

Immagine del dipinto di Norah Neilson Gray, dal titolo "Mother and Child"



CONVEGNO REGIONALE
Il trattamento del disagio
psichico perinatale

BOLOGNA 6 MARZO 2024

**DAL DISAGIO PSICHICO PERINATALE AL FIGLICIDIO.
L'ESPERIENZA DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE**

Simone Giacco
Dirigente Psicologo

Sistema Polimodulare di REMS
provvisorie - ASST Mantova

MONIQUE BYDLOWSKI

Monique Bydlowski

DIVENTARE MADRE

*All'ombra della memoria
non cosciente*

Esperienza iniziatica per eccellenza, il parto è una prova che può suscitare movimenti psichici imprevedibili e potenzialmente duraturi. Frutto di un progetto trentennale di ricerca e osservazione in un reparto maternità, questo volume offre un contributo all'antropologia psicoanalitica, raccontando l'interazione con la 'diade singolare' costituita dalla madre in divenire e dal neonato.

Casa Editrice Astrolabio

Diventare madre

..si sviluppa insieme alla **coscienza della finitudine** e alla paura della morte

..sottintende accettare che l'immagine della giovinezza vada in frantumi, per lasciare intravedere il riflesso di identificazione con la madre che invecchia, l'avvicinarsi implicito alla propria morte

MARINA VALCARENGHI

Marina Valcarenghi

Mamma non farmi male

Ombre della maternità



Bruno Mondadori

Caratteristica fondamentale della maternità è *l'ambivalenza emotiva*.. si fronteggiano amore e insofferenza, dedizione e rifiuto, egoismo e generosità, voglia di accudire e voglia di trascurare

È un errore considerare innaturale ciò che è istintivo (autoconservazione), perché induce a sentirsi sbagliate e colpevoli nell'avere pulsioni socialmente condannate

Riconoscere queste pulsioni, contenerle entro i limiti consentiti

FIGLICIDIO

OMICIDIO DI MINORI COMMESSO DAI GENITORI, SIA BIOLOGICI CHE ADOTTIVI

- NEONATICIDIO
- INFANTICIDIO
- OMICIDIO DI FIGLI CON ETA' > 12 MESI

Età figlio / età madre
Differiscono per le motivazioni
Periodo storico / cultura di riferimento

I fattori associati al figlicidio differiscono tra le donne con malattia mentale rispetto a quelle che non ne soffrono

L'omicidio di un figlio non può essere logicamente utilizzato per concludere che una madre è «malata di mente». Persone non idonee ne potrebbero trarre vantaggio.

NEONATICIDIO

OMICIDIO DEL NEONATO ENTRO LE PRIME 24 ORE DI VITA

Queste madri differiscono da quelle con malattia mentale che uccidono bambini più grandi

- Single
- Giovane età
- Basso status socio-economico
- Vivono con i genitori/altri parenti

- NO CURE PERINATALI → madri difficili da identificare, non note al SSN
- NEGANO/NASCONDONO GRAVIDANZA → solitamente non presentano disturbi psichiatrici

Motivazione principale: FIGLIO NON DESIDERATO

Non tentano il suicidio dopo aver commesso l'omicidio

INFANTICIDIO

OMICIDIO DEL FIGLIO ENTRO I PRIMI 12 MESI DI VITA

Infantis - cidium, uccisione di chi non è ancora in possesso dell'uso della parola

