

Amore assassino - “Madri che uccidono i figli”

Dott.ssa Domizia Consoli

Il ruolo materno

Generalmente si dà per scontato l'amore e le cure di una madre per il proprio figlio , specialmente quando è molto piccolo. A tutti noi un bambino indifeso suscita un forte senso materno , il desiderio di rassicurarlo tenendolo in braccio , di rispondere ai suoi richiami come il pianto , il sorriso , ci preoccupiamo che abbia sete, fame , freddo o che abbia bisogno solo del nostro calore umano con un abbraccio tenero. Ogni madre sa perfettamente come comportarsi con il proprio bambino, fa parte del suo istinto: lei sa capire i bisogni del figlio da piccoli segnali che ad un estraneo sembrerebbero insignificanti. Eppure non sempre la madre è capace di dare al proprio figlio le cure primarie adeguate : allora accade qualcosa di catastrofico nel bambino. Sempre più numerose sono le notizie di cronaca, ampiamente diffuse dai mass-media, di mamme che uccidono i propri figli in tenera età. L'opinione pubblica è sconvolta e disorientata in quanto questi efferati gesti sono una grave violazione alla legge più radicata della natura umana: l'istinto materno che assicura il mantenimento della specie dopo la procreazione. Ognuno di noi ha un riferimento sicuro nel rapporto con la madre, che ci ha generato ed accompagnato nella nostra crescita. Sapere che ella ci ha amato e desiderato quando siamo venuti al mondo è la fonte di maggiore sicurezza per tutti noi. Tutti sanno che ciascun individuo ha uno sviluppo psichico sano ed una buona stabilità emotiva in età adulta se ha ricevuto cure ed amore materno adeguato in tenera età, così che nei momenti difficili e critici dell'esistenza può trovare rifugio nei ricordi infantili per un rifornimento affettivo. Ecco perché venire a conoscenza di una madre che procura la morte al proprio figlio, spesso con freddezza ed una determinazione da killer , ci scuote alle fondamenta del nostro essere più di ogni altro omicidio. Se non è possibile credere nell'amore di una madre verso la creatura che ha generato , portandola nel proprio grembo per nove lunghi mesi , nutrendola con il proprio sangue quando era un essere solo con lei , e poi con il proprio latte attaccandolo al seno e tenendolo stretto fra le braccia , ma allora in cosa possiamo credere? E' difficile rispondere a questo quesito che comunque coinvolge l'interesse di tutta la comunità e dei mass-media.

Accanto al rapporto madre-bambino ovviamente c'è sempre la figura di un padre , che può essere più o meno assente, dal punto di vista fisico o psichico, e l'influsso delle famiglie di appartenenza di entrambi i genitori. Esiste un ambiente circostante ancora più ampio , amicizie personali, servizi di supporto sociale, ecc, che possono essere più o meno facilitanti per questo rapporto. Comunque tutti questi fattori secondari agiscono solo come fattori aggravanti e scatenanti della manifestazione di una grave alterazione del rapporto madre-bambino, la cui base principale va ricercata in un disturbo psicopatologico della madre. Quest'ultimo potrebbe essere assolutamente non evidente dal punto di vista clinico prima della maternità e

manifestarsi in modo transitorio in questa occasione per fattori emotivi personali che entrano in gioco in un momento critico della vita di una donna , in cui deve quasi annullare se stessa e le proprie esigenze, per dedicarsi anima e corpo alla propria creatura. Le donne , dalla struttura più fragile e più debole , non reggono emotivamente perché non hanno risorse necessarie al difficile compito da svolgere : così si attua il grave fallimento del ruolo di una madre quando il figlio presenta la maggiore dipendenza da lei , che è totale nei primi mesi e perdura fino al terzo anno , ma in realtà questa dipendenza va ancora oltre in casi di particolari patologie. Proprio perché questo vincolo madre bambino è così stretto , così viscerale, quando una madre arriva al gesto folle di uccidere il proprio figlio uccide una parte di sé , quella più fragile , più bisognosa di aiuto, proiettata in quel fagotto che le appartiene e di cui non riesce a prendersi cura perché ne è fundamentalmente incapace.

Figlicidio, infanticidio e neonaticidio: definizioni e aspetti giuridici

Sappiamo che il momento storico in cui viviamo è caratterizzato fortemente dalla violenza, i modi e le forme attraverso cui si manifesta sono sempre più ambigui per cui molto spesso è difficile riconoscerla. La violenza domestica nel corso degli ultimi decenni ha assunto proporzioni epidemiche. La cellula fondamentale della società, il sistema famiglia, a volte è talmente instabile da costituire una minaccia per i suoi componenti. I figli possono cadere vittime di sbalzi di umore e deliri dei propri genitori e venire maltrattati e a volte perfino uccisi.

Sembra quasi un controsenso accostare la parola “madre” con quella di “assassina”; madre è colei che dà la vita, invece assassina è colei che la toglie.

Il termine figlicidio indica l’uccisione del figlio da parte di un genitore , sia il padre che la madre.

Il nostro ordinamento giuridico non contempla il figlicidio , ma da una definizione di infanticidio e dell’omicidio. Secondo la normativa penale-L’art.578 del Codice Penale, che prevedeva l’infanticidio per causa di onore, è stato così modificato dalla Legge 5 agosto 1981 n.442 , sotto la rubrica di infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale “la madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto , è punita con la reclusione da quattro a dodici anni”. 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 figli al di fuori della precisa condizione dell’infanticidio saranno colpevoli di omicidio secondo L’articolo 575 del Codice Penale che afferma: “ Chiunque cagioni la morte è punito con la reclusione non inferiore ai ventuno anni”. Vi sono diverse pene , per simili delitti, la cui unica sottile differenza si basa sull’età della vittima.

Il fattore temporale è fondamentale nella valutazione della tipologia di reato con diversificate motivazioni intrapsichiche. Una differenziazione può essere effettuata tra neonaticidio , infanticidio e figlicidio : queste tre categorie di delitti sono diverse sotto il profilo giuridico, sotto quella della eventuale psicopatologia dell'autore e, soprattutto, sotto il profilo della relazione tra autore e vittima. Considerando il fattore temporale e quello relativo al grado di parentela fra autore e vittima , possiamo, non già per il codice penale, così schematizzare:

- Per neonaticidio si intende l'uccisione del nuovo nato entro ventiquattro ore della nascita ; addirittura ne esiste una variante definita feticidio quando l'uccisione interviene durante il parto. Il reato è detto tale in entrambi i casi se a commetterlo è la madre.

- Per infanticidio si intende l'uccisione del piccolo immediatamente dopo il parto o comunque in un arco di tempo che, come considerato da più autori, si colloca tra i sei mesi e il primo anno di vita. In realtà , molto dibattuto è il limite temporale che fissa il reato di infanticidio : è infatti nota la controversia esistente tra i diversi sistemi legislativi dei vari paesi. In Italia, dottrina e giurisprudenza concordano nell'attribuire alla condotta infanticida il limite temporale all'interno di quello stato di turbamento emotivo che segue al parto. Diversamente, una volta trascorso questo "termine breve", si applicheranno le norme comuni sull'omicidio doloso. Anche in questa fattispecie di reato l'autore è la madre.

