

AIPG

Associazione Italiana di Psicologia Giuridica

VI CORSO DI FORMAZIONE

in

**PSICOLOGIA GIURIDICA, PSICOPATOLOGIA E
PSICODIAGNOSTICA FORENSE**

**Teoria e Tecnica della Perizia e della Consulenza Tecnica in
ambito Civile e Penale, adulti e minorile**

DAL MALTRATTAMENTO AL FIGLICIDIO MATERNO

Aspetti psicodinamici e giuridici

Dott.ssa Erika Jakovic

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
Capitolo I	
IL MALTRATTAMENTO MATERNO	pag. 6
1.1 Definizione di maltrattamento	pag. 6
1.2 Tipi di maltrattamento	pag. 7
1.3 Tipologie di madri maltrattanti	pag. 9
1.4 Psicodinamica del maltrattamento	pag. 10
1.5 Principali conseguenze del maltrattamento sul minore	pag. 15
1.6 Interventi giuridici	pag. 19
Capitolo II	
IL FIGLICIDIO MATERNO	pag. 22
2.1 Definizione di figlicidio	pag. 22
2.2 Principali cause del figlicidio	pag. 24
2.3 Variabili concausali del figlicidio	pag. 29
2.4 Dinamiche psicologiche che seguono il delittopag.	34
2.5 Interventi giuridici	pag. 38
Bibliografia	pag. 39
Altre fonti	pag. 39

Introduzione

La famiglia dovrebbe essere il luogo preposto biologicamente all'accudimento dei propri figli e alla soddisfazione dei bisogni evolutivi di ciascuno, l'ambiente originario di vita e di relazioni che conferisce valore e significato alla percezione del mondo, del proprio essere, del proprio sentire, dando luogo a quei “*modelli operativi interni*” che costituiscono l'impianto della mente e ci accompagnano per tutta la vita, guidando i nostri pensieri e le nostre azioni.

I bambini sono totalmente dipendenti dal loro “*caregiver*” (cioè la persona che li accudisce) e ogni tipo di minaccia al loro senso di sicurezza si trasformerà nell'attivazione del sistema dell'attaccamento con comportamenti di protesta, disperazione e isolamento. Il sistema dell'attaccamento permette lo sviluppo della “*sintonizzazione psicobiologica*” tra il bambino e il suo *caregiver*, un processo che permette di accoppiare gli stati emotivi interni tra la mamma e il bambino, definito da Stern come “*sintonizzazione affettiva*”. Tale processo è essenziale per lo sviluppo del cervello del bambino nei primi anni di vita.

Attraverso lo studio delle culture è stato dimostrato come una madre sufficientemente buona sia in grado di sintonizzarsi con il proprio bambino, cioè di modulare le risposte a seconda dei suoi bisogni e richieste, riconoscerlo come soggetto, intercettare i suoi stati d'animo, contenere la sua distruttività, elaborare e ridimensionare i suoi livelli di eccitazione e di angoscia. Questo regolatore esterno viene gradualmente interiorizzato dal bambino, perché costituisce la base sulla quale si struttura una rappresentazione di sé stabile, sicura, integrata, di persona degna di essere accettata, curata e protetta (“*attaccamento sicuro*”).

Nonostante ciò, le cose, spesso, non vanno come dovrebbero andare.

Nel corso degli anni, la storia dell'infanzia è sempre più caratterizzata da episodi di violenza familiare, all'interno di una famiglia che, spesso, non rispecchia affatto un nucleo di affetto reciproco tra i membri, un nido d'amore, di fedeltà e di solidarietà, ma piuttosto un covo di violenza.

La cosiddetta “*crisi*” della famiglia che si è generata soprattutto durante gli anni dello sviluppo economico, in cui la società si è modificata man mano in una società di mercato, dove tutti i rapporti, anche quelli più personali ed intimi, sono valutati come rapporti contrattuali, cioè in termini di tornaconto individuale, incrementa, all'interno della famiglia stessa, lo stato di frustrazione, di disperazione, di senso di colpa e, quindi, inevitabilmente, di violenza che, spesso, può trasformarsi in omicidio vero e proprio di uno o più membri famigliari.

Si tratta di una violenza che nasce e degenera all'interno delle mura domestiche, una violenza per lo più nascosta, di cui sia le vittime che i carnefici non parlano volentieri, che solo a volte arriva ad esplicite denunce legali, ma che anche per questo motivo è più grave e va attentamente indagata, analizzata e spiegata.

A partire dalla fine degli anni Sessanta, grazie alle dichiarazioni internazionali sui diritti del fanciullo è cominciato un progressivo riconoscimento dei diritti del minore, attraverso la predisposizione e l'identificazione degli strumenti essenziali per promuovere e garantire il soddisfacimento dei suoi bisogni essenziali di crescita e sviluppo.

Esaminando nello specifico il primo tema di questo mio trattato, per maltrattamenti e abusi sui minori sono state fornite alcune definizioni; in primo luogo durante il IV° Colloquio Criminologico del Consiglio d'Europa, tenutosi a Strasburgo nel 1981, viene effettuato il tentativo di definire la violenza ai danni dell'infanzia come *“quell'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono le trascuratezze e/o le lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino”*.

In un secondo luogo, nel 2002, secondo la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per abuso all'infanzia devono intendersi *“tutte le forme di danno fisico e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere”*.

I minori, vittime di trascuratezza, di cure in eccesso o inadeguate, di maltrattamenti fisici e psicologici, di abusi sessuali e anche quelli che assistono a tali episodi risentono in maniera determinante per il loro sviluppo e, dunque, per il loro stesso futuro. Sensazioni di solitudine, paura, dolore, tradimento, disgusto saranno associate a convinzioni negative che riguardano la sicurezza, la stabilità, la fiducia e l'autostima della vittima di violenza.

Tali sensazioni diventano più problematiche e profonde se il familiare che le procura è proprio la figura d'accudimento primaria per eccellenza, ovvero la madre.

Di fronte ad episodi sempre più frequenti di questo genere diventano sempre più deboli il concetto di “madre buona” e il principio di “maternità buona” per cui in ogni essere femminile c'è l'istinto a proteggere un cucciolo della sua specie.

Nell'immaginario umano il rapporto madre-figlio è sempre stato visto come il massimo dell'amore possibile, dove nell'amore materno, riconosciuto come un diritto assoluto, diventa sempre più lontana una possibilità delittuosa ma, allo stesso tempo, quando ciò si verifica, l'interesse comune è

tale per cui non ci si ferma neanche di fronte a scenari più macabri, come quelli, appunto di un figlicidio.

La madre ha in sé un potere senza confini, di vita e di morte: è lei che decide chi può nascere e sceglie come farlo vivere. La volontà del bambino diventa inutile, perché è già definita, segnata, organizzata, suggestionata da ogni cosa che dice o non dice, che fa o non fa la sua mamma. Tale “onnipotenza originaria” di decisione determina una madre buona o cattiva.

Sì, perché se tutte le mamme del mondo fossero buone non ci sarebbero milioni di figli infelici, maltrattati, abbandonati, venduti e prostituiti, feriti a vita e uccisi. Purtroppo esistono mamme cattive, mamme che non amano e che non riescono a coltivare amore, che non vogliono riconoscere il proprio figlio e non lo rispettano soffocandone le potenzialità e coltivando un'estensione di sé.

Esistono differenti modalità con cui una mamma può essere, o diventare, cattiva e quanto dolore e quanta distruzione può produrre, spesso in modo irreversibile, nella vita di un figlio fino ad ucciderlo.

Il figlicidio esiste da sempre. Come ha scritto Rascovsky (1972), l'autore di una delle monografie più classiche sul tema, il figlicidio “è una caratteristica della specie umana che si ritrova in tutti i gruppi sociali e in tutte le culture, primitive e attuali e che si traduce in varie modalità di comportamento che vanno dal sacrificio vero e proprio dei bambini (che sembra scomparso dalla nostra cultura) alle forme più raffinate ma non meno violente di oppressione dell'infanzia ... che sembrano più caratteristiche della nostra cultura ...”.

Affrontare questo tema è molto complesso ed esiste un'ampia letteratura a riguardo, ma vale la pena, se non altro, porre una maggiore attenzione sulle caratteristiche che spingono una “mamma cattiva” a compiere un simile gesto, che vanno dallo scenario socio-culturale a quello psicodinamico e/o psicopatologico personale e sulle relative conseguenze psicologiche e giuridiche sulla madre che compie il reato.

Alla fine di questo elaborato mi limiterò ad accennare il reato di infanticidio, per cercare di fornire un quadro giuridico più esaustivo, considerando che nel nostro ordinamento penale il reato di figlicidio non esiste come tale, bensì come omicidio.

Capitolo I

IL MALTRATTAMENTO MATERNO

1.1 Definizione di maltrattamento

Ogni tipo di molestia fisica e sessuale nei confronti dei bambini e degli adolescenti è uno dei reati più terribili, perché rappresenta un atto di violenza perpetrato contro una persona indifesa sia sul piano fisico che sul piano emotivo e non ancora in possesso di un'adeguata maturità sociale; un atto di violenza, questo, che purtroppo sembra verificarsi con troppa frequenza e che non deve essere assolutamente trascurato.

Tra le mura domestiche è proprio la madre che più spesso maltratta i propri figli, forse perché è lei ad essere in contatto costante con i bambini nell'arco della giornata, o perché frustrata dal fatto di sentirsi incapace di gestire quella che lei stessa, a volte, vede come una limitazione della propria libertà.

Riprendendo la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 per abuso all'infanzia debbono intendersi *“tutte le forme di danno fisico e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere”*.

Tale definizione si riferisce a comportamenti che ledono direttamente il fisico (ustioni, ferite, fratture...), a comportamenti di trascuratezza (mancanza di cure, carenza di igiene), a comportamenti di abusi sessuali e a tutte quelle forme che rientrano nel maltrattamento psicologico. Inoltre, si aggiungono tutte quelle forme di sfruttamento del minore nel lavoro e a fini sessuali (sfruttamento del lavoro minorile, prostituzione minorile, sfruttamento per la produzione di materiale pedopornografico e turismo sessuale).

Nonostante la coscienza collettiva ritenga che tali comportamenti siano riconducibili a individui facilmente classificati come malati mentali, disadattati sociali o “mostri”, una buona parte delle violenze possono essere rintracciate all'interno di famiglie appartenenti ad ogni classe sociale, gruppo etnico o religioso di qualsiasi provenienza geografica.

In particolare se il gesto è compiuto dalla stessa madre, colei che per definizione dovrebbe invece prendersi cura dei propri figli, allora si va alla ricerca della “follia”, con la convinzione che una grave malattia mentale possa essere al tempo stesso la causa, il movente e l'attenuante di un simile

gesto. Il binomio violenza/psicosi molte volte sembra confortare la coscienza comune, ma può facilmente rappresentare per il “mostro” un facile ricorso all'imputabilità e per il “malato” un ingiusto pregiudizio di colpevolezza.

Uno degli scopi di tale elaborato è quello di offrire una panoramica sugli innumerevoli tipi di maltrattamenti e abusi che una madre può mettere in atto nei confronti del proprio figlio, sulle caratteristiche di tali madri e sulle svariate cause e conseguenze di un simile gesto sia come ripercussione sulla vita del figlio, sia come percorso psicologico e giuridico di una “madre cattiva”.

1.2 Tipi di maltrattamento

Tra le mura domestiche spesso si consumano maltrattamenti di vario genere che in realtà spesso sono molto più “distruttivi” per i minori, rispetto ad episodi di omicidio veri e propri. Le diverse tipologie di maltrattamento e abuso rispecchiano le condotte patologiche del genitore, in questo caso della madre, che ostacolano il normale processo di sviluppo del figlio.

L'abuso all'infanzia può caratterizzarsi per una condotta *attiva* (per esempio: ustioni, percosse, atti sessuali) oppure *omissiva* (per esempio: trascuratezza, abbandono).

Le forme classiche di abuso all'infanzia rilevate nella clinica sono:

- il maltrattamento fisico;
- il maltrattamento psicologico;
- la trascuratezza o incuria;
- l'abuso sessuale;
- la violenza assistita.

Tuttavia, si può fornire una definizione più ampia che tenga conto anche delle forme di sfruttamento lavorativo e a fini sessuali, aggiungendo alla classificazione sopra riportata:

- lo sfruttamento del lavoro minorile;
- lo sfruttamento sessuale dei minori a fini commerciali;
- la prostituzione minorile;
- lo sfruttamento per la produzione di materiale pedopornografico;
- il turismo sessuale.

