

Il percorso psicoterapico della madre filicida in ambito forense

The psychotherapeutic path of filicide mother, in a forensic setting

Simone Giacco | Marta Racchelli | Filippo Nocini
Erica Rossi | Alessia Sempredoni | Gianfranco Rivellini

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Giacco S. et al. (2021). The psychotherapeutic path of filicide mother, in a forensic setting. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XV, 2, 103-111.
<https://doi.org/10.7347/RIC-022021-p103>

Corresponding Author: Simone Giacco
simone.giacco@asst-mantova.it

Copyright: © 2021 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

Received: 26.06.2020
Accepted: 14.12.2020
Published: 30.06.2021

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022021-p103](https://doi.org/10.7347/RIC-022021-p103)

Abstract

This research brings together the experience of forensic facilities of Castiglione Delle Stiviere (Italy) during the psychotherapeutic treatments carried out on female patients charged with filicide, who were under custody security measures. For that purpose, a specific interview was administered to psychologists who, from 1999 to 2019 have accomplished the treatments, in order to identify the main common steps. Data analysis showed the following effects as recurring: establishing of a therapeutic alliance, evaluation of psychic status, target sharing, felony processing, the involvement of support network and the path to discharge. Unanimous thoughts also arose about the role of public opinion in psychotherapeutic path and on issues that can limit or ease the treatment in forensic residential context.

Keywords: filicide, Italian forensic facilities, motherhood psychopathology, intra-familial violence, forensic psychotherapy.

Riassunto

Questa ricerca raccoglie l'esperienza degli psicologi delle strutture forensi di Castiglione Delle Stiviere, nel trattamento psicoterapico di donne filicide sottoposte a misura di sicurezza. A tal fine è stata somministrata un'apposita intervista ai professionisti che si sono susseguiti nei trattamenti dei casi dal 1999 al 2019. L'analisi dei dati ha permesso di identificare i fattori comuni dell'assunzione in cura psicoterapeutica, così identificati:

- la creazione della relazione;
- la valutazione dello status psichico e dell'organizzazione della personalità;
- la condivisione di obiettivi;
- l'elaborazione del fatto-reato;
- il lavoro con la rete esterna;
- l'accompagnamento alla dimissione.

Sono emersi riscontri concordi anche sul ruolo con cui l'opinione pubblica può influenzare il percorso psicoterapico e sugli aspetti facilitanti o limitanti il trattamento, dati dal contesto residenziale forense.

Parole chiave: filicidio, REMS, psicopatologia della maternità, violenza intra familiare, psicoterapia forense.

Simone Giacco, Psychologist of Polimodular system of Provisional REMS, Castiglione delle Stiviere, ASST Mantova, Italy | **Marta Racchelli**, Criminologist, Italy | **Filippo Nocini**, Psychologist of ASST Mantova, Italy | **Erica Rossi**, Psychologist of ASST Mantova, Italy | **Alessia Sempredoni**, Psychologist of Polimodular system of Provisional REMS, Castiglione delle Stiviere, ASST Mantova, Italy | **Gianfranco Rivellini**, Clinical Director of Polimodular system of Provisional REMS, ASST Mantova, Italy

Il percorso psicoterapico della madre figlicida in ambito forense

Introduzione

La letteratura fornisce numerose trattazioni riguardanti le madri che compiono il reato di omicidio nei confronti dei propri figli. I testi si soffermano principalmente sulle caratteristiche psicopatologiche della persona, sulle modalità di uccisione e sui fattori che possono aver contribuito a determinare tale comportamento (Resnick, 1969; Brozovsky & Falit, 1971; Totman, 1978; Finnegan, McKinstry & Robinson, 1982; Weisheit, 1986 Silverman & Kennedy, 1988; McKee & Shea, 1996; Spinelli, 2001; Nivoli, 2002; Merzagora Betsos, 2003; Lewis & Bunce, 2003; Bramante, 2005; Friedman, Horwitz & Resnick, 2005; Hatters Friedman & Resnick, 2007; Putkonen, Weizmann-Henelius, Lindberg, Eronen & Häkkänen, 2009; McKee & Bramante, 2010; Porter & Gavin, 2010; Ceccoli & Corbelli, 2012; Camperio Ciani & Fontanesi, 2012; Grussu, 2012; Mastronardi, DeVita & Ronchi, 2012; Lysell, Runeson, Lichtenstein & Långström, 2014; Barone, Bramante, Lionetti & Pastore, 2014). È a partire dalle considerazioni effettuate da Resnick (1969, 1970) che si è canalizzata l'attenzione nei confronti di un particolare sottogruppo di donne omicide, quelle che agiscono nei confronti dei propri figli. Gli studi, ad oggi, riconoscono la multidimensionalità di tale fenomeno, evidenziando fattori bio-psico-sociali; di frequente è possibile riscontrare nelle autrici una condizione di comorbilità psicopatologica. (Ceccoli & Corbelli, 2012). Le diagnosi rilevate negli studi sono principalmente da ricondursi a psicosi e a disturbi d'ansia e della sfera emotiva, con una prevalenza di caratteristiche psicotiche associate a gravi disturbi dell'umore (Friedman, Horwitz & Resnick, 2005). Tra i fattori determinanti di tale comportamento, Barone, Bramante, Lionetti, & Pastore (2014) evidenziano anche l'assenza di una rete familiare e sociale capace di sostenere la madre in un momento di fragilità, l'incapacità di quest'ultima di comunicare il proprio disagio e in particolare una storia familiare che ha reso la donna fragile e vulnerabile. Merzagora Betsos (2003) pone l'attenzione sul disturbo dell'attaccamento e sul mancato superamento di quel rapporto simbiotico che induce la donna a percepire il proprio figlio come se fosse un suo prolungamento. Importante contributo in tale ambito è quello di Bramante (2005), che attraverso l'analisi di ottanta perizie effettuate dal 1967 al 2003, all'interno del territorio italiano, ha permesso di rilevare le principali caratteristiche della madre figlicida. È emersa una maggiore percentuale di donne compresa tra i 26 e i 32 anni, con un livello di istruzione medio e impiegate nel ruolo di casalinghe. Lo stato civile prevalente è quello di coniugata, a cui spesso si può associare una relazione problematica