-Per figlicidio si intende l'uccisione della prole al di là del primo anno di vita, ma ancora minore. Anche in questo caso , per determinare i limiti entro i quali far ricadere questo reato si è fatto riferimento a quel particolare legame affettivo e di dipendenza che si sarebbe dovuto instaurare tra i genitori e i figli. Di fatto , uccidere il figlio appena nato è psicologicamente diverso dall'ucciderlo quando già si sono instaurati i legami di convivenza : la ben nota "maturazione affettiva" sviluppata dalla madre nei confronti del neonato , infatti , presuppone che sia già trascorso un periodo di tempo. Come se , per estrinsecarsi pienamente, l'amore materno abbia bisogno di svilupparsi in base alla "familiarità" della comunione affettiva (Mastronardi , 2007).

Esso viene contemplato come fattispecie penale di omicidio aggravato dal legame di parentela. A differenza dei precedenti, questo reato vede indifferentemente come potenziali autori entrambi i genitori.

Nella terminologia abituale onnicomprensiva del "sentire emozionale", per figlicidio si intende sia l'infanticidio sia, accomunato il figlicidio vero e proprio. La giurisprudenza accumulata in materia non si è limitata semplicemente a registrare l'evento e la colpa , ma si è impegnata inoltre nel cercare le motivazioni di un atto così incomprensibile. E' necessario fare una puntualizzazione nella ricerca delle basi motivazionali non già mirata ad attenuanti che coinvolgono la malattia mentale. Quando lo si fa si ricorre ad un altro articolo del codice penale che giustifica l'irresponsabilità di quello o di qualsiasi altro reato se compiuto in stato di infermità mentale (artt.88 e 89 c.p.).

Nello specifico caso qui affrontato, si presume invece che una donna colpevole di infanticidio l'abbia commesso in uno stato sì del tutto particolare, ma non configurabile come malattia mentale (a meno che non si riesca a dimostrare che sia stato compiuto in un momento di palese compromissione delle funzioni dell'Io: funzioni cognitive – organizzativo mentali – previsionali decisionali – esecutive).

Il fenomeno dell'infanticidio rimane uno dei delitti che suscita nell'opinione pubblica un sempre più forte allarme sociale, soprattutto se si tiene conto del fatto che una buona percentuale di questi reati viene commessa nell'ambito familiare, luogo dove il bambino dovrebbe invece essere maggiormente protetto.

La gravidanza come esperienza psichica

La gravidanza rappresenta un evento cruciale per la donna e il modo di viverlo è influenzato da fattori, oltre che biologici, anche psicologici, sociali ed economici. Durante questo periodo ciò che avviene nel corpo avviene anche nella mente: si susseguono una serie di aggiustamenti di ordine fisico, mentale e pratico che provocano un certo impatto sulla gestante, sul suo compagno e sul rapporto con la famiglia d'origine.

Stern ha definito "costellazione materna" la condizione di riorganizzazione della vita psichica, di cambiamento delle rappresentazioni di sé come persona, moglie, figlia ed ora madre (Stern,1995).

Studiare la gravidanza come esperienza psichica significa dunque tener conto di tutta la storia della donna, passata e futura: considerando l'unicità del background di ciascuna, è ormai noto come esistano tuttavia delle regolarità, delle costanti in tutte le gestanti. Come il corpo subisce trasformazioni per accogliere e contenere il bambino, così la mente della donna comincia a fantasticare su se stessa nel nuovo ruolo di madre e sul proprio bambino, sulla relazione che si instaurerà tra loro, non solo appena nato, ma anche quando sarà più grande.

Diventare madre è un'esperienza unica nella vita, influenza dunque molti aspetti della vita individuale, di coppia, della famiglia allargata e non sempre è connotata da caratteri positivi.

Stern fa notare che "l'assetto materno" è il frutto del lavoro intrapsichico della gestante durante i nove mesi, non si costituisce nel momento in cui dà alla luce il suo bambino, ma emerge gradualmente durante tutta la gestazione e nei mesi successivi al parto. Nelle sue ricerche ha chiesto a più donne quando hanno cominciato a sentire di essere diventate davvero mamme, presupponendo che la risposta più frequente sarebbe stata: "Quando ho partorito, naturalmente".

In realtà è giunto a concludere che "la maggior parte delle madri "diventa mamma" più e più volte, con certezza crescente, nell'arco di diversi mesi. La nuova identità può sbocciare in un momento qualsiasi della gravidanza, per configurarsi poi con maggior precisione dopo la nascita del bambino e dispiegarsi pienamente dopo parecchi mesi di cure a casa, quando la mamma si rende conto di essere diventata tale ai suoi occhi" (Stern, 1998).

Può sembrar banale sottolinearlo, ma madre si diventa mentre donna si resta, seppur con un connotato in più: questo significa che le trasformazioni a cui è soggetto il corpo, l'umore, i ritmi di vita sono parallele alla conservazione del contesto relazionale, familiare, amicale in cui si rimane inseriti. Di questo aspetto bisogna tener conto, in quanto è proprio da questo punto di vista che diventa ragionevole esplorare le costanze e i cambiamenti reali, immaginari oppure semplicemente ipotetici che la donna si trova ad affrontare.

Criminalità femminile: l'io della donna e la personalità deviante

Definire e cercare di concettualizzare, attraverso una lettura psicodinamica, lo sviluppo e l'organizzazione dell'io nella personalità femminile, ovvero la psicologia della donna nella nostra epoca e nel nostro contesto socio-culturale, è di estrema difficoltà, soprattutto in relazione alla tematica generale della criminalità femminile che è stata finora poco studiata e poco analizzata.

Dal punto di vista storico e culturale, infatti, la personalità deviante e/o criminale ha avuto forti difficoltà a trovare una sua collocazione e, soprattutto, una sua individuazione e identità; la criminalità femminile è sempre stato un tema scarsamente presente nei dibattiti in criminologia, visto spesso solo come un sottoinsieme della criminalità maschile.

Nella letteratura criminologica Positiva, la devianza femminile non era configurata come ribellione, trasgressività, atteggiamenti critici nei confronti della società, ma più "semplicemente" come anomalia biologica o malattia psicologica. Alle donne delinquenti non veniva riconosciuta una veste razionale, come risposta a specifici problemi o conflitti sia interni, che esterni, per questo erano considerate come o "da curare", o da allontanare dalla società.

Le teorie di Lombroso (2000) tutte tese ad evidenziare l'inferiorità biologica, mentale, sociale e culturale della donna, hanno determinato il costituirsi di uno schema di pregiudizi, luoghi comuni, stereotipi, stigmi che sono sopravvissuti per lungo tempo.

