



***“Ninna nanna, ninna oh
questo bimbo a chi lo do?...”***

Mamme che uccidono i propri figli.

Dott.ssa Angela Caccioppo

“...E’ come avere una mosca che, ronzando, rimbalza continuamente da una parte all’altra del cervello. Non riesci a pensare ad altro e attorno a te c’è una nebbia fitta che non ti permette di vedere nulla...Il pensiero, quando sei depressa, è un’ossessione che non ti da tregua. Ed io, in quel momento, ho pensato che se mi fossi uccisa avrei risolto ogni problema. “Ma non posso lasciare i bambini da soli”, mi dicevo: “così piccoli non possono restare senza mamma”. Avrei dovuto uccidere anche loro...” Queste sono le parole di una donna che soffre di depressione puerperale grave, Ginevra, 34 anni, mamma di due bambini di 2 anni e mezzo e 14 mesi. Descrivendo il suo disturbo, dice: *“E non si venga a dire che non si vede: non dormi più, smetti di mangiare oppure mangi pochissimo. Hai forti alti e bassi: a momenti di euforia si alternano giorni in cui non ti vuoi vestire, non ti lavi i capelli per settimane, piangi, piangi e piangi... Sei pallida, gli occhi spenti, sei trasandata, non ti curi, di solito sei troppo magra o grassa... Hai sensi di colpa e non ti senti all’altezza, non sei in grado di fare nulla...”* (“Ho pensato di uccidere i miei figli.” di Daniela Condorelli, articolo pubblicato su “D”, inserto del quotidiano “La Repubblica”, del 28 Settembre 2002).

12 Febbraio 1988: muoiono nella vasca da bagno in un appartamento di Ostia due fratellini, di uno e cinque anni. Tutto lascia supporre che si tratti di una disgrazia, ma il 9 marzo del '91, anche il terzo figlio di Apollonia Angiulli, di appena otto mesi, muore nelle medesime circostanze. La Angiulli, 39 anni, tenta il suicidio ingerendo una forte dose di barbiturici, ma viene incriminata.

29 Giugno 1995: una nobildonna fiorentina uccide il figlio di cinque anni nella casa di famiglia, nel cuore di Firenze, tagliandogli la gola. Poi tenta il suicidio. Sarà assolta in appello, che l'ha giudicata non imputabile per vizio totale di mente quando commise l'omicidio.

13 Ottobre 1995: a Porto Ercole (GR), una madre di 35 anni si getta dal balcone della sua casa stringendo al petto il figlio di soli 5 mesi. Il bimbo muore e la donna si salva.

29 Aprile 1997: a Foggia, Anna Maria Colecchia, 35 anni, che soffriva da tempo di crisi depressive, strangola i due figli di 5 e 8 anni, poi mette i loro corpi su un lettino con le mani congiunte, e si uccide impiccandosi.

30 Agosto 1997: a Montecassiano (Macerata), Maria P., 37 anni, uccide i due figlioletti, un maschio di tre anni e una femmina di sei, strangolandoli e annegandoli. Poi si uccide impiccandosi con una corda ad una ringhiera.

10 Settembre 1997: a Portobuffolè (TV), una donna di 37 anni si suicida buttandosi nel fiume Livenza con il figlio di 18 mesi.

12 Dicembre 1997: a Cesenatico (FO), una donna di 40 anni si suicida gettandosi in mare insieme al suo terzogenito di 5 anni.

2 Aprile 1999: a Prato (FI), una donna di 33 anni si getta dal quarto piano con una bimba di due anni in braccio. Muore solo la donna.

18 Dicembre 1999: A Brescia, Marisa Pasini, 36 anni, uccide il figlio di 3 anni Giorgio, gettandolo nelle acque gelide del fiumiciattolo Chiese in piena.

31 Gennaio 2000: A Padova, vengono trovati morti, nella loro abitazione, Isabella Pasetti, 33 anni, e il figlioletto di tre anni e mezzo. Sul posto, è stata trovata una lettera della madre, in cui si annuncia l'intenzione di togliere la vita a se stessa ed al suo bambino, e si fa riferimento ad una forte depressione dovuta a dissapori familiari.

21 Febbraio 2000: a Mestre (VE), una donna di 30 anni muore assieme alla figlia di due mesi dopo essersi gettata dal sesto piano del palazzo in cui abitava con il marito.

11 Agosto 2000: a Castel del Sasso (Caserta), Anna Pendolino, una maestra di 36 anni in crisi depressiva, si uccide con le tre figlie di sei, due e un anno, saturando l'interno della macchina con i gas di scarico.

14 Settembre 2000: A Napoli, Carmen De Filippo, 29 anni, immediatamente dopo aver scoperto che sua figlia è caduta dal sesto piano, si getta nel vuoto stringendo tra le braccia la figlia più piccola.

16 Novembre 2000: A Sedriano (MI), prima di uccidere la bimba che aveva appena partorito, infilandola ancora viva in uno zaino e nascondendolo poi sotto il letto della nonna, una donna ha preso una cucitrice e ha riempito di spille le labbra della neonata in modo che il suo pianto non si sentisse.

23 Gennaio 2001: A Statte (TA), una casalinga di 27 anni, ha ucciso il suo bambino di 2 mesi premendogli il cuscino sul volto.

