

# RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO V N.12011

## Eros e thanatos: alle radici della famiglia, della vita e della morte Una declinazione psichiatrico-forense

### Eros and thanatos: in the origins of family, life and death. A forensic-psychiatric case

*Anna Palleschi, Claudio de Bertolini*

**Parole chiave:** depressione • omicidio • suicidio • uxoricidio • imputabilità

#### **Riassunto**

Benché qualsiasi omicidio sia un evento tragico, quelli commessi da persone riconosciute affette da un disturbo psichiatrico hanno in genere uno speciale impatto sull'opinione pubblica che li percepisce come imprevedibili, irrazionali, per certi versi minacciosi.

Particolarmente perturbanti sono gli omicidi-suicidi che avvengono all'interno della famiglia, che ognuno di noi vive come rifugio in cui coltivare i propri affetti; ma è proprio in questo rifugio che talvolta non crescono solo i fiori dell'amore, ma anche le mortali bacche di thanatos. Da sempre i poeti sanno che si può perdere il senno per amore o per odio e che non sempre si riesce a ritrovarlo sulla luna né, più modernamente, dagli psichiatri, che tuttavia si sforzano di interpretare questo magma di amore e di odio, di vita e di morte.

Vari sono stati i tentativi classificativi che hanno preso in considerazione la patologia psichiatrica del perpetratore, la relazione tra questi e la vittima ed eventuali fattori precipitanti, al fine di aiutare i clinici a stabilire il rischio che tali eventi si verifichino. Accanto a vari casi di filicidio, un profilo che si è delineato da queste analisi è quello di uomini anziani, depressi, che uccidono le proprie mogli ammalate, di cui si erano sempre presi cura.

Scopo del nostro lavoro è l'analisi di un caso di uxoricidio e mancato suicidio giunto alla nostra osservazione psichiatrico-forense, compiuto da un signore settantenne, che non poteva più assistere una moglie ormai demente, non autosufficiente e che entro pochi giorni sarebbe stata ricoverata in una casa di riposo.

Al fine di comprendere questo caso sia sul piano clinico che forense abbiamo cercato non solo di evidenziare i segni e sintomi psicopatologici del Periziando codificabili in un disturbo, ma soprattutto di mettere in luce le dinamiche mentali e motivazionali che lo hanno portato a porre fine alla vita della moglie e di valutare quanto tutto ciò abbia inciso sulla sua capacità di intendere e di volere.

Dal racconto del Periziando emergeva la storia di un grande amore che non poteva finire, che soprattutto non poteva finire con l'abbandono-tradimento di una moglie inerme. Le dinamiche da lui presentate erano quelle del "né ti posso salvare né ti posso abbandonare" e specularmente del "nec tecum nec sine te vivere possum".

È a questo livello che si è posto il quesito diagnostico differenziale tra un gesto di amore che si fa eutanasia o un'angoscia depressiva che rende l'interessato non imputabile.

**Key words:** depression • homicide • suicide • uxoricide • imputability

#### **Abstract**

Although every homicide is a tragic event, the ones committed by psychiatric patients have a special impact on public opinion, where they are perceived as unforeseeable, irrational, even threatening.

Particularly disturbing are the homicide-suicides that happen within the family, which is usually viewed as a refuge in which affections are cultivated. It is in this refuge indeed, that sometimes not only the flowers of love, but also the deadly berries of thanatos grow. From time immemorial poets have known that one can lose one's mind through love or hate and that it is not always possible "to find it again on the moon" or, in contemporary fashion, at the psychiatrists, who do their best to interpret this magma of love and hate, life and death.

In literature we can find several attempts to classify homicide-suicide on the bases of the psychiatric disorder of the killer, the relationship between killer and victim and possible trigger events, in order to help clinicians to establish the risk of the occurrence. A part from the many cases of infanticide, a profile that emerges from this analysis, is that of the elderly depressed man who kills the sick wife that he is caring for.

Anna Palleschi - Claudio de Bertolini

The purpose of our work is to analyse an uxoricide and failed suicide case within our forensic practice, committed by a man, almost 70 years old, who was no longer capable of taking care of a wife, who was suffering from dementia, was not self-sufficient and who was due to be admitted to an elderly clinic within a few days.

In order to understand this case, be it on a clinical or forensic level, we tried to identify the psychopathological signs and symptoms of the patient that could result in a disorder, but primarily to elucidate the mental and motivational dynamics that brought him to kill his wife. We also tried to evaluate how much these dynamics affected his capacity.

The story emerged from the patient under observation was that of a great love that could not end and above all that could not end with the abandonment and betrayal of a defenceless wife. The dynamics he presented were on one side those of "I can neither save you nor abandon you" and, on the other side, of "nec tecum nec sine te vivere possum".

It is at this level that the question of the differential diagnosis crops up, between euthanasia as a gesture of love or a depressive anguish that renders the patient unable to be indicted.

---

Per corrispondenza: Anna Palleschi, via Belzoni 180, 35121-Padova, tel. e fax. 049 8020587, cell. +39 347 8616294  
e-mail • [annapalleschi@yahoo.it](mailto:annapalleschi@yahoo.it)

ANNA PALLESCHI, *Psichiatra, libero professionista, Padova*  
CLAUDIO DE BERTOLINI, *Professore Associato di Psichiatria, Padova*



## Eros e thanatos: alle radici della famiglia, della vita e della morte

### 1. Introduzione

In letteratura l'uxoricidio viene per lo più indagato come forma estrema di violenza in famiglia (Biroscak, Smith & Post, 2006; Dixon & Hamilton-Giachritsis, Browne, 2008). La maggior parte dei lavori lo considera infatti come l'acme di un maltrattamento abituale perpetrato da parte di un marito violento nei confronti della propria moglie, o, quando isolato, un episodio in cui si esprimono improvvisamente intensi sentimenti di ostilità nei confronti della vittima, fino ad allora "ipercontrollati" (Adinkrah, 2008a; Aldridge & Browne, 2003; Arnold, Fleming & Bell, 1979; Campbell, Glass, Sharps, Laughon, K. & Bloom, 2007; Serran, Firestone, 2004).