Oggi queste teorie ci fanno sorridere, le donne non sono portate a commettere omicidi perché biologicamente inferiori, ma forse perché vivono una vita "inferiore", ossia al di sotto delle loro aspettative e dei loro desideri. E per questo andiamo dalle motivazioni più inquietanti per la loro banalità, vedi le donne che uccidono i propri figli in quanto colpevoli di aver rovinato i loro corpi attraverso il parto, a quelle più complesse di donne che ripropongono ai piccoli le violenze che loro stesse hanno subito, a quelle che dissimulano la gravidanza e fecalizzano il neonato (è il caso dei bambini abbandonati nelle discariche o nei cassonetti dei rifiuti).

Madri assassine: il rifiuto della maternità

“Periodicamente fa scalpore il caso di donne, per lo più giovanissime, che partoriscono, a loro dire, un bambino che non si erano mai accorte di attendere. Nella loro esperienza, il parto non è stato preceduto da alcuna gestazione. Si tratta di casi per cui molto spesso la gravidanza costituisce un avvenimento indesiderato o pericoloso, un trauma inaffrontabile.

Scatta allora una rimozione che riguarda soprattutto i mutamenti esterni, perché quelli interni rimangono inavvertiti da molte donne, senza che per questo esse ignorino ciò che sta loro accadendo. Basta un sovrappiù di rimozione perché il processo vitale della gestazione resti sconosciuto, isolato dallo iato che separa la mente dal corpo”. Le ragioni non sono sempre facili da comprendere e decifrare; le avvisaglie prima del dramma spesso non vengono colte.

Tuttavia qualsiasi reato, ed in modo particolare l’atto criminoso, è un’azione in cui un individuo incontra una particolare situazione. Senza quelle particolari condizioni la fragilità simbolica di chi lo commette, che impedisce l’elaborazione consapevole del conflitto e la ricerca di soluzioni non distruttive per sé e per gli altri, si sarebbe probabilmente espressa in altri modi.

Nel caso dell’infanticidio, proprio il silenzio, l’impossibilità totale di parlare dell’atto, sembra una caratteristica della fase critica, quella cioè in cui un evento scatenante fa precipitare il dramma.

Le infanticide riescono a mascherare così bene l’evento perché lo nascondono anche a se stesse; inoltre, non essendoci stato investimento affettivo, è “come se” il bambino stesso non esistesse.

Il non riconoscimento del figlio nella gravidanza è una sorta di “aborto psichico”, per cui viene espulso e distrutto “qualcosa” a cui la madre non riesce ad attribuire lo statuto di neonato. L’uccisione come passaggio all’atto è l’esito del suo mutismo estremo.

Il silenzio può essere un tratto delle infanticide contemporanee che si rintraccia anche in contesti situazionali di epoche diverse (Di Bello, Meringolo, 1977), il punto diventa cercare di capire se esistono degli “antecedenti storici” ai quali possa essere ricollegato (De Leo, 1992).

Il significato sociale attribuito al crimine è cambiato nel momento in cui è stata offerta un’alternativa socialmente accettata all’infanticidio, dall’adozione fino alla contraccezione ed all’aborto. Tuttavia le modalità del tacere, la consegna del silenzio, rimane per quelle gravidanze che mettono a rischio l’assetto della famiglia.

Accanto a questo si rafforza, negli ultimi anni, il peso costituito da situazioni di precarietà sociale, in cui la carenza di reti sociali di sostegno, e l’assenza quasi totale di opportunità offerte dal collettivo (a livello di istruzione, salute, servizi, lavoro) si strutturano come gli antecedenti più ricorrenti.

Accanto a tutto ciò un’incapacità profonda di acquisire consapevolezza di sé e di esprimere il proprio disagio, la difficoltà a chiedere aiuto.

Analisi psicologica del fenomeno : motivazione all’infanticidio

La maggior parte delle madri che compiono il delitto di figlicidio non presenta malattie mentali riconosciute come psicosi o alterazioni mentali di gravità tale da avere rilievo penale, e cioè, a termine di legge, scemare grandemente o abolire totalmente la loro capacità di intendere e di volere.

Si tratta, quindi, di madri assassine che la giustizia priva di libertà, ponendole in un *carcere comune* (in quanto dichiarate dalla legge “sane di mente” e cioè capaci di intendere e volere) e non in un *ospedale psichiatrico giudiziario* (alternativa per le madri dichiarate dalla legge “inferme di mente” e cioè con capacità di intendere e di volere grandemente scemata od abolita e, contemporaneamente, ritenute pericolose) (Nivoli, 2002).

Tra le varie motivazioni che possono spingere una madre a compiere tale delitto, possiamo ricordare le seguenti:

• **L’atto impulsivo delle madri che sono solite maltrattare i figli:**

Vi è una tipologia di madre (*battering mothers*) che è solita abusare dei figli ed in particolare usare la violenza fisica in modo inadeguato, sadico e crudele. Queste madri, in seguito ad una stimolazione del figlio (ad esempio urla, pianti...) vanno incontro ad un improvviso, rapido e impulsivo agito aggressivo per cui possono percuotere il figlio con un oggetto contundente, soffocarlo, accoltellarlo, defenestrarlo ecc. Si tratta di madri che non hanno, nel caso specifico, messo in atto un progetto preordinato, ma che, pur tuttavia, avevano intenzione di usare violenza fisica nei confronti del figlio come precedentemente fatto in passato. Spesso queste madri presentano disturbi di personalità, scarsa intelligenza, aspetti depressivi, facilità ad agire impulsivamente, irritabilità ecc.; inoltre spesso vivono in situazioni familiari problematiche, ad esempio numerosi figli cui badare, condizioni economiche indigenti, problemi di separazione col marito o col compagno, difficoltà legate all’alloggio, al lavoro. Infine queste donne, che si contraddistinguono per abusare in modo regolare e continuo (usando violenza fisica, trascuratezza, promiscuità sessuale) dei loro figli, spesso provengono a loro volta da famiglie poliproblematiche ove loro stesse sono state vittime di maltrattamenti ed abusi in giovane età.

• **L’agire omissivo della madre passiva e negligente nel ruolo materno:**

In alcuni casi la morte del figlio, soprattutto se in giovane età (allorquando necessita di particolari attenzioni e cure) può essere dovuta ad atti omissivi della madre che non lo accudisce e tutela in modo attento ed adeguato. Ad esempio la madre non è in grado, o non vuole vestirlo in modo adeguato alla temperatura, portarlo dal medico a farsi curare in tempi utili, provvedere a nutrirlo in modo efficace e continuo.

Si tratta di madri che non sono in grado di affrontare la loro funzione materna (*coping maternal*) nel provvedere alle necessità fondamentali e vitali del bimbo.