19 Aprile 2001: A Indago (MI), una donna ha soffocato il suo bimbo di 19 mesi e poi si è impiccata a una trave del soffitto

20 Giugno 2001: In Texas, una donna di 36 anni, che soffriva di una grave depressione, ha ucciso i suoi 5 bambini, che avevano dai 6 mesi ai 7 anni, affogandoli nella vasca.

29 Giugno 2001: a Cretone, una frazione di Palombara Sabina (RM), una donna macedone di 36 anni, sposata con un italiano, colta da un raptus, uccide con 30 coltellate i suoi due figli, di 6 e 5 anni.

27 Ottobre 2001: a Nove (VI), una donna di 28 anni uccide, strangolandola con una calza di nylon, la figlia di 7 anni appena rientrata a casa da scuola.

2 Dicembre 2001 - a Vittuone (MI), una donna di 40 anni uccide la figlia di 7 anni, infilandole un sacchetto di cellophane sulla testa e stringendoglielo al collo con i suoi collant di nylon.

30 Gennaio 2002: a Cogne viene ucciso Samuele Lorenzi. I soccorritori, chiamati dalla madre, Annamaria Franzoni, lo trovano con gravissime ferite alla testa ed il bambino morirà poco dopo. Qualche giorno dopo viene accusata dell'omicidio la mamma.

19 Febbraio 2002: a Novara, una donna di 21 anni uccide la figlia di poco più di un mese, cercando con violenza di farla smettere di piangere.

12 Maggio 2002 - a Madonna dei Monti, frazione di Santa Caterina Valfurva (SO), una donna di 31 anni uccide la figlia di 8 mesi mettendola nella lavatrice alla quale fa compiere un ciclo di lavaggio.

14 Marzo 2002: a Rosciano (CH), Maria Laura Falone, casalinga di 26 anni, ha confessato di aver ucciso il figlio, premendogli la mano sulla bocca perché non sopportava più di sentirlo piangere.

17 Maggio 2002: a Imola (BO), una donna di 34 anni uccide a coltellate la figlia di 7 e si suicida usando la stessa arma, un coltello da cucina.

19 Febbraio 2003: a Sassari, una donna si è gettata dal quarto piano della clinica dove era in attesa di partorire, morendo sul colpo. E' invece viva la bambina che portava in grembo, anche se le sue condizioni di salute sono critiche.

14 Aprile 2003: un'impiegata di 32 anni, di Pontedera, confessa di aver abbandonato dopo il parto Faustino Angelo, il neonato ritrovato morto nella discarica di Pontedera nel Febbraio 2001. La donna viene però arrestata per duplice omicidio: la si accusa di aver abbandonato un altro neonato il Dicembre successivo.

3 Giugno 2003: Herika Rebelo strangola e poi affoga in un water dell'ospedale di Desio (MI) la figlia di tre mesi, ricoverata il giorno prima per una caduta dalla carrozzina. “Ho ucciso il mostro” ripete la donna fuori di sé.

25 Settembre 2003: a Fasano, Maria Semeraro, casalinga di 32 anni, ha ucciso a coltellate il proprio figlio di quattro anni e ha poi tentato di suicidarsi, senza riuscirvi. Circa quattro mesi prima, era morta per cause naturali la sorellina gemella del piccolo e, da quel momento, la donna non si era più ripresa.

5 Luglio 2003: il piccolo Jaspal Singh, due mesi, viene ucciso da un abbraccio mortale della madre. La donna, emigrata dal Panjab a Piediripa di Macerata è affetta da uno stato patologico di natura psichiatrica.

18 Dicembre 2003: a Turbigo (MI), Laura Manzin, 39 anni, si è uccisa con il figlio Leonardo, di 2 anni, lasciandosi annegare in un canale artificiale.

24 Febbraio 2004: a Melbourne, un'australiana di 25 anni è stata accusata dell'omicidio di quattro dei suoi cinque figli nell'arco cinque anni.

18 Novembre 2004: a Napoli, una baby sitter partorisce di nascosto in bagno una bimba e la uccide, nascondendo il piccolo corpo senza vita nell'armadio.

25 Novembre 2004: a Siena, una giovane studentessa universitaria di 19 anni, ha ucciso il figlio, appena partorito, e lo ha tenuto rinchiuso in una valigia di tela per circa 15 giorni.

7 Gennaio 2005: a Bari, la piccola Eleonora, di 16 mesi, muore di fame e di sete perchè non veniva adeguatamente nutrita da un paio di mesi. Lo stomaco della piccola è stato trovato vuoto.

18 Maggio 2005: A Casatenovo (LE), Maria Patrizio, 29 anni, racconta di essere stata aggredita in casa mentre faceva il bagnetto al figlio di 5 mesi, scivolato nell'acqua e morto. Ma una settimana dopo la donna è fermata per omicidio aggravato e simulazione di reato, e il 31 maggio confessa di essere stata lei a provocare la morte del bambino.

3 giugno 2005: A Graz (AUSTRIA), una donna di 32 anni ha ucciso i suoi 4 figli subito dopo averli partoriti, nell'arco di tre anni. La donna avrebbe spiegato di essersi sbarazzata dei neonati perché pensava di non farcela ad allevarli e perché temeva che il suo uomo l'avrebbe lasciata. Avrebbe

anche parlato della sua "angoscia esistenziale" nella quale, temeva, sarebbero potuti cadere anche i suoi figli. Per questo li avrebbe uccisi tutti appena nati.