a/conflittuale. In merito alle modalità di uccisione della prole (l'età delle vittime generalmente è inferiore ai sette anni), l'analisi ha evidenziato come questa avvenga principalmente in abitazione, con modalità immediate, quali annegamento, soffocamento e defenestrazione. Al momento principale, costituito dalla franca patologia mentale, possono precedere segnali di disagio psichico quali tentati suicidi, ricoveri psichiatrici e in alcuni casi, maltrattamenti del minore fino al tentato omicidio della futura vittima. L'analisi di queste casistiche ha condotto a riflessioni ed a sviluppare alcune ipotesi, relativamente alla prevenzione di tale tipologia di reato. Si tratta di aspetti su cui già Resnick dal 1969 si è espresso, dichiarando l'importanza della tempestività della diagnosi del disturbo, del trattamento precoce, con possibilità di accesso immediato in strutture psichiatriche, prevedendo inoltre la collaborazione con istituzioni sociali che operino a favore del figlio "non desiderato".

Esigui sono invece gli apporti riguardanti il trattamento integrato di tali pazienti. Solitamente vengono descritti percorsi caratterizzati dall'integrazione dei trattamenti farmacologici, psicoterapici, di riabilitazione psico-sociale e assistenziali. In ambito prettamente psicoterapico, contenuti sono stati forniti da autori come Pappapetro e Barbo (2005), i quali evidenziano l'importanza di un percorso volto alla risoluzione dei conflitti interni, all'incremento della tolleranza allo stress e alla possibilità di sviluppare potenzialità legate ai rapporti interpersonali. Il terapeuta esplora la personalità pre-morbosa della paziente, incentrando il lavoro sulla comprensione dei traumi o delle perdite infantili, che hanno provocato deficit nelle relazioni e/o comportato delle difese dell'io inadeguate. Kunst nel 2002, riferendosi alle donne il cui l'io si è disgregato solo temporaneamente e in modo severo, prevede di identificarne i processi interni e le fantasie come "sfondo causale" del figlicidio. L'autrice indica nelle prime fasi del trattamento un'attenzione all'analisi della colpa, del dolore e del masochismo e solo successivamente un lavoro volto ad interpretare i meccanismi di scissione. Specifica inoltre che, per l'analisi di quanto accaduto e dinanzi al limite dato dalla carenza delle capacità di mentalizzazione, potrebbe rivelarsi maggiormente incisiva un'ospedalizzazione a lungo termine. Altro apporto è stato dato da Stanton e Simpson (2006) che sottolineano la necessità di ricostruire un nuovo senso di Sé e di creare un sostegno dato dal reperimento di reti sociali in grado di supportare la donna. Centrale è l'informazione e la preparazione dei soggetti superstiti all'evento, facenti parte della stretta cerchia di rapporti interpersonali della figlicida.

Nel merito le strutture psichiatriche forensi, che negli anni si sono susseguite a Castiglione Delle Stiviere (MN),

prima e dopo la riforma del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, hanno permesso di accumulare un'ampia esperienza sul tema del trattamento psicoterapico, riservato a pazienti autrici di figlicidio. Questa realtà sanitaria si è distinta, fino al 2015, per essere stato l'unico O.P.G. italiano, (*Ospedale Psichiatrico Giudiziario*), ospitante pazienti di sesso femminile; successivamente, con le modifiche introdotte dalla Legge 9 del 2012 e dalla Legge 81 del 2014, si è innescato un processo di trasformazione che ha portato all'istituzione della R.E.M.S. (*Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza*), adibita al trattamento delle pazienti residenti in Regione Lombardia. La struttura, nell'arco del biennio 2015-2016, ha continuato ad ospitare donne non residenti in Lombardia, per assegnazioni disposte dal DAP (*Dipartimento Amministrazione Penitenziaria*), nel caso della carenza di posti letto femminili nelle REMS di altre regioni.

Partendo da tali premesse, lo scopo principale della ricerca qualitativa presentata è quello di fornire una descrizione completa e dettagliata del percorso psicoterapico della figlicida, inferma di mente in sentenza, mediante un approccio di natura esplorativa. Sono qui individuati i passaggi fondamentali, sulle base delle esperienze accumulate dagli psicoterapeuti nelle realtà forensi sopra citate.

Si specifica che con il termine figlicida ci rifacciamo a quanto descritto da Resnick (1969, 1970) Ceccoli e Corbelli (2012), ponendo rilievo al fattore temporale che connota tale comportamento, distinguendo le condotte di omicidio della prole in:

- Feticidio, riguardante l'assassinio del figlio durante il parto;
- Neonaticidio, relativo l'uccisione del neonato nelle ventiquattro ore seguenti la nascita;
- Infanticidio, che descrive la condotta dell'omicidio del figlio entro l'anno di età, *infantis-cidium*, uccisione di chi non è ancora in possesso dell'uso della parola.
- Figlicidio, quando l'uccisione avviene dopo il primo anno di vita della vittima ed è caratterizzata da precedenti legami instaurati, derivati dalla convivenza e dallo stabilirsi del rapporto madre-bambino.