Considerando la classificazione clinica di base:

Il maltrattamento fisico è una forma di comportamento attivo che comporta un danno fisico oppure un comportamento omissivo, che non lo previene e permette che avvenga, in cui il bambino subisce lesioni.

Le principali manifestazioni del maltrattamento fisico sono le punizioni corporali, le frustate, le ustioni, gli urti violenti contro pareti e pavimenti, che portano a conseguenze non sempre del tutto evidenti, come lesioni cutanee, lesioni oculari, fratture ossee, morsi, lesioni interne, traumi cerebrali, sintomi di avvelenamento o intossicazione e che possono essere letali.

Il maltrattamento psicologico si riferisce a relazioni affettive inadeguate, inappropriate e nocive, caratterizzate da atteggiamenti e comportamenti che compromettono in modo immediato o a lungo termine il comportamento, lo sviluppo affettivo, le capacità cognitive o le funzioni fisiche del bambino.

Le manifestazioni del maltrattamento psicologico possono essere le pressioni emotive, i ricatti, le minacce, le svalutazioni, gli atteggiamenti di rifiuto, la denigrazione, lo sfruttamento, l'isolamento, il coinvolgimento in conflitti di coppia, eccetera.

La trascuratezza o l'incuria. La trascuratezza può essere occasionale o transitoria e può manifestarsi in coincidenza di difficoltà di varia natura incontrate dal genitore. Così come vi possono essere casi di più grave negligenza che possono condurre al rifiuto e addirittura all'abbandono del minore. L'incuria fisica consiste nella privazione delle risorse o delle cure necessarie a causa di un comportamento intenzionalmente negligente e non consono alle reali disponibilità e ai canoni culturali e sociali, tale da poter compromettere lo sviluppo psico-fisico del bambino. Il comportamento negligente si può presentare già a partire dai primi mesi di gravidanza in cui la madre non adotta i comportamenti necessari per proteggersi, provocando conseguenze negative sullo sviluppo del feto (uso di droghe, alcool, fumo, alimentazione inadeguata...).

Nel caso di un bambino già nato, la negligenza si può manifestare mediante un'incapacità della madre nel provvedere in modo opportuno ai suoi bisogni primari.

Le principali manifestazioni della trascuratezza possono essere la carenza e l'assenza di cure fisiche ed affettive adeguate (trascuratezza), le attenzioni e le cure connesse a preoccupazioni eccessive e sproporzionate circa lo stato del bambino (ipercura) o improprie per l'età o la fase di sviluppo psicofisico del bambino (discuria) o i comportamenti di accudimento con coinvolgimento del minore in ideazioni patologiche (“*Sindrome di Munchausen per procura*”).

L'abuso sessuale si riferisce al coinvolgimento del bambino in attività sessuali o attività finalizzate alla gratificazione sessuale, ma non direttamente riconoscibili come atti sessuali (pratiche genitali inconsuete, lavaggi genitali, ispezioni, applicazioni di creme sono comportamenti che hanno una forma di normalità, ma che possono essere erotizzati diventando, in realtà, atti caratterizzati da forte intrusività sessuale e dalla ricerca di gratificazione sessuale da parte di chi li agisce). L'abuso sessuale può essere caratterizzato o meno dalla presenza di violenza ed essere agito da membri della famiglia o da soggetti esterni al nucleo familiare, adulti o minori.

Le manifestazioni dell'abuso sessuale possono essere il mostrare materiale pornografico, l'esibizionismo, il fare assistere il bambino ad atti sessuali o violenze sessuali su altri minori o adulti, le carezze sulle zone genitali, la penetrazione orale, genitale e anale (anche con oggetti), l'induzione alla prostituzione, l'utilizzo del bambino per la produzione di materiale pedopornografico.

La violenza assistita si riferisce all'esposizione intenzionale, occasionale o ripetuta di un bambino ad atti di violenza fisica, psicologica, sessuale, trascuratezza su adulti o minori. Tra le manifestazioni della violenza assistita, una situazione tipica è quella che si verifica nelle situazioni di violenza domestica in cui il bambino assiste ai maltrattamenti da parte di uno dei due genitori sull'altro. La relazione affettiva e/o di fiducia tra il bambino, l'autore della violenza e la vittima, costituisce uno degli elementi qualificanti la sussistenza di una situazione di vittimizzazione da violenza assistita.

1.3 Tipologie di madri maltrattanti

Nelle diverse manifestazioni di maltrattamento è necessario affermare che la maggior parte dei genitori maltrattanti manifestano problemi nelle relazioni intime, nel rapporto con la rete sociale e con la famiglia allargata, ma, la direzione nella quale attiveranno il maltrattamento può essere analizzata in funzione di specifiche dinamiche familiari, come risultato dell'interazione tra le condizioni protettive o quelle a rischio del contesto di vita e le caratteristiche personali.

Se si tengono in considerazione proprio queste ultime, cioè le caratteristiche personali della madre, si possono descrivere diverse tipologie di donne che maltrattano il proprio figlio.

Le madri che trascurano il proprio figlio sono generalmente demotivate, depresse, isolate e si percepiscono come incompetenti e passive nelle relazioni, all'interno delle quali tendono alla chiusura, all'evitamento, ad uno scarso coinvolgimento e ad un'incapacità di migliorare la propria situazione o quella del proprio figlio. Sono spesso ritardate mentali o sofferenti, in cui la passività, l'assenza di motivazione ed il continuo bisogno di aiuto sembrano nuclei ricorrenti delle loro difficoltà nell'adattamento personale e relazionale. In questo senso l'aspetto fondamentale nel rapporto con il bambino è l'assenza di disponibilità psicologica, che spesso lo porta ad avere ritardi nella crescita e nello sviluppo a causa di una relazione in cui è assente qualsiasi fonte di stimolazione.

Le madri che maltrattano fisicamente sono controllanti nei confronti dei propri figli, ma spesso sottomesse alla volontà del partner. Esiste un problema di potere sottostante alla distorsione delle

relazioni a vari livelli che queste donne instaurano, nel senso di un loro bisogno di utilizzare una forma di dominio sulle persone e sulle cose per affermare una supremazia che di fatto pensano di non possedere a causa di esperienze relazionali passate caratterizzate da rabbia e vulnerabilità. I loro comportamenti manifestano un eccessivo coinvolgimento anche a fronte di un modello di relazione improntato al dualismo “vittima-carnefice”, in cui il dominio o la sottomissione sono i due grandi poli intorno ai quali ruotano le relazioni. Emerge uno stile relazionale dominato da una certa ostilità e da una comunicazione avversiva verso cui il bambino sembra difendersi con comportamenti inibiti e acquiescenti dominati da paura oppure con comportamenti coercitivi nel tentativo di limitare la violenza del genitore.

Le madri che trascurano e maltrattano fisicamente il proprio figlio provano forti sentimenti di rabbia e di ansia attivati dal coinvolgimento affettivo nel prendersi cura di lui. La relazione, generalmente, è dominata dal caos, dall'assenza di controllo e dall'imprevedibilità, elementi che non permettono ai soggetti di dare una forma al sé e alle relazioni.

Poi esistono quelle madri che, apparentemente, sembrano sufficientemente adeguate, ma che in realtà sono bisognose di una fonte di supporto continua per ridurre le condotte maltrattanti. Sono in grado di comprendere gli elementi necessari alla relazione affinché sia affettivamente ricca e di supporto, ma non riescono a mantenere costanti le condizioni affinché questo avvenga.

1.4 Psicodinamica del maltrattamento

Le motivazioni che portano ad un episodio violento possono essere di ordine psicologico oppure di ordine sociale (situazioni traumatiche o di stress) che rendono estremamente conflittuale il rapporto tra la madre e il figlio.

Il fenomeno del maltrattamento è un evento complesso che condensa in sé entrambi questi aspetti, per cui solo una visione integrata dell'episodio può permettere di superare il dualismo tra aspetti psicodinamici e patologia sociale.

Spesso, la madre maltrattante presenta una particolare storia familiare nella propria vita personale che può indurla più facilmente al maltrattamento, ma è anche vero che ci sono alcuni bambini, i cosiddetti “*bambini bersaglio*”, che più di altri possono provocare atteggiamenti violenti da parte del genitore, così anche la situazione socio-economica in cui vivono i genitori e i figli può incentivare il ripetersi di comportamenti violenti.

L'analisi delle cause scatenanti i fenomeni di violenza domestica, spesso porta molti studiosi, a voler formulare essenzialmente una diagnosi psichiatrica di psicopatia o psicosi per queste tipologie di madri. Nonostante ciò, come dimostra la casistica, questo “accanimento” psichiatrico risulta nella

maggior parte dei casi, inadeguato. Questo non esclude che in qualche caso la madre possa essere affetta da gravi forme di malattia mentale, comunque non è possibile fare una semplice equazione fra malattia mentale e comportamenti violenti.

Spesso nell'infanzia delle madri che maltrattano i propri figli esistono esperienze di grave deprivazione che, con il passare degli anni, creano un vero e proprio ciclo di deprivazione che si protrae anche nelle generazioni successive. Tali esperienze primitive di deprivazione e di violenza caratterizzano profondamente la personalità creando una sensazione continua che ciò che si riceve è sempre negativo e l'atteggiamento che ne deriva è sospettoso verso un mondo esterno percepito come pericoloso e minaccioso dal quale è necessario difendersi.

Queste esperienze creano un'insofferenza costante verso ogni esperienza psichica di frustrazione e di pena che viene rifiutata o attribuita agli altri. Il bambino può diventare il supporto delle proiezioni delle madri e può far riemergere gli aspetti personali di sofferenza. In queste madri, sebbene l'adattamento sociale possa apparire adeguato, in realtà la fragile costruzione di difese e di sistemi di adattamento può essere distrutta nel momento in cui l'identificazione con il bambino fa riemergere i vecchi conflitti con le proprie figure genitoriali. L'Io immaturo, debole e disarmonico non consente un'adeguata elaborazione delle esperienze e non permette di sopportare quelle situazioni che normalmente generano colpa e angoscia, tanto da favorire lo spostamento delle tensioni psichiche sul piano comportamentale.

In ogni madre esiste una storia di vita propria, di comportamenti, abitudini e tendenze che, per alcune particolarità, possono contribuire a spiegare la dinamica dei comportamenti violenti: alcune madri tendono ad attribuire agli altri i propri sentimenti e i propri stati d'animo, perché non sono in grado di sopportare stati di tensione. Si può verificare una frequente confusione tra le madri ed i figli, i quali ultimi possono assumere un carattere minaccioso perché ad essi vengono attribuiti gli aspetti negativi personali; in altre, emerge una tendenza a reagire impulsivamente in condizioni di stress o di tensione, senza cercare di elaborare l'esperienza che stanno vivendo; esistono madri che non riescono a riconoscere e ad accettare in sé i propri aspetti negativi che vengono così spostati sul bambino, tanto da diventare il capro espiatorio della famiglia su cui si concentrano tutte le tendenze aggressive della famiglia stessa; si può verificare una certa corrispondenza tra l'età, il sesso e la posizione familiare del bambino con gli eventi della vita delle madri che hanno generato conflitti e sofferenze; emerge una certa incapacità di affrontare i propri conflitti personali a causa di fattori ambientali, quali la povertà, le malattie, l'isolamento sociale, che riducono le possibilità di affrontare le tensioni psichiche; spesso sono assenti delle valide figure autorevoli (nonni, altri parenti...); in alcune emerge un atteggiamento di complicità con il coniuge violento dovuto alla

reciproca dipendenza e collusione. Infatti, una complicità passiva libera dall'angoscia che si proverebbe se si dovesse intervenire direttamente.

Inoltre, esistono fattori che possono scatenare una serie di atteggiamenti maltrattanti, quali determinate caratteristiche del figlio, certe aspettative disattese della madre riguardo la crescita "perfetta" del figlio, nonché alcune caratteristiche appartenenti alla madre stessa.

Le esperienze infantili influenzano le madri nel loro modo di allevare il proprio figlio, ma ci sono anche fattori specifici legati alla nascita del bambino, dal concepimento al suo sviluppo fisico e mentale, che lo rendono più o meno accettabile e gratificante agli occhi delle madri e quindi più o meno esposto al maltrattamento. Questi fattori comprendono non soltanto il comune e normale stress che la nascita di un figlio comporta nella vita delle madri, ma anche il significato emotivo che il bambino ha per loro. Già dall'inizio della gravidanza ci possono essere situazioni che influenzano negativamente la nascita di questo particolare bambino e quando tanti piccoli stress, che potrebbero sembrare banali a degli occhi esterni, si accumulano ne può risultare una vera e propria tragedia.