2 Luglio 2005: a Roasio (VL), Matilda, una bambina di 22 mesi, muore per traumi interni. Per la vicenda, dopo qualche giorno, è indagata la madre Elena Romani, 31 anni. La bambina sarebbe stata uccisa con una scarpa usata come corpo contundente o per sferrare uno o più calci.

8 settembre 2005: a Bolzano, una casalinga di 39 anni uccide a coltellate suo figlio di 4 anni davanti all'altro figlio di soli 5 anni. Subito dopo aver confessato, la madre tenta di uccidersi lanciandosi dalla finestra del commissariato e finendo in ospedale in gravi condizioni.

20 Settembre 2005: a Biella, una donna bulgara di 34 anni, dopo aver partorito da sola in casa, ha nascosto il neonato in un mobile da bagno.

10 Ottobre 2005: ad Alatri, in provincia di Frosinone, è stata arrestata una donna bulgara per aver ucciso suo figlio appena nato ed averlo nascosto nell'armadio per più di un mese.

...Qual è la linea "sottile" che divide le mamme come Ginevra, che spaventata per aver pensato di uccidere i propri figli ha chiesto aiuto, da quelle come Isabella, Anna, Laura, che invece sono arrivate ad uccidere i loro bambini? La vera differenza tra coloro che pensano di uccidere il proprio figlio e coloro che mettono in atto questo pensiero sta veramente soltanto nella riflessione? Perché alcune donne riescono a fermarsi un attimo prima e a chiedere aiuto, ed altre invece no?....

La morte violenta di un bambino genera sempre profondo sgomento nella collettività e, in linea generale, questo avvenimento appare fortemente in contrasto con la cultura dei diritti del minore che, tanto faticosamente, si sta diffondendo soprattutto negli ultimi anni. Quando poi la morte arriva per mano di una mamma, che invece nell'immaginario comune dovrebbe essere la persona per eccellenza che accudisce e protegge il proprio bambino, la cosa diventa per ciascuno di noi "insopportabilmente" destabilizzante. Allo stesso tempo, però, questo non ci "paralizza", nemmeno quando ci troviamo davanti ai particolari più macabri, semmai vogliamo sapere, vogliamo capire, cercando forse così di esorcizzare l'angoscia che tali fatti suscitano in noi.

Da un punto di vista giuridico, con il termine di *figlicidio* si indica l'uccisione del figlio da parte di un genitore, sia il padre che la madre. Questo reato non è contemplato dal Codice Penale Italiano, che tiene in considerazione solo l'infanticidio e l'omicidio. L'*infanticidio* è, secondo l'art. 578 del

Codice Penale, *"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 ed 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"*. Nel concetto, quindi, di infanticidio, così come previsto dal codice penale, la parte attiva che procura la morte è data dalla 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 dell'autore del delitto. I genitori che uccidono i propri figli al di fuori di questo strettissimo 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 ai ventuno anni"*. Diverse pene quindi, per delitti simili, la cui unica sottile differenza si basa sull'età della vittima.

Per avere un'idea dell'entità del fenomeno, secondo un'indagine ISTAT relativa a tutti gli omicidi volontari compiuti in Italia nel 1998, su un totale di 670 omicidi, 128 erano stati effettuati all'interno della famiglia e di questi 22 erano casi di figlicidio. Da un'analisi dei dati emerge che il sesso dei figli uccisi è equamente distribuito, in genere hanno meno di 25 anni e negli altri casi risultano affetti da handicap. L'analisi del livello sociale mostra, che gli omicidi in famiglia prevalgono nei livelli sociali bassi, nella maggior parte dei casi si tratta di donne non coniugate aventi un'età compresa tra i 21 e i 28 anni. La stessa indagine, ripetuta nel 2000, ha evidenziato che i dati non si discostano significativamente da quelli precedenti e si possono considerare per difetto, perché molti casi sfuggono alle statistiche.

Nel considerare questi dati, infatti, bisogna tener conto di tutti quei decessi di bambini che sono catalogati come "disgrazie" e che in realtà potrebbero nascondere omicidi compiuti per omissione con gravi e volontarie carenze di cure e di attenzioni da parte delle madri (Nivoli, 2002).

Per comprendere meglio questo fenomeno così complesso vorrei cercare di enucleare le principali motivazioni che possono spingere una madre al delitto di figlicidio, esaminando le più frequenti, per soffermarmi su alcune condizioni psicopatologiche piuttosto note come la depressione post-partum e la psicosi puerperale.

Prima di fare ciò, mi sento in obbligo di sottolineare che: solo un terzo delle madri che uccidono i propri figli presentano una grave malattia mentale, che concerne soprattutto patologie di tipo depressivo (la madre che uccide il proprio bambino in una fase di depressione con un progetto di suicidio allargato) e paranoideo (la madre che uccide il proprio bambino per salvarlo da forze persecutorie e maligne); i restanti due terzi presentano al massimo disturbi di personalità

(borderline, antisociale, immaturo, indipendente) che non permettono loro di gestire situazioni di vita difficili (per esempio nel caso di gravi perdite), di scompensi psichici (per esempio nel caso della depressione post-partum), di alterazioni comportamentali legate ad abuso di sostanze (per esempio stati di irritabilità o eccitazione a seguito dell'assunzione o della carenza di sostanze stupefacenti).

Questa preponderanza di madri figlicide con disturbi di personalità e non con alterazioni mentali gravi ha una importante implicazione dal punto di vista giuridico, ossia, la maggior parte delle madri figlicide vengono considerate capaci di intendere e di volere e, quindi, poste in un carcere comune anziché in un ospedale psichiatrico giudiziario.