Rispetto alla condizione del vizio di mente, il riferimento è a quanto viene decretato dall'autorità giudiziaria, quando al momento dell'esecuzione dell'omicidio la persona risulta essere parzialmente o totalmente incapace di intendere e di volere. L'imputabilità comprende entrambe le attitudini, di conseguenza un soggetto può dirsi non imputabile anche quando, essendo presente l'una, manchi l'altra e viceversa (artt. 88 e 89 c.p.). La capacità di intendere viene intesa come attitudine del soggetto a percepire

il significato del proprio comportamento, a comprendere il valore e le conseguenze delle sue azioni all'interno del contesto sociale di riferimento. La capacità di volere viene ritenuta come la facoltà di disporre del controllo sui propri impulsi e stimoli. Rimarranno dunque fuori da questa trattazione le madri giudicate imputabili per il reato commesso. Di fatti l'omicidio dei figli può essere messo in atto anche in relazione a processi emotivi e di pensiero che non sono influenzati obbligatoriamente dalla presenza di patologie o alterazioni mentali tali da determinare una compromissione evidente della capacità di intendere e di volere (Mastronardi, De Vita, Umani Ronchi, 2012).

Materiali e metodi

Partecipanti e caratteristiche dei trattamenti

La selezione dei soggetti coinvolti nella ricerca si è basata sull'individuazione dei professionisti che svolgono o hanno svolto attività psicologica-psicoterapica nella Residenza di Esecuzione delle Misure di Sicurezza e/o nell'ex O.P.G. di Castiglione Delle Stiviere (MN), in particolare con pazienti autrici di figlicidio. Le interviste sono state rivolte ai quattro Psicoterapeuti individuati (due con approccio psicoterapeutico di orientamento dinamico, due con approccio sistemico-relazionale) ricoprendo un arco di tempo esperienziale compreso tra il 1999 e il 2019, periodo caratterizzato dall'accesso al servizio di 27 persone autrici di tale reato (tabella 1).

L'approccio necessariamente volto all'esplorazione dei diversi aspetti del Sé e delle influenze che ne derivano nelle relazioni e nei sintomi psicopatologici e l'altrettanto necessaria attenzione ai sistemi esterni ed interni esperiti dalla paziente nella struttura ospitante, accomunano i trattamenti offerti dagli specialisti andando a delineare un orientamento in cui le due correnti psicoterapiche si contaminano.

La durata delle psicoterapie è da ricondursi, per ogni paziente, al periodo trascorso in MdS nella struttura ospitante. E' importante specificare che, dal momento della presa in cura della paziente da parte del terapeuta, gli aspetti di tipo supportivo ed espressivo¹ (Gabbard, 1990), che si creano nel trattamento si sono alternati e/o succeduti a seconda delle condizioni cliniche delle interessate, dei bisogni nei vari momenti del processo terapeutico e del livello di consapevolezza raggiunto circa l'associazione degli omicidi commessi con la condizione psicopatologica al momento dei reati.

1 descrive un continuum espressivo-supportivo in psicoterapia, all'interno del quale il terapeuta può oscillare flessibilmente avanti o indietro in relazione ai bisogni del paziente.

VARIABILI	Categorie	FIGLICIDE (età figlio >12 mesi) (N = 27) N (%)
Età	18-25	2 (7,45)
	26-35	10 (37,00)
	36-45	15 (55,55)
Stato civile	Stato libero	1 (3,70)
	Coniugata/Convivente	24 (88,85)
	Separata/Divorziata	2 (7,45)
Luogo di nascita	Nord Italia	14 (51,85)
	Centro Italia	2 (7,45)
	Sud Italia e isole	1 (3,70)
	Estero	10 (37,00)
Luogo esecuzione reato	Nord Italia	23 (85,19)
	Centro Italia	4 (14,81)
	Sud Italia	0 (0)
Condizione psicopatologica trattata	Disturbo dello spettro della schizofrenia	15 (55,55)
	Disturbo dissociativo	1 (3,70)
	Disturbo dell'umore	9 (33,30)
	Disturbo di personalità	2 (7,45)
Durata percorso psicoterapico	Attualmente in psicoterapia	2 (7,45)
	< 1 anno	1 (3,70)
	Da >1 a 5 anni	17 (62,95)
	Da >5 a 10 anni	7 (25,90)
Esito percorso	Attualmente in MdS*	2 (7,45)
	Trasferimento in altra REMS	1 (3,70)
	Trasformazione in L.V.**	2 (7,45)
	Revoca anticipata con trasformazione L.V.**	16 (59,20)
	Revoca anticipata	5 (18,50)
	Affidamento prova (ex Art.47 O.P.)	1 (3,70)

Tabella 1. Pazienti autrici di figlicidio in MdS* e percorsi psicoterapici. Periodo 1999/2019 Castiglione d/S (MN)

*MdS – Misura di Sicurezza

** Libertà Vigilata

Raccolta dei dati

In seguito alla revisione della letteratura esistente sul trattamento di pazienti autrici di figlicidio con infermità mentale accerta, si è optato per lo svolgimento di uno studio di tipo qualitativo per arrivare ad una conoscenza maggiormente approfondita del fenomeno. Si è infatti riscontrata una scarsa trattazione dell'oggetto di indagine; aspetto che, associato all'eterogeneità degli approcci psicoterapeutici utilizzati, non consente un approfondimento mirato alle strategie ed alle tecniche utilizzate nei trattamenti. La natura esplorativa dello studio si è quindi orientata su un'analisi ampia della tematica, con l'auspicio di poter tracciare basi comuni condivise che possano trovare espressione ed essere ampliate all'interno di singoli orientamenti teorici e/o divenire fondamento di in un approccio integrato.