Per la madre una gravidanza non voluta può essere ulteriormente complicata da problemi personali quali l'abbandono da parte del marito, una salute non buona e la totale mancanza di aiuto da parte dei suoi familiari e delle persone che le sono vicine. Le può succedere di partorire il bambino prematuramente, evento che crea sempre dei problemi notevoli. Un bambino prematuro causa contrarietà, non permette un idoneo attaccamento anche perché molto probabilmente la madre, in questi casi, ha delle difficoltà ad amare un essere la cui sopravvivenza non è sicura e che spesso rimane per lunghi periodi in incubatrice. La precoce e prolungata separazione della madre dal bambino, inoltre, crea esperienze frustranti per la sua sensibilità materna e indeboliscono la sua competenza e la sua capacità di prendersi cura del figlio.

Ciò accade anche quando il bambino, sebbene nato a termine e perfettamente normale, viene separato dalla madre e mantenuto nel nido ospedaliero dei neonati, avendo solo limitate possibilità di ricreare, al momento dell'allattamento, il rapporto con la madre.

Anche la cattiva salute della madre e soprattutto quella del bambino possono creare tensioni ed angosce che facilmente esauriscono le deboli riserve di un genitore, creando una situazione potenziale che lo può condurre verso il maltrattamento. Per esempio, la nascita di un bambino handicappato è sempre un trauma enorme per i genitori e la loro reazione immediata spesso è quella di negare la realtà con rabbia. Una madre matura e ben adattata indubbiamente avvertirà lo stress di tale situazione e per fronteggiarla dovrà far ricorso alle sue energie interiori, oltre che all'aiuto delle persone vicine e dei servizi sociali e sanitari, ma una madre sola e priva di energie interiori, facilmente sarà sommersa da tale situazione.

E' proprio questa azione reciproca tra le energie interiori che la madre possiede e lo stress che nasce dal rapporto con il neonato che determinerà quali saranno le conseguenze e se saranno negative. Se le risorse interiori di una madre che potenzialmente tende al maltrattamento sono estremamente povere, la situazione esterna che la circonda deve essere particolarmente favorevole per permetterle di trovare nel suo bambino le soddisfazioni che cerca. A volte, la sua relazione di coppia, la sua casa, il suo modo di vita, le sue relazioni sociali possono essere soddisfacenti al punto di farne una donna serena ed appagata.

Se il bambino è sano, bello, del sesso desiderato e soprattutto facile da allevare molto probabilmente lei si sentirà felice della propria maternità e riuscirà a stabilire un buon rapporto con il piccolo. Il bambino che può esaudire le aspettative dei propri genitori in tal modo, deve ritenersi molto fortunato, perché tutto procederà bene. Ma molto spesso, questo stato di cose subisce una rottura. Il bambino crescendo comincia a manifestare la necessità di una maggiore attenzione ed interazione, sente il bisogno di essere più libero e di esplorare l'ambiente che lo circonda, in contrasto con le aspettative della madre che vede nel bambino un essere che le deve dare soddisfazione senza chiederle troppo dispendio di tempo e di energie. In questo caso o il bambino riesce a soffocare i suoi bisogni ed i suoi desideri di autonomia o la madre lo percepirà come disubbidiente e cattivo e comincerà a picchiarlo per evitare che crescendo si "rovini".

A volte i genitori hanno delle aspettative veramente enormi nei riguardi dei propri figli. Solo se il bambino è capace di rinunciare alle sue naturali inclinazioni e a comportarsi così come i suoi genitori desiderano, riuscirà ad evitare la loro disapprovazione e le loro punizioni, ma tutto ciò verrà fatto a spese della sua spontaneità e del suo buon sviluppo psichico e sociale.

E' abbastanza facile capire perché molte madri che maltrattano hanno solo un'abilità limitata nel comportarsi da persone adulte e spesso sembrano immature, semplicemente capaci di sopravvivere tra un periodo di crisi ed un altro. Una certa mancanza di interessi scolastici, difficoltà di apprendimento, matrimoni precoci, difficoltà nel mantenere dei buoni rapporti con le altre persone hanno impedito a queste madri una buona formazione culturale ed un'adeguata costruzione della propria identità personale. Molte madri che maltrattano sono impulsive, hanno difficoltà a risolvere i problemi e a trovare una soluzione alle difficoltà in una prospettiva più ampia.

Solitamente, l'episodio di maltrattamento avviene durante un momento di crisi, come la perdita del lavoro, un litigio con il partner o altro tanto da essere sufficiente a rendere il pianto del bambino come una cosa assolutamente insopportabile.

Comunque, ci sono anche madri che non hanno problemi eppure capita spesso anche a loro di avere delle crisi con le persone che gli vivono più vicino. Un litigio con un familiare può farle sentire criticate e rifiutate ed allora il pianto del bambino può sembrare loro un'ulteriore accusa. In genere,

le madri benestanti possono risolvere questi momenti difficili affidando il piccolo ad una babysitter o a qualsiasi altra persona che se ne possa prendere cura. A tale proposito è sorprendente notare come questo tipo di madri sia restio ad affidare la cura del proprio piccolo ad altre persone. Forse parte del problema sta proprio nel fatto che, in genere, non amano rivolgersi ad altri per chiedere aiuto, nel credere che gli altri le vogliano o le possano aiutare. Tendono ad essere isolate, senza amici e senza persone verso cui nutrire fiducia. Nel momento della crisi sentono che devono combattere da sole, perché chiedere aiuto significa dichiarare il proprio fallimento e la propria impotenza. E' molto probabile che queste madri, da piccole, siano state delle bambine assoggettate alle assurde aspettative dei genitori, ed ora da adulte, abbiano delle aspettative altrettanto assurde non solo nei confronti dei propri figli ma anche di se stesse. Devono assolutamente dimostrare di essere in grado di allevare i propri figli e non ha importanza quale ne sia il prezzo.

Molte madri che maltrattano, spesso, cercano l'approvazione dei propri genitori, qualsiasi cosa facciano e sono profondamente contrariate e arrabbiate quando invece vengono da essi criticate. Non ha importanza quali siano state le conseguenze dell'educazione avuta, l'importante è ripetere il modello per non contrariarli.

A volte l'attacco violento contro il bambino si scatena all'apice di una crisi, provocata magari da un motivo estremamente futile, come quello del pianto. Molte madri vedono nel pianto persistente del loro bambino un atto di accusa. In genere la madre, quando il piccolo piange, pensa che ci sia una causa precisa ad esempio la fame, il senso di fastidio nel sentirsi bagnati, oppure dei dolori addominali e pertanto è sollecita ed amorevole nel tentare di risolvere questi problemi. Ma se il bambino continua a piangere, la madre vive questa situazione come se il bambino la voglia accusare: *“non sei una buona madre perché non sei in grado di risolvere i miei problemi”*.

E' proprio queste madri mirano ad essere perfette, ad essere amabili e a guadagnarsi l'amore del proprio figlio che questo pianto ribelle è vissuto come un rifiuto totale e porta una collera immediata.

Come si è potuto notare leggendo queste descrizioni, l'episodio di maltrattamento non è un'azione razionale, non è premeditato e di solito è seguito da un profondo senso di colpa.

Questo tipo di madri si mostrano molto attive nei confronti del piccolo ed è proprio per questo motivo che molto spesso traggono in inganno e vengono considerate come persone che si prendono cura del piccolo maltrattato, dato che sembra impossibile che una madre così amorevole possa aver commesso un tale atto nei confronti del proprio figlio.

Un basso quoziente intellettivo, inoltre, può rendere molto difficile un comportamento autonomo in una società tanto competitiva, dove le madri, per allevare i propri figli, devono avere delle precise conoscenze ed una buona capacità di giudizio. Quando la mancanza di abilità è unita a delle

difficoltà emotive e ad una certa impulsività, il bambino è veramente in pericolo. Quando il background culturale di uno dei genitori è molto diverso da quello della comunità in cui vive ciò può provocare naturalmente dei sentimenti di estraneità. Il sentirsi isolati ed estranei può portare l'individuo ad attaccarsi a dei vecchi valori poiché sente che la rinuncia ad essi rappresenta una minaccia alla sua identità. Gli effetti snervanti, inoltre, di una povertà continua e la frustrazione provocata dalle discriminazioni sociali indubbiamente favoriscono l'instaurarsi di un senso di fallimento costante.

In queste famiglie, sebbene il genitore che maltratta sia uno solo, l'altro in genere è sempre più o meno complice della situazione quando addirittura non è lui con il suo atteggiamento a scatenare la crisi. Infatti, spesso non aiuta il compagno nel momento critico, ma si rifiuta di farsi coinvolgere o, addirittura, critica aspramente il coniuge aumentando così il senso di colpa e di frustrazione che viene inevitabilmente scaricato sul bambino.

1.5 Principali conseguenze del maltrattamento sul minore

L'esperienza traumatica di un maltrattamento ha un effetto altamente dirompente e disgregativo sul normale sviluppo di una vittima di giovane età, dal punto di vista fisico, psicologico e spirituale e influenza anche le relazioni interpersonali future.

Nelle situazioni accertate di maltrattamento e abuso, purtroppo, le conseguenze a breve, medio e lungo termine sul minore possono essere estremamente gravi, con un'ampia sintomatologia di natura psico-fisica. Per semplicità, vorrei esporre un elenco predisposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 relativo alle principali conseguenze del *child abuse* sulla salute psicofisica dei bambini.

Successivamente, cercherò di approfondire il discorso sulle conseguenze relative alla sfera emozionale.

Le principali conseguenze psico-fisiche possono essere così sintetizzate:

Conseguenze fisiche: ferite toraciche e addominali, danni cerebrali, contusioni e lividi, bruciature e ustioni, danni neurologici, disabilità, fratture, lacerazioni e abrasioni, danni agli occhi e alla vista.

Conseguenze sulla sessualità e sulla funzione riproduttiva: problemi del sistema riproduttivo, disfunzioni sessuali (per le femmine amenorrea, dismenorrea), malattie sessualmente trasmissibili, inclusa l'AIDS, gravidanze precoci.

Conseguenze psicologiche e sociali: abuso di alcol e di droghe, comportamenti antisociali a rischio, ritardi cognitivi, ritardo nello sviluppo, depressione, ansia, attacchi di panico, disturbi alimentari e

del sonno, sentimenti di vergogna o colpa, iperattività , difficoltà nelle relazioni sociali, scarso rendimento scolastico, bassa autostima, disturbi psicosomatici, comportamenti autolesionistici e suicidari.

Altre conseguenze di lungo periodo sulla salute: tumori , fibromialgia, ischemie, disturbi gastrointestinali, infertilità, difficoltà polmonari croniche e malattie epatiche.

La gravità delle conseguenze psicologiche sono connesse alla qualità e alle caratteristiche delle relazioni tra genitori e figli e alla più globale dinamica familiare.

Nella prima infanzia i principali disturbi derivanti dall'esperienza di maltrattamento sono a carico della sfera emozionale e possono essere così schematizzati:

1. ritardo affettivo ed evolutivo;
2. depressione con eccessiva inibizione e ritiro;
3. ambivalenza e labilità affettiva;
4. rabbia con intolleranza alla frustrazione;
5. pattern di attaccamento disorganizzato-disorientato;
6. difficoltà cognitiva di interpretazione mentale dell'emozione, dei suoi significati in relazione al sé e al comportamento dell'altro.

Il nucleo problematico centrale consiste nella preoccupazione primaria rispetto alla sicurezza, intesa come incolumità fisica e come integrità psichica, che riflette l'aspettativa dolorosa e costante di adulti indisponibili, rifiutanti e minacciosi.

Una situazione che accomuna l'esperienza di molti bambini nella prima infanzia è il disinteresse dei genitori per le caratteristiche dello sviluppo del bambino. Questa condizione è di per sé connessa ad esiti maltrattanti o trascuranti, ma determina una condizione di "vulnerabilità" nei genitori che si aggrava quando altre circostanze relazionali e/o sociali esercitano un impatto negativo che porta a convogliare sul figlio emozioni e sentimenti dominati da ostilità, rabbia, freddezza, non disponibilità all'accoglimento. Di conseguenza può comportare una mancanza di sincronia interattiva, un'assenza di intersoggettività nella relazione e un inconsapevole venir meno a quella funzione socializzante precoce che consiste nel supportare il bambino ad attribuire significato alle proprie e all'altrui esperienze. E' infatti documentato come la carenza nell'interazione precoce incida nettamente sullo sviluppo delle capacità comunicative e cognitive del bambino, come altrettanto documentato è l'effetto di compensazione sorprendentemente positivo che esercita sul bambino piccolo la reintroduzione di modalità interattive adeguate. L'imprevedibilità del comportamento adulto impedisce al bambino di elaborare aspettative e strategie efficaci sull'ambiente.