Tra le varie motivazioni che possono spingere una madre ad uccidere il proprio figlio, si possono osservare le seguenti:

- **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 una 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, per esempio, 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 affrontare la loro funzione materna nel provvedere alle necessità vitali e fondamentali del proprio bambino, al contrario, vivono le sue esigenze 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 in modo passivo, 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. Per descrivere questo tipo di figlicidio è stata ideata una nuova sindrome, la *Sindrome di Medea*, dalla protagonista della nota tragedia di Euripide. Medea 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, violenza sessuale subita, 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, perché 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, ovvero 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 padre del bambino, 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; 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" sul proprio figlio:** a 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. Il figlio non viene più quindi percepito nella sua realtà, ma solo in funzione dei meccanismi psicologici di difesa che la madre mette in atto per gestire la propria angoscia.
- **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 il loro bambino e per loro sia la morte. Si tratta di madri che si muovono in un progetto di "*suicidio allargato*" nell'ambito spesso 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 morte propria e quella del proprio 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 a decorso ingravescente 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 pseudocompassionevoli, in cui la madre uccide il proprio figlio malato per liberarsi da questo "pesante fardello". Altri esempi di omicidi pseudocompassionevoli 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 apparentemente si prendono cura del proprio bambino ma in realtà lo stanno subdolamente uccidendo:** con il termine "*Sindrome di Munchhausen per procura*" si 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 Munchhausen per procura da quelle "ricercatrici di aiuto" (*help seekers*), queste ultime pur continuando a richiedere esami medici per i propri figli a causa di disturbi che loro stesse hanno indotto, 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 sostegno nell'allevamento del bambino. Per queste madri l'offerta di un sostegno concreto

nell'allevamento del bambino può costituire un intervento risolutivo. Un'altra distinzione va fatta da 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*). Ed infine, non vanno dimenticate 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.

Esistono, inoltre, numerose variabili concausali che possono influire sulle motivazioni sociali e personali che portano a commettere un delitto come quello del figlicidio. Tanto per ricordarne qualcuna:

- **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 bisogni primari del proprio bambino. Se le cure della madre verso la figlia, che diventerà madre a sua volta, sono state adeguate e corrette, quest'ultima potrà avere un atteggiamento positivo 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:** l'abuso di sostanze stupefacenti, in particolare l'eroina e la cocaina, può contribuire 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.

A questo punto, vorrei soffermarmi su alcune patologie mentali di cui possono soffrire le mamme nel periodo immediatamente successivo alla nascita di un figlio ed in cui è possibile ritrovare alcuni degli elementi concausali da me appena descritti.

Prima di affrontare il periodo successivo al parto da un punto di vista più o meno "patologico", vorrei sottolineare che il puerperio è, di per sé, un periodo molto delicato per la donna, caratterizzato da un lato da una perdita, quella della gravidanza appena conclusasi, e dall'altro da un'acquisizione, quella del bambino appena nato. In questa fase è necessario che la neomamma operi una distinzione tra fantasie, fantasmi inconsci e realtà, relativamente al parto, al neonato e alle reazioni dell'ambiente che la circondano. Per effettuare tali distinzioni è necessario un lento e graduale processo elaborativo, nel quale si alternano vissuti depressivi, causati da fantasmi di perdita e dalla delusione per fantasie non realizzate, vissuti persecutori, alimentati dalle difficoltà reali, e vissuti maniacali o di negazione. Inoltre, ai fini dell'allevamento e della comprensione dei bisogni del bambino, la madre si vede forzata internamente ad un processo regressivo che la riporta al proprio allattamento, il cui scopo è di porla al servizio del neonato (Soifer, 1971).

Com'è facile intuire, questo lento e graduale processo elaborativo richiede molti mesi per giungere a compimento ed in realtà non termina mai, andando a costituire il famoso "cordone ombelicale" psichico tra madre e figlio (Deutsch, 1945), che pur lentamente assottigliandosi non è mai tagliato del tutto.

Di conseguenza, i primi sei mesi dopo il parto definiscono in larga misura la futura situazione psicologica della donna ed incidono notevolmente sui suoi rapporti con il bambino, la famiglia e la collettività (Soifer, 1971).

Pazzagli e collaboratori (1981) hanno individuato tre momenti che caratterizzano il percorso che conduce la donna dall'aspettare un bambino per nove mesi all'essere madre e li hanno così indicati:

- il parto come perdita, per cui la donna vive il parto sia come perdita di una parte del suo corpo con cui si era totalmente identificata sia come una brusca intrusione del reale all'interno dell'unità biologica creatasi nel corso dei nove mesi di attesa;
- la disillusione, derivante dalla percezione di uno scarto inevitabile tra il bambino immaginato ed il neonato reale;

- la regressione in simbiosi, che consiste nel lasciarsi avvolgere dal neonato all'interno di un sistema simbiotico in cui sia possibile stabilire una fusione grazie anche ad una regressione della madre pilotata dal neonato.

L'integrazione e l'elaborazione di questi tre momenti permettono di superare positivamente la crisi d'identità connessa alla maternità (Pazzagli et al., 1981).

Dal punto vista psicodinamico, per la donna, la gravidanza è un periodo in cui si riattivano i conflitti e i vissuti dell'infanzia, e, dunque, secondo il modo in cui sono state vissute ed elaborate la nascita, le esperienze pre-edipiche di simbiosi con la madre e la successiva esperienza edipica, la donna plasmerà il suo vissuto di gestante.

