

# Omicidio-suicidio tra gli anziani

Emer Prof Diego De Leo AO, DSc

Dept Psychiatry, University of Queensland,  
Australia

Dept Community Medicine, West Virginia  
University, USA



Slovene  
Centre for  
Suicide  
Research



deleofund  
onlus



Domenica 19 Agosto 2018, 23:35

# Cadaveri di due anziani trovati in casa Fra le ipotesi anche l'omicidio-suicidio

**PER APPROFONDIRE:** [angelo foglio](#), [cadaveri](#), [decomposizione](#), [levanto](#), [liliana chenet](#), [moriago](#)



# Spara e ammazza la moglie, poi avvisa il figlio e si toglie la vita. Gli amici: «Inspiegabile...»

**PER APPROFONDIRE:** [camogli](#), [genova](#), [maria schiaffino](#), [moglie](#), [omicidio suicidio](#), [stefano martini](#)



AQUILEIA



**Coniugi trovati morti  
in un canale: si sono  
tolti la vita  
annegandosi**

**FEMMINICIDIO**

# **Busto Arsizio, moglie strangolata in casa e marito trovato impiccato**

I cadaveri della coppia di anziani, lei 68 anni, lui 72, sono stati scoperti dalla figlia nel loro appartamento nel Varesotto. L'ipotesi è che si tratti di un caso di omicidio suicidio

A SENAGO (MONZA)

## **Anziano uccide la moglie e poi tenta il suicidio**

Un uomo di 81 anni ha ucciso la moglie di 80 anni a colpi di pistola, poi ha cercato di togliersi la vita sparandosi un colpo, sabato mattina nella sua casa di Senago (Monza).

MARCHE

## **Jesi, anziano uccide la moglie a coltellate e tenta il suicidio**

L'uomo, di 87 anni, ha ucciso la moglie a coltellate e poi ha tentato di suicidarsi colpendosi alla gola con lo stesso coltello



A SENAGO (MONZA)

## A 81 anni spara e uccide la moglie poi cerca di togliersi la vita

Tragedia in famiglia sabato mattina a Senago, Monza. L'uomo ha freddato la moglie sparandole alla tempia. Poi ha cercato di suicidarsi: i carabinieri lo hanno trovato in camera da letto con un proiettile conficcato in testa



AGLIANA (PISTOIA)

## Agliana: 83enne spara e uccide la moglie malata, poi si toglie la vita

Omicidio-suicidio in villetta anziani nel Pistoiese. A trovare il cadavere i vicini



# Roma, «ho ucciso mia moglie e adesso mi ammazzo anche io»

Giallo in via Albalonga. Un uomo venerdì pomeriggio ha chiamato il 112 dicendo di aver ucciso la donna malata da tempo. Poi ha tentato di tagliarsi la gola. Sul corpo della moglie nessun segno apparente di violenza. «L'ho soffocata», ha detto

di Rinaldo Frignani



I carabinieri davanti al palazzo di via Albalonga (foto Proto)



TRENTO

## **Due anziani suicidi, trovati abbracciati: «Deciso insieme»**

I due ottantenni si erano trasferiti da Venezia, dove erano nati, negli anni Novanta. La donna era malata da tempo e il marito faceva fatica ad assisterla da solo

# Va a trovare la moglie, malata di Alzheimer. E poi si getta giù dalle scale

PER APPROFONDIRE: alzheimer, pieve di soligo, suicidio



PIEVE DI SOLIGO - **Tragedia della depressione e della disperazione** ieri, 26 dicembre, in una casa di riposo. Un suicidio. E' il giorno dopo Natale, quando la solitudine pesa sul cuore come un macigno. Un uomo di 79 anni, residente nel paese, sale per l'ennesima volta le scale della Fondazione Casa per Anziani di Pieve di Soligo. Va a trovare la moglie, **malata di Alzheimer**, una demenza progressiva e devastante, sempre più diffusa, che pesa sui malati ma anche, e terribilmente, sui familiari. Rivede gli occhi della moglie che ama, ma l'Alzheimer che l'ha colpita è ormai a uno stadio avanzato, troppo avanzato. Lui resta con lei, come sempre, forse le tiene la mano, le parla, le accarezza il volto senza nemmeno sapere se lei lo riconosce. Poi si alza, esce. Chiude piano la porta alle sue spalle, al secondo piano. E si lascia cadere giù dalla tromba delle scale.