A tale proposito Cummings (1994) propone una spiegazione sui processi mediante i quali certi tipi di risposte infantili si cristallizzano nel tempo. I bambini esposti alla violenza sviluppano una maggiore reattività espressa attraverso livelli superiori di disagio, di rabbia, di aggressività e di attivazione (*ipotesi della sensibilizzazione*). La sensibilizzazione comporta un abbassamento della regolazione delle emozioni con una conseguente rapida attivazione del disagio sia emotivo sia comportamentale. E' facile immaginare come questo tipo di sensibilizzazione, che mette il bambino in uno stato di allerta e di attivazione, lo induca ad agire aggressivamente nelle relazioni interpersonali e solleciti quelle reazioni negative nei genitori, in altri adulti e nei pari che confermano il bambino nelle sue percezioni e aumentano la persistenza dei suoi pattern disadattivi. Il rifiuto emotivo provoca, persino nei piccoli di tre mesi, alti livelli di rabbia, attività ridotta, disforia e ritiro sociale. Poiché lo sviluppo delle emozioni è strettamente connesso all'interazione con gli adulti, alcuni tra i principali meccanismi di regolazione e di acquisizione delle competenze emotive vengono intaccati nei primi rapporti se il bambino vive a contatto con una madre trascurante o maltrattante.

L'immagine di sé sviluppata è negativa e, posti di fronte allo specchio, a due-tre anni possono già mostrare intense reazioni emotive, come se persino a questa età fossero riluttanti ad accettare se stessi in termini positivi.

I genitori maltrattanti hanno un repertorio limitato di espressioni emotive (quasi esclusivamente negative) e non le commentano verbalmente. E' stato verificato, invece, come l'esposizione a molteplici e variegate emozioni e la loro sottolineatura verbale da parte dell'adulto faciliti nel bambino la comprensione e il loro riconoscimento. I commenti dell'adulto sono fondamentali come lo sono le sue interpretazioni sullo stato emotivo del piccolo. La coerenza tra espressioni e verbalizzazioni consentono quella differenziazione necessaria all'abilità cognitiva. I bambini maltrattati, già dai tre ai sette anni, se confrontati con altri non maltrattati, sono meno accurati nel riconoscere le emozioni facciali e meno capaci di utilizzare le informazioni contestuali per spiegare le incongruenze tra causa delle emozioni ed espressione emotiva discrepante. Distorcono le informazioni emotive in senso negativo sovrastimando la rabbia. Cercano di distogliere l'attenzione dalle emozioni per evitare di andare a fondo e di comprendere compiutamente il senso delle proprie esperienze emotive, anche se questa strategia di evitamento li rende, inevitabilmente, meno capaci dei coetanei di elaborare le sensazioni emotive complesse.

Oltre alla collera e alla rabbia l'universo emotivo dei bambini maltrattati è contraddistinto da colpa e vergogna che si manifestano dopo il primo anno di vita, perché sono emozioni elicitate dall'interazione che richiedono capacità più evolute di valutazione di sé e degli altri.

Le emozioni della colpa e della vergogna sono più complesse e nascono dal riconoscimento di comportamenti o di attributi negativi rivolti a se stesso e che hanno origine dalla percezione del fallimento di standard posti dall'esterno o interiorizzati. Richiedono in altri termini che il bambino abbia acquisito un primo iniziale senso della propria identità (dopo i diciotto mesi) e che percepisca il senso della trasgressione (dopo i due anni). La vergogna compare in molti disturbi psicologici ed è sempre distruttiva, devastante e disadattiva, poiché il focus globale riguarda il sé. Il sé, quindi, risulta compromesso da una svalutazione globale e il processo controfattuale attivato comporta l'eliminazione mentale di un qualche aspetto del sé. L'intreccio continuo di sensi di colpa e vergogna si ritrova spesso nei figli di madri depresse, i quali, visto il fallimento dei propri tentativi di soccorrere e aiutare la madre in difficoltà, cominciano a provare sentimenti di colpa, impotenza e inutilità.

Quando il bambino piccolo vive l'esperienza di essere oggetto di maltrattamento fisico o di abuso sessuale, non essendo ancora in grado di differenziare dentro di sé i significati delle diverse emozioni e di attribuire ciò che prova a qualcosa di cui altri sono responsabili, si trova in una condizione emotiva di estrema vulnerabilità e confusione che lo porta ad attribuirsi la colpa e la vergogna.

La collera per i maltrattamenti e gli abusi subiti non riesce ad essere espressa esplicitamente o compiutamente verbalizzata. L'esposizione alla denigrazione e all'ambiguità comporta che la rabbia venga ulteriormente canalizzata in un sé svalutato, denigrato ed incapace.

Il maltrattamento fisico agisce più frequentemente nel produrre imponenti sentimenti di colpa oltre che di vergogna.

Un passaggio importante nell'elaborazione delle esperienze di violenza è quello che consente al soggetto adulto o bambino di rileggere le proprie esperienze accettando il dolore di dover ammettere di essere stati rifiutati e maltrattati. Questo è un passaggio necessario per condurre l'individuo a ritenere che la colpa non è dentro di sé ma all'esterno e che le strategie per farvi fronte passano attraverso il padroneggiamento della collera e della cieca azione di aggressività.

Se ciò non avviene o avviene troppo tardi si corre il rischio di stabilizzare un insieme di risposte o di tipo depressivo, quando i sentimenti di colpa sono rivolti prevalentemente al Sé, o di tipo antisociale, quando sono esclusivamente rivolti all'esterno.

1.6 Interventi giuridici

Il fenomeno del maltrattamento e della violenza sui minori esiste da sempre, ma negli ultimi anni ha reso sempre più sensibile e interessata l'opinione comune e questo ha comportato maggiori provvedimenti anche da parte della giurisprudenza.

Un dato certo che emerge dall'analisi precedentemente esposta è la profonda conseguenza sullo sviluppo psico-fisico di un bambino che ha subito per giorni, mesi o anni, senza aver avuto la possibilità di difendersi. Una volta cresciuta la vittima resterà marcata a vita con l'unica speranza che arrivi un giudice a porre fine a questa malvagità.

Solitamente, in casi delicati come questi, è ragionevole e doveroso cercare di privilegiare il mantenimento del bambino nel suo contesto familiare, a meno che non sussistano condizioni che facciano prevedere gravi difficoltà per la sua crescita fisica e mentale, nel qual caso si rende necessario adottare la soluzione dell'allontanamento provvisorio, costituendo nel frattempo un contesto di valutazione sulla possibilità di rimuovere queste gravi difficoltà.

Infatti, nei casi specifici di maltrattamenti ad opera della madre, il giudice può, se le condizioni lo permettono, scegliere un affidamento del minore all'altro genitore (il padre); tuttavia, nella maggior parte dei casi, in cui il clima familiare è diventato troppo destabilizzante e critico per lo sviluppo psicofisico del minore, il giudice tenderà ad ordinare il collocamento dei minori presso terzi.

Infatti, se ci sono gravi motivi (*secondo l'art. 155, VI comma del Codice Civile sui provvedimenti riguardo ai figli*) o la temporanea impossibilità di affidamento a uno dei genitori (*secondo l'art. 6 della Legge sul divorzio*), il giudice può ordinare il collocamento dei figli presso terzi (nonni o altro parenti) o addirittura, come ipotesi residuale, presso persone estranee alla famiglia o in un istituto rieducativo.

In tal caso, al giudice non resta che il tentativo di "strappare" questi bambini da un ambiente malato per ricollocarli in uno sano. Purtroppo, però, le cose non procedono così velocemente, anzi, la maggior parte delle volte i procedimenti durano per tre anni all'interno di un clima di paure, minacce, disperazione, pianti quando si arriva a decidere per l'adottabilità del minore presso un'altra famiglia.

La decisione di allontanare un minore dalla sua famiglia d'origine perché maltrattante può essere descritta come un vero e proprio "strappo", "lacerazione" di affetti e di abitudini, alle quali il giudice è chiamato a provvedere istituzionalmente. Non sempre si può tenere conto delle preferenze dei piccoli che talvolta si formano su presupposti sbagliati. I minori, infatti, non hanno la possibilità di valutare e, per di più, a volte tra genitore maltrattante e bambino maltrattato si instaura un rapporto morboso e patologico, un attaccamento viscerale.

Nonostante tale limitazione, nell'ambito di un procedimento giudiziario, i minori sono e devono essere considerati come soggetti autonomi di diritto; in particolare, come soggetti deboli cui va dedicata speciale attenzione, protezione assoluta e tutela in ogni aspetto della vita quotidiana.

Un provvedimento di allontanamento, anche se viene attuato sempre con lo stesso fine principale, e cioè per evitare rischi gravi per il minore, assume sfumature differenti, e quindi diversa efficacia ed utilità, a seconda degli obiettivi particolari e specifici che di caso in caso si affiancano al fine principale, nonché dei modi e dei tempi in cui tale allontanamento si inserisce nel progetto complessivo di tutela del minore. Infatti, l'allontanare il bambino da casa può essere indispensabile per diverse ragioni che, con modalità idonee, devono essere spiegate alla famiglia affinché l'atto sia giustificato, se non condiviso.

Se l'esecuzione del provvedimento si compie nella prima fase dell'intervento, e dunque si configura come atto da cui prende le mosse il progetto di tutela, esso avrà presupposti e funzioni assai diversi da quello a cui si procede dopo una lunga serie di aiuti, destinati ai genitori e/o allo stesso bambino, che non abbiano prodotto le auspiccate modificazioni nella situazione familiare.

Nei casi in cui il bambino viene sottratto alla famiglia d'origine, crescendo si trova a fare i conti con la loro immagine interiorizzata, l'immagine con cui si identifica e da cui tenta di differenziarsi.

In casi come questo, può essere di enorme gravità lo sbaglio di chi (es. il genitore adottivo, educatore) basa il suo intervento educativo sulla condanna o sul rifiuto del genitore che non c'è più e che lui si sente chiamato a sostituire, senza aiutare il figlio o l'ospite della comunità a ritrovare dentro di sé, nei confronti delle sue origini e della sua storia, l'equilibrio necessario di fronte ad ogni tipo e forma di sofferenza umana. Attraverso questa modalità, si trasmettono stili di vita e forme di comportamento, rigidità, mancanza di controllo, attitudine alla violenza o rispetto dell'altro, confusione e follia, realismo ed equilibrio e si trasmettono anche valori e capacità di orientare su di essi il comportamento. Infatti, è necessario agire sull'atmosfera che si è determinata intorno al bambino nei primi anni di vita, su chi lo ha amato nei suoi modi di essere e di porsi, per costruire la sua salute mentale negli anni futuri.

In favore dei minori esiste uno strumento di grande importanza approvato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989: la *“Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia”*. Essa disciplina a trecentosessanta gradi i diritti dei fanciulli e sancisce i principi e le norme in modo uniforme per tutti i paesi che vi hanno aderito, operando direttamente grazie alle specifiche leggi di ratifica interna a tutela e salvaguardia dei bambini.

In particolare, l'art. 19 della convenzione: *“ Gli Stati parti adotteranno ogni misura appropriata di natura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per proteggere il fanciullo contro qualsiasi forma di violenza, danno o brutalità fisica o mentale, abbandono o negligenza, maltrattamento o*

sfruttamento, inclusa la violenza sessuale, mentre è sotto la tutela dei suoi genitori, o di uno di essi, del tutore e dei tutori o di chiunque altro se ne prenda cura. Tali misure protettive comprenderanno, all'occorrenza, procedure efficaci per l'istituzione di programmi sociali mirati a fornire l'appoggio necessario al fanciullo ed a coloro ai quali è affidato nonché per altre forme di prevenzione e ai fini di identificazione, di rapporto, di ricorso, d'inchiesta, di trattamenti e di procedimenti nei casi di maltrattamento del fanciullo di cui sopra, e potranno altresì comprendere procedure d'intervento giudiziario”.

La legge offre numerosi strumenti di garanzia e tutela che, se opportunamente conosciuti e correttamente utilizzati, possono essere fondamentali per aiutare i minori in presenza di “mamme cattive”. Nonostante ciò, le molteplici modalità con cui una madre è o diventa una “cattiva mamma” non sono tutte disciplinate, previste o specificate in articoli di legge, ma sono tutte ugualmente censurabili e in contrasto con la coscienza comune e con le norme generali del Codice Civile o Penale e i principi di legge, che offrono gli strumenti per fermare, o almeno in parte arginare, tali comportamenti e per tutelare il diritto dei figli a una vita più serena.