Come ho già avuto modo di sottolineare, molto importante, in proposito, è il modo in cui la donna in attesa del suo bambino si rapporta e si è rapportata durante l'infanzia alla propria madre. La donna, infatti, che si è identificata con la propria madre in maniera positiva, presenterà minori conflitti nell'accettare il suo nuovo ruolo di madre rispetto alle altre donne che si sono identificate negativamente o in maniera carente. Se l'identificazione infantile è avvenuta con l'immagine di una "madre cattiva", con caratteri principalmente persecutori, la donna in attesa di un bambino non potrà utilizzare questo modello di madre, perché rischierebbe di trasformarsi a sua volta in una "madre cattiva" con il bambino che nascerà. Nei casi in cui l'identificazione è stata carente, come quando la donna ha avuto una madre assente e distaccata o quando è rimasta legata alla madre in un rapporto di dipendenza infantile, la gravidanza accentuerà il suo bisogno di sostegno da parte della madre e le impedirà di assumersi le responsabilità materne nei confronti di suo figlio (Badolato e Sagone, 1984).

La gravidanza comporta, inoltre, una riattivazione dei conflitti vissuti durante l'infanzia con la propria madre. La dimostrazione di essere in grado di procreare può essere vissuta dalla donna come un atto aggressivo nei confronti della propria madre e, come nelle fantasie edipiche, il bambino che cresce dentro il proprio corpo può essere associato a quelli fantasticamente "rubati" a lei. Inoltre, dare alla luce un bambino può essere visto dalla donna come un modo attraverso cui far retrocedere la propria madre al ruolo di nonna, nel senso negativo di donna vecchia e sterile. Questo conflitto può essere elaborato in due modi: nei casi di particolare conflittualità, la madre può essere identificata con la "madre cattiva" e persecutoria che, in base alle fantasie elaborate durante l'infanzia, è invidiosa della maternità della propria figlia e capace di distruggere il bambino che quest'ultima avrebbe fantasticamente concepito con il padre; oppure la gestante può assumere una posizione "depressiva", in cui restituisce simbolicamente il figlio alla propria madre per riparare alle aggressioni fantasticamente agite contro di lei nell'infanzia (Langer, 1951).

In questo senso, anche la sana identificazione con la propria madre può essere vista come un tentativo di riparazione, attraverso cui la gestante “restituisce la vita” alla madre fantasticamente uccisa in passato.

Le dinamiche fin qui illustrate sono solitamente elaborate e risolte nel corso della gravidanza a livelli del tutto inconsci da parte della gestante, nei casi in cui ciò non avvenga possono dare origine a quadri psicopatologici più o meno gravi (Badolato e Sagone, 1984), come: la cosiddetta *baby blues*, la *depressione post-partum* e la *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 (Stern e Kruckman, 1983; Cox, 1988). Questo disturbo è conosciuto come “sindrome del terzo giorno” o “sindrome transitoria” (Hamilton, 1962), ma più comunemente come “*maternity blues*” (Raphael-Leff, 1991; Guedney et al., 1993).

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.

Poichè i risultati presenti nella letteratura sull’argomento sono spesso contraddittori, 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* (Kennerly e Gath, 1986).

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 (Pazzagli et al., 1981).

Il senso di vuoto interno conseguente alla nascita del bambino può essere compensato dalla vicinanza del neonato stesso che la donna allatta al seno (Ferraro e Nunziante Cesaro, 1991). 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 (Ferraro e Nunziante Cesaro, 1985).

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, come ha affermato Lemoine Luccioni (1976), 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 (Ferraro e Nunziante Cesaro, 1985), possono così presentare crisi di pianto, irritabilità e disturbi somatici, come insonnia, cefalee e anoressia (Guedney e al., 1993). Questi sintomi tendono a scomparire intorno al decimo giorno dopo il parto, anche se alcuni autori (Pitt, 1973; Cogil et al., 1986) hanno osservato una loro durata maggiore.

Sebbene ancora non si sia riusciti ad isolare una o più cause di questo disturbo (Guedney et al., 1993), è possibile affermare che nella "maternity blues" siano implicate determinanti psicologiche, sociali e biomediche (Kennerly e Gath, 1989; Raphel-Leff, 1991; Guedney et al., 1993).

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, trasandatezza, disturbi del sonno e dell'appetito, calo del desiderio e persino pensieri suicidi* (Raphel-Leff, 1991).

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 ed 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 (Dalton, 1989; Mencacci, 2002).

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 (Raphael-Leff, 1991).

Brown e Harris (1978) hanno individuato quattro fattori di vulnerabilità che possono predisporre le donne alla depressione quando si confrontano con eventi della vita che abbassano il loro livello di autostima, questi fattori sono: perdita della madre prima degli 11 anni, mancanza di una relazione intima coniugale, mancanza di un lavoro retribuito e tre o più figli sotto i 14 anni (Brown e Harris, 1978).

Autori d'orientamento psicoanalitico (Deutsch, 1945; Bibring et al., 1961; Racamier, 1961, 1978; Chertok, 1969; Pazzagli et al., 1981) hanno sempre posto l'accento su come la riattivazione, durante la gravidanza e nel periodo postnatale, di sentimenti ambivalenti irrisolti della donna riguardanti il suo rapporto con i genitori durante l'infanzia, l'eccessiva idealizzazione della gravidanza e i conflitti sulla propria identità femminile, possano evolvere nella depressione post-partum.