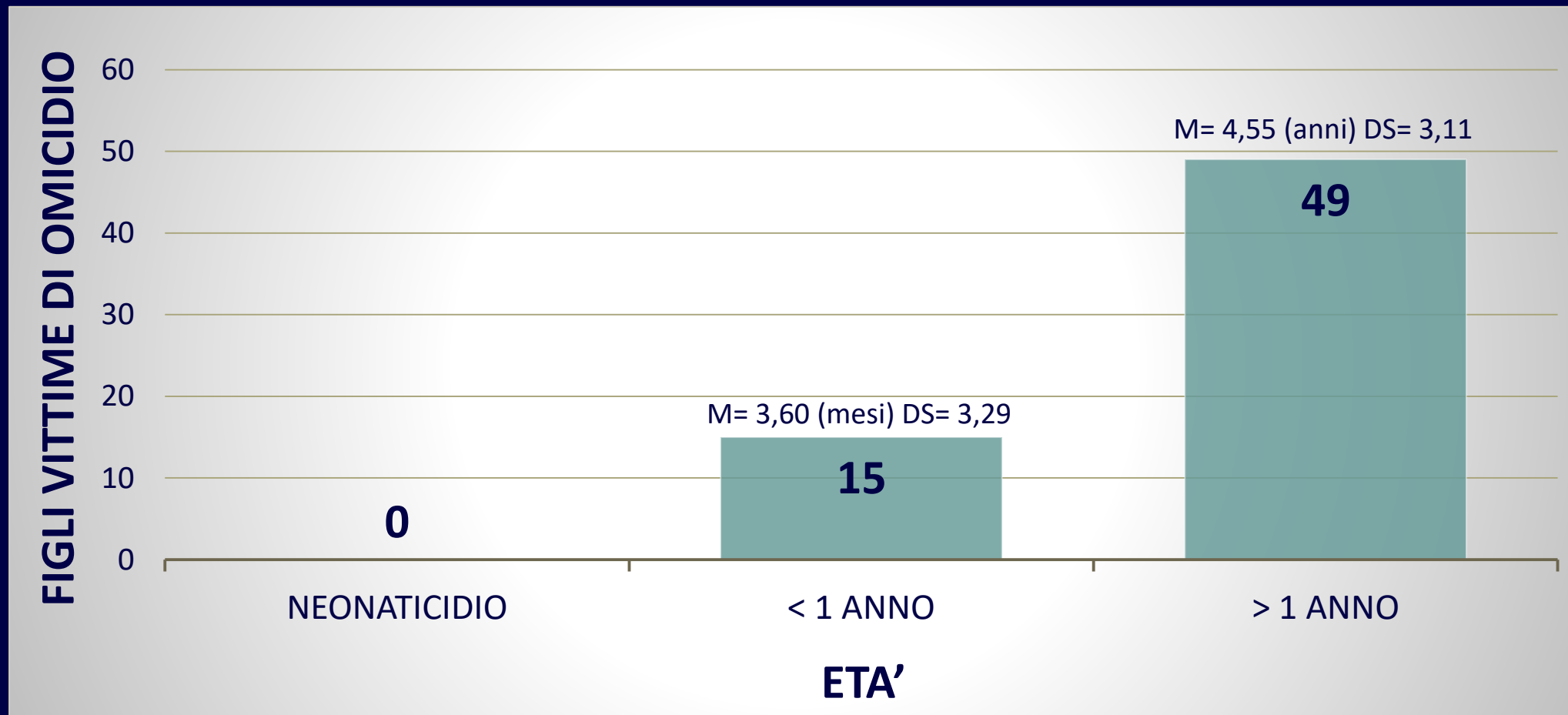
OMICIDIO DEL FIGLIO CON ETA' > 12 MESI

Caratterizzato da precedenti legami derivati dalla convivenza e dallo stabilirsi del rapporto madre - bambino

- Madri con malattia mentale → uccidono con maggiore probabilità bambini più grandi
- Madri depresse non trattate → manifestazione sintomi psicotici
- Caratteristiche psicotiche associate a disturbi dell'umore
- Tendenze suicidarie