Capitolo II

IL FIGLICIDIO

2.1 Definizione di figlicidio

Una delle definizioni più classiche del figlicidio è quella, come in parte accennavo nell'introduzione, di Rascovsky (1972) che lo indica come *“una caratteristica della specie umana che si ritrova in tutti i gruppi sociali e in tutte le culture, primitive e attuali e che si traduce in varie modalità di comportamento che vanno dal sacrificio vero e proprio dei bambini (che sembra scomparso dalla nostra cultura) alle forme più raffinate ma non meno violente di oppressione dell'infanzia ... che sembrano più caratteristiche della nostra cultura ...”*.

Parlando di figlicidio, si tiene in considerazione “l'uccisione del figlio non neonato ma ancora bambino”. E precisamente, quel figlio nei confronti del quale dovrebbero essersi instaurati i legami affettivi, di interdipendenza, di convivenza, di vissuto comune che sono caratteristici del rapporto tra genitore e figlio. Inoltre questo rapporto è caratterizzato da un persistente legame di interdipendenza, dovuto a una maturità biologica e psichica non raggiunta e a un'autonomia sociale non conseguita, poiché la vittima è ancora piccola.

Il figlicidio, che rientra nella fattispecie criminosa punita dal nostro codice penale nel reato di omicidio, si discosta totalmente dalla conflittualità tra genitori e gli adulti, e dall'infanticidio. Questo perché sono assenti le pressioni sociali legate a circostanze ambientali difficili, e il discredito per una maternità irregolare che ricorrono di sovente nell'uccisione del neonato appena dopo il parto.

Lo studio del figlicidio consiste nello studio della violenza che viene attuata dai genitori a danno dei bambini e purtroppo è un fenomeno che tende ad aumentare negli anni. Riguardo questo delitto, come per l'infanticidio, non si può dare un'unica interpretazione, sia delle dinamiche psicologiche, sia delle modalità e dell'intervento di meccanismi psicopatologici.

Sono state condotte molte ricerche sulla criminalità femminile che dimostrano come le donne delinquono meno degli uomini e, in rapporto a questi ultimi, compiono solitamente reati meno gravi. Secondo un'indagine ISTAT effettuata dal 1988 al 2000 relativa a tutti gli omicidi volontari compiuti in Italia. Nel 1998, per un totale di 670 casi, 128 dei quali sono omicidi avvenuti in famiglia; di questi il 17% è rappresentato da casi di figlicidio, in cui il sesso dei figli è equamente distribuito, con un'età inferiore a 25 anni e in altri casi sono affetti da handicap. Un'analisi più

sociologica porta a concludere che gli omicidi in famiglia avvengono maggiormente nei livelli sociali più bassi (48% dei casi) e nella maggior parte si tratta di donne non coniugate con un'età compresa tra i 21 e i 28 anni. La stessa indagine, ripetuta nel 2000, ha evidenziato come i dati non si discostano in modo significativo da quelli del 1998 e si possono considerare inferiori, perché molti casi sfuggono alle statistiche per tanti motivi: ad es. molti decessi di bambini catalogati come “disgrazie”, “incidenti”, in realtà possono nascondere dei veri e propri progetti omicidari di madri che hanno compiuto un omicidio per omissione con gravi carenze di cure e di attenzione (ad es. bambini che soffocano nella culla, che cadono dalla finestra, che muoiono annegati nella vasca da bagno...).

Anche alla luce di queste statistiche, il tema del figlicidio si presta ad esprimere una profonda inquietudine che riguarda le identità dei gruppi sociali, la rottura dei patti e dei vincoli transgenerazionali, così garantiti, una volta, dalla forza degli apparati simbolici collettivi ora in crisi o almeno apparentemente garantiti, perché le pratiche di violenza più o meno omicida sui minori esistono da sempre. Così come da sempre, nella letteratura, nei miti, nelle favole oltre che, nella cronaca quotidiana, è ben presente la figura della “*mamma cattiva*”.

La letteratura psicoanalitica a sua volta ha via via collocato le fantasie inconscie che vengono agite nel gesto figlicida nell'ambito dei vari snodi conflittuali dello sviluppo umano, mai pienamente risolti in ognuno di noi. La fantasia inconscia figlicida può così riferirsi, di volta in volta, all'area della classica conflittualità edipica o controedipica; oppure a quella, più primitiva, studiata dagli sviluppi kleiniani e post-kleiniani, relativa all'elaborazione dell'originaria organizzazione schizoparanoidea e al rapporto con gli oggetti persecutori interni, che possono essere proiettati sul figlio; oppure può situarsi nell'ambito delle dinamiche così ben descritte da Fornari (1971) relative a quella dimensione inconscia onnipresente descritta dall'autore stesso come “*la famiglia metasociale, fantasmatica, pantogamica e pantoclastica, non regolata da ruoli e norme e dove ogni membro si immagina uccisore o ucciso in funzione e parallelamente al fatto che ogni membro della famiglia si accoppia sessualmente con gli altri*”.

Su questa dimensione familiare si organizza la famiglia sociale, istituzionale, reale, cui spetta il compito non solo di raccogliere e organizzare gli aspetti libidici e protettivi delle relazioni primarie, ma anche di incanalare e proteggere i sistemi familiari umani dalle angosce connesse alla dimensione familiare più magmatica e inconscia. L'equilibrio dinamico tra questi diversi livelli dell'esperienza familiare, il loro continuo confrontarsi in un equilibrio mai deciso una volta per tutte, fonda, scrive Fornari, “*la grandezza e la tragicità insieme della famiglia umana come istituzione sociale che si struttura e si fonda a partire dal mondo dei fantasmi inconsci, rimanendo eternamente sospesa su di essi come sull'orlo di un disastro*”.

Ho voluto accennare brevemente queste citazioni per dare un'idea della complessità del tema e della letteratura relativa e, sebbene essa sia molto ampia, vorrei soffermarmi sulle caratteristiche specifiche che accompagnano il figlicidio commesso da una madre.

2.2 Principali cause del figlicidio

“Quali possono essere le motivazioni che spingono una madre ad uccidere il proprio figlio? Perché, essendo “mamme cattive” non riescono a contenere la loro malvagità all’interno di una situazione già presente di assenza di cure adeguate, di maltrattamento e di abuso, ma scelgono di porre fine all’esistenza della propria creatura?”.

Le motivazioni sono molteplici. Cercherò di descriverle nel modo più accurato possibile.

Il figlicidio delle madri ha in genere uno scenario culturale-sociale, uno psicodinamico e/o psicopatologico personale e alcune condizioni generali di fondo in cui in genere avviene il delitto.

Per quel che riguarda il mondo psicologico, psicopatologico e quello delle motivazioni personali al figlicidio, va ricordato intanto che solo una parte delle madri che lo commettono soffrono di una grave malattia psichiatrica (un terzo), vale a dire di psicosi o di gravi patologie che ne inficiano la capacità di intendere e di volere; i restanti due terzi presentano dei disturbi di personalità (antisociale, borderline, dipendente) che non permettono loro di riuscire a gestire le situazioni di vita più difficili (lutti, separazioni, stress...), di scompensi psichici (depressione post-partum) e di alterazioni comportamentali legate all’assunzione di sostanze. La presenza di queste patologie, ovviamente, ha un’importante implicazione dal punto di vista giuridico, perché incide sulla scelta di una reclusione in un istituto penitenziario oppure in un ospedale psichiatrico giudiziario.

Nella maggior parte dei casi si tratta comunque di madri che vivono in contesti particolarmente problematici e/o deprivati o che presentano importanti disturbi del controllo degli impulsi o disturbi della personalità di vario tipo, particolarmente antisociale. Oppure madri che all’interno di una organizzazione personale e psicoaffettiva fragile e poco differenziata, manifestano una particolare difficoltà nell’assunzione di una funzione materna, sentita come una dimensione difficile, spaventosamente inglobante o che solleva radicali questioni di inadeguatezza (si tratta di omicidi commessi indirettamente per via di un comportamento negligente oppure omissivo).

Altre volte invece si tratta di madri abusanti, violente e maltrattanti, che spesso ripetono nei comportamenti di abuso e maltrattamento una storia personale di abusi e maltrattamenti a loro volta subiti. In questa tipologia di figlicidio sono molto presenti le storie di comportamenti devianti e di abusi di droga. Vi sono poi veri casi in cui l’aspetto della vendicatività violenta e del desiderio di

colpire il coniuge attraverso i suoi figli sconfinando nell'impulsività criminale o, all'opposto, gli omicidi autenticamente caritatevoli delle madri che pongono fine alla sofferenza di un figlio malato. Nelle patologie psicotiche franche, come si è detto meno frequenti, l'omicidio del figlio può avvenire nel contesto di un'elaborazione delirante, in cui il figlio diventa il ricettacolo proiettivo di esperienze persecutorie interne, sia che si tratti di condizioni schizofreniche o di deliri persecutori non schizofrenici.

Nelle condizioni di grave depressione il figlio può essere inglobato in una tematica melanconica o persecutorio-melanconica e ucciso nell'ambito di un "suicidio allargato" animato da istanze paradossalmente protettive presenti, assieme alla fantasia narcisistica e onnipotente di una riunificazione "in un mondo migliore" che sfugga al male.

In ogni caso, anche in assenza di specifiche psicopatologie, acute o croniche, di gravi disturbi di personalità, di storie di abuso o di comportamenti tossicomani, al centro dello scenario figlicida ci sono alcune condizioni di fondo, dove la principale è sicuramente un deficit della funzione materna. Questo deficit può assumere, nei casi più gravi la forma di quella che è stata chiamata una "maternità delirante" o una "preoccupazione materna primaria delirante", che va a sostituirsi a quella "preoccupazione materna buona", che è invece la condizione e l'esperienza su cui si fonda un'identità personale salda e una possibilità di assumere un'identità materna positiva.

Ma anche nei casi meno gravi dal punto di vista psicopatologico, o nei quali una psicopatologia in senso stretto è assente, alla base dell'agito figlicida è presente almeno un sentimento inadeguato o insopportabilmente conflittuale della maternità, che costituisce un terreno di vulnerabilità che varie esperienze stressanti o condizioni problematiche (personali, ambientali, coniugali ecc.) possono aggravare.

Le motivazioni che spingono una madre al figlicidio sono molteplici e complesse e vengono agite secondo diverse modalità:

- *L'atto impulsivo delle madri che sono solite maltrattare i figli.* All'interno di questo gruppo rientrano quelle madri che sono solite usare la violenza fisica nei confronti dei propri figli. Queste madri, di fronte a uno stimolo anche banale, ad esempio quando il proprio bambino urla o piange in modo prolungato, possono reagire in maniera impulsiva e fortemente aggressiva arrivando a percuotere il figlio con un oggetto contundente, soffocarlo, accoltellarlo, defenestrarlo, ecc. Spesso queste madri presentano disturbi di personalità, scarsa intelligenza, aspetti depressivi, facilità ad agire impulsivamente, irritabilità di base. Inoltre vivono in situazioni familiari problematiche (condizioni economiche indigenti, elevata numerosità della prole, difficoltà legate al lavoro e all'alloggio, situazioni di separazione dal proprio compagno) e, a loro volta, spesso provengono da famiglie multiproblematiche dove sono state vittime loro stesse di maltrattamenti.

- *L'agire omissivo delle madri passive e negligenti nel loro ruolo.* La morte del figlio può essere dovuta ad atti omissivi relativi al suo accudimento (ad es. la madre non è in grado o non vuole vestirlo in modo adeguato alla temperatura, provvedere a nutrirlo in modo efficace e continuo). Si tratta di madri che, per vari motivi (ignoranza, incapacità personale, insicurezza, scelta deliberata), non sono in grado di provvedere alle necessità vitali e fondamentali del proprio bambino, che, al contrario, vengono percepite come qualcosa di estraneo e di minacciante per la propria vita. Alcune di queste madri possono essere assalite anche da problemi di natura psicotica, con paure di fusione e angosce di annientamento che le rendono del tutto inadatte al loro ruolo. In questi casi, la morte del bambino avviene spesso per alimentazione insufficiente, malattie trascurate, incidenti mortali apparentemente dovuti a fatalità.

- *La vendetta della madre nei confronti del compagno.* In questi casi, la madre può uccidere il figlio per vendicarsi dei torti reali, o presunti, subiti dal marito, cercando così di arrecare un dispiacere al proprio compagno. Il proprio figlio viene visto come un oggetto inanimato, che può essere dunque utilizzato come un'arma vendicativa. Questo tipo di figlicidio viene spesso definito come "*Sindrome di Medea*" (Medea è la protagonista della nota tragedia di Euripide, che uccide i figli avuti da Giasone fuori dal matrimonio quando lui sta per sposare Glauce e vuole sottrarglieli. Il giudice Creonte le concede di vederli per l'ultima volta e lei li uccide. Lapidario il dialogo tra i due quando Giasone le chiede: "E così allora li hai uccisi?" E Medea risponde: "Sì, per farti soffrire". Sotto il profilo psicoanalitico, l'interpretazione di tale gesto ha a che fare sia col desiderio di interrompere la discendenza di Giasone sia con quello onnipotente di possesso totale dei figli, estromettendo il padre).

