

**“TIPOLOGIE DI ABUSI INTRAFAMILIARI SUI MINORI,
CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA SINDROME
DI MÜNCHAUSEN PER PROCURA”**

di Licia Saya

Indice

ABUSI SU MINORI

pag. 3 - 18

- ? 1. Definizione, classificazione e incidenza
- ? 2. Fattori di rischio
- ? 3. Abuso psicologico
- ? 4. Abuso fisico
- ? 5. Patologia delle cure
- ? 6. Abuso sessuale
- ? 6.1. Indicatori di abuso sessuale
- ? 6.2. Conseguenze psicologiche ed emotive dell'abuso sessuale
- ? 7. Valutazione clinica in casi di abusi intrafamiliari
- ? 8. Prevenzione all'abuso

LA SINDROME DI MUNCHAUSEN PER PROCURA

pag. 19 -33

- ? 1. Definizione e inquadramento teorico della SMP
- ? 2. I Disturbi Fittizi
- ? 3. Caratteristiche della SMP
- ? 4. Sottotipi
- ? 5. Metodi
- ? 6. Un sistema familiare patologico
- ? 6.1. Caratteristiche della madre affetta da SMP
- ? 6.2. Il ruolo del padre
- ? 6.3. Il bambino vittima di SMP
- ? 7. Terapia
- ? 8. Caso clinico

CONCLUSIONI

pag. 34 -37

BIBLIOGRAFIA

pag. 38 -39

“Il dolore è un dichiararsi che si paga.”

(G. Ungaretti)

Abusi su minori

Le cure genitoriali che i bambini ricevono sono alla base del loro benessere emotivo, interpersonale e sociale; l'evoluzione delle dinamiche di attaccamento, ha un rilievo di primo piano sulla formazione di una base emotiva sicura nell'infanzia, determinando successivamente lo sviluppo dell'autostima, della capacità di funzionare in modo autonomo e di provare empatia per le altre persone¹. Infatti, i bambini assumono nei propri schemi psicologici e comportamentali, le caratteristiche che i genitori attribuiscono loro (ex. cattiveria) e agiscono in misura sempre maggiore in modo tale da confermare tali caratteristiche, secondo un modello di “*causalità circolare*”².

Abusi e maltrattamenti trasformano i bambini in oggetti, danneggiando la loro identità di soggetto. Accade non di rado che genitori protagonisti di maltrattamenti, siano stati a loro volta vittime di privazione e abuso psicologico nella propria infanzia e siano tormentati da conflitti persistenti relativi all'accudimento e al controllo. Diventando genitori, questi conflitti, laddove non vengano elaborati, si possono riattivare nella relazione con la prole, sotto forma di eccessiva dipendenza dagli altri ed esagerata sensibilità alla perdita, reale o minacciata, dando priorità ai propri bisogni emotivi piuttosto che a quelli del figlio: il bambino che mancherà di corrispondere alle aspettative del genitore, potrà essere punito violentemente, oppure considerato privo di valore e trascurato.

¹ Bowlby J., *Attachment and loss* (1969)

² Winnicott (1960)

1. Definizione, classificazione e incidenza

Con il termine abuso si possono intendere tutte quelle situazioni in cui viene fatto un uso inappropriato della propria autorità, approfittando di una condizione di inferiorità fisica o psichica della vittima, in questo caso il minore, al momento del fatto.

Il maltrattamento si concretizza ne *"gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi"*³; esso, quindi, può manifestarsi con condotte attive (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o con condotte omissive (incuria, trascuratezza, abbandono).

Distinguiamo varie tipologie di abuso su minori:

✍ **Abuso psicologico**

✍ **Abuso fisico**

✍ **Abuso sessuale**

✍ **Patologia delle cure**

Qualsiasi forma di violenza, ma in particolare quella sessuale, costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione di un bambino, provocando gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita. Il trauma, se non rilevato, diagnosticato e curato, può produrre disturbi psicopatologici o di devianza nell'età adulta; per questi motivi, è di fondamentale importanza valutare il sospetto abuso anche in assenza di evidenze traumatiche nel fisico. Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più:

a. Il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato

³ *IV Seminario Criminologico*, Consiglio d'Europa, Strasburgo (1978)

- b. Il maltrattamento è ripetuto nel tempo
- c. La risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale ritarda
- d. Il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato
- e. La dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte
- f. Il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare

2. Fattori di rischio

I fattori di rischio rappresentano quei "segnali di pericolo" sociale e relazionale, necessari a individuare le famiglie a rischio di abuso. Tra le **cause sociali**, troviamo:

- Isolamento del nucleo familiare dal contesto sociale
- Difficoltà economiche e/o lavorative (disoccupazione paterna)
- Emarginazione sociale per cause religiose o razziali
- Condizioni abitative inadeguate
- Famiglie monoparentali (ragazze madri, separazione, divorzi, vedovanze)

Altri possibili fattori di rischio sono tutte quelle situazioni interne al nucleo familiare che possono innescare **dinamiche relazionali** inadeguate o addirittura patologiche:

? Patologie genitoriali:

Depressione materna: può determinare situazioni di abuso psicologico per il minore, in quanto spesso si manifesta con insensibilità e inaccessibilità affettiva, in un clima di frequente irritabilità materna nei confronti delle richieste del figlio.

Psicosi: può essere causa di incidenti e trascuratezze, in relazione al livello di perdita di contatto con la realtà; il rischio fisico per il minore aumenta laddove i deliri coinvolgono il bambino (ex. deliri di persecuzione). Situazioni psicotiche gravi, in cui l'ideazione

delirante che coinvolge il bambino è associata ad isolamento sociale, possono scatenare una vera e propria *folie à deux*.

Abuso di alcool/sostanze: l'abuso di sostanze psicotrope agisce sull'umore, sulle emozioni, sul comportamento e sulle relazioni sociali dell'abusante, oltre ad essere causa frequente di incidenti. In questi nuclei familiari, spesso assistiamo a un'inversione di ruolo genitore-figlio ("accudimento invertito"); inoltre, questi bambini hanno più frequentemente premature esperienze di perdite e separazioni traumatiche.

- ? **Conflitti interni alla coppia genitoriale:** possono dar luogo a situazioni di disagio emotivo per il bambino, che di frequente viene impiegato come "elemento di triangolazione" della coppia o come strumento per colpire l'altro genitore. Nei casi più gravi, in cui il conflitto esplose in atti di violenza, finanche all'omicidio del coniuge, il benessere del bambino, è gravemente compromesso, in quanto il minore in questione, non solamente si trova a dover affrontare gli effetti psicologici del lutto improvviso e del trauma, ma anche un cambiamento radicale di vita (casa, scuola, amici, nuovi tutori); in questi casi, la maggior parte dei minori sviluppa disturbi psichiatrici, specialmente il Disturbo Post-Traumatico da Stress o un Disturbo della Condotta.
- ? **Genitori maltrattati e/o con gravi carenze affettive**
- ? **Patologie del bambino:** patologie neonatali, malattie croniche, disabilità fisiche/psichiche, disturbi di apprendimento, disturbi del sonno, disturbi delle condotte alimentari e/o sfinteriche, inibizione o ipercinesia del bambino.

3. Abuso psicologico

L'abuso psicologico consiste in comportamenti attivi od omissivi che vengono giudicati psicologicamente dannosi in base a principi comuni ed indicazioni tecniche specifiche. Tali

comportamenti vengono agiti individualmente o collettivamente da persone che, per particolari caratteristiche (ex. età, cultura, condizione sociale) sono in posizione di potere rispetto al bambino e possono danneggiare anche in modo irreversibile il suo sviluppo affettivo, cognitivo, relazionale e fisico. L'abuso psicologico include: gli atti di rifiuto, di terrorismo psicologico, di sfruttamento, di isolamento e allontanamento del bambino dal contesto sociale.

Ciò che identifica primariamente l'abuso psicologico è il fatto di colpire il benessere psicologico ed emotivo del bambino, nonché compromettere il suo sviluppo, attraverso azioni e negligenze; l'intenzione del genitore non è sempre malevola e spesso il danno viene procurato dall'inadeguatezza delle cure.