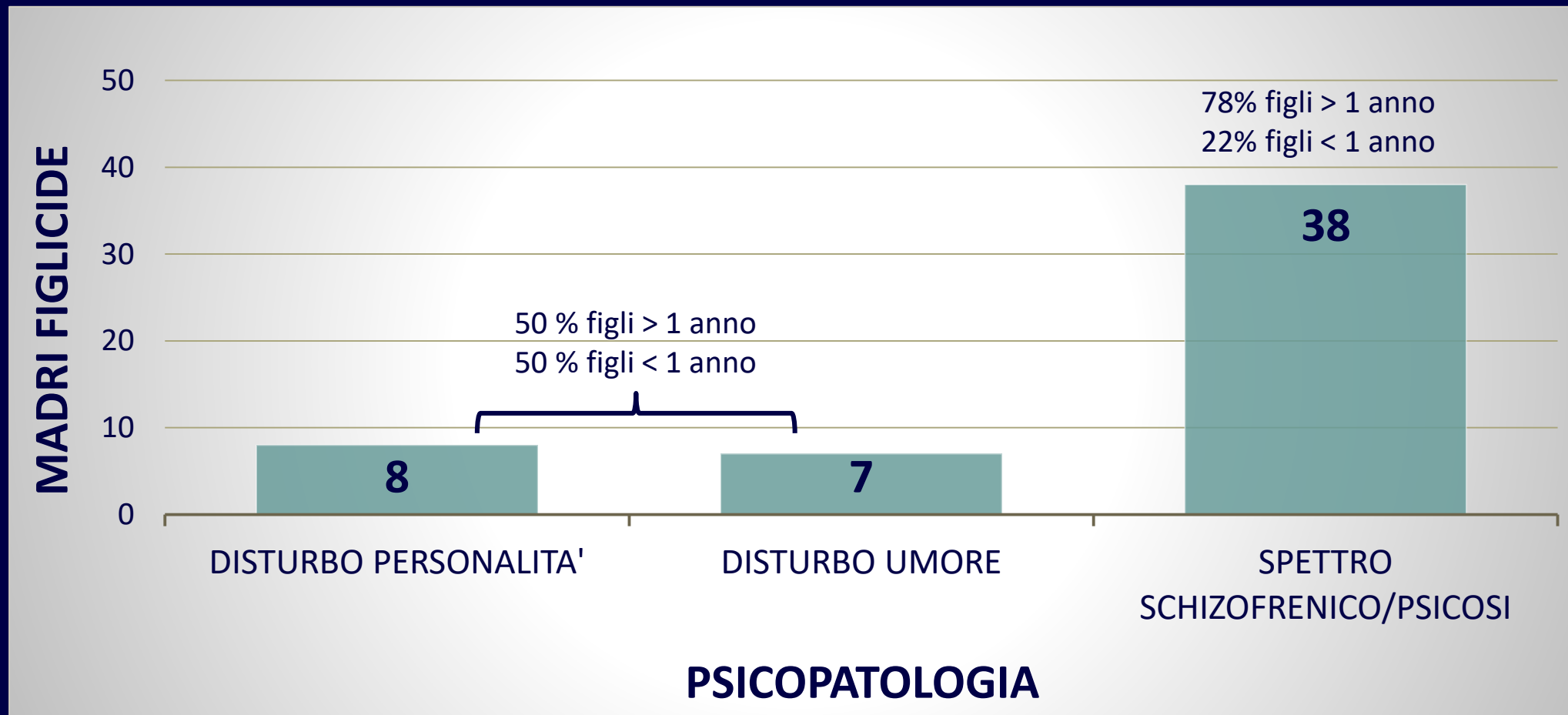
ETA' DEI FIGLI AL MOMENTO DELL'OMICIDIO

FONTE: CASTIGLIONE DELLE STIVIERE - 1990-2021



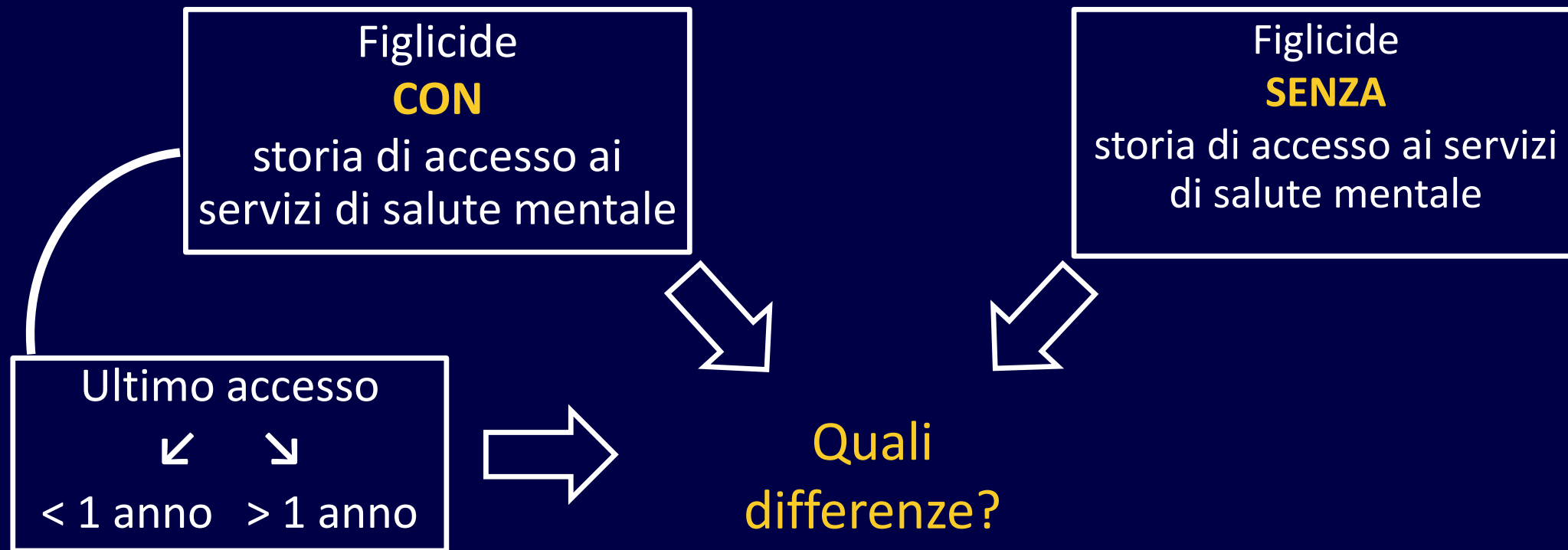
PSICOPATOLOGIA MADRI AL MOMENTO DELL'OMICIDIO

FONTE: CASTIGLIONE DELLE STIVIERE – 1990-2021



Filicide by mentally ill maternal perpetrators: a longitudinal, retrospective study over 30 years in a single Northern Italy psychiatric-forensic facility

Simone Giacco¹  · Ilaria Tarter² · Giuseppe Lucchini^{1,3} · Alessia Cicolini¹



METODO DELLO STUDIO

SETTING

CREAZIONE DATABASE → cartelle cliniche, relazioni servizi, perizie psichiatriche, documenti legali, interrogatori forze dell'ordine [archivio REMS/ex-OPG 1990 al 2021]

PARTECIPANTI

- INCLUDE → 55 madri autrici di omicidio del/i figlio/i (64 vittime), incapaci di intendere e di volere al momento del reato, socialmente pericolose
- ESCLUSE → figlicide senza malattia mentale; figlicide che si sono suicidate dopo il reato; madri che hanno ucciso figli con età > 18 anni

METODO DELLO STUDIO

MISURE

- DEMOGRAFICHE → età, nazionalità, istruzione, lavoro, status socio - economico
- RELAZIONALI → storia relazionale con genitori e partner, inserimento sociale
- CRIMINOLOGICHE → motivazione omicidio, età vittime, tentato suicidio
- PSICOPATOLOGICHE → familiarità psichiatrica, storia trattamenti, diagnosi (*prima del reato se presente, all'ingresso in struttura, in dimissione*)

ANALISI DEI DATI

Frequenze, M, D.S.