Queste madri vendicative sono caratterizzate, in genere, da disturbi di personalità con aspetti aggressivi, comportamenti impulsivi, tendenze suicidarie, frequenti ricoveri in ospedale psichiatrico, relazioni sentimentali ostili e caotiche.

- *Le madri che uccidono i figli non desiderati.* A questo gruppo appartengono quelle madri che uccidono in piena lucidità mentale il loro figlio perché non desiderato. Sono donne che non hanno desiderato la gravidanza e che collegano la nascita del figlio a qualche evento per loro traumatico come l'abbandono da parte del partner, la violenza sessuale subita, i gravi problemi economici e simili. Non è infrequente riscontrare in loro dei tratti di personalità antisociale e comportamenti impulsivi, con una storia personale di devianza e di abuso di sostanze.

- *Le madri che uccidono i figli trasformati in capri espiatori di tutte le loro frustrazioni.* Queste donne percepiscono il proprio figlio come la causa unica e drammatica della rovina della loro esistenza. Il bambino può essere visto come causa di frustrazione in vari modi: per avere deformato il loro corpo attraverso la gravidanza, perchè le obbliga a vivere in un ambiente che loro non

sopportano, perché le costringe a stare con un uomo che non amano, perché devono passare tutta la loro giornata a badare alle sue esigenze e ai suoi capricci. Può trattarsi di madri insicure, con tratti borderline di personalità, cioè madri conflittuali che presentano anche tratti impulsivi e aggressivi. Alcune di queste madri possono soffrire di malattie mentali con elementi persecutori, deliranti, paranoidei, per cui percepiscono il loro bambino come un vero e proprio persecutore. Può trattarsi di forme deliranti che possono essere presenti in madri con diagnosi di schizofrenia e di depressione maggiore.

- *Le madri che negano la gravidanza e fecalizzano il neonato.* Si tratta di madri, per lo più molto giovani e abbandonate dal partner, che uccidono o lasciano morire il neonato nell'immediatezza del parto. Queste madri hanno spesso una forte dipendenza dai legami familiari e presentano tratti regressivi, infantili e narcisistici. Spesso negano, in modo isterico, la propria gravidanza, comportandosi come se non fossero incinte. Dopo aver partorito da sole in condizioni clandestine, spesso gettano il neonato nei luoghi ove è raccolta la spazzatura, come se si trattasse di un prodotto fecale, cioè privo di vita, di umanità; altre invece lo abbandonano in luoghi pubblici con la speranza che venga notato da qualcuno.

- *Le madri che ripetono sul loro figlio le violenze che avevano subito dalla propria madre.* Le madri che uccidono il proprio figlio hanno spesso avuto una madre che le minacciava di abbandono, non rispettava la loro individualità, le utilizzava come oggetti, le ha rese vittime di abusi psicologici, violenza, promiscuità sessuale e trascuratezza. Il fatto di avere avuto una "madre cattiva" non consente a queste donne di avere una buona identità materna e pur desiderando, a livello conscio, di essere delle buone madri ripeteranno gli stessi errori che ha compiuto, in passato, la loro madre. In questi casi il meccanismo psicodinamico sotteso è quello dell'identificazione con l'aggressore, che le porterà quindi a ripetere sui propri figli gli stessi errori delle loro madri, fino alle estreme conseguenze dell'omicidio.

- *Le madri che spostano il desiderio di uccidere la loro "madre cattiva" ed uccidono il figlio cattivo.* La differenza del precedente gruppo, i sentimenti di odio che la madre figlicida prova nei confronti della propria "madre cattiva" possono essere introiettati, per cui la madre figlicida può diventare depressa, manifestare tendenze autodistruttive ed inglobare in questo desiderio di morte il figlio divenuto a sua volta "cattivo". Innanzitutto, alla base c'è il desiderio della madre figlicida di uccidere la propria "madre cattiva" e solo secondariamente di spostare la propria aggressività omicidaria verso il figlio, che spesso non è vissuto come è nella realtà, ma come le reazioni emotive della madre e i suoi meccanismi psicologici di difesa lo fanno apparire.

- *Le madri che desiderano uccidersi e uccidono il figlio.* A questo gruppo appartengono madri che vivono in una situazione depressiva grave, senza speranza, senza possibilità di ricevere aiuto e si

convincono che l'unica salvezza per loro e per il proprio bambino sia la morte. Si tratta di madri che si muovono in un progetto di "suicidio allargato" spesso nell'ambito di patologie di tipo depressivo e paranoideo.

- *Le madri che uccidono il figlio perché pensano di salvarlo.* In questo caso ci si trova davanti ad un contesto mentale di tipo paranoideo persecutorio, per cui le madri ritengono che l'unico modo per sfuggire a un mondo crudele che le perseguita sia la propria morte e quella del figlio. Queste madri possono essere anche convinte di sentire voci, che in realtà non esistono, che chiedono in modo minaccioso la morte del figlio come unica possibilità di salvezza. Può trattarsi in questi casi di un figlicidio di tipo altruistico, in cui la morte viene vista come l'unico modo per salvare il proprio figlio da un mondo minaccioso e senza scrupoli.

- *Le madri che uccidono il figlio per non farlo soffrire.* Le madri appartenenti a questo gruppo uccidono il proprio figlio per non farlo più soffrire a causa di malattie reali, come nel caso di una grave malattia organica caratterizzata da forti dolori e da una gravissima riduzione della qualità della vita. E' necessario distinguere questi omicidi compassionevoli, in cui viene privilegiato esclusivamente l'interesse del figlio malato, da quelli pseudo-compassionevoli, in cui la madre uccide il proprio figlio malato per liberarsi da questo "pesante fardello". Altri esempi di omicidi pseudo-compassionevoli sono quelli in cui le madri sono convinte che il proprio bambino soffra di malformazioni o malattie, in realtà inesistenti, e che arrivano ad ucciderlo nella convinzione di salvarlo da sofferenze future. Anche dietro a questi gesti, possono celarsi altre motivazioni.

- *Le madri che danno cure affettuose al proprio bambino ma in realtà lo stanno subdolamente uccidendo.* Il termine "*Sindrome di Munchausen per procura*" indica quella condizione per cui la madre provoca nel figlio delle lesioni che simulano delle malattie al fine di ottenere, in modo particolare, l'attenzione del medico. E' molto difficile individuare le donne affette da questa sindrome, perché appaiono estremamente premurose nei confronti dei propri figli, soprattutto per quel che riguarda la salute, portandoli continuamente ed ossessivamente dal medico per farli curare. Nei casi in cui questa sindrome non venga riconosciuta in tempo, i figli di queste madri possono andare incontro alla morte a causa delle gravi lesioni provocategli. E' bene distinguere le madri affette da Sindrome di Munchausen per procura dalle madri "*ricercatrici di aiuto*" (*help seekers*), cioè quelle madri che continuano a richiedere esami medici per i propri figli a causa di disturbi che loro stesse hanno indotto. Queste ultime si differenziano dalle prime perché la ricerca delle cure mediche è più saltuaria, la patologia indotta è meno grave ed è motivata da un preciso bisogno della madre che necessita di un sostegno da parte di figure specializzate nell'allevamento del bambino. Per queste madri l'offerta di un sostegno concreto nell'allevamento del bambino può costituire un intervento risolutivo. Un'altra diagnosi differenziale della Sindrome di Munchausen per procura

può essere fatta con quelle madri che continuano a richiedere visite mediche per il proprio figlio, il quale ha realmente sofferto in passato di una grave malattia ma dalla quale è ormai guarito (*doctor shopping per procura*). Inoltre, vanno differenziate quelle madri che usano una “terapia farmacologica allargata”, ossia coloro che somministrano in modo del tutto inadeguato ai propri figli dei farmaci che in realtà sono prescritti per loro stesse, a volte provocandone la morte.

2.3 Variabili concausali del figlicidio

Oltre alle principali cause che possono indurre una madre ad uccidere il proprio figlio fin qui descritte, esistono numerosi altri elementi clinici che possono influire sulle motivazioni sociali e personali a commettere un gesto simile. Tra queste numerose variabili concausali, cioè elementi che non costituiscono la causa unica, diretta e sufficiente a provocare il delitto, le più comuni sono:

- *Un sentimento inadeguato di maternità.* Ogni essere umano, subito dopo la nascita, ha bisogno di una “madre sufficientemente buona” che sia in grado di adattarsi in maniera attiva e quasi completa ai propri bisogni primari. Una “buona madre” potrà permettere alla figlia di diventare anche lei un’altra “buona madre” se le cure sono state adeguate e corrette, per far sviluppare nella figlia un atteggiamento positivo nei confronti del mondo e nei confronti del proprio ruolo di madre e dei propri figli.

Se invece la donna ha avuto una “cattiva madre”, percepirà il mondo con diffidenza, immaturità, mancanza di autostima. Ed è proprio questo il caso di molte madri che hanno commesso un figlicidio, le quali hanno avuto una “cattiva madre” che non è stata in grado di trasmettere loro un sentimento adeguato di maternità.

- *L’abuso di sostanze stupefacenti.* L’abuso di sostanze, in particolare di eroina e di cocaina, può contribuire a spingere una madre al figlicidio in due modi: da un lato, la loro assunzione o l’astinenza da esse può provocare irritabilità, eccitazione, stati depressivi e/o disforici; dall’altro, nei casi di doppia diagnosi (malattia mentale e tossicofilia) può scatenare scompensi psicotici, quali eccitazione maniacale, deliri, allucinazioni che possono culminare nell’atto omicidario.

- *La presenza frustrante di situazioni emotive problematiche.* Alcune madri uccidono i propri figli in coincidenza di situazioni fortemente stressanti sopraggiunte nei mesi o anche nei giorni precedenti al delitto. In genere si tratta di situazioni di crisi in cui vi è rappresentata la perdita e/o la separazione, per esempio: la morte di persone care, mutamenti della vita non voluti, separazioni, perdita di sicurezza economica ed altre ancora.

- *La presenza di psicopatologie acute.* La malattia mentale, pur non rappresentando l'unica causa di tale delitto, può agevolare l'agito omicidario. Tra le psicopatologie acute di cui può soffrire la madre al momento del delitto si possono ricordare: la depressione, come nel caso del suicidio allargato, le patologie di tipo paranoideo e schizofrenico-paranoideo, dove il bambino viene percepito o come persecutore o come essere da proteggere da un mondo maligno, le patologie borderline, in cui le madri possono presentare difficoltà nel separare se stesse dal figlio, i disturbi di personalità, in cui vi è maggior facilità a passare all'azione impulsiva, ecc.

Vorrei illustrare un'altra problematica comune a molte madri, legata al periodo immediatamente successivo il parto, che può portarle ad essere "cattive madri", tanto da spingerle, a volte, all'uccisione del figlio.

Subito dopo la nascita del figlio molte madri dimostrano chiari segni di sofferenza e di disagio psichico. Le manifestazioni più frequenti sono quelle del "*baby blue*" o "*maternity blues*", della *depressione post-partum* e della *psicosi puerperale*.

La forma più comune di disturbo postnatale è rappresentata da un lieve disturbo emozionale transitorio di cui soffrono più della metà delle neomamme occidentali nei giorni immediatamente successivi al parto. Questo disturbo è conosciuto come "*baby blues*" o "*maternity blues*". I "*blues*" sono caratterizzati da crisi di pianto, oscillazioni dell'umore e ipersensibilità, che si accentuano intorno al quinto giorno dopo il parto e tendono a durare alcune ore o alcuni giorni. I risultati presenti nella letteratura sull'argomento sono spesso contraddittori, ma è possibile ipotizzare che ciò sia dovuto alla varietà di definizioni e di misurazioni che sono state fornite dai diversi autori che si sono occupati di questa sindrome. Tuttavia, quasi tutti gli autori concordano nel ritenere che la "*maternity blues*" sia caratterizzata da sette sintomi principali: tendenza al pianto, stanchezza, ansia, ipersensibilità, labilità umorale, tristezza e confusione mentale. La donna, subito dopo il parto, si trova a dover cambiare la propria immagine corporea, passando dall'immagine di Sé come gestante a quella di madre che si prende cura di un bambino piccolo e indifeso. Lo spodestamento del suo Sé precedente, l'eventuale mancata soddisfazione delle aspettative materne circa il sesso del bambino, la gelosia nei confronti del bambino che è al centro delle attenzioni di tutti, il senso d'inadeguatezza per come si prende cura realmente di suo figlio rispetto a come l'aveva immaginato, sono tutti aspetti che possono contribuire a sviluppare sentimenti di confusione nella neomamma.