Secondo alcuni studi molti di questi perpetratori, nuovi Otello del nostro secolo, ucciderebbero la loro Desdemona, in preda a intensi sentimenti di gelosia e a sospetti di infedeltà (Adinkrah, 2008b). È noto che la gelosia può portare a condotte violente indipendentemente dalla sua matrice normale o patologica (Catanesi, & Carabellese, 2008). Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, coloro che mettono in atto l'uxoricidio apparirebbero prevalentemente ad un basso strato socioeconomico, vivrebbero in aree rurali e, curiosamente, spesso avrebbero una notevole differenza di età dalla moglie, con una media di 18 anni (Breitman, Shackelford & Block, 2004; Cohen, Llorente & Eisdorfer, 1998). Per quanto riguarda gli aspetti psicopatologici, tra coloro che uccidono le proprie mogli vi sarebbe una maggior prevalenza di persone affette da disturbi di personalità e da abuso di alcol e sostanze, rispetto alla popolazione di controllo (Dutton & Kerry, 1999). Tale dato è peraltro in linea con la seppur modesta correlazione riscontrata tra disturbi psichiatrici e la messa in atto di comportamenti violenti, specie quando la diagnosi è di abuso di sostanze, di disturbi dello spettro psicotico o del disturbo antisociale di personalità (Asnis, Kaplan, Hundorfean & Saeed, 1997; Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams & Murray, 2009; Brennan, Mednick & Hodgins, 2000; Koh, Gwee & Chan, 2006; Hodgins, Lapalme & Toupin, 1999; Kugu, Akyuz & Dogan, 2008; Munkner, Haastrup, Joergensen & Kramp, 2009; Nivoli, Loretto, Milia, Nivoli & Nivoli, 2006; Swanson et al., 1997; Swanson, Holzer, Ganju & Jono (1990); Wallace et al., 1998); correlazione che si discosta solo lievemente quando il comportamento violento esaminato è l'omicidio (Bourget & Gagne, 2006; Schanda et al., 2004; Shaw et al., 2006; Swinson et al., 2007). Gli autori di uxoricidio avrebbero inoltre una relazione "possessiva" nei confronti della consorte (Comstock et al., 2005). I principali fattori precipitanti finora identificati sono il tentativo di interrompere la relazione da parte della moglie fino alla semplice percezione di un rifiuto da parte di quest'ultima (Banks, Crandall, Sklar & Bauer, 2008; Barnard, Vera, Vera

& Newman, 1982; Bourget, Grace & Whitehurst, 2007; Mohanty, Panigrahi, Mohanty & Das, 2004).

Esistono però casi di uxoricidio che non rientrano in queste tipologie di delitto e per i meccanismi che hanno portato ad esso sono meglio inquadrabili come "omicidio-suicidio" anche quando quest'ultimo non viene ultimato (Belfrage, Rying & 2004; Chan & Beh, Broadhurst, 2003).

Di per sé l'omicidio-suicidio è un fenomeno che è stato ampiamente studiato e vari sono stati i tentativi di classificarlo secondo le tipologie di relazione tra vittima e perpetratore e secondo i fattori precipitanti o in base alle motivazioni che hanno condotto alla messa in atto dell'azione violenta (Lecomte & Fornes, 1998; Marzuk, Tardiff & Hirsch, 1992; Milroy, 1993; Yip, Wong, Cheung, Chan & Beh, 2008). Secondo quanto emerso, sembra che questa tipologia di omicidio mostri una correlazione con i disturbi depressivi molto maggiore di qualsiasi altro tipo di omicidio e che, dal punto di vista dei meccanismi psicopatologici, possa spesso essere adeguatamente considerata un "suicidio allargato", con una forte componente di "altruismo mal riposto" (Eliason, 2009; Flynn et al., 2009; Marzuk, Tardiff & Hirsch, 1992). Come ricorda Volterra (2010) il termine "suicidio allargato" è stato infatti introdotto da Strassmann (1911), in riferimento a quei casi in cui il suicidio è il motivo primario e l'uccisione dei familiari avviene per non lasciarli sopravvivere senza aiuto in una situazione ritenuta disperata. Sarebbe in sostanza un estremo atto d'amore compiuto per risparmiare, alle vittime una vita di stenti e di malattie e di proteggerle, con la morte, da un futuro di angustie, sofferenze e infelicità, di cui il malato spesso si sente responsabile (delirio di colpa e di rovina). A questo proposito basti pensare ai filicidi messi in atto da madri affette da depressione psicotica (Bourget, Gagne & Moamai, 2000; Richard-Devantoy et al., 2008).

Relativamente pochi Autori si sono però cimentati nello studio del particolare tipo di omicidio-suicidio commesso da uomini anziani nei confronti delle proprie mogli ammalate di cui si erano sempre presi cura (Canetto & Hollenshead, 2000; Hanks & Settles, 1988; Malphurus & Cohen, 2005). Esso viene infatti spesso assimilato agli altri casi di omicidio-suicidio che vengono attribuiti ad un grave disturbo depressivo del perpetratore. In questo modo viene facilmente ridotto all'idea che un uomo anziano, depresso, in preda ai tipici deliri depressivi di rovina, colpa, etc., possa facilmente arrivare a suicidarsi coinvolgendo le persone vicine, in particolare la moglie (Bungardt, Ogbuihi, Gross & Rittner, 2003).

Nell'analisi di questi casi si parte cioè direttamente dalla presenza del disturbo e si interpreta il comportamento omicidiario come il risultato, da un lato delle distorsioni che il disturbo, come una lente nera e deformante, crea nella capacità di strutturare significativamente il mondo esterno, dall'altro



della notevole quota di aggressività che accompagna la depressione (Malmquist, 1995). In queste analisi si trascura però l'eziopatogenesi del disturbo depressivo, che tra l'altro, spesso in modo compassionevole, viene quasi sempre diagnosticato per la prima volta, a posteriori, nelle aule di tribunale.

Se la letteratura descrive ampiamente casi di figlicidio in cui la madre, affetta da (e talvolta anche curata per) un grave disturbo psichiatrico variamente presentatosi nel corso della vita, anche in assenza di particolari fattori stressanti, sviluppa un episodio depressivo maggiore o psicotico che la porta a mettere in atto un suicidio allargato in cui uccide i figli, in genere sani, "per sottrarli dalle sofferenze e dal male del mondo", ben diverso è il caso degli uxoricidi che avvengono nella coppia anziana. Questi mariti non risultano infatti quasi mai avere sofferto di un disturbo psichico in precedenza e l'instaurarsi di un disturbo depressivo appare reattivo e strettamente correlato alla situazione esistenziale in cui si vengono a trovare (Farooque, Stout & Ernst, 2004). Alcuni Autori infatti omettendo una precisa diagnosi così come codificata dal DSM, parlano di "vissuti di disperazione" nell'ambito di una relazione vissuta come insostenibilmente dolorosa e senza possibilità di cambiamento (Blinder, 1984; Canetto & Hollenshead, 2000).

Da quanto emerso dalla letteratura risulta come la comprensione di questo tipo di uxoricidio sia tuttora insufficiente e come l'analisi del contesto relazionale, delle dinamiche mentali e motivazionali in cui l'eventuale psicopatologia del perpetratore nasce e si inserisce e delle circostanze scatenanti la messa in atto dell'omicidio-suicidio potrebbe avere un enorme valore sia ai fini della sua valutazione psichiatrico-forense, che anche della sua prevenzione (Buteau, Lesage & Kiely, 1993; Salari, 2007).

## 2. Scopo del lavoro

Con il presente lavoro vorremmo presentare un caso, che abbiamo avuto modo di analizzare in qualità di consulenti di parte, riguardante l'uxoricidio di una signora malata di Alzheimer, da parte del marito che di lei si prendeva cura, ed il mancato suicidio di quest'ultimo (Palleschi, 2008).

