



L'OMBRA DEL FIGLICIDIO

Progetto inserito nell'ambito della ricerca sui disturbi psichiatrici nel post-partum, condotto al Policlinico Umberto I.

AUTORI

dr.ssa Corinna Pancheri

Struttura Residenziale Psichiatrica Villa Giuseppina

dr.ssa Nicoletta Giacchetti

La Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Neuroscienze Umane, Policlinico Umberto I



L'OMBRA DEL FIGLICIDIO

Tra i bambini di età inferiore ai 5 anni che negli Stati Uniti sono stati assassinati nel corso dell'ultimo quarto di secolo, il 61% è stato ucciso dai loro stessi genitori: il 30% dalle madri, e il 31% dai padri (Friedman, Horwitz, & Resnick, 2005). La violenza di una madre nei confronti del figlio crea sgomento in quanto rappresenta qualcosa di innaturale. La maternità "da sempre" è rappresentata come l'esperienza sacra per eccellenza, il momento della gioia, dove l'insinuarsi di qualsiasi ombra crea profondo disagio: come può infatti una donna provare sentimenti ostili o quanto meno ambivalenti nei confronti di suo figlio, indifeso e bisognoso? Quando una donna non si sente a suo agio nei confronti del proprio figlio subito dopo la nascita, una frase che si sente ripetere spesso è "ti verrà naturale". Fare figli è un atto naturale ma proprio per questo impone alla donna di entrare in contatto con la parte più *naturale* e autentica, anche quella che normalmente viene negata a sé stessi in quanto non in sintonia con l'immagine che ciascuno vuole che sia visibile di sé all'esterno. Nell'entrare in contatto con aspetti che, in termini tecnici, potremmo definire scissi o comunque negati, rimossi, si può avere un profondo turbamento che porta una madre a vedere il figlio non per ciò che è, vale a dire un essere altro da sé, ma come un aspetto di sé non integrato e pertanto da eliminare, ad ogni costo, senza pietà. Diventare madre, se da una parte consente alla donna la possibilità di sperimentare la sua potenzialità creatrice, onnipotente in gravidanza quando la vita del proprio figlio è legata indissolubilmente a sé stessa, dall'altra la obbliga a confrontarsi con la dipendenza sperimentata dall'essere stata figlia della propria madre e con il tipo di esperienza vissuta. Se l'esperienza è stata traumatica, il figlio diviene la personificazione di quanto più devastante è stato nella sua esperienza di vita e il dolore può diventare così insostenibile da non essere più tollerabile. In quest'ottica l'infanticidio diviene la soppressione irrazionale ma concreta di un dolore che altrimenti sarebbe destinato a rimanere in vita, e che nel momento in cui viene agito rappresenta per la donna la fine della sua stessa vita. Per *Infanticidio* si intende l'uccisione di un bambino entro il primo anno di vita anche se spesso il termine viene utilizzato in modo più generico per indicare l'uccisione di un bambino in tenera età. Per *Neonaticidio* si intende l'uccisione di un bambino entro le prime 24 ore di vita. Quando si parla di *Figlicidio* si fa riferimento alla uccisione di un figlio da parte di un genitore senza limite di età.

Il Neonaticidio

La maggior parte degli studi condotti in Europa indicano che l'incidenza varia dallo 0.07 (Finlandia, periodo compreso tra il 1980-2000) all'8.5 per 100000 nascite (Austria, periodo tra il 1975-2001)(Tanaka et al., 2017). I dati in letteratura indicano che il neonaticidio coinvolge un numero uguale di maschi e femmine (Lucas et al., 2002), è agito principalmente da donne molto giovani, senza un partner stabile. Sono donne che vivono il più delle volte ancora con la famiglia di origine, disoccupate o studentesse, che scoprono tardi la gravidanza e tendono a nascondersela agli altri fino alla fine, non sottoponendosi, il più delle volte, ad alcun controllo nel corso della gravidanza (Saunders, 1989). Si tende a considerare questi omicidi, o come il gesto di donne prede di un profondo diniego e gravi stati dissociativi, oppure come l'esito della ferma volontà di negare la gravidanza(Spinelli, 2004).

Il Figlicidio

Il periodo di vita più a rischio è rappresentato dal primo anno di vita del bambino. La madre uccide prevalentemente nella prima settimana dalla nascita mentre il padre nel corso dell'infanzia. I padri, inoltre, hanno una probabilità maggiore rispetto alle madri di uccidere anche la loro partner quando commettono un figlicidio (Mariano, Chan, & Myers, 2014).