Queste madri, per ignoranza, incapacità personale, insicurezza, scelta deliberata sono delle madri che cominciano a vivere le esigenze del figlio come qualcosa di strano, di minacciante, di estraneo che complica in modo drammatico la loro vita. Alcune di queste madri passive e negligenti possono essere assalite anche da problemi di natura

psicotica, con paure di fusione, angosce di annientamento ecc. In questi casi, l'omicidio avviene spesso in modo passivo o con omissioni: alimentazione incongrua o insufficiente, malattie non curate o incidenti mortali apparentemente dovuti a fatalità.

• **La vendetta della madre nei confronti del compagno:**

In alcuni casi la madre può uccidere il figlio per vendicarsi dei torti reali, o presunti, subiti dal marito. Con l'uccisione del figlio la madre cerca di arrecare così un dispiacere al proprio compagno. Questa dinamica è nota sotto il nome della "Sindrome di Medea". Quest'ultima, secondo il mito, esperta in arti magiche, fugge con Giasone dopo avere abbandonato la famiglia di origine ed avere ucciso suo fratello Apsirto, facendolo a pezzi. Giasone, però, minaccia di abbandonarla per un'altra donna ed allora Medea uccide i due figli che aveva avuto con lui allo scopo di vendicarsi del tradimento di Giasone, che aveva rotto tutti i vincoli con la famiglia e anche violato le norme più sacre uccidendo il fratello.

Sotto il profilo psicoanalitico, i figli possono essere stati uccisi da Medea non solo perché si interrompe la linea di discendenza di Giasone, ma anche per il desiderio di "realizzazione allucinatoria del possesso totale" dei propri figli, estromettendo il padre. I figli di Medea diventano così un bene materiale di Medea e a cui ella nel suo "sentimento di onnipotenza" ha dato la vita, ma cui ella può anche togliere la vita.

La spada con cui Medea trafigge i figli potrebbe significare la tipica rappresentazione del fantasma di una "madre fallica", mascolina, aggressiva, vendicativa. Queste madri vendicative (retaliating mothers) presentano in genere disturbi di personalità con aspetti aggressivi, comportamenti impulsivi, tendenze suicidarie e frequenti ricoveri in ospedale psichiatrico. Inoltre le loro relazioni con i compagni sono spesso ostili e caotiche. Infine queste madri tendono a utilizzare il figlio come un oggetto inanimato, una sorta di arma vendicativa contro il proprio compagno.

• **Le madri che uccidono i figli non desiderati**

Alcune madri uccidono in modo attivo, deliberato, cosciente (cioè in piena lucidità mentale) il loro figlio perché non era desiderato. Spesso il figlio non voluto ricorda loro momenti molto tristi e penosi della propria vita: indigenza economica, abbandono da parte dell'uomo amato, episodi depressivi, violenze sessuali subite ecc. Si tratta di madri che presentano tratti di personalità impulsivi ed antisociali; spesso hanno una storia personale di comportamenti devianti ad abuso di droghe.

• **Le madri che trasformano i loro figli in capri espiatori di tutte le loro frustrazioni:**

Vi sono delle madri che ritengono, nella loro percezione, che i figli abbiano rovinato completamente, drammaticamente ed inesorabilmente la loro esistenza. Hanno la percezione che il figlio abbia "sformato" attraverso la gravidanza il loro corpo, le abbia condizionate a vivere in un ambiente a loro non gradito, le obblighi ad accettare un compagno che non amano oppure a non vivere felici col compagno che amano ecc. Queste donne "somatizzano" tutte le loro frustrazioni di vita sul bimbo che ritengono la causa unica del loro percepito fallimento esistenziale. Può trattarsi di madri insicure, con tratti borderline di personalità, ovvero madri conflittuali che

presentano anche tratti impulsivi ed aggressivi. Alcune di queste madri possono soffrire di malattie mentali con elementi persecutori, deliranti, paranoidei, per cui percepiscono il loro bimbo come un vero e proprio persecutore; tali forme deliranti possono essere presenti in madri con diagnosi di schizofrenia ma anche di depressione maggiore.

• **Le madri che negano la gravidanza e fecalizzano il neonato:**

Vi sono madri che uccidono o lasciano morire il neonato nell'immediatezza del parto. In genere si tratta di madri molto giovani d'età, che non hanno una situazione sociale chiara e definita col compagno, che è in genere una persona più adulta che dopo averle messe incinta le abbandona. Queste madri hanno spesso una forte dipendenza dai legami familiari, presentano caratteristiche personali di immaturità, tratti regressivi, infantili, narcisistici. Tali madri presentano spesso la caratteristica di negare, in modo isterico, la loro gravidanza: si comportano come se non fossero incinta. Si vestono in modo da dissimulare la gravidanza e non richiedono consulenze ginecologiche o altre visite mediche.

Sono madri che tendono a partorire da sole, in situazioni non gestite da specialisti ed in condizioni clandestine. Successivamente, spesso, gettano il feto partorito nelle discariche, o nei luoghi ove è raccolta la spazzatura, come se si trattasse di un prodotto fecale e cioè un oggetto privo di vita, di umanità. Altre madri, invece, abbandonano il feto in luoghi pubblici con la speranza che possa essere trovato e salvato da altre persone.

• **Le madri che ripetono sul loro figlio le violenze che hanno subito dalla propria madre:**

Numerose madri figlicide hanno avuto, a loro volta, una madre che non si comportava, nei loro confronti, in modo adeguato e corretto. Una madre che le minacciava di abbandono, non rispettava la loro individualità, le utilizzava come oggetti, le ha rese vittime di abusi psicologici, di promiscuità sessuale e di trascuratezza. Queste madri assassine che hanno avuto sostanzialmente una "madre cattiva" non sono, a loro volta, riuscite ad avere una buona identità materna, non tollerano le frustrazioni, hanno un senso di identificazione frammentato, sono confuse nel loro ruolo femminile ecc.

Sono madri che pur desiderando, a livello conscio, di non essere come la loro "madre cattiva" in realtà coi loro figli non riusciranno ad essere una "madre buona" e ripeteranno gli stessi errori che ha compiuto, in passato, la loro madre. Queste madri, quindi, ripeteranno, in un'identificazione non conscia all'aggressore, gli stessi errori con i propri figli, usando la violenza sino a compiere gesti omicidari in un drammatico declinarsi di una violenza plurigenerazionale.

• **Le madri che spostano il desiderio di uccidere la loro madre cattiva ed uccidono il figlio cattivo:**

Numerosi autori sostengono che, tra i problemi fondamentali che stimolano una madre al figlicidio, risiedano l'odio e l'astio che quest'ultima ha nei confronti della propria madre vissuta come una "madre cattiva". In questo senso la madre figlicida è originariamente legata ad un grave conflitto con la propria "madre cattiva", che

vorrebbe distruggere e annientare. La madre figlicida può dunque diventare depressa, manifestare tendenze autodistruttive ed inglobare in questo desiderio di morte il figlio divenuto a sua volta “cattivo”. L’aggressività omicidiaria è quindi spostata verso il figlio, che spesso è vissuto non come è nella realtà, ma come le reazioni emotive della madre e i suoi meccanismi psicologici di difesa lo fanno apparire.