Questo caso ci è apparso particolarmente interessante in quanto si colloca nei territori estremi posti fra la vita e la morte, fra eros e thanatos, ed è un caso che si presta a varie riflessioni: sociali, cliniche, etiche e legali. Dal punto di vista sociale porta a considerare il problema del riflesso di gravi e invalidanti patologie, che privano le persone della loro autosufficienza, sui familiari che ne sostengono il carico. Dal punto di vista etico pone la questione delle fasi terminali della vita ed in particolare dell'eutanasia all'interno del nucleo familiare. Sul piano clinico e forense, apre poi interessanti problemi di diagnosi differenziale.

L'obiettivo principale del nostro lavoro è però quello di indagare queste zone di confine tra sofferenza, disturbo, infermità, analizzando il problema della diagnosi differenziale tra una situazione di disagio psichico, di esasperazione emotiva, che rimane entro i limiti della fisiologia, e la franca patologia psichica. Vorremmo mettere in luce come le pulsioni di vita e di morte, che restano spesso nascoste sotto le istanze dell'Io e del Super Io, sotto la crosta dei comportamenti

e sotto il magma dei sentimenti, possono incanalarsi in forme francamente patologiche o risultare in situazioni di vita che seppur estreme rimangano entro i confini della fisiologia della mente. Spesso proprio tale lettura è possibile solo dal punto di osservazione privilegiato dello psichiatra forense che può così offrire anche alla psichiatria clinica il suo originale contributo proponendo un ulteriore spunto di riflessione sull'usuale modo di intendere la follia.

Nel presentare questo caso abbiamo quindi cercato non solo di evidenziare i segni e sintomi psicopatologici del Periziando codificabili in un disturbo, ma anche di comprendere le dinamiche mentali e motivazionali che lo hanno portato a porre fine alla vita della moglie per riflettere sugli elementi che potessero differenziare un gesto di amore divenuto eutanasia da un'angoscia depressiva che rendeva l'interessato non imputabile.

## 3. Il caso

### 3.1 La scena

Le persone di un villaggio in prossimità di un corso d'acqua vengono svegliate in piena notte da un uomo, il Sig. Pietro, di circa 70 anni che suona ai loro campanelli. Appare agitato e riferisce che nel vicino canneto si trova il corpo di sua moglie, Lara, privo di vita. Da mezzanotte alle due circa, Pietro aveva scritto una lettera ai figli, poi aveva pulito la casa, aveva svegliato la moglie, l'aveva vestita con cura e in modo adeguato alla temperatura invernale, l'aveva accompagnata in carrozzina all'automobile e seduta vicino a sé sul sedile anteriore; aveva quindi raggiunto il canale più vicino. Giunto sul luogo si era legato a lei con una corda e si era buttato nell'acqua con l'intento di annegare e fare annegare anche la consorte. Dopo vari tentativi non riusciti di "andare sotto", desistendo nel suo intento, si era diretto a riva; tirando con sé la moglie, si era però accorto che era già deceduta.

Pochi giorni prima aveva ricevuto la comunicazione che si era liberato per Lara un posto presso la struttura intermedia, dove i figli erano intenzionati a farla ricoverare in quanto lui, a causa dell'insorgenza di disturbi cardiologici di un certo rilievo e del peggioramento continuo della signora, non sarebbe stato più in grado di assisterla come aveva invece fatto, da solo, fino a quel momento, da quando 4-5 anni prima si erano manifestati i primi sintomi di una demenza di tipo Alzheimer.

### 3.2 La documentazione

La documentazione è costituita dai manoscritti lasciati dal Signor Pietro, dai verbali di spontanee dichiarazioni e dalla cartella clinica del ricovero del Periziando presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Dalla lettura dei manoscritti lasciati dal Sig. Pietro sul tavolo di cucina della propria abitazione, si ricava: "Avvisare i figli ... Antonio è il più forte x ricevere la telefonata ... Cari figlioli, mi sto consumando giorno x giorno nel vedere la mamma in quelle condizioni. Ma il logorio peggiore è forse attendere che mi chiamino per portarla al San Cosma. Il

cuore va a 100 ogni ora non so quanto durerà, perché, è la questione psicologica che lo fa trottare e non c'è medicinale che tenga quando la mente non riesce a distogliersi da quel pensiero. Comunque la mia futura vita sarebbe cardiologia-farmacia-ospedale dove c'è un centro per diluire il sangue e farlo scorrere meglio, come diversivo io ogni giorno sarei al San Cosma a portare la biancheria pulita, assisterei al definitivo disfacimento mentale della mamma, per poi tornare a casa e stare in compagnia di quel pensiero fino al giorno dopo. Tanti fanno facile a dire: poi ti abitui, nessuno sa cosa è stata la nostra vita di coppia ... in seguito perdonerete il gesto perché vi accorgete di quante limitazioni nella vostra vita privata ci sarebbero state ... Sicuramente vi chiamerà anche un magistrato perché è un atto dovuto (non servono avvocati) ... voi siete stati sempre disponibili, rispettosi nei nostri riguardi e verso il prossimo, cosa che sta diventando rara ... Funerali: nessuna cerimonia in chiesa ... Bare: le meno costose ... Nessuna visita di amici e parenti alle salme ... Ricordarsi di vuotare tutto in cucina ... Giacomo se e quando cambi casa lascia il più a Sestri ... La botta non è piccola – praticamente ti trovi quasi senza famiglia – sii forte e abbi un po' di umiltà nel chiedere eventuale aiuto a tuo fratello ... nella vita succede anche di peggio poi col tempo per fortuna tutto si sbiadisce ...”.

Dai verbali di spontanee dichiarazioni rese dal Sig. Pietro si ricava: “Il nostro matrimonio posso considerarlo felice al di fuori della norma ... qualche anno fa a causa di un incidente stradale mia moglie ha iniziato ad accusare problematiche definite dai medici afasia ... Poi inciampò e cadde di faccia sul pavimento della cucina ... Nell'ultimo anno e mezzo ... non era autosufficiente ... Il neurologo ... le aveva ... consigliato un antidepressivo ... per sostenerla in considerazione del fatto che non si esprimeva ... Né io né mia moglie in vita abbiamo mai pensato al suicidio ... Si facevano battute così, quando ancora stava bene ... ci dicevamo che sarebbe stato bello morire insieme ... Ho vissuto con sofferenza vedere mia moglie nello stato in cui era nell'ultimo anno e mezzo ... Le sue condizioni sono andate ulteriormente peggiorando da questa estate ... quando dovevo vestirla, non era nemmeno più in grado di pormi le braccia ... comunicavo con mia moglie, con lo sguardo ... avevamo una telepatia ... Non so fino a che punto mi capisse ... Ad un certo punto ho pensato a quella che poteva essere l'immediata situazione futura, anche per i miei figli ... Circa un paio di mesi orsono mi è balenato in testa di farla finita ... la sofferenza nel vederla in quello stato mi opprimeva ... Mi è sembrato che non ci fosse altra via d'uscita ... il pensiero mi martellava nella mente soprattutto negli ultimi 4-5 giorni ... ho delineato che potevo annegare con lei”. Dal successivo verbale di interrogatorio di persona sottoposta ad indagini si ricava: “... Ho deciso che il modo migliore per levarci la vita fosse l'annegamento, perché ritenevo fosse una cosa lieve soprattutto per il corpo di mia moglie, che non volevo si deturpasse ... Avevo anche la preoccupazione che i nostri corpi venissero ritrovati al più presto per evitare ai miei figli il supplizio delle attese delle ricerche ... avevo fatto la chiamata al 113 ... La notte tra il 7 ed 8 dicembre mia moglie aveva iniziato ad avere anche problemi alle mani ... ho iniziato a pensare tante cose, tra cui principalmente che non volevo che venisse mandata al San Cosma e venisse ge-

