūismo, *“foods mark — and are marked by — people’s social life, quickly absorbing and reflecting different ranks, actions, emotional states, conditions, and goals. The Hindus routinely organize these around their criteria of ritual purity and pollution (pavitra and apavitra), moral sin and merit (pāpa and punya), and auspiciousness and inauspiciousness (maṅgala and amaṅgala). So pursued, food becomes one of the most crucial material-moral thresholds that bridge this-worldly (laukika) pursuits with those otherworldly (ādhyātmika). Once ‘inside’ (antarīya) a person, foods reflect — and influence — that person’s innate properties (guṇa), morality, hidden intentions, emotions, and social dispositions. On the ‘outside’, same foods reflect — and get modified by — the natural environment, ecology (paryāvaraṇa), seasonal changes, and people’s tastes and food habits”* (2004: 412). Il cibo si presenta come una sostanza estranea che, attraverso il processo di digestione, è assimilata andando a rinnovare la sostanza materiale, psicologica e spirituale del corpo umano. Il bisogno di contenere e mantenere una propria identità sociale, si scontra con la necessità vitale di doversi nutrire d’elementi esterni e quindi con la possibilità di contaminazione o corruzione. Il cibo richiede di passare attraverso una serie di manipolazioni atte a rendere le sostanze conformi sia sul piano materiale (per esempio attraverso la cottura) che sociale. Le pietanze cotte o preparate, pronte quindi al consumo, ma non ancora ingerite, si trovano in una situazione liminale, in uno stato di potenziale fragilità agli agenti esterni.

Secondo Arjun Appadurai, come evidenzia nel suo articolo *Gastro- politics in Hindu South Asia* (1981) la straordinaria virtuosità semiotica del cibo ha tra le cause il fatto che *“unlike houses, pots, masks, or clothing, food is a constant need but a perishable good. The daily pressure to cook food (combined with the never-ending pressure to produce or acquire it) makes it well suited to bear the load of everyday social discourse. The second fundamental fact about food, although this is much less well understood, is its capacity to mobilize strong emotions. This property, no doubt, has roots in the powerful association, in the human life cycle, between the positive memory of nurture and the equally powerful negative experiences (such as weaning) of early human life. It is these facts that account for the important affective role played in systems of food classification by foods that are abhorred, avoided, or feared”* (1981: 494).

---

<sup>31</sup> Questo punto sarà approfondito nei prossimi capitoli.

## L'EQUILIBRIO IDRICO DEL CORPO

### *I fluidi acquosi: urina, sudore e liquido amniotico*

Secondo le mie interlocutrici, oltre al cibo, il corpo umano ha bisogno d'acqua (*pānī*) per il proprio sostentamento, che permette di soddisfare la sete (*pyās*). La maggior parte del corpo è, infatti, costituito d'acqua e affinché il corpo non si secchi (*sūkhnā*) è bene bere regolarmente. Nella regione arida del Kacch, l'acqua è un bene prezioso (Mehta 2005) e, come segno d'ospitalità, era sempre offerto un bicchiere d'acqua a chiunque entrava in casa e solo in seguito proponeva del *cāy* (tè). Quest'offerta era considerata vitale per mantenere il giusto apporto di fluidi nel corpo.

In caso di carenza di fluidi acquosi, le donne consigliavano di andare in ospedale per farsi iniettare una flebo di glucosio (*pānī kā bottle* lett. 'la bottiglia d'acqua' o *glucose*). Questa pratica, molto comune, è comparata dalle donne a quella meno frequente di ricevere una flebo di sangue (*khūn kā bottle*) quando si hanno poche energie. Il timore di seccarsi (*sūkhnā*) era molto comune tra le mie interlocutrici, in particolare in situazioni come l'allattamento e la gravidanza, e alludeva alla rappresentazione fluida del corpo. Per mantenersi in salute è, infatti, necessario mantenere un elevato apporto di liquidi, mentre una loro carenza andrebbe ad intaccare i flussi interni del corpo. In particolare, alcune malattie deriverebbero da un disseccamento di alcuni canali (es. l'anemia) o ricettacoli. Tuttavia, in maniera eccezionale, l'utero era considerata l'unica vescica che alterna fasi di secchezza (pre-pubertà e menopausa) a periodi di idratazione e attività.

Secondo Soraya<sup>32</sup>, una giovane musulmana, il corpo ha bisogno di una quantità definita d'acqua: la parte in eccesso compone l'urina (*peśāb*). Per essere assimilata, tutta l'acqua deve attraversare lo stesso percorso del cibo, ma una volta nello stomaco, è deviata verso una vescica chiamata *peśāb kī kothrī* o *peśāb kī thailī*, ovvero letteralmente il 'sacco dell'urina'. Qui l'acqua scartata, ormai diventata urina (*mūtr*, *peśāb*, *susu*), si raccoglie finché non è evacuata attraverso 'l'apertura dell'urina', ovvero *peśāb kī munḥ*<sup>33</sup>.

Diverse sono le funzioni dell'acqua descritte dalle mie interlocutrici. Una delle mansioni principali è equilibrare il corpo evacuando il calore (*garmī*) prodotto dalla

<sup>32</sup> "Che cos'è l'urina... noi beviamo troppa acqua e nel nostro corpo c'è tanta urina... pensa, dentro di noi ci stanno 6ml, se noi abbiamo bevuto 12ml, l'acqua che abbiamo bevuto di troppo, cosa gli succederà? Uscirà fuori attraverso l'urina. [*Susu kyā hai na, ham jyādā pānī pīte haiṃ aur pānī kyā hai hamāre śarīr meṃ jitnī mūtra hotī hai na... samjhā lo hamāre meṃ 6ml haiṃ agar 6ml se āpne 12ml pī liyā jab jyādā pānī pī liyā na to vaha pānī kyā hogā hamāre mūtra ke dvārā bāhar nikal jāyegā*] (Soraya, 5 giugno 2018 ).

<sup>33</sup> Chiamata anche *peśāb kī jagah*, letteralmente il 'luogo dell'urina'.

digestione o da altri movimenti interni<sup>34</sup>. In caso di una dieta con una prevalenza d'alimenti caldi, o durante la stagione calda, la fuoriuscita di questa qualità permette di ristabilire o mantenere la salute del corpo. Una seconda qualità dell'acqua era descritta da Kanta (*hindū*):

K: Perché esce l'urina (*peśāb*)? Quello che c'è di corrotto (*kharāb*) nel nostro corpo, i batteri (*bacteria*), dove possono uscire? Quando ci viene la febbre, cosa succede al nostro corpo? Sono arrivati i batteri. Per questo motivo è arrivata la febbre. Ora, come possono uscire i batteri? C'è bisogno di un posto per farli uscire, altrimenti come usciranno? Usciranno con l'urina, no? Per questo l'urina esce gialla. Ti è mai successo? Non ti è mai arrivata la febbre... se sei malata, l'urina viene gialla.

L: Quindi i batteri sono gialli?

K: Questi batteri non sono gialli, ma quando arrivano tutti questi batteri, la febbre, quindi si diventa caldi (*garam*), no? Per questo motivo tutti i batteri escono ed escono nell'urina. C'è bisogno di un posto per farli uscire<sup>35</sup>.

L'acqua ha una funzione di pulizia (*sāph karnā*) del corpo: eliminando sia gli scarti che i 'batteri' (esseri o sostanze poco definite) permette di mantenere il corpo in salute. Un corpo sano è costituito solo da materia considerata buona (*acchā*) ed evacua regolarmente le qualità negative (*kharābī*) grazie a dei processi di distillazione del buono e dell'utile dalle parti cattive e inutilizzabili. Questo procedimento è alla base sia della digestione, analizzata nella parte precedente, che delle sostanze che si formano da una trasformazione dell'acqua ingerita, che saranno presi in esame in questa sezione.

Il sudore (*pasīnā*), un prodotto dell'acqua, ha, infatti, la stessa funzione. Le donne che ho incontrato affermavano che parte dell'acqua contenuta nel corpo fuoriesciva dalla pelle (*camṛī*) con lo scopo di mantenere la superficie del corpo pulita e di espellere le sostanze corrotte (*kharābī*). Sempre Kanta descriveva così l'azione del sudore:

Il sudore (*pasīnā*) fa bene, perché pulisce la nostra pelle (*skin*), impedisce ai batteri (*bacteria*) di fermarsi sulla pelle. Penetrando nel corpo, [il sudore] ferma i batteri. Perché? Perché i batteri vanno dentro, ma viene il sudore che si attacca ai batteri. I batteri escono con il sudore, esce la sporcizia (*gandīgī*). Bisogna che ci sia da qualche

<sup>34</sup> “Con l'urina esce il calore. Tu bevi l'acqua? Bisogna bere tanta acqua così ti fa uscire il caldo dal tuo corpo” [*Susu se garmī nikal jātā. Āp pānī pīte? Bahut pānī pīke sab garmī nikaltī hai.*] (Priti, 17 agosto 2018)

<sup>35</sup> “*Peśāb kyom nikaltā hai? Hamāre śarīr meṃ jo kharāb hote, bacteria, vah kahām se nikalegā? Hamēṃ bukhār ā jātā, calo, bukhār ā gāyā to kyā hogā śarīr meṃ? Bacteria ho gāyā. Islie bukhār ā gāyā. Abhī bacteria ko kaise nikaleṃge? Nikalne ki jagah to cāhie, kaise nikaleṃge? Peśāb se nikaltā hai, na? Islie yellow peśāp ātā hai. Āyā kabhī? Kabhī āpko bukhār hone, agar āp bīmār hone to āpko peśāp yellow ātā hai. L: To bacteria yellow hai? W: Yah bacteria yellow nahīm, par sab itne bacteria ho jātā bukhār to garam hotā hai na? Iske vajese sab bacteria nikaltā hai, to peśāp meṃ nikal jātā hai. Nikalne ke lie jagah cāhie*” (Kanta, 11 luglio 2018).

parte un posto per farla uscire<sup>36</sup>.

Il calore dato dalla temperatura esterna come da quella interna, o causato dalla fatica del lavoro, permette all'acqua di penetrare la barriera porosa della pelle, raccogliendo il materiale di scarto, e di materializzarsi come sudore. Questa funzione è presente negli uomini come nelle donne e nei bambini. Tuttavia, l'*hindū* Kamalaben, *devī pujak*, proponeva una lettura abbastanza originale del sudore, al fine di spiegare la differenza fisiologica tra corpo maschile e femminile. Fino a questo momento, infatti, tutte le funzioni descritte si applicano in modo invariato a tutti gli esseri umani. Secondo Kamalaben, però, il corpo maschile è stato creato per sudare con maggiore frequenza con lo scopo di espellere il sangue corrotto (*kharāb khūn*).

Come esposto nella prossima parte, secondo la fisiologia locale, il sangue si forma giornalmente dal cibo per sostituire quello già presente nel corpo, contaminato dall'usura. Nella concezione delle mie interlocutrici, durante il periodo fertile i corpi femminili espellono questo sangue durante la fase mestruale; gli uomini, invece, lo secernono sotto forma di sperma. Kamalaben però sottolineava che questa funzione maschile non permette di far uscire la totalità del sangue corrotto prodotto giornalmente. Il sudore avrebbe la funzione di espellere questo sangue. L'uomo è di conseguenza più portato a fare dei lavori di fatica perché questi gli permettono di traspirare in abbondanza e quindi di mantenere il corpo in salute. La donna, invece, non dovrebbe compiere lavori di forza, poiché, al contrario, potrebbe indebolirsi traspirando non solo il sangue corrotto, che è già poco presente poiché è evacuato con il ciclo mestruale, ma anche quello buono (*acchā khūn*):

Il sangue si produce sempre, ma quando lavoriamo, quando facciamo dei lavori faticosi, si suda. Esce il sudore [...] e con il sudore anche il sangue diminuisce. [...] È vero che le donne sanguinano e gli uomini non sanguinano<sup>37</sup>. Tutto il sangue degli uomini esce con il sudore. Gli uomini fanno molti lavori di fatica, per questo motivo vivono con una donna, così fanno anche quelli per le donne. Gli uomini non hanno nessun posto per far uscire il sangue, devono lavorare duramente quindi sudano tanto. La donna suda di meno. La donna lavora ma gli esce meno sudore, mentre agli uomini esce molto sudore<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> “*Pasīnā to acchā hai, kyomki hamārā skin sāph kartā hai, vah bacteria ko ruktā hai āne se skin meṃ. Śarīr me ghusne se rokte haiṃ bacteria ko. Kyom? Kyomki andar bacteria jāte haiṃ, to pasīnā ā jātā hai, to pasīnā ne bacteria cipak jātā hai. Pasīne se nikal jātā hai. Gamdigī nikal jāte haiṃ. Kahīṃ se nikalne kī jagah cāhie*”. (Kanta, 11 luglio 2018).

<sup>37</sup> Fa riferimento al ciclo mestruale.

<sup>38</sup> “*Vah [khūn] hameśā banjātā hai lekin ham kām, vah mehnatvālā kām karte haiṃ na vah pasīne meṃ, pasīne hotā hai apun ko. Pasīnā nikaltā hai. [...] Pasīnā se bhī khūn kam ho jātā hai. [...] Aurat kā [khūn] nikaltā hai, ādmī kā nahīṃ nikaltā to vah sahī bāt hai. [...] Ādmī kā khūn sab pasīne meṃ nikaltā hai. Ādmī log mehanat kā*

Oltre l'urina e il sudore, il liquido amniotico è un'altra secrezione acquosa fondamentale del corpo femminile, che si distingue dalle altre due presentate in precedenza. Questa sostanza, chiamata generalmente *pānī* è prodotta dal corpo solo durante la gravidanza facendo deviare parte dell'acqua ingerita direttamente nell'utero. Di conseguenza, durante la gravidanza è bene ingerire maggiori quantità d'acqua o astenersi dall'uscire sotto il sole, per evitare di far seccare il bambino in grembo. Nilam Goswami<sup>39</sup> (*hindū*) mi raccontava che, durante la sua seconda gravidanza, la sua abitudine di uscire di casa nelle ore calde del giorno le aveva causato una diminuzione del liquido amniotico e una possibile morte in utero. Per evitare questa possibilità, il dottore le aveva prescritto una flebo di glucosio, la quale avrebbe ristabilito il giusto apporto d'acqua 'uterina'.

Il liquido amniotico è vitale per il bambino (*baccā*) perché gli permette di respirare e di mantenersi 'umido'. In caso di carenza, come raccontava Kamalaben<sup>40</sup>, *hindū devī pujak*, ci si doveva sottoporre a un cesareo per impedire al bambino di seccarsi. Le perdite bianche (*saphed pānī*) in gravidanza sono considerate come del liquido amniotico che sta uscendo. Generalmente, le mie donne che ho incontrato ritenevano che questa situazione si presentava quando sforzavano il corpo, portando pesi o lavorando, oppure se si sedevano per lungo tempo in posizioni che favorivano l'apertura della 'bocca dell'utero' (*baccādānī kā muṃh*). Il bambino non è, infatti, contenuto da nessuna membrana, ma solo dal ricettacolo della gestazione (*garbh*) il quale può facilmente lasciar cadere il proprio contenuto alla minima apertura della sua bocca.

### ***L'acqua nell'uomo e nella donna: sperma e saphed pānī***

L'enumerazione dei diversi fluidi acquosi presenti nel corpo permette di porre le basi per un'analisi della differenziazione di genere costruita sul piano fisiologico secondo le narrazioni delle donne che ho incontrato. A parte la descrizione di Kamalaben sul sudore, la maggior parte delle differenze tra un corpo femminile e maschile è costruita attorno alla sfera riproduttiva e sessuale. In effetti, sia l'uomo che la donna sono considerati produrre un tipo d'acqua (*pānī*) particolare che racchiude l'energia vitale (*śakti*) del corpo e si manifesta come secrezione genitale. Nella letteratura antropologica sud-asiatica quest'acqua è ricondotta alla

---

*kām bahut kartā hai islie usko dūsrā aurat vālā aurat ke sāth rahatā hai usmeṃ bhī kām ho jātā hai. Uskā khūn nikalne kī koī jagah nahīṃ hai. Ādmī mehanat kartā hai to usko pasīnā bahut hotā hai. Aurat ko kam hotā hai pasīnā. Aurat kām karti hai par pasīnā kam hotā hai. Lekin ādmī ko pasīnā bahut hotā hai*". (Kamalaben, 30 marzo 2018).

<sup>39</sup> Comunicazione del 12 aprile 2018.

<sup>40</sup> Comunicazione del 25 luglio 2017.

dottrina ayurvedica della catena di trasformazione del cibo e della formazione dei sette o otto *dhātu*<sup>41</sup> (es. Bhugra e Buchanan 1989, Bottero 1991, Jejeebhoy 2005, Lakhani e al. 2001, Nichter 1981 e 2010, Paris 1992, Patel et al. 2005, Sumathipala e al. 2004, Trollope-Kumar 2001).

In particolare, Trollope-Kumar (2001) nel suo studio sulla leucorrea in Garhwal, ricollega quest'acqua vitale all'*ojas* (fluido vitale, forza<sup>42</sup>), ottavo elemento della catena dei *dhātu*, mentre gli altri studi la legano al seme, il settimo *dhātu*. Facendo riferimento invece agli studi indologici, di cui l'opera più esaustiva e rilevante è sicuramente quella di Rahul Peter Das (1992), vorrei evidenziare come le teorie ayurvediche si applichino solo in parte al punto di vista delle donne che ho incontrato, qui preso come riferimento. Le mie interlocutrici erano state sicuramente influenzate da concetti e immagini tratte dall'*āyurveda*, come anche dalla medicina *yūnānī*, siddha e allopatrica, integrando a queste conoscenze un tessuto di saperi incorporati e propri alla sfera dell'esperienza femminile. Un'analisi dei fluidi che nel corso della ricerca sono stati chiamati *pānī* dalle donne evidenzia la ragione che mi porta a escludere una loro determinazione come *dhātu*. In particolare, le mie interlocutrici identificavano l'acqua dell'uomo (*admī kā pānī*) con lo sperma e l'acqua della donna (*aurat kā pānī*) con le secrezioni bianche. Entrambe erano chiamate *pānī*, ma non era sempre specificato se derivassero dal processo di trasformazione dell'acqua o del cibo; tuttavia svolgevano una funzione diversa a seconda del genere del corpo.

### *Sperma*

Le donne che hanno partecipato alla ricerca si riferivano allo sperma in molti modi, ma il termine più frequente era *pānī*, unico tipo di acqua presente nel corpo maschile. Gli altri nomi per definire il seme non si legavano a livello semantico alla fluidità della sostanza, ma riprendevano il concetto del seme che fertilizza la terra<sup>43</sup> (*bīj*), di piccolezza (*bindu*, letteralmente 'punto'), forza e vigore virile (*vīrya* o *puruṣvīrya*) e infine luminosità o brillantezza (*śukr* o *śukrāṇu*<sup>44</sup>). La *dāī māṃ* Afsana e la sua nuora Muskan descrivevano così

<sup>41</sup> Traducibile come 'elementi'. Per una trattazione completa dei molteplici significati del termine *dhātu*, si veda Das (1992: 553-558). In genere, si riferisce alla trasformazione del cibo da *rasa*, il fluido nutriente, a sangue (*rakta*), che si trasforma in carne (*māmsa*), poi in grasso (*medas*), ossa (*asthi*), midollo (*majjan*), sperma (*śukra*) e successivamente alcuni testi aggiungono *ojas* (Das1992).

<sup>42</sup> Secondo la traduzione di Das (1992: 530).

<sup>43</sup> Per approfondire questa metafora, si vedano Vandana Shiva (1994) e Lela Dube (1989).

<sup>44</sup> Che lo sperma abbia tra le sue qualità la luminosità, lo evidenzia anche un mito tratto dal Mahabhārata che racconta di come il pianeta Venere si sia guadagnato il suo epiteto di *śukra*. Come scrive Subhash Kak "elsewhere, the story is recounted how Venus in the form of Kāvya Uśanas (Mahabhārata 12.278.16) deprived

le qualità dello sperma:

L: Agli uomini non esce il sangue (*khūn*)?

A: A loro esce l'acqua (*pānī*).

L: Ma sono la stessa cosa?

A: mm! A loro esce molta più acqua sporca (*gandā*). Esce lo sporco, dentro ci sono delle creature (*jantu*). Nell'acqua sporca dell'uomo vivono delle creature.

[Interviene la nuora Muskan] M: Anche quello è sporco, lo stesso sporco che c'è nel nostro mestruo (*mc*), così è quello degli uomini. Proviene da tutto il corpo e a loro esce tutto insieme. A noi esce sette giorni al mese<sup>45</sup>.

In questo brano le donne evidenziavano come il seme si trovi in tutto il corpo sotto forma di acqua e che solo nel momento dell'ejaculazione sia raccolto ed espulso attraverso il pene. Essendo il fluido riproduttore maschile, il seme è considerato portatore di vita ed era descritto come se al suo interno risiedessero delle creature (*jantu*); al tempo stesso era caratterizzato come sporco (*gandā*) nel doppio senso d'impuro e corrotto. Questa doppia caratteristica lo rende il parallelo maschile del sangue mestruale, il quale, come presentato più avanti, era definito dalla maggior parte delle mie interlocutrici come il principale fluido riproduttivo femminile. Entrambe le sostanze trasmettono un'immagine che sembra contraddittoria, poiché pur essendo considerate portatrici di sporcizia (*gandgī*, *kharābī*) sono alla base del concepimento. Presente in tutto il corpo, secondo le donne l'acqua maschile raccoglie gli scarti e i materiali corrotti che circolano nel corpo, permettendo la loro espulsione durante l'ejaculazione. Questa funzione di purificazione corporea è propria alla maggior parte dei prodotti acquosi e si collega all'immaginario religioso legato al potere trasformativo dell'acqua, che permette di 'lavare via' lo stato d'impurità (*āsuddh* o *napāk*)<sup>46</sup>.

L'*admī kā pānī* (acqua dell'uomo) è comparabile alla sua omonima femminile perché entrambe veicolano la *śakti*, l'energia vitale, che sostiene e dà forza al corpo. Per questo motivo, la perdita di una gran quantità di sperma è temuta dagli uomini perché potrebbe

---

*Kubera of his wealth. Kubera complained to Śiva who punished Uśanas by swallowing him. Eventually, he let Uśanas come out of his semen passage which is why he was now called Śukra, "shining". For this reason, Venus is also called the son of Śiva or that of the sun* (1996: 233). O nuovamente: "In the Śaivite glosses of this story Śukra is swallowed up by Śiva and later on expelled as semen; this is a play on the etymology of Śukra as 'bright'" (1996: 236).

<sup>45</sup> "L: Gents ko *khūn nikaltā hai*? A: Gents *kā to pānī nikaltā hai*. L: To yah same hai? A: Mm! Gents ko *jjādā pānī nikal jātā hai*, *gandā*. *Gandā nikal jātā hai*. *Ismēṃ jantu rahatā hai na*. *Gandē pānī meṃ jantu rahatā hai ādmī kā*. [interviene la nuora Muskan] M: *Vah bhī gandā jaise hamne Mc rahatā hai gandā*. *Vaise ādmī yah hai*. *Vah pūrā śarīr se ek sāth nikal jātā hai*. *Hamne to sāth dīn ek mahīne meṃ nikaltā hai*" (Afsana, 12 agosto 2017).

<sup>46</sup> Un esempio è il fiume Gange "which absorbs the city's sewerage and transforms it into holy water" (Parry 1985:624).

indebolirli e affaticarli. Questa paura è definita nei testi psichiatrici occidentali come la sindrome di Dhat<sup>47</sup> e comprende vaghi sintomi somatici quali affaticamento, debolezza, ansia, perdita di appetito, senso di colpa e disfunzione sessuale attribuita dal paziente alla perdita di sperma nelle emissioni notturne, attraverso l'urina e la masturbazione (Bottero 1991). La preziosità del seme è spiegata dagli studiosi attraverso i testi ayurvedici come conseguenza della fabbricazione stessa della sostanza, la quale sarebbe un prodotto della catena di trasformazione del cibo. Secondo la *Suśruta Saṃhitā*, uno dei principali testi dell'*āyurveda*, il cibo (*rasa*, il fluido nutriente) si converte in sangue (*rakta*), che si trasforma in carne (*māṃsa*), poi in grasso (*medas*), ossa (*asthi*), midollo (*majjan*) e infine in sperma (*śukra*) (Wujastyk 1998). Questi elementi compongono i sette *dhātu*, ovvero le sostanze essenziali. Ci vogliono quaranta giorni per trasformare quaranta gocce di cibo in una goccia di sangue, quaranta gocce di sangue in una goccia di carne, e così via (Bhugra e Buchanan 1989). Una sola goccia di sperma è il prodotto di un lento e dispendioso processo che comporta la partecipazione dell'intero organismo.

Anche secondo la fisiologia *yūnānī*, il seme è l'essenza (*jauhar*) della cottura<sup>48</sup> (*ṭhabkh*) finale del cibo attraverso il processo di digestione<sup>49</sup> (Attewel 2007). Per queste due scienze mediche, il seme rappresenta il distillato ultimo delle altre sostanze corporee e quindi racchiude tutte le qualità più alte che si possono estrarre dal cibo. Lo sperma, conseguentemente, è tenuto in grande considerazione dagli uomini e la sua corretta gestione permette di vivere una sessualità o un'astinenza<sup>50</sup> serena e salutare. La relazione tra la *śakti*, il seme e i fluidi corporei riflette una concezione del sesso come una questione di 'economia corporea', un'espressione usata da Laqueur (2013) per descrivere concezioni simili del funzionamento dell'atto sessuale presenti negli scritti di Ippocrate e Galeno (Attewel 2007).

Le donne che ho intervistato, non sistematizzavano questa conoscenza nello stesso modo dei testi medici. Concordavano, tuttavia, sul fatto che una perdita di seme equivalga a uno spreco d'energia vitale. Qui Kamalaben, *hindū devī pujak*, evidenziava come l'uomo s'indebolisce dopo l'atto sessuale a causa della fuoriuscita di sperma:

<sup>47</sup> Cfr. Alter (1997), Bhugra e Buchanan (1989), Bottero (1991), Lakhani (2001), Sumathipala e al. (2004).

<sup>48</sup> Sull'importante metafora culturale della digestione come un processo di cottura del cibo, si veda Malamoud (1989).

<sup>49</sup> Nel suo testo sulla medicina *yūnānī* nell'India coloniale, Attewel cita Ajiz Bhusahi per sottolineare la preziosità del seme: “[i]t is created from pure blood and in this pure blood of excellent quality, rūḥ [spirit, one of the fundamental components of the human body] is intermixed; it thus takes a lot of time and a great quantity of pure blood for semen to be produced, and a great quantity of rūḥ is used up” (2007: 249).

<sup>50</sup> Per approfondire il concetto di castità maschile nell'India del Nord e la costruzione dell'idea di *seminal truth*, si veda Alter (1997).



K: Loro [gli uomini] dormono<sup>51</sup> con le donne e per questo si indeboliscono.

L: Bene, quindi a loro non esce il sangue ma esce l'acqua.

K: Sì, esce l'acqua che dà forza (*śaktivālā pānī*).

L: Quest'acqua si forma dal sangue?

K: Quest'acqua non si produce dal sangue, ma dall'acqua.

L: Dove si forma?

K: Da qui dietro [indicando la parte più alta del collo che si collega con la nuca]. [...]

Quest'acqua la può creare il divino (*bagvān*), noi non possiamo crearla. Poi da qui dietro [dalla nuca] va in basso da qui [indicando il percorso della spina dorsale]<sup>52</sup>.

Kamalaben è stata l'unica donna che ha fatto riferimento alla presenza di una riserva di seme dietro la nuca, dalla quale, nel momento dell'eiaculazione, il seme scende verso il pene passando attraverso il canale (*nāḍī*) *suṣumnā*<sup>53</sup> che percorre la colonna vertebrale. Quest'immagine fa riferimento alle teorie tantriche che stabiliscono nel cranio la sede del seme maschile, prodotto dal cervello e dal midollo spinale (Das 1992 e 2003), formulazione che si lega ad antiche teorie presenti in Cina e in Medio Oriente, ma che è assente invece dai compendi 'classici'<sup>54</sup> dell'*āyurveda* (Das 1992). La conoscenza tantrica di Kamalaben potrebbe derivare dalla sua appartenenza alla cerchia del *Kaival Gyan Sampradāya*, sistema religioso (*sampradāya*) *hindū* monoteista fondato nel 1829 dal Paramguru Shreemat Karuna Sagar Maharaj, il cui tempio principale si trova nel villaggio di Sarsa, nel distretto di Anand in Gujarat. Gli adepti di questa corrente partecipano regolarmente ai *satsaṅg* (incontri spirituali) che probabilmente hanno una forte impronta tantrica.

### *Saphed pānī*

L'acqua della donna (*aurat kā pānī*) è di colore bianco e per questo motivo è chiamata anche *saphed pānī* (letteralmente acqua bianca). Secondo la *dāī māṅ* musulmana Karima, questo liquido è raccolto in una delle sei viscere (*pānī kī kothrī*) collegate allo stomaco che si trovano accanto all'utero (*garbh*). Kamalaben, *hindū devī pujak*, invece legava all'acqua della

<sup>51</sup> *Aurat ke sāth sotā hai* è un eufemismo per descrivere il rapporto sessuale.

<sup>52</sup> “K: *Vah [ādmī] aurat ke sāth sotā hai usī meṃ usko kamjorī ā jātā hai. L: Acchā vah khūn nahīm nikaltā hai. Vah pānī nikaltā hai. K: Hām śaktivālā pānī nikal jātā hai. L: Yah pānī khūn se banātā hai? K: Pānī khūn se nahīm bāmt khūn hai. Pānī se hī banātā hai L: Kahām se banātā hai? K: Yahām se pīche se [indicando la parte più alta del collo che si collega con la nuca]. [...] Yah pānī bhagvan banā saktā hai. Ham nahīm banā saktā hai. [...] Yahām se pīche vālā [dalla nuca] se yahām se yahām se niche jāte haiṃ [indicando il percorso della spina dorsale]” (Kamalaben, 30 marzo 2018).*

<sup>53</sup> Secondo le teorie tantriche, uno dei tre principali canali energetici insieme a *Idā* e *Piṅgalā*.

<sup>54</sup> I due testi più importanti sono la *Charakasamhitā* e la *Suśrutasamhitā*.

donna un intero sistema di circolazione, parallelo a quello sanguigno:

L: L'acqua bianca (*saphed pānī*) si forma dal sangue?

K: No, non viene dal sangue, questa è l'energia vitale (*śakti*), l'energia vitale del corpo, quella della forza (*tākat*) e deve rimanere dentro. È *śakti* che da la forza (*tākatvālī śakti*), se esce il corpo si indebolisce.

L: Come si produce quest'acqua?

K: Quella la crea da solo il divino (*bagvān*). Sta in ogni posto: come il sangue, così quest'acqua. [...] Qualche volta la macchina<sup>55</sup> del tuo corpo è debole (*kamjor*), per questo esce l'acqua. Si va dal dottore, si mangia la medicina e poi si ritorna a star bene<sup>56</sup>.

Le altre donne che hanno partecipato alla ricerca non hanno specificato in che modo si produceva quest'acqua, né dove si trovava: alcune hanno specificato di non saperlo, altre come Kamalaben hanno attribuito la sua creazione al divino (*bhagvān*). La *saphed pānī* si manifesta alle donne per lo più sotto forma di perdite, considerate un sintomo molto grave d'indebolimento e di disequilibrio psico-fisico. Quest'acqua racchiude, infatti, l'energia vitale (*śakti*) che permette il sostentamento corporeo della persona: la fuoriuscita di questo liquido prezioso produce diversi sintomi fisici come le vertigini, mal di schiena e debolezza, impedendo alla donna di svolgere le normali attività giornaliere.

In particolare, le donne consideravano che queste secrezioni si manifestano quando il corpo, e nello specifico il ricettacolo femminile, è troppo freddo (*thaṇḍā*) impedendo il concepimento. Il calore (*garmī*) è, infatti, alla base del processo di coagulazione del sangue che permette lo sviluppo fetale. Questo disequilibrio può essere causato da diversi fattori, quali lo stato mentale femminile, come il clima e l'alimentazione. Anche un eccesso di calore può manifestarsi in perdite d'acqua e di sangue, sintomi che possono generare un'infertilità. Come spiegava Nilam Goswami<sup>57</sup>, *hindū*, il rimuginare, la tensione mentale (*tenśion*) e lo stress sono processi caldi, i quali se troppo presenti nella mente disequilibrano la salute

<sup>55</sup> Fa riferimento allo stomaco.

<sup>56</sup> "L: *Saphed pānī khūn se hai?* K: *Nahīm khūn nahīm hai, vah śakti hai. Śarīr kī śakti hai, tākatvālī, andar rahanā cāhie. Tākatvālī śakti hai use śarīr kamjor ho jātā hai. L: To kaise banātā hai vah śaktivālā pānī?* K: *Vah to bhagvan khud banātā hai. Sab jagah jaise khūn hai vaise pānī hai. [...]* *Kabhī kabhī āp ke śarīr kī machine kamjor hai isī lie pānī nikaltā hai. Doctor ke pās jāte haiṃ. Davāī khāte haiṃ to phir se acchā ho jātā hai*" (Kamalaben, 30 marzo 2018).

<sup>57</sup> "N: *Kuch ladies hotī haiṃ ve continues kaṛī hī rahatī hai to yaha acchā nahīm hai, kuch ladies hotī haiṃ ve mentally disturb rahatī haiṃ unko bhī white discharge rahatā hai. L: Acchā mentally disturb se? Kyom?* N: *Hām unko jo process hotā hai matlab socne kā, tension lene kā pūrā ve psychological white discharge hotī rahatī haiṃ*" (Nilam, 26 marzo 2018).

corporea, facilitando l'uscita dell'energia vitale e affaticando la donna.

La letteratura antropologica esistente suggerisce che la tensione faccia parte di una *hydraulic physiology* (Cohen, 1998) che associa il movimento pressante della pressione (una parola presa a prestito dalla fisica e quindi che implica sensazioni fisiche di essere pressati o spinti) con malattie legate alla pressione, come l'ipertensione. Questo stato include anche un *embodied burden* delle difficoltà della vita (Snell-Rood 2015), che è immaginato spingere letteralmente verso il basso le persone o pesare su di loro, causando disagio mentale ma anche altri problemi come l'ipertensione o il diabete e in questo caso la perdita di *saphed pānī* (Weaver 2016).

Come evidenzia Rashid (2007) nel suo studio sulla percezione delle perdite vaginali tra le adolescenti sposate di uno *slum* del Bangladesh, alcune donne legano la fuoriuscita di *saphed pānī* a una perdita di calcio (termine reso sempre in inglese, *calcium*). La stessa identificazione è emersa nella mia ricerca, in particolare da Basanti Goswami, sorella di Nilam, che da anni non riusciva a rimanere incinta. Anche se non parlava inglese, a causa delle numerose visite per l'infertilità, il suo lessico era molto influenzato da quello bio-medico:

A volte succede che anche il calcio (*calcium*) esce, perché tutta quest[‘acqua] è fatta (*made*) di calcio. Per questo motivo alle donne dopo il parto (*delivery*) o tra i parti fanno molto male le gambe. Noi usiamo l'acqua in cui è cucinato il riso, la mischiamo con il latticello (*chās*) e la beviamo. Grazie a questa bevanda, quando ci sono tante perdite vaginali (*white discharge*), non ce ne sono più. [...] [Le perdite vaginali] sono calde (*garam*), quindi esce il caldo. Dato che si produce il caldo, ci vuole del freddo (*thandā*) nello stomaco (*peṭ*)<sup>58</sup>.

Il *calcium* era una sostanza generalmente conosciuta dalle donne che ho incontrato poiché è uno dei ricostituenti che è dato durante le visite prenatali. In particolare, nel 2014 è stato costruito un programma nazionale specifico per l'implementazione dell'integrazione di calcio nella dieta delle donne incinta e durante l'allattamento (*Ministry of Health & Family Welfare* 2014a). Le campagne nazionali legate all'alimentazione e alla salute riproduttiva hanno rilevato l'importanza di questa sostanza per mantenere in forze le donne incinte. Probabilmente la prescrizione del calcio come ricostituente, ha portato le mie interlocutrici a considerare il

<sup>58</sup> “*Kabhī kabhī kyā hotā hai kī calcium bhī nikal jātā hai. Calcium made hī hai na ye pūrā. Kyomki ladies ko yah after delivery yā in between delivery lags bahut pain karte haiṃ. Ham log jo rice banāte haiṃ, jo cāval banāte haiṃ uskā jo pānī hotā hai vah aur chās dono mix kar ke pī jāo use kyā hotā ki jyādā white discharge hotā hai vah nahīṃ hotā. [...] (White discharge) Vah garam hotā hai. Garmī hī nikaltī hai. Vah garmī nikaltī hai thandak cāhie peṭ meṃ*” (Basanti, 14 agosto 2018).

calcio come elemento costituente dell'acqua femminile, ovvero dell'energia vitale. Il colore bianco delle pastiglie, opposto agli integratori di ferro e acido folico che sono rossi, legati quindi al sangue, e il suo legame con il latte e l'allattamento ne rinforzano l'identificazione con l'acqua bianca. In alcune situazioni, il colore delle sostanze sembra avere un legame significativo con le sue caratteristiche o le sue funzioni. Per questo motivo, la maggior parte dei rimedi per impedire la fuoriuscita di *saphed pānī* consiste nell'integrazione d'alimenti di natura fredda, ovvero di colore bianco, primi fra tutti i prodotti caseari.

L'acqua della donna sembra legarsi allo sviluppo riproduttivo, ma non alle relazioni sessuali. La *dāī māṃ* musulmana Karima Jāṭ affermava che solo dopo il menarca le ragazze possono soffrire di questo grave disturbo, che colpisce anche le donne non sposate. Secondo le sue statistiche l'80% delle donne sono soggette alla fuoriuscita di quest'acqua. Bisogna però saper differenziare la perdita di *saphed pānī* con le 'normali' perdite vaginali, da lei chiamate *dhorī*<sup>59</sup> (probabilmente un termine *kacchī*), che sarebbero frequenti prima della fase mestruale. La *dāī māṃ* Karima lo ha specificato nel suo resoconto:

Sì, l'acqua bianca (*saphed pānī*) non è per niente buona, qualcuna si ammala spesso, ad altre non succede niente. [...] Anche alle ragazzine (*choṭī larḱī*), quando arriva il menarca (*time*) a causa della debolezza, anche a loro cade [l'acqua]. A qualcuna viene anche quando ha il ciclo (*mc*): quella non è acqua ma si chiama *dhorī*. Viene una piccola chiazza bianca. [L'acqua bianca] è la nostra vita (*jān*). Esce quella che è la nostra salute (*tabiyat*), la nostra energia (*śakti*). Da tutto il corpo. Si forma in una vescica (*thailī*), c'è una vescica (*kothrī*) dell'acqua<sup>60</sup>.

Le mie interlocutrici consideravano le perdite di *saphed pānī* anche un sintomo della caduta della *pecoṭī*<sup>61</sup>, di infezioni vaginali o la conseguenza dell'utilizzo di alcuni metodi contraccettivi. Nilam<sup>62</sup> Goswami, *hindū*, riportava che aveva dovuto togliere la spirale (*copper-T*) perché questa le causava troppe perdite, indebolendola. Ne aveva provate due, di tipi diversi, ma entrambe non convenivano (*suit*) al suo corpo e per questo motivo aveva delle

<sup>59</sup> Trascrizione incerta.

<sup>60</sup> “*Hām, saphed pānī bilkul acchā nahīm hai. Kisī kisī ko bīmārī bahut hotī haiṃ. Kisīko kuch nahīm hai. [...] Choṭī larḱī bhī jab time meṃ ho jāṭī hai na to usko bhī kamjorī kī bajah se usko bhī partā hai. Vah mc ke hām kisī kisī ko thorā thorā āṭā hai. Vah pānī nahīm hotā hai use dhorī kahate haiṃ. Vah saphed white white, thorā thorā aise dāg dāg ho jāṭā hai. [Saphed pānī] Yah apne jān kā hai. Apni jo tabiyat hai na vah śakti hai na vah nikalti hai. Pūrā śarīr se hai. Vah ek thailī banī hotī hai, alag kothrī hai pānī kī*”. (Karima, 26 marzo 2018)

<sup>61</sup> Il termine *gujarāṭī pecoṭī* indica il ricettacolo che si trova nell'addome di ogni essere umano, all'altezza dell'ombelico e, al tempo stesso, la malattia che sopravviene quando il ricettacolo si sposta dalla posizione corretta. Si veda il capitolo 6.

<sup>62</sup> Conversazione del 12 aprile 2018.

perdite. Altre donne hanno riferito di aver cominciato a soffrire della fuoriuscita dell'acqua dopo operazioni a carico del sistema riproduttivo, come la sterilizzazione o il parto cesareo. Aprire il corpo femminile comporta, infatti, un indebolimento del suo fragile sistema, che può manifestarsi attraverso la perdita di energia vitale (*śakti*). Questo disturbo si lega a esperienze molto intime della vita femminile e può essere letto come una somatizzazione di situazioni di grande sofferenza che manifestano la microfisica del potere cui le donne sono soggette (Lock e Kaufert 1998).

Il caso di Basanti ne è un esempio. Dopo anni in cui non riusciva a rimanere incinta, i diversi dottori che l'avevano avuta in cura non erano ancora riusciti a trovare una diagnosi e di conseguenza una terapia per la sua infertilità. Tuttavia, nel periodo in cui l'ho incontrata, la presenza di una perdita abbondante di *saphed pānī* le ha permesso di trovare una spiegazione medica, accettata localmente, che potesse rendere conto della sua mancata capacità di concepire e di conseguenza di ricevere un trattamento adatto. Per ristabilire l'equilibrio del corpo è importante capire la causa delle perdite di *saphed pānī* al fine di individuare la professionista cui rivolgersi e il miglior rimedio da assumere. Le *dais māṃ* possiedono diversi preparati che possono agire sul riequilibrio delle qualità corporee. In caso d'infezioni o di perdite accompagnate da irritazioni vaginali, tuttavia, le mie interlocutrici si rivolgevano ad un dottore allopatico.

Alcuni studi (Barua e Kurz 2001, Krishnakumari e al. 2014, Patel e al. 2005) traducono le perdite di *saphed pānī* attraverso la categoria bio-medica di leucorrea o *white discharge*, la quale, pur facendo riferimento a un ampio spettro di cause, non sembra poter rendere conto di come le donne che hanno partecipato alla mia ricerca interpretavano questo fenomeno. Alcune mie interlocutrici, appartenenti alla *middle-upper class*, familiari con la lingua inglese e con i termini medici, traducevano effettivamente la perdita di acqua come *white discharge*, ma i loro disturbi non concordavano con quelli identificati dal sistema bio-medico. In effetti, un'appropriazione lessicale non sempre comporta l'adesione al sistema di valori veicolato dai termini bio-medici. Al contrario è importante evidenziare come la perdita di *saphed pānī* sia un sintomo polisemico, che parla di problemi emotivi, fisici, sociali e culturali.

Altre ricerche (Chaturvedi e al. 1995, Patel and Oomman 1999) invece evidenziano i legami tra le perdite d'acqua e disturbi mentali. In questo testo, tuttavia, seguo la pista aperta da Nichter (1981), il quale attira l'attenzione sulla letteratura antropologica che ha trattato i complessi significati culturali che circondano nel subcontinente indiano le secrezioni in generale e quelle genitali in particolare, dimostrando come la cultura modelli le malattie e

come il disagio emotivo si esprima attraverso il corpo fisico (Trollope-Kumar 2001). In questa prospettiva le perdite di *saphed pānī* si costruiscono come un *idiom of distress*<sup>63</sup> che permette alle donne di parlare attraverso il corpo di una varietà di preoccupazioni psicosociali e sessuali, riflettendo le complesse negoziazioni tra sofferenza fisica, strutture socioeconomiche e microfisica del potere che le circonda (Lock e Kaufert 1998). Il riconoscimento culturale di questo disturbo, infatti, permette alle donne che ho incontrato di validare la loro sofferenza attraverso una modalità socialmente riconosciuta. In ambito medico, l'identificazione di questo disturbo come leucorrea consentiva un'estensione del consenso da parte dell'autorità medica, anche se nel momento della diagnosi raramente erano presi in considerazione altri fattori oltre quelli fisici e a volte quelli psicologici. Grazie alla sua natura polisemica, questo disturbo era manipolabile dalle donne e dall'entourage familiare, che potevano fare riferimento al professionista che più si adattava, in quel momento, al proprio sistema di valori.

Per riassumere, la *saphed pānī* si caratterizza come una secrezione genitale contenente energia vitale (*śakti*) e per questo assimilabile allo sperma. L'individuazione di questi due fluidi attraverso lo stesso termine (*pānī*), sembra validare quest'identificazione, riferendosi a una generica presenza di un fluido acquoso sia nel corpo maschile che in quello femminile. Inoltre, il riferimento di alcuni testi ayurvedici alla presenza di seme (*śukra*) sia nel corpo femminile che maschile ha portato alcuni studiosi (Bang e Bang 1994, Chaturvedi 1987, Lakhani 2001, Lambert 1998, Nichter 1981, Paris 1992, Patel e al. 2005, Rashid 2007, Trollope-Kumar 2001) a comparare la sindrome di Dhat alle perdite vaginali in quanto disturbo legato alla fuoriuscita della stessa sostanza.

Come rileva Rahul Peter Das (1992) nella sua opera sull'origine della vita umana nella letteratura medica e sessuologica classica indiana, tuttavia nei testi ayurvedici non è chiaro quanti fluidi riproduttivi possieda la donna e quali o quante sostanze partecipino al concepimento. Questa indeterminatezza, discussa nel particolare più avanti in questo capitolo, si rispecchia nelle narrazioni delle donne che ho incontrato. Al fine di analizzare questi

---

<sup>63</sup> Come definito dallo stesso Nichter in un suo articolo che presenta questo termine: “*idioms of distress are socially and culturally resonant means of experiencing and expressing distress in local worlds. They are evocative and index past traumatic memories as well as present stressors, such as anger, powerlessness, social marginalization and insecurity, and possible future sources of anxiety, loss and angst. Idioms of distress communicate experiential states that lie on a trajectory from the mildly stressful to depths of suffering that render individuals and groups incapable of functioning as productive members of society. In some cases, idioms of distress are culturally and interpersonally effective ways of expressing and coping with distress, and in other cases, they are indicative of psychopathological states that undermine individual and collective states of well-being. When experienced along with significant pathology, idioms of distress express personal and interpersonal distress beyond that associated with universal disease processes*” (2010: 405).

fenomeni nel loro contesto è importante prendere come riferimento le rappresentazioni del corpo come sono narrate dagli interlocutori, senza appiattirle in modo diretto al sapere medico ayurvedico, che anche se sicuramente rappresentava un punto di riferimento delle donne che ho incontrato, rimane un sapere specialistico, che non corrisponde nella sua totalità a quello degli attori sociali presi come riferimento in questo studio.

Le *dāī māṃ*, il cui sapere corrispondeva a quello delle altre donne, definivano la loro conoscenza e la loro medicina come *deśī* (locale); questa si distingue dal sapere ayurvedico poiché varia a seconda del tempo e degli spazi, ed è influenzata dal contesto socio-economico e dall'esperienza incorporata che le donne vivono e che trasmettono alle loro compagne e familiari. Come sottolinea Rashid (2007), è importante prestare attenzione al modo in cui il comportamento legato alla malattia è costruito e ricostruito “*in the action arena both from people's culturally constituted set of meanings [encoded and embodied in symptoms, illness categories and ethnoetiological beliefs] (Singer 1988: 374) and from the wider macroeconomic and social forces that sculpt life experiences. Though 'symptoms are grounded in social and cultural realities of individuals' (Good and Good 1981: 166; see also Good 1994), these realities are embedded in particular political, economic, and historical settings*” (2007: 112-3).

## PRODURRE PIÙ SANGUE DISTINGUE IL GENERE

### *Il sangue non è acqua: qualità e rappresentazioni*

Secondo le mie interlocutrici, la sostanza vitale per eccellenza è il sangue, fluido rosso in continuo movimento che irrorà l'intero corpo. La ricchezza dei ruoli assegnati al sangue è commisurata all'ampiezza dei termini utilizzati per nominarlo. In particolare, le donne facevano spesso uso del termine *gujarāī lohī*, derivato dal sanscrito, il quale, insieme al vocabolo *hindī rakt*, in origine definisce anche il colore rosso. Questa doppia significazione è assente a livello etimologico nel suo equivalente inglese, *blood*<sup>64</sup>, vocabolo molto utilizzato

---

<sup>64</sup> “Sulla vicenda della nozione di ‘sangue’ nelle lingue indeuropee, date le molte e diverse forme mediante le quali essa si manifesta, una sola cosa può essere detta con sicurezza: ed è il fatto che le parole atte a renderla, in lingue e culture diverse, paiono segnate da vistosi processi di differenziazione. Non esiste, cioè, una base unica cui fare riferimento: ogni ambito linguistico esibisce praticamente una ‘propria’ forma sì che, stante tale vistoso processo di differenziazione, è corretto dal punto di vista metodologico, pensare all’azione di processi di tabuizzazione. Il sangue - il liquido ‘vitale’ per eccellenza, carico come è di ‘segreta’ forza magica e sacrale - pare essere trattato, anche linguisticamente, con il dovuto ‘rispetto’ e, in ogni modo, con parole che ne evitino il

tra le donne che hanno partecipato alla ricerca per riferirsi al sangue in ambito bio-medico. Il termine di derivazione persiana *khūn*, molto usato in *hindī*, deriva invece dalla radice indo-europea *wes*<sup>65</sup>, ovvero ‘bagnato, umido’ (Nourai 2013).

Come evidenziato nella prossima sezione, il legame che si trova anche a livello etimologico tra il sangue e il colore rosso (*lāl*), diventa pregnante per una lettura simbolica del sangue mestruale. A causa del suo stretto legame con la riproduzione, il sangue e la sua espressione nel colore rosso sono diventati il simbolo della sessualità, della fertilità e anche della femminilità. Al tempo stesso, il sangue è una sostanza essenziale per tutti i processi vitali e di conseguenza il suo spargimento è collegato alla morte. Per questo motivo, in ambito *hindū* il colore rosso è per eccellenza il colore del *varṇa* degli *kṣatriya*, la casta guerriera (Beck 1969).

Le divinità *hindū* come Kālī e Chinnamastā mostrano chiaramente come questi due aspetti del sangue siano strettamente correlati, evidenziando il potere generativo e rigenerante di questo fluido. In effetti, la dea Chinnamastā (Figura 3) è solitamente rappresentata dopo essersi decapitata in un atto estremo di sacrificio personale, mentre calpesta il dio dell’amore Kāma e sua moglie Rati (la passione) che copulano. Tre flussi di sangue scaturiscono dal corpo decapitato: il primo cade in bocca alla propria testa appena recisa e gli altri due nutrono le due compagne che le stanno al fianco. In un articolo che tratta delle acque della vita e della morte, Terje Oestigaard analizza la rappresentazione di questa dea: “*she represents unconditioned reality. She drinks her own blood, and the severing of her own head symbolises the destruction of the illusional belief in a permanent self. [...] This is primal sacrifice and renewal of the creation. The goddess sacrifices herself and her blood feeds her attendants. Chinnamasta is the food and the feeder, she eats her self and is eaten by others. [...] Sacrifices of the most vital forces are the most pro-creative and vital offerings*” (2009: 205). La comprensione contemporanea di quest’immagine è la celebrazione del ciclo infinito di nascita e morte (Vicziány and Hardikar 2018).

---

più possibile una immediata ‘evocazione’. [...] Quanto alle parole per ‘sangue’ in ambiente germanico: anche in questo caso si tratta di forme dall’etimologia non chiara: la più antica attestazione del termine indicante ‘sangue’ in ambiente germanico è il gotico *bloþ* (prossimo fonologicamente alle parole per ‘sangue’ di tutte le lingue germaniche: ingl. *blood*, td. *Blut*, ecc.) forse riconnettibile alla base i.e. \*bhlew- ‘scorrere’ da cui derivano il lat. *flu-ere* ‘scorrere’ anche e *flu-men* ‘lo scorrere dell’acqua > fiume” (Emanuele Banfi, comunicazione personale).  
<sup>65</sup> Nello specifico, il persiano *khūn*, deriva dall’avestico *vanhu*, *vohnua*, *vohuni*, che a sua volta si sviluppa dalla radice indo-europea *wes*. Questa radice si lega a due campi semantici molto diversi: da un lato definisce il ‘maschio di un animale’, che in avestico (*uštra*), in persiano (*oštor*) e in sanscrito (*uštra*) si trasforma in ‘cammello’, forse l’animale maschio per eccellenza. Dall’altro lato, denomina il ‘bagnato, umido’, dal quale deriva appunto il termine ‘sangue’ in avestico, in sogdiano (*xwrn*) e in persiano, ma in egual misura dà la nascita al sanscrito *vasā* per ‘liquido’, al germanico *waus* ‘succo, liquido’ e al persiano *bāh* ‘sperma’ (Nourai 2013).



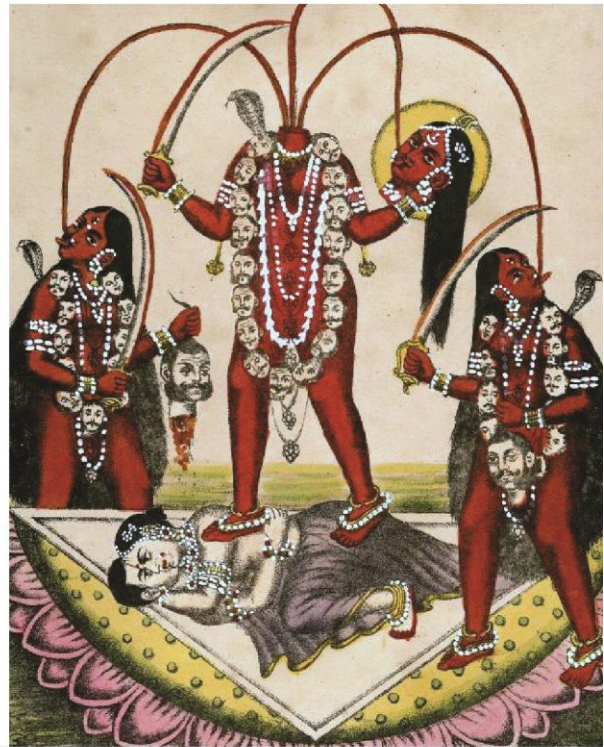


Figura 3 - La dea Chinnamastā. Senza copyright.

Seppur rimanga presente una tradizionale e culturale avversione per i fluidi corporei (Vicziány 2001), nella mitologia indiana diverse sostanze corporee diventano il centro di narrazioni e poi di rappresentazioni, che ne esaltano la potenza trasformatrice e creatrice. In La studiosa Wendy Doniger O’Flaherty, nel suo testo *Women, androgynes, and other mythical beasts* ha presentato nel dettaglio i diversi legami che sono stati creati tra i diversi fluidi corporei nei testi mitologici. Per esempio, “*the blood often appears as a metaphor for male semen or as a seed substitute: Śiva produces a son from the blood of Viṣṇu and blood is the source of a number of demons, most notoriously the offspring of the aṅgry Raktabīja (“blood-seed”), from whose every drop of blood shed in battle another demon was born; significantly, these rapidly multiplying creatures are disposed of by being eaten [...] – the classical inversion of the act of procreation*” (1980: 33-34).

### ***Il sangue buono e il sangue cattivo***

Prodotto attraverso la digestione del cibo ingerito quotidianamente, il sangue contribuisce all’apporto energetico necessario per agire nel mondo. Secondo le mie interlocutrici, ogni azione comporta un consumo di sangue, il quale deve essere costantemente prodotto per poter vivere. Un corpo privo di sangue è, infatti, impossibilitato a muoversi e in un perpetuo stato di stanchezza. Per questo motivo, una dieta povera o priva di quegli alimenti

considerati produrre una grande quantità di sangue, rende gli uomini e le donne poco atti a lavorare.

Tra le donne non c'era molto consenso sul tempo necessario a produrre il sangue: per alcune si produce quotidianamente, per altre serve un lasso di tempo di 48 ore e per altre ancora si può arrivare fino a 15 o 40 giorni. Le tempistiche variano in parte secondo la quantità di sangue da rimettere in circolo, che dipende dallo sforzo attuato o dall'emorragia subita. La reintegrazione è comunque relativamente lenta, anche se può essere facilitata dall'ingestione di alimenti che favoriscono la produzione sanguigna, come la frutta, le verdure verdi (*harī sabjiyām*) e la frutta secca. La quantità di sangue presente nel corpo però varia anche secondo l'età e, come vedremo in seguito, il genere. Prima della pubertà e in età avanzata, si produce meno sangue, cosa che rende il corpo più debole e affaticabile.

La qualità principale del sangue è il movimento, che gli permette di scorrere in tutto il corpo, dalla testa ai piedi. Come evidenziava Kamalaben Vaghela (hindū) esistono diversi tipi di sangue e il migliore è quello diluito (*patlā*), ovvero quello che scorre più facilmente, poiché quando si ferma crea delle malattie e, in alcuni casi, la morte. In questo brano descrive cosa bisogna fare quando il sangue si ferma:

K: La gente prende le medicine. Ci si ammala. Se [il sangue] si ferma ci si ammala. Dici che ti fa male qui e ti fa male là, quindi vai dal dottore [...] e ti dice che il tuo sangue (*khūn*) non cammina. Bisogna ritornare a farlo muovere. Se non scorre dentro [il corpo] allora si ferma e per questo c'è dolore. [Il sangue] È buono diluito: fa il proprio lavoro e stiamo bene. Se non fa il proprio lavoro, il sangue si stoppa.

L: Quindi bisogna sempre lavorare.

K: Bisogna lavorare poco poco, lavorando [il sangue] si muove, se non scorre bisogna continuare a lavorare un poco. I più anziani devono camminare un poco, devono lavorare un poco. I più vecchi, cioè chi ha 60 anni o 70/80 anni, devono lavorare un pochino, camminare e poi mangiare la sera<sup>66</sup>.

Il movimento esterno favorisce il movimento interno del sangue, creando un circolo vizioso che sottolinea la necessità di un apporto regolare di questa sostanza: più ci si muove,

<sup>66</sup> “K: *Davāi lete haiṃ na log. Bīmār ho jāte haiṃ. Ruk jātā hai to bīmār ho jātā hai bole mere ko yahām dukhtā hai, yahām dukhātā hai to doctor ke pās jātā hai [...] vah bole ke tumhārā khūn hai vah caltā nahīṃ hai. Hīlnā phīrnā cāhie andar na andar aur nahīṃ caltā to ruk jarta hai isīlie dukhāva hotā hai. Patalā acchā hotā hai kām karte haiṃ to acchā rahatā hai. Kām nahīṃ karte to khūn ruk jātā hai. L: To hameśā kām karnā cāhie. K: Thoṛā thoṛā kām karnā cāhie kām karte phirte thoṛā thoṛā bahate nahīṃ to thoṛā thoṛā kām karte rahanā cāhie. Aur umrvāle kī bāt hai calnā cāhie thoṛā thoṛā kām karnā cāhie. Baṛhī umr hotī hai 60 sāl kī umr hotī hai 70/80 sāl kī umr hotī hai to thoṛā kām calo, thoṛā kam khānā khāe sām ko”.* (Kamalaben, 30 marzo 2018)

meglio il sangue circola, ma più si ha bisogno di nuovo sangue in circolazione. Proprio a causa del movimento costante, il sangue è soggetto non solo a consumarsi ma anche a logorarsi. La maggiore differenza tassonomica tra i diversi tipi di sangue presenti nel corpo, divide il sangue fresco, di nuova produzione e di buona qualità (*acchā khūn*) da quello corrotto, deteriorato o di cattiva qualità (*kharāb khūn*). Come ho evidenziato nei capitoli precedenti, secondo le mie interlocutrici alcuni cibi sono portatori di qualità negative, che una volta metabolizzate, producono *kharāb khūn*. Inoltre, anche il fumo e l'alcool contribuiscono a creare una grande quantità di sangue cattivo. L'espulsione quotidiana di questo fluido, più denso di natura e quindi meno scorrevole, è fondamentale per mantenere la salute corporea: un corpo che presenta una grande quantità di sangue cattivo, è disequilibrato, debole, pronò alle malattie. Nel corpo femminile questo sangue è evacuato sotto forma di sangue mestruale mentre gli uomini lo espellono attraverso il sudore, lo sperma o le feci.

Al fine di spiegare come mai si crea il sangue cattivo nelle donne, Soraya (musulmana) paragonava il corpo umano a un vaso pieno d'acqua:

Se noi riempiamo d'acqua un vaso (*maṭkā*) e lo teniamo per molti giorni, succede che sul fondo si depositeranno i rifiuti (*kacrā*) che poi butterai. Allo stesso modo, il nostro corpo cosa fa: il sangue (*blood*) fresco continua a circolare e lo sporco che rimane, il sangue (*khūn*) che è sporco, è espulso attraverso il mestruo (*māsik*)<sup>67</sup>.

Il sangue, insieme alle sostanze acquose, contribuisce a perpetuare un'azione di pulizia e purificazione dell'interno del corpo. In particolare, secondo Priti, nonna jain, è compito del cuore (*dil*) pulire il sangue, filtrando il fluido e dirottando gli scarti dalla circolazione sanguigna per poterli espellere. Il centro di produzione di questa sostanza rimane però sempre lo stomaco, dal quale si diramano i maggiori canali sanguigni verso la parte superiore e inferiore del corpo.

### ***Sangue maschile e femminile: una differenza qualitativa o quantitativa?***

A livello fisiologico, le donne che ho incontrato affermavano che quello che distingue una donna potenzialmente fertile è la produzione di sangue mestruale: al di fuori di questo periodo, non vi sono differenze tra un corpo maschile e femminile. Durante gli anni fertili, il

---

<sup>67</sup> “Jaise ham pānī bharte haiṃ pānī ka maṭkā rakhte haiṃ, agar usse bahut din tak rakhoge to kyā hogā nīce kacra ho jāegā phir āp use phek doge. Usī tarah toh śarīr bhī kyā kartā hai roj roj kā blood aise ghūmtā rahatā hai, aur jo gaṃdā rah jātā hai khūn jo gaṃdā rahatā hai use māsik ke dvārā bāhar nikal detā hai” (Soraya, 5 giugno 2018).

corpo femminile produce un'eccessiva quantità di sangue dal cibo ingerito che non è utilizzato per il normale supporto del corpo, ma è dirottato nell'utero (*garbh*). Qui, questo fluido si accumula fino a quando la bocca dell'utero (*baccādānī ki muṃh*) si apre durante la fase mestruale, permettendone l'uscita. Pertanto, le mestruazioni sono considerate un prodotto di scarto del ciclo di produzione del sangue.

A questo primo livello materiale e simbolico, secondo le donne non esiste alcuna diversità tra il sangue che scorre in un corpo femminile e in uno maschile: la differenza è quantitativa, non qualitativa. Una differenziazione qualitativa entra nelle narrazioni femminili solo in un secondo momento, come è evidenziato nella prossima sezione. Tuttavia, è importante evidenziare che le donne che ho incontrato condividevano la visione di un sangue indifferenziato. In particolare, Amira Parvez Khatri (musulmana) ha affermato:

L: Il sangue degli uomini e il sangue delle donne è uguale o diverso?

A: No, è lo stesso.

L: Ma alle donne viene il ciclo, no?

A: Il sangue mestruale (*mc*) delle donne è diverso, ma il sangue (*blood*) che c'è... se ho qualche problema durante un'operazione (*operation*) e ho poco sangue, se il mio sangue e quello di mio marito sono compatibili (*match ho rahā hai*), mi può dare il sangue. Se i gruppi sanguigni (*blood group*) combaciano, qualsiasi uomo (*gents*) può darlo<sup>68</sup>.

Dopo la pubertà, il diverso funzionamento fisiologico ha conseguenze importanti sull'economia sanguigna. Nei corpi femminili, il menarca è considerato portare alla fuoriuscita di una grande quantità di sangue che non è sempre in equilibrio con l'apporto prodotto giornalmente. Inoltre, le fatiche quotidiane che comprendono la gestione domestica, accompagnata a volte da lavori extra-casalinghi, comportano un alto consumo giornaliero di sangue. Secondo le mie interlocutrici questa situazione risulta in una generalizzata mancanza di sangue (*khūn kī kamī*) nelle donne e in una propensione per determinate malattie e un affaticamento corporeo. In compenso, questa cadenzata perdita ematica permette una purificazione regolare del corpo, dal quale il *kharāb khūn* espelle tutte le sostanze negative e corrotte.

Il corpo maschile, al contrario, ha una bassa capacità d'espulsione: le feci, il sudore e

<sup>68</sup> “L: Aur khūn vah ādmī kā khūn yā aurat kā khūn vah alag alag hai yā same hai? A: Nahīm same hī hai na. L: Lekin aurat kā mc hai? A: Yah to aurat kā mc kā to alag hī hotā hai na lekin jo blood hai agar mujhe kuch dikkat ho gāī hai operation ke time pe mujhe blood kī kāmī hai to mere husband kā blood aur merā blood match ho rahā hai to vah mujhe blood de sakte haiṃ na. Agar blood group match ho rahā ho to koī gents ho to bhī de saktā hai” (Amira, 17 marzo 2018).

lo sperma veicolano in proporzione una ridotta quantità di *kharāb khūn*. Al contempo, gli uomini sono soliti coltivare abitudini, come il fumo e il consumo di alcool, che favoriscono una produzione maggiore di sangue cattivo, che è difficilmente evacuato. Adducendo questo motivo, Samara Khatri<sup>69</sup>, ragazza musulmana di 16 anni, ha affermato che anche gli uomini dovevano andare una volta al mese in ospedale per farsi purificare il sangue attraverso una donazione. Il parallelismo tra la logica purgativa e la purificazione corporea è legato a principi ayurvedici che spesso si concentrano su ‘terapie evacuative’ come purghe, emetici e salassi per la rimozione dell'umore in eccesso (Copeman 2009).

### *Una lettura di genere della trasfusione e donazione del sangue*

Una lettura di genere delle rappresentazioni che si sono sviluppate attorno alla trasfusione e alla donazione di sangue, magistralmente analizzate da Copeman (2009), può rendere conto delle conseguenze che comporta la differenza fisiologica qui presentata. Tra le donne che hanno partecipato alla ricerca, era diffusa l’idea che il sangue è una sostanza che si può donare ad altre persone nel momento del bisogno, a condizione che ci sia una corrispondenza. Soraya (musulmana) descriveva così i diversi tipi di sangue:

L: Ma tutti possono donare il sangue?

S: Tutti significa che il tuo sangue (*blood*) deve incontrarsi (*milnā*): alcuni hanno B- altri B+, c’è A-, A+, poi bisogna vedere se il sangue di chi ci sta davanti, combacia (*match*) o no. Se prende qualche droga (*drugs*) allora non può darlo, bisogna controllare, perché se il nostro sangue (*khūn*) è cattivo (*kharāb*), se lo diamo a qualcun altro, anche il suo sangue diventerà cattivo<sup>70</sup>.

Anche se a livello materiale, la famiglia condivide lo stesso tipo di sangue perché condivide lo stesso cibo, questo non comporta una compatibilità tra tutti i membri di una stessa famiglia. Al contrario, molte interlocutrici hanno riportato esempi d’incompatibilità sanguigna tra madre e figlio. Al contempo, simbolicamente il sangue riveste un’importanza centrale nella definizione e nel mantenimento dei legami familiari. Per questo motivo, quando si ha bisogno di una trasfusione, si preferisce rivolgersi ai propri parenti, al fine di non

<sup>69</sup> Intervista del 16 agosto 2017.

<sup>70</sup> “L: *Lekin sab ko [khūn] de saktā hai?* S: *Sab ko matlab āpkā blood milnā cāhie kisī kā B-ve hotā hai kisī kā B+ve hotā hai, A-ve, A+ve hotā hai, phir use dekhnā hotā hai ham sāmne vāle ko de rahe haiṃ hamārā khūn match kartā hai yā nahīṃ, koī drugs letā hai (smoking, drinking) phir nahīṃ de sakte dekh kar denā hotā hai, kyomki agar hamārā khūn kharāb hai agar dūsre ko demge toh uskā bhī khūn kharāb ho jāegā*” (Soraya, 5 giugno 2018).

corrompere la linea di discendenza e di essere sicuri della buona qualità della sostanza. Il sangue donato deve essere *acchā khūn* e bisogna evitare di trasmettere qualità negative (*kharābī*) che andrebbero a infettare l'intero corpo del ricevente. Poiché il sangue è corrotto da una cattiva dieta o da vizi come il fumo e l'alcool, scegliere il proprio donatore nella cerchia dei familiari permette di assicurarsi della sua buona qualità. Nilam Goswami, *hindū*, per esempio, raccontava di essersi rifiutata di farsi donare il sangue dal fratello:

Ero molto malata quando aspettavo Vyom, ero diventata anemica quindi mio marito ha detto che me l'avrebbe dato lui. Poi però il mio gruppo sanguigno (*blood group*) non combaciava con quello di mio marito. Allora ne ho parlato a Sagar [il fratello], ma poi gli ho detto che il suo sangue è pieno d'alcool, non mi serve il suo sangue. Poi Basanti [la sorella] me l'ha dato, il suo combaciava. Anche quello di Sagar combaciava, ma non avevo bisogno di sangue pieno di alcool, ma di sangue fresco (*fresh blood*). Il dottore ha detto che non avevo bisogno di sangue del magazzino (*storagevālā*). Ero incinta, quindi mi poteva venire un'infezione (*infection*), allora ho preso il sangue fresco da Basanti<sup>71</sup>.

Anche se nessuno studio antropologico si è focalizzato su questioni di genere nell'ambito della donazione del sangue in India, i dati statistici presenti nella letteratura medica mostrano chiaramente una forte disparità tra il sesso dei donatori (Agnihotri 2010, Bahadur e al. 2009, Dubey 2014, Shenga 2008, Uma e al. 2013). Per esempio, in uno studio condotto a Delhi, su un totale di 15191 donatori, solo 155 erano donne (Bahadur e al. 2009). Una delle ragioni della scarsità di donatrici potrebbe essere legata alla particolare fisiologia femminile, ovvero alla loro bassa produzione ematica. In effetti, la maggior parte delle donne intervistate si lamentava di avere poco sangue in corpo e, tranne che in situazione d'emergenza, nessuna si reputava adatta come donatrice.

Come argomenta Copeman nel suo libro sulle donazioni (2009), anche se non bisogna sottostimare l'importanza del potere trasformativo del sangue, in India i problemi di 'purezza e contaminazione' non sono ostacoli significativi alla raccolta del sangue. Al contrario, l'ansia maggiore dei donatori concerne la potenziale perdita di forze. "*The attempt to connect blood donation positively with prospective donors' concern with their own physical good health is*

<sup>71</sup> "*Maiṃ bahut bīmār ho gāī thī vyom ke time pe. Anemic ho gāī thī to pati ne bolā maiṃ dūṃgā. Mere pati ne phir hamārā blood group match nahīṃ huā. Phir maine Sagar (il fratello) ko na bol diā phir Sagar ko bolā tumhārā blood alcohol vālā hai. Mujhe tumhārā khūn nahīṃ cāhie. Phir Basanti (la sorella) ne diā. Vah match kar rahī thī. Sagar bhī lekin ek thā mujhe alcoholvālā blood nahīṃ cāhie thā fresh blood cāhie thā. Vah storagevālā nahīṃ cāhie thā doctor ne na bolā thā. Pregnancy hai to infection ho saktā hai to fresh blood liā thā Basanti se*" (Nilam, 26 marzo 2018).

*pursued in a very particular manner that constructs an affinity between blood giving and established ayurvedic and yogic principles of purgation. Recruiters suggest that blood donation purifies donors' blood through the removal of their aging blood cells. This principle of purification appears to correspond with Marriott's (1989: 30) conception of purity as a three-dimensional concept for South Asians, involving 'movement towards unmixing, matching and unmarking of coded substances' (Rosin 2000: 383)" (Copeman 2009: 24-5).*

La visione di una restaurazione del corpo sano attraverso l'espulsione del sangue deteriorato o corrotto, corrisponde alla rappresentazione del sangue descritta dalle donne incontrate a Bhuj. Anche per loro, la donazione di sangue è un'attività di purificazione da cui traggono beneficio in particolar modo gli uomini, i quali non hanno una fisiologia che permette una regolare purga ematica.

### ***Quando il sangue si secca nel corpo***

Considerando la preziosità del sangue come liquido vitale, uno dei disturbi più temuti dalle interlocutrici, ma purtroppo anche il più comune, è la mancanza di sangue nel corpo (*khūn kī kamī*). Questo squilibrio ematico è considerato più diffuso tra le donne, le quali sono più soggette a non riuscire a reintegrare il sangue consumato giornalmente e mensilmente. La diminuzione del sangue comporta una debole circolazione sanguigna, la quale, nei casi più gravi, arriva ad asciugarsi, lasciando il corpo svuotato, senza energie, benché ancora in vita. Dal momento in cui non vi è più flusso ematico, ogni produzione nuova di sangue non può arrivare a ristabilire una corretta circolazione: solo una trasfusione, ovvero la reintegrazione di una grande quantità di sangue, può riportare fluidità e movimento nel corpo.

Shaima, che vive con sua madre, la *dāī māṃ* musulmana Hazima, mi raccontava di come non riusciva più a lavorare a causa della mancanza di sangue. Aveva perso l'ultimo impiego come lavapiatti in un ristorante perché era troppo debole ed era dovuta andare in ospedale, dove è stata ricoverata per due giorni. Ora doveva riposarsi e seguire il trattamento allopatico composto di pillole che non voleva prendere perché, essendo di natura calda (*garam*), avrebbero potuto solo seccare ancora di più il suo corpo e peggiorare la salute. Secondo lei, l'unica soluzione era tornare in ospedale, farsi ricoverare e chiedere una nuova trasfusione, ma questo comporterebbe lasciare la madre anziana da sola per almeno una settimana. Così descriveva la sua situazione:

Sì, [il sangue] si crea ogni giorno, ti dà energia (*tākat*). Proviene dal cibo, se non si formasse allora le gambe non camminerebbero, non si lavorerebbe. Per esempio, ora

nel mio corpo non c'è sangue (*blood*), quindi è arrivato il dolore e gli occhi sono diventati bianchi. Se ci fosse il sangue, gli occhi sarebbero rossi. [...] Ci si ammala e [il sangue] si secca. Ad alcuni si crea ad altri no. Per esempio, per quanto io mangi, non mi si forma più il sangue. Quando ho un attacco (*attack*), il mio sangue si secca e non ho più ossigeno (*oxygen*). Nel mio corpo il sangue non è liquido (*patlā*) come l'acqua e non si forma neanche più. [...] Il sangue diminuisce, per esempio quando si fanno dei lavori di forza, oppure quando si hanno preoccupazioni (*tension lete*) allora il sangue si asciuga, per esempio se qualcuno ti ha picchiato, se sei preoccupato per qualcosa. Quando siamo in ansia il sangue si secca e il sangue diminuisce un poco, di uno o due punti (*point*). [...] Per esempio io ora sono felice, quindi il mio sangue sarà prodotto. [...] Quando un uomo (*insān*) vive felicemente e non si preoccupa allora il sangue continua a formarsi<sup>72</sup>.

Shaima ha utilizzato l'immagine, suggerita da Cohen (1998), di una *hydraulic physiology* dove si associa il movimento pressante della *tension* con malattie legate alla pressione, come l'ipotensione. Un'alta pressione mentale affatica maggiormente la circolazione sanguigna, consumando a dismisura il fluido vitale, fino a un suo completo disseccamento. Al contrario, uno stato mentale sereno, favorisce il consueto processo fisiologico di produzione ematica, mantenendo costante il flusso sanguigno. La tensione (*tension*), essendo di natura calda (*garam*), squilibra le qualità corporee portando a un innalzamento della temperatura corporea e a un temperamento caldo.

Questo disturbo nella medicina allopatrica è identificato come anemia: una riduzione dell'emoglobina che determina una ridotta capacità del sangue di trasportare l'ossigeno. In India l'anemia rappresenta un problema maggiore durante la gravidanza e il parto (Bentley e Griffiths 2003). Per questo motivo, durante i controlli pre-parto in ospedale, ogni donna era sottoposta al controllo della concentrazione di emoglobina: se era inferiore ai 10 g/dL, si procedeva alla reintegrazione di nuovo sangue attraverso trasfusioni e un'attenzione particolare alla dieta della gravida. Parallelamente, a ogni donna erano somministrati

<sup>72</sup> “Hām, [khūn] roj roj bantā hai. Apne ko tākat detā hai, khānā hai na usse, agar ye ismeṃ khūn nahīm rahegā na to pāṃv nahīm calegā, kām nahīm karegā. Jaise abhī mujhe merī body meṃ blood nahīm thā to ye dukhtā hotā thā, āmkh saphed ho gāi thī, abhī blood hone se yah lāl dīkhtā hai nahīm to yah lāl nahīm dīkhtā thā. [...] Bīmār par jāemge to [khūn] sūkh jātā hai, kisī kā banātā hai kisī kā nahīm bantā hai, jaise mereko kitnā bhī khāumgī na maiṃ mera khūn nahīm bantā hai, mereko jab attack ātā hai na khūn sūkh gāyā hai usse mere ko oxygen nahīm miltā hai blood kā. Patlā nahīm hotā pānī ke jaisa, bantā nae hai mere śarīr meṃ khūn. [...] Khūn kam hotā hai, jaise koī tākat kā kām karte haiṃ na tabhī kam hota hai, jaise koī tension lete haiṃ na tab blood sūkh jātā hai, apne ko jaise koī hāt lagā, tension ki koī bāt hai jab apun tension lete haiṃ na to blood sūkh jātā hai. To vah thoṛā kam ho jātā hai blood 1 point, 2 point thoṛā kam ho jātā hai. [...] Jaise maiṃ abhī khuś hūṃ to meko khūn banegā. [...] Iṃsān jab khuś rahatā hai tension nahīm letā hai to khūn bante rahatā hai” (Shaima, 20 agosto 2018).



integratori di ferro e acido folico, al fine d'incrementare il tasso d'emoglobina nel sangue<sup>73</sup>.

La maggior parte delle donne con cui ho parlato era al corrente del proprio tasso d'emoglobina, il quale però era solitamente inteso come una quantificazione delle unità di sangue presenti nel corpo<sup>74</sup>. Un organismo sano deve essere sostenuto da una quantità sufficiente di sangue qualitativamente buono (*acchā*), in particolare durante la gravidanza. Poiché questo stato è per sua natura molto caldo (*garam*), le donne preferivano non ingerire altre pillole: un eccesso di calore può, infatti, provocare un aborto spontaneo. Per questo motivo, gli integratori di ferro e acido folico, che sono di colore rosso e che richiamano il sangue, sono raramente assunti dalle donne o sono ingeriti in modo discontinuo.

### **PRODURRE LA CAPACITÀ RIPRODUTTIVA: DA SANGUE IN ECCESSO A SANGUE MESTRUALE**

#### *Fisiologia del sangue mestruale*

Si formano spontaneamente (*kudratrī*) ed escono dal nostro corpo: è sangue cattivo (*kharāb*). Tutto il sangue cattivo che c'è nel corpo esce, e dopo ne viene di nuovo [di sangue]. Se viene correttamente, anche la donna è corretta; se non viene, allora non è una donna<sup>75</sup>.

Così la *dāī māṃ* musulmana Karima Jāṭ sintetizzava la fisiologia del ciclo mestruale, evidenziando l'importanza fondamentale di questo fluido nel definire il genere. A livello fisiologico, è la produzione del ciclo mestruale che definisce il corpo femminile; questo processo si avvia spontaneamente (*kudratrī*), o per volere divino (*bagvān*), in un momento imprevedibile della pubertà. Secondo la *dāī māṃ*, il menarca determina il momento in cui il sangue prodotto nello stomaco accede attraverso un canale (*nas*) a uno dei ricettacoli

<sup>73</sup> “National protocols in India require the provision of 100 tablets containing 100mg elemental iron and 0.5 mg folic acid for daily consumption to all women during pregnancy and lactation” (Galloway 2002: 530).

<sup>74</sup> Per esempio Shaima, durante il suo racconto, evidenziava l'importanza della quantità di sangue nel corpo: “Un uomo (*insān*) deve avere dentro almeno 12-13 pound di sangue. Io avevo 6 point in meno di sangue (*lohī*), quindi non avevo neanche la forza (*tākat*) di camminare, avevo bisogno di 400gm di sangue (*khūn*). Nel corpo avevo solo 6 point, quando mi dato 400gm quindi tutte le vene (*nas*) sono state filtrate (*filter*)”. [12-13 pound to *imsān ke andar cāhie hī khūn. Mera 6 point lohī kam thā jab blood carhāyā na, 6 point thā na to mere ko calne kī tākat nahīm thī, mere ko 400gm khūn carhāyā śarīr meṃ 6 point khūn thā jab 400gm carhāyā to pūrā nas filter ho gāyā.* (Shaima, 20 agosto 2018)].

<sup>75</sup> “Kudhrātri bante haiṃ apne śarīr se nikalte haiṃ. Kharāb khūn hai. Jo pūrā śarīr meṃ kharāb khūn hotā vah nikaltā. Aur bād meṃ nayā ā jātā hai. Vah sahī hogā to aurat sahī hogī, vah to nahīm hogā to aurat nahīm hai” (Karima, 19 agosto 2017).

femminili (*garbh*), dove si accumula nel corso di un mese.

Altre donne affermavano, invece, che questo sangue proviene da tutto il corpo: molti canali sanguigni si collegano al ricettacolo del sangue (*khūn kā garbh*) dove giorno dopo giorno fluiscono gli scarti ematici. In maniera generale, il grembo è considerato un punto di centralizzazione del sangue corrotto (*kharāb*), il quale è evacuato grazie all'apertura mensile della bocca dell'utero (*baccādānī ki muṃh*). Solo Priti Thakkar<sup>76</sup>, jain, che prediligeva una lettura cardiocentrica della circolazione sanguigna, ha affermato la presenza di un canale che collega direttamente il cuore al ventre femminile.

Secondo le mie interlocutrici, la qualità più importante del ciclo mestruale è la regolarità: il fluido deve fuoriuscire dall'utero (*garbh*) una volta ogni 30 giorni. Un flusso ripetuto più volte nell'arco di un mese può portare velocemente a una perdita eccessiva di sangue, lasciando la donna svuotata; se invece il sangue stagna più del dovuto, può coagularsi in fibromi o, a causa della sua costituzione avariata, favorire lo sviluppo di malattie. Generalmente, le donne sono legate a un particolare giorno del mese, durante il quale dovrebbe iniziare il ciclo: se per esempio il menarca è accaduto il 14 del mese, ci si aspetta che la mestruazione ritorni il 14 di ogni mese. Se due o tre giorni di anticipo o di ritardo sono comunque accettati, un ciclo di 25 giorni è considerato come irregolare e da curare.

Le denominazioni utilizzate dalle interlocutrici per definire il ciclo mestruale rispecchiano l'importanza della sua mensilità. In *hindī*, infatti, il termine più utilizzato, *māsik*, di derivazione sanscritica, ha il doppio significato di mensile e mestruazione. Parimenti, i vocaboli inglesi *period*, *time* e *menses*, ormai entrati nel lessico familiare, e il persiano *māhvārī*<sup>77</sup>, riflettono la ciclicità del flusso. Le donne musulmane utilizzavano invece per lo più il vocabolo austro-asiatico *kaprā*, letteralmente 'stoffa, tessuto' (Sharma 2004) che, attraverso una metonimia, indica l'oggetto utilizzato durante la fase mestruale<sup>78</sup>. Singolarmente, tra le donne era diffuso anche un termine d'origine inglese, il quale però non è usato in altri paesi anglofoni. Nello specifico, la mestruazione è nominata *mc*<sup>79</sup> che, secondo le giovani musulmani Soraya e Shahina, sarebbe l'acronimo di *mothercraft* e farebbe riferimento all'eredità sanguigna che esiste tra madre e figlia.

Nonostante l'indifferenziazione sanguigna tra sangue maschile e femminile, le donne che ho incontrato affermavano che i bambini si creano a partire del sangue 'uterino'; per

<sup>76</sup> Incontro del 16 agosto 2018.

<sup>77</sup> Da *māh* che significa sia 'luna' che 'mese' (Sharma 2004).

<sup>78</sup> Le pratiche igieniche utilizzate durante la fase mestruale sono trattate nel prossimo capitolo.

<sup>79</sup> Forse in origine acronimo di *menstrual cycle*.

questo motivo molte donne hanno sottolineato che le qualità del proprio sangue mestruale derivano direttamente da quelle materne. Il colore, la periodicità, la quantità del flusso, elementi che determinano la capacità riproduttiva di una donna, sono legati ad un'eredità della linea materna. Di conseguenza, alcune donne hanno affermato che chi ha avuto aborti spontanei mette al mondo figlie destinate ad avere a loro volta lo stesso problema.

Il compito principale del sangue mestruale è formare il corpo del bambino durante la fase prenatale. L'accumulo periodico permette di avere una scorta continua di questo fluido, necessario sia al momento del concepimento che durante tutti i nove mesi della gestazione. Al di fuori della gravidanza, inoltre, l'evacuazione mensile, permette sia il ricambio ematico che la pulizia del ricettacolo femminile, favorendo la salute generale del corpo. Samara, musulmana, descriveva così il cambiamento che ha percepito dopo il menarca:

L: Hai avuto il primo ciclo due anni fa: cosa è cambiato nel tuo corpo?

S: [...] Quando arriva il ciclo (*māsik*) il sangue si trasforma. [...] fa bene alla salute, così dicono. [...] Se il mestruo non viene allora ci si ammala. [...] Nella pancia (*peṭ*) ci sono dei difetti (*kharābī*) e così escono<sup>80</sup>.

Purtroppo, la maggior parte delle interlocutrici affermavano che i disturbi mestruali erano molto frequenti e causavano problemi di fertilità. Erano quindi rare le donne che potevano beneficiare dell'immunità garantita da un ciclo mestruale regolare.

### ***Il fluido riproduttivo femminile: acqua, sangue o uova?***

Le interviste fanno affiorare interrogativi sull'identità del seme femminile (*strī kā bīj*) che evocano antiche questioni trattate dalla letteratura medica ayurvedica. Il ruolo delle mestruazioni durante il concepimento, come l'origine e l'utilità di questo fluido nel corpo della donna, è molto equivoco nei testi classici. Lo stesso tema è stato successivamente mal trattato nelle opere di studiosi più recenti, sia occidentali che indiani<sup>81</sup>. Al momento del concepimento, si suppone che il seme maschile (*ādmī kā bīj*) si unisca al fluido riproduttivo della donna. Qual è la natura di questa sostanza e da dove proviene?

I risultati della contesa indologica intorno al seme femminile, hanno parzialmente influenzato alcune ricerche contemporanee, in particolare sulla questione dell'acqua

<sup>80</sup> “L: *Do sāl pahale āpko māsik ā gāyā. Kaunsā pharak partā hai śarīr meṃ?* S: [...] *Māsik āte to phir khūn badaltā hai. [...] Sehat ke lie acchā hotā hai. Aise bolte haiṃ. [...] Bīmāri ho jāti, māsik nahīṃ āti. [...] Peṭ meṃ kharābī hotā hai. Yeh nikal jāti aise*” (Samara, 17 agosto 2017).

<sup>81</sup> Tra i testi contemporanei, fa eccezione il lavoro di Rahul Peter Das (2003), il cui scopo è proprio di risolvere questo quesito.

femminile (*aurat kā pānī*) e della sua natura. Come ho sottolineato nella sezione precedente, il riferimento in alcuni testi ayurvedici alla presenza di seme (*śukra*) sia nel corpo femminile che maschile ha portato alcuni studiosi (Bang e Bang 1994, Chaturvedi 1987, Lakhani 2001, Lambert 1998, Nichter 1981, Paris 1992, Patel e al. 2005, Rashid 2007, Trollope-Kumar 2001) a comparare la sindrome di Dhat alle perdite vaginali in quanto disturbo legato alla fuoriuscita della stessa sostanza. Questo concetto comporterebbe la partecipazione dell'acqua femminile al concepimento, un'idea che non ha trovato nessun consenso tra le donne che ho incontrato Bhuj. L'acqua che si trova nel corpo femminile, denominata *saphed pānī*, ha sicuramente una grande influenza sulla capacità riproduttiva della donna, ma secondo le narrazioni raccolte, rimane un fluido genitale, piuttosto che riproduttore. La perdita di questa sostanza, contenente la *śakti* del corpo femminile, comporta un indebolimento delle potenzialità di concepimento e dello sviluppo prenatale di un bambino (*baccā*).

Anche la medicina *yūnānī*, aderendo al modello Ippocratico della riproduzione, postula la produzione di sperma sia nel corpo maschile che in quello femminile (Kueny 2013): dall'incontro di queste due sostanze si formerebbe l'embrione. Il seme femminile sarebbe emesso durante l'orgasmo, un'idea in voga anche in Europa fino alla fine del diciottesimo secolo, quando il piacere femminile era considerato necessario per il concepimento (Laqueur 1986). Quest'idea non ha avuto lo stesso successo in India, dove i testi sessuologici considerano l'orgasmo femminile solo come uno stimolatore del piacere maschile (Vātsyāyana 2001).

Se nessuna interlocutrice ha nominato la presenza di uno sperma femminile, tuttavia alcune hanno evidenziato un interessante legame tra la *saphed pānī* e le uova (*eggs*), corpuscoli che partecipano al concepimento:

N: Il ciclo è un cambiamento ormonale (*hormonal changes*), il ciclo (*cycle*) intero è di 28 giorni e questo processo di sanguinamento (*bleeding process*) è un modo per fare le uova (*making eggs*). [...]

L: Come si fanno i bambini?

N: Il seme della donna, le uova, e lo sperma (*śukrāṇu*) dell'uomo, tra di loro accade tutto il processo (*process*), si forma una pallina di sangue (*blood*). Guarda, questo è il processo che accade: da qui esce il seme e da lì arriva lo sperma. Prima succede la fertilizzazione delle uova (*eggs fertilization*) ed è grande tanto quando un punto così piccolo di sangue<sup>82</sup>.

<sup>82</sup> “[Period] *Ye hormonal changes kā hotā hai yah pūrā cycle hotā hai 28 din kā yah jo bleeding process vah kind of making eggs. [...]* L: *Ye baccā kaise bantā hai?* N: *Aurat ke bīj eggs and male ke śukrāṇu unke bīc sārī*

Nilam Goswami, *hindū*, ha evidenziato la presenza di uova nel sangue ‘uterino’, entrambi sono necessari alla formazione del bambino. La stessa immagine è stata riportata anche da sua sorella Basanti<sup>83</sup>, la quale ha seguito diverse cure per l’infertilità negli ultimi anni, venendo a contatto con un lessico bio-medico di cui si è appropriata. In questo dialogo, Basanti era passata a trovare la madre Pragya e ci ha trovato intente a parlare del corpo femminile. Qui interrompe per la prima volta la madre, per integrare l’immagine dell’uovo nella descrizione del concepimento:

Lucia: Questo sangue serve per formare il bambino? Quindi l’uomo dà lo sperma e la donna dà il sangue o da anche qualcos’altro?

Pragya: No, nient’altro, dà solo il sangue.

L: Dà solo il sangue.

Basanti: Il seme della donna (*strī bīj*).

P: Sì, c’è il seme della donna.

B: Sono le uova (*eggs*), quando il periodo mestruale (*period*) finisce, dopo la fine del ciclo, dal primo al quattordicesimo giorno si formano le uova. Se in quel giorno si ha un rapporto sessuale (*relation bantā hai*) quindi lo sperma (*sperm*) dell’uomo e le uova delle donne si incontrano e danno avvio a tutto il processo. Si fa un bambino<sup>84</sup>.

Qui la conversazione con la madre Pragya, è stata interrotta da Basanti la quale ha completato la narrazione inserendo nel quadro l’importanza delle uova, definite con il termine polisemico *strī bīj*, il seme della donna. L’integrazione di questo elemento nel sapere fisiologico femminile evidenzia la complessità della questione della natura del fluido riproduttivo. In effetti, sempre Nilam Goswami nel corso delle interviste ha evocato altre due volte il termine uova, legandole in un primo tempo al sangue mestruale e successivamente alla *saphed pānī*:

1 – Alcune donne sono molto magre (*slim*), dentro il loro corpo non c’è tanto sangue e

---

*process hotī haiṃ [...] blood kā golā hī hotā hai. Dekho yah process ho gāyā yahāṃ se nikalegā bīj phir yahāṃ se hogā yah śukrāṇu. First [...] egg fertilization hotā hai. Vah blood kā itnā point jaisa hotā hai*” (Nilam, 26 marzo 2017).

<sup>83</sup> “Sono stata trattata da circa sette o otto dottori, ed è sempre lo stesso processo: si fa un esame il terzo giorno del ciclo, viene inserita dentro una macchina e si vede se si sono formate le uova o no” [7/8 doctors uske pās treatment karvāyā. To same process rahatī hai. Vaha. Time ke tīsre dīn check karte, machine andar dāl ke, phir egg banāyā ki nahīṃ dekhte haiṃ]. (Basanti, 14 luglio 2017).

<sup>84</sup> “Lucia: Ye khūn bacce banāne ke lie cāhie? To ādmī vīry detā hai aur aurat khūn detī hai koī aur cīj detā hai aurat? Pragya: na dūsrā kuch nahīṃ. Sirph khūn detī hai. Lucia: Sirph khūn detī hai. Basanti: Strī bīj. Pragya: Hāṃ strī bīj rahatā hai hai. Basanti: Vah egg hotā hai jaise period khatam, periods kī ho jāne ke bād, 1 se 14 dīn tak vah egg bantā ha. Us dīn ke daurān vah relation bantā hai to uskā sperm aur ladies kā egg miltā hai to use pūrā process hotā thā. Baccā bantā hai” (Pragya, 7 luglio 2017).

le loro uova (*eggs*) non si formano velocemente e sono irregolari [il ciclo].

2 – [Le perdite bianche] alcune volte fanno bene, è come un gel naturale, bisogna che ne venga un poco ma se esce di continuo ci possono essere dei problemi a diventare madre. Perché tutte le uova (*eggs*) escono<sup>85</sup>.

Nilam legava le uova alla produzione del sangue, il che spiega come mai una donna con un ciclo mestruale irregolare e molto magra, ovvero con una scarsa quantità ematica, possa produrre una minor quantità di *eggs*. Al contempo, le perdite vaginali possono trasportare questi corpuscoli verso l'esterno, rendendo il concepimento impossibile o difficoltoso. Anche se questo caso rimane isolato nelle narrazioni delle donne incontrate a Bhuj, rappresenta un esempio interessante di sincretismo tra il sapere bio-medico e quello delle donne, che potrebbe essere nel tempo sempre più diffuso.

### *Narrare il concepimento: l'incontro tra il rosso e il bianco*

La maggioranza delle donne che hanno partecipato alla ricerca, identificava il seme femminile (*strī kā bīj*) con il sangue che fuoriesce mensilmente dalla vagina. Il concepimento è considerato avvenire quando il sangue uterino s'incontra con il seme maschile, lo sperma (*ādmī kā pānī*). La *dāī māṃ* musulmana Karima descriveva così l'incontro tra i due semi:

L: Che cosa serve per fare un bambino?

K: Serve un uomo. [...] Serve un pochino di sperma (*puruṣvīrya*) dell'uomo. Poi il bambino si forma dal sangue che arriva ogni mese. Si ferma per nove mesi, no? Quando il bambino è concepito, il ciclo si blocca, quindi il sangue di quei nove mesi serve a sviluppare il bambino<sup>86</sup>.

Il seme maschile e il seme femminile partecipano in egual misura all'avvio della generazione del feto (*baccā*), il cui corpo sarà costruito attivamente, nel corso dei nove mesi di gestazione dal sangue della madre. Questa visione è condivisa da tutte le mie interlocutrici, e solo in un'occasione, la *dāī māṃ* Hazima ha utilizzato la metafora del seme e della terra per descrivere il concepimento. In questa metafora, la donna riceve passivamente il seme maschile, fattore unico della generazione di una nuova vita. Leela Dube ha analizzato nel dettaglio questa

<sup>85</sup> “1 – *kuch ladies bahut slim hotī haiṃ uske andar itnā khūn nahīṃ hotā uske eggs jaldī nahīṃ hote aur vah irregular hotī hī haiṃ*. 2 – [white discharge] *yah kabhī kabhī thik hai ye natural gel jaisa hai thorā rahanā cāhie lekin continues se māṃ banne meṃ problem hotā hai. Kyomki vah sāre eggs bhī nikal jāte haiṃ*” (Nilam, 26 marzo 2017).

<sup>86</sup> “L: *Kyā-kyā cāhie bacce karne ke lie? K: Ādmī cāhie. [...] Thorā sā ādmī kā puruṣ vīry cāhie. Phir uskā jo mahīnā ātā hai uskā baccā ban jātā. 9 mahīnā baṃd ho jātā hai na? Jab baccā rahatā tab māsik āne meṃ baṃd ho jātā hai. To 9 mahīne kā jo khūn hotā hai usse baccā hotā hai*” (Karima, 24 agosto 2017).

concezione nel suo articolo *Seed and earth: the symbolism of biological reproduction and sexual relations of production* dove descrive: “*the seed symbolizes the father’s contribution and the field represents the part of the mother. Man provide the seed – the essence – for the creation of the offspring. The seed determines the kind: the child’s identity is derived, thus from the father in so far as group placement is concerned*” (1986: 22).

Anche Wendy Doniger O’Flaherty, nel suo articolo sull’analisi dei fluidi corporei, riporta una grande diffusione di questa metafora negli antichi testi hindūisti: “*the image of the woman as an insignificant receptacle for the unilaterally effective male fluid persists, not only in these early texts but in later ones as well. The woman is the mere ‘field’ in which the seed is sown, not an active partner in the process. The ‘field’ metaphor is a natural development from the vedic premise of unilateral creation (already somewhat androcentric) supported by the Upaniṣadic tendency toward misogyny*” (1980: 29). Una descrizione simile si ritrova anche in alcuni scritti di medicina *yūnānī*, dove gli studiosi medievali rigettano la teoria Ippocratica dei due semi, per abbracciare la teoria Aristotelica del seme e della terra (Kueny 2013).

Se questa metafora sembra molto diffusa in India del Nord e largamente accettata anche nell’India occidentale e meridionale (Dube 1986), non era condivisa tra le donne che ho incontrato a Bhuj, le quali erano piuttosto influenzate dalla teoria āyurvedica che evidenzia un’egual partecipazione dei sessi alla generazione, così riportata nel testo religioso *Śivapurāṇa*: “*then the semen blown by the vital wind mingles with the blood of the woman. At the time when the semen is discharged the individual soul with the causal body or unit of sense-organs enters the vaginal passage fully covered and urged by its past actions. The semen and blood in the unified state becomes foetus in a day*” (1969: 1542). Così, infatti, la *dāī māṃ* musulmana Karima descriveva il concepimento:

Lo sperma (*puruṣvīrya*) si ferma dentro, poi si chiude [la bocca dell’utero]... il ciclo (*māsik*) non esce più. [...] Prima gli serve un poco di suo padre (*bāp*). Non hai mai fatto lo yogurt (*dahī*)? Hai bisogno di tanto latte e poi metti un poco di latticello (*chās*), così si fa. Serve solo una volta [lo sperma], poi la madre ha tutto: cibo e acqua. Dentro la donna ci sono tutte le cose. Se la donna è debole, allora il bambino può cadere [aborto spontaneo], per colpa della debolezza<sup>87</sup>.

La *dāī māṃ* utilizzava la metafora molto evocativa della preparazione del *dahī*, per

<sup>87</sup> “*Jo puruṣviri hai vah andar rukh jātā hai, to phir baṃd... māsik āne meṃ baṃd ho jātā hai. [...] Pahale uske bāp kā thoṛā sā cāhie. Āp dahī banātā hai yā nahūṃ? To dūdh bahut hotā hai na, thoṛā sā cās ḍālte haiṃ na, isī taraph bante haiṃ, ek bār honā cāhie, phir uskī Mām kā sab miltā hai usko: khānā pīnā. Hām sāre cīz haiṃ aurat meṃ. Aurat ko koī kamjor hogī to gir jāegā baccā. Kamjorī kī vajese*” (Karima, 24 agosto 2017).

evidenziare il grande apporto femminile alla generazione: il seme maschile serve solo ad avviare il processo, il resto è interamente preso in carico dalla donna, il cui corpo possiede tutto il necessario per sviluppare il bambino da un punto di vista psico-fisico e spirituale. Il controllo della qualità e del flusso mestruale è oggetto d'osservazione da parte delle donne, per determinare il periodo propizio al concepimento e le possibilità di mettere al mondo una buona (*acchā*) progenie<sup>88</sup>. Una delle qualità più salienti del sangue è il suo colore rosso, manifestazione di una sua essenza benigna e pura. In caso di perdite di sangue nero (*black blood/kālā khūn*) il concepimento non è assicurato. In generale, l'imbrunirsi del colore era associato dalle mie interlocutrici a disturbi mestruali ed è il segno che il fluido è troppo corrotto per essere produttivo e che deve essere curato per recuperare la propria potenzialità fertile.

Considerando le concezioni espresse dalle donne che ho incontrato, il concepimento si configura come l'incontro tra un fluido bianco, lo sperma, e un fluido rosso, il sangue femminile. Questa stessa semiotica dei generi e della sessualità è evidenziata da Selby (2008) nella sua analisi dei testi classici ayurvedici: *“the redness of women and the whiteness of men are based on the colors of their observable sexual effluent. [...] White is the color of coolness, celibacy, virility, purity and goodness, whereas red represents heat, sexuality, permeability, taint, and energy. White is ‘male’ and ‘closed’; red is ‘female’ and ‘open’”* (2008: 47-8). L'autrice evidenzia come questi due colori intrattengono una relazione di dominazione/subordinazione sia nei testi medici che nel contesto della gerarchia sociale *hindū*, dove, in un'ottica patriarcale, il colore bianco e le sue qualità sono superiori al colore rosso.

In un articolo sull'uso dei colori nei rituali dell'India del sud, Brenda Beck (1969) propone una lettura più attenuata della polarità tra il rosso e il bianco, richiamando un'altra dicotomia non meno problematica, ovvero quella del puro e dell'impuro. *“Increased temperature can also be used metaphorically to express increased pollution. I shall argue that the use of colour in Indian ritual derives primarily from underlying assumptions about the nature of heat. In essence, heat is associated with life and fertility. The energy which can both activate and nullify life is a kind of heat. This heat when taken alone, however, can be highly dangerous. It must be focused and controlled in order to become a source of power which humans and superhumans can utilise. In ritual, as in mythology, heat must be encompassed or surrounded by cooling things. Red substances symbolise 'heated' states and*

---

<sup>88</sup> “Se lo sperma è buono e la donna è buona, allora il bambino sarà buono. Se qualcuno ha qualche mancanza allora non avrà un bambino. A qualche donna non vengono i bambini: c'è bisogno che il sangue sia buono, che sia regolare” [*Mard acchā hogā aur aurat acchī hogī, to hogā baccā. Jismem kuch kamī hogā to baccā nahīm hotā. Kahī auratoṃ kā nahīm hotā hai. Khūn acchā honā, regular honā cāhie*]. (Karima, 24 agosto 2017)



*white substances 'cooled' ones. In keeping with these larger notions, the red used in south Indian ritual normally occurs against a background of white” (1969: 553).*

Riferendosi al rituale vedico, Selby (2008) evidenzia un'altra coppia significativa rispetto all'opposizione tra il rosso e il bianco: quella tra *agni*, il fuoco, e *soma*, la bevanda sacrificale, usata nei testi religiosi *hindū* per denotare il raffreddamento, le proprietà dell'acqua<sup>89</sup>. Nei Veda, queste due entità divine rappresentano il fuoco sacrificale attraverso cui sono nutriti gli dei e una pianta mitica, dalla quale si distilla un fluido bianco inebriante, la bevanda attorno a cui tutti i rituali sacrificali sono costruiti. Questa bevanda era versata sul fuoco sacrificale, un atto che continua tutt'oggi nel gesto di versare il *ghī* tra le fiamme durante i rituali *hindū*. Attraverso quest'immagine, lo stesso atto sessuale diventa un sacrificio: il seme maschile (*soma*) è versato nel calore del sangue mestruale (*agni*). D'altra parte, i più importanti miti cosmogonici vedono alla base della creazione un sacrificio, primo fra tutti l'autoimmolazione di *Puruṣa*, l'essere supremo, nel testo del *Rgveda* X.90.

Paragonare la riproduzione all'atto sacrificale, evidenzia la dimensione divina di quest'atto, un aspetto necessario a qualsiasi creazione. Evocando la famosa formula di Godelier (2003), per fare un bambino, un uomo e una donna non sono sufficienti: è sempre necessario l'intervento di una forza superiore. “*Donc nulle part un enfant ne naît du seul jeu des unions sexuelles et des rapports de parenté. Il s'insère en même temps dans une totalité cosmique et sociale qui déborde et englobe la sphère de la parenté*” (2003: 199). La necessità dell'intervento divino nell'atto del concepimento è stata verbalizzata dalla maggior parte delle donne che ho incontrato. Per esempio, la *dāī māṃ* Hazima lo evidenzia rispondendo alla mia domanda su cosa serve per fare dei bambini:

H: Non serve niente. È il potere divino (*kudrat*) che li crea e li dà. [...] Lui [l'uomo] metterà il suo destino (*kismat*) nella donna. [...] Nel corpo dell'uomo il divino (*bhagvān*) fabbrica e poi versa tanto così di seme nel pene (*nalī*) dell'uomo, poi lui lo verserà dentro di noi. [...] Quindi il divino dopo averlo creato, lo verserà solo quando è il momento, durante un rapporto sessuale (*sāth meṃ hogā*).

L: Prima del rapporto lo sperma è nel pene?

H: Appena prima di incontrarsi<sup>90</sup> c'è, quando ci si incontra allora se ne va, poi il pene rimane vuoto.

L: Nel pene quanti semi ci sono?

H: Uno. [...] Per esempio, il periodo mestruale si è appena interrotto, vi siete incontrati

<sup>89</sup> Per un'analisi approfondita di queste due sostanze e del loro ruolo nell'*āyurveda*, si veda Wujastyk (2004).

<sup>90</sup> Eufemismo per evocare il rapporto sessuale.

e il divino ha creato e poi versato nel suo pene il seme, quando questo succede allora il seme cade dentro di noi nel nostro utero (*kothrī*) [...], allora ci sarà il bambino<sup>91</sup>.

Hazima ha messo l'accento sul fatto che, se le condizioni sono favorevoli, basta un solo rapporto per dare avvio al concepimento. Pare che questa convinzione non sia diffusa tra tutti gli uomini<sup>92</sup>, mentre era condivisa dalle donne. Se il rapporto sessuale e di conseguenza l'incontro tra i due semi è fondamentale per avviare una gravidanza, quest'atto non è tuttavia sufficiente a procreare. L'intervento divino si manifesta metaforicamente attraverso la donazione per mano di Dio del seme che si trova all'interno del pene e che, introdotto nel corpo della donna, permette la trasformazione del sangue mestruale nel bambino (*baccā*). Senza il seme, lo sperma è solo acqua. Tutti i processi fisiologici, come il concepimento, lo sviluppo fetale e gli aborti spontanei, sono sviluppi secondari della volontà divina.

Quest'immagine era resa tra le donne *hindū* attraverso il concetto di *karma* e tra le donne musulmane con quello di *kismat*<sup>93</sup>. Secondo le mie interlocutrici, una delle ragioni più diffuse dell'infertilità risiedeva nella circostanza che una donna o un uomo non hanno scritto nel proprio destino la nascita di un figlio. Senza questa certezza, nessuna medicina o rimedio può mai avere effetto: per aggirarsi il volere divino bisogna allora dedicarsi a *pūje* (rituali/preghiere) particolari, *duā* (preghiera musulmana) o *vrat* (voti). Lo stesso vale per il frutto del concepimento: anche se ci sono diversi modi per manipolare la creazione, ogni bambino prende la forma voluta dall'essere supremo. La *dāī māṃ* musulmana Karima avvisava in questo modo una donna che stava usando come contraccettivo il preservativo:

K: Se non indossa il preservativo (*nirodh*) lo sperma entra dentro e rimani incinta.

Puoi farlo sempre basta che non hai il ciclo (*māsik*). Di notte, di giorno, quando vuoi.

L: Non c'è un giorno speciale per concepire un buon bambino?

K: No, è il divino (*mālik*) che spontaneamente (*kudratī*) te lo dà. Sarà come te lo darà:

<sup>91</sup> “H: *Kuch bhī nahīṃ cāhie. Kudrat vālā banā ke dāle. [...] Vah (ādmī) kismat dālegā aurat ko. [...] Ādmī ko to śarīr meṃ bhagvan itnā bīj banā ke dālegā ādmī ke nālī meṃ, phir vah apne meṃ dālegā. [...] To bhagvan banā ke jis time meṃ dālne kā hogā sāth meṃ hogā tab dāl deṃge. L: To milne ke pahale bhī nālī meṃ hotā hai? H: Milne ke pahale nālī meṃ hogā jab dono mil jāeṃge tab usmeṃ cale jāegā. To phir khālī ho jāegā nālī. L: To nālī mai kitnī bīj haim? H: I. [...] Jaise MC baṃd ho gāyī apnī dono sāth ho gāye bhagvan banā ke bīj uske nālī se usmeṃ dāl degā, jab apun aise ho jāeṃge to bīj apne andar apnī kothrī meṃ gir jāegā. [...] Jab rahane kā hogā aulād tabhī hogā” (Hazima, 14 aprile 2018).*

<sup>92</sup> Soraya, giovane musulmana di diciannove anni, ha raccontato nel corso di un incontro con la *dāī māṃ* Hazima che, quando le si era rotto il preservativo durante un rapporto, il marito non si era preoccupato, perché diceva che una volta sola non basta. Lei invece aveva sentito a scuola che si può rimanere incinta anche con un solo rapporto sessuale e la *dāī māṃ* le dava ragione: basta che una goccia di sperma cada dentro di te e poi la bocca dell'utero si chiude. Infatti, Soraya aveva scoperto di essere incinta.

<sup>93</sup> Traducibile come ‘fate, destino’, deriva dall’arabo *qisma* e dal persiano *qismat* (Sharma 2004).

non è nelle tue mani, né nelle mani della madre, né in quelle del padre, né di qualche dottore o di qualche *dāī māṃ*. È nelle mani stesse del divino<sup>94</sup>.

Anche se la creazione della realtà e la procreazione sono entrambe nelle mani dell'essere supremo, gli uomini devono rispettare determinate interdizioni e tempistiche per favorire il concepimento. Primo fra tutti, il divieto di avere dei rapporti sessuali durante il ciclo mestruale. Queste relazioni non solo non sono feconde, ma possono portare a gravi conseguenze per la salute dell'uomo. Secondo le donne che ho incontrato, in questo periodo, se anche si formasse un bambino (*baccā*), sarebbe trascinato via dal flusso mestruale, impedendone l'attecchimento. Inoltre, generalmente il sangue espulso non è considerato di buona qualità perché è già rimasto per un mese nell'utero, corrompendosi. Il periodo migliore per concepire si apre con il primo giorno d'arresto del ciclo e termina dieci giorni dopo, momento in cui il fluido femminile è fresco, ovvero recentemente depositato nel *garbh*, e la bocca dell'utero (*baccādānī kī muṃh*) è aperta. Questa partizione coincide con il *ṛtukāla*, ovvero il periodo ricorrente della fertilità di una donna presentato nei trattati medici āyurvedici e nei trattati legislativi come il *Mānavadharmasāstra* (2010: 50).

In seguito, l'apertura si chiude, impedendo il passaggio dello sperma, per poi riaprirsi appena prima della fase mestruale. Per questo motivo alcune donne sottolineavano che anche la settimana prima del ciclo era un buon periodo per concepire. Infine, come riportava nel dialogo precedente la *dāī māṃ* musulmana Karima, altre donne non designano un periodo speciale nel quale poter fare un bambino: al di fuori del ciclo mestruale ogni giorno è buono. L'importanza dell'apertura della bocca del ricettacolo femminile rimane però fondamentale: molti rimedi per l'infertilità delle *dāī māṃ* hanno proprio questo scopo.

---

<sup>94</sup> “K: *To phir nirodh nahīm pahanegā to puruṣviri andar meṃ calī jāegī, to baccā rahe jāegā. [...] Māsik nahīm ho saktā hai, bākī din kar sakte haiṃ. Din meṃ, rat meṃ, jabhī karo. L: To agar acchā baccā cāhie koī khās din nahīm haiṃ. K: Nahīm nahīm. Vah to mālik sab kudratī apne hāth dete haiṃ. Jaise degā vaise hogā. Apne hāth nahīm hai. Na koī māṃ ke pās na koī bāp ke pās na koī doctor na koī dāī. Vah mālik ke apne hotā hai*” (Karima, 24 agosto 2017).

## **PARTE SECONDA**

**FABBRICARE I CORPI:  
NARRARE I PERCORSI RIPRODUTTIVI**

## CAPITOLO 3

### DONNE CHE SANGUINANO: VIVERE UN CORPO TRASGRESSIVO

La prima parte della ricerca si è focalizzata sulle rappresentazioni che caratterizzano il corpo umano dal punto di vista anatomico e fisiologico. In particolare, le narrazioni raccolte evidenziano una concezione fluida e dinamica dell'organismo, che non si chiude in se stesso, ma si apre alle influenze dell'ambiente. Come propone Pier Giorgio Solinas, si può parlare di soggetti estesi: “multiformi, varianti e variabili, le persone, o i soggetti, sono inclusi nel cosmo, nei cosmi, ne sono parte e repliche. I mondi sono temporanei e distruttibili, si fanno e si rifanno, così come le persone, le quali si destrutturano e si ri-strutturano in base a storie cicliche che non lasciano al presente se non una limitata facoltà di scelta. Mondi e cosmi non sono solo esterni alla persona, ma anche interni. Il corpo, la mente, il sé raccolgono spazi, sostanze, enti e divinità: sono uomini-cosmo, creature che sono quel che sono e nello stesso tempo si trascendono” (2006: 65).

Il presente capitolo evidenzia come i diversi saperi presentati dalle mie interlocutrici sul corpo femminile si strutturano in pratiche volte a produrre determinati soggetti di genere. La prima parte esamina come le donne che ho incontrato vivono il proprio corpo e lo costruiscono nei diversi momenti della vita riproduttiva, mobilitando i diversi modelli esplicativi legati alla fisiologia e l'anatomia. Il susseguirsi delle varie fasi riproduttive, come il menarca, i rapporti sessuali, la gravidanza e la menopausa, permette di soffermarsi sul carattere ciclico dell'esperienza femminile, che alterna fasi liminali ed impure, ad altre di purezza e stabilità. Per questo motivo, il corpo della donna mestruante è trasgressivo, poiché ogni mese fa uscire spontaneamente dei fluidi che dovrebbero rimanere all'interno, oltrepassando i limiti corporei. La seconda parte del capitolo si sofferma sulla rappresentazione impura del sangue mestruale, esempio che manifesta i complessi significati

culturali che circondano nel subcontinente indiano le secrezioni in generale e quelle genitali in particolare.

## LE STAGIONI FEMMINILI: RADICARE I RUOLI SOCIALI NEGLI EVENTI RIPRODUTTIVI

K: È una bambina (*baccī*) quando è piccola. A 14 anni è chiamata ragazza (*kiśori*), [...] il suo corpo prende una forma (*ākār*) e le viene il ciclo (MC). Quando è un po' più grande si dice che bisogna sposarla, quando ha 20 anni vuol dire che è pronta per andare dai suoceri (*sasurāl*). [...]

L: Che differenza fa il matrimonio?

K: Dopo il matrimonio è chiamata donna (*aurat*).

L: E dopo?

K: Dopo continua a essere una donna. Fino ai 35 anni è chiamata donna, dopo i 35 anni si arriva ai 50 anni. Per esempio adesso nessuno mi chiamerebbe mai donna<sup>1</sup>. [...] Ora mi chiamano *mām jī* (signora<sup>2</sup>). Alcuni mi chiamano *mausī* (zia), altri *buddhī* (vecchia), altri *dādī* (nonna)<sup>3</sup>.

Come altre ricerche hanno evidenziato (es. Menon 2013), al contrario di quella di un uomo, il corso della vita di una donna è frammentato da vari cambiamenti sociali che sono, nella maggior parte dei casi, interpretati come radicati nella 'biologia' (Dube 1988). Queste trasformazioni segnano il processo attraverso il quale le donne sono prodotte come soggetti di genere (*gendered subject*) e il corpo riproduttivo ha solitamente un ruolo predominante nella ginecopoiesi (Forni, Pennacini e Pussetti 2006). Come Lamb (2000) sostiene nel suo libro sull'invecchiamento in un villaggio bengalese, non dovremmo concentrarci solo su un segmento di vita quando vogliamo capire cosa significa essere un uomo o una donna in una

<sup>1</sup> Kamalaben, *hindū devī pujak*, ha circa 65 anni.

<sup>2</sup> L'appellativo *mām jī* andrebbe reso letteralmente andrebbe reso come 'signora madre', dove *jī* è una particella che indica rispetto. Traduco con il solo titolo di 'signora' seguendo l'esempio di Menon (2013:117), che suggerisce che in alcune situazioni il significato principale di *mām* sia 'woman' o 'lady', piuttosto che 'madre'. Questo è vero quando l'appellativo *mām* è adoperato come termine generico di rispetto a una donna, uso che sottolinea il riguardo al ruolo di madre e l'importanza della riproduzione nella vita femminile.

<sup>3</sup> "K: *Yah baccī hai choṭī jab yah 14 sāl kī hogī phir kiśorī boleṅge, [...] uske śarīr kī ākār hotā hai phir use Mc ātī āī, aur barī jab hotī hai bolte haiṁ ab iskī śādī karnī cāhie, 20 sāl kī ho jātī hai matlab vah ab sasurāl jāne ke lie ho jātī hai. [...] L: Śādī ke bād kyā phark partā hai? K: Śādī ke bād aurat bolte haiṁ. L: Aur uske bād? K: Aurat hī caltī hai 35 sāl tak aurat boltī hai, 35 sāl ke bād ab 50 sāl ho gāī jaise meri ab mujhe koī aurat nahīṁ boleḡā. [...] Ab mere ko mām ji boleḡā. Mausī boleḡā koī buddhi boleḡā. Koī dādī boleḡā*" (Kamalaben, 12 maggio 2018).

data società, poiché l'identità di genere non è essenziale e fissa.

I cambiamenti sono segnati dall'atto performativo del nominare (Polit 2006), da un cambiamento nelle pratiche corporali, ma soprattutto da un mutamento dei doveri e delle responsabilità. Come ha riscontrato anche Menon (2013) nella sua ricerca sulla vita delle donne in una città dell'Orissa, il benessere, l'etica della domesticità e la variazione delle responsabilità sembrano essere le variabili più salienti, poiché spesso accompagnano la transizione da un ruolo familiare a un altro. I cambiamenti di ruolo sono una parte significativa dell'idioma usato dalle donne per discutere del corso della propria vita: *“furthermore, to the Odia Hindu woman, changes in roles and responsibilities both require and imply internal psychological transformations; as children grow and as people mature, intellectual development (baudhika vritti) occurs and knowledge of life and this world increases (samsariko gyano badhuchi), enabling an adequate performance of duties and a proper fulfilment of responsibilities. However, they rarely mention physical transformations per se, such as the development of motor skills in an infant or pubertal changes or menopause. In fact, they do not name such physical transformations as defining significant life course phases or events”* (2013: 105).

Al contrario di quanto affermato da Menon (2013), nella presente sezione evidenzio come le donne che ho incontrato a Bhuj legavano i cambiamenti di ruolo a un particolare mutamento del corpo riproduttivo. Questo rapporto è caratteristico della produzione culturale del genere femminile, dove lo sviluppo e la trasformazione del corpo sono fattori determinanti nell'evidenziare il passaggio da uno stato all'altro (Mead 1975), mentre lo stesso non accade nella produzione dell'uomo come soggetto di genere.

### ***Da bambina a ragazza: il menarca***

La vita di ogni essere umano si apre con l'infanzia che, secondo le donne che ho incontrato, è un momento generalmente felice e spensierato poiché privo di responsabilità e doveri. In questo primo periodo, il genere è riconosciuto e segnato alla nascita, per esempio attraverso l'imposizione di un nome, ma nella prima infanzia non è importante (Polit 2006). A livello di denominazione, se il termine *hindī* per definire una bambina è *baccī*, non è raro che sia utilizzato il suo corrispondente maschile *baccā*<sup>4</sup> per chiamare sia i maschi sia le femmine<sup>5</sup>. Inoltre, il termine *baccā* definisce in egual modo il bambino nella fase prenatale, senza

<sup>4</sup> Definito nell'Oxford Hindi-English Dictionary (McGregor 1997) come *'a child, a boy, an infant'*. A volte è usato dalle madri per chiamare il proprio figlio maschio anche in età adulta.

<sup>5</sup> Polit (2006) riporta una pratica simile tra i Chamoli in Garhwal.

distinzione di sesso.

Sesso e genere giocano comunque un ruolo cruciale nell'educazione dei bambini: dal momento del concepimento, ma soprattutto dopo la nascita, i bambini sono trattati come persone di genere (*gendered person*), anche se non allo stesso modo di una persona adulta. I bambini non sono considerati come esseri sessuali (*sexual being*), né si prevede che agiscano allo stesso modo di una persona adulta dello stesso sesso (Polit 2006). Tuttavia, ci si aspetta che agiscano secondo regole di genere che evolvono lentamente nel tempo durante l'infanzia.

Nel corso della ricerca ho potuto osservare che durante la prima infanzia la ricerca, i corpi dei bambini erano visti come parte del corpo della madre (Polit 2006, Menon 2013). Nei primi anni di vita il neonato si trova fisicamente a stretto contatto con la madre durante tutto il giorno e la notte, favorendo la costruzione di una continuità tra i due corpi, che si sviluppa senza interruzioni dai mesi della gravidanza fino oltre i cinque anni. Questa vicinanza permette alla madre di continuare a esercitare il proprio potere di modellamento sul corpo e il carattere dei figli, concezione trattata nel prossimo capitolo. Inoltre, le mie interlocutrici consideravano i corpi e le identità dei bambini come altamente porosi e plastici: in confronto a quello degli adulti, durante l'infanzia il corpo è *kaccā*, ovvero non solido o, letteralmente, crudo. Crescendo, l'organismo diventa *pakkā*, sempre più 'cotto', solido (Bindi 2015, Polit 2006), attraverso un percorso che si differenzia secondo il genere. In particolare, al contrario degli uomini, il corpo femminile è considerato svilupparsi in un'alternanza di fasi *kaccā* (immaturo) e *pakkā* (maturo).

L'im maturità (*kaccā*) del corpo rende i bambini facilmente contaminabili da diversi tipi d'influenza, anche soprannaturale come il malocchio (*najar*). Per questo motivo, durante l'infanzia i più piccoli sono protetti dagli influssi esterni attraverso diverse pratiche corporee come l'alterazione dei tratti del viso con l'applicazione del *kājal*<sup>6</sup>. Nonostante questa fragilità, i bambini svolgono un ruolo cruciale nella vita religiosa e sociale degli adulti. Partecipano a molti eventi sociali e rituali e sono ammessi nelle sfere degli uomini e delle donne, purché i rituali o i luoghi non siano considerati pericolosi (Polit 2006). Per esempio, nell'hindūismo, fino alla pubertà le bambine sono ritenute una manifestazione della Dea (*Devī*) (Dube 1988). Il loro stato di purezza (*śuddh*) e di buon augurio (*śubh*) le rende le protagoniste di molti riti<sup>7</sup>,

---

<sup>6</sup> Cosmetico di colore nero usato solitamente per gli occhi.

<sup>7</sup> "In the marriage ceremony of certain brahmin groups and a few other communities in Karnataka a little girl carries a pot of auspicious water decorated with betel or mango leaves on her head and walks in front of the bride. She is believed to ward off evil. In fact, a little girl carrying a pot of water decorated with leaves and often covered with a coconut is a necessary feature of marriage ceremony and other rituals among many caste groups in south India and Maharashtra. Among the brahmins of Andhra Pradesh such a girl has to accompany the



come la *Kanyā*<sup>8</sup> *pūjā*, dove nove bambine sono nutrite e venerate da ogni famiglia *hindū*.

Come mi hanno specificato alcune donne incontrate, oltre ad avere un corpo immaturo (*kaccā*), le bambine hanno un ‘utero’ del sangue (*khūn kī kothrī*) secco (*sūkhā*): il menarca segna il momento in cui il sangue irrorava questo ricettacolo attivandolo. La condizione di secchezza rende il corpo di una bambina simile a quello dei maschi. In effetti, prima della pubertà, a livello corporeo, non vi sono grandi differenze nelle pratiche di un bambino e di una bambina. In quest’età non s’impone lo stesso pudore nel mostrare il corpo nudo, come è invece imposto dopo la pubertà. I bambini possono giocare insieme e toccarsi i corpi a vicenda. In questo primo periodo c’è molta fluidità tra i due generi: durante la ricerca non era raro ascoltare i racconti di madri o sorelle che avevano travestito il proprio figlio o fratello da bambina. Inoltre, ad eccezione delle giornate di festa, nei primi anni di vita non c’è una grande distinzione a livello di abbigliamento tra i due generi. Inoltre, in alcune *jāti hindū* vige ancora la pratica di aspettare che un figlio abbia tre o cinque anni prima di tagliargli per la prima volta i capelli e di offrirli ad *Āśāpurā*, la divinità femminile più potente della regione del Kacch. D’altra parte, non è raro che una bambina tenga i capelli corti fino agli otto o nove anni. L’infanzia è un momento decisivo per lo sviluppo della performatività di genere. I bambini apprendono i comportamenti appropriati attraverso la pratica e la mimesi, attraverso il gioco e la trasgressione dei confini (Polit 2006), ma fino alla pubertà le bambine non sono obbligate a seguire le stesse norme di genere che il loro sesso impone loro.