Oltre ¼ degli infanticidi sono agiti dalle madri contro bambini che hanno meno di un anno di età. Le madri che uccidono i figli sono solitamente donne di età maggiore di 25 anni. Spesso sposate o con un partner stabile, vivono per lo più in una relazione di coppia altamente conflittuale e sono il principale caregiver di almeno un bambino. Hanno un buon livello di istruzione ma disoccupate o con problemi finanziari e un supporto sociale limitato o assente, spesso in conflitto con gli altri membri della famiglia. Hanno una storia personale di abusi o trascuratezza, vivono la maternità come un momento particolarmente stressante e tendono a premeditare l'omicidio (Bourget, Grace, & Whitehurst, 2007). Da uno studio australiano su 15 donne infanticide è emerso che, prima dell'infanticidio, tutte hanno ammesso di aver provato sentimenti di vergogna e incapacità a condividere questi pensieri con la loro famiglia o con gli operatori sanitari. Tutte le donne avevano paura che sarebbero state giudicate madri inadeguate e che i loro bambini sarebbero stati portati via se avessero espresso a qualcuno i loro pensieri infanticidi. Le donne hanno anche descritto come sia stato faticoso mantenere tali pensieri segreti (Barr & Beck, 2008).

Le motivazioni dell'infanticidio

Resnick, nel 1969 (Resnick, 1969), fu il primo autore che tentò di sistematizzare le motivazioni alla base di un infanticidio. Ne riconobbe 5 come principali che restano ancora oggi quelle più rappresentative:

1. *Altruismo*: il bambino viene ucciso perché la madre vuole evitare che egli soffra come lei. Si tratta per lo più di donne gravemente depresse, dove la fantasia è quella di proteggere il figlio da un futuro infelice. Le donne in questa condizione psicopatologica delirante solitamente tentano il suicidio dopo aver commesso l'omicidio.
2. *Psicosi acuta*: in questo caso la presenza di una psicosi di tipo produttivo determina un agito violento nei confronti del bambino vissuto in quel momento dalla madre come un persecutore, una entità negativa che va eliminata perché potenzialmente danneggiante. Riguarda spesso donne psicotiche con deliri persecutori o a sfondo mistico-religioso, che possono avvertire "voci" che la spingono ad agire. Le donne affette da un grave stato maniacale, invece, non premeditano l'uccisione del bambino e spesso presentano dei deliri il giorno che precede l'omicidio al contrario di quelle depresse che riferiscono di avere pensato alla loro morte e a quella dei loro figli nei giorni o nelle settimane precedenti l'uccisione.
3. *Figlio non voluto*: il bambino è frutto di una violenza o comunque di una gravidanza non desiderata, il più delle volte di paternità incerta, in cui la donna vive angosce claustrofobiche o una profonda ostilità nei confronti del figlio considerato come un intralcio.
4. *Incidente*, la cosiddetta *Fatal Battered Child Syndrome*: il bambino muore senza che vi sia l'intenzionalità da parte del genitore che questo avvenga ma di fatto il bambino viene posto in condizioni ambientali potenzialmente pericolose che esitano nella morte. In questi casi vi è una grave trascuratezza nell'accudimento. Negli anni Sessanta, Kempe e collaboratori furono i primi a definire la *Battered Child Syndrome* (Sindrome del bambino picchiato) come una "condizione



L'OMBRA DEL FIGLICIDIO

medica dei bambini piccoli, solitamente inferiori ai 3 anni, vittime di gravi abusi fisici, generalmente da parte di un genitore o di un genitore adottivo" (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, & Silver, 1962). Le stime della *Fatal Battered Child Syndrome* sono impressionanti: "nel 2010, 3.3 milioni di reports che interessano 5.9 milioni di bambini americani sono stati depositati nei CPS (Child Protective Services); 695000 bambini (0.9% di tutti i bambini del paese) sono stati riconosciuti vittime di maltrattamento. Circa il 78% è stato motivato per incuria, il 18% per abusi fisici e il 9% per gli abusi sessuali, e 1560 bambini, la maggior parte di età inferiore ai 5 anni, è deceduta per maltrattamenti, anche se questo numero è probabilmente sottostimato". È stato stimato che circa l'85% dei decessi per abusi o trascuratezza sui bambini sono presenti sui registri di morte come dovuti ad altre cause.

In alcuni casi, tuttavia, apparentemente il bambino muore per una "semplice dimenticanza" da parte del genitore.