stata da altre persone. Io avevo iniziato ad avere problemi di cuore, ed allora ho deciso di farla finita. Ho iniziato a scrivere le lettere ai miei figli. Voglio dire che la nostra vita non era facile; io era come se fossi agli arresti domiciliari da anni. I miei figli volevano che prendessi una badante ma io non ho mai voluto ... l'ho svegliata verso le tre di notte. Io non ero andato proprio a dormire ed ero rimasto in poltrona. L'ho coperta bene anche alla testa, per non farle prendere freddo. Non le ho detto cosa andavamo a fare, tanto non capiva. Le ho detto solo 'andiamo'. Lei era una persona mite ... ho avuto la sensazione che fosse morta solo dopo e cioè quando l'ho adagiata nel canneto ... Visto che non riuscivo ad andare sotto ed anche mia moglie ... Ho pensato ... di lasciare perdere ... In questo momento mi sento incoscientemente tranquillo. Devo ammettere però che mi piacerebbe riabbracciarla. Non so se, potendo, tornerei indietro perché comunque la sofferenza tranquilla e serena di mia moglie aumentava l'amore verso di lei. È come se fosse diventata sempre più, con il tempo, una mia creatura, che io non volevo lasciare sola e che non avevo mai lasciato sola ... ero cosciente del dramma in cui avrei lasciato i miei figli, però ... non si sarebbero trovati due genitori da gestire ...”.

Dalla Cartella clinica del ricovero del Sig. Pietro presso il reparto psichiatrico della sua città, immediatamente successivo ai fatti, risulta: “Diagnosi principale: Depressione maggiore, episodio singolo, grave, con comportamento psicotico. Diagnosi concomitante: Fibrillazione atriale. Ipertensione essenziale benigna. Diabete mellito. Ipertrofia prostatica ... All'ingresso il paziente presentava un quadro di ipotermia, è stata impostata terapia antibiotica di copertura ...”; dalla consulenza psichiatrica eseguita in Pronto Soccorso: “... collaborante, disponibile al colloquio, loquace, riferisce tuttavia senso di derealizzazione e di distanza affettiva dal gesto “come se non se ne rendesse conto”. Parla minuziosamente della vita con la moglie e dell'episodio di oggi. Consapevole che saranno attuate procedure penali ...”. Dalla relazione clinica a firma dei curanti dell'SPDC si ricava: “... è stato ricoverato ... per 'tentato suicidio'. All'ingresso l'esame psichico appariva caratterizzato da: emotività con franchi aspetti dissociativi e di derealizzazione difensivi, su uno sfondo di 'disperazione' vissuto con estrema dignità e controllo, il tono dell'umore appariva deflesso. Non emergevano alterazioni del pensiero, né formali né di contenuto; non si rilevavano disturbi percettivi; le funzioni cognitive apparivano in asse. Buona la relazione sia con l'interlocutore che con il personale in genere, sintonico con l'ambiente compatibilmente con l'esperienza traumatica vissuta. Attualmente il quadro psichico è caratterizzato da un quadro depressivo con aspetti dissociativi e di derealizzazione ancora marcati e pensiero focalizzato sull'evento traumatico con ideazione improntata ad aspetti di rovina e colpa. Non patologie psichiche riferite in anamnesi patologica remota; dall'anamnesi psicopatologica prossima emerge altresì che tale importante sintomatologia depressiva con ideazione di rovina e colpa, coinvolgente soprattutto la sfera familiare, era già insorta circa un mese fa, dopo che il Paziente aveva appreso di avere una disfunzione cardiaca ... Da allora si convinse di poter diventare non autosufficiente con visione pessimistica del futuro proprio, ma soprattutto dei propri familiari. Per quanto riguarda le condizioni cardiologiche del

Anna Palleschi - Claudio de Bertolini

paciente, è stata richiesta una consulenza specialistica che il collega cardiologo ha così refertato: 'fibrillazione atriale, ve-ro-similmente di recente insorgenza, non in trattamento. Utile tentare il ripristino del ritmo sinusale con cardiover-sione elettrica' ...".

### 3.3 L'anamnesi

All'anamnesi risulta che il Sig. Pietro è figlio unico, orfano dalla nascita di un ufficiale dell'esercito, "primo caduto del primo giorno delle ostilità" e medaglia d'argento al valore militare. La madre, per stargli vicino, cercò sempre lavoro presso i collegi dove lui veniva accolto. Descrive i primi anni della sua vita come sereni e afferma: "mi sono divertito un mondo". Quello che emerge è però una realtà drammatica. Racconta infatti di aver visto fucilare e impiccare persone, incendiare città, di aver giocato con le bombe. A diciassette anni entrò alla Scuola sottoufficiali nell'esercito, dove anche si espone, con i sindacati, per alcuni diritti fondamentali. A ventidue anni si sposò. Parlando del suo matrimonio, riferisce che "tutto iniziò con un reciproco colpo di fulmine", che li portò a sposarsi nonostante "avessero tutti i familiari contro". Nacquero due figli. Tutto poi si svolse per il meglio; il Periziando descrive la vita coniugale come: "meravigliosa, piena di reciproca intesa ed anche di umorismo".

Cinque anni prima dei fatti la moglie venne investita da un'automobile ed in seguito iniziò ad avere deficit di concentrazione, a sbagliare qualche parola. Era l'inizio di una demenza "che gradualmente e piuttosto rapidamente peggiora". Il Periziando rifiutò l'aiuto di tutti e provvide sempre personalmente a tutti i suoi bisogni di assistenza e di cura. Riferisce che fino ad un certo punto "continuavano a capirsi", ma poi "anche il contatto venne meno". Dice infatti "se la incoraggiavo non mi guardava, ma lo facevo lo stesso per incoraggiare me".

Ad un certo punto al Sig. Pietro viene diagnosticata una patologia cardiaca che lo avrebbe reso incapace di seguire completamente la moglie. I figli lo spingono a richiedere per la signora Lara un posto presso una casa di riposo. Riferisce di avere a quel punto iniziato a pensare "ai fatti che ci sono stati anche sul giornale" e di essersi iniziato a chiedere: "cosa stiamo qui a fare?". Precisa di essere "un uomo di solidi principi e di religiosità" e spiega: "non potevo lasciare questa creatura mia al San Cosma, dovevo salvarla dal San Cosma ... non c'era soluzione, comunque avrei dovuto rivolgermi ad una struttura ... non volevo uccidere nessuno, volevo morire assieme ... era un amore fuori dall'ordinario!".