Secondo le narrazioni raccolte è l’evento del menarca che segna un confine di passaggio che s’iscrive nel corpo femminile e che influenza il suo ruolo sociale e la sua identità. Da questo momento, il termine bambina (*baccī*) non è più appropriato, e si preferisce usare *kiśorī* o *larḱī* in *hindī* o *chōkrī* in *gujarātī* e *kacchī*, ovvero ragazza. Il cambiamento di denominazione avvia un processo di trasformazione che è considerato incarnarsi nei cambiamenti del corpo. Il potere simbolico del nome governa la formazione di una femminilità corporea che non si approssima mai completamente alla norma. La femminilità non è il prodotto di una scelta, ma la citazione forzata di una norma, la cui complessa storicità è indissociabile dai rapporti di disciplina, regolazione, punizione (Butler 1996). Tuttavia, il cambiamento non avviene solo attraverso l’atto performativo della denominazione, ma anche attraverso un cambiamento delle pratiche che riguardano il corpo della ragazza in termini di abbigliamento, doveri, restrizioni e libertà di movimento, parola e così via. La pratica e l’atto

---

*bride- groom. In Maharashtra, when Maratha bridegroom is going in a procession to the wedding pandal, a little girl sits behind him on horseback and carries a small pot of water on her head*” (Dube 1988: 13).

<sup>8</sup> *Kanyā*, di origine sanscrita, è il nome che definisce le ragazze prepuberi in alcune cerimonie.

linguistico non possono essere separati ed è impossibile affermare che uno si verifica prima dell'altro (Polit 2006).

Durante la pubertà, le ragazze iniziano a portare una *dupaṭṭā* (sciarpina) per coprirsi il petto e a volte la testa, iniziano a rispettare le norme e le restrizioni imposte nel periodo del ciclo mestruale, trattate nella prossima sezione, come quelle legate all'alimentazione. Se il corpo delle bambine è relativamente più freddo (*thaṇḍā*) e non dissimile a quello dei coetanei maschi, il menarca porta ad un aumento del sangue nel corpo e di conseguenza a un riscaldamento (*garmī*). Soprattutto in un primo periodo si ritiene necessario seguire una dieta che eviti gli alimenti più caldi (*garam*) come la carne, l'anguria (*tarbūj*) e i cibi troppo piccanti.

Con il menarca e i cambiamenti corporei della pubertà, le ragazze iniziano a essere considerate come esseri sessuali (*sexual being*). L'inizio del ciclo mestruale segna una fase critica della vita femminile: il corpo ha acquisito la capacità di riprodursi, ma non ha l'autorità per farlo. Tra la pubertà e il matrimonio la vulnerabilità di una ragazza è al suo apice<sup>9</sup> ed altrettanto è il suo stato d'impurità (*aśuddh*) (Eichinger Ferro-Luzzi 1974). Durante uno degli incontri, Kamalaben, una nonna *devī pujak hindū*, mi ha raccontato della tristezza che si prova nel momento del menarca di una ragazzina:

K: Perché nel nostro paese succede che al primo ciclo (*pahlā mc*) le donne (*aurat*) piangono tanto.

L: Perché fa male?

K: No, il dolore non centra, ma il ciclo. Al primo ciclo ci si sente un po' tristi. [...] Quando viene il primo giorno [di ciclo] ci sembra che la bimba (*baccī*) sia ancora piccola, ha 13, 14 anni. Alle bimbe di 13-14 anni viene il primo ciclo e a noi fa tanto male (*duḥkh*), perché la nostra ragazza (*larḳī*) è ormai diventata grande, starà ancora cinque anni con noi e poi se ne andrà, per questo piangiamo<sup>10</sup>.

Nel brano, Kamalaben ha evidenziato un'età precisa per il menarca, che si pone verso i tredici, quattordici anni. Tuttavia, secondo le donne che ho incontrato il cambiamento di stato non si basa sull'età anagrafica, ma sulle relazioni sociali e le capacità corporee delle persone (Polit 2006). D'altra parte, considerando che ogni figlia eredita le qualità del sangue mestruale dalla propria madre, di conseguenza è portata a svilupparsi alla stessa età della madre.

Il menarca manifesta il potenziale riproduttivo femminile, un potenziale che è

<sup>9</sup> In Garhwal, questo periodo coincide con un alto tasso di possessioni. Si vedano Bindi (2015) e Polit (2006).

<sup>10</sup> "K: *Kyomki hamāre deś meṃ aisā hotā hai MC ke pahale aurat bahut roṭī hai*. L: *Kyom bahut dard hotā hai?* K: *Na, dard ke ūpar nahīm hai, vah mc ke ūpar hai to mc ke pahale thoṛā sā udās lagtā hai*. [...] *Pahale din ātā hai na to hamem bhī lagtā hai baccī choṭī hai 13 sāl 14 sāl kī hai, 13-14 sāl kī baccī ko pahale ātī hai mc, pahalā mc ātā hai hamem bahut dukh lagtā hai, lagtā hai hamārī larḳī ab baṛī ho gāī hai 5 sāl hamāre pās rahegī phir cale jāegī islie ronā ātā hai*" (Kamalaben, 12 maggio 2018).

necessario contenere attraverso il matrimonio. In ambiente hindūista, le ragazze sono considerate perdere il loro stato di purezza (*śuddh*) e di buon augurio (*śubh*) e non sono più venerate come manifestazione della Dea (*Devī*). Lo status privilegiato di una bambina nella fase pre-puberale contrasta nettamente con lo stato post-puberale, segnato da limitazioni e responsabilità (Dube 1988). Uno status fausto (*śubh*) potrà essere parzialmente recuperato solo dopo il matrimonio e la nascita dei figli, e potrà durare solo fino alla morte del marito, quando lo stato di vedovanza annullerà i precedenti privilegi<sup>11</sup>.

Amira Parvez Khatri, musulmana, era sposata con il proprio cugino e dopo cinque anni d'infertilità è diventata madre di due figlie e un figlio. Durante uno dei nostri incontri a casa sua, mi ha raccontato i cambiamenti che avvengono dopo il menarca:

A: Pian pianino cambia tutto. Prima non hai neanche il seno (*chest*), poi piano piano inizia a ingrossarsi. Non so cosa succede al corpo delle ragazze grandi (*barī larķī*), quello che so è che lo sviluppo è spontaneo. Quando viene il ciclo (*MC*), la tua natura (*nature*) diventa un poco più saggia (*wise*), viene un po' di maturità (*maturity*). Diventi un po' matura e nel corpo ci sono questi cambiamenti.

L: Che cambiamenti devono avvenire per far arrivare il primo ciclo mestruale?

A: Il ciclo inizia spontaneamente (*apne āp*). Non dobbiamo fare nessun cambiamento, [...] il ciclo verrà naturalmente (*naturally*), spontaneamente, la prima volta<sup>12</sup>.

In molte lingue indiane le mestruazioni sono paragonate al processo di fioritura e maturazione (Dube 1988). A Bhuj, tra le donne con cui ho parlato, prevalevano espressioni come 'il suo corpo è pieno', 'è maturo (*pakkā*)', 'prende forma (*ākār*)'. Il corpo perde la secchezza (*sūkhā*) e la temporalità lineare per entrare in un'alternanza circolare di stati di purezza (*śuddh*) e impurità (*aśuddh*). Come ha evidenziato Amira, il mutamento fisico si rispecchia in una maturazione identitaria e psicologia che avviene spontaneamente. Non sono le esperienze individuali e singolari che favoriscono la crescita psicologica di una donna, ma sono le trasformazioni delle capacità e potenzialità corporee che definiscono a livello sociale e collettivo la maturità di una persona, ovvero a che punto si trova del percorso riproduttivo prestabilito.

<sup>11</sup> Sulle condizioni delle vedove in India, si veda come esempio Piretti (1994).

<sup>12</sup> "A: *Dhīre dhīre sab changes hotā hai. Vah chest bhī pahale nahīm hotā phir dhīre dhīre ubharne lagtā hai. Bāki larķe ke śarīr meṃ kyā hotā hai ye mujhe nahīm patā bāki yah to apne par se nikalī hai cīz to ye patā caltā hai. Aur mc kā hotā hai to thoṛā aur nature wise bhī thoṛī maturity bhī ātī hai. Thoṛā mature bhī ho jātā hai. Aur body meṃ yah phark ātā hai. L: Kab pahalā mc hotā matlab kaunsā changes cāhie mc cālū karne ke lie? A: Vah to apne āp hī cālū ho jātā hai mc kā. Matlab aisā nahīm kī hamem kuch changes karnā hogā [...] vah naturally hī apne āp hotā hai first time*" (Amira, 17 marzo 2018)

In molte parti dell'India<sup>13</sup> questo cambiamento di stato è espresso attraverso rituali e cerimonie. Al contrario, le narrazioni raccolte evidenziano che il menarca è subito segnato dalla vergogna (*śaram*) e dalla segretezza che segna i cicli successivi. Quasi tutte le donne che ho incontrato non conoscevano l'esistenza del ciclo mestruale prima del menarca e si erano spaventate quando hanno visto uscire del sangue in una parte così intima e di per sé vergognosa (*śaram*). Amira, per esempio, pensava di essere malata e che sarebbe morta dissanguata. Nilam Goswami, *hindū* di casta *brāhmaṇa*, invece, era a scuola quando una sua amica le ha detto che aveva una macchia rossa sulla *kurtā*<sup>14</sup> bianca. Di fronte all'imbarazzo di questa scoperta, molte ragazze non sapevano a chi rivolgersi, dato che le madri non erano solite parlare di questioni legate alla riproduzione alle proprie figlie. Le interlocutrici preferite a cui chiedere aiuto erano invece le cugine, le zie materne o le sorelle maggiori (Fruzzetti 1982, Jacobson 1977, du Toit 1990).

Gli unici racconti che si discostano da questa norma, provenivano dalle donne e ragazze più giovani che andavano o erano andate a scuola, dove sono organizzate delle lezioni informative per le ragazze sulla questione delle mestruazioni e degli assorbenti. Per esempio, la nipote quindicenne della *dāī māṃ* musulmana Karima Jāṭ era stata condotta al cinema, insieme alle altre ragazze della sua classe, a vedere *Pad man*<sup>15</sup>: adattamento cinematografico in stile *bollywood* della vita di Arunachalam Muruganatham, l'uomo che inventò una macchina per fabbricare assorbenti economici e biodegradabili. Inoltre, da due anni l'ONG *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS<sup>16</sup>) proponeva alle scuole primarie e secondarie<sup>17</sup> una serie di sette incontri per favorire l'uguaglianza di genere (Figura 1). Tra questi incontri, uno si focalizzava sull'anatomia e i cambiamenti che avvengono nella pubertà, con lo scopo d'informare le ragazze di cosa succede nel loro corpo o in quello dei maschi. Questa lezione, ad eccezione delle altre, era condotta separando i maschi dalle femmine e si organizzava attorno delle attività ludico-educative. Uno dei riferimenti del corso è il fumetto *Menstrupedia comic: the friendly guide to periods for girls* (Gupta e Paul 2016) (Figura 2), creato in

<sup>13</sup> Per esempio in Garhwal (Capila 2004), in Maharashtra, nell'India del Sud (Dube 1988) e in Orissa (Apffel-Marglin 1994).

<sup>14</sup> La *kurtā* è una lunga camicia indossata sia dalle donne che dagli uomini; insieme a un paio di pantaloni larghi (*salvār*) e una sciarpa (*dupattā*) può comporre la divisa scolastica femminile.

<sup>15</sup> Film uscito nel 2018, diretto e scritto da R. Balki.

<sup>16</sup> “*Kutch Mahila Vikas Sangathan (KMVS) was founded in 1989 with the objective of organizing rural women of Kutch to facilitate their empowerment. The overarching mission of KMVS has been the empowerment of rural women; And foster their leadership – economic, political, social and cultural – through conscious-raising, organization and their mobilization into local collectives, capable of independently addressing gender inequities in their region*” (<https://kmvs.org.in/genesis/> consultato il 29 aprile 2019).

<sup>17</sup> In India l'educazione è divisa tra *Primary* (da *1st standard* a *8th standard*) e *Secondary* (da *9th standard* a *12th standard*). Si accede al primo anno di scuola primaria a sei anni e si passa all'educazione secondaria a 14 anni.

collaborazione con la marca di assorbenti Whisper<sup>18</sup> e disponibile in inglese, *hindī* e altre lingue regionali, come il *gujarātī*.

La diffusione da parte delle scuole, le ONG e alcune riviste locali di un sapere di stampo bio-medico sull'igiene intima durante la fase mestruale non ha portato a un cambiamento delle pratiche, come quelle alimentari. Al contrario, la maggior parte delle donne si lamentava dell'effetto che il nuovo cibo 'non igienico' e 'moderno'<sup>19</sup> ha sul corpo delle ragazze. La frequente ingestione di pizza, *noodles*, *manchurian*, pasta, patatine fritte favorisce un prematuro sviluppo corporeo, anticipando l'età del menarca. In effetti, questi alimenti sono considerati possedere molto calore (*garam*) e un riscaldamento del corpo in fase prepuberale stimola la produzione del sangue mestruale. Questo processo è assecondato anche dalla visione di film o programmi 'moderni' che mostrano contenuti a sfondo sessuale<sup>20</sup>. In particolare, durante un incontro Daya Sompura, *hindū brāhmaṇa* che lavorava come estetista, dà una lettura scientifica a questo fenomeno:

D: In Kacch, a una bambina di dieci, undici anni viene già il ciclo (*māsik*). Ne ho parlato alla ginecologa [...] che ha detto che è un effetto ormonale (*hormonal*), le ragazze si squilibrano (*imbalance*) facilmente. Ora sono arrivate le TV e le *mall* e anche il cibo poco salutare (*unhygienic*). Perché in TV mostrano delle scese a sfondo sessuale e questo ha un effetto ormonale. Causa un cambiamento. In più anche il cibo e il bere sono diventati poco salutari, ovvero si mangiano pizza e *burger*. Le sostanze che mettono dentro il *junk food* preparato fuori casa, crea dei disturbi. [...] Il cibo, le serie tv, le canzoni e tutto il resto hanno un grande effetto su di noi e i nostri ormoni. E c'è una vita stressata. Si è diventati emotivi su tutte le cose, c'è così tanto stress che bisogna correre per fare le cose e così cresce lo squilibrio (*imbalance*).

L: Per questo motivo il ciclo viene così presto? [...]

D: Lo squilibrio fa arrivare presto il ciclo e non lo fa smettere presto, poi nel corpo succede sempre qualche problema, come l'acidità<sup>21</sup>.

<sup>18</sup> Whisper è il nome con il quale la marca Always vende prodotti per l'igiene femminile, prodotti da Procter & Gamble. Introdotta per la prima volta negli Stati Uniti nel 1984, si apre velocemente a livello internazionale in Europa, Africa, Asia e Oceania. In Italia è venduta sotto il nome di Lines.

<sup>19</sup> Entrambi i termini sono utilizzati dalle donne, in inglese.

<sup>20</sup> Nel cinema indiano sono evitate scene che ritraggono situazioni intime tra un uomo e una donna e solo ultimamente s'iniziano a inserire scene dove i protagonisti si baciano.

<sup>21</sup> D: *Kacch meṃ 10-11 sāl kī larḳiyāṃ māsik meṃ ho jātī haiṃ. Maine gynecologist se bāt ki mere pās āte haiṃ na, [...] vah gynecologist yah bolte haiṃ ki hormonal prabhāv hote haiṃ na vah jaldī imbalance ho jātā hai abhī tv meṃ māhaul aisā ho gāyā hai phir unhygienic food ho gāyā hai. Kyomki tv meṃ scene scenery aisā ātā hai. Vah sexual sab ātā hai na uskī vajah se hormonal prabhāv partā hai. Use change ho jātā hai aur khāne pīnā bhī hamārā unhygienic ho gāyā hai. Unhygienic matlab vah pizza burger vah khāte haiṃ na. Bāhar kā junk food khāte haiṃ na usmeṃ jo material dālte haiṃ vah disturb to kartā hī hai na. [...] Khāne se, tv serial, gānā banā insab kā prabhāv hamāre hormones pe bahut partā hai. Aur stressful life ho gāī hai. Har ek cīz meṃ hūṃ*

L'affermazione di Daya è sostenuta dall'autorità scientifica della ginecologa, che le permette di ancorare nel piano biologico sia un presunto squilibrio ormonale, sia problemi di ordine sociale e culturale. Tuttavia, la narrazione si allinea con il sistema di pensiero presentato anche dalle altre donne. Il corpo delle bambine (*baccī*) è instabile poiché immaturo (*kaccā*) e un'alterazione dell'equilibrio corporeo, per esempio attraverso un eccessivo riscaldamento (*garmī*) può stimolare la produzione del sangue. Come ha evidenziato Daya, un'eccessiva esposizione ad uno stile di vita stressante e non salutare influenza la produzione del sangue sul lungo periodo, ritardando l'arrivo della menopausa.



**Figura 1 (a sinistra)** - Una lezione tenuta in una scuola da KMVS sull'eguaglianza di genere (giugno 2018).  
Foto: L. Gentile.

**Figura 2 (a destra)** - Una pagina di *Menstrupedia comic: the friendly guide to periods for girls*.

### ***Donna e moglie: i rapporti sessuali***

Il matrimonio è un rituale che permette a una ragazza (*larḱī*) di avere accesso al fausto ruolo di moglie (*patnī*) e di entrare nella vita adulta come donna (*aurat*). A Bhuj, la maggior parte dei matrimoni è combinato (*arranged marriage*) dalle famiglie seguendo le regole sociali e castali, anche se il matrimonio d'amore (*love marriage*) si sta diffondendo sempre di più nelle famiglie più agiate e di classe alta e tra quelle più povere e di casta bassa. Molti sono

---

*emotional ho gāe haiṃ, itnā stress lete haiṃ bhāg dauṛ yah karnā hai vah karnā hai to phir yah jo imbalance bigarte haiṃ L: Yah jo hai māsik jaldī ātā hai? [...] D: Imbalance dekho māsik jaldī ātā hai, jaldī se bāṃdh nahīṃ hotā hai phir śarīr meṃ kuch na kuch hotā rahatā hai jaise acidity hai*" (Daya, 1 settembre 2017).

gli studi che si sono interessati al matrimonio come rituale, come rito di passaggio e alla costruzione sociale e culturale del ruolo della moglie<sup>22</sup>. Tuttavia, in questa sezione, mi limito a considerare questo periodo dal punto di vista dei cambiamenti che avvengono al corpo riproduttivo, ovvero l'inizio di una vita sessuale attiva.

Tutte le donne con cui ho parlato erano arrivate vergini al matrimonio e nessuna aveva nozioni precise di cosa fosse un rapporto sessuale. Al contrario, era possibile che gli uomini arrivassero al matrimonio con qualche esperienza, che permetteva loro di guidare la moglie nei primi rapporti. D'altra parte, come più volte specificato dalle donne, il sesso è un affare degli maschile: una delle metafore usate definisce l'atto sessuale come lavoro dell'uomo (*ādmī kā kām*). Nei discorsi si utilizzavano anche diversi eufemismi in *hindī* che permettevano di evocare l'atto sessuale semplicemente accennando a una vicinanza al marito (*sāth me rahnā*, stare insieme) o evocando l'azione del dormire (*sāth me sonā*, dormire insieme). Un altro verbo era *sambandh karnā*, ovvero 'to join, to connect' o *sambandh rakhnā*, 'to be connected, to have to do (with), to be in contact (with)' (McGregor 1997: 967), lessico che richiama un congiungimento immateriale e ideale che non s'incarna in un'azione corporea precisa.

Soraya, diciannove anni, si è sposata nel febbraio 2018 in un matrimonio collettivo (*samo*<sup>23</sup> *shādī*), pochi mesi prima che la incontrassi. Musulmana, si è sposata per amore con un giovane di ventiquattro anni che faceva l'infermiere all'ospedale pubblico e che ha conosciuto mentre era lì in degenza. Lui l'aveva corteggiata per mesi, finché le famiglie non si sono incontrate per organizzare l'unione e la dote. Dopo il matrimonio, la coppia è andata a vivere con la famiglia del marito (*sasurāl*), ma dopo numerosi litigi legati al fatto che usavano dei contraccettivi, Soraya e il marito si sono trasferiti a vivere da soli. Durante uno dei nostri incontri, sole nella nuova casa in affitto nello *slum* di *Ramnagari*, Soraya mi ha raccontato della scoperta del sesso dopo il matrimonio:

L: Chi ti ha parlato del sesso (*sex*)?

S: Nessuno me ne ha mai parlato, ma il primo giorno ero molto agitata (*ghabrānā*) perché [mio marito] mi ha detto di togliermi i vestiti. Io non li ho tolti ma me li ha tolti lui. Io non sapevo come dentro... cosa bisognava fare. [...] Mio marito lo aveva già fatto con due o tre ragazze, lo aveva già fatto con la sua ragazza (*girlfriend*) per questo lui sapeva ed io no. [...]

L: Com'è stata la prima volta dopo il matrimonio?

<sup>22</sup> Si vedano come esempio Donner (2008), Jamison (1996), Kapadia (1966), Leslie (1989), Sorrentino-Holden (2002), Twamley (2014), Shah (2012).

<sup>23</sup> Trascrizione ipotetica.

S: La prima volta, quella che si chiama la *yoni mārg* (vagina) è così piccola, così quando si infila con un po' di violenza, allora l'apertura si apre.

L: Ha fatto male?

S: Ha fatto molto male, il primo giorno ha fatto molto male [...] è uscito anche sangue. [...] Il giorno dopo [...] è arrivata a girarmi la testa e gli ho detto di perdonarmi. [...] A me non piace, questa è la cosa più sbagliata (*kharāb*) del corpo. Allora io chiedo al divino *Allāh*, perché ci ha dato questo? Se ce l'ha dato per fare i bambini allora va bene, ma allora non bisogna farlo per altro. [...]

L: Non ti piace allora?

S: No, non mi piace. [...] Non mi piace il sesso (*sex*), ma piace molto a mio marito, per questo faccio sesso, ma a me non piace.

L: Ti fa male?

S: Sì, fa molto male alla pancia. [...] Io non faccio niente, rimango distesa immobile perché non mi piace tutto questo. A me piace tenersi per mano, abbracciarsi. [...] Per me questo è l'amore (*prem*), per lui l'amore è il sesso (*sex*)<sup>24</sup>.

Sempre più diffuso tra le donne è il termine inglese *sex*, che grazie al suo esoticismo permette di definire senza vergogna l'atto sessuale. Qui Soraya lo contrappone all'amore (*pyār* o *prem*) inteso in senso romantico e platonico, sentimento che si sta sempre più diffondendo tra i giovani attraverso i film *bollywood* e che in parte si manifesta nell'aumento dei matrimoni d'amore. La vergogna (*śarm*) che circonda la sfera sessuale rende difficile per una ragazza avere accesso a delle informazioni sul sesso e per questo motivo tutte le donne che ho incontrato affermavano di essere state impreparate a quello che le era accaduto la prima notte di nozze. Questa prima esperienza negativa non facilita una relazione positiva con la propria sessualità, la quale non è considerata come un bisogno femminile, ma solo maschile. Sempre secondo Soraya, da quando lo sperma si forma nel corpo verso i quindici

<sup>24</sup> “L: *Āpko kisne batāyā sex kaise karnā hai?* S: *Mujhe kisī ne nahīm batāyā lekin maiṃ pahale din ghabrā gāī thī, mujhe bolā kapṛe utār do maiṃne nahīm utārā lekin usne khud kapṛe utār diye. Mujhe patā nahīm thā kaise andar kyā karnā hai. [...]* Mere husband ne to pahale 2,3 larḳiyom ke sāth kiyā thā. Usne apnī girlfriend ke sāth kar cūkā hai islie use patā hai mujhe nahīm patā thā. [...] L: *Śādī ke bād pahalī bār kaise huā?* S: *Pahali bār to jise yoni mārg kahate haiṃ vah choṭa hotā hai itnā, to phir jab thorā sā jor se dālte haiṃ to muṃh khul jātā hai. L: Lekin dard huā?* S: *Dard to bahut huā thā tabhī pahale din to bahut dard huā thā. [...]* Khūn bhī nikaltā thā, [...]. *Dūsre din [...]* itnī vah ho gāī thī mujhe cakkār ā rahe the maine bolā mujhe bakhś de [...] mere lie to acchā nahīm hai, śarīr meṃ sabse kharāb yahī hai, maiṃ to bhagvan, Allāh se kahaṭī hūṃ yah diyā hī kyom agar bacce ke lie diyā hai to acchā hai varnā dūsre ke lie nahīm use karnā cāhie. [...] L: *To āpko pasand hai?* S: *Nahīm vaise to mujhe nahīm pasand hai. [...]* Mujhe aise acchā nahīm lagtā hai sex, mere ādmī ko bahut acchā lagtā hai uske lie maiṃ sex karne detī hūṃ varnā mujhe acchā nahīm lagtā hai. L: *Vah dard hotā āī?* S: *Hām dard bahut hotā hai peṭ meṃ. [...]* Maiṃ to kuch kartī hī nahīm maiṃ to ārām se soṭī rahaṭī hūṃ kyomki mujhe acchā nahīm lagtā hai ye sab. Mujhe ye acchā lagtā hai hāth milāo gale milo. [...] Maiṃ isko prem māntī hūṃ aur vah sex ko pyār mānte haiṃ” (Soraya, 27 giugno 2018).



anni, l'uomo ha bisogno di una donna per poter evitare un eccessivo accumulo di questa sostanza che potrebbe danneggiarlo. Le donne non hanno il medesimo desiderio perché non hanno una necessità fisica che le spinge.

Dal racconto di Soraya si nota anche un'altra caratteristica che è stata evidenziata da altre donne: la passività femminile durante l'atto. Solitamente è l'uomo che manifesta il desiderio per un rapporto sessuale ed è sempre lui che gestisce la situazione. L'ormai vedova *dāī māṃ* Hazima mi raccontava di quanto il suo consorte fosse stato un buon marito: chiedeva di avere un solo rapporto sessuale al mese e l'avvisava sempre con un giorno in anticipo. D'altra parte, tutte le donne evidenziano la necessità dei rapporti sessuali per rimanere incinte e in caso di ritardo nel concepimento potevano essere loro stesse a richiedere al marito di unirsi nei giorni fertili.

La narrazione di Soraya porta alla luce un discorso costruito socialmente e culturalmente che vede una passività femminile nelle questioni sessuali. Seppur questa concezione sia emersa anche in altre narrazioni, è importante non generalizzarla. Considerata la difficoltà a parlare di sessualità, è possibile che alcune donne non si siano sentite di condividere con me le esperienze della propria vita intima e sessuale, preferendo attenersi al discorso imposto socialmente e culturalmente. In contrapposizione a questa rappresentazione, infatti, le narrazioni di Nilam Goswami (*hindū*), Priya Chako (cattolica) e Kamla (*hindū*) dimostrano una forte *agency* e intraprendenza nei rapporti sessuali. Tutte e tre le donne provengono da una classe sociale medio-alta e hanno una grande familiarità con la lingua inglese che le permette di avere accesso, per esempio via internet, a contenuti d'influenza 'occidentale, moderna'<sup>25</sup>. Solo loro mi hanno parlato di soddisfazione femminile e dell'effetto che il sesso ha sul corpo della donna:

N: Dopo uno o due anni di matrimonio (*marriage*), finché non ci sono i bambini, è molto facile essere soddisfatte (*satisfied*). Dopo l'arrivo dei bambini diventiamo molto più brevi (*concise*), se si svegliasse [il bambino]? Se vedesse? Tutto diventa più svelto. L'eccitazione passa in secondo piano e vengono degli sfoghi cutanei (*rashes*), così tanti che non si riesce ad andare in bagno da quanto brucia. Quando non sono soddisfatta, mi succede che tutta la parte inferiore della pancia (*lower belly*) diventa pesante (*heavy*). Solo se non sono soddisfatta. Ho una zia che non vive qui, ma in UK. Passavo tutto il giorno a dormire e mi ha chiesto cos'era successo. [Le ho detto che] la pancia era pesante. Lei disse che finché non sarei stata soddisfatta sarebbe rimasta pesante. Disse che anche noi [donne] abbiamo una fuoriuscita (*discharge*) dalle tube

---

<sup>25</sup> Sulla sessualità della classe media in India si veda Puri (1999) e Twamley (2014).

(*tube*), anche noi abbiamo una secrezione (*watering*), ci bagniamo (*moisten*), succede. Se [questo liquido] sta bloccato (*constrain*) per troppo tempo, non si è soddisfatte velocemente quindi si è così appesantite e poi si dorme.

L: Se per troppo tempo non puoi fare niente, allora ci può essere qualche problema?

N: Jayesh<sup>26</sup> è via, siamo sposati da 18 anni, quindi non lo facciamo tutti i giorni. Da giovane lo fai più spesso, fa un po' di differenza e poi io non ho scelta.

L: Ci si può ammalare?

N: No, non ci si ammala, ma non si è mentalmente soddisfatti, si rimane irritate (*chirchirahaṭ*), quindi significa *we can not feel happy*. Gli ormoni non escono fuori e sono molto irritata. Dopo la partenza di Jayesh sono molto irritata, a quel tempo [quando lui è qui] sono molto tranquilla (*śānt*) anche se mi sento appesantita. Tutti dicono che ci si sente appesantiti perché non riceviamo il tocco maschile (*male touch*). Mia suocera è molto sfrontata (*bold*) e mi parla di tutto. Le ho detto [...] che avevo dei dolori e lei ha risposto di divertirci (*enjoy*) e di lasciare andare la tensione (*tension*). [...] Poi ci ha fatto cambiare posizione (*position*), è stata lei a dircelo. [...] Mia suocera è molto sfacciata, mentre noi ci vergogniamo (*śarm*). Lei disse che in questo modo dura di più (*long lasting*) e che riuscirò anche ad avere piacere (*enjoy*). Bisogna essere soddisfatte<sup>27</sup>.

Anche nel racconto di Nilam Goswami, *hindū* madre di due figli, si nota un'insoddisfazione nei confronti dei rapporti sessuali, ma si apre la possibilità alla donna di essere attiva e di ricercare il proprio piacere sessuale. La descrizione fisiologica della

<sup>26</sup> Jayesh è il marito che da tre anni vive negli Emirati Arabi come autista privato e può passare a trovarla ogni due anni.

<sup>27</sup> “N: Marriage ke ek sāl do sāl jab tak baby nahīm hotā tab tak bahut easily ham satisfy ho jāte haiṃ. Baby ā jātā hai uske bad ham bahut concise ho jāte haiṃ uṭh jāegā to, dekhlegā to ye sab to sab jaldī jaldī meṃ ho jātā hai. Excitment hotā hai second thing. Rashes ho jāte haiṃ itne sāre rashies phir jalan hotī hai itnā kī washroom meṃ nahīm jā saktī. Maiṃ jab satisfied nahīm hotī kyā hotā hai ki pūrā lower belly heavy lagtā hai. Satisfied nahīm hotī to. Merī ek aunty yahāṃ nahīm rahatī vah UK meṃ rahatī hai. Maiṃ pūrā dīn soṭī rahatī hūṃ to usne bolā kyā huā. Lower belly havey hotā hai. To unhone bolā ki jab tak āp satisfy nahīm hote tab tak āpko heavy rahegā. Vah jāegā to. Unhone kahā āpkā jo tube hotā hai vahāṃ se discharge āp ko bhī honā hai, watering āpko bhī honā hai. Moister honā hai. Vah ho jaegā. To jyādā time inlog pe hī constrain hote haiṃ, jaldī satisfy nahīm hote to itnā heavy hotā hai phir so jāṭī hai. L: Agar jyādā samay ke lie kuch nahīm kar sakte to koī dikkat ho saktā hai? N: Jayesh bāhar hai. Nahīm itnā. 18 years to ho gāyā mere marriage ko to day by day itnā nahīm hotā. Young hote haiṃ to jyādā. Thorā difference ā hī jāṭā hai. Aur mere pās koī option hī nahīm hai. L: Koī diseases ho saktā hai? N: Nahīm diseases nahīm hotā. Lekin ek mentally satisfied nahīm rahatī ek vah chirchirahaṭ rahatī hai. Phir matlab ke we can not feel happy. Vah hormone bāhar nahīm nikal rahe haiṃ na. Chirṭī bahut hūṃ maiṃ. Jayesh ke jāne ke bād chirṭī hūṃ. Us time bahut sāmnt lagtā hai. Even ke yah sārā heavy lagtā hai. Upper kā. Sab aisā kahate haiṃ ki vah male touch hī nahīm miltā isliye sab aisā heavy lagtā hai. Merī sās bahut bold hai. Unhone mujhe sārī cīzeṃ bolī thī. Maine bolā thā [...] mujhe pain ho rahā hai. Vah boltī thī tame loko enjoy karo dūsrā sab chor do tention. [...] Phir hamne position change kar diyā thā. Phir acchā thā. Unhone hī bolā thā. [...] Bahut bold thī merī sās ham log to śarm āṭī hai unhone bolā ki vah long lasting bhī calegā āp enjoy bhī kar pāoge. Satisfaction cāhie” (Nilam, 12 aprile 2018).

produzione di una sorta di sperma femminile permette di giustificare, anche a livello fisico, un bisogno femminile ai rapporti sessuali e alla soddisfazione che è raramente raggiunta. Nella narrazione di Nilam, il corpo di una donna è fatto per essere toccato da un uomo: senza questa manipolazione la carne si appesantisce e ci si sente irritate. Queste sensazioni si evolvono però con l'avanzare dell'età, considerato che un corpo giovane ha più bisogno di essere soddisfatto sessualmente.

Tuttavia, la soddisfazione maschile era al centro dei rapporti sessuali nei racconti di tutte le donne che ho incontrato. In particolare, Priya si definiva un'esperta in questo campo, avendo raccolto negli anni una serie di metodi e tecniche grazie alle sue esperienze personali e alle ricerche su internet. Queste conoscenze le erano necessarie per mantenere acceso un interesse sessuale nel marito che era in questo modo dissuaso dal cercare soddisfazione al di fuori del matrimonio.

### ***Madre: la gravidanza***

L: Quali sono le qualità di una donna?

S: Indossare il *burkā*<sup>28</sup> e leggere il *namāj*<sup>29</sup>.

L: Quali sono le qualità di una moglie?

S: Cucinare e fare tutti i lavori domestici.

L: Quali sono le qualità di una madre?

S: La madre ama.

L: Chi?

S: Tutti.<sup>30</sup>

Scopo del matrimonio è creare una famiglia, ovvero mettere al mondo dei figli. Soraya, musulmana, era sposata da qualche mese, ma insieme al marito ha deciso di aspettare un anno prima di fare figli. L'ho accompagnata in ospedale per abortire dopo che era rimasta incinta a causa della rottura di un preservativo e, non appena Soraya ha spiegato il suo caso, l'infermiera l'ha sgridata: "Perché mai ti sei sposata se non vuoi avere figli?". Attraverso la gravidanza e il

---

<sup>28</sup> Capo d'abbigliamento usato dalle donne. In India è solitamente di colore nero ed ha la forma di una tunica che ricopre interamente la donna dal collo ai piedi, al quale si abbina un velo che copre la testa, lasciando il viso scoperto.

<sup>29</sup> Le cinque preghiere canoniche, ovvero obbligatorie che si compiono nel corso di una giornata. È uno dei cinque pilastri della fede dell'islam.

<sup>30</sup> "L: *Acchī aurat kī gun?* S: *Aise b*

*urkā pahante haiṃ idhar. Namāj parḥte* L: *Acchī patnī kī gun?* S: *Khānā banāte, sab kām kartī hai ghar pe, aisī.* L: *Acchī māṃ kī gun?* S: *Māṃ to pyār kartī hai, aisī* L: *Kisko?* S: *Sab ko*" (Samara, 16 agosto 2017).

parto<sup>31</sup> la donna ha accesso al ruolo della madre (*mām*), icona di cura, supporto e abnegazione per i propri figli. L'idealizzazione della madre è presente nei discorsi di tutte le donne, dove la gravidanza è vista come il periodo durante il quale sviluppare queste qualità.

La figura materna ha in India un grande potere simbolico che continua a essere perpetuato e costruito attraverso i media. Nel suo articolo sulla figura della madre nell'opera della scrittrice anglo-indiana Anita Desai, Geetanjali Singh Chanda sottolinea che “[t]he sacralisation of motherhood prevalent in the Indian imagination is inherently problematic because on the one hand it is indicative of female creative power, which as Kamala Ganesh notes, ‘conveys not so much the ideas of physical motherhood but a world-view in which the creative power of femininity is central’ (1990:58). On the other hand, though, it is possible to read the deification of motherhood as Sukumari Bhattacharji does as ‘compensatory, seeking to recompense society’s indifference to the mother’ (1990:50)” (2002:74). Avere dei figli e allevarli è considerato una grande esperienza da tutte le madri con cui ho parlato, necessaria per ‘completarsi’ come donne. La maternità ha un ruolo centrale nel processo di socializzazione delle donne (Bhattacharji 1990) e si costruisce come una funzione cruciale dell'identità e del valore delle donne indiane (Sinha 2007), tendendo a oscurare e a svalutare altri possibili ruoli femminili. Se l'uomo ha il dominio sulla sessualità, la donna ha il dominio sulla riproduzione.

Nei discorsi delle donne che ho incontrato a Bhuj, questa essenzializzazione del ruolo riproduttivo della donna modellava non solo la costruzione identitaria femminile, ma in particolar modo il suo corpo. Come evidenziava Kusum Sompura, ragazza *hindū brāhmaṇa*, il corpo delle donne è fatto per riprodursi e se non si rimane incinta, dopo un po' di anni ci si può ammalare e diventare sterili. Sua sorella maggiore, per esempio, aveva aspettato fino ai trenta anni e ora non riusciva a concepire. Se l'uomo può aver problemi dopo un periodo prolungato di castità, lo stesso succede alle donne che decidono di non riprodursi. Dopo uno o due anni di matrimonio che non hanno portato a un concepimento, le donne risentono di una pressione sociale e inizia a diffondersi l'ipotesi di una sterilità femminile<sup>32</sup>. Solo nelle classi più alte si stava propagando l'idea dell'importanza di costruire un rapporto solido con il marito e di godersi la vita prima di fare figli, ritardando il primo concepimento.

Il problema principale per le donne di Bhuj che ho incontrato, consiste nel manifestare e mantenere la propria capacità di riprodursi. La capacità riproduttiva è assicurata da un equilibrio

---

<sup>31</sup> Sull'impopolarità dell'adozione, si veda Bharadwaj (2003).

<sup>32</sup> Negli ultimi anni, con la diffusione e la democratizzazione di alcune pratiche di riproduzione assistita, la sterilità maschile è conosciuta e riconosciuta, anche se è spesso nascosta a livello sociale.

fisico e psicologico della donna, che si manifesta principalmente attraverso la regolarità del ciclo mestruale. Tuttavia, il corpo femminile è considerato ‘aperto’ (Selby 2008), non completamente maturo (*kaccā*) e facilmente influenzabile da influssi esterni, qualità che impediscono una stabilità duratura. Il potere riproduttivo è un bene fragile che non si può dimostrare in modo definitivo: erano numerose le storie di donne che non riuscivano a rimanere incinte dopo il primo figlio. Al fine di preservare intatta questa capacità, è considerato importare non alterare il corpo femminile, attraverso per esempio operazioni chirurgiche. Per questo motivo, le mie interlocutrici preferivano il parto vaginale rispetto al cesareo.

D'altra parte, la capacità riproduttiva è una caratteristica fondamentale nella costruzione del genere: non può esistere una donna sterile, perché il femminile genera sempre una creazione, una produzione (Malamoud 2006). Anche se il sangue mestruale è sempre considerato necessario per concepire, nei discorsi di alcune donne si creava un legame ontologico tra femminilità e fertilità che trascendeva la necessità materiale del sangue uterino. Quest'idea si concretizzava in una serie di giustificazioni utilizzate per rendere conto di alcune pratiche ed eventi legati al concepimento. Per esempio, è molto comune il divieto di avere rapporti sessuali durante la gravidanza, in particolare dopo il quarto mese di gestazione, quando il sesso del bambino è manifesto, l'anima è discesa nel ventre e la donna inizia a sentire i movimenti del bambino. Uno dei motivi esposti dalle mie interlocutrici è che, se nel grembo si sta sviluppando una bambina<sup>33</sup>, potrebbe rimanere impregnata dello sperma del proprio padre. Oltre a produrre un incesto, fatto non sottolineato dalle mie interlocutrici, questa doppia gravidanza avrebbe delle ripercussioni negative sulla salute della bambina in utero, il cui corpo, una volta nato, non sarebbe abbastanza maturo da compiere un parto vaginale. Secondo le donne, quest'evento portava alla paradossale possibilità per una madre (la bambina appena nata) di avere la stessa età della propria progenie. Tuttavia la possibilità di un evento simile era stata comprovata negli ultimi anni da diverse notizie uscite sui giornali locali<sup>34</sup> o nei telegiornali che avevano riportavano la nascita di neonate incinte.

Rubina Jāt, musulmana, è una parente della *dāī māṃ* Karima e collaborava con la ONG *Kutch Mahila Vikas Sanghathan* (KMVS). Sposata con un uomo della stessa comunità che fa il guidatore di *rickshaw*, è madre di un figlio e due figlie, di cui la maggiore è già

---

<sup>33</sup> In India, la determinazione del sesso prima della nascita è stata vietata nel 1994, in base alla *Pre-conception and Prenatal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Act*. L'atto mira a prevenire l'aborto selettivo in base al sesso, che ha provocato un calo nel rapporto tra i sessi nell'infanzia (Guilmoto 2007 e 2008). Solo alla nascita i genitori scoprono il sesso del proprio bambino. Questo divieto sembrava essere rispettato in Kacch, al contrario di altri stati indiani dove sono sorte delle cliniche private che dietro a un pagamento, svelano il sesso del nascituro.

<sup>34</sup> Purtroppo, nessuna donna mi ha potuto fornire una copia di questi giornali.

sposata. In uno dei nostri incontri evidenziava come la donna può controllare con la sola volontà il proprio potere riproduttivo:

L: Se dopo non vuoi più avere figli cosa si può fare?

R: Molte cose. Ci sono molti *yojna* (programmi governativi) per questo, ci sono molti prodotti. Per esempio, dopo di lui (l'ultimo figlio) per nove anni ho preso la pillola (*Mālā kī golī*), però dopo... ora non la prendo più, ma comunque non rimango incinta. Non faccio più niente, è bello vero? [...] Si può fare anche l'operazione, per chiudere, ma non l'ho fatta. Non ce n'era bisogno, quindi non l'ho fatta. Non ce n'era bisogno perché non mi vengono più i figli e se faccio l'operazione, la mia salute può peggiorare (*kharāb*). Così ho pensato. Se voglio posso fare figli, ma non voglio.

L: Però le donne anziane (*buḍḍhī*) non possono far figli...

R: Possono, se lo vogliono, ma pensano che ora siano diventate vecchie e non sarebbe appropriato (*kharāb lagegā*). [...] Adesso ho saputo di una Rabari<sup>35</sup> che ha più di sessant'anni e ha avuto un bambino suo. Aveva adottato una bambina che ora ha sedici anni, ma ora ha avuto un suo bambino. È una notizia di tre quattro mesi fa, l'ho letto sul giornale<sup>36</sup>.

Come nell'esempio precedente, la capacità riproduttiva di una donna anziana, ovvero in menopausa, trascende la necessità fisiologica della presenza del sangue mestruale. Nella narrazione di Rubina, la sola volontà della singola donna è sufficiente per manifestare a piacere il potere riproduttivo. Questa concezione è abbastanza singolare e non ha trovato consenso tra le altre donne che ho incontrato. Tuttavia, l'idea di una possibile concezione in età avanzata è spesso evocata nei racconti e supportata da fatti usciti sulla cronaca locale o nazionale. Tuttavia, al di là della volontà citata da Rubina le altre donne che ho incontrato rimarcavano la presenza del ricettacolo della gestazione (*garbh*) come condizione necessaria

<sup>35</sup> Distribuiti tra il Madhya Pradesh, Haryana, Rajasthan e Gujarat, in quest'ultimo stato sono registrati come *scheduled tribes* (ST). Si tramanda che i loro antenati fossero gli abitanti di Dvārka e Vṛndāvana, due luoghi associati al dio Kṛṣṇa. Sono *hindū* e vegetariani. L'organizzazione sociale dei Rabari è caratterizzata dal sistema dei clan e sono primariamente mandriani di vacche e lattai. Hanno un loro consiglio di comunità tradizionale che mantiene la coesione e risolve le controversie inter-familiari (Singh 1998).

<sup>36</sup> “L: *Aur uske bād kyā kar sakte haiṃ agar baccā nahīṃ cāhie to?* R: *Aise bahut sāre yojnā haiṃ jo use kar sakte haiṃ. Bahut sāre product āe haiṃ. Jaise maine iske bād (dopo l'ultimo figlio) maine nau sāl Mālā kī golī khāī. Phir uske bād aisā... abhī golī to nahīṃ khāī, lekin phir baccā nahīṃ ho. Kuch nahīṃ kartī. Acchā hai na? [...] Operation bhī kar sakte hai, band karne ke lie, lekin maine nahīṃ kiyā. Jarūrat nahīṃ thā to nahīṃ kiyā, aisā. Phir maiṃ bolī ki ab calo operation to bolegā kyā jarūrat hai baccā to ho nahīṃ rahe, aisā bhī operation jāne se tumhāre jān kharāb ho saktī hai. Aisā mere soc āe ho. [...] Agar cāhe baccā kar sakte hai, lekin nahīṃ karnā hai. L: *Lekin bujur log baccā nahīṃ kar sakte?* R: *Kar sakte haiṃ, unke marjī hai, lekin aisā socte ki ab baṛhe ho gaye to kharāb lagegā. [...] Abhī bhī bīc meṃ āyā thā, rabari, vah 60 sāl kī hogā, vah baccā ho gayā. Ek laṛkī adopt huā thā, to laṛkī bhī itnī hogī, 16 sāl kī, aur 60 sāl kī khud kā laṛkā huā. Tīn cār mahīne ki bāt hai, paper maine par rahā thā”* (Rubina, 8 agosto 2017).*

per concepire: infatti i casi di fecondazione in mancanza del ciclo mestruale sono giustificati dall'alto potere riproduttivo di questo ricettacolo (*kothrī*). In questo quadro, l'unica donna veramente sterile, cui sono tolte tutte le possibilità di riproduzione, è colei che ha subito un'isterectomia<sup>37</sup>.

### **Vecchia: la menopausa**

Nei discorsi bio-medici la menopausa è costruita come un periodo di deterioramento e declino della donna, come uno 'stato disfunzionale' (Zita 1993) e una 'malattia da carenza di estrogeni' (MacPherson 1981). Ussher (1989) descrive come la letteratura medica si focalizza sulla perdita: della capacità riproduttiva, del ruolo materno e del ciclo mestruale. La fine delle mestruazioni e la successiva perdita di fertilità sono transizioni considerate potenzialmente problematiche per le donne, che portano a un cambiamento sociale e identitario del femminile (Wadsworth e Green 2003).

Grazie agli studi di Margaret Lock (1998), la visione universalistica della menopausa è messa in discussione, attraverso un approccio antropologico della menopausa, intesa come un concetto prodotto storicamente e culturalmente. Alla fine degli anni '80, Lock sviluppò il concetto di *local biologies* per rendere conto della grande differenza nei sintomi della menopausa tra le donne in Giappone e nel Nord America. Come evidenziano Niewöhner e Lock in un articolo che mira ad approfondire questo concetto: “[t]he concept of local biologies was created to conceptualise the mutual constitution of subjective bodily experience, language usage, and historical, political, social and medical contexts at this mid life transition (Lock 1993). More generally, local biologies refers to the way in which the embodied experience of physical sensations, including those of well-being, health, and illness, is in part informed by the material body, itself contingent on evolutionary, environmental, social and individual variables. Embodiment is further constituted by the manner in which self and others represent the body, drawing on local categories of knowledge and experience. If embodiment is to be made social, then history, politics, language, and local knowledge, including scientific knowledge to the extent that it is available, must inevitably be implicated. In practice this means that knowledge about human biology is informed by the social, and the material in turn informs the social. The primary site where this engagement takes place is the subjectively experienced socialised body. Hence, the body cannot be assumed to be universal

---

<sup>37</sup> Tuttavia, tra le donne che hanno una concezione multipla dell'‘utero’, pare ci sia un consenso che durante un'isterectomia sia tolto il ricettacolo del sangue (*khūn kī kothrī*), mentre il ricettacolo della gestazione (*bacce kī kothrī*) si preservato. Rimane dunque il dubbio sulla possibilità anche in questo caso di concepire.

*in kind, layered over by sociocultural flotsam. The material and the social are both contingent (Lock 2001: 483–484)*” (2018: 684). L’utilizzo di questo concetto permette di analizzare l’esperienza riproduttiva delle donne che ho incontrato a Bhuj, valorizzando il loro sapere incorporato.

In India, sono diversi gli studi che si sono concentrati sulla rappresentazione culturale dell’invecchiamento (Cohen 1995 e 1998, Vatuk 1991), in particolare dal punto di vista femminile (Lamb 1997, 1999 e 2000, Polit 2006, Vatuk 1975, 1987 e 1992). Le ricerche evidenziano come non sia la fine del ciclo mestruale a segnare la vecchiaia, ma l’incapacità di lavorare. Al contrario delle fasi precedenti, nessuna donna che ho incontrato identificava un ruolo familiare particolare legato a quest’età, o menzionava alcun dovere o responsabilità associati a questa fase. Le donne identificavano la vecchiaia come un tempo in cui si è sopravvissuti alla propria utilità come persona; non si è più un essere sociale coinvolto nella distribuzione delle risorse all’interno della famiglia e della comunità, e in tale misura, si diventa relativamente periferici rispetto alle preoccupazioni degli altri (Menon 2013). L’invecchiamento non è giudicato cronologicamente, né dipende dalla comprensione bio-medica del decadimento, ma dalle abilità e dai risultati. Una persona è considerata ‘vecchia’ (*buddhī*) quando non è in grado di nutrire se stessa e la propria famiglia attraverso il proprio lavoro. Di conseguenza, i maggiori cambiamenti sono considerati avvenire a livello fisico, dove si verifica una perdita dell’energia vitale e della forza. Kamalaben (*hindū*) descriveva così i cambiamenti che avvengono quando s’invecchia:

L: Puoi essere chiamata vecchia (*buddhī*) dopo i cinquant’anni quando il ciclo (*mc*) s’interrompe?

K: Sì, ci sono molti cambiamenti: diminuisce la vista negli occhi, la pelle cambia, i denti cadono, il ciclo (*mc*) se ne va via. Il corpo s’indebolisce (*kamjor*). [...] I piedi e la schiena diventano deboli, per questo si è chiamate vecchie.

L: [...] Dopo che il ciclo si è arrestato, hai sentito tanto caldo (*garmī*)?

K: Sì, sei molto accaldata (*garmī*). Senti così tanto caldo che quando esci fuori tutto il corpo si riempie d’acqua. [...] Esce fuori il calore che hai dentro il corpo, esce fuori l’acqua che hai dentro, hai il calore dentro la pancia (*pet*).

L: Perché hai il calore nella pancia?

K: Il ciclo si ferma quindi esce il calore, esce il sudore (*pasīnā*). Il calore è dentro.

L: Ah! Prima dunque non c’era il calore?

K: Era meno. C’era, ma di meno.

L: Quando a una donna inizia il ciclo, c’è il calore o no?

K: Sì, allora c’è il calore.



L: Quando si ferma poi aumenta?

K: Aumenta un po' di più<sup>38</sup>.

Come ha evidenziato Kamalaben nel suo racconto, con la vecchiaia il corpo femminile continua a essere trasgressivo<sup>39</sup>, facendo uscire il calore in eccesso tramite il sudore (*pasīnā*). Con la chiusura del ciclo mestruale si ha una prima fase di aumento del calore (*garmī*) dovuto a un'eccedenza di sangue che non è più evacuata. Il corpo ha bisogno di tempo per regolare e ridurre la produzione di sangue e ritornare a uno stato simile a quello pre-puberale. Nella vecchiaia come durante l'infanzia, il corpo ha bisogno di meno sangue, il che lo rende più freddo (*thaṇḍā*) e meno aperto.

Come evidenzia anche Lamb (2000) nel suo studio sull'invecchiamento femminile nel West Bengal, le donne anziane non sono più associate al calore del sesso e i rapporti intimi non sono più considerati appropriati: con la fine degli anni riproduttivi cessa la necessità di controllare la propria sessualità (Polit 2006). Per questo motivo, sono abbandonate alcune pratiche atte a mantenere il pudore, come quelle legate al coprire determinate parti del corpo. La nudità è interpretata in modi diversi secondo la fase della vita della donna: sessualmente provocante nelle giovani, è un segno di asessualità nelle più anziane (Lamb 2000). Nella mia ricerca sul campo ho potuto notare questo cambiamento di sguardo nei confronti del seno. Se una donna doveva fare molta attenzione a coprirlo fin dal periodo della pubertà e soprattutto durante l'allattamento, è capitato che la settantenne *dāī māṃ* musulmana Hazima e la figlia Shaima di cinquant'anni mi abbiano volontariamente e senza pudore mostrato il seno per spiegarmi il funzionamento dell'allattamento.

Quando parlavano di menopausa, le donne alludevano al periodo in cui il ciclo mestruale se ne era andato (*calnā*) o si era chiuso (*band honā*), facendo riferimento a una rappresentazione idraulica del corpo riproduttivo, dove il flusso mestruale si apre con il menarca e si chiude spontaneamente in tarda età. Seguendo questa metafora, nel corso della vita riproduttiva femminile è possibile regolare il flusso attraverso diverse tecniche e pratiche corporali, come quelle proposte dalle *dāī māṃ*, analizzate più avanti. Non esiste in *hindī* e in

<sup>38</sup> “L: *To kab būrḥī bol sakte haiṃ 50 sāl ke bād jab MC band ho jātī hai?* K: *Hāṃ, āṅkhom kī rośnī kam ho jātī hai, camṛī kā phark ātā hai, dānt gir jāte haiṃ, mc calī jātī hai ye sab phark ātā hai. Śarīr meṃ kamzorī ātī hai. [...]* Pāṃv meṃ, kamar meṃ kamzorī ātī hai islie use būrḥī bolte haiṃ. L: *Mc band hone ke bād bahut garmī lagtī āī?* K: *Hāṃ bahut garmī lagtī hai. Garmī aisī lagtī hai bāhar nikalte haiṃ to pūrī body pānī pānī ho jātā hai. [...]* Yah andar kī garmī śarīr se bāhar nikaltī hai, andar se pānī bāhar nikaltā hai, andar peṭ meṃ garmī hai. L: *Kyom peṭ meṃ garmī hai?* K: *Mc band hai to yah garmī bāhar ātī to pasīnā nikaltā hai. Andar hai to vah garmī to hai hī.* L: *Acchā! To pahale garmī nahīm thā?* K: *Kam thī. Hotī hai lekin kam hai.* L: *To jab aurat ko Mc cālū hotā hai to vah garmī hai yā nahīm hai?* K: *Hai. Garmī to hotī hai.* L: *To jab band ho jātā hai to jyādā garmī hotā hai?* K: *Ṭhorā jyādā hotī hai?”* (Kamalaben, 12 maggio 2018).

<sup>39</sup> Sulla definizione del corpo femminile come trasgressivo, si veda il prossimo sotto capitolo.

*gujarātī* un corrispondente del termine inglese *menopause*<sup>40</sup> che, al contrario di altri termini, è usato solo raramente da donne di casta medio-alta, familiari con la lingua inglese. Daya Sompura, *brāhmaṇa*, è stata la sola che ha parlato di *menopause*, evidenziando delle problematiche emotive e psicologiche legate a questo periodo.

L: Che cosa succede con la menopausa (*menopause*)?

D: Si è molto stressati (*stress*), e si diventa molto irritate (*cīrcīṛā*), ci si arrabbia (*gussā*) se succede qualcosa d’inaspettato, ci si arrabbia. Poi qualche volta si ha voglia di mangiare qualcosa di dolce (*mīṭhā*) o altre volte qualcosa di aspro (*khattā*), succedono queste cose, ci si sente anormali (*abnormal*). Ci si turba (*disturb*) molto in fretta<sup>41</sup>.

Daya ha descritto dei sintomi che coincidono con una narrazione bio-medica della menopausa, ma che non trova molto consenso tra le altre donne. Questo fenomeno si lega al fatto che non è presente nel sapere delle donne che ho incontrato la concettualizzazione di un evento biologico, sociale o culturale definibile come menopausa: gli eventi descritti per parlare della fine del ciclo mestruale, sono cambiamenti fisici legati all’invecchiamento. Come ha evidenziato Kamalaben nel racconto precedente, la fine del ciclo mestruale è vista come uno dei sintomi della vecchiaia e non il contrario.

Al contrario della concettualizzazione bio-medica della menopausa, vista come un periodo di decadenza, con una frequenza di malesseri fisici e sbalzi umorali, le donne che ho incontrato a Bhuj non avevano un’idea negativa della fine del ciclo mestruale. Se l’invecchiamento è comunque visto come un periodo durante il quale un corpo s’indebolisce e manca la capacità di portare a termine anche semplici compiti domestici, questi sintomi non sono legati alla mancanza della mestruazione. La capacità riproduttiva di una donna è un’abilità effimera, che va e viene spontaneamente (*kudratī*), di cui il ciclo mestruale è una delle manifestazioni. Infatti, la grande diffusione di disturbi mestruali fa sì che tutte le donne

<sup>40</sup> “The term ‘ménopause’ was invented in 1821 by the French physician Gardanne (Tilt, 1870). From the middle of the 19<sup>th</sup> century onward it gradually came into wide circulation in medical circles in Europe and North America to describe what was known in daily parlance in the English language as the “dodging time,” i.e., the years before and after the last menstruation (Tilt, 1870). The concept used from medieval times in educated circles to express the idea of a transition at mid-life—the climacteric—made no distinction between men and women. Gardanne, by creating the idea of menopause, and linking it with menstruation, singled out female aging as something that should be managed by medicine just at a time when the professions of obstetrics and gynecology were being consolidated” (Lock and Kaufert 2001:495).

<sup>41</sup> “L: To menopause me kya kya hotā tha? D: Stress bahut hotā hai swabhav bahut chidchida ho jātā hai, gussa bahut ātā hai, apne hisab se kuch naho to gussa ātā hai phir kabhī kabhī mann kartā hai kuch mitha khao kabhī kuch khatta khau aisī aisī chize hoti haiṃ abnormal lagte haiṃ ham. disturb bahut jaldī ho jāte haiṃ” (Daya, 1 settembre 2017).

che ho incontrato erano solite avere dei lunghi periodi di amenorrea.

D'altra parte, la fine della vita riproduttiva di una donna non finisce con la menopausa, ma molto prima quando i propri figli sono in età da matrimonio o sono già sposati in attesa di figli. Rimanere incinta nello stesso momento dei propri figli è considerato socialmente disdicevole e vergognoso (*śarm*) e deve essere evitato (Héritier 1996). Un legame tra l'inizio della vita sessuale dei figli e la fine dei genitori era spesso verbalizzato dalle donne e, in due casi, è stato espressamente legato alla fine del ciclo mestruale. Un esempio era Kamalaben (*hindū*):

L: Può succedere che a qualche donna non venga il ciclo?

K: Se non viene, non viene, a qualcuna può succedere. Adesso a me non viene il ciclo da quando c'è stato il terremoto<sup>42</sup>. Si è chiuso (*band ho gayā*).

L: Per colpa del terremoto o per qualche altra ragione?

K: No, se n'è andato via così. È arrivato un bambino (*larḱā*<sup>43</sup>) in casa di mio figlio. Ho fatto sposare mio figlio un anno dopo il terremoto e poi, un anno dopo, ha avuto un bambino. Io l'ho preso in grembo, ho visto suo figlio e gli ho dato da mangiare. Ho visto che era a posto (*sahī*), stava bene (*acchā*), e che ero diventata nonna. Così il mio ciclo (*mc*) se n'è andato. Guardando il figlio di mio figlio, il ciclo si è fermato<sup>44</sup>. [Il ciclo] se ne va da solo, non bisogna fare niente. Viene e se ne va per volere divino (*bhagvān kī marjī*). Non bisogna far niente, neanche prendere le medicine. È tutta questione di destino (*kismat*)<sup>45</sup>.

Anche Priti, nonna jain, mi aveva raccontato che ha avuto un ciclo molto irregolare e negli ultimi cinque anni prima che smettesse, presentava anche una forte perdita ematica. Dopo diversi controlli, ha deciso di non sottoporsi a un'isterectomia<sup>46</sup> e ha aspettato che il problema si risolvesse da solo, il che è accaduto proprio in concomitanza con il matrimonio del suo primo figlio. In entrambi i casi, la fine del ciclo mestruale non si definisce come

<sup>42</sup> Nel 2001 il Kacch è stato teatro di uno dei più forti terremoti dell'India che distrusse gran parte delle città e dei villaggi della zona. L'epicentro era situato a qualche chilometro da Bhuj.

<sup>43</sup> Letteralmente 'ragazzo', è usato in questa situazione per sottolineare il sesso maschile del nascituro, visto che il termine bambino (*baccā*) è spesso usato per definire entrambi i generi.

<sup>44</sup> Per un parallelismo con le fasi della vita maschile, si veda il prossimo paragrafo.

<sup>45</sup> "L: *Kabhī kabhī ho saktā hai ki koī aurat ko mc nahīm ātā?* K: *Nahīm ātā hai to nahīm ātā hai. Sab ko nahīm ātā hai. Ek koī aisī ho saktā hai. Abhī mereko mc kī kitne sāl huā thā... bhūkamp ke bād hamko mc nahīm āte hai. Band ho gayā* L: *Bhūkamp ke kāraṅ yā kuch aur ke kāraṅ?* K: *Nahīm, aisā calā gayā. Mere larḱe ke ghar pe larḱā āyā. Mere larḱā bhūkamp ke bād, ek sāl ke bād mere larḱā kī śādī ho gaī, aur ek sāl ke bād isko larḱā mil larḱā, maine larḱe ko vah dīn uṭhāyā, iskā baccā maine dekhā aur khilāe is bacce maine, dekhā sahī hai, acchā hai, aur maine dādī ban gaī, mere MC cale gaī. Aisā. Bacce ke bacce dekhte MC cale jāī. Apne āp cale jāī, isko kuch karnā nahīm hai. Vah aise hī āte aur aise hī cale jāte bhagvan ke marjī hai. Vah usse marjī ātā, usse marjī chale jātā. Āp kuch karnā cāhie, nahīm davāī lenā hai. Vah sab kismat se hai"* (Kamalaben, 17 agosto 2017).

<sup>46</sup> Sull'isterectomia, si veda il capitolo 7.

l'inizio di un periodo particolare che si lega a cambiamenti fisici ed emotivi, ma piuttosto evidenzia la fine della capacità riproduttiva della donna. Nelle narrazioni delle donne, questo legame è spesso più simbolico che fisiologico, poiché l'età in cui è socialmente bene non fare più figli non coincide con la fine della fertilità.

### *Le stagioni maschili*

Secondo le mie interlocutrici, il corpo riproduttivo è centrale nella vita di una donna: i suoi cambiamenti sono interpretati manifestare un mutamento identitario. Lo stesso non vale per gli uomini, la cui crescita sociale non si lega allo sviluppo del corpo riproduttivo, ma piuttosto al carico di responsabilità. Probabilmente, delle interviste a uomini e ragazzi di Bhuj mi avrebbero permesso di strutturare una visione più articolata della vita sociale maschile. Tuttavia, è interessante evidenziare come, nei discorsi delle donne che ho incontrato, non è emersa una distinzione chiara tra bambino (*baccā*) e ragazzo (*larṅkā*). Se nella vita di una donna il matrimonio rimane centrale per definirla in quanto tale, lo stesso non accade per i maschi. Secondo le donne quello che fa di un ragazzo (*larṅkā*) un uomo (*ādmī*) è il lavoro: il fatto di prendersi carico del mantenimento familiare, di guadagnare, lo rende un uomo onorevole. Tra l'altro, solitamente è proprio il lavoro che gli permette di poter avere accesso al matrimonio.

Come suggerisce Menon (2013), è istruttivo confrontare la concettualizzazione contemporanea del corso della vita femminile con uno dei modelli ideali della vita *hindū* che si possono trovare nei *Dharmaśāstra*, gli antichi libri di legge (*dharma*) che trattano gli usi e le pratiche sociali. Il modello si applica solo agli uomini di casta alta e si sviluppa su quattro stadi (*āśrama*): lo studente (*brahmacharya*), il capofamiglia (*gṛhastha*), il pensionato (*vanaprastha*<sup>47</sup>) e il rinunciante (*sannyāsa*). Ogni fase ha il suo codice morale distintivo (*āśramadharmā*) e lo scopo ultimo è raggiungere il *mokṣa*, ovvero la liberazione dal *saṃsāra* il ciclo della ri-morte e rinascita. Superficialmente, la classificazione tradizionale sembra conferire uguale importanza a ciascuna delle quattro fasi, ma come ha notato Dumont (1992), questo non è il caso. Le fasi del capofamiglia e del rinunciante sono le due fasi cruciali attorno alle quali si costruisce la vita di un uomo. Il primo stadio, quello dello studente celibe, è la preparazione per la vita relazionale del capofamiglia e il terzo, quello dell'abitante della foresta, è uno stato transitorio che si pone tra una vita familiare pienamente relazionale al rinunciante a-relazionale (Menon 2013).

Come si evince nella concettualizzazione trasmessa dalle narrazioni raccolte, anche

---

<sup>47</sup> Vanaprastha è una parola composta dalla radice *vana* che significa 'foresta, terra lontana' e *prastha*, ovvero 'andare, rimanere, viaggiare verso'; letteralmente è traducibile come 'ritirarsi nella foresta'.

nel modello *hindū* presentato nei *Dharmaśāstra*, la riproduzione non è il perno della vita maschile, le cui fasi si caratterizzano per una presa in carico di responsabilità diverse nei confronti della società. Tuttavia, vi è un'importante somiglianza nei due modelli, nella centralità assegnata al capofamiglia e alla donna matura, ovvero dopo il matrimonio, entrambe fasi pienamente relazionali (Menon 2013). Un unico parallelismo si trova nella determinazione della fine della fase del capofamiglia che si conclude con la nascita dei propri nipoti: come ha evidenziato sopra Kamalaben nel suo racconto, la nascita dei nipoti può essere legata alla fine del ciclo mestruale, una delle manifestazioni dell'invecchiamento.

## DISCONTINUITÀ DEI CORPI FEMMINILI: LIMINALITÀ E IMPURITÀ

### *Il sangue mestruale: impuro o purificativo?*

Il sangue uterino (*māsik*) è considerato impuro (*aśuddh* o *napāk*<sup>48</sup>) dalle donne con cui ho parlato, perché è uno scarto corporeo. Questa concettualizzazione è sostenuta storicamente (Kane 1941 e 1953), a livello religioso come sociale, e determina la fase mestruale come un momento di contaminazione (*pollution*) femminile<sup>49</sup>. L'intoccabilità di una donna in questo periodo è attestata fin dall'India antica (Eichinger Ferro-Luzzi 1974) e in seguito nella letteratura dei *Dharmaśāstra* sono elencati diverse prescrizioni e divieti da rispettare<sup>50</sup>. Come evidenzia Malinar (2010) nel suo articolo sul puro e l'impuro nell'hindūismo, “*the Sanskrit word for dirt or waste produced by the body as part of its life-sustaining, reproductive processes is mala*<sup>51</sup>. *When leaving the body, they are considered impure; however, the degree*

<sup>48</sup> Nel presente testo sono impiegati i termini usati correntemente dalle donne incontrate a Bhuj, in *hindū* o in *gujarātī*. In particolare, le donne *hindū* e jain utilizzano il termine *śuddh*, dalla radice verbale sanscrita *śudh-*, ‘*to cleanse, purify*’ (Malinar 2010) per rendere lo stato di purezza, mentre il suo opposto è reso aggiungendo la *a* privativa, ovvero *aśuddh* (impuro). Le donne musulmane utilizzano il vocabolo di origine persiana *pāk*, utilizzato solitamente come sinonimo di *śuddh* (puro), la cui negazione è resa con l'accostamento della particella di negazione *na*, ovvero *napāk* (impuro).

<sup>49</sup> Come evidenzia Horvilleur nel suo studio sulle rappresentazioni del corpo femminile nella tradizione ebraica: “*si l'impudeur est l'exposition au-dehors de ce qui devrait rester au-dedans, on comprend mieux dès lors pourquoi tant de textes de la littérature religieuse s'intéressent aux sécrétions du corps, et plus particulièrement aux écoulements de la femme*” (2013: 126).

<sup>50</sup> Si veda come esempio, Squarcini e Cuneo (2010)

<sup>51</sup> Secondo il *Mānavadharmasāstra*, sono 12 le sostanze di scarto del corpo maschile: grasso, sperma, sangue, midollo, urina, feci, cerume, unghie, muco, lacrime, secrezione dell'occhio e sudore (Squarcini e Cuneo 2010: 122). Le donne con cui ho parlato hanno stillato un elenco simile (fatta eccezione del midollo) al quale hanno aggiunto, per il corpo femminile, il sangue mestruale e la *saphed pānī*.

*of their impurity varies according to orifices used for excretion and secretion. While the orifices above the navel are considered 'clean' (medhya: does not defile when touched), those below are 'unclean' (2010: 440).*

Similmente, nella religione musulmana, il sangue mestruale, le lochiazioni, il gas, lo sperma, l'urina e le feci sono considerati come degli scarti corporei e come tali sono regolati in relazione alla nozione di purezza, che determina l'idoneità di una persona nell'osservazione delle prescrizioni religiose (Anwar 2003). Vi è una distinzione importante tra i diversi scarti, infatti il sangue mestruale, le lochiazioni e lo sperma sono considerati comportare uno stato d'impurità maggiore (*janāba*), mentre l'entrare in contatto con altri rifiuti corporei implica un'impurità minore (*ḥadath asghar*). Mentre per purificarsi dal primo stato, è richiesto un bagno rituale completo (*ghusl*), le piccole impurità sono rimosse con una semplice abluzione (*wuḍū'*) (Anwar 2003).

Le donne concordavano nel considerare il sangue mestruale particolarmente impuro (*aśuddh* o *napāk*) perché proviene dall'orifizio vaginale (*nīce kī jagah*), di per sé già impuro. Nel corpo femminile, l'intera vulva è considerata impura (*aśuddh*), mentre negli uomini è il pene. Questo comporta che anche i peli pubici, trovandosi a contatto con queste parti, sono altamente impuri (*aśuddh*) e devono essere eliminati regolarmente. Fin dalla pubertà, sia gli uomini che le donne della regione si depilano totalmente il pube e chi non lo faceva è considerata una persona sporca (*gandā*)<sup>52</sup>. La nonna Kamalaben, *devī pujak hindū*, evidenziava l'impurità degli organi genitali in uno dei nostri incontri:

L: Il ciclo (*mc*) è puro (*pāk*)?

K: Non è puro (*pavitra*). *Pāk* (puro) lo dicono i musulmani, nella nostra religione (*dharma*) *hindū* si dice *pavitra* (puro).

L: Non si dice *śuddh* (puro)?

K: *Śuddh* o *pavitra*.

L: Perché il ciclo non è puro (*śuddh - pavitra*)?

K: Perché questo sangue esce da sotto ed è sporco (*gandā*). Quello che viene da qui sotto non va bene (*acchā nahīm*). [...] Non è considerato puro, ma corrotto (*kharāb*).

L: Perché esce da sotto?

K: Sì, per questo.

L: Cioè, perché sotto è impuro (*aśuddh*)?

K: Perché il divino (*bhagvān*) ha costruito le cose in questo modo: da qui [dalla vita in

<sup>52</sup> Come specificato nei prossimi capitoli, in ospedale questo è uno dei motivi per cui le donne sono sgridate durante le visite ginecologiche o il parto.

su] è puro (*śuddh*) e da qui [dalla vita in giù] è sporco (*gandā*)<sup>53</sup>.

La divisione tra una parte superiore pura che si oppone a una parte inferiore impura (*aśuddh*) si rispecchia nel famoso *Puruṣa Sūkta*<sup>54</sup> che descrive le origini dei quattro *varṇa*<sup>55</sup> (caste), dove il corpo è diviso orizzontalmente in zone gerarchicamente ordinate dall'alto verso il basso<sup>56</sup>. L'uso del corpo umano come metafora per descrivere il sistema sociale è ricorrente nell'hindūismo. In questo caso, Kamalaben si avvaleva del simbolismo del corpo per definire l'impurità e la gerarchia, evidenziando una forte polarizzazione tra la parte superiore e inferiore<sup>57</sup>. Secondo le donne che ho incontrato, questa contrapposizione si manifestava in una visione generale d'impurità di tutte le secrezioni ed escrezioni inferiori, in particolare quelle legate all'orifizio vaginale (*nīce kī jagah*), ovvero il ciclo mestruale, i rapporti sessuali e il parto. Tutte e tre queste situazioni comportano uno stato d'impurità (*aśuddh* o *napāk*) temporaneo, durante il quale un individuo è sollevato da alcuni doveri sociali e non può partecipare ad alcuna attività religiosa. Questo stato può essere eliminato dopo un determinato periodo temporale (per il parto e il ciclo mestruale) a seguito di determinati atti di purificazione.

<sup>53</sup> “L: To Mc pāk hai? K: Pavitra nahīm hai. Pāk muslims meṃ bolte haiṃ, aur apne hindu dharma meṃ pavitra bolte haiṃ. L: Śuddh nahīm? K: Śuddh-pavitra. L: To kyoṃ mc śuddh-pavitra nahīm hai? K: Kyoṃki yah khūn nice se ātā hai aur vah gandā hai, yahāṃ se jo ātā hai vah acchā nahīm hai. [...]Vah śuddh nahīm māna jātā hai kharāb māna jātā hai. L: Kyoṃki vah nice se nikaltā hai? K: Hān isīlie. L: Matlab nice kyoṃ aśuddh hai? K: Kyoṃki bhagvan yah cīz ūpar se banāyī hai yahāṃ se śuddh hai aur yahāṃ se gandā hai.” (Kamalaben, 12 maggio 2018).

<sup>54</sup> Inno X.90 del ṛgveda. Si veda, Panikkar (2008: 100-2).

<sup>55</sup> Letteralmente ‘colore’, designa nella letteratura classica il sistema castale quadripartito composto, in ordine gerarchico, dai *brāhmaṇa* o sacerdoti (colore bianco), gli *kṣatriya* o guerrieri (colore rosso), i *vaiśya* o mercanti (colore giallo) e infine gli *śūdra* o schiavi (colore nero).

<sup>56</sup> Nell'Inno, i *brāhmaṇa* escono dalla testa del *Puruṣa*, l'essere primigenio, gli *kṣatriya* dalle braccia, i *vaiśya* dalle cosce e infine gli *śūdra* dai piedi.

<sup>57</sup> Come evidenzia Das (1976), anche il concetto di periferia corporea è spesso enfatizzato nel definire l'impurità: “In the case of the symbolism of impurity, it is the peripheries of the body which become emphasized. Thus hair and nails, which figure prominently in this, have a peripheral position with reference to the body as they can both belong to the body and yet be outside it. It is significant that after the initial shaving of hair to mark the beginning of cremation rituals, both hair and nails are allowed to grow in a natural state to symbolize impurity. Similarly, the extremities are not constrained but are left free. Thus, shoes are not worn on feet and hair is left loose, neither combed nor tied under a turban. For married women, the *sindūra*, which normally divides the head into right and left sides, is not permitted to be used. In the case of a widow, hair is required to be cut in a way that the parting (of the hair) is not visible. [...] Thus, the body in its constrained state stands as a metaphor for the social system representing the containment of categories. Play on hair, nails, and extremities, enables one to use body symbolism to express both the normal containment of categories and a state of liminality. It seems to me that it is the body as a natural, unconstrained, system which expresses liminality. The end of impurity is symbolized by shaving, combing of hair, putting on footwear and, for the male mourners, the custom of covering the head with a turban. For women the normal parting of the hair is restored by the use of *sindūra* and they are again allowed to use rings to wear on hands and feet. Thus the return of the mourners to normal social life is symbolized by the body as a bounded, cultural system (as distinct from a free-floating, natural system) which symbolizes the constrained containment of categories” (Das 1976: 258-9).

Parlando di stati d'impurità (*napāk*), le donne musulmane evidenziavano i rapporti sessuali come prima circostanza cui fare attenzione. Dopo ogni rapporto, sia il marito che la moglie<sup>58</sup>, i loro vestiti e tutti gli oggetti con cui sono entrati in contatto sono impuri. Per ristabilire lo stato di purezza (*pāk*) devono lavarsi dalla testa ai piedi<sup>59</sup> con il sapone e lo stesso vale per ogni oggetto che è stato contaminato, come i vestiti e il letto. Questa situazione contrasta con la concettualizzazione che le donne musulmane hanno esposto per gli altri stati d'impurità femminile, dove è solo il contatto diretto con le escrezioni corporee che può contaminare le persone e gli oggetti. Al contrario, si avvicina alla concettualizzazione dell'impurità (*asuddh*) formulata dalle donne *hindū*<sup>60</sup> e jain, dove la contaminazione avviene per contatto<sup>61</sup>.

Veena Das (1976), in un articolo sugli usi della liminalità legati alla vita e alla morte nella società *hindū*, evidenzia come le regole dell'impurità servono fondamentalmente come metafora della liminalità, segnando gli eventi in cui l'uomo sperimenta il suo mondo sociale come separato dal mondo cosmico. La fine dell'impurità nel caso della nascita e della morte coincide con l'incorporazione del sociale nel mondo cosmico, in modo che siano di nuovo sperimentati come integrati. Secondo Das (1976), questa spiegazione è molto più soddisfacente della teoria della contaminazione causato dai processi corporei.

Anche se nel corso della sua analisi Veena Das non prende in considerazione altri tipi d'impurità, effettivamente l'evento ricorrente del ciclo mestruale pone la donna in una situazione liminale. In questo periodo, la donna è sollevata temporaneamente dai suoi doveri domestici, religiosi e sociali, esentandola dal rispetto del contenimento<sup>62</sup> che le è solitamente richiesto. Come anche nel caso dell'impurità causata da un rapporto sessuale, la liminalità può spesso simboleggiare una trascendenza creativa delle date categorie di un sistema (Das 1976),

<sup>58</sup> Parlando di rapporti sessuali si sottintende sempre quelli consumati all'interno del matrimonio, quindi i soggetti sono sempre definiti come *Miyām-bīvī* (marito e moglie).

<sup>59</sup> Quest'atto è chiamato *ghusl*, ovvero "general ablution, uninterrupted washing, in ritually pure water, of the whole of the human body, including the hair, performed after declaring the intention (*niyya*) so to do" (Bousquet 1965: 1130).

<sup>60</sup> Priya, l'unica donna cristiana con cui ho parlato dei concetti di puro e impuro, è una neo-convertita e come lei stessa ammette continua a seguire molte pratiche legate alla fede *hindū*. Per quanto riguarda la concettualizzazione dell'impurità (*asuddh*), rispecchia quella generalmente seguita dalle donne *hindū*.

<sup>61</sup> La diversa concettualizzazione delle modalità di contaminazione ha permesso lo sviluppo di una varietà di pratiche legate al contenimento dello stato d'impurità, che sono trattate nella prossima sezione.

<sup>62</sup> Al contrario, in alcune comunità si richiede a una donna in questo stato di abbandonare ogni tipo di controllo: non pettinarsi i capelli e non intrecciarli, non lavarsi o curarsi le unghie, ponendo la donna in uno stato incolto e selvatico. Nel suo studio sul boschetto sacro dedicato alla Dea Harachandi, Apffel-Marglin (1994) evidenzia come nella comunità da lei studiata in Orissa la donna rappresenta la terra stessa, che alterna periodi in cui è coltivata e altri dove è lasciata incolta, in un circolo che rappresenta la generazione e la rigenerazione. Tra le mie interlocutrici, probabilmente a causa di un'influenza sanscritizzante e patriarcale, mancava invece ogni riferimento religiosamente positivo al ciclo mestruale.



che in questo caso richiamano l'immagine ideale della donna, molto spesso una madre casta e pura<sup>63</sup>.

Il sangue mestruale materializza l'impurità femminile e agevola l'incorporazione dello stato liminale, che nella sua ricorrenza ciclica arriva a caratterizzare la donna sia a livello identitario che corporeo. Di conseguenza, sia la donna che il suo corpo sono considerati come trasgressivi: lasciano uscire regolarmente quello che dovrebbe rimanere all'interno del corpo, trasgredendo le frontiere. Questa condizione è simile da quella descritta da Horvilleur (2013) nel suo studio sulle rappresentazioni del corpo femminile nella tradizione ebraica: *“est impur un corps qui ne présente plus de séparation claire entre son intérieur et son extérieur, entre son caché et son visible. Le corps de la femme, jusque dans sa chevelure ou sa voix décrits comme nudité (erva), serait donc perçu comme une zone intime même à sa surface. Concevoir le corps de la femme comme largement ‘muqueux’, c’est le percevoir comme plus poreux que celui d’un homme, comme couvert d’une membrane beaucoup plus fragile ou transparente que celle du masculin. Le féminin serait, dans cette vision, un être de membranes qui se fissurent ou se décrochent. En un sens, la femme serait assimilée à son processus menstruel. [...] La femme est ainsi une porte ouverte entre un côté et l’autre, entre l’intérieur et l’extérieur, entre l’invisible et le révélé, entre la vie et la mort. Le mot féminin, ou femelle, se dit en hébreu ‘nekeva’, ce qui signifie littéralement ‘la trouée’. La femme est, bien souvent dans les textes, l’être percé, l’être orificiel”* (2013: 128-9). La concettualizzazione della donna come aperta (Selby 2008) ha diverse conseguenze sulla gestione del corpo riproduttivo e della gravidanza, che sono analizzate nel corso del presente testo.

La strutturazione di periodi ricorrenti d'impurità (*asuddh*) e di liminalità, portano in evidenza l'incompletezza della donna (Strathern 1993), costruita come tale fin dal menarca e riaffermata come tale ogni mese. Nel suo articolo *‘Making incomplete’* Marilyn Strathern (1993) evidenzia come, spesso, i riti d'iniziazione non sembrano essere intesi a costruire individui completi, ma siano al contrario riti di decomposizione (o di *deconception*: Mosko 1983). *“They take apart a pre-existing set of gender attributes. In that they make the child ‘incomplete’, but completes the person in, of course, the anticipated relationship with a partner. [...] The entity is both a social being and a gendered one.”* (1993: 48). Nel corso della propria vita gli uomini, ma le donne più frequentemente, attraversano un'alternanza di stadi di completamento e decomposizione, di attività e di passività. Lo stato liminale del periodo mestruale corrisponde a una temporanea sospensione della possibilità di manifestare il proprio potere riproduttivo femminile. La fine del periodo d'impurità (*asuddh*) corrisponde

---

<sup>63</sup> Sulla relazione tra sessualità e maternità, si veda Raheja e Gold (1994).

con la riapertura e la riaffermazione della fertilità femminile.

Come evidenzia Eichinger Ferro-Luzzi (1974) nel suo articolo sui periodi impuri della donna in Tamil Nadu, “*female discharge as a bodily emission is very impure, but as blood it is the seat of life and as uterine blood it is connected with fertility*” (1974: 114). L’apparente contraddizione di quest’affermazione risuona nelle parole della *dāī māṃ* musulmana Karima Jāt:

L: Tutti chiamano il sangue [mestruale] impuro (*napāk*), cattivo (*kharāb*), però il sangue serve per fare i bambini.

K: Certo che è necessario, è un prodigio (*kariśmā*) del divino (*kudrat*).

L: Perché allora la gente pensa così male (*burā*<sup>64</sup>) del sangue mestruale (*māsik*)?

K: Nella nostra comunità musulmana non si pensa male (*burā*) ma diciamo che è impuro (*napāk*).

L: Anche se è impuro (*napāk*), non è negativo (*burā*)?

K: No, non lo è.

L: Però è sporco (*gandā*)?

K: È sporco, per questo non bisogna toccarlo. Lavallo, puliscilo e diventa puro (*pāk*), ma non pensiamo sia negativo (*burā*).

L: C’è una differenza tra negativo (*burā*), sporco (*gandā*) e non buono (*acchā nahīm*)?

K: Sì, c’è. [Il sangue mestruale] è buono (*acchā*), ma non può esserlo per la nostra religione (*dharma*). [...] Non c’è nessun male (*burā*), ma per la religione è impuro (*napāk*). Ti rende felice: quando una ragazza di quindici anni non ha il ciclo la madre e il padre si preoccupano. Perché non è ancora arrivato? [Il ciclo] deve venire sicuramente, anche i rapporti sessuali sono necessari, come il parto, ma sono impuri, bisogna lavarsi. Per la religione bisogna essere completamente puri (*pāk*). Per leggere il *Kurān*, fare la preghiera (*namāj*), per andare in una *dargāh*<sup>65</sup> bisogna essere puri<sup>66</sup>.

La *dāī māṃ* Karima riportava l’opposizione del puro (*pāk*) e l’impuro (*napāk*) su un

<sup>64</sup> Nome tradotto da McGregor (1997) come ‘1. Adj. bad, wicked, evil, depraved, base 2. Hurtful, injurious, disagreeable. 3. Ugly. 4. M. evil, wrong. 5. An evil person’ (1997: 742)

<sup>65</sup> Mausoleo di un santo musulmano.

<sup>66</sup> “L: *Khūn ko sab nāpāk boltā hai kharāb boltā hai lekin khūn cāhie na baccā banāe ke lie. K: Vah to cāhie hī kudrat kā kariśmā hai L: Lekin log kyom itnā burā socte haiṃ māsik ke bāre meṃ? K: Hamāre muslim meṃ haiṃ burā nahīm socte lekin nāpāk kahate haiṃ L: To nāpāk burā nahīm hai? K: Nahīm hai. L: Lekin gandā hai? K: Gandā hai islie nahīm chūnā cāhie usko. Nahale dho le to pāk ho jāe burā nahīm samajhte usko. L: Burā aur gandā aur acchā meṃ kyā phark hotā hai? K: Hām hai ātā hai vah acchā āi. Lekin apne dharma ke bāre meṃ nahīm ho sakte [...]burā nahīm hai usmeṃ, magar vah nāpāk hai dharma ko nahīm.. sakte usmeṃ to khuśiyām hai jab javān chokrī hogī 15-1 sāl kī mc nahīm āegī to māṃ bāp ko ciṃtā hogī, kaise nahīm āyā abhī tak. Vah to ānā jarūrī hai, sambandh jarūrī hai, delivery jarūrī hai. Lekin nāpāk hai nahā lena cāhie dharma ke lie sab pāk honā cāhie. Ab qurān parhā namāz parhā, bas.. āpkā dargāh pe jāne ke lie vah sab pāk honā cāhie” (Karima, 2 luglio 2018).*

piano religioso dividendolo dalla necessità sociale e fisiologica del flusso mestruale. Per entrare in contatto con la sfera del sacro è necessario trovarsi in una situazione di purezza (*pāk*) interna ed esterna. Un'idea simile è stata verbalizzata anche da Kamalaben, *devī pujak hindū*, che evidenziava la costruzione umana del concetto d'impuro (*aśuddh*)<sup>67</sup> senza pertanto negare la necessità di condurre una vita pura (*śuddh*) nel corpo attraverso l'alimentazione, le azioni e i pensieri. Tuttavia, le donne descrivevano le condizioni e le azioni che creano una situazione d'impurità (*aśuddh*) con aggettivi come negativo (*kharāb*)<sup>68</sup> e sporco (*gandā*)<sup>69</sup>. La coincidenza semantica tra la categoria dell'impuro e quello della sporcizia comporta che gli atti purificativi abbiano un intento di pulizia<sup>70</sup> e d'igiene sia in senso fisico che psicologico, emotivo e spirituale<sup>71</sup>.

Il ciclo mestruale è considerato purificare il corpo dal sangue corrotto (*kharāb khūn*) e dagli scarti presenti nel corpo e nell' 'utero' (*garbh*)<sup>72</sup>. Secondo la maggior parte delle donne con cui ho parlato, seppur negativo e fastidioso, questa periodica purificazione permette di avere un corpo più sano e meno pronò alle malattie<sup>73</sup>. In quest'ambito, l'incontro del concetto di puro (*śuddh*), pulizia (*saphāī*) e salute (*ārōgya*) ha consentito lo sviluppo di una visione igienista del ciclo mestruale che giustifica le pratiche e i divieti imposti socialmente e culturalmente in questo periodo attraverso una lettura scientifica. Come altre donne, Kusum Sompura, *brāhmaṇa* e nubile, evidenzia questo legame in un suo racconto:

K: Si dice impuro (*apavitra*) nel momento in cui un essere umano è impuro (*aśuddh*).

Poiché sei andato in bagno (*toilet*), vieni in contatto con molti germi (*germs*). Dunque,

<sup>67</sup> “Queste differenze le abbiamo fatte noi. Puro (*śuddh*)/impuro (*aśuddh*), buono (*acchā*)/sporco (*gandā*), tutto questo l'abbiamo creato noi. Il divino (*kudrat*) non l'ha creato, lì tutto è uguale” [K: *Yah phark ham logom ne kiyā hai. Śuddh-Aśuddh, acchā-gandā, ye sab ham logom ne kiyā hai. Kudrat ne nahīm kiyā vahām to sab ek jaise haim*] (Kamalaben, 12 maggio 2018).

<sup>68</sup> Nome di origine araba, tradotto da McGregor (1997) come ‘1. bad, worthless, inferior. 2. Spoiled, contaminated. 3. Ruined, destroyed. 4. Wretched, miserable (state). 5. Corrupt, depraved, indecent, wicked. 6. Violated (a woman)’ (1997: 231).

<sup>69</sup> Nome di origine persiana, tradotto da McGregor (1997) come ‘1. dirty, filthy. 2. Fig. obscene. 3. Stinking, rotten, rancid’. Come verbo (*gandā karnā*), è tradotto ‘to make foul, to pollute, to disgrace’ (1997:249).

<sup>70</sup> Nella lingua *hindī*, la vicinanza tra la pulizia e la purezza si manifesta sempre a livello semantico nella vicinanza tra la parola *saphed*, ovvero bianco, il colore puro per eccellenza e la stessa parola pulizia, *saphāī*, entrambe di origine persiana.

<sup>71</sup> La vicinanza tra queste due categorie ha permesso una rapida diffusione in territorio indiano del concetto d'inquinamento ambientale e di come questo si leghi a concetti religiosi di purezza. Per approfondire si veda Malinar (2010).

<sup>72</sup> Sulla fisiologia del ciclo mestruale, si veda pag. cap.

<sup>73</sup> “K: Sì, è una cosa molto positiva avere il ciclo (*māsik*). [...] Grazie a questo la nostra mente (*mind*) cambia (*change*) e il corpo non si ammala. Per esempio, quando mi si è fermato il ciclo, sono andata in depressione (*depression*).” [K: *Hām, māsik ānā bahut acchī bāt hotī hai. [...] Usse kyā hotā hai hamāra mind change ho jātā hai, bīmārī nahīm āti śārīr meṃ, jaise kyā hotā āi vah māsik baṃd hotā hai na to vah depression meṃ calī jāī hai.*] (Kamla, 10 luglio 2018).

dopo essere andato, lavati, pulisciti (*clean*) poi puoi andare al tempio (*mandir*), perché nel tempio si trova tutta energia positiva (*positive energy*). [...] Nella mia famiglia nessuno crede a queste cose, se sei pura (*śuddh*) o impura (*aśuddh*), ma tutte queste cose molte volte sono provate scientificamente (*scientifically*) che quando una ragazza ha il ciclo (*period*), in quel momento nel suo corpo c'è molto calore (*garmī*). In quel periodo ci possono essere batteri (*bacteria*) che possono creare un'infezione (*infected*) nel suo corpo. Perché noi rimaniamo igieniche (*hygienic*) fino a 4-5 giorni? Perché facciamo attenzione a non andare in nessun luogo inappropriato? Bisogna andare in un bagno pulito per non avere nessuna infezione, per questo. Perché in quel periodo, noi possiamo velocemente sviluppare tante cose<sup>74</sup>.

La qualità corrotta (*kharāb*) del sangue mestruale lo rende, in un linguaggio bio-medico, antigienico e pieno di batteri e germi. D'altra parte, il corpo femminile diventa in questo periodo particolarmente sensibile alle influenze esterne e le pratiche di reclusione sono giustificate come protezione sia sul piano fisico e immunitario sia su quello psicologico. Allo stesso modo, sia in periodo post-parto che nella fase mestruale, il divieto a dedicarsi ai lavori domestici è spiegato 'scientificamente' (*scientifically*) come una necessità fisiologica di riposo<sup>75</sup>.

### ***Vivere la liminalità: divieti e prescrizioni durante la mestruazione***

Le mie interlocutrici si consideravano impure (*aśuddh* o *napāk*) quando si presentava la prima goccia di sangue. Da quel momento deve rispettare le prescrizioni e i divieti in uso

<sup>74</sup> “K: *Aśuddh hai vah insān tabhī āp apavitra bolte haiṃ. Kyomki āp toilet meṃ gāe to bahut sāre germs sab āpne ā jāeṅge to jāke nahāo clean ho jāo phir mandir meṃ jāo kyomki maṃdir meṃ sab positive energy milṭī haiṃ. [...] Mere family meṃ koī is cīz ko belieḡ nahīm kartā hai, aśuddh hai yā śuddh hai, because ye sārī bāt bahut bār scientifically prove huī haiṃ ki jab koī lady period meṃ hai us time uske body meṃ garmī bahut hotī hai aur us time aise bacteria ho saktā hai jo uskī body ko infected kar saktā hai. Hamlog hygienic kyom rahate haiṃ un 4-5 din tak, hamlog kyom khyāl rakhte haiṃ kisī bekār kī jagah pe na jāe, sāph washroom honā cāhie, kyomki hameṃ koī infection na ho islie. Kyomki us time hamlog bahut sāre chize adopt kar sakte haiṃ jaldī se”* (Kusum, 12 luglio 2018).

<sup>75</sup> “K: Gli indiani che credono questo, pensano che una donna (dopo il parto) debba riposare (*rest*) per quaranta giorni. Se lo pensiamo in modo scientifico (*scientific way*) possiamo discuterne perché in passato le donne dovevano lavorare molto. Per esempio, dovevano pulire dalla mattina alla sera, pulire le pentole, pulire il pavimento, passare lo straccio, lavare i vestiti, curare i bambini, cucinare. [...] Secondo me, in passato quando avevi il ciclo (*period*) dovevi riposare per 4-5 giorni, per questo motivo è stato costruito questo sistema (*system*) affinché le donne possano avere 5 giorni di riposo, per questo quelle donne erano tenute (in isolamento) in una stanza.” [K: *Indians meṃ jo belieḡ thā vah ye thā ki 40 din tak us lady ko rest milnā cāhie, agar ham scientific way se us cīz ko soce to hamlog ye discussion pe ā sakte haiṃ because pahale ke time meṃ bahut sārā kām hotā thā ladies ko, like, subah uṭh ke saphāi se leke rāt ko sone tak bartan sāph karo, flooring, mopping karo, kapre dho, baccom ko sambhālo, khānā banāo. [...] Mujhe aisā lagṭā hai, pahale log jaise period meṃ hote the to use 4- 5 din rest milnā cāhie, isīlie aisā system banāyā hogā ki lady ko 5 din rest mile, islie us lady ko room meṃ rakh dete the.*] (Kusum, 12 luglio 2018).

nella sua religione e nella sua famiglia. Come regola generale, essendo in uno stato d'impurità (*asuddh* o *napāk*) una donna dovrebbe astenersi dall'entrare in contatto con l'ambito del puro (*śuddh* o *pāk*) incarnato in un oggetto, una persona, un luogo o una sostanza: sono le prescrizioni religiose come la prassi familiare che definiscono l'ampiezza dell'ambito del puro al quale la donna può avere accesso. Lasciando a uno studio successivo l'analisi dettagliata delle diverse pratiche portate avanti o abbandonate nel tempo dalle diverse donne che ho incontrato, in questo sotto capitolo sono presentate le situazioni più comuni e generali, comparando in particolare due estremi presentati da una famiglia musulmana e da una *brāhmaṇa* hindūista.

Il divieto d'entrare nei luoghi di culto è una delle due pratiche rispettata da tutte le donne che ho incontrato<sup>76</sup>. Il veto può avere una durata simbolica di sette<sup>77</sup> giorni o, in particolare per le donne musulmane, mantenersi fino alla fine effettiva delle perdite di sangue. Per estensione, la donna è sollevata da tutte le pratiche religiose quotidiane o eccezionali e non può entrare in contatto con oggetti legati al culto, come il Corano o altri libri sacri, le offerte predisposte per le divinità, il cibo santificato (*prasād*) e gli idoli (*mūrti*)<sup>78</sup>. Nelle famiglie hindūiste e jainiste, dove è sempre presente un altare domestico, le donne in fase mestruale devono evitare di entrare nella stanza che ospita il tempio, quando è possibile, oppure coprirlo con una tenda per evitare la vista della divinità (*darśan*)<sup>79</sup>. Considerata

---

<sup>76</sup> Parinaz Pestonj Bhujwala, l'unica donna parsi che ho incontrato ha affermato che lo stesso divieto vale nella religione Zoroastriana. Priya, cattolica neo-convertita, seguiva egualmente questo divieto anche se la suocera ha più volte cercato di convincerla che si poteva entrare in chiesa durante il ciclo. Gli studi di Gabriella Eichinger Ferro-Luzzi (1974a) mi portano a credere che la mancanza di restrizioni mostrata dalla suocera sia dovuta più alla sua origine anglo-indiana e alla sua formazione come infermiera dell'esercito che alla sua fede. Infatti, la ricerca condotta in Tamil Nadu (1974a) evidenzia che anche i cristiani condividono l'idea di uno stato d'impurità durante il ciclo mestruale che impedirebbe alle donne di rendersi in chiesa.

<sup>77</sup> Gabriella Eichinger Ferro-Luzzi (1974a), nel suo studio sull'impurità mestruale in Tamil Nadu, evidenzia la ricorrenza di alcuni numeri simbolici. In particolare, il sette, che come numero dispari è considerato di per sé una cifra di buon auspicio, sembra legarsi particolarmente alla fine del periodo d'impurità dato dalla mestruazione. "The love for seven seems to be derived from Mesopotamia. Seven was a holy number among the Sumerians, the cosmic number of the five then known planets plus sun and moon (Heiler 1961/I: 167). Middle Eastern literature teems with sevens and this number is also common in European fairy-tales (the seven dwarfs, the seven kids, the seven flies killed by one stroke, the seven pairs of shoes worn out etc.). The phases of the moon certainly also play a part in the fortune of the number seven, having created the week. This lunar connotation probably accounts for the frequent association of the female cycle with the number seven. It is found in the Leviticus (in, 15, 19) and in Mohammedan Law where Ibn Qudāma affirms that the average length of the monthly flow lasts for 6-7 days (Laoust 1950:16). Ploss (1895/I: 320-323) also reports menstrual restrictions for that period among North American, South-East Asian and African tribes, which should not be influenced by the Middle Eastern preference for seven" (1974: 145).

<sup>78</sup> Le donne *hindū* inseriscono in questo elenco anche la pianta Tulsī (*Ocimum tenuiflorum*), il basilico sacro venerato in tutte le case. Se una donna lo toccasse o lo annaffiasse durante il ciclo mestruale, l'arbusto si corromperebbe all'istante, seccandosi e morendo.

<sup>79</sup> Per approfondire il concetto di *darśan*, si veda Valpey (2010).

l'importanza di molti rituali e feste, alcune donne *hindū* e musulmane hanno raccontato di aver fatto uso di una pillola che blocca l'arrivo del ciclo, permettendole loro partecipare agli eventi religiosi come il *Ramjān* o *Navarātri*<sup>80</sup>. Questa pillola non è prescritta dal medico, ma è richiesta direttamente nelle farmacie. Tuttavia, le mie interlocutrici hanno riportato che ci si può sposare durante il ciclo mestruale.

La purezza (*śuddh*) rituale è la preconditione per comunicare con gli dei e le periodiche fasi d'impurità temporanea impediscono alle donne di assumere funzioni sacerdotali e rituali (Malinar 2010). Data questa alternanza di fasi, le donne devono evitare di portare a contatto con il proprio corpo simboli o nomi di divinità, in particolare maschile, che potrebbero essere corrotti nel periodo delle mestruazioni. Per esempio, mostrandomi i suoi tatuaggi, tipici della regione, composti da forme geometriche sulle braccia, Kamalaben, *hindū devī pujak*, ha sottolineato la loro differenza rispetto a quelli maschili che sono spesso composti dai nomi del dio Kṛṣṇa o Śiva<sup>81</sup>.

L'altra restrizione rispettata da tutte le donne comporta l'astensione ai rapporti sessuali per un periodo variabile tra i tre, cinque o sette giorni simbolici o per l'intera durata delle perdite di sangue. L'unione sessuale in questo periodo è considerata corrompere il corpo del marito causandogli delle malattie. Inoltre, in caso di concepimento, il bambino appena formato (*baccā*) potrebbe essere abortito, trascinato dall'evacuazione del sangue mestruale o seriamente menomato a causa della forza del flusso. Tuttavia, sostenute dai consigli di dottori e *dāī māṃ*, alcune donne segnalavano il quarto giorno dall'inizio del ciclo come il momento migliore per concepire. Durante i primi tre giorni, si ritiene che sia evacuata la maggior parte

---

<sup>80</sup> Festività hindūista dedicata all'adorazione dei diversi aspetti della Dea (Devī).

<sup>81</sup> L'incompatibilità tra la sfera del sacro e quella dell'impuro (*aśuddh*) si manifesta nella costruzione del corpo delle dee nell'hindūismo osservato dalle donne che ho incontrato a Bhuj. Le dee sono venerate come aspetto divino femminile e sono rappresentate antropomorficamente con un corpo di donna. Tuttavia, pur avendo l'aspetto di donna e, come tali la capacità di riprodursi, le dee non sanguinano, non hanno il ciclo mestruale. Questa possibilità, inconcepibile per le donne che ho incontrato, avrebbe, infatti, posto le dee in una situazione d'impurità, incompatibile con la loro natura divina. Per questo motivo, solo le *kumārī* o *kanyā*, le bambine in età prepubere sono venerate come manifestazione della Dea (Devī), mentre con l'arrivo del menarca, le ragazze perdono questo stato e sono invece considerate impure (*aśuddh*). Come ha specificato Kamalaben, *hindū*, le dee non concepiscono attraverso un rapporto sessuale, che le metterebbe ugualmente in uno stato d'impurità (*aśuddh*), ma attraverso la vista (*darśan*): il loro ventre è impregnato quando, con questa intenzione, guardano negli occhi il proprio sposo. L'incompatibilità tra lo stato divino e quello impuro (*aśuddh*), evidenzia allo stesso tempo quanto il femminile sia legato alla riproduzione, che in quest'ambito si spoglia del suo carattere sporco (*gandā*) e corrotto (*kharāb*), manifestandosi pienamente nel suo carattere fausto (*śubh*). Al contrario, uno studio di Jenett (2005) riporta che in Kerala, dov'è diffuso un sistema sociale matrilineare, esiste un forte legame tra le divinità femminili, l'*ananku* (precursore della *śakti*), ovvero il "divine vivifying female power" (2005: 176) e la mestruazione. In questo contesto, ogni volta che la donna sanguina è considerata una manifestazione della dea: il sacro è contenuto ed accessibile attraverso i corpi delle donne. Una concettualizzazione simile è riscontrata anche in Orissa da Apffel-Marglin (1994).

del sangue corrotto (*kharāb khūn*), mentre la bocca del ricettacolo della gestazione (*baccādānī kā muṃh*) è ancora aperta e il sangue fresco (*acchā khūn*) ha rimpiazzato quello corrotto nel ricettacolo del sangue (*khūn kī kothrī*).

Trasgredendo al divieto dei rapporti sessuali, Priya raccontava<sup>82</sup> che il periodo del ciclo è il momento migliore per unirsi al proprio marito, perché in quel momento la donna ha un grande potere sessuale (*sexual power*) grazie alla maggiore presenza di calore dovuto al sangue mestruale. Pur legandosi a una concettualizzazione tantrica del ciclo mestruale<sup>83</sup>, Priya si distingueva dalle altre donne per l'*agency* che dimostrava nei rapporti sessuali, manifestando un'influenza definita da lei stessa 'moderna'.

Per le donne musulmane che ho incontrato, le restrizioni causate dall'impurità del ciclo mestruale si limitano all'evitare ogni contatto con oggetti e luoghi dedicati al culto e all'astensione dei rapporti sessuali. Inoltre, solo il contatto diretto con la sostanza impura, ovvero il sangue, può contaminare gli oggetti o le persone. Questa grande libertà rispetto alle compagne *hindū* o jain, mi ha portato a preferire la compagnia di donne musulmane quando avevo io stessa il ciclo mestruale. Nelle case di famiglie musulmane, la mia impurità periodica non condizionava lo svolgimento della ricerca: potevo interagire ed entrare in contatto con tutti i membri della famiglia, condividere il cibo, assistere alle visite condotte dalle *dāī māṃ* e anche osservare la preghiera quotidiana (*namāḥ*) che le donne compiono in casa<sup>84</sup>.

Le donne della famiglia Joshi, *brāhmaṇa* e aderenti al *Brāhm Samāj*<sup>85</sup>, dovevano rispettare regole molto più restrittive riguardo i loro movimenti. Oltre il divieto a non entrare nella stanza dove è posto il tempio casalingo, non possono recarsi in cucina, sono dispensate da ogni lavoro domestico e devono evitare ogni contatto con le altre persone e con tutti gli oggetti che non siano di plastica. Infatti, ogni materiale è considerato avere un livello determinato di porosità: la plastica risulta impermeabile all'impurità, al contrario del cotone e dei materiali vegetali che sono altamente porosi. Queste restrizioni permettono alla donna di esentarsi da ogni lavoro e di prendersi una vacanza (*chutti*): per questo motivo Harper (1964)

---

<sup>82</sup> “P: See, at that time of period the girls are having more sexual power. She is very hot at that time, the vagina is also very hot that time. The man is mad after that. L: Yes? Because normally people say that you cannot have sex during period? P: For five days... [...] Now a day, everybody is doing wearing precaution and all that. [...] But during period if you having relation with your husband, it's a good sign, once you should have because that attracts your husband towards you. Because vagina at that time is totally like virgin. It's performing as a virgin. Because the heat which your blood is producing that is more pleasurable for man. That is very good at that time. And that time your muscles become narrow. And the thing what excitement you have it's totally a different world” (Priya, 21 agosto 2018).

<sup>83</sup> Per approfondire l'argomento, si vedano White (2006), Urban (2010), Lorea (2018), Hanssen (2006).

<sup>84</sup> In India, solitamente sono solo gli uomini che pregano in gruppo nelle moschee (*masjid*).

<sup>85</sup> Organizzazione riformista socio-religiosa fondata nel 1828 a Calcutta. Per approfondire, si veda Hatcher (2010).

parla di *menstrual vacations*. Solitamente le donne evitano di entrare in casa altrui in questo periodo, se non in caso di grande intimità, per evitare di contravvenire alle restrizioni imposte o di entrare in contatto con uomini estranei. Infatti, è considerato molto sconveniente e imbarazzante (*śarm*) far comprendere a un uomo di avere le mestruazioni e, ancora di più, di entrare in contatto con lui trasmettendo il proprio stato d'impurità (*asuddh*).

Un giorno sono andata a trovare Bana Joshi mentre avevo le mestruazioni. Appena entrata in casa, ho subito detto che avevo il ciclo, permettendo a Bana di organizzare la mia accoglienza. Senza toccarmi, mi ha fatto sedere su una sedia di plastica, predisposta per l'occasione. Per onorare l'ospitalità, mi ha offerto un bicchiere d'acqua e degli stuzzichini in contenitori di plastica che mi ha servito appoggiandoli su un tavolino: nonostante l'impermeabilità della plastica se tutte e due avessimo tenuto il piatto nello stesso momento avrei contaminato la mia ospite. Alla fine dell'incontro, Bana mi ha offerto un sacchetto di plastica, dove ho raccolto i miei rifiuti, promettendo che mi sarei premurata di buttarli fuori dalla casa. Avendo la volontà di rispettare le prescrizioni proprie alla famiglia cui rendevo visita nel corso della ricerca etnografica, presto mi sono sentita limitata dai divieti che avrei dovuto osservare presso le famiglie *hindū* e *jain*. Questo mi ha portato ad evitare le visite nei sette giorni simbolici d'impurità e a preferire le visite con le donne musulmane.

La famiglia Joshi presentava un caso estremo tra le donne che ho incontrato. Tuttavia, è interessante evidenziare la totale mancanza di esempi d'isolamento durante le mestruazioni, attestati in altri contesti indiani (Capila 2004, Eichinger Ferro-Luzzi 1974, Das 2008) e sud asiatici (Ranabhat e al. 2015). Insieme al tempio domestico, la cucina è considerata dalle donne *hindū* e *jain* come il luogo dove bisogna mantenere uno stato di purezza (*śuddh*). Poiché si è quello che si mangia sia a livello fisico, emotivo e spirituale, l'ambiente puro (*śuddh*) della cucina permette di cucinare del cibo puro (*śuddh*), conforme a mantenere un corpo puro (*śuddh*). Anche in questo contesto, i tre concetti di purezza (*śuddh*), pulizia (*saphāī*) e salute (*ārōgya*) si trovano legati nella pratica quotidiana femminile, manifestandosi attraverso una particolare attenzione all'igiene e alla contaminazione dello spazio. Di conseguenza, generalmente, alle donne in stato d'impurità (*asuddh*) è impedito l'accesso in cucina per un periodo che può variare dai tre ai sette giorni dall'inizio del ciclo mestruale.

I cambiamenti sociali e familiari contemporanei hanno portato alcune donne *hindū* e *jain* che ho incontrato a non poter rispettare questa prescrizione, nonostante tutte quante ne riconoscessero l'importanza e la necessità. Negli ultimi anni, a Bhuj era cresciuto il numero di famiglie nucleari rispetto a quelle allargate. La presenza di più donne in un solo nucleo familiare permetteva, quando una di queste è in stato d'impurità (*asuddh*), che le altre si



addossassero le responsabilità domestiche per quest'ultima. Nel caso considerato eccezionale in cui tutte le donne della famiglia abbiano il ciclo, altre parenti, che solitamente abitano nei dintorni, possono passare a preparare i pasti per gli uomini<sup>86</sup>. Al contrario, nelle famiglie nucleari quando si ha il ciclo non c'è nessun'altra donna che può sostituire colei che si trova in stato d'impurità. Inoltre, il fatto che molti uomini si sono trasferiti dalla campagna circostante o da altri stati per trovare lavoro a Bhuj, impedisce alle donne di avere una rete di sostegno nel quartiere che permettesse loro di dispensarsi dal cucinare per diversi giorni al mese durante il ciclo mestruale. Come racconta Nilam Goswami, *brāhmaṇa* che vive da sola con i due figli, le donne sono spesso costrette ad applicare diverse pratiche atte a purificare la propria persona e la cucina per ridurre la qualità e la quantità di contaminazione:

L: Quando hai il ciclo (*mc*) non puoi entrare in cucina?

N: No.

L: Ma tu sei da sola, [i tuoi figli] si preparano da mangiare da soli?

N: No, non cucinano. Io non ho scelta, per tutti tre i giorni devo andare [in cucina]. Se non ci vado, allora chi lo fa per quei tre giorni? Se nei tre giorni [ogni mattina] mi lavo dalla testa ai piedi, lavandomi anche i capelli, poi posso andare [in cucina]. [...] Poi devo pulire la cucina, ovvero i fornelli, il ripiano e il contenitore dell'acqua. Alcune donne lo fanno per cinque giorni, ma almeno per tre giorni lo devi fare<sup>87</sup>.

Considerata la difficoltà ad applicare le prescrizioni che impediscono alla donna di svolgere le proprie normali funzioni sociali, la maggior parte delle restrizioni presentate nel caso della famiglia Joshi sono raramente rispettate pienamente dalle donne che non hanno un contesto familiare che permette loro di sottrarsi ai lavori domestici.

L'analisi delle tre maggiori restrizioni, legate al sacro, al cibo e ai rapporti sessuali, permette di evidenziare una divisione nella temporalità del ciclo mestruale per le donne *hindū* e *jain*<sup>88</sup>. Secondo le donne che ho incontrato di queste due fedi, l'inizio del flusso mestruale segna un periodo di grande impurità (*aśuddh*) che dura tre o cinque giorni. Dopo aver preso una

<sup>86</sup> Le donne *hindū* e *jain* evidenziano che in caso d'emergenza è accettato che una donna mangi il cibo cucinato da un'altra donna in stato d'impurità (*aśuddh*). Al contrario, è considerato molto sconveniente dar da mangiare a un uomo del cibo cucinato durante il ciclo o in altri periodi impuri. Non abituato alla qualità di cui il cibo sarebbe portatore, l'uomo potrebbe ammalarsi gravemente.

<sup>87</sup> "L: *Jab mc hai tab koī kitchen ke andar nahīm jā saktā hai?* N: *Na. L: To āp akele hai to vah log khānā banāte haiṃ?* N: *Na vah log nahīm banāte haiṃ. 3 din tak mujhe to jānā hī hai mere pās koī option hī nahīm hai. Aise hī nahīm jāte to kyā karte haiṃ 3 din tak meṃ jā saktī hūṃ phir 3 din mujhe pūrā snān karnā hai bal bhī dhonā hai. [...] Uske bād kitchen sāph karnā hī. Kitchen means vah cūlhā gas, as well as platform, pānī kā jo maṭkā hotā hai. [...] Kuch aurateṃ 5th day pe kartī hai. Lekin 3rd day to karnā hī paṛtā hai.*" (Nilam 26 marzo 2018).

<sup>88</sup> Secondo gli studi di Gabriella Eichinger Ferro-Luzzi (1974a) anche le donne cristiane concordano nel delimitare due periodi di maggiore e minore impurità.

doccia completa la mattina del quarto o del sesto giorno la donna entra in un periodo di minore impurità e può recuperare la maggior parte delle sue funzioni sociali. Tuttavia, può eseguire le funzioni rituali solo al completo ripristino del proprio stato di purezza dopo sette giorni dall'inizio del ciclo mestruale<sup>89</sup>. In entrambi i casi, la pratica di purificazione si basa sulla qualità purificatrice (*pavitra*) dell'acqua e consiste nel lavare tutto il corpo, capelli compresi. Alcune donne portavano dei vestiti specifici durante questo periodo che poi lavavano a parte per non confonderli con i vestiti quotidiani o con quelli degli altri familiari, poiché l'impurità si trasmette per contatto anche tra i materiali considerati porosi, come i tessuti.

Durante il ciclo mestruale, alcune interlocutrici cercavano di non aumentare il proprio calore (*garmī*) eliminando dalla propria dieta i cibi eccessivamente caldi, come la carne per le donne musulmane, o l'anguria (*tarbūj*) e le spezie piccanti<sup>90</sup>. Tuttavia, alcune donne consigliavano di mangiare molto piccante i primi tre giorni del ciclo per facilitare la fuoriuscita del sangue corrotto (*kharāb khūn*), attraverso un grande apporto di calore (*garmī*).

La presenza del ciclo mestruale non influenza la donna solo perché provoca uno stato d'impurità (*āsuddh*). I dolori fisici, l'imbarazzo (*śarm*) e la scomodità causata dal rispetto delle numerose prescrizioni sono solitamente accompagnati da un'instabilità dell'umore (*mood change*). Kusum Sompura, *brāhmaṇa* nubile, evidenziava che l'avvento del ciclo mestruale elimina le difese della donna rendendola maggiormente sensibile a livello fisico ed emotivo all'ambiente circostante. Secondo lei, le prescrizioni d'isolamento servono proprio per evitare di essere colpite da energie negative (*negative energies*) esterne che potrebbero destabilizzare eccessivamente il corpo femminile.

Nei discorsi delle donne, l'idea che il ciclo mestruale mantenga il corpo femminile in uno stato d'impurità (*āsuddh*) è spesso convertita nella concettualizzazione della donna come essere impuro, ovvero negativo (*kharāb*) e sporco (*gandā*). Shaima, musulmana, ha ammesso che per quanto una donna si purifichi, continuerà a essere impura (*napāk*) e sua madre, la *dāī māṃ* Hazima, evidenziava fatalmente che “È stato il divino (*bhagvān*) a farci cattive (*kharāb*)”. L'aspetto inconfortabile che l'incorporazione di questo concetto comporta è stato così espresso dalla *dāī māṃ* Karima Jāt:

K: Nel cuore rimane il sentimento che sono impura (*napāk*), che non posso fare le preghiere (*namāj*), non posso leggere il *Kurān*. Nel cuore continua a restare quest'idea. Ora sono impura, ora ho condotto il tuo parto quindi non posso toccare

<sup>89</sup> Alcune donne compiono la purificazione finale, ovvero una doccia completa, la mattina del settimo giorno mentre altre la mattina dell'ottavo giorno.

<sup>90</sup> Sulla dieta delle ragazze e delle donne durante il ciclo mestruale, si veda Eichinger Ferro-Luzzi (1973a) e Dube (1988).

nessuna cosa religiosa (*dharm*). Io ho questo sentimento, che sono impura. Dopo essermi lavata allora mi dico che sono diventata pura (*pāk*)<sup>91</sup>.

La continua attenzione al proprio stato riportata dalla *dāī māṃ* Karima Jāt permette di evitare ogni possibile violazione delle prescrizioni. Ogni trasgressione, volontaria o involontaria, si trasforma in una colpa (*pāp*) alla quale la donna deve rispondere nel momento della morte o che deve espiare nella vita terrena. Nel calendario religioso hindūista è celebrata una festività specifica per purificare le donne dalle colpe (*pāp*) compiute nel corso dell'anno durante il ciclo mestruale. Il quinto giorno dopo la luna nuova del mese di *bhādrapada* (agosto/settembre), le donne nel periodo fertile<sup>92</sup> festeggiano *ṛṣi pañcmī*<sup>93</sup>, durante il quale si rende omaggio ai *ṛṣi*<sup>94</sup>, i poeti degli inni sacri del Ṛgveda.

Al mattino, le donne *hindū* si recavano alla Khari Nadi<sup>95</sup>, il fiume che scorre accanto a Bhuj dove si trova il tempio dei sette *ṛṣi*, e si bagnavano facendo passare l'acqua del fiume attraverso un colino (*cālṇī* in *gujarāti*) che posizionano in cima alla propria testa<sup>96</sup>, recitando dei *mantra* (formule sacre). L'acqua che scorre dalla cima della testa fino ai piedi è considerata purificare tutto il corpo femminile dalle colpe (*pāp*) commesse, rendendolo puro (*śuddh*). Il colino, un oggetto domestico femminile usato anche in altre celebrazioni, come *Karvā Cauth*, simboleggia la divisione tra il bene e il male, il puro e l'impuro. In seguito, le donne si vestivano con abiti da festa, rendevano omaggio ai *ṛṣi* e in gruppo si raccontava la storia della festa di *ṛṣi pañcmī*, una narrazione educativa che ha lo scopo di riaffermare il significato della celebrazione e di esaltare le qualità ideali della donna. Anche se questa ricorrenza è dedicata alle donne e alla mestruazione, è vietato prendere parte alla cerimonia a chi in quel momento è in fase mestruale e per questo motivo, purtroppo, non ho potuto assistere al rito.

<sup>91</sup> “K: *Rahatā hai dil meṃ maiṃ nāpāk hūṃ, maiṃ namāz nahīṃ paṛh saktī, qurān nahīṃ paṛh saktī. Yah dil meṃ khyāl rahatā hai. Abhī maiṃ nāpāk hūṃ. Abhī maiṃ terī delivery karāi to maiṃ kisī ko chū nahīṃ saktī, kisī dharmā kī cīz ko chū nahīṃ saktī, mujhe aisā mahasūs hotā hai maiṃ nāpāk hūṃ, jab nahā liyā to mān se ho gāyā maiṃ pāk ho gāyī*” (Karima, 2 luglio 2018).

<sup>92</sup> Ovvero chiunque abbia avuto il menarca e non sia ancora entrata in menopausa.

<sup>93</sup> Oltre che in Gujarat, *ṛṣi pañcmī* è celebrata in Maharashtra (Kosambi 1991) e in Nepal (Ahearn 1998, Bennett 1976, Holland e Skinner 1995), anche se in particolare in quest'ultimo stato è molto più complessa di quella celebrata a Bhuj.

<sup>94</sup> Per approfondire, si veda Witzel (2010).

<sup>95</sup> Alcune donne non si recano più al fiume ma compiono lo stesso rituale in casa sotto la doccia.

<sup>96</sup> L'azione di far scorrere dell'acqua sopra la testa simboleggia il ciclo mestruale. Per questo motivo molte donne *hindū* affermano che per farsi venire il ciclo quando è in ritardo è sufficiente farsi una doccia completa. Inoltre, in alcune *jāti* (caste) si vieta alla donna di lavarsi i capelli per tutta la durata della gravidanza (si veda il capitolo 4) proprio per evitare l'arrivo del ciclo mestruale che causerebbe un aborto spontaneo.

### ***Pratiche d'igiene mestruale: assorbenti e tessuti di cotone***

L'impurità (*aśuddh*) del sangue mestruale ha conseguenze importanti sulle pratiche igieniche adottate durante il ciclo mestruale. Su trenta donne intervistate solo una piccola maggioranza (13 donne) utilizzava degli assorbenti igienici esterni, mentre una buona parte (9 donne<sup>97</sup>) continuava ad utilizzare i tessuti (*kapṛā*). Termine *hindī*, di origine austro-asiatica, traducibile letteralmente come 'cloth, clothing, garment' (McGregor 1997), *kapṛā* è usato solitamente per metonimia dalle donne musulmane per designare anche il ciclo mestruale. Con questo vocabolo si designano diversi tipi di materiali che sono usati giornalmente nel periodo mestruale. La maggior parte delle donne comprava al mercato per quest'uso specifico del tessuto economico di cotone al metro, solitamente di colore rosso o nero<sup>98</sup>. In caso di emergenza o se non si riusciva a far fronte a questa spesa<sup>99</sup>, alcune donne affermavano di aver utilizzato vecchi vestiti usati, preferibilmente di cotone. Solo nella famiglia della *dāī māṃ* Karima Jāt si utilizzavano dei rettangoli di cotone spessi un dito, tinti di rosso, che si trovano sempre al mercato. Leggermente più costosi, sono però utilizzati più a lungo del semplice tessuto di cotone al metro. I panni (*kapṛā*) sono solitamente impiegati più di una volta, dopo essere stati lavati, e sono periodicamente gettati o bruciati. Dato il carattere impuro (*aśuddh*) della mestruazione, mostrare questi tessuti in pubblico o a degli uomini è considerato molto imbarazzante (*śarm*) e per questo motivo sono solitamente tenuti lontano dagli effetti personali degli uomini di casa, nascosti nel bagno o in qualche nascondiglio esterno. Quest'utilizzo non permette di lavare e asciugare in modo igienico i tessuti, favorendo lo sviluppo d'infezioni vaginali e al tratto urinario.

Gli studi quantitativi e qualitativi che si sono interessati delle pratiche d'igiene mestruale in India (Juyal, Kandpal e Semwal 2014, Garg e Anand 2015, Van Eijk e al. 2016, Ray e al. 2010, Garg, Sharma e Sahay 2001) e in particolare in Gujarat (Shah e al. 2013, Tiwari, Oza e Tiwari 2006, Verma e al. 2011), evidenziano la persistenza dell'utilizzo di tessuti (*kapṛā*), anche se questo fenomeno sembra diminuire col passare degli anni. A Bhuj, le attività sostenute dall'ONG *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS) hanno permesso di sensibilizzare le ragazze sui benefici degli assorbenti igienici. In particolare, per favorire il loro utilizzo, hanno promosso l'inserimento di un distributore di assorbenti nei bagni

<sup>97</sup> Non sono a conoscenza del metodo utilizzato da sei donne su trenta, mentre due donne utilizzavano entrambi, sia gli assorbenti sia i tessuti (*kapṛā*).

<sup>98</sup> Una donna *hindū* ha invece specificato di non usare il colore nero durante il ciclo mestruale, poiché la sua qualità negativa potrebbe avere un'influenza sulla donna che in questo periodo è particolarmente sensibile. Per approfondire la visione dei colori in India, si veda come esempio Beck (1969).

<sup>99</sup> Un metro di tessuto è solitamente sufficiente a coprire il bisogno mensile di una donna che ha una perdita di sangue relativamente bassa e costa al massimo 20 rupie, ovvero 0,25 euro.

femminili di qualche scuola. Tuttavia, nel corso delle loro attività ludico-educative, i membri dell'ONG, in maggioranza donne di ceto e casta alta, promuovevano un approccio bio-medico al ciclo mestruale, screditando le prescrizioni e i divieti diffusi tra le famiglie delle ragazze. Il non tener conto di queste pratiche non permetteva di comprendere la difficoltà che possono derivare dall'utilizzo degli assorbenti igienici.

Secondo le donne che ho incontrato a Bhuj, i maggiori inconvenienti degli assorbenti, rimarcati anche da chi ne usufruisce, sono il costo<sup>100</sup> e la difficoltà di eliminazione. Considerata la mancanza di un sistema di raccolta rifiuti, la spazzatura è solitamente ammassata in discariche informali nei terreni vuoti dei quartieri. Le pezze (*kaprā*), una volta lavate si mimetizzano facilmente tra gli altri scarti, mentre è sconveniente e imbarazzante (*śarm*) avere degli assorbenti in giro per il quartiere<sup>101</sup>. Prima di essere gettati, tutte le donne si curavano di lavare bene gli assorbenti usati per non lasciare nessuna traccia di sangue mestruale, poiché qualunque essere o oggetto entra in contatto con del sangue è contaminato dall'impurità (*aśuddh* o *napāk*) della sostanza. In particolare, le donne che ho incontrato ritenevano che se un serpente<sup>102</sup> avesse visto o toccato il sangue mestruale, sarebbe diventato cieco e, come punizione per questa grave colpa, la donna da cui il sangue proveniva sarebbe diventata sterile. Il fatto di dover lavare anche gli assorbenti per evitare di macchiarsi di questa colpa rendeva l'utilizzo di questo metodo più disagiata.

---

<sup>100</sup> Un pacco di 30 assorbenti costava minimo 250 rupie, ovvero 3 euro e la loro assorbenza è considerata essere più bassa dei tessuti (*kaprā*).