L'abuso psicologico e la trascuratezza si possono esprimere attraverso varie dimensioni:

- **attribuzioni sbagliate:** convinzioni, atteggiamenti e aspettative del genitore nei confronti del figlio (denigrare, biasimare, sminuire, mostrare ostilità; ritenere il bambino responsabile dei disagi presenti; minacciarlo o punirlo o fornire cure e affetto solo a patto che si comporti bene);
- **indifferenza, trascuratezza, indisponibilità emotiva:** l'incapacità di rispondere adeguatamente ai bisogni emotivi e di attaccamento di un bambino, può dipendere da vari fattori (depressione, abuso di alcool o sostanze stupefacenti, esperienze infantili traumatiche);
- **mancato riconoscimento e rispetto dell'identità del bambino:** alcune situazioni psicologiche caratterizzate da un Sé fragile e scarsamente differenziato possono portare il genitore a non rispettare i confini psicologici del bambino perché concentrato sui propri bisogni emotivi (ex. Sindrome di Münchausen per procura);
- **aspettative e considerazioni evolutive inadeguate** (atteggiamento iperprotettivo o spinte evolutive premature);
- **inadeguata promozione dell'adattamento sociale del bambino;**

Nella valutazione delle cure genitoriali, è importante comprendere il significato psicologico dei bambini per i loro genitori; questo significato è determinato da fattori che si collocano a livelli contestuali diversi della vita familiare:

- considerazioni sui bambini all'interno della **cultura di appartenenza**
- **storia familiare**: quando il bambino viene associato all'impatto emotivo di un altro evento significativo per la famiglia (ex. "bambino sostitutivo")⁴.
- **conflitti irrisolti dei genitori**: desideri di dipendenza, figli nel ruolo di persecutori...
- **interazioni attuali** tra la coppia genitoriale (bambino come mezzo di triangolazione) e con il bambino stesso ("modello di causalità circolare della relazione")⁵.
- **storia personale del bambino**: il ricordo di una nascita o di un periodo post-natale traumatici, può influenzare in modo permanente i sentimenti di un genitore verso il figlio.
- **caratteristiche del bambino**: bambini prematuri, malati o disabili pongono ai genitori richieste elevate, accrescendo il senso di dipendenza, di frustrazione e il senso di colpa dei genitori; in altri casi, il comportamento del bambino può portare il genitore a percepirlo come "cattivo" e a trattarlo di conseguenza.

Alcuni bambini sono più esposti al rischio di abuso laddove non corrispondono al significato atteso assegnato loro dal genitore; altri bambini, invece, corrono un rischio maggiore proprio in conseguenza del significato che è stato attribuito loro.

4. Abuso fisico

Si parla di abuso o maltrattamento fisico all'interno della famiglia, quando i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino eseguono o permettono che si eseguano lesioni fisiche, o mettono il bambino in condizioni di rischio. A seconda della gravità delle lesioni inferte, il danno può essere di lieve entità e non necessitare di ricovero, oppure di entità moderata, quali ustioni, fratture e traumi cranici, per cui il ricovero ospedaliero è indispensabile; infine, nei casi più gravi, il

⁴ Con tale espressione ci si riferisce a un bambino che, concepito poco dopo la morte di un figlio che non è stato adeguatamente compianto, assume il ruolo del fratello scomparso (Poznanski, 1972; Lewis, 1979)

⁵ Winnicott (1960)

bambino deve essere ricoverato urgentemente in rianimazione con gravi conseguenze neurologiche, finanche alla morte.

I segnali di allarme per quel che riguarda il maltrattamento fisico si basano sull'osservazione di:

- a) Localizzazione delle lesioni (ex. in zone corporee non autoaggregabili, in sedi normalmente atipiche o in bambini che non hanno ancora acquisito una sufficiente autonomia motoria)
- b) Numero delle lesioni (ex. lesioni multiple, diffuse o lesioni multiformi per tipologia)
- c) Cronologia delle lesioni
- d) Età del minore (più il bambino è piccolo, meno verosimili risulteranno i racconti di eventi accidentali da lui stesso provocati)
- e) Segni fisici (ex. contusioni, abrasioni, escoriazioni, ecchimosi, ferite, morsi, ustioni, frustate, fratture, ematomi, lesioni viscerali)

5. Patologia delle cure

La patologia della somministrazione delle cure riguarda quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino, non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni, fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo e all'età del minore. Una caratteristica peculiare di questi bambini è quella di mostrare un decisivo miglioramento sia delle condizioni fisiche sia delle acquisizioni psicomotorie quando vengono allontanati dalla famiglia, anche se si trovano in una situazione sfavorevole come può esserlo un ricovero in ambiente ospedaliero. Essa comprende tre categorie cliniche:

- a) L'incuria o trascuratezza, quando le cure sono carenti
- b) La discuria, quando le cure vengono fornite in modo distorto e inadeguato (ex. anacronismo delle cure, aspettative irrazionali, imposizione di ritmi di acquisizione precoci)

c) L'ipercura, quando le cure sono somministrate in eccesso. Essa comprende:

- la **Sindrome di Münchausen per procura** (che verrà trattata approfonditamente in seguito);
- il **medical shopping per procura**: si manifesta per un grave disturbo materno nevrotico-ipocondriaco (la madre proietta sul figlio le sue ansie relative allo stato di salute), in seguito a una grave malattia del bambino nei suoi primi anni di vita;
- l'**help seeker**: il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma con una bassa frequenza di abuso; il confronto con il medico spesso la induce a comunicare i suoi problemi quali ansia e depressione e ad accettare un sostegno psicoterapeutico;
- l'**abuso chimico**, in cui sostanze farmacologiche o chimiche vengono somministrate al bambino per determinare la sintomatologia e ottenere il ricovero ospedaliero;
- la **Sindrome da indennizzo per procura**: identifica quei casi in cui il bambino assume dei sintomi riferiti dai genitori, in situazioni in cui è previsto un indennizzo economico.

A rappresentare dei segnali di allarme nel caso di patologia della somministrazione delle cure sono:

- ? Lo stato di salute del minore (calendario vaccinazioni, patologie pediatriche croniche trascurate, carie dentali, disturbi visivi o uditivi...)
- ? Segni fisici (abbigliamento inadeguato, scarsa igiene, denutrizione/ipernutrizione, sviluppo psicomotorio ritardato, crescita somatica ritardata...)
- ? Segni comportamentali (i bambini appaiono pigri, stanchi, tristi, con scarso rendimento scolastico e disturbi dell'attenzione; hanno frequenti infortuni domestici, non vengono mandati a scuola...A volte si assiste ad un'inversione dei ruoli tra genitore e figlio)

6. Abuso sessuale

L'abuso sessuale si identifica in quanto tale per la condizione della vittima abusata, inconsapevole del reale significato di quanto le viene proposto e incapace di essere responsabile delle conseguenze di quanto accetta; nel bambino non c'è ancora autodeterminazione, per cui egli non può capire l'agito sessuale, essendo psicologicamente dipendente dalla relazione. Rientrano tra i comportamenti sessualmente abusanti violenze, toccamenti, espressioni verbali, spiare il bambino, farlo posare nudo o esporlo ad attività di adulti pertinenti la sessualità.

L'abuso sessuale può essere intrafamiliare o extrafamiliare, a seconda del rapporto esistente tra il bambino e l'abusante, oppure può avvenire attraverso lo sfruttamento sessuale del minore (prostituzione, pornografia, turismo sessuale); in generale, l'uso della forza fisica nell'abuso sessuale ai bambini è raro, in quanto spesso l'abusante è una persona di fiducia, dal quale il bambino dipende, che vuole compiacere per ricevere affetto e approvazione. Tra gli abusi sessuali intrafamiliari, distinguiamo tre sottotipi:

- **Abusi sessuali manifesti:** comprende lo sfruttamento sessuale e/o pornografia, agiti da parte di varie figure familiari (padre, madre, nuovi partner, fratelli, sorelle, zii, nonni...).
- **Abusi sessuali mascherati:** comprendono le pratiche genitali inconsuete (lavaggi e ispezioni dei genitali, applicazione di creme, ecc.) e l'abuso assistito. Le pratiche genitali inconsuete nascondono gravi perversioni o gravi strutture psicotiche dei genitori responsabili dell'erotizzazione di questi comportamenti connotati da una forte intrusività sessuale, che danneggia gravemente la coscienza corporea del bambino; d'altro canto, spesso, proprio tali pratiche vengono fatte oggetto di false denunce di abuso sessuale all'interno di separazioni giudiziali. Per quel che concerne l'abuso assistito, i bambini vengono fatti assistere all'attività sessuale dei genitori su precisa richiesta dei genitori stessi;

in altre situazioni più complesse e più perverse, il bambino viene fatto assistere all'abuso sessuale che un genitore agisce su un fratello o una sorella.