CONDIVIDI LA NOTIZIA

827

Tweet

G+

Consiglia

ALTRE DI NORDEST



A Bologna un uomo di 93 anni uccide la moglie malata di Alzheimer di 91 anni e poi si toglie la vita.

"Non mi riconosce più", diceva e soprattutto continua a gridare "Portatemi a casa mia".

In casa è stato trovato un biglietto, in cui l'uomo chiede perdono per il gesto, alla base del quale ci sarebbe la disperazione per non essere più in grado di accudire la moglie malata.

I servizi, per quanto attenti, sono sempre inadeguati in condizioni di grave sofferenza del malato e di debolezza del caregiver: il ricovero in una struttura diviene in queste condizioni la risposta più adeguata, pur con i suoi limiti;



FIRENZE

## Mattarella concede la grazia ai due anziani che uccisero le mogli malate di Alzheimer

Si tratta di Giancarlo Vergelli e Vitangelo Bini

■ [L'intervista:](#) «Non potevo lasciarla soffrire»  
di [V.Marotta](#)

# La solitudine degli anziani che scelgono di morire insieme

Le due tragedie fotocopia delle coppie di Bologna e Trento



di **Isabella Bossi Fedrigotti**



## Cosa sappiamo

- Una condizione di grave disagio esistenziale è rappresentata dalla convivenza con una persona seriamente ammalata e/o disabile.
- In età avanzata questa situazione può degenerare in eventi definibili come di *mercy killing* (uccisione compassionevole), spesso seguiti dal suicidio dell'individuo che ha soppresso la persona che accudiva.
- Benché i casi di omicidio-suicidio rappresentino un fenomeno piuttosto raro, gli anziani vi sono coinvolti in modo sproporzionato, sia come perpetratori che come vittime (Bell e McBride, 2010; Malphurs e Cohen, 2005).

- La stragrande maggioranza dei casi di omicidio-suicidio avviene in ambiente domestico ed è portata avanti dagli uomini, il più spesso nei confronti della propria compagna, usando soprattutto un'arma da fuoco (Bourget et al., 2010). In più del 40% dei casi i perpetratori stavano provvedendo assistenza a lungo termine al partner affetto da una grave malattia o disabilità (Malphurs e Cohen, 2005).
- In più del 70% dei casi di omicidio-suicidio tra gli anziani il suicidio sarebbe il movente primario (Salari, 2007; McPhedran et al., 2015).
- L'omicidio della partner rappresenterebbe il modo per non crearle ulteriori difficoltà, evitando di lasciarla in vita a soffrire per le conseguenze del gesto suicidario, la perdita affettiva causata da questo e le inevitabili sequele nella pratica quotidiana.

# Malattia di Alzheimer e omicidio-suicidio

- La malattia di Alzheimer è spesso all'origine di episodi di omicidio-suicidio, in ispecie quando a esserne colpita è la compagna di una vita.
- Il carico assistenziale, lo struggimento emozionale, le precarie condizioni economiche, la mancata alternanza nel *caregiving* dell'ammalata, la lontananza dei figli o la loro assenza, sono tutte condizioni che, unitamente all'approcciarsi della fine naturale della vita, sono alla base della decisione fatale (Bourget et al., 2010).

## Demenza e omicidio-suicidio

- Al di là del quadro dell'omicidio-suicidio, esiste un'ampia letteratura che dimostra la severità dello stress relativo alla condizione di *caregiver* di un paziente con demenza.
- Pensieri suicidari si presentano spesso alla mente dell'assistente più diretto (O'Dwyer et al, 2015), sia questo il partner o un figlio oppure un altro congiunto.
- Osservazioni longitudinali a due anni confermano la presenza nel *caregiver* anche di desideri di morte e fantasie omicidarie (Joling et al, 2017).

# Omicide-suicide: An Australian Study in the General Population

(McPhedran et al, *Journal of Interpersonal Violence*, 11: 1805-1829, 2018).