<sup>101</sup> Gli assorbenti sono solitamente raccolti in sacchetti di plastica prima di essere gettati. Per prevenire che gli animali, come i cani o le vacche che girano liberamente nella città, li rompano disperdendo il contenuto, i sacchetti sono appesi sugli alberi.

<sup>102</sup> Shah e al. (2013) riportano la stessa concezione, mentre in (Garg 2001) lo stesso può accadere agli uomini. Solo Soraya, musulmana, ha esteso questa preoccupazione verso tutti gli animali. Sul simbolismo dei serpenti in India, si vedano Vogel (1924), Sinha (1979), Bhattacharyya (1965).

## CAPITOLO 4

### ‘DUE VITE IN UN CORPO’: NARRARE IL CORPO GRAVIDO

#### CONTENERE LA DIMENSIONE POROSA DEL CORPO DURANTE LA GRAVIDANZA

##### *Corpo gravido e corpo materno*

La gravidanza è l'unico periodo nella vita adulta di una donna in cui si verificano importanti cambiamenti corporei con sorprendente rapidità, i quali forgianno una nuova corporeità (Leifer 1980). L'esperienza della gravidanza s'intreccia su dimensioni diverse, fisiologica, psicologica, spirituale e socio-culturale, e comporta a livello sociale una regolamentazione del corpo attraverso un'attenzione particolare e un trattamento specializzato (Davis-Floyd 1996). Nella città di Bhuj, ma anche in altri luoghi dell'India (Jeffery, Jeffery e Lyon 1989, Hancart Petitet 2007, Van Hollen 2003) la donna incinta deve rispettare una serie di accorgimenti e di restrizioni che la portano a partecipare attivamente al modellamento del bambino in utero. Durante questo periodo, la corporeità femminile è normata e controllata, agevolando la costruzione e l'incorporazione del corpo materno, sia nel senso di un corpo che 'ammaterna' (*mothering*) sia di un corpo proprio a una madre. La parziale sospensione o rinforzamento di alcune norme, permette di plasmare il corpo gravido che si pone come liminare tra il corpo di una donna e quello di una madre. Dopo aver presentato nel capitolo precedente come si configura l'esperienza del corpo femminile durante alcuni momenti riproduttivi specifici, ovvero la mestruazione, i rapporti sessuali e la menopausa, il presente capitolo approfondisce il periodo della gravidanza.

Le mie interlocutrici consideravano il corpo gravido come poroso e trasparente. La fisiologia della gravidanza rende il corpo femminile più caldo del solito, accentuando quelle qualità che già si trovano già nel corpo mestruante: un corpo 'aperto' (Selby 2008), che

trasgredisce le frontiere, lasciando uscire quello che dovrebbe rimanere dentro i limiti corporei<sup>1</sup>. Tuttavia, queste caratteristiche si scontrano con la necessità, durante la gravidanza, di preservare il bambino all’interno del grembo per nove mesi. Attraverso posizioni fisiche di chiusura e una dieta particolare, la donna deve allenare il proprio corpo a sviluppare delle capacità che in precedenza le erano estranee: la stabilità, la chiusura, il contenimento, il controllo. Inoltre, secondo le donne che ho incontrato, le norme alimentari e comportamentali<sup>2</sup> da seguire durante la gravidanza hanno anche il doppio scopo di favorire lo sviluppo psico-fisico e spirituale del bambino in grembo e di allenare il corpo a condurre un buon parto vaginale.

Attraverso la sorveglianza dell’alimentazione e del comportamento, nella sua tripartizione in azione, pensiero e parola, la donna modella la propria corporeità e identità e al contempo quella del bambino. Infatti, non solo tutto quello che la madre fa, pensa e dice ha un’influenza diretta sullo sviluppo prenatale del figlio, ma la trasparenza del corpo permette a quest’ultimo di manifestare all’esterno la propria presenza e identità. L’umanizzazione del feto permette il suo inserimento nel tessuto sociale come essere singolo e collettivo (Walentowitz 2005). Lo sviluppo della gravidanza va di pari passo con una doppia antropopoesi (Remotti 2013) che ha lo scopo non solo di creare un nuovo essere umano, ma anche una nuova madre.

Le discrepanze tra l’immagine che le donne mi hanno trasmesso attraverso la parola e le esperienze vissute, evidenziano come le donne negozino attivamente le costruzioni discorsive che circondano il corpo gravido. L’immagine corporea si costruisce attraverso un processo dialogico (Gleeson e Frith 2006), dove le rappresentazioni dominanti sono coinvolte in modo attivo e sono interpretate o trasgredite di volta in volta dalle donne. Come evidenzia Niranjana nel suo studio sul legame tra l’identità femminile, la sessualità e l’agency, *“an attentiveness to the body, to how, in particular, women’s bodies are lived and imaged, how they are spoken about and perceived, and the convergence of other narratives upon them—such as narratives of community, honour, morality, nation, etc.,—as well as how women respond to these mediations, would allow us to trace the various dimensions coalescing on*

---

<sup>1</sup> Questa costruzione del corpo femminile non è tipica solo del subcontinente indiano: ne troviamo alcune tracce anche nella società occidentale. Come hanno dimostrato Martin (1987) e Douglas (1993), le ideologie di genere definiscono spesso i corpi delle donne come incontrollabili e privi di autonomia o limiti definiti rispetto ai corpi degli uomini.

<sup>2</sup> Nella letteratura medica ayurvedica, il controllo dell’alimentazione (*āhāra*) e del comportamento (*ācāra*) che si declina nella sua triplice forma di azione, parola e pensiero, fa parte delle quattro terapie utilizzate per il ripristino della salute. Le altre due sono la purificazione (*samsodhana*) e la pacificazione (*samsamana*) (Zimmermann 2006). L’attenzione al cibo e al comportamento s’iscrive quindi in una tradizione medica, che si articola nel quotidiano come un’attenzione e un controllo atto a mantenere un equilibrio mentale, fisico e spirituale.

*the question of women’s agency*” (1999: 4). La ricerca sul campo ha potuto portare alla luce sia la costruzione del corpo immaginato sia quello vissuto, mostrando come la relazione fra queste due corporeità sia negoziata e agita diversamente secondo le situazioni e il bisogno. Tuttavia, l’adattabilità delle norme nella pratica quotidiana non intacca la presenza di un regime discorsivo sulla gravidanza, condiviso e accettato dalle donne che ho incontrato, che si pone come riferimento ideale.

### ***Fabbricare una nuova vita: lo sviluppo prenatale del bambino***

Le narrazioni delle donne riguardo lo sviluppo fisiologico della gestazione hanno permesso di evidenziare i modelli esplicativi che sono alla base delle prescrizioni e i divieti. Con il concepimento, che avviene grazie all’incontro tra lo sperma e il sangue mestruale, si forma una piccola coagulazione circolare (*gol*) di sangue<sup>3</sup>. In un primo periodo, è la sola e continua accumulazione di questo fluido rosso nel ricettacolo della gestazione (*bacce kī kothrī*) che permette lo sviluppo del bambino. Il termine *hindī* per tradurre feto o embrione è *bhrūṇ* o *garbh*, ma nessuno di questi due termini era impiegato dalle donne che ho incontrato, che fin dal concepimento, parlavano di bambino al maschile, ovvero *baccā*, vocabolo usato indistintamente per definire la progenie prima o dopo la nascita<sup>4</sup>.

Durante il primo trimestre, il processo di formazione è lento e il bambino è rappresentato nei disegni con una forma non umanizzata (Figura 1). Grazie al calore del ricettacolo femminile, il sangue si rapprende attorno al prodotto del concepimento, prima come una massa circolare o ovoidale che rappresenta il tronco<sup>5</sup>, poi, nel secondo trimestre, da questo agglomerato si dipartono le cinque membra (gambe, braccia e testa). La qualità del sangue materno determina le caratteristiche fisiche, psicologiche e spirituali che costituiscono il neonato. In questo periodo, un’alimentazione nutriente ed equilibrata, ovvero controllata nell’apporto di calore (*garmī*), consente il regolare sviluppo prenatale del bambino. Nelle prime settimane il rischio di un aborto spontaneo è molto alto: il calore e l’accumulo del sangue, entrambi necessari alla crescita di un essere umano, possono stimolare l’apertura della bocca del ricettacolo femminile (*baccādānī kā muṃh*), causando la caduta del prodotto del

<sup>3</sup> Jeffery, Jeffery e Lyon (1989:255) riportano che in Uttar Pradesh, il feto è chiamato *māms kā golā* ‘palla di carne’ o *golā kā piṇḍā* ‘corpo rotondo’, facendo riferimento a questo primo stadio.

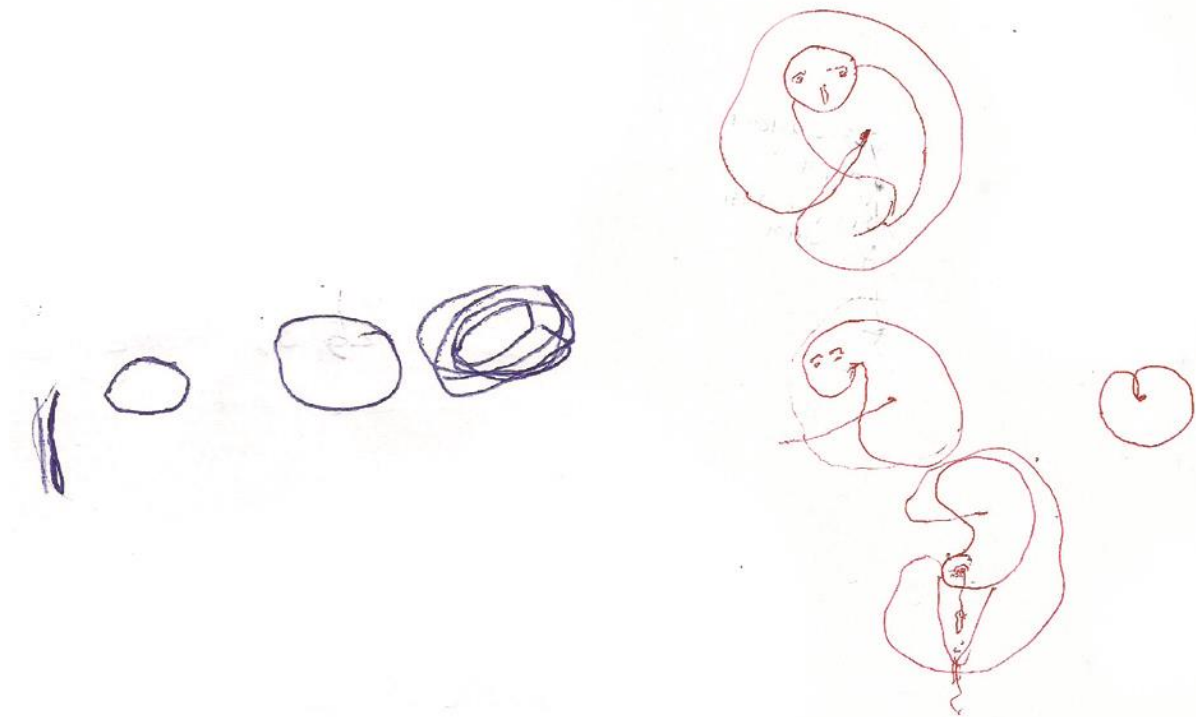
<sup>4</sup> Allo stesso modo, nella tesi non introduco nessuna distinzione tra feto, embrione e neonato, utilizzando indistintamente il termine bambino e i suoi sinonimi.

<sup>5</sup> “All’inizio il bambino è rotondo (*round*), grande così. Poi cresce e diventa grande così. Fino ai tre mesi non ha una forma (*shape*), è un tondo (*gol*)” [*To pahale matlab baccā round hai itnā phir yaha barā barā aisā hotā jātā hai. To 3 mahīne tak vaha shape nahī hai vaha gol hī hai*] (Nilam, 26 marzo 2018).



concepimento. Questa possibilità è legata alla rappresentazione del corpo femminile come caldo, aperto, poroso e instabile, caratteristiche che si oppongono al buon avanzamento della gravidanza. Il corpo gravido è quindi controllato e contenuto al fine di preservare lo sviluppo della nuova vita attraverso l'alimentazione e il comportamento.

Il cordone ombelicale (*nāl*<sup>6</sup>, *nābhināl*<sup>7</sup>, *nāl*<sup>8</sup>) si forma nel corso del quarto mese, permettendo al bambino di essere nutrito con il cibo e l'acqua che la madre ingerisce. Solitamente, le donne che ho incontrato fanno coincidere questo cambiamento con l'inizio dei primi movimenti in utero, segno che l'anima (*ātman* per gli hindūisti e *rūḥ* per i musulmani) è discesa nel bambino. Dopo questo momento, il corpo acquista un aspetto umano, si formano le membra, crescono i capelli e i peli e si costituiscono i cinque sensi (Figura 2). Alcune donne che ho incontrato affermavano che il momento della discesa dell'anima varia secondo il sesso del nascituro: le bambine si animano prima, tra i quattro e quattro mesi e mezzo; i



**Figura 1 (a sinistra)** - Lo sviluppo prenatale di un bimbo durante il primo, terzo, quinto e quindicesimo giorno dal concepimento (Kamalaben, 17 agosto 2017).

**Figura 2 (a destra)** - Il bambino dopo la formazione del cordone ombelicale (Kavita, 11 luglio 2018).

<sup>6</sup> Nome *hindī* utilizzato anche in *gujarātī*, traducibile letteralmente secondo Sharma (2004) come ‘asta, stelo, tubo’ e in anatomia come ‘gola, esofago’. Nel corso della mia ricerca, questo termine era usato per definire sia il cordone ombelicale che la placenta.

<sup>7</sup> Nome *gujarātī*, traducibile letteralmente come ‘tubo dell’ombelico’.

<sup>8</sup> Nome *hindī*, traducibile letteralmente come ‘piccolo tubo’ (Sharma 2004).

maschi solo verso i cinque mesi<sup>9</sup>. Questa differenziazione dipende dal precoce sviluppo del corpo femminile, al contrario di quello dei maschi la cui crescita è più lenta. Sempre al quarto mese, secondo le donne, si sviluppa il sesso del bambino: nel primo trimestre l’organo genitale non è ancora manifesto anche se il divino (*bagvān*) ha già assegnato un genere.

La discesa dell’anima e la costituzione di un legame tra il corpo del bambino a quello della madre attraverso il cordone ombelicale consentono una maggiore stabilità della gravidanza, riducendo i rischi di aborto spontaneo. Allo stesso tempo, questo collegamento comporta una maggiore influenza della madre e dell’ambiente circostante sullo sviluppo prenatale. Il cordone ombelicale (*nāl*) parte dall’ombelico del bambino e si collega con la parte interna dell’ombelico della madre. Tutto quello che la donna mangia, dopo essere stato digerito, è trasmesso dal suo stomaco a quello del bambino passando attraverso l’ombelico (della madre) e il cordone ombelicale. Per altre donne, il cordone ombelicale del bambino attraversa l’‘utero’ (*garbh*) e si lega direttamente allo stomaco della madre (Figura 3), dove riceve il nutrimento (*poṣaṇ*) già decomposto in forma liquida. Kamalaben, nonna *devī pujak*, parlando di come il bambino si nutre, ha comparato il corpo femminile a un albero sul quale cresce un fiore: il bambino.

K: C’è un albero. Se versi dell’acqua a un albero, l’acqua arriverà anche al fiore che crescerà. Succede così, no? Se non innaffi l’albero, come potrà l’acqua arrivare fino al fiore? E a che cosa è unito il fiore? Al ramo (*ḍālī*), il suo destino è legato al ramo, come all’albero<sup>10</sup>.

L’analogia con l’ambiente naturale è molto comune nelle narrazioni delle donne e riprende il sapere dell’*āyurveda* antico, dove si rileva una continuità tra le piante e gli esseri umani. Il regno vegetale fornisce modelli esplicativi utili per la costruzione di un’immagine corporea, attraversata da fluidi che richiamano la linfa vegetale (Zimmermann 2006). In questa immagine, il ramo a cui è appeso il fiore sembra far riferimento al cordone ombelicale, attraverso il quale il bambino è nutrito.

Le narrazioni raccolte non chiariscono quando si forma la placenta (*nāl*<sup>11</sup>, *melī*<sup>12</sup>, *or*<sup>13</sup>),

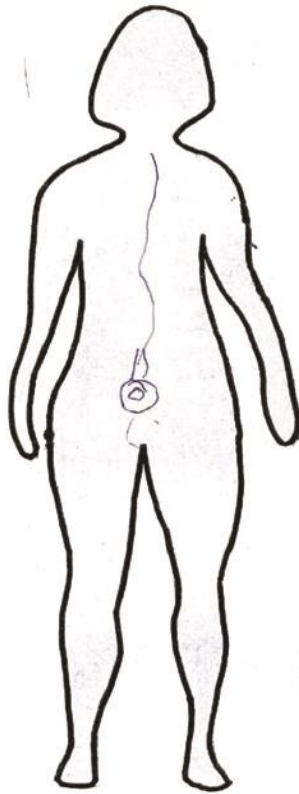
<sup>9</sup> Jeffery, Jeffery e Lyon (1989:76) riportano una concezione simile in Uttar Pradesh.

<sup>10</sup> “K: *Peṛ hai peṛ meṃ pānī ḍalte haiṃ to uskā phal meṃ pānī jātā hai phal baṛhā hotā hai. Hotā hai na? Ab peṛ meṃ pānī nahīṃ ḍaleṃge to phal ko pānī kaise jāegā. Ab phal kisse juṛā huā hai. Ḍālī meṃ. Ḍālī kismat juṛī huī hai peṛ meṃ waise.*” (Kamalaben, 30 marzo 2018)

<sup>11</sup> Nome *hindī* utilizzato anche in *gujarātī* (*nāl*), traducibile letteralmente secondo Sharma (2004) come ‘asta, stelo, tubo’ e in anatomia come ‘gola, esofago’. Nel corso della mia ricerca, questo termine era usato per definire sia il cordone ombelicale che la placenta.

<sup>12</sup> Nome *gujarātī*.

<sup>13</sup> Nome *gujarātī*.



**Figura 3 (a sinistra)** - Come si nutre un bambino nella fase prenatale (Kamalaben, 25 agosto 2017).

**Figura 4 (a destra)** - “Due vite in un corpo al quale bisogna dare doppia attenzione”. Poster per promuovere la salute materna nel programma RMNCH+A (Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health) (<https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=3&sublinkid=840&lid=279>)

la cui parziale omonimia con il cordone ombelicale e il loro legame possono fare supporre una concomitanza anche nella loro creazione. Le mie interlocutrici affermavano che la placenta si costituisce a partire degli scarti di sangue cattivo (*kharāb khūn*) che si trovano nel ricettacolo della gestazione e non sono utili allo sviluppo del bambino. Nelle narrazioni, la placenta era nominata soprattutto quando si descriveva il parto, momento in cui riceve un’attenzione particolare. Nell’esposizione dello sviluppo prenatale, al contrario non si dava molta importanza a questo compagno uterino del bambino: l’ospedalizzazione del parto sta, infatti, contribuendo a far perdere l’interesse verso la placenta.

Negli scritti di Chawla (2006a), dove è riportato il sapere delle *dāī māṃ* di diverse regioni dell’India, la placenta è definita come una seconda madre del bambino. Nel testo, Chawla scrive: “*One dai said ‘We never throw the placenta away. The child is so dear to us, so is the placenta dear to us. For nine months it has protected and supported the baby, so how can we throw it away?’ Dais consider the placenta to be the flower and the baby, the fruit. [In t]he afterbirth, [...] how the placenta is treated is believed to affect the well being of the child. These rituals honouring the placenta assume vital correlations between the human body and*

*the earth body. And the dai negotiates these worlds and the embodied maternal-newborn relationship*” (2006a: 57). Tuttavia, l’immagine del bambino come frutto e della placenta come fiore, in analogia con il mondo vegetale, non è stata richiamata dalle donne che ho incontrato, le quali comparano la placenta piuttosto a un cestino, dove sono raccolti gli scarti della digestione e dello sviluppo perinatale. Questi altrimenti, risiederebbero a stretto contatto con il bambino, avvelenando il suo ambiente.

La placenta si forma, secondo le donne che ho incontrato, al di fuori del sacco amniotico (*garbh*<sup>14</sup>), all’interno del ricettacolo uterino (*bacce kī kothrī*) dove galleggia nel liquido amniotico. Il bambino si trova allora da solo nel sacco amniotico, in un ambiente asciutto, dove respira grazie alla presenza dell’aria. Secondo altre donne, il bambino è circondato dal liquido amniotico, attraverso il quale riceve l’ossigeno, come un pesce<sup>15</sup>. Solo dopo la nascita, il divino (*bagvān*) dà la capacità di respirare l’aria e di parlare al neonato che, dentro la pancia, non può piangere.

Alla fine del secondo trimestre, il bambino ha acquisito la forma di un essere umano, e nei restanti tre mesi dovrà solo ‘maturare’ (*pakkā*) e rinforzarsi, ma potenzialmente se nasce al settimo mese può sopravvivere. Per questo motivo, in questo mese la donna compie il rito di *god bharāī*<sup>16</sup> e si trasferisce dai *maikā* (la famiglia natale della donna) dove si prepara al parto. Un bambino in salute è considerato nascere alla fine del nono mese, o per altre donne dopo nove mesi e dieci giorni. Solitamente le donne sono più preoccupate di una nascita prematura (prima delle trentasei settimane) che di un ritardo nell’inizio del parto: più il bambino rimane nel grembo, più potrà ‘maturare’ e rinforzarsi.

### ***Fabbricare il corpo gravido: lo sviluppo fisico della donna***

Quando parlavano di gravidanza, le donne che ho incontrato si riferivano a questo periodo con il nome inglese *pregnant/pregnancy* o con delle perifrasi che evidenziavano il luogo della gestazione (*baccā peṭ me honā/rahnā*, lett. ‘il bambino è/sta nel grembo’) o l’esistenza del bambino (*baccā honā/rahnā*, lett. ‘il bambino c’è/si è stabilito’). I termini *hindī garbhvatī* e *garbhiṇī* o il *gujarātī sagarbhā* erano invece poco usati.

<sup>14</sup> Le donne chiamavano *garbh* sia i ricettacoli femminili che le membrane.

<sup>15</sup> Per esempio, alla vista della foto che ritraeva mia cognata che si sottoponeva a un monitoraggio cardiocografico fetale in gravidanza, la *dāī māṃ* musulmana Hazima alla vista di tutti quei tubi, ha pensato che le stessero cambiando il liquido amniotico per facilitare la respirazione del bambino: un tubo faceva uscire il liquido materno corrotto, mentre un altro iniettava dentro il *glucose*. Molte donne ritengono che il *glucose*, nome dato al liquido trasparente che è somministrato attraverso le flebo, contenga ossigeno e di conseguenza, secondo la *dāī māṃ* Hazima, sia di natura simile al liquido amniotico.

<sup>16</sup> Per l’analisi di questo rito, si veda il prossimo sotto capitolo.

La conoscenza dello sviluppo prenatale del bambino orienta la gestione del corpo femminile durante questo periodo. Le narrazioni delle donne che ho incontrato a Bhuj, dipingono un’immagine della gravidanza conforme ai codici morali e sessuali che dominano la società indiana contemporanea, che mirano al contenimento e al controllo del corpo femminile. L’importanza di modellare un buon bambino senza malformazioni, comporta la necessità di riconoscere il prima possibile l’inizio della gravidanza per poter subito adottare le norme alimentari e comportamentali appropriate. Nel corso delle conversazioni, le donne che ho incontrato evidenziavano la nausea, le vertigini e l’assenza del ciclo mestruale come sintomi rilevatori di una gravidanza. Il solo ritardo delle mestruazioni non è sufficiente, soprattutto se si considera l’alta frequenza di disturbi mestruali<sup>17</sup>. Nei racconti delle sue tre gravidanze Nilam Goswami, *hindū*, citava la nausea come sintomo chiave per capire di essere incinta:

N: Dopo dieci giorni di ritardo inizia il vomito e così in quel momento capisci che dentro una vita c’è un’altra vita (*ek jān ke andar dūsrī jān hai*) [...] e succede che la tua natura (*nature*) cambia (*change*). L’intera vita cambia, quindi alcune cose che non ti piacevano prima della gravidanza, ora iniziano a piacerti<sup>18</sup>.

La formula citata da Nilam vuole mostrare l’eccezionalità dello stato di gravidanza, quando un corpo contiene due vite. La stessa idea è utilizzata come motto in diverse campagne governative per sensibilizzare le famiglie alle buone pratiche da attuare in questo periodo (Figura 4). La convivenza tra queste due vite comporta un’influenza continua reciproca, che rende ogni esperienza della gravidanza unica.

<sup>17</sup> Per accertarsi dell’avvenuto concepimento, le donne possono comprare un test di gravidanza, che si trova al modico prezzo di 50 RS (0,60 €) in ogni farmacia. Le meno esperte o quelle che cercano di avere un po’ di *privacy*, si possono recare dalle *dāī māṃ* dove sono aiutate a fare il test e dove il controllo diretto di questa donna esperta permette di avere un esito più sicuro. Nel corso della ricerca ho raccolto molte testimonianze di errore negli esiti dei test di gravidanza che possono essere causati da diversi fattori, come il mal utilizzo. Spesso, la grande variabilità degli esiti portava le donne a dubitare dell’efficacia di questo mezzo. La bassa affidabilità di questi test hanno portato le donne che se lo possono permettere a recarsi nell’ospedale governativo per fare l’UPT, *urine pregnancy test*. Pur essendo gratuito, non tutte le donne hanno la possibilità di trovare un’accompagnatrice disposta a perdere la giornata in ospedale, ambiente non adatto a una donna. Per approfondire come le restrizioni spaziali legate all’ineguaglianza di genere influenzino l’accesso ai servizi medici, si veda Chasles (2009).

<sup>18</sup> “N: *Hām ek mahīnā yā uske upper 10 dīn bhī jātā hai to vomiting start ho jātī hai. Patā cal jātā hai that time ek jān ke andar dūsrī jān hai to patā cal jātā hai [...]to kyā hotā hai ki uskā nature kyā matlab change hotā hai. Pūrī life hī change hotī hai to intect karo kuch jo cīzēṃ before pregnancy acchī nahīṃ lagtī vah acchī lagne lagtī hai*” (Nilam, 26 marzo 2018).

Priya Chako è in origine una *sindhī lohana*<sup>19</sup> *hindū*, madre di due bimbi, convertitasi al cristianesimo per sposare con un anglo-indiano. Dopo aver smesso di lavorare per occuparsi dei figli, un maschio e una femmina, quando l’ho conosciuta (febbraio 2018) aveva appena ripreso a insegnare inglese ai bambini della scuola primaria. Durante un nostro incontro, avvenuto come al solito nel suo salotto di casa mentre sorseggiavamo un caffè forte, la sua specialità, mi ha parlato di come si sentiva diversa nelle varie gravidanze. Durante la prima, mentre aspettava un maschio, era sempre attiva, non si stancava mai ed era sempre fuori casa a fare qualcosa. Al contrario, durante la seconda gravidanza era sempre stanca e non aveva mai voglia di fare niente, neanche i lavori di casa: ha così capito di aspettare una bambina<sup>20</sup>.

Molte donne che ho incontrato raccontavano che il proprio comportamento era influenzato dall’identità del bambino che portavano in grembo, prima di tutto dal suo genere. Seguendo una visione stereotipata, i bambini maschi stimolano la madre a essere attiva, piena di forze e amante del cibo piccante. Al contrario, una donna incinta poco dedita ai lavori domestici, stanca, amante del cibo dolce e con la pelle che risplende, partorerà una figlia. Se da un lato, questa svogliatezza è il frutto di una visione lassista del genere femminile, secondo Nilam Goswami questo succede perché una bimba, fin dal concepimento, aiuta la madre a rilassarsi poiché, dopo la nascita, potrà aiutarla nei lavori domestici.

Il ventre stesso è considerato svilupparsi diversamente secondo il sesso del nascituro: più appuntito e con la *linea nigra* per i maschi; tondo e più sviluppato sui lati per le femmine. La lettura della forma della pancia<sup>21</sup> è ormai caduta in disuso e solo le *dāī māṃ* e qualche anziana nonna si prodigano in quest’arte. Questi segnali (*niśān*) che manifestano il sesso del bambino possono presentarsi solo dopo il quarto mese, dopo lo sviluppo degli organi genitali. Prima, l’esperienza corporea della donna incinta si sviluppa soprattutto attorno all’alimentazione.

Durante la gravidanza, la pelle diventa particolarmente sensibile agli stimoli esterni. Per esempio, le smagliature si formano quando ci si gratta il ventre e rimangono come segni quasi indelebili a ricordare alla donna il tempo della gravidanza. Al tempo stesso, come narra Nilam (*hindū*), la pelle pare risplendere, illuminando il corpo femminile:

<sup>19</sup> Lohana è una *jāti* composta tradizionalmente da mercanti, divisa in tre gruppi definiti dalla regione di provenienza: il Gujarat (in particolare la zona del Saurashtra), il Kacch e il Sindh.

<sup>20</sup> In India, la determinazione del prenatale sesso è stata vietata nel 1994, in base alla *Pre-conception and Prenatal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Act*. L’atto mira a prevenire l’aborto selettivo in base al sesso, che ha provocato un calo nel rapporto tra i sessi nell’infanzia (Guilmoto 2007 e 2008). Solo alla nascita i genitori scoprono il sesso del proprio bambino, anche se spesso si cerca di indovinarlo attraverso altre pratiche, come l’analisi del comportamento della madre.

<sup>21</sup> Jeffery, Jeffery e Lyon (1989:76) riportano una concezione simile in Uttar Pradesh.

N: Non si possono indossare vestiti nuovi per nove mesi, niente *mehndī*<sup>22</sup>, niente smalto, niente. Il motivo principale è che durante la gravidanza esce un’aura positiva e se si ha un’apparenza troppo splendente non troverai nessuna protezione (*rakṣā*), non sei protetta. In quei giorni le donne risplendono (*glow*) *they feel positive energy, they became fair, they have good assert*, i capelli diventano più lunghi, perché non puoi tagliarteli. Puoi tagliarti le unghie, ma nient’altro. Non puoi fare la ceretta. Perché quando avevo Fenel<sup>23</sup> nel ventre, il dolore che sentivo, lo sentiva anche lui, per questo motivo non si fa. Non mangiamo piccante, ma mangiamo molto *khīr*<sup>24</sup>: più mangiamo cose dolci più il bambino sarà contento<sup>25</sup>.

La gravidanza si manifesta sulla superficie del corpo gravido come un’aurea di splendore, che potrebbe attirare gelosie e il malocchio (*najar*). Le donne devono esimersi dal truccarsi, per esempio con il *kājal*<sup>26</sup>, alterando la bellezza spontanea di questo stato e rischiando di far male al bambino. Quest’ingiunzione ricorda la divisione che spesso è fatta tra moglie e madre: se la prima è legata alla sessualità coniugale e deve mantenere un aspetto attrattivo per il marito, la seconda è legata alla purezza e alla devozione verso i figli, mantenendo un aspetto semplice e casto. In particolare, il *mehndī* è applicato in situazioni speciali come augurio di buon auspicio (*śubh*) e molte donne consideravano il periodo della gravidanza inadatto<sup>27</sup>.

In alcune *jāti hindū* si raccomandava alla donna incinta di non lavarsi i capelli<sup>28</sup>, voto

<sup>22</sup> Tatuaggio temporaneo eseguito con dell’henné rosso.

<sup>23</sup> Il primo figlio di Nilam.

<sup>24</sup> Dolce tradizionale del subcontinente indiano, cucinato con riso cotto nel latte e zucchero, aromatizzato con cardamomo, uva passa, zafferano, pistacchi o mandorle.

<sup>25</sup> “N: *Nayā kapre nahīm pahan sakte during this pregnancy, 9 mahīne meṃ [...], aise bolte haiṃ ki mehaṃdī bhī nahīm lagā sakte, nail paint bhī, kuch bhī nahīm. The main conclusion of this things ki, matlab jab pregnant aurat hotī hai positive aura nikaltī hai, agar vah jyādā surjeghi, dhajeghi to unko rakṣā nahīm milī, protect nahīm hotā in this days kuch aurateṃ jyādā glow lagte haiṃ, they feel positive energy, they became fair, they have good assert, bāl lambe ho jāte haiṃ, kyomki us period meṃ hair cut bhī nahīm kar sakte haiṃ. Nails kaṭ sakte haiṃ, but dūsrā kuch bhī nahīm, no waxing. Kyomki, suppose, jab Fenel mere peṭ meṃ thā, to jo pain, jo feel kari vahī baccā feel kartā. So yah purpose hai. Tīkhā nahīm khāte ham log, sab se jyādā ham khīr khāte. Jitnā sweet khāoge to baccā ke lie utnā acchā*” (Nilam, 24 luglio 2017).

<sup>26</sup> Cosmetico di colore nero usato solitamente per gli occhi.

<sup>27</sup> Nessuna donna ha però mai affermato che la gravidanza sia uno stato di cattivo auspicio (*āśubh*). Piuttosto, per scaramanzia, si cerca di non circondare la donna incinta con troppe cose di buon auspicio (*śubh*).

<sup>28</sup> Per esempio: “D: Da noi succede che non ci laviamo i capelli fino al settimo mese. È scientifico (*vaigyānik*), ma poi è diventato religioso (*dhārmik*). All’inizio (della gravidanza), se ti lavi i capelli ti viene il ciclo, per motivi scientifici. Per non farti venire il ciclo, per precauzione non devi versare l’acqua (sui capelli). [...] Non bisogna lavarsi i capelli, non bisogna farlo. Fino al settimo mese il bambino non è completo. Non c’è nessun problema dopo che il corpo è formato. Nel settimo mese, la mattina del giorno di *god barā* ci si lava i capelli”. [D: *Phir hamāre meṃ kyā hotā hai 7 mahīne tak ye bāl nahīm dhote haiṃ. Yaha vaigyānik hai lekin dhārmik le liyā hai. Suru suru meṃ bāl dhone se māsik ā jātā hai. Upar pānī jo girtā hai na to use māsik suru ho jātā hai*”]

che deve essere intrapreso per rispetto della *kuldevī*, la divinità femminile protettrice del lignaggio familiare. Come è già stato evidenziato, l’azione di versare dell’acqua sul capo richiama lo scorrere del ciclo mestruale e durante la gravidanza bisogna evitare tutte quelle azioni che potrebbero favorire l’apertura della bocca dell’utero (*baccādānī kā muṁh*) e la fuoriuscita del mestruo. Tuttavia, le donne che seguono questa pratica, affermavano che la dolce attesa fa risplendere non solo il proprio incarnato ma anche i capelli, i quali anche se non lavati, profumano di pulito e rimangono setosi. Possono lavarsi la testa solo una volta, al settimo mese, quando dopo la cerimonia di *god bharāī* ci si trasferisce nella propria casa natale.

### *Nutrire due corpi in uno*

Nella fase prenatale, il bambino è legato alla madre attraverso il cordone ombelicale e si sviluppa grazie al cibo e al sangue materno. Questi due elementi permettono non solo la formazione fisica ma anche psicologica e spirituale del corpo umano. Anche durante la gestazione, il corpo e l’identità del bambino sono modellati dalla qualità di queste due sostanze, determinando non solo la forma del corpo alla nascita ma anche le basi dello sviluppo psico-fisico dell’essere umano nel corso della sua esistenza. Priya, cattolica, giustificava in questo modo le norme alimentari:

*P: You can't have spicy food. [...] Because what you have the child is been given so, we are not allowed to have spicy food, outside's food, but only the food which is made at home, simple food. That only we are supposed to intake*<sup>29</sup>.

Una dieta alimentare<sup>30</sup> equilibrata nell’apporto nutritivo e nell’ingestione di sostanze calde (*garam*) e fredde (*thaṇḍā*) permette di evitare lo sviluppo di malformazioni e di aborti spontanei. Dopo il concepimento, la fisiologia della gravidanza altera il corpo rendendolo più caldo (*garam*) del solito ed è quindi sconsigliato ingerire alimenti troppo caldi (*garam*) come i cibi piccanti, l’anguria (*tarbūj*) e la papaia (*papītā*). La capacità abortiva di quest’ultimo frutto è famosa in tutta l’Asia<sup>31</sup> e anche in India<sup>32</sup> è comune vietarne l’ingestione durante la

---

*yaha vaigyānik kāran hai ye memses suru na ho iske precaution ke lie pānī nahī ḍālnā cāhiye. [...] Nahīm sar nahīm dhonā hai, yaha nahīm karnā hai. Kyā hai ki 7 mahīne tak garbh pūrā baccā ekdam ākār le letā hai. Apnā vaha śarīr banā letā hai uske bād koī problem nahīm ātā hai to 7 mem mahīne pe [...] godbharāī ke din subaha phir sar dhulate haiṁ]* (Divya, 1 settembre 2017).

<sup>29</sup> Priya, 22 maggio 2018.

<sup>30</sup> Per approfondire le norme alimentari durante la gravidanza in India, si vedano Andersen e al. (2002), Hutter (1996), Laderman (1981), Mahrnood e al. (1997), Nag (1994)

<sup>31</sup> In Indonesia, Malesia e Myanmar questo frutto è utilizzato dalla popolazione locale per abortire. La diffusione di questa pratica ha portato una squadra dell’Università Nazionale di Singapore a indagare sulla validità



gravidanza (Laderman 1981, Nag 1994). Anche il dattero (*khajūr*) è considerato un frutto caldo e il suo utilizzo per rompere il digiuno durante il Ramadan (*ramjān*) impedisce non solo alle donne incinta di parteciparvi ma anche chi sta cercando di concepire<sup>33</sup>: l'eccesso di calore non permetterebbe l'attecchimento dell'embrione. L'ingestione di cibi troppo caldi può provocare una 'cottura' eccessiva del bambino che si manifesta attraverso macchie o una tinta più scura della pelle e in casi più estremi la morte. Il calore può anche favorire l'apertura della bocca del ricettacolo femminile (*baccādānī kā muṃh*), causando un aborto spontaneo anche se il bambino è ancora vivo.

Le donne con cui ho parlato consideravano tutte le medicine in compresse e in capsule di natura calda (*garam*) e di conseguenza inadatte durante la gravidanza. Per questo motivo, quasi nessuna prendeva regolarmente gli integratori di calcio, ferro e acido folico che sono distribuiti gratuitamente alle donne incinta durante i controlli prenatali (*ANC - antenatal care*) in ospedale e in altre cliniche. Secondo alcune interlocutrici, queste compresse servono solo ad aumentare la fame e per quelle meno abbienti è un problema perché non sempre possono avere un pasto ricco e nutriente. Inoltre, mangiare troppo potrebbe non solo diminuire lo spazio di movimento del bambino, ma favorire un eccessivo aumento di peso di quest'ultimo, complicandone la fuoriuscita durante il parto.

Durante la gravidanza è importante avere una dieta nutriente (*puṣṭīkar khānā*), ovvero composta da frutta, verdura verde (*harī sabjī*) e frutta secca. Queste indicazioni non si discostano molto da quelle diffuse dal *Ministry of Health & Family Welfare*<sup>34</sup> indiano e

---

scientifico di questa convinzione, attraverso esperimenti sui ratti. Se la papaia matura non causa alcun problema alla gravidanza del ratto, quando è acerba o non completamente matura, può causare aborti. La ragione è che nel processo di maturazione la papaia perde il suo lattice, che è composto d'ossitocina, capace di provocare contrazioni uterine (Adebisi, Adaikan e Prasad 2002).

<sup>32</sup> Per esempio, in lingua tamil la parola che designa la papaia, *papali*, significa 'ciò che distrugge (*ali*) il piccolo bambino (*pappa*)' (Nag 1994: 2429). Inoltre, durante il rito di *god bharāī*, la donna incinta riceve diversi alimenti e frutti, simbolo di fertilità e abbondanza, ma è vietato offrirle la papaia, proprio per il suo potere abortivo (comunicazione di Nilam).

<sup>33</sup> Sarebbe vietato avere rapporti sessuali durante il Ramadan, perché invaliderebbero il digiuno. Tuttavia, durante la ricerca una donna, accompagnata dalla suocera, è andata a chiedere consiglio alla *dāī māṃ* Karima, Jāṭ musulmana, su come concepire durante il *ramjān* (Ramadan). La donna è sposata da tre anni e non è ancora riuscita a rimanere incinta. Da tre mesi, segue la cura di Karima che permette di aprire la bocca dell'utero (*baccādānī kā muṃh*). Dopo l'inserimento di compresse vaginali, bisogna rispettare un'astinenza di tre giorni e solo dopo il quarto giorno si devono avere dei rapporti sessuali regolari: l'interruzione causata dal Ramadan avrebbe compromesso il successo del trattamento. Le donne hanno cercato di pensare in quali momenti l'unione sessuale non avrebbe compromesso il digiuno e lo status di purezza dei coniugi.

<sup>34</sup> Come esempio, si consulti il '*My safe motherhood, Booklet for expecting mothers*' (Ministry of Health & Family Welfare 2013b).

suggerite dalla dietista<sup>35</sup> dell’ospedale pubblico di Bhuj. Le conversazioni raccolte durante la ricerca evidenziano, a parte qualche eccezione, una continuità tra le indicazioni istituzionali e il sapere femminile, ma a livello teorico. A livello pratico, solo le famiglie più ricche, appartenenti alla classe media o medio-alta riescono a permettersi dei pasti più variegati, composti da più portate e arricchiti da frutta e frutta secca.

La maggior parte delle famiglie che ho incontrato consumava tre pasti quotidiani: una colazione salata, un pranzo composto da verdure e *roṭī*<sup>36</sup> e una cena di *khīrcrī*<sup>37</sup> e yogurt (*dahī*), il tutto accompagnato da latticello (*chās*). Inoltre, solitamente le famiglie musulmane mangiavano un piatto a base di carne il venerdì. Il mancato rispetto delle indicazioni nutrizionali sembra derivare dal costo che hanno i prodotti più nutrienti e necessari durante la gravidanza (Choudhry 1997). Infatti, era un motivo di vanto e un segno di prestigio per alcune donne di aver potuto mangiare questi prodotti durante tutto il periodo della gestazione. Per esempio, nonostante il grande costo, Nilam Goswami è stata obbligata dalla propria madre a mangiare tre mandorle al giorno anche se non le piacevano, poiché questo avrebbe permesso un sano sviluppo prenatale del bambino. Pragya stessa, la madre, me l’ha raccontato con molta fierezza evidenziando questo particolare come un segno di ricchezza e di attenzione nei confronti della figlia.

Durante la gravidanza, le donne devono mangiare cibo sano, quindi è loro solitamente vietato mangiare fuori di casa permettendo ai familiari di avere sempre il controllo sulla dieta della gravida. Secondo Mira e Bajpai (1996), le restrizioni alimentari e le precauzioni durante la gravidanza sono strettamente correlate allo status sociale delle donne. Una funzione delle regole alimentari è mantenere la sottomissione della nuora all’autorità familiare. Anche se da un lato molte restrizioni non sono sofferte ma piuttosto desiderate dalle donne perché rappresentano un mezzo per avere un bel bambino (*acchā baccā*) e una misura preventiva contro le complicazioni ostetriche, nella maggior parte dei casi le interlocutrici che convivevano in una famiglia allargata non avevano possibilità di scelta. Il tipo, la qualità e la quantità di cibo sono scelte giornalmente dalla suocera che, grazie al sapere e all’esperienza

---

<sup>35</sup> Considerato l’alto tasso di anemia e la possibilità di sviluppare il diabete gestazionale, tutte le donne che passavano all’OPD (*outpatient department*) ginecologico all’inizio della gravidanza sono inviate a ricevere delle indicazioni sull’alimentazione. I consigli della dietista, che possiede una piccola stanza accanto alla clinica sull’infertilità e l’OPD ginecologico, sono dati a voce in lingua *gujarātī*. La dottoressa scrive solo qualche appunto in inglese sulla *Mamta Card*, un quaderno che raccoglie tutte le informazioni riguardanti la gravidanza, perché non ha tempo di trascrivere tutte le indicazioni. A suo parere, visto il diffuso analfabetismo delle donne sarebbe anche inutile. Secondo la dietista è proprio la mancanza d’alfabetizzazione che è alla radice dell’ignoranza delle donne sull’alimentazione.

<sup>36</sup> Tipo di piadina di farina di grano integrale (*āṭā*) non lievitata, che accompagna quotidianamente il pasto.

<sup>37</sup> Piatto speziato composto da riso cotto con le lenticchie.

delle proprie gravidanze, organizza la dieta per la futura madre.

La quantità del cibo deve essere solo leggermente aumentata: l’idea che bisogna mangiare per due è stata chiaramente verbalizzata solo dalle tre donne familiari con la lingua inglese e che facevano un grande uso d’internet. Anche le altre donne hanno raccontato che si ha un aumento dell’appetito durante la gravidanza, ma questo è legato, come vedremo in seguito, alle voglie. In effetti, è importante non eccedere, perché l’ingestione di una maggiore quantità di cibo porta all’aumento del volume dello stomaco e in seguito del grasso. Secondo le donne che ho incontrato, il corpo umano ha una relativa e lenta possibilità d’espansione della pancia che va a detrimento dei ricettacoli (*kothrī*) vuoti o parzialmente vuoti che si trovano nella cavità ventrale. Il ricettacolo della gestazione (*garbh*) è uno dei primi che risentono della pressione interna, causando una riduzione dello spazio del bambino che, così schiacciato, non può muoversi e continuare il suo sviluppo<sup>38</sup>. Per questo motivo, è consigliato mangiare cibi leggeri e facilmente digeribili e muoversi molto durante il giorno per velocizzare l’assimilazione dei cibi. Priya, cattolica, madre di due figli, mi ha parlato della relazione che aveva con il cibo durante le sue gravidanze:

*L: How your body change before and after pregnancy?*

*P: Before pregnancy we are already slim after getting a child inside day by day our tummy first grows, after that we keep on putting weight by taking food because ... and the other thing is after conceiving child you feel more hungry because child also need at the same time, child is also needing something.*

*L: So, you have to eat for two people?*

*P: Yes, we need to eat for two people. And you will feel hungry for two people. [...] And it depends on the child also, sometime because what child is inside is what willing to eat you will have that only. Sometimes you will not like sweets means your mood will keep on changing. Mood swings will come. Sometimes you like to have very sour food sometimes you like to have very sweet food. It depends on the child. And some lady they feel hungry in the midnight also. They wake up and tell please today I like to have golgappas<sup>39</sup>. At my case, I never knew this because I used to have tummy full and then I used to go for the sleep<sup>40</sup>.*

Le donne che ho incontrato consideravano le voglie come una manifestazione dei

<sup>38</sup> Jeffery, Jeffery e Lyon (1989:76) riportano una concezione simile in Uttar Pradesh.

<sup>39</sup> Altro nome per *pānīpūrī*, uno spuntino consumato in diverse regioni del subcontinente indiano. Questo piatto fa parte degli snack salati fritti serviti sui bordi della strada e si compone di un pane (*pūrī*) ovale, cavo e fritto che si mangia con acqua (*pānī*) speziata, mostarda di tamarindo, patate bollite, cipolle e ceci bolliti.

<sup>40</sup> Priya, il 22 maggio 2018.

desideri del bambino<sup>41</sup>: il legame intimo che unisce la madre con il proprio figlio permette di portare in ‘superficie’ l’identità di quest’ultimo. Il suo desiderio<sup>42</sup> si manifesta non solo nella pulsione a mangiare un cibo particolare, ma anche nel senso di rigetto verso altri e deve essere soddisfatto il più presto possibile, altrimenti il bambino potrebbe risentirne. Il desiderio (*icchā*) si costruisce come un elemento centrale nell’esperienza culinaria delle donne incinta.

Oltre l’amenorrea, la nausea e il vomito sono i primi sintomi che permettono di riconoscere una gravidanza e questi malesseri, secondo le mie interlocutrici possono essere diminuiti mangiando solo quello di cui si ha voglia. Questi sintomi portano però generalmente a una diminuzione dell’appetito, altra caratteristica dei primi mesi di gravidanza. Nel suo studio sulle voglie delle donne in Sri Lanka, Obeyesekere (1963) suggerisce la presenza di un’imposizione culturale che modella questo rifiuto dei pasti, a causa di un’attesa debolezza da parte della donna. Secondo lo stesso autore, il rifiuto di alcuni cibi simbolici<sup>43</sup> è una preconditione per giustificare l’accettazione di altri cibi. Similmente, durante la mia ricerca, Nilam Goswami (*hindū*) raccontava che durante le sue due gravidanze non riusciva a mangiare le *roṭī*, il pane che solitamente accompagna quasi ogni pasto nell’India del nord, e a pranzo mangiava solo qualche verdura. Anche altre donne avevano sperimentato un rifiuto verso quei cibi che mangiavano quotidianamente, per esempio il *cāy*<sup>44</sup>, *garam masālā*<sup>45</sup> e il riso, tutti alimenti che sono fortemente legati al loro ruolo di madre e sposa.

D’altra parte, Nilam aveva una voglia smisurata di gelato, che cercava di mangiare durante ogni pasto. Priya (cattolica), nella conversazione riportata sopra, raccontava la presenza di un’alternanza di voglie per cibo dolce (*mīṭhā*) e aspro (*khattā*). Entrambe le voglie, sono legate ad alimenti che richiamano il periodo dell’infanzia e simboleggiano una regressione che manifesta il desiderio di ritrovare la sicurezza e la spensieratezza di questo stato passato (Obeyesekere 1963). Altre donne, infine, avevano desiderato alimenti che sono considerati danneggiare il bambino come i cibi piccanti (es. i *pānīpūrī* citati da Priya) o l’argilla (*miṭṭī*), manifestando un’ostilità nei confronti del figlio (Obeyesekere 1963). I cibi rifiutati o desiderati sono il frutto di una scelta culturale che manifesta un particolare bisogno

<sup>41</sup> Hancart Petitet (2007) riporta la stessa concezione in Tamil Nadu.

<sup>42</sup> In sanscrito *dohada*: “The word is probably derived from Sanskrit (*dvi* + *hrd*), literally ‘having two hearts’; from Sanskrit *daurhrda*, ‘sickness of heart’, ‘nausea’, or ‘evil-hearted’; or perhaps from Sanskrit *doha* + *da*, ‘giving milk’. *Dohada* is sometimes a euphemism for pregnancy”. (Bauer 2003:5). In *hindī icchā*, termine sempre derivato dal sanscrito indica genericamente ‘il desiderio, la brama, una voglia’ (Sharma 2004: 55).

<sup>43</sup> Per un’analisi dettagliata dei simboli legati ai vari cibi rifiutati o accettati durante la gravidanza, si veda Obeyesekere (1963).

<sup>44</sup> Tè indiano fatto bollire con il latte e delle spezie come lo zenzero e il cardamomo.

<sup>45</sup> Tipico *mélange* di spezie indiano che è usato nella maggior parte dei piatti.

della donna. Il periodo limitato e liminale della gravidanza permette di costruire degli spazi di trasgressione dove la donna negozia la costruzione dell’identità materna e femminile, allentando la morsa dell’auto-sorveglianza e della sorveglianza dei familiari.

L’ingestione dell’argilla e di altri tipi di terra (geofagia) è un fenomeno molto corrente in India come in altre parte del mondo (Nag 1994, Jeffery, Jeffery e Lyon 1989) e fa parte di quelle voglie definite come *pica*<sup>46</sup>. Quasi la metà delle donne intervistate ha confessato di aver mangiato l’argilla durante una delle gravidanze, anche se questa nuoce gravemente alla salute del bambino e soprattutto allo svolgimento del parto. Nilam Goswami è stata l’unica a giustificare questa voglia, legandola a una mancanza di calcio, idea sottolineata anche in alcuni articoli (Nag 1994, Minnich e al. 1968):

N: Alcune donne mangiano l’argilla, [...] ne hanno voglia. Dopo la nascita, il bambino non la mangerà. Alcune donne la mangiano per provarla e altre la mangiano mentre sono incinta. Anch’io l’ho mangiata: mancanza di calcio. Se si ha una mancanza di calcio allora ti aumenta la voglia di mangiarla. [...] A quel tempo sembra buona, ora neanche l’odore mi piace. Non va bene che la si mangi: fa male al bambino, si attacca alla pelle, [...] alcuni bambini sono completamente ricoperti d’argilla [...]. Non li uccide, ma hanno molti problemi a uscire, perché diventano ruvidi, l’argilla è ruvida (*rough*)<sup>47</sup>.

Il maggior danno che fa l’argilla è di rendere il bambino appiccicoso, facendo sì che si incolli (*cipak jānā*) al tubo vaginale (*garbh kā rāstā*) impedendo il successo di un parto vaginale. Anche lo yogurt (*dahī*), il latticello (*chās*) e la banana (*kelā*) possono causare lo stesso effetto e sono di conseguenza teoricamente vietati alle donne incinte, anche se questo divieto non è sempre rispettato. Probabilmente, il colore biancastro di queste sostanze e la loro consistenza appiccicosa le hanno associate alla vernice caseosa, sostrato ceroso che ricopre alla nascita alcuni bambini. Le mie interlocutrici legavano la presenza di questa

<sup>46</sup> “*The craving for unusual substances that have no nutritional value is often referred to as pica. The word is derived from Latin māgpie, a bird of fickle appetite noted for its habit of eating or carrying away all manner of extraneous objects. Pica has been reported in all parts of the world and for all age groups and for both sexes. But it seems to occur more characteristically among young children, women in the childbearing cycle and in groups suffering from dearth of food or from deficiency in any important nutrient*” (Nag 1994: 2432).

<sup>47</sup> “N: *Kuch aurateṃ to vah miṭṭī ātī hai vah khātī hai. [...] Mān kartā hai. Nahīm baccā janm ke bād nahīm khāegī. Kuch aurateṃ test ke lie khātī hai aur kuch aurateṃ during pregnancy khātī hai. Maiṃne bhī khāī thī. Lack of calcium. Agar āp meṃ calcium kam hai to āpko ye khāne ki icchā barhī jātī hai. [...] Us time pe acchā lagtā thā. Abhī to smell se hī have nathi khavi. Vah khāte hī hai vah acchā nahīm hai khānā. Baccā ke lie kharāb hotā hai. Vah skin meṃ lagtā hai. [...] Phir kuch bacce to miṭṭī se pūrā cover hoke āte haiṃ. [...] Martā nahīm lekin vah nikalne meṃ bahut dikkat hotī haiṃ. Kyoṃ ki vah rough ho jātā hai kyoṃ ki miṭṭī to rough hī hai*” (Nilam, 26 marzo 2018).

sostanza a una difficoltà nel parto.

Il sale è un ultimo alimento cui le gravide devono fare attenzione, poiché un’ingestione eccessiva può far sciogliere (*gal jānā*) il bambino nel grembo. Shaima, la figlia della *dāī māṃ* musulmana Hazima, raccontava che durante uno dei suoi cinque parti, un bambino è nato morto perché aveva mangiato troppo sale durante la gravidanza. Solitamente, quest’ingiunzione non impedisce alle donne di mangiare cibi molto saporiti, ma è mobilitata a fronte di una morte in utero.

### ***Il comportamento: come limitare, contenere e controllare il corpo gravido?***

Secondo le donne che ho intervistato, anche il comportamento della madre, visto nella sua tripartizione di azione, pensiero e parola, contribuisce a modellare il bambino<sup>48</sup>. Nilam Goswami, *hindū*, è madre di due bimbi, Fenel e Vyom, il primo avuto a diciannove anni appena dopo il matrimonio e l’altro a ventiquattro anni. Durante una conversazione compara le due gravidanze evidenziando come il suo diverso comportamento ha permesso la nascita di due figli molto differenti:

N: Quello che si vede e si pensa influenza (*impact karnā*) il bambino. Hai sentito la storia di Abhimanyu<sup>49</sup>?

L: Sì, succede veramente così?

N: Quando Fenel era nella pancia, ero molto aggressiva (*aggressive*) e ora Fenel è aggressivo. A quel tempo non ero tanto matura, ma quando è arrivato Vyom ero matura, avevo 24 anni e prendevo le cose con più leggerezza (*lightly*). Prima non prendevo le cose con leggerezza e per questo Fenel è venuto così: quello che io pensavo, lo pensava anche Fenel. Al tempo di Vyom ho letto molti bei libri, mentre al

<sup>48</sup> I comportamenti da seguire sono simili a quelli riportati in altre parti dell’India, si vedano Hancart Petitot (2007) e Jeffery, Jeffery e Lyon (1989).

<sup>49</sup> Un mito nel Mahābhārata, uno dei principali testi epici hindūisti, racconta come Subhadrā, la moglie del principe Arjuna, sia riuscita a partorire il demone che era nel suo grembo e che non voleva nascere anche dopo il dodicesimo mese di gestazione. Kṛṣṇa, avendo pietà di sua sorella, iniziò a leggere il Chakravayūhā, un libro di sette capitoli, che spiega il metodo per conquistare un forte labirintico con sette forti incrociati. Dopo aver terminato sei capitoli, lo zio promise al demone di leggergli l’ultimo solo dopo la sua nascita. Tentato dalla conoscenza, il figlio di Subhadrā decise di uscire ed è chiamato Abhimanyu. Sfortunatamente, Kṛṣṇa decise di non narrargli mai l’ultimo capitolo, altrimenti sarebbe diventato invincibile. Enthoven (2000) attesta la diffusione di questo mito in particolare in Gujarat, dove le *dāī māṃ* per facilitare il parto, facevano bere alle partorienti dell’acqua da un contenitore decorato da un forte a sette linee. Questa pratica si trova anche in Sinclair Stevenson (1982: 38). Il mito evidenzia come un bambino anche durante la fase prenatale può sentire tutto quello che sente la madre.

tempo di Fenel sai che libri leggevo? [...] I fumetti.<sup>50</sup>

Le emozioni e i pensieri della madre modellano l'identità del bambino a causa del profondo legame che s'instaura tra i due. Ogni donna crea il proprio figlio a partire dal proprio materiale corporeo: uguale sostanza coincide con un'uguale carattere. Il grembo non è un luogo sicuro e protetto dove l'embrione può crescere, al contrario, il corpo della donna è costruito come poroso, permeabile, trasparente<sup>51</sup> (Selby 2008). Tutti gli stimoli sensoriali esterni (attraverso la vista, l'udito, il gusto, il tatto e l'olfatto) come quelli interni della donna (pensieri, emozioni e azioni) hanno un impatto diretto nella formazione di un essere umano. La donna è considerata direttamente responsabile delle qualità del bambino, visto come il prodotto di un modellamento effettuato nel corso dei nove mesi di gestazione. Per questo motivo, la madre deve costantemente sottoporsi a un controllo intimo che modella la sua esperienza della gravidanza e la sua identità di madre.

Per quanto riguarda i movimenti, durante la gravidanza, le azioni che si compiono devono cercare di favorire e di mantenere la chiusura del corpo. Sono sconsigliate le posizioni che mantengono le gambe divaricate o la posizione accucciata (*squatting position*), perché richiamano il parto: per esempio, si dovrebbe dormire con le gambe accavallate e le braccia abbassate. Al tempo stesso, la donna non deve rimanere in ozio, ma essere sempre attiva al fine di preparare il proprio corpo a un parto vaginale: chi dorme tutto il giorno è condannata a doversi sottoporre a un parto cesareo. I lavori domestici sono considerati la migliore attività fisica per una gravida che, se solitamente sono effettuati in posizione accucciata (*squatting position*), durante la gravidanza sono realizzati in piedi piegando la schiena o da seduti con le gambe allungate.

La donna è incoraggiata a camminare lentamente, a non correre, a non ballare per

---

<sup>50</sup> “N: Matlab ke jo dekhte ho vah socnā bacce ke ūpar inpact hotā hai. Apne vah Abhimanyu kā sunā hai? L: Hām yah bhī aise hotā hai? N: Fenil jab peṭ meṃ thā tab maiṃ bahut aggressive thī Fenil meṃ vah aggressiveness hai. Phir at that time maiṃ itnī mature nahīm thī lekin Vyom āyā tab maiṃ mature thī kyomki 24 kī thī tab Vyom ā gāyā tab maiṃ sabhī cīzom ko lightly letī gāī. Us time pe maiṃ lighly nahīm letī thī islie Fenil meṃ yah nahīm āyā. Kyomki maiṃ soctī thī vah Fenil soctā hai. Vyom ke time pe maiṃne bahut sārī acchī books parhī thī uskā yah nature hai Vyom kā uskā yah reason hai ki maiṃne bahut acchī acchī kitābem parhī thī aur Fenil ke time pe maiṃne kaisī kitābem parhī thī patā hai? [...]comics vālī.” (Nilam, 26 marzo 2018).

<sup>51</sup> Una concezione simile è riportata da Horvilleur per presentare il femminile in ambito giudaico: “Elle [La femme] est aussi ramenée à la physiologie de la maternité et de la vie utérine. Elle est celle qui s’ouvre en donnant la vie, celle qui fait de son corps le passage de l’intérieur vers l’extérieur. La rupture de membrane permet la naissance, mais elle mène aussi à la mort. La femme est ainsi une porte ouverte entre un côté et l’autre, entre l’intérieur et l’extérieur, entre l’invisible et le révélé, entre la vie et la mort. Le mot féminin, ou femelle, se dit en hébreu ‘nekeva’, ce qui signifie littéralement ‘la trouée’. La femme est, bien souvent dans les textes, l’être percé, l’être orificiel” (2013: 129).

paura di causare un aborto spontaneo. Inoltre, dovrebbe mangiare lentamente, fare attenzione quando sale le scale, sedersi e alzarsi lentamente e non sollevare pesi. Questi suggerimenti dovrebbero essere seguiti per tutta la gravidanza, ma in pratica, con il passare dei mesi, sono il peso e le dimensioni della pancia che impediscono direttamente i movimenti della donna.

La letteratura folklorica del XIX secolo<sup>52</sup> riporta che le donne incinte devono fare una grande attenzione alle eclissi (*grahan*) di sole o di luna, eventi astronomici che hanno un’influenza nefasta sullo sviluppo prenatale del bambino<sup>53</sup>. Durante questi fenomeni, le donne dovrebbero astenersi da ogni lavoro perché ogni azione potrebbe causare una malformazione: se si cuce, il bambino avrebbe un buco nel corpo; se si taglia qualcosa, il bambino avrebbe il labbro leporino. Durante la mia ricerca sul campo, alcune donne hanno invocato questa giustificazione a fronte di malformazioni maggiori dei propri figli. In particolare, una paziente della *dāī māṃ* Hazima, ha dato alla luce un bambino senza un orecchio, a seguito di un’azione errata compiuta durante un’eclissi. La *dāī māṃ* Hazima stessa ha ammesso che la propria bisnipote è nata con la spina bifida per lo stesso motivo. Tuttavia, hanno affermato che vista la frequenza di questi eventi astronomici è quasi impossibile essere sempre informati di quando avvengono. Se da un lato le future madri sono sempre considerate responsabili del buon sviluppo del bambino, in caso di malformazioni maggiori era comune evocare alcune cause esterne che deresponsabilizzavano in parte la donna.

A livello emotivo e di pensiero, le donne dovrebbero purificarsi da tutte le sensazioni negative, concentrandosi solo su quegli aspetti che vorrebbero si sviluppassero nel proprio figlio: intelligenza, amore, serenità, devozione, generosità. Le donne dovrebbero evitare di entrare a contatto con la morte o con la violenza, per esempio attraverso i programmi televisivi. L'importanza data alla lentezza nei movimenti diventa di conseguenza un modo di trasmettere uno stato di calma (*śānti*) al bambino, una qualità molto apprezzata. Il controllo delle emozioni e dei pensieri simula e anticipa il compito educativo che socialmente la madre è idealmente portata ad attuare. Al fine di garantire un sano sviluppo psicologico del bambino, tutta la famiglia diventa responsabile del benessere della donna e della soddisfazione dei suoi bisogni. In realtà, molte donne che hanno partecipato alla ricerca si sono lamentate delle restrizioni che hanno dovuto subire dai suoceri: il cui controllo le isolava nello spazio domestico senza la possibilità di esimersi dai lavori quotidiani. Per questo motivo, non

<sup>52</sup> Si vedano in particolare Crooke (1896) e Enthoven (2000).

<sup>53</sup> Hancart Petitet (2007) riporta la stessa concezione in Tamil Nadu.



vedevano l’ora di trasferirsi nella propria casa d’origine (*maikā*) dopo il rito di *god bharāt*<sup>54</sup>, dove al contrario avrebbero potuto riposarsi e rilassarsi. Amira, musulmana, ha evidenziato che è molto importante per la futura mamma di trascorrere felicemente (*khus raho*) i nove mesi di gestazione:

A: Per avere dei bambini sani (*healthy*) e felici, è bene essere felici. [...] Cioè, bisogna essere felici, essere un po’ calme, un po’ felici, un po’ pensare bene, un po’ pregare, cioè pensare ad *Allāh*<sup>55</sup>.

Il pensiero benefico per eccellenza è quello dedicato al divino (*bagvān*). Nessuna donna mi ha indicato una divinità o un santo in particolare da adorare durante la gravidanza o il parto: l’idea è che tutte le divinità possono proteggere la donna incinta. Ci son però alcune divinità che sono più sensibili di altre a problemi legati al matrimonio, la riproduzione e i bambini. In particolare troviamo la dea *hindū* locale Rāndal Mā (Figura 5), che è fatta risalire alla figura vedica di Saranyū<sup>56</sup>, la moglie del dio Sūrya, il sole. Solitamente non esistono templi di questa dea, perché è invocata nello spazio domestico solo da donne sposate<sup>57</sup>. L’altra figura, venerata da donne *hindū*, jain e musulmane, è Jijā Mām, una santa Jāt musulmana sepolta in Pakistan. In uno dei suoi viaggi ha attraversato la regione del Kacch e sono sorte delle *dargāh* (mausoleo musulmano) in ogni posto dove si è seduta. La *dāi mām* Karima Jāt, musulmana, ne ha una accanto a casa che è mantenuta dalla sua famiglia, e

<sup>54</sup> Per l’analisi di questo rito, si veda il prossimo sotto capitolo.

<sup>55</sup> “A: *Hām matlab healthy baby aur happy baby ke lie khus rahanā acchā hai. [...] Matlab kōi happy raho thoṛā calm raho, matlab thoṛā happy raho thoṛā acchā acchā socio, thoṛā prayer karo matlab thoṛā Allah ko yād karo*” (Amira, 17 marzo 2018).

<sup>56</sup> Per approfondire il mito relativo, si veda O’Flaherty (1980).

<sup>57</sup> Ho trovato un solo tempio dedicato a Rāndal Mā gestito da una famiglia di *brāhmaṇa* nel quartiere periferico di GIDC. Il sacerdote mi ha raccontato la storia della dea, di cui riporto la traduzione: “La moglie del sole, Sūrya, si chiama Rāndal, e mostra due forme: una di luce e una di ombra. La forma di luce è quella primaria che in sanscrito si chiama Ranade e in *gujarātī* Rāndal. All’inizio ha avuto due gemelli con Sūrya: Yam (dio della morte) e Yamunā (dea del fiume omonimo). Dopo la loro nascita durante l’estate, quando il sole era molto più luminoso, un giorno Sūrya chiama Rāndal Mā perché è assetato. Vista la luminosità del sole, la moglie non riesce a guardarlo negli occhi, quindi Sūrya si arrabbia e litigano: com’è possibile che sua moglie non riesca a guardarlo negli occhi? Rāndal va allora a casa di suo padre, Viśvakarmān, e gli spiega tutto. Viśvakarmān però le dice che non bisogna comportarsi così: può succedere di litigare tra marito e moglie, ma ora deve ritornare a casa, da Sūrya. Rāndal Mā si rifiuta di tornare, e dice che deve essere suo marito a venire a prenderla e la verrà a prendere perché lei farà la *tapas* (pratica di asceti). Diventa quindi una giumenta e va nel bosco a fare la *tapas*. Dopo un po’ di tempo il sole si accorge che c’è qualcuno nel bosco che fa tanta *tapas* e si accorge che è sua moglie e si chiede chi c’è a casa, perché quando Rāndal Mā è andata via ha lasciato Chāyā, che vuol dire ombra. Mentre Rāndal faceva la *tapas*, l’ombra ha fatto due figli gemelli, Śani e (...). Quando Sūrya si è reso conto che quella giumenta che faceva la *tapas*, era sua moglie, è andato a riprendersela e le ha promesso che suo figlio Yam sarebbe diventato il signore della morte, un giudice. Quando Rāndal Mā tornò a casa, per un po’ vivono tutti e tre insieme, poi diventa una cosa sola con l’ombra e diventa quindi madre di tutti e quattro i bambini” (luglio 2017). Per questo motivo in tutte le immagini sono ritratte due dee: una è Rāndal Mā e l’altra è Chāyā la sua ombra.

un'altra più grande si trova a una ventina di chilometri da Bhuj, a Virai, dove ogni anno è organizzato un grande festival (Figura 6). In queste *dargāh* le donne vanno a chiedere protezione durante la gravidanza e rendono omaggio alla santa (*pīr*) offrendole una culla di legno in miniatura (Figura 7).

Le mie interlocutrici affermavano che se la donna dedica molto tempo ai riti e alla preghiera, allora il bambino sarà molto devoto. La lettura dei testi religiosi, come il Corano per i musulmani e il Bhāgavata Purāṇa per i *vaiṣṇava*<sup>58</sup>, è un mezzo molto importante perché non solo permette di inserire il bambino nel tessuto religioso già nello stadio prenatale, educandolo sul piano morale e rituale, ma prima di tutto rinforza il ruolo della donna come riferimento religioso della famiglia.

La *dai māṃ* Karima, Jāt musulmana, ha affermato durante una conversazione che quando la donna è incinta è bene che non esca troppo di casa e non si affatichi troppo. Deve passeggiare di tanto in tanto e l'attività migliore è stare a casa a fare i lavori domestici. Se invece lavora troppo fuori casa, allora il bambino potrebbe nascere prematuro ed essere troppo debole per sopravvivere. La ‘domesticizzazione’ della donna è intensificata durante la gravidanza e in seguito completamente assunta alla nascita dei figli: lo spazio della madre si articola nella prossimità della casa (Chasles 2009). Infatti, anche se è tollerato che una ragazza o una donna sposata lavori, non è socialmente accettato che una madre debba spendere molto tempo fuori casa (Donner 2008). Solo quando i figli saranno cresciuti, una donna può permettersi di fare qualche lavoro che aiuti a integrare lo stipendio del marito. Inoltre, a causa dell'alta presenza di dossi sulla strada, tutte le *dai māṃ* sconsigliano alle donne incinta di andare in motorino, in macchina o in autobus perché gli sbalzi avrebbero fatto scendere verso il basso il bambino (*baccā nīche ā jāte*)<sup>59</sup> che, pesando sull'apertura del ricettacolo femminile (*baccādānī kā muṃh*), ne avrebbe favorito l'apertura, producendo un aborto spontaneo. Lo spazio femminile si restringe, in particolare in questo periodo, limitandosi a una distanza percorribile a piedi.

<sup>58</sup> I devoti del dio Viṣṇu, una delle tre principali correnti devozionali (*bhakti*) dell'hindūismo moderno, che riconosce Viṣṇu quale divinità suprema.

<sup>59</sup> Durante la mia ricerca sul campo, nel corso delle giornate trascorse in compagnia delle *dai māṃ* Hazima e Karima, ho incontrato molte donne che si facevano visitare perché sentivano che il proprio bambino era sceso troppo in basso. Attraverso una manipolazione del ventre con dell'olio, le *dai māṃ* potevano facilmente riposizionare in modo corretto il bambino.



*Figura 5 (in alto) - Statua di Rāndal Mā (luglio 2017). Foto: L. Gentile.*

*Figura 6 (a sinistra) - La dargāh di Jijā Mā a Virai (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

*Figura 7 (a destra) - Una famiglia offre una culla in miniatura nella dārgah di Jijā Mā per ringraziarla della nascita dell'ultimogenito maschio, nella foto (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

Tutti questi vincoli sui movimenti corporei ed emotivi delle donne mirano a educarle al loro ruolo sociale di madri. Il controllo, l'obbedienza, lo zelo, virtù femminili per eccellenza, sono qui imposte dalla società e la famiglia, e conseguentemente incorporate dalle donne, attraverso le prescrizioni che devono rispettare. Come evidenzia Walentowitz nel suo articolo sulla vita sociale del feto nelle diverse culture: “*l'état de grossesse la rendrait [la femme] impressionnable et incapable de se contrôler. D'où la nécessité d'une surveillance particulière de cette femme dont l'absence de règles semble la dérégler, comme si son pouvoir de vie allait de pair avec un pouvoir de mort qui menace l'ordre social et qu'il faut donc prévenir par des mesures renforcées*” (2005:138). In effetti, la paura dell'aborto spontaneo è sempre presente a livello sociale e familiare, a causa dell'innata apertura della donna e della debolezza del bambino.

### ***La callipedia o l'arte di fare dei bei bambini***

La callipedia, ovvero l'insieme delle pratiche che permettono di avere dei bei bambini, è una conoscenza attestata storicamente sia in Europa (Angelini e Trinci 2000, Fischer 2009) che in altre parti del mondo (Ewombé-Moundo 1991). In India, questa pratica è presente nei principali testi ayurvedici, come la Carakasamhitā e Suśrutasamhitā, dove si trovano tutte le prescrizioni da seguire per avere un'eccellente progenie, che si concretizza nella nascita di un bambino maschio in salute, privo di malformazioni, intelligente e di bell'aspetto<sup>60</sup>. Nei testi, l'attenzione non è solo rivolta al comportamento e alla dieta della gravida, ma inizia con una ritualizzazione del concepimento, che deve avvenire solo in un periodo propizio. Nel corso della gravidanza i testi evidenziano la necessità di costruire un ambiente propizio alla gravidanza: la donna deve essere circondata da cose piacevoli, sentire cose piacevoli e guardare solo uomini belli e cose chiare (Caraka 1992: 463).

Nelle narrazioni delle donne, il modellamento dell'aspetto del bambino prende sempre una parte molto importante delle prescrizioni prenatali. Se molte delle norme non sono poi tenute in considerazione nella pratica, al contrario quelle che permettono di modellare un figlio intelligente, tranquillo (*śant*<sup>61</sup>) e di bell'aspetto sono rispettate e ci si riferisce a questo tipo di progenie come *acchā baccā*, ‘buon bambino’. In particolare, si dà molta importanza a quelle pratiche che permettono di sviluppare un incarnato particolarmente chiaro. In India, l'ideale di bellezza è spesso legato alla carnagione chiara, permettendo un grande sviluppo del

<sup>60</sup> In particolare, nella Carakasamhitā si descrive un bel bambino come grasso, chiaro, con occhi bruno-rossastro, vigoroso, puro e mentalmente forte (Caraka 1992: 463).

<sup>61</sup> Il termine *śant* veicola qui non solo uno stato di calma, ma anche uno stato di devozione.

mercato delle creme di bellezza schiarenti<sup>62</sup>.

La superiorità della pelle bianca non si collega solo a un principio estetico, ma nasconde altri tipi di discriminazioni legate a casta, classe, religione, regione, genere ed economia (Mishra 2015) e si basa sulla teoria dell’invasione ariana. Questa popolazione di origine caucasica, dall’incarnato chiaro, si sarebbe introdotta nel subcontinente indiano durante il secondo millennio a.C. scacciando verso sud la popolazione dravidica preesistente di carnagione scura<sup>63</sup>: la presunta superiorità di questa ‘razza’ è alla base della preferenza per la pelle bianca. Questo standard di bellezza è applicato anche ai neonati: le uniche rappresentazioni che è possibile trovare nelle case, sotto forma di poster, o negli spazi pubblici ritrae solo paffuti bambini bianchi. Per avere figli simili, com’era già consigliato nei testi dell’*āyurveda*<sup>64</sup>, le donne suggeriscono l’ingestione di diversi alimenti bianchi, che permettono di sbiancare la pelle durante il periodo prenatale. I cibi più efficaci sono di natura liquida, primi tra tutti il latte di cocco<sup>65</sup> e il latte di origine animale; altrimenti vi sono le mandorle e il *khīr*<sup>66</sup>.

Rubina Jāt è una parente della *dāī māṃ* Karima e collabora con la ONG *Kutch Mahila Vikas Sanghathan* (KMVS). Sposata con un uomo della stessa comunità che fa il guidatore di *rickshaw*, ha un figlio e due figlie, di cui la maggiore è già sposata. Un giorno, mentre il resto della famiglia stava tranquillamente guardando la televisione, Rubina mi ha raccontato delle sue gravidanze e di come l’attenzione verso i cibi ha permesso d’influenzare la carnagione dei figli. Il primo, probabilmente un maschio, è sopravvissuto solo una notte:

R: Con il primo figlio non ho avuto problemi. È rimasto [nel ventre] fino al nono mese. Quando ti succede la prima volta, allora non ci fai tanta attenzione, non sai cosa bisogna mangiare, che cosa succederà... quando sono rimasta incinta, non sapevo neanche che giorno era successo.<sup>67</sup>

Purtroppo il primo bambino è morto appena dopo il parto. In seguito Rubina ha avuto

<sup>62</sup> Sulla pelle bianca come simbolo di bellezza estetica e sulla conseguente discriminazione in base al colore della pelle, soprattutto in ambito matrimoniale, si vedano Ghoshal 2017, Li e al. 2008, Gelles 2011, Jha e Adelman 2009, Shankar e Subish 2007, Shevde 2008.

<sup>63</sup> Sulla controversia dell’invasione ariana, si vedano Bryant e Patton 2005, Leopold 1970 e 1974, Thapar 1999.

<sup>64</sup> Per esempio, si veda Caraka (1992: 463).

<sup>65</sup> Bisogna però fare attenzione alla quantità di latte di cocco da ingerire. Durante un incontro, Nilam Goswami (*hindū*) per esperienza mi ha consigliato di fare attenzione, perché ingerirlo quotidianamente durante il terzo trimestre, favorisce la crescita del bambino che potrebbe raggiungere dimensioni che renderebbero il parto difficile o comunque molto doloroso.

<sup>66</sup> Dolce tradizionale del subcontinente indiano, cucinato con riso cotto nel latte e zucchero, aromatizzato con cardamomo, uva passa, zafferano, pistacchi o mandorle.

<sup>67</sup> “R: *Pahale baccā ko koī dikkat huī, nau mahīnom tak rahe gayā. Pahālī pahālī bār hotā hai to kuch dhyān nahīm raktā sakte haiṃ, patā nahīm caltā kyā khānā cāhie, kyā hogā... tab baccā rahe gayā, kaunsā tarīq thī vah patā nahīm calā.*” (Rubina, 8 agosto 2017).



un aborto spontaneo e durante la gravidanza successiva ha dovuto riposarsi, seguire una dieta speciale prescritta dal dottore e prendere le medicine (*davāī*) della *dāī māḡ* Karima. Questi sforzi e attenzioni sono stati ricompensati con la nascita di una bambina che non solo è sopravvissuta, ma aveva pure mantenuto un bellissimo incarnato chiaro. Durante la seconda gravidanza, Rubina non ha più preso le medicine, ma ha fatto molta attenzione all'alimentazione e di conseguenza la secondogenita aveva una carnagione leggermente più scura. Infine, nel corso dell'ultima gravidanza, le è venuta una forte voglia di carne, cibo molto caldo (*garam*), e non ha neppure preso le medicine, quindi l'ultimogenito aveva un incarnato particolarmente scuro (*kālā*).

In generale, sono i cibi caldi che attraverso una ‘cottura’ eccessiva del feto, favoriscono lo sviluppo di un incarnato nero (*kālā*). In particolare, gli alimenti scuri come il caffè, il cioccolato, le melanzane, il pane di miglio (*bājrī kā roḡlā*) e il *cāy*<sup>68</sup>, sono considerati essere molto efficaci. Nilam Goswami (*hindū*) riassumeva così le prescrizioni per aver un bel bambino:

N: Non ti fanno mangiare le melanzane: sono calde (*garam*) e non ti danno da mangiare cibi caldi durante la gravidanza (*pregnancy*), solo dopo te le fanno mangiare. Neanche il pane di miglio (*bājrī kā roḡlā*) o il cioccolato (*chocolate*): il bambino diventa nero (*kālā*). Non ti fanno bere neanche il tè (*cāy*). Se ne vuoi bere qualcuno va bene, ma se ne prendi troppi il bambino diventa scuro. Bisogna mangiare lo yogurt (*dahī*), il latticello (*chās*) e il *khīr*, soprattutto ti fanno mangiare il *khīr*: il bambino ne riceve molto nutrimento. Ma se hai bisogno di un bambino bianco (*white baby*), mangia il *khīr*.<sup>69</sup>

Le prescrizioni alimentari erano condivise tra le mie interlocutrici anche di fede diversa, solo le pratiche legate alla preghiera differivano tra i vari culti. Per esempio, la *dāī māḡ* musulmana Karima Jāḡ raccontava che per aver un bel bambino basta recitare ogni giorno durante la gravidanza la *sūrah* di Yūsuf<sup>70</sup>, oppure bere giornalmente un sorso d'acqua

<sup>68</sup> Tè indiano fatto bollire con il latte e delle spezie come lo zenzero e il cardamomo.

<sup>69</sup> “N: *Bemgan nahīm khāne dete. Garam hai vah during the pregnancy garam cīzeḡ nahīm khilate ye bhī nahīm khāne dete ye to after pregnancy khilate haiḡ. Phir bājre kā roḡlā, phir chocolate: baccā kālā hogā. Cāy bhī nahīm pīne dete. Agar kisī ko pīnā hai to pīo lekīn jyādā nahīm kāle ho jāte haiḡ. Phir dahī, chās khīr ye khao. Jyādā to khīr hī khilate haiḡ to: nutrition miltā hai. Lekīn white baby cāhie to khīr kaho.*” (Nilam, 26 marzo 2018).

<sup>70</sup> Giuseppe è una figura presente sia nell'Antico Testamento sia nel Corano, dove è considerato come un profeta. Figlio di Ya‘qūb (Giacobbe), nipote di Ishāq (Isacco) e pronipote di Ibrāhīm (Abramo), come riporta Tottoli, “*the Qur'an dedicates an entire sura [the twelfth] of about one hundred verses to the story of Joseph. This is the longest and most detailed narration, given that it embraces in one long passage, without any interruptions, the most significant facts in the life of Joseph. The peculiarity of this is emphasised even more by its definition as ‘the fairest*

da una bottiglia dove si è inserito un versetto della *sūrah*. Nella tradizione coranica, Yūsuf è descritto come un uomo di particolare intelligenza e bellezza, che possiede metà della bellezza che Dio aveva riservato all’umanità (Tottoli 2002: 120). Per questo motivo, la recitazione della *sūrah* a lui dedicata, grazie al potere modellatore della parola, è considerata permettere al bambino in grembo di ereditare almeno una parte della bellezza di quel profeta.

Al fine di avere un buon bambino (*acchā baccā*), non sempre basta fare attenzione all’alimentazione, ma è bene organizzare l’intera gravidanza, fin dal concepimento, con lo scopo di modellare un bambino con le più alte qualità morali, fisiche e spirituali. Nilam Goswami (*hindū*) ne parlava durante una conversazione:

L: Cosa si può fare per avere un buon bambino (*acchā baccā*)?

N: Per un buon bambino, devi prima di tutto iniziare a fare il bambino. Per esempio, se stai pianificando, puoi vedere quando fare la fertilizzazione (*fertilization*) in un giorno e a un orario propizio. Se non avevi programmato di rimanere incinta, appena scopri di essere incinta e decidi di continuare la gravidanza, allora puoi iniziare a fare attenzione a quello che mangi, a quello che senti. Deve arrivare solo positività (*positivity*) e niente negatività, e così deve essere tutta l’atmosfera della casa e bisogna godersi (*enjoy*) la gravidanza, godersela tanto quanto si può. La gravidanza non è una malattia che ti fa stare a letto tutto il giorno: solo il ventre (*belly*) si ingrossa e questo non vuol dire che bisogna rimanere tutto il giorno a dormire.<sup>71</sup>

Queste prescrizioni sono comprese in una pratica comunemente conosciuta come Garbh Saṃskār, su cui Nilam aveva trovato un libro. Mi ha raccontato che poiché durante la prima gravidanza a diciannove anni si era sentita spaesata e non pronta, in vista della successiva aveva voluto prepararsi. Grazie alla lettura di questo libro, aveva capito l’importanza d’organizzare il concepimento in un momento propizio<sup>72</sup> e di controllare la propria alimentazione e il comportamento durante la gestazione. Dopo aver applicato le prescrizioni, era riuscita a rimanere incinta, ma sfortunatamente aveva perso il bambino a causa di una grave costipazione. Dopo questa esperienza dolorosa, Nilam aveva deciso di aspettare e si era fatta inserire una

---

*of stories’, with which it is introduced and which at the same time acknowledges its aesthetic aspects, most particular amongst the stories of the prophets recounted in the Qur’an” (Tottoli 2002: 28-9).*

<sup>71</sup> “L: *Acchā baccā karne ke lie matlab kyā kyā karnā hai? N: Acche bacce ke lie pahale to baccā start hotā hai. Jaise fertilization huā tabhī se to dīn dekho acchā time dekho agar plan kar rahe ho to. Agar kuch plan hī nahīm hai to jaise hī patā cal gāyā kī pregnancy ho gāyā hai aur pregnancy continue karnā hai tab se start karo khāne meṃ dhyan rakho, kyā sunte ho positivity ānī cāhie, negativity nahīm ānī cāhie. Isko pūrā atmosphyer ghar kā aisā honā cāhie ki usko aisā lage ki pregnancy usko enjoy karnī cāhie. Usko jitnā enjoy karoge. Bīmārī nahīm hai pregnancy pūrā dīn sote rahī sirph belly hī to barh rahā hai. Yah nahīm ki pūrā dīn sote raho.” (Nilam, 26 marzo 2018)*

<sup>72</sup> Per esempio, solo un rapporto sessuale, di preferenza effettuato tra le 4.00 e le 6.00 del mattino, che mira al solo concepimento e non al piacere, permette la nascita di un buon bambino.

spirale. Purtroppo, a causa di un rigetto era comunque rimasta incinta e lei si era molto rammaricata che neanche il secondogenito era nato seguendo i dettami del Garbh Saṃskār.

Nel corso della ricerca sul campo, solo poche donne hanno attribuito il nome di Garbh Saṃskār alle norme che seguivano nel corso della gravidanza e solo Nilam ha citato l'esistenza di un libro. Una ricerca in internet ha invece svelato la grande diffusione di questa pratica, non solo in Gujarat, ma in tutta l'India. Il nome, tradotto generalmente come ‘purificazione dell'utero’, fa riferimento ai sacramenti<sup>73</sup> (*saṃskāra*), solitamente in numero di sedici<sup>74</sup>, che scandiscono la vita di ogni *hindū*<sup>75</sup>. Il Garbh Saṃskār è una creazione moderna che raccoglie il sapere medico ayurvedico e religioso con lo scopo di ottenere la migliore progenie (*uttam santati*). Solitamente questo sapere è diffuso attraverso articoli di giornali, libri e internet.

Già nei primi decenni del ventesimo secolo, la sfera pubblica vide un'ampia diffusione di una serie variegata di manuali popolari sulla vita coniugale, il sesso, la riproduzione e l'assistenza all'infanzia in lingua *hindī*, che erano definiti socialmente ‘utili’ (*upayogi*) e radicati nel sapere della 'scienza'. All'interno di questa letteratura si sviluppò un filone denominato *santati-śāstra*, letteralmente ‘la scienza della progenie’, che istruiva le coppie della *middle class* appena sposate su come produrre bambini mentalmente e fisicamente perfetti (Savary 2014). Come evidenzia Savary nella sua analisi di questa particolare letteratura, il successo di questi manuali coincise con la diffusione dell'eugenetica in India, a cavallo tra il diciannovesimo e ventesimo secolo. “*The promoters of santati-śāstra were*

<sup>73</sup> Traduzione proposta da Pandey (1993).

<sup>74</sup> I sedici sacramenti considerati canonici sono *garbhādhāna*, il rito d'inseminazione; *pūṃsavana*, la generazione del figlio maschio; *sīmantonmayana*, il rito della divisione dei capelli (della donna incinta); *jātakarma* la cerimonia della nascita; *nāmakaraṇa*, la cerimonia dell'imposizione del nome; *niṣkramaṇa*, la prima uscita (del neonato); *annaprāśana*, il primo pasto con cibi solidi, *cūḍākaraṇa*, il primo taglio di capelli, *kaṇavedha*, la foratura delle orecchie; *vidyārambha*, l'apprendimento dell'alfabeto, *upanayana*, l'iniziazione; *vedārambha*, l'introduzione allo studio dei Veda; *keśānta*, il taglio della barba *samāvartana*, la fine degli studi; *vivāha*, il matrimonio; *antyeṣṭi*, il funerale (McGee 2004). Tra tutti questi solo *nāmakaraṇa*, *vivāha* e *antyeṣṭi* sono generalmente rispettati.

<sup>75</sup> “*The Sanskrit term ‘saṃskāra’ often translated as ‘rite of passage’ or ‘sacrament’ in reference to those Hindu ceremonials that punctuate the life cycle, also means to perfect, refine, polish, prepare, educate, cultivate, and train. The rituals classified as saṃskāra in Hindu texts—variously enumerated from sixteen to forty-eight—such as initiation, marriage, and even the first haircut, formally mark different stages in the physical, psychological, and moral development of a Hindu while also preparing the person spiritually, socially, and culturally to assume the dharmic duties and responsibilities of adulthood. Ideally saṃskāra educate and shape an individual’s moral values in their aim to perfect and sanctify the whole human being. Situated at key developmental stages in the human life cycle ranging from conception to death, saṃskāra enable and mark transitions from one stage of life to another, serving to incorporate the individual into the new stage be that in this world or the next. Each saṃskāra encodes within the rites, gestures, and speech acts of its ritual process the expectations of each new stage. For example, the wedding saṃskāra is filled with symbols and mantras with specific reference to fertility because the main purpose of marriage is procreation. The religious contexts within which these rituals are performed further sanctify these stages of life, linking them to the sanctity of the social and cosmic orders recognized by Hindu tradition*” (McGee 2004: 332-3).



*mostly men, educated upper- and intermediate-caste Hindus from North India belonging to the heterogeneous middle class that was at a formative stage. (...) Santati-śāstra was presented as an instrument of 'racial improvement' that would forge a nation composed of healthy and strong Hindu middle-class and upper-caste individuals”* (2014: 386).

La pratica del Garbh Saṃskār si è probabilmente sviluppata dalla letteratura *santati-śāstra*, diffusa anche in lingue regionali come il *gujarātī*, ma si basa anche su un sapere panindiano (es. Hancart Petitot 2007, Jeffrey, Jeffrey e Lyon 1989, Pinto 2008). Sotto questa denominazione si presenta però come sanscritizzazione<sup>76</sup> e vernacularizzazione della ‘scienza occidentale’<sup>77</sup> (Savary 2014). A Bhuj, i giornali locali<sup>78</sup> ed internet stanno favorendo la diffusione di questa pratica, che non si rifà ai saperi locali, ma propone un sapere hindūista panindiano con pretese transnazionali. Tuttavia, per il momento, la sua diffusione è limitata e non ha presa tra le donne analfabete che non hanno accesso a questi mezzi di diffusione. Non a caso, le due sole donne che mi hanno citato questo termine, Nilam (*hindū*) e Priya (cattolica<sup>79</sup>), fanno parte di quello strato sociale a cui, per il momento, il Garbh Saṃskār si riferisce: donne *hindū* di classe medio-alta, familiari con la lingua inglese<sup>80</sup>.

## PREPARARSI AL PARTO: APRIRE CIÒ CHE ERA STATO CHIUSO

### *Normal delivery o caesarean?*

A Bhuj, tra le donne con cui ho parlato, vigeva un gran consenso nel preferire il parto vaginale a quello cesareo. Il corpo femminile è fatto per partorire e di conseguenza se una donna si prepara e si allena non dovrebbe aver bisogno di sottoporsi a un’operazione. Le

<sup>76</sup> Il termine ‘sanscritizzazione’ compare per la prima volta in Srinivas (1952), poi definito e analizzato in Srinivas (1956). “*Sanskritization is a specific type of Hindu reference-group behavior where the values, beliefs, and rituals of orthodox Brahmanical Hinduism, often (but not always) embodied in Sanskrit texts, are adopted by lower ranking castes in status emulation of those higher ranking castes who already display them. The concept has been applied widely and examined critically*” (McGilvray 1988:99).

<sup>77</sup> “*A process of cultural convergence (...) [in which] European and Sanskritic idioms participate in the creation of a third, indigenous idiom*” (Hatcher 1996:16).

<sup>78</sup> Il giornale locale Kutchmitra, scritto in lingua *gujarātī*, propone un settimanale dedicato alle donne, dove sono sempre presenti uno o due articoli dedicati alla gravidanza, che s’ispirano al sapere del Garbh Saṃskār.

<sup>79</sup> Priya è una neo-convertita che segue ancora molte pratiche dell’hindūismo.

<sup>80</sup> Negli ultimi anni, il Garbh Saṃskār è stato promulgato da partiti Hindutva di estrema destra, come il RSS (*Rāṣṭrīya Svayamsēvaka Saṅgha*). In molte città del Gujarat, e dal 2017 anche in altri stati, si possono trovare workshop di Garbh Saṃskār, dove le donne apprendono delle tecniche per purificare il proprio grembo per avere dei bambini ‘*customised*’, ovvero alti e bianchi. Si veda Ghoshal (2017) e gli articoli internet Bhardwaj (2017), Das (2017), Sampath (2017).

donne che ho incontrato si riferivano al parto con il nome inglese *delivery* o con perifrasi che evocavano l’arrivo del bambino (*baccā hone vālā hai*), la sua uscita (*nikalnā*) o la sua nascita (*janm / janm lenā*). Se ci si voleva riferire al parto vaginale, allora si aggiungeva l’aggettivo normale (*normal delivery*) o si sottolineava il luogo da dove il bambino è uscito, ovvero le parti basse (*nīce se*). L’ultimo termine si contrappone al parto cesareo, nominato solo in inglese (*caesarean*, che spesso è pronunciato *sizar*), dove il bambino esce da sopra (*ūpar se*). Priti, nonna jain, mi ha parlato della differenza tra parto cesareo e vaginale:

P: [In ospedale,] Ora dicono a tutte le ragazze che bisogna fare il cesareo (*sizar*) e loro [le donne] non lo capiscono che se lo fanno il corpo si rovina (*kharāb honā*). Se fai il cesareo, poi avrai sempre qualche problema nella vita. [...] Si taglia da qui a qui, prendono il bimbo da sopra (*ūpar se*) e poi ti danno i punti (*stitch*).

L: Perché non va bene il cesareo?

P: Che cosa c’è di buono? Non esce neanche tanto sangue e rimane a coagularsi (*jamānā*) nel ventre. Se invece si partorisce da sotto (*nīce se*), allora esce tutto il materiale di scarto (*bigārā*). Per nove mesi il sangue [mestruale] non esce. [...] Se partorisci da sotto esce tutto. Se si fa il cesareo, quel sangue rimane dentro, e il ventre rimane grande. [...] Non fa bene avere il sangue dentro. [...] Fa molto bene se esce tutto il sangue, il ventre diventa piatto (*slim*) e questo succede solo se hai partorito da sotto. Se si fa il cesareo, ti rimane la pancia e, prima o poi, avrai qualche problema: gas, dolori alla schiena, tutto per il cesareo. [Dopo il cesareo] per tre, sei mesi devi fare molta attenzione, non puoi sollevare pesi. Con il [parto] normale (*normal*) non c’è nessun problema: puoi fare tutto e mangiare tutto. Con il cesareo non puoi mangiare il burro chiarificato (*ghī*)... non puoi mangiare nessuno tra quei buoni cibi che ti danno energia e che dovresti mangiare dopo il parto. [...] Di conseguenza diventi debole e il corpo s’ingrossa (*phūlnā*). [...] Sembra sempre che sei incinta al quinto mese<sup>81</sup>.

Nella narrazione di Priti sono sintetizzati molti degli aspetti che sono stati citati dalle

<sup>81</sup> “P: *Abhī sabhī larḳī ko... yahī bol detī hai sizar kar lo, sizar kar lo, par ve samajhte haiṃ ki sizar se śarīr kharāb ho jātī hai, aur sizar ke bād koī to kuch na kuch taklīph rahatī hogī. [...] Sizar karne meṃ, idhar se kaṭte haiṃ, ūpar se le lete bacce aur stitch de dete haiṃ. L: Kyom ye acchā nahīm hotā? P: Acchā kyā hotā hai? Bahut khūn bhī nahīm nikhalte peṭ meṃ jamāī rahe jāte haiṃ. Yah nīce se hotā hai, to bigarā sab nikal jātā hai, apnā blood, 9 mahīne kā bāhar nahīm ātā hai. [...] Nīce se sabhī nikal jātā. Ūpar se hotā peṭ bhī rahe jāte haiṃ. [...] Acchā nahīm hotā agar sāre khūn andar rahatā hai. [...] Nīce se hotā to bahut acchā hotā hai, sabhī nikal jātā aur peṭ slim ho jātā hai. Cesarean hotā hai se uskā peṭ bhī rahe jāte haiṃ aur kuch na kuch taklīph hotī rahatī hai: gas ho jātā hai, kamar dukhtā hai, cesarean ke karaṇ. [...] Cesarean ke bad] Bahut dhyān, 3/6 mahīne to vajan bhī nahīm ūpar lī saktī. Normal meṃ kuch nahīm hotā, sabhī kar sakte, sabhī khāte sakte haiṃ. Cesarean meṃ to ghī kam khānā ... delivery meṃ acchā acchā tākatvālā khāte haiṃ, ve cesarean meṃ ve kuch nahīm khā sakte. [...] To kamjor ho jātī hai. Śarīr phūl jātā hai, bāki kamjor. [...] Choṭā pāṃcvā mahīnā [dī gravidanza] aisā lagtā hai” (Priti, 16 agosto 2018).*

altre donne per evidenziare l’importanza di avere un parto vaginale. In India, l’istituzionalizzazione del parto ha comportato un’epidemia di cesarei, alimentando una crescente diffidenza da parte delle donne verso le motivazioni che spingono i dottori a eseguire quest’operazione che, di conseguenza, non è quasi mai considerata come ‘salvavita’. Al contrario, secondo le donne, considerando la fragilità del sistema riproduttivo femminile, aprire e richiudere il ventre non può che alterare l’instabile equilibrio della capacità riproduttiva: erano numerosi i racconti di casi d’infertilità a seguito di un taglio cesareo. Inoltre, quest’operazione riduce a tre il numero di parti possibili, il che per alcune famiglie può essere un problema in caso di nascita solo di figlie femmine o di morte prematura. Le operazioni indeboliscono il ricettacolo della gestazione (*garbh*) favorendo gli aborti spontanei e, dopo il terzo taglio, la rottura delle pareti. Il logoramento del sistema riproduttivo debilita l’intero corpo femminile, favorendo il sopraggiungere di dolori e di malattie: citando le parole di Priti, “se fai il cesareo, poi avrai sempre qualche problema nella vita”.

La fuoriuscita del sangue corrotto (*kharāb khūn*) è necessaria dopo che per nove mesi quel sangue che non è usato per la formazione del bambino ristagna nel ricettacolo della gestazione (*bacce kī kothrī*). Al momento del parto è fondamentale favorire l’uscita di tutto il materiale che è rimasto rinchiuso nel ricettacolo (*garbh*) durante la gravidanza, poiché se rimane qualcosa di guasto (*kharāb*), tutto l’ambiente ‘uterino’ si altera, ingrossando il ventre e provocando la formazione di fibromi. Una coagulazione del sangue al di fuori del periodo della gravidanza è molto temuta dalle donne, perché è considerata la causa di molti disturbi mestruali che portano all’isterectomia<sup>82</sup>. Solo il parto vaginale consente una pulizia completa dei ricettacoli<sup>83</sup>, evitando future complicazioni ginecologiche.

Se il parto cesareo ha l’unico vantaggio di evitare la sofferenza del parto, non esime la puerpera dal dover sopportare altri e più numerosi dolori nel post parto. Il dolore fisico<sup>84</sup> è considerato necessario per eseguire un buon parto vaginale e per una donna quest’esperienza fonda la sua identità di madre. Il parto cesareo dispossessa la donna del proprio parto, negandole la possibilità di dimostrare la propria forza (*śakti*) e imponendole un tempo di ricovero lungo e doloroso. Il tempo rituale di ricovero della puerpera è solitamente fissato a quaranta giorni, ma dopo un parto ‘normale’ una donna è considerata riuscire a ristabilirsi nel giro di 48 ore, mentre per il cesareo occorrono almeno tre mesi. In questo periodo, la neo-madre non può rispettare le prescrizioni che sono imposte durante il puerperio e servono a far

<sup>82</sup> Sull’isterectomia, si veda il capitolo 7.

<sup>83</sup> Le donne che considerano l’esistenza di più di un utero, affermano che il parto vaginale favorisce lo svuotamento sia del ricettacolo del bambino (*bacce kī kothrī*) che quello del sangue (*khūn kī kothrī*).

<sup>84</sup> Per approfondire la necessità del dolore del parto, si veda il capitolo 7.

recuperare l’energia che ha perso nel parto attraverso una dieta specifica e dei massaggi. Infine, a causa del cesareo molte donne ritardano l’avvio dell’allattamento, trattato in seguito, perché devono riprendersi dall’operazione e possono trovare dolorosa la posizione che è imposta durante l’allattamento.

Il parto per le vie basse (*nīce se*) è sempre preferito dalle donne perché permette il rispetto delle norme del post parto e si compone come un’esperienza imprescindibile per una madre. In ogni caso, il parto cesareo non è mai scelto ma imposto dal dottore a causa di qualche complicazione o perché era già stato eseguito in precedenza<sup>85</sup> e secondo le donne questo avviene perché non hanno allenato e preparato il proprio corpo a sufficienza per poter compiere un parto normale. Solo due donne, Kanta (*hindū*) e Priya (cattolica), hanno sollevato un aspetto negativo del parto vaginale, che rispecchia la loro attenzione alla sessualità e il loro utilizzo dei mass media. Entrambe hanno avuto dei parti ‘normali’ in ospedale e si sono lamentate del conseguente allargamento della vagina, che non le permetteva di soddisfare sessualmente il proprio marito. Per questo motivo sia Kamla che Priya hanno affermato che se potessero tornare indietro avrebbero preferito il parto cesareo che, anche se ti dava molti più problemi, ti permetteva di mantenere intatta la vagina.

### *Allenare il corpo al parto normale*

A partire del settimo mese di gravidanza il bambino è completamente formato e deve soltanto irrobustirsi per superare il parto e per sopravvivere fuori dal corpo materno. Anche la donna, che fino a quel momento ha cercato di limitare e contenere il proprio corpo, deve iniziare a rafforzarsi, accumulare il calore (*garmī*) e allenare il corpo ad aprirsi correttamente per permettere un parto ‘normale’. Considerando che la gravidanza altera il corpo femminile producendo un eccesso di calore, la fisiologia del parto richiede un alto utilizzo di questa qualità per permettere al corpo della donna di aprirsi e far uscire la vita. Non solo la donna deve riscaldarsi per favorire il parto, ma anche per immagazzinare una parte di calore ed evitare di svuotarsi di tutte le energie dopo la nascita.

Il cibo è il mezzo migliore per rinforzarsi e accumulare calore attraverso un cambio di dieta che favorisce gli alimenti caldi (*garam*). Considerata l’instabilità dell’apparato riproduttivo femminile, è importante non esagerare con l’apporto di calore, privilegiando gli alimenti più energetici come il burro chiarificato (*ghī*), la frutta secca, il *jaggery*<sup>86</sup>, cibi che

<sup>85</sup> A Bhuj è molto raro poter avere un parto vaginale dopo un cesareo.

<sup>86</sup> Zucchero di canna non raffinato.

compongono anche la dieta del post parto. Nell’ultimo trimestre, bisogna fare attenzione che il cibo ingerito non promuova un grande aumento di peso del bambino, le cui dimensioni potrebbero favorire complicazioni durante il parto. Molte donne cercano di diminuire l’ingestione di quei cibi che sono considerati soddisfare velocemente la fame aumentando però la taglia del bambino, come il riso e il grano. Mangiare meno o *eating down* è una pratica riportata in tutto il subcontinente indiano<sup>87</sup> e non è considerata danneggiare il feto (Mathews e Benjamin 1979) o la madre. Inoltre, con la crescita del ventre bisogna evitare di riempire troppo lo stomaco per non rischiare di schiacciare o ridurre lo spazio vitale del bambino<sup>88</sup>. D’altra parte, come sottolinea Choudhry (1997) la riduzione del cibo è più diffusa tra i meno abbienti, dove il basso potere d’acquisto può favorire questa pratica, soprattutto se si considera che nelle famiglie economicamente svantaggiate le donne ricevono generalmente meno cibo rispetto agli uomini (Ranadive 1994).

D’altra parte, come evidenzia Priti, sono proprio le donne considerate più svantaggiate, che sono costrette a lavorare come donne delle pulizie, che sviluppano un corpo più adatto a partorire. Si crea così un’analogia tra il fare, essere e avere un corpo: eseguire i compiti che caratterizzano il genere femminile, legati cioè alla gestione della casa, fanno di una persona una donna e del suo corpo un corpo femminile, ovvero adatto a partorire. Solo l’incorporazione (*embodiment*) della ‘domesticizzazione’ del corpo femminile che avviene in particolare nel periodo della gravidanza e che modella il corpo gravido, consente di appropriarsi a pieno titolo dell’identità di donna: una madre è una donna completa. Il tipo di nascita partecipa a modellare le esperienze di maternità:

P: [Durante la gravidanza] non si dovrebbe passare lo straccio (*pochā*), il bimbo potrebbe avere qualche problema (*taklīf*), ma ci sono donne che fanno questo di lavoro e lo fanno anche fino all’ultimo mese e a loro non succede niente. Non hanno neanche bisogno del cesareo, lo fanno vaginale (*nīce se*). Perché questo fa bene, camminare un po’, alzarsi un po’. Se invece stai tutto il giorno seduta poi hai bisogno del cesareo, il bambino si incolla dentro (*andar cipak jātā*). Bisogna camminare fino all’ultimo

<sup>87</sup> Per approfondire, si vedano sull’India Choudhry (1997), Jeffery, Jeffery e Lyon (1989), Rao (1985), Nag (1994). Sul Bangladesh, si veda Harding (2017) e sul Nepal, Christian e al. (2006).

<sup>88</sup> Le stesse motivazioni sono riportate da Nag (1994) seguendo uno studio non pubblicato del SEWA - Rural Research Team del 1992 effettuato in alcuni villaggi del Gujarat: “*two contradictory beliefs shared in the community: (1) increased food consumption by pregnant mother makes baby too large and hence cause health risk for mother during delivery, and (2) increased food consumption by mother hampers the growth and health of foetus because the foetus and food share the limited amount of space in the abdomen*” (Nag 1994: 2434)

giorno, come ha fatto mia nuora. Questo permette un parto veloce<sup>89</sup>.

Dal settimo mese di gravidanza la donna è spinta a camminare più spesso e per lungo tempo, con lo scopo di allenare il corpo ad aprirsi. Al contrario del periodo precedente, è consigliato rimanere in posizione accucciata (*squatting position*) quando si cucina, si pulisce la casa o si lavano i vestiti e si può dormire a gambe aperte. Oltre ad allenare il corpo, grazie all’ingestione di alcuni alimenti si può favorire la discesa del bambino, rendendo il suo corpo e il canale del parto più scivolosi. Nilam Goswami, *brāhmaṇa*, racconta di come un’apposita bevanda l’abbia aiutata ad avere un parto veloce e senza dolore:

Prima del parto ti danno latte, zucchero e tre o quattro cucchiaini di burro chiarificato (*ghī*) caldo. Lo devi bere tutto, prima del thè. Così sei più attiva, puoi alzarti, camminare e il parto (*delivery*) diventa facile (*easy*). Perché il burro chiarificato è appiccicoso<sup>90</sup> (*sticky*), quindi il bambino uscirà facilmente. Per questo te lo fanno bere. Lo devi bere al mattino, dal settimo fino al nono mese, tutti i giorni, continuamente! Non mi piaceva ma bisognava berlo. [...] ed è molto d’aiuto, non so neanche come è uscito il primo [figlio] tanto è stato facile (*āsān*). Com’è stato il parto di Fenel... era la prima volta ma grazie a dio non mi sono neanche accorta che stavo partorendo. Sai quanto dolore ho avuto? Come quello che ho durante il ciclo...così e basta!<sup>91</sup>

Con qualche piccola variabile, la ricetta del latte con il burro chiarificato era molto diffusa tra le donne perché un parto veloce è considerato aiutare anche la donna ad avere meno complicazioni. D’altra parte, bisogna prepararsi bene e per tempo perché come evidenzia Priti, “far nascere un essere umano (*manuṣya*) non è cosa da poco”.

### ***God bharāī, il rito della gravidanza***

A Bhuj, il passaggio verso l’ultimo trimestre di gravidanza di una primipara è

<sup>89</sup> “P: *Pochā nahīm kar sakte ... baccā ne isko taklīph ho sakte haiṃ, islie. Par sabhī bicārā, jo log kām karte haiṃ, ve last month meṃ bhī karte haiṃ par isko kuch nahīm hotā. Vah tākat vālī hai. [...] Sīdhā hospital meṃ jāe, par isko normally ho jātā hai, isko sizar kī jarūrat nahīm partī. Kyomki ismeṃ se thoṛā calnā, utnā vahī acchā rahatā hai, nahīm to baiṭh jātā isko sizar ho jātā andar cipak jātā. Yah [la nuora] last din tak walk kiyā, islie baccā jaldī ho gayā*” (Priti, 16 agosto 2018).

<sup>90</sup> Nilam intende che il burro si appiccica al bambino, rendendolo scivoloso.

<sup>91</sup> “*Before delivery vah log kyā dete the: dūdh, śakkar aur 3/4 cammac garam ghī. Pūrā pīnā hai, before thé. Usse activity barhtī hai, you can lift, you can go, delivery easy ho jāegī. Kyomki ghī sticky hai, to easely vah bāhar ā jāte haiṃ. Yah reason hai unkā. Subah meṃ, 7 mahīne se start hotā hai, 9 mahīne tak dete hī haiṃ, roj, continuous! Pasaṃd nahīm thā par pīnā partā hai. [...] Aur yah it is very helpfull for me. Mujhe pahale kaise ā gāyā, mujhe really nahīm patā, bahut āsān thā. Mere lie Fenel jaise delivery... pahale bār thī phir bhī maimne patā nahīm calā gāyā, thank god. Mujhe matlab kaise pain huā, patā hai? Ki ham log jo period meṃ hote to kaise pain hotā... haise aur bas*” (Nilam, 27 luglio 2017).

generalmente segnato dal rito di *god bharāī* in *hindī* o *khoro bharāvo* in *gujarātī*, che significa letteralmente ‘riempire il grembo’. Lo stesso rito è chiamato anche *śrīmant*, che in *hindī* significa ‘prospero, abbondante’, o con il nome inglese *baby shower*. La presenza di un rito effettuato nel corso della gravidanza è attestato anche in altre parti dell’India<sup>92</sup> e alcuni studi lo fanno derivare dal terzo *saṃskār* prenatale, ovvero *sīmantonayana*, il rito della divisione dei capelli della donna incinta (Hancart Petitet 2007, McGee 2004, Van Hollen 2003a). Secondo i testi *hindū* che trattano dei rituali domestici (*Gṛhyasūtra*), questo rito comporta “*a ritual parting of the pregnant woman’s hair and is meant to ensure the safe development and delivery of the child during the last trimester. According to some authorities, this saṃskār begins a process by which the pollution of the foetus derived from the parents begins to be removed. Popular tradition understands this as a rite focused on the mother, educating her while entertaining her, encouraging her to concentrate on her own well being so as to ensure the full and healthy development of the child. The texts discuss feeding the woman auspicious foods as well as those that satisfy her special cravings (dohada), entertaining her with songs, anointing and massaging her, and garlanding her with a string of unripe fruits. Modern vestiges of the sīmantonayana saṃskār have been transformed into occasions for celebration, for showering the mother-to-be with attention and gifts*” (McGee 2004: 341).

Pur avendo probabilmente un’origine hindūista, a Bhuj questo rito è solitamente praticato anche da famiglie musulmane, cristiane, jain e parsi<sup>93</sup> con lo scopo di proteggere (*rakṣā*) la madre e il bambino nell’ultimo periodo della gravidanza e durante il parto. Il centro della cerimonia è dedicato alla benedizione (*āśīrvad*) del ventre della donna incinta, e al dono di frutta e riso. Bana Joshi, *hindū* di casta *brāhmaṇa*, mi ha raccontato come si svolge *god bharāī*:

B: Il giorno di *god bharāī* la mattina ci si fa la doccia e ci si lavano i capelli<sup>94</sup>. Poi ci si

<sup>92</sup> Si veda per esempio il rito *vaḷaikāppu* in Tamil Nadu, analizzato in Hancart Petitet e Pragathi (2007). Un rito simile a quello osservato in Gujarat è attestato anche a Ujjain in Madhya Pradesh durante la mia ricerca di laurea specialistica (Master 2).

<sup>93</sup> Nella tradizione parsi questa cerimonia è conosciuta sotto il nome di *agarni*, anche se è spesso chiamata con il nome *hindī god bharāī*. Parinaz, donna parsi che abita tra Mumbai e Bhuj, ex insegnante di francese, descriveva così il rito: “*During the seventh month of pregnancy, you put on the lap, the woman’s lap, they put a lot of natural things, coconut, flowers, rice, sugar. The idea is that your lap will always be full of joy. We call people, for lunch, we gave cloths, we gave jewelry, and we fill the god (lap). For example with coconut and rice etc. And for these things we have a typical dessert, it’s a cone shaped mithai (sweet). It’s orange. We don’t know how it happened, but it has become typical. It’s done with dry fruits, it is like bundi laddu (a type of sweet) orange, but cone-shaped. After Agarni the woman never returns to her parents, ever. Usually it goes after the baby is born and there is 40 days left. After 40 days, which is the period during which menses goes. Then she is clean again to go back to her in-laws house. Nowadays there are not many joint families*” (Parinaz, 16 marzo 2018).

<sup>94</sup> Le donne della *jāti* di Bana non possono lavarsi i capelli durante la gravidanza. Lo fanno solo il giorno di *god bharāī* e dopo il periodo del puerperio.

prepara e [...] durante *god bharāī*, marito e moglie fanno la *pūjā*<sup>95</sup> alla *kuldevī*<sup>96</sup>. Il giorno dopo si cucinano i *pūrī* (pane fritto) [...] e la famiglia dei suoceri (*sasurāl*) e la famiglia d’origine (*maikā*) mettono frutta e dolci nel grembo della donna incinta. Coloro che sono invitati, i parenti (*sagāvālā*) offrono soldi e danno la benedizione (*āśīrvād*).

[...] L: *God bharāī* si celebra per la futura madre o per il bambino?

B: Per tutti e due, per proteggerli (*rakṣā karnā*)<sup>97</sup>.

Il tipo di *pūjā* effettuato prima della benedizione alla donna incinta cambia secondo la tradizione della familiare o della *jāti*. Solitamente, insieme all’adorazione (*pūjā*) della *kuldevī* e a volte del *kuldevtā*<sup>98</sup>, si pongono delle offerte a Rāndal Mā, divinità locale che può essere invocata e venerata solo da donne sposate e legata al benessere della famiglia e dei figli. Tutte le donne con cui ho parlato, che hanno avuto almeno un bambino, hanno celebrato *god bharāī* al settimo mese. La cerimonia è organizzata in modo più o meno sontuoso, secondo il volere dei suoceri. Il rito è solitamente celebrato alla prima gravidanza, ma in alcune *jāti brāhmaṇe* si organizza a ogni gravidanza. Se il primo figlio non sopravvive a lungo o se è una femmina, si può ripetere la cerimonia per augurare la buona salute della madre e del figlio. Dopo la cerimonia, la donna ritorna nella casa d’infanzia insieme alla sua famiglia d’origine (*maikā*), dove rimarrà fino alla fine del puerperio.

Durante il matrimonio la donna entra a far parte della famiglia del marito: la sposa eredita la *kuldevī* del suo lignaggio e, attraverso il cibo e la condivisione di altre sostanze corporee, il corpo e il sangue acquisiscono le stesse qualità dello sposo. Dal punto di vista fisiologico, questo cambiamento è necessario perché i figli si sviluppano nel ventre della sposa, a partire del suo sangue. Tuttavia è solo dopo la nascita del primo figlio che la neo-sposa è completamente accettata e inizia a costruirsi il suo spazio e l’autorità nella famiglia del marito.

Il rito di *god bharāī* si pone in un momento delicato: dal settimo mese in poi la donna può potenzialmente partorire un bambino con buone possibilità di sopravvivenza. Anche se dopo il matrimonio la donna ha vissuto con i suoceri (*sasurāl*), il primo parto è solitamente condotto nella casa natale (*maikā*). Se si considera il potenziale modellatore che l’ambiente ha

<sup>95</sup> Atto di adorazione a una particolare divinità.

<sup>96</sup> Divinità femminile (*devī*) protettrice di un determinato lignaggio familiare (*kul*), trasmesso secondo una logica patrilineare.

<sup>97</sup> “B: *God bharāī ke din subah phir sar dhulte haiṃ nahāte haiṃ phir taiyār karke. [...] Godbharāī meṃ kyā hai ki pati patnī baiṭh ke hamāre kuldevatā hai uskī pūjā karte haiṃ agle din puriyā banāte haiṃ [...] Aur god meṃ hamāre sasurāl vāle aur maikēvāle phal dete haiṃ, miṭhāī dete haiṃ, jo ladies pregnant hotī hai usko. Aur jo log āte haiṃ vah sagāvālā paisā dete haiṃ. Aur āśīrvād bhī dete haiṃ. [...] L: Yah bacce ke lie hai godbharāī yā mātājī ke lie hai? B: Donoṃ ke lie hotī hai. Uskī rakṣā karne ke lie”* (Bāna, 30 agosto 2017)

<sup>98</sup> Divinità maschile (*devā*) protettrice di un determinato lignaggio familiare (*kul*), trasmesso secondo una logica patrilineare.



sullo sviluppo prenatale del bambino, il trasferimento verso la casa dei *maikā* permette al primogenito di essere modellato anche dalla famiglia di provenienza della madre. A questo punto, i genitori della gravida diventano responsabili del buon modellamento del nipote. A volte, per mostrare alla famiglia dei suoceri il proprio prestigio e la cura che impiegano nei confronti dello sviluppo del bambino, i genitori della sposa si premurano di integrare nella dieta della donna incinta i prodotti più nutrienti e costosi, come il burro chiarificato (*ghī*).

D'altra parte, dopo il parto, la puerpera non può tornare a suo piacere a casa, ma deve essere espressamente invitata. I *sasurāl* hanno la possibilità, anche dopo il matrimonio, di rigettare la sposa se il neonato non rispetta le attese: per esempio se è una bimba o ha qualche malformazione. Una volta ritornata dal marito, la donna ha poi poche occasioni di ritornare per un periodo così lungo dai propri genitori: la nascita del bambino la iscrive di diritto nel tessuto familiare dei *sasurāl*. Tutte le donne che ho incontrato erano state molto felici di ritornare per qualche mese dalla propria famiglia natale. Considerato il grande controllo che le era imposto durante la gravidanza e al contempo l'obbligo a continuare a fare i lavori di casa, le donne approfittavano del trasferimento per riposarsi ed essere coccolate dalla madre e le sorelle.

#### *Etnografia del rito*

Durante il primo soggiorno a Bhuj, ho potuto partecipare al *god bharāī* di Hetal, *hindū* di 21 anni, incinta al settimo mese. Maggiore di quattro fratelli, si era sposata con un matrimonio combinato da poco meno di un anno. Viveva a Bhuj con il marito, i suoceri, il fratello e la sorella minore del marito. La cerimonia era organizzata dalla famiglia di origine (*maikā*) di Hetal in una sala per cerimonie a Mādhāpar<sup>99</sup> alle 9.00 di domenica mattina. Al mio arrivo, solo i parenti della parte dei *maikā* erano presenti: le donne sedute per terra al centro della sala e gli uomini seduti a lato su delle sedie di plastica (Figura 8). La festeggiata è arrivata con un po' di ritardo in macchina, accompagnata dalla famiglia dei suoceri (*sasurāl*). Era vestita con un *sārī* verde *bāndhānī* (Figura 9). I tessuti decorati con questa tecnica tradizionale<sup>100</sup> di tintura detta *tie-dye* sono riservati a momenti legati alla sfera del sacro, perché considerati di buon auspicio (*śubh*)<sup>101</sup>. La donna incinta non può portare vestiti *bāndhānī* durante la gravidanza o nel post parto, fatta eccezione del giorno di *god bharāī*. Per

<sup>99</sup> Mādhāpar è un villaggio confinante a Bhuj, abitato per lo più dalla ricca comunità Patel.

<sup>100</sup> Questo metodo è tipico del Gujarat, Sindh, Panjab, Rajasthan e Tamil Nadu.

<sup>101</sup> Il tessuto *bāndhānī* è solitamente usato durante i matrimoni e le cerimonie religiose. Una donna può indossare questo tessuto solo dopo il matrimonio.

quest’occasione, i genitori (*maikā*) sono soliti regalare un *sārī bāndhānī* rosso, verde o giallo<sup>102</sup>, colori che richiamano la fertilità.

Il giorno della cerimonia la primipara è riccamente ornata e vestita come il giorno del matrimonio, anche se la sua condizione non le permette di truccarsi con il *kājal*<sup>103</sup>, dipingersi le unghie e decorarsi le braccia con il *mehndī*<sup>104</sup>. Durante la gravidanza, Hetal aveva avuto dei problemi che avevano quasi provocato un aborto spontaneo. Per questo motivo, aveva fatto voto (*vrāt*) di non portare gioielli d’oro fino alla nascita del figlio: al loro posto, Hetal portava una collana, dei bracciali e degli orecchini di fiori.

Hetal si è seduta su un trono argentato al centro della sala, circondata dalle donne della famiglia. Aveva i piedi su uno sgabello argentato e teneva aperto sul grembo il *pallū*<sup>105</sup> del suo *sārī*. Al suo fianco si è seduta la *devrānī*, la moglie del fratello minore del marito, e alle sue spalle, con un vassoio in mano, la *nanad*, la sorella del marito (Figura 10). Nel frattempo la madre di Hetal preparava tutto il materiale per compiere la cerimonia, posando su un vassoio i doni rituali per la figlia: sette tipi diversi di frutta, un pacco di riso, dei dolci, delle noci di cocco (Figura 11). Il vassoio della *pūjā* era già stato preparato, ricoprendo un piatto con un tessuto *bāndhānī*, e riempito con del riso, dei dolcetti, dell’uva passa, dello zucchero e una ciotolina di *sindūr*<sup>106</sup>. Anche se tutto il materiale è fornito dai *maikā*, sono i *sasurāl* che guidano la cerimonia.

La suocera di Hetal ha aperto la cerimonia benedicendole il grembo, apponendo del *sindūr* con l’anulare della mano destra sul bordo del *pallū* e lanciando del riso all’interno del *pallū*. Dopo è stato il turno della *jeṭhānī*<sup>107</sup> della suocera, che ha benedetto sia il grembo che la fronte di Hetal con *sindūr* e riso e le ha posto tra le labbra un pezzetto di dolce. La *jeṭhānī* indossava un semplice *sārī* rosa e per rimediare alla mancanza del *bāndhānī* richiesto in quest’occasione, si è appoggiata su una spalla una stoffa che richiama i disegni tradizionali. Il drappo è passato tra le donne a chi non indossava questo tessuto di buon auspicio. In seguito la *jeṭhānī* della suocera ha offerto a Hetal i doni che erano stati preparati: sette tipi diversi di frutta, un pacco di riso, dei dolci, una noce di cocco e una banconota (Figura 12). Un’altra banconota è passata con movimenti circolari sulla testa di Hetal e offerta alla *nanad* di Hetal, la sorella del marito. In questo giorno in cui si celebra la fertilità di una neo-sposa, una parte dei doni è offerta

<sup>102</sup> Solo Bāna ha raccontato che nella sua *jāti* ci si veste in bianco, colore che indica purezza, connesso alla casta dei *brāhmaṇi*, anche se è solitamente riservato al lutto.

<sup>103</sup> Cosmetico di colore nero usato solitamente per gli occhi.

<sup>104</sup> Tatuaggio temporaneo eseguito con dell’henné rosso.

<sup>105</sup> Il *pallū* è la parte finale del *sārī*. Nello stile *gujarātī*, il *sārī* è drappeggiato facendo cadere il *pallū* sul davanti.

<sup>106</sup> Polvere cosmetica di colore rosso, usata dalle donne sulla scriminatura dei capelli dopo il matrimonio o applicato in mezzo alla fronte a uomini e donne durante delle cerimonie di benedizione.

<sup>107</sup> La *jeṭhānī* è la moglie del fratello maggiore del marito.

alla sorella dello sposo con lo scopo di calmare le gelosie ed evitare il malocchio (*najar*). Infine, la *jethānī* ha benedetto nuovamente la fronte della donna e ha lasciato il posto alla *nanad* di Hetal, che ha apposto sempre il *sindūr* e riso sulla fronte e le ha posto tra le labbra un pezzetto di dolce. Poi le ha annodato al polso destro un bracciale di protezione (*rākhī*), per augurarle di rimanere in buona salute e favorire un buon parto (Figura 13).

In seguito si sono succedute le benedizioni delle altre donne, prima quelle della famiglia del marito (*sasurāl*) e poi di Hetal (*maikā*), in ordine del loro grado di parentela ed età. Tutti benedicevano la fronte (Figura 14) e il grembo (Figura 15), le ponevano un pezzo di dolce in bocca (Figura 16) e infine offrivano delle banconote a Hetal e alla *nanad*. Le donne più anziane non facevano nessuna benedizione, ma offrivano solo delle banconote alle due ragazze (Figura 17). Per ultimi gli uomini, come le donne anziane, donavano delle banconote nel grembo di Hetal e ne facevano girare altre attorno alla sua testa per poi offrirle alla *nanad* (Figura 18). Né le donne più anziane, né gli uomini portavano il tessuto *bāndhānī*, riservato alle donne sposate in età fertile.