5. *Vendetta rispetto al partner*, la cosiddetta "sindrome di Medea": l'uccisione del figlio avviene per procurare dolore ad un partner da cui si è stati traditi. In questo caso l'uccisione del figlio ripropone in modo estremo il duplice ruolo che la maternità impone: da una parte essere donna e dall'altro essere madre, ruoli che anziché integrarsi e contribuire positivamente alla riorganizzazione identitaria della donna, si presentano in modo dilemmatico: essere madre è la rinuncia ad essere donna. Attraverso questo gesto estremo Medea esprime "il suo rifiuto di essere messa a tacere come donna, di essere negata come soggetto di desiderio (...)" mostrando "in tutta la sua evidenza la non coincidenza tra la donna e la madre. È perché si è sentita rifiutata e offesa come donna che si cancella come madre cancellando, a sua volta, anche la vita dei suoi figli" (Recalcati, 2015).

Aspetti psicopatologici delle donne infanticide

L'incidenza di diagnosi psichiatriche tra le donne infanticide è stata molto studiata in letteratura. La presenza di un disturbo psichiatrico è considerato il fattore di rischio più importante anche in relazione ad altre variabili quali i fattori socioeconomici e ambientali (Grussu, 2012; Hatters Friedman & Resnick, 2007).

Le condizioni mentali più rilevanti connesse all'infanticidio sono gli stati psicotici e i disturbi d'ansia e dell'umore (Friedman et al., 2005). Più del 20% delle donne presentano qualche tipo di disturbo dell'umore dopo la nascita del proprio figlio (Born, Zinga, & Steiner M., 2004). Nonostante molte madri con depressione post-partum manifestino pensieri intrusivi e ossessivi rispetto alla possibilità di far del male al proprio bambino, questo stato emotivo è in genere confinato solo alla paura di far del male, piuttosto che alla vera intenzione di agire (Gale & Harlow, 2003). Nel caso dei disturbi psicotici invece, essi sono a più alto rischio di suicidio e infanticidio rispetto ai disturbi depressivi del post-partum (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003). In uno studio di Lewis e Bunce (Lewis & Bunce, 2003), di 55 donne figlicide, il 52.7% soffriva di psicosi. Però è bene ricordare che la psicosi puerperale colpisce solo l'1-2% della popolazione femminile e che di questa percentuale, solo il 4%, se non adeguatamente trattate, potrebbe commettere figlicidio (Altshuler, Hendrick, & Cohen, 1998). Molti studi infine, hanno sottolineato l'elevata percentuale di disturbi di personalità tra le madri che hanno commesso figlicidio (Hatters Friedman, Hrouda, Holden, Noffsinger, & Resnick, 2005). Lewis (Lewis & Bunce, 2003) ha riportato una prevalenza di diagnosi di disturbi di personalità del 67% rispetto ad altri disturbi psichiatrici. I disturbi di

personalità potrebbero rappresentare un punto di vulnerabilità durante il periodo post-partum o durante la crescita del bambino portando allo sviluppo di un disturbo depressive (Aceti et al., 2012; Meuti et al., 2014), spesso riconosciuto solo al momento dell'atto estremo di uccisione della prole. In particolare, sembrerebbe che la presenza di un disturbo dell'umore nella madre durante il primo anno di vita del bambino sia correlato a specifici tratti di personalità come i tratti nevrotici e introversivi (Kendler, Gatz, Gardner, & Pedersen, 2006; Podolska et al., 2010).

Da una ricerca condotta dal gruppo di lavoro del Policlinico Umberto I, ottenuta attraverso l'intervista a 19 donne ospiti presso diversi Ospedali Psichiatrici Giudiziari, sono emersi risultati molto interessanti. Si è scelto di indagare in particolare la presenza di una diagnosi psichiatrica, il tipo di personalità presente e il tipo di attaccamento. Alle 19 madri è stata effettuata una anamnesi dettagliata e sono state sottoposte ad una serie di questionari volti a confermare la diagnosi ed approfondire la personalità (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI – 2), Adult Attachment Interview (AAI), Big Five Inventory, Temperament – Character Inventory (TCI)).

Su 19 donne figlicide, solo 3 non avevano una storia di disturbi psichiatrici.

Per quanto riguarda lo stile di attaccamento è emersa una modalità rispetto alle figure genitoriali di tipo prevalentemente "Distanziante" il che denota una tendenza ad avere introiettato un modello di attaccamento in cui l'Altro è vissuto come non disponibile, da cui prendere le distanze nel tentativo di gestire autonomamente le difficoltà della vita.

I test di personalità hanno evidenziato un profilo mediamente "nella norma", con bassi livelli di nevroticismo, in cui si rileva la tendenza a negare la presenza di disagio psicologico, a controllare le emozioni negative e l'ostilità attraverso una apparente disponibilità nei confronti degli altri. Queste donne, in generale, tendevano a proporre una immagine di Sé socialmente accettabile, disponibile verso gli altri ed erano riluttanti ad ammettere problematiche psicologiche.