• **Le madri che desiderano uccidersi e uccidono il figlio:**

Vi sono madri che vivono in una situazione depressiva senza speranza (hopelessness), senza possibilità di ricevere aiuto da alcuno (helplessness), afflitte dalla loro percepita pochezza e indegnità (whortlessness) e si convincono sempre più che il loro figlio non potrà vivere in un mondo così ostile, cattivo e crudele, senza di loro. Per questo motivo uccidono il bimbo e spesso dopo il figlicidio si uccidono anche loro. Si tratta di madri che si muovono in un progetto di “suicidio allargato” nell’ambito spesso di patologie sul registro depressivo ed anche paranoideo.

• **Le madri che uccidono il figlio perché pensano di salvarlo:**

Vi sono madri che si muovono in un contesto mentale di tipo paranoideo persecutorio, per cui ritengono che l’unico modo di poter sfuggire ad un mondo crudele e maligno che le perseguita sia la morte propria e quella del proprio figlio.

Queste madri, oltre a presentare aspetti depressivi, deliranti, persecutori, possono essere anche vittime di allucinazioni uditive di tipo imperativo, e cioè sono convinte di udire voci (che non esistono) che esigono e chiedono in modo continuo e minaccioso la morte del bimbo come unica possibilità di salvezza, come sacrificio per una vita migliore ecc.

Può trattarsi in questi casi di un figlicidio di tipo altruistico, ove la motivazione all’omicidio è legata, a livello manifesto, al fatto che l’unico mezzo per potere salvare il proprio figlio da un mondo minaccioso e senza scrupoli è quello di ucciderlo: evento non sempre accompagnato da verbalizzazioni di fantasie di riunione di madre e figlio in un mondo migliore.

• **Le madri che uccidono il figlio per non farlo soffrire:**

Si tratta di figlicidi in cui il figlio soffre di una grave malattia organica a decorso ingravescente che lo obbliga a soffrire giornalmente grandi dolori, con una notevolissima riduzione della qualità della vita. Bisogna distinguere questi omicidi compassionevoli (mercy killing) in cui la madre privilegia il bene del figlio dagli omicidi pseudo-compassionevoli, ove in realtà la madre uccide un figlio malato, handicappato, bisognoso di cure, solo per ottenere un guadagno personale e liberarsi di un così penoso e grave fardello di preoccupazioni. A volte le madri sono convinte che il figlio soffra di malformazioni o malattie che il figlio non ha. Le madri possono così uccidere il figlio nella convinzione di “salvarlo dalle sofferenze future”.

• **Le madri che prodigano cure affettuose al figlio ma in realtà lo stanno subdolamente uccidendo:**

La “Sindrome di Munchhausen per procura” è propria di quelle madri che provocano nel figlio lesioni spesso gravi o che simulano malattie al fine di ottenere, in modo particolare, l’attenzione da parte del medico. Queste madri somministrano di nascosto

dei farmaci o sostanze dannose alla salute sino a poter causare dei veri e propri avvelenamenti del figlio.

Sono madri che mantengono un atteggiamento, di fronte alle persone, di estrema cura, premura, attenzione alla salute del proprio figlio che portano continuamente ed ossessivamente dai medici per farlo curare. Tutto ciò, nonostante in modo subdolo, di nascosto somministrano al figlio farmaci o altre sostanze che provocano dei gravi danni alla salute. In alcuni casi se queste madri non sono riconosciute dai medici come affette da una Sindrome di Munchhausen per procura, il figlio può andare incontro a morte a causa di gravi lesioni provocategli dalla madre. Le madri affette da Sindrome di Munchhausen per procura possono essere distinte dalle madri ricercatrici di aiuto (help seekers) cioè quelle madri che continuano a richiedere esami medici per i propri figli a causa dei disturbi che loro hanno indotto, o che percepiscono esserci. Le madri affette dalla “Sindrome di help seekers” si differenziano da quelle affette dalla Sindrome di Munchhausen, in quanto la ricerca di cure mediche è più saltuaria, la patologia indotta è meno grave ed è motivata da un preciso bisogno della madre che necessita di un sostegno da parte di medici, infermieri, assistenti sociali nell’allevamento del bambino.

Per queste madri l’offerta di un sostegno concreto può costituire un intervento risolutivo. Un’altra diagnosi differenziale della Sindrome di Munchhausen per procura può essere con le madri che continuano in modo acritico e stereotipato a richiedere visite mediche per il proprio figlio, il quale ha realmente, in passato, sofferto di una grave malattia ma dalla quale è ormai guarito (doctor shopping per procura). Ancora da segnalare, nella diagnosi differenziale, i casi delle 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.

Come nel “suicidio allargato” la madre può trascinare il proprio figlio nella morte, così nella “terapia farmacologica allargata” la madre coinvolge nella propria terapia il bimbo indifeso. Ad esempio, una madre schizofrenica può somministrare al proprio bimbo che piange, allo scopo di calmarlo, le gocce di un potente farmaco neurolettico prescritte dallo psichiatra per lei. Agendo in questo modo la madre può provocare dei gravi disturbi collaterali da neurolettico al bimbo, sino a poterne provocare la morte (Nivoli, 2002).

Possibili cause del fenomeno

Vi sono numerosi altri elementi clinici che influiscono sulle motivazioni sociali e personali a commettere il figlicidio.

Tra queste numerose variabili concasuali (e cioè elementi che non costituiscono la causa unica, diretta e sufficiente a provocare il delitto), si può ricordare un sentimento inadeguato della maternità, la presenza di psicopatologie acute, l’abuso di sostanze voluttuarie e la presenza frustrante di situazioni emotive problematiche:

- ***Il sentimento inadeguato della maternità:***

Ogni essere umano, subito dopo la nascita, ha bisogno di una “madre sufficientemente buona” che badi alle esigenze primarie di quando un soggetto è piccolo, indifeso, dipendente, e di poter altresì beneficiare di un “ambiente favorevole ed accudente” tale da permettere le fasi corrette e adeguate di separazione e individuazione, di imitazione, di internalizzazione nei confronti delle buone qualità dei genitori. Una “buona madre” potrà permettere alla figlia di divenire anche lei un’altra “buona madre” attraverso due grandi direttive, e cioè, in primo luogo, il ricordarsi della primitiva e gratificante relazione figlia-madre ed, in secondo luogo, il ricordarsi di essere stata ella stessa una bimba trattata bene e felice.

Se invece la donna ha avuto una “madre cattiva”, potrà percepire il mondo alla luce del dubbio, della diffidenza, di una cronica immaturità, della perdita della stima di se stessa, ecc. Spesso le madri che hanno compiuto un figlicidio hanno avuto proprio una “cattiva madre” che non ha saputo insegnare e trasmettere un sentimento adeguato di maternità.