- **Pseudoabusi:** a questo gruppo appartengono abusi dichiarati ma in realtà non concretamente consumati, a causa di convinzioni errate, a volte deliranti, accuse consapevoli di un genitore nei confronti dell'altro coniuge o dichiarazioni non veritiere dello stesso minore, a volte legate alla cosiddetta **Sindrome da alienazione parentale**⁶.

Esiste un modello familiare disfunzionale, comunemente riscontrato nelle famiglie incestuose: è l'inversione del ruolo genitore-figlio, di cui la forma più frequente è quella di una figlia che si assume la responsabilità di moglie nei confronti del padre, il quale si rapporta a lei come se fosse un'amante adulta e talora si occupa anche dei fratellini più piccoli⁷.

Inoltre, la letteratura ha posto in evidenza due quadri di personalità paterna e materna tipici delle situazioni di abuso sessuale intrafamiliare:

- 1) Padre: rigido, autoritario, violento, che inibisce la vita sociale e affettiva dei figli, insensibile ai sentimenti e bisogni altrui.

Madre: passiva, succube, vittima di maltrattamenti, rifiutata dalla propria famiglia d'origine, con esperienze incestuose.

- 2) Padre: dipendente e succube della moglie, disoccupato, con inversione dei ruoli genitoriali.

Madre: autoritaria ed economicamente accentratrice, rifiutante la famiglia d'origine, delega alla figlia il proprio ruolo genitoriale e coniugale spesso perché molto impegnata nel sociale o nel lavoro.

Sono stati individuati alcuni **fattori di rischio** riguardanti i genitori autori di abuso sessuale, tra cui:

- ? patologia psichiatrica, alcoolismo, tossicomanie;
- ? matrimonio contratto in giovane età;

⁶ Gardner R.A, *Family evaluation in child custody mediation, arbitration e litigation*, 1989.

⁷ Giarretto H., *Involving the community in the treatment of incest*, 1981.

- ? prole numerosa;
- ? difficoltà sessuali dei coniugi;
- ? paura di disgregazione familiare;
- ? promiscuità sessuale;
- ? tendenze simbiotiche-endogamiche;

Oltre ai fattori di rischio, esistono anche variabili moderatrici e di protezione, che possono ridurre l'impatto dei maltrattamenti: esse rientrano nel concetto di **resilience**, ossia flessibilità ed elasticità, e consentono ad alcune vittime di abuso sessuale di non mostrare, nel corso dello sviluppo, alcuna disfunzione rilevante, diventando adulti ben adattati e competenti. Soggetti che mostrano una buona resilience, benchè possano manifestare un'adeguata competenza socio-comportamentale, continuano a provare dolore psicologico, che riaffiora per esempio attraverso i disturbi del sonno.

I **fattori moderatori** degli esiti negativi dell'abuso sessuale sono:

- a) Fattori legati al tipo di abuso (frequenza e durata dell'abuso, relazione abusante-abusato, invasività dell'atto sessuale, uso della forza)
- b) Fattori individuali (stadio di sviluppo del minore, temperamento, senso di autostima e autoefficacia del bambino)
- c) Fattori familiari (sostegno familiare emotivo, credere al bambino, agire contro l'abusante)
- d) Fattori ambientali (percezione sociale dell'abuso)

6.1. Indicatori di abuso sessuale

Per quanto riguarda la diagnosi medica, in molte forme di abuso sessuale non ci sono segni da rilevare, in quanto la maggior parte degli atti sessuali su minori, consiste in toccamenti, carezze, contatti oro-genitali e della mano sui genitali; inoltre, esistono abusi sessuali compiuti in modo non

violento, con "tenerezza", utilizzando ad esempio dei lubrificanti. Gli indicatori fisici da valutare sono:

- ? graffi vicino alla zona genitale
- ? corpi estranei nella vagina o nel retto
- ? tracce di liquido seminale
- ? lesioni emorragiche
- ? infezioni trasmissibili sessualmente
- ? gravidanze in adolescenza
- ? pubertà precoce

Tuttavia, anche in presenza di segni fisici non si ha la certezza che il bambino abbia subito un abuso, né è possibile in molti casi individuare con precisione l'abusante. Inoltre, i minori frequentemente attendono del tempo prima di fare la denuncia, quando i segni delle lesioni non sono più evidenti⁸. Secondo Schetky (1991), nei casi di età molto giovane (18-36 mesi) del bambino, solo tre sono le fonti d'informazione:

- 1) produzioni verbali spontanee;
- 2) produzioni comportamentali di ripetizione di atti sessuali chiaramente appresi per esperienza diretta;
- 3) comportamenti altamente erotizzati, specie se ripetuti e deliberati;

Nei casi di sospetto abuso sessuale, è utile raccogliere informazioni relative ai cambiamenti psicologici e comportamentali riscontrabili nella vittima di abuso; tali cambiamenti risultano particolarmente significativi laddove si manifestino in maniera improvvisa, perdurante nel tempo, immutabile nonostante le rassicurazioni dell'adulto e non in relazione ad eventi/cambiamenti di abitudini di vita. Sono frequenti in caso di abuso sessuale:

⁸ McCann (1992)

- ? enuresi/encopresi
- ? incubi notturni
- ? depressione e bassa autostima
- ? preoccupazioni insolite
- ? paure immotivate
- ? disturbi del sonno
- ? disturbi della condotta alimentare
- ? dolori somatici (cefalea, dolori addominali...)
- ? reattività al contatto fisico
- ? isolamento familiare e sociale
- ? comportamenti immaturi e di regressione
- ? comportamento autolesivo/gesti suicidari
- ? problemi di alcool o sostanze tossiche
- ? aggressività contro adulti/coetanei (giochi violenti con bambole)
- ? acting-out (esplosioni reattive improvvise quali crisi di pianto, rabbia, mutismo)
- ? iperattività
- ? menzogna
- ? passività, remissività / oppositività, provocatorietà
- ? fughe
- ? comportamento sessuale inadeguato all'età (ex. masturbazione compulsiva, promiscuità, aumento dei giochi sessuali)
- ? difficoltà scolastiche

6.2. Conseguenze psicologiche ed emotive dell'abuso sessuale

Ogni abuso sessuale è una violenza alla sfera dell'intimità fisica e psicologica del soggetto, benchè non sempre si manifesti con una violenza; questi attacchi invasivi generano nel bambino molta confusione e un sovraccarico emotivo, dovuto a meccanismi interni di stigmatizzazione, senso d'impotenza, tradimento, sessualizzazione traumatica. Per lo più, il bambino si sente: **a)** spaventato (paura dell'abusante, paura di provocare problemi, paura di perdere persone significative, paura di essere diversi dagli altri); **b)** arrabbiato verso l'abusante, verso chi non l'ha protetto, contro se stesso; **c)** isolato, solo e indifeso in quell'esperienza, diverso dagli altri; **d)** triste (per essere stato privato di qualcosa, per essere cresciuto troppo in fretta e per essere stato tradito da qualcuno di fiducia); **e)** colpevole di non essere stato in grado di fermare l'abuso, di aver parlato o di aver mantenuto il segreto; **f)** infine il bambino prova vergogna, per essere stato coinvolto e per la reazione del proprio corpo all'abuso.

I bambini abusati tendono a sviluppare un attaccamento insicuro, elaborando una percezione del mondo e degli altri basata su un senso di sfiducia, ostilità e minaccia; tutto ciò può indurre problemi interpersonali con i coetanei e con gli adulti che prestano loro cure genitoriali. Ma è anche possibile che il bambino manifesti un comportamento di attaccamento apparentemente positivo, come espressione di un adeguamento alle circostanze di abuso che permette al bambino di mantenere una facciata, una maschera di buon rapporto con l'abusante, riuscendo così da una parte a salvaguardare il **segreto** e dall'altra a conservare una parvenza di valido legame affettivo dinnanzi a se stesso e agli altri; Summit (1983) chiama questo comportamento della vittima d'incesto "**Sindrome di adattamento**"⁹, sottolineando come il bambino si ritrovi intrappolato in una rete di segretezza, impotenza, autocondanna e conflitto interiore, per cui mette in atto un comportamento apparentemente adattivo. Le diverse modalità di "adattamento" del bambino abusato dipendono dal tipo di famiglia: bambini inseriti in famiglie "abusanti", si presentano come difficili e tendenti

⁹ Summit R.C., *The child sexual abuse accomodation syndrome*, 1983.

all'acting-out, oppure prudenti, compiacenti e inibiti; mentre bambini appartenenti a famiglie "trascuranti" risultano molto passivi, soprattutto nella prima infanzia, con una scarsa capacità di occuparsi degli altri e con un ritardo evolutivo significativo (presentano più rilevanti disturbi intellettivi, fisici e comportamentali)¹⁰.