## Background

- Homicide-suicide events are rare, but can receive intense media attention and drive calls for policy change (especially in justice and mental health systems).
- Not widely studied, relative to homicide-only or suicide-only.
- Most quantitative research focuses on demographics, location (incident site), methods used, and relational factors.
- Strong over-representation of males as perpetrators (often older males), most commonly occurs between intimate partners.
- Instance seems relatively stable, irrespective of changes in homicide-only rates or suicide-only rates.

## Background

- Homicide-suicide often conceptualised using frameworks ‘borrowed’ from homicide literature or suicide literature.
- Attribution Theories, Psycho-evolutionary Theories, Psychodynamic Theories, Social Integration Theories, Strain Theories....
- Difficulties reconciling empirical evidence from homicide-suicide studies with current theoretical frameworks (does it look ‘more like’ a homicide, or ‘more like’ a suicide?).
- The need for homicide-suicide to have its own theoretical framework, distinct from homicide-only and suicide-only?

## Gaps in knowledge

- Lack of comparison of homicide-suicide, homicide-only, and suicide-only cases; what characteristics and factors might enable better prediction of homicide-suicides?
- Limited comparative information about psychiatric histories and stressful life events.
- Possible intervention points...?

## The current study (McPhedran et al, 2018)

- Aims:
  - » Compare homicide-suicide with homicide-only *and* suicide-only on psychiatric history *and* stressful life event *and* alcohol and drug variables, using two unique Australian datasets.
  - » Gain an increased understanding of homicide-suicide, and potential intervention points.

# Data sources and data matching

- The Australian Homicide Project (AHP):
  - » Structured face-to-face interviews conducted at correctional facilities and probation and parole offices across Australia.
  - » The data collection instrument utilises measures drawn from established scales with sound psychometric properties.
  - » Measurement areas include: demographic and individual factors, attitudinal questions assessing gender roles, sexual proprietariness, and power-control, alcohol and drug use experiences, violence perpetration and victimisation in prior relationships including family of origin, situational factors, experiences with the criminal justice system and social welfare agencies.
- The Queensland Suicide Register (QSR):
  - » Contains details of over 10,000 suicides that occurred in Queensland from 1990-present.
  - » Post-mortem, toxicology, police ('Form 1') and coronial reports.
  - » Wide range of demographic, situational, medical, and psychiatric information regarding the deceased.
- Not all information gathered could be perfectly matched across datasets – different time information, different definitions, different questions, different wording....

## Sample

- Males aged 18 years and over.
- 60 adult males in the homicide-suicide group; 251 males in the homicide-only group; and 8014 males in the suicide-only group.

# Variables

- Incident site:
  - » Residential vs public/other.
- Demographics:
  - » Age, marital status, employment status, Aboriginal/Torres Strait Islander status, Non-English speaking background (NESB).
- Psychiatric history:
  - » Consultation with a mental health professional in the three months before the incident, suicide attempt/s in the 12 months before the incident.
- Life stressors:
  - » DVO, financial problems, child custody dispute, separation.
- Alcohol and drugs:
  - » Alcohol problems, alcohol use immediately before the incident, illicit drug use.