### 3.4 L'esame psichico

Nei colloqui con il Sig. Pietro, visitato presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dove è ricoverato, egli si atteggiava a padrone di casa ed ha un modo di comportarsi "sopra le righe", come se nulla fosse successo e ci si trovasse nella hall di un albergo di cui è ospite. È informato sulle ragioni della visita che mostra di aver compreso adeguatamente, ma di cui nega la necessità, fa anzi capire che è quasi "una cortesia verso l'avvocato che lo segue". Il colore af-

fettivo ad una prima valutazione superficiale è nella norma, quasi ipertimico. L'aggressività è molto controllata. Solo quando racconta i fatti per cui è processo, che pure ricorda in modo preciso, vi è un "distacco emotivo", netto, che permette di intravedere meccanismi dissociativi e di negazione. Tutto il rapporto con la moglie è idealizzato ed anche le ultime ore sono "sterilizzate emotivamente"; tutto viene raccontato come se fosse solo un calcolo razionale privo di emozione e di sofferenza. Insistendo su questi momenti e cercando di approfondire, anche con una qualche "insistenza", i vissuti, diviene evidente una qualche tensione, il voler "fuggire via", il non dare risposte. Insistendo ancora si riesce per un attimo a "forzare" la dissociazione fra i pensieri e gli affetti; subito si blocca e, con tono diverso, sbotta rivolto all'interlocutore: "se cerca di farmi piangere non ci riesce"; poi torna freddo e distaccato, "razionale", nuovamente staccato dal suo mondo affettivo e dal comune sentire etico. Riprende a riferire i fatti tratteggiandoli come "l'unica cosa razionale da fare", come la logica conclusione della "perfetta storia d'amore" tra lui e la moglie. Ammette solo di essere deluso dal parziale insuccesso della sua azione. Interrogato in merito al suo disturbo cardiaco, al progetto di ricoverare la moglie in un istituto, alla loro separazione, il tono e l'atteggiamento non mutano, ma i contenuti del colloquio si fanno cupi, fa riferimento a situazioni drammatiche riportate dai mass media in istituti per anziani e sembra quasi che non gli sia possibile concepire la separazione dalla moglie ed il "lasciarla nelle mani degli altri"; d'altro lato è sicuro che non sarebbe stato in grado di accudirla. In tutto ciò non affiora alcun "pentimento, alcun senso di colpa", anzi! Tutto viene letto come un atto d'amore ed emerge solo un po' di rimorso "per non essere riuscito ad uccidersi". Azzardando l'affermazione che "non pare un grande atto d'amore uccidere una persona" si ottiene una brusca, quasi irritata risposta ed una malcelata critica sulla capacità dell'interlocutore di comprendere le persone. Nulla gli importa della difesa legale e nemmeno sembra comprendere la rilevanza giuridica della situazione. Non ha alcuna coscienza di malattia.

## 4. Considerazioni

Nelle nostre considerazioni affronteremo il problema clinico e la valutazione forense. Proporremo infine alcuni spunti di riflessione sui limiti del paradigma usualmente utilizzato.

Quello che maggiormente colpiva alla visita del Periziando era la marcata "discrepanza" tra il suo comportamento, descritto all'esame psichico, e la situazione esistenziale in cui si trovava. Aveva ucciso la moglie, era rimasto solo, era inquisito per un reato che prevede una pena severa e si trovava ricoverato in un reparto psichiatrico, eppure appariva sereno, forse appena ipertimico, come se nulla lo preoccupasse; era anzi infastidito dalle preoccupazioni che gli altri (figli, medici, avvocati) esprimevano nei confronti della situazione. Ha inizialmente accettato il colloquio con il consulente di parte "per fare un favore all'avvocato", ma ha sempre continuato a mostrarsi contrario alla sua presenza in aula, di cui affermava di non comprendere il senso.

Sotto a questo “strato” più superficiale che balzava agli occhi alla prima osservazione, appariva dai verbali e dall’anamnesi fornita ai Colleghi di reparto che il Periziando aveva presentato nei giorni precedenti uno stato di angoscia e aveva il cuore “che martellava” ogni volta che si prospettava il futuro, un futuro che gli appariva senza via d’uscita, in cui vedeva come ineluttabile l’abbandono e il tradimento della “sua creatura”, che avrebbe dovuto finire in mano a persone estranee per essere mantenuta in vita, ma in una vita che sarebbe stata priva di affetto e di dignità.

Quindi sotto alla crosta comportamentale ed affettiva che il Sig. Pietro presentava ai colloqui peritali, si potevano leggere sia la precedente angoscia che le dinamiche difensive della idealizzazione, razionalizzazione e negazione che proteggevano il Periziando dalla depressione sottostante, più profonda, che pervadeva tutto il suo mondo interno, in cui dominanti erano gli ossessionanti vissuti di disperazione e di solitudine legati alla separazione e alla morte, che egli non poteva che scotomizzare.

La diagnosi posta dai medici di reparto che si legge nella cartella del ricovero e che venne confermata dai Colleghi che hanno svolto la perizia tecnica d’ufficio fu di “episodio depressivo maggiore grave, con comportamento psicotico”. Noi, in qualità di consulenti di parte del Sig. Pietro, abbiamo accettato di buon grado questa ipotesi diagnostica che rispettava i criteri del DSM IV TR evidenziabili all’indagine clinica per l’episodio depressivo maggiore, e si incentrava sulla riscontrata presenza di una profonda sofferenza, dell’abbassamento del tono dell’umore, della mancanza di prospettiva per il futuro, della mancanza di speranza e del senso di impossibilità a ricevere aiuto, sulla presenza di sentimenti di inadeguatezza e di impotenza, di sensi di colpa, ansia, crisi di pianto, insonnia, ricorrenti idee autosoppressive (con mancato suicidio), vari sintomi somatici, etc.. Si sarebbe forse potuto approfondire l’ipotesi diagnostica differenziale di uno stato misto, stato suggerito dal comportamento del Periziando in occasione della nostra visita, dal suo vissuto di grandiosità legato al gesto compiuto e dall’assoluta mancanza di critica del medesimo. Tuttavia questa apparente serenità non era accompagnata da variazioni dell’appetito, del sonno, etc. e non sembrava poter essere letta come una fase del quadro psicopatologico né come un effetto collaterale dei farmaci, quanto piuttosto come un meccanismo di difesa o una nuova fase esistenziale.

In ogni caso la costellazione sintomatologica presentata dal sig. Pietro permetteva la diagnosi di disturbo mentale ed integrava il concetto giuridico di infermità di mente.