Dopo le benedizioni, parte dei doni è stata tolta dal *pallū* di Hetal per alleggerirla. Dopo essersi alzata, Hetal ha passato sette volte il contenuto del proprio *pallū* nel *pallū* della *jethānī* della suocera, e viceversa (Figura 19). Nel corso dello scambio, bisognava fare attenzione a non far cadere niente, neanche un chicco di riso. Alla fine dei passaggi Hetal si è risieduta e per ultimo, il *devar*, il fratello minore del marito, le ha reso omaggio colorandole scherzosamente le guance con il *sindūr*. Lei ha risposto allo stesso modo dandogli anche un piccolo schiaffo giocoso (Figura 20). Poi, anche il *devar* ha donato una banconota a Hetal e alla sorella.

Nell'ultima parte della cerimonia, Hetal, con il *pallū* ben chiuso in grembo per non far cadere niente, ha girato prima tra le donne della famiglia poi tra gli uomini a rendere omaggio a tutti. La madre l'ha guidata, indicandole l'ordine da seguire. Hetal si chinava a sfiorare i piedi di ogni persona per chiedere una benedizione (*āsīrvad*), che era concessa con frasi di buon augurio e pacche sulla schiena. Dopo aver ricevuto il benestare della persona, Hetal ringraziava offrendo una banconota da 10 rupie<sup>108</sup>, che la madre le porgeva. La cerimonia è finita solo all'una del pomeriggio, quando il pranzo è stato servito a tutti i partecipanti, possono ritornare a casa solo dopo aver condiviso il pasto offerto. Hetal ha mangiato in una stanzetta appartata con la sorella e le amiche. Alla fine della cerimonia sarebbe ritornata a casa con i suoi genitori (*maikā*) fino alla fine del puerperio.

<sup>108</sup> La madre di Hetal mi raccontava che le offerte sono aumentate negli anni: se all'inizio si offriva solo una rupia, poi se ne sono offerte 5 rupie e ora 10 rupie. Sul cambiamento del rito, si veda Hancart Petitet (2007) e Van Hollen (2003a).





*Figura 8 (in alto) - La sala durante god bharāi (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

*Figura 9 (in basso a sinistra) - Hetal con il sārī bāndhānī (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

*Figura 10 (in basso a destra) - Hetal, la nanad e la devrānī (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*





*Figura 11 (in alto a sinistra) - La madre di Hetal prepara i doni (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

*Figura 12 (in alto a destra) - La jethānī della suocera offre i doni a Hetal (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

*Figura 13 (in basso a sinistra) - La nanad annoda il rākhī a Hetal (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

*Figura 14 (in basso a destra) - La madre di Hetal la benedice sulla fronte (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*





**Figura 15 (in alto a sinistra)** - La madre di Hetal le benedice il grembo (agosto 2017). Foto: L. Gentile.

**Figura 16 (in alto a destra)** - La madre offre il dolce a Hetal (agosto 2017). Foto: L. Gentile.

**Figura 17 (in basso a sinistra)** - La nonna materna di Hetal offre dei soldi alla nanad (agosto 2017). Foto: L. Gentile.

**Figura 18 (in basso a destra)** - Un uomo offre dei soldi a Hetal (agosto 2017). Foto: L. Gentile.





*Figura 19 (in alto) - Scambio dei doni tra Hetal e la jeṭhānī della suocera (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

*Figura 20 (in basso) - Hetal colora la guancia al devar (agosto 2017). Foto: L. Gentile.*

*Analisi del rito*

La celebrazione di *god bharāī* che annuncia la futura nascita del bambino, è un'opportunità per ricordare e rafforzare l'unione delle famiglie stabilita dai legami matrimoniali (Hancart Petitet e Pragathi 2007). Per i genitori della futura madre, uno degli scopi del rito è soddisfare le richieste dei suoceri. Questo consentirà alla figlia di partire dalla casa del marito senza conflitti, di condurre una fine della gravidanza serena (Hancart Petitet 2007) e di assicurarsi il proprio ritorno alla fine del puerperio. Allo stesso tempo, la cerimonia permette alla famiglia del marito di affermare la fertilità della neo-sposa e di celebrare la perpetuazione del lignaggio.

In questo frangente, il corpo della donna incinta è usato come mediatore delle relazioni familiari che si articolano tra consanguinei e affini. L'ordine con cui la donna incinta è omaggiata dalle persone, permette all'interno delle famiglie di stabilire e rinsaldare le gerarchie interne. Il rito permette non solo alla donna di inserirsi in questa rete, ma anche al bambino, il cui spazio e ruolo in questo primo momento si definiscono in continuità a quello della madre.

Nello svolgimento del rito si configurano tre relazioni con cui la donna incinta stabilisce un legame particolare, che sono qui brevemente analizzate: la *nanad*<sup>109</sup>, la *jethānt*<sup>110</sup> della suocera e il *devar*<sup>111</sup>. La *nanad* è la sorella del marito e come tale è destinata, dopo il matrimonio, ad abbandonare la sua famiglia d'origine per essere accolta da quella del suo futuro marito. L'arrivo della neo-sposa nel nucleo familiare potrebbe far nascere delle tensioni con quelle ragazze che pur essendo nate in quella famiglia, ne sono escluse su molti livelli. In India, le relazioni tra la sorella del marito e la sposa sono considerate molto conflittuali<sup>112</sup>, soprattutto se si tiene presente il grande affetto che si stabilisce tra fratello e sorella<sup>113</sup>. Inoltre, nel corso della gravidanza possono nascere nuove gelosie considerato il grande prestigio che

---

<sup>109</sup> La sorella del marito.

<sup>110</sup> La moglie del fratello maggiore del marito.

<sup>111</sup> Il fratello minore del marito.

<sup>112</sup> “Similarly the relations between the Nanand, husband's sister, and the Bhavaj [the brother's wife] are not happy. Like the mother-in-law, the sister-in-law is also depicted as a cruel creature. She is the natural enemy of her brother's wife. She always speaks bad of her and abuses her even on small pretext” (Upadhyaya 1968: 92). Per approfondire, si veda Srivastava (1991).

<sup>113</sup> “The pure and the unselfish love of the sister for her brother has become proverbial in Indian literature. There are many fasts and festival which are observed by the sister for the good health and welfare of her brother. The fast of Pindia is observed by an unmarried Hindu girl for a month, so that her brother may live in peace and plenty. [...] On the fifteenth day of the bright half of the month of Shrawan (July-August), which is known as Raksha-Bandhan, sisters tie a thread around the wrist of their brothers. This thread is known as Rakhi or Raksha, which means protection. It is believed that this ceremony protects the brother from all impending disasters at least for a year” (Upadhyaya 1968: 95). Per approfondire, si veda Bénéï (1997).



deriva dal mettere al mondo un figlio. Il gesto di annodare il bracciale di protezione (*rākhī*) al polso della donna incinta, permette alla *nanad* di mostrare apertamente la mancanza di conflitti nei confronti della sposa del fratello. La condivisione delle offerte e la valorizzazione del suo ruolo all’interno della cerimonia permettono di sciogliere le possibili tensioni, ovvero, come mi hanno detto alcune donne che partecipavano al rito, di evitare che la *nanad* getti il malocchio (*najar*) alla neo-sposa. In questo modo, nel corso del rito, il suo ruolo all’interno della famiglia è riaffermato e posto allo stesso livello della neo-sposa.

La *jeṭhānī* della suocera, essendo la moglie del fratello maggiore tra i *siblings*, rappresenta il principale ruolo femminile ‘fertile’ nella rete del lignaggio familiare<sup>114</sup>. Solitamente, per mantenere questo ruolo deve aver avuto dei figli e non dev’essere vedova. Guida la cerimonia insieme alla suocera e, omaggiando la fertilità della neo-sposa, la iscrive nel lignaggio. Centrale è lo scambio che è fatto a metà del rito di *god bharāī*: per sette volte le due donne si scambiano da un grembo all’altro i doni che la neo-sposa ha ricevuto. Dentro il *pallū* della donna incinta si trovano frutta, riso e dolci, che simboleggiano fertilità e abbondanza, e i segni delle benedizioni ricevute nel corso della cerimonia da tutti i membri delle due famiglie. In questo scambio fisico, che mette in gioco la corporeità delle due donne, i doni rappresentano metaforicamente il bambino che essendo accolto nel grembo della *jeṭhānī* della suocera è accettato come frutto del lignaggio patrilineare del marito. Di rimando, la *jeṭhānī* della suocera, come madre di figli tuttora vivi, offre parte del suo potere riproduttivo alla nipote.

Per ultimo, nelle relazioni familiari, quella tra il *devar*, il fratello del marito e la *bhābhī*, la moglie del fratello maggiore è solitamente caratterizzata da una grande intesa<sup>115</sup>. Nel rito quest’affiatamento è esibito nell’atto scherzoso di colorarsi le guance a vicenda, contatto che rivela un diverso accesso al corpo della neo-sposa rispetto agli altri uomini della famiglia. Da notare è l’assenza del marito nell’intero rito: la base delle relazioni è qui intessuta tra le donne, preferibilmente sposate con figli. L’unico uomo che è messo in risalto è il *devar*.

<sup>114</sup> Per approfondire, si veda Ramu (1977).

<sup>115</sup> “*The relation between the younger brother of the husband (Devar) and the elder brother's wife (Bhavaj) are generally cordial and happy. The Devar often makes jokes with his Bhavaj. She never takes them ill, rather welcomes them. In ancient India, the Devar was permitted to marry the wife of his elder brother under certain circumstances which was known as niyoga. This custom was sanctioned by the Dharmashastra none looked down up on it. It seems that the privilege jokes with the Bhavaj is a cultural survival of that ancient custom. However, the relationship between Devar and Bhavaj which is described in folk literature is not of a high order. The passion for sex plays a predominant part in it. A Devar requests his Bhavaj to have sexual relation with him while his brother is in a far off land. But, in many folksongs the Devar is depicted as a messenger and helper of his Bhavaj. She asks him to convey her pathetic message to her husband who has not returned home from distant land for many years*” (Upadhyaya 1968: 93).

In passato, la cerimonia di *god bharāī* era aperta solo a donne sposate con figli, il cui marito era ancora in vita: solo chi aveva potuto dimostrare la propria fertilità poteva omaggiare il ventre della neo-sposa. Coloro sulle quali aleggiava ancora l'ombra della sterilità avrebbero potuto con la loro presenza gettare il malocchio (*najar*) per gelosia alla donna incinta o corrompere con il loro tocco il grembo della futura madre. Oggi, tutte le donne sono accettate alla cerimonia, con la sola eccezione, in alcune famiglie, di altre donne incinte.

Il rito di *god bharāī* osservato era scevro da riferimenti religiosi particolari all'hindūismo, ma metteva in gioco la complessa struttura familiare indiana. Dai racconti raccolti, pare che lo svolgimento qui descritto sia organizzato in modo simile da famiglie musulmane, cristiane, jain e parsi. Anche se sembra derivare da un *samskāra* prenatale che ha come scopo la rimozione delle impurità derivate dal sangue, dallo sperma e dall'utero, quelle sostanze impure che si mescolano per dare alla luce un bambino (McGee 2004), questa motivazione non è espressa nel rito contemporaneo. Pur continuando a invocare il benessere della donna e del bambino, questa celebrazione lascia trasparire piuttosto preoccupazioni di tipo sociale e familiare, extra-religiose.

## CAPITOLO 5

### MADRI MANIPOLATRICI: FABBRICARE I CORPI NEONATI

#### ACCOGLIERE LA NASCITA, ACCOGLIERE LA MADRE

Il puerperio era considerato dalle mie interlocutrici un periodo delicato sia per il neonato che la puerpera: entrambi i corpi sono crudi (*kaccā*) e necessitano di essere solidificati attraverso determinate pratiche corporee e rituali. Queste azioni permettono di socializzare la coppia madre-figlio e di inserirli nella rete delle relazioni di famiglia, riaffermando i legami di parentela attraverso il corpo femminile. I riti della nascita sono, infatti, appannaggio delle donne che, con il loro intervento, riconoscono il ruolo di questa diade nel lignaggio materno e paterno.

La formazione del corpo sociale del neonato e della madre è sostenuta dal modellamento del loro corpo fisico e dall'atto performativo della denominazione. In un primo momento è necessario definire i confini, corporei e identitari, della madre come del neonato. Durante i nove mesi di gravidanza, infatti, la figura del bambino (*baccā*) si manifesta attraverso il corpo e il comportamento materno, portando a una sovrapposizione tra le due soggettività. Dopo la nascita, il neonato inizia un percorso di antropopoesi che nel tempo lo porta a distaccarsi dal suo doppio materno. Lo stesso percorso, con tempistiche diverse, è compiuto dalla donna che, dopo il parto, ha bisogno di adattarsi alla sua nuova corporeità: non più due corpi in uno, ma due corpi separati anche se ancora legati. Questa connessione è mantenuta dall'allattamento, una trasmissione di sostanze che permette un continuo modellamento fisico, psicologico, spirituale e sociale del bambino. Il latte è la manifestazione della maternità della donna: 'l'istinto materno' si fa carne e il corpo della donna risponde automaticamente ai bisogni del figlio.

Dal 2005<sup>1</sup>, l'istituzionalizzazione del parto e la conseguente impossibilità di rispettare determinate pratiche e rituali in ambito ospedaliero ha portato a una messa in discussione di quest'ultime. Di conseguenza, le pratiche della nascita sono state riadattate e rese flessibili dalle donne che ho incontrato e le loro famiglie, permettendo l'integrazione di nuovi scenari. In particolare, è visibile una scissione tra il luogo del parto, pubblico e medicalizzato, e il luogo del puerperio, domestico e privato. Questo capitolo si sofferma sulle pratiche e i saperi che si sviluppano durante il periodo del puerperio, focalizzandosi in particolare sui riti della nascita, l'allattamento e i massaggi che sono fatti al neonato come alla madre. Come sono riaffermate le pratiche corporee del puerperio? Come sono riadattati i rituali della nascita? Che effetto hanno questi cambiamenti nella strutturazione del corpo riproduttivo femminile? In che modo le donne negoziano l'incorporazione della maternità? Come si trasformano di conseguenza i saperi corporei delle donne?

### *Trasformazioni contemporanee delle pratiche del puerperio*

A livello teorico, le mie interlocutrici raccontavano che il periodo del puerperio dura quaranta<sup>2</sup> giorni, durante i quali sia la puerpera che il neonato sono considerati trovarsi in uno stato d'impurità (*aśuddh* o *napāk*) temporanea. Sul piano religioso, questa condizione è dovuta al contatto con sostanze corporee di scarto che fuoriescono nel momento del parto, composte dalla placenta e dal sangue corrotto (*kharāb khūn*) che non è stato espulso durante i nove mesi di gravidanza<sup>3</sup>. La lunghezza del periodo è giustificata dalla presenza delle lochiazioni, che simbolicamente sono considerate durare quaranta giorni. Se tutte le persone che entrano in contatto con la neo-mamma o con le sue sostanze impure possono riacquistare il loro stato di

<sup>1</sup> Sulla storia dell'istituzionalizzazione del parto, si veda il capitolo 7.

<sup>2</sup> Quaranta giorni sembra essere un periodo canonico per il puerperio in molte parti del mondo, come in Grecia, in Messico e nelle Isole Aru (Eichinger Ferro-Luzzi 1994a).

<sup>3</sup> Le ricerche di Janet Chawla sul sapere e le pratiche delle *dais* in diverse regioni dell'India, l'hanno portata a riprendere il concetto di *narak* in relazione all'impurità della donna e alle sue sostanze corporee: “*Although often translated as a hellish or demonic place, narak can be understood as the site or energy of the unseen inner world — of the earth and of the body, particularly the fertile and bleeding female body. Narak has the connotation ‘filth’ but also signifies the fertility or fruitful potential of the earth and women. So-called ‘pollution taboos’ are related to narak, where the idea of the sacred is radically separated from the reproductive potential of the female body. During menstruation and post birth, women are ‘unclean’. [...] During narak time, what is usually closed — the womb — is open, raw, vulnerable and bleeding. Narak allows for the imaging of the unseen and the use of senses other than the visual, as well as the human capacities of empathy and imagination in diagnostics and therapeutics. And, in fact, narak is deeply implicated in the handling of postpartum care*” (2006: 27). Pur non essendo stato citato dalle donne, il termine *narak* richiama l'analisi portata avanti da questa tesi che si focalizza sulle rappresentazioni femminili del corpo. Per approfondire la questione, si veda Chawla (1994, 2002 e 2006b).

purezza (*śuddh* o *pāk*) dopo un’abluzione, lo stesso non accade con il neonato. Il suo primo bagno è solitamente effettuato durante il rituale del sesto giorno (*chathī pūjā*<sup>4</sup>), dove è lavato dai resti del parto. Tuttavia, anche a seguito di quest’atto, non si ripristina uno stato di purezza (*śuddh*) e gli sono preclusi tutti i contatti con oggetti o luoghi di culto. Il suo stato d’impurità non si giustifica, infatti, dalla presenza o dall’emissione di sostanze impure, ma nella sua continuità con il corpo materno (Arborio 2008, Polit 2006, Menon 2013). La nascita non porta alla separazione di due corpi, ma alla manifestazione di un’entità unica con due corpi.

Nei discorsi delle donne che ho incontrato, l’impurità religiosa era sempre evidenziata come giustificazione del periodo d’isolamento cui sono sottoposti la madre e il neonato. Tuttavia, la necessità e l’importanza del rispetto delle pratiche si fondano sulla costruzione dei loro corpi come crudi (*kaccā*), senza forze (senza *śakti*) e freddi (*thaṇḍā*) e non sulla validità religiosa. D’altra parte, Veena Das (1976) in un articolo sugli usi della liminalità legati alla vita e alla morte nella società *hindū*, evidenzia come le regole dell’impurità servono fondamentalmente come metafora per esprimere la liminalità. In questo caso, il neonato non è ancora emerso come ‘*incorporated social category*’ (Das 1976), ma solo come una continuità della madre, il cui nuovo status deve essere ugualmente affermato.

Tutte le donne che ho incontrato evidenziavano l’importanza di rispettare, durante il puerperio, determinate pratiche e prescrizioni che richiamano quelle applicate durante il ciclo mestruale. La puerpera è, infatti, sollevata da tutti gli obblighi domestici ed è incitata a riposarsi e a prendersi cura del nuovo nato. Entrambi sono relegati in una stanza per preservarli dal freddo, da influenze negative e per evitare la propagazione dello stato d’impurità (*aśuddh* o *napāk*). Questo isolamento permette alla madre di restare sempre in prossimità del bambino, che fino al rito del sesto giorno (*chathī pūjā*) non può essere posto nella culla (*jhūlā*) e che è quindi tenuto nel letto materno o in un’amaca legata ai piedi del letto<sup>5</sup>.

Se la nascita avviene nell’ambiente domestico, si stabilisce una continuità tra il luogo del parto e del puerperio, permettendo il contenimento dell’impurità (*aśuddh* o *napāk*). La socializzazione della coppia madre-figlio è allora controllata e limitata al cerchio ristretto della famiglia, mentre i due riti principali della nascita, quello del sesto giorno (*chathī pūjā*) e dell’imposizione del nome (*nāmkaṛaṇ*), istituzionalizzano i momenti d’integrazione e di socializzazione. Per le donne *hindū* e jain è inoltre importante che la coppia non entri in contatto con donne che sono nella fase mestruale. Lo stato d’impurità della partoriente non le permette di avvicinarsi alla sfera del puro (*śuddh* o *pāk*) e del sacro (*pavitṛ*), ma al contempo

<sup>4</sup> I riti della nascita sono trattati nel prossimo sotto capitolo.

<sup>5</sup> Lo stesso succede in ambito ospedaliero, dove le donne hanno a disposizione un solo letto e nessuna culla.

il contatto con un altro tipo d'impurità rischia di peggiorare lo stato di salute di entrambe le donne. Questa concezione può essere verbalizzata sotto forma di una preoccupazione igienista che lega la sfera dell'impuro con quella dello sporco (*gandā*), della malattia (*bīmārī*) e che traduce l'incompatibilità tra corpi liminali.

Con l'avvento dell'istituzionalizzazione delle nascite si crea invece una rottura nella continuità spaziale della nascita che obbliga la donna a confrontarsi con un ambiente più affollato e meno protetto. Le visite e le interazioni con familiari, amici e compagne di camerata non sono controllate, impedendo il rispetto delle pratiche per il contenimento dell'impurità (*asuddh* o *napāk*). Tuttavia, questo cambiamento non ha portato all'abbandono o alla diminuzione dell'importanza del concetto d'impurità puerperale, ma alla sua riaffermazione attraverso un riadattamento della pratica e dei saperi. Durante la degenza ospedaliera, che varia dal tipo di parto e dalle condizioni del neonato o della puerpera, la donna sottostà alle regole del centro, mangiando il cibo riservato ai pazienti e riposandosi. Tuttavia, quando rientra a casa dei suoceri (*sasurāl*) o dei genitori (*maikā*), si sottopone alle restrizioni e all'isolamento dovuto al suo stato impuro.

Lo stesso accade con il neonato: l'ospedalizzazione del parto comporta un cambiamento nel processo di soggettivizzazione del nuovo nato, al quale dal momento della nascita è assegnato lo statuto di persona indipendente dalla madre. Di conseguenza, il personale sanitario si relaziona direttamente al neonato come paziente, senza chiedere il permesso alla famiglia o alla madre. Appena nato, il bambino non è quasi mai presentato alla madre o alla sua accompagnatrice ed è condotto in un'altra stanza per essere lavato, pesato, vestito e controllato. Questo comporta, durante il periodo di degenza, l'interruzione temporanea di pratiche che veicolano una determinata concezione sociale e esistenziale del neonato. Priti, nonna jain, di professione estetista, motiva questo cambiamento di pratiche con un mutamento del carattere delle divinità femminili del lignaggio, le *kuldevī*:

L: Ora in ospedale mettono i vestiti [ai neonati] e li mettono nella culla, va bene?

P: Cosa si può fare, succede così. Ora anche la *kuldevī* si è raffreddata.

L: Che cosa vuol dire?

P: Non è più così rigorosa come un tempo, ora si fanno meno cose per questo motivo<sup>6</sup>.

Il raffreddamento della *kuldevī* permette di giustificare la flessibilità delle pratiche legate all'impurità (*asuddh* o *napāk*) durante il periodo del post-parto in ospedale. D'altra

<sup>6</sup> “L: *Abhī hospital meṃ kaprā pahanā dete haiṃ, jhūle meṃ jhūlte haiṃ, yah thīk hai āpke anusār meṃ? P: Caltā hai abhī kyā kare. Ab kuldevī bhī thāṇḍā ho gayā hai. L: Matlab? P: Abhī pahale jaise strict nahīm rahatā hai. Abhī thōṛā thōṛā kam ho jātā hai karne ke lie, islie*” (Priti, 16 agosto 2018).

parte, pur mantenendo la sua importanza concettuale in ambito religioso, l'impurità puerperale, e anche mestruale, è riportata dalle mie interlocutrici come realtà fattuale e 'biologica'<sup>7</sup> ovvero connaturata alla loro visione di processo fisiologico del puerperio. Durante gli incontri le donne hanno, infatti, giustificato la seclusione e le restrizioni come derivanti da una necessità fisica di riposo, per la madre e il neonato. Il loro corpo è indebolito dallo sforzo, non riesce a gestire l'apertura causata dal parto ed è esposto alle influenze negative, denominate come germi (*germs*) e malattie. Inoltre, secondo le donne le prescrizioni mediche che consigliano di riposare e di seguire una dieta nutriente, legittimano questa loro concezione. L'appropriazione di questo discorso sanitario e igienista permette di rivalutare le pratiche antiche, rafforzando la loro portata simbolica. Così afferma anche Kusum Sompura, giovane *brāhmaṇa* insegnante di danza *kathak*:

K: Gli indiani che ci credono, pensano che una donna (dopo il parto) debba riposare (*rest*) per quaranta giorni. Se lo pensiamo in modo scientifico (*scientific way*) possiamo discuterne perché in passato le donne dovevano lavorare molto. [...] Poi durante il parto (*delivery*) *you know, lot of things is going in your body*, quindi in quel momento è necessario riposarsi. Per questo secondo me c'è la regola che per quaranta giorni non bisogna andare da nessuna parte. Questo succede anche a casa: per quaranta giorni ci sono tutti gli scarti come il sangue (*blood*) e il flusso (*flow*). Io non so tanto, penso durino dieci, quindici giorni. Fino a quel momento bisogna riposarsi e noi a casa non facciamo la *pūjā* per quaranta giorni.

L: Perché?

K: Perché ci sono tutti i germi e il bambino è piccolo e la donna che ha partorito anche lei ha molti dolori<sup>8</sup>.

La presunta validità scientifica di questa pratica permette di riaffermare il concetto d'impurità (*aśuddh* o *napāk*) e armonizzarlo con i modelli esplicativi propri al sistema medico allopatico, che si sta diffondendo nel territorio.

<sup>7</sup> La biologia cui le donne fanno riferimento non è quella del sistema allopatico, ma è propria al sapere femminile riportata nei capitoli precedenti.

<sup>8</sup> “K: *It's like, Indians main jo belief thā vah yah thā ki 40 din tak us lady ko rest milnā cāhie, agar ham scientific way se us ciz ko soce to hamlog yah discussion pe ā sakte haiṃ because pahale ke time meṃ bahut sārā kām hotā thā ladies ko. [...] Phir jab delivery hotā thā u know, lot of things is going in your body. Tabhī rest milnā jarūrī hai. Islie mujhe lagtā hai yah rule hogā 40 din tak kahī nahīṃ jānā hai. To ghar meṃ bhī aisā hotā hai 40 din tak sārā wastage like blood and all flow meṃ rahatā hai, bahut to nahīṃ patā I think 10-15 din tak rahatā hai. Tab tak usko rest mil jāe aur ghar meṃ hamlog 40 din tak pūjā nahīṃ karte L: Lekin kyom? K: Kyomki sārā germs haiṃ baccā choṭā hai, jo lady jiskī delivery huī vah bhī utne hī pain meṃ hai”* (Kusum, 12 luglio 2018).

***Liminalità del puerperio: solidificare i corpi***

In casa, una stanza è interamente dedicata ad accogliere la puerpera e il neonato; è aperta liberamente solo alle donne della famiglia. Pur avendo uno spazio separato, alla coppia non è concessa molta *privacy*. Nella stanza, la madre e il bambino dormono da soli nello stesso letto o in compagnia di qualche parente di sesso femminile, come la madre o la suocera. Fino alla fine del puerperio non è permesso alla donna avere rapporti sessuali e, di conseguenza, al marito non è consentito condividere con lei il letto. In ospedale, invece, le donne sono sistemate in ampie camerate e sono assistite da una parente a cui è permesso fermarsi giorno e notte. Agli uomini, invece, non è permesso risiedere la notte nelle corsie del dipartimento di ostetricia e ginecologia, le cui porte sono chiuse a chiave e sorvegliate dai guardiani.

Sia la neo-mamma che il neonato non dovrebbero essere esposti alla luce del sole fino alla fine del periodo di reclusione, per paura di essere attaccati dal malocchio (*najar*) o da altri spiriti (*bhūt, pret e jinn*). Tuttavia, questa prescrizione è poco rispettata data la necessità di spostarsi dall'ospedale alla casa o, in alcune case, dalla presenza esterna del bagno. In questi casi, per proteggere la donna e il bambino, si mette un coltello sotto il cuscino del letto o nella culla e, in caso di uscita, l'oggetto è conservato sul corpo della donna. In effetti, durante i giorni del puerperio, la coppia è incitata a uscire il meno possibile, mentre le donne della famiglia provvedono a pulire la stanza, preparare il cibo adatto e lavare le pezze del neonato e della puerpera. I vestiti usati durante il parto, sono solitamente gettati o utilizzati come stracci e lo stesso può accadere con tutti gli abiti indossati durante il puerperio. A volte anche i bracciali di vetro o di plastica (*cūrī*) indossati ai polsi dopo il matrimonio, sono rotti e cambiati con una coppia nuova. Il rinnovo esteriore della donna dopo il parto manifesta il suo cambiamento interiore e corporeo: è diventata madre.

L'uscita del bambino non gli impedisce di mantenere un rapporto simbiotico con la madre, legame che è nutrito attraverso l'allattamento. Anche in ambito ospedaliero, il neonato non è mai posto in una culla ma condivide il letto con la madre. In alcuni casi, a casa come in clinica, un *sārī* è utilizzato per costruire un'amaca tra le gambe del letto, permettendo di sistemare il neonato in prossimità e di cullarlo. In effetti, la culla non è utilizzata fino al rito del sesto giorno (*chaṭhī pūjā*), momento in cui il neonato acquisisce lo status di persona. Per lo stesso motivo, tra le donne che ho incontrato, è diffusa la pratica di non vestire il neonato fino al sesto giorno, ma di fasciarlo con un tessuto di cotone, riciclato da vecchi vestiti, e di coprirlo con coperte di lana. In ospedale, al contrario, il neonato è vestito con una cuffietta, una canottiera e una mutanda (1). L'atto di vestizione manifesta il suo riconoscimento come



persona, che è sottoposta alla norma sociale di coprirsi. Questa pratica attuata in ambito ospedaliero, attenua l'importanza del passaggio segnato dal rito del sesto giorno (*chaḥī pūjā*), alterando il processo di soggettivizzazione del bambino.

Anche il momento del bagno della puerpera e del neonato è ritardato fino al sesto giorno, poiché l'acqua potrebbe alterare le loro costituzioni che dopo il parto sono particolarmente fredde (*thaṇḍā*). L'uso quotidiano di pannolini usa e getta è raro in Kacch, sia per il costo molto alto, sia per gli effetti secondari negativi. Considerato il caldo, e probabilmente la bassa qualità di molti pannolini economici, le donne affermano che l'uso dei pannolini causa sfoghi cutanei e irritazioni al neonato, cosa che non succede invece con le pezze (*kapṛā*): un semplice triangolo di stoffa di cotone, tagliato da vecchi vestiti, (Figura 2) o dei tessuti pretagliati con due lacci leggermente più imbottiti, che si trovano già pronti nei negozi d'abbigliamento. Il tessuto è cambiato ogni volta che il neonato urina o defeca, e non è effettuata nessuna toletta particolare. Solo nei momenti in cui il bambino deve rimanere fuori di casa per un lungo periodo, le donne utilizzano dei pannolini che comprano facilmente in confezioni singole nei negozi. Tuttavia, l'uso di pannolini usa e getta si sta diffondendo sempre di più nelle famiglie di classe medio-alta, anche se solitamente si preferisce farli indossare al neonato dopo il secondo o terzo mese o quando inizia a muoversi più autonomamente.



**Figura 1 (a sinistra)** - Neonata appena vestita dall'ostetrica. Si noti che le hanno fatto indossare dei vestiti azzurri anche se è una femmina (luglio 2018). Foto: L. Gentile.

**Figura 2 (a destra)** - Rayna indossa un triangolo di tessuto come pannolino. L'ombelico è giallo perché è stato trattato con olio di cocco e curcuma (marzo 2018). Foto: L. Gentile.

La tassonomia del caldo (*garam*) e del freddo (*thaṇḍā*) s’inserisce in quest’orizzonte simbolico come giustificazione fattuale della fragilità della coppia madre-figlio. Se la gravidanza si caratterizza come un periodo durante il quale il corpo femminile è particolarmente caldo (*garam*), nel corso del parto il calore è utilizzato per permettere l’apertura del canale vaginale (*nālī*) e viene disperso con la perdita del sangue uterino che si trovava nel ventre insieme al bambino. Dopo la nascita, i sono svuotati dalla forza (*tākat*) e sono particolarmente freddi (*thaṇḍā*) ed è molto importante riscaldarli il più possibile per prevenire la ricorrenza di malattie. In particolare, vista la peculiare apertura del corpo femminile (Selby 2008) e dei suoi orifizi, bisogna vegliare a contenere fisicamente e psicologicamente la donna, avendo cura, per esempio, di coprire tutte le aperture. Per questo motivo è molto diffuso portare cappelli di lana, anche nella stagione calda, con lo scopo di coprire le orecchie. Inoltre, a volte, il ventre della puerpera è legato da un telo, per contenere l’addome e favorire l’espulsione del sangue uterino.

Anche il neonato è considerato avere un corpo particolarmente freddo (*thaṇḍā*) ed è importante che sia ben coperto con tessuti di cotone e lana fino al rito del sesto giorno (*chaṭhī pūjā*), e in seguito con dei vestiti nuovi. La testa è spesso coperta con un cappello o con la coperta per tenere il più possibile al caldo il neonato e coprire i suoi orifizi. In alcune famiglie, se il parto avviene in inverno, per preservare il calore, la madre e il bambino sono tenuti su un letto di ferro sotto il quale è riposta della brace calda.

L’alimentazione è uno strumento molto efficace per preservare e aumentare il calore (*garmī*) corporeo della neo-madre e per conferirle dell’energia (*tākat*), qualità che sono trasferite al neonato attraverso l’allattamento. Cibi come il burro chiarificato (*ghī*)<sup>9</sup>, la frutta secca e il *jaggery*<sup>10</sup>, sono alimenti particolarmente indicati per aiutare il corpo a riprendersi dallo sforzo del parto, con i quali sono preparati dolci come i *laḍḍū*<sup>11</sup>, la crema di semolino dolce (*śirā*<sup>12</sup>) e il *rāb*<sup>13</sup>, una bevanda dolce a base di farina. Questi due dolci, in particolare, sono riconosciuti nella regione del Kacch come gli alimenti per eccellenza delle puerpere e

<sup>9</sup> Il burro chiarificato è un alimento molto costoso, ma è rinomato per i suoi benefici e il fatto di comprarne in grande quantità è un segno di prestigio e ricchezza.

<sup>10</sup> Zucchero di canna non raffinato.

<sup>11</sup> Dolci a forma di sfera, sono preparati con farina di diverso tipo, burro chiarificato (*ghī*), zucchero e altri ingredienti che possono variare per ricetta. Serviti durante festività o occasioni religiose, sono spesso portati come regalo alle puerpere in virtù della loro qualità energetiche.

<sup>12</sup> Chiamata anche *sūjī kā halvā* in *hindī* o *lapsi* in *gujarātī*, è un dolce indiano fatto con semola o farina tostata nel burro chiarificato (*ghī*), poi rappresa nel latte bollente e infine condita con zucchero o *jaggery* e frutta secca. Dolce considerato molto energetico, è spesso dato alle puerpere o ai bambini.

<sup>13</sup> Bevanda dolce *gujarātī*, a base di *jaggery*, farina, burro chiarificato, acqua e zenzero o altre spezie, apprezzata per il suo potere energetico.

dei bambini. L'ingestione di questi alimenti accompagna in questo periodo l'incorporazione dell'esperienza di essere madre (*mother*) e di 'fare la madre' (*mothering*). Al tempo stesso è importante evitare i cibi piccanti<sup>14</sup> e tutti gli alimenti particolarmente freddi (*thaṇḍā*), i quali potrebbero causare gravi conseguenze alla salute del neonato o della puerpera.

Il puerperio è un periodo molto delicato per il corpo femminile ed è importante che la donna si ristabilisca completamente dalle fatiche del parto. I problemi che sorgono durante o dopo questo momento a causa di una mancanza di rispetto delle regole alimentari e di comportamento possono, infatti, influenzare una donna per il resto della sua vita. Per questo motivo, come evidenzia Priti, nonna jain, "Se durante il primo mese [dopo il parto] mangi bene, non avrai più problemi in tutta la vita<sup>15</sup>". Lo stesso afferma Kamalaben, nonna *hindū* di casta *devī pujak*:

K: [Dopo il parto], il bambino è (stato) pulito, sistemato e messo a posto. Poi mi hanno detto di mangiare e mi hanno preparato del cibo con del burro chiarificato (*ghī*), come la crema dolce di semolino (*śirā*). Mi hanno dato da mangiare pane (*roṭī*) e verdure. Ti danno da mangiare tre volte al giorno [...] e per un mese intero ti nutrono con il burro chiarificato (*ghī*). Dopo che il sangue (*khūn*) è uscito dal corpo, tutto il corpo è svuotato e quando si mangia il burro chiarificato, quando si mangia del buon cibo, arrivano le vitamine (*vitamin*) e ritorna il sangue nel corpo. Dopo il parto, il corpo è crudo (*kaccā*), non solido. Se per quindici giorni si mangia e si beve bene, la donna si riprende bene, anche il corpo si riprende e riceve le vitamine.

L: E l'acqua?

K: Noi non diamo acqua fredda (*thaṇḍā*). [...] Tutte le donne sono crude (*kaccā*), il corpo è crudo (*kaccā*), tutto è stato aperto (*khulī*), quindi bisogna bere dell'acqua calda (*garam*), un poco calda. [...] Quando si beve l'acqua fredda, tutta l'acqua va nei canali del corpo (*nas*) e per due mesi non ti viene il ciclo (*mc*). [...] Esce dell'acqua sporca, non esce il sangue [da sotto]. Esce solo dell'acqua sporca da sopra<sup>16</sup>. Se la donna beve l'acqua calda, tutto il suo corpo diventa pulito, tutti i canali del corpo diventano puliti grazie all'acqua calda. [...]

L: Se il corpo non è pulito allora ci si ammala?

<sup>14</sup> Le spezie piccanti sono considerate calde, ma non sono adatte allo stomaco sensibile del neonato. Sull'allattamento, si veda il prossimo paragrafo.

<sup>15</sup> "Ek mahīno, khūb acchā khānā, to āpko jindagī meṃ kabhī bhī kuch nahīm hotā" (Priti, 16 agosto 2018).

<sup>16</sup> Qui fa riferimento alla qualità del latte. Il freddo dell'acqua inibisce il processo di produzione del latte, che è prodotto grazie a un sistema di cottura degli alimenti digeriti dalla madre.

K: Un po' ci si ammala e il ciclo può essere molto abbondante<sup>17</sup>.

Per partorire, il corpo della donna deve aprirsi, rompere le frontiere corporee che già durante la gravidanza si erano allentate. Prima di ritrovare l'equilibrio ciclico di apertura e chiusura che caratterizza il corpo femminile, la puerpera è svuotata di tutto il sangue che ha nel corpo, attraverso le lochiazioni e le perdite di sangue durante il parto, rendendo il corpo non solido (*kaccā*). La generazione permette di conseguenza una rigenerazione fisica della donna: dopo il parto, il corpo non è più materialmente e simbolicamente quello di prima. L'ingestione di acqua calda favorisce questo movimento di purificazione, aiutando l'espulsione del sangue vecchio (*kharāb khūn*) e favorendo la produzione di quello nuovo (*acchā khūn*) attraverso il processo digestivo. L'acqua fredda, al contrario, blocca il sangue nei canali del corpo (*nas*) e impedisce la produzione del latte materno. Inoltre, se somministrata a un neonato può causarne anche la morte: la *dai māṃ* Hazima, mi ha raccontato che una sua nuora ha inavvertitamente ucciso il primogenito perché gli ha fatto bere dell'acqua fredda di frigorifero. Il corpo del neonato, infatti, è ancora più sensibile di quello materno, e il suo processo di solidificazione si estende ben oltre il puerperio.

Come durante il ciclo mestruale, la puerpera non può entrare in contatto con alcun oggetto di culto e non può avere rapporti sessuali con il marito. Queste restrizioni, rispettate da tutte le donne, sono solitamente osservate fino alla fine del periodo d'impurità. D'altra parte, le donne che riescono ad avere il permesso di trasferirsi nella propria famiglia natale (*maikā*) dopo il rituale di *god bharāī* vi rimangono fino alla fine del puerperio. Questa distanza con il marito e la sua famiglia assicura l'astinenza sessuale femminile e la possibilità per la puerpera di riposarsi e di dedicarsi al nascituro. Inoltre, per acquisire prestigio agli occhi dei suoceri e per prendersi cura della propria figlia, la famiglia natale (*maikā*) è più propensa ad acquistare grandi quantità di burro chiarificato (*ghī*) e ad avere un'attenzione particolare alla dieta della puerpera. Solo tra i *maikā* le donne riescono a rispettare i tempi e le

---

<sup>17</sup> “K: [Delivery ke bād] bacce ko sāph saphāī kar ke acchā kar ke acche ko rakh dete haiṃ, vāpis bolā tum kuch khānā khā lo, phir ghī maiṃ khānā banāne lagī, ghī meṃ śirā banā ke śirā dete haiṃ, sabjī dete haiṃ – roṭī dete haiṃ aur phir tum khā lo. Din mṃ 3 bār khilaegā [...] hamko to mahīnā din ghī milā thā 1 mahīnā khilate haiṃ, vāpis śarīr se khūn nikal jātā hai sab śarīr khālī ho jātā hai, aur jab ghī khilate haiṃ khānā bahut acchā khilate haiṃ to vitamin ā jātā hai, śarīr meṃ vāpis khūn ā jātā hai. Delivery ke bād śarīr kaccā hai. Aur 15 din tak khānā pīnā acchā hai to bahut aurat acchī ho jātī hai, śarīr bhī acchā ho jātā hai vitamin milī hai. [...] L: Aur pānī? K: Ṭhaṃḍā pānī nahīṃ dete haiṃ ham. [...] Sab aurat kaccā hī hai, kaccā śarīr hai aisī vālī khulī hai sab to garam pānī pīnā cāhie thorā thorā garam. [...] Ṭhaṃḍā pānī pīte haiṃ to sab pānī nas meṃ ā jātā hai aur 2 mahīne tak mc nahīṃ jātī hai. [...] Gandā pānī nikaltā hai, khūn nahīṃ nikaltā hai. Aur gandā pānī ūpar ūpar se nikaltā hai, aur garam pānī pītī hai na aurat to sab śarīr sāph ho jātā hai sārī naseṃ sāph ho jātī hai, garam pānī se sāph ho jātā hai. [...] L: Agar sāph nahīṃ hogā to bīmār ho jātī hai aurat? K: Thorā to bīmār ho jātī hai aur mc bhī bahut calī hai” (Kamalaben, 12 maggio 2018).

pratiche del puerperio poiché si considera che una madre sia più amorevole e attenta verso la propria figlia che una suocera verso la nuora<sup>18</sup>.

Poiché, a Bhuj è comune ritornare nella famiglia natale (*maikā*) solo durante la prima gravidanza, il secondo puerperio è solitamente molto diverso e si discosta da quella che può essere definita una situazione ideale. In seguito, le madri devono curare al contempo più figli e, se abitano in una famiglia allargata, sono solitamente portate a riprendere le faccende domestiche prima dei quaranta giorni canonici, pur rimanendo simbolicamente in uno stato d'impurità. Allo stesso modo, se una donna vive da sola in una famiglia nucleare, lontana dalla famiglia natale (*maikā*) e dai suoceri (*sasurāl*), situazione sempre più diffusa, non ha il supporto necessario per potersi astenere dai lavori domestici. Queste situazioni sono considerate causare seri problemi fisici alle donne, che si manifestano solitamente attraverso disturbi mestruali o alla caduta della *pecoṭī*<sup>19</sup>. Di conseguenza, il primo puerperio rimane per molte donne un ricordo felice e sereno, dove hanno potuto riposarsi e dedicarsi alle cure del nascituro.

### ***Trasmettere i saperi e le pratiche del puerperio***

Le donne che hanno partecipato alla ricerca raccontavano di essere arrivate al parto senza sapere come si svolge la nascita e cosa succede durante il puerperio. Sono la madre (*mām*) o la suocera (*sāsū mām*), a seconda di dove si trovi la gravida, che la guidano e l'accompagnano nel corso dell'esperienza, educandola sul comportamento migliore da tenere e trasmettendole i saperi e le pratiche che l'aiutano ad affrontare la maternità. Nei parti in casa, se la *dai mām* detiene il sapere fisiologico, la suocera o la madre della gravida detengono l'autorità e sono loro che decidono cosa si può o non si può fare (Chawla 2003a). Tuttavia, nel caso del parto in casa, la trasmissione dei saperi e delle pratiche della nascita e del puerperio rimane di competenza femminile, e gli uomini sono generalmente ammessi accanto alla puerpera solo in occasione dei rituali della nascita. Lo stesso marito della puerpera non ha nessun ruolo nella cura del neonato e ha poca autorità nello svolgimento del parto. Nel caso in cui la donna partorisca a casa dei propri genitori (*maikā*), un padre può incontrare il figlio anche dopo qualche giorno o alla fine del puerperio.

---

<sup>18</sup> Questo è dimostrato a livello fisico e simbolico dalla continuità familiare delle sostanze corporee che si stabiliscono con il concepimento (sangue 'uterino' e latte) e che sono riaffermate giornalmente con la condivisione del cibo. Solo con il tempo una donna arriva a incorporare a livello materiale e di conseguenza identitario e psicologico, il lignaggio del marito.

<sup>19</sup> Il termine *gujarātī pecoṭī* indica il ricettacolo che si trova nell'addome di ogni essere umano, all'altezza dell'ombelico e, al tempo stesso, la malattia che sopravviene quando il ricettacolo si sposta dalla posizione corretta. Si veda il capitolo 6.

Per quanto riguarda il momento del parto e la cura del corpo femminile, poca *agency* è lasciata alla primipara che solitamente si lascia guidare, obbedendo alle prescrizioni e sottoponendosi alle pratiche consigliate dalla *dāī māīm*, dalla suocera o dalla madre. D'altra parte, lo stesso non accade con le cure per il neonato, dove è lasciato più spazio all'autorità materna. Le esperienze corporee vissute dalle donne durante la gravidanza e il parto formano il corpo materno, nel doppio senso di corpo proprio a una madre (*mother*) e che 'ammaterna' (*mothering*). Questi mutamenti non si limitano al piano fisico, ma si manifestano anche a livello psicologico e sociale: nel momento in cui si diventa madre, si sa anche come fare la madre<sup>20</sup>. D'altra parte, secondo le donne, esiste una continuità ontologica con il proprio figlio che permette di entrarci in connessione fin dal concepimento.

Un cambiamento si opera dalla seconda gravidanza, durante la quale si pensa che la donna abbia già incorporato i saperi e le pratiche necessarie per portare a termine un parto e per occuparsi del neonato. La suocera continua allora ad avere un ruolo autoritario nei confronti della gravida, in ragione del suo ruolo familiare, ma si espone di meno riguardo all'andamento del parto e del puerperio. Alcune suocere preferiscono controllare la nuora primipara durante il parto e il puerperio, impedendole di tornare nella casa natale (*maikā*). Questo permette loro di trasmettere alla nuora la propria tradizione di pratiche, di saperi e di accertarsi che ci si occupi in modo appropriato del neonato, in particolare se si tratta di un maschio. D'altra parte, è accaduto che una suocera che in un primo momento aveva insistito per far partorire la nuora nella propria casa, l'abbia rispedita nella sua casa natale (*maikā*) alla scoperta del sesso del neonato. Come è specificato più avanti, la nascita di una femmina non ha lo stesso peso sociale che quella di un maschio.

Nello spazio ospedaliero i ruoli cambiano: l'autorità della madre della puerpera, della suocera o della *dai māīm* non è riconosciuta dal personale sanitario; al contrario, queste figure sono trattate come le sorveglianti della donna incinta<sup>21</sup>. Questa situazione toglie ancora più *agency* alla donna, sia nei confronti della gestione del proprio corpo, che del neonato. In ambito ospedaliero, la continuità corporea tra la madre e il proprio figlio non è riconosciuta e i due sono trattati come entità separate.

Con l'istituzionalizzazione del parto, la trasmissione dei saperi e delle pratiche femminili del parto e del puerperio sono temporaneamente interrotte, poiché in ambito

---

<sup>20</sup> Socialmente questo è facilitato dal fatto che tutte le donne, fin da piccole, familiarizzano molto velocemente con le pratiche della maternità. Fin dal periodo prepuberale, le ragazze sono istruite sulle faccende domestiche e sono spinte ad aiutare in casa, il che comprende spesso il prendersi cura dei fratelli e le sorelle più piccole o di altri bambini del quartiere.

<sup>21</sup> L'evento del parto in ospedale sarà analizzato nel capitolo 7.

ospedaliero prevalgono i protocolli medici. Questo crea, nel periodo di degenza, una sospensione parziale dell'applicazione delle prescrizioni del puerperio, un'alterazione dei ruoli familiari e la costruzione di una corporalità femminile ibrida. Il sapere materno è svalutato dal personale medico, che non considera le neo-madri, primipare o no, come detentrici di una competenza spontanea nata attraverso le modificazioni del proprio corpo gravido e dal parto. Al contrario ritiene che debbano essere guidate in ogni azione, come l'allattamento o la cura del corpo, dispossessando le donne del proprio sapere e saper fare materno (*mothering*).

Con il ritorno a casa della puerpera, la situazione cambia. L'autorità rientra nelle mani della suocera o della madre della puerpera, mentre quest'ultima ha maggiore libertà di gestione del proprio figlio. In ambito domestico, la rottura avvenuta con il trasferimento in ospedale è integrata e socializzata attraverso gli incontri con la *dai māṃ* o con la condivisione di esperienze con altre donne della famiglia o del quartiere. Tuttavia, il periodo di degenza permette alle donne di familiarizzare per la prima volta con un ambiente ospedaliero e con il sistema medico allopatico. Questo incontro le influenza nella percezione del proprio corpo e della maternità, portandole a incorporare il lessico e parte dei modelli esplicativi mobilitati in ambito medico allopatico. Solitamente, dopo il parto in ospedale, la donna è spinta a recarsi ad altri controlli che permettono di monitorare la salute materna e del neonato, soprattutto in caso di cesareo. Se prima del parto una donna non si era mai recata in ospedale o a una clinica, la nascita del primo figlio porta a una frequenza più assidua dell'ambiente medico. Le conseguenze di questo fenomeno sulla costruzione del corpo riproduttivo femminile sono analizzate nel dettaglio nei prossimi capitoli.

### ***I riti della nascita: socializzare la madre e il bambino***

Il periodo liminale del puerperio è scandito temporalmente da tre momenti cardine che consentono la progressiva integrazione della donna e del bambino all'interno della rete sociale e familiare. I tre riti della nascita, che sono qui presentati, accompagnano e istituzionalizzano il processo di soggettivizzazione del neonato e della madre, attraverso pratiche corporee e di denominazione. Le cerimonie sono rivolte in particolare all'integrazione sociale del neonato, anche se la madre è sempre centrale a causa della continuità corporea è stabilita tra i due.

Ai tre riti della nascita osservati nel corso della ricerca etnografica, si potrebbe aggiungere un quarto momento che segue immediatamente il parto. La letteratura indologica riporta diversi rituali effettuati sul neonato, che spesso ruotano attorno alla figura del padre o

di altri parenti maschi (Rose 1907, Gupta 1986, McGee 2004, Gatrand 2001 e 2004). Per esempio, durante il *jātakarma*, la cerimonia della nascita<sup>22</sup>, il padre nutre il neonato con burro chiarificato (*ghī*) e miele, e gli sussurra all'orecchio varie sillabe sacre, un nome segreto, e la parola *vac* (lett. ‘parola’) per tre volte. Attraverso questa pratica, come sottolinea McGee nel suo articolo sui *saṃskāra*, “*the rites of jātakarma instill in the child breath, speech, and nourishment, meant to provide the child with the intelligence and strength to live a long and full life*” (2004: 342).

In ambiente musulmano, è consuetudine per il padre o un membro rispettato della comunità locale come l'*imam*, sussurrare l'*ajān* (la chiamata alla preghiera) nell'orecchio destro del bambino, di cui fa parte anche la *shahāda*, ovvero la testimonianza di fede. In seguito, si pone nella bocca del neonato un piccolo pezzo di dattero ammorbidente o di miele. Tuttavia, tra le famiglie che ho incontrato solo qualche famiglia musulmana ha compiuto questa cerimonia, mentre nessuna famiglia *hindū*, jain o cristiana ha eseguito qualche rituale alla nascita. D'altra parte, è possibile che in precedenza rituali come il *jātakarma* fossero diffusi nella regione perché molte donne che ho incontrato ne preservavano un ricordo anche se non li avevano a loro volta effettuati sui propri figli. Probabilmente l'istituzionalizzazione delle nascite ha portato a indebolire queste pratiche, forse già ristrette a una sola classe sociale o casta (*jāti*).

Il primo rito della nascita diffuso nella maggior parte delle famiglie in Gujarat<sup>23</sup>, avviene il sesto giorno e per questo motivo è chiamato *chaṭhī pūjā*, letteralmente ‘il rito del sesto (giorno)’. Tra i testi indologici, Gupta (1986) riporta una cerimonia simile a quella osservata nel corso della ricerca sul campo, durante il quale si offre una foglia di palma e una penna alla dea Sathi affinché passi a scrivere il destino sulla fronte del neonato. La nonna jain Priti, descrive similmente la cerimonia:

P: Il sesto giorno si fa il rito del sesto giorno (*chaṭhī pūjā*). La sera si accende un lumino e l'incenso, si sistemano un libro e una penna. Viene a scrivere il destino (del neonato) e si fanno indossare dei vestiti bianchi al neonato. [...] Si fa il rito per il fato, succede che passa a scrivere il destino, come sarà la vita. Lo fa la Madre *Chaṭhī*, è una dea (*devī*) che passa a scrivere il destino. [...] Quel giorno si mette (al bambino) il *kājal*<sup>24</sup> e dei fili (*dhāgā*) neri, se ne mettono dieci: due ai piedi, due alle mani, al collo e alla vita.

L: Sono sei...

<sup>22</sup> Uno dei 16 *saṃskāra* o sacramenti hindūisti considerati canonici

<sup>23</sup> Spiro (2005) nel suo studio sulle famiglie Gujarati in UK, riporta che alcune famiglie continuano a celebrare questo rito.

<sup>24</sup> Cosmetico di colore nero usato solitamente per gli occhi.



P: Ma si dice che sono dieci, così. [...] S'indossano fino ai due anni. Così il bambino non può avere il malocchio, gli fa bene.

L: Lo fanno anche i musulmani?

P: No, i musulmani non fanno tutto questo, lo fanno tutti gli *hindū* e anche i jain. Tutti questi fanno *śrīmānt* (il rito del settimo mese di gravidanza), *nāmkaṛaṇ* (il rito d'imposizione del nome), *chaṭhī pūjā*, e i fili (*dhāgā*).

L: Ma dopo il parto la donna non fa nessuna cerimonia?

P: No, non c'è niente per la donna. Sono tutte per il bambino o la bambina<sup>25</sup>.

Molte donne *hindū* e jain, come Priti, affermavano che questo rito, dedicato alla dea del sesto giorno, *Chaṭhī māṃ*, non è celebrato nelle famiglie musulmane. Tuttavia, attraverso le interviste, ho potuto rilevare che il rito del sesto giorno (*chaṭhī pūjā*) è stato osservato da tutte le famiglie che ho incontrato, musulmani compresi, anche se lo svolgimento può variare secondo la tradizione familiare o la religione.

Generalmente, il rituale si focalizza sul modellamento fisico del corpo del neonato e sulla socializzazione della sua corporeità. Attraverso pratiche che si concentrano sul modellamento sociale del corpo, il bambino o la bambina sono riconosciuti come persone, segnando l'inizio del processo d'integrazione sociale e di soggettivizzazione del neonato e della madre. Come si nota dalla descrizione inserita più avanti, la parte più significativa del rito è la preparazione del corpo del neonato, che per la prima volta nella vita è massaggiato, lavato, truccato, vestito e adornato. Alcune pratiche, come l'applicazione di *kājal*<sup>26</sup> nero sulla pelle o di bracciali neri lungo le estremità, mirano a proteggere il nuovo nato dal malocchio (*najar*). La pratica di questa toeletta conforma il corpo del bambino ai dettami sociali, modellandolo secondo le norme estetiche che convengono alla sua età. Considerata la plasticità del corpo, causata dalla sua costituzione immatura (*kaccā*), è importante proteggerlo da ogni influenza esterna, tuttavia il bambino necessita queste protezioni solo alla sua entrata nella sfera sociale e al suo riconoscimento come persona.

<sup>25</sup> “P: *Aur chaṭhī din chaṭhī karte haiṃ. Śām ko divābhāṭṭī karte haiṃ aur book aur pensil rakhte haiṃ. Aur vidyā kā lekh likne ātā hai. Aur white kapre bītate bacce ko. [...] Yah chaṭhī kī puja vidhātā ke lie karte haiṃ. Vah lekh likhne āte haiṃ aisā hī hotā hai. Jiṃdagī kaisī hotī hai vah likh kar jātā hai. Yah Chaṭhī mātā karte haiṃ. Chaṭhī mātā devī hai vidhikhitā (destiny in gujarati) likhne ātā hai, ham ye samajhte haiṃ. [...] Yah dīn kājal lagāte haiṃ, aur black dhāgā, ye bhī 10 lagāte haiṃ: do pag meṃ, do hāth meṃ, dōkī (collo in gujarati) meṃ aur yā kamar meṃ. L: 6 haiṃ. P: Lekin boltā hai 10, aise hī. [...] Yah to 2 varṣ tak pahante haiṃ. Ye bacce ko najar nahīṃ lagtī, aise hī, acche rahatā hai. L: Vah muslim log bhī karte haiṃ? P: Nahīṃ muslim log nahīṃ karte haiṃ ye sab. Hindu sabhī karte haiṃ, jain karte haiṃ. Sabhī śrīmānt, nāmkaṛaṇ, chaṭhī pūjā, ye dhāge karte haiṃ. L: Lekin aurat ko koī vidhī nahīṃ hai delivery ke bād? P: Na, aurat ko kuch nahīṃ. Sabhī larṅkā, larṅkī, bacce ke lie hotī haiṃ” (Priti, 18 agosto 2016).*

<sup>26</sup> Cosmetico di colore nero usato solitamente per gli occhi.

Un secondo rito effettuato nelle famiglie che ho incontrato, è l'imposizione del nome, detto *nāmkaṛaṇ*, pratica che si concentra sull'atto di denominazione del neonato e sulla sua integrazione nella discendenza e ascendenza familiare. Se il primo rito si focalizza sulla manipolazione del corpo e dell'aspetto del bambino, qui è la parola che arriva a definire e scolpire la sua identità e il suo status. In alcune famiglie, come nel racconto riportato in seguito, questo rituale è effettuato lo stesso giorno della *chaṭhī pūjā*; nella maggior parte dei casi, tuttavia, il *nāmkaṛaṇ* avviene l'undicesimo o il dodicesimo giorno dalla nascita e ha un carattere meno intimo rispetto al primo rituale. La cerimonia è, infatti, un'occasione per presentare la neo-madre e il figlio alla famiglia e di conseguenza per riaffermare i legami familiari. Anche in questa giornata, la puerpera e il neonato sono sottoposti a una toeletta speciale e si vestono con degli abiti nuovi presi per l'occasione<sup>27</sup>.

Come nel caso precedente, il rito ha uno svolgimento diverso secondo la tradizione familiare o religiosa. Se in ambito musulmano, come riporto più avanti, il nome è scandito per tre volte nell'orecchio del neonato dalla zia paterna (la sorella del padre, *buā*), in ambito *hindū* e jain il nome è posto all'interno di componimento cantato più volte di seguito dalle donne che partecipano al rito. In quest'ultimo caso, il bambino è posto al centro di un telo, sostenuto ai lati dalle parenti di sesso femminile (Figura 3) ed è cullato a ritmo della melodia. Il racconto del rito di *god bharāī* e le descrizioni di questi riti della nascita permettono di evidenziare il ruolo centrale delle donne nei rituali legati alla nascita: è attraverso di loro che



**Figura 3** - Il *nāmkaṛaṇ* nella famiglia *brāhmaṇa Sompura* (Marzo 2018).  
Foto: L. Gentile.

<sup>27</sup> La grande spesa che comporta l'organizzazione di entrambe le cerimonie può aver portato le famiglie meno abbienti, come nel caso presentato di seguito, a preferire di celebrare i due momenti lo stesso giorno.

si costruiscono i legami sociali e familiari.

Infine, la fine del puerperio marca il termine del periodo d'impurità (*asuddh* o *napāk*) per la donna e il neonato e permette la reintegrazione di questa coppia nella struttura sociale, familiare e religiosa. Il rispetto delle tempistiche del puerperio permette di lasciare il tempo alla diade di solidificare (*pakkā*) il proprio corpo, lasciarlo sedimentare, di ridefinire i confini e, per la donna, di riallinearsi con il proprio ciclo periodico di apertura e chiusura. Le donne più anziane riportano che un tempo questo momento era celebrato con il rituale del pozzo<sup>28</sup> (*kunḍ kī pūjā*), organizzato nel momento in cui la donna, per la prima volta dopo la nascita del bambino, poteva uscire a prendere l'acqua che le sarebbe servita per il bagno purificatore<sup>29</sup>. Dopo essersi lavata dalla testa ai piedi, la donna può compiere la sua prima *pūjā* alle divinità familiari nel tempio casalingo e al fuoco dove cucina i pasti. Da questo momento, la neo-madre può riprendere la sua routine dei lavori domestici ed eseguire i suoi doveri religiosi. Il rito è centrato particolarmente sul recupero dello stato di purezza (*śuddh* o *pāk*) della donna ma, insieme a lei, anche il neonato è purificato. Tuttavia, a causa del diverso rapporto che oggi giorno le donne intrattengono con i pozzi<sup>30</sup> e l'acqua, anche se il bagno purificatorio finale continua ad avere molta importanza nell'acquisizione del proprio status di purezza, questo rituale non è più celebrato. In ambito cristiano questa cerimonia è sostituita con il battesimo del neonato. Molte delle mie interlocutrici, d'altra parte, non sono riuscite a rispettare queste tempistiche, in particolare dalla nascita del secondogenito, quando riprendevano a lavorare dopo quindici o venti giorni. In questo caso, la coppia madre-figlio continua a rimanere in uno stato d'impurità fino al bagno purificatore del quarantesimo giorno, anche se in pratica la donna ha già riacquisito i propri doveri familiari.

#### *Una chaṭhī pūjā musulmana*

Il racconto che segue è la descrizione della *chaṭhī pūjā* di Rayna e di sua madre Rahila, avvenuta nel marzo del 2018 nel corso del mio secondo periodo di ricerca di campo. Rahila è la nuora di Shaima, a sua volta figlia della *dāī māṃ* musulmana Hazima. La mia amicizia con l'anziana *dāī māṃ* mi ha permesso di partecipare alla cerimonia, solitamente

<sup>28</sup> Sul legame tra acqua, fertilità, il femminile e i pozzi in Gujarat, si veda Mehta Bhatt e Solar (2014), mentre per un approfondimento regionale sul Kacch e l'acqua, si veda Mehta (2005).

<sup>29</sup> Non è chiaro se questa cerimonia fosse celebrata solo in ambito *hindū* e jain o anche in ambito musulmano. Come riportato nel caso del ciclo mestruale, anche per l'impurità del puerperio la donna necessita di un bagno rituale completo (*ghusl*) per potersi purificare.

<sup>30</sup> I pozzi non sono più usati a causa della diffusione della rete di distribuzione dell'acqua e della diffusione di fontane a pompa nei quartieri senza acqua corrente.

aperta alle parenti più prossime, e anche di essere integrata come membro ufficiale della famiglia.

La *dāī māṃ* Hazima, vedova, abitava da circa cinquant'anni con la figlia Shaima alle porte del quartiere di Ramnagri, dove è molto rinomata poiché, come afferma con fierezza, ha fatto nascere quasi tutta la gente del quartiere. Rahila, ha vent'anni e si è sposata da meno di un anno con il figlio minore di Shaima. Dopo la cerimonia di *god bharāī* non è potuta andare a partorire nella propria casa natale (*maikā*), poiché, a causa del recente e improvviso decesso del padre, la sua famiglia era in lutto. Tuttavia, la madre e la sorella minore di soli dieci anni, che abitano a Jamnagar, a 250 km da Bhuj, hanno potuto raggiungerla per la cerimonia e per vedere la neonata.

La *chaṭhī pūjā* ha avuto luogo nella stanza dove il neonato e la madre erano tenuti durante l'isolamento del puerperio, ad un orario ritenuto propizio (*śubh*). La cerimonia è stata interamente organizzata da Shaima, che ha comprato una culla, dei vestiti nuovi per la neonata, la puerpera e tutto il materiale necessario per il rito. Al mio arrivo, alle cinque del pomeriggio, Rahila, la neo-mamma, si è già lavata e vestita con il completo nuovo, mentre la *dāī māṃ* Hazima massaggiava per la prima volta Rayna, per poi farle un bagno. A causa del suo problema di salute<sup>31</sup>, eccezionalmente, la neonata non è stata immersa nel secchio che funge da vasca, ma è stata pulita con delle pezze umide. Una volta asciugata, Hazima ha dedicato particolare attenzione all'ombelico dove, fino a qualche giorno prima, era ancora presente il cordone ombelicale. Per impedire l'entrata d'aria nella pancia, l'anziana *dāī māṃ* ha applicato della curcuma e dell'olio di cocco nell'incavo dell'ombelico, così da sigillare ogni possibile buco.

In seguito è stata Shaima che si è occupata della toletta di Rayna: ha cosparso tutto il corpo di borotalco e ha passato dell'olio di cocco sui pochi capelli. Dopo aver annodato il pannolino di tessuto, Shaima ha vestito la bambina con un completino rosa, comprato per l'occasione. Si preferisce comprare dei vestiti nuovi per i neonati piuttosto che riciclare dei vestiti già usati poiché, com'è stato già sottolineato in precedenza, anche i tessuti, e in particolare le materie organiche, hanno un alto tasso di porosità. Far indossare a un neonato dei vestiti usati comporta la possibilità di fargli assorbire le caratteristiche del precedente proprietario. In seguito, Shaima le ha applicato con un dito del *kājal*<sup>32</sup> nero sullo spessore della palpebra, sulle sopracciglia e le ha disegnato dei puntini sulla fronte, il mento, una guancia, i palmi delle mani e dei piedi (Figura 4). Questo trucco permette di rendere i bambini

<sup>31</sup> Rayna è nata con la spina bifida. Sulla percezione della teratogenesi, si veda il prossimo paragrafo.

<sup>32</sup> Cosmetico di colore nero usato solitamente per gli occhi.

meno attraenti e, di conseguenza, di allontanare il malocchio (*najar*). Tuttavia, l'abitudine di alterare i tratti somatici del neonato ha favorito l'integrazione di questa pratica nel gusto estetico locale, portando ad apprezzare il trucco come un'esaltazione della bellezza: al posto di rendere i neonati più brutti, il *kājal* li rende ancora più attraenti agli occhi delle persone.

Per terminare la vestizione, Shaima ha fatto indossare a Rayna i nuovi accessori: dei braccialetti per i polsi, delle cavigliere e una collana. A volte questi doni sono semplicemente sostituiti da dei fili neri che sono annodati in sei parti diverse del corpo del neonato, che sia maschio o femmina: i polsi, le caviglie, il collo e la vita. Queste cordicelle sono considerate proteggere il bambino, per esempio dal malocchio, e aiutarlo nel suo sviluppo psicomotorio, stimolandolo a camminare e a muoversi.

Solo dopo esser stato vestito e truccato, il neonato può prendere parte alla cerimonia che consiste nel richiamare *Chaḥī māḡ*, la dea del sesto giorno, affinché discenda scrivere il destino del nuovo nato. Con questo rituale, il bambino s'iscrive nella storia della società e della famiglia, acquisendo un futuro da vivere. Rayna è stata allora fasciata dentro una spessa coperta di lana, con il viso coperto per non vedere nessuna luce, ed è stata posta nella zona rituale precedentemente preparata. Accanto alla porta d'entrata della stanza, Hazima e la prima nuora di Shaima, ovvero la zia paterna (*tāī*) di Rayna, hanno sparso uno strato di miglio, simbolo di abbondanza, sul quale hanno posto una candela accesa e gli strumenti per permettere a *Chaḥī māḡ* di scrivere il destino: un foglio bianco, tenuto fermo ai lati da



**Figura 4 (a sinistra)** - Rayna dopo essere stata truccata (Marzo 2018). Foto: L. Gentile

**Figura 5 (a destra)** - La *chaḥī pūjā* di Rayna (marzo 2018). Foto: L. Gentile.

quattro *jalebī*<sup>33</sup>, e una penna posta in una ciotola ripiena di yogurt (*dahī*). Il cibo è un’offerta per la Dea e serve a persuaderla a scrivere un destino benevolo al nuovo nato.

Il rito è stato molto breve: la zia paterna (*tāī*) ha cullato Rayna per terra (Figura 5) mentre lì accanto Hazima bisbigliava una preghiera. Poi la zia materna (*mausī*) ha sbattuto ripetutamente un mestolo su una pentola vicino all’orecchio della nipote, probabilmente per richiamare *Chāṭhī māṃ*. Le poche ospiti hanno offerto delle banconote a Rayna, infilandole nello spesso scialle dov’è racchiusa e ai partecipanti sono stati offerti dei *jalebī*.

Dopo questa prima cerimonia, si è passati al rito dell’imposizione del nome (*nāmkaṛaṇ*), dove la zia paterna (*buā*<sup>34</sup>) dona il nome al nuovo nato, pronunciandolo per tre volte nel suo orecchio. Solitamente sono le sorelle del padre del neonato che scelgono il nome, anche se ultimamente è lasciata sempre più scelta ai genitori, che s’ispirano ai libri religiosi. Tuttavia, poiché Shaima non ha avuto figlie femmine, la piccola Rayna si trovava senza zie paterne e nessun’altra donna nella stanza aveva il profilo necessario per assumere questo ruolo. Shaima mi ha allora chiesto di diventare la zia di Rayna e di eseguire il rito, stabilendo il ruolo familiare che da quel momento in poi avrei assunto in seno della loro famiglia. Ho preso la piccola in braccio e le ho ripetuto la formula di rito nell’orecchio, riconoscendola per la prima volta come Rayna.

## MODELLARE I CORPI ATTRAVERSO L’ALLATTAMENTO E I MASSAGGI

### *Corpi e generi imperfetti*

La prima parte del capitolo si è concentrata sulla presentazione del periodo del puerperio e sui riti della nascita che permettono di socializzare la coppia madre e figlio. Oltre alle pratiche descritte, le narrazioni hanno evidenziato la presenza di altre attività che hanno come scopo di conformare i corpi e i comportamenti alle norme sociali locali. La seconda parte del capitolo si concentra sull’allattamento e sul massaggio quali tecniche di perfezionamento dei corpi.

Che cosa succede quando le pratiche corporee attuate in gravidanza con lo scopo eugenetico di creare un buon bambino (*acchā baccā*) non producono i risultati sperati? La nascita porta la madre e la sua famiglia a confrontarsi con una corporeità che può non essere

---

<sup>33</sup> Dolce a base di pastella fritta in forma circolare, inzuppato nello sciroppo.

<sup>34</sup> Designa la sorella del padre.

all'altezza delle attese sviluppate nel corso della gravidanza. Chi è considerato responsabile? In che modo le donne che ho incontrato si rapportano con corpi considerati imperfetti?

In primo luogo, spesso è il genere del bambino che non rispetta le volontà della famiglia o del marito. Come in molti altri stati asiatici, in India è diffusa una spiccata preferenza per i figli maschi (Clark 2000, Vlassoff 1990, Kishor 1993, Chasles 2008, Guilmoto 2007 e 2008), fenomeno che ha portato nel 1994 all'emanazione del *Pre-conception and Prenatal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Act*. L'atto mira a prevenire l'aborto selettivo in base al sesso, che ha provocato nei decenni precedenti a un calo nel rapporto tra i sessi nell'infanzia<sup>35</sup> (Guilmoto 2007 e 2008). Questa considerazione sociale si traduce non solo nella pratica di aborti selettivi di embrioni femminili, ma anche in una discriminazione di cura e nutrizione verso le bambine e attraverso un *differential stopping behavior*<sup>36</sup>. La distinzione sociale dei sessi deriva dalla responsabilità del figlio maschio verso la continuità della discendenza e il mantenimento economico ed emotivo dei genitori, mentre la figlia femmina è destinata a lasciare il tetto familiare per quello dei suoceri dopo il matrimonio. Un detto riportato da Jeffery, Jeffery e Lyon nel loro testo sul parto in India narra “*raising daughter is like watering a shade-giving tree in someone else's courtyard*” (1989: 23). Se nei discorsi delle madri ho notato diverse tracce di questa preferenza, tuttavia molte hanno evidenziato come questa concezione fosse per lo più imposta dalla famiglia dei suoceri (*sasurāl*). Pur considerando la necessità di mettere al mondo almeno un figlio, per soddisfare le aspettative sociali e familiari, molte donne hanno mostrato una preferenza molto pronunciata per le figlie, che sono considerate più affettuose e più attente ai bisogni della propria madre.

Quando il sesso del nascituro non si accorda ai desideri della famiglia, è la madre che è ritenuta responsabile e spesso è lei che ne paga le conseguenze. Data la preferenza per i figli, si sono sviluppate in ambito ayurvedico numerose teorie e pratiche che dovrebbero

---

<sup>35</sup> Fino ai primi del novecento, in Kacch, nella casta reale dei *jāḍejā* e in altre caste *rājput* era diffusa la pratica di affogare le bambine nel latte (*dūdh se marnā*). Questa consuetudine è stata fortemente osteggiata dal governo coloniale, attraverso pesanti sanzioni (Burnes 1834, Postans 1858). Oggi la pratica è completamente scomparsa, anche se rimane nei ricordi delle persone che ho incontrato. La *child sex ratio* (rapporto tra i sessi alla nascita per i bambini nati negli ultimi cinque anni) del Kacch è comunque in aumento negli ultimi anni, poiché è passata da 922 femmine su 1000 maschi nel 2001 (Census of India 2001), a 921 nel 2011 (Census of India 2011a) a 1029 nel 2015-16 (NFHS-4 2015-16). Tuttavia, la *human sex ratio* (rapporto tra i sessi della popolazione totale) nel 2015-16 era solo di 944 femmine su 1000 maschi, il che è parzialmente giustificato dall'alto tasso di immigrazione maschile per questioni di lavoro, ma soprattutto da un'alta percentuale di mortalità femminile, sia in età infantile che in età adulta, per malnutrizione e problemi legati alla salute riproduttiva (Maher 1992).

<sup>36</sup> L'idea principale alla base di tali regole di arresto della fertilità è che la composizione sessuale dei bambini già esistenti determina il successivo comportamento di fertilità delle famiglie. Sulle implicazioni di questo modello per la disuguaglianza di genere, si vedano Basu e de Jong (2010) e Clark 2000.



garantire la concezione di un maschio. La maggior parte si concentra sull'importanza della buona miscela dei fluidi sessuali: una maggiore presenza di sperma assicura la nascita di un maschio. Tuttavia, di là dal momento del concepimento, i testi dell'*āyurveda* concordano nella possibilità di trasformare il sesso dell'embrione attraverso il rito del *pumsavana*, uno dei sedici *samskāra* (sacramenti). Seppur le pratiche ayurvediche e di altra origine che permettono di concepire un figlio maschio sembrano essere cadute in disuso e data la mancanza di prescrizioni particolari che permettano di modellare il sesso della progenie, le madri sono considerate le sole responsabili.

Nel corso di una visita con la *dai māṃ* Karima, ho visitato una puerpera nella sua casa d'origine (*maikā*) che aveva dato alla luce venticinque giorni prima a una bambina in perfetta salute. Secondo i suoi racconti, pur avendo partorito dai suoceri, dopo la nascita, la donna non è stata nutrita regolarmente, non ha ricevuto nessun'attenzione, e poco dopo è stata rinviata dai genitori, dove è rimasta in attesa di essere richiamata a casa dal proprio marito. Il ruolo di una donna all'interno della famiglia del marito si consolida solo dopo la nascita di un figlio maschio.

Altre volte è il corpo del neonato che presenta delle malformazioni o semplicemente non si conforma alle regole estetiche locali<sup>37</sup> e, anche in questo caso, è la madre che ne è considerata responsabile. In particolare, i suoi comportamenti, i pensieri e l'alimentazione sono ritenuti agire come agenti teratogeni sullo sviluppo prenatale del bambino e sono poi evocati dalle madri stesse come giustificazione della particolare malformazione. Lo stretto legame di continuità che si crea nel concepimento assolve la funzione di modello esplicativo anche in caso di anomalie, permettendo alle donne di trovare una spiegazione socialmente riconosciuta. Shaima, nonna musulmana, per esempio raccontava di aver avuto un aborto spontaneo, poiché il figlio si sarebbe sciolto nel suo grembo a causa del troppo sale ingerito. Queste giustificazioni permettono di riconoscere le azioni teratogene, ma non eliminano la responsabilità della madre.

Altre volte, sono alcuni eventi astrologici, in primo luogo le eclissi (*grahaṇ*), che sono considerati responsabili della malformazione, consentendo alla donna di liberarsi parzialmente della colpa. In questo caso la colpa è data in parte alla fatalità (*kismet*) e alla comprensibile ignoranza della madre del sopraggiungere di un particolare evento astronomico che non le ha permesso di rispettare le prescrizioni convenute per salvaguardare lo sviluppo

---

<sup>37</sup> Per esempio, la musulmana Rubina Jāt ha affermato che, a causa di una mancanza di attenzione nella dieta durante l'ultima gravidanza, il suo figlio minore è nato con un incarnato molto scuro rispetto alle figlie precedenti. Questo potrebbe creargli dei problemi al momento della ricerca di una sposa.



del bambino<sup>38</sup>. Ad ogni modo, molte malformazioni o imperfezioni estetiche possono essere parzialmente o totalmente risolte attraverso delle pratiche atte a modellare la superficie del corpo o la parte affetta. L'allattamento e il massaggio permettono alla madre e all'entourage familiare di continuare a influenzare l'aspetto e il comportamento del neonato, socializzando la parte malformata.

Infine, vi è un'ultima categoria di nascite 'imperfette', per le quali tuttavia non c'è nessuna possibilità d'integrazione nella categoria dell'umano. Nel corso della loro esperienza pluridecennale, le *dāī māṃ* che ho incontrato, sono state testimoni di nascite da loro considerate come demoniache. In questi casi, la natura non umana del neonato era evidenziata da malformazioni fisiche inconsuete o da comportamenti eccezionali e terminavano con la morte del neonato. La *dāī māṃ* Hazima, per esempio, mi ha raccontato di aver fatto nascere un demone (*bhūt*) con due vulve: una tra le gambe e una sulla schiena. La *dāī māṃ* Serumasi ha aiutato a venire alla luce un demone (*bhūt*) con le corna, che le ha morso la mano appena è uscito e poi è morto.

Le *dāī māṃ* mi hanno spiegato che durante la gravidanza una donna deve fare molta attenzione a non scoprire i propri orifizi inferiori vicino agli alberi, luogo dove molti demoni (*bhūt*) risiedono e che potrebbero essere facilmente tentati a infilarsi dentro il grembo e prendere il posto del bambino. Solo dopo il parto si può riconoscere se il prodotto del concepimento è umano o sovraumano, e a quel punto non si può far altro che aspettarne la morte. Anche in questo caso è la donna che può essere considerata colpevole di non essere stata abbastanza prudente o previdente, per esempio portandosi dietro un coltello, oggetto che è considerato allontanare i demoni (*bhūt*).

### *Allattare per trasmettere, allattare per diventare*

L'allattamento al seno può essere descritto come un processo che esegue una funzione nutritiva, emotiva, sociale e simbolica (Arborio 2008: 59). In India, questa pratica è molto comune e, anche a Bhuj, tutte le donne che ho incontrato concordavano nel definire il latte materno (*māṃ kā dūdh*<sup>39</sup>) come l'alimento migliore per il neonato, non solo dal punto di vista nutritivo. Per esempio Priti, nonna jain, esaltava le numerose qualità dell'allattamento di cui

<sup>38</sup> Le donne considerano che le eclissi di luna e di sole siano molto numerose e non è sempre facile esserne informati. Di conseguenza, questa scusa è stata spesso usata come giustificazione della maggior parte delle malformazioni infantili da parte delle mie interlocutrici.

<sup>39</sup> Letteralmente, 'il latte della madre'. Il termine *dūdh*, spesso utilizzato da solo, designa tanto il latte umano come quello animale.

beneficiano tanto il bambino che la madre:

P: Il latte materno (*mām kā dūdh*) è buono (*acchā*). Bisogna allattare almeno per un anno. Bevendo il latte materno, il bambino sarà sano e non si ammalerà in fretta. Non va bene dargli altri tipi di latte, questi sono diversi. Il latte materno è fatto con l'amore e resta buono. Fa bene anche alla madre: oggi molte donne allattano poco e per questo vengono i fibromi (*gāmṭh*). Oggi c'è molto cancro al seno, perché le donne allattano meno a causa della vergogna. [...]

L: Si può provare fastidio durante l'allattamento?

P: Deve piacere! E bisogna anche pensare positivamente mentre si allatta, poiché il bambino riceve tutti i pensieri che abbiamo. Con amore... rettitudine (*dharm*)... questo bisogna pensare, tutto questo va nella formazione (*saṃskāra*) del bambino. Se ti arrabbi, la rabbia entra nel bambino<sup>40</sup>.

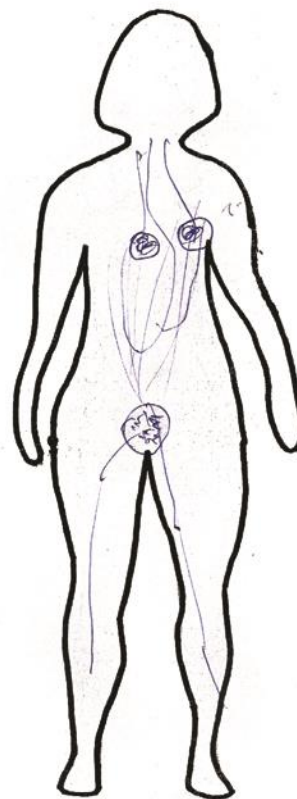
L'allattamento non si limita a essere un'azione nutritiva, ma è una pratica corporea che continua a modellare lo sviluppo psicofisico e spirituale del neonato, permettendogli di conformarsi alle norme sociali di comportamento. Il latte materno, infatti, non solo consente al corpo di ricevere l'energia (*tākat*) e il nutrimento che necessita per crescere, ma trasmette anche qualità e insegnamenti morali (*saṃskāra*) che influenzano la fabbricazione identitaria e comportamentale del bambino. Inoltre, come è evidenziato più avanti, il latte è una sostanza che trasmette l'amore materno (Trawick Egnor 1992) e al tempo stesso lo manifesta materialmente. Attraverso questa pratica, la madre mantiene il legame materiale che si è stabilito durante il concepimento e continua ad affermarsi nel corso della crescita del figlio o della figlia.

Per poter ben adempiere questo compito, la donna deve continuare a mantenere un controllo intimo del proprio corpo, delle emozioni e pensieri. D'altra parte, come precisa Priti, solo rispettando questa pratica, che è percepita come la normale fisiologia del corpo materno e non come un'ingiunzione culturale, una madre potrà mantenere il proprio corpo in salute. Reprimere questo movimento spontaneo del corpo femminile porterebbe a uno squilibrio del

<sup>40</sup> “P: *Mām kā dūdh acchā hai. Ek sāl kā mām kā dūdh pīnā cāhie, denā hī cāhie. Mām kā dūdh pīne meṃ bahut tandurust hotā hai. Isko jaldī koī rog nahīm ātā. Aur jo dūsre dūdh dete, yah acchā nahīm hai. Vah alag hī hai. Mām kā dūdh pyār se bantā hai aur mām kā acchā hī rahatā hai. Mām ke lie bhī acchā hai. Āj sabhī log bahut kam dūdh pilāte hai, isko gāmṭh ho jātī hai. Abhī breast kā cancer bahut hotā hai, kyonki laṛkī ājkal bahut dūdh nahīm pilātī, śaram ke māre. [...]* L: *Acchā lagtā hai jab dūdh pilāte haiṃ?* P: *Acchā lagnā cāhie! Aur āpkā vicār bhī acchā rakhnā cāhie, dūdh pilāte samaya. Jaisā vicār rakhte haiṃ na, aisā hī bacce meṃ ā jāte haiṃ. Āp prem se... dharm karte hai... vah man meṃ rakhnā cāhie, vah bacce meṃ saṃskār ā jāte haiṃ. Ab gussā kartī hogī, andar gussā... vah bacce meṃ ho jatī haiṃ*” (Priti, 16 agosto 2018).

suo funzionamento e alla formazione di fibromi (*gāṃṭh*<sup>41</sup>).

A livello fisiologico, il latte materno è un prodotto del processo di trasformazione del cibo che si opera nello stomaco (*peṭi*) e che in seguito arriva nei seni (*chāṭi*<sup>42</sup>) attraverso dei canali (*nas*<sup>43</sup>). Il seno stesso è composto al suo interno da diversi canali (*dūdh kā rāstā*) (Figura 6), il cui numero varia da donna a donna, a seconda della sua conformazione, e che terminano verso l'esterno nel capezzolo (*nipple*). Il latte materno condivide di conseguenza la stessa origine del sangue<sup>44</sup>. Secondo le donne che ho incontrato, il processo di produzione del



**Figura 6** - I canali del latte (*dūdh kā rāstā*) e i seni (*chāṭi*) (Nadeja, 23 agosto 2017).

<sup>41</sup> Traducibile letteralmente come ‘nodo’.

<sup>42</sup> Termine generico che può designare i seni come il petto. Il dizionario McGregor (1997), lo definisce come “1. Breast, chest; bosom. 2. Breast(s) (of a woman). 3. Fig. heart, spirit, courage, emotions”. (1997: 341).

<sup>43</sup> Letteralmente “vena, tendine, nervo”, è tradotto qui come canale perché si avvicina meglio al significato utilizzato dalle donne che ho incontrato.

<sup>44</sup> Il testo di Wendy Doniger O’Flaherty (1980) sulla simbologia dei fluidi sessuali nel periodo vedico e post vedico in India, mostra la tensione tra il sangue e il latte materno, il quale è avvicinato piuttosto al seme maschile o meglio ancora al Soma, per le sue proprietà creative (anche se non è considerato come fluido procreativo). Secondo alcuni testi, il latte si originerebbe direttamente dal sangue mestruale: “According to this text, milk is made, not from nonsexual blood, but from menstrual blood; the most polluting of substances is transmuted into the purest of substances, rising from the genital site as semen rises in a man to become transmuted into Soma. [...] By being filtered through the purifying breast, the blood is transformed into milk (the blood itself had earlier been made out of food filtered through the body). Blood thus mediates between raw food and ‘cooked’ food; for milk is said to be ‘cooked’ by the body, distilled like semen. [...] Since blood is closely related to milk but sharply contrasted with it, danger arises when blood and milk are combined or when one is substituted for the other.” (1980: 42).

latte, che si avvia autonomamente verso il settimo o ottavo mese di gravidanza, è indotto dalla presenza del bambino (*baccā*) nel ricettacolo della gestazione (*garbh*). Non si tratta qui di un nesso di causalità fisiologico, ma di una manifestazione della relazione che lega materialmente, emotivamente e spiritualmente la madre e il figlio. Il corpo della madre è un corpo che ‘ammaterna’ (*mothering*) e come tale permette la produzione del latte nel momento in cui il neonato ne ha bisogno. Per questo motivo, Priti rilevava che il latte è prodotto dall’amore materno. Lo stesso affermava Nilam Goswami, madre *brāhmaṇa*, quando ha descritto come il suo corpo rispondeva spontaneamente ai bisogni del primogenito:

N: Questa è la mia esperienza, ma quando Fenel aveva fame, se io stavo lavorando e lui aveva fame, non ci crederai ma il mio corpetto (*blouse*<sup>45</sup>)... [fa il segno con le mani che si sporcava perchè usciva il latte] perché sai... tutto [il bambino e il latte] sono stati prodotti dalla mamma... Il tuo bambino non parla neanche, eppure tu capisci che è affamato, perché *it is a connection like telepaty*<sup>46</sup>.

Il corpo materno manifesta i bisogni del neonato e regola la produzione del latte secondo l’esigenza. La madre non ha controllo su questa funzione materna del proprio corpo, che si regola autonomamente (*apne āp*) sulla base delle necessità del neonato. Di conseguenza, tutte le donne che ho incontrato praticavano un allattamento al seno a richiesta, reso possibile dalla costante vicinanza con il proprio figlio. Anche se le *dāī māṃ* consigliano di allattare almeno due anni, due anni e tre mesi se si tratta di un maschio<sup>47</sup>, non è quasi mai la madre che decide le tempistiche, ma piuttosto è il bambino che decide quando smettere e, da quel momento, il corpo materno smette autonomamente di produrre latte.

L’unica controindicazione che può spingere la madre ad allontanare un bambino dal seno è una nuova gravidanza. Il corpo femminile non è considerato poter produrre abbastanza nutrimento per sostenere tre persone: il bambino appena nato, il bambino in grembo e lei stessa. Poiché le qualità materne sono iscritte nella sua carne fin dalla prima gravidanza,

<sup>45</sup> Si riferisce alla camicetta, detta anche *colī*, che copre la parte superiore del corpo quando s’indossa il *sārī* o una gonna (*ghaghrā*).

<sup>46</sup> “N: *Mujhe, merā experience hai, jab Fenel, agar bhūkhā hotā hai, maiṃ kām kar rahī hūṃ aur vah bhūkhā hai, āp believe nahīṃ karo lekin pūrā blouse* [fa il segno con le mani che si sporcava perchè usciva il latte] *kyomki patā... itnā mummy bane kā sab se... āpko baccā boltā nahīṃ phir bhī āpko cal jātā ki vah bhūkhā hai. Kyomki it is a connection like telepaty*” (Nilam, 24 luglio 2017).

<sup>47</sup> Come lo dimostrano le diverse tempistiche della discesa dell’anima (*ātmā*) nel corso della gravidanza, anche dopo la nascita, i bambini si sviluppano in tempi diversi secondo il sesso. Le donne considerano che i bambini maschi si sviluppino più lentamente delle femmine e che, di conseguenza, devono essere allattati più a lungo. In un ambiente dove l’allattamento è considerato positivamente, socialmente questa spiegazione può essere giustificata dalla preferenza del figlio maschio. Per un approfondimento sulle tempistiche dell’allattamento secondo il genere, si veda Maher (1992).

secondo le donne che ho incontrato, anche a livello fisiologico il corpo della madre si sacrificerebbe a beneficio dei due figli, trasformando tutto il cibo ingerito in latte e in sangue per sfamare i due bambini. Per evitare questo deperimento, la donna è di conseguenza costretta a smettere di allattare il neonato, una condizione considerata comunque riprovevole<sup>48</sup>. Per questo motivo è bene distanziare di tre anni i figli, permettendo una durata accettabile dell'allattamento.

La durata dell'allattamento al seno è di conseguenza molto variabile: va da un minimo di sette mesi a un massimo di cinque anni, con una media di due anni<sup>49</sup>. Verso i quattro mesi, i neonati possono iniziare a integrare l'allattamento con degli alimenti complementari, come biscotti, tè, pane o la crema di semolino dolce (*śirā*). Tuttavia, fin dalla nascita non si tratta mai di un allattamento al seno esclusivo, poiché è molto comune far bere dell'acqua al neonato. Questo accade perché, essendo un prodotto del cibo, il latte materno può soddisfare la fame del neonato ma non la sete. Inoltre, non è raro che alcuni dottori spingano le donne a favorire un allattamento misto, con la scusa che la madre non sia in misura di produrre una quantità sufficiente di latte.

Alcuni comportamenti errati della madre o forti emozioni possono alterare la produzione del latte, bloccandola momentaneamente. Per esempio, Amira, madre musulmana di tre figli, mi ha raccontato che il trasloco nella nuova casa, avvenuto quando la sua figlia minore aveva cinque mesi, le aveva causato così tanta tensione (*tension*) da inibire il latte. Per riprendere l'allattamento ha dovuto rivolgersi a un medico che le ha prescritto delle pillole (*golī*), unico medicamento allopatico che le donne accettano in questo periodo. Tutte le altre medicine sono, infatti, rifiutate, poiché possono avere effetto sulla salute del neonato e sull'efficacia dell'allattamento. In particolare, i farmaci inibitori della lattazione sono considerati alterare permanentemente la produzione del latte, impedendo alla madre di nutrire i figli successivi: le medicine allopatiche influenzano e disequilibrano il corpo femminile in modo duraturo. Tuttavia, nessuna donna ha riportato di aver avuto bisogno d'interrompere l'allattamento con le medicine, poiché il rifiuto del seno da parte del bambino non crea problemi o dolori al corpo femminile.

Seppur la lattazione sia considerata spontanea e regolata dalla necessità del neonato, la madre deve vegliare a preservare la qualità nutritiva, psichica e spirituale del latte prodotto,

---

<sup>48</sup> La stessa pratica si trova anche in altre società, si veda Maher (1992).

<sup>49</sup> Secondo l'articolo di Laroia e Sharma, sulle basi religiose e culturali dell'allattamento al seno tra gli *hindū*, sebbene la durata media dell'allattamento al seno sia di poco superiore ai 2 anni, le donne iniziano presto a far assumere altre sostanze al neonato. La durata media di un allattamento esclusivo al seno è di soli 1,4 mesi, mentre è di 4,7 mesi per di un allattamento completo al seno (acqua + allattamento) (Laroia e Sharma 2006).

mantenendo un comportamento corretto e rispettando le diverse prescrizioni. L'alimentazione è un importante strumento che permette di stimolare la produzione del latte attraverso l'ingestione di sostanze considerate galattagoghe come il cumino (*jīrā*), il latte (*dūdh*) e il burro chiarificato (*ghī*). La dieta che è proposta alla puerpera non intende quindi solo essere nutriente (*puṣṭīkar khānā*) ed energizzante (*tākat khānā*), ma anche facilmente digeribile<sup>50</sup> (*halkā khānā*) e galattogena. Vi sono alimenti che, al contrario, non permettono di ottenere un latte di buona qualità. Per questo motivo, Nilam Goswami, *brāhmaṇa* madre di due figli, rileva l'importanza della dieta della puerpera per la salute del neonato:

N: Il latte si forma da quello che mangiamo. Se mangi del cibo grasso (*fatty*), prenderai peso ma non produrrai del buon latte. Se invece mangi latte, pane al miglio (*bājre kī rōṭī*), *khīcṛī*<sup>51</sup>, melanzane, zucca a fiasco (*laukī*), queste cose fanno bene, fanno aumentare il latte. Anche i semi di cumino e il *rāb*<sup>52</sup>. [...] Per esempio, se quello che mangiamo ci fa venire del gas anche il bimbo avrà del gas. Per questo mangiamo il *rāb*, per non avere problemi di stomaco e per far avere al bambino del buon latte. [...] Non bisogna mangiare delle cose aspre (*khaṭṭā*), come il *buttermilk* (*chās*), il pomodoro, il succo di limone, altrimenti al bimbo faranno male le orecchie. Invece, è importante mangiare il più possibile latte (*dūdh*) e burro chiarificato (*ghī*)<sup>53</sup>.

Come durante la gravidanza, tutto quello che la donna mangia ha un'influenza diretta sullo sviluppo psicofisico del neonato, poiché quest'ultimo è visto in continuità con il corpo materno. Se da un lato la dieta della donna permette di gestire la qualità e la produzione del latte, nessuna un'azione errata può corrompere la sostanza. Il latte materno è intrinsecamente buono e in alcun modo potrebbe nuocere alla salute del neonato<sup>54</sup>. Una possibile eccezione è il colostro, le cui proprietà sono oggetto di valutazione diversa tra le diverse comunità locali.

<sup>50</sup> Più un alimento è digeribile, più velocemente è trasformato in latte. Inoltre, anche un po' di attività fisica, come quella effettuata durante i lavori domestici, permette una digestione veloce del cibo.

<sup>51</sup> Piatto speziato composto da riso cotto con le lenticchie

<sup>52</sup> Bevanda dolce gujarati, a base di *jaggery*, farina, burro chiarificato, acqua e zenzero o altre spezie, apprezzata per il suo potere energetico.

<sup>53</sup> “N: *Āp jo bhī khāte haiṃ vah pūrā matlab us process se dūdh bantā. Agar āp fatty food khāoge, wheight gain hogā lekin acchā dūdh nahīṃ banegā. As well as you dūdh pī rahe ho, bajrī kī roṭī khā rahe ho, [...] khīcṛī khāho aur brinjal, phir laukī, yah acchā hai. Yah sārī jo cīzeṃ haiṃ usse dūdh bharte haiṃ. Aur cumins seed, rāb ke sāth. [...] Agar gas ban gayā, vah baccā feed karā to bacce ko bhī gas hogā. To uske lie ham log rāb khāte hai jisse peṭ kharāb na ho aur bacce ko bhī acche dūdh mile. [...] Lekin khaṭṭī cīz nahīṃ dete, jaise cās, tomato, lemon juice, agar maine ye cīz pīke maine bacce ko feed karāte, uske kān dard hogā. Jitnā ho saktā hai āpko dūdh aur ghī khānā hai.*” (Nilam, 5 agosto 2017).

<sup>54</sup> Lo stesso non succede nella mitologia indiana, dove il latte avvelenato è un luogo comune. Per esempio, in un mito, Pūtanā cerca di avvelenare il dio Kṛṣṇa appena nato, trasformando il proprio latte in veleno (Doniger O'Flaherty 1980).

Se in varie parti dell'India è una pratica comune gettare il primo di latte di colore giallastro, perché considerato come impuro<sup>55</sup> (Van Hollen 2003a, Laroia e Sharma 2006), in altre parti è invece rinomato per le sue qualità (Böck e Rao 2000). A Bhuj, alcune donne più anziane riportano di aver atteso due o tre giorni prima di iniziare ad allattare, perché, anche se il latte è considerato generarsi già nel corso della gravidanza, solo dopo questo periodo la produzione si stabilizza e diventa maggiore. In questo periodo, il colostro era gettato, in alcuni casi solo parzialmente, perché considerato come non nutriente e precursore del vero latte. Nessuna interlocutrice mi ha però segnalato una possibile impurità di questa sostanza. Negli ultimi anni, l'istituzionalizzazione del parto e la partecipazione delle *dāī māṃ* alle formazioni organizzate dal governo, hanno sensibilizzato le donne sulla necessità di avviare l'allattamento nelle prime ore successive il parto. Di conseguenza, sono poche le donne più giovani che ne hanno ritardato di più di un giorno l'avviamento<sup>56</sup> e tutte hanno concordato sulla bontà del colostro e nella sua capacità di trasmettere energia (*śakti*).

Se il latte tarda a uscire o si blocca, le donne si rivolgono solitamente alle *dāī māṃ* che propongono loro degli impacchi di acqua calda e dei massaggi al seno. Se la produzione del latte è legata al bisogno del neonato, spetta comunque alla donna e al suo corpo facilitare il passaggio di questa sostanza. I seni sono, infatti, composti di tubi (*dūdh kā rāstā*) e se il latte si dovesse bloccare o stagnare, si solidificherebbe trasformandosi in formaggio (*panīr*). Questo può accadere, per esempio, se la madre si addormenta con le braccia sollevate, poiché si ritiene che la posizione favorisca il passaggio del latte in altri canali che terminano sotto le ascelle, creando grumi di latte condensato difficili da spurgare. Allo stesso modo, per tutta la durata dell'allattamento, i seni non devono essere compressi in corpetti troppo stretti o in reggiseni (*bra*)<sup>57</sup>. Fin dal quarto o quinto mese di gravidanza una donna dovrebbe smettere di

---

<sup>55</sup> “Many women in India consider colostrum to be ‘polluted’ because of a belief that when menstruation stops during pregnancy, the blood that would normally flow each month accumulates in the breast and is transformed into colostrum, only to flow from the breast for the first few days of the newborn’s life. Thus, because menstrual blood is viewed as highly ritually polluted, colostrum— as transformed menstrual blood—is also considered polluted” (Van Hollen 2013: 205-6). Questo legame non è però mai stato sollevato dalle donne che ho incontrato, anche se il latte e il sangue sono entrambi prodotti della digestione del cibo.

<sup>56</sup> L'unica eccezione, sono le donne che hanno subito un cesareo, le quali hanno avuto più difficoltà ad allattare i primi giorni dopo l'operazione. D'altra parte, l'osservazione compiuta in sala parto nell'ospedale pubblico e privato mi ha permesso di notare che il personale medico non prestava nessuna attenzione alle tempistiche e non aiutavano le donne ad avviare l'allattamento. Per questo motivo potrebbero continuare a persistere delle situazioni di allattamento ritardato. Per esempio, l'articolo di Raval e al. (2011) sulle pratiche di allattamento al seno tra i bambini che vivono nelle baraccopoli della città di Bhavnagar (Gujarat), riporta che solo il 38,1% dei neonati è stato allattato entro un'ora dalla nascita.

<sup>57</sup> Come le mutande, il reggiseno è stato integrato da relativamente pochi anni nelle pratiche vestimentarie femminili. Tra le donne che ho incontrato, meno della metà ne faceva un uso quotidiano.

indossarlo, per impedire il manifestarsi d’ingorghi mammari.

Una madre che allatta deve anche contenersi emotivamente, mantenendo uno stato d’animo sereno e amorevole, in particolare nel momento in cui offre il seno. Le emozioni forti o negative, non solo influenzano lo sviluppo del carattere del neonato, ma possono anche bloccare la produzione del latte. Come evidenzia Amira, madre musulmana di tre bambini, “per avere un bambino sano e felice, bisogna essere in uno stato di felicità<sup>58</sup>”. Vanessa Maher (1992) nella sua opera sul latte materno, rileva che “[t]utte queste credenze affermano implicitamente che un bambino si può nutrire bene solo se la madre lo allatta in condizioni rilassate e rassicuranti in modo che il libero flusso del latte non sia inibito, e rappresentano in qualche modo una prima difesa culturale per le madri” (1992: 174). Allo stesso tempo la pratica assicura un controllo intimo che la donna si autoimpone per non essere una cattiva madre, responsabile della formazione di una cattiva progenie.

Per allattare serenamente una donna dovrebbe isolarsi in un luogo tranquillo e dedicare tutta la propria attenzione al proprio figlio o figlia. Inoltre, è importante che la *dupattā* (sciarpa) o il *pallū*<sup>59</sup> coprano il seno e il bambino, sia per pudore che per proteggere dal malocchio (*najar*). La madre come le persone attorno possono involontariamente dirigere degli sguardi ammirevoli al neonato, attaccandogli il malocchio (*najar*) e di conseguenza facendolo ammalare. Lo stesso accade se si nutre il bambino con il biberon e, in questo caso, le madri coprono la bottiglia con un calzino per non mostrare il cibo a sguardi indiscreti<sup>60</sup>. Il *bhakhīyā* è una delle malattie più frequenti in un neonato, si manifesta in inappetenza, diarrea e dolori di stomaco ed è causata da questo sguardo d’invidia legato al cibo. Per guarire il bambino è necessario fargli togliere il malocchio (*najar*) da uno specialista: solo dopo il rituale, durante il quale sono solitamente utilizzati come ingredienti il sale (*namak*), il peperoncino verde (*harī mirch*) e il limone (*nīmbū*), il neonato ritroverà piacere nel mangiare. La *dāī māṃ* musulmana Karima evidenzia altre prescrizioni cui la donna deve fare attenzione prima di allattare:

L: Come si deve all’allattare?

K: Niente, in grembo<sup>61</sup>. Se è piccolo, puoi mettere sotto qualcosa, se no niente.

<sup>58</sup> “*Healthy baby aur happy baby ke lie khuś rahanā acchā hai*” (Amira, 17 marzo 2018).

<sup>59</sup> Il *pallū* è la parte finale del *sārī*.

<sup>60</sup> Amira, musulmana, molto attenta a prevenire il *najar*, durante ogni pasto fa lasciare ai propri figli l’ultimo boccone di cibo nel piatto.

<sup>61</sup> Le donne che ho incontrato hanno allattato principalmente in due posizioni. Nella prima la donna è sdraiata di lato, posizione utilizzata solitamente nei primi giorni del puerperio quando passa la maggior parte del tempo a



Bisogna farlo di nascosto. Perché se sente dei rumori, il bambino lascia il seno. Poi non bisogna allattare se devi andare in bagno a fare pipì o cacca: prima la fai poi allatti, altrimenti il bambino si ammala (*bīmārī*).

L: Perché si ammala? Contaminano il latte?

K: No, non lo so. Rimane nella bocca del bambino che non può bere il latte. Come se venisse da vomitare. Io lo dico a tutte le donne che sono al primo figlio o che poverine non lo sanno. Non bisogna mangiare mentre si allatta: sei hai fame mangia, poi allatta, ma non bisogna mangiare e allattare allo stesso tempo. Non va bene. Non bisogna neanche bere dell'acqua. Bisogna prestare attenzione a tutto questo, tutto questo [sapere] arriva dal passato: io l'ho sentito dire, l'ho imparato, quindi lo so e lo dico agli altri<sup>62</sup>.

Le prescrizioni elencate dalla *dāī māṃ* sottolineano l'importanza della disponibilità non solo mentale ma anche corporea della madre durante l'allattamento. Nessuno stimolo deve distrarre il corpo mentre offre amore e nutrimento al neonato, azione attraverso cui il corpo materno si realizza. Il corpo femminile si concretizza nella sua funzione nutritiva e materna, mansioni che lo rilegano allo spazio domestico (Forti e Guaraldo 2006). L'allattamento prosegue l'opera di *disembodiment* avviata già durante la gravidanza: la donna è privata del proprio corpo<sup>63</sup>, che come madre deve dedicare completamente alla progenie.

La *dāī māṃ* Karima propone quest'insegnamento come valido e buono, moralmente e fisicamente, perché si fonda su saperi antichi, validati attraverso l'esperienza di diverse generazioni di donne. La trasmissione dei saperi del corpo riproduttivo e del neonato è prettamente femminile e si veicola attraverso la parola ("io l'ho sentito dire") e l'esperienza diretta ("l'ho imparato" attraverso la pratica). Compito della *dāī māṃ*, della madre della puerpera o della suocera è quello di trasmettere questi insegnamenti, educando la neo madre al comportamento corretto da tenere. Come evidenziato in precedenza, le istruzioni impartite

---

letto. Nella seconda posizione ci si siede a gambe incrociate e il neonato è posto sul grembo, mentre la donna s'inclina in avanti per offrirgli il seno. Qui la *dāī māṃ* si riferisce a questa seconda posizione.

<sup>62</sup> "L: *Dūdh kaise pilānā hai?* K: *Bas, god meṃ. Choṭā baccā hai tab kuch lagānā cāhie. [...]* *Cup cup karnā hai, choṛ detā [baccā] hai āvāj āte haiṃ kānoṃ meṃ. Phir peśāb pakārne nahīṃ pilānā cāhie, saṃḍās pakārne nahīṃ pilānā cāhie, bacce bīmārī ho saktī hai. Pahale susu yā saṃḍās karnā aur bād meṃ bacce ko pilānā. L: Kyon bīmārī ātā hai? Kuch ūpar ā jāte?* K: *Nahīṃ, patā nahīṃ. Bacce kī muṃh meṃ dhāraṅ dhāraṅ ho jāte hai. Phir dūdh nahīṃ pī saktā baccā. Jaise muṃh vomit ātī hai. Maiṃ sabko batātī hūṃ, pahale pahale hotā hai becārī, nahīṃ jānte, ham batāte haiṃ ki yah karnā cāhie. Phir bacce peṛ bhartā khānā bhī khānā nahīṃ cāhie: bhūk lage to khā le, phir usko dūdh pilāte pilāte nahīṃ khānā cāhie. Acchā nahīṃ hai vah. Pānī bhī pīnā nahīṃ cāhie. Sab dhyān rakhne cāhie. Vah pahale purāne jamāne ke haiṃ sab. Hamne sunie, hamne sikiye to hamko ātī hai, to dūsroṃ ko batātī hai*" (Karima, 26 agosto 2017).

<sup>63</sup> Seguendo l'idea indiana, bisogna considerare anche la mente come parte del corpo, e includere nel *disembodiment* anche la sfera mentale ed emotiva.

da queste figure non riguardano le tecniche del *matérnage* (*mothering*), (es. come gestire un neonato, quante volte allattarlo, perché piange, etc.), conoscenze che si manifestano spontaneamente nella neo madre nel corso della gravidanza e del parto. Le donne più anziane vogliono invece educare la puerpera al comportamento più appropriato e corretto da mantenere quando si fa la madre (*mothering*). Esiste una differenza tra fare la madre, capacità che hanno tutte le donne dopo aver partorito, e fare bene la madre: solo in questo caso si potrà modellare un buon bambino (*acchā baccā*). I consigli e le prescrizioni trasmesse dalle donne più esperte sono centrati su questa differenza qualitativa fondamentale che riconosce il corpo femminile come veicolo privilegiato della salute e della forza della famiglia (Forti e Guaraldo 2006).

### *Manipolare i corpi per formare il carattere*

Secondo le mie interlocutrici il parto svuota il neonato e la madre di tutte le energie e lascia entrambi i corpi aperti (Selby 2008) e vulnerabili alle influenze esterne. Durante il puerperio, oltre a seguire una dieta speciale e rispettare determinate pratiche corporee, la puerpera e il bambino sono massaggiati giornalmente. La manipolazione permette di contenere e controllare queste due corporeità liminali, permettendo loro di ritrovare i propri confini e di modellarne l'apparenza. Tuttavia, l'esperienza del massaggio si differenzia a livello sociale e culturale secondo il ricevente. Le donne che ho incontrato conferivano alla modellazione della superficie del corpo un significato diverso nel caso in cui si tratti della corporeità della puerpera o del neonato, anche se in generale questa pratica ha lo scopo di solidificare (*pakkā*). Per evidenziare le diverse funzioni del massaggio, le due esperienze sono analizzate separatamente.

### *Contenere il corpo femminile con le mani e la parola*

Le narrazioni costruiscono il corpo della donna mestruante come aperto (Selby 2008) e caldo (*garam*), che trasgredisce le frontiere, lasciando uscire quello che dovrebbe rimanere dentro i limiti corporei. Dopo il parto questa situazione si ribalta: il corpo della puerpera è svuotato e freddo (*thandā*), e per questo è ancora più aperto, senza le energie necessarie a contenersi. La sola attenzione a un'alimentazione speciale e alle prescrizioni non sono considerate sufficienti per ristabilire l'equilibrio circolare di apertura e chiusura che la donna aveva prima della gravidanza, e che riuscirà ad acquisire idealmente solo alla fine dell'allattamento. Il massaggio permette di solidificare (*pakkā*) il corpo, condizione necessaria

per ritrovare e mantenere un equilibrio interno. Inoltre, attraverso il tocco e il modellamento diretto del corpo, la donna riesce più velocemente a ritrovare i confini della nuova corporeità, identificando e incorporando l'esperienza della maternità. Come evidenziava Priya, neoconvertita cattolica, il massaggio permette di cancellare il dolore del parto, alleviando i muscoli tesi per lo sforzo:

*P: One lady used to come and she used to do the massage. Every day, for forty days specially. We can start with the same day also because whole body ache is there after delivery. So you need a massage for that because your muscles start painning after delivering a child. Same day you are in hospital so you can't do but from the next day you can start doing māliś (massage) and all that. [...] They [the mother and the baby] stay inside the room and for forty days she is been given massage to the whole body and given steam<sup>64</sup> and they give sweets and all that which makes the body strong, because while delivering your all veins become loosen because you are pressurizing your whole body to give a new birth, so, because of that your whole body become to sweat. To bring in again that energy you need to have good amount of ghī (clarified butter)<sup>65</sup>.*

Il massaggio permette di rinvigorire il corpo, di rendendolo flessibile e distendendo i muscoli, consentendo di eliminare lo sforzo compiuto durante il parto. Secondo la *dāī māṃ* Karima, se il massaggio è ben fatto, la puerpera arriva pure dimenticarsi di avere appena partorito. La manipolazione permette di migliorare la circolazione sanguigna, condizione che, per la concezione locale del corpo, consente di preservare lo stato di salute. Inoltre, le donne che ho incontrato consideravano che il massaggio post-parto permettesse di tornare in forma dopo la gravidanza, grazie alla sua azione purificatrice. L'accelerazione del flusso sanguigno, causata dal massaggio, e la manipolazione diretta del ventre inducono la fuoriuscita del sangue corrotto (*kharāb khūn*) che per nove mesi è stato trattenuto nel grembo della donna. L'aumento di peso dopo una gravidanza è causato proprio da un accumulo di questa sostanza, la cui presenza favorirebbe il manifestarsi di malattie, molto pericolose in questo periodo delicato.

Dal punto di vista simbolico, il tocco permette di ridefinire i confini del corpo femminile modellandone la superficie. Nel corso della gravidanza e del parto, il corpo della donna ha subito numerosi cambiamenti, come il cambio di corporatura, un mutamento nei seni, smagliature, punti chirurgici e molte di queste alterazioni rimangono iscritte sulla pelle della puerpera. Il massaggio manipola e modella la corporalità della puerpera, consentendole

<sup>64</sup> Priya fa riferimento alla pratica di porre della brace sotto il letto di ferro dove stanno la puerpera e il neonato.

<sup>65</sup> Priya, 22 maggio 2018.

d'integrare i cambiamenti.

Tuttavia, i benefici non sono riconosciuti dal personale medico allopatico e molti dottori vietano chiaramente alla madre di sottoporsi a un massaggio o di compierlo al neonato. Per questo motivo le donne aspettano fino al ritorno a casa per iniziare la pratica, anche se, chi partorisce a casa, può iniziare fin dal giorno seguente il parto. Secondo il personale medico, il massaggio favorisce la manifestazione d'infezioni, ma questa concezione non è condivisa dalle donne con cui ho parlato, le quali, al contrario, considerano una vera fortuna poter essere massaggiate per l'intero periodo del puerperio. Tuttavia, considerando il costo delle sessioni, non tutte le famiglie riescono a permettersi un simile trattamento, limitando i massaggi della puerpera alla prima settimana o dieci giorni<sup>66</sup>.

I trattamenti sono compiuti dalla *dāī māṃ* e durano più o meno un'ora. In questo tempo, dopo aver bevuto insieme del tè o qualche bevanda rinfrescante, la puerpera rimane da sola con la *dāī māṃ*, mentre il neonato è lasciato alle cure della famiglia. Per molte neo-madri, questo momento corrisponde all'unico periodo in cui sono separate dal nascituro e durante il quale hanno il tempo di dedicarsi a se stesse. Per il massaggio, la donna si sdraia per terra su un telo, mentre la *dāī māṃ* si siede accanto alla parte da massaggiare, la quale è denudata per l'occasione e poi subito ricoperta: il corpo della donna non è mai lasciato completamente nudo, neanche tra donne. La puerpera è massaggiata con olio di cocco, ma molto spesso si aggiunge del *Vicks Vaporub*<sup>67</sup>, un prodotto molto rinomato per la sua efficacia contro il raffreddore e i dolori corporei. La *dāī māṃ* Karima considerava che questo prodotto incrementasse la qualità riscaldante del massaggio, velocizzando l'equilibrio interno del corpo femminile, troppo freddo (*thaṇḍā*) dopo il parto.

Durante i massaggi, la *dāī māṃ* discute con la donna del parto, della situazione familiare, dei dolori, del neonato e della sua crescita. La puerpera approfitta con piacere di questo momento per rivelare i propri problemi e chiedere consiglio alla *dāī māṃ* sulla migliore condotta da tenere rispetto alla famiglia, al proprio corpo e al figlio o alla figlia. Le pressioni condotte sul corpo della donna accompagnano le sue confessioni e rivelazioni, permettendo di liberare tensioni corporee ed emotive. Nell'intimità che si produce durante il massaggio, la *dāī māṃ* accompagna l'adattamento corporeo e identitario della neo-madre,

<sup>66</sup> Il numero di sedute, come la scelta della massaggiatrice, è di competenza della madre o la suocera della puerpera. La durata del massaggio manifesta il tipo di attenzione che la famiglia ha verso la puerpera e può essere usato per acquisire del prestigio nella comunità o nella famiglia.

<sup>67</sup> Il Vicks VapoRub è un unguento balsamico topico a base di mentolo ed è solitamente impiegato come rimedio per la tosse e come analgesico. Venduto per la prima volta nel 1905 dalla società a conduzione familiare Richardson-Vicks, con sede nel North Carolina, oggi è gestito dalla multinazionale statunitense Procter & Gamble. Parte della produzione e del confezionamento avviene in India.

dispensando un sostegno emotivo e consentendo la distensione del corpo. La parola accompagna i gesti della massaggiatrice e insieme aiutano la puerpera a ridefinire il proprio corpo e la propria identità, socializzando la sua nuova corporalità.

Tra le donne che ho incontrato, solo chi aveva subito un parto cesareo non era stata sottoposta al massaggio post-parto, poiché si considera che l'operazione renda il corpo femminile ancora più debole e fragile, richiedendo un tempo maggiore di ripresa. Neanche il massaggio può aiutare una donna ad alleviare i dolori e a rinvigorire il corpo, disequilibrato doppiamente dal parto, aperto sia materialmente che simbolicamente dall'intervento tecnologico. Le madri che hanno partorito con il cesareo sono sottoposte a pratiche e a tempistiche di ripresa molto diverse dalle donne che hanno partorito per via vaginale, che le portano a seguire un processo discontinuo di soggettivizzazione e di socializzazione del proprio corpo.

#### *Modellare il corpo del neonato*

Il neonato è massaggiato per la prima volta il sesto giorno dalla nascita, appena prima del rito della *chaṭhī pūjā* durante il quale il nuovo nato è riconosciuto come persona. In effetti, alla nascita il corpo è considerato molto aperto, debole (*patlā*), sensibile (*nājuk*) e non solido (*kaccā*), e una manipolazione potrebbe nuocergli. Solitamente è la stessa *dāī māṃ* che viene a massaggiare la puerpera che compie le prime manipolazioni del neonato, anche se in alcune famiglie questa tradizione si trasmette da madre a figlia o da suocera a nuora. Come specificato prima, i massaggi per la puerpera sono sempre compiuti da un'estranea, ovvero dalla *dāī māṃ* che si presenta come un'esperta del funzionamento e del trattamento del corpo femminile. Questo sapere pratico necessita di una conoscenza approfondita degli effetti che il parto ha sul corpo, di un'abilità sviluppata negli anni e della forza necessaria per manipolare correttamente il corpo. Le stesse competenze non sono richieste per massaggiare un neonato, con il quale si deve utilizzare molta più delicatezza. Inoltre, il processo di solidificazione (*pakkā*) del corpo di un nuovo nato ha tempistiche diverse di un adulto e richiede di essere massaggiato molto più a lungo.

Dopo il rito del sesto giorno (*chaṭhī pūjā*), il massaggio entra a far parte della toletta e della cura quotidiana che la madre compie sul bambino e può durare finanche il quarto anno di vita. Ogni primipara è incoraggiata di conseguenza ad apprendere il protocollo del massaggio, che varia di poco da famiglia a famiglia. Non è raro che qualche donna anziana della famiglia abbia sviluppato negli anni una conoscenza approfondita delle pratiche di

massaggio e che si proponga come insegnante. Tuttavia, l'esperienza della *dāī māṃ* è solitamente considerata superiore, permettendo al tempo stesso di fornire dei consigli utili alla madre su come maneggiare il nuovo nato.

Solo nelle famiglie più abbienti, come la famiglia *brāhmaṇa* Joshi, questo compito era confidato a una persona esterna, che poteva essere una *dāī māṃ* o una vicina competente. Bana Joshi raccontava di essersi sentita incapace a manipolare un bambino piccolo e aver lasciato questo compito alla madre e a una donna che venivano apposta per questo compito<sup>68</sup>. Lo stesso non è accaduto alle altre donne che ho incontrato che sono state spinte fin dal primo giorno a manipolare e gestire autonomamente il nuovo nato.

Il massaggio è effettuato sul corpo nudo<sup>69</sup> con dell'olio di cocco o del burro chiarificato (*ghī*), anche se sempre più spesso le famiglie, sotto consiglio delle *dāī māṃ*, comprano degli oli specifici per la cura del neonato prodotti da marche come la multinazionale *Johnson's Baby* o la più locale *Himalaya*. Il neonato è steso per terra su un telo (Figura 7 e 8), prima in posizione supina per trattare le gambe, le braccia e il torso e infine in posizione prona per massaggiare il dorso. La testa è toccata con molta delicatezza, ma solitamente si presta particolare cura a massaggiare il viso. Prima di terminare, si eseguono dei movimenti di *stretching* per rendere flessibile le gambe e le braccia. Dopo il massaggio, il bambino è lavato, passato con il borotalco, truccato e vestito.

I benefici del massaggio sono molteplici e tutte le donne che ho incontrato hanno manipolato i propri figli per un periodo variabile di un anno fino ai quattro anni. Come la puerpera, anche il neonato è considerato risentire dello sforzo del parto: nel corso dell'espulsione, il bambino attraversa molte difficoltà che gli causano dolori corporei. Il massaggio elimina questo malessere, rilassando e rafforzando il corpo, favorendo uno sviluppo sano (*tandurust*) e sereno. La continuità giornaliera del massaggio aiuta a creare una routine e a regolare il sonno. Tuttavia, per le donne la caratteristica più importante è la capacità di modellare l'apparenza dei bambini, il cui sviluppo è facilmente influenzabile a causa della composizione immatura (*kaccā*) del corpo.

La manipolazione diretta della superficie corporea permette in primo luogo

---

<sup>68</sup> “L: Perché, le mamme non fanno i massaggi ai bambini? B: Se è capace, allora li fa. Se non è capace, devi prendere un bambino piccolo piccolo in mano, è difficile fargli un massaggio. Bisogna fare attenzione, fa paura, quindi non li ho fatti io. [Quando ero] lì, li faceva mia madre.” [L: *Kyom mammy bacce ko nahīm kartī hai mālis?* B: *Ātā hai to kar detī hai. Ātā nahīm hai na choṭā choṭā baccā hāth meṃ lenā. Usko mālis karnā dikkat hotī hai. Dhyān rakhnā partā hai ḍar lagtā hai. To maiṃ khud nahīm kartī thī vahām pe merī mammy kartī thī*] (Bana, 31 agosto 2017).

<sup>69</sup> Tuttavia a volte, per praticità, alcune *dāī māṃ* lasciano il bambino con il pannolino usa e getta per evitare che si sporchi in giro.



**Figura 7 (a sinistra)** - Rayna mentre sta per essere massaggiata dalla madre Rahila (Aprile 2018).  
Foto: L. Gentile.

**Figura 8 (a destra)** - La *dāī māṃ* Karima massaggia il bimbo di una cliente (Agosto 2017).  
Foto: L. Gentile.

l'alterazione dei tratti somatici secondo i canoni estetici locali. Molta importanza si dà in questo caso al trattamento del viso, modellando con le mani tratti considerati belli e apprezzati: un naso piccolo e a punta, delle labbra carnose e una forma del cranio perfettamente tonda<sup>70</sup>. Per mantenere queste caratteristiche è importante sorvegliare il neonato affinché non compia atti ripetuti che possono influenzare il modellamento attuato dal massaggio. Per esempio, ogni volta che Rayna, nei suoi primi mesi dalla nascita, si succhiava il labbro inferiore era sgridata dalla madre poiché l'azione avrebbe portato a sviluppare delle labbra sottili. Per controbilanciare, premeva le sue dita sulle labbra della neonata, per favorire la loro crescita verso l'esterno. Alcune donne portavano un'attenzione costante allo sviluppo estetico del proprio figlio, attuando diverse manipolazioni più specifiche anche al di fuori del tempo del massaggio, durante il quale tutto il corpo è preso in esame.

Attraverso la manipolazione della superficie corporea, la madre ha la possibilità di guidare lo sviluppo delle diverse parti del corpo. La crescita corporea e la sua maturazione, in

<sup>70</sup> Tra i gruppi presenti a Bhuj, i *rabārī*, registrati come *scheduled tribes* (ST) in Gujarat, hanno sviluppato una pratica corporea particolare atta a trasformare i propri tratti somatici. A livello estetico in questa comunità è molto apprezzato un cranio con la parte posteriore piatta. Per sviluppare questa caratteristica, fin dalla nascita, quando il neonato dorme o è posato nella culla, si pone sotto la testa un piattino da tè di ceramica, che permette di sviluppare una plagiocefalia. Questa pratica è sempre meno attuata, anche se è ancora comune tra gli adulti avere un cranio piatto nella parte posteriore.

particolare nei primi mesi di vita quando il corpo è particolarmente immaturo (*kaccā*), è facilmente influenzabile. Se non fosse trattato, il corpo potrebbe crescere in modo anormale poiché non è guidato da uno sviluppo predeterminato fisiologicamente. Di conseguenza, la manipolazione giornaliera permette non solo la formazione di un corpo esteticamente accettabile ma anche fisiologicamente corretto, consentendo, per esempio, alle orecchie di non accartocciarsi, alle gambe di crescere dritte e alle narici di non chiudersi. La *dāī māṃ* Hazima evidenziava l'importanza di manipolare in modo corretto gli orifizi dei neonati, genitali compresi, con lo scopo di evitare che si chiudano.

Il massaggio è utilizzato anche come strumento di perfezionamento dei corpi, nel caso questi siano nati con delle malformazioni fisiche. Pur non arrivando sempre a risolvere il problema, la manipolazione della parte permette di ridurre lo sviluppo considerato anomalo, minimizzandone l'estensione. Per esempio, Rayna è nata con la spina bifida e per questo motivo è stata operata al compimento del terzo mese. Secondo la *dāī māṃ* Hazima, i massaggi giornalieri hanno permesso di non far crescere la tumefazione sulla schiena, facilitandone l'estrazione.

Un punto delicato del corpo del neonato è l'ombelico (*nābhi*), cui i primi giorni è attaccato il cordone ombelicale. Alcune volte questo moncone cade prima dell'inizio dei massaggi, com'è accaduto a Rayna, ma se rimane è importante essere prudenti durante i massaggi, curandosi di oliarlo bene. Tuttavia, secondo la *dāī māṃ* Hazra, quando cade, non significa che l'ombelico si sia chiuso. Di conseguenza bisogna vegliare a mantenere questo punto centrale coperto, per impedire che entri dell'aria che possa disturbare e far male al neonato o che faccia crescere troppo il ventre. Nel momento in cui è caduto il cordone ombelicale di Rayna, Hazima ha subito coperto l'ombelico con il dito mentre richiedeva gli ingredienti principali per mantenerlo chiuso: olio di cocco e curcuma. Dopo aver applicato un grosso strato di questi ingredienti, la *dāī māṃ* ha vegliato a legarle bene il pannolino di stoffa sopra l'ombelico. Anche i giorni seguenti, Hazima mi ha mostrato che Rayna piangeva quando l'ombelico era mal coperto, segno che stava entrando aria, e che invece smetteva quando glielo copriva correttamente. L'ombelico è un centro energetico molto importante del corpo secondo il sapere femminile<sup>71</sup> e si chiude solo qualche settimana dopo la nascita, per questo è importante prestargli cure particolari.