A tal fine è stata creata un'intervista strutturata che include argomenti identificati dall'intervistatore-ricercatore tali da garantire la copertura di una serie di tematiche rilevanti non solamente per l'esperienza indagata, ma anche per possibili future applicazioni dello strumento in altri contesti che trattano la solita utenza. Le domande sono state sottoposte a revisione per assicurarsi che fossero appropriate e non fuorvianti. L'intervista, successivamente, è stata sottoposta individualmente ai quattro Psicoterapeuti che si sono susseguiti nelle psicoterapie, mediante colloquio *vis a vis* sul luogo di lavoro dei professionisti nel mese di ottobre 2019. Tutti i terapeuti hanno espresso il consenso mediante apposito modulistica al trattamento dei dati forniti. Ad ogni partecipante è stato concesso il tempo necessario per rispondere ad ogni domanda, nella maniera più esaustiva possibile, fino al naturale esaurimento dei temi. Le interviste sono durate dai 60 ai 90 minuti e sono state interamente trascritte dal ricercatore.

Le domande somministrate sono state le seguenti:

- In base alla Sua esperienza di trattamento con le pazienti autrici di figlicidio, con vizio di mente al momento del reato, quali ritiene che siano i passaggi fondamentali nel loro percorso psicoterapico? Può spiegarli nel dettaglio?
- Oltre questi passaggi, ricorda con alcune pazienti specificità che si sono rivelate determinanti nel loro trattamento?
- Vi sono caratteristiche che rendono peculiare tale percorso psicoterapico rispetto a quello di altre pazienti con reati differenti? Se sì quali sono e in che modo intervengono nel trattamento psicoterapico?
- Vi sono limiti e/o opportunità che il contesto residenziale della misura di sicurezza pone nel trattamento psicoterapico della paziente figlicida?
- L'aspettativa dell'opinione pubblica incide sul trattamento della paziente? Se sì, con quali modalità?
- Per quanti anni si è occupato di tale tipologia di pazienti? Dal - al?

Analisi dei dati

A termine della raccolta delle interviste, si è proceduto all'elaborazione mediante l'individuazione, l'esame e la registrazione di temi all'interno dei dati (analisi tematica). Il processo ha previsto più fasi:

- fase iniziale: le trascrizioni sono state lette e valutate in modo approfondito dal ricercatore per sviluppare un'idea iniziale sui concetti prevalenti emersi;
- seconda fase: è stato generato un primo elenco di dati che si sono ripetuti nelle trascrizioni delle interviste. Tale processo di codifica, di tipo induttivo, si è concluso con l'assegnazione di etichette (codici) a determinati set di dati identificati;
- terza fase: attraverso l'individuazione di somiglianze nei fenomeni espressi si è proceduto con l'individua-

zione di segmenti di dati che condividevano un codice comune;

- quarta fase: le sezioni di testo sono state confrontate e raggruppate in categorie interpretative comuni, temi, con maggiore importanza data al significato presente nelle descrizioni rilevate;
- fase finale: le tematiche emerse, volte ad esprimere i concetti comuni, sono state condivise con i soggetti intervistati con il fine di ricavarne un feedback. A seguito delle approvazioni di tale passaggio si è giunti alla stesura finale dei risultati e alla loro successiva discussione.

Risultati

Confrontando e integrando i dati delle interviste, sono emersi i seguenti passaggi fondamentali nel percorso psicoterapico della paziente figlicida:

- Costruzione della relazione;
- Valutazione dello status psichico e dell'organizzazione della personalità;
- Condivisione di obiettivi;
- Elaborazione del fatto-reato;
- Lavoro con la rete esterna;
- Accompagnamento alla dimissione.

Al loro interno i contenuti dei colloqui vertono con particolare attenzione sui seguenti punti: significati dati alla condizione di maternità; analisi dei rapporti con la famiglia di origine e con quella creata ed evento che ha “creato la frattura” (quando la donna ha agito sul proprio figlio, si è scatenato ed è esploso un disagio che fino a quel momento era rimasto contenuto).

Si riscontrano anche possibili eccezioni nel *setting*² (Cordella, Grasso, Pennella, 2004) in particolari momenti del percorso o quando si verificano avvenimenti significativi per la persona.

I dati risultano concordi sulle opportunità fornite dai contesti residenziali forensi: possibilità di usufruire di un arco di tempo protratto per lo svolgimento della psicoterapia, integrazione del trattamento con quello svolto da altre professioni, possibilità per la paziente di poter trovare supporto ed identificazione con altre autrici del medesimo reato, protezione concreta dagli agiti autolesivi e protezione percepita dalla paziente dalla realtà esterna.

Limiti di tali contesti sono invece da ricondursi al prolungato distacco dalle relazioni esterne e dalla conseguente mancanza di esperienza data da tali interazioni, elemento solitamente essenziale nel processo psicoterapico; inoltre

2 In ambito psicologico si riferisce all'azione di rappresentare un luogo circoscritto, uno spazio e un tempo utile al raggiungimento di un obiettivo nella relazione psicologo-paziente. In linea generale, nell'ambito della psicologia clinica il *setting* può essere identificato come l'insieme delle condizioni che definiscono, sostengono e accolgono l'intervento.

l'imposizione giuridica al trattamento può essere vissuta in contrasto con lo spontaneo investimento nel percorso di cura.

Riguardo all'influenza che l'opinione pubblica può esercitare sul trattamento, questa viene rilevata in diverse modalità: nei contatti della paziente con le informazioni riportate dai quotidiani o dai telegiornali; nei momenti del percorso in cui deve confrontarsi con la realtà esterna (ad esempio nelle ricorrenze delle udienze che la riguardano, nel poter usufruire di permessi o nella preparazione alla dimissione). Vengono rilevati anche possibili interessi da parte di persone esterne che richiedono esclusive o permessi per narrare e affrontare quanto accaduto. Riscontri di natura opposta sono evidenziati quando la persona non rivolge i propri pensieri all'esterno, poiché chiusa nella propria sofferenza e/o mancanza di speranza.

Discussione

Caratteristica che contraddistingue i processi psicoterapici è la non linearità di quest'ultimi, di fatto la successione e la durata dei passaggi fondamentali riscontrati possono variare per adattarsi alla complessità delle diverse situazioni.