Programma SPSS → confronto delle variabili categoriali *Chi-quadrato* ($p < .05$)

RISULTATI

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

- Età al momento del figlicidio $34,8 \pm 6,2$
- 31% non italiane (Europa Est - Africa)
- 41% istruzione media / 41% superiore
- 51% senza impiego lavorativo
- Bassa % uso sostanze
- Bassa % precedenti legali

CARATTERISTICHE RELAZIONALI

- 29% storia di abusi e/o violenza fisica
- 45% storia caratterizzata da aggressività con almeno un genitore
- 49% isolamento sociale
- 46% morte di un genitore (*26% in infanzia-adolescenza*)
- 65% separate/divorziate

RISULTATI

* N= 31

Madri con precedenti contatti
con i servizi di salute mentale

CARATTERISTICHE CRIMINOLOGICHE

- 75% figlicidi commessi in casa
- 39% accoltellamento – 28% soffocamento
- 39% tentato il suicidio dopo reato
- Motivazione: 53% altruistica / 38% psicosi acuta
- 64 Vittime (< 1 anno N=15, età prescolare N=31, età scolare N= 18)

DIAGNOSI

- 47% familiarità psichiatrica
- ANAMNESI → 48% Dist. Umore*
- REATO → 72% spettro schizofrenia/psicosi
- 96% Rientrano *piano di realtà* durante il trattamento
- DIMISSIONE → 37% dist. personalità / 29% schizofrenia/psicosi

RISULTATI

STORIA DI ACCESSO AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Figlicide **CON**
storia di accesso ai
servizi di salute mentale

N=31 (56,4%)

Figlicida e partner > italiani

Storia relazionale familiare
caratterizzata da aggressività

Tentato suicidio in anamnesi

Trattamento farmacologico

> Età figlio ucciso

Figlicide **SENZA**
storia di accesso ai
servizi di salute mentale

N=24 (43,6%)

Figlicida e partner > non italiani

<

<

No

< Età figlio ucciso

RISULTATI

MANTENIMENTO CONTATTI CON I SERVIZI NELL'ULTIMO ANNO

Figlicide che hanno
MANTENUTO contatti

N=22 (71%)

Figlicida e partner > italiani

Relazione partner > 5 anni

Partner senza precedenti penali

Trattamento farmacologico

Diagnosi dimissione > Dist. Umore

Figlicide che hanno
INTERROTTO contatti

N=9 (29%)

> Nazionalità non italiana

Relazione breve

> Partner con precedenti penali

Interrompono trattamento farmacologico

> Dist. Personalità

Pazienti con **STORIA E CONTINUITA'**
NELL'ACCESSO AI SERVIZI presentano una
gestione della salute mentale nei primi anni
di vita del figlio

La crescita del figlio può associarsi a traumi
della madre *non elaborati* (abusi/violenze)



Amplificazione della sintomatologia
(deliri/allucinazioni riferite al figlio)



Reato nei confronti di figli più grandi

Pazienti **PRIVE DI ACCESSI AI SERVIZI O CHE
LI HANNO INTERROTTI DA PIU' DI 1 ANNO**
presentano caratteristiche simili

- Contesto *non supportivo* alla maternità
- Nessun trattamento
- Disturbo della personalità



Condizione stressante porta a ***scivolamento
psicotico***



Reato nei confronti di figli più piccoli
(solitamente < 1 anno)

IMPLICAZIONI CLINICHE E PER LA PREVENZIONE

PREVENZIONE

- Professionisti in grado di identificare le *condizioni di vulnerabilità*
- Pazienti con figli → *screening dei traumi relazionali*
- Mantenere contatti con le madri che interrompono l'accesso ai servizi
- Prevenzione multiculturale (*ospedali, scuole, associazioni di volontariato, centri anti violenza, media, ecc.*)

TRATTAMENTO

- Elaborazione dei traumi
- Esplorazione personalità/relazioni pre - morbose
- Relazione tra omicidio e psicopatologia
- Lavoro con la rete esterna



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

«E' giusto ed è normale che io soffra, altrimenti non sarei una mamma»

paziente autrice di figlicidio