---

<sup>71</sup> Per approfondire il ruolo dell'ombelico e dell'organo corrispondente, la *pecoī*, si veda il prossimo capitolo.



## **PARTE TERZA**

### **LA CURA DEI CORPI: NARRARE LA SOFFERENZA**

# CAPITOLO 6

## CORPI VOLUBILI, CORPI SCOMPONIBILI: CONCEPIRE LA MALATTIA

### DUE MODELLI DIVERSI: SQUILIBRIO O MALFUNZIONAMENTO DEI CORPI?

I capitoli precedenti presentano i diversi saperi e pratiche corporee che accompagnano il processo di soggettivizzazione femminile attraverso un progetto di plasmazione intenzionale, ovvero di ginecopoiesi attiva (Remotti 2013). L'autorità di questo disegno è fissata in un modello di femminilità che trascende le diverse correnti religiose, castali o sociali e che è applicato e perpetuato dalle singole donne attraverso una trasmissione femminile dei saperi e delle pratiche corporee. Questo sistema non è statico, ma è costantemente contestato, rimodellato e riaffermato attivamente dalle donne stesse secondo la situazione familiare, storica, materiale o emotiva. Le *dāī māṃ*, come donne esperte del corpo femminile, non si discostano da questo modello corporeo, ma partecipano attivamente a questa trasformazione.

Il sapere condiviso tra le donne non è però riconosciuto in ambito medico allopatico, che fa riferimento a un diverso modello del corpo e del femminile. La storia particolare del Kacch, segnata dal terremoto del 2001, e le politiche sanitarie del governo indiano, che dal 2005 spingono all'istituzionalizzazione dei parti<sup>1</sup>, hanno portato le donne di Bhuj a dover entrare sempre di più in contatto con il sistema medico allopatico. Tuttavia, questa regione, teatro di scambi commerciali e migrazioni, ospita una società medicalmente pluralistica e il sapere femminile sul corpo riproduttivo è stato, nel tempo, influenzato da altri sistemi medici come quello dell'*āyurveda* e *yūnānī*. Come si configura l'incontro tra il sapere femminile e quello allopatico? Una maggiore frequentazione di cliniche e ospedali allopatici ha permesso

---

<sup>1</sup> Sui programmi governativi per l'istituzionalizzazione del parto, si veda il prossimo capitolo.

alle donne di familiarizzare con questo sistema, trasformando e contestando alcuni saperi e pratiche del corpo riproduttivo femminile. Come avviene quest'integrazione tra i due modelli corporei? Quali saperi o pratiche sono ibridate e quali invece sono costruite come immutabili?

Il capitolo intende rilevare i processi che guidano l'incontro di questi due sistemi culturali, quello locale seguito dalle donne e definito come *deśi davā* (medicina locale) e quello allopatico, che propongono due modelli corporei femminili diversi. Nella prima parte, le diverse pratiche che avvengono nel corso delle visite effettuate in ospedale e dalle *dāī māṃ* sono esposte con lo scopo di comparare le rappresentazioni nei due sistemi. Nella parte finale, la trattazione del tema della sterilità consente di evidenziare l'*agency* delle donne nel mobilizzare i diversi saperi e pratiche a fini pragmatici (Quattrocchi 2011).

### *Una medicina locale per un corpo locale*

Karima Jāṭ era la più attiva tra le *dāī māṃ* che ho incontrato, anche se rispetto alle altre tre ha iniziato relativamente tardi questo mestiere, formandosi in modo relativamente anomalo. Il suo percorso eclettico le ha permesso di familiarizzarsi con diversi sistemi medici e pratiche terapeutiche. Ha iniziato a esercitare come *dāī māṃ* all'età di quarant'anni quando si è trasferita dalla sua famiglia di origine (*maikā*) a Mundra<sup>2</sup> a seguito del terremoto del 2001. Sia sua madre che sua zia materna (sorella della madre), erano *dāī māṃ*, ma Karima e le sue due sorelle si erano sempre rifiutate di seguire la tradizione familiare e dedicarsi a questo mestiere. Il terremoto ha portato Karima a cambiare idea: sola con un marito che non riusciva più a lavorare come tecnico del cinema e un figlio adolescente da sposare, ha deciso di approfittare del soggiorno a Mundra per iniziare l'apprendistato con la zia<sup>3</sup>. L'insegnamento si configura come una tradizionale relazione tra maestro (*gurū*) e discepolo (*śiṣya*), basato su un apprendimento diretto delle pratiche ostetriche e ginecologiche. Come evidenzia Bel (2010) nel suo articolo che compara le pratiche delle *dai* indiane, le ostetriche cosmopolite e le *setai* giapponesi: “*Since delivery processes are far from being normative, the experience of non-intrusive attendance cannot be reduced to a set of standard procedures that could be shared in a formal training. Transmission is therefore only made possible by cultural immersion, observation and osmosis with other dais, mothers-in-law, or other competent women*” (2010: 44)

Poiché suo fratello lavorava nell'amministrazione dell'ospedale allopatico locale,

<sup>2</sup> Distante 50 chilometri da Bhuj, Mundra è una città di 20 000 abitanti che ospita il più grande porto privato dell'India. Nel corso del terremoto del 2001 è stata una delle poche città della regione che non ha subito danni.

<sup>3</sup> La madre era morta qualche anno prima.

Karima e la sua famiglia risiedeva negli alloggi riservati al personale all'interno dell'edificio. Grazie alla raccomandazione del fratello, Karima ha potuto lavorare nel servizio di ginecologia e ostetricia assistendo le donne durante il parto. Durante il soggiorno a Mundra, durato cinque anni, la *dāī māṃ* ha continuato la sua formazione con la zia pur lavorando come assistente in ambito ospedaliero. Questa doppia esperienza le ha permesso di familiarizzarsi con le pratiche e i modelli esplicativi del sistema allopatico, pur rimanendo fedele a quella che lei chiamava la medicina locale (*deśī davā*) insegnata dalla zia. Nel 2005, a pochi anni dall'inizio della sua attività, è stata chiamata a partecipare a un corso di formazione governativo per le *dāī māṃ*<sup>4</sup>, durante il quale a suo parere, non ha imparato molto, ma le ha permesso di avere un certificato ufficiale che la riconosceva come una *dāī māṃ*. Inoltre, grazie alla conoscenza di un medico musulmano, specializzato nel trattamento della *pecoṭī*<sup>5</sup> e nel massaggio, Karima ha deciso di specializzarsi in queste pratiche. Anche in questo caso, l'insegnamento si è basato su un apprendimento diretto regolato da una relazione tra maestro (*gurū*) e il discepolo (*śiṣya*). A suo avviso, quest'approfondimento specifico della manipolazione del corpo umano le ha consentito di avere una conoscenza più accurata e di sviluppare una pratica terapeutica più efficace rispetto alle sue colleghe.

Karima, come le altre tre *dāī māṃ* che ho incontrato a Bhuj, è musulmana e considerava che i meriti delle sue medicine, che prepara a mano, o delle sue manipolazioni risiedano nella sua fede in *Jījā Māṃ*<sup>6</sup>: ogni visita terminava con una preghiera alla santa e la benedizione delle medicine. La *dāī māṃ* Afsana era fedele a *Hājīpīr*<sup>7</sup> presso la cui *dargāh*<sup>8</sup> ha ricevuto per suo intermezzo la ricetta del rimedio per l'infertilità. Nonostante questa forte componente religiosa nella pratica medica, tutte le *dāī māṃ* erano frequentate da donne di ogni religione. Come si evidenzia più avanti, solo la classe sociale e a volte la familiarità con la lingua inglese sono fattori che influenzano il comportamento delle donne nella ricerca della

<sup>4</sup> Sui corsi governativi per le *traditional birth attendant* (TBA), si veda il prossimo capitolo.

<sup>5</sup> Il termine *gujarātī pecoṭī* indica il ricettacolo che si trova nell'addome di ogni essere umano, all'altezza dell'ombelico e, al tempo stesso, la malattia che sopravviene quando il ricettacolo si sposta dalla posizione corretta. Si veda il prossimo sotto capitolo.

<sup>6</sup> *Jījā Māṃ* è una santa musulmana sepolta in Pakistan che appartiene alla comunità *Jāt*, dalla quale è venerata come una madre protettrice. In uno dei suoi viaggi ha attraversato la regione del Kacch e delle *dargāh* (mausolei) sono sorte in ogni posto dove si è seduta. La *dāī māṃ* Karima, *Jāt* musulmana, ne ha una accanto a casa che è mantenuta dalla sua famiglia, e un'altra più grande si trova a una ventina di chilometri da Bhuj, a Virai, dove ogni anno è organizzato un grande festival (*melā*).

<sup>7</sup> Santo musulmano locale, molto venerato nella regione, morto mentre salvava delle vacche dai banditi. La sua *dargāh* (mausoleo) si trova ai confini del deserto del sale e una volta l'anno si organizza una grande festa (*melā*) che richiama fedeli dagli stati circostanti.

<sup>8</sup> La *dargāh* è un santuario costruito sulla tomba di una venerata figura religiosa, spesso un santo sufi o derviscio.

salute riproduttiva. Le competenze della *dāī māṃ* sono convalidate dalla comunità (Bell 2010), che non esitano a narrare durante le visite i casi più difficili e avvincenti per comprovare la propria abilità. Ogni donna che ho incontrato a Bhuj è stata visitata da almeno una *dāī māṃ* nel corso della propria storia riproduttiva, con cui era entrata in contatto grazie a raccomandazioni di amiche o familiari. Questo procedimento permette di costruire, già prima dell'incontro, un sentimento di fiducia e sicurezza nelle capacità della professionista.

Le visite hanno solitamente luogo al domicilio della *dāī māṃ*, ad eccezione dei trattamenti che sono effettuati nel corso del parto o sulle puerpere e i neonati di meno quaranta giorni, dove è invece la *dāī māṃ* che si reca presso la cliente. All'infuori dell'assistenza durante i parti in ospedale, l'ambiente delle visite è sempre domestico, intimo e familiare. Le visite si svolgono tenendo conto delle basilari regole di ospitalità, che comprendono l'offerta di bevande calde (tè) o fredde (succhi di frutta, bibite gassate, sciroppi) e di snack casalinghi, la cui degustazione è accompagnata da chiacchiere e pettegolezzi. Se da un lato le donne si recano sempre alle visite accompagnate da una parente donna e dai propri figli, anche la famiglia della *dāī māṃ*<sup>9</sup> può assistere e il motivo della visita è sempre condiviso e discusso animatamente tra tutti i membri femminili adulti (Figura 1). I bambini sono solitamente allontanati quando si tratta di questioni che pertengono la sessualità o gli organi riproduttivi femminili, mentre gli uomini non sono mai accettati all'interno della casa<sup>10</sup>. Tuttavia, in caso di manipolazioni che necessitano che la donna si spogli anche solo parzialmente, la *dāī māṃ* rimane da sola con la cliente e chiude la porta della stanza, creando uno spazio intimo e riservato che favorisce in egual modo uno scambio verbale più confidenziale e ricco<sup>11</sup>.

Le visite durano poco meno di un'ora e la maggior parte del tempo è dedicata all'anamnesi della cliente e della sua famiglia. Tutte le donne adulte possono partecipare alla discussione nella quale si commentano la sintomatologia e la possibile eziologia del disturbo. I sintomi sono condivisi non solo dalla diretta interessata, ma anche dalla sua accompagnatrice che può descrivere più nel particolare alcune sensazioni o evidenziare alcuni aspetti del malessere: riferire il colore del sangue mestruale o specificare la natura del dolore e la sua posizione nel corpo.

<sup>9</sup> Nessuna *dāī māṃ* che ho incontrato abitava da sola.

<sup>10</sup> Durante il giorno, al di fuori dell'orario del pranzo, gli uomini sono solitamente fuori a lavorare, il che permette alle donne di andare a visitare le *dāī māṃ* senza disturbarle e senza temere la presenza maschile. Solo una volta una donna si è fatta accompagnare dal marito, che ha aspettato fuori casa ristorato dalle bevande e dal cibo offerti dai familiari della *dāī māṃ*.

<sup>11</sup> Con il grado di apprendista della *dāī māṃ*, mi è stato possibile assistere anche ai momenti più privati delle visite, con la sola eccezione del posizionamento dell'ovulo per l'infertilità nel canale vaginale.

Il corpo femminile è svelato attraverso la parola condivisa. Non è solo la cliente ad avere accesso alla conoscenza del proprio corpo, ma anche tutte le altre donne che la circondano, poiché tutte possiedono un corpo femminile. Quest'empatia carnale consente di socializzare l'esperienza singolare del malessere e di sussumerlo a un modello corporeo femminile culturalmente condiviso. Tuttavia, dato il suo riconoscimento come detentrica di un sapere specializzato sul corpo femminile, la *dāī māṃ* ha un ruolo preponderante nella validazione della diagnosi, seppur questa si costruisca in compartecipazione con le altre donne. Per esempio, solo la *dāī māṃ* può determinare lo squilibrio della *pecoṭī* attraverso l'auscultazione del polso<sup>12</sup> anche se la presenza o meno di questo disturbo è provata già in precedenza attraverso la parola e l'accordo delle altre donne. Come evidenzia Jordan (1997) nel suo articolo "*Authoritative knowledge and its construction*", in questa situazione sono presenti molteplici tipi di conoscenza in virtù dell'esperienza e del *background* dei vari partecipanti, che diventano una risorsa per costruire un modo comune di vedere il mondo, permettendo una distribuzione orizzontale della conoscenza autorevole. In questo modo, il sapere è continuamente prodotto, riprodotto e adattato alla situazione.

Se da un lato la diagnosi è costruita in compartecipazione, il trattamento è deciso solo



**Figura 1 (a sinistra)** - La *dāī māṃ* Afsana mostra gli ovuli per l'infertilità che ha preparato lei stessa (luglio 2017). Foto: L. Gentile.

**Figura 2 (a destra)** - Una donna si reca in visita dalla *dāī māṃ* Karima accompagnata dai suoi due figli e la moglie del fratello del marito (*devrānī*) (agosto 2018). Foto: L. Gentile.

<sup>12</sup> L'auscultazione del polso è una pratica molto comune nella medicina cinese, tibetana, *siddha*, *yūnānī* e in una certa misura anche nell'*āyurveda* (Langford 2002).

dalla *dāī māṃ* che ha la conoscenza tecnica. Solo in rari casi, legati per lo più alla gravidanza, può consigliare alla cliente e alla sua famiglia di rivolgersi a qualche altro specialista o di recarsi in ospedale. I trattamenti dispensati dalla *dāī māṃ* sono dei massaggi e delle medicine casalinghe. Al contrario dei farmaci allopatrici, quelli *deśi* (locali) possono avere un effetto rinfrescante (*thaṇḍā*) o riscaldante (*garam*) e in alcun modo possono squilibrare il corpo riproduttivo. Le *dāī māṃ* mettono in evidenza che tutti i medicamenti sono preparati a partire da sostanze naturali come piante, semi, spezie e zucchero, materie che non hanno effetti secondari una volta ingerite, e sono lavorati a mano<sup>13</sup> seguendo una ricetta che è solitamente segreta e tramandata solo alla propria discepola (*śiṣya*). I farmaci locali (*deśi davāī*) prendono la forma di compresse, ovuli (Figura 2) o polveri e sono prescritti insieme a regole alimentari o di comportamento.

La compartecipazione alla costruzione della diagnosi è resa possibile dalla condivisione del modello corporeo femminile, considerato come aperto (Selby 2008) e facilmente volubile in alcuni periodi particolari del ciclo riproduttivo, come la gravidanza, il post-parto e la fase mestruale. Gli squilibri interni sono solitamente attribuiti a un comportamento o un'alimentazione errata della donna che causano un'alterazione del ciclo mestruale. I disturbi più ricorrenti sono quelli mestruali: un flusso abbondante o troppo debole, troppo ricorrente o saltuario, presenza di sangue nero (*kālā khūn*). Questi sintomi sono solitamente motivo di consultazione quando le donne cercano di concepire e attribuiscono allora all'irregolarità mestruale la loro infertilità: solo un ciclo regolare può portare a una gravidanza<sup>14</sup> e per preservare la propria fertilità molte donne si fidano solo dei farmaci locali (*deśi davāī*).

Specialista del corpo riproduttivo femminile, le *dāī māṃ* trattano anche la *pecoī*, le perdite bianche (*saphed pānī*<sup>15</sup>) e alcuni disturbi legati alla salute dei figli, come il *kāṅkṛā*<sup>16</sup>. Le donne che ho incontrato si sono fatte visitare per controllare la salute e la posizione del

<sup>13</sup> I farmaci sono solitamente preparati a mano perché l'utilizzo di macchinari, come il mixer da cucina, sono considerati alterare le proprietà degli ingredienti. Sono preparati direttamente dalla *dāī māṃ*, anche se alcuni procedimenti possono essere affidati ad altre persone fidate della famiglia.

<sup>14</sup> Sulle pratiche legate al trattamento dell'infertilità, si veda il prossimo sotto capitolo.

<sup>15</sup> Sulle perdite di acqua bianca si veda il capitolo 2.

<sup>16</sup> Questa malattia, molto comune tra i bambini si manifesta con nausea, inappetenza, mal di stomaco, debolezza. Il *kāṅkṛā* è causato da una compressione della parte superiore della colonna vertebrale, causato per esempio da una caduta, che comporta un'alterazione nel sistema digerente. Questa malattia colpisce in particolar modo i bambini che iniziano a camminare, i quali sono propensi a cadere o a sbattere contro gli oggetti. Come trattamento, la *dāī māṃ* stimola la digestione infilando della polvere medicamentosa nella gola del bambino e poi, sollevandolo con due mani per la testa, lo fa dondolare dolcemente a destra e a sinistra. La guarigione completa è raggiunta solo dopo tre sedute, effettuate ogni due giorni. Questa pratica, considerata dalle donne molto efficace, è praticata solo dalle *dāī māṃ* più esperte.

bambino (*baccā*), per risolvere malesseri insorti durante la gravidanza e per sapere con precisione la data del parto. Se la famiglia lo desidera, la *dāī māṃ* accompagna la donna in clinica, sostenendola durante il travaglio e vegliando che si esegua un parto cesareo solo in caso di necessità<sup>17</sup>. Infine, il suo intervento è centrale nella ripresa della puerpera e del neonato nel post-parto. L'attività della *dāī māṃ* non si esaurisce mai in un atto terapeutico volto alla sola risoluzione del disturbo, ma si sviluppa attraverso una relazione diretta con la donna e la sua famiglia, riconoscendo le problematiche sociali sottointese al malessere<sup>18</sup> e affrontando anche gli aspetti pratici. L'infermiera Juhiben (*hindū brāhmaṇa*), che gestisce una piccola clinica domestica dove fa partorire le donne, descrive in questo modo il ruolo delle *dāī māṃ*:

J: Secondo me non c'è nessuno bravo come le *dāī māṃ*, perché noi facciamo partorire le donne e poi le mandiamo a casa [...]. Le *dāī māṃ* gestiscono tutto da sole: lavano i vestiti, fanno vestire bene [la donna e il bambino], fanno i massaggi, le [alla donna] parlano. Il ruolo delle *dāī māṃ* è molto positivo. Ora il governo dice che le *dāī māṃ* non vanno bene, ma non è così<sup>19</sup>.

Juhiben evidenzia l'attenzione che le *dāī māṃ* sono solite avere nei confronti delle donne, sia sul piano pratico, adempiendo ad alcune faccende domestiche, che sul piano emotivo, sostenendole con le parole e la propria presenza. Considerando questa doppia pratica, la letteratura antropologica ha associato la posizione di quella che è definita come una 'ostetrica tradizionale' (*traditional birth attendant*) a uno status sociale e castale basso (es. Jeffery, Jeffery e Lyon 1987, 1989, Jeffery and Jeffery 1993) e il fatto che tutte le *dāī māṃ* che ho incontrato fossero musulmane di bassa estrazione sociale lo potrebbe giustificare. Allo stesso tempo, questa situazione può essere causata dalla reticenza storica delle donne musulmane a essere visitate da dottori maschi presenti negli ospedali e nelle cliniche (Attewell 2007), mentre la loro bassa estrazione sociale potrebbe derivare dal discredito di questa figura da parte del governo indiano e prima da quello coloniale inglese<sup>20</sup>, che ha

<sup>17</sup> Le *dāī māṃ* con cui ho parlato criticavano le condizioni in cui le donne, in particolare le meno abbienti, di casta bassa, tribali o musulmane, sono costrette a partorire in ospedale, nell'indifferenza del personale medico. Sul parto in ospedale, si veda il prossimo capitolo.

<sup>18</sup> Grazie alle lunghe chiacchierate durante le visite, le *dāī māṃ* riescono facilmente a capire le pressioni sociali che le donne subiscono dal marito o da altri membri della famiglia a causa dell'infertilità, problemi nel concepire figli maschi sani o malesseri che le impediscono di lavorare.

<sup>19</sup> “J: *Dāī māṃ jītnī acchī hai na utnī koī nahīm hai mere hisāb se kyomki ham delivery kar ke bhej dete haiṃ uske ghar pe, [...]dāī māṃ khud letī hai, kaprā dhoī hai, acchī tarah se kaprā pahanāī hai usko māliś kartī hai, usse bāteṃ kartī hai. [...]Dāī māṃ kī jo role hai vah bahut acche role hai, abhī govt boltā hai ki dāī māṃ acchī nahīm hai aisā nahīm hai*” (Juhiben, 17 maggio 2018).

<sup>20</sup> “*Modern developments in health policy, abetted in part by the residual effects of British colonial attitudes such as those referred to by Van Hollen (2003), have undoubtedly worsened the situation of the dais. As Ram*



portato a un abbandono della professione tra le caste o le classi sociali più alte. La *dāī māṃ* Hazima afferma che prima c'erano molte più donne formate come *dāī māṃ* e provenivano anche da altre caste e religioni, ma ora tutte quelle che praticano sono anziane. Nessuna delle *dāī māṃ* che ho incontrato ha trasmesso il proprio sapere a qualche parente o assistente, poiché nessuna donna si è dimostrata interessata.

Il presente testo evidenzia come, nella città di Bhuj, il ruolo di queste donne non si limiti all'assistenza al parto, come emerge da altre ricerche (es. Rozario e Samuel 2002), ma ricopra l'intera vita riproduttiva delle donne. A causa delle politiche sanitarie del governo indiano che dal 2005 hanno spinto all'istituzionalizzazione dei parti, poche *dāī māṃ* riescono a effettuare dei parti in casa<sup>21</sup>. Le politiche governative hanno sicuramente portato a una trasformazione delle pratiche delle *dāī māṃ*, portandole a focalizzarsi su altri momenti della salute riproduttiva, come il trattamento della *pecoī*. Le pratiche e i saperi che le *dāī māṃ* propongono alle donne, danno un significato culturalmente coerente all'esperienza della malattia (Loeffler 2017) o del malfunzionamento del corpo riproduttivo, consentendo loro di appropriarsi del proprio corpo e della propria salute (Quattrocchi 2011). Nel corso della mia ricerca la figura della *dāī māṃ* si è dimostrata avere una consistenza sociale e culturale ancora attuale per le donne che ho incontrato, anche se la mancanza di trasmissione della professione porterà, presumibilmente, alla scomparsa di queste figure almeno in ambito urbano.

### ***“Perché vieni qui se non sei incinta?”***

L'OPD (*outpatient department*) ginecologico<sup>22</sup> dell'ospedale governativo è composto da una piccola stanza di quindici metri quadrati (Figura 3) che ospita al centro un grande tavolo intorno a cui i pazienti e i dottori si siedono durante la consulenza. Il servizio è gestito a rotazione dai tre ginecologi responsabili e dalla loro equipe, composta da quattro

---

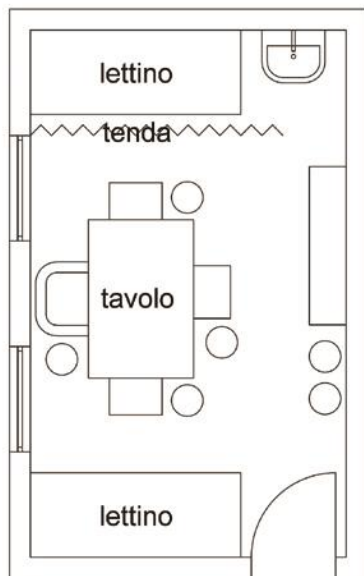
*has noted, following Shetty (1994), this has not simply been a question of a male-dominated medical profession dismissing the expertise of traditional female healers. The campaign against traditional birth practices was initially promoted largely by white women doctors, and was enthusiastically adopted by early Indian female medical graduates. These attitudes 'continue to shape contemporary discourses on the dai' (Ram 2001:67). While most childbirths in North India and Bangladesh are still today home births attended by the dai and/or the mother's female relatives rather than by biomedically trained personnel, the dais' position in relation to the new biomedical technology is weak and threatened, and such knowledge as they have is increasingly devalued. Attempts to integrate them into the biomedical system have been largely unsuccessful” (Samuel 2002: 9-10).*

<sup>21</sup> Tra le *dāī māṃ* che ho incontrato, solo Hazima proponeva questo servizio e nel corso della ricerca ha fatto partorire due donne in casa. La *dāī māṃ* Karima ha assistito 30 parti in casa dal 2005, di cui l'ultimo risale a un paio d'anni fa.

<sup>22</sup> La clinica è aperta nei giorni feriali dalle 10.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00.

specializzandi o studenti di medicina<sup>23</sup>, e da un paio di infermiere che gestiscono gli appuntamenti e alcuni esami di routine. Non è raro che il personale medico si assenti durante la giornata a causa di urgenze o impegni personali, alternando momenti molto intensi dove cinque terapeuti compiono le consultazioni attorno allo stesso tavolo, a fasi dove un solo specializzando deve gestire tutte le visite.

Per accedere al servizio, le pazienti devono prima registrarsi al banco accettazione riservato alle donne (Figura 4) e poi attendere di essere chiamate secondo l'ordine di arrivo. Quando entrano, le donne lasciano le scarpe sulla soglia e seguono le indicazioni dell'infermiera su dove sistemarsi: le pazienti sedute sugli sgabelli e le accompagnatrici<sup>24</sup> con i bambini in piedi (Figura 5). Solitamente le donne hanno un sacchetto di plastica pieno di cartelle mediche scritte in inglese che tendono al medico mentre incomincia a interrogarle. Se la gravidanza è già visibile, si eseguono gli esami di controllo di routine e s'indaga sui malesseri che hanno spinto le donne a recarsi in ospedale. In tutti gli altri casi, l'interrogatorio si apre con la domanda: "perché vieni qui se non sei incinta?". Nelle cinque ore di apertura del servizio sono visitate mediamente settanta donne, la cui anamnesi è raccolta in cinque



**Figura 3 (a sinistra)** - Piantina dell'OPD ginecologico dell'ospedale pubblico.

**Figura 4 (a destra)** - Donne in fila al banco d'accettazione a loro riservato. Foto: L. Gentile.

<sup>23</sup> Pur essendoci una forte presenza femminile in questo dipartimento, il primario è un uomo. È possibile in quest'ospedale che una donna sia esaminata da un dottore o uno studente maschio.

<sup>24</sup> Non è raro che una donna sia accompagnata dal marito, in particolare per motivi legati alla contraccezione dove è preferibile avere il suo permesso. Tuttavia, spesso non è tollerata un'alta presenza maschile nella stanza, dove una tenda sempre malchiusa dovrebbe proteggere le donne dallo sguardo altrui durante gli esami ginecologici.

minuti di discussione avviata in lingua *gujāratī* o *hindī*<sup>25</sup>. Domande simili, secche e perentorie, sono usate dal personale medico per avere il più possibile delle risposte dirette e chiare. Tuttavia, per problemi d'incomprensione linguistica, culturale o per pudore, le pazienti si trovano spesso disorientate dalle domande. A titolo d'esempio, riporto una parte del mio diario di campo per evidenziare come si costruisce la relazione dottore-paziente nell'OPD dell'ospedale governativo:

“Lunedì 21 Agosto 2017. Ho passato la mattinata all'ospedale ad aspettare l'autorizzazione per fare le osservazioni. Dopo due ore mi dicono che mi daranno la lettera di autorizzazione e mi accompagnano all'OPD di ginecologia, ovvero lo studio dove le donne fanno le prime visite. È affollato, donne entrano ed escono con i bambini in braccio o ancora nella pancia. La dottoressa responsabile è di Mumbai e attorno a lei due specializzande visitano le donne: tastano i ventri, auscultano le pazienti e scrivono le prescrizioni. La dottoressa responsabile a volte interviene e altre volte no. Mi parla in inglese. È stupita di me e del mio lavoro. Mi dice, riferendosi a una ragazza appena entrata: “Lei è solo al terzo bambino, ma qui potrai vedere donne al quinto, nono o dodicesimo figlio”. Le donne attorno vanno e vengono. Alcune trovano posto sedute, altre stanno in piedi. Una donna incinta dice di essere al quinto mese, ma la dottoressa la controlla e dice che non è vero, per le misure il feto è già alla



**Figura 5** - Interno dell'OPD ginecologico dell'ospedale governativo. Foto: L. Gentile

<sup>25</sup> Solo le infermiere parlano il *kacchī* o altri dialetti locali, mentre gli studenti e i dottori si riferiscono ai pazienti in *gujarātī* o in *hindī*. Tuttavia, tra di loro, il personale medico si riferisce in *hindī* o in inglese, la lingua veicolare dell'insegnamento medico. Non è raro che alcune donne che provengono dai villaggi attorno a Bhuj parli solo *kacchī*, obbligando il dottore a chiamare qualche infermiera o paziente come traduttrice.

ventiquattresima settimana. La donna parla poco, è il marito che l'accompagna che parla per lei, sembra sapere cos'ha la moglie e si fa carico di portare dei documenti dal villaggio in due, tre giorni. [...] Poi arriva una donna, con un bimbo di sei anni che sembra avere la febbre. Lei rimane in piedi mentre la dottoressa responsabile le pone delle domande incalzanti, molto rudi. Il bambino è seduto un po' in disparte mentre la donna a volte lo guarda furtiva e abbassa la voce per non farsi sentire, ma la dottoressa la richiama e le dice di parlare chiaramente:

Dottoressa: "Da quanto tempo provi ad avere un bambino, da sei anni?"

Paziente: "Da due o tre anni."

Dottoressa: "Quante volte a settimana hai rapporti (*sath rahnā*) con tuo marito?"

Mima l'atto d'incontrarsi aprendo l'indice e il medio della mano. La paziente non risponde.

Dottoressa: "Figlio (*bētā*<sup>26</sup>), ogni quanto hai rapporti con tuo marito?"

Paziente (a voce bassa, con vergogna): "Due o tre."

Dottoressa: "Cosa? Devo saperlo: due o tre? Te lo sto chiedendo."

Paziente (a voce più alta): "Due o tre."

La dottoressa scopre che il marito lavora nell'*army* e che in verità si possono vedere solo quando lui è in congedo. È solo da un anno che vivono insieme regolarmente. Il primo figlio l'ha avuto dopo un anno e mezzo di matrimonio e non ha preso nessun anticoncezionale. La dottoressa ha allora commentato in inglese: "Ha avuto rapporti non protetti con il marito". La donna afferma che ha avuto l'ultimo ciclo il 7 agosto, con una settimana d'anticipo e che ha delle perdite bianche. La dottoressa decide di farle un esame pelvico e un *pap test* per vedere il rischio di cancro al collo dell'utero. Dice alla donna: "*So jāo* (vai a sdraiarti)". La donna si sdraia sul lettino dietro la tenda ma si vergogna molto. Il figlio è lì fuori e non vuole essere vista, ma c'è un continuo via vai e la tenda continua a spostarsi. È su un lettino corto, di plastica marrone e non c'è nessun telo che lo ricopre. La donna si tira su il *sārī* sulle ginocchia. L'infermiera arriva per preparare il kit del *pap test* e le tira ancora più su il *sārī*. La donna poco dopo cerca di coprirsi perché non vuole aspettare con il pube scoperto con suo figlio lì fuori, mentre la tenda continua ad aprirsi. Arriva la dottoressa responsabile che prende uno speculum e mi indica una posizione da dove posso vedere tutto e mi mostra la cervice della paziente. Infilta il divaricatore senza lubrificante e senza parlare alla donna, senza avvertirla. La donna cerca di zittire i propri mugugni di dolore. Mentre mi fa vedere la cervice, prende i tamponi che le passa l'infermiera e prende dei campioni per il test. Poi compie un esame obiettivo ginecologico e dice alla donna di

---

<sup>26</sup> Il termine figlio è spesso usato per chiamare sia i maschi sia le femmine.

non lamentarsi. Finito, la donna si riveste e cerca di capire quando deve tornare. La dottoressa responsabile le fa capire che non deve tornare, ma provare a fare un figlio per almeno tre mesi. Le spiega quando deve avere rapporti con il marito e le chiede quando avrà il prossimo ciclo. La donna risponde che non lo sa, come se non si potesse prevedere. La dottoressa e le altre specializzande fanno allora i conti e le dicono che le verrà il primo settembre, perché le viene con una settimana d'anticipo. Le dice allora di avere rapporti con il marito il 5, 7, 9, 11, 15, 17 Settembre e di continuare per tre mesi, così potrà concepire. È quasi l'una, ora di pranzo. L'OPD è aperto dalle 9.00 alle 13.00 e la pausa pranzo dura fino alle 14.00<sup>27</sup>. Questa mattina sono state visitate 51 donne.”

All'interno dell'ospedale vige una rigida gerarchia professionale che, come evidenziato nell'articolo di Clémence Jullien (2016) sull'utilizzo del disgusto negli ospedali indiani, si lega a una differenziazione sociale: *“certes la pyramide hiérarchique existe en dehors du milieu sanitaire indien mais elle y prend, de par le système des castes, une teinte particulière. Malgré la tentative du gouvernement d'améliorer l'image des métiers jugés dégradants et en dépit de l'instauration de politiques de discrimination positive (affirmative action) en faveur des catégories les plus défavorisées (SC, ST, OBC<sup>28</sup>), le rapport entre statut professionnel et appartenance de caste demeure central. Autrement dit, la dévalorisation d'un emploi, qui tient parfois au faible niveau d'études requis, est fréquemment renforcée par le degré d'impureté relatif à l'appartenance de caste de l'individu”* (2016:102-3). La gerarchia si manifesta per esempio nell'organizzazione dei posti attorno al tavolo di consultazione (chi si può sedere e dove), come attraverso l'atto performativo della denominazione, che si basa sull'attribuzione di titoli di parentela fittizi atti a manifestare la gerarchia interna e il tipo di relazione che si deve instaurare tra i due parlanti (Lambert 2000). Mentre la dottoressa responsabile chiama gli specializzandi per nome e si rivolge con un tu (*tum*) generico agli studenti<sup>29</sup>, questi la chiamano per rispetto *dīdī*, ovvero sorella maggiore. Le infermiere più anziane sono definite per rispetto *aunty*, mentre le più giovani sono chiamate per nome. Le pazienti, designate da tutto il personale medico come *bētā*, figlio, si trovano alla base della gerarchia di potere: considerate come ignoranti, sporche e non attente alla propria salute, le donne sono trattate con fare paternalista dai dottori e le infermiere, che si considerano i responsabili della salute dei corpi femminili. Per questo motivo, non sono mai messe al

<sup>27</sup> Ufficialmente dura fino alle 14.00, ma solitamente nessuno rientra prima delle 15.00.

<sup>28</sup> Acronimi per *Scheduled Caste* (SC), *Scheduled Tribe* (ST) e *Other Backward Class* (OBC).

<sup>29</sup> Si tratta del tirocinio che gli studenti dell'ultimo anno della laurea triennale di medicina devono effettuare avere esperienza nelle diverse specializzazioni e dura tre mesi per ogni dipartimento dell'ospedale.

corrente sulle procedure effettuate sul loro corpo (es. l’inserimento di uno speculum) o sul tipo di terapia prescritta. Solo il personale medico ha l’autorità di scegliere il tipo di trattamento o se è necessario intervenire<sup>30</sup>, evitando d’altra parte di informare le pazienti sui possibili effetti secondari.

La percezione stereotipica delle pazienti, deriva parzialmente dall’alta presenza di donne musulmane o provenienti dai villaggi circostanti, disprezzate per essere analfabete, seguire pratiche culturali (es. una donna aveva una cicatrice causata da una cauterizzazione con il fuoco di un morso di serpente) o religiose antiche (es. una donna *hindū* ha rispettato un periodo di digiuno anche se era incinta). Inoltre, non rispettano le basilari convenzioni sociali d’igiene, per esempio esalando un odore irrispettoso o non radendosi il pube<sup>31</sup>, generando nel personale medico una repulsione che si manifesta nell’evitare il contatto diretto, in espressioni di disapprovazione e d’indignazione morale<sup>32</sup>, in particolare quando le pazienti contravvengono alle norme di pianificazione familiare dei tre figli<sup>33</sup>, ovvero continuando a rimanere incinta e rifiutando i contraccettivi.

D’altra parte, di là della provenienza e l’aspetto delle pazienti, tutte le donne sono considerate ignoranti, ovvero non sono istruite nel sapere medico allopatico con i loro modelli corporei, e di conseguenza irresponsabili<sup>34</sup>, poiché non sanno controllare la propria fertilità e l’igiene intima. Al contrario delle visite con le *dāī māṃ*, dove il sapere autorevole è distribuito orizzontalmente tra tutte le donne, in questo caso la svalutazione del sapere femminile non permette alle pazienti di partecipare alla diagnosi a motivo della distribuzione gerarchica dei saperi. In ambito clinico, il sapere medico allopatico sostituisce e delegittima le

---

<sup>30</sup> Se da un lato tutte le donne che si recano in ospedale sono motivate dalla volontà di risolvere un malessere o un problema, non sempre il personale medico decide che sia opportuno soddisfare questa richiesta, a causa di un diffuso pregiudizio d’ignoranza. Per esempio, nello stralcio del diario di campo, il personale medico non ha riconosciuto la possibile infertilità della donna, ma l’ha ritenuta ignorante sulle modalità di concepimento, segnalandole invece quando avere un rapporto sessuale con il marito.

<sup>31</sup> Per questioni igieniche ed estetiche, sia gli uomini che le donne della regione sono soliti radersi il pube.

<sup>32</sup> Una situazione simile è stata rivelata nello studio di Jullien (2016) effettuato in un ospedale governativo di Jaipur.

<sup>33</sup> L’argomento è approfondito nel prossimo capitolo.

<sup>34</sup> Secondo Jullien (2015), il riconoscimento dell’ignoranza delle donne da parte dei programmi governativi sulla salute materno-infantile ha portato a un cambio di paradigma nella strutturazione delle proposte: “*Outre l’enchevêtrement d’enjeux politiques, idéologiques et sociaux qui est ici analysé, le processus d’institutionnalisation de la santé materno-infantile révèle un changement discursif intéressant: pendant l’époque coloniale le système de santé biomédical instauré par les colons était altéré par le rôle des dāī; aujourd’hui le succès des programmes de santé materno-infantile serait entaché par l’irresponsabilité des patientes elles-mêmes. Autrefois victimes de la barbarie des dāī, les femmes sont aujourd’hui reléguées, aux yeux du corps médical, au rang de fautives. Sont en cause non plus le système traditionnel indien ou la pratique des dāī, mais l’ignorance des plus démunis et les torts qu’ils causent au développement de l’Inde*” (2015: 276).

altre fonti di sapere potenzialmente rilevanti, come la precedente esperienza della donna e la conoscenza che ha dello stato del suo corpo (Jordan 1997). Come evidenzia Brigitte Jordan nel suo articolo sulla costruzione del sapere autoritario, “*the devaluation of nonauthoritative knowledge systems is a general mechanism by which hierarchical knowledge structures are generated and displayed. [...] Authoritative knowledge is persuasive because it seems natural, reasonable, and consensually constructed*” (Jordan 1997: 56-7). In questo contesto, il sapere autorevole è collegato alla figura del medico, unica persona che ha un potere legittimo sul trattamento dei corpi. Il personale sanitario ha l'autorità di scoprire il corpo della donna, denudandolo attraverso la parola e spogliandolo dei vestiti, avendo accesso a ogni momento, e senza alcun bisogno di permesso, ai loro spazi intimi, fisici<sup>35</sup> o emotivi. Anche l'espressione del disgusto, l'uso di tecniche di umiliazione e il sarcasmo sono in parte intesi a incoraggiare il paziente a correggere il suo comportamento (Jullien 2016), a sottoporsi all'autorità stabilita, rendendo il corpo riproduttivo femminile docile. D'altra parte, è il personale medico che guida l'anamnesi, decidendo chi può parlare e di che cosa bisogna parlare: spesso il dottore interroga solo l'accompagnatrice o accompagnatore, privando la paziente della parola. Altre volte il lessico utilizzato, composto da termini specialistici o inglesi, impedisce alle donne di comprendere e di partecipare alla conversazione, facilitando i malintesi<sup>36</sup>.

L'accettazione femminile a questa imposizione di potere, valida e rinforza l'autorità del personale medico e del loro sapere. Tuttavia, la ricerca sul campo evidenzia come l'autorità non si estende al di fuori del centro medico: le donne si muovono facilmente tra i diversi sistemi di sapere, considerati ugualmente legittimi, usandoli in modo sequenziale o parallelo per scopi particolari (Jordan 1997). Niente impedisce alle donne, dopo una visita in ospedale, di recarsi da una *dāī māṃ*, o di rifiutarsi di seguire il trattamento proposto. Anche se la legittimazione del sapere allopatrico come autorevole, si sta estendendo sempre di più, la presente ricerca mostra come le donne riescano a integrare quest'influenza e a modellare un sapere del corpo riproduttivo che riconosca la loro *agency*.

Nello spazio clinico, il corpo delle pazienti è reso pubblico (Duden 2003): i malesseri, i problemi intimi e i trattamenti medici sono condivisi apertamente tra il personale medico e le donne che sono in quel momento nella stanza dell'OPD. Una volta è capitato che una donna chiedesse di abortire mentre accanto a lei un'altra paziente richiedeva di essere curata per la sua infertilità. La dottoressa responsabile, parlando alle due donne, ha incolpato il destino (*karm*) e i suoi scherzi, di come a volte ci siano donne che hanno figli e non li

<sup>35</sup> Un esame pelvico è effettuato alla quasi totalità delle donne che si recavano all'OPD.

<sup>36</sup> Si pensi alla confusione tra utero, ovaie e reni, presentata nel capitolo 1.

vogliono, mentre altre che ne vogliono non ne possono avere.

Oltre a rendere pubblica l'intimità del corpo, il personale medico svela e si appropria della nudità delle pazienti decidendo quando e quanto deve essere scoperta una determinata parte. Nella stanza dell'OPD sono presenti due lettini, di cui solo uno è coperto con una tenda, riservato per gli esami pelvici. Sull'altro lettino si tolgono i punti del cesareo, si ausculta il battito del neonato e si esamina il seno per problemi legati all'allattamento o per altri esami di routine. Se si considerano per esempio le donne musulmane che portano il *burkā*, queste azioni richiedono di scoprire delle parti del corpo che sono considerate sconvenienti da mostrare in pubblico, soprattutto agli accompagnatori maschi che potrebbero essere presenti.

Nell'OPD dell'ospedale privato il corpo delle pazienti è gestito in modo simile. Qui le visite sono condotte solamente da una dottoressa, mentre un'infermiera gestisce e prepara le pazienti. La stanza è arredata da un'ampia scrivania circondata da svariate sedie e da un lettino coperto da una tenda, permettendo alla dottoressa di visitare nello stesso momento almeno tre pazienti diversi: due attorno alla scrivania e una sul lettino. L'eccezionalità della struttura consiste nella presenza di una macchina per le ecografie pelviche, usata sistematicamente dalla dottoressa durante ogni visita<sup>37</sup>. La sonda ecografica traversa la superficie corporea, consentendo alle donne di sottoporre il contenuto del proprio corpo allo sguardo della dottoressa, portando alla luce immagini dell'interno. Le pazienti, da parte loro, non danno rilievo a queste immagini, non le guardano: questa visione è riservata ed è comprensibile solo allo sguardo medico. Neanche in caso di gravidanza le future madri richiedono di vedere il proprio feto: a Bhuj il processo di embriopoesi (Matalucci 2015) non passa attraverso la vista. Tuttavia, questo processo consente al personale medico di personificare il feto e di gestirlo come un paziente (Lock e Nguyen 2010)<sup>38</sup>. Le *dāī māṃ* considerano l'ecografia come uno

<sup>37</sup> Oltre a essere sottoposte a un'ecografia a ogni visita, che durante la gravidanza hanno una frequenza anche di due volte al mese, la dottoressa prescrive spesso altre ecografie da effettuare a pagamento presso un altro servizio dell'ospedale.

<sup>38</sup> "Sonar technology was first developed by the British and French navies to detect icebergs and submarines under water. It was later adapted for several uses in medicine among which fetal sonography has been extremely successful. [...] Sonographic images are, of course, representations of fetuses. As Rayna Rapp (1997) notes, 'Such uterine baby pictures are resources for intense parental speculation and pleasure, for they make the pregnancy real ... weeks before kicks and bulges protrude into the outside world. The real - time fetus is a social fetus, available for public viewing and commentary'. [...] Rapp notes that the fetal image indexes women's obligations, responsibilities, and choices. The machine monitors the health of the fetus, but it also enables what is expected, and indeed demanded, with respect to reproduction. The images that appear once snapped by the ultrasound technician are not straightforward 'pictures'. Sonographers interpret them in terms of biological standards to determine developmental abnormalities, growth rate, and, at times, sex, but these images are subject to competing, at times disputed, interpretations. 'Standardizing the body' thus allows fetal ultrasounds to work, paradoxically producing objects that may take on a life of their own, outside the clinic or the examining room, and profoundly altering the structure of human populations potentially for generations" (Lock e Nguyen



strumento molto utile per indagare la salute del bambino (*baccā*) durante la gravidanza, anche se criticano l'alto utilizzo di questo metodo che disturba la pace uterina. Come ha affermato un giorno il marito<sup>39</sup> di una delle donne che ho incontrato, l'utero non è un tempio che può essere aperto ad ogni ora del giorno per effettuare il *darśan*<sup>40</sup>, ovvero per vedere la divinità. Questa metafora suggestiva, evidenzia la necessità di rispettare la sacralità del ventre materno e si oppone a un modello corporeo che trapassa la frontiera della pelle, apre il corpo e porta in superficie quello che dovrebbe rimanere all'interno, velato alla vista.

In entrambi gli OPD dei due ospedali che ho osservato, il corpo della donna è considerato attraverso il modello tecnocratico della medicina (Davis-Floyd 2001). In questo sistema, la malattia denota un malfunzionamento che pertiene la sola sfera fisica e fisiologica del corpo. Il 'corpo-macchina'<sup>41</sup> (Martin 1992, Davis-Floyd 2001) è riparato aprendo<sup>42</sup> e scomponendo la totalità in parti singole, secondo un'operazione di standardizzazione. Questo modello corporeo non è condiviso tra le donne, che temono che l'apertura del corpo porti a un'alterazione dell'equilibrio interno e a un possibile squilibrio del potere riproduttivo. Tuttavia, le donne o le loro famiglie decidono pragmaticamente di recarsi in ospedale per risolvere questioni legati all'infertilità, disturbi mestruali, perdite bianche (*white discharge*), gravidanza (es. *urine pregnancy test, ante-natal care*), parto, contraccezione e per i controlli post operatori (es. cesareo, isterectomia). Se da un lato il sistema allopatico è criticato dalle pazienti per l'alta frequenza di effetti secondari e per curare solo il sintomo e non la causa del malessere, l'alto ricorso a questa medicina è giustificato a livello pratico dall'immediata

---

2010: 133). Per approfondire le conseguenze che l'uso dell'ecografia ha nella costruzione del feto, si veda per esempio Petchesky (1987), Taylor (2008) e Zechmeister (2001).

<sup>39</sup> Soham Gadvi, membro di un gruppo tribale (ST, *scheduled tribe*), è l'unico marito con cui ho potuto parlare di alcune questioni legate al parto e alla gravidanza. Guida turistica per gli stranieri che visitano la zona, nel corso della mia ultima ricerca sul campo sua moglie Parvati era incinta della loro prima figlia e ha mostrato molto interesse per la mia ricerca.

<sup>40</sup> Per approfondire il concetto di *darśan*, si veda Valpey (2010).

<sup>41</sup> "This metaphor of the body-as-machine could have been inherently egalitarian, but the industrializing nations of the west were male-centered, patriarchal societies. Thus the male body came to be medically viewed as the prototype of the properly functioning body-machine. The female body, as it deviated from the male standard, was regarded as inherently defective and dangerously under the influence of nature, which due to its unpredictability, was itself regarded as in need of constant manipulation by man" (Davis-Floyd 2001:S6).

<sup>42</sup> "When most machines break down, they do not repair themselves from the inside; they must be repaired from the outside, by someone else. Thus in techno-medicine, it follows that one must attempt to diagnose problems, cure disease, and repair dysfunction from the outside. The most valued information is that which comes from the many high-tech diagnostic machines now considered essential to good health care. Such diagnostic technologies are pervasive in pregnancy and childbirth, from ultrasounds in early pregnancy to electronic fetal monitoring during labor. And treatment too is from the outside in - when labor slows, the amniotic sack is pierced with a hook and pitocin is poured into a vein to speed it up; when a baby seems stuck, it is pulled out with forceps or cut out with a knife" (Davis-Floyd 2001: S7).

efficacia delle terapie<sup>43</sup>.

Data la grande differenza sociale tra l'ospedale governativo e privato, il primo è frequentato per lo più da donne di casta e di classe sociale bassa, provenienti dai villaggi attorno a Bhuj o dai quartieri più poveri della città. Lo studio di Chasles (2009) sulle disuguaglianze di genere e le restrizioni spaziali, evidenzia come la scelta del luogo di cura derivi da una scelta pragmatica e ponderata che misura la percezione sociale del problema, la distanza del luogo di cura e la sua rinomanza. Come vedremo nel prossimo paragrafo, il ricorso alla medicina allopatrica non impedisce alle donne di rivolgersi allo stesso momento anche ad altri professionisti, al fine di risolvere al più presto, nella maniera più efficace il malessere o il problema.

### ***Infertilità: donne dall'utero debole***

Nei capitoli precedenti sono state esposte le pratiche che pertengono i due sistemi medici più utilizzati dalle donne: l'allopatia e la medicina locale (*deśi davā*). In questo paragrafo, l'analisi delle rappresentazioni del corpo infertile e i percorsi terapeutici intrapresi dalle donne consente di evidenziare in che modo sono articolate le pratiche proposte da questi sistemi. L'identità adulta per le donne è organizzata in modo normativo attorno alla maternità e questa norma è particolarmente forte in India: in che modo, in questo contesto le donne costruiscono l'identità di genere quando non possono essere madri? (Kohler Riessman 2002).

Questa domanda è stata trascurata per lungo tempo dagli studiosi dell'Asia del Sud e, solo negli ultimi anni, la letteratura antropologica ha affrontato questo tema (Bharadwaj 2003 e 2016, Dandekar 2015, Kohler Riessman 2000 e 2002, Nahar e al. 2000, Unisa 1999, Bhatti 1999, Mulgaonkar 2000). Rispondere a questa domanda prendendo in considerazione il contesto osservato a Bhuj, permette di evidenziare come le donne affrontino le discrepanze tra le metafore che strutturano i modelli del corpo riproduttivo presentate dalla medicina allopatrica e dal sapere femminile: come agiscono le donne a livello pratico in situazioni

---

<sup>43</sup> Nell'introduzione al testo "*The Daughters of Hāritī*" Samuel Geoffrey (2002) evidenzia altre questioni che possono influenzare la scelta del luogo del parto delle donne, ma anche il luogo di cura del corpo riproduttivo: "All this means that the willingness of families to adopt biomedical practices for childbirth may depend in large part on pragmatic questions of accessibility and expense, as well as on more or less realistic judgments of the quality of health care provided. Cultural factors such as the attitude of hospital staff and their unwillingness to cater to local concerns (for example regarding 'shame' or privacy) can also be major barriers. However, the message that clinic and hospital births are safer has been very effectively propagated in many parts of South and Southeast Asia, and this in itself means that many families will use them if they can. In addition, the prestige and status attached to 'modernity' in all its forms in many communities may have the effect of encouraging the adoption of biomedical practices, particularly among more prosperous and 'modern' families, irrespective of their actual value." (2002: 15).

d'infertilità? Come integrano i diversi saperi per sostenere le proprie pratiche? Come si costruisce il corpo infertile femminile?

Anche se molti termini medici sono entrati nel linguaggio comune, le donne che ho incontrato a Bhuj, ad eccezione delle due che si esprimono in inglese, non parlano di *infertility* o *sterility*. Per definire questa condizione, si usano parafrasi come “quando i bambini non vengono/non rimangono” (*jab baccā nahīm ātā hai/rahtā hai*), mentre il definire una donna come sterile (*bāñjh*) è considerato un insulto molto grave: tutte le donne si sono rifiutate di tradurmi questo termine per impedirmi di usarlo. La metafora utilizzata descrive bene l'idea della fertilità delle donne, una capacità che nasce da un movimento (venire, *ānā*), che deve poi perdurare (*rahnā*). L'infertilità femminile è data dall'incapacità di portare a termine una di queste due azioni, il concepimento e il suo mantenimento. La capacità riproduttiva non è permanente e dipende dall'equilibrio interno del corpo, influenzato dall'alimentazione, dalle emozioni, dal clima e dalle azioni. Di conseguenza, secondo le donne le fratture della riproduzione<sup>44</sup> sono ricomposte agendo su uno di questi fattori. Solo il volere divino (*kudrat*) o il fato (*kismat*) possono provocare uno squilibrio permanente, dove neanche le preghiere e i riti permettono alla donna o alla coppia di concepire<sup>45</sup>.

Le maggiori difficoltà nel concepimento sono attribuite ai disturbi mestruali e allo spostamento della *pecoḥī*. Un sanguinamento eccessivo durante la fase mestruale, la presenza di numerose perdite di sangue o di acqua bianca (*saphed pānī*) o cicli molto ravvicinati denota un corpo troppo caldo (*garam*), mentre un sanguinamento carente, l'assenza e il ritardo del ciclo indicano un corpo troppo freddo (*thandā*). Anche la qualità del sangue può indicare uno squilibrio interno, poiché un flusso di sangue nero (*kālā khūn*) che emana un cattivo odore connota un corpo troppo caldo (*garam*). L'alto calore corporeo cuoce il sangue che stagna nel

<sup>44</sup> “La riproduzione non è un processo lineare. È spesso segnata da imprevisti, ostacoli, strappi e ricomposizioni. Rapp e Ginsburg (2001) e Inhorn (2007) hanno utilizzato l'espressione ‘fratture della riproduzione’ – *reproductive disruption* - per descrivere le esperienze che interrompono le traiettorie ideali, dove al destino di genitorialità e al concepimento seguono la nascita e lo sviluppo di bambini sani, che garantiscono la formazione di famiglie e continuità tra generazioni. Tra le fratture che alterano il corso ‘normale’ della procreazione e della genitorialità, figurano le gravidanze indesiderate, le interruzioni volontarie di gravidanza, l'infertilità, la fecondazione medicalmente assistita, gli aborti spontanei, le morti in utero e prenatali, la disabilità infantile, ma anche separazioni, abbandoni, allontanamenti familiari, adozioni ecc.” (Matalucci 2017: XXIV)

<sup>45</sup> Quest'affermazione si discosta dallo studio di Dandekar (2015) che descrive la maternità attraverso i riti delle dee del parto e della morte dei bambini, rappresentate da Satvai e Maulya nel Maharashtra rurale, culto marginale e associato ai confini dell'abitato del villaggio. In questa ricerca, la mancanza di figli, la loro morte e tutte le altre situazioni che portano all'*affliction* (termine attraverso il quale la studiosa raccoglie le esperienze femminili) sono legati a un volere divino, il cui favore può essere in ogni momento invocato attraverso specifici rituali e pratiche. Al contrario, a Bhuj, considerare un'infertilità d'origine divina discolpa la donna da ogni possibile responsabilità personale.

ricettacolo del sangue (*khūn kī kothrī*) o della gestazione (*garbh*) alterando le sue qualità e favorendone una produzione eccessiva che rende impossibile il concepimento. Al contrario, la prevalenza della qualità fredda (*thandā*) ne inibisce la fabbricazione, non permettendo di avere la quantità sufficiente per il concepimento. In questo caso, il trattamento proposto dalla medicina locale (*deśi davā*) permette di riequilibrare la temperatura corporea attraverso l'alimentazione, mentre le medicine casalinghe velocizzano il processo, purificando il sangue.

Più complesse sono le infertilità causate da una mancanza di 'mantenimento' del prodotto del concepimento, che si manifestano in frequenti aborti spontanei. Secondo le donne, la fatica, gli sforzi fisici ed emotivi derivati da situazioni familiari critiche e dall'obbligo di lavorare troppo, logorano il corpo femminile e il ricettacolo della gestazione (*garbh*). Kamalaben, di casta *devī pujak*, mi ha raccontato di come ha partorito prematuramente suo figlio a sei mesi, nato morto, mentre stava lavorando nei campi e di come sia rimasta debilitata per tre mesi dopo questo incidente. Nelle gravidanze successive ha deciso di ridurre la mole di lavoro per non stancare troppo il corpo. Anche le operazioni all'apparato riproduttivo, come il cesareo o altri trattamenti per l'infertilità come il *dilation and curettage* (D&C)<sup>46</sup> indeboliscono il ricettacolo della gestazione (*garbh*). Le donne che hanno un utero (*garbh*) debole possono rinforzarlo attraverso l'alimentazione, e il riposo. In questo caso, i medicinali creati dalle *dāī māṃ* permettono di tonificare il ricettacolo (*garbh*) e la sua bocca (*muṃh*). Solitamente, le *dāī māṃ* propongano un trattamento anche al marito, il cui scopo è principalmente quello di rafforzare il seme (*ādmī kā bīj*) consentendo di forzare la bocca del ricettacolo (*baccādānī kā muṃh*) se questa è chiusa e consolidare il prodotto del concepimento.

Anche l'età della donna limita la sua capacità riproduttiva, rendendo più difficile il concepimento dopo i trent'anni. Kusum Sompura, *brāhmaṇa*, riporta che sua sorella, che abita a Bangalore, ha aspettato fino ai trent'anni prima di rimanere incinta e ora, con grande preoccupazione della famiglia, non riesce a concepire. Quest'argomento mi è stato più volte ripetuto nel corso della ricerca data la mia condizione di donna sposata<sup>47</sup> senza figli. Sulla soglia dei trent'anni, tutte le donne con cui ho parlato hanno esternato la loro preoccupazione per la mia situazione, soprattutto quando affermavo di usare dei contraccettivi, mentre molte hanno dubitato della mia fertilità. Durante un controllo al quale mi sono sottoposta, la *dāī māṃ* Serumasi ha attestato che le mie capacità riproduttive erano un poco indebolite, ma

<sup>46</sup> Uno dei primi trattamenti che i dottori prescrivono a una donna che non riesce a concepire è il raschiamento.

<sup>47</sup> Convivendo con il mio compagno sul campo di ricerca, ho preferito presentarmi come donna sposata e portare di conseguenza alcuni simboli del matrimonio, come gli anelli ai piedi e i bracciali al polso (*cūrī*).

grazie alla sua cura avrei potuto concepire senza difficoltà. Poiché i bambini sono la principale fonte di prestigio e sicurezza per le donne nelle case dei loro mariti, chi non riesce a concepire deve affrontare uno stigma sociale che le porta all'isolamento (Unisa 1999, Kohler Riessman 2000). Nessuna donna che ho incontrato ha mai pensato di non avere figli e solo il marito di Soraya, musulmana di diciannove anni sposata da pochi mesi, ha deciso di aspettare qualche anno prima di avere figli. La mia scelta di sfidare la fisiologia del corpo fino a un'età così tarda non era quindi approvata dalle donne.

Il sapere medico allopatrico affronta l'infertilità, definita come l'incapacità di concepire un bambino dopo dodici mesi di rapporti non protetti, come una malattia (Greil 2002). Tuttavia, poiché il personale sanitario considera che le donne non possiedano il sapere necessario per concepire, i tempi di riconoscimento dell'infertilità di coppia sono ritardati. A causa della femminizzazione della sterilità (El Aaddouni 2003), presente sia nella società indiana<sup>48</sup> che nel discorso medico allopatrico, il dramma simultaneamente biologico, personale e sociale dell'infertilità si svolge principalmente sul corpo della donna (Greil 1991), sul quale si concentrano la maggior parte degli interventi medici. Negli ospedali dove è stata condotta la ricerca, l'infertilità è trattata attraverso cure ormonali e interventi chirurgici come il *dilation and curettage* (D&C)<sup>49</sup>. Tuttavia, date le tempistiche della ricerca e la sensibilità dell'argomento non sono stati condotti in ospedale approfondimenti su questa tematica. Le donne che inizialmente si rendono all'OPD ginecologico dell'ospedale governativo per risolvere la propria infertilità, sono, infatti, successivamente inviate in un servizio specifico che non ho potuto visitare.

Le interviste con il personale medico mi hanno permesso tuttavia di evidenziare alcune divergenze tra le metafore corporee utilizzate per descrivere l'infertilità in ambito allopatrico e tra le donne. Se da un lato, secondo il sapere femminile, l'incapacità di riprodursi è data da uno squilibrio psico-fisico, la medicina allopatrica la considera come un malfunzionamento fisico. Questa separazione cartesiana tra il corpo e la mente è alla base della metafora del 'corpo-macchina' (Davis-Floyd 2001, Greil 2002, Martin 1992, Osherson e Amara Singham 1981). Come evidenzia Davis-Floyd in un articolo dove compara il paradigma tecnocratico, umanistico e olistico del parto: “[t]his idea meant that the superior cultural essence of man, his mind - as well as the superior spiritual essence, his soul - could

---

<sup>48</sup> Pur essendo molto forte anche nelle pratiche delle *dāī māīm*, sono comunque presenti alcuni trattamenti paralleli per il corpo maschile.

<sup>49</sup> Questo intervento non è sempre accettato dalle donne perché considerano che la manipolazione diretta degli 'organi' riproduttivi possa aumentare lo squilibrio interno del corpo, impedendo il concepimento.

*remain unaffected while the body, as a mere part of mechanical nature, could be taken apart, studied, and repaired. This metaphor of the body-as-machine could have been inherently egalitarian, but the industrializing nations of the west were male-centered, patriarchal societies. Thus the male body came to be medically viewed as the prototype of the properly functioning body-machine. The female body, as it deviated from the male standard, was regarded as inherently defective and dangerously under the influence of nature, which due to its unpredictability, was itself regarded as in need of constant manipulation by man”* (2001:S6). Probabilmente, è il rigetto che le donne hanno nei confronti di questa lettura separatista del corpo/mente che non le permette una totale appropriazione del paradigma allopatrico. Nella letteratura indologica vi è un consenso sul fatto che i concetti *hindū*, se non indiani, del sé e della società non sono guidati dalla nozione cartesiana della dualità corpo/mente. Piuttosto, l'intera persona è considerata come una sintesi complessa di un multistrato indivisibile di forze psichiche, somatiche, emotive, sensoriali, cognitive e chimiche (Alter 1993)<sup>50</sup>.

Le donne con cui ho parlato sono consapevoli di questo scarto cognitivo che porta i dottori e il personale sanitario a rivolgere al loro corpo uno sguardo diverso, e si pongono di conseguenza, cercando di comunicare seguendo il modello corporeo e il lessico proposto dalla medicina allopatrica. Quest'azione è facilitata dalla presenza sul territorio di molteplici saperi medici (allopatia, omeopatia, *āyurveda*, *yūnānī*, medicina locale e guaritori religiosi) e dall'abitudine delle donne di relazionarsi con professionisti diversi. Le donne si muovono in maniera pragmatica<sup>51</sup> creando una mescolanza di itinerari terapeutici con lo scopo di arrivare

---

<sup>50</sup> Nel suo articolo sull'identità dei wrestler nell'India del Nord, Alter (1993) mette in guardia dal rischio di estremizzare quest'opposizione: “[t]oo much should not be made of this stark opposition, however. When particular instances of somaticity in either Europe, America, or India are given careful study, there appear to be degrees of congruity: Judeo-Christian dualism expands into complex three dimensions when the individual body is subject to the workings of spirit, soul, sin, and salvation (cf. Parry 1989:512-514), just as the Hindu body seems, at times and in places, to be fabricated in terms of such dualities as subtle consciousness and gross materiality. However, Hindu philosophy seems to accommodate a fluid synthesis of ‘cognitive’ and ‘somatic’ factors to a much greater degree and with less contorted rationalization than do most Western philosophies” (1993: 49).

<sup>51</sup> Come evidenzia Lambert “Sick people and their families are generally highly pragmatic in selecting types of treatment, their choices being based on various factors, including, of course, economic considerations and the availability and accessibility of the different types. Prior experience and evaluations of previous therapy sought from particular sources also exert considerable influence on treatment choices at the household level. New forms of therapy are readily adopted and are generally evaluated on the basis of perceived effectiveness. The knowledge about the nature and cause of the illness by those who make decisions about treatment is also of particular importance, since informal indigenous theory puts forward a range of possible causal agents for ill health and emphasises the need to determine the cause of sickness to effect cure (except in the case of minor ailments, which simply “happen” and can be treated symptomatically). Knowledge of the nature of the illness is

alla guarigione (Quattrocchi 2006) o di risolvere una sofferenza (*affliction*, Dandekar 2015) legata al corpo, come l'infertilità. Nel corso della mia ricerca mi è capitato di ritrovare le stesse donne in luoghi diversi: nella casa della *dāī māṃ*, nell'ospedale governativo, in quello privato e da un guaritore musulmano. Le molteplici cartelle cliniche che le donne si portano appresso ad ogni visita in ospedale attestano un itinerario terapeutico molteplice e irregolare.

Amira Parvez Khatri, ventinove anni, madre musulmana di tre figli, ha vissuto cinque anni d'infertilità dopo il matrimonio combinato con il proprio cugino parallelo<sup>52</sup>, nel corso dei quali è andata presso diversi professionisti. Oltre a seguire la cura per l'infertilità della *dāī māṃ* Karima, si è recata presso molte cliniche private a Bhuj e ad Ahmedabad, la capitale dello stato del Gujarat, e ha visitato numerose *dargāh* della regione. Amira racconta che i dottori le hanno fatto tutti i test possibili, ma che ogni volta le dicevano che non aveva nessun problema che le impedisse di avere figli. Nella sua narrazione il marito è assente, il dramma si svolge tra lei, il suo corpo e la suocera (sua zia paterna, *buā*) che le mette pressione in questa ricerca del concepimento. Per lei, e la *dāī māṃ* Karima, il problema è chiaro: dopo i primi rapporti sessuali Amira ha sofferto di un ciclo mestruale irregolare e carente, che si manifestava una volta ogni tre mesi. Questo disturbo mestruale era dovuto allo spostamento della *pecoī* a seguito dei primi rapporti sessuali, che hanno scompensato il corpo riproduttivo e hanno bloccato l'apertura dell'utero (*baccādānī kā muṃh*). La *dāī māṃ*, dopo aver riposizionato il ricettacolo della *pecoī* attraverso un massaggio, ha prescritto ad Amira la cura per riaprire la bocca del ricettacolo composta da ovuli da inserire una volta a settimana per tre mesi, e al marito una polvere per rinforzare il seme (*ādmī kā bīj*). Amira ha dovuto anche cambiare la propria dieta, cercando di perdere peso perché secondo la *dāī māṃ* l'eccesso di grasso sull'addome riduceva la dimensione del ricettacolo della gestazione (*garbh*), bloccandone l'apertura (*muṃh*). Dopo cinque anni è riuscita a rimanere incinta di Kushi e da quel momento non ha più avuto problemi a concepire. Tra tutti i trattamenti, secondo Amira, è stato il volere divino che le ha permesso di rimanere incinta, invocato attraverso preghiere e visite ai luoghi sacri.

Questa mescolanza d'itinerari terapeutici non è accettata dal personale sanitario, che fa riferimento solo al sapere autorevole della medicina allopatrica ed è poco disposto a relazionarsi con altri saperi considerati inferiori. Per questo motivo, l'incontro clinico si

---

*regarded as necessary for healing, because the cause must be ascertained for the right treatment to be selected*" (1996: 1707). Sulla coesistenza di diverse tradizioni mediche in India, si veda Lambert (1996).

<sup>52</sup> Seppur i matrimoni tra cugini siano molto frequenti nella regione, è abbastanza raro che avvengano tra cugini paralleli. Tuttavia, Amira afferma che questa pratica è tipica della sua 'casta' i *khatrī* musulmani.

costruisce attraverso lo scontro di diversi sistemi di rappresentazioni e modelli corporei che portano spesso a un'incomprensione dei sintomi e alla raccolta di un'anamnesi travisata. Questo è ancora più evidente in una situazione delicata come la richiesta di cura per l'infertilità.

In una regione come il Kacch, questo scontro si pone prima di tutto a livello linguistico. Poiché la lingua madre della maggior parte delle famiglie sono il *kacchī*, il *sindhī* o altri dialetti, a volte la conoscenza delle donne del *gujarātī*, o soprattutto dell'*hindī*, non è sufficiente per comunicare i propri malesseri. D'altra parte, quando la dottoressa conosce solo l'*hindī* e l'inglese perché proviene da un altro stato, la comunicazione è mediata da un'infermiera che non sempre produce una traduzione fedele dei sintomi e dei problemi o comunque ne potrebbe già proporre una prima interpretazione. Ciò che è problematico in un incontro clinico non è solo la differenza linguistica, ma anche la differenza culturale. Parlare attraverso una lingua poco conosciuta da uno dei due oratori, non consente il passaggio delle categorie culturali che modellano la malattia per il paziente come per il dottore, e porta a fraintendimenti e incomprensioni.

Prendendo come esempio il fenomeno della moltiplicazione degli uteri, a che organo pensano le donne quando la dottoressa parla di utero? Al ricettacolo del sangue (*khūn kī kothrī*) o a quello dei bambini (*bacce kī kothrī*)? Se da un lato l'acqua bianca (*saphed pānī*) è interpretata in ambito medico come delle perdite vaginali, in che modo i dottori leggono l'affermazione "Ho un corpo caldo (*garam*) e non posso avere bambini"? L'incomprensione linguistica non consente alla paziente di partecipare alla definizione del proprio disturbo e di essere un attore della cura. Pertanto, il problema linguistico, insieme ad altre problematiche che si manifestano nel corso delle consultazioni, evidenziano la dissimmetria presente nella relazione clinica e la discriminazione nei confronti della paziente.

L'incomprensione non si limita infatti al piano linguistico. La ginecologa Bhavani, *brāhmaṇa* che lavora in uno dei tre *Urban Primary Health Centre* (U-PHC)<sup>53</sup> aperti a Bhuj, mi ha raccontato che solo da poco tempo si era resa conto che le donne che si recano al centro per disturbi mestruali lo fanno per risolvere un'infertilità. Secondo il sapere femminile, solo attraverso un ciclo regolare, una donna può riuscire a concepire. Considerato lo stigma che potrebbe ricadere sulla donna a seguito del riconoscimento di un'infertilità, le donne

---

<sup>53</sup> Proposti nel 2013 nel piano sanitario governativo del *National Urban Health Mission* (NUHM), gli *Urban Primary Health Centre* sono dei centri medici di base, locali, disseminati nel tessuto urbano per ogni cinquanta/sessanta mila abitanti. Nel 2018, Bhuj contava tre U-PHC, di cui due aperti da meno di un anno. In questi centri si propongono diversi controlli prenatali (*antenatal care*), gestiti da un ginecologo esterno e dalle infermiere del centro.



verbalizzano il problema attraverso la metafora dell'irregolarità mestruale. Le *dāī māṃ*, familiari con questa rappresentazione comprendono, senza chiedere direttamente, che il problema si riferisce a un'incapacità riproduttiva e prescrivono le cure appropriate. Al contrario, in ambito allopatico il trattamento prescritto per i disturbi mestruali è ormonale e anticoncezionale. Seguendo la terapia allopatica, le donne riescono quindi ad avere un ciclo regolare ma si stupiscono di non riuscire a concepire e spesso incolpano l'inefficacia delle medicine allopatiche che si presentano sotto forma di compresse e per questo aumentano il calore (*garmī*) corporeo.

L'infertilità è un momento di sofferenza (*affliction*, Dandekar 2015) per una famiglia e in particolare per la donna che desidera diventare madre. Nonostante la società indiana apra qualche possibilità a chi non riesce a concepire, come l'adozione in seno alla famiglia, questa soluzione è presa in considerazione solo come ultima risorsa, dopo aver percorso diversi itinerari terapeutici, religiosi o anche dopo aver preso una seconda moglie. Nonostante la tematica dell'infertilità, in particolare nella città di Bhuj richieda di essere approfondita, questo breve paragrafo permette di evidenziare in che modo le donne, in una situazione di tensione, ansia e sofferenza, gestiscono il proprio corpo e i propri bisogni, in un contesto di pluralismo medico.

### **LA *PECOṬĪ*: CORPI DESTABILIZZATI DALLA MODERNITÀ**

Le discrepanze tra le metafore utilizzate nel discorso biomedico allopatico e in quello femminile creano degli interstizi, nei quali i limiti e i modelli corporei sono messi in discussione. L'esempio delle pratiche legate all'infertilità in ambito allopatico evidenzia come non sempre sia possibile trovare un punto d'incontro tra questi due saperi sul corpo. Il presente paragrafo permette di mostrare in che modo le donne e le *dāī māṃ* sfruttano questo scarto tra metafore corporee per riappropriarsi del corpo e della salute femminile (Quattrocchi 2011) che sempre di più sono controllati dal discorso medico allopatico. Il trattamento della *pecoṭī*, un ricettacolo che si trova dietro l'ombelico di tutti gli esseri umani e che racchiude parte dell'energia vitale del corpo, è effettuato dalle *dāī māṃ* e da altri professionisti locali attraverso una manipolazione del corpo. Questa pratica si manifesta come una contestazione delle pratiche mediche allopatiche, che rifiutano il massaggio come terapia e non riconoscono la presenza di questo ricettacolo. Allontanate dal momento del parto dopo le politiche sanitarie del 2015, che prediligono i parti istituzionali, le *dāī māṃ* sfruttano il non

riconoscimento e l'ignoranza di questo ricettacolo da parte del personale sanitario per continuare a praticare la propria professione.

### *Un ricettacolo non (ri)conosciuto dai medici*

Il termine *gujarātī pecoṭī*<sup>54</sup> indica il ricettacolo (*thailī, kothrī*) che si trova nell'addome (*peṭ*) di ogni essere umano, all'altezza dell'ombelico e, al tempo stesso, la malattia che sopravviene quando il ricettacolo si sposta dalla posizione corretta. In questo caso, le donne usano l'espressione "la *pecoṭī* è caduta" (*pecoṭī gir jānā*) o "c'è la *pecoṭī*" (*pecoṭī ho jānā*). In *hindī* il ricettacolo è chiamato per omonimia come la sua controparte superficiale *nābhi*, ovvero l'ombelico e nel suo articolo sulle terapie popolari e le preferenze mediche nell'India settentrionale rurale, Helen Lambert (1996) ne attesta la presenza anche in Rajasthan.

La presenza di questo ricettacolo non si limita al contesto indiano, dove tuttavia oltre lo studio di Lambert non ho trovato altri riferimenti, ma la ricerca di Patrizia Quattrocchi (2004 e 2011) attesta un organo simile in Messico, chiamato *cirro* in spagnolo e *ti'pté* in lingua maya. Pur trovandosi in sistemi medici e culturali molto diversi, il trattamento della *pecoṭī* a Bhuj presenta molte analogie con la cura proposta dalle *parteras* messicane per il *cirro*. Nel corso del presente paragrafo, l'analisi della costruzione della *pecoṭī* come malattia e come ricettacolo consente di sollevare questioni simili a quelle poste da Quattrocchi nel contesto messicano, che pertengono alla risignificazione di alcune pratiche nell'incontro tra le medicine indigene e la bio-medicina.

A Bhuj, tutte le donne con cui ho parlato conoscevano la *pecoṭī* e tra queste solo un terzo non ne aveva sofferto. Le maggiori esperte della fisiologia e l'anatomia del ricettacolo sono le *dāī māṃ* che, insieme agli altri professionisti maschi che trattano solo gli uomini<sup>55</sup>, detengono il sapere necessario a risistemarne la posizione. La *dāī māṃ* Karima descrive in questo modo la *pecoṭī*:

K: Si trova nella pancia (*peṭ*). C'è la salute (*tandurūstī*) delle donne dentro.

L: Quant'è grande la *pecoṭī*?

<sup>54</sup> Termine di solito assente nei dizionari consultati. Solo Belsare (1993) traduce questo termine come "*the umbilical cord, the coeliac artery*", evidenziando una traduzione scientifica di un vocabolo che probabilmente fa riferimento solo all'anatomia locale. Tuttavia, si nota il legame profondo che la *pecoṭī* ha con la zona ombelicale, poiché l'arteria celiaca è un voluminoso ramo arterioso che passa sopra l'ombelico e che connette diversi organi vitali.

<sup>55</sup> Data la difficoltà che ho avuto nel parlare con gli uomini, non ho potuto approfondire questa tematica. Tutte le donne concordano che la *pecoṭī* sia presente in tutti i corpi umani, ma dubitano che funzioni allo stesso modo nei corpi maschili. L'unico uomo che mi ha parlato della *pecoṭī* ha affermato che ne ha sofferto appena dopo il matrimonio ed è stato poi curato da un professionista del suo villaggio.

K: È così piccola, è un recipiente (*thailī*). È piccola come una patata. [...] Si trova in mezzo alla pancia ed è tonda. Quando cadi, quando vai in motorino e ci sono i dossi, si sposta e può andare qui, qui, qui. Se è tanto [spostata], va a posto dopo tre giorni [di massaggi]. Se lo è di poco, basta un massaggio. Ritorna a posto facendo i massaggi, ma il dottore non ci crede. Loro dicono di non fare i massaggi, che vengono le infezioni (*infections*), ma non è vero, non è così: non bisogna farli con molta forza, ma piano piano e va da sola al proprio posto. Se va al proprio posto si sta bene. [...]

L: Dove si trova la *pecoṭī* degli uomini?

K: Non so dov'è quella degli uomini, io non curo gli uomini. Forse è diversa. [...]

L: Alle donne può cadere prima del menarca?

K: No, non ha nessun posto dove andare. La *pecoṭī* cade dopo il ciclo mestruale. Prima c'è, ma non dà problemi, rimane al proprio posto, è stabile (*majbūt*)... Questo cambia dopo l'arrivo del ciclo mestruale. [...] Quando arriva il ciclo i nostri canali si animano (*jilā ho jāte haiṃ*). Per questo motivo. Dopo il parto può spostarsi molto più spesso, il bambino esce dalla pancia, quindi la pancia s'ingrandisce<sup>56</sup> [e la *pecoṭī*] trova dello spazio [per spostarsi]. Alzando qualche peso o il bambino, [la *pecoṭī*] cadrà velocemente. [La *pecoṭī*] crea molti problemi, le donne piangono.

L: Può cadere anche quando le donne non hanno più il ciclo?

K: A volte cade, ma di meno. Dopo il parto cade spesso, bisogna stare attenti. Se dopo il parto rimani tanto seduta, uno o due ore, e allatti tutto il tempo allora la *pecoṭī* scende giù, trova dello spazio nella pancia<sup>57</sup>.

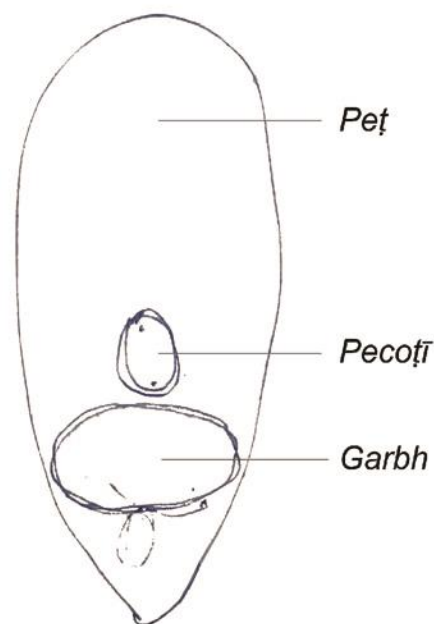
Come riporta la *dāī māṃ* Karima, la *pecoṭī* è identificata come un ricettacolo (*thailī* in

<sup>56</sup> L'idea è che con l'uscita del bambino dal ricettacolo della gestazione (*garbh*), nel ventre rimane un grande vuoto. Non è la pancia in sé che s'ingrandisce, ma il vuoto al suo interno.

<sup>57</sup> “K: *Peṭ meṃ rahatī hai. Striom ke tandurūstī hai ismeṃ. L: Kitnī baṛī hai pecoṭī? K: Vah choṭī sī hai, ek thailī hotī hai. Ālū jaise.[...] Peṭ ke bīc meṃ, golī hai. Jaise jab āp gir jāte haiṃ, yā jump lete haiṃ aur gārī meṃ baiṭhte hote haiṃ, to vah ūpar ā jātī, to kabhī yahām ā jātī, yā yahām ā jātī. Jyādā hogī, to tīn din meṃ acchī hogī. Thorā sā hogā, to ek din meṃ mālis karne se acchī ho jātī hai. Aur doctor log isko nahīm māntī. Ve to bolte peṭ kā mālis mat karāo, infections ho jāte haiṃ. Lekin nahīm hotā hai, bilkul nahīm hotā. Mālis se acchī ho jātī, jhor lagāke nahīm dabātī, dhīre dhīre lagāte. Aur khud hī khud ā jāte apnī jagah pe. Jagah pe ā jātī to vah sahī ho jātī hai. [...] L: Aur ādmī kā pecoṭī kahām hai? K: Ādmī kā nahīm patā hai kahām hai. Maine usko hāth nahīm lagātī. Śāyad uskī alag hai, lekin nahīm patā. [...] L: Aurat ko māsik ke pahale pecoṭī nahīm gir jāte haiṃ? K: Nahīm, nahīm, bas uskī koī jagah aisī hai na ho. Pecoṭī MC ke bād hotī hai. Pahale hai, magar taklīph nahīm detī. Sahī jagah pe apnī āp, majbūt hotī hai... māsik ke bād yah change ho jātā hai. [...] Naṣeṃ jilā ho jāte hai apnī. Māsik ātā hai to. Islie. Delivery ke bād bahut jyādā ho sakte haiṃ. Bacce nikal jātā peṭ se. To peṭ baṛā ho jātā hai. To usko jagah mil jātī hai, bahut. To koī vajan uṭhegā, yā choṭā baccā usse baṛā hogā, usko uṭhāegī, yā khud gir jāegī, usko jaldī par jāegī. Vah to bahut pareśānī karte haiṃ. Roṭī hai aurateṃ, bahut taklīph detī hai. L: Aur jab māsik baṃd ho jāte, tabhī pecoṭī ho saktī hai? K: Kabhī kabhī paṛ jāte haiṃ. Kam hogā. Delivery ke bād bahut hogī. Bahut dhyān rakhnā cāhie. Kahī bhī nahīm jāegī aur baiṭhī rahegī jyādā, to bacce dūdh pilāne ke lie, ek ghaṃṭā, do ghaṃṭe, to pecoṭī nīce ā jātī hai. Gilī rahatī hai na? Peṭ meṃ jagah milī hotī hai” (Karima, 24 agosto 2017).*

*hindī*), di forma tondeggiante (*gol*), che si trova all'interno del corpo di tutti gli esseri umani all'altezza dell'ombelico (Figura 6). La sua esistenza si manifesta al tocco come una pulsazione, che può essere identificata premendo un dito sull'ombelico, luogo della sua residenza principale. Quando questa si sposta nell'addome (*peṭ*), è possibile ritrovare la sua posizione ricercando il battito<sup>58</sup>. Seppur è chiaro che la *pecoṭī* è un ricettacolo che si trova dietro l'ombelico, alcune donne di madrelingua *kacchī* utilizzano lo stesso termine come sinonimo del ricettacolo della gestazione (*garbh*). Tuttavia, in caso di domande dirette differenziano chiaramente i due ricettacoli, affermando che la *pecoṭī* non ospita il bambino. D'altra parte, sembra opportuno condurre ulteriori ricerche sulla relazione tra questi due recipienti e in particolare indagare come l'anatomia della *pecoṭī* si configuri nel corpo maschile.

La *pecoṭī* è un ricettacolo molto importante perché conserva la salute (*tandurūstī*) del corpo o, per altre donne, l'energia vitale (*śakti*). La sua mobilità ha gravi conseguenze sul benessere della persona, poiché porta a uno squilibrio interno che si manifesta con nausea, mal di pancia, diarrea, stanchezza e mancanza di energie, disturbi mestruali, perdite vaginali (*saphed pānī*), infertilità e, se non è trattata, la morte. Nel corpo umano è l'unico ricettacolo



**Figura 6** - Rappresentazione della pancia (*peṭ*), *pecoṭī* e ricettacolo della gestazione (*garbh*). Il cerchio abbozzato in basso indica uno dei posti dove la *pecoṭī* può andare quando cade (*dāī māṃ Hazima*, marzo 2018).

<sup>58</sup> “P: Such a small something it’s having beating you, it keeps you beating like a heart. L: Like a second heart? P: You can’t say a second heart but it’s having a beat. If it’s moving somewhere you can hear the beat over there. Sometime you just... it keeps beating in the navel. L: If it is in the proper place? P: Yeah it’s behind the navel and if it’s moving somewhere near by, you can hear the beat at some other place” (Priya, 23 maggio 2018).

che ha una capacità mobile<sup>59</sup> molto comune, ereditabile e permanente: una volta che lo scompenso si manifesta, se ne soffre per tutta la vita. Questa eziologia si basa sulla concezione ayurvedica della fisiologia umana come dotata di un sistema di ricettacoli e canali interni (Lambert 1996), che trasportano i fluidi corporei per tutto il corpo. Secondo la *Suśruta Saṃhitā*, uno dei principali trattati, il corpo è composto da settecento dotti che si dipartono per tutto il corpo, a partire da una ‘radice’ che ha sede nell’ombelico<sup>60</sup>. Questa lettura è stata confermata da Nilam Goswami (*brāhmaṇa*) e da Priya Chako (cristiana) che affermano che nella *pecoṭī* s’incontrano tutti i canali (*nas*) del corpo<sup>61</sup> e per questo motivo, quando si sposta, è tutto il corpo che ne risente<sup>62</sup>.

Se questo sapere è condiviso dalla maggior parte delle donne di Bhuj, non per questo è conosciuto e riconosciuto dai dottori allopatrici. La *dāī māṃ* Karima mi ha spiegato che quest’organo non è parte della formazione del personale sanitario. Se un uomo che soffre di *pecoṭī* si reca in ospedale, gli saranno trattati i singoli sintomi non lo squilibrio generale, impedendo un ricovero completo. Numerosi sono i racconti di persone che dopo mesi o anni di trattamenti allopatrici, guariscono dopo un massaggio per la *pecoṭī*. Infatti, nessun farmaco, nessuna medicina può favorirne il riposizionamento: solo una manipolazione diretta o

---

<sup>59</sup> Le uniche due eccezioni, nel corpo femminile, sono l’utero (*garbh*) e la placenta (*melī*). Lo spostamento del primo ricettacolo è considerato eccezionale ed è causato da un grande squilibrio del corpo riproduttivo causato per esempio da manipolazione diretta attraverso oggetti utilizzati per esempio nel corso di esami medici (es. ecografia transvaginale) o di operazioni chirurgiche (es. sterilizzazione). La placenta è considerata spostarsi nel momento del parto dopo l’uscita del neonato o il taglio del cordone ombelicale: non più trattenuta dal bambino, spinta dalla forte respirazione o le urla della partoriente, può risalire il torace della donna fino ai polmoni o la gola, strozzandola. Per questo motivo è impedito alle partorienti di urlare durante, mentre un’accompagnatrice deve avere cura di comprimere la parte superiore dell’addome, sotto lo sterno, impedendo la risalita della placenta. Per approfondire la mobilità della placenta, si veda Chawla (2003 e 2006a).

<sup>60</sup> “*There are seven-hundred ducts. This body is irrigated by these, just like a garden by water channels, and a field by ditches. And it is assisted by special contractions and expansions. Their ramifications are like those of the veins on the leaf of a tree. Their root is the navel. From there, they spread out upwards, downwards and horizontally (Suśruta Saṃhitā 7.3; Acharya 1915:293; my translation)*” (Wujastyk 2009:208).

<sup>61</sup> Questa lettura confermerebbe anche l’assunto portato da molte donne secondo il quale il cordone ombelicale del neonato si lega all’ombelico della madre, ovvero alla sua parte interna che corrisponde alla *pecoṭī* o *nābhi*. Poiché è attraverso il cordone ombelicale che il bambino riceve il nutrimento nella fase prenatale, i fluidi nutritivi proverrebbero dai canali digestivi che, come gli altri dotti, sono uniti all’ombelico (*nābhi*). Lo stesso afferma Das (2003:470) nel suo lavoro sui fluidi riproduttivi femminili nella letteratura medica ayurvedica, dove riporta che il cordone ombelicale del feto è considerato collegarsi al cuore della madre, per riceverne il nutrimento, attraverso l’ombelico.

<sup>62</sup> “*L: What is the work of pecoṭī? P: Full body work is on pecoṭī. Once your pecoṭī goes your whole body is paralyzed. [...] Is the centre of your body. All the veins are at one place so every time we oil the navel pecoṭī and our whole body is been purified. And the other thing, all the veins they directly get supply from the navel from the pecoṭī everything goes from here. It is said, if some part is gone, whole body is gone, if your stomach is upset whole body is upset, if the pecoṭī is out moving somewhere, whole body is out. [...] L: If you get operated and you will take out your pichoti, is that possible? P: Pecoṭī is part of our body we cant take out, you can take out your any organ, pecoṭī is not an organ, is something like a flesh inside you*” (Priya, 23 maggio 2018).

attraverso strumenti ausiliari consente al ricettacolo di ritrovare la sua posizione originaria.

Tra tutti i dottori e ginecologi che ho incontrato nel corso della ricerca, solo la ginecologa Bhavani, *brāhmaṇa* che lavora in uno dei tre *Urban Primary Health Centre* (U-PHC)<sup>63</sup> aperti a Bhuj, aveva qualche conoscenza sul ricettacolo. Alcuni pazienti si recano al centro lamentandosi di un dolore alla *pecoṭī*, sintomo che lei interpreta come causato da calcoli renali. La generale ignoranza o non riconoscimento delle categorie diagnostiche indigene riflette una non apertura verso altri saperi considerati inferiori e la difficoltà a integrare parametri lontani a quelli biomedici, che si caratterizzano come organicisti, secondo i quali vi è sempre una precisa corrispondenza tra quadro sintomatico e categoria nosologia (Quattrocchi 2011). Come evidenzia Patrizia Quattrocchi nel suo studio sulla *sobada* in Messico, nelle medicine tradizionali non si tratta tanto “di una malattia e di una sintomatologia specifica, quanto di sorta di ‘contenitore’ dai contorni labili e dai contenuti sfumati: un’ ‘etichetta’, come direbbe Signorini (1988), dentro la quale inserire ciò che si ritiene ‘utile’ in quel momento” (Quattrocchi 2004: 39).

### *Massaggiare per curare*

L: Che cos’è la *pecoṭī*?

N: Dopo il parto... questa... non so neanche io il suo vero nome, si muove sempre, continua a spostarsi. Dopo il parto (*delivery*) ci sono tutti questi problemi, non possono esserci prima. [...] Mi succede se, per esempio, alzo delle cose molto pesanti, e quindi ti puoi sentire debole (*weak*), avere la diarrea (*loose motions*) e soffrire di mal di pancia, così tanto che *you can not tolerate that pain*. Ti può venire se per esempio salti, pulisci delle cose in alto e poi cadi, o anche se fai dei piccoli lavori. Per prevenire tutto questo si può legare a un dito del piede un filo (*dhāgā*). Lo devi fare a tutti e due i piedi. Quando invece succede che la *pecoṭī* si sposta, si cerca dov’è. [...] Poi si massaggia con l’olio di cocco, non verso il fuori, ma verso il dentro, così va al suo posto. E con il pollice si spinge molto forte sotto l’ombelico, così tutto il peso va lì. [...]

L: Perché inizia proprio dopo il parto?

N: Perché *I think it is a kind of a delivery purpose or sometimes ... I don’t know. But it*

---

<sup>63</sup> Proposti nel 2013 nel piano sanitario governativo del *National Urban Health Mission* (NUHM), gli *Urban Primary Health Centre* sono dei centri medici di base, locali, disseminati nel tessuto urbano per ogni cinquanta/sessanta mila abitanti. Nel 2018, Bhuj contava tre U-PHC, di cui due aperti da meno di un anno. In questi centri si propongono divertiti controlli prenatali (*antenatal care*), gestiti da un ginecologo esterno e dalle infermiere del centro.

*is for a life time*<sup>64</sup>.

Se la *pecoṭī* è un ricettacolo che appartiene all'anatomia di tutti i corpi umani, la sua 'caduta' (*girnā*) si lega a momenti specifici della vita riproduttiva delle donne. Una bambina non può, infatti, soffrire di *pecoṭī* perché, seppur il suo corpo sia immaturo (*kaccā*) e quindi facilmente influenzabile, il suo utero (*garbh*) è secco, immobile e non possono avvenire particolari cambiamenti nella zona addominale. Secondo la *dāī māṃ* Karima Jāt e altre donne, è solo dopo il primo ciclo mestruale che il ricettacolo della *pecoṭī* può muoversi nell'addome di una ragazza, in seguito al vuoto che si crea dopo l'evacuazione del sangue uterino. Amira Parvez Khatri (musulmana) afferma invece che solo dopo il matrimonio, ovvero dopo i primi rapporti sessuali, una donna può soffrire di *pecoṭī*, mentre, come riporta il brano precedente, per Nilam Goswami (*brāhmaṇa*) è solo dopo il parto. Questo ricettacolo si trova, infatti, accanto all'utero (*garbh*) ed è sensibile a ogni stimolo e cambiamento di dimensioni di quest'ultimo. Il vuoto creato dalla mancanza del neonato o del sangue mestruale attirerebbe la *pecoṭī* fuori dalla propria sede.

La 'caduta' della *pecoṭī* potrebbe manifestare delle sofferenze (*affliction*, Dandekar 2015) che si legano a queste fasi particolari della vita riproduttiva femminile di cambiamento di ruolo, durante le quali la donna si deve fare carico di nuove responsabilità e restrizioni<sup>65</sup>. D'altra parte, se si analizzano le cause possibili della caduta del ricettacolo, si nota che si riferiscono ad azioni che possono far parte della vita quotidiana (sollevare dei pesi, lavorare molto, affaticarsi, cadere mentre si lavora) o che al contrario denotano un comportamento improprio o socialmente poco accettato per una donna (andare in motorino<sup>66</sup>, cadere perché si

---

<sup>64</sup> “L: *Pecoṭī kyā hai? N: After delivery ... kuch yahām par jo... matlab uskā proper word mujhe nahīm patā... vah pūrā hil jātā hai, sometimes vah ghūmtī rahatī hai. To usse kyā hotā hai ki after delivery ye sārī problems hotī hai, delivery ke pahale nahīm hotī. [...] Kyom hotī hai? Kuch heavy cīz uṭhā liyā maine, to kuch auratoṃ itnī weak hotī ki at that time unko loose motion as well as itne peṭ dard karne lagtā, itnā heavy pain hotī hai you can not tolerate that pain. To vah hotā hai, phir jumping, agar suppose jump karte haiṃ, ūpar sāph saphāī karte haiṃ aur gir gāe yā kuch bhī aisā ho jāe, kisī kisī auratoṃ ko itnā choṭā kam karne par bhī unko pecoṭī hotī rahatī hai. [...] Uske lie kuch auratoṃ jo peṭ meṃ aise dagā bante rahate haiṃ, to yah nahīm hotā. Donoṃ peṭ meṃ. Aur suppose kisīko kabhī kabhī hotā hai, to kyā karte haiṃ, pahale dūṃṛhte [...] phir coconat oil se massage kartī hai, but not in this way (verso l'esterno), but in this way (verso l'interno), to vah sahī jagah meṃ jāegā. Aur pūrā thumb hai usko dam dabāte haiṃ jor se navel ke nīce, to pūrā jitnā vajan hai vah ḍal dete haiṃ. [...] L: Kyom sirph delivery ke bād vah ghūmtī rahatī hai? N: Kyomki I think it is a kind of a delivery purpose or sometimes ... I don't know. But it is for a life time.” (Nilam, 1 settembre 2017).*

<sup>65</sup> Sulla relazione tra i ruoli femminili e le responsabilità, si veda il capitolo 3.

<sup>66</sup> La *dāī māṃ* Karima accusa i dissuasori di velocità che si trovano su ogni strada della città di causare la maggior parte delle cadute della *pecoṭī*, in particolare perché le donne adesso hanno la libertà di spostarsi in motorino anche da sole, mentre sarebbe preferibile che rimanessero a casa o si spostassero a piedi. Il discorso dell'anziana *dāī māṃ* mira a una domesticizzazione del corpo femminile, che dovrebbe essere relegato agli spazi della prossimità domestica (Chasles 2008).

sta correndo, saltare). Nel primo caso, considerata la difficoltà che le donne hanno nell'adempire tutte le faccende domestiche, sia quando sono in una famiglia allargata dove non possono rifiutare le diverse imposizioni, sia quando sono da sole e si devono occupare della gestione dello spazio domestico, la 'caduta' della *pecoṭī* può somatizzare questa condizione precaria. Nel secondo caso, data l'incorporazione delle norme sociali, il disequilibrio corporeo può derivare dall'uso socialmente improprio del corpo femminile.

Questa lettura si avvicina a quella proposta da numerosi studiosi dell'Asia del Sud, presentata anche da Serena Bindi (2015) nel suo articolo sulla possessione delle adolescenti in Garhwal, che considera le possessioni femminili “*comme un moyen culturellement accepté par lequel les femmes peuvent protester contre les injustices subies au sein de l'ordre patriarcal hindou, et parfois comme une véritable stratégie de résistance [Freed et Freed, 1964; Harper, 1963; Fuller, 1992]. D'autres études ont quant à elles mis l'accent sur la créativité individuelle, en montrant que l'idiome de la possession par les esprits peut être investi de significations subjectives par l'individu et devenir ainsi un moyen utile d'exprimer des conflits psychologiques [Obeyesekere, 1975]*” (2015: 717).

Patrizia Quattrocchi (2004), nel suo studio sul *cirro* in Messico, propone una lettura diversa di questa malattia, che vede l'organo che si trova dietro l'ombelico “come a una sorta di meccanismo regolatore che riporta continuamente l'attenzione alla necessità di preservare la propria salute. Ci sembra però soltanto una delle considerazioni possibili. Se è vero infatti che ammalarsi di *cirro* è cosa diffusa, e anche vero che 'avere il *cirro*' non è un'esperienza sempre uguale a se stessa” (2004:39). Analogamente, a Bhuj soffrire di *pecoṭī* è un'esperienza corporea particolare, definita e riconosciuta socialmente che si differenzia da altri malesseri, anche se i sintomi possono sembrare molto simili. Un esempio è il *bhakhīyā*, un disturbo gastrointestinale molto diffuso che deriva proprio da pensieri o commenti malevoli (*najar* o malocchio), involontari o no, formulati verso qualcuno osservato nell'atto del mangiare. Amira Parvez Khatri (musulmana) distingue così i due malesseri:

L: Quando siamo andati a togliere il malocchio (*najar*) alla tua vicina, lei soffriva di mal di pancia<sup>67</sup>, ma anche con la *pecoṭī* si ha mal di pancia, che differenza c'è?

A: Quando c'è il malocchio, viene da vomitare. Allora si soffre sia di mal di pancia che di nausea. Con la *pecoṭī* è diverso per ognuno: a qualcuno viene mal di pancia ed a altri viene la diarrea.

L: Ma la *pecoṭī* può essere causata dal malocchio?

---

<sup>67</sup> A causa del *bhakhīyā*.



A: No, può essere causato dal sollevamento di pesi o quando salti sui dossi andando in moto, non succede per il malocchio. Dentro la nostra pancia c'è una palla (*gōlā*) che se si sposta si chiama *pecoṭī*. Quando metti la mano qui [sull'ombelico] puoi sentire un rumore che fa *dhad dhad*, un suono del genere<sup>68</sup>.

Data questa diversità di sintomi, la tecnica più sicura usata per diagnosticare lo spostamento della *pecoṭī* è l'auscultazione del polso<sup>69</sup>. La *dāī māṃ* Karima Jāt, l'unica ad aver condiviso con me questo sapere, mi ha rivelato che quando si soffre di *pecoṭī* la frequenza dei battiti che senti nel polso è più veloce del normale, ovvero più di un battito al secondo, mentre solitamente dovrebbero ripetersi uno al secondo. Questa diagnosi è comunque sostenuta dall'anamnesi raccolta nel corso della visita, durante la quale le donne costruiscono e condividono l'esperienza del malessere, permettendo di avere un riconoscimento sociale della propria sofferenza (Dandekar 2015).

L'unico rimedio è il riposizionamento del ricettacolo attraverso una manipolazione diretta dell'addome e della schiena. Il trattamento avviene preferibilmente la mattina a digiuno, poiché l'assenza di cibo nella pancia permette di localizzare con sicurezza il ricettacolo. La donna è fatta sdraiare supina per terra sopra un telo, con la parte inferiore del tronco scoperta<sup>70</sup>. Dopo avere individuato la posizione della *pecoṭī*, la *dāī māṃ* massaggia con dell'olio di cocco o dell'olio da cucina<sup>71</sup>, la pancia con una serie di movimenti centripeti, cercando di guidare il ricettacolo nella sua sede originale. Anche la schiena è manipolata con movimenti vigorosi e percossa con i pugni, in particolare in corrispondenza dell'ombelico. Il trattamento continua finché la *dāī māṃ* non sente, grazie al battito della *pecoṭī*, che il ricettacolo si è posizionato correttamente, ma generalmente il massaggio dura una ventina di minuti. Infine, si praticano dei movimenti di 'fissazione', premendo con forza con un dito, la mano o il piede sull'ombelico, bloccando la *pecoṭī* nella sua posizione. Se i sintomi sono leggeri e non è trascorso tanto tempo dal loro manifestarsi, un solo trattamento è solitamente sufficiente per trattenere il ricettacolo. Tuttavia, la fragilità dell'ambiente addominale o

<sup>68</sup> “L: *Jab ham gaye the nazar ke lie āpkā parosī vahāṃ dard thā peṭ meṃ lekin pecoṭī ke lie bhī peṭ meṃ dard hotā hai to kaunsā phark partā hai?* A: *Jo nazar hotā hai na usmeṃ vomit hotī hai. Tab, peṭ dukhtā hai aur vomit hotī hai. Pecoṭī meṃ sab kā alag alag hotā hai peṭ dukhtā hai aur lose motion bhī start ho jāte haiṃ kisīke.* L: *Lekin pechoṭī nazar se bhī ā saktā hai?* A: *Nahīṃ vah vajan uṭhālo yā āp bike pe jā rahe ho aur speed breaker pe ekdam se zatka lage to ho saktā hai. Vah nazar se nahīṃ hotā hai. Vah apne andar peṭ meṃ ek golā hotā hai agar vah khisak jāe to use bolte haiṃ pecoṭī āp yah hāth lagāo na to aise āvāj hogī dhar dhar aise āvāz hotī hai na*” (Amira, 17 marzo 2018).

<sup>69</sup> L'auscultazione del polso è una pratica molto comune nella cosiddetta medicina 'folklorica' indiana (Langford 2002), oltre che in quella cinese, tibetana, *siddha*, *yūnānī* e in una certa misura anche nell'*āyurveda* (*ibidem*).

<sup>70</sup> Data la parziale nudità della donna, non è stato possibile fare delle fotografie del trattamento.

<sup>71</sup> Olio generico di semi di lino, cotone o girasole.

dell'utero (*garbh*), può favorire un successivo spostamento della *pecoṭī*. Per questo motivo, in alcune situazioni, la *dāī māṃ* propone tre trattamenti da praticare in giorni successivi.

La tecnica del massaggio varia leggermente tra le diverse *dāī māṃ* e nel corso della ricerca ho avuto l'occasione di sottopormi due volte a queste manipolazioni. Tuttavia, mi sono stati narrati altri tipi di trattamento, che purtroppo non ho mai potuto osservare, la cui particolarità consiste, dopo il massaggio, nell'utilizzo di strumenti che aiutino il posizionamento del ricettacolo. In alcuni casi, infatti, si può utilizzare una giara di acciaio riempita d'acqua posta sull'ombelico, che tolta velocemente permette di creare un vuoto che attira la *pecoṭī* al suo posto. Altre volte si può porre una coppetta<sup>72</sup> sull'ombelico nel quale, si crea un vuoto con l'ausilio del fuoco per consumare l'ossigeno. Anche in questo caso, come una ventosa, la coppetta permette di risucchiare il ricettacolo al proprio posto. Tuttavia, l'utilizzo di questi strumenti è sempre complementare al massaggio.

Come nel caso dei trattamenti post-parto, la manipolazione del corpo è sostenuta dalla parola. La *dāī māṃ* stimola una narrazione intima che consente alla donna di esternare le sofferenze e lasciare andare le tensioni (muscolari ed emotive). Il massaggio e i racconti che lo accompagnano permettono di evacuare dal corpo vissuto esperienze o situazioni che affliggono la donna, mentre le mani della *dāī māṃ* e la sua parola tracciano i confini corporei e sociali cui allinearsi. La parziale nudità della donna durante il trattamento permette la creazione di uno spazio riservato, da cui sono esclusi i familiari, liberando la parola della donna.

### ***Problematicità nell'incorporazione della modernità***

I paragrafi precedenti evidenziano la centralità delle *dāī māṃ* nel trattamento di questo malessere che catalizza diverse preoccupazioni sociali, culturali e personali. Tuttavia, il ruolo di questa figura ha attraversato diversi periodi di discredito che hanno portato a una riqualificazione professionale e a una risignificazione delle pratiche. In particolare, il governo coloniale britannico ha organizzato le prime formazioni per le *dāī māṃ* con lo scopo di ridurre la mortalità materna diffondendo delle abitudini 'igieniche' (Sadgopal 2009). Questa pratica è stata ereditata dal nascente governo indiano che ha continuato a relegare alle cosiddette *traditional birth attendant* (TBA) la gestione della salute femminile, soprattutto nelle aree più remote e rurali, come il Kacch. Delle quattro *dāī māṃ* che ho incontrato, due avevano seguito questi corsi, durante i quali era fornito un kit per una migliore gestione del

---

<sup>72</sup> Questa pratica richiama la tecnica di coppettazione (*baguan* 拔罐) usata nella medicina cinese.

parto, composto per esempio da guanti, bilancia a mano, filo per il cordone ombelicale etc.

Dopo decenni di supporto ufficiale alla formazione delle TBA con lo scopo di estendere l'assistenza sanitaria di base alle donne, tuttavia la posizione del governo è cambiata. Nonostante l'impegno nella formazione, le *dāī māīm* addestrate non sono mai state collegate in modo efficace con i servizi sanitari, poiché la politica del governo le considera come volontarie a sostegno della propria comunità, con una formazione limitata e una connessione minima con il sistema formale. Inoltre, dagli anni 2000, i donatori internazionali hanno fatto pressioni sul governo affinché escludessero le formazioni per le TBA dalle attività di salute riproduttiva che finanziavano, poiché, seguendo i discorsi dominanti sulla modernità e lo sviluppo, queste figure sono state discreditate come ignoranti, sporche e pericolose (Samuel 2002). La maggior parte degli stati ha quindi chiuso le formazioni, con la sola eccezione del Gujarat e l'Andhra Pradesh, dove alcune organizzazioni locali si sono prese in carico di continuare a supportare e informare le *dāī māīm* (Sadgopal 2009).

In Kacch, l'ONG *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS) ha sostenuto nelle zone rurali la formazione di collettivi di *dāī māīm*, chiamati *Dai Sangathan*, i quali però sono stati sciolti qualche anno prima del mio arrivo sul campo nel 2017. Tuttavia, nessun'azione era mai stata intrapresa nel territorio urbano di Bhuj, poiché l'ONG considera necessario il supporto delle *dāī māīm* solo in assenza di strutture mediche allopatiche. Inoltre, considerato che le donne che dirigono l'associazione appartengono a uno strato sociale agiato, non sono a conoscenza della presenza di questa figura nell'area urbana.

Effettivamente, a Bhuj le *dāī māīm* sono sicuramente diminuite nel corso degli ultimi anni, poiché con l'istituzionalizzazione delle nascite l'unico modo che hanno per assistere le donne è quello di entrare in ospedale o nelle cliniche, dove devono affrontare il disprezzo del personale sanitario. Inoltre, nessuna delle *dāī māīm* pensa di riuscire a trasmettere il proprio sapere poiché sono rare le persone interessate a intraprendere questa professione. Tuttavia, il terremoto del 2001 ha inaspettatamente portato alcune donne a intraprendere quest'attività per necessità di condurre un lavoro socialmente rispettabile che permettesse loro di sostenere la propria famiglia<sup>73</sup>.

Data la situazione attuale, per sopravvivere professionalmente le *dāī māīm* hanno diversificato le proprie proposte, costruendosi come specialiste del funzionamento e il mantenimento del corpo riproduttivo femminile. Seppur la letteratura antropologica le presenti quasi esclusivamente come ostetriche tradizionali dedite al parto (es. Pinto 2008,

---

<sup>73</sup> È il caso per esempio delle *dāī māīm* musulmane Karima e Afsana.

Jeffery, Jeffery e Lyon 1989, Rozario e Samuel 2002, Sadgopal 2009), non credo che questa descrizione valga per il Kacch. La situazione qui analizzata, dimostra che le *dāī māṃ* propongono sul territorio una serie di pratiche volte alla salute riproduttiva femminile, che probabilmente non si sono sviluppate negli ultimi anni a seguito della restrizione di accesso in sala parto, ma facevano parte di un bagaglio di saperi più antico. Il cambiamento istituzionale ha portato tuttavia a un adattamento delle proposte terapeutiche delle *dāī māṃ*, consentendo loro di continuare a diffondere un modello corporeo locale.

Il trattamento della *pecoṭī* s’inserisce in questa dinamica di trasformazione dell’esperienza della malattia e della nascita a seguito della diffusione della bio-medicina e di un adattamento delle pratiche corporee proposte dalle *dāī māṃ*. La malattia data dallo spostamento della *pecoṭī* è certamente conosciuta localmente da molto tempo, ma la pratica attuale ha integrato alcune rappresentazioni che hanno permesso alle *dāī māṃ* e alle donne di veicolare nuovi significati attraverso questa esperienza. Lo spostamento della *pecoṭī* può essere infatti letto come una risposta alle difficoltà dell’incorporazione della modernità, considerata come una rottura con quello che avveniva nel passato. Il terremoto del 2001<sup>74</sup> ha portato a un’accelerazione dei processi di globalizzazione favoriti dallo sviluppo delle infrastrutture della regione, che si sono manifestati nella vita delle donne in una veloce modernizzazione della nascita<sup>75</sup>, nella democratizzazione di nuovi mezzi di trasporto (le donne possono spostarsi per lunghe distanze), nell’urbanizzazione della città di Bhuj (quartieri che prima erano rurali ora fanno parte della periferia urbana) e all’arrivo sul mercato locale di nuovi prodotti. La *dāī māṃ* Karima manifesta la sua preoccupazione in particolare per il cambiamento dell’alimentazione:

L: In passato si soffriva di più o di meno di *pecoṭī*?

K: La *pecoṭī* è sempre caduta, ma prima c’erano i trattamenti locali (*deśī ilāj*). Ora i

---

<sup>74</sup> “*In the case of Kachchh, for long ignored in the economic map of Gujarat, the economic geography of globalisation has coincided with the political economy of natural disasters. In 2001, Kachchh, witnessed a devastating earthquake. Since then, in an attempt to rejuvenate the region, the government has announced several packages for enterprise generation. The seemingly untapped desert land, proximate to the border with Pakistan, is being developed to have prosperity coincide with peace. In a skewed development model, which prioritises economic growth over human development or environmental sustainability (Shah et al. 2002), the mangroves, fragile desert ecosystems, pastures and coastline of Kachchh have become (un)fair game in the economic progress scripted by the likes of Sanghi Cement, Adani Ports, Jindal Pipes, and so on. In this story, Kachchh is painted as a vast, unproductive territory that is only now being tapped. This is to the detriment of the livelihoods of the largely lower caste and Muslim salt pan workers, pastoralists, fish workers and forest produce pickers whose common lands are being appropriated under new development models in tune with global economic geographies (Sud 2009)*” (Tambs-Lyche e Sud 2015: 277).

<sup>75</sup> La modernizzazione della nascita è approfondita nel prossimo capitolo.

dottori (*doctor*) dicono che la *pecoṭī* non esiste e che non bisogna fare così, non si devono fare i massaggi, non bisogna farla uscire<sup>76</sup>, così dicono i dottori. Se non la si rimette a posto, la poveretta continua a star male e non c'è nessun altro medicinale al mondo [che può guarirla]. Solo il massaggio funziona. Se prendi una medicina, starai bene solo finché farà effetto il medicinale, poi ritornerà il dolore. I dottori danno le medicine. [...] Prima prendevamo tanto cibo dalla gente ed era buono: latte, burro chiarificato, prendevamo tutto questo. Il cibo era fresco e anche i parti erano normali, le persone facevano molti meno cesarei.

L: Quindi prima si soffriva di più di *pecoṭī*?

K: No, di meno, prima le donne erano forti (*majbūt*<sup>77</sup>), il cibo era buono e si partoriva a casa. [...] Le donne di oggi non sono forti, non si trova del cibo buono, non si trova del cibo puro (*śuddh*), si trova il cibo del mercato e il cibo cucinato fuori casa non è buono, ci si può ammalare<sup>78</sup>.

Una simile preoccupazione riguardante gli effetti sull'equilibrio corporeo è già stata avanzata nei confronti dello sviluppo del periodo adolescenziale<sup>79</sup> ed è motivata dalla nocività del cibo 'straniero', di alcune materie prime e di altri preparati. L'opposizione tra la bontà del cibo preparato in casa contro quello preparato fuori, da sconosciuti, è trasposta anche sul piano nazionale (il cibo kacchi/gujarati/indiano ovvero *deśī* è migliore di quello straniero detto *videśī*), a ragione per esempio della bassa qualità nutritiva degli ingredienti come la farina *maidā*<sup>80</sup> che produce una grande quantità di sangue corrotto (*kharāb khūn*). Inoltre, nel corso della ricerca numerose donne mi avevano consigliato di non consumare bevande gassate, ghiaccioli, il cocomero o altri cibi a causa della diffusione nei prodotti alimentari di sostanze chimiche (*chemicals*), usate dalle industrie per avere un maggior guadagno. Oltre

<sup>76</sup> Con il verbo uscire (*nikālnā*) è indicata l'azione di riposizionamento: farla uscire dal posto errato.

<sup>77</sup> Parola che significa anche stabile, fisso, saldo, quindi meno mobile.

<sup>78</sup> "L: *Pahale ke jamāne meṃ jyādā pecoṭī hotā thā yā abhī hotā hai?* K: *Pecoṭī to hamesā girtī hai, lekin pahale ye deśī ilāj thā. Ab to doctor bolte haiṃ kuch hai hī nahīṃ pecoṭī. Vah aisā nahīṃ karnā cāhie, peṭ pe mālis nahīṃ karānī cāhie nikalnī nahīṃ cāhie aisā bolte haiṃ doctor, agar nahīṃ nikalte haiṃ to parēśān rahatī hai becārī aur iskā koī davāī nahīṃ hai duniyā meṃ. Sirph mālis hī kām kartā hai. Vah davāī khāegī jab tak davāī kī power rahegā tab tak thīk rahegā aur phir ho jāegā. Davāī dete haiṃ doctor. [...]* Pahale bahut lete the pahale khānā-pīnā acchī thī logom kī, dūdh, ghī, ye sab lete the. Khānā pīnā bilkul fresh thā, aur normal bhī hotī thī delivery operation bahut kām log karvāte the. L: *To jyādā pecoṭī hotā thā?* K: *Nahīṃ kām hotā thā vaise, pahale majbūt hotī thī aurateṃ aur khānā pīnā acchā hotā thā aur delivery bhī ghar pe hī hotī thī. [...]* Abhī kī aurateṃ majbūt nahīṃ haiṃ, khānā pīnā abhī acchā nahīṃ miltā, sudh khānā nahīṃ miltā, bazār kā khānā miltā hai, bahār kā khānā acchā nahīṃ haiṃ vah bīmārīyāṃ paidā kar saktā hai" (Karima, 19 aprile 2019).

<sup>79</sup> Si veda il capitolo 3.

<sup>80</sup> La *maidā* è una varietà di farina di grano, macinata finemente senza crusca, raffinata e sbiancata, usata nel subcontinente indiano per la preparazione di alcuni tipi di pane. È opposta alla *āṭā* che è la farina di grano integrale e che ha qualità opposte alla *maidā*.

l'alimentazione, secondo le donne che ho incontrato, la 'modernità' ha portato a un cambiamento dei lavori domestici, facilitati dalla presenza dell'acqua in casa, del gas e dalla diffusione di negozi. Il corpo femminile non è più sottoposto a grandi sforzi fisici che permettevano di rafforzarlo, di mantenere il sangue in circolazione e di purificarlo mediante l'espulsione del sangue corrotto (*kharāb khūn*). La 'modernità' avrebbe quindi la capacità di aumentare la mobilità femminile, rendendo ancora più difficile il mantenimento di un equilibrio.

Attraverso una glorificazione del passato, dove in una condizione ideale il corpo era capace di sostenere le fatiche quotidiane e gli squilibri della vita riproduttiva, le donne esprimono le sofferenze attuali legate alle condizioni della propria salute. Lo spostamento della *pecoṭī* diventa metafora di uno squilibrio esistenziale, una crisi di presenza (De Martino 1961) che è manifestata attraverso il corpo simbolico locale. Il trattamento consente una riappropriazione del proprio corpo e una risignificazione della propria esperienza. Come evidenzia Patrizia Quattrocchi (2011) rispetto alla pratica della *sobada* in Messico: "appropriarsi, o in certi casi riappropriarsi, del proprio corpo significa dunque anche operare su di esso tramite le *sobadas*. Ogni volta che si esegue una *sobada* in una casa di Kaua si mette in atto un meccanismo che è allo stesso tempo conoscenza e difesa del proprio corpo. Una modalità di gestione di quest'ultimo che è, in sintesi, un controllo su di sé e sulla capacità di generare, ossia sulla vita e sulla morte. Attraverso la pratica della *sobada* le donne di Kaua esercitano un diritto fondamentale: quello di gestire e di controllare la propria salute riproduttiva nel modo ritenuto più consono ai propri valori e alla propria visione delle cose. Al contempo, le *parteras* di Kaua hanno attivato dei meccanismi di difesa non soltanto rispetto ai saperi femminili sul corpo, ma anche rispetto al sapere medico" (2011: 203).

Il riconoscimento dell'esistenza di questo ricettacolo da parte delle donne è una forma di resistenza nei confronti del sapere e delle pratiche del sistema bio-medico, dove prevale la metafora del 'corpo-macchina'. Il modello corporeo condiviso tra le donne, presentato nel corso di questa ricerca, evidenzia al contrario la struttura fluida, mobile e fragile del corpo femminile, su cui pesa la grande responsabilità di manifestare la capacità riproduttiva. Sul piano pratico, il trattamento della *pecoṭī* propone una relazione diversa verso il corpo, quella del massaggio, pratica estranea al personale sanitario<sup>81</sup>. La manipolazione comporta una relazione molto ravvicinata e intima tra professionista e cliente, permettendo l'istaurazione di un legame di fiducia che si rafforza attraverso la condivisione di esperienze e sofferenze.

---

<sup>81</sup> L'articolo di Clémence Jullien (2016) presenta molto bene come il disgusto manifestato dal personale sanitario nei confronti delle pazienti, si manifesta in un rifiuto al contatto fisico.

In molti casi, inoltre, riconoscere di soffrire di *pecoṭī* permette alle donne di entrare in contatto per la prima volta con una *dāī māṃ* e le sue pratiche, consentendole in seguito di prendere in considerazione questa professionista anche per altri trattamenti e consigli. Attraverso questa pratica le *dāī māṃ* riescono a reinventare la propria professione, adattandola alla realtà contemporanea, come Patrizia Quattrocchi l'ha dimostrato nel caso della *sobada* messicana: “L'assunzione di nuovi significati da parte di una pratica antica come la *sobada*, ossia la sua rifunzionalizzazione e risignificazione in un contesto sociale, culturale e anche medico completamente cambiato nel corso delle ultime due generazioni apre la riflessione sulla capacità delle medicine indigene di confrontarsi con la presenza sempre più massiccia del sapere medico-scientifico di matrice occidentale. L'utilizzo della *sobada* è stato in questo senso esemplare: una pratica su cui è stato possibile ‘incanalare’ preoccupazioni, pensieri, timori legati alla perdita del controllo sul proprio corpo e, nel caso delle levatrici, anche della propria professione è la conferma dell'estrema duttilità dei saperi tradizionali, che si mostrano in grado di rispondere a nuove situazioni ed esigenze” (Quattrocchi 2011:231).

D'altra parte, l'estrema duttilità dei saperi tradizionali si può manifestare anche in senso opposto, veicolando il modello corporeo sostenuto dal sistema medico allopatico. Dato il costo dei trattamenti per la *pecoṭī*<sup>82</sup> e l'attuale diminuzione del numero di professioniste capaci di sistemare efficacemente questo malessere, Priya, madre cattolica, ha deciso di comprare su internet uno strumento che le consente di trattare autonomamente la *pecoṭī*. Si tratta di una pompetta (Figura 7) che è posizionata sull'ombelico per circa un quarto d'ora (Figura 8) e, come nel caso delle coppette, permette di risucchiare e mantenere il ricettacolo al proprio posto. L'utilizzo di questo strumento esclude la manipolazione del corpo e la narrazione delle sofferenze (Dandekar 2015). Questo strumento è una risposta tecnica alla risoluzione del malessere, in linea con un'idea meccanicista del ‘corpo-macchina, dove il solo bisogno è riposizionare il ricettacolo dietro l'ombelico, atto che può essere compiuto senza l'aiuto di uno specialista. Qui, la riappropriazione del corpo femminile passa attraverso l'integrazione del modello corporeo allopatico. Tuttavia, questo trattamento della *pecoṭī* pare ancora marginale, anche se potenzialmente potrebbe riscontrare successo tra le donne, dato il sempre maggiore interesse per l'auto trattamento.

---

<sup>82</sup> Ogni trattamento può costare dalle 50 alle 100 rupie, ovvero tra i 0,60 e 1,20 euro.



**Figura 7 (a sinistra)** - Pompetta per il riposizionamento della pecofī (agosto 2018). Foto: L. Gentile

**Figura 8 (a destra)** - Uso della pompetta per il riposizionamento della pecofī (agosto 2018). Foto: L. Gentile.



# **CAPITOLO 7**

## **CORPI E TEMPI MODERNI: LE DONNE DI FRONTE ALLE TECNOLOGIE RIPRODUTTIVE**

### **“NON CI SONO PIÙ LE DONNE DI UNA VOLTA”: CONSEGUENZE DELLA BIO-MEDICALIZZAZIONE DEL PARTO**

Anche se in tutto il mondo la riproduzione è sempre più bio-medicalizzata, le pratiche e le tecnologie riproduttive che sono utilizzate in modo standardizzato, sono impregnate di significati diversi secondo i contesti (Van Hollen 2003b). A Bhuj, l'istituzionalizzazione del parto, promossa dai programmi governativi di salute riproduttiva, ha incrementato la bio-medicalizzazione, in particolare attraverso l'uso di diverse tecnologie mediche. In che modo l'uso di queste tecnologie ha cambiato l'esperienza del parto per le donne che ho incontrato a Bhuj? Che significati hanno acquisito? Il capitolo esplora le ragioni che hanno portato le donne a partorire in ospedale pur rifiutando le tecnologie che vi sono utilizzate. In questo contesto, la costruzione culturale del potere riproduttivo femminile e della sua forza (*śakti*) sono evocate dalle donne e rielaborate in discorsi sul genere, il dolore e la modernità.

#### ***I programmi governativi per l'istituzionalizzazione del parto***

In Europa il modello biomedico del parto risale alle origini della professione medica durante l'era dell'Illuminismo (XVII sec), quando il corpo riproduttivo e il parto sono iniziati a essere considerati come eventi potenzialmente patologici e progressivamente le ostetriche sono sostituite da medici maschi (Van Hollen 2003a). Le donne incinte sono state allora costruite come 'pazienti' e il loro corpo diventa l'oggetto dello 'sguardo medico' (Foucault 2007).

In India, l'introduzione di questo modello risale al periodo coloniale, quando il governo inglese ha messo in discussione lo status delle donne indiane attraverso diverse riforme volte

alla loro emancipazione. Come evidenzia Clémence Jullien (2015) nel suo articolo sul parto in India, “[s]ous l’ère coloniale, le processus d’institutionnalisation médicale de la santé materno-infantile impliquait d’importants enjeux politiques et idéologiques. Aux yeux des autorités britanniques, la santé maternelle indienne révélait, tel un kaléidoscope, une infinie combinaison de réformes sociales et de justifications coloniales servant à ancrer le retard social de l’Inde et l’avancée britannique en matière de genre et d’hygiène” (2015: 263). In questo periodo, le strategie che hanno permesso d’implementare il parto medicalizzato sono state la formazione d’infermiere, ostetriche e medici<sup>1</sup> come anche delle *dāī māṃ*<sup>2</sup>, che si prendessero cura delle madri e dei bambini e, parallelamente, la costruzione di istituti privati e ospedali che fornissero servizi per la maternità (Hancart Petitet 2007).