Alcuni passaggi possono divenire il nucleo centrale del percorso e caratterizzarlo trasversalmente, andando a sovrapporsi e/o a diventare parte integrante di altri. A titolo esemplificativo è infatti ben noto a chi pratica psicoterapia come la *costruzione della relazione* non possa concludersi alla sola fase iniziale del trattamento, ma vada co-costruita e alimentata attraverso un continuo processo di associazione con il paziente, che può durare anche per tutto lo svolgimento della terapia. Gli psicologi intervistati riferiscono l'importanza del far percepire un cambiamento relazionale rispetto alle fasi precedenti che hanno condotto la figlicida in struttura, chiarendole che non si trova più di fronte ad un organo giudicante, ma bensì a chi vuole essere d'aiuto. L'incipit del rapporto è focalizzato su colloqui di sostegno.

Le argomentazioni vertono sulla propria storia, le relazioni e vissuti connessi. La ricostruzione sia qualitativa che quantitativa dei legami personali aiuta nell'identificazione delle risorse e delle difficoltà della persona. Si indagano i pensieri distaccati dalla realtà connessi all'esecuzione dei/del reati/o. Quando tale consapevolezza inizia a delinearli il rapporto può trasformarsi in psicoterapico. Il dato esperienziale denota che alcune pazienti prendono atto per la prima volta della propria condizione di malattia proprio durante il percorso, mentre altre possono mantenere nel tempo convinzioni errate.

È attraverso tali narrazioni che lo psicologo effettua la *Valutazione dello status psichico* e, se necessario, restituisce i progressi in termini di consapevolezza alla paziente. In altre occasioni il professionista può optare per l'insinuazione di uno scenario differente da quello riportato, con il fine di stimolare una visione alternativa a quella distaccata dalla realtà. Quando i contenuti riferiti dalla persona

risultano essere inscalfibili, si può prediligere la continuazione di un percorso di tipo supportivo³ che non va ad attaccare le convinzioni della persona (Gabbard, 1990).

A seconda di tali evoluzioni del percorso, degli aspetti personologici e relazionali si delineano e si individuano progressivamente gli obiettivi - *Condivisione di obiettivi* - (ad esempio effettuare un colloquio con i familiari per affrontare una tematica specifica, lavorare sui traumi della persona o prepararsi alla visita al cimitero dove è sepolto il figlio), la cui preparazione e verifica diviene parte integrante del processo terapeutico. Questa fase va ad integrarsi al lavoro delle altre figure professionali, contribuendo a delineare il programma terapeutico riabilitativo, comprensivo del percorso psichiatrico e delle attività riabilitative.

Nella *elaborazione del fatto-reato* emerge come spesso la paziente non si capaci di quanto commesso, né sostanzialmente senta tale comportamento proprio e in coerenza con se stessa. Il percorso verte sulla creazione di collegamenti tra la propria storia di vita (comprensiva di lutti, possibili violenze), le situazioni relazionali e la manifestazione psicopatologica. Successivamente si indaga come quest'ultima risulti essere connessa all'omicidio, analizzando i comportamenti e i pensieri antecedenti e successivi al fatto.

I temi principali sui quali si delinea il percorso psicoterapico sono volti ad approfondire ed a rileggere sotto punti di vista alternativi i propri vissuti. L'obiettivo è quello di incrementare le capacità di mentalizzazione⁴ e l'integrazione di quegli aspetti personologici e/o di lettura della realtà che la persona tende a scindere (Fonagy, P. & Bateman, A., 2006). Assumono particolare importanza le trattazioni riguardanti i seguenti fattori: il rapporto con la madre, il rapporto con il padre, la relazione di coppia, la ricostruzione e il significato dato dalla maternità. Si approfondiscono i pensieri e i sentimenti nutriti durante la gravidanza, il ruolo del partner nella crescita del figlio e gli aspetti di condanna sociale.

In tale fase può avvenire l'accompagnamento nel luogo di sepoltura della vittima (o in altro sito significativo), passo che espone la persona al contatto diretto con la realtà. Nonostante sia una fase importante, questa non viene imposta alle pazienti. Si aspetta che siano loro a farne richiesta. Tale passaggio avviene in una situazione di protezione e di accompagnamento costante. La presenza dello psicologo diviene fondamentale, come figura con la quale si sono costruiti i presupposti per poter andare nel luogo dove si trova ora il proprio figlio. Questa esperienza di-

venta il materiale su cui poter lavorare nel proseguo del trattamento. Spesso le madri ne parlano come di un passaggio necessario. Anche attraverso la lettura assistita di articoli di giornale, visione delle fotografie dei figli, si prosegue in un'evoluzione dei vissuti del lutto, che data la gravità e le modalità con cui è avvenuta la perdita, può comunque rimanere non del tutto elaborabile⁵ (*lutto inelaborabile*⁶). La persona viene guidata nell'individuazione del ruolo predominante della malattia, ampliando la lettura di quanto successo ad un livello sistemico. È attraverso questi passaggi che si può rendere maggiormente sostenibile il senso di colpa per quanto commesso. A proposito del senso di colpa confermiamo il pensiero di Barbieri & Luzzago (2010) i quali affermano che il racconto del fatto in sé e del dolore provato prima e dopo lo stesso permette al soggetto sia di collocare la sua sofferenza nel contesto della propria storia, che di localizzare tutti gli eventi dei quali è stato protagonista in un ordine temporale comunque dotato di senso, trasformando gli stessi in esperienze che hanno contrassegnato il suo decorso clinico-biografico (Good, 2006) e che, pertanto, sono entrati a far parte della sua identità. Gli autori aggiungono che la psicoterapia risulta finalizzata non tanto a liberare il paziente dal senso di colpa, quanto piuttosto ad aiutarlo a lavorare sulla propria colpa, in vista di una plausibile riconciliazione con sé e con il mondo (Buber, 1958). Portare la donna ad un certo livello di consapevolezza del proprio agito consente di svuotarne l'inconscio dalla colpa attraverso l'effettiva esperienza di questa. Infatti, nel momento stesso in cui il senso di colpa raggiunge la coscienza e viene integrato in un sistema di attribuzione di significati, cessa la necessità di soffrire per riparare, con tutti i rischi del caso. Non si tratta, dunque, di spegnere un sintomo, ma di avviare un processo di ricostruzione del Sé [...] (p. 322).