7. Valutazione clinica in casi di abusi intrafamiliari

Il percorso clinico, in caso di abusi intrafamiliari, si articola in tre fasi:

- 1) **Rilevamento:** riconoscere le condizioni di abuso e individuare preventivamente segnali di disagio e fattori di rischio; il rilevamento può avvenire ad opera di professionisti appartenenti a diversi settori: area sanitaria, area educativa, area sociale, linee telefoniche d'aiuto.
- 2) **Diagnosi:** implica l'integrazione della diagnosi medica (anamnesi ed esame obiettivo), della valutazione psicologico-psichiatrica individuale e familiare (colloqui clinici, osservazioni di gioco, anamnesi psicologica, interazioni) e dell'indagine sociale (fattori sociali di rischio, condizioni di vita del bambino). La formulazione diagnostica ha lo scopo di confermare/escludere il sospetto abuso, valutare i danni fisici/psicologici attuali e futuri, effettuare una valutazione prognostica ed elaborare un progetto di trattamento.
- 3) **Trattamento:** la presa in carico del bambino è attuabile attraverso due percorsi, la tutela e la terapia; la tutela comprende tutte quelle iniziative volte a proteggere il bambino dalla reiterazione dell'abuso e da pressioni psicologiche (Procura della Repubblica, Tribunale dei Minori, Servizi Sociali), mentre la terapia ha come obiettivo la cura delle lesioni e delle eventuali patologie conseguenti all'abuso (terapia medica) e la presa in carico psicologica rivolta sia al bambino che alla famiglia ed, eventualmente, fornendo una consulenza anche alla scuola. Gli interventi terapeutici rivolti alle vittime di abuso, sono mirati a facilitare

¹⁰ Crittenden (1988), *Distorted patterns of relationship in maltreating families: the role of internal representational models*, in *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol.6

l'espressione di emozioni e pensieri (elaborazione dell'accaduto), ad incrementare le abilità di coping del bambino (ex. autoprotezione) e a riparare specifici elementi cognitivi (ex. autostima).

8. Prevenzione all'abuso

La prevenzione per gli abusi in età evolutiva implica una molteplicità di approcci orientati al bambino, alle famiglie, alle vittime, agli abusanti ed alla società. In alcuni Paesi, quali Inghilterra e Stati Uniti, sono stati sviluppati diversi programmi di prevenzione dell'abuso sessuale, rivolti in particolare a bambini delle scuole materne ed elementari, al fine di aumentarne le capacità di discriminazione e di autodifesa. Interventi volti a favorire l'individuazione e il sostegno dei casi a rischio sociale e psicopatologico e il riconoscimento di "campanelli d'allarme" nelle diverse fasce d'età da parte di genitori, insegnanti e pediatri, risultano essere di fondamentale importanza in un'ottica preventiva; un altro elemento essenziale è offrire un sostegno alle famiglie maggiormente vulnerabili sia sul piano sociale che psicopatologico, approfondendo lo studio delle dinamiche patologiche interne alla famiglia e alla coppia genitoriale.

Altri interventi utili a prevenire situazioni di abuso, possono essere rivolti ai contesti educativi e scolastici frequentati quotidianamente dai bambini, sollecitando e sostenendo l'ascolto del minore e favorendo la presentazione di un modello sociale di normalità affettiva e sessuale, poiché i bambini maltrattati in famiglia sono confusi sulla qualità dei rapporti tra loro e gli adulti. Infine, è importante che i Servizi competenti siano in grado di fornire interventi d'aiuto diversificati e mirati alle vittime, basandosi su interventi psico-sociali integrati e modelli terapeutici differenti in rapporto al trauma acuto e cronico.

La Sindrome di Münchausen per procura

La Sindrome di Münchausen per procura, conosciuta anche come Sindrome di Polle¹, è il nome di un disturbo mentale che affligge per lo più donne madri e le spinge ad arrecare un danno fisico al figlio/a per attirare l'attenzione su di sé.

La madre, preoccupandosi della salute del proprio figlio/a, gode così della stima e dell'affetto delle altre persone.

Questa sindrome costituisce un serio abuso all'infanzia.

1. Definizione e inquadramento teorico della SMP

La **Sindrome di Münchausen**² è una patologia fittizia che trae il suo nome dall'omonimo barone, che, dopo anni di servizio nella cavalleria, ormai in ritiro nelle sue terre, amava distrarre gli amici con racconti in cui si attribuiva straordinarie prodezze; tale espressione fece la sua comparsa in campo clinico la prima volta nel 1951, ad opera di Asher³, per comprendere situazioni caratterizzate dal ripetuto verificarsi di ricoveri ospedalieri per la cura di malattie apparentemente acute, di cui il paziente riferiva una storia e una causa plausibili, ma che si rivelavano essere false; fu il pediatra inglese Robert Meadow, dopo oltre vent'anni (1977), a introdurre la terminologia **Sindrome di Münchausen per procura** (SMP) per descrivere situazioni in cui i genitori, o inventando sintomi e segni che i propri figli non hanno, o procurando loro sintomi e disturbi, li espongono ad una serie di accertamenti, esami invasivi, interventi che possono danneggiare gravemente l'incolumità fisica e psicologica della vittima-figlio, fino a causarne anche la morte. Il responsabile, quindi, crea nella vittima i sintomi di una malattia vera e propria oppure fortifica quadri sintomatologici già presenti.

¹ Ackerman, Barman e Stevens rinominano la Sindrome di Münchausen per procura "Sindrome di Polle", dal nome del figlio del barone di Münchausen, morto infante in circostanze misteriose.

² Barone di Münchausen, 1720-1797

³ Asher R., *Munchausen's Syndrome*, The Lancet, 1 (1951)

Nel DSM-IV, la Sindrome di Münchausen per procura, considerata espressione di un disturbo del comportamento, viene definita come “*Disturbo cronico fittizio con segni e sintomi fisici predominanti*”⁴.

La conoscenza dell’argomento, da parte degli operatori sanitari, è tuttora piuttosto esigua e appartiene quasi esclusivamente al sapere clinico: da qui, la difficoltà di inquadrare in termini psichiatrici o meno il comportamento della madre e di formulare tempestivamente una diagnosi di SMP.

La diagnosi di SMP risulta assai lunga e complessa (generalmente supera i sei mesi), in quanto i sintomi non sono caratteristici di malattie conosciute e questo confonde i pediatri e gli altri clinici e li induce ad ulteriori accertamenti; inoltre, l’idea che il malessere del piccolo paziente sia procurato dalla madre risulta insospettabile, in quanto queste madri sono sollecite, premurose, costantemente presenti e attente nel prendersi cura della salute dei figli.

Per quel che concerne l’inquadramento psichiatrico della sindrome, il binomio violenza/psicosi appare dettato da un’esigenza di conforto e rassicurazione per la coscienza collettiva, in quanto la violenza all’interno del nucleo familiare, comunque venga agita, è qualcosa che trasgredisce non solo il codice penale, ma soprattutto la fiducia che ognuno di noi ripone incondizionatamente nei rapporti affettivi primari. Secondo Merzagora Betsos⁵, abusi, maltrattamenti, violenze psichiche e fisiche fino all’omicidio, spesso trovano spazio in ambienti familiari le cui dinamiche interne risultano patologiche e il clima familiare “ammalato” da condizioni socio-economiche disagiate, dipendenza da alcool o droga, rapporti conflittuali, anche in assenza di una vera e propria patologia psichiatrica; in altri casi, invece, una grave forma di depressione è all’origine di un gesto fatale dettato da eccesso di amore e protezione verso i propri cari, allorché il genitore è talmente disperato da vedere come unica via di fuga per sé e i suoi figli la morte (**suicidio allargato**). Merzagora Betsos definisce la Sindrome di Münchausen per procura una delle tre dinamiche

⁴ DSM IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ed. Masson (1994)

⁵ Merzagora Betsos I., *Madri che uccidono*, Atti del VII Congresso Nazionale SOPSI (Roma, febbraio 2002)

tipicamente femminili nelle quali può rientrare l'infanticidio in assenza di storia psichiatrica, insieme alla Sindrome di Medea e alla negazione della gravidanza:

