

## **LA SINDROME DI MUNCHAUSEN PER PROCURA:**

*“Un bambino intrappolato dall’amore materno”*

*Valentina Bottiglieri*

*“Mi piaceva sentire la compassione degli altri,  
mia figlia doveva stare male perche io potessi sentirmi importante.  
In ospedale ero qualcuno,  
mi piaceva essere presa in considerazioni da persone intelligenti come i medici”.*

## INDICE

- La Sindrome di Munchausen: definizione p.2
- Studi epidemiologici p.6
- Caratteristiche cliniche della Sindrome p.9
- Il ruolo del bambino nella MsbP p.17
- Caratteristiche dell'abusante p.19
- Intervento p.25
- Conclusioni p.28
- Bibliografia p.30

## **LA SINDROME DI MUNCHAUSEN: DEFINIZIONE**

**La Sindrome di Munchausen**, prende il nome dal protagonista di una storia scritta da Gottfried Burger, il barone di Munchausen, che dopo aver combattuto a fianco dei Russi contro i Turchi, si ritirò in un castello dove intratteneva i suoi ospiti con racconti e storie inverosimili, basti pensare alle storie sui viaggi di andata e ritorno effettuati a cavallo di una palla sparata da un cannone oppure al miracoloso auto-salvataggio da una palude realizzato tirandosi fortemente per i capelli.

Da qui il riferimento per la sindrome, l'esagerazione o l'invenzione di sintomi clinici riportati da individui che si rivolgono continuamente alle cure mediche (Raspe e Burger 2003).

Il primo a definire la sindrome, in ambito clinico è stato Asher (1951) per individuare quelle persone che si rivolgono continuamente e con insistenza ai medici ed agli ospedali adducendo disturbi frequenti e spesso inesistenti, fino a riportare conseguenze estremamente dannose a causa degli accertamenti sanitari e degli interventi chirurgici cui si sottopongono.

La sindrome di Munchausen è una sindrome a sfondo delirante, che colpisce gli adulti tra i venti e i sessant'anni con un rapporto uomo-donna di 3:1.

Il DSM-IV-Tr (APA 2000) definisce la Sindrome di Munchausen come "Disturbo cronico fittizio con segni e sintomi fisici predominanti", che deve essere distinto dall'ipocondria, dalle manifestazioni iatrogene, dalla non compliance o da artifici di laboratorio.

I criteri clinici che definiscono un Disturbo fittizio sono:

- la produzione intenzionale di segni o sintomi fisici o psicologici
- invenzione di lamentele soggettive
- falsificazione di segni obiettivi (manipolare un termometro, alterare le analisi)
- condizioni auto procurate
- amplificazione di condizioni mediche preesistenti
- la motivazione di tali comportamenti è quella di assumere il ruolo di malato.
- Sono assenti incentivi secondari.

La sindrome di Munchausen è distinta da altre malattie fittizie per la mancanza di guadagno secondario evidente. Il motivo principale del paziente riflette una necessità profonda apparente di essere ammalato, di essere visto come malato o di essere danneggiato, e non per realizzare un beneficio concreto, quale potrebbe essere un guadagno finanziario. Sono disposti a subire trattamenti dolorosi o rischiosi per ottenere la compassione e l'attenzione speciale prestate alla gente che è gravemente malata. Inoltre questi pazienti si caratterizzano per un'apparente insensibilità su tutto.

**La Sindrome di Munchausen per procura**, invece, è una grave forma di ipercura per cui il bambino è sottoposto a continui e inutili accertamenti clinici e cure inopportune conseguenti alla convinzione errata e delirante del genitore che il proprio figlio è malato.

L'autore della MsbP, comunque, fa assumere alla vittima lo stile di vita del malato. La Sindrome di Munchausen per Procura è anche conosciuta come *Sindrome di Polle* dal nome dell'unico figlio del barone di Munchausen, che morì all'età di 1 anno per cause sconosciute.

La scelta della terminologia Sindrome di Munchausen per procura (*Munchausen Syndrome by Proxy*) è stata accreditata al pediatra Roy Meadow dell'ospedale di St. James a Leeds, in Inghilterra, che nel 1977 pubblica una ricerca su due casi specifici.

Il primo caso descritto racconta la storia di una madre ritenuta responsabile di introdurre sangue nelle urine della figlia di pochi anni, in quantità tale da alterare in maniera inspiegabile i valori degli esami clinici, inducendo così i medici a sottoporre la bambina a numerosi trattamenti sanitari. Il secondo caso, invece, riguarda una madre che somministra al figlio dosi tossiche di sale da cucina, costringendolo così a ripetuti ricoveri ospedalieri e ad accertamenti di ogni genere, che portano ad una guarigione in fase di ospedalizzazione con un peggioramento dei disturbi contestualmente al ritorno in famiglia; il caso si conclude, secondo il racconto del pediatra, con la morte del minore (Meadow, Roy, 2002).