Il *lavoro con la rete esterna* si inserisce come aspetto determinante nel percorso di elaborazione. La persona viene preparata ed accompagnata nel confrontarsi con una realtà notevolmente mutata. Il terapeuta partecipa ai colloqui fissati con i familiari o altre persone significative, sostenendo l'interessata nella comunicazione. Lo scopo è quello di esprimere e rendere comprensibili, ai familiari, i pensieri che hanno invaso la paziente fino a condurla al reato.

3 A tal proposito indica come obiettivo essenziale quello di aiutare il paziente ad adattarsi alle frustrazioni e di rafforzare le difese per facilitare la capacità adattiva nel gestire le difficoltà della vita quotidiana.

4 Indicano una attività mentale immaginativa che porta a percepire ed interpretare i comportamenti propri e altrui come il risultato di stati mentali interni ed intenzionali, e cioè appunto come il risultato di desideri, credenze, aspettative, bisogni, obiettivi e sentimenti.

5 Straticò, Forconi, Vernizzi, Benazzi & Nocini (2012) specificano che: esso appare [...] diverso da un lutto complicato in cui l'elaborazione viene interrotta, rallentata o cristallizzata per l'impossibilità sostanziale di accettare il significato della perdita, perché in questi casi si tratta di dover accettare non solo la perdita della persona più cara, ma la perdita di una parte del Sé e la consapevolezza di un Sé ignoto e assassino. Riprendendo le cinque fasi dell'elaborazione del lutto proposte dalla fondatrice della psicotanatologia, Elisabeth Kubler Ross (1984), possiamo dire che i cinque stadi si alternano e sovrappongono ma non si arriva all'accettazione, bensì ad una sorta di pacificazione (pp. 131, 132).

6 Freud, S. (1917). *Metapsychologische Ergänzung Zur Traumlehre Int. Z. Psychoanal.*, 4(6), 277-87. (Trad. it. *Metapsicologia*, Boringhieri, Torino, 1978).

Si accompagnano i congiunti nella comprensione della malattia e lo stretto nesso causale con il fatto reato commesso dalla persona a loro cara. Tale passaggio può concretizzarsi in un riavvicinamento relazionale; quando questo non avviene può comunque contribuire ad una lettura maggiormente autentica di quanto successo da parte della rete esterna, che spesso si presenta agli incontri con pensieri discrepanti. Questo passaggio può dunque preparare l'esterno e/o la famiglia a riaccogliere e a sostenere la paziente, attraverso una successiva circolazione delle informazioni acquisite nei colloqui.

L'accompagnamento alle dimissioni è oggetto di pianificazione con le altre figure professionali. Con la paziente si condividono i vissuti dei periodi di prova sperimentati all'interno dei permessi. Fine ultimo è quello di favorire nella persona la presa di consapevolezza della necessità della prosecuzione del percorso di cura, rendendola disponibile alla collaborazione con i servizi territoriali di competenza. Compito del terapeuta è anche quello di affrontare con la donna - madre gli scenari futuri al percorso residenziale. La persona viene aiutata ad individuare gli aspetti che possono consentirle protezione, che la aiutino e la sostengano. Diviene importante la creazione di una rete e, quando possibile, il potenziamento di quella già esistente. Diventa spesso una costante all'interno dei colloqui la riflessione sul ruolo che la prosecuzione di una psicoterapia può svolgere nel prevenire una dissociazione del pensiero o una ricaduta del tono dell'umore. Si può arrivare anche ad istruire le persone, considerate significative e fidate dalla paziente, collegando anche quest'ultime con la rete territoriale di riferimento. In merito alle dimissioni Straticò, Forconi, Vernizzi, Benazzi & Nocini (2012) affermano che "In generale [pagg. ...] avviene prima della scadenza della misura di sicurezza, [...], in quanto il percorso psicoterapico si conclude quasi sempre entro i cinque anni; [...] al termine del percorso, ovvero quando si è giunti ad una sorta di pacificazione e di ricostruzione dell'Io, è importante che la donna sia dimessa perché abbiamo osservato che intorno al quinto anno, nella maggioranza dei casi, sopraggiunge una fase depressiva con la perdita della speranza di un futuro" (pp. 131-132).

I dati restituiscono anche l'evidenza secondo la quale la psicoterapia della paziente, autrice di figlicidio, risulta essere caratterizzata da variazioni del *setting* a seconda di particolari momenti del percorso o di avvenimenti significativi per la persona. Lo psicologo si dichiara disponibile a colloqui extra e, quando lo ritiene necessario, è egli stesso a rivolgersi alla paziente. Le ricorrenze degli omicidi e dei compleanni dei figli rientrano in tali eccezioni, così come un'intensificazione degli incontri, anche non programmata, a seguito di difficoltà di inserimento in struttura, di preoccupazioni relative ad avvenimenti importanti (colloqui con familiari, visita cimitero, dimissioni in comunità) e quando emergono pensieri suicidari.

Il contesto residenziale forense, in base ai riscontri pervenuti dagli specialisti, delinea fattori sia favorenti che inibenti la psicoterapia. Il *Tempo* va ad assumere una duplice

valenza, quella dell'opportunità nella costruzione e nello svolgimento di un trattamento protratto, quella di limite, dato il prolungato distacco dai rapporti esterni. Questo non permette di analizzare le esperienze di vita e relazionali nelle quali la paziente può provare a sperimentarsi in un'ottica evolutiva, aspetti essenziali all'interno di un trattamento. Tale funzione viene parzialmente svolta attraverso le attività riabilitative che la struttura offre e nei permessi in cui la persona può uscire anche con i familiari.