- 1) **Sindrome di Medea:** Medea sopprime i propri figli per vendicarsi del coniuge, per farlo soffrire; l'odio verso il partner viene indirizzato verso il figlio, che rappresenta concretamente il frutto dell'unione e un antagonista meno temibile del compagno stesso. Il figlio diventa strumento per creare sofferenza o attirare attenzione da parte di colui che è il vero oggetto dell'ostilità materna.
- 2) **Sindrome di Münchausen per procura:** può essere considerata la versione moderna del figlicidio, resa possibile dalla grande disponibilità di strumenti diagnostici e terapeutici. Questo fenomeno viene riconosciuto come eccesso d'amore che cade nella perversione, in quanto agli occhi di tutti, queste madri mostrano un comportamento esemplare, sono amichevoli, cordiali, collaboranti e riconoscenti con il personale di assistenza, incoraggiano i medici ad approfondire gli accertamenti distogliendo il sospetto che si possa trattare di madri che, invece, maltrattano subdolamente i figli fino a provocarne la morte nei casi più gravi.
- 3) **Negazione della gravidanza:** la necessità di negare può essere così intensa da influenzare le manifestazioni biologiche, per cui molti dei sintomi possono essere assenti; in aggiunta, la donna ricorre alla razionalizzazione, quale meccanismo di difesa, per spiegare i sintomi fisici che invece avverte. Nei casi più gravi, la negazione viene portata avanti per tutto il periodo della gestazione fino al parto, che può avvenire in maniera improvvisa e inaspettata ed è spesso caratterizzato da modalità espulsive molto rapide. La carica emotiva dell'evento inatteso, unita a modalità inadeguate del parto, possono impedire che si prestino le dovute cure al neonato, fino a causarne la morte.

Per quel che concerne l'inquadramento della SMP da un punto di vista giuridico, le descrizioni fenomenologiche dei comportamenti munchausiani fanno ritenere di poterla inserire nella fattispecie di cui all'art. 572 c.p., che disciplina il reato di maltrattamenti in famiglia; anche la

maggioranza degli studiosi è concorde nel ritenere che la SMP può essere a tutti gli effetti considerata un abuso sui minori, sulla base delle conseguenze estremamente lesive arrecate alle vittime. Tuttavia, la sindrome risulta a tutt'oggi riconoscibile solo in conseguenza al verificarsi di un comportamento di tipo criminale, il quale, a sua volta, è interpretabile solo sulla base della diagnosi di SMP; al momento, per definizione, risulta quindi inevitabile che un paziente affetto da SMP compia atti di maltrattamento, eppure ciò non è sufficiente a definire nettamente i ruoli dell'autore e della vittima all'interno di tale sindrome, integrando il punto di vista giuridico e quello medico.

2. I Disturbi Fittizi

I Disturbi Fittizi sono caratterizzati da sintomi fisici o psichici prodotti o simulati intenzionalmente al fine di assumere il ruolo di malato; tali disturbi vanno differenziati dagli *atti di simulazione*, in cui la falsificazione del sintomo è sempre intenzionale, predeterminata e strumentalmente connessa alle circostanze ambientali (ex. per evitare obblighi legali, per evitare di sottoporsi a prove o per avere un ritorno economico). Quindi, mentre la simulazione, in alcune circostanze, può essere considerata un normale comportamento adattivo, il cui scopo è riconoscibile attraverso la comprensione della situazione dell'individuo piuttosto che attraverso la sua psicologia⁶, la motivazione sottesa ai Disturbi Fittizi, è il bisogno psicologico profondo e pervasivo di assumere il ruolo di malato (direttamente o per interposta persona), come è dimostrato dall'assenza di incentivi esterni che motivino tale comportamento.

Tra le caratteristiche peculiari delle patologie fittizie:

- ? Sono difficili da sospettare e diagnosticare, in quanto la storia clinica inventata dal paziente solitamente è credibile e plausibile, anche se i dettagli sono quasi sempre vaghi e

⁶ Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologia e psichiatria forense*, ed. Giuffrè (1990)

inconsistenti; i sintomi sembrano esagerati o iperdrammatizzati e non giustificati dall'anamnesi, dall'esame fisico e dai dati di laboratorio

- ? Di solito vengono individuate nel tentativo di escludere la malattia simulata
- ? Il paziente ha una storia di incidenti ripetuti
- ? Le lesioni appaiono autoindotte
- ? Causano spreco economico per indagini diagnostiche, visite mediche, consulenze specialistiche, lunghezza delle procedure
- ? I pazienti sembrano essere resistenti a sottoporsi a terapia psichiatrica e sono riluttanti ad accettare una prognosi favorevole
- ? Talvolta la patologia fittizia può essere provocata sul paziente da altre persone (Sindrome di Münchhausen per procura)
- ? Possono simulare violenza o causare la morte del paziente
- ? I pazienti portano spesso con sé una documentazione clinica molto densa
- ? Le persone affette coinvolgono spesso i familiari, il personale sanitario e gli operatori sociali

Il DSM-IV-TR fornisce una descrizione del Disturbo Fittizio per procura: *“La caratteristica essenziale è la produzione deliberata o simulazione di segni e sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto. Tipicamente la vittima è un bambino piccolo, e il responsabile è la madre del bambino. La motivazione di tale comportamento viene ritenuta essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato”*⁷.

“La simulazione è una fuga da fermo; è la negazione della realtà e l'affermazione dei propri desideri.”⁸

⁷ DSM IV-TR Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ed. Masson (2001)

⁸ Lezione del prof. Francesco Bruno sulla *Simulazione di malattia mentale*, Roma, 24 marzo 2007

3. Caratteristiche della SMP

Agosti, Gentilomo, Merzagora combinando i criteri di Eminson e Postlethwaite, di Meadow, di Rosen *et al.*, hanno raccolto le situazioni in cui si potrebbe ipotizzare un caso di SMP⁹:

- ? La malattia del bambino viene simulata e/o provocata da un genitore, solitamente la madre, o da chi ne fa le veci: segni e sintomi bizzarri, che non si trovano in alcuna malattia conosciuta o che sono incongrui rispetto a quadri patologici noti, difficilmente verificabili e in numero eccessivo (più di cinque ma anche più di dieci sintomi diversi)
- ? Il bambino viene ripetutamente sottoposto a esami e trattamenti medici, senza alcuna efficacia
- ? Il responsabile dei maltrattamenti nega di sapere la causa della malattia del bambino
- ? La sintomatologia acuta compare nel bambino solo quando il genitore (per lo più la madre) è solo con lui e si riduce quando il bambino viene allontanato dal responsabile
- ? Molte madri affette da SMP hanno a loro volta precedenti di Sindrome di Münchausen (rapporto esistente tra la SMP e la Sindrome di Münchausen negli adulti)
- ? L'autore della SMP fa assumere alla vittima lo stile di vita del malato
- ? La raccolta anamnestica non di rado porta alla scoperta di malattie insolite o di morti strane tra fratelli/sorelle

4. Sottotipi

Judith Libow e Herbert Schreirer, del Children's Hospital Medical Centre di Oakland, hanno classificato la SMP secondo le tipologie dei genitori:

⁹ Agosti S., Gentilomo A., Merzagora Betsos I., *La Sindrome di Münchausen per procura: un'indagine empirica*, Rassegna Italiana di Criminologia (2000)

- ? **Cercatori di aiuto:** sono casi solo apparentemente simili a quelli della SMP. Normalmente si ha un unico episodio di malattia immaginaria piuttosto che una lunga serie di esperienze mediche. Posta di fronte all'evidenza, la madre reagisce con sollievo, è disposta a collaborare e non tradisce alcun segno di ostilità o rifiuto. L'inganno le consente di cercare le cure mediche per sé, legittimando attraverso il figlio 'malato' il proprio bisogno di aiuto psicologico.

- ? **Responsabili attivi:** sono i casi da manuale della SMP, in cui un genitore direttamente e attivamente provoca i sintomi nel bambino tramite soffocamento, iniezioni o avvelenamento; queste madri sono straordinariamente cooperative e grate verso i medici, tanto da sembrare le madri ideali.

- ? **Medico-dipendenti:** in questi casi di SMP l'inganno si limita ad un falso resoconto dei precedenti clinici del bambino; non c'è alcun intervento diretto sulla sintomatologia. Naturalmente, a causa di questi falsi sintomi, il bambino subisce molti esami inutili e dolorosi. Le madri sono convinte che i figli siano realmente malati e si risentono se medici e personale ospedaliero non confermano le loro convinzioni. I bambini di questo gruppo sono in genere più grandi. Le madri sono tendenzialmente più ostili, paranoiche ed esigenti verso i medici da cui sono, appunto, dipendenti.

Un altro sottotipo di SMP è stato individuato nella **Sindrome di Münchhausen "seriale"**, vale a dire che si ripete con più figli della stessa famiglia, solitamente uno per volta e intorno alla stessa età del fratello precedente.