Raphael-Leff (1991) ha affermato che una donna è maggiormente a rischio di sviluppare una depressione nel periodo postnatale quando si trova ad essere ostacolata nell'attualizzazione delle sue specifiche aspettative circa la maternità. Una madre "Facilitator", come la definisce l'autrice stessa, infatti, può diventare depressa quando non è in grado di soddisfare le sue stesse aspettative di madre perfetta, inoltre, la sua autostima è molto legata ad una matrice reciproca bambino-madre-sé ed è minacciata dalla non realizzazione del suo ideale. Una madre "Regulator", al contrario, si aspetta che il neonato si adatti ai suoi ritmi e si sente depressa quando, non riuscendo a mantenere una chiara definizione di se stessa come "persona", sente di perdere la sua identità precedente a quella materna; il calo della sua autostima si avrà quando il suo bambino non riesce a diventare "regolato" e lei si sentirà intrappolata nel suo nuovo ruolo, esclusa dalla compagnia adulta, sommersa ed assorbita completamente dalle richieste del neonato. Queste esperienze depressive, nelle madri "Facilitators" e "Regulators", tendono ad essere esacerbate da privazione economica, disturbi del sonno ed esaurimento fisico, isolamento sociale e carenza di supporto emotivo da parte del partner (Raphael-Leff, 1991).

Numerosi autori (Sameroff, Seifer, Zax, 1982; Field et al., 1985, 1988; Zuckerman, Bauchner, Parker, Cabrai, 1990; Weinberg e Tronick, 1997), inoltre, hanno più volte sottolineato come la depressione post-partum influisca 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. Osservandole giocare e parlare con i loro bambini, si nota che le madri depresse tendono ad ignorarli, ad usare il controllo fisico piuttosto che verbale e ad essere meno propense ad utilizzare domande, consigli, spiegazioni e distrazioni (Pound et al., 1988). 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 (Bowlby, 1980).

L'ambiente regressivo all'interno del quale una madre preparata e consenziente è quasi risucchiata dal neonato rappresenta quella condizione che Winnicott (1956) ha definito "*preoccupazione materna primaria*", riferendosi a quello stato psicologico caratterizzato dalla profonda e assorbente partecipazione della madre alle fantasie e alle esperienze del figlio, caratteristica questa naturale, biologicamente radicata e adattiva, degli ultimi tre mesi di gravidanza e dei primi mesi di vita del bambino. Winnicott (1956) paragona questo "stato psichiatrico molto particolare della madre" "ad uno stato di ritiro, ad uno stato di dissociazione, ad una fuga o perfino ad un disturbo più profondo, quale un episodio schizoide in cui uno degli aspetti della personalità prende temporaneamente il sopravvento". La capacità di ammalarsi e di guarire da questa "malattia normale" conferisce alla donna le qualità di quella che Winnicott ha chiamato una "*madre devota*", in altre parole capace di essere temporaneamente in grado di preoccuparsi in maniera totale del proprio bambino, distogliendo per il tempo che è necessario la propria attenzione dal mondo circostante (Winnicott, 1956).

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*.

Per esempio, le donne con personalità di tipo 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 difficilmente tollerare 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. In base a quanto detto finora, è possibile concludere che la psicosi puerperale rappresenti, in questo caso, una fuga dall'abbraccio simbiotico ed un modo di negare categoricamente il contatto con il neonato (Pazzagli et al., 1981).

Vari studi (Soifer, 1971; Kendell et al., 1981; Harding, 1989; Brockington et al., 1988; Raphael-Leff, 1991) hanno evidenziato l'esistenza di varie forme di psicosi puerperale.

La Soifer (1971) ha descritto la depressione puerperale grave, comunemente conosciuta come psicosi puerperale, come *uno stato in cui 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 (Soifer, 1971; Brockington et al., 1988).

Fra le manifestazioni allarmanti è possibile citare tentativi di suicidio o attacchi diretti al bambino, anche se è bene chiarire che, solitamente, la donna, prima di mettere in atto i suoi propositi, tende a comunicare le sue intenzioni e a chiedere aiuto.

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 (Soifer, 1971).

La psicosi puerperale di tipo maniacale è caratterizzata da una puerpera 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 (Soifer, 1971).

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 (Soifer, 1971).

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 (Raphael-Leff, 1991).

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. La natura dell'interazione tra la mamma ed il neonato può presentarsi in una varietà di forme: da grossolana ad inappropriatamente iperstimolante, da scarsamente disponibile, a livello emotivo, a caratterizzata da preoccupazioni allucinatorie (Raphael-Leff, 1991).

Da quanto scritto finora, è possibile concludere che i disturbi dell'umore nel periodo del puerperio meritino attenzione clinica sia per la sofferenza che comportano, sia per i rischi che implicano per la

madre e per il bambino, specie nelle forme severe. Sarebbe bene, comunque, non minimizzare le forme di media gravità in quanto possono creare una significativa riduzione della qualità dell'accudimento del bambino comportando una sindrome da deprivazione emotiva, affettiva e cognitiva che può lasciare delle cicatrici indelebili per il suo sviluppo futuro.