Anche la protezione assume una duplice valenza, la struttura può infatti fungere da elemento che tutela la paziente, attraverso un sistema di assistenza ed affiancamento dal rischio autolesivo. Inoltre la cornice istituzionale dà la possibilità di controllare, filtrare e modulare i contatti, consentendo alla persona di sentirsi tutelata quando non ancora pronta ad affrontare e a sostenere la realtà esterna. Queste caratteristiche danno la possibilità allo psicologo di svolgere un lavoro che con una paziente non vincolata giuridicamente potrebbe interrompersi a causa di accessi al pronto soccorso o per esiti letali. Altra prerogativa data dai contesti residenziali forensi è quella data dall'integrazione del lavoro psicoterapico con quello svolto da altre figure professionali. L'interazione con quest'ultime rende possibile un diretto accesso a informazioni aggiuntive che in un classico trattamento ambulatoriale necessiterebbero di più ampi approfondimenti, talvolta comunque non direttamente perseguibili.

Si rivela invece un possibile limite la cornice sovrainposta del mandato giudiziario (la pericolosità sociale), nella quale viene a declinarsi il processo psicoterapeutico, all'apparenza in contrasto con uno spontaneo investimento della paziente nel percorso di cura.

Nelle esperienze dei terapeuti non si riscontrano differenze significative tra chi ha prestato servizio precedentemente l'attuazione della Legge 81/2014 e chi successivamente (istituzione delle REMS), in merito ai passaggi specifici del trattamento con tale tipologia di pazienti. Le specificità nel trattamento, quando riscontrate, sono prevalentemente da ricondursi alla situazione caso-specifica ed al principale approccio di riferimento del professionista, non significative a fini statistici in riferimento agli *outcome* dello studio.

Infine, le interviste restituiscono un possibile ruolo dell'opinione pubblica nella terapia. I riscontri dati da conoscenti e/o familiari durante le visite in struttura, gli articoli di giornali e/o i servizi televisivi divengono materiale che la paziente approfondisce in colloquio e con essi anche i vissuti annessi. Queste riflessioni a volte sorgono spontaneamente nei periodi in cui la persona inizia ad interfacciarsi maggiormente con l'esterno (permessi, fase della dimissione). Si riscontrano anche situazioni in cui la donna figlicida non rivolge i propri pensieri all'esterno, non mostrandosi interessata e/o coinvolta da tali riflessioni, chiusa nel proprio lutto e imprigionata dal senso di colpa. Queste caratteristiche non le permettono ancora di immaginarsi in un futuro.

Conclusioni

La psicoterapia della paziente filicida in misura di sicurezza è caratterizzata da passaggi fondamentali: la successione e la durata di quest'ultimi può variare per adattarsi alle peculiarità del singolo caso. Di fatto ogni storia di vita e di genitorialità ha caratteristiche proprie non totalmente assimilabili alle esperienze altrui che possono portare ad argomentazioni e a passaggi terapeutici specifici tali da contribuire alla riuscita del trattamento. Il percorso psicoterapico può essere caratterizzato da variazioni del *setting*: il professionista può modificare la frequenza degli incontri e la propria disponibilità in seguito a particolari condizioni che caratterizzano tale utenza, come ad esempio nelle ricorrenze dei compleanni dei figli, degli omicidi, nei periodi di possibile ideazione autolesiva e nell'accompagnamento della paziente nel luogo di sepoltura della prole.

L'*elaborazione del fatto reato* si pone come aspetto centrale della terapia, in grado di stimolare e incrementare la consapevolezza del nesso causale tra quanto commesso e l'esistenza di una condizione psicopatologica. Specificando che "la psicoterapia risulta finalizzata non tanto a liberare il paziente dal senso di colpa, quanto piuttosto ad aiutarlo a lavorare sulla propria colpa" (Barbieri & Luzzago, 2010, p. 322). Tali cognizioni gettano le basi per un lavoro condiviso con la paziente, volto alla creazione e/o al recupero di una rete relazionale esterna. L'importanza di questo passaggio si pone in accordo con quanto già evidenziato da autori come Stanton e Simpson (2006) e Papapietro e Barbo (2005). Altra caratteristica del percorso psicoterapico è lo svolgimento di esso all'interno di una struttura psichiatrica forense. Emerge come questa agevoli a livello fisico (protezione da agiti autolesivi e dall'impatto mediatico-condanna sociale) e temporale (la durata della misura di sicurezza permette lo svolgimento di un percorso adeguato) l'opportunità di effettuare un trattamento, pur con limitazioni date dalla scarsa accessibilità della paziente ai contesti esperienziali esterni. La struttura rende possibile anche una presa in carico dell'interessata a livello multidisciplinare, aspetto che si pone come parte integrante il processo riabilitativo ed elaborativo del fatto reato.

Attualmente la realtà delineata dal nostro Legislatore, in seguito al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari con la Legge n. 81 del 2014, ha aumentato il numero di professionisti che possono lavorare con tale tipologia di pazienti. Ricerche future potrebbero dunque concentrarsi su un confronto su scala nazionale (e non solo), volto ad approfondire ed ampliare le conoscenze in merito. Sarebbe interessante anche l'individuazione di casi assimilabili per la diagnosi psicopatologica, l'organizzazione di personalità e la motivazione che ha condotto la madre a commettere l'omicidio, con lo studio a posteriori del processo psicoterapico, in ottica *case reports*, con il fine di verificare le peculiarità tali da rendere maggiormente accurati e mirati gli interventi.