Cecilia Van Hollen, nel suo articolo sulla normalizzazione di alcune tecnologie nel parto in Tamil Nadu (2003b) riporta che numerosi studi storici e antropologici hanno esaminato come la biomedicina in India non si sia solo indigenizzata, ma anche strutturata dagli interessi dell’impero e dello stato post-coloniale (Arnold 1993, Jeffery e al. 1989, Lal 1994, Ram 1994, 1998, 2001). “*In the area of reproductive health, issues of gender, race, class, rural/urban residence, caste, and cultural notions of purity and pollution have influenced the ways in which birth has become biomedicalized in India. [...] Because birth has been considered a time of ‘pollution’ that was usually handled in the past by hereditary midwives from low-caste communities, extra efforts and incentives were provided by colonial medical institutions to encourage higher-caste women to enter into the profession of obstetrics to give biomedicine greater respectability. [...] In short, biomedicalized birth in colonial and postcolonial India has developed in ways that reflect that country's unique social, cultural, and political history*” (2003b: 53-4).

In India, fin dall’epoca coloniale, la medicalizzazione del parto è stata promossa

---

<sup>1</sup> Questa strategia fu avviata in tutta l’India grazie al fondo Dufferin nel 1885. “*La National Association for Supplying Female Medical Aid to the Women of India, instaurée en 1885 par la comtesse de Dufferin sous le patronage de la reine Victoria, constitua une étape charnière de médicalisation de l’accouchement en Inde. Renommé par la suite Dufferin Fund, ce programme de santé philanthropique prévoyait de former des sages-femmes selon le modèle allopathique européen de l’époque (Hodges, 2006). Selon la reine Victoria, ce programme était destiné à « remédier aux souffrances des pauvres femmes en Inde » (Forbes, 2005:86). Cela impliquait pour les instigateurs du Fonds Dufferin d’importer en Inde le modèle de santé médical britannique de l’époque, c’est-à-dire un ensemble de savoir-faire et de techniques médicales mais aussi de normes et de valeurs. De tels programmes permirent d’œuvrer pour l’amélioration de la santé des femmes indiennes, d’introduire le système biomédical en Inde et d’asseoir la suprématie des savoir-faire coloniaux face aux pratiques traditionnelles des *dāī*, jugées insalubres. Autrement dit, à l’ignorance et à la cruauté attribuées aux *dāī*, s’opposaient le savoir et le progrès incarnés par le modèle biomédical occidental*” (Jullien 2015: 262). Su questo tema, si veda anche Van Hollen (2003a).

<sup>2</sup> Per approfondire, si vedano per esempio Ahluwalia (2010), Hodges (2006), Van Hollen (2003a).

attraverso un'ottica ospitalocentrica (Jullien 2015). Tuttavia, il parto ospedalizzato ha iniziato a diventare popolare solo negli anni sessanta (Donner 2003) a seguito dei nuovi orientamenti delle politiche sanitarie internazionali e nazionali, e allo sviluppo delle istituzioni di assistenza bio-medica (Jeffery e al. 1989). La salute materna e infantile non è, infatti, stata una priorità del governo dopo l'indipendenza del 1947 e, anche se vari programmi governativi erano stati introdotti per promuovere il parto istituzionalizzato, solo il 33,6% delle donne indiane nel 1998-1999 aveva partorito in istituti (NFHS-2 1998-9). Tuttavia, negli anni 2000<sup>3</sup>, con lo scopo di ridurre la mortalità materno-infantile, l'implementazione della medicalizzazione del parto è diventata una delle priorità per lo stato indiano, il quale istituisce sotto il *National Rural Health Mission* (NRHM) due programmi che sono risultati decisivi<sup>4</sup> (Jullien 2015). Il primo, *Janani Suraksha Yojana* (JSY), inaugurato nel 2005, prevede di indennizzare economicamente tutte le donne che si recano in ospedale per partorire o per essere sterilizzate. Il secondo *Janani Shishu Suraksha Karyakram* (JSSK), inaugurato nel 2011, offre assistenza gratuita durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale in tutte le istituzioni pubbliche, sia rurali che urbane.

Nella regione del Kacch, la svolta degli anni 2000 ha coinciso con l'avvento del terremoto del 26 gennaio 2001 e con la conseguente ricostruzione che ha richiamato numerose ONG internazionali<sup>5</sup> e locali<sup>6</sup>. In particolare, gli interventi nel settore medico si sono organizzati in tre stadi: una prima fase di soccorso, una seconda di recupero e un'ultima fase di transizione con l'istituzione di programmi a lungo termine, dove la salute materna ha ricevuto una particolare attenzione (KNNNA, GSDMA e UNDP 2002). Durante il periodo post-terremoto, gran parte della popolazione è entrata in contatto e ha iniziato a far affidamento al sistema bio-medico, in particolare nella zona urbana di Bhuj, che ha ospitato il più gran numero di ONG della regione (KNNNA, GSDMA e UNDP 2002). La grande partecipazione finanziaria di agenzie internazionali ha promosso una veloce ricostruzione

<sup>3</sup> Il 2000 è stato un anno di svolta a seguito dell'introduzione degli otto *Millennium Development Goals* (MDGs), che includono la riduzione della mortalità infantile (obiettivo 4) e il miglioramento della salute materna (obiettivo 5). Concentrandosi in particolare sulla salute materna e infantile, il governo indiano intende anche rompere con un precedente obiettivo di pianificazione familiare (Jullien 2015).

<sup>4</sup> In Gujarat si passa nel 1992-3 al 36,8% di parti istituzionali (contati tra gli ultimi due parti nei tre anni precedenti la ricerca tra tutte le donne sposate) (NFHS-1 1992-3), al 46,3% nel 1998-9 (NFHS-2 1998-9), il 54,6% nel 2005-6 (NFHS-3 2005-6), al 88,7% nel 2015-6 (NFHS-4 2015-6). Come si può notare, l'aumento coincide con l'applicazione dei programmi governativi a partire del 2005. Purtroppo, per la regione del Kacch è disponibile solo il tasso di parti istituzionali del 2015-6 che ammonta al 82,7% (NFHS-4 2015-6).

<sup>5</sup> Alcune ONG internazionali che hanno partecipato alla riabilitazione del Kacch, sono state: UNICEF, WHO, *Oxfam*, *Save the children*, *UNFPA*, *Ficci Care*, Croce Rossa Italiana, *Catholic Relief Services*, *Aga Khan Foundation*.

<sup>6</sup> Tra cui *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS).

delle infrastrutture e strutture, come la loro implementazione e modernizzazione. In particolare, l'ospedale governativo<sup>7</sup> è stato completamente ricostruito grazie all'aiuto tecnico ed economico del governo neozelandese<sup>8</sup>. Inoltre, il processo di ricostruzione della regione ha favorito un'importante implementazione delle infrastrutture e, di conseguenza, un'accelerazione dei processi di globalizzazione (Tambs-Lyche e Sud 2015). Questi fattori hanno consentito un'efficace applicazione dei diversi programmi per la salute materno-infantile, promuovendo parallelamente un'accettazione della medicalizzazione del parto. Infatti, solo le donne più anziane (60/70 anni) hanno partorito la maggior parte dei figli in casa, mentre tra quelle di 50/40 anni era comune l'idea di partorire il primo figlio in ospedale e gli altri in casa. L'istituzionalizzazione del parto è stata invece normalizzata tra le donne della generazione più giovane (20/30 anni) che hanno partorito dopo il terremoto e non prendono più in considerazione altro luogo oltre quello ospedaliero. Tuttavia, come emerge dal prossimo paragrafo, l'ospedale non è necessariamente considerato come il luogo migliore per partorire.

### *L'ospedale come luogo inospitale*

Nonostante a Bhuj il parto in ospedale sia diventato la normalità, questo cambiamento di luogo non ha diminuito le preoccupazioni delle donne, ma al contrario le ha aumentate. L'ospedale non era, infatti, sinonimo di sicurezza e cura, ma era piuttosto pensato come un sito dove alle donne è negata una gestione autonoma del proprio corpo, nonché l'appoggio familiare. Clémence Jullien (2016), nel suo articolo "*Des parturientes bien embarrassantes: la hiérarchie médicale indienne à l'épreuve*" descrive come in ospedale le pazienti si trovino alla base della piramide gerarchica del potere, posizione che impedisce loro di avere un'*agency* nello svolgimento del parto e nella scelta delle pratiche effettuate sul loro corpo. Anche a Bhuj, nel corso delle osservazioni in ospedale, il personale medico non avvertiva mai le donne dell'andamento del parto, delle loro condizioni di salute o di quelle del bambino. Nel reparto di maternità dell'ospedale governativo (Figura 1), alcune donne mi hanno anche chiesto di tradurle la cartella medica, redatta sempre in lingua inglese, per conoscere alcuni

---

<sup>7</sup> Prima del terremoto, l'ospedale governativo si trovava vicino a *Sarpat Gate* e le sue rovine sono state preservate in segno di memoria. In seguito, il cambio di sede in una zona più spaziosa ha permesso di ampliare la struttura (300 letti) e di applicare per la prima volta in India a una struttura ospedaliera le nuove tecnologie antisismiche. Nel 2009, l'ospedale è acquisito dall'*Adani Group* sotto un partenariato pubblico-privato (PPP), che implementa nuovamente gli spazi (750 letti), le attrezzature e lo trasforma in un ospedale universitario.

<sup>8</sup> Il governo della Nuova Zelanda ha contribuito con 150.000 dollari al progetto, mentre il resto proveniva dal governo indiano, per una spesa totale di 1 miliardo di Rupie.

dettagli della propria salute, del parto (es. perché avevano avuto un cesareo) o per sapere quando sarebbero state dimesse. Una donna mi ha anche chiesto di avere informazioni sulle condizioni di suo figlio, che non aveva più visto dopo il parto avvenuto due giorni prima. Se da un lato questa situazione era maggiormente visibile tra le donne di bassa estrazione sociale che non erano familiari con la lingua inglese, era comunque presente nelle narrazioni delle interlocutrici che provenivano da uno strato sociale più agiato: la mancanza di un sapere specializzato medico-scientifico poneva le pazienti alla base della gerarchia ospedaliera.

Ogni paziente ha l'opportunità di portare un'accompagnatrice, per lo più una familiare o una *dāī māṃ*, la cui presenza consente di soddisfare i bisogni primari, come essere accompagnate in bagno o comprare le medicine. Allo stesso modo, questa figura è considerata dal personale medico responsabile del comportamento della partoriente: deve tenerla ferma se si muoveva troppo, zittirla se urlava e pulire se sporcava in giro, adempiendo anche a compiti riservati alle infermiere e alle inservienti. Questa pratica non dipende da una mancanza di organico, ma dalla volontà del personale sanitario di evitare il più possibile un contatto diretto con le pazienti (Jullien 2016). Per questo motivo molte *dāī māṃ* continuano a essere chiamate per assistere le donne in ospedale probabilmente perché i familiari, come la suocera (*sāsu māṃ*), preferiscono non compiere queste azioni in una situazione di asservimento e in un ambiente impuro (*aśuddh* o *napāk*) nel doppio senso igienico e religioso. L'ospedale era, infatti, considerato come un luogo impuro (*aśuddh*) dove è facile ammalarsi, data l'alta presenza di germi e malattie e, per questo motivo, era comune, sia tra gli uomini che tra le



**Figura 1** - Uno dei tre reparti di maternità dell'ospedale governativo (luglio 2017).  
Foto: L. Gentile.

donne, coprirsi il naso e la bocca con una sciarpa o un fazzoletto quando si passava in alcune zone particolarmente ‘rischiose’, come la sala d’aspetto, il pronto soccorso o i bagni.

Le osservazioni condotte negli ospedali mi hanno portato a considerare il parto come un momento di separazione ‘corpo-identità’, nozione sviluppata in alcuni studi antropologici (Davis-Floyd 1994, Kitzinger 1997, Martin 1992), come conseguenza della manifestazione dei rapporti di potere del personale medico sulle partorienti (Hancart Petitet 2007). Se durante la prima fase del travaglio, le pazienti sono solitamente lasciate camminare liberamente nel reparto, appena erano condotte in sala parto perdono ogni possibilità di controllo del proprio corpo. Nell’ospedale governativo questa sala è composta da tre lettini corti, quasi sempre occupati da una donna in travaglio o in osservazione (Figura 2). Mentre le partorienti sono sdraiate sui lettini, con le accompagnatrici accanto in piedi, il personale medico aspetta passivamente che inizi la fase di espulsione. Il parto si delinea come un’esperienza collettiva: osservate dalle infermiere e le ostetriche, spesso circondate da altre due partorienti e dalle loro accompagnatrici, le donne non hanno le condizioni per condurre quest’atto nell’intimità. D’altra parte, questo non era considerato problematico, in parte perché anche i parti in casa erano tradizionalmente caratterizzati da una partecipazione collettiva femminile, ma in particolare perché l’ospedale era considerato come un luogo dove il corpo della donna era reso pubblico<sup>9</sup>.

Quando un dottore entrava in sala parto, eseguiva i controlli vaginali per stabilire la



**Figura 2** - La sala parto dell’ospedale governativo (luglio 2017). Foto: L. Gentile.

<sup>9</sup> Si consideri per esempio le visite ginecologiche esposte nel capitolo precedente.

fase del travaglio e le condizioni in cui si trovavano le donne, e dava qualche indicazione alle infermiere. Durante la fase d'espulsione, l'ostetrica con piccoli schiaffi guidava la donna affinché si mettesse nella posizione raccomandata, con le gambe sollevate, e la incitava verbalmente a spingere. Dato che le urla erano considerate nuocere alla salute della partoriente, poiché si teme che la placenta sia spinta fino ai polmoni o alla gola e la soffochi, la donna è istruita a emettere meno rumore possibile. Se nei parti in casa, i familiari e le *dāī māṃ* reagivano ai gemiti e alle urla prendendo in giro la partoriente (Hancart Petitot 2007), in ospedale il personale medico rispondeva con ammonizioni verbali violente (Jullien 2016). La partoriente doveva mostrare la propria docilità non disturbando l'ambiente, partorendo il più velocemente possibile e senza complicazioni e se trasgrediva una di queste prescrizioni, si attirava l'ostilità del personale medico.

L'episiotomia era praticata come routine nelle nullipare e al secondo/terzo parto successivo, mentre era raramente praticata sulle altre pluripare, considerate avere un perineo meno incline a lacerarsi<sup>10</sup>. Appena nato, il bambino era allontanato dalla madre per essere pulito e controllato, mentre un'altra ostetrica si occupava della donna durante il secondamento della placenta e cuciva il perineo. La puerpera era allora tenuta in osservazione in sala parto per almeno due ore, mentre il neonato era lasciato nel nido, impedendo alla madre di vedere il figlio prima di diverse ore, quando si sarebbe cercato di avviare l'allattamento. La separazione avveniva perché il neonato era considerato come un paziente a sé stante, non connesso alla madre, e come tale era sottoposto al controllo diretto del personale sanitario. Questo accadeva sia nell'ospedale governativo che in quello privato oggetto di studio, dove per esempio l'ostetrica si era rifiutata di comunicare il sesso del nascituro alla madre, adducendo come scusa che aveva già aspettato nove mesi e che quindi poteva attendere ancora qualche ora.

Le donne compivano tuttavia una distinzione tra gli ospedali privati e quelli governativi, valutati offrire servizi ed esperienze relativamente diverse. Se da un lato la deprivazione del proprio corpo era considerata dalle donne una componente caratteristica del sistema bio-medico, e quindi applicata in egual modo in entrambi gli istituti, gli ospedali governativi erano considerati proporre servizi, attrezzature e personale di minore qualità. Per questo motivo, anche le famiglie meno abbienti preferivano indebitarsi per offrire alle

---

<sup>10</sup> “Not in every delivery: 100 percent in first delivery or second delivery and after 3-4 deliveries it is usually not needed. And if you feel like there is stretching on the perineum more distress, then we give a little short cut or something because it's very difficult to suture irregular tear... irregular injury, irregular tear and sometime will be tear near urethra also so that will give more bleeding and everything so this regular cut is better”. (Doctor, 29 maggio 2018).

partorienti, in particolare in caso del primo figlio, dei servizi privati<sup>11</sup> che a loro parere avrebbero favorito la nascita di un bimbo in salute. In effetti, le donne non avevano generalmente fiducia nelle scelte e nelle decisioni prese dal personale medico dell'ospedale governativo, poiché consideravano che la gratuità dei servizi fosse sinonimo d'incompetenza<sup>12</sup> (Chasles 2009, Jeffery e Jeffery 2010). Inoltre, dato il generale rifiuto delle tecnologie riproduttive, che sarà trattato nel prossimo paragrafo, le donne pensavano erroneamente che gli ospedali privati avrebbero offerto loro più margine di controllo.

La scelta del luogo era considerata una decisione fondamentale per il benessere della madre e del bambino, ma raramente la partoriente o il marito hanno voce in capitolo. Solitamente sono la madre (*māṃ*) o la suocera (*sāsu māṃ*) della futura madre che determinano quale istituto considerare secondo le condizioni della gravidanza (nullipara/pluripara, attesa di un maschio, precedente parto cesareo etc.) e le possibilità finanziarie famigliari<sup>13</sup>.

### *Nascite controllate e accelerate*

Oltre a essere un luogo insospitale, gli ospedali o le cliniche bio-mediche esponevano maggior parte delle donne al rischio di dover subire un cesareo, che, come altre tecnologie mediche, è considerato alterare il corpo femminile, la sua salute e futura fertilità. I dottori sminuivano i timori delle donne, definendole superstizioni o credenze popolari causate dall'ignoranza, il che portava a non riconoscere le ragioni che motivavano le donne a recarsi in ospedale per i controlli dopo gli interventi o le paure che sorgono direttamente durante il travaglio. Per esempio, nel corso di un'osservazione nell'OPD ginecologico dell'ospedale governativo, una donna all'ottavo mese, che era alla sesta gravidanza di cui tre cesarei, ha pregato la dottoressa di partorire perché aveva il timore che i dolori che provava le avrebbero fatto aprire i punti. Secondo lei, il ricettacolo della gestazione (*garbh*) indebolito dai precedenti tagli, non avrebbe potuto resistere a portare a termine quest'ultima gravidanza. La dottoressa non ha accolto questa paura, ma l'ha sminuita affermando che era normale sentire

<sup>11</sup> Per la regione del Kacch, le statistiche del *National Family Health Survey – 4* (2015-6) mostrano tuttavia una grande disparità tra il ricorso a istituti pubblici in territorio rurale (42,8%) e urbano (28,5%), probabilmente a causa della bassa presenza di cliniche o ospedali privati al di fuori degli spazi cittadini.

<sup>12</sup> Durante la ricerca sul campo, a causa della morte di 111 neonati nel corso di cinque mesi, l'ospedale governativo è stato accusato d'incompetenza da numerosi giornali. Questo scandalo ha fatto aprire un'inchiesta sulle condizioni in cui erano condotti i parti, anche se la responsabilità è stata scaricata sullo stato di malnutrizione in cui arrivavano le donne, che portavano a partorire dei neonati deboli. Ancora una volta, l'ignoranza e l'irresponsabilità delle donne sono utilizzate per giustificare un sistema fallace (Jullien 2015).

<sup>13</sup> Per un'analisi della scelta del luogo del parto, si veda Hancart Petitot (2007).



tanto dolore, poiché dopo così tanti cesarei l'utero può incollarsi agli altri organi. Questa spiegazione trasmetteva il biasimo verso la donna che ha oltrepassato il numero di parti cesarei consigliati (massimo tre) e che ora ne doveva pagare le conseguenze, sopportando il dolore.

Il parto cesareo comportava per il personale medico diversi vantaggi, che ne spiegavano da un lato l'alto tasso<sup>14</sup> e parallelamente il timore diffuso tra le donne di subirlo. Secondo le mie interlocutrici, oltre a essere più redditizio, e di conseguenza molto dispendioso per le famiglie che si recavano in una struttura privata<sup>15</sup>, ricorrere a questa pratica consentiva ai dottori di velocizzare i tempi del travaglio, ridurre i rischi di complicanze e diminuire il numero di gravidanze. In effetti, alcune interlocutrici hanno verbalizzato il timore che l'aumento dei cesarei sia auspicato dal personale sanitario anche in un'ottica contraccettiva. Dato che è consigliato non fare più di tre cesarei, imporre a una nullipara quest'operazione le impedirebbe di avere una famiglia numerosa. Opponendosi al cesareo, le donne criticavano parallelamente il sistema di pianificazione familiare e rivendicavano la possibilità di decidere liberamente il numero dei figli. Infine, compiere un cesareo consentiva al dottore di avere il pieno controllo del corpo della partoriente che è così reso docile, non solo nel presente ma anche nel futuro, favorendo una maggiore familiarizzazione con le pratiche biomediche e a una sensibilizzazione ai nuovi comportamenti familiari (Jullien 2015)<sup>16</sup>.

Data l'importanza del parto vaginale, definito oltretutto come 'normale' (*normal*)<sup>17</sup>, le donne a termine ricorrevano spesso a dei metodi naturali per indurre il travaglio, come l'ingestione di olio di ricino (*castor oil*)<sup>18</sup>. Queste pratiche erano solitamente consigliate anche dallo stesso personale medico, che al contempo avvisava la donna che era prevista

<sup>14</sup> Secondo i dati del *National Family Health Survey - 4* (2015-6) il tasso dei cesarei nel Kacch urbano è del 11,2% in tutte le strutture e del 15,8% negli istituti privati. Questo tasso è molto basso rispetto a quello del Gujarat urbano, che arriva al 27,8% in tutte le strutture e al 33,9% in quelle private, portando a supporre che i timori delle donne derivino più da un rifiuto della pratica che dalla sua grande diffusione.

<sup>15</sup> Il costo di un cesareo in una struttura privata parte dalle 30 000 Rupie (375 €) e molte famiglie sono quindi obbligate ad indebitarsi in caso un parto vaginale non possa essere portato a termine.

<sup>16</sup> Il taglio cesareo necessita un'assistenza medica prolungata, che obbliga le donne non solo a rimanere dei giorni in ospedale, ma anche di ritornare nei mesi seguenti. Queste occasioni permettono molto spesso al personale medico di convincere le donne a utilizzare qualche dispositivo contraccettivo, consentendo un maggiore controllo della fertilità.

<sup>17</sup> Si veda il capitolo 4.

<sup>18</sup> Mi sono state riportate esperienze contrastanti legate all'ingestione di olio di ricino. Seppur molte donne con cui ho parlato lo abbiano provato, pare abbia fatto effetto solo su un piccolo numero, mentre non ha portato nessuna conseguenza a molte altre. Tuttavia, vi sono stati anche alcuni casi in cui ha originato una forte diarrea, attirando il biasimo del personale sanitario. Per questo motivo, le *dāi māṃ* sono solite sconsigliarne l'utilizzo, preferendo che il travaglio si attivi spontaneamente.

un'induzione artificiale o un cesareo, subito oltre la data presunta del parto<sup>19</sup>. Come ha affermato la dottoressa a capo di una clinica privata rinomata (intervista del 29 maggio 2018), attendere oltre equivale a correre un rischio e lei non voleva assumersi questa responsabilità<sup>20</sup>. Lo stesso accadeva nel corso del travaglio: se la dilatazione non rispettava determinate tempistiche i dottori non esitavano a ricorrere alla tecnologia medica che hanno a disposizione. Col timore di dover subire questi interventi, già nelle settimane precedenti le donne cercavano di lavorare il più possibile, di camminare, di ingerire determinati alimenti per stimolare il proprio corpo ad aprirsi velocemente e a far uscire il bambino. Le donne stesse, spinte dalla paura di subire il cesareo, evidenziavano la necessità di accelerare il travaglio e giunte in ospedale, finché non sono in sala parto sotto il controllo continuo del personale medico, camminavano e si muovevano per 'far scendere il bambino' (*baccā nīce ā jānā*).

La grande attività di autocontrollo e di preparazione del corpo che le future madri attuavano nel corso della gravidanza e nel post-parto, così come l'*agency* che dimostravano in molte scelte relative alla propria salute riproduttiva, si scontravano con la totale inattività nel corso del parto. Quando la partoriente entrava in sala parto e si sottoponeva al controllo del personale medico, perdeva ogni possibilità di gestire il proprio corpo. Docili allo sguardo medico, le donne non reagivano a nessun rimprovero o violenza e non si opponevano a nessuna pratica. Per questo motivo, le narrazioni delle mie interlocutrici si concentravano spesso solo sull'inizio del travaglio e dopo sull'incontro con il neonato, mentre il è raccontato

---

<sup>19</sup> Secondo le *dāī māṃ* che ho incontrato, questa data è calcolata in anticipo dal personale sanitario in modo da poter prescrivere un più alto tasso di cesarei per gravidanze oltre al termine. Come ha confermato una dottoressa a capo di una clinica privata (intervista del 29 maggio 2018), è probabile che negli ospedali non si prenda il rischio di attendere oltre i nove mesi, ovvero quaranta settimane, anche se una gravidanza fisiologica può raggiungere anche la quarantaduesima settimana. Inoltre, mi è capitato, nel corso delle osservazioni, di notare che alcune date erano calcolate alla trentaseiesima settimana. Al contrario le *dāī māṃ* sono considerate dalle donne le uniche che possono affermare con certezza la data precisa dell'inizio del travaglio, evitando un'induzione artificiale del parto.

<sup>20</sup> "L: Why did you say that there was a change, now you do more caesarean than before? W: Yes. Tolerance of patients, sometimes medical reasons, sonography reports has become very clearly, sometime there is less water like position is there, but chords around neck are there so in that patient there are more chances to foetal distress so to prevent that complication we do caesarean. And now doctors also know they are no waiting too much, not taking risk also for baby. L: Also ladies they cannot take so much pain? W: Yeah tolerance is less. L: Why? W: Just generation changing sometimes we advice them caesarean they refuse also. They go away also 'I don't want caesarean, give me this child and I will go' and they go other hospital or public hospital sometimes they deliver normally with long waiting sometimes they go for caesarean sometimes they deliver a stillborn child also because of lots of waiting and distress, that happen some time. And for caesarean everybody's conclusion, everybody's judgment is different, sometimes I tell this patient will require caesarean somebody will tell no she will deliver normally also that is always there. L: What is the difference? W: There is some experience, maybe, because I don't want to take high risk to the baby because sometimes we take high risk then baby will suffer then we have to transfer baby to the paediatricians, sometimes baby will take long to recover also so that type of problem we avoid. That is why caesarean rate has increased." (Doctor, 29 maggio 2018).

in modo passivo. Come ha evidenziato una donna di origine bengalese, sono le infermiere (*nurse*) che si occupano di tutto, tu non devi fare niente.

Le osservazioni condotte nelle sale parto, sia dell'ospedale governativo che in quello privato, mi hanno fatto incontrare partorienti apatiche e passive, che si sforzavano di non farsi sentire e di non attirare il biasimo del personale sanitario. La nozione di separazione "corpo-identità" presentata da diversi studi (Davis-Floyd 1994, Kitzinger 1997, Martin 1992), è appropriata in questo contesto e manifesta le relazioni di potere tra personale sanitario e le pazienti, che sono imposte anche con l'utilizzo della tecnologia. In particolare, il recente utilizzo in sala parto della cardiocografia (CTG) anche per tutta la durata del travaglio, aumentava l'alienazione delle donne.

Tutte queste esperienze radicavano nelle donne l'idea che il sistema bio-medico, anche se efficace e propone rimedi rapidi, sia una pratica che creava situazioni di disagio, vergogna e violenza. Anche se le donne non reagivano sul momento, a posteriori costruivano narrazioni che accusavano determinate azioni e pratiche del personale sanitario che le hanno impedito di vivere un parto 'normale'. In particolare, temevano che le iniezioni di ossitocina che sono molto spesso eseguite all'inizio del travaglio per accelerarlo, siano in verità degli analgesici che riducendo il dolore, ritardavano l'uscita del bambino. Tutte le tecnologie utilizzate durante il parto sono considerate interferire con il suo svolgimento fisiologico, unico andamento che può manifestare pienamente la forza femminile (*śakti*) delle donne. Tuttavia, quest'aspettativa si scontrava con quella del personale sanitario, che ha la responsabilità della gestione della salute della madre e del bambino, e lo considerava più al sicuro fuori dall'utero che dentro. Le donne cercavano di resistere all'imposizione delle tecnologie mediche, facendosi assistere dalle *dāī māṃ* che, anche se non potevano opporsi all'autorità del personale sanitario, guidavano e sostenevano la donna durante il travaglio, indicandole cosa fare per aumentare le possibilità di progredire velocemente.

Le partorienti mettevano in pratica diverse strategie di resistenza che permettevano loro di evitare l'utilizzo della tecnologia. Per esempio, quando iniziavano i primi dolori, si preoccupavano di capire se si trattava delle doglie o di contrazioni preparatorie, poiché se si recano troppo in anticipo in ospedale, avevano più possibilità di subire qualche intervento. Una delle tecniche proposte dalle *dāī māṃ* per capire la differenza tra i due tipi di contrazione, consisteva nell'ingestione di caffè o tè (*cāy*): se si trattava di doglie queste sostanze consentivano di accelerare il travaglio, in caso contrario bloccano il dolore. Nel suo articolo sulla normalizzazione dell'induzione del parto, Cecilia Van Hollen (2003b) presenta una tradizione simile diffusa in Tamil Nadu, dove delle misture di erbe, chiamate *kasayam*,

sono preparate per stimolare le doglie. Prese sia nel corso degli ultimi mesi di gravidanza per preparare il corpo, se sono ingerite quando si presentano i primi dolori, permettono di capire se si tratta delle vere contrazioni. Secondo l'autrice, l'uso diffuso di *kasayam* e altre medicine fatte in casa per indurre il travaglio sembrano aver favorito l'accettazione di farmaci biomedici usati con lo stesso intento. Come evidenzio più avanti, lo stesso non accade a Bhuj, dove la sfiducia verso i medici e le tecnologie riproduttive porta le donne a considerare in modo negativo le loro pratiche.

L'istituzionalizzazione del parto non ha, infatti, condotto a un'uniforme accettazione della bio-medicalizzazione, la quale è respinta per l'alto interventzionismo. Le mie interlocutrici hanno manifestato una grande sfiducia nei confronti delle pratiche e delle decisioni del personale sanitario che, a loro parere, non tenevano conto del benessere della madre e del bambino, ma solo del proprio interesse. In particolare, alcune donne hanno apprezzato la presenza dei dottori maschi, i quali risultavano più attenti nei confronti dei loro timori e delle loro richieste, mentre il personale femminile sembrava avere un atteggiamento più paternalista nei confronti delle partorienti e delle accompagnatrici.

Per concludere, le osservazioni negli ospedali evidenziano la prevalenza di un modello tecnocratico di parto, già predominante nell'ostetricia occidentale dove è criticato per l'imposizione di pratiche inappropriate e intrusive da alcuni autori (Davis-Floyd 1994 e 2001, Davis-Floyd e Sargent 1997, Ginsburg e Rapp 1995, Jordan 1993, Kitzinger 1997, Martin 1992). Facendo riferimento ad alcuni di questi autori diversi autori, nella sua tesi sulla nascita in Tamil Nadu, Pascale Hancart Petitot evidenzia come: *“l'ensemble des restrictions imposées aux patientes (interdiction de boire et de manger, absence de mobilité, obligation de la position en décubitus dorsale) sont vues aussi par ces auteurs comme des illustrations de l'assujettissement du corps féminin par l'institution biomédicale. Ceci, ajouté à la faible ou absente participation des patientes au processus décisionnel concernant les modalités de leur accouchement, est vu comme la manifestation des rapports de domination (du corps de la femme) par le pouvoir médical (souvent représenté par les obstétriciens hommes). Selon ces auteurs, l'accouchement en milieu biomédical s'apparente à un processus de réduction du corps enceint à 'une machine à accoucher'”* (Hancart Petitot 2007: 250). In un'ottica capitalistica, il corpo-macchina della donna può allora essere ottimizzato, accelerando il processo di espulsione. Seppur questa visione sia molto criticata dalle donne, come vedremo nel prossimo paragrafo, l'incorporazione della modernità (Van Hollen 2003b, Jullien 2015) fa sì che non abbiano altra possibilità che sottoporsi a questa esperienza.

*Sulla necessità di partorire con dolore*

Dal diario di campo, 29 agosto 2018. Mi sono recata a casa della *dāī māṃ* Serumasi che si trova nel quartiere industriale di GIDC, ai margini del territorio urbano, dove vive con la figlia nella casa appena costruita grazie a un progetto di riabilitazione degli *slums* locali. A causa della sua età, ormai l'anziana *dāī māṃ* lavorava poco, ma continuava a essere visitata da alcune donne per avere il rimedio contro l'infertilità o per farsi sistemare la *pecoṭī*. Quel giorno, l'incontro con una donna di origini bengalesi venuta in visita mi ha aperto a una riflessione sull'importanza simbolica del dolore nell'esperienza del parto:

“Vado della *dāī māṃ* Serumasi e lì incontro una donna che mi racconta la sua storia. Viene dal Bengala occidentale, ha venticinque anni e ha tre figli. È venuta qui, a Bhuj, undici anni fa per sposarsi e ha avuto la prima figlia quando aveva quattordici anni. Al primo parto era con la suocera e sono andate all'ospedale pubblico. Ha avuto un parto normale. I primi dolori li ha avuti alle nove di sera e alle quattro del mattino è nata la bambina che però era molto debole (*kamjor*) perché nella pancia c'era molta acqua (*pānī*) e quindi non aveva molto spazio. In ospedale è rimasta con la suocera e due infermiere (*nurse*), di cui una le spingeva la pancia (Manovra Kristeller) e l'altra stava sotto. Il dottore le ha fatto un controllo quando è entrata in ospedale e poi è tornato solo alla nascita della bimba per controllarla. Tutto il resto è stato gestito dalle infermiere. Per far scendere il bambino, per velocizzare la nascita ha potuto camminare. Dice che non si fanno iniezioni di antidolorifici, anzi se non hai dolore ci sono delle iniezioni apposta per farti sentire il dolore: senza il dolore non si partorisce. All'inizio c'è poco dolore, poi durante il parto deve esserci tanto dolore: dio ci ha dato la forza (*tākat*), bisogna affrontarlo. Solo dopo ti danno la medicina per avere meno dolore<sup>21</sup>. Se non hai dolore devi fare il cesareo. ‘*Allāh* ha dato la forza (*tākat*) alle donne’. Se avesse dato agli uomini la possibilità di sentire questo dolore, non farebbero figli<sup>22</sup>”.

A Bhuj, le donne che ho incontrato associavano il dolore, chiamato in inglese *pain* o in *hindī dard*, alla nascita del bambino, il quale le permetteva di avere un parto ‘normale’. Accogliere il dolore consentiva di lasciare libero corso alle contrazioni e di conseguenza permettere al bambino di nascere senza alcuna assistenza. L'intensità del dolore guidava le partorienti nel corso del travaglio e le consentiva non solo di gestire l'esperienza ma di seguire

<sup>21</sup> Fa riferimento a delle iniezioni di ossitocina somministrate dopo l'uscita del neonato, che favoriscono il secondamento della placenta.

<sup>22</sup> 29 Agosto 2018.

i propri ritmi. L'arresto del dolore equivaleva a interrompere l'andamento fisiologico del parto, rendendo necessari degli interventi più intrusivi. La concezione della necessità del dolore sostenuta dalle donne, è appoggiata anche da una dottoressa dell'ospedale governativo (intervista del 26 giugno 2018), che ha messo in evidenza come nelle cliniche private il grande uso di analgesici comporti dei ritardi nel travaglio che rendono necessario il parto cesareo.

Come evidenzia Cecilia Van Hollen nel suo articolo sulla normalizzazione dell'induzione del parto in Tamil Nadu (2003b), nella società indiana la maternità è associata alla sofferenza e al sacrificio, ed è attraverso queste due qualità che la donna può acquisire potere. *“For women who do not have a great deal of economic or political clout within their families and communities, motherhood is the primary mode through which they have access to some form of power. Because most of the women I met did not work outside the home during their reproductive years, motherhood was indeed the main route to status. And because sakti was associated with a woman's ability to suffer nobly the pain of birth, that pain was an important ingredient in women's self-conception of the powers of motherhood. Many women told me that it was because of their śakti that they could withstand the intensified pain of oxytocin-induced labor. Their ability to withstand this increased pain was a sign that they indeed had śakti. Furthermore, some women went so far as to say that the oxytocin-induced pain increased their śakti. Induction was therefore represented in a highly positive light in terms of its contribution to cultural constructions of women's power”* (2003:58).

Le narrazioni delle interlocutrici attestano nel corpo femminile la presenza di *śakti*<sup>23</sup>, forza o energia vitale che consente al corpo di sostenersi e di muoversi, che è contenuta nell'acqua femminile (*aurat kā pānī*) o nella *pecoṭī*. Oltre questa lettura anatomica e fisiologica locale, nella letteratura *hindūista* questo termine è uno dei nomi della Dea (*Devī*) e rappresenta il principio attivatore della vita, il principio del cambiamento senza fine che è sia celebrato che temuto (Van Hollen 2003b). Nelle donne, la *śakti* si manifesta come potere rigenerativo ed essendo posseduto solo dal genere femminile, ne diventa un loro tratto caratteristico. Come ha messo in evidenza la donna bengalese citata più in alto, gli uomini non avrebbero la forza di affrontare questa sofferenza che è il parto.

Sul piano fisiologico come su quello filosofico-religioso, la *śakti* si lega al potere riproduttivo femminile, permettendo alle donne di concepire e di far nascere una nuova vita. In questo senso, la debolezza (*kamjorī*), uno dei sintomi che caratterizzano molti malesseri

---

<sup>23</sup> *“The term śakti stems from the Sanskrit root śak-, ‘to have power to effect’, with a suffix -ktin, indicating the feminine gender. In general, the term refers to power, strength, or energy. In the religious context, Śakti stands for the Goddess (Devī), or the powers of the deities”* (Timalsina 2010: 843).

esposti in questo testo, è una condizione che permette di manifestare le sofferenze femminili che risuonano tanto sul piano fisico che su quello identitario. Partorire ‘normalmente’ diventava un modo per dimostrare il proprio potere e la propria identità di donna, mentre il cesareo rende visibile la debolezza del corpo femminile.

Sebbene le donne fossero costruite come aventi una forza interiore (*śakti*) derivante dalla loro capacità di sopportare il dolore del parto (Van Hollen 2003b), la modernità ha alterato questa capacità. Molte donne associano l'istituzionalizzazione della salute a un degrado globale del corpo dovuto alla modernità (Jullien 2015) che, attraverso l'alimentazione e la bio-medicalizzazione, indebolisce le capacità femminili, riduce la *śakti*. Come affermavano le donne più anziane, “non ci sono più le donne di una volta: le donne di oggi non riescono più a sopportare il dolore e per questo hanno bisogno di partorire in ospedale”. Le pratiche e gli strumenti di cui si avvale la bio-medicina hanno la capacità di risolvere velocemente ed efficacemente i malesseri delle donne, ma ne indeboliscono il corpo e creano dipendenza sul lungo tempo. Secondo le mie interlocutrici, una volta che il corpo si abitua alla medicina, è difficile che possa essere curato in altro modo. Indebolite dai contraccettivi, dall'alimentazione e da altre affezioni personali, le donne si erano costrette a dover partorire in ospedale, dove possono trovare le uniche cure che hanno la capacità di sostenerle in caso la propria energia (*śakti*) non sia sufficiente a far uscire il bambino.

Lo stesso riporta Cecilia Van Hollen (2003b) in Tamil Nadu, dove la normalizzazione dell'induzione del parto è giustificata dalle donne come uno degli effetti della modernità. “*Fraser (1995) has noted a similar kind of discourse in an African American community in the southern United States about the ways in which modernity has transformed bodies of mothers and infants, thereby requiring new forms of maternal and child medical care. Although there is no denying that cultural practices can and do transform bodies, in these cases, such explanations appear to help people make sense of practices often structured in part by political economic constraints that they may not control*” (2003b: 60). Le mie interlocutrici manifestavano la preoccupazione dei possibili effetti negativi dati dalla bio-medicina, vista come uno dei paradigmi della ‘modernità’, cercando di rifiutare le diverse tecnologie proposte, pur utilizzandole in senso pragmatico in caso di bisogno.

Oltre a rifiutare qualsiasi analgesico, che potrebbe rallentare il travaglio, le donne ricusavano anche l'utilizzo di ossitocina durante il travaglio. Anche se le partorienti non riuscivano a opporsi durante il parto alle azioni dei medici, questi argomenti sono riportati nelle narrazioni della propria esperienza a posteriori e servono a ridurre la responsabilità femminile nei confronti di un parto considerato fallimentare a livello fisico come identitario.

In questo caso, un possibile recupero della propria *śakti* era attuato da alcune donne quando, raccontando del proprio cesareo, ponevano l'accento sul numero dei punti di sutura che avevano subito, innalzando questa sofferenza allo stesso livello di quella che avrebbero subito durante il parto 'normale'. Questa pratica potrebbe derivare da quella dell'episiotomia, considerata come un'esperienza comune tra le donne che hanno partorito dal basso (*nīce se*). Non è, infatti, raro che le donne siano a conoscenza della quantità dei punti di sutura, interni ed esterni, applicati sul perineo e ne evidenzino con orgoglio il numero durante i racconti. I dolori che derivavano da questo taglio erano considerati come parte integrante dell'esperienza emancipatrice del parto 'normale' e probabilmente iniziavano a esserlo anche per quelle donne che hanno avuto un cesareo.

## GESTIRE IL CORPO RIPRODUTTIVO: CONTRACCEZIONE E ISTERECTOMIA

*“Una piccola famiglia è una famiglia felice<sup>24</sup>”*

I capitoli precedenti evidenziano l'importanza sociale che ha per una donna manifestare il proprio potere riproduttivo. Il parto è un atto che le permette di avanzare nel processo di soggettivizzazione, acquisendo lo status di madre. Tuttavia, è necessario che la donna sappia gestire il proprio corpo per guidare il progetto di maternità entro determinate tempistiche sociali. Tulsi Patel (1994), nel suo lavoro pionieristico sul comportamento fertile in Rajasthan, evidenzia la presenza di: *“what may be called a socially prescribed fertility career, which regulates the couple's initiation into the reproductive career, the long drawn process of bearing the socially optimum number of children, and putting an end to procreation. An important mode of indigenous fertility regulation is the prevalence of social practices that favour a certain interval between births”* (1994: 172). I limiti della riproduzione erano segnati dal matrimonio: solo all'interno di questa istituzione sociale una donna ha il permesso di riprodursi ed è il matrimonio dei figli che sancisce la fine di questa possibilità. Inoltre, all'interno di questo periodo, bisognerebbe lasciare un intervallo di almeno due o tre anni tra un figlio e un altro, situazione facilitata dall'istituzione dell'allattamento che prevede una lattazione prolungata, e dalla prescrizione di periodi di astinenza sessuale durante determinati momenti, come il post-parto (Patel 1994). Queste pratiche sono considerate utili dalle donne per evitare il concepimento, ma non erano definite come contraccettive.

---

<sup>24</sup> *“Chōtā parivār, sukhī parivār”*.



Oltre a queste pratiche imposte socialmente, la conoscenza del proprio corpo e della propria fisiologia permetteva alle donne di gestire la propria fertilità, scegliendo per esempio il periodo migliore per unirsi al marito. Anche se questo sapere era ampiamente diffuso ed è considerato come il modo migliore per rispettare il proprio equilibrio corporeo, pare poco utilizzato<sup>25</sup>. Le mie interlocutrici, hanno invece mostrato una grande preferenza per le cosiddette contraccezioni ‘moderne’, considerate come le pratiche anticoncezionali per eccellenza.

L’opuscolo messo a punto dalla *Family planning division* del *Ministry of Health and Family Welfare* (s.d.) riporta che la pianificazione familiare è la chiave per la felicità della famiglia: i bambini, in numero limitato (due o tre), sono concepiti almeno due anni dopo il matrimonio, con almeno tre anni di distanza, da una madre di almeno 20 anni. Queste condizioni permettono alla coppia di trascorrere più tempo insieme, consentendo una migliore comprensione reciproca e di dare ai pochi figli che si concepiscono cure migliori, spendendo meno. Lo slogan “una piccola famiglia è una famiglia felice (*Chōtā parivār, sukhī parivār*)”, popolare fin dalle campagne per la pianificazione familiare della metà degli anni sessanta, riassume bene questo messaggio. Nelle immagini usate per la promozione della pianificazione familiare (Figura 3) le famiglie numerose sono presentate come sinonimo di disordine, povertà, degrado, inciviltà. La madre è dipinta mentre non si cura dei figli perché è occupata a cucinare e il padre, vestito all’indiana, non riesce a farsi rispettare dai bambini che litigano. Al contrario, la famiglia piccola è presentata in modo idilliaco, in una casa ordinata, moderna e armoniosa, dove ogni membro della famiglia ha il tempo di dedicarsi ad attività piacevoli e istruttive. Queste immagini veicolano un’immagine stereotipica del confronto tra ‘tradizione’ e ‘modernità’ per trasmettere il concetto che la modernizzazione della società passa attraverso la pianificazione familiare.

Molte interlocutrici erano sensibili a questo discorso, in particolare per quanto riguardava l’educazione. Limitare il numero dei figli permetterebbe, infatti, di potergli offrire un’educazione migliore. Anche tra le classi sociali e le caste più basse era diffusa l’idea che l’educazione scolastica potesse permettere ai figli di avere accesso a condizioni di vita e di lavoro migliore, innalzando lo status e il benessere della famiglia. Dato il costo di mantenimento e le energie da spendere per crescere un bambino, le donne concordavano nei

---

<sup>25</sup> Anche i dati riportati dal *National Family Health Survey – 4* (2015-16) dimostrano un bassissimo utilizzo dei cosiddetti metodi contraccettivi non moderni, ovvero solo il 0,3% in ambito urbano, 0% in ambito rurale, per un totale di 0,1%. Tuttavia, in questo conteggio non sono comprese le pratiche evidenziate in alto, come l’allattamento prolungato, metodi ampiamente utilizzati, ma che non sono considerati come contraccettivi dalle donne.

benefici derivati dal mettere al mondo pochi figli, ovvero tre nella maggior parte dei casi. Quest'ideale, condiviso tra le famiglie di diverse religioni<sup>26</sup> si distanzia di poco dalle preferenze manifestate dal governo indiano, per il quale il numero di figli consigliato è due, idealmente un maschio e una femmina.

Attraverso l'approvazione di diversi schemi per promuovere la pianificazione familiare, il governo sta cercando di spingere le famiglie a mettere in pratica questo ideale, che è spesso ignorato se non si riesce a concepire almeno un figlio maschio. Le ASHA (*Accredited social health activist*) e il personale medico sono dunque incoraggiati a proporre alle donne incinta del secondo figlio una sterilizzazione qualche giorno dopo il parto<sup>27</sup>. In Gujarat, come nel resto dell'India, il ricorso alla sterilizzazione femminile attraverso la legatura delle tube è ampiamente praticato come metodo contraccettivo<sup>28</sup>, anche a causa dell'ampia promozione da parte delle politiche nazionali per la pianificazione familiare. Come



*Figura 3 - Esempio d'immagine che promuove le famiglie piccole.*

<sup>26</sup> Solo una delle donne jain ha espresso il desiderio di non avere più figli dopo il primo, mentre al contrario qualche famiglia musulmana ha mostrato un rifiuto verso i metodi di contraccezione a causa di un'ingiunzione religiosa (Rashid 2010).

<sup>27</sup> In particolare, considerato che le ASHA sono retribuite secondo le loro prestazioni, uno schema promosso nel 2012 assicura loro un pagamento di 1000 Rupie (12,50 €) per ogni coppia che sceglie un metodo di contraccezione permanente dopo il secondo bambino al massimo. L'ammontare di questa cifra è molto alto se si considera che le donne ricevono 600 Rupie (7,50 €) per sottoporsi alla legatura delle tube (NHM 2017).

<sup>28</sup> Secondo il *National Family Health Survey – 4* (2015-6), nel Kacch urbano il 39,2% di donne sposate tra i 15 e 49 anni ha optato per la legature delle tube. Oltre a queste, solo l'8,6% di donne utilizza qualche altro metodo di contraccezione (moderno o no), mentre il restante 52,2% non utilizza nessun metodo.

possiamo spiegare un ricorso così massiccio a questo metodo se consideriamo il rifiuto sociale di altre tecnologie riproduttive come il taglio cesareo?

Le riflessioni sull'uso dell'isterectomia offrono ulteriori elementi di analisi. Nel Gujarat, la rimozione dell'utero e talvolta anche delle ovaie, è un trattamento comune per i disturbi ginecologici (Desai 2015). Al di fuori delle scarse capacità del sistema sanitario di gestire le esigenze di salute ginecologica delle donne, la sofferenza causata da malattie non trattate era il motivo principale che spinge le donne a sottoporsi a un'isterectomia, ed era sostenuta da una percezione culturale dell'utero come unicamente importante per la riproduzione (Desai 2016). La convinzione che quest'organo e le ovaie siano superflue dopo la gravidanza, rivela pregiudizi di genere e una diffusa priorità culturale dell'identità delle donne come madri. Ciò si riflette anche nel sistema sanitario in Gujarat, che si concentra sulla salute materna e infantile piuttosto che su servizi di salute sessuale e riproduttiva. In che modo l'uso di queste tecnologie influenza la percezione della riproduzione e l'identità di genere? Come modellano l'immagine corporea delle donne? Come cambia la conoscenza che le donne hanno del proprio corpo? Scopo di questo capitolo è di presentare i diversi tipi di contraccezione proposti nei centri medici a Bhuj e di analizzare le motivazioni che portano le donne a preferire un metodo rispetto a un altro.

### ***I programmi governativi di pianificazione familiare: una responsabilità femminile***

La storia della pianificazione familiare in India dimostra che la contraccezione è stata intrinsecamente legata ai discorsi sullo sviluppo e la modernità (Luksaitė 2016), che hanno visto il corpo femminile come principale luogo di azione. Fin dal tempo dell'India coloniale<sup>29</sup>, le donne sono state costruite come le primarie consumatrici di tecnologie contraccettive, e i loro corpi come siti di controllo contesi. Alcuni corpi in particolare, ovvero quelli delle donne di casta inferiore e di bassa classe sociale, erano inoltre considerati adottare comportamenti riproduttivi irresponsabili e quindi più bisognosi di interventi contraccettivi (Ahluwalia 2010). L'urgenza che ha fatto della pianificazione familiare uno dei programmi più importanti nei piani quinquennali del post indipendenza, si è sviluppata a seguito della diffusione, a partire della fine del 1800, delle preoccupazioni Malthusiane che vedono la crescita della popolazione alla radice delle periodiche carestie che attraversano l'India (Harkavy e Roy 2007).

Come evidenzia Hodges (2004) nel suo articolo *Governmentality, Population and*

---

<sup>29</sup> Per approfondire la pianificazione familiare e il controllo delle nascite nell'India coloniale, si veda Ahluwalia (2004 e 2010), Hodges (2006 e 2017), Ramusack (1989).

*Reproductive Family in Modern India*, se in un primo momento, attraverso i censimenti, il governo coloniale lavorò secondo il principio che “una grande popolazione è una buona popolazione” (2004: 1159), all'inizio del ventesimo secolo gli economisti indiani iniziarono a rivolgersi alla "popolazione" nel contesto della crescente povertà, vista come il prodotto di un errore coloniale. Questo primo passaggio ha preparato le basi per quello che nella seconda metà del ventesimo secolo divenne il consolidamento e l'ascesa del discorso sulla sovrappopolazione come la principale causa di povertà e ostacolo allo sviluppo sociale ed economico dell'India (*ibid.*). Il terzo passaggio, sostiene l'autrice, ha determinato il problema della sovrappopolazione dell'India come un'emergenza globale, nella quale i tassi di fertilità (anziché la disparità di distribuzione delle risorse, ad esempio) sono stati considerati il principale ostacolo allo sviluppo economico. Di conseguenza, il controllo dei corpi riproduttivi femminili è stato storicamente determinato da programmi di pianificazione familiare il cui scopo principale è stato facilitare lo sviluppo economico, piuttosto che l'autonomia, la libertà e l'*agency* delle donne (Luksaite 2016).

Nel 1952, l'India post-indipendenza fu il primo stato al mondo a lanciare un programma ufficiale di pianificazione familiare con l'obiettivo di ridurre la crescita della popolazione (Visaria, Jejeebhoy e Merrick 1999). Il primo decennio si focalizzò sulla costruzione di cliniche e sulla promozione del metodo di Ogino-Knaus (*rhythm method*) grazie a un'influenza Gandhiana che portava alla preferenza di metodi detti naturali per il controllo delle nascite. Questo primo schema si dimostrò un fallimento e condusse il governo da quel momento in poi a prendere in considerazione solo metodi cosiddetti moderni, come il preservativo, lo IUD e gli spermicidi, ai quali si aggiungono in un secondo momento la pillola contraccettiva<sup>30</sup>, il diaframma e la sterilizzazione maschile e femminile. Dalla metà del 1960 si adotta il cosiddetto approccio ‘caffetteria’, così chiamato perché i singoli individui possono scegliere tra un ampio spettro di metodi di contraccezione (Luksaite 2016). Inoltre, il governo ha istituito *target* e incentivi per favorire l'accettazione della norma della ‘famiglia piccola’ (Satia e Maru 1986), mentre i servizi di pianificazione familiare sono proposti porta a porta. Infine, l'organizzazione di unità mobili ha consentito la diffusione della pratica della sterilizzazione, in particolare quella maschile, attraverso la quale il governo riesce a

---

<sup>30</sup> “*In the 1960s, oral contraceptive pills were distributed through the government hospitals and clinics as part of the cafeteria approach, and in the 1970s the government gave it a name – Mala N and Mala D. Up until today, Mala N continues to be distributed free in government hospitals and through the health workers, while Mala D is available through social marketing organisations at a minimal price (Jacob, 2008[2005]:262)*” (Luksaite 2016: 41).

raggiungere i numeri imposti dai *target* governativi<sup>31</sup> (Harkavy e Roy 2007).

A seguito della crisi economica del 1966, il governo indiano ha rafforzato la sua enfasi nel promuovere l'idea che la crescita della popolazione sia dannosa per il progresso economico, portando a politiche di pianificazione familiare sempre più coercitive (Luksaite 2016). In particolare, durante l'Emergenza<sup>32</sup>, ispirati dal successo delle unità mobili, con i loro pacchetti di incentivi e il coinvolgimento attivo dei funzionari del governo locale, la vasectomia divenne il metodo scelto per attuare sterilizzazioni forzate su larga scala<sup>33</sup>. Gli obiettivi primari delle vasectomie forzate erano persone analfabete, economicamente e politicamente svantaggiate, membri di *scheduled castes* e *tribes* (SC e ST), come anche i musulmani.

Alcuni studiosi esaminano il periodo dell'Emergenza come un momento critico in India, durante il quale la natura del potere, della politica e dell'autorità sono state riconfigurate. Per esempio, Khanna (2009) evidenzia come il corpo docile delle masse che è sterilizzato sia stato ritratto come bisognoso di modernità e sviluppo (Luksaite 2016). Tuttavia, altri studi sminuiscono la violenza e la coercizione di cui il periodo dell'Emergenza è diventata sinonimo, evidenziando come la mancanza di resistenza ai programmi di pianificazione familiare sia stata causata dagli elementi di continuità con il periodo precedente piuttosto che da nuovi fattori (Vicziány 1982, Cohen 2004, Tarlo 2003).

Dopo il dramma dell'Emergenza, gli anni ottanta portano a un ritorno all'approccio della 'caffetteria', offrendo alle coppie una vasta gamma di metodi contraccettivi diversi. Tuttavia, si nota un chiaro spostamento dell'attenzione sul corpo delle donne, come spazio di azione preferito per il controllo delle nascite (Basu 1985), attraverso la legatura delle tube e l'impianto di spirali intrauterine (IUD). Inoltre, il governo inserisce nei programmi di pianificazione familiare un'attenzione verso la riduzione della mortalità infantile,

---

<sup>31</sup> “The so-called vasectomy camps became a major instrument for achieving large numbers of acceptors in short periods of time. During the period of aggressive vasectomy campaigns, India led the world in the number of sterilizations performed, both vasectomies and tubectomies. During his assignment as Home Secretary (1971-73), Narain estimated this number as exceeding 4.6 million, almost half the total performed worldwide” (Harkavy e Roy 2007:311).

<sup>32</sup> Istituita da Indira Gandhi dal giugno del 1975 al marzo del 1977, durante questo periodo furono rinviata le elezioni, mentre i diritti civili e politici fondamentali dei cittadini furono legalmente sospesi.

<sup>33</sup> “The family planning agenda forms an integral part of the Emergency narrative and, in the public memory, the Emergency is still remembered as a time of vasectomies or *nasbandi ka vakt* (Tarlo, 2003). The Emergency is also remembered as a period of bureaucratic “excesses”, when over-zealous bureaucrats, under strong pressure to achieve targets and present results, implemented programmes, especially the family planning one, to an unprecedented extent. A reported eight million people were sterilised, mostly men, and 1,774 people died due to what have been called “family planning excesses” (Rao, 2003: 3452). However, male sterilisation had been a popular method of contraception since the mid-1960s, and over 18 million sterilisations had been performed before the Emergency (Gwatkin, 1979). Nevertheless, it was during the Emergency that the family planning initiative gained unprecedented scope and implemented unprecedented measures” (Luksaite 2016:43-44).

provvedendo all'implementazione di schemi per l'immunizzazione, la nutrizione e la salute dei neonati e delle madri (Luksaite 2016).

Come evidenzia Luksaite (2016) nella sua tesi sulla sterilizzazione in una città del Rajasthan, il processo di liberalizzazione economica degli anni novanta ha portato a una privatizzazione del settore medico, consentendo a compagnie private, ONG e agenzie internazionali di essere coinvolte nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria e della pianificazione familiare. *“Although the International Conference on Population Development in Cairo in 1994 urged governments to abandon coercive measures and targets in family planning and focus on women’s reproductive rights and choices, family planning initiatives continued targeting poor women in India, similarly to other global contexts (Castro 2004, Greenhalgh 2005, Maternowska 2006, Morsy 1995). The adoption of a two-child norm in various states across India<sup>34</sup> in the early 2000s once again illustrates that the concern for women’s reproductive rights, health and choices remains a political discourse, instead of a lived reality”* (2016: 54).

Il rapido panorama della storia delle politiche di pianificazione familiare indiane permette di comprendere il peso storico che alcune pratiche, come la sterilizzazione, hanno nella memoria delle persone<sup>35</sup> e sulla complessa trama di potere che circonda la gestione del corpo riproduttivo femminile. Tuttavia, la regione del Kacch ha una sua particolarità storica in questo panorama nazionale, data dal terremoto del 2001 dove numerose famiglie sono state decimate. All'indomani del disastro, molte donne sterilizzate che avevano perso i propri figli si sono dovute confrontare con la frustrazione di non poter più avviare progetti di maternità: anche se molte donne hanno provato a farsi riaprire le tube<sup>36</sup>, solo una piccola percentuale ha potuto concepire. Grazie alla *dāī māṃ* Hazima, ho incontrato una donna che è riuscita a riaprire le tube e concepire un bambino, dopo aver perso i suoi quattro figli nel terremoto. Nel corso della ricerca ho incontrato alcune donne che hanno vissuto questo evento e hanno sviluppato un rifiuto nei confronti della contraccezione permanente e, anche sul lungo periodo, hanno preferito adottare metodi reversibili.

### ***Scegliere la contraccezione: pillola, preservativo, spirale o iniezioni?***

Nilam Goswami, *brāhmaṇa* e madre di due bambini, si è sposata per amore con un

<sup>34</sup> In Gujarat questa norma fu inserita nel 2005.

<sup>35</sup> Le cui conseguenze sono illustrate nella tesi di Luksaite (2016).

<sup>36</sup> Secondo le donne esistono due tipi diversi di sterilizzazione: quella fatta in alto (*upar se*) e quella fatta in basso (*nīce se*), che è considerata essere reversibile entro i primi cinque anni.

uomo di casta più bassa che da tre anni lavora negli Emirati Arabi come autista. Dopo essere rimasta incinta da giovane, appena dopo il matrimonio, ha provato diversi metodi contraccettivi, ma la sterilizzazione è risultata essere il metodo migliore per gestire il proprio corpo. Nonostante avesse una sola tuba (*tube*), che era stata rimossa a causa di una gravidanza extrauterina, il suo corpo ha dimostrato una forte capacità riproduttiva, che ha reso inefficace diversi metodi contraccettivi:

N: È successo che ho concepito pur avendo una spirale (*Copper-T*). [...] Non volevo avere un secondo (bambino), ne volevo solo uno, ma tutte le precauzioni hanno fallito. Pensa, con la spirale dicono che sei sicura al 99,99%. Quando il dottore me l'ha tolta, ha detto che non c'era nessun problema, ma poi non ho avuto il ciclo. Guarda, io non ero incinta, lo sapevo perché avevo usato le precauzioni. Poi il dottore mi ha dato la prescrizione, *that you have to go and check* cosa sta succedendo. [...] Ma poi i sintomi sono iniziati [...] mentre stavo facendo le *capātī* mi è venuto da vomitare, *I am sure that I am pregnant*. Poi ho fatto il controllo: positivo! Avevo preso precauzioni, ma non avrei mai abortito. Ora, anche se ho solo una tuba (uterina), ho fatto l'operazione, TL, *tube lock*. [...]

L: Prima avevi preso altri contraccettivi?

N: C'è la pillola contraccettiva (*contraceptive pill*), ma io non posso prenderla. Non potevo prendere compresse perché mi si abbassa la pressione (B.P.) e se usavo il preservativo (*condom*) mi venivano delle irritazioni, quindi ho abbandonato tutto. A quel tempo niente era adatto (*suit*) a me<sup>37</sup>.

Molte donne con cui ho parlato hanno evidenziato una situazione simile: nessun metodo contraccettivo andava bene (*suit*) per il loro corpo. Anche se tutte conoscevano diversi anticoncezionali e molte ne avevano provati più di uno, l'unico considerato efficiente è la sterilizzazione<sup>38</sup>, che viene scelta quando si vuole bloccare la propria capacità

<sup>37</sup> “N: *Actually kyā huā thā ki meṃ copper-T use karte haiṃ, na? Usse meṃ bhī conceive kar diyā thā. [...] Mujhe second (baccā) nahīṃ cāhie thā, ek hī cāhie thā, lekin sāre precautions fails jā rahe the: soco copper-t matlab ki 99,9 % ve log surety dete haiṃ. Doctor ne nikal diyā, bolā koī tension nahīṃ hai, lekin koī bleeding nahīṃ huā. Dekho, aisā hotā hai ki maiṃ pregnant nahīṃ hūṃ. Matlab maine sāre precaution liyā, to maine doctor ko bolā ki maiṃ pregnant nahīṃ hūṃ, phir doctor pregnancy card diyā that you have to go and check kyā ho rahī hai. But sintoms start ho gae the mujhko [...] capātī ban rahī hai aur agar maine vomit kar dī I am sure that I am pregnant. Phir ham log check kar dī: positive. Maine protection use kiyā thā, par kabhī bhī maine abortion ke lie nahīṃ kar deṃge. Abhī ek tube hai lekin maine operation kar diyā, TL, tube lock. [...] L: Dūsre contraceptive liyā pahale? N: Contraceptive pills haiṃ ve maiṃ nahīṃ khā saktī. Tablet nahīṃ le saktī thī kyomki use merā B.P. low ho jātā thā aur condom se mujhe rashes ho jātā thā phir sab chor diyā. Mujhe kuch bhī suit nahīṃ kiyā at that time” (Nilam, 27 luglio 2017).*

<sup>38</sup> Secondo i dati del NFHS-4 (2015-6), nella regione urbana del Kacch, il 39,2% delle donne sposate tra i 15 e 49 anni è sterilizzata, mentre solo il 8,6% utilizza un altro metodo contraccettivo. Tra queste, lo 0,3% utilizza

riproduttiva. Oltre al basso tasso di copertura da gravidanze indesiderate, gli altri metodi reversibili sono criticati per i numerosi effetti secondari. Una delle reazioni più ricorrenti e fastidiose per le donne è il sanguinamento uterino atipico, la cui presenza provoca uno stato d'impurità (*aśuddh* o *napāk*). Se i programmi di pianificazione familiare permettevano alle donne di scegliere il proprio metodo anticoncezionale, il personale medico non si preoccupava di fornire le informazioni necessarie per permettere loro di compiere una scelta conforme alle loro esigenze.

La pillola anticoncezionale<sup>39</sup> (*golī*) e il preservativo maschile (*nirodh*<sup>40</sup>) sono i prodotti più conosciuti dalle donne e anche i più disapprovati. Disponibile fin dagli anni quaranta del novecento, il preservativo è tra i più vecchi metodi proposti dal governo indiano, ma la sua associazione con rapporti sessuali illegittimi e extraconiugali ha scoraggiato il suo uso all'interno del matrimonio (Harkavy e Roy 2007). L'articolo di Mazzarella (2001) compara *Nirodh*, il preservativo promosso e prodotto dal governo indiano dagli anni sessanta, con *KamaSutra*, una delle marche di preservativi che compare in commercio negli anni novanta. Secondo l'autore, mentre *Nirodh*, il cui nome di derivazione sanscrita significa 'moderazione, controllo', rappresenta il governo e i suoi sforzi per la pianificazione familiare, *KamaSutra* richiama l'autorealizzazione e il piacere del consumismo (Luksaite 2016).

Nella sua tesi sulla sterilizzazione in Rajasthan, Luksaite (2016) commenta come l'opera di Mazzarella “[b]y juxtaposing two different ideas – citizens have sex and consumers make love (the title of the article itself) – illustrated by different discourses surrounding *Nirodh* and *KamaSutra*, the author opens up an interesting conversation about the technocratic and instrumental nature of the family planning programme in India throughout the decades. A long and complicated history of the ways in which contraception has been conceptualised not in terms of women’s autonomy, freedom and agency, but as part of an official family planning programme resulted in a concept of birth control as subjection, at

---

metodi non moderni, il 1,9% la pillola, il 1,9% la IUD o PPIUD (spirale post-parto) e il 4,5% il preservativo. Il tasso delle sterilizzazioni è superiore a quello che si trova in territorio rurale (27,8%) ed è maggiore alla media del Gujarat in territorio urbano (27,5%).

<sup>39</sup> Il governo indiano propone tre tipi diversi di pillole contraccettive, di cui due ormonali e uno non-ormonale. La più utilizzata è un *Combined Oral Contraceptive* (COC) che contiene sia un estrogeno (di solito etinilestradiolo) che sia un progestinico, ed è distribuito al pubblico con il nome di *Mala-N*. Sono offerte gratuitamente nei centri medici pubblici e dalle ASHA e, dato l'alto tasso di anemia, sono sempre rinforzate con del ferro. Il secondo contraccettivo ormonale, *Progestin-only pills* (POP), è distribuito principalmente alle donne che allattano, mentre il *Centchroman* (Ormeloxifene) è un metodo non steroideo, non ormonale, assunto due volte a settimana per i primi tre mesi, e in seguito una volta a settimana. Quest'ultimo anticoncezionale è stato sviluppato in India negli anni novanta ed è commercializzato solo in questo stato con il nome di *Saheli*.

<sup>40</sup> Termine sanscrito che significa 'moderazione, controllo'. Tuttavia, in gergo le donne utilizzano il vocabolo *gujarātī phuggo* che significa 'palloncino'.



*least partial, to the state's power and authority, and a way to economic development and social mobility, which articulates in the narratives of both men and women in Chandpur [...]. In this state-promoted family planning narrative, sex is spoken about without exploring matters of sexuality, pleasure and desire, matters reserved for those who have access to the pleasures of the market and consumerism” (2016: 53-4).*

I programmi di pianificazione familiare hanno costruito la contraccezione come uno strumento utilizzato da famiglie monogamiche ed eterosessuali per controllare la propria fertilità, eliminando i concetti di piacere e desiderio, ma anche quelli di salute sessuale, dolore e vergogna (Kambou e al. 2007). Il preservativo, pur essendo l'unico anticoncezionale che protegge dalle malattie sessualmente trasmissibili, la sua difficoltà a essere gettato in modo discreto, in ambienti dove un sistema di smaltimento rifiuti è assente<sup>41</sup> limitava il suo utilizzo. Le donne, inoltre, consideravano che essendo di plastica (*plastic*), il suo utilizzo prolungato, in particolare durante i mesi caldi, causasse degli sfoghi cutanei (*rash*), delle infezioni o provocasse la fuoriuscita di *saphed pānī* (lett. 'acqua bianca' cf. perdite vaginali), malattie che indeboliscono (*kamjor*) il corpo. Anche se secondo le mie interlocutrici sembrava essere l'unico contraccettivo reversibile efficiente, la relazione di potere tra i generi determina che sia il marito ad autorizzare se e quando utilizzare un anticoncezionale e di quale tipo. Dato che l'uso del profilattico trasferisce la responsabilità della contraccezione agli uomini e intacca simbolicamente il pene quale fonte di potere e di piacere (Kambou e al. 2007), molti mariti preferiscono altri contraccettivi.

Al contrario, la pillola contraccettiva era considerata essere inefficace, poiché bisognava ricordarsi di prenderla regolarmente e nonostante questo sforzo, le donne avevano poca fiducia nei suoi effetti anticoncezionali. Inoltre la generale considerazione negativa delle pillole allopatiche, fa sì che l'ingestione quotidiana sia guardata con sospetto: comporterebbe, infatti, un incremento di calore (*garmī*) estremo che potrebbe alterare definitivamente il corpo riproduttivo femminile, causandone anche la morte. Alcune interlocutrici mi hanno raccontato che, attraverso un utilizzo prolungato di quest'anticoncezionale, ovvero per più di quattro anni,

---

<sup>41</sup> A Bhuj sembra essere ancora diffusa l'importanza di rimanere incinta entro il primo anno di matrimonio, nonostante le campagne governative che suggerivano di attendere almeno due anni. Questa concezione era sostenuta in particolare dalle coppie più mature, le quali risultavano avere una grande influenza sulle scelte riproduttive delle coppie giovani, come i propri figli (Char, Säävälä e Kulmala 2010). Per questo motivo, i suoceri di Soraya, giovane musulmana, si sono sempre opposti alla decisione del proprio figlio di aspettare prima di allargare la famiglia, consentendo alla giovane sposa di terminare l'ultimo anno di scuola. Pur non opponendosi direttamente al figlio, la suocera rovistava regolarmente il cesto della spazzatura e sgridava Soraya davanti a tutta la famiglia quando trovava dei profilattici. Dopo essere rimasta incinta a seguito di una rottura, Soraya ha deciso di imporsi sul marito e di cambiare metodo anticoncezionale per averne uno più discreto.

il sangue uterino si solidifica nel ricettacolo femminile (*garbh*) rendendo impossibile ogni possibilità di concepimento. Questo stato d'infertilità non è benefico per la salute della donna, che indebolita (*kamjor*), non è in grado di portare a termine i suoi doveri domestici e familiari. Per questi motivi, alcune donne preferiscono il *Centchroman* (Ormeloxifene) che deve essere assunto solo una volta a settimana e che di conseguenza, è considerato squilibrare meno il corpo riproduttivo. Tuttavia, il prezzo<sup>42</sup> impedisce a molte donne di poter considerare questa opzione.

Il *Mala-N* è la pillola anticoncezionale più proposta alle donne, ma non è compatibile con l'allattamento. Considerata la pratica diffusa di allattare per almeno i primi due anni di nascita del bambino, questo metodo non è adatto alla maggior parte delle donne che sono alla ricerca di uno *spacing method*, e l'esperienza di Amira, musulmana madre di tre figli, evidenzia come il personale sanitario non si curi sempre di verificare le condizioni delle pazienti prima di consigliare un metodo anticoncezionale. La giovane non era, infatti, riuscita ad allattare il suo secondogenito dopo il sesto mese perché la pillola che le era stata consigliata come anticoncezionale (*Mala-N*) le aveva bloccato la lattazione. In campo contraccettivo, i diversi sistemi di rappresentazione che si mettono in gioco non concordano: raramente il metodo più economico coincide con quello consigliato dal personale sanitario, o con quello considerato più sicuro, efficace e discreto dalle donne, accettato dal marito e sicuro durante l'allattamento al seno. In particolare, perché le donne non sono sempre informate sui diversi effetti secondari degli anticoncezionali e per questo motivo la loro scelta non è mai informata, ma sempre pragmatica rispetto agli aspetti conosciuti e considerati prioritari.

Nonostante la grande disapprovazione, dannosità o inefficienza, preservativo e pillola erano gli anticoncezionali più facili da procurarsi, poiché sono disponibili gratuitamente in ogni centro medico pubblico e distribuiti porta a porta dalle ASHA per un modico prezzo<sup>43</sup>. Inoltre, erano gli unici metodi proposti dal personale sanitario alle coppie giovani, le quali erano comunque molto ostracizzate nel loro desiderio di attendere, come si può evincere dalla vicenda di Soraya, giovane sposa musulmana di diciannove anni, che ho accompagnato in ospedale. Dopo che si era rotto un preservativo durante un rapporto, Soraya era rimasta incinta e il marito aveva deciso di abortire poiché voleva aspettare un paio di anni prima di avere dei bambini. Avevano tuttavia concordato di cambiare contraccettivo e, per questo

---

<sup>42</sup> Come metodi contraccettivi reversibili, il governo indiano distribuisce gratuitamente la pillola giornaliera *Mala-N* e il preservativo (*nirodh*). Inoltre, lo IUD e le iniezioni anticoncezionali (*Antara*) sono distribuite a pagamento nei centri medici governativi, mentre altre due pillole contraccettive si trovano solo in commercio. Il *Centchroman* (Ormeloxifene), commercializzato con il nome di *Saheli* a 160 Rupie a scatola (che dura un mese i primi tre mesi e in seguito due mesi) solo nel febbraio 2018 è stato introdotto in Gujarat tra i contraccettivi disponibili nei centri medici pubblici, grazie allo schema *Mission Parivar Vikas*.

<sup>43</sup> 1 Rupia (0,01 €) al pacchetto di pillole mensili o di tre profilattici.

motivo, Soraya si era recata all'ospedale pubblico per farsi prescrivere un altro metodo. Al suo arrivo, l'infermiera e la dottoressa l'hanno interrogata a lungo sui motivi che la portavano a non voler bambini e le hanno chiesto di chiamare il marito per avere il suo permesso<sup>44</sup>. L'infermiera le ha anche chiesto: "Come mai ti sei sposata se non vuoi avere bambini?". Questa domanda evidenziava una critica nei confronti della moralità di Soraya. La sessualità, infatti, dovrebbe essere sempre volta alla riproduzione. Una donna che utilizzava dei contraccettivi subito dopo il matrimonio era biasimata per la mancanza di vergogna, poiché manifestava un desiderio sessuale. Soraya aveva già provato la pillola, che a suo parere non andava bene (*suit*) per il suo corpo, ancora energico e solido (*pakkā*), non consumato dai metodi contraccettivi o da altri interventi medici: il suo potere riproduttivo era più forte della pillola. Ha chiesto allora informazioni sulla spirale intrauterina (*Copper-T*), il cui utilizzo è caldamente raccomandato da tutti i programmi del governo per tutte le donne, anche nullipare. La dottoressa tuttavia, sconsigliava a chi non avesse ancora partorito di inserire la spirale e, facendo leva sulla paura di Soraya per l'inserimento, ha proposto le iniezioni, commercializzate in India con il nome di *Antara*. Dopo aver fatto firmare al marito un documento che permetteva alla moglie di prendere un anticoncezionale, Soraya ha comprato per 300 Rupie (3,70 €) una dose di liquido anticoncezionale (*Antara*) che, dopo essere stato somministrato nel braccio, ha una durata di tre mesi. Dopo poche settimane, Soraya mi aveva però chiamata pregandomi di accompagnarla nuovamente in ospedale: essendo in periodo di Ramadan, era disturbata da alcune perdite impreviste di sangue che le impedivano di rispettare il digiuno in una condizione di purezza (*pāk*). La dottoressa le ha tuttavia comunicato che questo era un effetto collaterale abbastanza frequente, angustiano Soraya che non ha potuto seguire il digiuno.

Le iniezioni anticoncezionali di *Medroxyprogesterone acetate*<sup>45</sup> (MPA) sono state lanciate dal governo indiano nel 2017 nel settore pubblico sotto il programma *Antara*, anche se sono commercializzate sin dal 1999 (*Family planning division* 2016) e per questo motivo sono poco conosciute dalla donne. Tuttavia, uno degli effetti collaterali più diffusi (*Family planning division* 2016) è un'alterazione del ciclo mestruale, con un sanguinamento irregolare. Se dal punto di vista allopatrico questa reazione non costituiva un problema clinico, per molte donne, come Soraya, aveva una grande influenza sulla vita quotidiana, poiché

---

<sup>44</sup> Nell'ospedale governativo, il personale medico richiede un permesso scritto o verbale del marito prima di inserire uno IUD, fare delle iniezioni anticoncezionali o sterilizzare le donne. Lo stesso è richiesto in caso di aborto. Non sono a conoscenza se anche gli ospedali e le cliniche private richiedono lo stesso permesso.

<sup>45</sup> Forma sintetica di progesterone.

creava momenti impreveduti d'impurità (*aśuddh* o *napāk*), durante i quali bisognava sospendere le attività domestiche e religiose<sup>46</sup>. D'altra parte, i problemi mestruali erano riconosciuti dalle donne come un'alterazione interna del corpo riproduttivo, facendo presagire ulteriori effetti sulla salute in caso di un utilizzo prolungato. Inoltre, anche in questo caso il costo poteva costituire una barriera per le famiglie meno abbienti, impedendo loro di accedere a questo metodo, che è comunque più discreto dei due precedenti.

Infine, tra gli anticoncezionali reversibili proposti dal governo indiano, troviamo la spirale intrauterina<sup>47</sup> offerta in due forme: *Cu IUCD 380 A* che ha una durata di 10 anni e *Cu IUCD 375* di 5 anni. La maggior parte delle mie interlocutrici erano a conoscenza di questo metodo, ma poche avevano deciso di provarlo dato il disagio che avrebbero provato ad avere un impianto che risiede nel proprio ricettacolo femminile (*garbh*). Oltre alla paura dell'inserimento, che si legava alle esperienze negative dei controlli pelvici, si pensava che lo IUD danneggiasse l'“utero” (*garbh*) e la salute, alterando l'equilibrio interno del corpo (Kirkconnell Hall, Stephenson e Juvekar 2008). Quest'impressione era alimentata dalle numerose storie che erano trasmesse, riguardo agli effetti collaterali come l'alterazione del ciclo mestruale, la presenza di *saphed pānī* o le lacerazioni provocate da un suo spostamento. In particolare, era comune la paura che lo IUD si perdesse dentro il corpo<sup>48</sup>, creando dei blocchi interni che possono causare la morte. Questo timore richiama l'idea che dopo il parto la placenta possa risalire nel corpo della donna<sup>49</sup>, ed era motivata dalla fluidità interna del corpo

<sup>46</sup> Sull'impurità (*aśuddh* o *napāk*) del sangue mestruale, si veda il capitolo 3.

<sup>47</sup> “IUCD in the form of Lippe’s Loop was introduced in the National Family Welfare Programme of the Government of India (GOI) in 1965. Based on the results of clinical trials conducted by the Indian Council of Medical Research (ICMR) in 1972, Copper T 200 B was introduced in the programme in 1975. In 1997, ICMR conducted a comparative study between CuT 200B and IUCD 380 A based on which Cu IUCD 380 A was introduced in 2002, replacing CuT 200B in the programme. In 2010, postpartum IUCD (PPIUCD) service was introduced in public health facilities with high case-load of deliveries which are being scaled up in a phased manner throughout the country. In 2012, the Cu IUCD 375 was introduced into the GoI programme, so that women may choose between Cu IUCD 380 A with a lifetime of 10 years and Cu IUCD 375 with a lifetime of 5 years. In India it has been seen that the use of IUCD among married women of reproductive age has remained static at 2% from the year 1992-93 (NFHS 1) till the last DLHS-3 survey (2007 2008), even though there has been an overall increase in use of contraceptive methods to 54%. Despite the fact that the IUCD is one of the most effective, reversible and safe contraceptive methods and is offered through the government free of cost, it still remains largely underutilized” (Family planning division 2014: 3).

<sup>48</sup> Lo stesso timore è riportato da Kirkconnell Hall, Stephenson e Juvekar (2008), nella loro ricerca sui metodi contraccettivi reversibili in un villaggio nell'India occidentale.

<sup>49</sup> La placenta era considerata spostarsi nel momento del parto dopo l'uscita del neonato o il taglio del cordone ombelicale: non più trattenuta dal bambino, spinta dalla forte respirazione o le urla della partoriente, può risalire il torace della donna fino ai polmoni o la gola, strozzandola. Per questo motivo si impediva alle partorienti di urlare, mentre un'accompagnatrice doveva avere cura di comprimere la parte superiore dell'addome, sotto lo sterno, impedendo la risalita della placenta. Per approfondire la mobilità della placenta, si veda Chawla (2003 e 2006a).

femminile. Inoltre, come riportava il racconto di Nilam presentato sopra, neanche lo IUD può proteggere efficacemente le donne da gravidanze indesiderate. Per questi motivi, le donne, generalmente, erano portate a non considerare quest'anticoncezionale come un metodo sicuro ed efficiente, anche se alcune di loro erano costrette dal marito a usufruirne, essendo un metodo reversibile discreto, che non pesava sulla sessualità della coppia (al contrario del preservativo) e non necessitava di un impegno quotidiano (al contrario della pillola).

### *L'inefficacia della contraccezione reversibile*

Mettere in luce il punto di vista femminile sui diversi anticoncezionali proposti dal governo indiano e disponibili nei centri medici, consente di evidenziare come nessun metodo reversibile sia considerato adatto alla fisiologia del corpo riproduttivo femminile. Prima di giungere a questa conclusione molte donne, come Nilam e Soraya, attraversavano un periodo durante il quale provavano sul proprio corpo i diversi dispositivi, i quali se non vanno bene per il loro corpo, possono portare a gravidanze indesiderate che sono risolte con l'aborto<sup>50</sup>, utilizzato come metodo contraccettivo di riserva (Kirkconnell Hall, Stephenson e Juvekar 2008). Dopo aver sperimentato l'‘insuccesso’ della contraccezione moderna, le donne tendevano a preferire i cosiddetti metodi ‘tradizionali’ come il calcolo dei giorni<sup>51</sup>, l'astinenza o l'imposizione della propria volontà<sup>52</sup>. Considerando che la fertilità femminile dipende dall'equilibrio interno, finché si vuole avere figli è infatti importante mantenere il controllo del proprio corpo riproduttivo attraverso metodi sicuri e efficaci.

Le narrazioni delle donne dimostravano come il corpo riproduttivo femminile sia vincolato da una rete di potere tessuta da diverse forme di autorità, come lo stato (che gestisce i diversi programmi di pianificazione familiare), la medicina allopatrica e il patriarcato (Chacko 2001). Tuttavia, attraverso la sperimentazione diretta dei vari metodi e il loro rifiuto consapevole, le donne dimostravano un'agency orientata in modo pragmatico e una capacità di superare con successo vari vincoli economici, sociali e culturali (Luksaite 2016). Questo percorso era guidato dalla concezione che la contraccezione debba essere compatibile (*suit*)

<sup>50</sup> In India l'aborto, regolato dal *Medical Termination of Pregnancy (MTP) Act* del 1971, è legale solo in alcune circostanze, anche se nelle istituzioni private è più facile avere accesso a un aborto farmacologico (*Medical methods of Abortion*). Le strutture governative prediligono invece l'aborto chirurgico, che è prescritto facilmente a tutte le donne che acconsentono di procedere con la legatura delle tube appena dopo l'intervento.

<sup>51</sup> Secondo la fisiologia locale del corpo riproduttivo per evitare la gravidanza, le coppie dovrebbero astenersi dal rapporto sessuale durante i primi 5-10 giorni del ciclo mestruale della donna e gli ultimi 5-10 giorni, durante i quali la bocca dell'utero (*baccādānī kā muṃh*) è aperta. Tuttavia, come evidenziano anche Kirkconnell Hall, Stephenson e Juvekar (2008), nella loro ricerca sui metodi contraccettivi reversibili in un villaggio nell'India occidentale, secondo la medicina allopatrica questo periodo è paradossalmente quello più fertile.

<sup>52</sup> Si veda l'esperienza di Rubina Jāt nel capitolo 4.

con la conformazione e la fisiologia dei singoli corpi. Al contrario del sistema allopatico, che considerava i diversi dispositivi anticoncezionali come oggettivamente efficaci, le donne si riappropriavano della propria soggettività e del proprio corpo rivendicando la forza della propria capacità riproduttiva come superiore alla medicina allopatica. Attraverso la negoziazione dei diversi metodi, le donne avevano l'opportunità di gestire il proprio percorso riproduttivo, valorizzando le diverse fratture della contraccezione come momenti che rendevano visibile la propria singolarità. Nel processo di gineco-poiesi, la gestione della capacità riproduttiva consentiva di affermare la propria identità di genere, come donna fertile. Poter scegliere tra i diversi anticoncezionali proposti dal governo o dal personale medico, apriva uno spazio entro il quale negoziare la propria personalità.

Nelle narrazioni femminili i contraccettivi emergevano come causa di squilibrio interno e di debolezza (*kamjorī*) (Rashid 2007 e 2010). Seguendo il suggerimento di Scheper-Hughes e Lock (1987) secondo cui le relazioni e le disuguaglianze sociali sono incarnate negli individui e la malattia è un modo di parlare dei singoli come della società, il progressivo deterioramento dei corpi femminili che si confrontano alle tecnologie mediche, manifestava una resistenza all'incorporazione delle pratiche allopatiche e alla modernità. Inoltre, nel suo articolo "*Weakness, Worry Illness, and Poverty in the Slums of Dhaka*" Rashid (2010) sostiene come il progressivo deterioramento dei corpi delle donne povere comunichi le disuguaglianze sociali, strutturali e fisiche nella loro vita. Il timore di diventare un peso per la famiglia, la possibilità di maltrattamenti da parte dei suoceri e la mancanza di sostegno a causa dell'incapacità di svolgere un lavoro in casa mette in luce le incertezze che le giovani donne possono affrontare in questo contesto. In egual modo, rimanere incinta in un periodo socialmente non accettato può avere diverse conseguenze sia sulla salute dei bambini e della donna che sulla sua rispettabilità. Considerando questi due rischi, la contraccezione si costruisce come un sacrificio femminile nel quale la deteriorazione del corpo riproduttivo è la condizione per gestire quando e quanti figli avere (Rashid 2010).

Il personale medico, da parte sua, dimostrava un'incomprensione di come le donne fanno esperienza dei diversi anticoncezionali, soprattutto perché mancava un riconoscimento dei diversi effetti collaterali e del loro peso sociale e culturale nella vita quotidiana femminile. Sul piano clinico, la debolezza (*kamjorī*) era, infatti, solitamente ricondotta all'anemia, mentre la comparsa di perdite ematiche o l'irregolarità del ciclo mestruale non erano considerati come effetti collaterali di cui occuparsi. Tuttavia, per le donne questi sintomi generavano un grande disagio, dato dall'aumento di momenti d'impurità (*aśuddh* o *napāk*) che influenzavano la loro vita quotidiana, religiosa e sessuale (Rashid 2010).

### ***Donne legate, donne senza utero: incorporare le moderne tecnologie mediche***

In Gujarat e nel resto dell'India, il ricorso alla sterilizzazione femminile attraverso la legatura delle tube è ampiamente praticato come metodo contraccettivo<sup>53</sup>. Sebbene a partire dagli anni 2000, le politiche sanitarie abbiano mirato a promuovere metodi contraccettivi reversibili, come lo IUD, il ricorso ad essi è sempre limitato mentre l'accettazione della sterilizzazione continua ad aumentare. Come possiamo spiegare un ricorso così massiccio a questo metodo se consideriamo il rifiuto sociale di altre tecnologie riproduttive come il parto cesareo o gli altri metodi contraccettivi?

Prendere in considerazione la crescente normalizzazione dell'isterectomia in Gujarat (Desai 2015), offre ulteriori elementi di analisi e consente di evidenziare come la rappresentazione dei diversi ricettacoli legati alla riproduzione cambi nel corso della vita riproduttiva. In questo paragrafo, sono confrontate le rappresentazioni legate alla sterilizzazione e all'isterectomia con lo scopo di evidenziare in che modo le mie interlocutrici si relazionano alle nuove tecnologie riproduttive.

#### *Perché preferire la sterilizzazione ad altri anticoncezionali?*

N: *Sterilization, [...] è chiamata TL, tube lock. Non so come la chiamano i dottori, ma le infermiere la chiamano TL. [...] Si chiama anche grande operazione (barā operation), vuol dire che ti tagliano le tube (tube) e non potrai più diventare madre. È per chi, dopo aver fatto i bambini, non vuole usare contraccettivi, she don't want to use pills, she don't want to use Copper-T, she don't want to use any protection over there niente pillole, nessuna protezione laggiù. Si chiama grande operazione, ma in verità ci vogliono quindici minuti per farla. Non c'è così tanta conoscenza<sup>54</sup>.*

Quando si parla di sterilizzazione, le donne si riferiscono a questo intervento con i termini inglesi di *operation* o *barā/big operation*, poiché denota l'operazione per eccellenza. In *hindī*, il nome ufficiale per la pratica è *nas bandī*, letteralmente 'legare i tubi', che definisce la sterilizzazione femminile come quella maschile ed era usata dalle donne in alcune

<sup>53</sup> Secondo il NFHS-4 (2015-6), nei territori urbani del Kacch, il 39,2% delle donne sposate tra i 15 e 49 anni sono sterilizzate.

<sup>54</sup> "N: *Sterilization [...] TL, tube lock bolte haiṃ, medicine kaise bolte haiṃ I don't know lekin nurse TL use karfī hai. [...] Barā operation bhī bolte haiṃ, matlab tube kāṭ dete, vah kabhī mummy nahīṃ bantī. Matlab at that time bacce ho gaye aur usko contraceptive nahīṃ use karte haiṃ. She don't want to use pills, she don't want to use Copper-T, she don't want to use any protection over there, so bas. Barā operation bolte haiṃ, matlab usko nām, barā operation, but it is a kind pandrah minute kī kām. Matlab ki itnā awarness nahīṃ hai*" (Nilam, 5 agosto 2017).

situazioni per far comprendere meglio il tipo di azione eseguita. In questo caso il termine *nas*, che nel lessico medico si riferisce alle tube di Falloppio, era invece inteso generalmente dalle donne come quel condotto che collegava la vulva (*aurat kī jagah*) al ricettacolo della gestazione (*garbh*), che deve essere ‘legato’ al fine di impedire al seme maschile di unirsi al sangue femminile.

La sterilizzazione femminile sembrava essere l’anticoncezionale favorito in molte famiglie poiché richiedeva meno negoziazioni con i mariti, non solo perché meno fastidiosa e più discreta, ma perché può portare degli incentivi monetari (Bagchi 2017). Tuttavia, questa non era l'unica motivazione che ha favorito la diffusione di questo metodo. Come afferma Säävälä (1999) nel suo articolo sull'analisi dei costi e benefici della pianificazione familiare da un punto di vista culturale, “*the costs of a certain method depend on the ways it relates to the particular, local conception of the human body, the ways the body functions, and how it works in familial relationships. A method's costs, therefore, involve more than medically determined side effects and monetary expense and the psychological reactions to them*” (1999:290). Un'analisi delle rappresentazioni e delle pratiche relative al sistema riproduttivo femminile permettono di evidenziare i diversi motivi che hanno portato la sterilizzazione a diventare la pratica più comune a Bhuj tra le mie interlocutrici.

Dal momento in cui le donne costruiscono una corrispondenza ontologica tra femminilità e fertilità, il potenziale procreativo è così intimamente legato all'identità della donna che a volte può sfuggire a qualsiasi controllo<sup>55</sup> o, al contrario, può essere gestito secondo la propria volontà<sup>56</sup>. Tuttavia, poiché il corpo femminile è considerato avere un carattere aperto (Selby 2008), fluido e influenzabile, la fertilità può diventare un bene fragile, che è importante mantenere e preservare fino a quando si desidera avere figli. Dal momento in cui si raggiunge il numero dei figli desiderato, la stessa capacità riproduttiva può diventare un potere difficile da gestire, come hanno dimostrato le narrazioni presentate nel precedente paragrafo sulla contraccezione reversibile. In realtà, era proprio la capacità riproduttiva del corpo femminile che poteva rendere inutili i metodi contraccettivi reversibili.

Al contrario, la sterilizzazione era considerata come uno dei metodi più efficaci e consentiva alle donne di gestire il proprio potere riproduttivo in modo discreto e socialmente accettato, anche se non era mai apprezzata come una buona soluzione per la propria salute. Essendo un'operazione, che apre e altera il corpo, era considerata come un atto invasivo, che comporta conseguenze negative sul lungo tempo, rendendo il corpo debole (*kamjor*), incline a

<sup>55</sup> Ad esempio, consentire a un feto femmina di concepire in utero. Si veda il capitolo 4.

<sup>56</sup> Si veda l’esperienza di Rubina Jāt nel capitolo 4.



infezioni e irregolarità mestruali. La perdita d'importanza della capacità riproduttiva femminile, dopo che si è manifestata in un numero definito di figli, rendeva il corpo della donna liberamente manipolabile. Ciò consentiva una migliore gestione del potenziale fertile che, se espresso in momenti sbagliati o in quantità eccessiva, può portare al biasimo sociale o a un affaticamento eccessivo della donna, come affermava Kamalaben, nonna *hindū devī pujak*:

K: Ora l'ho chiuso. Ho fatto l'operazione quando mia figlia aveva ventidue giorni.

L: Perché hai fatto l'operazione?

K: Avevo avuto questi figli, quattro ragazzi e una ragazza, ora basta, cinque bambini sono tanti. Prima avevo paura, ho pensato di poter morire.

L: Avevi paura di fare l'operazione...

K: Prima di fare l'operazione avevo molta paura, ma ho pensato che i bambini sarebbero continuati a venire, e se avessi avuto dieci figli, come avrei potuto prendermi cura di tutti? Dare da mangiare a tutti, fare il pane, lavarli, lavare i vestiti, farli studiare, come avrei potuto fare tutto da sola? Ho pensato che già cinque erano tanti: se muoio, morirò, se sopravvivo, vivrò. Pensando a questo sono andata dal dottore e ho fatto l'operazione<sup>57</sup>.

Nella città di Bhuj, le donne generalmente si sposano intorno ai diciotto/diciannove anni e non lasciano molto spazio tra un figlio e l'altro, portando l'età media al momento della sterilizzazione di 25 anni. Se le giovani donne erano ansiose di accettare l'operazione, quest'atteggiamento non era il risultato della loro 'modernizzazione', ma era una manifestazione di un modo di usare le categorie culturali come risorsa per raggiungere il proprio obiettivo (Char e al. 2010), ovvero quello di non doversi più preoccupare di gestire il proprio corpo e di avere accesso a uno status simile a quello conquistato con la menopausa (Säävälä 1999).

Un'enfasi culturale sul ruolo delle donne come madri si era tradotta in una convinzione che il ricettacolo femminile (*garbh*) sia produttivo solo quando è riproduttivo: quasi nessuna donna affermava che l'utero svolga delle funzioni essenziali al corpo dopo che la gravidanza è completata (Desai 2016). Le donne si sottoponevano alla sterilizzazione perché ritenevano che

<sup>57</sup> “K: *Abhī maine baṃd kiyā, oparation karvāyā tab yah merī baccī 22 din kī thī. L: Kyom karvāyā? K: Ye bacce ho gaye. 4 larke ek larke ho gaye, bus ab, 5 bacce bahut haiṃ. Pahale ḍartī thī maiṃ mar jauṃgī maiṃ mar jauṃgī aise ḍartī thī maiṃ. L: Operation se ḍarte the... K: Pahale maiṃ bahut ḍartī thī, lekin yah lagā ki phir baccā āte hī jāege āte hī jāeṃge 10 bacce ho jāeṃge vāpis meṃ uskā kaise sambhālūṃgī? Sab kā khānā roṭī sab kā khānā sab kā nahānā dhonā sab kā paṛhna yah maiṃ akele kaise karūṃgī? Bolā ab 5 bahut ho gayā: mar jāte haiṃ to mar jāye, jie to jie. Aise kahe ke doctor ke pās calī gaī aur operation kar diyā.*” (Kamalaben, 26 agosto 2017).

gli altri metodi contraccettivi non siano convenienti sul lungo periodo, anche se questo le avrebbe portate sicuramente ad affrontare una serie di problemi di salute e a una deteriorazione del loro corpo che nella maggior parte dei casi si sarebbe risolta in una isterectomia.

La (bio)medicalizzazione postcoloniale del corpo femminile (Towghi 2012) fornisce un punto di partenza per esplorare la sterilizzazione e l'isterectomia come interventi medici potenzialmente non necessari (Desai, 2016), ma che sono il risultato di una globalizzazione della biomedicina (Towghi 2012). D'altra parte, il concetto di *pragmatic agency* di Lock and Kaufert (1998), secondo i quali la biomedicina contrasta altre forme di potere o disuguaglianza nella vita delle donne, fornisce un'ulteriore spunto per analizzare le influenze concorrenti che orientano le decisioni delle donne. Riassumendo, *“at the site of the individual body, therefore, bio-power may be experienced as enabling, or as providing a resource which can be used as a defence against other forms of power. At the centre [...] stands a pragmatic woman willing to use whatever biomedicine can provide in pursuit of her own goals or the protection of her own independence (1998: 198).*

Ad esempio, la scelta di sottoporsi alla sterilizzazione nell'India meridionale è stata interpretata come un metodo per contrassegnare la transizione di una donna verso una generazione più anziana, consentendo così a una donna più giovane di stabilire la propria posizione nei confronti di sua suocera in un contesto familiare allargato (*joint family*) (Säävälä 1999). Inoltre, riflettere sulla *pragmatic agency*, richiama l'attenzione sulle circostanze locali e le disuguaglianze di là dal settore sanitario che determinano le decisioni delle donne, come quelle economiche, politiche, sociali e familiari. Come suggerito dalla tesi di Luksaite (2016) sulla sterilizzazione *“it has become clear that some women’s submission to the programmes of biopolitical governmentality, such as family planning, does not necessarily mean their acknowledgement of or surrender to the power of ‘the state’. Rather, their articulated biological vulnerability, referring to the cycles of births, abortions and childrearing, is the ground for seeking what the state provides – a permanent method of contraception. Female sterilisation was seen as a way to care for one’s ever weakening body. Every conversation I had with the women who had the operation or were thinking about having it, was about women’s pragmatic efforts to navigate through a variety of everyday life demands” (2016: 228-9).*

#### *Prevenire è meglio che curare: donne (ignoranti) senza utero*

Durante la ricerca sul campo, ho incontrato un numero particolarmente alto di donne che avevano subito un'isterectomia, a causa di un generico indebolimento del ricettacolo

femminile (*garbh*) che si manifestava con disturbi mestruali, dolori addominali, presenza di *saphed pānī*, fuoriuscita del ricettacolo (prolasso dell'utero) e la formazione di fibromi (*gant*). La rimozione dell'utero, a volte con anche le ovaie, è stata spesso citata, dalle mie interlocutrici e dal personale sanitario, come un metodo efficace per risolvere rapidamente i problemi relativi al sistema riproduttivo, consentendo alle donne di non preoccuparsi di ulteriori malattie. Tra queste, Marjan, musulmana ismailita, ha iniziato a soffrire di lunghi e dolorosi cicli mestruali qualche anno dopo la morte della propria figlia minore, di sedici anni, avvenuta nel 2006:

*M: I used to bleed a lot in my menstrual period since it begins menses, but after 2006 I started bleeding a lot, it was a heavy amount of bleeding which used to continue to 5/6 days but I felt it was a normal state. But after 2012, it begins... means, I used to have it whenever I used to go for some tour or outing or something within a 15 days, 12/17 days. I used to start bleeding and it was too weakening for me, because it already disturbs everything, means everything in the life got disturbed because of that and I think I may have some fibrosis. That was what the doctor told me, so he just advises me to have a hysterectomy. In the beginning, actually, I had my own family gynaecologist who I had my deliveries, he actually advised me to go on pills and get treated with allopathic medicine and I did tried that out but, at some levels, I got frustrated, because of the irregularity and heavy bleeding. So I finally decided to get my hysterectomy done. The pills did work out but then as soon as I used to stop my doses they used to reoccur. [...] Not my family gynec, but when I went to another doctor as soon as I just talk to him he told me to get admitted the very next day, yes! That was a thing: without treating me he just told me that I had my fibrosis, and got my blood and everything checked, he told me to get admitted the very next day and go for hysterectomy. Maybe, it was just I did want it because I was frustrated of my heavy cycle of bleeding and it was disturbing me a lot in my regular life style and it was a thing that I prefer to go for hysterectomy. But now I felt that I should not gone for that, because after that many of the problems such as gastric disturbances, bloating, then a different kind of feeling ... means it is better, if it isn't needed, it is better not to go for hysterectomy. If it can be cured with good medicines, this is what I feel. But with this heat, the temperature here, most of the ladies do have to go for it. [...] I can just give you an example of one of my friends who had the same problems, just like me, but because she was on antidepression pills and all, doctor, the same doctor who got my hysterectomy done, advise her not to go for a hysterectomy because she was on the pills. So after three years of heavy bleeding, she is fine. And now, because her period stops, she is feeling better and I think she is good, she isn't suffering the same things I*

*am suffering such as gastric disturbances, anxiety issues. [...] She might be having a few problems but getting healed normally, naturally, which I think our ancestors used to get themselves treated was much better, because my mother had experienced the same problem of bleeding but she didn't get her hysterectomy done. On the contrary she was treated by some local ayurvedic doctor, she didn't prefer allopathic, and she had gone for that āyurveda treatment. [...] And everything had come out naturally and healthily for her and she had healed herself quite very well and was better for her rather than me. So I think hysterectomy, instead of hysterectomy if I would have gone for homeopathy or āyurvedic treatment I would not be suffering so much as I am suffering at the present<sup>58</sup>.*

In questa narrazione, Marjan mette in luce il disagio che può provocare un flusso abbondante e continuo, che si manifesta più sul piano sociale che fisico. La scelta dell'isterectomia si presenta come un metodo veloce e permanente per risolvere questa sofferenza, ma si rivela peggiorare la situazione. In questa cronaca Marjan non dimostra una passività, è lei che sceglie, ma sente piuttosto di aver riposto la propria fiducia in un medico che non le ha permesso di fare una scelta informata. Comparando la propria situazione a quella dell'amica e della madre, la mia interlocutrice fa trasparire un rimpianto per aver rimosso il proprio utero, senza il quale il corpo non è più lo stesso, non è completo, equilibrato e lei non riesce a riappropriarsene, ad averne il controllo. La narrazione evidenzia la presenza di orientamenti medici diversi, tra i quali le donne si muovono nel corso del proprio itinerario terapeutico multiplo e si posizionano attraverso scelte pragmatiche.

Secondo le mie interlocutrici, la sterilizzazione era una delle cause che possono portare all'isterectomia: l'utilizzo della tecnologia medica comporterebbe un indebolimento del sistema riproduttivo e in seguito un suo malfunzionamento. Di conseguenza, anche un utilizzo prolungato degli anticoncezionali, gli interventi allopatrici per l'infertilità (come il *dilation and curettage*) e infine il parto cesareo erano considerati dannosi. In particolare, il taglio cesareo era visto come una delle prime cause di fibromi, poiché l'operazione non consentiva la normale espulsione del sangue cattivo (*kharāb khūn*) che ristagna per nove mesi nel ricettacolo (*garbh*) insieme al bambino, il quale coagulandosi, formerebbe un fibroma (*gant*), uno dei motivi principali per cui è eseguita un'isterectomia.

P: Devi fare attenzione a ciò che mangi e bevi, così si produce del buon sangue (*acchā khūn*). Il bambino non si forma dal sangue cattivo (*kharāb khūn*), ma si forma dal sangue buono e quello cattivo esce. Durante il parto, il bambino viene fuori bene e poi

---

<sup>58</sup> Marjan, 26 luglio 2018.

esce il sangue deteriorato (*bigarā*). Deve uscire, fa bene, fa uscire il calore (*garmī*) dal proprio corpo. Se non viene fuori, da questo si formeranno i fibromi (*gāmṭh*)<sup>59</sup>.

Secondo Marjan, un'altra eziologia dei fibromi era determinata dalle alte temperature tipiche della regione. Uno dei compiti del ciclo mestruale è di rilasciare il calore (*garmī*) che si crea all'interno del corpo, permettendo un equilibrio tra lo stato caldo (*garam*) e freddo (*ṭhaṇḍā*). Le alte temperature pre-monsooniche causerebbero una coagulazione del sangue mestruale nel ricettacolo (*garbh*), giustificando l'alto d'isterectomie nel Kacch. Un'altra delle possibili cause legate alla disfunzione mestruale dipendeva dalla qualità del sangue uterino della madre. Questa idea derivava dalla considerazione che il bambino si sviluppa dal sangue uterino, determinando un'eredità mestruale tra madri e figlie: variabili come regolarità, quantità di sangue, colore e facilità nel concepire o nell'avere aborti spontanei e in particolare la capacità di sviluppare dei fibromi (*gāmṭh*, lett. 'nodo'), derivavano direttamente dalla qualità del sangue materno. Gli effetti della tecnologia medica, tra le altre cause, s'iscrivevano non solo nel corpo di una donna, ma si trasmettevano per via ereditaria a tutte le generazioni femminili successive.

Infine, era importante rispettare il tempo di riposo e la dieta prescritta per il periodo post-parto: se la madre trascurava queste prescrizioni, avrebbe avuto dei problemi di salute per tutta la vita. Questa visione faceva parte di una realtà quotidiana in cui la donna deve lavorare molto duramente per contribuire al mantenimento della casa e della famiglia, in particolare in questo periodo storico dove hanno meno sostegno: la diffusione di famiglie nucleari, causate da un'alta mobilità per lavoro, non consentiva alle mie interlocutrici di rispettare i tempi richiesti di riposo.

Come riportato anche da Sapna Desai (2016), le narrazioni delle mie interlocutrici hanno rivelato che la maggior parte delle donne si recava raramente presso dei centri medici di là dal momento del parto e che, quando qualcuna aveva subito degli interventi chirurgici nella propria vita, si trattava della sterilizzazione e l'isterectomia. In effetti, le donne si riferivano all'isterectomia come un intervento permanente, che permetteva loro una vita sana e non medicalizzata. Data la generale visione negativa che circondava le pillole allopatiche, si preferiva sottoporsi o anche richiedere insistentemente l'operazione piuttosto che seguire un trattamento ormonale. Tuttavia, la maggior parte delle volte erano i medici che proponevano l'isterectomia come prima soluzione, rilevando che qualsiasi altro trattamento non avrebbe

---

<sup>59</sup> “P: *Āpko khāne pīne kī dhyān rakhte hai, na? Khūn acchā bante haiṃ. Kharāb khūn se ho baccā nahīṃ bantā. Acchā khūn se hotā hai, aur jo kharāb hai nikal jātā hai. Delivery hotī hai, na? Baccā acche se ho jāte hai aur bigarā nikal jātā hai. Anā hī cāhie, acchā hai. Āpke śarīr meṃ se garmī nikal jātī hai. Nikalte nahīṃ, to isse gāmṭh ho jātī hai*” (Priti, 17 Agosto 2018).

impedito la ricorrenza dei sintomi o il futuro sviluppo di un cancro, una malattia molto temuta tra le donne, considerata incurabile e facile da sviluppare:

S: Ora ho tolto l'‘utero’ (*kothrī*), non posso più avere figli adesso. C'era un fibroma (*gāmṭh*). [...] L'ho rimosso 3 anni fa, prima avevo avuto le mestruazioni per 5 anni in modo continuativo. Poi il dottore mi disse che dovevo toglierlo (l'utero). Adesso ci sono così tanti casi di cancro e avrei potuto contrarlo, quindi l'ho tolto<sup>60</sup>.

Durante le visite, al fine di convincere le donne a sottoporsi all'intervento, i dottori facevano leva su queste paure ed evidenziano i diversi effetti positivi, primo tra tutti quello di liberarle dal peso dato dalla gestione del ciclo mestruale. Nel suo articolo sull'isterectomia in Gujarat, Sapna Desai (2016) riporta “*that history of sterilisation emerged as a clear influence on different attitudes towards the procedure. Women who were not sterilised tended to view hysterectomy as the last option after alternatives were tried, while sterilised women expressed it as pragmatism to secure freedom from risk or menstruation*” (2016: 14). La costruzione culturale dell'esperienza delle mestruazioni impone dei periodi d'impurità (*āsuddh* o *napāk*) che limitavano le donne nelle loro azioni quotidiane, religiose e sessuali e, essendo inoltre legati all'ambito della vergogna (*śaram*), rendevano fastidiosa la gestione della propria igiene intima<sup>61</sup>.

La considerazione che vede l'utero (*garbh*) come produttivo solo quando riproduttivo è di conseguenza un fattore decisivo nella scelta delle donne di sottoporsi all'isterectomia (Desai 2016), che le permetteva di superare questi disagi. L'articolo di Sapna Desai (2016) evidenzia come l'inutilità dell'utero post-riproduttivo si manifesti anche nelle pratiche mediche, dove è letteralmente utilizzato come uno strumento, un sito di pratica. I dottori intervistati dalla ricercatrice hanno giustificato la popolarità dell'isterectomia come un metodo per acquisire competenze chirurgiche da parte di giovani, medici governativi soprattutto in ambito rurale.

Seppur questa pratica non sia sorta esplicitamente nella mia ricerca, le osservazioni effettuate nell'ospedale pubblico, hanno messo in luce come l'autorità del sapere allopatrico consentiva di giustificare al personale sanitario un'appropriazione del corpo femminile. Tuttavia, era proprio la posizione e la percezione personale dei dottori, provenienti da uno strato sociale agiato, cosmopoliti e favorevoli alla bio-medicalizzazione, che guidava il loro sguardo medico. Nella sua ricerca sulla pratica dell'isterectomia in Balochistan, Fouzieyha

<sup>60</sup> “S: *Ab to kothrī nikal gayā ab baccā baccā kuch nahīm. Usmeṃ gāmṭh huā thā. [...] Abhī 3 sāl huā. 5 sāl mere mc cālū rahetā thā. Phir doctor ne bolā ki nikal ne paṛegā. Abhī to cancer kī bīmārī bahut hai na. Lāgū paṛegī bīmārī koī bhī islie nikal do.*” (Sushmna, 5 aprile 2018).

<sup>61</sup> Sul ciclo mestruale e la gestione dell'igiene intima, si veda il capitolo 3.

Towghi (2012) afferma che dal punto di vista medico, alle donne Baloch è rimossa l'utero proprio perché non si sottopongono ad altri interventi biomedici. *“Medical practitioners’ vague concern about the structural conditions and constraints of the lives of women provides the social, and not the medical, rationale for the procedure”* (2012: 244). In altre parole, in un contesto dove le donne preferiscono il parto in casa all'ospedale, le erbe al posto dei farmaci e trattano la loro infertilità con mezzi non biomedici, *“hysterectomies are an indirect form of disciplining women’s bodies produced by the failure of biomedicalization”* (2012: 234). I dottori si preoccupavano che le donne, che abitano in zone rurali con una ristretta disponibilità di cure mediche allopatriche, non avrebbero potuto ricevere adeguati controlli e preferivano risolvere piccoli problemi con la rimozione dell'utero, piuttosto che proporre cure ormonali.

Nell'ospedale governativo della città di Bhuj ho potuto osservare una situazione simile. Frequentato da un'alta percentuale di donne musulmane, di casta bassa o tribali<sup>62</sup>, residenti nelle aree rurali circostanti, che dovevano intraprendere un lungo viaggio per farsi curare, in molti casi il personale sanitario preferiva proporre soluzioni definitive, che risolvevano in un solo intervento, i malesseri delle donne, evitandole ulteriori viaggi. Tuttavia, l'attuazione di questa pratica anche con donne di classe o casta alta (come Marjan), residenti nella città, dipendeva a mio parere da una generale svalutazione del sapere femminile. Il personale medico percepiva le pazienti, ovvero tutte le persone profane al sapere medico, come ignoranti, incompetenti sulle questioni fisiologiche e anatomiche, e di conseguenza incapaci di gestire il proprio corpo o la propria capacità riproduttiva. La malattia era una manifestazione dell'ignoranza delle donne.

Considerando che l'alterazione e la debolezza (*kamjorī*) del sistema riproduttivo erano modelli esplicativi che permettono alle donne di manifestare le proprie sofferenze (Dandekar 2015), era frequente che una donna ritornasse più volte in ospedale per essere trattata sempre per gli stessi sintomi, in particolare se si considerava che molte cure non erano seguite con regolarità, soprattutto se prevedeva l'ingestione di pillole. Rimuovere l'utero era un'opportunità per il personale medico di risolvere in modo definitivo la maggior parte dei malesseri che conducevano le donne in ospedale. Tuttavia, le narrazioni delle mie interlocutrici evidenziavano come l'isterectomia non risolvesse definitivamente i malesseri, i quali al contrario erano aggravati dagli effetti dell'operazione stessa.

Tra tutte le mie interlocutrici, solo Priti, nonna jain, ha affermato che la capacità riproduttiva, che si manifesta in un ricettacolo femminile (*garbh*) forte e un ciclo mestruale

---

<sup>62</sup> Qui mi riferisco a quei gruppi definiti come *scheduled tribe* (ST).

regolare, rappresentava una parte essenziale del corpo della donna. Per questo motivo è stata l'unica che si è rifiutata di sottoporsi a qualsiasi tipo di operazione che sarebbe stata eseguita sull'“utero” (*garbh*):

P: Sono andata dal dottore quando sanguinavo molto, quindi ho fatto due o tre controlli con l'ecografia. Potrebbe esserci un fibroma, giusto? Per questo motivo mio marito continuava a dire: ‘Fai un controllo, se c'è qualcosa?’ Ho fatto l'ecografia, ma non hanno trovato nulla, quindi non ho preso nessuna medicina. [...] Il dottore disse che era il mio normale ciclo mestruale, oltre a questo non c'era nient'altro, non c'era nessun problema. [...] Mia cognata mi aveva detto: ‘Se ti crea così tanti problemi, rimuovilo!’. Perché lo devo togliere, quest'utero (*garbhasya*), quasi tutto il nostro corpo funziona grazie a lui. Finché c'è, il nostro corpo sta bene, se lo togli allora ci sarà qualche problema: ingrassi, ti fa male la pancia, gas, ti vengono tutta una serie di disturbi. Se avessi avuto qualcosa, l'avrei fatto, ma non c'era nulla e sono rimasta un po' tranquilla e se n'è andato da solo. [...] È vero che non ti serve se hai già fatto tutti i bambini, ma non è bene rimuoverlo. [...] Il corpo è dimezzato se togli l'“utero”, manca una parte. L'utero è una parte molto importante del nostro corpo<sup>63</sup>.

Come evidenzia anche Towghi (2012) nel suo studio *Cutting Inoperable Bodies: Particularizing Rural Sociality to Normalize Hysterectomies in Balochistan, Pakistan*, la cura dell'“utero” è inseparabile dalla cura del corpo, della mente e delle emozioni di una donna. L'alterazione e la debolezza (*kamjorī*) del sistema riproduttivo erano dei modelli esplicativi che permettevano alle donne di manifestare le proprie sofferenze (Dandekar 2015) e di dare un senso alle fratture della riproduzione (Mattalucci 2017). Tuttavia, gli esempi precedenti evidenziavano come la maggior parte delle alterazioni siano considerate originarsi da un'incorporazione della modernità attraverso le tecnologie mediche, che precludevano successivamente un'efficace gestione del corpo riproduttivo. Le operazioni chirurgiche s'inscrivevano visibilmente sul corpo femminile creando delle fratture difficili da integrare nel sistema medico locale.

<sup>63</sup> “P: Bahut bleeding mere ko hotā thā, do tin bād checking karā, sonography. Abhī kabhī gāmṭh bhī ho jātī hai, na? Iislie gharvāle bolte the karāo, karāo, kuch hotā, to? Maine sonography kiyā, kuch nahīm thā islie maine kuch davāī bhī nahīm lī. [...] Doctor ne bolā thā ki yah apkā māsik hai, bākī kuch nahīm, dūsri pareśānī nahīm thī. [...] Mere jēṭhānī hai, vah bolegī ‘Itnā tumko pareśānī karte ho, nikal do, nikal do!’ aise kyoṃ nikale, ye garbhasya, hamāre śarīr kā sab se aur jyādā iske ūpar apnā caltā hai. Apnā śarīr acchā rahatā hai, vah nikal jātā hai to apnā śarīr kuch na kuch rahatā hai: phūl jātā hai, peṭ kā dukhāvō hotā hai, gas ho jāte haiṃ, sabhī taklīph pe ā jātī. Maine kuch ho to karānā partā hai, bākī nahīm hai to thoṛā sāmṭi, bād meṃ calā gayā. [...] Baccā ho gayā to koī jarurat nahīm hai, nikalne se baccā nahīm hote, lekin acchā nahīm hai. [...] Garbhasya ke binā apkā śarīr ādhā, adhūrā ho jātā hai. Garbhasya śarīr ke lie bahut mahatvapūrṇa issā hai” (Priti, 24 agosto 2018).



Anche Eva Luksaite (2016), nella sua tesi sulla sterilizzazione, ha notato un legame tra questo contraccettivo e la prevalenza delle isterectomie, fenomeno che *“marks the increasing degree of accessibility of rural women’s bodies to biomedical tools and interventions, and of their operability manifesting through a series of normalised intrusive medical procedures. In this regard, the operation as form does imply governmentality, disciplinary technologies, and the construction of women into docile subjects of biomedicine (Foucault, 1977), but not necessarily with the state as its source. Even though women do become subjects of the state and its family planning agenda by getting sterilised, the project of the state, or one’s belonging or demands to it, does not figure in the conversations about the sterilisation procedure or hysterectomies. Rather, being operated upon once (tubal ligation) seems to mark the options, possibilities and limits for further engagement with one’s body, illness and biomedicine. In other words, undergoing a sterilisation procedure opens up and limits the options and choices concerning the treatment of one’s body”* (2016: 211).

L’incorporazione della modernità s’iscriveva visibilmente sul corpo delle donne anche con un aumento della massa corporea, concetto che è stato analizzato in particolare nei riguardi dell’alimentazione<sup>64</sup>. L’aumento di peso, visto come uno squilibrio interno era anche una conseguenza di un uso prolungato delle pillole anticoncezionali, dove l’aumento del calore (*garmī*) creava dei coaguli di sangue difficili da espellere e che aumentavano la massa del corpo. Anche le operazioni al sistema riproduttivo, dove l’addome era aperto ed esposto senza alcuna protezione alle correnti del ventilatore o del condizionatore della sala operatoria, consentivano all’aria di entrare e ingrossare il corpo, senza lasciargli nessuna via d’uscita. Molte donne che si erano sottoposte alla sterilizzazione o all’isterectomia, pur considerando l’operazione come la scelta migliore, erano solite lamentarsi della propria corporatura, segno indelebile della propria scelta.

Le narrazioni delle donne in cerca di cure riflettevano complesse negoziazioni tra sofferenza corporea, strutture socioeconomiche e la microfisica del potere che le circonda, piuttosto che una sottomissione unilaterale all’autorità medica (Lock e Kaufert 1998). In questo contesto sempre più (bio)medicalizzato, dopo aver sottoposto il proprio corpo a diverse tecnologie mediche, l’isterectomia rappresentava l’unica soluzione possibile per liberarsi dalle sofferenze e dai rischi futuri.

---

<sup>64</sup> Si veda il capitolo 2.

## RIFLESSIONI FINALI

Nel corso della ricerca ho raccolto le diverse rappresentazioni che influenzano il modo in cui le donne vivono e pensano il proprio corpo riproduttivo, con l'intento di formare delle cosmologie della riproduzione. In particolare, la tesi esplora il ruolo che i saperi e le pratiche del corpo riproduttivo femminile hanno nel corso del processo di ginecopoiesi. In che modo la produzione, la riproduzione, la trasformazione e la contestazione dei saperi sulla riproduzione influenzano il modo in cui le donne vivono il proprio corpo? Come questo processo influenza la costruzione e l'esperienza del genere?

La ricerca mostra in che modo la presenza e attività delle *dāī māṃ* in una situazione multi-religiosa, multi-linguistica e multi-etnica, abbia favorito la trasmissione di un sapere femminile condiviso, coerente con l'ideale femminile proposto dalla società indiana contemporanea. In questo immaginario, i ruoli attraverso cui una donna si può realizzare sono quelli di moglie e madre, entrambi relegati allo spazio domestico, che necessitano la padronanza di qualità quali l'autocontrollo e l'abnegazione.

Lo studio presenta come questi ruoli siano radicati nello sviluppo fisiologico del corpo riproduttivo e come le diverse qualità siano incorporate attraverso l'attuazione di saperi e pratiche proprie ai diversi periodi della vita. Questo sistema non è statico, ma è costantemente contestato, rimodellato e riaffermato attivamente dalle donne stesse secondo la situazione familiare, storica, materiale o emotiva. In effetti, in un centro piccolo e storicamente isolato come Bhuj, la ricostruzione post-terremoto ha favorito l'introduzione di diversi paradigmi di modernità, come anche una ristrutturazione della società e delle sue rappresentazioni. Le narrazioni raccolte hanno evidenziato uno sviluppo *gendered* e non lineare del processo di modernizzazione, accelerato dopo il terremoto. Nel suo lavoro sulla modernizzazione delle madri Malay, Maila Stivens (1998) specifica che la connotazione di genere della modernità si manifesta “*not just in the sense that male and female subjects experience it differently, but in*

*how its discursive terms are constituted*” (1998: 3). Per le donne che ho incontrato, la modernità si rivela nelle abitudini alimentari, nella recrudescenza di alcune malattie, come la caduta della *pecofī*, e nell’incontro con diverse rappresentazioni del corpo, in particolare quelle mobilitate dal personale sanitario. Questa tesi cerca di evidenziare come i saperi e le pratiche del corpo riproduttivo sono ricostituite in questo contesto di transizione che condensa tensioni scaturite dal rapporto tra ‘tradizione’ e ‘modernità’.

Le seguenti riflessioni finali ripercorrono i punti più importanti trattati nel testo, con la volontà di riunire in un quadro riassuntivo quattro aspetti chiave della ricerca: in che modo le donne concepiscono il proprio corpo, il genere e la riproduzione? In che modo le donne concepiscono le trasformazioni che la modernità ha prodotto sul corpo, il genere e la riproduzione? Infine, propongo di aprire una nuova pista di ricerca per approfondire l’articolazione tra la modernità e la costruzione discorsiva del corpo riproduttivo tra le adolescenti a Bhuj.

### ***Concepire i corpi***

I primi capitoli si soffermano sull’etno-fisiologia e l’etno-anatomia del corpo riproduttivo, ricostruendo un quadro delle conoscenze trasmessomi dalle donne che hanno partecipato alla ricerca e mettendo in evidenza le conseguenze che queste concezioni hanno sul modo in cui le donne vivono il proprio corpo. Le mappe del corpo e le narrazioni raccolte evidenziano una rappresentazione idraulica dell’organismo (Cohen 1998), che s’ispira al mondo vegetale (Zimmermann 2006). Il corpo è composto da una rete di canali (*nālī*) e ricettacoli (*kothrī*) attraverso i quali i fluidi vitali devono scorrere nella giusta direzione. Le sostanze sono prodotte e poi evacuate regolarmente, in un processo ininterrotto di distillazione del buono e dell’utile dalla materia corrotta e consumata. In questo sistema non possiamo parlare di anatomia né di organi: non sono le singole parti che contano, ma l’equilibrio e la mobilità dell’intero organismo.

Piuttosto che un corpo anatomico, le donne narrano di un corpo fluido, il cui centro è lo stomaco (*peṭ*), un ricettacolo che, attraverso un processo di cottura, trasforma il cibo ingerito nei vari fluidi vitali, primo fra tutti il sangue (*khūn*). La qualità, la quantità e lo scorrimento dei diversi liquidi sono indicatori della salute della persona, la quale può vegliare a mantenere in equilibrio queste componenti attraverso una corretta alimentazione o comportamento. In particolare, è importante mantenere un’alta presenza di sangue buono (*acchā khūn*) rispetto a quello corrotto (*kharāb khūn*), favorendo l’espulsione di quest’ultimo.

Quest'azione manifesta un'ulteriore caratteristica del corpo fluido che risiede in una attività auto-purificatrice e purgativa. Sempre in un'ottica idraulica, lo scorrimento dei fluidi attua un'operazione di filtraggio che consente di distillare i liquidi di buona qualità da quelli consumati o corrotti. Quest'auto-regolazione interna del corpo può essere favorita anche da alcuni comportamenti o da regimi dietetici specifici. L'apparente paradosso degli effetti benefici di un ciclo mestruale regolare, seppur impuro (*asuddh* o *napāk*), risiede in parte in questa lettura fisiologica auto-purificatrice.

Essendo fluido, l'organismo si trasforma attraverso un cambiamento continuo delle sue sostanze, le quali condizionano non solo il corpo fisico, ma anche quello emotivo, psichico e spirituale. Una delle pratiche più influenti è il mangiare, che non si riduce a un atto nutritivo, ma si struttura come pratica di autotrasformazione e conformazione sociale: come afferma Wendy Doniger in un articolo sulle funzioni del cibo nell'Asia del sud "*You Are What You Eat*" (1999: 151). Quest'affermazione comporta che il cibo non nutre e rinnova solo il corpo fisico della persona, ma anche il suo corpo sociale (Sebastia 2016), poiché mangiare gli stessi cibi, preparati dalla stessa persona, comporta la costituzione di uguali sostanze corporee anche in corpi diversi. Attraverso la scelta degli alimenti e la manipolazione del cibo, le donne hanno di conseguenza la possibilità di modellare le qualità fisiche, psichiche e spirituali dei componenti della famiglia. Questo potere poetico femminile di fabbricazione programmata dell'essere umano (Remotti 2013), accompagna la donna nell'arco della sua vita, in particolare nel suo ruolo di madre, e s'impone come responsabilità sociale.

L'organismo è condizionato anche dall'ambiente esterno e dalle disposizioni interne della persona: clima, emozioni, azioni, pensieri, manipolazioni fisiche, relazioni sociali etc. Il corpo fluido ha la peculiarità di risultare poroso, permeabile, adattabile e malleabile, caratteristiche che rendono necessario un controllo e un auto-controllo verso tutti gli stimoli che potrebbero alterare il suo precario equilibrio corporeo. Partendo dalla rappresentazione idraulica del corpo, la malattia è concepita come un malfunzionamento del sistema di scorrimento, causata per esempio da un blocco (es. quando il latte materno caglia nel seno) o da una perdita (es. la *saphed pānī*<sup>1</sup>). In altri casi, un malessere può essere causato da un disequilibrio nell'economia dei fluidi data da una presenza elevata di liquidi (es. la tensione) o, al contrario, da una stagnazione del flusso (es. quando il sangue si secca nel corpo). La mobilità interna può anche causare lo spostamento inopportuno di una parte della struttura idraulica (come il ricettacolo femminile, *garbh*, o la *pecoṭī*).