Dopo questo lungo excursus sulle motivazioni che possono portare una donna ad uccidere il proprio figlio e sulle condizioni e modi in cui ciò avviene, vorrei soffermarmi sulle molteplici dinamiche psicologiche che possono seguire tale delitto. La loro "tempestiva" comprensione risulta essere estremamente importante 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 a trasformare, in modo spesso inconscio e per una difesa psicologica, la propria immagine e quella della vittima. Per quanto riguarda se stessa, la madre può cercare di trasformare la propria immagine di madre "crucele e cattiva" in quella di madre "disperata e sofferente", immagine quest'ultima favorevole al mantenimento di una sufficiente autostima ed 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, grande influenza hanno tutte le misure difensive per eludere la giustizia o almeno attenuare e ridurre la pena prevista per il reato commesso. In questo'opera di difesa, 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 e 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 difensivo, 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 acriticamente di affermare la verità. Questo è il caso di quelle madri che, subito dopo il delitto, utilizzano delle versioni false 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, e 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. Esempi sono il meccanismo 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, disturbi post-traumatici da stress, 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 (Nivoli, 2002).

Lo schema comportamentale messo in atto dalla madre figlicida dopo l'uccisione del proprio figlio può essere influenzato da numerose variabili, quali:

- la presenza o meno di una malattia mentale e la sua tipologia;
- il rapporto con la famiglia di origine e la famiglia acquisita;
- la capacità di introspezione e accettazione della madre in relazione al delitto;
- il tipo di contesto penitenziario;
- la reazione da parte della madre a trattamenti psicoterapici e farmacoterapici.

La presenza di queste variabili ed altre ancora, ci fa facilmente intuire l'impossibilità di tracciare una schema di comportamento che sia valido per tutte le madri figlicide. Tenuto conto di ciò, Gian Carlo Nivoli (2002), ha evidenziato quattro fasi distinte che possono caratterizzare il comportamento di una madre dopo aver ucciso il proprio figlio:

- **La fase immediatamente seguente all'arresto:** questa fase è caratterizzata da un alto rischio suicidario da parte delle madri, che può da loro essere manifestato più o meno chiaramente. In questa 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.
- **La fase prima della conclusione di un processo:** in questa fase, la madre appare spesso a disagio, ansiosa ed 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:** dopo che il processo si è concluso, 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:** 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 e cioè l'uccisione di un altro figlio. In 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 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 delle 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 (Nivoli, 2002).

E' possibile osservare che l'infanticida di oggi non corrisponde più alla madre crudele o indifferente spesso presente nell'immaginario collettivo. Al contrario, è spesso una madre amorevole e attenta ai bisogni del proprio bambino, a volte anche in maniera "eccessiva". Negli articoli di cronaca, che seguono i delitti di infanticidio, il comportamento materno giudicato normale o ammirevole appare ai nostri occhi inquietante. Frasi come "Si dedicava molto ai propri

bambini.” “La vedevamo sempre, da sola, insieme ai suoi figli.” “Non li lasciava mai a nessuno.”, tendono, col senno di poi, a far paura, a far pensare che sarebbe stato possibile fare qualcosa per impedire un delitto simile.

E' necessario soffermarsi sul fatto che per una donna che tanto si preoccupa dei suoi figli, il carico della maternità possa divenire insostenibile. A differenza del passato, in cui l'esperienza diffusa della morte puerperale e neonatale evidenziava a tutti che il divenire madre è un evento associato a rischio, sofferenza e fatica; oggi una rappresentazione artificiosamente rosea della maternità lo nega, lo rende inimmaginabile, anche ai familiari più stretti. Partorire oggi sembra essere “soltanto” un lieto evento, ma nella realtà accudire ed educare un bambino in costante e rapida crescita è assai più complicato di prima. Questo non perchè le donne oggi occupino anche altri ruoli, come in genere si lamenta, ma perché la responsabilità materna, anche verso un solo figlio, si è ampliata, allungata ed è generalmente pretesa, tanto da farla sembrare inesauribile. Questa concezione di maternità porta molte donne a percepire come inaccettabili e colpevoli le proprie inadeguatezze, le semplici e quotidiane difficoltà e fragilità, ea sentirsi più sole che in passato.

In conclusione, credo sia possibile sostenere che, sebbene il figlicidio presenti ancora tanti lati oscuri e nonostante abbia dovuto “purtroppo” aggiornare la lista iniziale dei casi di figlicidio nel corso della stesura di questo lavoro, non tutti gli omicidi siano ineluttabili, anzi molti di essi sarebbero evitabili se ci si ponesse con maggior attenzione e sensibilità nei confronti di chi manifesta difficoltà o disagi, sia in contesti manifestamente patologici e sia all'interno delle famiglie cosiddette “normali”.