Si apriva così il problema forense, ovvero quello di valutare in che modo tale infermità di mente avesse inciso sul fatto-reato, se fosse stata conservata nel Periziando la capacità di darne un giudizio realistico che potesse trascendere da quei sentimenti di inadeguatezza e dal profondo bisogno di vivere le ultime sequenze della sua vita con la moglie come un percorso eroico. In altri termini andava valutato se l’atto compiuto dal Sig. Pietro potesse essere considerato come manifestazione estrema di un amore che era divenuto eutanasia, come lui stesso sosteneva, o fosse meglio inquadrabile come l’agito di un’angoscia depressiva che aveva reso il Periziando incapace di percepire il valore o il disvalore etico, ancor prima che giuridico, del suo comportamento.

Per rispondere a questo quesito era quindi necessario, comprendere, “sotto la diagnosi”, le dinamiche mentali che avevano determinato l’atto e che lo avevano eventualmente reso sintomatico della patologia. Svoltata un’analisi descrittiva concordemente al DSM, era cioè necessario capire, per così dire, con che personaggio il Periziando stesse al mondo e quali dinamiche tenessero in piedi questo personaggio. A tal fine a nostro avviso sarebbe potuto essere di particolare giovamento effettuare dei test psicometrici per approfondire gli aspetti personologici del Periziando. Non essendo stato però ritenuto necessario dai CTU un approfondimento in tal senso, abbiamo comunque tentato un’interpretazione psicodinamica del caso sulla base dei dati disponibili.

Dall’indagine clinica risulta una mente “improntata” in un’atmosfera di estrema violenza. Il primo evento che caratterizza la vita del Periziando è la perdita del padre che cade in battaglia ancor prima della sua nascita, lasciando un modello ed una medaglia di cui fregiarsi ed essere fieri, che coprono e forse “negano” il dolore e le difficoltà di una vedova e di un orfano. Anche le prime esperienze sociali sono caratterizzate dall’estrema violenza vissuta come normale: fucilazioni ed impiccagioni, torture, bombe, l’esperienza dello sfollamento e del collegio. Eppure tutto è raccontato come un’epoca felice, comunque come un’esperienza quasi “eroica”. In queste circostanze drammatiche, sembra essersi formata una deformazione del funzionamento psichico: le dinamiche mentali badano a preservare da emozioni dolorose che vengono “negate” e “dissociate” dagli eventi circostanti, tutto è “razionalizzato e idealizzato”, e l’immagine della personalità risulta improntata alla figura paterna nemmeno conosciuta e idealizzata, ai valori della patria, della famiglia, della giustizia, della solidarietà, ma rimane contemporaneamente sotto la minaccia della violenza, della morte, della perdita.

La vita del Sig. Pietro ed anche il suo mondo interno superficialmente si assestano in un matrimonio descritto come “felice al di fuori della norma”; ma si può intravedere come anche in questo siano negate le inevitabili difficoltà e idealizzate le valenze positive.

Questa costruzione, apparentemente solida e così fortemente mantenuta, entra in scacco cinque anni prima dei fatti, quando la moglie viene colpita da Alzheimer e la realtà, ma ancor più il mondo interno, rischiano di essere travolti ed il Periziando si ritrova impotente davanti agli eventi della vita, armato solo dei suoi meccanismi di difesa. Lo scacco che la vita gli impone attiva forti valenze depressive che si presentano allora plasmate e trasformate dal suo peculiare funzionamento psichico: il piano affettivo è quasi “congelato”, “negato”, e lui si presenta efficiente ed apparentemente privo di dolore. Si fa completamente carico della sua compagna di vita e quando lei non reagisce più lui continua a parlarle “per dare coraggio a se stesso”. “Cede” però sul piano somatico e gli viene diagnosticata una patologia cardiaca. La situazione si fa insostenibile e i figli decidono di mettere la mamma in una casa di riposo.

È qui che prende drammaticamente corpo la minaccia di una separazione, di un tradimento e della solitudine, tutte eventualità che il Periziando non è in grado di accettare. Si riattiva così ancora una volta l’antica modalità che gli ha permesso di superare le tragedie in cui è stato forzato nella

Anna Palleschi - Claudio de Bertolini

prima infanzia. È così che in questa nuova tragedia, tentando una lettura delle spinte pulsionali, si difende ancora idealizzando eros da un lato e thanatos dall'altro, poiché in questo contesto l'unico modo che permette di mantenere in vita eros è proprio affidarlo senza mediazioni a thanatos, che non è l'energia della distruzione, ma come intesa da Freud, segnala il desiderio di concludere la sofferenza della vita e tornare al riposo (Freud, 1920). È così che eros e thanatos tracciano un disegno in cui la morte si lega all'amore. Morire insieme risulta per il Periziando l'unica soluzione in cui non abbandona la moglie e con la quale salva il suo amore e con esso tutti i suoi valori e la sua immagine, con cui si salva dalla solitudine e dai sensi di colpa. Per lui il suo gesto è eutanasia di sé, di sua moglie e del loro amore.

Il suo gesto è però anche innegabilmente un agire la depressione nel più drammatico dei modi: il suicidio. Lui stesso sottolinea che non si tratta di omicidio e nel suo sistema di valori, ma soprattutto nell'onda nera che travolge la realtà e ancor più il suo mondo interno, "è vero". In questo modo "viene scotomizzato", dal Sig. Pietro, uomo di "solidi e cristiani principi", che si tratta di sopprimere due vite, quella della moglie e la sua; viene persa la possibilità di attribuire alla vita il suo valore; viene cioè persa la capacità di comprendere il disvalore della sua azione. Questa capacità viene in particolare persa in quelle ore buie e fredde, in quelle ore d'insonnia in cui prevalgono il senso dell'onore, lo stare vicini fino all'ultimo all'altro, il non abbandonarlo, il non dare preoccupazioni ai figli, in cui prevale la figura eroica che piuttosto di tradire, comunque abbandonare, sacrifica la sua vita e in questo, come suo padre, ne trova il significato più profondo. Non si pente infatti di quanto compiuto e non comprende perché il suo avvocato convochi per lui un consulente di parte, che anzi avverte come qualcuno che non è in grado di capire davvero, ma solo di velare dietro a categorie psicopatologiche e a norme quello che lui reputa un eroico atto di amore.

Il fatto per cui il Sig. Pietro era imputato andava a collocarsi come un agito depressivo ed in questa ottica facile era anche vedere l'uxoricidio e il mancato suicidio che ne sono conseguiti come fortemente radicati nel disturbo e quindi riconoscerne il valore di malattia.

Sulla linea di queste considerazioni, a cui ha aderito anche la corte, il Periziando è stato giudicato non imputabile per via di mente ex articolo 88 c.p.p.

Confrontando inoltre il nostro caso con quanto riportato in letteratura, esso appare ben rappresentare i casi descritti di uomini, abbastanza anziani, con la moglie malata e loro stessi malati (Marzuk, Tardiff, Hirsch, 1992), care-giver della moglie (Malphurus e Cohen, 2005), che presentano dinamiche di disperazione all'interno di un processo di separazione (Cooper, Eaves, 1996) e, dal punto di vista psicopatologico, (Yip e coll., 2008) un disturbo depressivo che porta ad un suicidio allargato con una forte componente di "altruismo mal risposto".