---

<sup>1</sup> Letteralmente 'l'acqua bianca', in ambito bio-medico interpretata come leucorrea. Si veda il capitolo 2.

Sia in caso di malfunzionamento che di disequilibrio, i trattamenti non si focalizzano su una parte specifica, ma vegliano a considerare la persona come un'entità globale, inserita in un particolare ambiente. Mantenere una buona salute si profila come un compito arduo, poiché oltrepassa i limiti corporei della singola persona e richiama il contesto sociale, ecologico, emotivo, relazionale ed economico in cui si inserisce. In questo senso, sintomi che richiamano la perdita di liquidi come la *saphed pānī* manifestano un disequilibrio incorporato dalla persona, che può avere un'origine interna o esterna. Questa visione olistica della persona si lega a una rappresentazione particolare del corpo che guida i comportamenti in materia di salute e sulla quale si radica anche la distinzione dei generi, ripercorsa nel prossimo paragrafo.

### *Concepire il genere*

In un contesto sociale e culturale in cui i rifiuti corporei sono considerati impuri (*aśuddh* o *napāk*), ovvero sporchi (*gandā*) e promotori di malattie (*bīmārī*), la loro presenza all'esterno del corpo altera la posizione sociale della persona, limitandone di conseguenza le azioni. Il controllo del proprio flusso non è solo una questione di salute, ma d'integrità personale, sociale e morale. Come evidenzia Delphine Horvilleur nella sua opera sulla rappresentazione del corpo femminile in ambito giudaico, *“l'impureté serait donc une forme d'exposition excessive, de faille corporelle, qui nécessite un éloignement temporaire de la personne, le temps pour elle de reconstituer dans cet isolement ses 'frontières'. Le corps surexposé est, pour un temps, déséposé”* (2013: 127). L'esibizione incontrollata o fuori misura dei propri fluidi è considerata preoccupante, in particolare in un'ottica economica che cerca di preservare le proprie sostanze (Alter 1997). L'ideale umano risiede in un auto-controllo e un'auto-sorveglianza intima dei propri flussi, come dell'evacuazione dei propri scarti, con lo scopo di promuovere il mantenimento di uno stato inalterato di purezza (*śuddh* o *pāk*), pulizia (*saphāī*) e salute (*ārōgya*).

In questo quadro culturale, l'impurità del genere femminile si caratterizza come una fatalità biologica. Secondo la narrazione e i disegni delle donne che hanno partecipato alla ricerca, la rappresentazione idraulica del corpo è propria a tutti gli esseri umani, ma i corpi femminili presentano per un certo periodo un flusso sanguigno quantitativamente superiore rispetto a quelli maschili. Quest'aumento richiede un'azione purgativa più intensa e incontrollata degli scarti, causando alle donne una difficoltà nella gestione dei propri fluidi. La ciclica perdita ematica rende il corpo femminile ancora più mobile del suo omologo maschile, che si delinea come stabile, controllato, equilibrato e solido (*pakkā*). Al contrario, i

continui cambiamenti dei fluidi mantengono la donna, per un certo periodo della vita, in un'alternanza di periodi di purezza e d'impurità, caratterizzandola come instabile, disequilibrata, incontrollata e non solida (*kaccā*). I cambiamenti continui richiedono un costante riadattamento interno per mantenere la salute dell'organismo, che si focalizzano su pratiche di controllo, auto-controllo e contenimento.

La mobilità del corpo fertile femminile esaspera la particolarità di ogni singola donna, poiché l'organismo è ancora più sensibile alle influenze del contesto sociale, ecologico, emotivo, relazionale ed economico in cui questa persona è inserita. Questo fatto comporta l'impossibilità di omologazione e standardizzazione delle funzioni fisiologiche. Un esempio concreto è la contraccezione, che secondo il sapere bio-medico è ideata per funzionare in ogni corpo femminile. Tuttavia, nelle narrazioni delle donne, data l'unicità dei corpi, nessuno strumento si può adattare a tutti gli organismi, ma è necessario trovare quello che più si conforma (*suit*) alla propria fisiologia. Di conseguenza, la scelta del contraccettivo diventa un momento di negoziazione della propria soggettività.

Nel periodo considerato fertile, il corpo femminile è rappresentato come trasgressivo, poiché non rispetta i limiti e le frontiere della carne, ma lascia uscire in modo incontrollato ciò che dovrebbe rimanere all'interno, e rende visibile quello che dovrebbe rimanere nel dominio dell'invisibile (Horvilleur 2013). Se leggiamo il corpo come un portatore simbolico dell'organizzazione sociale in cui evolve, che riproduce su piccola scala i poteri e i pericoli attribuiti alla struttura sociale (Douglas 1993), il femminile si fa carico di una paura che opprime molte società: il rischio di contaminazione delle zone liminali (Horvilleur 2013). Favorendo la regolarità del proprio flusso, le donne cercano di limitare questa paura dimostrando di poter prevedere, contenere, mascherare e gestire il periodo d'impurità.

In India, il corso della vita di una donna, al contrario di quella di un uomo, è frammentato da cambiamenti fisiologici a cui è associata la produzione di determinate competenze che consentono l'assunzione di nuovi ruoli sociali. Per esempio, i processi fisiologici che hanno luogo durante la gravidanza e il parto consentono lo sviluppo di una competenza materna, carattere necessario alle donne per essere riconosciute come madri. In questo senso, i ruoli sociali femminili sono radicati nello sviluppo del corpo riproduttivo, e per questo naturalizzati e incorporati dalle donne. Le pratiche trasmesse che sono considerate sostenere il processo fisiologico, veicolano determinate qualità che competono alla figura ideale di femminilità, che si realizza nella madre. Il prossimo paragrafo approfondisce questo aspetto, ripercorrendo i modi in cui si struttura la rappresentazione della riproduzione secondo le donne che ho incontrato a Bhuj.

*Concepire i bambini*

Le narrazioni raccolte evidenziano come sia proprio l'aumento di sangue che avviene per un determinato periodo della vita che permette alle donne di concepire. Se da un lato questo cambiamento causa molte limitazioni sociali, problemi di salute e dolori corporei, tali sofferenze sono solitamente sopportate per poter diventare madre e mettere al mondo dei figli. Pur non escludendo la possibilità di una compresenza di diversi fluidi riproduttivi, tutte le donne concordano nella partecipazione e nell'importanza del sangue mestruale (*māsik*) nello sviluppo del bambino in utero. Le qualità e la regolarità di questo fluido considerato socialmente impuro (*aśuddh* o *napāk*) sono fonte di osservazione e di cura da parte di tutte le donne desiderose di mantenere il proprio potere riproduttivo.

Seppur l'uomo e la donna siano considerati partecipare in egual modo al concepimento, la futura madre ha la totale responsabilità del successivo sviluppo psico-fisico del nuovo organismo, assicurato dalla coagulazione del sangue uterino e dall'apporto nutritivo veicolato dal cordone ombelicale. Al di là di un primo atto trasformativo attuato dalla presenza dello sperma nel ricettacolo della gestazione (*garbh*), il corpo femminile possiede tutte le sostanze necessarie per la formazione del bambino (*baccā*), garantendo alla donna di poter gestire in modo autonomo i successivi nove mesi. Questa concezione ha due implicazioni molto importanti nella costruzione della rappresentazione della maternità: la donna è l'unica responsabile dello sviluppo psico-fisico del figlio che, essendo creato dai fluidi materni, si forma in continuità con il corpo e l'identità della madre. Queste concezioni non mettono in questione l'importanza del ruolo del padre che con lo sperma permette di avviare questo processo, né l'appartenenza della progenie al lignaggio paterno, poiché dopo il matrimonio e attraverso la convivenza, la donna è assimilata nella genealogia del marito (Solinas 2006).

Durante la gravidanza, la rappresentazione del corpo femminile come trasgressivo compromette il buon sviluppo del bambino. Il ventre non è considerato come uno spazio chiuso entro il quale poter crescere al sicuro, al contrario il nuovo organismo è costantemente sottoposto tanto a influenze provenienti dall'ambiente circostante, quanto alle disposizioni interne della madre. Il sapere femminile legato a questo periodo evidenzia l'importanza di contenere la donna gravida, aiutandola a sviluppare un'auto-sorveglianza e un auto-controllo intimo che hanno lo scopo di gestire le qualità fisiche, emotive, intellettuali e spirituali che si vogliono modellare nel nuovo membro della società. Le pratiche hanno l'intento di sostenere il processo fisiologico e psicologico in corso, proteggendo la donna e il bambino da eventuali

influenze negative.

D'altra parte, le pratiche e i saperi che sono trasmessi sulla gravidanza hanno il chiaro intento di educare la donna al ruolo idealizzato di madre, consentendole di plasmare un corpo e delle qualità interiori necessarie a questo ruolo come l'abnegazione e una completa disponibilità nei confronti dei figli. Inoltre, queste pratiche promuovono la domesticizzazione della donna, dato che la casa diventa l'unico posto sicuro dove far crescere dei figli sani e dove mantenere un corpo femminile in salute, grazie alla pratica dei lavori domestici. Per prepararsi al parto, le future madri sono spinte ad allenare il proprio corpo a partorire correttamente, ovvero attraverso un parto vaginale, rimanendo attive a pulire e gestire la casa.

Durante la gravidanza avviene quindi una doppia plasmazione, una doppia ginecopoiesi programmata: quella della donna e quella del bambino. A livello fisiologico, le donne che ho incontrato spiegano questa possibilità in relazione alla natura immatura (*kaccā*) dei due corpi. Il legame tra la donna e il bambino che s'istaura con il concepimento non s'interrompe nel momento del parto, considerato come il passaggio verso un altro modo di vivere, piuttosto che l'inizio della vita associato invece alla discesa dell'*ātman* (anima). La madre continua ad avere dunque la possibilità, nonché la responsabilità, di modellare l'aspetto fisico e le qualità psichiche del neonato attraverso l'allattamento e il massaggio.

Il latte materno non ha solo un apporto nutritivo, ma veicola determinate caratteristiche che influenzano il processo di soggettivazione del nuovo membro della società e che derivano da determinate scelte alimentari e di comportamento della madre. Allattare diventa una pratica corporea che accompagna la personificazione del bambino secondo l'ideale sociale vigente, trasmesso attraverso il corpo e le pratiche della neo-madre. Lo stesso è vero per il corpo femminile, che continua a essere modellato attraverso l'allattamento, considerato come manifestazione dell'amore materno. La madre ideale deve dimostrare una completa disponibilità mentale e fisica nei confronti del figlio durante l'allattamento, visto come una relazione intima, d'amore, che si sviluppa tra questa coppia.

La responsabilità verso uno sviluppo psico-fisico conforme alle regole sociali, ha consentito l'elaborazione di pratiche di callipedia, ovvero di norme per avere una buona progenie (*acchā baccā*). Dopo la nascita, il modo più efficace per modellare l'aspetto esteriore del neonato è attraverso il massaggio, che viene praticato quotidianamente dal sesto giorno dopo la nascita. Considerando la consistenza immatura del corpo (*kaccā*), la manipolazione della carne consente di imprimere degli stimoli che andranno a guidare la crescita fisica dell'organismo. Poiché le donne hanno espresso il concetto che lo sviluppo fisico del bambino non è direzionato, il massaggio diventa uno strumento di perfezionamento dei corpi.



Allo stesso tempo, la neo-madre è in un periodo di rinnovo esteriore, che evidenzia un rinnovo interiore indotto dalla fisiologia della gravidanza e del parto: la generazione consente una rigenerazione. Il periodo del post-parto radica l'identità della donna nella relazione con il neonato e nel suo nuovo corpo di madre, segnato dalle esperienze vissute. Per controllare questa corporeità liminale e per re-integrare i propri limiti corporei, anche la donna è sottoposta a un massaggio durante il puerperio. Questa manipolazione compiuta dalla *dāī māī* per mezzo delle mani e della parola ha lo scopo di contenere e di socializzare la nuova corporeità.

### *Concepire la modernità*

Le rappresentazioni della riproduzione, presentate in questo studio, sono in continuità con la costruzione del corpo e del genere trasmessa tra le donne che ho incontrato a Bhuj, e veicolano determinati ideali femminili su cui si basa la società contemporanea locale. Tuttavia, nuovi paradigmi di modernità si sono diffusi nel territorio a seguito del terremoto nel 2001, influenzando queste rappresentazioni. In particolare, l'integrazione del modello bio-medico e del suo sistema di credenze non sta avvenendo in modo uniforme e lineare, a causa anche di diverse incongruenze con il modello preesistente. Primo fra tutti, l'idea di un corpo olistico e fluido si scontra con l'idea dualista cartesiana e del 'corpo-macchina'. In questo contesto in transizione, la ricerca vuole mostrare in che modo il crescente uso delle tecnologie riproduttive riorganizza il sapere femminile.

Dal 2005, le politiche sanitarie legate alla maternità hanno promosso l'istituzionalizzazione del parto. Per questo motivo, la maggior parte delle donne che ho incontrato ha partorito in ospedale. Tuttavia, la ricerca evidenzia come l'ospedalizzazione non abbia favorito un'accettazione della bio-medicalizzazione, le cui tecniche e tecnologie non sono considerate favorire un buon parto, ma al contrario danneggiare l'equilibrio idraulico del corpo riproduttivo. Quest'opposizione è causata, da un lato, da una carenza di competenza culturale del personale sanitario, che non riconosce il sapere femminile locale, e dall'altro da una mancanza di confronto tra i due sistemi. Questo porta alla proposizione di terapie e trattamenti che non sono in linea con le concezioni locali del corpo femminile e che spingono le donne, che hanno comunque una certa fiducia nella bio-medicina, a riadattare le indicazioni in modo pragmatico secondo le proprie priorità.

Le narrazioni raccolte in questa tesi evidenziano come le donne manifestino una resistenza nei confronti della modernità, considerata come un modello che altera il corpo

femminile e la sua capacità riproduttiva. Un esempio è la pubertà, che è ritenuta presentarsi prematuramente nelle ragazzine che mangiano cibo considerato ‘moderno’ o che guardano programmi televisivi ‘moderni’, comportamenti che producono una variazione del processo di ginecopoiesi. In ambito ginecologico e ostetrico, invece, le tecnologie riproduttive – come il taglio cesareo, gli antidolorifici, gli anticoncezionali, i farmaci etc. – sono considerate i principali fattori di squilibrio corporeo. L’uso di queste tecniche e strumenti, sempre più in aumento<sup>2</sup>, ha diversi effetti sulla costruzione delle rappresentazioni della riproduzione da parte delle donne, in primo luogo, sul loro senso di perdita del controllo sul proprio corpo e sulle proprie esperienze. L’utilizzo delle diverse tecnologie riproduttive aumenta il divario tra la paziente, il proprio corpo e l’esperienza in corso, lasciando a volte un segno che va di là dall’esperienza ospedaliera e che si riflette nella gestione intima dei propri processi fisiologici o della malattia.

L’impiego di diversi strumenti o farmaci durante il parto trasmette l’idea che il corpo femminile non sia fatto per partorire, ma necessiti di un aiuto esterno, professionale, idea assente nelle rappresentazioni locali. La creazione di questo bisogno esterno, favorisce l’imposizione dell’autorità del personale sanitario, che gestisce gli strumenti come il corpo che partorisce, sulla partorientente che subisce. Tuttavia, le narrazioni mettono in luce l’attuazione di diverse strategie di resistenza che consentono alle future madri di limitare questo ruolo passivo e di evitare che il medico imponga procedure invasive, come il parto cesareo. Per esempio, alcune donne cercano di arrivare il più tardi possibile in ospedale e, nel caso, di essere accompagnate da una *dāī māīm*. Inoltre, nei mesi precedenti al parto, la futura madre cerca di allenare al meglio il proprio corpo per favorire un parto vaginale, veloce e senza complicazioni.

L’impiego delle tecnologie riproduttive aumenta, inoltre, il divario tra il sapere specializzato medico-scientifico del personale sanitario, e il sapere femminile non riconosciuto in ambito biomedico. Le donne spesso sono accusate dai medici d’ignoranza e, di conseguenza, sono considerate irresponsabili e inaffidabili, in particolare nella gestione della propria capacità riproduttiva. In quest’ottica, la malattia manifesta sempre l’ignoranza delle donne, che non sanno amministrare in modo corretto i propri processi riproduttivi. In ambito contraccettivo, per esempio il continuo rifiuto dei diversi metodi che la paziente considera non adatti al corpo, dimostra per il personale sanitario l’incapacità e l’inaffidabilità delle donne a seguire determinate istruzioni nonché la loro irresponsabilità nei confronti della

---

<sup>2</sup> Si consideri per esempio l’inserimento del monitoraggio cardiotocografico nell’ospedale governativo.

società poiché non si adattano alle norme di pianificazione familiare.

Dal punto di vista delle donne che hanno partecipato alla ricerca, l'utilizzo delle tecnologie riproduttive indebolisce il corpo, alterando definitivamente la mobilità interna dei fluidi e impedendone l'assestamento. Questo accade perché la medicina allopatrica, che si basa su una rappresentazione del 'corpo-macchina', agisce portando alla luce la malattia, aprendo il corpo, tagliando e rimuovendo le singole parti. Questa pratica ha come conseguenza di rendere il corpo immune alle cure della medicina locale (*deśī*), rendendo necessari trattamenti allopatrici. Un ulteriore effetto secondario è lo sviluppo del grasso, che altera le forme e le rotondità, diventando una manifestazione visibile di come la modernità s'iscrive sui corpi femminili. Per esempio, scegliere di sottoporsi a una sterilizzazione è secondo le donne un atto deliberato di manomissione del funzionamento del proprio organismo, che per motivi pragmatici è però considerato necessario in mancanza di altre soluzioni affidabili.

Le discrepanze tra le metafore utilizzate nel discorso biomedico e in quello femminile creano degli interstizi, nei quali i limiti e i modelli corporei sono messi in discussione. In questo contesto, la cura della *pecoṭī* canalizza le nuove affezioni moderne, diventando uno strumento di riappropriazione del corpo e della salute femminile, come anche di risignificazione delle esperienze riproduttive da parte delle donne e delle *dāī māṃ*. L'incompatibilità di un'incorporazione della modernità si somatizza nello spostamento di questo ricettacolo, il cui unico trattamento è il massaggio, tecnica non utilizzata dalla medicina allopatrica locale.

### *Concepire l'adolescenza*

La presente tesi si è dedicata in modo particolare a delineare diverse cosmologie della riproduzione che coesistono nella città di Bhuj. Tale obiettivo ha permesso di evidenziare in che modo gli attuali processi di bio-medicalizzazione della riproduzione hanno influenzato i saperi e le pratiche femminili locali. Avendo esplorato in che modo si costruiscono le rappresentazioni del corpo nelle diverse fasi della vita riproduttiva femminile, sarebbe interessante focalizzare una prossima ricerca su un momento specifico di questo processo, in particolare l'adolescenza.

La storia della pianificazione familiare in India presentata in questo testo, evidenzia come dagli anni Ottanta il governo indiano si sia riorientato verso la salute materno-infantile, che è diventata una priorità negli anni 2000 (Jullien 2015). L'istituzione nel 2005 del *National Rural Health Mission* (NRHM) ha portato a sviluppare dei programmi che hanno favorito

l'ospedalizzazione del parto, consentendo alle donne di familiarizzare con quest'ambiente, e promuovendo di conseguenza una diffusione dei processi di bio-medicalizzazione del corpo riproduttivo. Grazie al successo di questo schema, il governo ha deciso di allargarne il campo d'azione, istituendo nel 2013 il *National Urban Health Mission* (NUHM), che insieme al corrispettivo in ambito rurale (NRHM) compone il *National Health Mission* (NHM). Uno dei punti sviluppati nei nuovi programmi proposti sotto questo schema evidenzia la necessità di concentrarsi sulle sezioni più vulnerabili e sottoservite della popolazione, primo fra tutti gli adolescenti.

Il principale componente di questo schema è il *Reproductive-Maternal-Neonatal-Child and Adolescent Health (RMNCH+A)*, che ha l'intenzione di organizzare degli interventi che possano costituire un '*continuum of care*' (Ministry of Health & Family Welfare 2013a) e dove per la prima volta si distingue la figura dell'adolescente: "*In order to bring greater impact through the RCH<sup>3</sup> programme, it is important to recognise that reproductive, maternal and child health cannot be addressed in isolation as these are closely linked to the health status of the population in various stages of life cycle*" (*ibidem* 2013: 1). In particolare, il programma introduce la nuova figura delle madri adolescenti di età tra i 15 e i 19 anni, considerate più vulnerabili a problemi legati alla gravidanza e alla crescita dei bambini. Come attraverso l'ospedalizzazione del parto, questi interventi governativi intendono far familiarizzare gli adolescenti con le diverse strutture di cura, promuovendo la diffusione della bio-medicalizzazione.

Il recente interesse governativo per questa fascia della popolazione ha portato alcune ONG a interessarsi alle stesse problematiche e a sviluppare progetti nelle scuole e nelle comunità locali, atti a promuovere un'educazione riproduttiva e di genere. A Bhuj, l'ONG *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS) ha sviluppato nelle scuole una serie d'interventi denominati "*Workshops on gender and gender based violence*", diretti ad adolescenti tra i dodici e diciassette anni. Una delle tematiche affrontate si concentra sulla "*Perceptions on Gendered self*" dove si lavora sull'immagine del corpo dei ragazzi.

Come evidenzia Serena Bindi nel suo studio sulle possessioni in Garhwal (2015), l'adolescenza è però un fenomeno nuovo in territorio indiano, dove in alcune regioni marginalizzate del subcontinente si continua a passare dall'infanzia all'età adulta. Solo da due generazioni i ragazzi e le ragazze nella città di Bhuj sperimentano una fase relativamente lunga di transizione tra la pubertà e l'età adulta, segnata dal matrimonio. Questo periodo era

---

<sup>3</sup> Acronimo di *Reproductive Child Health*, programma predecessore lanciato per la prima volta nel 1997.

considerato dalle mie interlocutrici come un periodo particolarmente delicato per le ragazze (*larḱī*), che pur avendo sviluppato la propria capacità riproduttiva non erano autorizzate a manifestarla. Le donne che ho incontrato non utilizzavano nessun termine specifico per descrivere il periodo dell'adolescenza, fenomeno ancora relativamente nuovo che non si caratterizza come una fase segnata da particolari pratiche sociali e culturali riconosciute. I programmi governativi, come le azioni locali delle ONG, stanno però favorendo il riconoscimento istituzionale di questa fase della vita.

Durante la ricerca sul campo, la frequentazione con le ragazze più giovani mi ha consentito di entrare in contatto con questa realtà in processo di elaborazione. Anche se è ancora comune sposarsi prima dell'età legale dei diciotto anni, la scolarizzazione diffusa e il facile accesso che le ragazze hanno a internet, ai telefoni cellulari e alla televisione, permettono la circolazione di paradigmi di modernità che modellano la loro relazione al corpo e alla sessualità. Per esempio, alcune delle ragazze che ho incontrato avevano avuto delle relazioni con dei ragazzi al di fuori del matrimonio e, grazie alla scuola, avevano una conoscenza di base dell'apparato riproduttivo bio-medico. Come si organizza l'adolescenza a Bhuj? In che modo i programmi governativi e delle ONG influenzano la definizione locale di questa fase della vita?

Sono rari gli studi antropologici che si sono interessati all'adolescenza in India (Bindi 2015, Dube 1988, Thapan 2001), in particolare dal punto di vista della salute riproduttiva (Bott e al. 2003, Rashid 2007, Jejeebhoy 1998). In seguito alla presente analisi delle rappresentazione del corpo riproduttivo, ritengo interessante approfondire in che modo i saperi e le pratiche sono riorganizzate nel corso dell'adolescenza. L'utilizzo delle carte del corpo in quest'età è una metodologia appropriata che consente di superare la vergogna manifestata dalle ragazze che ho incontrato nei confronti della sessualità. In che modo le ragazze vivono il proprio corpo e i suoi cambiamenti durante la pubertà? Come si struttura l'immagine del corpo riproduttivo? Come si produce, riproduce, trasforma ed è contestato il sapere del corpo riproduttivo durante l'adolescenza? Che ricaduta ha questo processo nell'articolazione della ginecopolitica?

Lo studio si concentrerebbe su un'analisi intersezionale dell'esperienza dell'adolescenza secondo le ragazze che abitano nella città di Bhuj, focalizzandosi in particolare sul concetto di giustizia riproduttiva<sup>4</sup>. Diversi tratti identitari favoriscono o

---

<sup>4</sup> Questo concetto, sviluppato negli anni novanta dal movimento femminista nero nel Nord America, parte dalla necessità di definire i bisogni delle donne a partire dai dibattiti sulla politica riproduttiva e ha l'intento di difendere l'autonomia dei corpi e delle decisioni femminili (Apfel 2017). Nel loro libro, Ross e Solinger

precludono l'accesso delle ragazze ai servizi di salute riproduttiva: la religione, l'educazione, la casta, il matrimonio, la lontananza dei centri di salute etc. La giustizia riproduttiva, quando applicata alla costruzione della salute riproduttiva delle adolescenti indiane, offre un approccio sul campo che arricchisce le dimensioni materiali della 'vita reale' delle ragazze. Come evidenzia Alison Baley in un articolo dove utilizza questo concetto alle esperienze della *surrogacy* in India, "*SisterSong*<sup>5</sup> repeatedly stresses the importance of linking women's sexual and reproductive health and destiny directly to the conditions of her community, geographical climate, environmental cleanliness, and her experiences in the home, at work, with family, and on the streets" (2011: 728). Inoltre, continua l'autrice, la giustizia riproduttiva "*is an intersectional methodology that [...] points to instances of reproductive oppression in particular communities. It highlights the agency limiting racial, sexual, gendered, colonial, and so on structural constraints of particular women's local and moral worlds*" (2011: 728).

L'utilizzo del concetto di giustizia riproduttiva in diversi aspetti della vita delle donne indiane si sta diffondendo in alcuni studi recenti (Baley 2011, Kepkay 2011, Mohapatra 2012, Madhok, Unnithan e Heitmeyer 2014), ma nessuno di questi si focalizza sull'adolescenza. Integrare questo concetto nella ricerca permette di superare il linguaggio di 'scelta' o 'autonomia' delle donne, mettendo in evidenza i casi di 'oppressione riproduttiva' che si stratificano nelle vite delle ragazze a seconda dei loro tratti identitari e favorendo una decolonizzazione della salute riproduttiva.

---

articolarono la definizione di giustizia riproduttiva attorno tre principi "(1) the right not to have a child; (2) the right to have a child; and (3) the right to parent children in safe and healthy environments. In addition, reproductive justice demands sexual autonomy and gender freedom for every human being. At the heart of reproductive justice is this claim: all fertile persons and persons who reproduce and become parents require a safe and dignified context for these most fundamental human experiences. Achieving this goal depends on access to specific, community-based resources including high-quality health care, housing and education, a living wage, a healthy environment, and a safety net for times when these resources fail. Safe and dignified fertility management, childbirth, and parenting are impossible without these resources" (2017: 9).

<sup>5</sup> Il gruppo afro-americano che ha promosso il concetto della giustizia riproduttiva negli anni novanta.

# RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

## POUR UNE ANTHROPOLOGIE DE LA REPRODUCTION

La reproduction est un sujet central dans la théorie anthropologique contemporaine, même si elle n'a pas toujours été considérée comme telle. Si, au début, son étude ne sortait pas du domaine de la parenté, l'anthropologie féministe des années soixante-dix a appelé à accorder plus d'attention à la vie des femmes et à leur expérience en matière de reproduction<sup>1</sup> (Roberts 2015). Citant le travail de la célèbre chercheuse Cecilia Van Hollen sur la naissance en Inde du Sud, on peut dire que «*whereas earlier anthropological approaches to reproduction tended to focus on how reproductive practices and beliefs reflected social and cultural systems, scholars now argue that anthropology can benefit from viewing reproduction itself as a key site for understanding the ways in which people re-conceptualize and re-organize the world in which they live*» (2003a: 5). Qu'est-ce qui est re-conceptualisé et reconfiguré dans la construction du corps reproducteur féminin dans l'Inde contemporaine? La présente étude vise à explorer le rôle des connaissances et des pratiques des femmes dans la reconfiguration de l'expérience du genre et dans la gestion du pouvoir reproducteur.

La définition de corps reproducteur, sujet central de la thèse, n'est pas émiqque, mais renvoie à un lexique dérivé du biomédical<sup>2</sup>. Les femmes qui ont participé à la recherche n'utilisent pas de terme spécifique qui renvoie à l'idée de reproduction, mais qualifient ces fonctions comme propres à la femme et au corps féminin : l'existence de la femme est enracinée

---

<sup>1</sup> Pour en savoir plus sur le développement de l'anthropologie de la reproduction, voir Roberts (2015).

<sup>2</sup> Comme le souligne Elizabeth Roberts dans son article sur la reproduction et l'anthropologie culturelle «*the word 'reproduction' came into common use in the eighteenth century, and emphasized abstracted, non-agentive, biological processes as distinct from production, which was increasingly understood as agentive, mechanical, and male. Through the development of the biological sciences, reproduction came to be naturalized and universalized as a set of processes that take place in individual bodies, especially the bodies of women*» (2015: 450).

dans son développement reproducteur. Cependant, afin de ne pas essentialiser ce lien historiquement et culturellement construit, j'ai choisi de garder le corps reproducteur féminin comme sujet de thèse, afin de mettre en évidence sa mobilité. De même, dans ce texte, la connaissance est définie comme féminine, car la recherche se concentre sur les récits de femmes. L'impossibilité d'ouvrir la recherche au genre masculin m'a empêchée de vérifier si les hommes partagent les mêmes systèmes de représentation sur le corps reproducteur féminin.

Dans une perspective interdisciplinaire, cette thèse porte sur la construction culturelle du corps reproducteur, en essayant de faire dialoguer les études autochtones sur la médecine ayurvédique et la symbolologie des fluides corporels, avec des recherches anthropologiques. Cependant, cette recherche a nécessité une réadaptation de la méthodologie ethnographique, dans le but de développer une modalité qui ouvre un espace de discussion sur le corps intime, sensible à l'expérience féminine et capable de combler les lacunes laissées par le récit des femmes. Comment peut-on mener une observation participante sur le corps reproducteur ? Comment est-il possible d'appréhender les représentations d'un aspect de la vie dont les femmes ne parlent pas ouvertement ?

La thèse s'appuie sur des recherches ethnographiques menées auprès d'une trentaine de femmes vivant dans la ville de Bhuj (Gujarat, Inde). J'ai essayé d'explorer la manière dont les différents processus de reproduction sont vus et expérimentés (menstruation, grossesse, accouchement, allaitement, ménopause, etc.), en accordant une attention particulière au langage et aux métaphores utilisées pour les décrire. Pour surmonter les difficultés rencontrées lors de l'observation participante de la vie reproductive des femmes, j'ai décidé d'utiliser la technique de cartographie corporelle dans le but de combler les lacunes et les allusions laissées par la parole et l'observation des pratiques. Enfin, la recherche a pris en compte la construction de la santé reproductive des femmes et sa reconfiguration dans la rencontre avec la bio-médicalisation du corps féminin, de plus en plus répandue dans la région.

## **CHAMPS THÉORIQUES DE L'ANTHROPOLOGIE DE LA REPRODUCTION EN INDE**

En Inde, l'anthropologie de la reproduction s'est développée principalement dans les domaines économique, politique et démographique, grâce à des recherches quantitatives et qualitatives (Patel 1994, Capila 2004, Jeffery et Jeffery 1997, Hussain 2008, Säävälä 2001). Parmi elles, le travail pionnier de Patel (1994) ouvre une perspective holistique sur le comportement de fertilité (*fertility behaviour*) à travers une étude monographique d'un village



du Rajasthan, dans le but de comprendre ces pratiques en tant que partie intégrante de la société villageoise. L'analyse met en évidence la manière dont les femmes élaborent leurs décisions relatives à la fécondité à la lumière des structures économiques et des liens de parenté, et conclut que le *fertility behaviour* est constitué par la relation dialectique entre les personnes et leur environnement (Krishnakumari et al. 2014). Cependant, ces études ne se sont pas intéressées aux représentations locales du corps et aux savoirs qui structurent la construction des comportements analysés.

Les différents aspects et moments de la vie reproductive des femmes ont fait l'objet de plusieurs études qui se réfèrent à l'anthropologie médicale et soulignent la présence d'un savoir gynécologique chez les femmes (par exemple, Garg et al. 2001, Juyal et al. 2014, Mathews et Benjamin 1979, Shah et al 2013, Pushpangadan et George 2010). La méthodologie utilisée est principalement mixte (qualitative et quantitative) et la recherche vise à mettre en évidence certains comportements jugés incorrects en relation avec la santé reproductive des femmes et à en saisir les raisons sociales et culturelles. Dans le but de comprendre l'échec de certaines politiques de santé, ces études veulent proposer des solutions pour promouvoir la santé reproductive des femmes d'un point de vue biomédical. Nous soulignons plus particulièrement les articles traitant des maladies de la reproduction (par exemple Amin et Bentley 2002, Krishnakumari et al. 2014) et des pertes vaginales (par exemple Bang et Bang 1994, Chaturvedi et al. 1995, Jejeebhoy 2005, Trollope-Kumar 2001, Weaver 2017).

Une autre tendance, qui a connu un grand développement, concerne les prescriptions alimentaires des femmes en phase menstruelle (Eichinger Ferro-Luzzi 1973a, Rao 1985), pendant la grossesse (Andersen et al. 2003, Eichinger Ferro-Luzzi 1973b, Girija 2008, Hutter 1996, Laderman 1981, Nag 1994) et le post-partum (Eichinger Ferro-Luzzi 1974b, Sivaramakrishnan et Patel 1993). Ces recherches soulignent l'importance de l'analyse des «*cultural models of popular physiology*» (Del Vecchio Good 1980) qui, toutefois, compte tenu de la spécificité des sujets traités, restent fragmentés et ne parviennent pas à insérer la perception féminine du corps reproducteur dans un contexte culturel et social plus large. La présente thèse vise plutôt à ouvrir le champ de l'anthropologie de la reproduction indienne à l'étude des représentations locales du corps, en tant qu'espace intime et culturellement construit.

L'anthropologie de la naissance est un autre domaine qui a connu un développement plus important en Inde, elle est axée sur les pratiques en matière d'accouchement, de gestion de la grossesse et du post-partum (par exemple, Hancart-Petitot 2007, Van Hollen 2003a, Ram 1994, Ram et Jolly 1998, Jeffery, Jeffery et Lyon 1989). Certaines études se concentrent sur une re-conceptualisation du phénomène de la naissance dans le processus de

modernisation (par exemple, Van Hollen 2003b, Ram et Jolly 1998, Donner 2008). Cependant, Sarah Lamb (1997), dans son étude sur le vieillissement au Bengale, suggère « *a move beyond those models of South Asian personhood that tend to be static, [degendered], and based on a too sharp dichotomy between East and West, to a more nuanced understanding of the plural and evolving nature of personhood conceptions over the life course* » (1997: 279). Les recherches axées sur la naissance et la maternité prennent une signification plus dynamique lorsqu'elles sont insérées dans le cadre existentiel féminin, ce qui permet de retracer l'*agency* des femmes dans leurs choix de maternité (par exemple, Polit 2006, Menon 2013) et de tracer leur chemin *gynécopoïétique* (par exemple, Dube 1988, Das 1988). En outre, bon nombre de ces approches se concentrent sur une seule classe sociale (par exemple, Donner 2008) ou une seule religion (par exemple, Dube 1988). Au contraire, la présente étude vise à examiner les expériences de reproduction vécues au cours de la vie de femmes de confessions religieuses, de castes et de classes sociales différentes.

Les études sur la naissance se sont souvent concentrées sur les connaissances professionnelles des *dāī māīm* ou des sages-femmes traditionnelles (par exemple, Chawla 1994 et 2006a, Ram 2001, Pinto 2008, Rozario et Samuel 2002, Jeffery, Jeffery et Lyon 1987) et portaient sur la connaissance et le savoir-faire des matrones, en soulignant leur rôle social dans les villages où elles vivent. En particulier, les travaux de Janet Chawla (2003, 2006a, 2006b et 2008) analysent les métaphores de la procréation mobilisées par les *dāī māīm* et s'intéressent également à la perception du corps reproducteur du point de vue anatomique et physiologique. Au contraire, la présente étude propose de collecter le savoir et le savoir-faire des femmes, liés à la naissance et à la reproduction. Les travaux qui ont porté sur cette perspective dans le domaine de l'anthropologie ont mis l'accent sur les pratiques et les rituels entourant l'existence des femmes, tels que la menstruation (Das 2008, Eichinger Ferro-Luzzi 1974a) et les rites de naissance (Gatrad 2004, Rose 1907). D'autre part, nous trouvons des travaux similaires dans le domaine indianiste, où sont décrites et analysées les pratiques rituelles féminines liées au mariage, à l'accouchement et à la naissance (Leslie 1992, Duvvury 1991, Jamison 1996, Gupta 1986).

Les travaux traitant du corps reproducteur féminin du point de vue physiologique et anatomique se basent plutôt sur les textes ayurvédiques (Das 2003, Selby 2005 et 2008, Smet 2003, 2008 et 2010) ou sur des textes médicaux musulmans (Kueny 2013<sup>3</sup>). Les savoirs

---

<sup>3</sup> Ce texte ne traite pas spécifiquement des écrits indiens, mais est basé sur des manuscrits médiévaux de la médecine musulmane, qui sont ou ont été probablement pris pour référence par les docteurs indiens de médecine *yūnānī*.

gynécologiques présentés dans les textes médicaux anciens permettent de développer ‘*a poetic*<sup>4</sup> *of gender and sexuality*’ (Selby 2008) qui souligne le parallélisme entre la conceptualisation des relations sociales et la physiologie de la reproduction. D'autre part, en Inde, certains ouvrages traitent du symbolisme des fluides corporels, tant dans le domaine religieux que médical (Alter 1997, Copeman 2009, Arborio 2008, Das 1992, Hanssen 2006, Lorea 2018, White 2006), retraçant la valeur que des substances comme le sang, le sang menstruel ou le sperme ont dans la construction du corps et des relations sociales.

Les études d'anthropologie de la reproduction indienne ont été influencées, depuis les années 1970, par l'étude des notions de «personne» et de «soi» en Asie du Sud (par exemple, Daniel 1987, Dumont 1992, Marriott 1976 et 1989, Marriott et Inden 1977, Fruzzetti et Ostor 1982, Parry 1989). Parmi ces études, certaines ont défini la nature fluide et ouverte du concept de personne en Inde. Les recherches produites par McKim Marriott et E. Valentine Daniel, par exemple, suggèrent une vision relationnelle-procédurale de la personne (Matalucci 2015) basée sur l'établissement de liens substantiels avec d'autres personnes, lieux et choses du monde vécu. Grâce à des transactions importantes avec d'autres personnes, telles que le sexe, l'accouchement, la cohabitation, la nutrition, le contact et l'échange de mots, les études ont montré que les individus absorbent et distribuent des parties d'eux-mêmes.

L'idée de la personne comme fluide, en constante évolution et non limitée, définie par Marriott, semble difficile à concilier avec la rigidité de l'identité de caste et de genre en Asie du Sud (Busby 1995). Une solution à cette contradiction apparente peut être trouvée dans les travaux de Jonathan Parry (1989, 1994), qui souligne comment le discours sur la fluidité défend les pratiques rigides de la caste : « *what .... the ideology of fluid substance implies is nothing less than that the disintegration of the self results from stepping off the tried and tested tracks of the established patterns of caste interactions*» (1994 : 114). Une deuxième résolution est fournie par les travaux de Daniel (1987) au Tamil Nadu et de C. Osella (1993) au Kerala, qui soulignent la présence d'une identité centrale immuable de la personne (Busby 1995). Comme le souligne Cecilia Busby dans sa thèse de doctorat sur l'étude d'une communauté de pêcheurs au Kerala : « *the idea that discourses of fluidity and change exist in parallel with those that emphasize fixed natures, suggests that the line drawn between the two may be variable, and contested or manipulated by people in different contexts*» (1995 : 28).

Les études sur la personne ont stimulé différents domaines en Inde, tout d'abord celui de

---

<sup>4</sup> Selby est inspiré ici par Zimmermann (1987), définissant le terme *poetics* «*in a broader cultural sense that seems to be grounded simultaneously in text as well as in practice; a poetics that is therefore probably more akin to what we might call 'cultural semiotics'*» (Selby 2008: 61).

l'anthropologie de la parenté, qui s'est intéressé à la transmission et au partage des substances corporelles (Böck et Rao 2000, Trawick Egnor 1992, Fruzetti et Ostor 1982, Osella et Osella 1996). Le volume publié par Böck et Rao (2000), plus particulièrement, rassemble des ethnographies récentes d'Asie du Sud qui tentent d'appliquer le concept de parenté inspiré par Schneider dans «*A Critique of the Study of Kinship*» (1984). Le volume souligne le fait que, dans des travaux antérieurs, le corps humain n'a jamais figuré dans les discussions sur la reproduction sexuelle et la parenté, et que ce n'est que ces dernières années qu'il a été de plus en plus thématiqué, ce qui nous a permis de mettre en évidence le concept de personne processuelle, fondé sur un corps et des substances. En outre, il a été souligné que, dans la plupart des cultures sud-asiatiques, non seulement les concepts physiologiques jettent les bases de la conceptualisation de la procréation biologique, mais ils influencent également d'autres aspects de l'organisation sociale et des conceptions du monde (Böck et Rao 2000).

Cependant, dans leurs travaux, Sarah Lamb (1997) et Cecilia Busby (1995) soulignent le manque d'attention dans ces œuvres aux processus de changement et de déconstruction qui se produisent au cours de la vie. En fait, les premiers modèles de la personne s'intéressaient largement à la caste, à la parenté, à l'économie et à la politique (ibid.), négligeant d'autres questions telles que le sexe. «*What is striking is that although anthropological interest in personhood developed contemporaneously with the anthropology of gender (from about the 1970s on), there has been little attempt to bring these two fields of inquiry together. As Henrietta Moore observes: 'Indigenous concepts of the person and self are presented, most often, as gender neutral, but on closer examination it is clear that the implicit model for the person in much ethnographic writing is, in fact, an adult male' (1994: 28). This gives the (misleading, I believe) impression that person and self are ontologically prior to and separate from gender identity*» (Lamb 1997: 281).

Les théories anthropologiques de la personne éliminent facilement la différence entre les hommes et les femmes et présentent trop souvent un concept de la personnalité qui est par défaut masculin. Le fait de mettre l'accent sur le sexe non seulement élargit les connaissances acquises par l'approche ethnosociologique, mais apporte également un autre correctif à la vision déformée de la fluidité critiquée ci-dessus, puisque le sexe est une partie bien définie du noyau immuable de la personne qui n'est pas sujette au changement (Busby 1995). Le domaine de la reproduction est ici présenté comme un terrain fertile pour ouvrir le concept de personne, développé lors de recherches en Asie du Sud, à une lecture du genre. Cette thèse s'en veut une tentative.

Le travail de Cecilia Busby (1995, 1997, 2000) est un exemple de la manière d'intégrer

les réflexions développées autour de la personne en Asie du Sud avec celles de l'anthropologie féministe, en étudiant comment la différence entre les sexes est constituée dans une communauté de pêcheurs au Kerala. Dans son travail, Busby (2000) s'attache à montrer comment une compréhension catégorique du genre liée à la notion de présence corporelle interagit avec sa définition par l'échange et le transfert de substances, principalement entre mari et femme, qui sont au cœur de la famille et de l'économie en général. S'inspirant des études de l'anthropologie féministe et de la littérature sur le don, l'échange et les personnes, Cecilia Busby fait remarquer que dans le contexte de son étude, le genre peut être considéré comme un attribut catégorique des personnes, ce qui est principalement compris par les notions de différence corporelle et de rôles de genre dans la procréation, ainsi que par la compréhension de l'importance de l'échange de genre dans l'économie (ibid.).

D'autre part, les études anthropologiques et indianistes centrées sur le genre en Inde ont mis en évidence la figure féminine uniquement dans son rôle de mère (Aneja et Vaidya 2016, Bagchi 2017, Krishnaraj 2010, Kurtz 1992, Bhattacharji 1990, Dandekar 2015, Bumiller 1991) et de mariée (Hess 1999, Jamison 1996, Leslie 1989, Gatwood 1985). Le texte de Raheja et Gold (1994) se présente comme l'une des rares exceptions et évoque des perspectives morales alternatives sur la parenté, le genre et la sexualité façonnées par les femmes, qui permettent de surmonter cette dualité. En fait, elles soulignent comment, dans les chants et les rituels recueillis chez les femmes, prévaut une auto-représentation du féminin qui contraste avec les images construites par la littérature sur la parenté, le genre et la reproduction en Asie du Sud. Par leur analyse, ils mettent en lumière diverses formes de résistance quotidiennes qui passent par exemple par un usage subversif de la parole.

Pour étudier la perception du soi féminin en Inde, notre recherche intègre la vision de la femme en tant que sujet du discours (Calame 2015), proposée par Raheja et Gold (1994), à celle du sujet anthropologique, ou en tant qu'agent de pratiques symboliques qui sont aussi des pratiques du corps (Calame 2015: 17). Les travaux de Thapan (1995, 1997, 2001, 2004 et 2009), qui traitent de l'expérience de l'incorporation féminine dans la vie quotidienne, apparaissent comme une référence utile dans cette perspective : *«It is only when we view the female body as a lived or communicative body, that we can begin to understand the implications of both the social construction of lived experience as well as women's own perceptions and articulations of their embodiment»* (1997: 7).

En conclusion, ce travail fait référence aux domaines anthropologiques et indianistes présentés ici, qui traitent des cultures et des symbologies du corps féminin en Inde (par

exemple Busby 2000, Good 2000, Thapan 1995, Lamb 1997) et contribue à une analyse centrée sur l'ensemble de la vie reproductive. La thèse vise à prendre comme référence le corps vécu et intime dans lequel s'enracine le processus de gynécopoïèse, et sa construction narrative par les femmes.

## **PROPOSITIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR UNE RECHERCHE ETHNOGRAPHIQUE DE L'INTIME**

### *Comment organiser la recherche sur le terrain?*

Ce travail a été développé dans le cadre d'une convention de cotutelle entre l'Université Milano-Bicocca et l'INALCO-Institut National des Langues et Civilisations Orientales de Paris et s'appuie sur l'enquête ethnographique menée dans la ville de Bhuj sur une période totale de treize mois entre 2015 et 2018. A travers le projet Vinci, l'Université Italo-Française a soutenu mes recherches en contribuant à une partie des frais de mobilité effectués dans le cadre de la cotutelle.

Mon intérêt pour les représentations du corps reproducteur féminin et la manière dont les femmes vivent et s'occupent de leur santé reproductive est né lors d'une précédente recherche, effectuée pour obtenir le master 2 à l'EHESS de Paris en 2014. Le mémoire portait sur les représentations de la grossesse par un groupe de femmes hindou, vivant dans le quartier mono-religieux de Mahāsakti Nagar, à la périphérie de la ville d'Ujjain (Madhya Pradesh). Prendre en compte la grossesse m'a permis de me concentrer sur un moment unique de la vie reproductive des femmes, liminale, qui interroge le corps, le genre et la parenté. Cependant, à travers l'écriture et la lecture d'autres études ethnographiques, j'ai remarqué comment différents symboles et concepts, essentiels à la construction du corps 'enceinte', étaient liés aussi à d'autres moments clés de la vie féminine: les premières règles, le cycle menstruel, la contraception, l'allaitement etc. La prise en compte du corps reproducteur féminin m'a permis de souligner comment la gynécopoïèse est articulée dans une région particulière de l'Inde du Nord.

Dans un premier temps, le choix de la ville de Bhuj, visitée pour la première fois lors d'un voyage en 2015, a été dicté par le désir d'enquêter sur une réalité multiculturelle, multilingue et multireligieuse. Sa position géographique périphérique par rapport aux grands centres politiques et économiques l'exclut des terrains d'investigation choisis lors des études, à

l'exception des recherches liées au tremblement de terre de 2001<sup>5</sup> ou à son artisanat. Outre le manque d'études sur la région, la rencontre fortuite avec la *dāī māī*<sup>6</sup> Karima en octobre 2015 m'a ouvert la possibilité de la suivre lors de ses visites et de m'interroger sur le rôle de cette figure dans la transmission des connaissances sur le corps reproducteur. Un court séjour de deux mois m'a donc permis de nouer les premiers contacts, d'élaborer une proposition de recherche et de mettre en évidence les spécificités sociologiques, économiques et géographiques de la ville.

Selon les normes indiennes, Bhuj est considérée comme une petite ville<sup>7</sup>, dont la structure reflète des idéaux définis comme 'traditionnels', de tendance conservatrice et patriarcale. Dans cette perspective, le rôle de la femme est lié au mariage et à la maternité, considérés comme un «devoir biologique inévitable» (KMVS s.d.). Les représentations locales du corps, bien qu'elles résultent de diverses interactions culturelles et religieuses, reflètent cette prédominance des idées 'traditionnelles', reformulées à la suite du grand tremblement de terre de 2001. Cet événement sismique a conduit à un travail de reconstruction massif non seulement sur le niveau des infrastructures et de la politique, mais également identitaire et social (Simpson 2014). Dans une courte période, l'espace de reconstruction a favorisé l'avènement de différents paradigmes de la modernité, qui se sont heurtés à une société bouleversée<sup>8</sup>. Cette accélération imposée a notamment conduit le Kacch et la ville de Bhuj à se structurer en un espace de transition qui condense les tensions résultant du rapport entre 'tradition' et 'modernité'. Cette particularité historique et sociale m'a amenée à choisir Bhuj comme domaine de recherche afin d'analyser comment la croissante biomédicalisation de la reproduction réorganise les connaissances féminines.

La deuxième recherche ethnographique a eu lieu entre juin et septembre 2017, grâce au soutien de l'EFEO - École Française d'Extrême-Orient et de l'Université Milano-Bicocca. Le premier mois, j'ai pu vivre au centre ville dans un appartement qui faisait partie d'un complexe plus vaste habité par les familles de quatre frères, les Joshi de caste *brāhmaṇa*. Cependant, le séjour parmi eux a été interrompu en raison d'un problème familial inattendu et on m'a proposé de m'installer dans un *colony* au sud de la ville, dans un appartement d'un établissement habité par les familles de huit frères, les Thakkar de religion jaïn. Cette recherche m'a permis d'entrer en contact avec la plupart des femmes qui ont participé à la construction de cette étude, dessinant ainsi une première identification des pratiques et des

<sup>5</sup> Voir la partie historique ci-dessous.

<sup>6</sup> Nom local utilisé pour désigner *traditional birth attendant*.

<sup>7</sup> En 2011, Bhuj comptait 148'834 habitants (Census of India 2011a).

<sup>8</sup> "In the aftermath, there was a marked surge in the importance of history and heritage, and the past was debated often, especially in relation to regional identity and collective loss" (Simpson 2010: 67).

savoirs autour desquels le corps reproducteur est structuré.

Cette enquête m'a également amenée à envisager d'autres lieux d'analyse, auxquels je pensais ne pas avoir accès. En effet, étant donnée la difficulté d'effectuer une observation participante dans des hôpitaux ou des cliniques médicales, la recherche n'a d'abord été menée qu'au domicile des femmes. Cependant, grâce à la rencontre fortuite avec l'un des médecins de l'hôpital gouvernemental<sup>9</sup>, j'ai pu obtenir une autorisation exceptionnelle pour mener des recherches dans le département de gynécologie et d'obstétrique. L'expérience m'a permis d'analyser différentes constructions du corps féminin, selon le point de vue biomédical, de la médecine locale (*deśī*) et des femmes. Au cours de l'enquête ethnographique, j'ai eu l'occasion d'établir une collaboration avec le professeur Anuja Agrawal (Université de Delhi), sociologue spécialisée dans le domaine de la santé et des études de genre en Inde. Cette collaboration m'a apporté l'aide et le soutien d'un spécialiste proche de mon domaine de recherche et m'a également permis d'obtenir un visa de recherche pour mon troisième voyage, en tant que *visiting student* à l'Université de Delhi.

La troisième recherche de terrain s'est déroulée de janvier à septembre 2018, j'ai à nouveau séjourné dans l'appartement de la famille Thakkar. Avoir eu l'occasion de me plonger dans la vie quotidienne de Bhuj pendant huit mois a été une expérience fondamentale, en particulier pour les effets que cela a eu sur le questionnement de ma relation au corps et de ma construction en tant que femme. La confiance développée avec certaines femmes m'a permis de participer à certains rites, tels que le *god bharāī* de Hetal ou le *chathī pūjā* de Rayna, ainsi que de partager des confessions et des récits d'expériences intimes. Grâce au renouvellement de l'autorisation de mener mes recherches à l'hôpital gouvernemental, j'ai pu assister à des accouchements, à des opérations de stérilisation et d'hystérectomie, ainsi qu'à un grand nombre de visites gynécologiques réalisées au sein de l'OPD (*outpatient department*). De plus, je suis entrée en contact avec d'autres structures médicales locales, notamment un centre de laparoscopie gynécologique, une maternité réputée et enfin l'un des hôpitaux privés les plus fréquentés de la ville.

En conclusion, les recherches effectuées sur le terrain m'ont permis d'élargir le champ d'action du corps reproducteur, en insérant des institutions médicales. De plus, retourner sur le terrain, trois fois en trois ans, m'a permis de suivre la vie reproductive de certaines femmes et de consolider les différents liens de confiance nécessaires à une recherche de l'intime.

---

<sup>9</sup> Le nom et toute référence directe à cette structure ont été anonymisés sur demande explicite.



*Comment enquêter dans un espace multilingue?*

La connaissance de la langue *hindī* a été un outil fondamental pour la conduite de la recherche, bien que la plupart des habitants de Bhuj soient des locuteurs natifs *gujarātī*, langue officielle du Gujarat, ou *kacchī*<sup>10</sup>, langue régionale parlée uniquement dans le district. Leur diffusion en tant que langue maternelle n'est pas dictée par la localité, mais par le groupe d'appartenance (Grierson 2012). En effet, la plupart des *brāhmaṇa*, *vaiśya*, *ahīr* et autres tribus de bergers ne parlent que le *gujarātī*, tandis que les musulmans, les *jāt*, les hindous d'origine *sindhī*, les *jāḍejā*, les *lohaānā* et d'autres castes basses sont des locuteurs natifs *kacchī*. De plus, à Bhuj, tous les locuteurs du *kacchī* connaissent également le *gujarātī*, mais l'inverse est rare. Cependant, l'environnement multilingue a permis à toutes les femmes avec lesquelles je suis entrée en contact d'avoir une bonne connaissance de la langue *hindī*. En particulier dans le domaine médical, où il peut arriver de rencontrer des médecins ou des stagiaires venant d'autres états indiens ; le personnel médical peut utiliser le *hindī* en tant que lingua franca avec des patients<sup>11</sup>, maîtrisant les bases de cette langue<sup>12</sup>.

Tous les échanges que j'ai eus avec des femmes se sont déroulés en *hindī*, à la seule exception de trois femmes qui ont préféré me parler en anglais. La plupart des dialogues ont été enregistrés puis retranscrits par moi-même ou par un collaborateur externe résidant à Delhi. Vu l'intérêt linguistique de la recherche, qui vise à reconstruire le vocabulaire utilisé par les femmes quand elles se réfèrent au corps reproducteur, j'ai jugé important de laisser les dialogues<sup>13</sup> dans leur langue d'origine, translittérés en alphabet latin selon l'*International Alphabet of Sanskrit Transliteration* (IAST)<sup>14</sup>. Ces citations permettent de souligner l'utilisation fréquente de certains mots anglais, issus du lexique médical (ex. *blood*, *cesarean*,

<sup>10</sup> Le *kacchī* est une langue indo-aryenne du groupe indo-iranien de la famille des langues indo-européennes. Le recensement de 2011 (Census of India 2011b) le répertorie comme un dialecte du *sindhī*, une revendication qui a conduit à une protestation pour la reconnaissance du *kacchī* en tant que langue indépendante, et atteste de 1'030'602 locuteurs natifs. Cette langue s'est développée sous l'influence du *sindhī*, du *kāthiyāvārī* (un dialecte du Gujarat), du *mārvārī* (un dialecte du Rajasthan) et du *gujarātī*.

<sup>11</sup> La lingua franca utilisée entre médecins est l'anglais, car toutes les études de médecine sont menées dans cette langue.

<sup>12</sup> La plupart des écoles proposent un enseignement en *gujarātī* et/ou en anglais et rares sont celles qui incluent également la langue *hindī*. Peu de femmes savaient lire et écrire dans cette langue. Cependant, il est intéressant de noter que, d'après le *Linguistic Survey of India* de 1919, la langue *hindustānī*, la matrice de l'*hindī* moderne née en 1947, était parlée par un grand nombre de personnes et était comprise partout, sauf pour quelques exceptions près dans les territoires du nord. (Grierson 2012: 183).

<sup>13</sup> Compte tenu d'une grande présence des dialogues directement dans le texte, j'ai jugé opportun de ne pas ajouter de transcription des entretiens en annexe.

<sup>14</sup> Voir en annexe. Dans ce texte, tous les mots *hindī* et *gujarātī* sont translittérés en suivant le même tableau, à l'exception des noms de lieux.

*tube lock, egg* etc.), qui ont été intégrés au langage courant, même chez des personnes qui n'ont aucune connaissance de la langue anglaise.

### ***Comment transmettre et partager des expériences corporelles?***

La recherche s'est construite autour de l'expérience de quarante femmes<sup>15</sup> âgées de 16 à 75 ans résidant dans différents quartiers de la ville de Bhuj. Bien que toutes les rencontres aient contribué à l'élaboration de la thèse, seules trente interlocutrices ont été mentionnées et présentées directement dans le texte<sup>16</sup>. En choisissant ces femmes, j'ai essayé de représenter les différentes confessions<sup>17</sup> et la variété des classes sociales, des castes et des communautés présents sur le territoire. La plupart des femmes occupaient un emploi à la maison ou à l'extérieur, tandis que douze femmes n'avaient pas de rémunération considérable<sup>18</sup> et une fille allait toujours à l'école. Au début de la recherche, la plupart des femmes (18 sur 30) vivaient dans une *joint family*<sup>19</sup>, mais l'année suivante, trois d'entre elles avaient décidé de déménager pour vivre dans une famille nucléaire. Aucune femme ne vivait seule, même si certaines étaient veuves ou que leur mari était parti travailler à l'étranger.

Dans le développement de la recherche, la contribution des quatre *dāī māṃ* était fondamentale car je pouvais les suivre lors de leurs visites et les interroger sur leurs pratiques et savoirs relatifs au corps féminin. Bien qu'elles soient toutes les quatre musulmanes, elles sont consultées par des femmes de toutes les religions. Malgré la traduction généralisée du terme *dāī*<sup>20</sup> en tant que sage-femme traditionnelle ou *traditional birth attendant* (TBA), les *dāī māṃ* que j'ai rencontrées ne se limitent pas à suivre la période périnatale, mais sont consultées sur diverses questions liées à la vie reproductive des femmes. En fait, elles proposent différents remèdes pour les irrégularités menstruelles, les difficultés à concevoir, les fausses couches et les problèmes d'allaitement; elles sont responsables du suivi de la

<sup>15</sup> Les noms des femmes ont été modifiés pour protéger leur vie privée. Toutes les femmes ont consenti verbalement à participer à cette recherche.

<sup>16</sup> Pour une description détaillée des participantes mentionnées, voir l'annexe.

<sup>17</sup> Onze femmes sont hindou, quinze musulmanes, dont deux ismaéliennes, une bouddhiste, une parsi, une jaïn et enfin une est catholique. Voir en annexe.

<sup>18</sup> Parmi ces trois femmes, il a parfois collaboré avec l'ONG *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS), gratuitement ou pour un prix modique. D'autres, dans leurs temps libres, préparaient des tissus pour le traitement traditionnel par teinture *tie-dye*, une activité très longue et non rentable.

<sup>19</sup> Dans la littérature, la famille indienne est caractérisée par une famille élargie (*joint*), où plusieurs générations vivent ensemble, ou nucléaire (*undivided*), formée de parents et d'enfants. Pour en savoir plus sur les caractéristiques de la famille en Inde, voir Shah et Patel (2011).

<sup>20</sup> Comme dans d'autres régions, en signe de respect le mot *māṃ*, ou mère, accompagne le terme *dāī*. En outre, le mot *dāī* n'a pas d'origine indienne, mais a été emprunté à l'arabe par le persan (Rozario et Samuel 2002).

grossesse, du post-partum et du bien-être des nourrissons et des enfants. Les troubles sont généralement résolus par des manipulations ou des massages, ou grâce aux médicaments préparés par les *dāī māīm* elles-mêmes. Elles détiennent des savoirs spécialisés sur le corps féminin et les enfants, qui s'inscrivent dans la continuité des représentations que les femmes ont sur le fonctionnement de leur corps.

Grâce aux visites à domicile menées par *dāī māīm*, j'ai pu entrer en contact avec nombreuses femmes, et assister à tous les soins donnés au corps féminin. Ces expériences n'ont été possibles qu'après avoir été acceptées par les quatre *dāī māīm*. Traditionnellement, cette profession est exercée au terme d'un apprentissage pouvant durer plusieurs années, où une relation entre enseignant et disciple (*gurū-siṣya*) est établie. Ma position d'étudiante m'a permis de justifier mon intérêt pour cette profession et d'occuper le poste d'aspirante *dāī māīm*.

Au cours de la recherche, j'ai suivi les femmes dans leurs activités quotidiennes ou leur travail. Comme Mounia El Kotni le souligne dans sa thèse de doctorat sur les *parteras* mexicains, certaines activités apparemment non liées à la recherche permettent de gagner la confiance: cuisiner, faire la queue à l'hôpital, assister à une cérémonie religieuse ou aller faire les courses (2016). Il était rare de pouvoir parler seule aux femmes, car elles étaient toujours entourées de membres de leur famille, d'enfants ou de voisins. Cependant, les conversations chorales informelles nées lors de ces réunions ont permis aux mots de circuler plus librement que lors d'une interview (El Kotni 2016). Cette présence intense et informelle m'a permis d'être acceptée comme partie intégrante de certaines familles, parfois même avec un titre<sup>21</sup>. En plus des conversations informelles, j'ai également mené des entretiens plus formels avec les participantes, guidées par un questionnaire semi-structuré, qui m'a permis de recueillir des informations sur la biographie des femmes et leur santé reproductive.

### ***Intégrer des cartes du corps dans la recherche***

Les recherches ethnographiques ont mis en évidence une difficulté à collecter des données anthropologiques, historiquement basées sur l'observation participante. Cependant, comment est-il possible d'observer les corps intimes des femmes? Comment est-il possible d'appréhender les représentations d'un aspect de la vie dont les femmes ne parlent pas toujours ouvertement? Inspirée par les travaux de Ceres G. Victoria et Daniela R. Knauth (2001), j'ai décidé d'introduire une méthodologie visuelle dans la recherche, par la construction de cartes du

---

<sup>21</sup> La participation au *chaḥī pūjā* de Rayna m'a permis de devenir sa tante paternelle (*buā*), ainsi que belle-soeur de Rahila (*nanad*), fille (*bēī*) de Shaima et nièce (*nātin*) de la *dāī māīm* Hazima.

corps (*body maps*). La cartographie est un processus par lequel l'information est représentée sous une forme spatiale (Narayanasamy 2009) et est capable de capturer des expériences émotionnelles et personnelles de manière abstraite, devenant ainsi un outil de partage et de narration d'histoires (Govender 2013). La cartographie du corps est une méthode artistique de narration d'expériences (Maina et al. 2014) qui, dans cette recherche, nous permet d'étudier la dimension physique du corps reproducteur dans une perspective visuelle et spatiale.

L'utilisation du dessin comme outil de recherche et comme forme de représentation expressive est rare en anthropologie, mais n'est pas nouvelle<sup>22</sup>. L'utilisation du dessin pour représenter le corps a été utilisée pour la première fois dans les recherches de MacCormack et Daprér en Jamaïque (2013), dans lesquelles il était demandé aux participants de dessiner le système de reproduction dans une silhouette. Ces travaux ont conduit à une série d'études (Cornwall 1992, Kambou et al. 2007, Victoria et Knauth 2001, Maina et al. 2014), qui utilisaient des cartes corporelles pour former les agents de santé, ou comme outil de collecte de données sur la santé. (Narayanasamy 2009). La cartographie corporelle est une technique très flexible largement utilisée dans d'autres disciplines, telles que la psychologie et la psychanalyse (Amann-Gainotti et al. 1989, Betini Bartoszeck et al. 2008 et 2011, Patrick et Tunnicliffe 2010), par exemple, pour étudier comment les personnes codent visuellement les parties internes du corps et quelles fonctions elles leur attribuent (Özsevgeç 2007).

Dans cette recherche, les cartes corporelles sont utilisées comme une ressource pour rassembler les connaissances ethno-physiologiques et ethno-anatomiques relatives à la fonction reproductive du corps, permettant ainsi de 'voir' l'intérieur du corps de la femme. Cette méthodologie, accompagnée d'une description verbale, permet d'accéder à l'image visuelle que les femmes ont des divers organes et de leur fonction. Sans cette connaissance, si le chercheur parlait d'un cadre biomédical de référence (Cornwall 1992), il pourrait être trompeur de parler d' 'utérus' ou de 'cœur'. Les cartes du corps peuvent être utilisées pour accéder aux représentations que les gens ont de leur corps, ainsi qu'aux modèles explicatifs qu'ils emportent avec eux lors de leur rencontre avec le chercheur. La représentation de cette information peut rapidement constituer un point de référence commun (Cornwall 1992), aidant à rendre certaines significations implicites 'visibles' (Afonso 2004) et facilitant un style de rencontre moins directif (Cornwall 1992). De plus, les participants ont la possibilité de prendre une part active à la collecte des données et de s'appropriier du processus de la recherche (Govender 2013).

---

<sup>22</sup> Par exemple, au cours de l'expédition du XIX<sup>e</sup> siècle dans le Déroit de Torres en Papouasie-Nouvelle-Guinée, Alfred Cort Haddon, zoologue et anthropologue britannique, a demandé aux enfants et aux adultes de l'île de dessiner des masques et des personnages de leur mythologie (Calandra 2013).

Créer des cartes corporelles permet aux participants de partager leurs histoires de vie et de leur donner un sens, ainsi que de former de nouvelles corrélations entre leurs expériences (Botha 2017). Cela ouvre la possibilité d'examiner comment les gens interprètent et conçoivent leurs expériences (Harrison 2002), en particulier celles liées à la vie reproductive. La représentation picturale est un instrument mnémorique qui implique les participants dans la poursuite de la construction de leur discours et dans la réinterprétation de leurs souvenirs (Afonso 2004). En fait, les dessins ne sont pas des entités fixes ou stables : ils sont produits dans un espace et à une heure donnés. Il s'agit d'un enregistrement visuel de la façon dont la personne comprend sa corporalité à cet endroit et à cette époque (Guillemin, 2004). En outre, si nous considérons que les savoirs sont produits par des pratiques, des interactions et des expériences, Marilys Guillemin (2004), dans son article intitulé *Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method*, affirme que, outre le fait qu'elles sont un objet visuel, les cartes corporelles produisent des significations : « *through the process of producing a drawing, the drawer is simultaneously constructing knowledge about the drawing. The word drawing is both a noun and a verb; it is both a product and a process* » (2004: 274). L'intérêt de la recherche réside à la fois dans le dessin lui-même, en tant que produit, et, à travers l'acte de dessiner, dans le processus de création du sens de la physiologie et de l'anatomie de la reproduction.

En termes méthodologiques, le pouvoir esthétique et représentatif de cette approche devient un complément précieux à l'expression verbale, à différentes étapes de la recherche, de la collecte initiale des données à la rédaction finale (Afonso 2004). L'utilisation d'une approche intégrée impliquant l'utilisation de méthodes de recherche visuelles et narratives offre un moyen intéressant d'explorer le corps dans le domaine des sciences sociales (Guillemin 2004). Les images sont des formes de communication qui sont contextualisées, liées à un contexte culturel et social particulier. Elles sont médiatisées à la fois par l'idéologie et par la subjectivité (Harrison 2002). Cependant, comme l'a souligné Rose dans son travail *Visual methodologies*, l'image n'est jamais innocente (Guillemin 2004). Nous devons savoir que les données sont influencées et contaminées par le processus de collecte (Harrison 2002), en particulier lorsque les images sont produites par les participants à la demande du chercheur, et n'existeraient pas autrement. Pour cette raison, il est important de s'interroger sur le lien qui existe entre les données visuelles et la question sociologique: le dessin fournira-t-il des données différentes ou des données non disponibles au moyen de mots (ibid. 2002)? Je pense que, dans mes recherches, l'utilisation d'une représentation visuelle offre aux femmes une nouvelle façon de raconter, qui leur a permis de réfléchir à leur conception du corps reproducteur et d'organiser leurs savoirs. Sans cet outil, je n'aurais pas pu imaginer les multiples positions des 'utérus', ce

qui m'aurait empêchée d'avoir accès à une partie importante de la conception locale du corps.

### ***Comment se positionner en tant que chercheuse en Inde?***

Mon approche de la recherche est influencée par ma trajectoire personnelle: la familiarité que j'ai développée avec la réalité indienne grâce aux nombreux voyages, lectures et expériences que j'ai commencé à entreprendre il y a dix ans, ainsi que mon désir personnel de développer une anthropologie appliquée de la maternité, ont guidé ma façon d'entrer en contact avec les femmes. Plus important encore, la recherche a été influencée par mon positionnement, c'est-à-dire par mes caractéristiques socio-économiques, éducatives et de genre, qui déterminent également la manière dont les autres m'ont abordée (El Kotni 2016).

Mes origines italiennes m'ont permis d'être catégorisée en tant qu'invité étrangère (*videśī mēhmān*), bien que je croie que ma connaissance de la langue *hindī* et de certaines normes sociales, telles que celles relatives au vêtement<sup>23</sup>, m'ont permis d'être acceptée plus facilement par les femmes. D'autre part, le temps de la recherche m'a permis de forger des relations d'amitié ou des relations de parenté fictives, qui perdurent encore au-delà de ma présence sur le terrain, surtout grâce aux nouvelles technologies. Cependant, souvent, mon incapacité à accomplir les tâches prévues dans mon rôle d'amie ou de membre de la famille rappelait à tout le monde que j'étais étrangère. Cette position d'*outsider within* (Collins 1986) m'a permis d'avoir accès à des espaces et à des moments généralement interdits aux femmes. J'ai ainsi pu rester assise avec des hommes lors de certaines cérémonies ou filmer des rituels religieux, tout en ayant à respecter d'autres restrictions féminines, telles que celles liées à l'impureté du cycle menstruel.

Partant de l'idée que les personnes que j'ai rencontrées partagent la conviction que la grossesse, l'accouchement et la santé reproductive féminine sont des sujets débattus parmi les femmes, même en tant qu'étrangère ma position ne m'a pas permis de traiter ces sujets avec des hommes. La seule fois où j'ai essayé de mentionner la question avec mon professeur de langue *gujarātī*, en réponse, j'ai reçu des propositions de mariage : une femme qui parle ouvertement à un homme de sexualité et reproduction est considérée comme impudente. Pour cette raison, la recherche ne s'est concentrée que sur le point de vue des femmes, même s'il

---

<sup>23</sup> À l'exception de Nilam Goswami, hindoue et de Marjan Mawani, musulmane, aucune femme ayant participé à la recherche n'a utilisé de vêtements de style occidental, tels que des pantalons et des t-shirts. Les autres femmes préféraient un style plus indien, comme le *sārī*, un habillement composé d'une longue bande de tissu drapé, le *anārkalī suit*, une robe longue, des *leggings* et une écharpe, ou enfin le *salvār kamīj* composé d'une longue chemise, un pantalon ample et une écharpe. Enfin, certaines femmes préféraient des vêtements considérés comme plus locaux, consistant en une longue jupe, un corsage à dos ouvert et une écharpe. Au cours de la recherche, je me suis conformée au style indien en m'habillant avec des *anārkalī suit* ou des *salvār kamīj*.

serait intéressant de voir si et comment, dans l'intimité du couple, les problèmes sexuels et reproductifs sont discutés. Est-ce que les connaissances des hommes sur le corps féminin correspondent à celles recueillies dans cette recherche?

Durant les trois recherches, j'ai cohabité avec mon copain, Francesco Bogoni, qui, lui, menait une enquête pour son doctorat en architecture et en urbanisme, sur un projet de réhabilitation des bidonvilles de Bhuj. D'un commun accord, nous avons décidé de nous présenter comme un couple marié, ce qui m'a permis d'être considérée comme une femme respectable. Je doute, si je m'étais présentée comme une femme célibataire, d'avoir eu si facilement accès aux savoirs relatifs à la grossesse, qui ne sont transmis qu'à des femmes mariées, pouvant donc potentiellement faire face à cette expérience. Au cours de la recherche, de nombreuses femmes m'ont déclaré que cette curiosité, qui leur paraissait un peu étrange, était certainement due à mon besoin de me préparer à une future grossesse. Mon âge, vingt-huit ans lors de la dernière recherche, et l'absence d'enfants ont inquiété beaucoup d'entre elles. Derrière mon désir d'attendre de tomber enceinte, de nombreuses participantes pensaient que je dissimulais mon infertilité actuelle ou, pire encore, une grande ignorance de la physiologie féminine, car il est connu qu'après trente ans il est très difficile de tomber enceinte. Les discours avaient donc pour but de me former sur la façon de faire des enfants et chaque départ du terrain était accompagné d'un souhait de revenir bientôt avec un enfant.

Mon poste de chercheuse étrangère m'a permis de disposer des autorisations nécessaires pour mener l'enquête dans certains centres médicaux et d'être reconnue comme une égale parmi les médecins avec lesquels je parlais anglais. À l'hôpital, ces éléments ont changé la façon dont les gens m'ont catégorisée : dans cet environnement, je jouais un rôle important dans la hiérarchie du pouvoir. Cette situation m'a mise mal à l'aise lorsque, par exemple, j'avais l'impression de violer l'intimité des patients ou d'assister à des actes de violence obstétricale<sup>24</sup>. Ma présence dans l'OPD gynécologique, dans la salle d'accouchement et dans la salle d'opération n'a jamais été mise en cause par des patients habitués à la

---

<sup>24</sup> Née et développée depuis les années 1990 en Amérique latine (Sadler et al. 2016), ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que le terme de violence obstétricale a été reconnu comme une catégorie à la fois juridique et sociale (Chattopadhyay, Mishra et Jacob 2017). Défini comme la violence contre les femmes, ce phénomène recoupe d'autres axes d'inégalités structurelles tels que la caste, l'ethnie, la classe sociale, la religion, produisant une expérience négative et souvent violente de la grossesse et de l'accouchement (ibid.). Bien que dans mes recherches sur le terrain, aucune femme n'ait jamais défini les expériences comme violentes, mais seulement comme désagréables, cela n'élimine pas la présence de la violence obstétricale et gynécologique. Comme le citent Chattopadhyay, Mishra et Jacob dans leur analyse de la violence obstétricale dans les hôpitaux ruraux d'Assam : «*the normalisation of different forms of violence and women's descriptions of these acts without necessarily terming them as violent emanates from a systematic and systemic gender and class bias reflected in distinct and inequitable power relations between state health systems and women*» (2017 : 12).

surpopulation des centres médicaux, pas même lors d'examens pelviens ou de *pap tests*. Au contraire, une infirmière, bien que consciente de mon manque de formation médicale, m'a demandé de l'aider à insérer une spirale intra-utérine.

Comme le suggère El Kotni dans sa thèse (2016), les données que j'ai pu recueillir sont le produit de l'articulation de ces deux positions - de pouvoir et de fragilité - et de ma tentative de les aplanir. Cet effort fait également partie de mon engagement éthique vis-à-vis de mes collaborateurs, avec lesquels j'ai essayé de rendre aussi claire que possible la proposition de recherche et ses éventuelles implications. Cependant, en particulier dans la phase d'écriture, il m'était difficile d'analyser, d'organiser et d'articuler ce matériel qui véhicule les émotions, les peurs, les joies et les expériences intimes des femmes que j'ai rencontrées.

### **UN TERRITOIRE STÉRILE ET VULNÉRABLE: LA RÉGION DE KACCH ET LA VILLE DE BHUJ**

La recherche a eu lieu dans la ville de Bhuj, centre administratif du district de Kacch<sup>25</sup>, situé dans la partie nord-ouest de l'État du Gujarat. La région est bordée à l'ouest par la mer d'Arabie, au sud par le golfe du Kacch et au nord par la province pakistanaise du Sindh. C'est le plus grand district en termes de superficie (45,674 km<sup>2</sup>), mais 51% de la région sont occupés par un désert improductif salin (*Greater Rann of Kacch* e *Little Rann of Kacch*), alors que seulement 34,73% de la superficie sont cultivés et 3,58% sont utilisés comme pâturage (Census of India 2011a). Malgré l'immensité du territoire, cette région n'est pas très densément peuplée<sup>26</sup>, en raison du caractère peu hospitalier de son environnement semi-aride et hautement sismique. La pénurie d'eau et la menace de sécheresse<sup>27</sup> sont les principales sources de préoccupation pour la population locale: il n'y a pas de cours d'eau pérennes et la chaîne de montagnes qui traverse le centre du Kacch est la seule source qui régénère les réserves d'eau souterraines du territoire.

---

<sup>25</sup> Historiquement, le nom de la région a été translittéré de nombreuses manières dans l'alphabet latin. À l'époque coloniale, il a été préféré la version «Cutch», puis les versions «Kachchh», «Kachh», «Kacchh». La translittération utilisée dans de nombreux textes gouvernementaux officiels est «Kutch». Dans ce texte, j'ai décidé de translittérer le mot कच्छ en *hindī* ou कच्छ en *gujarātī* comme Kacch selon le tableau de translittération figurant en annexe, inspiré de *International Alphabet of Sanskrit Transliteration* (IAST).

<sup>26</sup> La densité du district est seulement de 46 habitants par km<sup>2</sup> (Census of India 2011a) comparée à celle du Gujarat qui est de 308 hab/km<sup>2</sup> (Census of India 2011c).

<sup>27</sup> Les sécheresses suivent un cycle de cinq ans, au cours desquels se succèdent 2/3 années de sécheresse grave et un an de précipitations suffisantes (KMVS s.d.).



Cette région tire son nom de ses caractéristiques géographiques et topographiques qui rappellent l'apparence d'une tortue. Bien qu'elle soit maintenant considérée comme une péninsule, cette région était auparavant une île<sup>28</sup> et le redevient deux fois par an. Pendant la mousson, l'eau de mer ainsi que les rivières de mousson du Rajasthan et du Gujarat, aidées par des vents violents, inondent le Rann et restaurent la configuration insulaire du Kacch. Les processus géographiques et géologiques, qui ont façonné la région, ont favorisé le maintien de son caractère insulaire. La spécialiste Lyla Mehta, dans ses travaux sur le rôle de l'eau dans la région aride de Kacch, souligne le fait que l'île n'est pas un système fermé et isolé ; au contraire une certaine fluidité lui a été reconnue en raison des interactions historiquement déterminées entre différents groupes, qui ont entraîné à la fois le mélange et la désintégration de la culture locale. Ceci, combiné à la singularité géographique, a conduit à une singularité à la fois dans la composition culturelle et dans l'affirmation socioculturelle de l'identité (Mehta 2005).

Au cours des millénaires, le Kacch a été témoin d'un flux constant dans les mouvements de nombreux peuples et communautés, favorisant la coexistence de différentes cultures: les anciens harappiens, les conquérants perses, les mercenaires arabes, les esclaves africains et les pèlerins se dirigeant La Mecque ont traversé cette région. En outre, cette région a également attiré plusieurs communautés de bergers, nomades ou semi-nomades, telles que les *rabārī* et les *ahīr* du Gujarat, les *rājput* du Rajasthan, les *samma* et les *sodha* de Sindh (Mehta 2005). En conséquence, la région de Kacch abrite un grand nombre de castes, sous-castes et groupes religieux et se présente comme un territoire multiculturel, multilingue et multireligieux, qui a favorisé un syncrétisme culturel et religieux, surtout entre musulmans et hindous.

Les principales occupations des habitants sont liées à la terre et au pastoralisme, en particulier dans la zone nord. Au contraire, le territoire côtier sud a favorisé la construction de plusieurs ports qui ont permis à la région de s'ouvrir à l'Afrique de l'Est, à la péninsule arabique et à l'océan Indien. Les activités maritimes ont permis le développement du commerce et l'émigration des marchands dans des territoires commerciaux, favorisant ainsi une forte présence de *kacchī* dans la diaspora indienne<sup>29</sup> (Mehta 2005). La grande mobilité socioculturelle, rendue nécessaire en partie par la rareté des ressources locales, a favorisé les échanges commerciaux maritimes et terrestres. Cependant, comme le souligne Lyla Mehta

---

<sup>28</sup> Sur la représentation de Kacch en tant qu'île ou en tant que péninsule dans les cartes coloniales et postcoloniales, voir Kapadia et Simpson (2010).

<sup>29</sup> La diaspora *kacchī* est toujours très attachée à sa patrie et continue d'investir dans des bâtiments, des terrains et des temples, ou d'envoyer de l'argent à la famille restée au pays. Cette situation a transformé la région en un lieu où l'épargne par habitant est la plus élevée en Inde (Mehta 2005), même si cette situation n'apparaît pas de manière homogène sur l'ensemble du territoire.

dans son analyse de la région, ce dynamisme n'a toutefois pas favorisé une culture homogène. «*The insular character of Kutch has also led to limited contact between the different groups and each area within Kutch has its own distinct character. Despite this tremendous internal variation, it is still possible to speak about distinct 'Kutchi' assertions, especially with respect to interactions with mainland India and other Gujaratis*» (2005: 68).

Malgré les liens culturels qui unissent le Sindh<sup>30</sup>, l'Afrique et Bombay, le caractère insulaire du Kacch a renforcé son isolement politique et la marginalisation économique qui en a résulté (Mehta 2005). La singularité géographique du territoire a favorisé une grande disparité entre les territoires méridionaux côtiers, urbanisés, dédiés au commerce et à l'industrie, riches et prospères, et les territoires du nord, désertiques, dédiés au pastoralisme, purement ruraux et plus pauvres. La capitale, Bhuj, située au centre de ces deux espaces, sert de point de rencontre entre les deux réalités.

Fondée en 1510, Bhuj<sup>31</sup> devint la capitale du royaume de Kacch en 1549 sous le règne de Rao Khengarji I<sup>er</sup>, de la famille royale des *jāḍejā*<sup>32</sup>, qui dirigeait la région depuis 1320. Le royaume resta relativement autonome jusqu'en 1948, date à laquelle il fut annexé à l'État Indien en tant que territoire indépendant (*Part C State*), permettant au *mahārāo* (le roi) de continuer à exercer un pouvoir spécial sur le territoire<sup>33</sup>. Cependant, l'indépendance a entraîné une crise d'identité provoquée par la création d'une frontière artificielle qui a rompu les liens culturels avec la région voisine du Sindh, interrompant ainsi les schémas migratoires traditionnels de la population pastorale (Mehta 2005).

Dans les années 1970 et 1980, les difficultés économiques croissantes ont conduit à une migration à grande échelle des hommes et des bovins à la recherche de fourrage, de moyens de subsistance et de revenus, provoquant la fragmentation sociale des communautés locales (KMVS). L'érosion constante des principales ressources productives de la famille, comme la terre et le bétail, a conduit à une dépendance croissante à la production de tissus

---

<sup>30</sup> «*In the past, formal history, often of colonial manufacture, showed the kachch to be culturally and ethnologically related to Sindh, influenced by the passage of people and ideas along the Indian Ocean trade routes, and touched by Persianate practices and language. Today, this mode of presentation, where history is a scheme of endless connections and intimate relations with Sindh, is sidelined and ignored; locally made history now commonly reveals how the kingdom of Kutch was formed in splendid isolation from the world around it, given strength and identity by the successive Hindu rulers to have sat on its throne since its foundation in the sixteenth century*» (Simpson 2010: 67).

<sup>31</sup> Le nom de la ville provient du mot 'serpent' (*bhujio*). L'un des mythes fondateurs raconte que sous la colline, sur laquelle repose un côté de la ville fortifiée, dort un *nagā*, divinité serpent. Le mouvement périodique de sa queue serait à l'origine des nombreux tremblements de terre qui traversent la région.

<sup>32</sup> Caste de guerriers issue de la communauté musulmane *samma* puis convertie à l'hindouisme (Mehta 2005).

<sup>33</sup> Les privilèges du Maharao ont été supprimés en 1978 sous Indira Gandhi ; à partir de ce moment, le district de Kacch est devenu un commun district de l'État de Gujarat.

brodés pour compléter les revenus familiaux, donnant ainsi aux femmes un rôle central dans la production économique de la famille. Cette production d'artisanat local produite par des femmes est devenue l'une des principales attractions touristiques de la région et a vu la participation de nombreuses ONG, telles que *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS) pour la protection du travail des femmes.

Plus tard, en 2001, le Kacch a été le théâtre d'un des tremblements de terre les plus puissants d'Inde (magnitude 7,7), qui a détruit la plupart des villes et villages de la région. Territoire sismique, cette région est traversée au moins tous les cinquante ans par un séisme d'intensité moyenne, événement qui au cours de l'histoire a transformé à plusieurs reprises la topographie et l'écosystème local<sup>34</sup>. Cependant, le tremblement de terre de 2001 a eu une résonance mondiale exceptionnellement grande, générant une mobilisation de fonds et une aide pour la reconstruction de très haut niveau. La ville de Bhuj devient le centre de reconstruction de la région, elle accueille des ONG internationales et aide au développement des ONG locales. De plus, la reconstruction a conduit à une évolution rapide du projet socio-économique de la région, par exemple à travers une industrialisation et une urbanisation massives du territoire, et par conséquent à un changement démographique important, catalysant une forte migration de travailleurs. De plus, en 2010, le Kacch s'est ouvert au tourisme naturaliste et artisanal, accueillant des groupes indiens et internationaux, favorisant ainsi le développement d'un nouveau secteur économique qui commence à transformer le paysage local.

Bhuj, en tant que capitale administrative et principal point de rencontre pour l'exploration de la région, est au centre de ces changements. De plus, en tant que territoire frontalier, la ville abrite un grand centre militaire, qui accueille non seulement le personnel militaire, mais également leurs familles. En hébergeant des hommes et des femmes de tous les états de l'Inde, l'armée se caractérise comme un espace multiethnique, multiculturel, multilingue et multireligieux. En 2000, la population militaire représentait environ un tiers des habitants de la ville de Bhuj (Theckethil 2012: 34), bien que la plupart des résidents de l'armée soient transférés tous les quatre ans, ce qui favorise une reconfiguration constante de la population. Celle-ci<sup>35</sup> est donc très variée en termes d'origine, de langue, de classes sociales et de religion, et cette diversité se reflète dans le choix des interlocuteurs. Cependant,

---

<sup>34</sup> En particulier, le tremblement de terre de 1819 a favorisé le déplacement de l'embouchure de l'Indus, désertifiant les territoires du nord, autrefois florissant, affaiblissant l'autosuffisance de la région et de sa population.

<sup>35</sup> En 2011, la population totale s'élevait à 143 286 habitants, avec un *sex ratio* de 887 et un *sex ratio* d'enfant de 905 femmes pour 1000 hommes (Census of India 2011a).

la plupart des habitants sont des hindous (68,62%), même s'il existe un nombre important de musulmans (25,64%)<sup>36</sup> et de jaïns (4,02%)<sup>37</sup> (Census of India 2011a).

Le tremblement de terre de 2001 a entraîné une forte urbanisation de la ville, qui a rapidement étendu ses frontières, transformant les villages voisins en territoires périurbains. En outre, la reconstruction post-séisme a permis la réorganisation des espaces urbains et le développement de divers secteurs, notamment celui de la santé. Les seuls hôpitaux spécialisés dans la région, privés et publics, sont situés à Bhuj, ce qui oblige de nombreux habitants de la région à faire d'importants déplacements, même au quotidien, pour effectuer des analyses spécifiques. La recherche est notamment basée sur des observations effectuées au sein du département de gynécologie et d'obstétrique du principal hôpital gouvernemental de la région, qui dispense des soins spécialisés dans ce domaine.

En raison de son emplacement périphérique, peu d'études ont été menées sur cette région et sur la ville de Bhuj en particulier. Outre quelques textes anciens écrits par des voyageurs coloniaux, décrivant les coutumes locales, les travaux les plus récents se concentrent sur les conséquences du séisme d'un point de vue urbain, politique et géologique et sur l'étude de l'artisanat local, qui devient une source économique très importante pour les femmes. Cette étude tente de compenser le manque d'études sur la région, en soulignant comment, dans le contexte des représentations du corps reproducteur, la présence d'une société multilingue et multireligieuse a permis le développement d'un savoir féminin commun.

## **STRUCTURE DU TEXTE:**

### **REPRÉSENTATION, FABRICATION ET TRAITEMENT DES CORPS**

La présente thèse vise à explorer le rôle que les savoirs et les pratiques construites autour du corps reproducteur féminin jouent dans le processus de gynécopoïèse. Comment la production, la reproduction, la transformation et la contestation des savoirs sur la reproduction influencent-elles la manière dont les femmes vivent leur corps ? Quel effet ce processus a-t-il sur la construction et l'expérience du genre ? Le texte est divisé en trois parties, chacune présentant un angle d'analyse différent du corps reproducteur féminin.

---

<sup>36</sup> Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que le taux national, qui compte 14,23% de musulmans en Inde et seulement 9,67% au Gujarat (Census of India 2011d).

<sup>37</sup> La présence de jaïns est également plus élevée dans le district de Kacch par rapport aux normes indiennes (0,37%) ou au Gujarat (0,96%) (Census of India 2011d).

La première partie, structurée autour des cartes du corps, porte sur l'articulation des connaissances anatomiques et physiologiques, permettant ainsi de jeter les bases de l'analyse des pratiques et des savoirs relatifs aux différents moments de la vie reproductive. Le corps est ici étudié dans sa matérialité et dans ses manifestations somatiques, en examinant l'articulation sémantique et symbolique des différentes substances et fluides corporels. Comment l'économie des fluides corporels est-elle structurée dans le corps féminin ? La création de cartes corporelles (*body maps*) m'a permis de mettre en évidence le manque de structure organique: le corps est traversé par des canaux et des récipients qui permettent le passage de différents fluides corporels, dont le mouvement maintient l'organisme en vie. Le sang est le liquide le plus important créé par les aliments, ce qui nous permet de comprendre la nécessité de maintenir un régime équilibré et de bonne qualité, ainsi que la centralité de l'estomac dans l'organisation interne. Le deuxième chapitre porte précisément sur l'exposition du fluide corporel à travers la présentation de différents liquides vitaux, notamment les fluides de la reproduction, le sperme et le sang menstruel, dont l'union initie la conception.

La deuxième partie examine les différents savoirs et pratiques du corps qui accompagnent le processus de subjectivisation féminine à travers un projet de gynécopoïèse intentionnelle ou «active» (Remotti 2013). L'autorité de cette conception s'inscrit dans un modèle de féminité qui transcende les différents courants religieux, de caste ou sociaux et qui est appliqué et perpétué par les femmes individuellement, à travers une transmission féminine. Ce système n'est pas statique, mais il est constamment contesté, remodelé et activement réaffirmé par les femmes elles-mêmes en fonction de leur histoire personnelle, de leur situation familiale, matérielle ou émotionnelle. Le troisième chapitre examine comment le corps est vécu et construit à différents moments de la vie reproductive, en soulignant comment les femmes mobilisent les différents modèles explicatifs liés à la physiologie et à l'anatomie pour enraciner leurs savoirs et pratiques. Il souligne également comment les femmes associent la gynécopoïèse aux différents changements qui se produisent dans le corps reproducteur: les premières règles, les rapports sexuels, la grossesse et la ménopause. La succession de ces phases nous permet de nous attarder sur le caractère cyclique de l'expérience féminine, alternant des phases liminales et impures, avec des phases de pureté et de stabilité. Pour cette raison, le corps de la femme menstruée est transgressif, car chaque mois, elle laisse échapper spontanément des fluides qui devraient rester à l'intérieur, dépassant les limites du corps.

Le quatrième chapitre porte plus particulièrement sur l'expérience de la grossesse, moment clé de l'affirmation de la femme en tant que mère. Le corps de la femme enceinte est

configuré comme étant poreux, car l'environnement externe et les dispositions internes de la future mère ont une influence directe sur le développement psychophysique du fœtus. Cette conception du corps a pour conséquence d'inciter la mère à développer une auto-surveillance de ses actions, ses pensées et ses paroles, afin de pouvoir façonner la meilleure progéniture. La maîtrise de soi ne s'arrête pas à l'accouchement, mais doit être maintenue tout au long de l'allaitement, sujet du cinquième chapitre. À la naissance, le corps du nouveau-né est très sensible et est toujours considéré comme une continuité du corps maternel. Pour cette raison, la mère continue à maintenir le lien établi lors de la conception et, grâce à cela, peut continuer à façonner le développement psychophysique du nouveau-né, par le biais de l'allaitement et de massages.

Dans la dernière partie, le corps est analysé du point de vue de la santé reproductive: comment les femmes conçoivent-elles et font-elles face à la maladie ? Dans ce contexte, deux des systèmes médicaux les plus utilisés par les femmes à Bhuj ont été pris en compte, à savoir l'allopathie et la médecine locale (*deśī*) représentée par les pratiques des *dāī māṃ*. Cependant, si la médecine locale a les mêmes racines que les savoirs féminins, cela n'est pas reconnu par le système médical allopathique, qui fait référence à un modèle différent du corps. Le sixième chapitre a pour but de mettre en évidence les processus qui guident la rencontre de ces deux systèmes culturels, en exposant les différentes pratiques à l'œuvre lors des visites à l'hôpital et chez les *dāī māṃ*, dans le but de comparer les représentations du corps reproducteur féminin dans les deux systèmes.

Le septième chapitre examine l'influence des nouvelles technologies reproductives sur la vie et les choix des femmes de Bhuj. En particulier, il prend en considération les conséquences de la bio-médicalisation récente de l'accouchement, qui a amené les femmes à choisir d'accoucher dans un hôpital tout en essayant de s'opposer à toute intervention technique proposée pendant l'accouchement, telle que l'administration d'analgésiques ou la césarienne. Deuxièmement, une réflexion sur la contraception s'ouvre, à savoir comment les femmes choisissent de gérer leur potentiel de reproduction et comment la stérilisation est devenue la méthode la plus courante.

## RÉFLEXIONS FINALES

Au cours de la recherche, j'ai rassemblé les différentes représentations qui influencent la façon dont les femmes vivent et pensent leurs corps reproducteur, dans le but de former des

cosmologies de la reproduction. La thèse explore, notamment, le rôle que les savoirs et les pratiques construites autour du corps reproducteur féminin jouent dans le processus de gynécopoièse. Comment la production, la reproduction, la transformation et la contestation des connaissances sur la reproduction influencent-elles la manière dont les femmes vivent leur corps ? Quel effet ce processus a-t-il sur la construction et l'expérience du genre ?

Cette étude met en évidence comment, dans une situation multireligieuse, multilingue et multiethnique, la présence et l'activité actuelles du *dāī mā* ont favorisé la transmission d'un savoir féminin commun, conforme à l'idéal féminin proposé par la société indienne contemporaine. Dans cette imagerie, les rôles qu'une femme peut assumer sont ceux d'épouse et de mère, ce qui les relègue à l'espace domestique, et exige des qualités telles que la maîtrise de soi et l'abnégation.

Le texte montre comment ces rôles s'enracinent dans le développement du corps reproducteur et comment les différentes qualités sont assimilées grâce à la mise en œuvre de savoirs et de pratiques spécifiques aux différentes périodes de la vie. Ce système n'est pas statique, mais il est constamment contesté, remodelé et activement réaffirmé par les femmes elles-mêmes en fonction de leur situation individuelle. En effet, dans un petit centre historiquement isolé comme Bhuj, la reconstruction post-séisme a favorisé l'introduction de différents paradigmes de la modernité, ainsi qu'une restructuration de la société et de ses représentations. Les récits recueillis ont mis en évidence un développement genré et non linéaire du processus de modernisation, accéléré après le séisme. Dans ses travaux sur la modernisation des mères malaises, Maila Stivens (1998) précise que la connotation de genre de la modernité se manifeste «*not just in the sense that male and female subjects experience it differently, but in how its discursive terms are constituted*» (1998: 3). Pour les femmes rencontrées, la modernité se manifestait dans les habitudes alimentaires, dans la recrudescence de certaines maladies, telles que la chute du *pecoī*, et dans la rencontre de différentes représentations du corps, en particulier celles mobilisées par le personnel de santé. Cette thèse a tenté de mettre en évidence la reconstitution des savoirs et des pratiques du corps reproducteur dans ce contexte de transition, qui condense les tensions résultant de la relation entre 'tradition' et 'modernité'.

Les réflexions finales suivantes retracent les points les plus importants abordés dans le texte, avec le désir de reconstruire un résumé de quatre aspects clés : comment les femmes conçoivent-elles leur corps, leur genre et leur reproduction ? Comment les femmes conçoivent-elles les transformations que la modernité a sur le corps, le genre et la reproduction ?

*Concevoir les corps*

Les premiers chapitres de la recherche se concentrent sur l'ethno-physiologie et l'ethno-anatomie du corps reproducteur, reconstruisant ainsi une image des savoirs transmis par les femmes de Bhuj ayant participé à la recherche, soulignant les conséquences que ces conceptions ont sur la façon dont les femmes vivent leurs corps. Les cartes corporelles et les récits recueillis mettent en évidence une représentation hydraulique du corps (Cohen 1998) inspirée du monde végétal (Zimmermann 2006). Le corps est composé d'un réseau de canaux (*nālī*) et de réceptacles (*kothrī*) à travers lequel les fluides vitaux doivent circuler dans la bonne direction. Les substances sont produites puis évacuées régulièrement, selon un processus de distillation du bon et de la matière corrompue. Dans ce système, nous ne pouvons pas parler d'anatomie ou d'organes: ce ne sont pas les parties individuelles qui comptent, mais l'équilibre et la mobilité de l'organisme tout entier.

Au lieu d'un corps anatomique, les femmes parlent d'un corps fluide, dont le centre est l'estomac (*peṭ*), un réceptacle qui, par la cuisson, transforme les aliments ingérés en divers fluides vitaux, en premier lieu le sang (*khūn*). La qualité, la quantité et le débit des divers liquides sont des indicateurs de la santé d'une personne, ce qui permet de maintenir un équilibre correct entre ses composants, grâce à une alimentation et un comportement appropriés. En particulier, il est important de maintenir une présence élevée de bon sang (*acchā khūn*) par rapport au sang corrompu (*kharāb khūn*), en favorisant l'expulsion de ce dernier. Cette action montre une autre caractéristique du corps fluide, qui réside dans une activité auto-purifiante et purgative. Toujours dans une optique hydraulique, pendant que les fluides s'écoulent, une opération de filtration est effectuée qui permet la distillation des liquides de bonne qualité à partir de ceux consommés ou corrompus. Cette autorégulation interne du corps peut également être favorisée par certains comportements ou régimes alimentaires spécifiques. Le paradoxe apparent des effets bénéfiques d'un cycle menstruel régulier, bien qu'impur (*aśuddh* ou *napāk*), réside en partie dans cette lecture physiologique auto-purifiante.

En tant que fluide, l'organisme se transforme par un changement continu de ses substances, qui conditionnent non seulement le corps physique, mais également le corps émotionnel, psychique et spirituel. L'une des pratiques les plus influentes sur le corps est de manger, ce qui n'est pas réduit à un acte nourricier, mais est structuré comme une pratique de transformation de soi et de conformation sociale : comme Wendy Doniger le dit dans un article sur les fonctions de l'alimentation en Asie du Sud "*You Are What You Eat*" (1999: 151). Cette affirmation implique que les aliments nourrissent et renouvellent non seulement le



corps physique de la personne, mais également son corps social (Sebastia 2016) ; manger les mêmes aliments, préparés par la même personne, implique la constitution de substances égales, même dans des corps différents. Grâce au choix et à la manipulation des aliments, les femmes ont la possibilité de façonner les qualités physiques, mentales et spirituelles des membres de la famille. Ce pouvoir poétique féminin, de fabrication programmée de l'être humain (Remotti 2013), accompagne la femme tout au long de sa vie, notamment dans son rôle de mère, et s'impose comme une responsabilité sociale.

L'organisme est également conditionné par l'environnement externe et les dispositions internes de la personne: climat, émotions, actions, pensées, manipulations physiques, relations sociales, etc. Le corps fluide a la particularité d'être poreux, perméable, adaptable et malléable, caractéristiques qui rendent nécessaire le contrôle et la maîtrise de soi, face à tous les stimuli pouvant altérer l'équilibre précaire du corps. En partant de la représentation hydraulique du corps, la maladie est conçue comme un dysfonctionnement du système d'écoulement, provoqué par exemple par un blocage (ex. quand le lait maternel caille dans la poitrine) ou par une fuite (ex. le *saphed pānī*). Dans d'autres cas, un malaise peut être causé par un déséquilibre dans l'économie des fluides, dû à une forte présence de liquides créant une tension, ou au contraire à une stagnation du flux affaiblissant le système (ex. quand le sang se dessèche dans le corps). La mobilité interne peut également entraîner le déplacement inapproprié d'une partie de la structure hydraulique (telle que le réceptacle féminin, *garbh*, ou le *pecoṭī*).

Tant en cas de dysfonctionnement que de déséquilibre, les traitements ne se concentrent pas sur une partie spécifique du corps, mais prennent soin de considérer la personne comme une entité globale, insérée dans un environnement particulier. Maintenir une bonne santé est une tâche difficile, car elle dépasse les limites du corps de l'individu, mais rappelle toujours le contexte social, écologique, émotionnel, relationnel et économique dans lequel cette personne est insérée. En ce sens, les symptômes rappelant la perte de liquides tels que le *saphed pānī* (leucorrhée) manifestent un déséquilibre incorporé par la personne, qui pourrait avoir une origine interne ou externe. Cette vision holistique de la personne est enracinée dans une représentation particulière du corps qui guide le comportement des gens en matière de santé et sur laquelle la distinction du genre est également enracinée, analysée dans le paragraphe suivant.

### ***Concevoir le genre***

Dans un contexte social et culturel où les déchets corporels sont considérés comme

impurs (*aśuddh* ou *napāk*), ou sales (*gandā*) et promoteurs de maladies (*bīmārī*), leur présence à l'extérieur du corps modifie la position sociale de la personne, dont les actions sont limitées. Le contrôle de son propre flux n'est pas seulement une question de santé, mais d'intégrité personnelle, sociale et morale. Comme le soulignait Delphine Horvilleur dans son travail sur la représentation du corps féminin dans le contexte judaïque, «l'impureté serait donc une forme d'exposition excessive, de faille corporelle, qui nécessite un éloignement temporaire de la personne, le temps pour elle de reconstituer dans cet isolement ses 'frontières'. Le corps surexposé est, pour un temps, déséxposé» (2013: 127). L'affichage incontrôlé ou surdimensionné de ses propres fluides est réputé préoccupant, en particulier dans une perspective économique qui cherche à préserver ses propres substances (Alter 1997). L'idéal humain réside dans une maîtrise de soi et une surveillance intime de ses propres flux, comme l'évacuation de ses propres déchets, dans le but de promouvoir le maintien d'un état inaltéré de pureté (*śuddh* ou *pāk*), de propreté (*saphāī*) et de santé (*ārōgya*).

Compte tenu de ce cadre culturel, l'impureté du genre féminin se caractérise par une fatalité biologique. Selon la narration et les dessins des femmes qui ont participé à la recherche, la représentation hydraulique du corps est propre à tous les êtres humains mais, pendant certaines périodes, les corps des femmes ont un débit sanguin quantitativement plus élevé que ceux des hommes. Cette augmentation implique une action purgative plus intense et incontrôlée des déchets, causant aux femmes une difficulté à gérer leurs fluides. La perte de sang cyclique rend le corps de la femme encore plus mobile que son homologue masculin, caractérisé comme stable, contrôlé, équilibré et solide (*pakkā*). Au contraire, les changements continus des fluides maintiennent la femme dans une alternance de périodes de pureté et d'impureté, la caractérisant comme instable, déséquilibrée, incontrôlée et non solide (*kaccā*). Ces changements continus nécessitent un réajustement interne constant pour maintenir la santé du corps, action qui met l'accent sur les pratiques de contrôle, de maîtrise de soi et de maintien.

La mobilité du corps féminin fertile exacerbe la particularité de la femme, son organisme étant encore plus sensible aux influences du contexte social, écologique, émotionnel, relationnel et économique dans lequel elle est insérée. Ce fait implique l'impossibilité d'homologation et de standardisation des fonctions physiologiques. Un exemple concret est la contraception qui, selon les connaissances biomédicales, est conçue pour fonctionner dans chaque corps féminin. Cependant, selon les récits des femmes, étant donné le caractère unique des corps, aucun instrument ne peut être adapté à tous les organismes, il est nécessaire de trouver celui qui se conforme (*suit*) le mieux à sa propre

physiologie. Par conséquent, le choix du contraceptif devient un moment de négociation avec sa propre subjectivité.

Dans la période considérée comme fertile, le corps féminin est présenté comme transgressif, car il ne respecte pas les limites et les frontières de la chair, laissant sortir de manière incontrôlée ce qui devrait rester à l'intérieur, rendant visible ce qui devrait rester dans le domaine de l'invisible (Horvilleur 2013). Si nous lisons le corps comme un porteur symbolique de l'organisation sociale dans laquelle il évolue, qui reproduit à petite échelle les pouvoirs et les dangers attribués à la structure sociale (Douglas 1993), le féminin se charge d'une crainte qui opprime de nombreuses sociétés: le risque de contamination des zones liminales (Horvilleur 2013). En favorisant la régularité de leur propre flux, les femmes tentent de limiter cette peur en démontrant qu'elles peuvent prédire, contenir, masquer et gérer la période d'impureté.

En Inde, le déroulement de la vie d'une femme, contrairement à celui d'un homme, est fragmenté par divers changements physiologiques, qui sont interprétés comme produisant une certaine compétence, qui permet la reconnaissance d'un nouveau rôle social. Par exemple, les processus physiologiques qui se déroulent pendant la grossesse et l'accouchement permettent le développement d'une compétence maternelle, un caractère nécessaire pour être reconnue en tant que mère. En ce sens, les rôles sociaux féminins sont enracinés dans le développement de la reproduction du corps et sont donc naturalisés et incorporés par les femmes. Les pratiques transmises, considérées comme soutenant le processus physiologique, véhiculent certaines qualités qui sont constitutives de la figure idéale de féminité, à savoir la mère. Pour approfondir cet aspect, la section suivante présente la manière dont la représentation de la reproduction est structurée en fonction des femmes que j'ai rencontrées à Bhuj.

### *Concevoir les enfants*

Les récits recueillis montrent que c'est précisément l'augmentation du sang qui survient au cours d'une période de la vie qui permet aux femmes de concevoir. Bien que ce changement soit à l'origine de nombreuses limitations sociales, de problèmes de santé et de douleurs corporelles, ces souffrances sont généralement vécues comme indispensables dans le but de donner naissance à des enfants, de devenir mère. Tout en laissant ouverte la possibilité d'une présence multiple de fluides de reproduction, les femmes s'accordent sur la participation et l'importance du sang menstruel (*māsik*) dans le développement de l'enfant in utero. Bien qu'elles soient considérées comme socialement impures (*aśuddh* ou *napāk*), les

qualités et la régularité de ce liquide sont une source d'observation et de soin pour toutes les femmes désireuses de conserver leur pouvoir de reproduction.

Bien que l'on considère que l'homme et la femme participent de manière égale à la conception, la future mère est entièrement responsable du développement psychophysique successif, garanti par la coagulation du sang utérin et par l'apport nutritionnel assuré par le cordon ombilical. Au-delà d'un premier acte de transformation réalisé par la présence de spermatozoïdes dans le réceptacle de gestation (*garbh*), le corps féminin possède toutes les substances nécessaires à la formation de l'enfant (*baccā*), garantissant à la femme de pouvoir gérer de manière autonome les neuf mois suivants. Cette conception entraîne deux conséquences très importantes dans la construction de la représentation de la maternité: la femme devient la seule personne responsable du développement psychophysique de l'enfant qui, créé par les fluides maternels, se forme dans la continuité du corps et de l'identité de la mère. Ces conceptions ne remettent pas en question l'importance du rôle du père qui, avec le sperme, permet d'entamer ce processus, ni l'appartenance de la progéniture à la lignée paternelle, car par le mariage et par la cohabitation, la femme est assimilée à la généalogie du mari (Solinas 2006).

Pendant la grossesse, la représentation du corps féminin comme transgressif compromet le bon développement de l'enfant : le ventre n'est pas considéré comme un espace fermé pour se développer en toute sécurité, mais au contraire le nouvel organisme est constamment soumis à des influences extérieures ou intérieures. Les savoirs féminins liés à cette période soulignent l'importance de soutenir la femme enceinte et de l'aider à développer une auto-surveillance et une maîtrise intime d'elle-même, visant à gérer les qualités physiques, émotionnelles, intellectuelles et spirituelles à modeler pour le nouveau membre de la société. Ces pratiques ont pour but de soutenir le processus physiologique et psychologique en cours, en protégeant la femme et l'enfant des influences négatives.

D'autre part, les pratiques et les connaissances transmises à propos de la grossesse ont clairement pour but d'éduquer les femmes sur le rôle idéalisé de la mère, qui lui permet de façonner son corps intérieur maternel et ses qualités telles que l'abnégation et la disponibilité totale à l'égard de ses enfants. En outre, ces pratiques favorisent la domestication des femmes, le foyer devenant le seul endroit sûr où élever des enfants en bonne santé et conserver un corps de femme sain, grâce à la pratique du travail ménager. Pour cette raison, afin de se préparer à l'accouchement, les futures mères sont poussées à entraîner leur corps, afin d'accoucher correctement, à savoir par voies basses, en participant activement au nettoyage et à la gestion de la maison.

Pendant la grossesse, il y a donc une double anthropopoïèse programmée : celle de la femme et celle de l'enfant. Sur le plan physiologique, les femmes rencontrées expliquent cette possibilité par la nature immature (*kaccā*) des deux corps. Le lien qui s'établit avec la conception n'est pas interrompu au moment de la naissance, considérée uniquement comme le passage vers un autre mode de vie, plutôt que le début de la vie, associé à la descente du *ātman* (âme). La mère continue donc d'avoir l'occasion, ainsi que la responsabilité, de façonner l'aspect physique et les qualités psychiques du nouveau-né par le biais de l'allaitement au sein et du massage.

Le lait maternel constitue non seulement un apport nutritionnel, mais transmet également certaines caractéristiques qui influencent le processus de subjectivation du nouveau membre de la société, et qui découlent de choix alimentaires et des comportementaux spécifiques de la mère. L'allaitement au sein devient une pratique corporelle qui accompagne la personnification de l'enfant selon l'idéal social actuel, transmis à travers le corps et les pratiques de la nouvelle mère. Il en va de même pour le corps féminin, qui continue à être façonné par l'allaitement, considéré comme la manifestation de l'amour maternel. La mère idéale doit donc démontrer une disponibilité mentale et physique complète envers son enfant pendant l'allaitement, considéré comme une relation intime et affectueuse qui se développe entre ce couple.

La responsabilité vis-à-vis du développement psychophysique, conformément aux règles sociales, a permis l'élaboration de pratiques de callipédie, à savoir de normes pour avoir un bel enfant (*acchā baccā*). Après la naissance, le massage est le moyen le plus efficace de modeler l'aspect extérieur du nouveau-né. Cette pratique a lieu quotidiennement à partir du sixième jour après la naissance. Compte tenu de la consistance immature (*kaccā*) du corps, la manipulation de la chair nous permet de donner des stimuli qui guideront la croissance physique de l'organisme. Comme les femmes ont exprimé l'idée que le développement physique de l'enfant n'est pas orienté, le massage devient un instrument de perfectionnement du corps.

Dans le même temps, la nouvelle mère est dans une période de renouveau externe, ce qui témoigne d'un renouveau intérieur induit par la physiologie de la grossesse et de l'accouchement : la génération permet la régénération. La période post-partum enracine l'identité de la femme dans la relation avec le nouveau-né et dans son nouveau corps de mère, marqué par les expériences vécues. Afin de contrôler cette corporéité liminale et de réintégrer ses propres limites corporelles, la femme est également soumise à un massage pendant le post-partum. Cette manipulation, effectuée par *dāī māṃ*, par les mains et la parole a pour but

de contenir et de socialiser la nouvelle corporéité.

### *Concevoir la modernité*

Les représentations de la reproduction, présentées dans cette étude, s'inscrivent dans la continuité de la construction du corps et du genre transmis chez les femmes rencontrées à Bhuj, et permettent de véhiculer certains idéaux féminins sur lesquels se base la société contemporaine locale. Cependant, après le séisme de 2001, de nouveaux paradigmes de la modernité se sont répandus sur tout le territoire, influençant ces représentations. En particulier, l'intégration du modèle biomédical et de son système de croyance ne se produit pas de manière uniforme en raison de diverses incohérences avec le modèle préexistant. Tout d'abord, l'idée d'un corps holistique et fluide se heurte à l'idée cartésienne dualiste du 'corps-machine'. Dans ce contexte, comment l'utilisation croissante des techniques de reproduction réorganise-t-elle les savoirs des femmes?

Depuis 2005, les politiques de santé maternelle ont favorisé l'institutionnalisation de l'accouchement et, pour cette raison, la plupart des femmes que j'ai rencontrées ont accouché à l'hôpital. Cependant, cette étude montre que l'hospitalisation n'a pas favorisé l'acceptation de la bio-médicalisation, dont les techniques et les technologies ne sont pas considérées comme favorables à une bonne naissance, mais au contraire nuisent à l'équilibre hydraulique du corps reproducteur. Cette opposition est due, d'une part, à un manque de compétence culturelle du personnel médical, qui ne reconnaît pas les connaissances féminines locales, et, d'autre part, à un manque de confrontation entre les deux systèmes. Ceci conduit à une proposition de thérapies et de traitements qui ne correspondent pas aux conceptions locales du corps féminin et qui poussent les femmes, qui ont encore une certaine confiance dans la fiabilité de la biomédecine, à réajuster les indications de manière pragmatique selon leurs priorités.

Les récits rassemblés dans cette thèse montrent comment les femmes font preuve de résistance à la modernité, considérée comme un modèle modifiant le corps de la femme et sa capacité de reproduction. Un exemple en est la puberté, qui peut survenir prématurément chez les filles qui mangent des aliments 'modernes' et regardent des programmes de télévision 'modernes', ce qui entraîne un changement dans le processus de gynécopoïèse. En gynécologie et en obstétrique, les technologies de reproduction sont considérées comme les principaux facteurs de déséquilibre corporel : césarienne, analgésiques, contraceptifs, médicaments. L'utilisation de ces outils, de plus en plus nombreux, a des effets différents sur la construction des représentations de la reproduction par les femmes, tels que, tout d'abord, la

perte de contrôle de son corps et de ses expériences. L'utilisation de différentes technologies de reproduction augmente la divergence entre la patiente, son corps et l'expérience en cours, laissant parfois un signe qui dépasse l'expérience hospitalière et se reflète dans la gestion intime de ses propres processus physiologiques ou de la maladie.

Par exemple, lors de l'accouchement, l'utilisation de différents instruments ou médicaments donne à penser que le corps de la femme n'est pas fait pour donner naissance, mais nécessite d'une aide professionnelle externe, idée absente des représentations locales. La création de ce besoin externe favorise également l'imposition d'une relation d'autorité entre le personnel de santé, qui gère les instruments et le corps qui donne naissance, et la femme qui subit. Cependant, les récits soulignent la mise en œuvre de différentes stratégies de résistance qui permettent aux futures mères de limiter autant que possible ce moment de passivité et d'empêcher le médecin d'imposer des procédures non désirées, telles que la césarienne. Par exemple, certaines femmes essaient d'arriver à l'hôpital le plus tard possible et, si nécessaire, d'être accompagnées d'une *dāī māīm*. De plus, au cours des mois précédents, la future mère tente d'entraîner au mieux son corps à favoriser une naissance vaginale, rapide et sans complications.

L'utilisation des techniques de reproduction accentue également l'écart entre les connaissances spécialisées médico-scientifiques du personnel médical et les savoirs féminins non reconnus dans le domaine biomédical. Les femmes sont accusées d'être ignorantes et sont donc considérées comme irresponsables et peu fiables, en particulier dans la gestion de leur capacité de procréation. Dans cette perspective, la maladie manifeste toujours l'ignorance des femmes qui ne savent pas gérer correctement leurs processus de reproduction. Par exemple, dans le domaine de la contraception, selon le personnel médical, le refus continu des différentes méthodes, considérées comme non adaptées au corps du patient, démontre l'incapacité et le manque de fiabilité des femmes pour suivre certaines instructions, ainsi que leur irresponsabilité envers la société, car elles ne se conforment pas aux normes de planification familiale.

Du point de vue des femmes, l'utilisation de techniques de reproduction affaiblit le corps, altérant de manière permanente la mobilité interne des fluides, empêchant la stabilisation. Cela est dû au fait que la médecine allopathique, basée sur une représentation du corps-machine, agit en mettant en lumière la maladie, en ouvrant le corps, en coupant et en enlevant les parties individuelles. Cette pratique a pour conséquence de rendre le corps immunisé contre le traitement par la médecine locale (*deśī*), qui préfère les traitements allopathiques. Un autre effet secondaire est le développement du gras, qui modifie les formes

et la rondeur, devenant une manifestation visible de la façon dont la modernité s'inscrit dans le corps de la femme. Du point de vue des femmes, choisir de subir une stérilisation devient un acte délibéré d'altération du fonctionnement de son propre corps, ce qui, pour des raisons pragmatiques, est toutefois jugé nécessaire en l'absence d'autres solutions fiables.

Les divergences entre les métaphores utilisées dans le discours biomédical et le discours féminin créent des interstices, dans lesquels les limites et les modèles corporels sont mis en question. Dans ce contexte, les soins prodigués aux *pecoṭī* ont canalisé les nouvelles affections modernes, devenant un outil de réappropriation du corps et de la santé des femmes ; ils ont entraîné la redéfinition des expériences de reproduction des femmes et des *dāī māṃ*. L'incompatibilité d'une incorporation de la modernité somatise le mouvement de ce réceptacle, dont le seul traitement est le massage, technique rejetée par la médecine allopathique locale.



## **APPENDICI**

# PRESENTAZIONE DELLE DONNE E *DĀĪ MĀM* CITATE

## LE DONNE

**Amira Parvez Khatri**, 28 anni, musulmana, è nata in Madhya Pradesh da una famiglia di origine *kacchī*. Appartiene alla comunità *khatri* ex casta *hindū kṣatriya* proveniente dal Punjab (Singh 1998), che in Kacch si è convertita all'Islam sunnita e ha adottato la lingua *kacchī*. Sposata da dieci anni al proprio cugino parallelo con un matrimonio combinato, era madre di un figlio e due figlie. Il marito lavorava nella ditta di famiglia specializzata nella compravendita d'immobili e terreni. Durante la prima ricerca viveva nel quartiere di *Sonivad* in una *joint family* con i suoceri e la famiglia del fratello del marito. In seguito, si è trasferita nella *colony Hina Park II*, per poter vivere come famiglia nucleare. Amira ha studiato fino alla *12th class*. Prima di rimanere incinta, ha aperto un *beauty parlour* nel salotto di casa, che ha dovuto chiudere per occuparsi dei figli, anche se sperava di poterlo riaprire presto. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. Ho incontrato Amira nel 2017 durante il suo periodo post-parto a seguito della nascita della sua terza figlia, grazie alla *dāī māṃ* Karima Jāt che si recava giornalmente a casa sua per farle i massaggi. La sua vita riproduttiva è stata segnata da cinque anni d'infertilità, durante i quali è stata trattata da diversi dottori allopatrici, dalla *dāī māṃ* Karima e si è recata presso numerose *dargāh* (mausoleo musulmano). Grazie alle varie cure, Amira è riuscita ad avere tre figli, nati con un parto cesareo. Secondo la *dāī māṃ* Karima, l'infertilità era dovuta a uno squilibrio corporeo sviluppato in seguito ai primi rapporti sessuali che si manifestava in un ciclo mestruale irregolare. A un anno dalla nascita dell'ultima figlia, ancora allattata, Amira non usava nessun contraccettivo poiché aveva ancora il ciclo irregolare e, come ha affermato, per questo non poteva rimanere incinta.

**Bana Joshi**, 55 anni circa, *hindū*, è nata in Kacch. Appartiene alla comunità endogama *brāhmaṇa* dei Joshi, diffusa principalmente in Uttar Pradesh e in Madhya Pradesh (Singh

1998). Sposata da trent'anni con un matrimonio combinato, era madre di due figlie, di cui una sposata col figlio di Priti. Viveva a *Bhir Gate*, un quartiere musulmano della città vecchia, in un condominio insieme alle famiglie degli altri tre fratelli del marito. Tutta la famiglia allargata partecipava al *brāhm samāj*, movimento riformista monoteistico hindūista nato nel 1800. Bana era una delle poche donne ad avere un titolo universitario (*bachelor of arts*), ma ha sempre lavorato come casalinga. Parlava *gujarātī* e *hindī*. Durante la prima ricerca, ho vissuto per qualche mese in un appartamento del condominio della famiglia Joshi e ho potuto condividere con Bana diversi momenti della sua vita quotidiana.

**Basanti Goswami**, 37 anni circa, *hindū*, è nata in Kacch. Apparteneva alla casta dei *goswami*, un gruppo endogamo *brāhmaṇa* devoto al dio *Śiva*, i cui membri ne sono i principali sacerdoti. In Gujarat è presente una grande comunità *goswami*, che parla *gujarātī*, di cui una parte ha abbandonato la loro tradizionale occupazione di sacerdoti. Eccezionalmente, al momento della morte, i membri di questa casta sono inumati (Singh 1998). Basanti era sposata da cinque anni con un matrimonio d'amore all'interno della propria casta, ma non aveva nessun figlio. Dopo diversi trattamenti e visite, le cause della sua infertilità sembravano sconosciute. Ha studiato fino alla *12th class* e lavorava come segretaria per una clinica medica. Parlava *gujarātī*, *hindī* e un poco d'inglese. Basanti è la sorella di Nilam e la figlia di Pragma, con cui viveva poiché il marito stava lavorando negli Emirati Arabi come commesso in una profumeria. Durante la prima ricerca, Basanti e la madre avevano una casa a *Swaminarayan Nagar II Society* e si sono in seguito spostate a *PrabhuNagar Society*. Ho conosciuto Basanti quando sono andata a intervistare la madre, grazie al contatto della sorella Nilam.

**Daya Sompura**, 50 anni circa, *hindū*, è nata in Kacch. Comunità *brāhmaṇa* del Gujarat, i *sompura* parlano *gujarātī* e praticano matrimoni esogami al *gotra*, clan (*atak*) e lignaggio (*sapinda*). Rivendicano lo stato più alto nella gerarchia *brāhmaṇa* (Singh 1998) e i membri che ho incontrato ritenevano che l'occupazione tradizionale fosse la costruzione di templi. Daya era la zia di Kusum. Sposata da circa trent'anni con un matrimonio combinato, era madre di un figlio. Ha studiato fino alla *12th class*. Dopo il matrimonio ha passato qualche anno a Mumbai con i suoceri, dove si è formata nell'arte floreale. In seguito è ritornata a vivere a Bhuj con il marito, dove oltre a vendere le sue composizioni floreali, ha aperto un *beauty parlour*. Dopo sei anni di matrimonio durante i quali non era rimasta incinta, Daya ha capito di avere dei problemi a concepire. A seguito di una visita con uno dei maggiori

medici locali, sia lei che il marito hanno iniziato a essere trattati per la loro infertilità. All'età di trent'anni, dopo quattro anni dall'inizio del trattamento, Daya è rimasta incinta del suo unico figlio, che ha partorito con un cesareo nell'ospedale governativo. In seguito non è più riuscita a rimanere incinta. Parlava *gujarātī* e *hindī*. L'ho incontrata grazie alla nipote Kusum, al suo *beauty parlour* che ho frequentato nel corso della ricerca. Il centro estetico era rinomato tra le mogli dei militari e, considerando che i trattamenti erano effettuati in un'unica sala, nel corso delle mie visite ho potuto parlare con le clienti e le altre estetiste della loro vita riproduttiva.

**Hetal**, 21 anni, *hindū*, è nata a Bhuj. Maggiore di quattro fratelli, nel 2016 si è sposata con un matrimonio combinato. Viveva a Bhuj in una *joint family* con il marito, i suoceri, il fratello e la sorella minore del marito. Casalinga, ha studiato fino alla *12th class*. L'ho incontrata nel corso della prima ricerca durante il suo rito di *god bharāī*, dove sono stata invitata da una sua amica. Incinta al settimo mese, all'inizio della gravidanza, Hetal ha avuto dei problemi che le hanno quasi provocato un aborto spontaneo. Non sono più riuscita a incontrarla dopo il rito.

**Juhiben**, 55 anni circa, *hindū brāhmaṇa*, è nata in Kacch. Sposata da più di trent'anni a un uomo *dalit* con un matrimonio d'amore, era madre di un figlio. Viveva nel quartiere di *Sahjanand nagar* in una *joint family* con la famiglia del figlio. Infermiera, dirigeva la sala parto di una clinica governativa nella periferia di Bhuj ed era rinomata per compiere solo parti vaginali. Ha ricevuto diversi premi dal governo del Gujarat come riconoscimento del suo operato. Dopo esser guarita da un cancro all'utero, ha istituito una piccola clinica attaccata alla propria casa che le permetteva di far partorire le donne senza doversi allontanare troppo dalla famiglia. Parlava *gujarātī* e *hindī*. L'ho incontrata grazie a una mia amica ASHA (*accredited social health activist*), che faceva partorire nella clinica di Juhiben molte delle sue protette. Dopo aver assistito a un parto, ho potuto ritornare un paio di volte per intervistarla.