• ***La presenza di psicopatologie acute:***

La malattia mentale, pur non rappresentando l’unica causa di tale delitto, può agevolare l’agito omicidiario.

Tra le psicopatologie acute di cui può soffrire la madre al momento dei fatti del delitto si può segnalare la depressione, con i progetti di suicidio allargato; le patologie su registro paranoideo e schizofrenico-paranoideo, ove il figlio è percepito come un persecutore ovvero deve essere protetto a tutti i costi da un mondo maligno, intrusivo, invadente; le patologie borderline con difficoltà a separare se stessa dal figlio; i disturbi di personalità in cui vi è maggiore facilità al passaggio all’azione impulsiva.

• ***L’abuso di sostanze voluttuarie:***

L’abuso di sostanze voluttuarie (in particolare eroina, cocaina, ecc.) può esercitare una duplice azione nel favorire il figlicidio. Da un lato, la loro assunzione o l’eventuale astinenza da esse può provocare irritabilità, eccitazione, stati depressivi e/o disforici; dall’altro, nei casi di doppia diagnosi, e cioè una malattia mentale e contemporaneamente una tossicofilia (tendenza all’abuso di sostanze voluttuarie), può scatenare scompensi psicotici, quali eccitazione maniacale, deliri, allucinazioni che possono culminare nell’atto omicidiario.

• ***La presenza di situazioni problematiche:***

Alcune madri uccidono il loro figlio in coincidenza, seppur non in rapporto causale diretto, con situazioni altamente problematiche e stressanti che sopravvengono mesi o anche pochi giorni prima del delitto. In genere si tratta di situazioni di crisi in cui vi è rappresentata la perdita e/o la separazione: per esempio si sono verificati allontanamenti di persone significative, decessi in famiglia, problemi finanziari con perdita di sicurezza economica, mutamenti di vita non voluti, insorgenza di malattie personali.

E’ da sottolineare che queste varie situazioni descritte non sono di per se stesse sufficienti a causare il delitto di omicidio, ma unitamente ad altri fattori ed a motivazioni specifiche, possono essere uno degli elementi della costellazione

concausale, che si rendono responsabili del passaggio all'azione omicidiaria da parte della madre.

L'ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere

Dei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari italiani, Castiglione è l'unico ad avere con il Ministero della Giustizia solo un rapporto di convenzione, rinnovata ogni anno tra l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova e il Ministero.

La dicitura è chiara : "Ospedale" sta ad indicare che si tratta un luogo di cura, psichiatrico, ci fa capire che le persone che vi entrano presentano delle malattie mentali tali che interdicono la capacità di intendere e volere, "giudiziario" indica che è una struttura detentiva per cui le persone che vi entrano hanno dovuto confrontarsi con il sistema penitenziario in quanto hanno commesso dei reati.

L'istituto si configura quindi come struttura essenzialmente sanitaria (infermieri, medici-psichiatri, psicologi ed educatori), senza la presenza di polizia penitenziaria, di sbarre o di celle : la sanitarizzazione ha ridotto l'aspetto custodialistico .

Il complesso collaudato nel 1939, prima Ospedale Psichiatrico, dal 1975 ospita anche donne: è infatti l'unico O.P.G. in Italia anche aperto alle donne, le quali non possono tenere figli nell' istituto.

È costituito da una serie di padiglioni all'interno di un parco in collina fuori dal paese di Castiglione.

I reparti principali di degenza sono quattro: Virgilio e Aquarius per gli uomini, Morelli e Arcobaleno per le donne.

Le donne nella sezione femminile sono suddivise in due aree, il reparto Morelli e l'Arcobaleno, molte delle quali hanno commesso reati in famiglia, e alcune di loro hanno ucciso i loro figli.

Tre sono i requisiti per arrivare in O.P.G. : per prima cosa aver commesso il reato, secondo essere state giudicate incapaci di intendere e volere, terzo essere considerate socialmente pericolose.

La sezione Morelli può ospitare fino a trentacinque donne. Qui vengono accolte le *detenute*, cioè le donne in osservazione psichiatrica (art. 112 D.P.R. 230/00 e art. 148 c.p.) : queste sono detenute con sopraggiunta infermità di mente, rimangono in osservazione per trenta giorni per poi essere sottoposte ad una perizia psichiatrica. Dopo questo periodo si può rimandare il soggetto in carcere o farlo rimanere in O.P.G. in virtù dell'art. 148 c.p., cioè per problemi psichiatrici e la pena combinata in carcere continua ad essere eseguita in O.P.G.

Bisogna stare molto attenti perché alcune donne possono essere simulatrici di malattia mentale.

Il turn-over nel reparto è elevato, l'età media è di circa trent'anni. I reati maggiormente commessi sono quelli contro il patrimonio, cioè furti, rapine ed estorsioni, con elevata incidenza di condotte antisociali e di anomalie comportamentali.

Le detenute presentano in prevalenza disturbi di personalità, in particolar modo disturbo narcisistico e borderline, disturbo da abuso di sostanze e concomitanza con patologie organiche correlate ad infezione da HIV e da epatite.

Questo reparto svolge, quindi, funzioni con prevalente competenza su : osservazione e inquadramento criminologico e psichiatrico forense , gestione delle emergenze psichiatriche con attenzione particolare ai comportamenti aggressivi e socialmente devianti. È una sezione “chiusa”, più simile ad un carcere vero.

Nella sezione Arcobaleno la capienza è di circa settanta donne internate , cioè persone che hanno commesso un reato in stato di infermità mentale e riconosciute socialmente pericolose.

In virtù dell'art. 222 c.p. sono riconosciute totalmente inferme di mente all'atto del reato e sottoposte a misure di sicurezza da un minimo di due anni ad un massimo di dieci a seconda del reato commesso, ma che può essere prorogata o anticipata.

In caso di seminfermità mentale o parzialmente capace di intendere e volere (art.219 c.p.), sono sottoposte a misura di sicurezza da sei mesi a due anni e in più devono scontare la pena detentiva ridotta di 1/3.

Il reparto Arcobaleno è diviso in due sezioni: una accoglie i nuovi ingressi e tutte le donne che presentano maggiori problematiche psichiatriche e comportamentali; l'altra accoglie le donne in migliore compenso clinico e comportamentale e sottoposte a trattamenti riabilitativi avanzati.

Le internate presentano in prevalenza disturbi psicotici (schizofrenia e sindromi depressive), hanno commesso reati contro la persona(tentato omicidio, omicidio e lesioni personali) di solito contro i familiari, uccisione del proprio figlio ed a volte un duplice filicidio.

Il reparto svolge, quindi, competenze su area trattamentale con valutazione delle disabilità e verifica dei percorsi riabilitativi e del reinserimento sul territorio.