La nascita di un figlio, già in *condizioni normali*, è un momento estremamente delicato nella vita della donna che si trova ad affrontare un'altra tappa evolutiva della propria esistenza, come già accaduto in adolescenza o come avviene nella menopausa. Se ad un evento così delicato si aggiungono una serie di fattori quali una storia di pregressi disturbi psichiatrici, fattori ambientali e sociali con un particolare stile di attaccamento e un profilo di personalità peculiare, ciò potrebbe determinare un aumentato rischio di agiti violenti nei confronti della propria prole.

BIBLIOGRAFIA

- Aceti, F., Aveni, F., Baglioni, V., Carluccio, G. M., Colosimo, D., Giacchetti, N., ... Biondi, M. (2012). Perinatal and postpartum depression: From attachment to personality. A pilot study, *18*(4), 328–334.
- Altshuler, L. L., Hendrick, V., & Cohen, L. S. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59 Suppl 2*, 29–33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9559757>
- Barr, J. A., & Beck, C. T. (2008). Infanticide secrets: qualitative study on postpartum depression. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien, 54*(12), 1716–1717.e5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19074717>

- Born, L., Zinga, D., & Steiner M. (2004). Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. *Primary Psychiatry*, 11(3), 29–36.
- Bourget, D., Grace, J., & Whitehurst, L. (2007). A review of maternal and paternal filicide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(1), 74–82. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389348>
- Friedman, S. H., Horwitz, S. M., & Resnick, P. J. (2005). Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1578–1587. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1578>
- Gale, S., & Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24(4), 257–66. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702886>
- Grussu, P. (2012). Neonaticide and infanticide: Homicidal mothers, risk factors and preventive interventions. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, 1, 37–64.
- Hatters Friedman, S., Hrouda, D. R., Holden, C. E., Noffsinger, S. G., & Resnick, P. J. (2005). Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33(4), 496–504. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16394226>
- Hatters Friedman, S., & Resnick, P. J. (2007). Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 137–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188430>
- Kempe, C., Silverman, F., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*, 181, 17–24. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14455086>
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 63(10), 1113. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.63.10.1113>
- Lewis, C. F., & Bunce, S. C. (2003). Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31(4), 459–70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974802>
- Lucas, D. R., Wezner, K. C., Milner, J. S., McCanne, T. R., Harris, I. N., Monroe-Posey, C., & Nelson, J. P. (2002). Victim, perpetrator, family, and incident characteristics of infant and child homicide in the United States Air Force. *Child Abuse & Neglect*, 26(2), 167–186. [http://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00315-5](http://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00315-5)
- Mariano, T., Chan, O. H. C., & Myers, W. C. (2014). Toward a more holistic understanding of filicide: A multidisciplinary analysis of 32 years of U.S. arrest data. *Forensic Science International*, 236, 46–53. <http://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.12.019>
- Meuti, V., Marini, I., Grillo, A., Lauriola, M., Leone, C., Giacchetti, N., & Aceti, F. (2014). MMPI-2: Cluster Analysis of Personality Profiles in Perinatal Depression—Preliminary Evidence. *The Scientific World Journal*, 2014, 1–10. <http://doi.org/10.1155/2014/964210>
- Podolska, M. Z., Bidzan, M., Majkiewicz, M., Podolski, J., Sipak-Szmigiel, O., & Ronin-Walknowska, E. (2010). Personality traits assessed by the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) as part of the perinatal depression screening program. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 16(9), PH77-81. Retrieved from



L'OMBRA DEL FIGLICIDIO

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20802425>

Recalcati, M. (2015). *Le mani della madre*. Milano: Feltrinelli.

Resnick, P. J. (1969). Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. *American Journal of Psychiatry*, 126(3), 325–334. <http://doi.org/10.1176/ajp.126.3.325>

Riecher-Rössler, A., & Hofecker Fallahpour, M. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (418), 51–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956815>

Saunders, E. (1989). Neonaticides following "secret" pregnancies: seven case reports. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, 104(4), 368–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2502808>

Spinelli, M. G. (2004). Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1548–1557. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1548>

Tanaka, C. T., Berger, W., Valença, A. M., Coutinho, E. S. F., Jean-Louis, G., Fontenelle, L. F., & Mendlowicz, M. V. (2017). The worldwide incidence of neonaticide: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 249–256. <http://doi.org/10.1007/s00737-016-0703-8>