5. Metodi

I metodi impiegati dalle madri nel tentativo di procurare la malattia nei propri figli sono molteplici e talmente ben predisposti che si rende estremamente difficile da parte del personale medico capire le innumerevoli malattie “fittizie” create appositamente a danno delle piccole vittime; tali metodi usati per creare sintomi nei figli sono eterogenei e spesso crudeli. Ad alcuni bambini sono state iniettate segretamente feci, urine o saliva, oppure flora fecale e microbi vaginali¹⁰. Altri sono stati avvelenati con veleno per topi, purganti, arsenico, olio minerale, lassativi, insulina, sale o pepe da tavola, zucchero, acqua, tranquillanti e sedativi, in quantità tali da risultare gravemente dannosi; a volte accade che il protagonista del comportamento munchausiano somministri alla vittima sostanze medicinali utilizzate abitualmente da membri della famiglia, quali gli ipertensivi¹¹.

Un altro metodo riscontrato in letteratura, consiste in maltrattamenti fisici sul bambino, tra cui emergono punture di spillo sul viso e sul corpo, lesioni facciali da strumento o con unghie, soffocamento premendo una mano o un cuscino sul volto. Altri attacchi fisici ugualmente pericolosi sono la volontaria sottanutrizione e un ambiente domestico sporco e trascurato, induzione di attacchi epilettici o perdita di coscienza attraverso la pressione esercitata su una grossa arteria del collo.

Una tecnica indiretta e/o “sostituita” usata da queste madri consiste nel falsificare le analisi di laboratorio, introducendo elementi estranei nei campioni, alterando i veri risultati delle analisi o sostituendoli con altri di pazienti realmente malati.

Bools classifica i più comuni metodi con i quali può realizzarsi il quadro patologico di SMP¹²:

1) **racconti di malattie** di varia natura, quali allergie, ematuria, problemi respiratori, sanguinamenti, vomito, affezioni gastrointestinali, narrati dall'autore della SMP: tali eventi

¹⁰ Franzini L. e Grossberg JM., *Comportamenti bizzarri* (1996)

¹¹ McClure RJ., Davis PM., Meadow SR., Sibert JR., *Epidemiology of Munchausen's Syndrome by proxy, non accidental poisoning and non accidental suffocation* (1996)

¹² Bools CN., *Factitious Illness by Proxy, Munchausen's Syndrome by Proxy*, British J. of Psychiatry, n. 169 (1996)

vengono sempre minuziosamente descritti al medico, ma non supportati da alcun tipo di prova, neanche dalla conferma di un testimone, poichè, di solito, si verificano alla presenza del solo genitore munchausiano.

2) **falsificazione dei campioni** da analizzare e dei documenti: questo metodo implica che il protagonista del comportamento munchausiano abbia ottime conoscenze mediche.

3) **avvelenamento** tramite l'utilizzo di sostanze quali i lassativi, i tranquillanti, gli analgesici non-oppiacei, i farmaci per il diabete, il sale comune, gli antidepressivi oppiacei e i veleni non medicinali.

4) **soffocamento** mediante l'ostruzione delle vie aeree superiori con conseguenti crisi apnoiche¹³.

5) produzione di sintomi attraverso metodi diretti: **introduzione di materiale infetto** per via endovenosa (sale, urine, feci, acqua, ecc.).

6) produzione di sintomi attraverso la **non somministrazione di nutrimenti alimentari e di medicine**: questo metodo comprende le restrizioni dietetiche, la mancata somministrazione di farmaci essenziali per la salute del bambino o la mancata osservanza dei controlli medici indispensabili al bambino.

7) **fabbricazione di disordini psichiatrici**: in letteratura sono riportati casi nei quali le madri hanno fatto ricoverare i figli in unità psichiatriche, riferendo storie di allucinazioni e comportamenti bizzarri di interesse psichiatrico.

¹³ Merzagora Betsos I., *Demoni del focolare* (2003). L'autrice ipotizza una correlazione tra la SMP e la SIDS (Sindrome da Morte Infantile Improvvisa)

8) **problemi fittizi in gravidanza:** comprende travagli simulati, sanguinamenti inventati, maltrattamenti al feto.

9) **fortificazione dei sintomi** alla presenza di una malattia fisica vera: viene considerata come una variante di SMP e si caratterizza per l'esaltazione dei sintomi di una malattia vera e propria fino ad esasperare il quadro sintomatologico.

6. Un sistema familiare patologico

La Sindrome di Münchhausen per procura è chiaramente la manifestazione di un sistema familiare patologico al cui interno le dinamiche intersoggettive hanno una connotazione di **invischiamento ossessivo**; si potrebbe ipotizzare che dietro questa sindrome non ci sia odio nei confronti del bambino, ma piuttosto una sorta di amore patologico, non tanto per il bambino in sé, ma per la situazione che esso, con la sua presenza, genera. La ricerca clinica su queste tipologie di famiglie evidenzia come i genitori siano persone con bassi livelli di autostima, grosse difficoltà nei rapporti interpersonali e una forte diffidenza nei confronti delle novità. La creazione di un nuovo nucleo familiare staccato dalle famiglie di origine, potrebbe rappresentare per queste figure genitoriali con una struttura di personalità poco differenziata, una nicchia collusiva di tranquillità da mantenere a tutti i costi, in quanto la nascita di un figlio rappresenta un forte **riconoscimento sociale**: la comunicazione intrafamiliare si focalizza sul nascituro e dall'esterno vengono rinforzati i nuovi ruoli di genitori. All'interno di questo processo di riconoscimento sociale, una donna può sentire, per la prima volta, di avere un ruolo proprio in funzione dell'accudimento del figlio. La sua identità inizierà a strutturarsi nell'immagine della **madre accudente** che, come tale, potrà dare il massimo di sé nei momenti di malattia del figlio, quando tutti la interpellano per avere notizie sulla sua

salute. Questo tipo di comportamento risulta essere gratificante e quindi inconsciamente ricercato dalla madre: qualsiasi spinta di autonomia esplorativa del bambino sarà vissuta dalla madre come una minaccia al **proprio status sociale** che potrà essere ristabilito solo nei momenti di malattia dell'accudito. E' possibile che per difendersi dall'ansia pervasiva scaturita dalla perdita del suo ruolo di soggetto accudente, la madre possa generare una sorta di proiezione della sua realtà idealizzata, trasformando le spinte evolutive del bambino in segni di malattia che solo lei potrà vedere e curare, determinando un quadro familiare di vincolo delirante e invischiante.

6.1. Caratteristiche della madre affetta da SMP

Solitamente, la madre affetta da SMP è una donna abbastanza colta, in grado di esprimersi con proprietà di linguaggio e con conoscenze mediche, che possono provenire da studi recenti, riviste, enciclopedie mediche, serie televisive di ambientazione ospedaliera; durante il ricovero del figlio, ella si dimostra un'ottima interlocutrice per il personale sanitario, è collaborante e ascolta con attenzione; appare agli occhi del personale sanitario come una madre affettuosa e amorevole.

La maggior parte degli studiosi, ritiene che le madri protagoniste della SMP non presentino quadri patologici psichiatrici di notevole gravità, quanto, piuttosto, è possibile riscontrare frequentemente in esse un Disturbo di Personalità di tipo Istrionico, Borderline, Passivo-Aggressivo, Paranoide oppure Narcisistico. Gli aspetti patologici di queste madri sono da considerarsi le reazioni paranoide, la convinzione maniacale che il figlio sia malato e la personalità sociopatica: infatti, queste donne adottano uno stile affascinante e subdolo per sfruttare gli altri, violando le norme sociali e morali, senza rimorsi né sensi di colpa.

Un'altra caratteristica delle madri affette da SMP è quella di essere "itinerante sanitaria"¹⁴: iniziano un percorso sanitario il cui scopo principale è quello di evitare la relazione terapeutica con una sola

¹⁴ Rossi R. (a cura di), *Disturbi fittizi*, in *Trattato di psichiatria* (1993)

struttura sanitaria, cambiando più interlocutori; le “peregrinazioni”, infatti, sembrano motivate dalla necessità di andare alla ricerca di un ambiente nuovo nel quale poter recuperare ex novo la credibilità di paziente, allorchè tutti gli accertamenti sono stati effettuati ed hanno escluso patologie vere e proprie, oppure dopo che gli interventi chirurgici hanno esaurito richieste e risposte terapeutiche. Il genitore ha un atteggiamento riconoscente verso il personale medico ed è gratificato dalle attenzioni rivolte al figlio.