Limiti

Lo studio, ponendosi in un'ottica sostanzialmente esplorativa della materia, non approfondisce le possibili differenze nel trattamento psicoterapico che possono crearsi a seconda della diagnosi psicopatologica, dell'organizzazione di personalità e delle motivazioni che possono sottostare all'agito materno. Altro limite è dato dal numero esiguo di psicoterapeuti intervistati, seppur dato dalla totalità di chi negli ultimi venti anni si è succeduto nei trattamenti nelle strutture psichiatriche forensi di Castiglione D/S (MN).

Riferimenti bibliografici

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). *Mentalization Based Treatment a practical guide*. Oxford: Oxford University Press (tr. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2010).
- Barbieri, C., & Luzzago, A. (2010). Restrizione della libertà ed espiazione della colpa: La riabilitazione anche come presa in carico del reato. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 311-325.
- Barone, L., Bramante, A., Lionetti, F., & Pastore, M. (2014). Mothers who murdered their child: An attachment-based study on filicide. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1468-1477.
- Bramante, A. (2005). *Fare e disfare... dall'amore alla distruttività: Il filicidio materno*. Roma: Aracne.
- Boaron, F., Fontanesi, M., Marchesini, F., Zulli, V., Chiari, B., & Bartoletti, C. (2019). Dal trauma al reato. Riflessioni sull'impatto delle esperienze traumatiche sui percorsi di cura dei pazienti REMS. *Rassegna Italiana di Criminologia, numero speciale*, 85-92.
- Brunod, M., Castelletti, L., Franconi, f., & Gandellini, M.G. (2017). L'integrazione come archetipo della trasformazione dell'OPG di Castiglione delle Stiviere in Sistema Polimodulare di REMS. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1, 55-73.
- Camperio Ciani, A. S., & Fontanesi, L. (2012). Mothers who kill their offspring: Testing evolutionary hypothesis in a 110-case Italian sample. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 519-527.
- Castelletti, L., Scarpa, F., & Carabellese F. (2018). Il trattamento comunitario del malato di mente non imputabile socialmente pericoloso: la prospettiva italiana. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3/2018, 182-189.
- Catanesi, R., Mandarelli, G., Ferracuti, S., Valerio, A., & Carabellese F. (2019). Indagine sulle REMS italiane. Un anno di osservazione. *Rassegna Italiana di Criminologia, numero speciale*, 7-23.
- Ceccoli L., & Corbelli L. (2012). Infanticidio e filicidio: una panoramica sullo stato attuale dell'arte. *Psicoterapia e Psichiatria*, 31 (1), 41-59.
- Cordella, B., Grasso, M., & Pennella, A. (2004). *Metodologia dell'intervento in psicologia clinica*. Roma: Carocci.
- Freud, S. (1917). *Metapsychologische Ergänzung Zur Traumlehre Int. Z. Psychoanal.*, 4 (6), 277-87 (trad. it. *Metapsicologia*, Boringhieri, Torino, 1978).
- 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.

- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica. quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Giacchetti, N., Pancheri, C., Mazza, C., Williams, R., Meuti, V., Giacco, S., Aceti, F., & Roma, P. (2020). Differences in MMPI-2 personality profiles among filicide and homicide women. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 152-160.
- Giacchetti, N., Roma, P., Pancheri, C., Williams, R., Meuti, V., & Aceti, F. (2018). Personality traits in a sample of Italian filicide mothers. *Rivista Di Psichiatria*, 53(5).
- Kubler, Ross E. (1984). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella.
- Kunst, J. L. (2002). Fraught with the utmost danger: The object relations of mothers who kill their children. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 19-38.
- 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.
- Lysell, H., Runeson, B., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2014). Risk Factors for Filicide and Homicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(2), 127-132.
- Mandarelli, G., Coluccia, A., Urbano, M.T., Crabellise, F. & Carabellese, F. (2019). Questioni attuali, problematiche e prospettive del trattamento penitenziario dopo la legge 81/2014. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 316-326.
- Mastronardi, V., De Vita L., & Umani Ronchi F. (2012). Alcune ricerche italiane sul fenomeno del figlicidio. *Supplemento alla Rivista di psichiatri*, 47 (4), 11-16.
- Mastronardi, V., & Villanova M. (2007). *Madri che uccidono: Le voci agghiaccianti e disperate di oltre trecento donne che hanno assassinato i loro figli*. Roma: Newton Compton.
- Merzagora Betsos, I., (2003). *Demoni del focolare: Mogli e madri che uccidono*. Torino: Centro Scientifico.
- Nivoli, G.C. (2002). *Medea tra noi: Le madri che uccidono il proprio figlio*. Roma: Carocci.
- Resnick, P. J. (1969). Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. *American Journal of Psychiatry*, 126(3), 325-334.
- Resnick, P. J. (1970). Murder of the Newborn: A Psychiatric Review of Neonaticide. *American Journal of Psychiatry*, 126(10), 1414-1420.
- Romano, C.A., Ravagnini, L. & Policek, N. (2017). Percorsi di vittimizzazione e detenzione femminile. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2/2017, 115-122.
- Silverman, R. A., & Kennedy, L. W. (1988). Women who kill their children. *Violence and Victims*, 3(2), 113-27.
- Spadaro, F. (2018). La psicoterapia forense: una nuova disciplina nella tradizione psicoterapica e psichiatrica italiana. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 190-195.
- Stanton, J., & Simpson, A. I. F. (2006). The aftermath: aspects of recovery described by perpetrators of maternal filicide committed in the context of severe mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(1), 103-12.
- Straticò, E., Forconi, S., Vernizzi, E., Benazzi, C. & Nocini, F. (2012). Il trattamento delle madri infanticide in OPG: Analisi di dieci pazienti internate presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere. *Rivista sperimentale di freniatria*, 3, 125-134.
- Weisheit, R. A. (1986). When mothers kill their children. *The Social Science Journal*, 23(4), 439-448.