La separazione biologica del parto trova il suo corrispettivo psicologico nella fine delle fantasie materne riguardo al feto e, soprattutto, nella disillusione derivante dall'inevitabile scarto che s'interpone tra il bambino immaginato e il bambino reale. La madre deve essere in grado di tollerare lo spazio vuoto, conseguente al parto, liberandolo dalle proiezioni elementari di cui lo ha colmato il neonato e colmandolo di reciproche soddisfazioni reali. Il senso di vuoto interno conseguente alla

nascita del bambino può essere compensato dalla vicinanza del neonato stesso che la donna allatta al seno. Infatti, il poter godere di un intimo e costante contatto con il proprio bambino, può aiutare la madre a ritrovare quell'unione che il parto ha irrimediabilmente rotto e a vivere in maniera meno traumatica il passaggio dalla fusione alla separazione.

A volte, però, la vicinanza costante del neonato, nel periodo immediatamente successivo al parto, rende l'incontro tra madre e figlio difficile e faticoso per la neomamma.

D'altro canto, anche nei casi in cui si decide consapevolmente di avere un bambino, al momento del parto "il figlio che nasce non è mai il figlio che era stato deciso", quindi, per instaurare una buona relazione con il proprio bambino, è necessario che la sua immagine creatasi nei nove mesi d'attesa lasci il posto all'immagine del bambino reale nella mente della neomamma. Alcune madri, che hanno bisogno di maggiore tempo per rielaborare l'esperienza vissuta con la nascita del bambino e per incontrarlo nella realtà, possono così presentare crisi di pianto, irritabilità e disturbi somatici, come insonnia, cefalee e anoressia. Questi sintomi tendono a scomparire intorno al decimo giorno dopo il parto, anche se alcuni autori hanno osservato una loro durata maggiore.

Se la "*maternity blues*" è un disturbo transitorio, che tende a scomparire dopo qualche giorno dalla sua insorgenza senza particolari conseguenze sulla neomamma e sul suo bambino, non è possibile dire lo stesso della depressione post-partum.

I sintomi che caratterizzano questo disturbo possono essere: sentimenti d'inadeguatezza, d'incompetenza e di disperazione, collera, odio verso se stesse, ipersensibilità, ansia, vergogna, trascuratezza, disturbi del sonno e dell'appetito, calo del desiderio e persino pensieri suicidari. Altri sintomi che sono stati riferiti da madri depresse riguardano pensieri di carattere ossessivo che riguardano il bimbo, paure di poterlo far cadere e di fargli male, fino a giungere, in casi estremi, a pensieri infanticidi.

Stabilire l'esatta incidenza della depressione post-partum non è semplice, sia per la varietà dei criteri utilizzati nei diversi studi effettuati sull'argomento sia perché molte di queste donne non giungono all'attenzione del personale sanitario, tuttavia sono state indicate percentuali tra il 6% e il 28% di madri affette da questo disturbo. Fra i fattori che possono influire sull'insorgenza della depressione post-partum è possibile individuare un fattore di tipo ormonale. Infatti, nel periodo successivo al parto, i valori di estradiolo e progesterone, di prolattina e cortisolo, così come di alcuni ormoni tiroidei variano repentinamente, in particolare si ha un brusco calo di estrogeni. Queste variazioni agiscono direttamente a livello cerebrale, interfacciandosi con i meccanismi di neurotrasmissione coinvolti nella patologia depressiva e determinando quindi la comparsa dei sintomi depressivi.

Il fatto che tutte le donne, dopo il parto, siano soggette a repentini cambiamenti ormonali ma che solo alcune soffrano di depressione, ha suggerito la presenza di una varietà di fattori eziologici, da quello biomedico a quello psicologico, che interagiscono tra loro nell'insorgenza della depressione post-partum.

La depressione post-partum influisce sulla relazione madre-bambino. Nonostante la sua presenza fisica, la madre depressa non è emozionalmente disponibile per il suo bambino, infatti, tende ad essere inaccessibile all'interazione con lui, non riflette il comportamento del neonato e il gioco reciproco è solitamente sporadico, interrotto e caratterizzato da un basso tono. Quando la madre è preoccupata, depressa o eccessivamente ansiosa, tende a non rispondere positivamente al bisogno d'affermazione del proprio bambino. Non riesce ad essere una "base sicura" per la sua esplorazione o a fungere da "riferimento sociale" per lui, esprimendogli la sua eventuale paura, la sua rassicurazione o il suo avvertimento del pericolo.

In alcuni tipi di personalità, invece, l'evento per sua stessa natura critico della maternità può provocare degli squilibri così drammatici e profondi da configurare il quadro clinico delle psicosi puerperali.

Nella psicosi puerperali, solitamente, la donna si ritira in se stessa, è triste, rifiuta totalmente il suo bambino, affermando di non sopportarlo e volerlo vedere, è apatica, trasandata, non si veste, non si lava, non si pettina, presenta insonnia e inappetenza. Molto spesso riferisce allucinazioni, per lo più uditive, e idee deliranti di tipo paranoide, come quando teme che qualcuno la derubi, la uccida o la avveleni. Può presentare sentimenti di autosvalutazione e autoriprovazione di natura melanconica, per cui la donna si sente inutile, inservibile e incapace di crescere i figli. Questo stato può avere una remissione spontanea, in qualche giorno, mese o anno. Nella remissione spontanea riveste un ruolo molto importante la capacità dei familiari di tollerare, assorbire e rielaborare l'angoscia che determina questa situazione. In situazioni reali particolarmente difficili, come nel caso di disaccordi coniugali, di difficoltà economiche gravi o nel caso di una madre nubile o abbandonata, il desiderio di uccidere il neonato può diventare molto forte. Alla base di questo desiderio c'è una fantasia cosciente secondo la quale il bambino soffre e soffrirà sempre di più, quindi solo la morte può salvarlo. La dinamica inconscia del figlicidio, in questi casi, è basata sulla proiezione nel bambino di una parte dell'Io della madre attaccata e danneggiata da un oggetto interno implacabile, di conseguenza, la morte del bambino diviene, inconsciamente, un modo per eliminare il dolore e allo stesso tempo l'oggetto terrificante.

Le donne con personalità borderline sembrano essere in grado di tollerare l'unità madre-bambino solo a livello organico. Durante la gravidanza, si viene così a stabilire tra feto e madre un'unità vissuta come identità biologica, tale da ostacolare l'intrusione di qualsiasi tipo di fantasia relativa

all'aspetto psicologico e relazionale della gravidanza, perché percepita come possibile fonte d'angoscia. Adagate in uno stato d'innegabile unitarietà biologica, queste donne si difendono dai cambiamenti che la gravidanza, il parto e la maternità inevitabilmente comportano. Con il parto si viene a creare una profonda frattura tra madre e prodotto del concepimento, ed emerge l'incapacità della madre borderline di ricostruire una nuova unità in cui si compenetrano e si fondono aspetti corporei insieme con aspetti psicologici.

E' facile comprendere come personalità di tipo borderline possano tollerare difficilmente la sensazione di essere risucchiate e trascinate dal neonato in una nuova unione simbiotica, che implica il riemergere di vissuti e fantasie relative al tema dell'identificazione e, più in generale, del rapporto con la propria madre.

Invece, la psicosi puerperale di tipo maniacale è caratterizzata da una madre allegra, vivace, che non si occupa del neonato, non riconosce nessun cambiamento nella sua vita, a partire dalla seconda o terza settimana fa in modo di restare il più possibile lontana dal bambino, lasciandolo alle cure di altri. L'anormalità di questa condizione psicologica si manifesta soprattutto con uno stato di tensione permanente, irritabilità e iperattività.

Nei casi di remissione spontanea, in cui scompaiono le manifestazioni estreme e vistose, la donna all'apparenza sembra prendersi cura del bambino, ma in realtà tende a delegare i propri compiti di "caregiving" a qualcun altro. E' in questi casi che sono maggiori i rischi per il futuro, in quanto la remissione ha avuto luogo in conformità a una profonda dissociazione della personalità, attuata attraverso la negazione e rimozione dei vissuti persecutori e depressivi, quindi l'assunzione del ruolo materno è incompleta e parziale. Le donne affette da questa forma di psicosi puerperale, successivamente, possono cercare di sostituire la loro incapacità di assumere il ruolo materno, sopprimendo l'angoscia e la frustrazione derivanti da questa loro mancanza, in vari modi: promiscuità sessuale, gioco d'azzardo, tossicodipendenze, estrema dedizione al lavoro.

Un'altra forma di dissociazione consiste nel concentrarsi totalmente nella cura del bambino, mettendo da parte tutti gli altri aspetti della personalità. E' questo il caso in cui la donna si occupa solamente del bambino, non si occupa della casa, trascura del tutto il marito e si disinteressa di tutte le proprie attività precedenti. Questa condizione implica un inevitabile accumulo di avversità, conflitti e delusione, che, con il passare del tempo, può portare a un quadro depressivo grave, con forti idee di suicidio.

Sebbene circa la metà delle donne presenti episodi psicotici precedenti al puerperio e una storia familiare caratterizzata da malattie mentali, la causa delle psicosi puerperali è ancora sconosciuta.

Allo stesso tempo però si è osservato che questo tipo di psicosi possono insorgere anche in donne che prima del puerperio sembravano essere psicologicamente sane, soprattutto, successivamente alla loro prima gravidanza.

Il momento dell'insorgenza della psicosi puerperale sembra essere un fattore molto importante nel determinare la qualità del legame madre-bambino. Durante la fase acuta della malattia, il neonato è spesso incorporato all'interno del sistema delirante della madre, dove la natura della loro interazione può essere grossolana, iperstimolante in modo inadeguato, scarsamente disponibile a livello emotivo e caratterizzata da preoccupazioni allucinatorie.

2.4 Dinamiche psicologiche che seguono il delitto

Dai numerosi casi di cronaca riguardanti il figlicidio, non si può tracciare un unico comportamento della madre che commette l'omicidio del proprio bambino. Ogni caso è a sé, perché il comportamento della madre, dopo aver commesso il figlicidio, può dipendere da diversi fattori: il rapporto della donna con la famiglia di origine, la presenza e il tipo di malattia mentale, la capacità di introspezione e di accettazione dell'omicidio, il tipo e la qualità di vita nel contesto penitenziario, l'accettazione di trattamenti psicoterapeutici e farmaceutici.

Le dinamiche psicologiche che possono seguire un delitto come quello del figlicidio sono molteplici ed è estremamente importante arrivare ad una loro comprensione immediata, sia per l'accertamento della verità in sede giudiziaria, sia per impostare un intervento terapeutico finalizzato ad un'immediata prevenzione dei tentavi di suicidio, molto frequenti in queste donne, o di reiterazione del delitto, e, a lungo termine, ad una più completa riabilitazione della persona.

In alcuni casi, le madri che hanno ucciso il proprio figlio tendono ad una confessione completa e veritiera non appena commesso il delitto, in altri, invece, le madri continuano a sostenere, anche per lunghi periodi, la loro estraneità. Un esempio del primo gruppo, può essere quello della madre "sopravvissuta" ad un progetto di suicidio allargato che, dopo avere ucciso il proprio figlio, racconta con grande sofferenza e con minuziosità di particolari il delitto da lei commesso. Un esempio del secondo gruppo, è quello di una madre che uccide il figlio perché indesiderato e tende a negare con forza la propria responsabilità fino ad attribuirlo ad un'altra persona.

Alla base di tali processi psicologici, c'è spesso il tentativo da parte dell'autore del delitto di trasformare, per difesa psicologica e in modo inconscio, la propria immagine e quella della vittima. Per quanto riguarda se stessa, la madre può cercare di trasformare la propria immagine di madre "cruelle e cattiva" in quella di madre "disperata e sofferente", per cercare di mantenere una

sufficiente autostima ed un'accettazione di se stessa. Per quanto riguarda l'immagine del proprio figlio, può essere resa più "cattiva" o molto più "buona" di quella che è in realtà, con l'intento di "giustificare" il proprio atto ("*Mio figlio era veramente un demonio*") o di cercare di placare i propri sentimenti di colpa richiamando su se stessa una punizione ("*Mio figlio era un angelo, sono io quella cattiva che deve essere punita per l'orrendo crimine che ho compiuto*").