Eminson e Postlethwaite elencano altre caratteristiche comportamentali del genitore responsabile di SMP¹⁵:

- ? ha un comportamento troppo controllato rispetto alla gravità dei problemi del bambino;
- ? è alla continua ricerca di aiuto medico nonostante le rassicurazioni dello staff sanitario;
- ? stabilisce relazioni fin troppo strette e cordiali con i membri dello staff ospedaliero;
- ? non lascia mai il figlio da solo durante la degenza;

Infine è ricorrente il fatto che le madri abusanti siano state a loro volta vittime di maltrattamento da parte dei genitori durante l’infanzia, anche se in forma diversa¹⁶.

6.2. Il ruolo del padre

All’interno del quadro familiare patologico, la figura paterna risulta spesso debole e negligente, con ruoli del tutto passivi e insignificanti¹⁷. Il più delle volte, il padre è assente dalla vita familiare o resta lontano da casa per lunghi periodi di tempo. Questo, naturalmente, aiuta la madre a “fabbricare” i sintomi senza che nessuno se ne accorga e comunque, non di rado, quando la donna viene scoperta e messa di fronte agli abusi perpetrati, il marito la sostiene e può persino rendersi

¹⁵ Eminson DM., Postlethwaite RJ., *Factious illness: recognition and management*, Archives of Disease in childhood n. 67 (1992)

¹⁶ Meadow ha reperito il ricorrere di abuso psicologico e incuria nel 70% almeno e di violenza fisica e sessuale in circa un quarto delle madri che hanno soffocato uno o più figli.

¹⁷ Franzini L. e Grossberg JM., *Comportamenti bizzarri* (1996)

complice dei suoi inganni, facilitando tacitamente il suo comportamento. Si riscontrano pochissimi casi in cui è il padre a porre in essere comportamenti inquadrabili nella sindrome.

6.3. Il bambino vittima di SMP

Quanto alle conseguenze prodotte sulle vittime, esse possono essere molteplici: il ricorso continuo ad accertamenti diagnostici talvolta molto invasivi, a cure di qualunque natura, ad interventi chirurgici e la somministrazione di sostanze dannose, possono procurare danni fisici finanche alla morte; non vanno però trascurate le conseguenze di natura psicologica di tale maltrattamento verificabili anche a lungo termine. Infatti, nei bambini vittime della sindrome, si possono presentare, anche dopo alcuni anni, problemi quali difficoltà di apprendimento e di concentrazione, problemi comportamentali a scuola e in casa, assenza di relazioni sociali, problemi a livello emotivo, incubi notturni, sindrome ipercinetica, sintomi propri del Disturbo Post-traumatico da Stress, uso della malattia come protezione o punizione, percezione corporea distorta e, nei casi più gravi, anche patologia psichiatrica; si riscontrano, inoltre, immaturità, relazioni simbiotiche con le madri e comportamenti aggressivi. Soprattutto se la Sindrome coinvolge gli adolescenti, non è raro che questi ultimi sviluppino sintomi di conversione fino a comportamenti di vera e propria collusione con le madri in una sorta di *folie à deux* sviluppando anche loro una Sindrome di Munchausen¹⁸: infatti, il bambino tende a colludere con il genitore, simulando uno stato di malattia pur di avere garantite cure e attenzioni. La malattia diventa per il bambino la modalità elettiva per superare la paura dell'abbandono o del rifiuto, in quanto il genitore continuerà ad occuparsi di lui finché presenterà la sintomatologia; al riguardo, osserva Rezza: *“In tali casi sembra crearsi tra i due un rapporto nel quale tutte le energie e le attenzioni del figlio sono tese a dare un senso alla*

¹⁸ Merzagora Betsos I., *Demoni del focolare* (2003)

vita della madre, a sostenere il tenue equilibrio e a fornirle le gratificazioni di cui ha bisogno”¹⁹.

Con l’innescarsi di queste dinamiche patologiche, il bambino arriva a perdere la capacità di percepire correttamente le sensazioni che gli provengono dal corpo, fino a non essere più in grado di distinguere se i suoi sintomi sono reali, immaginati da lui o indotti da altri. La conseguenza di ciò è lo strutturarsi di un Sè fragile e poco differenziato, con una serie di problematiche legate all’immagine corporea e alla percezione di se stesso come malato, fino all’instaurarsi di vere e proprie strutture psicotiche deliranti a carattere ipocondriaco o, al contrario, sviluppando una sorta di “anoressia mentale” nel tentativo di distanziarsi dai messaggi invalidanti ricevuti, negando e mortificando il proprio corpo considerato come oggetto malato.

7. Terapia

I pazienti con Sindrome di Münchausen per procura sono trattati raramente con successo; comunque, le terapie implicano raramente l’utilizzo di psicofarmaci e impiegano anni di counseling. L’approccio migliore per evitare o contenere i rischi anche a lungo termine, è un programma terapeutico integrato, con intervento non solo di psicologi e psichiatri, ma anche di pediatri e professionisti dei Servizi posti a tutela dei minori.

¹⁹ Rezza E., *A 20 anni dalla prima descrizione della sindrome da maltrattamento del bambino*, Medicina Riv. (1983)

8. Caso clinico

Di seguito riporto un caso avvenuto negli Stati Uniti, apparso anni fa su un noto quotidiano italiano, in cui si riscontrano le principali caratteristiche della Sindrome di Münchhausen per procura:

AVVELENATA DALLA MADRE Le iniettava materiale fecale nella fleboclisi

Una bambina di nove anni è stata deliberatamente avvelenata per anni dalla madre che voleva attirare su di sé l'attenzione dei medici e dei mass media. Kathy Bush, madre della piccola, è stata arrestata e incriminata per gravi maltrattamenti a minore dal tribunale della Florida, dopo che aveva fatto ricoverare 200 volte la figlia Jennifer facendola sottoporre a ben 40 interventi chirurgici. Per anni ha iniettato materiale fecale alla figlia, indicando al contempo una campagna per chiedere l'assistenza medica per le famiglie che ne sono prive.

Tale campagna ha portato Kathy Bush, madre della bambina, sulle prime pagine dei giornali e perfino a essere fotografata accanto a Hillary Clinton. Per la verità, le infermiere che avevano avuto a che fare con Kathy Bush e la figlia Jennifer sostengono di sospettare da anni che quella bambina, non avesse nulla di grave. Ma la madre, dice il pubblico ministero che l'ha fatta arrestare, era esperta di cose mediche, parlava da pari a pari con i dottori finendo ogni volta per convincerli che la bambina era gravemente malata. Per anni a Jennifer sono state diagnosticate una serie di malattie: da una debolezza del sistema immunitario a malattie dell'intestino e dell'apparato urinario.

Jennifer era stata operata per ben quaranta volte, e vive con tubi collegati ai vasi sanguigni. In questi tubi, hanno testimoniato le infermiere, la madre iniettava qualcosa di strano ogni volta che visitava la bambina. Se ne erano accorte perché dopo la visita della mamma, ogni volta le condizioni di Jennifer peggioravano. Articoli sulla lotta eroica della madre e della bambina erano usciti su Usa-Today. Nel frattempo alla famiglia sono arrivate donazioni pubbliche e private con cui, dice il pubblico ministero, hanno fatto costruire una piscina da ventimila dollari, si sono comprati automobili e una Harley Davidson, e hanno fatto vacanze lussuose. Ma i vicini non credono ai risultati delle indagini. "Kathy è una madre meravigliosa" sostengono. "Jennifer non sarebbe stata viva se non si fosse data tanto da fare".

da Il Giornale, 18 aprile 1996.

Conclusioni

In conclusione, vorrei riprendere due argomenti fondamentali in relazione agli abusi e maltrattamenti intrafamiliari: il primo, rispetto al lavoro terapeutico con bambini abusati, affinché l'intervento possa essere di aiuto alla vittima sofferente, ma anche assumere un valore di tutela sociale nei confronti della "ciclicità dell'abuso"; il secondo, rispetto al concetto di famiglia, come nucleo fondante dell'identità individuale e sociale dei suoi componenti e come principale determinante di ciò che apprendiamo, sentiamo e agiamo.

Per quel che concerne la terapia sulle vittime di abuso intrafamiliare, l'intervento è volto ad aiutare il bambino a comunicare ciò che è successo, non solo ai fini giuridici, ma anche di elaborazione psicologica della sofferenza del bambino. Miller parla di "*testimone soccorrevole*"¹ nel definire il ruolo dell'interlocutore del bambino vittima di abuso; l'operatore ha il compito di soccorrere il bambino, facendo sì che riconosca il marchio che egli sente impresso su di lui, sollevando così la vittima dal peso della responsabilità. Ascoltare il bambino da "*testimone soccorrevole*" significa liberarlo dalla posizione di oggetto e dalla gabbia emotiva in cui lo ha posto l'abusante, per restituirgli una connotazione umana e legittimarlo ad esprimere le sue emozioni²; in questo senso, anche l'ascolto del minore in ambito giudiziario, può diventare un primo atto terapeutico per liberare il bambino dalla "gabbia emotiva", assumendo così un valore terapeutico per le vittime di abuso.