# Results - demographics



	GROUP		
	Homicide only n=251	Suicide only n=8014	Homicide-suicide n=60
<b>INCIDENT SITE</b>			
Residential	149 (60.8%) <sup>a</sup>	5524 (69.7%) <sup>a</sup>	49 (81.7%) <sup>b</sup>
Public/other*	96 (39.2%) <sup>a</sup>	2398 (30.3%) <sup>a</sup>	11 (18.3%) <sup>b</sup>
<b>AGE</b>	31.0 (±10.1) <sup>a</sup>	42.3 (±17.3) <sup>b</sup>	47.3 (±16.6) <sup>b</sup>
<b>MARITAL STATUS</b>			
Married/de facto	117 (46.8%) <sup>a</sup>	2538 (41.0%) <sup>a</sup>	41 (77.4%) <sup>b</sup>
Divorced/separated	34 (13.6%) <sup>a</sup>	1589 (25.7%) <sup>b</sup>	10 (18.9%) <sup>a,b</sup>
Single/never married	99 (39.6%) <sup>a</sup>	1832 (29.6%) <sup>b</sup>	^1 (1.9%) <sup>c</sup>
Widowed	0 (0.0%) <sup>a</sup>	231 (3.6%) <sup>b</sup>	^1 (1.9%) <sup>b</sup>
<b>EMPLOYMENT STATUS</b>			
Employed	154 (61.4%) <sup>a</sup>	3123 (45.0%) <sup>b</sup>	20 (46.5%) <sup>a,b</sup>
Unemployed	66 (26.3%) <sup>a</sup>	1876 (27.0%) <sup>a</sup>	6 (14.0%) <sup>a</sup>
Not in the labour force	31 (12.4%) <sup>a</sup>	1943 (28.0%) <sup>b</sup>	17 (39.5%) <sup>b</sup>
<b>ABORIGINAL/TORRES STRAIT IS.</b>			
Yes	35 (14.0%) <sup>a</sup>	413 (5.9%) <sup>b</sup>	^1 (2.0%) <sup>a,b</sup>
No	215 (86.0%) <sup>a</sup>	6599 (94.1%) <sup>b</sup>	48 (98.0%) <sup>a,b</sup>
<b>NESB</b>			
Yes	34 (13.5%) <sup>a</sup>	177 (8.0%) <sup>b</sup>	^2 (14.3%) <sup>a,b</sup>
No	217 (86.5%) <sup>a</sup>	2048 (92.0%) <sup>b</sup>	12 (85.7%) <sup>a,b</sup>

^ Results should be interpreted with due caution given low sample size

# Results - demographics

	GROUP		
	Homicide only n=251	Suicide only n=8014	Homicide-suicide n=60
<b>INCIDENT SITE</b>			
Residential	149 (60.8%) <sup>a</sup>	5524 (69.7%) <sup>a</sup>	49 (81.7%) <sup>b</sup>
Public/other*	96 (39.2%) <sup>a</sup>	2398 (30.3%) <sup>a</sup>	11 (18.3%) <sup>b</sup>
<b>AGE</b>	31.0 (±10.1) <sup>a</sup>	42.3 (±17.3) <sup>b</sup>	47.3 (±16.6) <sup>b</sup>
<b>MARITAL STATUS</b>			
Married/de facto	117 (46.8%) <sup>a</sup>	2538 (41.0%) <sup>a</sup>	41 (77.4%) <sup>b</sup>
Divorced/separated	34 (13.6%) <sup>a</sup>	1589 (25.7%) <sup>b</sup>	10 (18.9%) <sup>a,b</sup>
Single/never married	99 (39.6%) <sup>a</sup>	1832 (29.6%) <sup>b</sup>	^1 (1.9%) <sup>c</sup>
Widowed	0 (0.0%) <sup>a</sup>	231 (3.6%) <sup>b</sup>	^1 (1.9%) <sup>b</sup>
<b>EMPLOYMENT STATUS</b>			
Employed	154 (61.4%) <sup>a</sup>	3123 (45.0%) <sup>b</sup>	20 (46.5%) <sup>a,b</sup>
Unemployed	66 (26.3%) <sup>a</sup>	1876 (27.0%) <sup>a</sup>	6 (14.0%) <sup>a</sup>
Not in the labour force	31 (12.4%) <sup>a</sup>	1943 (28.0%) <sup>b</sup>	17 (39.5%) <sup>b</sup>
<b>ABORIGINAL/TORRES STRAIT IS.</b>			
Yes	35 (14.0%) <sup>a</sup>	413 (5.9%) <sup>b</sup>	^1 (2.0%) <sup>a,b</sup>
No	215 (86.0%) <sup>a</sup>	6599 (94.1%) <sup>b</sup>	48 (98.0%) <sup>a,b</sup>
<b>NESB</b>			
Yes	34 (13.5%) <sup>a</sup>	177 (8.0%) <sup>b</sup>	^2 (14.3%) <sup>a,b</sup>
No	217 (86.5%) <sup>a</sup>	2048 (92.0%) <sup>b</sup>	12 (85.7%) <sup>a,b</sup>