Secondo il Trattato italiano di psichiatria (Pancheri e Cassano 1992) si tratta di una variante della Sindrome di Munchausen osservabile in ambito pediatrico.

Nel DSM-IV-TR (APA 2000) tale sindrome è indicata come disturbi fittizio per procura, di cui criteri diagnostici sono:

- Produzione intenzionale o simulazione di segni o sintomi fisici o psichici di un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto;
- La motivazione per il comportamento del soggetto responsabile è quella di assumere per interposta persona il ruolo del malato;
- Sono assenti incentivi secondari
- Il comportamento non risulta attribuibile a qualche altro disturbo mentale.

L'APSAC (*America Professional Society on the Abuse of Children*) propone una diagnosi di Pediatric Condition Falsification (PCF) per il bambino e di Factitious Disorder by Proxy (FDP) per l'adulto che perpetra l'abuso (Ayoub *et al.*1988). Specifica inoltre nelle sue linee guida che, sia la diagnosi di FDP che di PCF devono essere presenti insieme per poter parlare di Sindrome di Munchausen per procura. Una condizione pediatrica falsificata (PCF) deve essere commessa con l'intento di soddisfare bisogni psicologici, se non c'è questa condizione primaria allora parleremo di

forme di abuso infantile diverso e non di Munchausen per procura, che andranno approfondite attraverso il lavoro dei servizi sociali.

La MsbP è una forma di abuso molto grave sia perché presuppone una condizione psicopatologica di tipo delirante centrata sul corpo, sia perché espone il bambino, che ne è vittima, ad un atteggiamento fisico e psicologico.

L'abuso, in senso lato, connota la sindrome e tutta la storia clinica dei singoli casi; in qualche modo vengono abusati anche il medico, gli specialisti, il pediatra, lo staff ospedaliero, i quali possono diventare, a loro volta, abusatori per procura.

La falsificazione della malattia nel bambino può avvenire sia attraverso la simulazione di malattia (una forma passiva in cui la madre simula una malattia ma non causa direttamente dolore, ad esempio mente al medico riferendo sintomi inesistenti, oppure introduce sangue nelle urine dichiarando che il bambino ha perdite ematiche), sia attraverso la produzione di malattia (la madre causa realmente una malattia nel bambino, ad esempio soffocandolo ripetutamente e dicendo che soffre di episodi di apnea); le due situazioni possono anche coesistere.

I bambini diventano vittime del comportamento dell'abusante e presentano una gamma incredibile di malattie, tutte fittizie; vengono ricoverati molto spesso in diversi ospedali e sottoposti continuamente a visite ed esami clinici, spesso invasivi, che nella maggior parte dei casi danno risultati negativi o molto strani. La cosa induce a indagare ulteriormente, ma raramente viene fatta una diagnosi senza riserve. Spesso i medici pensano di trovarsi di fronte a una patologia rara, a un caso mai descritto prima. Quando i sintomi e i segni sembrano coerenti con un determinato tipo di patologia, il disturbo può essere inspiegabilmente classificato come refrattario a qualsiasi terapia convenzionale.

La sindrome include sintomi di ogni tipo: i più comuni sono problemi cardiovascolari (emorragie, presenza di sangue in feci/urina), respiratori (apnea), neurologici (crisi convulsive), gastrointestinali (vomito e diarrea), dermatologici (eruzioni cutanee), febbre, neoplastici, allergici, immunologici, infettivi, metabolici, renali, muscolari, psichiatrici e comportamentali. I problemi si presentano più comunemente in bambini molto piccoli, ma possono verificarsi in qualsiasi momento dell'infanzia, compreso il periodo perinatale, ed estendersi fino all'adolescenza.

## **STUDI EPIDEMIOLOGICI**

Le prime pubblicazioni sulla sindrome risalgono agli anni Settanta. Non esiste un corpus di ricerca consolidato, mancano tecniche adeguate e riconosciute per l'identificazione dei casi, strumenti per l'identificazione dei bambini a rischio, indicatori che mostrino il rapporto fra malattia del bambino ed eventi di vita familiare e studi di follow-up a lungo termine.

La gamma delle manifestazioni del disturbo è talmente vasta da renderne particolarmente difficile la definizione e la individuazione di criteri diagnostici accettati. Scarsi sono anche gli studi di incidenza e di prevalenza della malattia anche in Italia.