Sulla confessione della madre hanno grande influenza tutte le misure difensive per eludere la giustizia o almeno attenuare e ridurre la pena prevista per il reato commesso. Gli avvocati, i parenti e le stesse notizie che provengono dai vari mezzi di comunicazione rivestono un ruolo di grande importanza, sia come fonti di informazione, sia nella scelta delle tecniche difensive da adottare.

A volte i meccanismi di difesa, di trasformazione dell'immagine di se stessa e della vittima, utilizzati dalle madri si associano bene con i mezzi di difesa psicologici delle persone a loro vicine o dell'opinione pubblica, andando infine ad essere avvalorati, non sempre in maniera adeguata, da spiegazioni scientifiche. Ecco che da qui ci si appella, a scopo di difesa, a stati di infermità mentale temporanea, a personalità multiple, al contagio della patologia mentale, a vari tipi di amnesia patologica, ecc.

C'è poi da considerare con particolare attenzione il processo della "simulazione conscia che si trasforma in simulazione inconscia", per cui una persona inizia a dire una falsità sapendo di dire una falsità, ma poco per volta si convince di dire la verità e così, al termine di un lungo processo di auto-convincimento, la persona diventa persuasa in modo acritico di affermare la verità. Questo è il caso di quelle madri che, subito dopo il delitto, utilizzano delle false versioni dell'accaduto, per poi, dopo lungo tempo, arrivare a credere loro stesse a quanto affermato in precedenza.

La comprensione della difficoltà da parte delle madri di rievocare il ricordo dell'uccisione del proprio figlio può presentarsi più o meno difficoltosa a seconda dei casi. In alcuni casi può essere facilmente comprensibile e sono le madri stesse ad esternare chiaramente di essere consapevoli di ciò che è accaduto ma di non volerlo ricordare. In altri casi, possono presentarsi vari meccanismi di difesa che hanno lo scopo di tutelarle dall'ansia, dai sensi di colpa, dal rifiuto di fronte ad un così orribile delitto, che sono: le fantasie compensatorie ("*Non volevo farlo, presto mi riunirò a mio figlio in cielo e saremo felici*"), la razionalizzazione ("*Ho ucciso mio figlio per non farlo più soffrire*"), la proiezione, attraverso cui si attribuiscono le proprie colpe ad altre persone ("*Non sono stata io ad uccidere mio figlio, è stato mio marito a convincermi*"), l'isolamento dei sentimenti del fatto ("*So di avere ucciso mio figlio, ma non provo alcun sentimento*").

In altri casi, i meccanismi di difesa sono utilizzati in modo così esasperato da andare a configurare dei quadri psicopatologici gravi concernenti alterazioni della "normale reazione da lutto", ossia dei processi psicologici che andrebbero messi in atto di fronte la perdita di una persona cara, o delle

“amnesie patologiche”, ossia le patologie psichiatriche che non permettono di rievocare il ricordo. Meccanismi come quello della negazione, per cui una madre può arrivare a credere che il proprio figlio sia vivo in attesa del suo ritorno dopo l’ingiusta carcerazione (reazione da lutto delirante); oppure, in alcune personalità (personalità borderline, DPTS, stati dissociativi, etc.) possono verificarsi delle amnesie patologiche in cui la madre non è in grado di rievocare il fatto, come se l’avesse cancellato dalla propria mente o non fosse in grado di utilizzare i meccanismi fisiologici per far tornare il ricordo allo stato di coscienza.

Non esiste uno schema di comportamento predefinito da parte di una madre che ha appena ucciso il proprio figlio; ogni madre seguirà un percorso che può dipendere da molte variabili, tra cui la presenza o meno di una malattia mentale, la qualità del rapporto con la famiglia d’origine e con la famiglia acquisita, la capacità di introspezione e di accettazione dell’omicidio, la qualità di vita nel contesto penitenziario e la sensibilità a trattamenti psicoterapici e farmacoterapici.

Nonostante tali differenze è possibile distinguere alcune fasi principali che possono caratterizzare molte madri figlicide.

Nella fase immediatamente successiva all’arresto esiste una forte possibilità che la donna metta in atto un suicidio; ciò si può verificare nelle madri depresse e incapaci di vivere, che hanno commesso il figlicidio in un contesto di suicidio allargato.

Nel momento in cui vengono stesi gli atti dell’indagine, questa donna può verbalizzare che ha fatto un patto di suicidio con il figlio, per cui deve uccidersi immediatamente. Alcune madri invece, in situazioni come ad esempio la ricorrenza della morte del figlio, raccontano di una vaga promessa di uccidersi.

In questa prima fase i familiari della madre omicida le stanno accanto e cercano spesso, in un processo di negazione, di attribuire la colpa di quanto successo a terze persone o a stati temporanei di malattia, allo scopo di proteggere e di continuare ad avere una relazione con una persona che rimane pur sempre autrice di un delitto.

Nel momento precedente la conclusione del processo la madre che ha commesso il figlicidio sembra a disagio, ansiosa, inquieta ed è possibile attribuire questo stato psicologico ad almeno tre ragioni: la prima è dovuta all’inizio della reazione di lutto, in cui la madre inizia a percepire la mancanza del proprio bambino ed, in modo più o meno chiaro, le proprie responsabilità; la seconda è dovuta allo stato di detenzione in prigione, con tutti i problemi legati alla perdita di libertà, all’etichettamento da parte dei mass-media, alle difficoltà relative all’ambiente penitenziario; la terza riguarda l’azione di turbamento a causa di tutte le procedure legali, i colloqui con il giudice e gli avvocati, le dichiarazioni dei mezzi di comunicazione, che “costringono” la madre a doversi confrontare con il delitto appena compiuto e con tutti gli stati emotivi che da questo confronto scaturiscono. Anche in

questa fase, esistono dei momenti particolarmente rischiosi per il passaggio all'atto suicidario, come: le intrusioni emotive del ricordo del bambino, per esempio legate a particolari ricorrenze (anniversario della nascita del bambino, le festività natalizie, la festa della mamma), in cui il ricordo è più vivo e può far scaturire sensi di colpa e desideri di punizione che possono tramutarsi in tentativi di suicidio; come pure la presa di coscienza emotiva delle prove di colpevolezza, in cui, dopo un'iniziale speranza che non esistano delle prove concrete per poter essere accusata, segue la consapevolezza di essere condannata ad un destino di detenzione e di "condanna sociale" per il "più orribile dei delitti".

La fase dopo la conclusione del processo è caratterizzata dal fatto che le madri figlicide attraversano una fase temporanea di apparente tranquillità la cui durata può variare a seconda dei casi. In un primo momento, viene utilizzato il meccanismo di difesa della negazione dei fatti accaduti, per cui le madri non riescono a rendersi conto della scomparsa definitiva del proprio figlio, e del proprio stato psichico, negando i propri sintomi depressivi e giungendo a costruire con la fantasia un futuro immaginario diverso da caso a caso. In un secondo momento, avviene un contatto duro e penoso con la realtà, per cui diventa sempre più chiaro che il loro bambino non c'è più e che le uniche responsabili della sua morte sono solo loro. In questo momento, i rischi suicidari aumentano ed è ancor più difficile rilevarli poiché le madri, paradossalmente, tendono a manifestare un buon adattamento all'interno dell'ambiente carcerario, mostrandosi attente, rispettose e socievoli.

La fase del reinserimento sociale varia a seconda del caso e molto spesso è difficile. Nei casi di figlicidio, non è raro assistere a dei meccanismi psicologici di riparazione, attraverso il desiderio di avere un altro figlio e di prendersi cura di lui. Quando ciò avviene a distanza di anni, potrebbe essere visto come un segnale terapeutico di un adattamento creativo alla penosa situazione che si è verificata in passato. Il desiderio della madre figlicida deve essere in ogni caso valutato attentamente dai terapeuti, perché potrebbe celare la possibilità di una recidiva, cioè l'uccisione di un altro figlio. A tal proposito, è molto importante riuscire a comprendere se le dinamiche che hanno portato al primo caso di figlicidio si siano esaurite attraverso un lungo percorso terapeutico e non siano più presenti al punto da poter determinare una recidiva. Per quanto riguarda i familiari della madre figlicida, al contrario della fase immediatamente successiva all'arresto in cui apparivano disponibili e collaborativi, in questa fase possono essere diffidenti, ostili ed avere difficoltà ad accettare il ritorno a casa della propria moglie, madre o figlia. Inoltre, nei casi di madri che avevano precedenti psichiatriche, in questa fase di reinserimento sociale, possono verificarsi degli scompensi di tipo psicotico, con deliri, allucinazioni, stati dissociativi, ecc. che devono essere attentamente e costantemente monitorati da parte dei terapeuti che seguono queste donne.

2.5 Interventi giuridici

Come brevemente accennato nell'introduzione, il figlicidio, nel nostro ordinamento penale, non esiste come reato. Vengono invece puniti i comportamenti criminosi che rientrano nel reato di infanticidio (art. 578 c.p.) e in quello di omicidio (art. 575 c.p.).

Per quanto riguarda il reato di infanticidio, esiste un trattamento penale particolare perchè viene considerato una fattispecie criminosa meno grave di omicidio posto in essere nei confronti del neonato, in circostanze difficili e sotto la spinta di pressioni sociali.

L'art. 578 del Codice Penale considera l'infanticidio come *“la procurata morte del neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, da parte della propria madre, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni. A coloro che concorrono nel fatto di cui al primo comma si applica la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Tuttavia, se essi hanno agito al solo scopo di favorire la madre, la pena può essere diminuita da un terzo a due terzi”*.

La differenza sta nel fatto che nel concetto di infanticidio, così come previsto dal codice penale, la parte attiva che procura la morte è la madre, l'uccisione è in persona di un neonato nell'immediatezza del parto e l'evento criminoso deve essere in relazione con un abbandono materiale e morale da parte dell'autore del delitto.

I genitori che uccidono i propri figli al di fuori di questo stretto arco temporale saranno colpevoli di omicidio secondo l'art. 575 del nostro Codice Penale, che afferma: *“Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno”*.

Quindi, nel caso del figlicidio è importante tenere in considerazione *“l'uccisione del figlio non neonato ma ancora bambino”*. Questo per sottolineare la differenza del legame affettivo, di interdipendenza, di convivenza di vissuto comune che si è già instaurato con il proprio bambino, che non è più un neonato.

Diverse pene quindi, per reati simili, la cui unica sottile differenza si basa sull'età della vittima.

Il figlicidio, che negli ultimi anni è sempre più presente nei fatti di cronaca, rimane nella nostra cultura, nel nostro modo di pensare e di vivere un delitto orribile, incompreso, che riscuote un'alta visibilità sociale, che provoca allarme nelle persone, suscita paure e timori, etichette e condanne e che lascia a tutti ancora molti lati oscuri e molti interrogativi a cui la scienza e i maggiori esperti nel settore non sanno rispondere.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardini de Pace A., Mamma non m'ama. Le madri cattive esistono, Sperling e Kupfer Editori, Milano, 2005.
- Bramante A., Fare e disfare. Dall'amore alla distruttività, Aracne, Roma, 2005.
- Caffo E., Abusi e violenze all'infanzia, Unicopli, Milano, 1982.
- Carlioni G., Nobili P., La mamma cattiva. Fenomenologia, antropologia e clinica del figlicidio materno, Guaraldi, Firenze, 2004.
- Cesa-Bianchi M., Scabini E., La violenza sui bambini, Angeli F., Milano, 1991.
- Cirillo S., Di Blasio P., Le famiglie maltrattanti, Raffaello Cortina, Milano, 1989,
- Farinoni P., Scabini E., La violenza sui bambini, Franco Angeli, Milano, 1991.
- Kantzà G., Come uccidono le donne, Edizioni Magi, Roma, 2005.
- Malacrea M., Vassalli A., Segreti di famiglia, Raffaello Cortina, Milano, 1990.
- Merzagora Betsos I., Demoni del focolare. Mogli e madri che uccidono, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
- Nivoli G.C., Medea tra noi: le madri che uccidono il proprio figlio, Carocci, Roma 2002.
- Palermo G.B., Palermo M.T., Affari di famiglia: dall'abuso all'omicidio, Edizioni Magi, Roma, 2003.
- Rascovsky A., Il figlicidio, Astrolabio, Roma, 1974.

ALTRE FONTI

- <http://www.minoriefamiglia.it>
<http://www.dirittoefamiglia.it>
<http://www.unicef.it>
<http://www.giustizia.it>
<http://www.studiocelentano.it>
<http://www.criminologia.org>
<http://www.synergiacentrotrauma.it>
<http://www.altrodiritto.unifi.it>
<http://www.criminologi.com>
<http://www.infanzia.it>