**Kamalaben Vaghela**, 65 anni circa, *hindū devī pujak*, è nata a Bhuj. Il nome *devī pujak* è una denominazione moderna che sostituisce la vecchia appellazione di *vagri* (che significa 'come una tigre'), considerata dai suoi membri come peggiorativo. In Kacch, la comunità è notificata come *scheduled tribe* (ST), tradizionalmente nomadi e carnivori, lavoravano come muratori o manovali (Singh 1998). Il cambiamento di nome, il nuovo vegetarianismo, come la rivendicazione di appartenere a una comunità *brāhmaṇa*,

evidenziano delle pratiche di sanscritizzazione (Srinivas 1956). Sposata da più di sessant'anni con un matrimonio combinato, era madre di quattro figli e una figlia. Il marito era il responsabile del tempio del lignaggio. Analfabeta, nella sua vita ha fatto diversi lavori per aiutare a mantenere la famiglia, come cucinare durante i matrimoni. Abitava a *Bhuteswar*, in un quartiere dove è raccolta la famiglia allargata del marito. All'inizio della ricerca, viveva in una *joint family* con la famiglia di uno dei figli, la figlia abbandonata dal marito, e la nipote. Alla fine dell'ultima ricerca, la nuora ha deciso di dividere la casa in due e vivere in una famiglia nucleare in una delle due parti, lasciando l'altra parte a Kamalaben, il suocero, la cognata e la nipote. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. L'ho incontrata all'inizio della mia prima ricerca, quando sono andata all'ONG *Kutch Mahila Vikas Sangathan* (KMVS) a chiedere i contatti di alcune *dāī māṃ*. La direttrice di KMVS mi ha allora presentato Kamalaben, collaboratrice e leader della comunità locale dei *devī pujak*, che qualche giorno dopo mi ha portato a conoscere Hazima, l'anziana *dāī māṃ* che ai suoi tempi l'aveva aiutata a partorire. Durante la ricerca ho trascorso molto tempo a casa di Kamalaben, dove ho potuto osservare la sua vita quotidiana e discutere della sua vita riproduttiva.

**Kanta**, 40 anni circa, *hindū*, è nata in Kacch. Sposata con un matrimonio d'amore, era madre di un figlio e una figlia. Il marito gestiva uno dei negozi di artigianato locale più conosciuti dai turisti e lei, ora che i figli erano grandi, lo aiutava spesso. Kanta ha studiato fino a *12th class* e parlava *gujarātī*, *kacchī*, *hindī* e un po' d'inglese. Abitava a *Camp area* e l'ho conosciuta nel negozio del marito. Grazie a lei, ho incontrato la *dāī māṃ* Amina, che viveva nello stesso quartiere, da cui Kanta si rendeva spesso per i suoi problemi mestruali e di *saphed pānī*.

**Kusum Sompura**, 25 anni, *hindū*, è nata a Bhuj. Di casta *brāhmaṇa sompura*, apparteneva a una delle famiglie politicamente più importanti della città, sostenitori del BJP e del movimento del *brāhm samāj*. Nubile, insegnava *kathak* nella scuola di danza di famiglia insieme alla madre e la zia e faceva un dottorato di ricerca in danza indiana. Parlava *gujarātī*, *hindī* e inglese. Viveva in una *joint family* con i suoi genitori e la famiglia del fratello, in una grande casa in *Vrindavan Park Road*. Durante la mia ricerca è stata la mia insegnante di danza e grazie a questo legame ho potuto partecipare ad alcuni eventi di famiglia, come il *nāmkaṛaṇ* del nipote.

**Marjan Mawani**, 60 anni circa, musulmana ismailita, è nata a Ahmedabad. Sposata

con un matrimonio combinato, era madre di un figlio. Marjan viveva con il marito a *Shriji Nagar*, mentre il figlio abitava a Hong Kong. Ha conseguito un master in scienze sociali e lavorava come insegnante d'inglese nella scuola ismailita di Bhuj. Parlava *gujarātī*, *hindī* e inglese. L'ho conosciuta grazie a Priya Chacko e ho potuto incontrarla qualche volta a casa sua. Marjan ha perso sua figlia nel 2006 a causa di un incidente d'auto e dopo quel momento ha incominciato a soffrire di problemi mestruali e ha avuto un'isterectomia. I nostri incontri si sono svolti in lingua inglese.

**Muskan**, 30 anni circa, musulmana, è nata in Kacch. Sposata con un matrimonio combinato, era madre di due figli. Nuora della *dāī māṃ* Afsana, viveva in *Camp Area*, in una *joint family* con i suoceri. Casalinga, parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. L'ho incontrata durante le mie visite alla *dāī māṃ*.

**Nadeja Abdul**, 20 anni circa, musulmana, è nata a Bhuj. Sposata da quattro anni con un matrimonio combinato, era madre di un figlio. Durante la prima ricerca ha scoperto di essere incinta e ha partorito nel 2018 una figlia. Analfabeta, viveva con il marito nel quartiere di *Bhuteswar*, accanto ai *maikā*, la sua famiglia d'origine. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī* e faceva la casalinga. Ho incontrato Nadeja in uno dei miei giri fotografici della città, dopo esser stata invitata nella casa della madre e l'ho frequentata spesso nel corso della prima ricerca.

**Nehaben**, 30 anni circa, buddhista, è nata in Kacch. Di origine *hindū dalit*, si è convertita al buddhismo con il marito dopo essere entrati nel movimento ambedkariano. Tuttavia, questa conversione religiosa non ha impedito a Nehaben di seguire le festività *hindū*. Sposata con un matrimonio combinato, era madre di due figli. Viveva in una famiglia nucleare nel quartiere di *Old ravalwadi*. Il marito e i figli lavoravano come muratori alla giornata, mentre Nehaben, che ha studiato fino alla *7th class*, faceva la casalinga e collaborava in modo saltuario con l'ONG KMVS. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. L'ho conosciuta durante la seconda ricerca a casa di sua suocera, una delle poche *dāī māṃ hindū* che non ho però potuto frequentare perché non lavorava più e parlava solo *kacchī*. Nehaben soffriva d'irregolarità mestruali e di forti mal di testa che le facevano frequentare spesso l'ospedale governativo.

**Nilam Goswami**, 35 anni, *hindū goswami*, è nata a Bhuj. Nilam è sorella di Basanti e

figlia di Pragma. Sposata all'età di diciotto anni a un uomo di casta più bassa con matrimonio d'amore, era madre di due figli. Il marito lavorava da tre anni negli Emirati Arabi come autista. Durante la prima ricerca viveva coi figli a *Swaminarayan nagar society*, mentre in seguito si è trasferita a *Seven Sky Bangalow*. Ha studiato fino alla *12th class* e dopo aver fatto diversi lavori, durante l'ultima ricerca ha iniziato a vendere prodotti estetici da casa. Parlava *gujarātī*, *hindī* e inglese. Ho incontrato Nilam grazie al mio compagno, per cui ha fatto l'interprete per qualche mese. Dopo esserci incontrate per qualche lezione di *gujarātī*, ho potuto frequentare la sua casa, dove abbiamo trascorso molto tempo a parlare della sua vita riproduttiva. Dopo aver esser rimasta incinta molto giovane di Fenel, Nilam ha avuto altre tre gravidanze: una extrauterina, che le ha causato la rimozione di una tuba, la seconda terminata con un aborto spontaneo e solo alla terza ha partorito Vyom, il suo secondo figlio. In seguito ha sofferto varie volte di *saphed pānī* e di *pecoṭī*.

**Parinaz Pestonj Bhujwala**, 70 anni circa, parsi zoroastriana, è nata a Mumbai. Il Gujarat presenta una delle più grandi comunità parsi, antichi discendenti di un gruppo iraniano zoroastriano, e il *gujarātī* è la lingua parlata solitamente tra i membri. Sono principalmente impegnati nel commercio e nell'industria (Singh 1998). Parinaz si era sposata per amore con un uomo parsi ed era madre di un figlio e una figlia. Il marito apparteneva a una facoltosa famiglia, i Bhujwala, così chiamati perché per un certo periodo sono stati i proprietari della maggior parte dei terreni della città di Bhuj. La famiglia si era installata all'inizio del 1700 e aveva in seguito aperto una distilleria, chiusa nel 1949 quando il Gujarat è diventato un *dry (non-alcoholic) state*. Da quel momento la famiglia si era trasferita a Mumbai. Dopo il matrimonio, Parinaz ha vissuto qualche anno a Bhuj, ma è poi ritornata a vivere in una *joint family* a Mumbai. Quando l'ho conosciuta, viveva sola col marito a Mumbai, ma ritornava regolarmente nella casa di famiglia a Bhuj, che hanno trasformato in un *bed and breakfast*. In pensione, ha un master in lingue straniere e ha insegnato francese in un'università a Mumbai. Parlava *hindī*, inglese, francese e un poco di *gujarātī*. L'ho incontrata una sola volta, durante uno dei suoi soggiorni a Bhuj, dove mi ha mostrato la casa di famiglia e mi ha parlato dei riti legati alla nascita e alla vita riproduttiva della comunità parsi. Il nostro incontro si è svolto in lingua inglese.

**Pragma Goswami**, 70 anni circa, *hindū goswami*, è nata in Kacch. Vedova, si era sposata con un matrimonio combinato ed era madre di un figlio e due figlie (Basanti e Nilam). Ha studiato fino alla *7th class* e ha lavorato come sorvegliante in un collegio femminile di

Bhuj. Ora in pensione, viveva con la figlia Basanti. Parlava *gujarātī* e *hindī*. L'ho incontrata due volte grazie alla figlia Nilam e mi ha raccontato dell'anatomia e della fisiologia del corpo riproduttivo.

**Priti Thakkar**, 60 anni circa, jain, è nata in Kacch. Vedova, si era sposata con un matrimonio combinato ed era madre di due figli. Viveva in una *joint family* con la famiglia del figlio in un condominio di sole famiglie jain nel quartiere di *Nagar Chakla*. Ha studiato fino alla *12th class* e lavorava come estetista nel *beauty parlour* che ha aperto nel salotto di casa. Parlava *gujarātī* e *hindī*. Suocera della figlia di Bana, ho incontrato per la prima volta Priti alla fine della prima ricerca a casa dei Joshi. Dopo ho potuto passare a trovarla qualche volta a casa sua, dove mi ha raccontato i suoi problemi mestruali. Per cinque anni Priti ha sofferto di cicli mestruali molto forti e abbondanti, che si sono interrotti da soli quando il figlio si è sposato.

**Priya Chako**, 40 anni circa, *hindū* di origine *sindhī lohānā*, convertita al cattolicesimo, è nata a Bhuj. I *lohānā*, composta tradizionalmente da mercanti, sono una delle comunità dominanti in Gujarat e si considerano discendenti di Lava, il figlio di Rama (Singh 1998). Sposata a un anglo-indiano cattolico con un matrimonio d'amore, Priya si è convertita al cattolicesimo prima del matrimonio. Tuttavia, pur frequentando la chiesa locale, continuava a seguire i riti e le festività *hindū*. Madre di un figlio e una figlia, ha studiato fino alla *12th class*. Il marito era impiegato nell'ufficio del *District Collector*. Priya insegnava inglese in una scuola materna locale, lavoro che ha interrotto per una decina d'anni per curarsi dei figli. Viveva in una famiglia nucleare a *RTO Relocation Site* di fronte alla sua famiglia natale (*maikā*). Parlava *gujarātī*, *hindī* e inglese. Ho incontrato Priti durante la mia seconda ricerca grazie al marito, che ha collaborato per un periodo con il mio compagno. Da quel momento, l'ho visitata molto spesso a casa sua, dove abbiamo parlato della sua vita riproduttiva. Priti si considerava una donna esperta in ambito riproduttivo e trovava molte delle informazioni su internet. Frequentava spesso delle *dāī māṃ*, in particolare per i suoi problemi di *pecoḷī*. I nostri incontri si sono svolti in lingua inglese.

**Rahila** (e la figlia neonata **Rayna**), 20 anni, musulmana, è nata a Jamnagar. Sposata nel 2017 al figlio di Shaima con un matrimonio combinato, era madre di Rayna nata nel marzo 2018 con la spina bifida. Viveva nel quartiere di *Bhuteswar* con il marito, ma durante la fine della gravidanza e il puerperio ha vissuto con Shaima e la *dāī māṃ* Hazima nel



quartiere di *Ramnagri*. Analfabeta, faceva la casalinga e parlava *gujarātī* e *hindī*. Ho incontrato Rahila durante la seconda ricerca, passando a trovare la *dāī māṃ* Hazima. La lunga frequentazione con questa famiglia mi ha consentito di osservare da vicino le pratiche e i riti legati al puerperio.

**Rubina Jāt**, 40 anni circa, musulmana *jāt*, è nata in Kacch. La comunità musulmana *jāt* risiede principalmente nel distretto del Kacch e sono probabilmente originari del Sindh, mentre dei gruppi *hindū jāṭ* sono presenti in tutto il nord dell'India. Gli uomini della comunità conducono una vita semi-nomade per pascolare il bestiame. Sono divisi in sette sottogruppi territoriali endogami, i quali si autogovernano attraverso un proprio consiglio che avviene nel corso della grande fiera annuale, luogo di transazioni economiche, matrimoni e sentenze giuridiche. Il *sindhī* è tradizionalmente la loro lingua madre, ma sono anche abituati a parlare in *gujarātī* e *kacchī* e appartengono all'islam sunnita (Singh 1998). Rubina era sposata a un membro del suo clan *jāt* con un matrimonio combinato ed era madre di due figlie e un figlio. Viveva in una famiglia nucleare nel quartiere di *Sonivad*. Ha studiato fino alla *9th class* e collaborava saltuariamente con l'ONG KMVS. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. L'ho incontrata all'ONG KMVS, durante la mia prima visita a Bhuj nel 2015, prima di iniziare la ricerca. Grazie a lei ho potuto incontrare la *dāī māṃ* Karima, sua lontana parente. Tuttavia, in seguito ho potuto frequentare poco casa sua perché era molto occupata.

**Samara Khatri**, 16 anni, musulmana, è nata a Bhuj. Nubile, viveva con i suoi nove fratelli e sorelle e i genitori. Ha studiato fino alla *7th class*, ma poi ha deciso di abbandonare la scuola e di aiutare la madre nelle faccende domestiche. Viveva in una famiglia nucleare in una casa nel quartiere di *Bhuteswar*. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. Vicina di casa di Nadeja, ho potuto frequentare spesso casa sua e trascorrere del tempo con lei e le sue sorelle.

**Shahina**, 22 anni circa, musulmana ismailita, è nata a Bhuj. Nubile, ha studiato fino alla *12th class* e lavorava come insegnante d'inglese in una scuola locale. Parlava *gujarātī*, *hindī* e inglese. L'ho conosciuta a un corso di cucito tenuto da una mia amica ASHA, dove ho potuto incontrarla un paio di volte.

**Shaima**, 50 anni circa, musulmana, è nata a Hyderabad, dove ha vissuto solo qualche anno prima di trasferirsi a Bhuj. Sposata con un matrimonio combinato, era separata e viveva con la madre, la *dāī māṃ* Hazima in una casa nel quartiere di *Ramnagari*. Analfabeta, era

madre di tre figli e ha avuto un aborto spontaneo. Lavorava come aiuto cucina in un ristorante locale, ma durante la seconda ricerca ha dovuto smettere a causa di un problema al cuore. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*.

**Soraya Chako**, 19 anni, musulmana, è nata a Bhuj. Sposata all'inizio del 2018 con un matrimonio d'amore, non aveva nessun figlio perché con il marito ha deciso di aspettare qualche anno. Quando l'ho incontrata, stava frequentando la *12th class*, ma ha dovuto lasciare la scuola perché non riusciva ad adempiere ai lavori domestici, prendersi cura del marito e a studiare allo stesso tempo. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. L'ho incontrata durante la seconda ricerca, quando è andata a consultare la *dāī māṃ* Hazima per verificare se era incinta. Ho potuto seguire il percorso medico di Soraya durante i mesi successivi, quando ha deciso di abortire e ha cercato di scegliere un metodo contraccettivo. All'inizio, Soraya viveva in una *joint family*, ma i numerosi litigi con la suocera l'hanno portata a trasferirsi con il marito in una casa in affitto nel quartiere di *Camp Area*. Dopo il trasferimento, oltre a seguirla in ospedale, l'ho frequentata a casa dove abbiamo potuto parlare delle sue esperienze nella nuova vita matrimoniale.

**Sumra Siddi**, 55 anni circa, musulmana *siddi*, è nata a Bhuj. I *siddi* sono una comunità di origine africana, arrivata in India alla fine del XVII secolo come schiavi dei portoghesi. Divisi in clan, i membri parlano *gujarātī*. Sumra è vedova e aveva sposato per amore un sikh punjabi. Dopo il matrimonio si è trasferita in Punjab, dove ha dato alla luce due figlie. Dopo il terremoto del 2001, ha deciso di ritornare dalla sua famiglia a Bhuj, dove si è stabilita. Viveva a GIDC con i suoi due figli adottivi. Ha studiato fino alla scuola primaria e anche se in passato ha fatto diversi lavori, quando l'ho conosciuta, era casalinga. Parlava *gujarātī*, *kacchī*, *pañjābī* e *hindī*. Vicina e amica della *dāī māṃ* Serumasi, l'ho conosciuta alla fine della mia ricerca.

**Sushma Rabari**, 40 anni circa, *hindū rabārī*, è nata in Kacch. In Gujarat, i *rabārī* sono notificati come *scheduled tribe* (ST) e si definiscono gli antichi discendenti del dio *Kṛṣṇa*. Divisi in clan, i membri sono principalmente pastori di mucche e lattai. Sushma è sposata con un matrimonio combinato ed era madre di due figlie. Analfabeta, lavorava come donna delle pulizie. Viveva in una famiglia nucleare nel quartiere *rabārī* di *Ganesh Nagar* e parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. L'ho conosciuta mentre cercavo delle *dāī māṃ* e anche se si è rivelata non praticare questa professione, Sushma apparteneva a una famiglia di curatrici: ha

ereditato dalla madre la capacità di togliere il malocchio (*najar*) e di trattare la *pecoṭī*. Ho potuto frequentare qualche volta casa sua, dove mi ha parlato della sua pratica e mi ha raccontato della sua isterectomia.

## LE DĀĪ MĀM

**Karima Jāt**, 65 anni circa, musulmana *jāt*, è nata in Kacch. Vedova, si era sposata con un matrimonio combinato endogamo ed era madre di un figlio. Faceva parte di una famiglia di *dāī māṃ*, ma ha iniziato la professione solo quando aveva circa quarant'anni, dopo il terremoto. Non è mai andata a scuola, ma il fratello le ha insegnato a leggere e scrivere il *gujarātī*. Viveva in una *joint family* con la famiglia del figlio, in un gruppo di case appartenenti alla sua famiglia allargata in *Sonivad*. Parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. Ho conosciuto Karima durante la mia prima visita nel 2015, grazie a Rubina, sua lontana parente. Fin dall'inizio, Karima è stata molto aperta a parlarmi della sua pratica e ho potuto seguirla da vicino durante i due periodi di ricerca. Sono entrata molto in confidenza con tutta la famiglia, dove ero invitata a mangiare almeno tutti i venerdì, giorno in cui si mangia la carne.

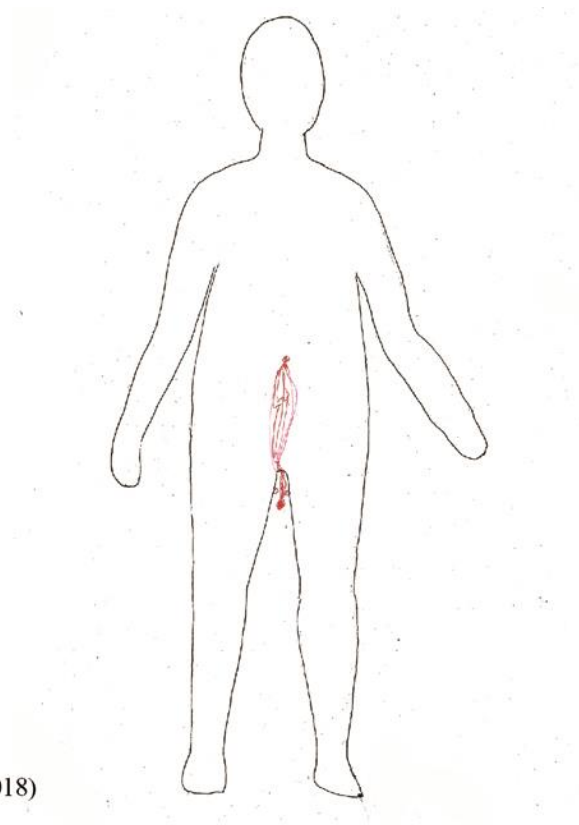
**Hazima Basir Shekh**, 74 anni, musulmana, nata a Hyderabad, si è trasferita da più di 50 anni con la famiglia a Bhuj. Vedova, si era sposata con un matrimonio combinato. Ha partorito dieci figli, ma sono sopravvissuti solo un figlio e una figlia, Shaima, con cui viveva nel quartiere di *Ramnagari*. Analfabeta, parlava *telugu*, *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. Ho incontrato Hazima durante la mia prima ricerca grazie a Kamalaben. Da quel momento ho iniziato a frequentare giornalmente la casa, dove riceveva le donne e potevamo parlare dell'anatomia e la fisiologia del corpo riproduttivo.

**Afsana**, 65 anni circa, musulmana, è nata in Kacch. Sposata con un matrimonio combinato, era madre di un figlio e una figlia. Viveva in una *joint family* con la famiglia di uno dei figli in una casa in *Camp Area*. Analfabeta, parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. La figlia maggiore viveva col marito a Mumbai, dove Afsana andava spesso a trovarla e dove pare sia rinomata per i suoi trattamenti contro l'infertilità. Durante la ricerca sul campo, la figlia ha passato gli ultimi mesi di gravidanza nella casa della madre, che l'ha aiutata durante il parto avvenuto in ospedale. Ho conosciuto Afsana grazie a Kanta, sua vicina di casa e sua paziente. Afsana ha iniziato a fare la *dāī māṃ* a vent'anni e in seguito ha seguito un corso governativo.

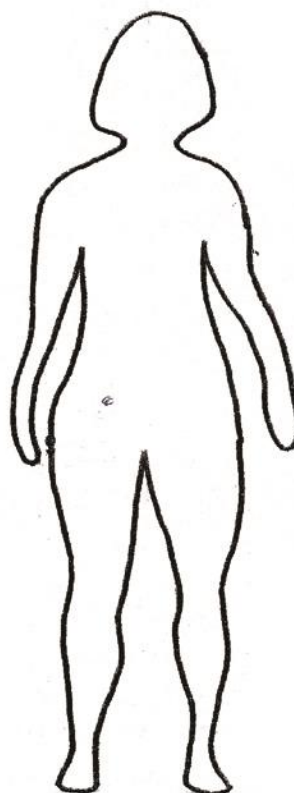
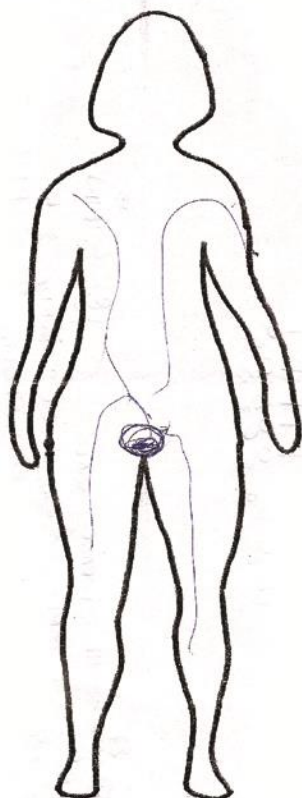
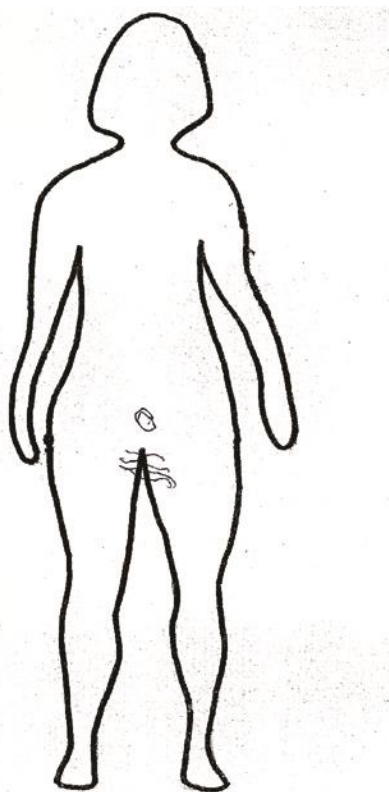
Tuttavia, ha trovato la sua cura per l'infertilità dopo essersi recata in visita al mausoleo (*dargāh*) dal rinomato santo Hājīpīr.

**Serumasi**, 75 anni circa, musulmana, è nata in Kacch. Vedova, si era sposata con un matrimonio combinato ed era madre di un figlio e una figlia. Analfabeta, parlava *gujarātī*, *kacchī* e *hindī*. La *dāī māṃ* musulmana Serumasi ha più di 50 anni d'esperienza nel campo della salute femminile e, anche se a causa dell'abbassamento della vista non riesce più lavorare di sera, è ancora molto attiva. Viveva con la figlia nella sua nuova casa a GIDC, costruita grazie al progetto nazionale '*Slum free cities – Housing for all*'. Negli ultimi anni, più che aiutare le donne a partorire, era consultata per i suoi trattamenti contro l'infertilità e i disturbi mestruali.

## MAPPE DEL CORPO



**Figura 1** : Il concepimento (*dāī māḡ* Hazima, 13 agosto 2018)

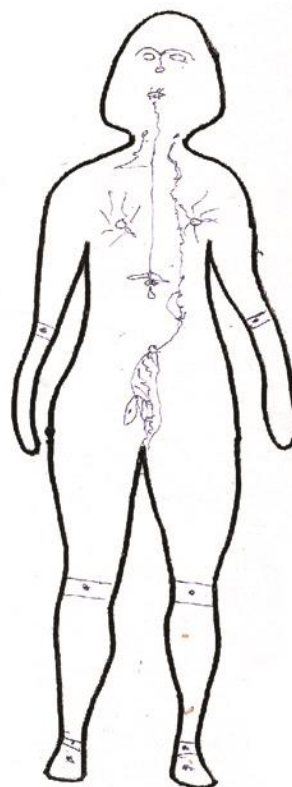
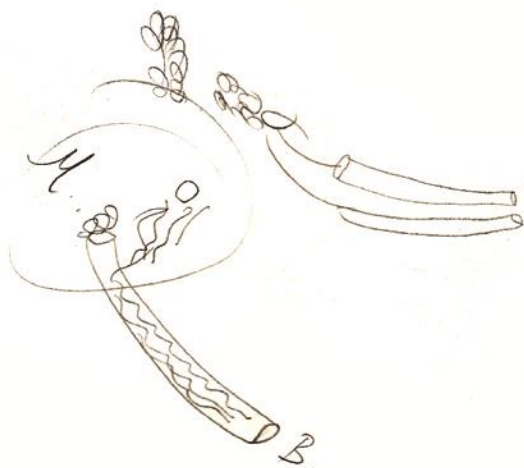
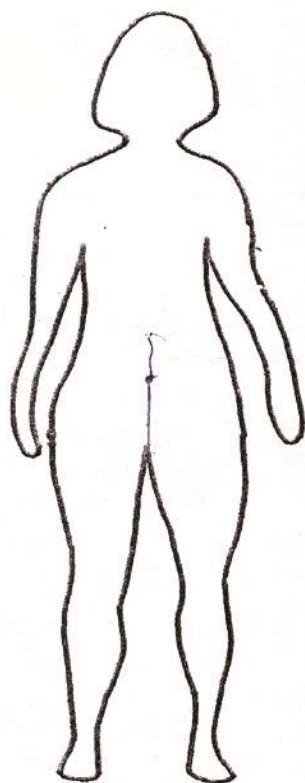


**Figura 2 (in alto a sinistra):** Il ricettacolo femminile e cerchiaggio della cervice (Kamalaben, 5 agosto 2017)

**Figura 3 (in alto a destra):** Lo sviluppo prenatale del bambino (*dāī māṃ* Amira, 12 agosto 2017)

**Figura 4 (in basso a sinistra):** La raccolta del sangue nel ricettacolo femminile (Samara, 16 agosto 2017)

**Figura 5 (in basso a destra):** Il ricettacolo femminile (Selma, 21 agosto 2017)

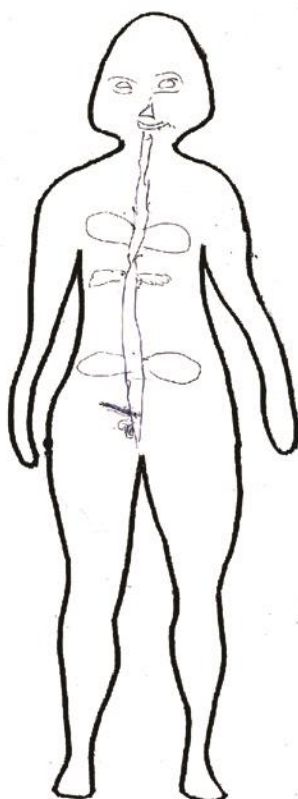
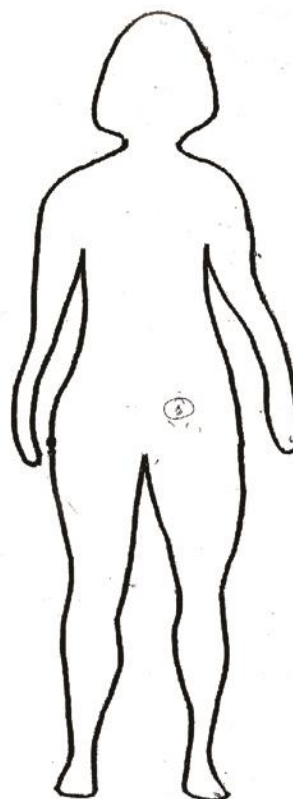


**Figura 6 (in alto a sinistra):** Il ricettacolo femminile e la *pecoṭī* (*dāī māṃ* Hazima, 29 agosto 2017)

**Figura 7 (in alto a destra):** Lo sviluppo prenatale del bambino e la *pecoṭī* (*dāī māṃ* Hazima, 29 agosto 2017)

**Figura 8 (in basso a sinistra):** Il cordone ombelicale (Nilam, 26 marzo 2018)

**Figura 9 (in basso a destra):** L'interno del corpo di una donna (*dāī māṃ* Hazima, 8 aprile 2018)



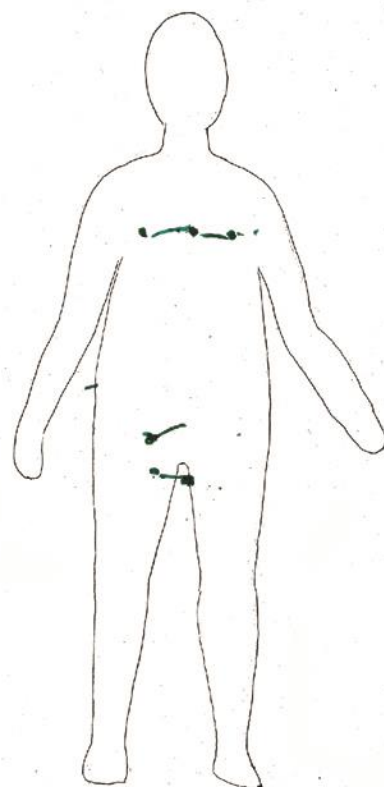
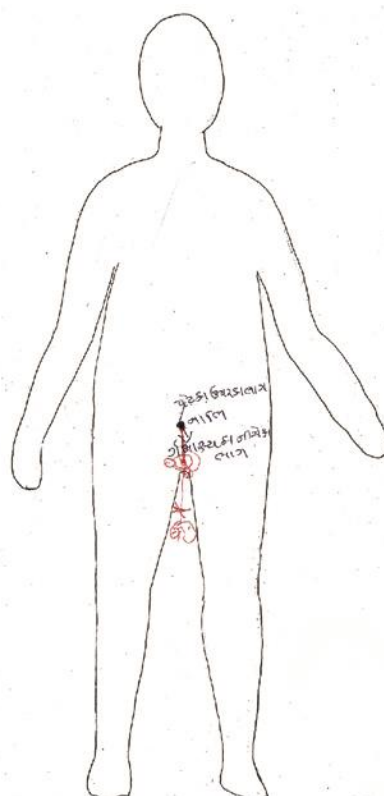
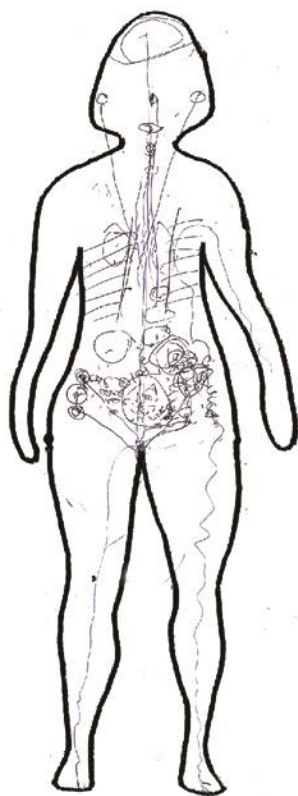
**Figura 10 (in alto a sinistra):** Il bambino dentro il ricettacolo della gestazione (Priya, 23 maggio 2018)

**Figura 11 (in alto a destra):** Il ricettacolo femminile (Soraya, 11 giugno 2018)

**Figura 12 (in basso a sinistra):** Il processo digestivo (Soraya, 27 giugno 2018)

**Figura 13 (in basso a destra):** I ricettacoli del corpo (Hazima, luglio 2018)





**Figura 14 (in alto a sinistra):** L'interno del corpo di una donna (Soraya, luglio 2018)

**Figura 15 (in alto a destra):** Il ricettacolo femminile e la *pecoṭī* (Kanta, 11 luglio 2018)

**Figura 16 (in basso a sinistra):** Il processo digestivo (*dāī māṃ* Serumasi, 13 luglio 2018)

**Figura 17 (in basso a destra):** I ricettacoli femminili e i seni (Serumasi, 13 luglio 2018)

**TABELLA DI RIFERIMENTO**  
**PER LA TRASLITTERAZIONE DELL'ALFABETO *DEVANĀGARĪ***

अ	a	क	ka	न	na
आ	ā	ख	kha	प	pa
इ	i	ग	ga	फ	pha
ई	ī	घ	gha	ब	ba
उ	u	ङ	ṅ	भ	bha
ऊ	ū	च	ca	म	ma
ए	e	छ	cha	य	ya
ऐ	ai	ज	ja	र	ra
ओ	o	झ	jha	ल	la
औ	au	ञ	ña	व	va
ऋ	ṛ	ट	ṭa	श	śa
ॠ	ṝ	ठ	ṭha	ष	ṣa
ऌ	ḷ	ड	ḍa	स	sa
ॡ	ḹ	ढ	ḍha	ह	ha
		ण	ṇa		
अं/अँ	ṁ	त	ta	क्ष	kṣa
अः	ḥ	थ	tha	ज्ञ	jña
		द	da	ड़	ṛa
		ध	dha	ढ़	ṛha

**TABELLA DI RIFERIMENTO**  
**PER LA TRASLITTERAZIONE DELL'ALFABETO *GUJARĀTĪ***

□ a	□ ka	□ na
□ ā	□ kha	□ pa
□ i	□ ga	□ pha
□ ī	□ gha	□ ba
□ u	□ ṅ	□ bha
□ ū	□ ca	□ ma
□ e	□ cha	□ ya
□ ai	□ ja	□ ra
□ o	□ jha	□ la
□ au	□ ña	□ va
□ ṛ	□ ṭa	□ śa
□ ḷ	□ ṭha	□ ṣa
	□ ḍa	□ sa
	□ ḍha	□ ha
	□ ṇa	
	□ ta	
	□ tha	
	□ da	
	□ dha	

# LESSICO DELLE RELAZIONI FAMILIARI IN *HINDĪ*

Parenti consanguinei: *maikā*

Parenti affini: *sasurāl*

## **Famigliare nucleare**

Madre: *māṃ, mātā, ammā*

Padre: *pāpā, pitā, bāp*

Figlio: *beṭā*

Figlia: *beṭī*

Marito: *pati, miyāṃ, (gharvāḷō in gujarātī)*

Moglie: *patnī, bīvī, (gharvāḷī in gujarātī)*

Fratello: *bhāī*

Sorella: *bahan*

Sorella maggiore: *dīdī*

## **Nonni**

Nonno paterno (padre del padre): *dādā*

Nonno materno (padre della madre): *dādī*

Nonna paterna (madre del padre): *nānā*

Nonna materna (madre della madre): *nānī*

## **Zii**

Fratello minore del padre: *cācā*

Moglie del fratello minore del padre: *cācī*

Fratello maggiore del padre: *tāū*

Moglie del fratello maggiore del padre: *tāī*

Sorella del padre: *buā, phūphī*

Marito della sorella del padre: *phūphā*

Fratello della madre: *māmā*

Moglie del fratello della madre: *māmī*

Sorella minore della madre: *mausī*

Marito della sorella minore della madre: *mausā*

### **Cugini**

In *hindī* non esiste una parola diretta per ‘cugino’, ma sono usati denominazioni come il figlio/la figlia dello zio/della zia. Molto spesso, i cugini sono semplicemente chiamati solo fratello/sorella.

### **Nipoti**

Figlio del figlio: *potā*

Figlia del figlio: *potī*

Figlio della figlia: *nātī*

Figlia della figlia: *nātīn*

Figlio del fratello: *bhatījā*

Figlia del fratello: *bhatījī*

Figlio della sorella: *bhāñjā*

Figlia della sorella: *bhāñjī*

### **Affini**

Suocera (Madre del coniuge): *sās* (*sāsū mām* in *gujarātī*)

Suocero (Padre del coniuge): *sasur*

Nuora (Moglie del figlio): *bahū*

Genero (Marito della figlia): *dāmād, jamā*

Sorella del marito: *nanand*

Moglie del fratello: *bhabhī*

Sorella della moglie: *sālī*

Marito della sorella maggiore: *jījā*

Marito della sorella minore: *bahanoī*

Fratello della moglie: *sālā*

Fratello maggiore del marito: *jeṭh*

Moglie del fratello maggiore del marito : *jeṭhānī*

Fratello minore del marito: *devar*

Moglie del fratello minore del marito: *devrānī*

Moglie del fratello della moglie: *salhaj*

Marito della sorella del marito: *nandoī*

Marito della sorella della moglie: *sārū*

## ELENCO DELLE CONVERSAZIONI REGISTRATE

N°	Data	Interlocutrice/Interlocutore	Durata in minuti
1	novembre 2015	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	55
2	2 dicembre 2015	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	56
3	28 giugno 2017	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	46
4	30 giugno 2017	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	46
5	2 luglio 2017	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	49
6	3 luglio 2017	Parenti di Kamalaben Vaghela	43
7	4 luglio 2017	Jumana	24
8	7 luglio 2017	Pragya Goswami	73
9	11 luglio 2017	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	46
10	11 luglio 2017	Kanta	54
11	12 luglio 2017	<i>Dāī māṃ</i> Afsana	70
12	12 luglio 2017	Kanta	6
13	14 luglio 2017	Basanti Goswami	55
14	22 luglio 2017	Vanita Joshi	9
15	24 luglio 2017	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	35
16	24 luglio 2017	Nilam Goswami	35
17	25 luglio 2017	Pandit di Randal Ma 1	28
18	25 luglio 2017	Pandit di Randal Ma 2	12
19	26 luglio 2017	Parenti di Kamalaben Vaghela	30
20	27 luglio 2017	Raga Jāḍejā	54
21	27 luglio 2017	Nilam Goswami	26
22	29 luglio 2017	<i>Dāī māṃ</i> Afsana	64
23	29 luglio 2017	Bhakti	34
24	4 agosto 2017	ASHA Maya	41
25	5 agosto 2017	Kamalaben Vaghela	40
26	5 agosto 2017	Nilam Goswami	72
27	8 agosto 2017	Rubina Jāṭ	79
28	9 agosto 2017	Dottore 1	116
29	12 agosto 2017	Kamalaben Vaghela	83
30	12 agosto 2017	<i>Dāī māṃ</i> Afsana	39
31	16 agosto 2017	Abbas, professore di <i>gujarātī</i>	58

32	16 agosto 2017	Samara Khatri	35
33	17 agosto 2017	Kamalaben Vaghela	87
34	19 agosto 2017	Gita	10
35	19 agosto 2017	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	44
36	21 agosto 2017	Sazna	34
37	23 agosto 2017	Naina	77
38	24 agosto 2017	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	39
39	25 agosto 2017	Naina	45
40	26 agosto 2017	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	34
41	26 agosto 2017	Kamalaben Vaghela	107
42	29 agosto 2017	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	36
43	30 agosto 2017	Raga Jāḍejā	7
44	30 agosto 2017	Operatore sociale KMVS	55
45	30 agosto 2017	Bana Joshi	147
46	31 agosto 2017	Bana Joshi e cognata	2
47	1 settembre 2017	Nilam Goswami	24
48	1 settembre 2017	Daya Sompura	74
49	1 settembre 2017	Amira Parvez Khatri	33
50	2 settembre 2017	Mary Clement	47
51	4 settembre 2017	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	5
52	5 settembre 2017	Amira Parvez Khatri	10
53	16 settembre 2017	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	11
54	16 marzo 2018	Parinaz Pestonj Bhujwala	103
55	17 marzo 2018	Amira Parvez Khatri	18
56	21 marzo 2018	Kamalaben Vaghela	16
57	22 marzo 2018	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	11
58	26 marzo 2018	Nilam Goswami	87
59	26 marzo 2018	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	21
60	29 marzo 2018	Shahina	41
61	30 marzo 2018	Kamalaben Vaghela	37
62	5 aprile 2018	Sushma Rabari e la sua vicina di casa	47
63	8 aprile 2018	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	47
64	9 aprile 2018	Sushma Rabari	10
65	12 aprile 2018	Nilam Goswami	53
66	13 aprile 2018	Kamalaben Vaghela	46
67	13 aprile 2018	Nehaben	17
68	14 aprile 2018	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	20
69	19 aprile 2018	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	49
70	12 maggio 2018	Kamalaben Vaghela	57
71	14 maggio 2018	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	60
72	15 maggio 2018	Kamalaben Vaghela	11
73	15 maggio 2018	Priya Chako	70
74	16 maggio 2018	Nehaben	58
75	17 maggio 2018	Muskan	17
76	17 maggio 2018	Juhiben	47



77	22 maggio 2018	Priya Chako	52
78	23 maggio 2018	Priya Chako	70
79	28 maggio 2018	Dottore 2	55
80	29 maggio 2018	Dottoressa 1	86
81	30 maggio 2018	Priya Chako	46
82	31 maggio 2018	Priya Chako	19
83	4 giugno 2018	Nehaben	27
84	5 giugno 2018	Soraya Chako	83
85	7 giugno 2018	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	68
86	8 giugno 2018	Sumra Siddi	12
87	19 giugno 2018	Kamalaben Vaghela	46
88	25 giugno 2018	Dottoressa 2	22
89	25 giugno 2018	Operatrice sociale KMVS 1	65
90	27 giugno 2018	Soraya Chako	43
91	27 giugno 2018	Soham Gadvi	76
92	28 giugno 2018	<i>Dāī māṃ</i> Serumasi	22
93	28 giugno 2018	Kamalaben Vaghela	12
94	29 giugno 2018	<i>Dāī māṃ</i> Afsana	55
95	29 giugno 2018	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	27
96	30 giugno 2018	Soham Gadvi	80
97	2 luglio 2018	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	47
98	3 luglio 2018	Shaima	18
99	3 luglio 2018	<i>Dāī māṃ</i> Serumasi	55
100	6 luglio 2018	Sumra Siddi	50
101	6 luglio 2018	Kamalaben Vaghela	15
102	9 luglio 2018	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	61
103	10 luglio 2018	Kanta	100
104	10 luglio 2018	Kamalaben Vaghela	59
105	11 luglio 2018	Kanta	53
106	12 luglio 2018	Kusum Sompura	56
107	13 luglio 2018	<i>Dāī māṃ</i> Serumasi	64
108	14 luglio 2018	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	65
109	17 luglio 2018	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	13
110	26 luglio 2018	Marjan Mawani	57
111	13 agosto 2018	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	30
112	14 agosto 2018	Basanti Goswami	50
113	14 agosto 2018	Rahila	21
114	16 agosto 2018	Priti Thakkar	45
115	17 agosto 2018	Priti Thakkar	27
116	18 agosto 2018	Dottoressa 2	64
117	20 agosto 2018	<i>Dāī māṃ</i> Hazima Basir Shekh	52
118	21 agosto 2018	Kamalaben Vaghela	78
119	22 agosto 2018	Priya Chako	84
120	24 agosto 2018	Priti Thakkar	31
121	24 agosto 2018	Priya Chako	51

122	25 agosto 2018	Operatrice sociale KMVS 2	23
123	27 agosto 2018	<i>Dāī māṃ</i> Karima Jāṭ	8
124	28 agosto 2018	<i>Dāī māṃ</i> Serumasi	13
125	30 agosto 2018	Kamalaben Vaghela	7

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Adebiyi, Adebowale, P. Ganesan Adaikan, e R. N. V. Prasad. 2002. «Papaya (Carica Papaya) Consumption Is Unsafe in Pregnancy: Fact or Fable? Scientific Evaluation of a Common Belief in Some Parts of Asia Using a Rat Model». *British Journal of Nutrition* 88 (02): 199.
- Afonso, Ana Isabel. 2004. «New graphics for old stories». *Working images: Visual research and representation in ethnography*, 77–89.
- Agnihotri, Naveen. 2010. «Whole Blood Donor Deferral Analysis at a Center in Western India». *Asian Journal of Transfusion Science* 4 (2): 116.
- Agrawal, A. 1997. «Gendered Bodies: The Case of the 'Third Gender' in India». *Contributions to Indian Sociology* 31 (2): 273–97.
- Ahearn, Laura M. 1998. «'A Twisted Rope Binds My Waist': Locating Constraints on Meaning in a Tij Songfest». *Journal of Linguistic Anthropology* 8 (1): 60–86.
- Ahluwalia, Sanjam. 2010. *Reproductive restraints: Birth control in India, 1877-1947*. Urbana: University of Illinois Press.
- Alana, Apfel. 2017. *Donner naissance. Doulas, sages-femmes et justice reproductive*. Paris: Cambourakis.
- Alter, Joseph S. 1992. «The 'sannyasi' and the Indian Wrestler: The Anatomy of a Relationship». *American Ethnologist* 19 (2): 317–36.
- . 1993. «The Body of One Color: Indian Wrestling, the Indian State, and Utopian Somatics». *Cultural Anthropology* 8 (1): 49–72.
- . 1997. «Seminal Truth: A Modern Science of Male Celibacy in North India». *Medical Anthropology Quarterly* 11 (3): 275–98.
- Amann-Gainotti, Merete, Beatrice Di Prospero, e Anna Maria Nenci. 1989. «Adolescent girls' representations of their genital inner space». *Adolescence* 24 (94): 473.
- Amin, Avni, e Margaret E Bentley. 2002. «The Influence of Gender on Rural Women's Illness Experiences and Health-seeking Strategies for Gynaecological Symptoms». *Journal of Health Management* 4 (2): 229–49.
- Anand, Tanu, e Suneela Garg. 2015. «Menstruation Related Myths in India: Strategies for

- Combating It». *Journal of Family Medicine and Primary Care* 4 (2): 184.
- Andersen, Lena Theilgaard, Shakuntala Haraksingh Thilsted, Birgitte Bruun Nielsen, e Suguna Rangasamy. 2003. «Food and Nutrient Intakes among Pregnant Women in Rural Tamil Nadu, South India». *Public Health Nutrition* 6 (02).
- Aneja, Anu, e Shubhangi Vaidya. 2016. *Embodying motherhood: perspectives from contemporary India*. Los Angeles: SAGE.
- Angelini, Massimo, e Manuela Trinci. 2000. *Le voglie: l'immaginazione materna tra magia e scienza*. Vol. 69. Roma: Meltemi Editore.
- Anwar, Etin. 2003. «Bodily waste: Overview». In *Encyclopedia of women & Islamic cultures*, a cura di Suad Joseph e Afsaneh Najmabadi. Leiden ; Boston, Mass: Brill.
- Apffel-Marglin, F. 1994. «The sacred grove». *MANUSHI* 82: 22–32.
- Appadurai, Arjun. 1981. «Gastro- politics in Hindu South Asia». *American ethnologist* 8 (3): 494–511.
- Arborio, Sophie. 2008. «Allaitement et VIH en Inde du sud entre idéalisation et 'vulnérabilité' de l'identité féminine». *Corps* 5 (2): 57.
- Arnold, David. 1993. *Colonizing the body: state medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*. Berkeley: University of California Press.
- Attewell, Guy N. A. 2007. *Refiguring Unani Tibb: Plural Healing in Late Colonial India*. New Perspectives in South Asian History 17. New Delhi: Orient Longman.
- Bagchi, Jasodhara. 2017. *Interrogating Motherhood*. New delhi: SAGE Publications India.
- Bahadur, Shalini, Sonal Jain, Ruchika K Goel, Sangeeta Pahuja, e Manjula Jain. 2009. «Analysis of blood donor deferral characteristics in Delhi, India». *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 40 (5): 1087.
- Bailey, Alison. 2011. «Reconceiving surrogacy: Toward a reproductive justice account of Indian surrogacy». *Hypatia* 26 (4): 715–41.
- Bang, Rani, e Abhay Bang. 1994. «Womens perceptions of white vaginal discharge: ethnographic data from rural Maharashtra.» In *Listening to women talk about their health: issues and evidence from India*, a cura di Joel Gittelsohn, Bentley, e Pertti J Pelto, 79–94. New Delhi: Har-Anand Publications.
- Barua, Alka, e Kathleen Kurz. 2001. «Reproductive Health-Seeking by Married Adolescent Girls in Maharashtra, India». *Reproductive Health Matters* 9 (17): 53–62.
- Basu, Alaka M. 1985. «Family planning and the emergency: an unanticipated consequence». *Economic and Political Weekly* 20 (10): 422–25.
- Basu, Deepankar, e Robert de Jong. 2010. «Son preference and gender inequality». *Demography* 47: 521–36.
- Bauer, Jerome H. 2003. «Dohada (Pregnancy Cravings)». *Indian Folklife*, n. 13: 5.
- Bean, Susan S. 1981. «Toward a semiotics of 'purity' and 'pollution' in India» *American*

- Ethnologist* 8 (3): 575–95.
- Beck, Brenda EF. 1969. «Colour and heat in South Indian ritual». *Man* 4 (4): 553–72
- Bel, Andréine. 2010. «Three viewpoints on the praxis and concepts of midwifery: Indian dais, cosmopolitan obstetrics and Japanese seitai». Consultato 8 dicembre 2016. <http://portail.naissance.asso.fr/docs/dais/daicomp.htm>.
- Belsare, Malhar Bhikājī. 1993. *An Etymological Gujarati-English Dictionary*. 2. ed., 4. AES repr. New Delhi: Asian Educational Service.
- Bénéï, Véronique. 1997. «De l'importance de la relation frère-sœur au Maharashtra (Inde)». *L'Homme* 37 (141): 25–54.
- Bennett, Lynn. 1976. «The Wives of the Rishis: An Analysis of the Tij-Rishi Panchami Women's Festival». *Kailash* 4 (2): 185–207.
- Bentley, ME, e PL Griffiths. 2003. «The burden of anemia among women in India». *European journal of clinical nutrition* 57 (1): 52.
- Betini Bartoszeck, Amauri, Danielle Zagonel Machado, e Merete Amann-Gainotti. 2008. «Representations of internal body image: a study of pre-adolescents and adolescent students in Araucaria, Paraná, Brazil». *Ciências & Cognição* 13 (2): 139–59.
- . 2011. «Graphic Representation of Organs and Organ Systems: Psychological View and Developmental Patterns». *Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education* 7 (1): 41–51.
- Bharadwaj, Aditya. 2003. «Why Adoption Is Not an Option in India: The Visibility of Infertility, the Secrecy of Donor Insemination, and Other Cultural Complexities». *Social Science & Medicine* (1982) 56 (9): 1867–80.
- . 2016. *Conceptions: infertility and procreative technologies in India*. Fertility, reproduction and sexuality, volume 34. New York: Berghahn.
- Bhardwaj, Ashutosh. 2017. «RSS wing has prescription for fair, tall 'customised' babies». *The indian express*, 7 maggio 2017. Consultato 22 marzo 2019. <https://indianexpress.com/article/india/rss-wing-has-prescription-for-fair-tall-customised-babies-4644280/>.
- Bhattacharji, Sukumari. 1990. «Motherhood in ancient India». *Economic and Political Weekly*, WS50–57.
- Bhattacharya, Jayanta. 2011. «The first dissection controversy: introduction to anatomical education in Bengal and British India». *Current Science* 101 (9): 1227–32.
- Bhattacharyya, Asutosh. 1965. «The serpent as a folk-deity in Bengal». *Asian Folklore Studies* 24 (1): 1–10.
- Bhatti, Lubna Ishaq, Fariyal F Fikree, e Amanullah Khan. 1999. «The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi, Pakistan: a qualitative study». *Social science & medicine* 49 (5): 637–49.
- Bhugra, Dinesh, e Alec Buchanan. 1989. «Impotence in ancient Indian texts: Implications for

- modern diagnosis». *Sexual and Marital Therapy* 4 (1): 87–91.
- Bindi, Serena. 2015. «Grandir aujourd’hui en Himalaya indien. Des rituels au secours d’une nouvelle adolescence». *Ethnologie française* 154 (4): 715-724.
- Böck, Monika, e Aparna Rao, a c. di. 2000. *Culture, Creation, and Procreation: Concepts of Kinship in South Asian Practice*. New York: Berghahn Books.
- Bodewitz, HW. 1992. «Belly, pelvis, buttocks or cheeks? Vedic kukṣi (dual)» *Indo-Iranian Journal* 35 (1): 19–31.
- Botha, Carolina S. 2017. «Using metaphoric body-mapping to encourage reflection on the developing identity of pre-service teachers». *South African Journal of Education* 37 (3): 1–12.
- Bott, Sarah, Shireen J Jejeebhoy, Iqbal H Shah, Chander P Puri, e World Health Organization. 2003. *Towards adulthood: exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia*. Mumbai: World Health Organization.
- Bottero, Alain. 1991. «Consumption by semen loss in India and elsewhere». *Culture, Medicine and Psychiatry* 15 (3): 303–20.
- Bousquet, G. H. 1965. «Ghusl». In *Encyclopaedia of Islam, Second Edition*, a cura di B. Lewis, Ch Pellat, e J. Schacht, 2:1130. Leyde: Koninklijke Brill NV.
- Braun, V., e S. Wilkinson. 2001. «Socio-Cultural Representations of the Vagina». *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 19 (1): 17–32.
- Bryant, Edwin F., e Laurie L. Patton, a c. di. 2005. *The Indo-Aryan controversy: evidence and inference in Indian history*. London ; New York: Routledge.
- Bumiller, Elisabeth. 1991. *May You Be the Mother of a Hundred Sons: A Journey among the Women of India*. New York: Fawcett Columbine.
- Burnes, Alexander. 1834. «On Female Infanticide in Cutch». *Journal of the Royal Asiatic Society of Great Britain and Ireland* 1 (2): 285–88.
- Busby, Cecilia. 1995. «Gender, exchange and person in a fishing community in Kerala, south india». Phd in social anthropology, London school of economics and political science.
- . 1997. «Permeable and Partible Persons: A Comparative Analysis of Gender and Body in South India and Melanesia». *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 3 (2): 261–78.
- . 2000. *The performance of gender: an anthropology of everyday life in a South Indian fishing village*. Bloomsbury Academic.
- Butler, Judith. 1996. *Corpi che contano: i limiti discorsivi del sesso*. Milano: Feltrinelli.
- Calame, Claude. 2015. «Il sé discorsivo attraverso gli altri: per un’antropopoeitica delle identità autoriali». In *Soggetto, persona e fabbricazione dell’identità: casi antropologici e concetti filosofici*, 15–46. Milano: Mimesis edizioni.
- Calandra, Maëlle. 2013. «Faire dessiner le terrain: La nature à ‘risques’ et les jardins de

- subsistance de Tanna et Tongoa (Vanuatu)». *Techniques & culture*, n. 60 (giugno): 182–201.
- Capila, Anjali. 2004. *Traditional health practices of Kumaoni women: Continuity and change*. New Delhi: Concept Publishing Company.
- Caraka. 1981. *Caraka-saṃhitā: Agniveśa's treatise refined and annotated by Caraka and redacted by Dṛḍhabala: text with English translation*. Tradotto da Priya Vrat Sharma, Rāma Karaṇa Śarmā, e Bhagwan Dash. Varanasi: Chaukhambha Orientalia.
- Carman, John B., e Frédérique Apffel Apffel-Marglin, a c. di. 1985. *Purity and Auspiciousness in Indian Society*. *International Studies in Sociology and Social Anthropology* 43. Leiden: Brill.
- Census of India. 2001. «Kachchh». Consultato il 23 giugno 2019. <https://www.census2011.co.in/census/district/182-kachchh.html>.
- Census of India. 2011a. *Gujarat. District census handbook Kachchh. Village and town directory*. Gujarat. Vol. XII-A e B. 25. Directorate of Census Operations.
- . 2011b. *Language. India, states and union territories (Table C-16)*. New Delhi: Office of the registrar general, India.
- . 2011c. «Gujarat Population 2011-2019 Census». Consultato 23 giugno 2019. <https://www.census2011.co.in/census/state/gujarat.html>.
- . 2011d. *Religion. India, states and union territories (Table C-16)*. New Delhi: Office of the registrar general, India.
- Chacko, E. 2001. «Women's Use of Contraception in Rural India: A Village-Level Study». *Health & Place* 7 (3): 197–208.
- Chanda, Geetanjali Singh. 2002. «Mapping Motherhood: The Fiction of Anita Desai». *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement* 4 (2): 73–83.
- Char, Arundhati, Minna Saavala, e Teija Kulmala. 2010. «Influence of mothers-in-law on young couples' family planning decisions in rural India». *Reproductive health matters* 18 (35): 154–62.
- Chasles, Virginie. 2008. «Femmes en Inde». *L'Information géographique* 72 (1): 57–69.
- . 2009. «Inégalités de genre et restrictions spatiales. L'exemple du recours aux soins des femmes en Inde rurale: Commentaire». *Sciences sociales et santé* 27 (2): 37–45.
- Chatterjee, Partha. 1989. «Colonialism, nationalism, and colonized women: The contest in India». *American ethnologist* 16 (4): 622–33.
- Chattopadhyay, Sreeparna, Arima Mishra, e Suraj Jacob. 2018. «'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India». *Culture, health & sexuality* 20 (7): 815–29.
- Chaturvedi, S, P Chandra, C Sudarshan, e MK Isaac. 1995. «A popular hidden illness among women related to vaginal discharge». *Indian Journal of Social Psychiatry* 11: 69–72.

- Chawla, Janet. 1994. *Child-bearing and Culture: Women Centered Revisioning of the Traditional Midwife, the Dai as a Ritual Practitioner*. New Delhi: Indian Social Institute.
- . 2002. «Negotiating Narak and Writing Destiny: The Theology of Bemata in Dais». In *Invoking Goddesses: Gender Politics in Indian Religion*, a cura di Nilima Chitkopekar, 165–99. New Delhi: Har-Anand Publications.
- . 2003. «Hawa, gola and mother-in-law's big toe: On understanding dais' imagery of the female body». In *Daughters of Hariti: Childbirth and female healers in South and Southeast Asia*, a cura di Santi Rozario e Geoffrey Samuel, 158–73. London; New York: Routledge.
- . 2006a. *Birth and Birthgivers: The Power behind the Shame*. New Delhi: Shakti Books.
- . 2006b. «Understanding 'Narak': Rethinking Pollution. Learning from the Knowledge and Experience of Midwives.» *MANUSHI*, n. 154: 25–30.
- . 2008. «The Not-So-Subtle Body in Dais' Birth Imagery». *Ancient science of life* 28 (1): 21–29.
- Choudhry, Ushvendra Kaur. 1997. «Traditional Practices of Women From India: Pregnancy, Childbirth, and Newborn Care». *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 26 (5): 533–39.
- Christian, Parul, Shipra Bunjun Srihari, Andrew Thorne-Lyman, Subarna K Khatri, Steven C LeClerq, e Sharada Ram Shrestha. 2006. «Eating down in pregnancy: exploring food-related beliefs and practices of pregnancy in rural Nepal». *Ecology of food and nutrition* 45 (4): 253–78.
- Clark, Shelley. 2000. «Son preference and sex composition of children: Evidence from India». *Demography* 37 (1): 95–108.
- Cohen, Lawrence. 1995. «Toward an anthropology of senility: anger, weakness, and Alzheimer's in Banaras, India». *Medical Anthropology Quarterly* 9 (3): 314–34.
- . 1998. *No aging in India: Alzheimer's, the bad family, and other modern things*. Berkeley/Los Angeles: Univ of California Press.
- . 2004. «Operability: Surgery at the Margin of the State». In *Anthropology in the Margins of the State*, a cura di Veena Das e D. Poole, 165–90. Santa Fe: School of American Research Press.
- Collins, Patricia Hill. 1986. «Learning from the outsider within: The sociological significance of Black feminist thought». *Social problems* 33 (6): s14–32.
- Copeman, Jacob. 2009. *Veins of devotion: blood donation and religious experience in north India*. Studies in medical anthropology. New Brunswick, N.J: Rutgers University Press.
- Cornwall, Andrea. 1992. «Body mapping in health RRA/PRA». *RRA Notes* 16: 69–76.



- Crooke, William. 1968. *The popular religion and folk-lore of northern India*. Vol. vol 1 e 2. New Delhi: Munshiram Manoharlal.
- Dandekar, Deepra. 2015. *Boundaries and Motherhood: Ritual and Reproduction in Rural Maharashtra*. New Delhi: Zubaan Books.
- Daniel, E. Valentine. 1987. *Fluid Signs: Being a Person the Tamil Way*. 1. paperback print. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press.
- Das, Mitoo. 2008. «Menstruation as Pollution: Taboos in Simlitola, Assam». *Indian Anthropologist* 38 (2): 29–42.
- Das, Preeti. 2017. «An ‘immaculate’ conception: A day in the life of Garbh Vigyan Sanskar clinic». *The indian express*, 4 giugno 2017. Consultato 22 marzo 2019. <https://indianexpress.com/article/india/an-immaculate-conception-a-day-in-the-life-of-garbh-vigyan-sanskar-clinic-4687745/>.
- Das, Rahul Peter. 1992. «Problematic aspects of the sexual rituals of the Bauls of Bengal». *Journal of the American Oriental Society* 112 (3): 388–432.
- . 2003. *The origin of the life of a human being: conception and the female according to ancient Indian medical and sexological literature*. Delhi: Motilal Banarsidass Publishers.
- Das, V. 1988. «Femininity and the orientation of the body». In *Socialisation, education and women. Explorations in gender identity*, a cura di K. Chanana,. New Delhi: Orient Longman.
- Das, Veena. 1976. «The uses of liminality: society and cosmos in Hinduism». *Contributions to Indian Sociology* 10 (2): 245–63.
- Davis, Marvin. 1976. «A philosophy of Hindu rank from rural West Bengal». *The Journal of Asian Studies* 36 (1): 5–24.
- Davis-Floyd, R. E. 1994. «The technocratic body: American childbirth as cultural expression». *Social science and medicine* 38 (8): 1125–40.
- Davis- Floyd, Robbie. 2001. «The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75: S5–23.
- Davis-Floyd, Robbie E., e Eugenia Georges. 1996. «On pregnancy». In *Encyclopedia of Cultural Anthropology*, Human Relations Area Files, 1014–16. New Haven.
- Davis-Floyd, Robbie, e Carolyn Fishel Sargent, a c. di. 1997. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Del Vecchio Good, Mary-Jo. 1980. «Of blood and babies: the relationship of popular Islamic physiology to fertility». *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 14 (3): 147–56.
- Desai, S. 2015. «The effect of health education on womens treatment seeking behaviour Findings from a cluster randomised trial and an in depth investigation of hysterectomy in Gujarat India». London School of Hygiene & Tropical Medicine.

- Desai, Sapna. 2016. «Pragmatic prevention, permanent solution: Women's experiences with hysterectomy in rural India». *Social Science & Medicine* 151: 11–18.
- Di Martino, Ernesto. 1961. *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Milano: Il saggiatore.
- Doniger, Wendy. 1999. «Eating karma in classical South Asian texts». *Social research* 66 (1): 151–65.
- Donner, Henrike. 2008. *Domestic goddesses: maternity, globalization and middle-class identity in contemporary India*. Aldershot, England ; Burlington, VT: Ashgate.
- Douglas, Mary. 1993. *Purezza e pericolo: un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*. Bologna: Il mulino.
- Dube, Leela. 1988. «On the construction of gender. Hindu girls in patrilineal India». *Economic & Political Weekly* 23 (18): 11–19.
- . 1989. «Seed and Earth: The Symbolism of Biological Reproduction and Sexual Relations of Production». In *Visibility and Power: Essays on Women in Society and Development*, a cura di Leela Dube, Eleanor Leacock, e Shirley Ardener, 22–41. Delhi: Oxford U. Press.
- Dubey, Anju, Atul Sonker, e Et Al. 2014. «Knowledge, Attitude and Beliefs of People in North India Regarding Blood Donation». *Blood Transfusion*, n. 12: s21–27.
- Duden, Barbara. 2003. *Il corpo della donna come luogo pubblico: sull'abuso del concetto di vita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Dumont, Louis. 1992. *Homo hierarchicus: le système des castes et ses implications*. Paris: Gallimard.
- Dumont, Louis, e David Pocock. 1959. «Pure and impure». *Contributions to Indian sociology* 3: 9–39.
- DuToit, Brian M. 1990. *Aging and menopause among Indian South African women*. Albany, NY: State Univ. of New York Press.
- Duvvury, Vasumathi K. 1991. *Play, Symbolism, and Ritual: A Study of Tamil Brahmin Women's Rites of Passage*. New York: Peter Lang Pub Incorporated.
- Eichinger Ferro-Luzzi, Gabriella. 1973a. «Food Avoidances at Puberty and Menstruation in Tamilnad: An Anthropological Study». *Ecology of Food and Nutrition* 2 (3): 165–72.
- . 1973b. «Food Avoidances of Pregnant Women in Tamilnad». *Ecology of Food and Nutrition* 2 (4): 259–66.
- . 1974a. «Women's pollution periods in Tamilnad (India)». *Anthropos* 69 (H. 1./2): 113–61.
- . 1974b. «Food Avoidances during the Puerperium and Lactation in Tamilnad». *Ecology of Food and Nutrition* 3 (1): 7–15.
- Eijk, Anna Maria van, M Sivakami, Mamita Bora Thakkar, Ashley Bauman, Kayla F

- Laserson, Susanne Coates, e Penelope A Phillips-Howard. 2016. «Menstrual Hygiene Management among Adolescent Girls in India: A Systematic Review and Meta-Analysis». *BMJ Open* 6 (3): 1–12.
- El Aaddouni, Houda. 2003. «Stérilité au féminin : enjeux du corps, enjeux de la mémoire!» *Face à face [En ligne]* 5. Consultato 8 dicembre 2016. <http://faceaface.revues.org/418>.
- El Kotni, Mounia. 2016. «'Porque tienen mucho derecho': parteras, biomedical training and the vernacularization of human rights in chiapas». College of Arts & Sciences Department of Anthropology, University at Albany, State University of New York.
- Enthoven, Reginald Edward, a c. di. 2000. *Encyclopaedia of Indian folk literature. 7/8: Folklore of Gujarat (vol. 7); Folklore of Konkan (Vol. 8)*. New Delhi: Cosmo Publications.
- Ewombé-Moundo, Elisabeth. 1991. «La callipédie ou l'art d'avoir de beaux enfants en Afrique noire». In *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*, a cura di Suzanne Lallemand, 41–60. Paris: L'Harmattan.
- Fischer, Jean-Louis. 2009. *L'art de faire de beaux enfants: histoire de la callipédie*. Paris: A. Michel.
- Forni, Silvia, Cecilia Pennacini, e Chiara Pussetti. 2006. *Antropologia, genere, riproduzione: la costruzione sociale della femminilità*. Roma: Carocci.
- Forti, Simona, e Olivia Guaraldo. 2006. «Rinforzare la specie. Il corpo femminile tra biopolitica e religione materna». *Filosofia politica* XX (1): 57–76.
- Foucault, Michel, Alessandro Fontana, e Mauro Bertani. 2007. *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico*. Torino: Einaudi.
- Freed, Stanley A, e Ruth S Freed. 1964. «Spirit possession as illness in a North Indian village». *Ethnology* 3 (2): 152.
- Fruzetti, L. M., e A. Ostor. 1982. *Concepts of Person, Kinship, Caste and Marriage in India*. Delhi: Manohar Publications.
- Fuller, Christopher John. 2004. *The camphor flame: Popular Hinduism and society in India*. New Jersey: Princeton University Press.
- Galloway, Rae, Erin Dusch, Leslie Elder, Endang Achadi, Ruben Grajeda, Elena Hurtado, Mike Favin, Shubhada Kanani, Julie Marsaban, e Nicolas Meda. 2002. «Women's perceptions of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries». *Social science & medicine* 55 (4): 529–44.
- Ganesh, Kamala. 1990. «Mother who is not a mother: In search of the great Indian goddess». *Economic and Political Weekly* 25 (42/43): WS58–64.
- Garg, Rajesh, Shobha Goyal, e Sanjeev Gupta. 2012. «India Moves Towards Menstrual Hygiene: Subsidized Sanitary Napkins for Rural Adolescent Girls—Issues and Challenges». *Maternal and Child Health Journal* 16 (4): 767–74.

- Garg, Suneela, Nandini Sharma, e Ragini Sahay. 2001. «Socio-Cultural Aspects of Menstruation in an Urban Slum in Delhi, India». *Reproductive Health Matters* 9 (17): 16–25.
- Gatrad, AR, M Ray, e A Sheikh. 2004. «Hindu birth customs». *Archives of disease in childhood* 89 (12): 1094–97.
- Gatwood, Lynn E. 1985. *Devi and the spouse goddess: Women, sexuality and marriage in India*. Riverdale: Riverdale Company Pub.
- Gelles, Rebecca. 2011. «Fair and Lovely: Standards of Beauty, Globalization, and the Modern Indian Woman». School for International Training India Sustainable Development and Social Change Program.
- Ghoshal, Rakhi. 2017. «A few shades fairer, please». *Indian Journal of Medical Ethics*, 1–5.
- Ginsburg, Faye D., e Rayna R. Reiter. 1991. «The Politics of Reproduction». *Annual Review of Anthropology* 20: 311–43.
- , a c. di. 1995. *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Girija, P LT. 2008. «Diet and regimen during pregnancy». *Ancient science of life* 28 (1): 40.
- Gleeson, Kate, e Hannah Frith. 2006. «(De)Constructing Body Image». *Journal of Health Psychology* 11 (1): 79–90.
- Godelier, Maurice. 2005. «Il faut toujours plus qu'un homme et une femme pour faire un enfant». *médecine/sciences* 21 (1): 99–101.
- Goldman, Robert P. 1993. «Transsexualism, Gender, and Anxiety in Traditional India». *Journal of the American Oriental Society* 113 (3): 374.
- Good, Anthony. 2000. «Power and Fertility: Divine Kinship in South India». In *Culture, Creation, and Procreation: Concepts of Kinship in South Asian Practice*, a cura di Monika Böck e Aparna Rao, 323–56. New York: Berghahn Books.
- Good, Byron J. 1993. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, Byron J, e Mary-Jo Delvecchio Good. 1981. «The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice». In *The relevance of social science for medicine*, a cura di Leon Eisenberg e Arthur Kleinman, 165–96. Dordrecht: Reidel Publishing Company.
- Govender, Eliza Melissa. 2013. «Processes and participation in HIV and AIDS communication: using body mapping to explore the experiences of young people.» Durban: University of KwaZulu-Natal.
- Greil, Arthur L. 1991. *Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary America*. Piscataway: Rutgers University Press.
- Greil, Arthur L. 2002. «Infertile Bodies. Medicalization, Metaphor, and Agency». In *Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender, and reproductive*

- technologies*, a cura di Marcia Claire Inhorn e Frank van Balen, 101–18. Berkeley: University of California Press.
- Grierson, George Abraham. 2012. *Linguistic Survey of India, Indo-Aryan Family, North-Western Group, Specimens of Sindhī and Lahndā Language*. Vol. VIII. 1 vol. Delhi: Low Price Publications.
- Guillemin, Marilys. 2004. «Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method». *Qualitative Health Research* 14 (2): 272–89.
- Guilmoto, Christophe. 2008. «L'inscription spatiale de la discrimination de genre en Inde. Effets des distances sociale et géographique.» *L'Espace géographique* 1 (37): 1–15.
- Guilmoto, Christophe Z. 2007. *Sex-ratio imbalance in Asia: Trends, consequences and policy responses*. Paris: LPED/IRD.
- Gupta, Aditi, e Tuhin Paul. 2016. *Menstrupedia Comic: The Friendly Guide to Periods for Girls*. India: Menstrupedia.
- Gupta, Kamala. 1986. *Social status of Hindu women in northern India, 1206-1707 A.D.* New Delhi, India: Inter-India Publications.
- Hancart Petitet, Pascale. 2007. «Maternités en Inde du Sud. Des savoirs autour de la naissance au temps du Sida». Université Paul Cezanne (Aix-Marseille III).
- Hancart Petitet, Pascale, e Vellore Pragathi. 2007. «Ethnographical views on the valaikāppu. A pregnancy rite in Tamil Nadu». *Ethnography of Healing* 37 (1).
- Hanssen, Kristin. 2006. «Ingerire sangue mestruale. Nozioni di salute e fluidi corporei in Bengala.» In *Antropologia, genere, riproduzione: la costruzione sociale della femminilità*, di Silvia Forni, Cecilia Pennacini, e Chiara Pussetti, tradotto da Chiara Pussetti, 117–40. Roma: Carocci.
- Harding, Kassandra L, Susana L Matias, Malay K Mridha, Stephen A Vosti, Sohrab Hussain, Kathryn G Dewey, e Christine P Stewart. 2017. «Eating down or Simply Eating Less? The Diet and Health Implications of These Practices during Pregnancy and Postpartum in Rural Bangladesh». *Public Health Nutrition* 20 (11): 1928–40.
- Harkavy, Oscar, e Krishna Roy. 2007. «Emergence of the Indian national family planning program». In *The Global Family Planning Revolution*, a cura di Warren C. Robinson e John A. Ross, 301–24. Washington: The world bank.
- Harper, Edward B. 1963. «Spirit possession and social structure». *Anthropology on the March*, 165–77.
- . 1964. «Ritual pollution as an integrator of caste and religion». *The Journal of Asian Studies* 23 (S1): 151–97.
- Harrison, Barbara. 2002. «Seeing health and illness worlds—using visual methodologies in a sociology of health and illness: a methodological review». *Sociology of health & illness* 24 (6): 856–72.
- Hatcher, Brian Allison. 1996. *Idioms of improvement: Vidyāsāgar and cultural encounter in*

- Bengal*. Calcutta: Oxford University Press, USA.
- . 2010. «Brahmo Samaj and Keshub Chandra Sen». In *Brill's Encyclopedia of Hinduism. Symbols, Diaspora, Modern Group and Teachers.*, a cura di Knut A. Jacobsen e Johannes Bronkhorst, 5:437–44. Handbook of Oriental Studies. Leiden: Brill.
- Héritier, Françoise. 1996. *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.
- Hertz, Robert. 1909. «La prééminence de la main droite. Étude sur la polarité religieuse». *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, n. 68: 553–80.
- Hess, Linda. 1999. «Rejecting Sita: Indian Responses to the Ideal Man's Cruel Treatment of His Ideal Wife». *Journal of the American Academy of Religion* 67 (1): 1–32.
- Hodges, Sarah. 2004. «Governmentality, population and reproductive family in modern India». *Economic and Political Weekly* 39 (11): 1157–63.
- . 2006. *Reproductive health in India: History, politics, controversies*. Vol. 13. New Delhi: Orient Longman.
- Holland, Dorothy C, e Debra G Skinner. 1995. «Contested ritual, contested femininities: (Re)forming self and society in a Nepali women's festival». *American Ethnologist* 22 (2): 279–305.
- Horvilleur, Delphine. 2013. *En tenue d'Ève: féminin, pudeur et judaïsme*. Paris: Bernard Grasset.
- Hussain, Sabiha. 2008. *Exposing the myths of Muslim fertility: gender and religion in a resettlement colony of Delhi*. New Delhi: Promilla & Co. Publishers in association with Bibliophile South Asia.
- Hutter, Inge. 1996. «Reduction of Food Intake during Pregnancy in Rural South India». *Tropical Medicine and International Health* 1 (3): 399–405.
- International Institute for Population Sciences (IIPS), e ORC Macro. 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998–99: India*. Mumbai: IIPS.
- International Institute for Population Sciences (IIPS). 1995. *National Family Health Survey (NFHS-1), India, 1992-3*. Bombay: IIPS.
- International Institute for Population Sciences (IIPS), e ICF. 2017. *National Family Health Survey (NFHS-4), 2015-16: India*. Mumbai: IIPS.
- International Institute for Population Sciences (IIPS), e Macro International. 2007. *National Family Health Survey (NFHS-3), India, 2005-06: India*. Mumbai: IIPS.
- Jacobson, Doranne, e Susan Snow Wadley. 1977. *Women in India. Two perspectives*. New Delhi: Manohar.
- Jamison, Stephanie W. 1996. *Sacrificed Wife/Sacrificer's Wife: Women, Ritual, and Hospitality in Ancient India*. New York: Oxford Univ. Press.
- Jeffery, Patricia, e Roger Jeffery. 2010. «Only When the Boat Has Started Sinking: A

- Maternal Death in Rural North India». *Social Science & Medicine* 71 (10): 1711–18.
- Jeffery, Patricia, Roger Jeffery, e Andrew Lyon. 1987. «Contaminating states: Midwifery, childbearing and state in rural north india». In *Women, state, and ideology: studies from Africa and Asia*, a cura di Haleh Afshar. Albany: State University of New York Press.
- . 1989. *Labour pains and labour power: women and childbearing in India*. London ; N.J., USA: Zed Books.
- Jeffery, Roger, e Patricia Jeffery. 1993. «Traditional birth attendants in rural North India». In *Knowledge, power, and practice: The anthropology of medicine and everyday life*, a cura di Shirley Lindenbaum e Margaret M. Lock, 7–31. Berkley: Univ of California Press.
- . 1997. *Population, gender and politics: Demographic change in rural north India*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jejeebhoy, Shireen 1998. «Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India». *Social Science & Medicine* 46 (10): 1275–90.
- . 2005. «Commentary: Vaginal discharge and stress: a commentary on directions of influence». *International journal of epidemiology* 34 (4): 862–63.
- Jenett, Dianne E. 2005. «Menstruating women/menstruating goddesses: Sites of sacred power in south india». In *Menstruation: a cultural history*, a cura di Andrew Shail e Gillian Howie, 176–87. Basingstoke [England] ; New York: Palgrave Macmillan.
- Jha, Sonora, e Mara Adelman. 2009. «Looking for love in all the white places: a study of skin color preferences on Indian matrimonial and mate-seeking websites». *Studies in South Asian Film & Media* 1 (1): 65–83.
- Jordan, Brigitte. 1997. «Authoritative knowledge and its construction». In *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*, a cura di Robbie Davis-Floyd e Carolyn Fishel Sargent, 55–79. Berkeley: Univ. of California Press.
- Jordan, Brigitte, e Robbie Davis-Floyd. 1993. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4th ed. Prospect Heights, Ill: Waveland Press.
- Jullien, Clémence. 2015. «L'accouchement en Inde: une affaire d'État?». *Journal des anthropologues*, n. 1: 259–80.
- . 2016. «Des parturientes bien embarrassantes : la hiérarchie médicale indienne à l'épreuve». In *Le social à l'épreuve du dégoût*, a cura di Dominique Memmi, Gilles Raveneau, Emmanuel Taïeb, e Georges Vigarello, 91–106. Rennes: PUR.
- Juyal, Ruchi, S. D. Kandpal, e Jayanti Semwal. 2014. «Menstrual Hygiene and Reproductive Morbidity in Adolescent Girls in Dehradun, India». *Bangladesh Journal of Medical Science* 13 (2): 170–74.
- Kak, Subhash. 1996. «Vena, Veda, Venus». *Adyar Library Bulletin* 60: 229–39.

- Kakar, Sudhir. 1990. *Intimate relations: exploring Indian sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kambou, S Degnan, V Magar, G Hora, e A Mukherjee. 2007. «Power, pleasure, pain, and shame: Assimilating gender and sexuality into community-centred reproductive health and HIV prevention programmes in India». *Global Public Health* 2 (2): 155–68.
- Kane, Pandurang Vaman. 1941. *History of Dharmasāstra : ancient and medieval religious and civil law in India*. 5 vol. Poona: Bhandarkar Oriental Research Institute.
- Kapadia, Kanailal Motilal. 1966. *Marriage and family in India*. Calcutta; Delhi; Bombay: Oxford University Press.
- Kepkay, Joshua. 2011. «Divisions, Intersections, and Demographics: Women’s Human Rights and Reproductive Justice in India». *The Arbutus Review* 2 (1): 12–31.
- Khanna, Akshay. 2009. «Refracted subject: sexualness in the realms of law and epidemiology». University of Edinburgh.
- Khare, Ravindra S. 1992. *The eternal food: gastronomic ideas and experiences of Hindus and Buddhists*. Albany: SUNY Press.
- . 2004. «Anna». In *The Hindu World*, a cura di Sushil Mittal e Gene Thursby, 419–40. New York London: Routledge.
- Kirkconnell Hall, Mary Ann, Rob B Stephenson, e Sanjay Juvekar. 2008. «Social and logistical barriers to the use of reversible contraception among women in a rural Indian village». *Journal of health, population, and nutrition* 26 (2): 241.
- Kishor, Sunita. 1993. «‘May God Give Sons to All’: Gender and Child Mortality in India». *American Sociological Review* 58 (2): 247–65.
- Kitzinger, Sheila. 1997. «Authoritative Touch in Childbirth. A Cross Cultural Approach». In *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*, a cura di Robbie Davis-Floyd e Carolyn Fishel Sargent. Berkeley: University of California Press.
- KMVS (Kutch Mahila Vikas Sangathan). s.d. «About Kutch & Women of Kutch». Consultato 14 gennaio 2017. <https://kmvs.org.in/about-kutch-women-of-kutch/>.
- KNNA, GSDMA, e UNDP. 2002. *Coming together*. 4° ed. Bhuj: Unpublished report.
- Kohler Riessman, Catherine. 2000. «Stigma and Everyday Resistance Practices: Childless Women in South India». *Gender and Society* 14 (1): 111–35.
- . 2002. «Positioning Gender Identity in Narratives of Infertility. South Indian Women’s Lives in Context». In *Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*, a cura di Marcia Claire Inhorn e Frank van Balen, 152–70. Berkeley: University of California Press.
- Kosambi, Meera. 1991. «Images of Women and the Feminine in Maharashtra». *Economic and Political Weekly* 26 (25): 1519–24.
- Krishnakumari, Pebam, P. C. Joshi, M. C. Arun Kumar, e M. Meghachandra Singh. 2014. «Women’s Perception of Reproductive Illness in Manipur, India». *Journal of*



- Anthropology* 2014: 1–9.
- Krishnaraj, Maithreyi, a c. di. 2010. *Motherhood in India: Glorification Without Empowerment?* Routledge. New Delhi.
- Kueny, Kathryn. 2013. *Conceiving Identities: Maternity in Medieval Muslim Discourse and Practice*. Albany, NY: SUNY Press.
- Kunst, Arnold, e Jagdish Lal Shastri, trad. 1969. *Śivapurāṇa*. Delhi: Motilal Banarsidass.
- Kurtz, Stanley N. 1992. *All the mothers are one: Hindu India and the cultural reshaping of psychoanalysis*. New York: Columbia University Press.
- Laderman, Carol. 1981. «Symbolic and Empirical Reality: A New Approach to the Analysis of Food Avoidances». *American Ethnologist* 8 (3): 468–93.
- Lakhani, Aruna, Ketan Gandhi, e Martine Collumbien. 2001. «Addressing semen loss concerns: Towards culturally appropriate HIV/AIDS interventions in Gujarat, India». *Reproductive Health Matters* 9 (18): 49–59.
- Lal, Maneesha. 1994. «The politics of gender and medicine in colonial India: The countess of Dufferin's Fund, 1885-1888». *Bulletin of the History of Medicine* 68 (1): 29–66.
- Lal, Vinay. 1999. «Not This, Not That: The Hijras of India and the Cultural Politics of Sexuality». *Social Text*, n. 61: 119–40.
- Lamb, Sarah. 1997. «The Making and Unmaking of Persons: Notes on Aging and Gender in North India». *Ethos* 25 (3): 279–302.
- . 1999. «Aging, gender and widowhood: Perspectives from rural West Bengal». *Contributions to Indian Sociology* 33 (3): 541–70.
- . 2000. *White saris and sweet mangoes: aging, gender, and body in North India*. Berkeley: University of California Press.
- Lambert, Helen. 1996. «Popular Therapeutics and Medical Preferences in Rural North India». *The Lancet* 348 (9043): 1706–9.
- . 1998. «Methods and meanings in anthropological, epidemiological and clinical encounters: the case of sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus control and prevention in India». *Tropical Medicine & International Health* 3 (12): 1002–10.
- . 2000. «Sentiment and substance in North Indian forms of relatedness». In *Cultures of relatedness: new approaches to the study of kinship*, a cura di Janet Carsten, 73–89. Cambridge [England] New York: Cambridge University Press.
- Langford, Jean. 2002. *Fluent bodies: Ayurvedic remedies for postcolonial imbalance*. Body, commodity, text. Durham: Duke University Press.
- Laqueur, Thomas. 1986. «Orgasm, Generation, and the Politics of Reproductive Biology». *Representations*, n. 14: 1–41.
- Laqueur, Thomas, e Michel Gautier. 2013. *La fabrique du sexe essai sur le corps et le genre*

- en Occident*. Paris: Gallimard.
- Laroia, Nirupama, e Deeksha Sharma. 2006. «The Religious and Cultural Bases for Breastfeeding Practices Among the Hindus». *Breastfeeding Medicine* 1 (2): 94–98.
- Leifer, Myra. 1980. «Pregnancy». *Signs* 5 (4): 754–65.
- Leopold, Joan. 1970. «The Aryan theory of race». *The Indian Economic & Social History Review* 7 (2): 271–97.
- . 1974. «British applications of the Aryan theory of race to India, 1850-1870». *The English Historical Review* 89 (352): 578–603.
- Leslie, Julia. 1989. *The Perfect Wife: The Orthodox Hindu Women According to the Strīdharmapaddhati of Tryambakayajvan*. Oxford University South Asian Studies Series. Delhi ; New York: Oxford University Press.
- , a c. di. 1992. *Roles and Rituals for Hindu Women*. Delhi: Motilal Banarsidass.
- Li, Eric PH, Hyun Jeong Min, e Russell W Belk. 2008. «Skin lightening and beauty in four Asian cultures». *ACR North American Advances* 35: 444–49.
- Lock, Margaret. 1993. *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- . 1998. «Menopause: lessons from anthropology». *Psychosomatic Medicine* 60 (4): 410–19.
- . 2001. «The tempering of medical anthropology: troubling natural categories». *Medical Anthropology Quarterly* 15 (4): 478–92.
- Lock, Margaret, e Patricia Kaufert. 2001. «Menopause, local biologies, and cultures of aging». *American Journal of Human Biology* 13 (4): 494–504.
- Lock, Margaret, e Patricia Alice Kaufert, a c. di. 1998. *Pragmatic women and body politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lock, Margaret M., e Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An anthropology of biomedicine*. Chichester, West Sussex ; Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Loeffler, Agnes Gertrud. 2017. *Health and Medical Practice in Iran: Traditional Culture and Modern Medicine*. London New York: I. B. Tauris.
- Lorea, Carola Erika. 2018. «Pregnant Males, Barren Mothers, and Religious Transvestism: Transcending Gender in the Songs and Practices of "Heterodox" Bengali Lineages.» *Asian Ethnology* 77 (1/2): 169–214.
- Luksaite, Eva. 2016. «The intimate state: female sterilisation, reproductive agency and operable bodies in rural North India». Department of Social Sciences, Media and Communications Brunel University London.
- MacCormack, Carol P, e Alizon Draper. 2013. «Social and cognitive aspects of female sexuality in Jamaica». In *The cultural construction of sexuality*, a cura di Patricia Caplan, 155–77. London: Routledge.

- MacPherson, K. I. 1981. «Menopause as Disease: The Social Construction of a Metaphor». *ANS. Advances in Nursing Science* 3 (2): 95–113.
- Madhok, Sumi, Maya Unnithan, e Carolyn Heitmeyer. 2014. «On reproductive justice: ‘domestic violence’, rights and the law in India». *Culture, health & sexuality* 16 (10): 1231–44.
- Maher, Vanessa. 1992. *Il latte materno: i condizionamenti culturali di un comportamento*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Mahmood, S, MF Atif, SS Mujeeb, N Bano, e H Mubasher. 1997. «Assessment of nutritional beliefs and practices in pregnant and lactating mothers in an urban and rural area of Pakistan.» *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association* 47 (2): 60–62.
- Maina, Geoffrey, Lynn Sutankayo, Raymond Chorney, e Vera Caine. 2014. «Living with and Teaching about HIV: Engaging Nursing Students through Body Mapping». *Nurse Education Today* 34 (4): 643–47.
- Malamoud, Charles. 1972. «Observations sur la notion de “reste” dans le Brahmanisme». *WZKS*, n. 17: 6–26.
- . 1989. *Cuire le monde: rite et pensée dans l’Inde ancienne*. Paris: La Découverte.
- . 2006. «Grammaire des sexes. Remarques sur l’Inde ancienne». *Littérature* 142 (2): 81–87.
- Malinar, Angelika. 2010. «Purity and Impurity». In *Brill’s Encyclopedia of Hinduism. Sacred Texts and Languages, Ritual Traditions, Arts, Concepts*, a cura di Knut A. Jacobsen e Johannes Bronkhorst, 2: 435–49. Handbook of Oriental Studies. Leiden: Brill.
- Manuli, Paola, e Mario Vegetti. 2009. *Cuore, sangue e cervello: biologia e antropologia nel pensiero antico*. Pistoia: Petite plaisance.
- Marriott, McKim. 1959. «Interactional and Attributional Theories of Caste Ranking». *Man in India* 39 (2): 92–107.
- . 1968. «Caste ranking and food transactions: A matrix analysis». In *Structure and change in Indian society*, a cura di M. Singer e B. S. Cohn, 133–72. Chicago: Routledge.
- . 1976. *Hindu transactions: Diversity without dualism*. Chicago: University of Chicago, Committee on Southern Asian Studies.
- . 1989. «Constructing an Indian ethnosociology». *Contributions to Indian sociology* 23 (1): 1–39.
- Marriott, McKIM, e Ronald B. Inden. 1977. «Toward an Ethnosociology of South Asian Caste Systems». In *The New Wind: changing identities in South Asia*, a cura di Kenneth David, 227–38. Berlin, New York: De Gruyter Mouton.
- Martin, Emily. 1992. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Mathews, C, e V Benjamin. 1979. «Health education evaluation of beliefs and practices in

- rural Tamil Nadu family planning and antenatal care». *Social Action* 29: 377–92.
- Mattalucci, C. 2015. «Fabbricare l'umano prima della nascita.» In *Soggetto, persona e fabbricazione dell'identità. Casi antropologici e concetti filosofici*, 47–73. Milano: Mimesis edizioni.
- Mattalucci, Claudia. 2017. *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*. Libreria Cortina.
- Mazzarella, William. 2001. «Citizens have sex, consumers make love». In *Asian media productions*, a cura di Brian Moeran, 168–96. Honolulu: University of Hawai'i press.
- McGee, Mary. 2004. «Saṃskāra». In *The Hindu World*, a cura di Sushil Mittal e Gene Thursby, 332–56. New York London: Routledge.
- McGilvray, Dennis B, e Carol P MacCormack. 1982. «Sexual power and fertility in Sri Lanka: Batticaloa Tamils and Moors.» In *Ethnography of Fertility and Birth*, 25–73. London: Academic Press.
- McGregor, Ronald Stuart, a c. di. 1997. *Oxford Hindi-English Dictionary*. Reprint. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Mead, Margaret. 1975. *Male and Female: A Study of the Sexes in a Changing World*. New York, N.Y: William Morrow & Company.
- Mehta Bhatt, Purnima, e Daniel del Solar. 2014. *Her space, her story: exploring the stepwells of Gujarat*. New Delhi: Zubaan.
- Mehta, Lyla. 2005. *The Politics and Poetics of Water: The Naturalism of Scarcity in Western India*. New Delhi: Orient Longman.
- Menon, Usha. 2013. *Women, Wellbeing, and the Ethics of Domesticity in an Odia Hindu Temple Town*. India: Springer India.
- Merriman, Brian, e Suzanne Guerin. 2006. «Using children's drawings as data in child-centred research». *The Irish journal of psychology* 27 (1–2): 48–57.
- Ministry of Health and Family Welfare. 2013a. *A strategic approach to reproductive, maternal, newborn, child and adolescent Health (RMNCH+A) in India. For Healthy Mother and Child*. New Delhi: Government of India.
- . 2013b. *My safe motherhood, Booklet for expecting mothers*. Maternal Health Division. Delhi: Government of India.
- . 2014a. *National Guidelines for Calcium Supplementation During Pregnancy and Lactation*. New Delhi: Government of India.
- . 2014b. *IUCD Reference Manual for AYUSH Doctors*. Family planning division. New Delhi: Government of India.
- . 2015. *National Family Health Survey - 4. District Fact Sheet Kachchh Gujarat*. Mumbai: International Institute for Population Sciences.

- . 2016. *Reference manual for injectable contraceptive (MPA)*. Family planning division. New Delhi: Government of India.
- . 2017. *An update on new Family Planning Methods for ASHA*. New Delhi: Government of India.
- . s.d. *Loving couples - healthy couples. Importance of family planning*. Family planning division. Delhi: Government of India.
- Minnich, Virginia, Ayhan Okçuoğlu, Yavuz Tarcon, Ayten Arcasoy, Sührü Cin, Orhan Örükoğlu, Fevzi Renda, E Bahtiyar Demirağ. 1968. «Pica in Turkey: II. Effect of clay upon iron absorption». *The American journal of clinical nutrition* 21 (1): 78–86.
- Mira, S, e S Bajpai. 1996. *Her Healing Heritage: Local Beliefs and Practices Concerning the Health of Women and Children: A Multi-State Study in India*. Delhi: Chetna Publication.
- Mishra, Neha. 2015. «India and colorism: The finer nuances». *Washington University Global Studies Law Review* 14 (4): 725–50.
- Mohapatra, Seema. 2012. «Achieving reproductive justice in the international surrogacy market». *Annals of Health Law* 21 (1): 191–200
- Monier-Williams, Monier. 1984. «A Sanskrit-English Dictionary. 1899». *Reprint, Delhi: Motilal Banarsidass*.
- Moore, Henrietta L. 1994. *A passion for difference: Essays in anthropology and gender*. Bloomington: Indiana University Press.
- Mosko, Mark. 2010. «Conception, De-Conception and Social Structure in Bush Mekeo Culture». *Mankind* 14 (1): 24–32.
- Mulgaonkar, V. 2000. «Treatment seeking behaviour of childless couples in the slums of Mumbai». In *Social science research on childlessness in a global perspective: Proceedings of the conference 8–11 November 1999*, a cura di F. Van Balen, 95–101. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Institute.
- Nag, Moni. 1994. «Beliefs and Practices about Food during Pregnancy: Implications for Maternal Nutrition». *Economic and Political Weekly* 29 (37): 2427–38.
- Nahar, Papreen, Anjali Sharma, Keith Sabin, Lutfa Begum, S Khaled Ahsan, e Abdulla H. Baqui. 2000. «Living with Infertility: Experiences among Urban Slum Populations in Bangladesh». *Reproductive Health Matters* 8 (15): 33–44.
- Nanda, Serena. 1999. *Neither Man nor Woman: The Hijras of India*. 2nd ed. Belmont, CA: Wadsworth Publ. Company.
- Narayanasamy, N. 2009. «Body Mapping». In *Participatory Rural Appraisal: Principles, Methods and Application*., 283–90. London: Sage.
- Nichter, Mark. 1981. «Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India». *Culture, medicine and psychiatry* 5 (4): 379–408.

- . 1987. «Cultural dimensions of hot, cold and sema in Sinhalese health culture». *Social Science & Medicine* 25 (4): 377–87.
- . 2010. «Idioms of Distress Revisited». *Culture, Medicine, and Psychiatry* 34 (2): 401–16.
- Niewöhner, Jörg, e Margaret Lock. 2018. «Situating Local Biologies: Anthropological Perspectives on Environment/Human Entanglements». *BioSocieties* 13 (4): 681–97.
- Niranjana, Seemanthini. 1999. «Off the Body: Further Considerations on Women, Sexuality and Agency». *Bulletin (Centre for Women's Development Studies)* 6 (1): 1–19.
- Nourai, Ali. 2013. *An Etymological Dictionary of Persian, English and other Indo-European Languages: Volume 2-Etymological Charts*. Vol. 2. Bloomington: Xlibris Corporation.
- Obeyesekere, Gananath. 1963. «Pregnancy Cravings (Dola-Duka) in Relation to Social Structure and Personality in a Sinhalese Village». *American Anthropologist* 65 (2): 323–42.
- . 1975. «Psycho-cultural exegesis of a case of spirit possession from Sri Lanka». *Journal of Developing Societies* 8: 41.
- Oestigaard, Terje. 2009. «The sisters Kali and Ganga: waters of life and death». In *Women, Pain and Death: Rituals and Everyday Life on the Margins of Europe and Beyond*, a cura di Evy Johanne Haland, 203–21. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- O'Flaherty, Wendy Doniger. 1980. *Women, Androgynes, and Other Mythical Beasts*. Nachdr. Chicago: The Univ. of Chicago Press.
- Olivelle, Patrick. 1998. «Caste and purity: A study in the language of the Dharma literature». *Contributions to Indian sociology* 32 (2): 189–216.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 1995. «La politique du terrain: Sur la production des données en anthropologie». *Enquête*, n. 1 (ottobre): 71–109.
- Osella, Caroline. 1993. «Making Hierarchy Natural: The Cultural Construction of Gender and Maturity in Kerala». University of London.
- Osella, Filippo, e C. Osella. 1996. «Articulation of Physical and Social Bodies in Kerala». *Contributions to Indian Sociology* 30 (1): 37–68.
- Osherson, Samuel, e Lorna AmaraSingham. 1981. «The machine metaphor in medicine». In *Social contexts of health, illness, and patient care*, a cura di Elliot G. Mishler, 218–49. Cambridge: Cambridge University Press.
- Özsevgeç, Lale Cerrah. 2007. «What do Turkish students at different ages know about their internal body parts both visually and verbally?». *Journal of Turkish Science Education* 4 (2): 31.
- Pal, Ranabir, Subhabrata Sengupta, e Namgay Shenga. 2008. «Behavior Disparities towards Blood Donation in Sikkim, India». *Asian Journal of Transfusion Science* 2 (2): 56.
- Pandey, Rajbali. 1993. *Hindu Saṃskāras: Socio-Religious Study of the Hindu Sacraments*.

- Delhi: Motilal Banarsidass.
- Panikkar, Raimon. 2008. *I Veda: Mantramajari: testi fondamentali della rivelazione vedica*. Milano: Bur.
- Paris, Joel. 1992. «Dhat: The semen loss anxiety syndrome». *Transcultural Psychiatric Research Review* 29 (2): 109–18.
- Parry, Jonathan. 1985. «Death and digestion: the symbolism of food and eating in north Indian mortuary rites». *Man* 20 (4): 612–30.
- . 1989. «The end of the body». In *Fragments for a History of the Human Body*, a cura di Michel Feher, 2:491–517. New York: Zone Books.
- . 1991. «The Hindu lexicographer? A note on auspiciousness and purity». *Contributions to Indian Sociology* 25 (2): 267–85.
- . 1994. *Death in Banaras*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Patel, Tulsi. 1994. *Fertility behaviour: population and society in a Rajasthan village*. Gender studies. Delhi ; New York: Oxford University Press.
- Patel, Tulsi, e A. M. Shah. 2010. «Family». In *Brill's Encyclopedia of Hinduism. Society, Religious Specialists, Religious Traditions, Philosophy.*, a cura di Knut A. Jacobsen e Johannes Bronkhorst, 3:46–59. Handbook of Oriental Studies. Leiden: Brill.
- Patel, Vikram, e Nandini Oomman. 1999. «Mental health matters too: gynaecological symptoms and depression in South Asia». *Reproductive Health Matters* 7 (14): 30–38.
- Patel, Vikram, Sulochana Pednekar, Helen Weiss, Merlyn Rodrigues, Preetam Barros, Bernice Nayak, Vandana Tanksale, Beryl West, Prasad Nevrekar, e Betty R Kirkwood. 2005. «Why do women complain of vaginal discharge? A population survey of infectious and psychosocial risk factors in a South Asian community». *International Journal of Epidemiology* 34 (4): 853–62.
- Patrick, Patricia G, e Sue Dale Tunnicliffe. 2010. «Science teachers' drawings of what is inside the human body». *Journal of Biological Education* 44 (2): 81–87.
- Pellisero, Alberto. 2014. «Assiologia dell'alimentazione nell'hinduismo». *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica* 17: 67–80.
- Petchesky, Rosalind Pollack. 1987. «Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction». *Feminist Studies* 13 (2): 263–92.
- Pinto, Sarah. 2008. *Where There Is No Midwife: Birth and Loss in Rural India*. Fertility, Reproduction, and Sexuality 10. New York, NY: Berghahn.
- Piretti, L. 1994. «La maledizione della vedova in India». In *Le politiche del corpo: prospettive antropologiche e storiche*, a cura di Adriana Destro, 57–85. Bologna: Pàtron.
- Polit, Karin Margret. 2006. «Keep My Share of Rice in the Cupboard. Ethnographic Reflections on Practices of Gender and Agency among Dalit Women in the Central Himalayas». Heidelberg: Università di Heidelberg, Facoltà Etnologia.

- Pool, Robert. 1987. «Hot and cold as an explanatory model: the example of Bharuch district in Gujarat, India». *Social science & medicine* 25 (4): 389–99.
- Postans, Marianne. 1858. *Cutch, or, Random Sketches Taken during a Residence in One of the Northern Provinces of Western India Interspersed with Legends and Traditions*. London: Smith & Cornhili.
- Puri, Jyoti. 1999. *Woman, Body, Desire in Post-Colonial India: Narratives of Gender and Sexuality*. New York: Routledge.
- Pushpangadan, P., e V. George. 2010. «Ethnomedical practices of rural and tribal populations of India with special reference to the mother and childcare.» *Indian Journal of Traditional Knowledge* 9 (1): 9–17.
- Quattrocchi, Patrizia. 2004. «L'ombelico del mondo: Rappresentazioni e pratiche relative al ti'pté in un villaggio maya dello Yucatán, Messico». *La Ricerca Folklorica*, n. 50: 35–43.
- . 2006. «Confini corporei e pratiche puerperali: 'Apertura' e 'chiusura' del corpo femminile tra i Lenca di La Campa (Honduras) e i Maya yucatechi del villaggio di Kaua (Messico)». *La Ricerca Folklorica*, n. 53: 23–39.
- . 2011. *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatán, Messico*. Ospedaletto, Pisa: Pacini.
- Raheja, Gloria Goodwin, e Ann Grodzins Gold. 1994. *Listen to the heron's words: reimagining gender and kinship in North India*. Berkeley: University of California Press.
- Ram, Kalpana. 1994. «Medical Management and Giving Birth: Responses of Coastal Women in Tamil Nadu». *Reproductive Health Matters* 2 (4): 20–26.
- . 2001. «Modernity and the midwife: Contestations over a subaltern figure, South India». In *Healing Powers and Modernity: Traditional Medicine, Shamanism, and Science in Asian Societies*, a cura di L. H. Connor e Geoffrey Samuel, 64–84. Westport: Bergin and Garvey.
- Ram, Kalpana, e Margaret Jolly. 1998. *Maternities and modernities: Colonial and postcolonial experiences in Asia and the Pacific*. Cambridge University Press.
- Ramu, Gaddehosūr N. 1977. *Family and caste in urban India: a case study*. New Delhi: Vikas Pub. House.
- Ranabhat, Chhabi, Chun-Bae Kim, Eun Hee Choi, Anu Aryal, Myung Bae Park, e Young Ah Doh. 2015. «Chhaupadi culture and reproductive health of women in Nepal». *Asia Pacific Journal of Public Health* 27 (7): 785–95.
- Ranadive, Joy R. 1994. «Gender implications of adjustment policy programme in India: Significance of the household». *Economic and Political Weekly* 29 (18): WS12–18.
- Rao, Meera. 1985. «Food beliefs of rural women during the reproductive years in Dharwad, India». *Ecology of food and nutrition* 16 (2): 93–103.



- Rashid, Sabina Faiz. 2007. «Durbolota (weakness), chinta rog (worry illness), and poverty: explanations of white discharge among married adolescent women in an urban slum in Dhaka, Bangladesh». *Medical Anthropology Quarterly* 21 (1): 108–32.
- . 2010. «Weakness, Worry Illness, and Poverty in the Slums of Dhaka». In *Everyday life in South Asia*, a cura di Diane P. Mines e Sarah Lamb, 180–91. Bloomington: Indiana University Press.
- Raval, Devang, D Jankar, e M Singh. 2011. «A study of breast feeding practices among infants living in slums of Bhavnagar city, Gujarat, India». *Religion* 2 (2): 19.
- Ray, Subha, Shailendra Kumar Mishra, Abhishikta Ghosh Roy, e Bhubon Mohan Das. 2010. «Menstrual Characteristics: A Study of the Adolescents of Rural and Urban West Bengal, India». *Annals of Human Biology* 37 (5): 668–81.
- Reddy, Gayatri. 2005. *With respect to sex: negotiating hijra identity in South India*. Worlds of desire. Chicago: University of Chicago Press.
- Remotti, Francesco. 2013. *Fare umanità: I drammi dell'antropo-poiesi*. Roma ; Bari: Gius. Laterza & Figli Spa.
- Roberts, Elizabeth. 2015. «Reproduction and Cultural Anthropology». *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* 20: 450–56.
- Rose, H. A. 1907. «Hindu Birth Observances in the Punjab.» *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland* 37: 220–36.
- Rosin, R Thomas. 2000. «Wind, traffic and dust: The recycling of wastes». *Contributions to Indian sociology* 34 (3): 361–408.
- Ross, Loretta, e Rickie Solinger. 2017. *Reproductive justice: An introduction*. Oakland: Univ of California Press.
- Roşu, Arion. 1978. *Les conceptions psychologiques dans les textes médicaux indiens*. Paris: Institut de civilisation indienne.
- Rozario, Santi, e Geoffrey Samuel, a c. di. 2002. *The daughters of Hārītī: childbirth and female healers in South and Southeast Asia*. Theory and practice in medical anthropology and international health 7. London ; New York: Routledge.
- Säävälä, Minna. 1999. «Understanding the prevalence of female sterilization in rural South India». *Studies in Family Planning* 30 (4): 288–301.
- . 2001. *Fertility and familial power relations: procreation in south India*. Nordic Institute of Asian Studies monograph series, no. 87. Richmond: Curzon.
- Sadgopal, Mira. 2009. «Can Maternity Services Open up to the Indigenous Traditions of Midwifery?» *Economic and Political Weekly* 44 (16): 52–59.
- Sadler, Michelle, Mário JDS Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena Skoko, Patricia Gillen, e Jette A Clausen. 2016. «Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence». *Reproductive health matters* 24 (47): 47–55.

- Sampath, G. 2017. «Let a billion ‘uttam santatis’ bloom». *The Hindu*, 13 maggio 2017. Consultato 22 marzo 2019. <https://www.thehindu.com/opinion/op-ed/let-a-billion-uttam-santatis-bloom/article18448631.ece>.
- Satia, JK, e Rushikesh M Maru. 1986. «Incentives and disincentives in the Indian family welfare program.» *Studies in family planning* 17 (3): 136–45.
- Savary, Luzia. 2014. «Vernacular Eugenics? Santati-Śāstra in Popular Hindi Advisory Literature (1900–1940)». *South Asia: Journal of South Asian Studies* 37 (3): 381–97.
- Scheper-Hughes, Nancy, e Margaret M. Lock. 1987. «The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology». *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1): 6–41.
- Schneider, David Murray. 1984. *A Critique of the Study of Kinship*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Scopel, Laura. 2016. *Le prescrizioni alimentari di carattere religioso*. EUT Edizioni Università di Trieste.
- Sébastien, Brigitte. 2016. «“I Hate Sharing Food” Partage de la nourriture en Inde: de la commensalité à la convivialité». In *Sharing food*, a cura di Eric Garine, María Luz Rodrigo, Christine Raimond, e F. Xavier Medina, 237–51. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Selby, Martha Ann. 2005. «Narratives of Conception, Gestation, and Labour in Sanskrit Ayurvedic Texts». *Asian Medicine* 1 (2): 254–75.
- . 2008. «Between medicine and religion: Discursive shifts in early ayurvedic narratives of conception and gestation». In *Divins remèdes: médecine et religion en Asie du sud*, a cura di Ines G. Županov e Caterina Guenzi, 41–63. Collection Puruṣārtha 27. Paris: École des hautes études en sciences sociales.
- Shah, Shalini. 2012. «On Gender, Wives and ‘Pativratās’». *Social Scientist* 40 (5/6): 77–90.
- Shah, Shobha P, Rajesh Nair, Pankaj P Shah, Dhiren K Modi, Shrey A Desai, e Lata Desai. 2013. «Improving Quality of Life with New Menstrual Hygiene Practices among Adolescent Tribal Girls in Rural Gujarat, India». *Reproductive Health Matters* 21 (41): 205–13.
- Shankar, P Ravi, e Palaian Subish. 2016. «Fair skin in South Asia: an obsession?» *Journal of Pakistan Association of Dermatology* 17 (2): 100–104.
- Sharma, Ghanshyam. 2004. *Il dizionario di hindi*. Bologna: Zanichelli. Shetty, Sandhya. 1994. «(Dis)Locating Gender Space and Medical Discourse in Colonial India». In *Eroticism and Containment: Notes from the Flood Plain*, a cura di Carol Siegel e Ann M. Kibbey, 188–232. New York, London: New York University Press.
- Shevde, Natasha. 2008. «All’s fair in love and cream: A cultural case study of Fair & Lovely in India». *Advertising & society review* 9 (2): 1–9.
- Shiva, Vandana. 1994. «The seed and the earth. Biotechnology and the Colonisation of Regeneration». In *Close to home: Women reconnect ecology, health and development worldwide*, 128–43. London: Routledge.

- Signorini, Italo. 1988. «Spavento e sindromi culture-bound». *L'uomo* 1 (1/2): 25–49.
- Simpson, Edward, e Aparna Kapadia, a c. di. 2010. *The idea of Gujarat: history, ethnography, and text*. New Delhi: Orient Blackswan.
- Sinclair Stevenson, Margaret. 1982. *Les Rites des deux-fois-nés*. Le Soleil Noir.
- Singer, Merrill, Lani Davison, e Gina Gerdes. 1988. «Culture, critical theory, and reproductive illness behavior in Haiti». *Medical Anthropology Quarterly* 2 (4): 370–85.
- Singh, Kumar Suresh. 1998. *India's communities*. 3 vol. Delhi, Calcutta, Chennai: Anthropological survey of India : Oxford university press.
- Sinha, Binod Chandra. 1979. *Serpent worship in ancient India*. New Delhi: Books today.
- Sinha, Chitra. 2007. «Images of motherhood: The hindu code bill discourse». *Economic and Political Weekly* 42 (43): 49–57.
- Sivaramakrishnan, Malathi, e Vimla L. Patel. 1993. «Relationship between Childhood Diseases and Food Avoidances in Rural South India». *Ecology of Food and Nutrition* 31 (1–2): 101–14.
- Smet, Sandra. 2003. «Le développement embryonnaire selon la Jaiminīsamhitā du brahmāṇḍapurāṇa : étude sur l'intertextualité», *Studia Asiatica*, 4/5 (aprile): 313–30.
- . 2008. «Grossesses atypiques selon l'Ayurveda». *BEI* 24–25: 225–38.
- . 2010. «Les fausses couches dans la littérature Ayurvedique». *Revue de la Société Suisse – Asie, Études Asiatiques* 64 (2): 387–414.
- Snell-Rood, Claire. 2015. *No One Will Let Her Live: Women's Struggle for Well-being in a Delhi Slum*. Oakland: Univ of California Press.
- Solinas, P. G. 2006. «Soggetti estesi e relazioni multiple. Questioni di antropologia indianista». *La società degli individui* 25 (1): 65–77.
- Sorrentino-Holden, Livia. 2002. «Consommation rituelle et consommation physique. Le mariage hindou moderne entre dharma et pratiques coutumières». In *Images du corps dans le monde hindou*, a cura di Véronique Bouillier e Gilles Tarabout, 435–66. Paris: CNRS.
- Spiro, Alison M. 2005. «Najar or Bhut —Evil Eye or Ghost Affliction: Gujarati Views about Illness Causation». *Anthropology & Medicine* 12 (1): 61–73.
- Spivak, Gayatri Chakravorty. 1985. «Can the Subaltern Speak? Speculations on Widow Sacrifice». *Wedge* 7 (8): 120–30.
- Squarcini, F, e D Cuneo, trad. 2010. *Mānavadharmasāstra. Il trattato di Manu sulla norma*. Torino: Einaudi.
- Srinivas, Mysore Narasimhachar. 1952. *Religion and society among the Coorgs of South India*. Bombay: Asia Publishing House.
- . 1956. «A note on Sanskritization and Westernization». *The Journal of Asian Studies*

- 15 (4): 481–96.
- Srivastava, I. 1991. «Woman as Portrayed in Women’s Folk Songs of North India». *Asian Folklore Studies* 50 (2): 269–310.
- Stevenson, Henry Noel Cochran. 1954. «Status evaluation in the Hindu caste system». *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland* 84 (1/2): 45–65.
- Stivens, Maila. 1998. «Modernizing the Malay mother». In *Maternities and modernities: Colonial and postcolonial experiences in Asia and the Pacific*, a cura di Kalpana Ram e Margaret Jolly, 114–43. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strathern, Marilyn. 1993. «Making incomplete». In *Carved Flesh, Cast Selves: gendered symbols and social practices*, 41–51. Oxford: Berg Publishers.
- Sud, Nikita. 2009. «The Indian state in a liberalizing landscape». *Development and Change* 40 (4): 645–65.
- Sumathipala, Athula, SH Siribaddana, e Dinesh Bhugra. 2004. «Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome». *The British Journal of Psychiatry* 184 (3): 200–209.
- Sweet, Michael J. 2001. «Eunuchs, Lesbians, and Other Mythical Beasts: Queering and De-Queering the Kama Sutra». In *Queering India: Same-Sex Love and Eroticism in Indian Culture and Society*, a cura di Ruth Vanita, 77–87. Routledge.
- Sweet, Michael J., e Leonard Zwillig. 1993. «The First Medicalization: The Taxonomy and Etiology of Queerness in Classical Indian Medicine». *Journal of the History of Sexuality* 3 (4): 590–607.
- Tambs-Lyche, Harald. 2010. «Caste». In *Brill’s Encyclopedia of Hinduism. Society, Religious Specialists, Religious Traditions, Philosophy.*, a cura di Knut A. Jacobsen e Johannes Bronkhorst, 3:25–38. Handbook of Oriental Studies. Leiden: Brill.
- Tambs-Lyche, Harald, e Nikita Sud. 2015. «Gujarat and the contradictory co-existence of economic enterprise and political illiberalism». In *Routledge Handbook of Contemporary India*, a cura di Knut A. Jacobsen, 271–82. London; New York: Routledge.
- Tarabout, Gilles. 2014. «L’absence du cerveau dans les représentations du corps en Inde». In *Les imaginaires du cerveau*, a cura di Patrick Pajon e Marie-Agnès Cathiard, Editions EME, 31–51. Bruxelles.
- Tarlo, Emma. 2003. *Unsettling Memories: Narratives of the Emergency in Delhi*. Berkeley: University of California Press.
- Taylor, Janelle S. 2008. *The public life of the fetal sonogram: technology, consumption, and the politics of reproduction*. Studies in medical anthropology. New Brunswick, N.J: Rutgers University Press.
- Thapan, Meenakshi. 1995. «Images of the Body and Sexuality in Women’s Narratives on Oppression in the Home». *Economic and Political Weekly*, WS72–80.

- , a c. di. 1997. *Embodiment: essays on gender and identity*. Gender studies. Delhi ; New York: Oxford University Press.
- . 2001. «Adolescence, embodiment and gender identity in contemporary India: Elite women in a changing society». *Women's Studies International Forum* 24 (3/4): 359–71.
- . 2004. «Embodiment and Identity in Contemporary Society: Femina and the 'new' Indian Woman». *Contributions to Indian Sociology* 38 (3): 411–44.
- . 2009. *Living the body: embodiment, womanhood and identity in contemporary India*. New Delhi, India : Thousand Oaks, Calif: Sage Publications India ; SAGE.
- Thapar, Romila. 1996. «The theory of Aryan race and India: history and politics». *Social Scientist*, 3–29.
- Theckethil, Reshmi. 2012. «Earthquake Rehabilitation And Vulnerability Reduction: Urban Planning In A Western Indian Town». Cornell University.
- Thieme, Paul. 1964. «The comparative method for reconstruction in linguistics». *Language in culture and society*. NY, 585.
- Timalsina, Sthaneshwar. 2010. «Śakti». In *Brill's Encyclopedia of Hinduism. Sacred Texts and Languages, Ritual Traditions, Arts, Concepts*, a cura di Knut A. Jacobsen e Johannes Bronkhorst, 2:843–47. Handbook of Oriental Studies. Leiden: Brill.
- Tottoli, Roberto. 2002. *Biblical Prophets in the Qur'an and Muslim Literature*. Richmond: Curzon.
- Towghi, Fouzieyha. 2012. «Cutting Inoperable Bodies: Particularizing Rural Sociality to Normalize Hysterectomies in Balochistan, Pakistan». *Medical Anthropology* 31 (3): 229–48.
- Trawick Egnor, Margaret. 1978. «The sacred spell and other conceptions of life in Tamil culture». University of Chicago.
- . 1992. *Notes on Love in a Tamil Family*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Trollope- Kumar, Karen. 2001. «Cultural and biomedical meanings of the complaint of leukorrhea in South Asian women». *Tropical Medicine & International Health* 6 (4): 260–66.
- Twamley, Katherine. 2014. *Love, marriage and intimacy among Gujarati Indians: A suitable match*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; Palgrave Macmillan.
- Uma, S. 2013. «The Knowledge, Attitude and Practice Towards Blood Donation Among Voluntary Blood Donors in Chennai, India». *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 7 (6): 1043–1046.
- Unisa, Sayeed. 1999. «Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment-Seeking and Consequences». *Reproductive Health Matters* 7 (13): 54–64.
- Upadhyaya, K. D. 1968. «On the Position of Women in Indian Folk Culture». *Asian Folklore Studies* 27 (1): 81–100.

- Urban, Hugh B. 2010. *The power of tantra: religion, sexuality, and the politics of South Asian studies*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ussher, Jane M. 1989. *The psychology of the female body*. Florence: Taylor & Frances/Routledge.
- Vachhani, Sheena J. 2009. «Vagina Dentata and the Demonological Body: Explorations of the Feminine Demon in Organisation». In *Bits of organization*, a cura di Alison Linstead e Carl Rhodes, 163–83. Frederiksberg, Denmark: Copenhagen Business School Press.
- Vagbhata. 1965. *Vagbhata's Astangahrdayasamhita: the first five chapters of its Tibetan version*. Tradotto da Claus Vogel. Wiesbaden: Kommissionsverlag Franz Steiner.
- Valpey, Kenneth. 2010. «Pūjā and Darśana». In *Brill's Encyclopedia of Hinduism. Sacred Texts and Languages, Ritual Traditions, Arts, Concepts*, a cura di Knut A. Jacobsen e Johannes Bronkhorst, 2: 380–94. Handbook of Oriental Studies. Leiden: Brill.
- Van Hollen, Cecilia Coale. 2003a. *Birth on the threshold: childbirth and modernity in South India*. Berkeley: University of California Press.
- . 2003b. «Invoking Vali: Painful Technologies of Modern Birth in South India». *Medical Anthropology Quarterly* 17 (1): 49–77.
- . 2013. *Birth in the age of AIDS: women, reproduction, and HIV/AIDS in India*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Vatsyayana, e Cinzia Pieruccini. 2001. *Kamasutra*. Venezia: Marsilio.
- Vatuk, Sylvia. 1975. «The aging woman in India: Self-perceptions and changing roles». *Women in contemporary India and South Asia*, 142–63.
- . 1987. «Authority, power and autonomy in the life cycle of North Indian women». *Dimensions of social life: Essays in honor of David G. Mandelbaum*, 23–44.
- . 1991. «Gerontology in India: The state of the art». *Journal of cross-cultural gerontology* 6 (2): 259–71.
- . 1992. «Sexuality and the Middle-Aged Woman in South Asia». In *In her prime: New views of middle-aged women*, a cura di Virginia Kerns e Judith K. Brown, 155–72. Urbana: University of Illinois Press.
- Verma, PB, CM Pandya, VA Ramanuj, e MP Singh. 2011. «Menstrual pattern of adolescent school girls of bhavnagar (Gujarat)». *NJIRM* 2 (1): 38–40.
- Victoria, G. C., e D. Knauth. 2001. «Images of the body and reproductive system among men and women living in shantytown in Porto Alegre, Brazil». *Reproductive health matters* 9 (18): 22–33.
- Vicziany, Marika. 1982. «Coercion in a soft state: the family-planning program of India: part I: the myth of voluntarism». *Pacific Affairs* 55 (3): 373–402.
- . 2001. «HIV/AIDS in Maharashtra: Blood, Money, Blood Banks and Technology Transfer». *Contemporary South Asia* 10 (3): 381–414.

- Vicziany, Marika, e Jaideep Hardikar. 2018. «Point-of-Care Blood Tests: Do Indian Villagers Have Cultural Objections?» *Frontiers in Chemistry* 6: 505–17.
- Visaria, Leela, Shireen Jejeebhoy, e Tom Merrick. 1999. «From family planning to reproductive health: challenges facing India». *International family planning perspectives*, S44–49.
- Vlassoff, Carol. 1990. «The value of sons in an Indian village: How widows see it». *Population studies* 44 (1): 5–20.
- Vogel, Jean Philippe. 1924. «Serpent-worship in ancient and modern India». *AcOr (Budapest)* 2: 279–312.
- Wadsworth, Gill, e Eileen Green. 2003. «Changing women: An analysis of difference and diversity in women's accounts of their experiences of menopause». In *Gender, Identity & Reproduction*, a cura di Sarah Earle e Gayle Letherby, 205–21. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; Palgrave Macmillan.
- Walentowitz, Saskia. 2005. «La vie sociale du foetus. Regards anthropologiques». *Spirale* 36 (4): 125–41.
- Weaver, Lesley Jo. 2017. «Tension Among Women in North India: An Idiom of Distress and a Cultural Syndrome». *Culture, Medicine, and Psychiatry* 41 (1): 35–55.
- White, David Gordon. 2006. «The Blood of the Yogini: Vital and Sexual Fluids in South Asian Thought and Practice». In *Kiss of the Yoginī: «Tantric Sex» in Its South Asian Contexts*, 67–93. Chicago, Ill.: Univ. of Chicago Press.
- Witzel, Michael. 2010. «Ṛṣis». In *Brill's Encyclopedia of Hinduism. Sacred Texts and Languages, Ritual Traditions, Arts, Concepts*, a cura di Knut A. Jacobsen e Johannes Bronkhorst, 2: 435–49. Handbook of Oriental Studies. Leiden: Brill.
- Wujastyk, Dominik a c. di. 1998. *The Roots of Ayurveda: selections from Sanskrit medical writings*. Penguin classics. New Delhi : New York, NY, USA: Penguin Books.
- Wujastyk, Dominik. 2004. «Agni and Soma. A universal classification». *Studia Asiatica: International journal for asian studies* 5 (5): 347–70.
- . 2008. «A Body Of Knowledge: The Wellcome Ayurvedic Anatomical Man And His Sanskrit Context». *Asian Medicine* 4 (1): 201–48.
- . 2009. «Interpreting the Image of the Human Body in Premodern India». *International Journal of Hindu Studies* 13 (2): 189–228.
- Zechmeister, Ingrid. 2001. «Foetal images: the power of visual technology in antenatal care and the implications for women's reproductive freedom». *Health care analysis* 9 (4): 387–400.
- Zimmer, Henry R. 1948. *Hindu Medicine*. Baltimore: the Johns Hopkins press.
- Zimmermann, Francis. 2006. «Remarks on the Conception of the Body in Ayurvedic Medicine». *Sources of Illness and Healing in South Asian Regional Literature*. 2006. <http://ginger.tessitures.org/terre-des-vivants/fluides-vitaux-et-physiologie/humoral->

theory-and-perception/.

Zita, Jacquelyn N. 1993. «Heresy in the female body: The rhetorics of menopause». In *Menopause: A Midlife Passage*, a cura di Joan C. Callahan, 59–78. Bloomington: Indiana University Press.

Zwilling, Leonard, e Michael J. Sweet. 2000. «The evolution of third-sex constructs in ancient india: a study in ambiguity». In *Invented identities: the interplay of gender, religion, and politics in India*, a cura di Julia Leslie e Mary McGee, 99–132. SOAS studies on South Asia : understandings and perspectives. New Delhi ; New York: Oxford University Press.