Se questa valutazione coerente e lineare ci acquieta sul piano forense non sembra però possa risolvere davvero i dilemmi iniziali. La comprensione del quadro appare sicuramente più complessa di quella che la diagnosi di episodio depressivo maggiore può suggerire. Soprattutto ci sembra importante interrogarci sull'eziologia e sulla patogenesi del

quadro e su quella che sarebbe la reazione fisiologica attesa in una situazione di vita così drammatica come quella in cui il Periziando si trovava e che non appare poi così infrequente in una società come la nostra.

Non si può neppure omettere di considerare come nel caso in esame, l'autore del "suicidio allargato", o meglio dell'omicidio-suicidio, si sia in realtà salvato! Dobbiamo allora chiederci, nel quesito diagnostico, se il suicidio sia davvero mancato. È ben ipotizzabile che, contrapposte a forti valenze aggressive in una persona che si sente schiacciata, sovraccaricata dall'assistenza alla moglie e privata di fatto di un minimo di libertà (cfr. "io era come se fossi agli arresti domiciliari da anni") vi siano anche forti "valenze di vita". Tali valenze che sono spesso misconosciute allo stesso protagonista, premono entrambe per realizzarsi e, forse grazie ad un inconscio autoinganno, possono portarlo al duplice risultato di raggiungere l'"eroismo" e di guadagnare la libertà.

Tutta la vicenda che abbiamo esaminato potrebbe allora risultare "solo" un caso di eutanasia, che ha le sue motivazioni nella storia personale, nella relazione coniugale e nella situazione terminale, una storia di eutanasia che se praticata alla fine di una lunga storia d'amore, non può non essere accompagnata da una grande sofferenza e dai vissuti che abbiamo descritto.

Ci sembra che quando in circostanze estreme le istanze più profonde, le pulsioni di vita e di morte, emergono in tutta la loro forza, e si liberano, scardinandole, dalle istanze socioculturali, sia molto difficile stabilire se ci troviamo davvero di fronte alla follia.

Ma allora, davanti a questa ipotesi ed ai quesiti che ci sono posti dal Magistrato, come ci poniamo? Può essere sufficiente una diagnosi che si basa su una nosografia descrittiva? Come possiamo differenziare questa sofferenza da una infermità, come il nostro legislatore la intende? Quanto è "capace" un marito ancora innamorato che all'inevitabile abbandono-tradimento preferisce una fine comune, che è al tempo stesso il suggello di un amore? Il comportamento di questo marito, la cui eventuale illegittimità va comunque valutata dalla Magistratura, ha davvero il disvalore etico che il Periziando, "per infermità", non riesce a riconoscere? O è comprensibile che nella sua storia, nel suo mondo interno, nella sua struttura di valori, quel comportamento non sia affatto un disvalore?

Il problema diventa quindi quello di stabilire se vi sia un forte conflitto fra norma esterna ed etica interna o se invece sia evidenziabile una incapacità patologica di comprendere e condividere la norma. Se il conflitto è fra etica interna e norma esterna, dobbiamo valutare come sarebbe stato esigibile che il Periziando agisse.

Considerando anche la pressione dei cambiamenti sociali che stanno avanzando, è a nostro avviso proprio in queste zone di confine, tra fisiologia e patologia della mente, in queste zone estreme in cui le pulsioni si manifestano ed in cui anche le nostre categorie cliniche e forensi mostrano il loro limite, che la psichiatria forense potrebbe soffermare il suo interesse e la sua riflessione per portare un originale contributo anche alla psichiatria clinica.

Tale contributo potrebbe rivelarsi prezioso anche per la prevenzione di eventi drammatici come quello dell'uxoricidio della propria moglie malata compiuto da un uomo fi-

no a quel momento ritenuto “sano di mente ed amorevole”, eventi che continueranno altrimenti a lasciarci impotenti e smarriti e poco potremmo fare se non etichettarli come imprevedibili tsunami psicopatologici che travolgono famiglie “del tutto normali” creando tragedie insanabili.

## Conclusioni

Certamente nella tragedia che il Periziando vive vi è una qualche “follia” e la capacità di intendere il valore ed il disvalore delle sue azioni viene travolta, ma nella sua follia è forse rintracciabile anche un capire/volere di istanze profonde, non patologiche, che scardinano un Io che la realtà ha reso impotente e si scontrano con le categorie normative.

Certamente la psichiatria forense deve fornire risposte tecniche al quesito posto dal Giudice secondo le conoscenze e le categorie condivise della nostra disciplina; griglie interpretative condivise sono quindi necessarie. Ci sembra però opportuno conservare una capacità critica verso gli strumenti e le categorie conoscitive che utilizziamo.

Abbiamo per questo cercato di suggerire una riflessione su come queste griglie possano risultare insufficienti nelle situazioni estreme, ma non necessariamente patologiche, in cui le pulsioni emergono travolgendo le usuali barriere egoiche e superegoiche, anche senza dare forma ad un disturbo.

Desideravamo però soprattutto portare l'attenzione su un ruolo che lo psichiatra forense, dal suo punto di osservazione spesso privilegiato, potrebbe esercitare nel cuore della psichiatria, superando almeno qualche volta, quel ruolo di confine e di interprete tra i due paradigmi clinico e forense, e riuscendo a guardare anche le espressioni “estreme” della natura umana senza doverle velare dietro a rassicuranti classificazioni nosografiche e categorizzazioni giuridiche, ma fornendo un piccolo contributo ad una sempre maggior comprensione della nostra mente.

## Bibliografia

- Adinkrah, M. (2008a). Spousal homicides in contemporary Ghana. *Journal of Criminal Justice*, 36 (3), 209-216.
- Adinkrah, M. (2008b). Husbands who kill their wives: An analysis of uxoricides in contemporary Ghana. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52 (3), 296-310.
- Aldridge, M.L., & Browne, K.D. (2003). Perpetrators of spousal homicide: A review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4 (3), 265-276.
- Arnold, L., Fleming, R., & Bell, V. (1979). The man who became angry once. A study of overcontrolled hostility. *Canadian Journal of Psychiatry*, 8 (24), 762-766.
- Asnis, G.M., Kaplan, M.L., Hundorfean, G., & Saeed, W. (1997). Violence and homicidal behaviours in psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 405-25.
- Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A., & Murray, O.J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166, 103-109.
- Banks, L., Crandall, C., Sklar, D., & Bauer, M. (2008). A comparison of intimate partner homicide to intimate partner homicide-suicide: one hundred and twenty-four New Mexico cases. *Violence Against Women*, 14 (9), 1065-78.