Gli studi e le ricerche sull'argomento provengono quasi esclusivamente da cinque Paesi: Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna, Nuova Zelanda e Australia.

Nella letteratura europea la MsbP fa la sua comparsa solo nella seconda metà degli anni Ottanta; gli studi sono ancora scarsi.

Nel 2002 è stata pubblicata una rassegna (Feldelman *et al*,2002) degli articoli apparsi in tutti gli altri Paesi del mondo fra i quali l'Italia, al di fuori dei cinque principali.

In questi Paesi pare non esistano testi dedicati alla MSBP in lingua originale; non sono stati fatti tentativi di valutare l'incidenza e la prevalenza della sindrome; si ritiene vi siano grandi probabilità che il problema venga sottostimato.

In particolare, per quanto riguarda l'Italia, nella rassegna vengono citati articoli pubblicati dal 1987 al 2000, che descrivono un totale di dieci casi riguardanti bambini di età compresa fra la primissima infanzia e i 12 anni. L'abusante risulta essere sempre la madre; la natura della MSBP comprende: ipoglicemia procurata da somministrazione di libeclamide, vomito provocato e denutrizione, avvelenamento da furosemide, pseudo-ostruzioni intestinali, sospetto avvelenamento da oppioidi o da anticolinergici.

Nel 2008 da Fujiwara *et al.*, è stato condotto uno studio sperimentale, il primo, in Giappone per esaminare le caratteristiche della MSBP all'interno della cultura giapponese.

Si evince che l'organizzazione della sanità pubblica, basata su un sistema ugualitario, a basso costo ma con facile accesso da parte di tutti i cittadini, incide sulla occorrenza della Sindrome di Munchausen.

I bambini malati in Giappone si trovano più facilmente in contatto con il grande sistema ospedaliero, in quanto se vengono richiesti accertamenti o esami di approfondimenti il medico generico richiede subito il ricovero nei grandi ospedali.

Inoltre il perpetratore che risulta essere nel 90.5% la madre biologica a differenza delle altre culture non ha una approfondita conoscenza medica di base. Anche in UK c'è un sistema ugualitario

sanitario per tutti i cittadini ma la grande differenza è che in Giappone esiste un sistema di medici generici che è primario.

Basandoci sui pochi dati che abbiamo, le stime di incidenza per la sindrome di Munchausen per procura, variano fra il 2-2,8/100.000 nei bambini al di sotto di un anno, e lo 0,4/100.00 nei bambini al disotto dei 16 mesi (Galvin, 2005)

La letteratura si basa essenzialmente su relazioni e descrizioni di singoli casi o raramente, di piccole casistiche.

Fra gli studi più importanti c'è quello condotto negli anni Ottanta in Colorado dall'équipe di Rosenberg (1987) su un campione di 117 bambini con un'età media di 40 mesi, per metà maschi e per metà femmine. È questo uno dei pochi studi che riporta alcuni dati di prevalenza, confermati anche da studi successivi, sulle forme di disagio che il bambino presenta: emorragie/perdite di sangue 44%; apnea/violente con improvvise crisi respiratorie 42%; depressione del SNC 15%; diarrea 11%; vomito 10%; febbre 10%; esantema 9%. La maggior parte dei bambini presentava più problemi contemporaneamente. Nell'80% dei casi la perpetrazione dell'abuso del genitore avviene in ospedale, mentre il bambino è ricoverato: questo è un dato che ci potrebbe anche fare riflettere. L'indagine riporta una mortalità del 9% per un'età inferiore ai 3 anni, causata dalla madre, e dovuta prevalentemente a soffocamento o avvelenamento da sale o veleni di altro genere.

Altre indagini (Meadow, 1997) confermano la colpevolezza della madre in una percentuale del 90%, del padre in un 5% dei casi anche se generalmente il ruolo del padre è passivo, e di un'altra figura femminile (infermiera o baby-sitter) ancora nel 5%. Il 10% di queste donne presentano esse stesse la Sindrome di Munchausen (MS).

Il disturbo psichiatrico più comune a carico del perpetratore risulta essere la depressione, e i disturbi di personalità più diffusi sono la personalità isterica e la personalità borderline. Le madri responsabili dell'abuso spesso mostrano un rapporto emotivamente distaccato con il coniuge, mancanza di sostegno e isolamento sociale.

La definizione della psicopatologia dell'abusante resta un problema ancora aperto fra gli studiosi della sindrome.