All'interno dei reparti non ci sono celle, ma stanze personalizzate da ogni paziente, ognuna ha un'apertura nel giardino che circonda l'edificio.

L'illusione della serenità e della tranquillità : il vero carcere le pazienti dell'O.P.G. lo vivono dentro non sono le porte chiuse a chiave che limitano la loro libertà, è la malattia il loro carcere.

Le metodologie operative delle due sezioni Arcobaleno e Morelli sono diverse. Nella prima si attua:

- Inquadramento diagnostico.
- Adozione di trattamento farmacologico e/o psicoterapico.
- Gestione emergenze psichiatriche.
- Adozione di misure di particolare sorveglianza e contenimento dell'aggressività.
- Riconoscimento e graduazione delle specifiche aree di disabilità.
- Individuazione dei programmi di trattamento individualizzati.
- Progettazione e realizzazione di percorsi riabilitativi a medio e lungo termine con inserimento della paziente in attività ricreative ed ergoterapiche intra ed extra moenia.

- Progettazione e realizzazione del progetto di dimissione con coinvolgimento delle strutture territoriali competenti e/o collaborazione dei familiari.

Importante nel contesto delle attività riabilitative effettuate nel reparto Arcobaleno è il “Progetto Edera”. Concepito nel 2000 e perfezionato man mano nell’iter applicativo, il “Progetto Edera” è un percorso riabilitativo riservato alle internate che si articola secondo una gradualità di passaggi evolutivi mirati alla riduzione delle disabilità ed al consolidamento delle autonomie personali, sociali e lavorative delle ospiti. Per favorire le varie tappe migliorative sono state individuate all’interno del reparto quattro aree residenziali (Rosa, Mimosa, Fiordaliso, Edera), nelle quali sono collocate le pazienti secondo un criterio meritocratico che tiene conto delle loro diverse abilità di base, del grado di cura del Sé e della risposta ai programmi individuali.

Nella sezione Morelli la metodologia dell’equipe socio-sanitaria è la seguente:

- Valutazione della dimensione dell’impatto della detenzione con la realtà manicomiale e messa in atto di adeguate misure cautelari per prevenire e fronteggiare eventuali episodi critici(discontrolli comportamentali, agiti clastici auto ed etero aggressivi).
- Ricerca dell’alleanza terapeutica.
- Osservazione della personalità diversificando le componenti psicopatologiche da quelle criminologiche(tests , scale di valutazione).
- Verificare se i disturbi psicopatologici siano preesistenti alla carcerazione o slatentizzati e/o prodotti dalla carcerazione stessa(psicosi carcerarie).
- Riconoscimento di condotte simulatorie o dissimulatorie.
- Diagnosi e strategie trattamentali.
- Valutazione prognostica: specificare nella relazione di completamento dell’osservazione se le condizioni cliniche della paziente sono compatibili o meno con l’ambiente penitenziario, cioè rientro in carcere o applicazione dell’art.148 c.p.

Rieducazione terapie, progetti educativi e reinserimento sociale

L’Ospedale Psichiatrico Giudiziario Castiglione delle Stiviere , offre alle sue pazienti, la possibilità di liberare la mente e di non continuare a pensare al reato e alla malattia attraverso programmi terapeutici di compensazione come lavoro, il dedicarsi a corsi d’informatica, di sartoria, di restauro e di pittura.

Gli ospiti possono esprimersi liberamente attraverso il teatro, allenarsi in palestra o in piscina, oppure partecipare a tornei di tennis e giocare a bocce.

La terapia del lavoro ha importanza basilare all’interno dell’O.P.G., permette di superare la prostrazione e di allontanare l’idea del suicidio, al quale sembra impossibile non pensare; in questa maniera s’impara il rapporto con le cose , gli attrezzi , i materiali, tutto ciò che è esterno da sé e che permette di riprendere il contatto con la realtà.

I corsi educativi vanno dall’istruzione scolastica all’orientamento socio-lavorativo e culturale.

All'interno dell'O.P.G. è infatti possibile accedere alla scuola professionale Enaip, o fare parte di quelle classi miste che fanno vera propria scuola in cui si insegna un po' di tutte le materie. Qui vengono a fare scuola maestri/e esterne all'O.P.G.

Il ruolo di un educatore all'interno della struttura è un lavoro, come quello di tutti coloro che sono lì, vincolato dalla legge e quindi che ogni iniziativa volta a fare esperienze esterne all'O.P.G. deve essere adeguatamente autorizzata.

Il lavoro si presenta dunque legato a questa parte giuridica e le scelte devono essere sempre vagliate, con i tempi e l'organizzazione che questo procedimento richiede. L'educatore lavora nella struttura in équipe con il personale infermieristico, ausiliario e medico, anche per l'elevato numero di pazienti con cui ha a che fare, circa un'ottantina per quanto riguarda i due reparti femminili.

La collaborazione è fondamentale per la riuscita dei progetti educativi. Il compito dell'educatore, consiste soprattutto nell'essere mediatore fra i progetti che coinvolgono le pazienti all'interno e il mondo esterno, parte integrante dei progetti stessi per quanto riguarda il reinserimento in società.

Importanza enorme ha il contatto con la famiglia e la disponibilità da parte dei suoi componenti di riaccettare l'uscita del paziente, anche se di norma prima di ritornare a casa le donne passano attraverso comunità protette.

Generalmente la ricomposizione degli affetti è evento rarissimo, soprattutto per quanto riguarda il reato di infanticidio, dove il compagno spesso non riesce ad accettare quello che la madre ha fatto.

È per questo che un'eventuale uscita deve essere adeguatamente supportata dall'esterno, sia dall'assistenza di tipo sanitario che da una rete di relazioni significative che permettono alla paziente un riadattamento alla realtà.

Il buio della mente: nelle madri che commettono l'infanticidio

L'infanticidio oggi sta diventando un fenomeno preoccupante: sembra diventato più frequente rispetto al passato e forse sottostimato numericamente. In questi casi il disagio economico e sociale, l'emarginazione hanno una spinta abbastanza determinante, rispetto alle dinamiche intrapsichiche patologiche, in donne fragili, sole e disperate, che forse hanno creduto in un amore illudendosi, e si sbarazzano del neonato, come se fosse uno scomodo fardello, buttandolo in un cassonetto dei rifiuti. Credo che in molti casi di infanticidio la madre non riesce a crearsi nel suo spazio interiore un utero mentale per accogliere la propria creatura in quanto, essendo fragile o in una situazione temporanea di debolezza emotiva, non ha sostegno né materiale né psicologico per affrontare la sua funzione materna. Forse se avesse ricevuto l'aiuto necessario non avrebbe commesso il drammatico gesto di chiudere in una busta di plastica l'essere a cui ha dato nutrimento e vita per nove lunghi mesi, ma sarebbe stata probabilmente in grado di assicurargli la sopravvivenza. È difficile credere che una donna equilibrata dal punto di vista psichico e matura emotivamente non senta il senso innato materno che la spinge alla protezione della prole per assicurarle la sopravvivenza. È una legge naturale che nella specie umana si connota di una qualità