BIBLIOGRAFIA

- AMMANITI, M. (2001) (a cura di) *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina, Milano.
- BADOLATO, G., SAGONE, A. (1984) *Psicologia dell'attesa: vissuti e ruoli dei futuri genitori*. Edizioni Kappa, Roma.
- BIBRING., G.L., DWYER, T.F., HUNTINGTON, D.S., VALENSTEIN, A.F. (1961) A study of the psychological process in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, pp. 9-23.
- BOWLBY, J. (1980) *Attaccamento e perdita*. Vol. 3: *La perdita della madre*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1983.
- BOWLBY, J. (1988a) *Una base sicura*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- BOWLBY, J. (1988b) Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. Tr. it. in: *Rivista di Psichiatria*, 23, pp. 57-68.
- BROCKINGTON, I.F., MARGISON, F.R., SCOFIELD, E., KUNIGHT, R.J. (1988) The clinical picture of the depressed form of puerperal psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 15, pp. 29-37.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O. (1978) *The social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. Tavistock Publications, London and Free Press, New York.
- CAMPBELL, S.B., COHN, J.F. (1991) Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), pp.594-599.
- CHERTOK, L. (1969) *Motherhood and personality*. Tavistock Publication, London.
- CIRILLO S., DI BLASIO P.(1989) *Le famiglie maltrattanti*, Milano Cortina.
- COGILL, S., CAPLAN, H.L., ALEXANDRA, H., MORDECAI ROBSON, K., KUMAR, R. (1986) Impact of maternal post-natal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal*, 292, pp. 1165-1167.
- COX, J.L (1988) Childbirth as a life event: sociocultural aspects of postnatal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 344, pp. 75-83.
- CONDORELLI D. (2002) Ho pensato di uccidere i miei figli. "D" inserto del quotidiano "La Repubblica", 28 Settembre 2002.
- DALTON, K. (1989) Successful prophylactic progesterone for idiopathic postnatal depression. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 1, pp. 323-328.
- DE LUCA, R. (2000) *Anatomia del Serial Killer* Ed. Giuffrè, Milano.

- DEUTSCH, H. (1945) *Psicologia della donna adulta e madre. Studio psicoanalitico*, vol. 2. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1957.
- FERRARO, F., NUNZIANTE CESARO, A. (1985) *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire", tra fusione e separazione*. Franco Angeli, Milano.
- FIELD, T., SANDBERG, D., GARCIA, R., VEGA-LAHR, N., GOLDSTEIN, S., GUY, L. (1985) Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21 (6), pp. 1152-1156.
- GRAZIOTTIN, A. (2003) Modificazioni del tono dell'umore in puerperio In AA. VV., Atti del LXXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) su "Dal concepimento alla nascita" CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003, pp. 599-606
- GUARNIERI, P. *Le attenuanti di Medea* Articolo da "Il Manifesto" del 15 giugno 2002.
- GUEDNEY, A., BUNGENER, C., WIDLOCHER, D. (1993) Affect attunement and maternal attachment: a pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10, pp. 157-172.
- HAMILTON, J.A. (1962) *Post-partum psychiatric problems*. The C.V. Mosby, St. Louis.
- HARDING, J.J (1989) Post-partum psychiatric disorders: a review. *Comprehensive Psychiatry*, 22, pp. 109-112.
- KENDELL, R.E. (1985) Emotional and phisycal factors in the genesis of puerperal mental disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, pp. 3-11.
- KENNERLY, H., GATH, D. (1989) Maternity blues reassessed. *Psychiatric Development*, 4, pp. 1-17.
- KENNERLY, H., GATH, D. (1989) Maternity blues. Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, pp. 356-362.
- KENNERLY, H., GATH, D. (1991) Maternity blues, association with obstetric, psychological and psychiatric factors. *British Journal of Psychiatry*, 155, pp. 367-373.
- LANGER, M. (1951) *Maternità e sesso*. Tr. it. Loescher, Torino, 1981.
- LEMOINE-LUCCIONI, E. (1976) *Partage des femmes*. Seuil, Paris.
- MALAGOLI TOGLIATTI, M., ROCCHETTA, L. (1987) *Famiglie multiproblematiche*. NIS, Roma.
- NIVOLI, G. (2002) *Medea tra noi: le madri che uccidono il proprio figlio* Carocci Editore, Roma.
- PAZZAGLI, A., BENVENUTI, P., ROSSI MONTI, M. (1981) *Maternità come crisi*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- PITT, B. (1973) Maternity blues. *British Journal of Psychiatry*, 122, pp. 240-252.

- POUND, A., PUCKERIG, C., COX, T., MILLS, M. (1988) The impact of maternal depression on young children. *British Journal of Psychotherapy*, 4, pp. 240-252.
- RACAMIER, P.C. (1978) A propos des psychoses de la maternité. In: SOULE, M. *Mère mortifère, mère meurtrère, mère mortifiée*. Esf, Paris.
- RACAMIER, P.C., SENS, C., CARRETIER, L. (1961) La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. *L'Evolution Psychiatric*, 4, pp. 525-570.
- RAPHAEL-LEFF, J. (1991) *Psychological Processes of Childbearing*. Chapman & Hall. London.
- SAMEROFF, A.J., SEIFER, R., ZAX, M. (1982) Early development of children at risk of emotional disorders. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47 (7, Serial n.199).
- SERRA, C. (2000) *Proposte di Criminologia Applicata* Ed. Giuffrè, Milano.
- SOIFER, R. (1971) Psicología del embarazo, parto y puerperio. Ediciones Kargieman. Tr. it. *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*. Borla, Roma, 1975.
- STERN, G., KRUCKMAN, L. (1983) Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an antropological critique. *Social Science and Medicine*, 17, pp.1027- 1041.
- TANI, C. (1998) *Assassine* Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- WEINBERG, M.K., TRONICK, E.Z. (1997) Maternal depression and infant maladjustment: a failure of mutual regulation. In: NOSHPITZ, J.D. (1997) *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, 1, pp. 177-189.
- WINNICOTT, D.W. (1956) La preoccupazione materna primaria. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Tr. it. Martinelli, Firenze, 1975.
- ZUCKERMAN, B.S., BAUCHNER, H., PARKER, S., CABRAI, H. (1990) Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11 (4), pp. 190-194.