## Eros e thanatos: alle radici della famiglia, della vita e della morte

- Barnard, G.W., Vera, H., Vera, M.I., & Newman, G. (1982). Till death do us part: A study of spouse murder. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 10 (4), 271-280.
- Belfrage, H., & Rying, M. (2004). Characteristic of spousal homicide perpetrators: A study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14 (2), 121-133.
- Biroscak, B. J., Smith, P. K., & Post, L. A. (2006). A practical approach to public health surveillance of violent deaths related to intimate partner relationships. *Public Health Reports*, 121 (4), 393-99.
- Blinder, M. G. (1984). The domestic homicide. *Family Therapy*, 11 (3), 185-198.
- Bourget, D., Gagne, P., & Moamai, J. (2000). Spousal homicide and suicide in Quebec. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28 (2), 179-182.
- Bourget, D., & Gagne, P. (2006). Fratricide: a forensic psychiatric perspective. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34, 529-533.
- Bourget, D., Grace, J., & Whitehurst, L. (2007). A review of maternal and paternal filicide. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35 (1), 74-82.
- Breitman, N., Shackelford, T.K., & Block, C.R. (2004). Couple age discrepancy and risk of intimate partner homicide. *Violence and Victims*, 19 (3), 321-342.
- Brennan, P., Mednick, S.A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- Bungardt, N., Ogbuihi, S., Gross, T., & Rittner, C. (2003). Aussergewöhnlicher Fall einer Tötung mit anschließendem Suizid” (Unusual case of a homicide followed by suicide). *Archiv für Kriminologie*, 211 (1-2), 33-41.
- Buteau, J., Lesage, A.D., & Kiely, M.C. (1993). Homicide followed by suicide: a Quebec case series, 1988-1990. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38 (8), 552-56.
- Campbell, J.C., Glass, N., Sharps, P.W., Laughon, K., & Bloom, T. (2007). Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence & Abuse*, 8 (3), 246-69.
- Canetto, S.S., & Hollenshead, J.D. (2000). Older women and mercy killing. *Omega: Journal of Death and Dying*, 42 (1), 83-99.
- Catanesi, R., & Carabellese, F. (2008). Uccidere per gelosia. *Rivista Italiana di Medicina legale*, 1, 95.
- Chan, C.Y., Beh, S.L., & Broadhurst, R.G. (2003). Homicide-suicide in Hong Kong, 1989-1998. *Forensic Science International*, 137 (2-3), 165-171.
- Cohen, D., Llorente, M., & Eisdorfer, C. (1998). Homicide-suicide in older persons. *American Journal of Psychiatry*, 155 (3), 390-396.
- Comstock, R.D. et al. (2005). Epidemiology of homicide-suicide events: Oklahoma, 1994-2001. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 26 (3), 229-235.
- Cooper, M., & Eaves, D. (1996). Suicide following homicide in the family. *Violence and Victims*, 11 (2), 99-112.
- Dixon, L., Hamilton-Giachritsis C., & Browne, K. (2008). Classifying partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (1), 74-93.
- Dutton, D.G., & Kerry, G. (1999). Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22 (3-4), 287-299.
- Eliason, S. (2009). Murder-suicide: a review of the recent literature. *Journal of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 37 (3), 371-76.
- Farooque, R.S., Stout, R.G., & Ernst, F.A. (2004). Homicide at home: Parental murder, child murder, intimate partner murder - A comparative study of ultimate violence in the family. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 25 (2), 5-24.

Anna Palleschi - Claudio de Bertolini

- Flynn, S. et al. (2009). Homicide followed by suicide: A cross-sectional study. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20 (2), 306-321.
- Freud, S. (1920) (1986). Al di là del principio del piacere. In S. Freud. *Opere di Sigmund Freud* (Vol. 9). Torino: Bollati Boringhieri - Paperback 2006.
- Hanks, R.S., & Settles, B.H. (1988). Theoretical questions and ethical issues in a family caregiving relationship. *Journal of Applied Social Sciences*, 13 (1), 9-39.
- Hodgins, S., Lapalme, M., & Toupin, J. (1999). Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 55, 187-202.
- Koh, K.G.W.W., Gwee, K.P., & Chan, Y.H. (2006). Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997-2001). *Singapore Medical Journal*, 47 (4), 297-304.
- Kugu, N., Akyuz, G., & Dogan, O. (2008). Psychiatric morbidity in murder and attempted murder crime convicts: a turkey study. *Forensic Science International*, 175, 107-112.
- Lecomte, D., & Fornes, P. (1998). Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *Journal of Forensic Sciences*, 43 (4), 760-764.
- Malphurs, J.E., & Cohen, D. (2005). A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (3), 211-217.
- Malmquist, C.P. (1995). Depression and homicidal violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18 (2), 145-162.
- Marzuk, P.M., Tardiff, K., & Hirsch, C.S. (1992). The epidemiology of murder-suicide. *Journal of the American Medical Association*, 267 (23), 3179-3183.
- Milroy, C.M. (1993). Homicide followed by suicide (dyadic death) in Yorkshire and Humberside. *Medicine, Science and the Law*, 33 (2), 167-171.
- Mohanty, M.K., Panigrahi, M.K., Mohanty, S., & Das, S.K. (2004). Victimologic study of female homicide. *Legal Medicine*, 6 (3), 151-56.
- Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2009). The association between psychopathology of first-episode psychosis patients within the schizophrenia spectrum and previous offending. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63 (2), 124-131.
- Nivoli, G.C., Loretta, L., Milia, P., Nivoli, A., & Nivoli, L.F. (2006). Schizofrenia (cap. 9: Disturbi psichici e quadri clinic di malattie mentali). In V. Volterra (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*. Milano: Masson.
- Palleschi, A. (2008). *L'omicidio nel depresso: analisi di tre casi*. Tesi di master in criminologia e psichiatria forense. Università degli Studi di San Marino. Anno Accademico 2007-2008 (Non pubblicata).
- Richard-Devantoy, S. et al. (2008). Homicide et psychose: particularites criminologiques des schizoprenes, des paranoiaques et des melancoliques. A propos de 27 expertises" (Homicide and psychosis: Criminological particularities of schizophrenics, paranoiacs and melancholic. A review of 27 expertises). *Encephale*, 34 (4), 322-329.
- Salari, S. (2007). Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention. *Clinical Interventions In Aging*, 2 (3), 441-52.
- Schanda, H. et al. (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (2), 98-107.
- Serran, G., & Firestone, P. (2004). Intimate partner homicide: A review of the male proprietariness and the self-defense theories. *Aggression and Violent Behavior*, 9 (1), 1-15.
- Shaw, J. et al. (2006). Rates of mental disorder in people convicted of homicide. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 143-147.
- Swanson, J. et al. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry*, 60 (1), 1-22.
- Swanson, J.W., Holzer, C.F., Ganju, V.K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community. Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-70.
- Swinson, N. et al. (2007). National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness: new directions. *Psychiatric Bulletin*, 31, 161-163.
- Volterra, V. (2010). Disturbi dell'umore (cap. 9: Disturbi psichici e quadri clinici di malattie mentali). In V. Volterra (a cura di). *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica* (2ª Ed.) Milano: Masson.
- Wallace, C. et al. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Yip, P.S.F., Wong, P.W.C., Cheung, Y.T., Chan, K.S., & Beh, S.L. (2008). An empirical study of characteristics and types of homicide-suicides in Hong Kong, 1989-2005. *Journal of Affective Disorders*, 112, 184-192.