^ Results should be interpreted with due caution given low sample size

# Results – psychiatric history

		GROUP		
		Homicide only n=251	Suicide only n=8014	Homicide-suicide n=60
<b>CONSULTATION WITH MENTAL HEALTH PROFESSIONAL IN THREE MONTHS PRIOR</b>	Yes			
	No	30 (12.9%) <sup>a</sup> 202 (87.1%) <sup>a</sup>	1678 (45.7%) <sup>b</sup> 1995 (54.3%) <sup>b</sup>	5 (31.3%) <sup>b</sup> 11 (68.8%) <sup>b</sup>
<b>SUICIDE ATTEMPTS/S IN 12 MONTHS PRIOR</b>	Yes	25 (11.3%) <sup>a</sup>	1201 (27.7%) <sup>b</sup>	^2 (13.3%) <sup>a,b</sup>
	No	197 (88.7%) <sup>a</sup>	3131 (72.3%) <sup>b</sup>	13 (86.7%) <sup>a,b</sup>

^ Results should be interpreted with due caution given low sample size

# Results – psychiatric history

		GROUP		
		Homicide only n=251	Suicide only n=8014	Homicide-suicide n=60
<b>CONSULTATION WITH MENTAL HEALTH PROFESSIONAL IN THREE MONTHS PRIOR</b>				
	Yes	30 (12.9%) <sup>a</sup>	1678 (45.7%) <sup>b</sup>	5 (31.3%) <sup>b</sup>
	No	202 (87.1%) <sup>a</sup>	1995 (54.3%) <sup>b</sup>	11 (68.8%) <sup>b</sup>
<b>SUICIDE ATTEMPTS/S IN 12 MONTHS PRIOR</b>				
	Yes	25 (11.3%) <sup>a</sup>	1201 (27.7%) <sup>b</sup>	^2 (13.3%) <sup>a,b</sup>
	No	197 (88.7%) <sup>a</sup>	3131 (72.3%) <sup>b</sup>	13 (86.7%) <sup>a,b</sup>



<sup>a</sup> Results should be interpreted with due caution given low sample size

# Results – life stressors

	GROUP		
	Homicide only n=251	Suicide only n=8014	Homicide-suicide n=60
<b>DVO IN PLACE AT TIME OF INCIDENT</b>			
Yes (offender/deceased as perpetrator)	8 (3.4%) <sup>a</sup>	218 (9.4%) <sup>b</sup>	<b>^4 (28.6%)<sup>c</sup></b>
No	224 (96.6%) <sup>a</sup>	2110 (90.6%) <sup>b</sup>	<b>10 (71.4%)<sup>c</sup></b>
<b>FINANCIAL PROBLEMS</b>			
Yes	50 (21.7%) <sup>a</sup>	661 (8.2%) <sup>b</sup>	9 (15.0%) <sup>a,b</sup>
No/unknown	180 (78.3%) <sup>a</sup>	7352 (91.8%) <sup>b</sup>	51 (85.0%) <sup>a,b</sup>
<b>CHILD CUSTODY DISPUTE</b>			
Yes	16 (6.8%) <sup>a</sup>	170 (2.1%) <sup>b</sup>	<b>^2 (3.3%)<sup>a,b</sup></b>
No/unknown	220 (93.2%) <sup>a</sup>	7824 (97.9%) <sup>b</sup>	58 (96.7%) <sup>a,b</sup>
<b>SEPARATION</b>			
Yes	76 (31.9%) <sup>a</sup>	1602 (20.0%) <sup>b</sup>	11 (18.3%) <sup>b</sup>
No/unknown	162 (68.1%) <sup>a</sup>	6411 (80.0%) <sup>b</sup>	49 (81.7%) <sup>b</sup>

<sup>^</sup> Results should be interpreted with due caution given low sample size