Analizzare la struttura familiare, le sue condizioni sociali, le dinamiche interne, i conflitti, le alleanze tra i membri, le emozioni in gioco, permette di uscire dalla logica colpevolizzante dell'abuso e affrontare il problema da differenti prospettive, attraverso una valutazione sia del

¹ Intervento di Ruvolo A. nel corso del convegno "Crimini in famiglia", svolto ad Erice ad aprile 2007.

² Ricordiamo che una conseguenza frequente dell'abuso compiuto dai familiari è uno stato di anestesia emotiva del bambino.

comportamento genitoriale sia dell'impatto che esso ha sui figli, senza dover svalutare il significato di un soggetto a tutela di un altro.

Il maltrattamento sui minori non è dovuto a una singola causa, ma è il risultato di un'interazione di fattori, tra cui:

- a) care-givers predisposti, intrappolati in modelli relazionali conflittuali**
- b) bambini vulnerabili**
- c) stressor esterni**

Alcuni bambini innescano questi conflitti emotivi residui o possono essere il bersaglio su cui si sfoga la frustrazione del genitore, innescata da uno stress acuto di origine esterna.

Sono diversi i motivi che portano una madre a maltrattare il proprio figlio, finanche ad ucciderlo: ci sono donne passive e negligenti nel ruolo materno, donne che uccidono per vendicarsi del proprio compagno, madri che uccidono figli perché li ritengono colpevoli di tutte le loro frustrazioni (non ultimo il cambiamento nell'aspetto esteriore); ci sono donne che riflettono sui figli le violenze che esse stesse hanno subito da bambine, madri che uccidono figli non desiderati, madri che negano la gravidanza ed espellono il neonato, madri che spostano il desiderio di uccidere la propria madre cattiva ed uccidono il figlio cattivo; madri che desiderano uccidersi e uccidono il figlio; madri che uccidono il figlio perché pensano di salvarlo e per non farlo soffrire; madri che prodigano cure affettuose al figlio, ma in realtà lo stanno subdolamente uccidendo. Poi ci sono situazioni che concorrono a determinare il dramma, ma che non sono la causa principale e sufficiente a provocare il delitto: il sentimento inadeguato alla maternità, la presenza di psicopatologie acute, l'abuso di sostanze quali alcool e droghe e la presenza di situazioni emotive problematiche che si sviluppano all'interno di rapporti sociali e familiari multiproblematici.

La "famiglia tradizionale", cioè formata da una coppia eterosessuale con figli e legami affettivi, era considerata una "zona franca" in cui rifugiarsi dalla società; oggi, questa struttura è stata sostituita da "famiglie sperimentali" (separazioni, genitori single, promiscuità sessuale, inseminazione artificiale, adozione, omosessualità, convivenza, poligamia), che hanno messo in crisi il concetto di

famiglia; se da una parte questo cambiamento sociale può facilitare l'espressione degli istinti aggressivi dell'uomo, dall'altra dobbiamo considerare che non esiste nessuna struttura familiare protettiva contro la violenza domestica. Afferma Merzagora-Betsos³: “*La famiglia è il luogo che alimenta il ciclo dell'abuso*”; essa rappresenta statisticamente il contesto sociale maggiormente delittuoso per vari motivi:

- famiglia come contesto primario di espressione di conflitti irrisolti, sofferenze non elaborate, dinamiche patologiche;
- timore nel denunciare l'accaduto, per paura di ritorsioni, di destabilizzare il nucleo familiare o per ignoranza sulle soluzioni legali;
- non percezione dell'atto come reato da parte della vittima;
- propensione dei bambini a diventare vittima (vulnerabilità fisica, richieste continue e dipendenza dal caregiver);

Benché anche la sola ipotesi di abuso all'infanzia risulti di per sé inaccettabile per la nostra civiltà, in quanto colpisce bambini innocenti e indifesi, tanto più se il responsabile è tra coloro che per definizione dovrebbero prendersene cura, è necessario tener presente che non sempre comportamenti trascuranti e di violenza psicologica sono inequivocabilmente identificabili come episodi di maltrattamento e che bisogna sempre porsi la domanda “a che punto le cure di una madre non sono più *sufficientemente buone*?”; ricordiamoci anche, che secondo alcuni autori, il fenomeno dell'abuso sui minori non è una condizione oggettiva, bensì una costruzione sociale e culturale⁴.

Il cosiddetto “istinto materno”, che comunemente diamo per scontato e innato in ogni donna, non agisce negli uomini così come negli animali: questi ultimi agiscono per istinto di sopravvivenza o di continuità di specie, mentre nell'uomo gli istinti si trasformano in sentimenti e razionalità. L'uomo agisce in base a ciò che ha imparato perché gli è stato insegnato, le sue azioni sono culturalmente determinate.

³ Merzagora-Betsos I., lezione su “Reati in famiglia”, Milano 21 febbraio 2006.

⁴ Freeman (1983), Taylor (1989), Reder (1993)

Queste considerazioni finali, da me poste in modo provocatorio, non vogliono essere delle conclusioni né delle rassicurazioni rispetto agli avvenimenti attuali in tema di abuso sui minori, ma uno spunto di riflessione per continuare ad analizzare il fenomeno da differenti prospettive.

Bibliografia

- ? AGOSTI S., GENTILOMO A., MERZAGORA BETSOS I., *La Sindrome di Münchhausen per procura: un'indagine empirica*, Rassegna Italiana di Criminologia, ed Giuffrè (2000)
- ? ASHER R., *Munchausen's Syndrome*, The Lancet, 1 (1951)
- ? BOOLS CN., *Factitious Illness by Proxy, Munchausen's Syndrome by Proxy*, British J. of Psychiatry, n. 169 (1996)
- ? BOWLBY J., *Attachment and loss*, vol. 2 (1969)
- ? CRITTENDEN P.M., *Distorted patterns of relationship in maltreating families: the role of internal representational models*, in *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol.6 (1988)
- ? DETTORE D., FULIGNI C., *L'abuso sessuale sui minori: valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*, ed. McGraw-Hill (1999)
- ? DSM IV, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, ed. Masson (1994)
- ? DSM IV-TR *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, ed. Masson (2001)
- ? EMINSON DM., POSTLETHWAITE RJ., *Factitious illness: recognition and management*, Archives of Disease in childhood, n. 67 (1992)
- ? FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, vol. 13, ed. Giuffrè (1990)
- ? FRANZINI L., GROSSBERG JM., *Comportamenti bizzarri* (1996)
- ? GARDNER R.A., *Family evaluation in child custody mediation, arbitration and litigation* (1989)
- ? GIARRETTO H., *Involving the community in the treatment of incest* (1981)
- ? *IL GIORNALE* (articolo tratto da), 18 aprile 1996

- ? McCLURE R.J., DAVIS P.M., MEADOW S.R., SIBERT JR., *Epidemiology of Munchausen's Syndrome by proxy, non accidental poisoning and non accidental suffocation* (1996)
- ? MERZAGORA BETSOS I., *Demoni del focolare*, Centro Scientifico Editore (2003)
- ? MERZAGORA BETSOS I., *Madri che uccidono*, Atti del VII Congresso Nazionale SOPSI (Roma, febbraio 2002)
- ? PACCIOLLA A., ORMANNI I., *Abuso sessuale: una guida per psicologi, giuristi ed educatori*, ed. Laurus Robuffo (1999)
- ? REDER P., LUCEY C., *Cure genitoriali e rischio di abuso*, ed. Erickson (1998)
- ? REZZA E., *A vent'anni dalla prima descrizione della sindrome da maltrattamento del bambino*, *Medicina Riv.* (1983)
- ? ROSSI R. (a cura di), *Disturbi fittizi*, in *Trattato di psichiatria* (1993)
- ? SCHETKY D.H., *Parents who fail: a study of 51 cases of termination of parental rights*, in *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 18 (1991)
- ? SUMMIT R.C., *The child sexual abuse accommodation syndrome*, in *Child Abuse and Neglect*, n. 7 (1983)
- ? WINNICOTT D.W. (1960), trad. Italiana *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, (1965)