e di una intensità ancora più profonda, che oserei dire quasi divina. Come mai alcune mamme sono “sufficientemente buone” e riescono a seguire il loro istinto , comprendendo i figli senza sbagliare quasi mai con loro , ed altre sono “cattive” e possono danneggiarli in modo grave, uccidendoli dal punto di vista fisico o psichico? Il bambino è il primo ad avere diritto di essere curato e protetto, essendo l’elemento più debole e vulnerabile della società e della famiglia. Il suo dolore è la più grande e disumana sofferenza : non ha colpe , la sua unica colpa è quella di essere venuto al mondo. Egli ha l’innocenza di esistere. Ogni essere umano, di qualsiasi età, ama e vuole essere amato e questo desiderio di amore diventa un bisogno essenziale per la sopravvivenza fisica e psichica in tenera età. Non assicurare amore e cure adeguate ad un essere in via di sviluppo è la più grave violazione ai diritti dell’infanzia che una società civile non può e non deve tollerare. L’unica soluzione è cercare di capire come una madre può arrivare a danneggiare la propria creatura , per aiutarla e sostenerla nella sua funzione materna in quanto nessuno può sostituirsi a lei , che ha il dono di dare e deve continuarla a dare al proprio figlio. Con la corretta informazione si potrebbe evitare che madri disagiate , sole e disperate commettano il drammatico gesto di abbandonare alla morte la propria creatura appena nata, dando loro accoglienza in strutture ospedaliere dove possono partorire senza riconoscere il figlio. Se nel caso dei figlicidi , del resto abbastanza rari, è impossibile una efficace prevenzione , in molti casi di disturbi precoci un intervento tempestivo sulla relazione madre-bambino può essere salvifico.

Anche se non sempre le dinamiche inconsce sono identiche in tutti i casi in quanto ogni persona è un individuo a sé stante con caratteristiche proprie della personalità e della storia personale a partire dalla prima infanzia ed adolescenza, nodi cruciali dello sviluppo psicologico, è necessario fare delle esemplificazioni per evidenziare gli aspetti comuni della psicopatologia di queste madri. È quindi sottinteso che ogni vicenda che si conclude con questo gesto efferato è diversa da un’altra , essendo sempre peculiari ed individuali il costruirsi delle dinamiche incosce. Alla fine dell’800 Freud scoprì che la maggior parte dei nostri comportamenti oppure atti mancati o lapsus hanno una radice inconscia , non essendo sotto il controllo della nostra volontà.

Quando una donna commette un atto così innaturale per la sua condizione di madre , oltre che di essere umano , vuol dire che si trova in una condizione emotiva oltre modo disturbata non solo nel momento in cui commette quell’atto, per una possibile perdita temporanea del contatto con la realtà , ma presenta di costituzione una fragilità psichica, anche se mascherata , perché qualcosa di molto importante le è venuta a mancare da parte della sua stessa madre nelle cure primarie. Questa donna ha un’elevata probabilità di fallire nel rapporto con il proprio figlio nelle prime epoche della vita. Con questo non significa che tutte le donne , con esperienze precoci di maternage personale insoddisfacente , diventano cattive madri ; queste madri hanno maggiori possibilità a svolgere serenamente il loro ruolo di madri e c’è tutta un’ampia gamma di difficoltà.

Ma una donna , potenzialmente fragile per esperienze infantili insoddisfacenti cariche di aggressività e rabbia causa di un imago materna negativa , può impedire l'irrompere dei fantasmi del passato se è sostenuta da relazioni presenti soddisfacenti (figure materne sostitutive reali o il partner).

In qualsiasi situazione la madre commetta l'omicidio del figlio non si tratta di un comune gesto criminale. Giudicare e condannare l'esecrabilità del delitto è una difesa alla follia ed al male che si annida nell'animo e nella mente umana, che tanto ci spaventa e ci inorridisce, ma non ci permette di avvicinarsi all'origine delle deviazioni patologiche del comportamento umano. Credo che l'atteggiamento più consono è cercare di comprendere le dinamiche ed i fantasmi di natura inconscia che possono sconvolgere una donna fino a spingerla ad un atto così drammatico contro l'istinto innato materno, successivamente possiamo emettere un giudizio ed una condanna umana e morale.

Bibliografia

- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Cortina, Milano.
- Andreoli, V. (2002). *Voglia di ammazzare*. Rizzoli, Milano.
- Beltrani, S. (1997). *Compendio di Diritto Penale*. Simone, Napoli.
- Carli L. (a cura di) (1999): *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Raffaello Cortina, Milano.
- Condorelli, D. (2002). *Ho pensato di uccidere i miei figli*. "D" inserto del quotidiano "La Repubblica", 28 Settembre 2002.
- Costanzo S., *Famiglie di sangue: analisi dei reati in famiglia*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- De Leo, G. (1992). *La spiegazione del crimine*. Il Mulino, Bologna.
- Delilli, V. & Ferrari V. (1994). *La misura di sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario: un'indagine empirico giuridica all'interno dell'O.P.G. di Castiglione Delle Stiviere*. Milano: Università degli studi.
- Di Bello, G., Meringolo, P. (1977). *Il rifiuto della maternità. L'infanticidio in Italia dall'Ottocento ai giorni nostri*. Edizioni ETS, Pisa.
- Freud, S. (1931). *Sessualità femminile*. Opere, vol.11. Boringhieri, Torino.
- Hausfater G., Blaffer Hrdy S., *Infanticide : comparative and evolutionary perspectives*, Aldine, New York, 1984
- Lipari, E., Speranza, A. M. (1992). *La gravidanza nella letteratura psicologica e psicoanalitica*. In Ammaniti, M. (a cura di), *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Lombroso, C., Ferrero G. (1893). *La donna delinquente, la prostituta, la donna normale*. Torino, Roux.
- Mastronardi, V.M. (2001) *Manuale per operatori criminologici e psicopatologici forensi*. Milano: Giuffrè.

- Mastronardi, V.M.,& Villanova M.(2007).*Madri che uccidono:le voci agghiaccianti e disperate di oltre trecento donne che hanno assassinato i loro figli*. Roma:New Compton.
- Nivoli, G. C. (2002). *Medea tra noi. Le madri che uccidono il proprio figlio*. Carocci, Roma.
- O' Leary, J. (2004). *Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy*. In *Archives of Womens Mental Health*, 7: 7-18.
- Pazzagli, A., Benvenuti, P., Rossi Monti, M. (1981) *Maternità come crisi*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychoterapy*. Basic Books, New York. Ed.it: *La costellazione materna*. Boringhieri,Torino.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern N., A. Freeland (1998). *The Birth of a Mother*. Tr. It. (2000). In: *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. ArnoldoMondadori, Milano.