# Results – life stressors

	GROUP		
	Homicide only n=251	Suicide only n=8014	Homicide-suicide n=60
<b>DVO IN PLACE AT TIME OF INCIDENT</b>			
Yes (offender/deceased as perpetrator)	8 (3.4%) <sup>a</sup>	218 (9.4%) <sup>b</sup>	<sup>^</sup> 4 (28.6%) <sup>c</sup>
No	224 (96.6%) <sup>a</sup>	2110 (90.6%) <sup>b</sup>	10 (71.4%) <sup>c</sup>
<b>FINANCIAL PROBLEMS</b>			
Yes	50 (21.7%) <sup>a</sup>	661 (8.2%) <sup>b</sup>	9 (15.0%) <sup>a,b</sup>
No/unknown	180 (78.3%) <sup>a</sup>	7352 (91.8%) <sup>b</sup>	51 (85.0%) <sup>a,b</sup>
<b>CHILD CUSTODY DISPUTE</b>			
Yes	16 (6.8%) <sup>a</sup>	170 (2.1%) <sup>b</sup>	<sup>^</sup> 2 (3.3%) <sup>a,b</sup>
No/unknown	220 (93.2%) <sup>a</sup>	7824 (97.9%) <sup>b</sup>	58 (96.7%) <sup>a,b</sup>
<b>SEPARATION</b>			
Yes	76 (31.9%) <sup>a</sup>	1602 (20.0%) <sup>b</sup>	11 (18.3%) <sup>b</sup>
No/unknown	162 (68.1%) <sup>a</sup>	6411 (80.0%) <sup>b</sup>	49 (81.7%) <sup>b</sup>

<sup>^</sup> Results should be interpreted with due caution given low sample size

# Results – alcohol and drugs

		GROUP			
		Homicide only n=251	Suicide only n=8014	Homicide-suicide n=60	
<b>ALCOHOL PROBLEMS</b>	Yes	145 (64.4%) <sup>a</sup>	1295 (37.6%) <sup>b</sup>	<sup>^</sup> 4 (30.8%) <sup>b</sup>	
	No	80 (35.6%) <sup>a</sup>	2147 (62.4%) <sup>b</sup>	9 (69.2%) <sup>b</sup>	
<b>ALCOHOL USE IMMEDIATELY PRIOR TO INCIDENT</b>	Yes	139 (57.0%) <sup>a</sup>	2077 (31.7%) <sup>b</sup>	11 (20.0%) <sup>b</sup>	
	No	105 (43.0%) <sup>a</sup>	4478 (68.3%) <sup>b</sup>	44 (80.0%) <sup>b</sup>	
<b>ILLICIT DRUG USE (TYPE)</b>	Cannabis	Yes	50 (20.3%) <sup>a</sup>	<sup>^</sup> 2 (3.3%) <sup>b</sup>	
		No	196 (79.7%) <sup>a</sup>	58 (96.7%) <sup>b</sup>	
	Amphetamine	Yes	30 (12.2%) <sup>a</sup>	195 (2.4%) <sup>b</sup>	<sup>^</sup> 1 (1.7%) <sup>b</sup>
		No	216 (87.8%) <sup>a</sup>	7819 (97.6%) <sup>b</sup>	59 (98.3%) <sup>b</sup>
	Opiates	Yes	10 (4.1%) <sup>a</sup>	571 (7.1%) <sup>a</sup>	<sup>^</sup> 3 (5.0%) <sup>a</sup>
		No	235 (95.9%) <sup>a</sup>	7443 (92.9%) <sup>a</sup>	57 (95.0%) <sup>a</sup>

<sup>^</sup> Results should be interpreted with due caution given low sample size

## Conclusions

- Replicates aspects of existing studies and extends those findings by incorporating psychiatric history and life event variables.
- Provides a more comprehensive picture of what homicide-suicide has in common with – and factors on which it may differ from – homicide-only and suicide-only.
- Highlights possible points for intervention (e.g., mental health professionals, police, family justice system).

## Implications for policy and practice

- Closer links between justice and health policy makers and practitioners.
- Enhanced risk assessment tools and capacity, in policing/family justice and mental health settings – incorporate knowledge from two traditionally quite separate fields of practice.

## Implications for theory

- Although preliminary, the results appear to support the need for homicide-suicide to be treated as having unique characteristics *as well as* sharing some characteristics with either homicide-only or suicide-only...or both...
- Integration of elements from criminology and suicidology theories?

## Limitations and future directions

- Datasets not designed to be directly comparable (also, different geographic scope).
- Missing data in homicide-suicide cases especially.
- Self-report vs third-party reports (different strengths and weaknesses of each approach).
- Future research would benefit from improved homicide-suicide data collection practices.
- Role for studies looking at intimate partner homicide-suicides vs 'other' homicide-suicides.

## Summary

- Novel information about psychiatric history and life events.
- Homicide-suicide has unique characteristics, as well as shared characteristics with both homicide-only and suicide-only.

# Grazie!

---