La notevole abilità nell'inganno, la varietà delle forme che può assumere la malattia e i molti modi per procurarla rendono praticamente impossibile l'utilizzo delle classificazioni dei disturbi psichiatrici attualmente in uso (Bools, 1996).

Fra i tentativi fatti in questo senso è significativo lo studio di Bools (1994), dal quale risulta che la psicopatologia più rilevante è il disturbo di personalità e, in prevalenza, quello di tipo istrionico e borderline. Tuttavia la maggior parte dei soggetti soddisfa i criteri per più di una categoria di disturbo di personalità.

Meadow (1997) pone l'accento su due questioni importanti non ancora studiate in modo sistematico: la possibilità di serial killing, cioè che la persona accusata del reato possa avere commesso o commettere altri reati e che il perpetratore soffra della sindrome di Munchausen. Ciò riporta al problema della sicurezza dei fratelli delle vittime e dei bambini che vivono con persone che presentano la SM.

Pur non disponendo ancora di dati precisi, risulta comunque che una certa percentuale di soggetti che commettono questo abuso sono stati a loro volta abusati allo stesso modo. Questo è in linea con i dati relativi alla trasmissione transgenerazionale per quanto riguarda gli abusi e i maltrattamenti in generale.

Un altro punto interessante ancora da scandagliare soprattutto da un punto di vista statistico, è la possibile relazione fra MSBP e SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome* o "morte in culla").

Una ricerca (Meadow, 1990) evidenzia come su ventisette casi di MSBP con soffocamento e apnea, diciotto di questi bambini avevano fratelli/sorelle maggiori che erano morti e molte di queste morti erano state classificate come SIDS.

Naturalmente questo non consente di trarre alcuna conclusione, ma ci si interroga sulle probabilità che una percentuale di morti classificate come SIDS siano di fatto infanticidi.

## CARATTERISTICHE CLINICHE DELLA SINDROME

La sindrome di Münchausen degli adulti è caratterizzata dalla ricerca cronica ed inarrestabile di cure mediche, incluse alcune combinazioni di ferite consapevolmente auto-inflittesi ed una finta sintomatologia. Nella MSbP, un genitore crea o inventa nel figlio sintomi medici come risultato della psicopatologia del genitore stesso.

La sindrome di Münchausen by proxy costituisce una forma significativamente sotto-denunciata di abuso sui figli e sono stati riportati anche casi mortali. L'impatto dell'abuso va probabilmente ben oltre il trauma fisico e comporta per il bambino postumi emotivi significativi.

Nella sindrome di Münchausen per Procura (MsbP), le occasioni per essere al centro dell'attenzione sono generate deliberatamente inducendo malattia, ferita o danno ad altri ed offrendo al contempo le occasioni di salvataggio e cura. I bambini sono *ostentati* di fronte alla professione medica con una serie fantastica di malattie, del tutto fittizie.

La letteratura sulla sindrome di Münchausen per Procura è anche più difficile da integrare rispetto alla letteratura di casi di Münchausen adulti, forse perché il fenomeno per procura, implica l'analisi di molteplici caratteristiche come l'età del bambino, le abilità verbali, lo status di salute, la forza dell'ego e il grado di collusione con il genitore, così come l'estensione di simbiosi madre-bambino.

La letteratura descrive una larga serie di casi che hanno come vittime sia bambini di alcune settimane di età che adolescenti, con falsificazioni che variano. Questo a testimonianza del fatto che non c'è una età specifica a cui è legato questo tipo di abuso.

Un enigma notevole nella letteratura MSbP è la contraddizione di una madre che utilizza un abuso per instaurare una relazione super protettiva verso i propri bambini.

Infatti andrebbero chiarite ed indagate meglio le relazioni tra questo fenomeno di ipercura e il comportamento di conversione, l'abuso del bambino, l'ipocondria, l'ansia materna e la psicopatologia del bambino.

Karlin (1995) distingue tre tipi di perpetratori MsbP:

- **help seekers:** madri che attraverso la preoccupazione medica nei confronti del figlio comunicano la loro ansia e depressione e la percezione della loro incapacità a prendersi cura del figlio. Sono spesso associati a queste condizioni, conflitti coniugali, madri sole o gravidanze inaspettate.
- **Active inducers:** inducono malattie nei loro figli con metodi drammatici; sono madri ansiose e depresse che usano modalità difensive di negazione, dissociazione degli affetti e proiezione paranoidea. Hanno un rapporto controllante con i medici che si occupano del

figlio e nutrono il desiderio di essere riconosciuto come delle madri perfette nella cura dei propri figli.

- **Doctors addicts:** sono persone ossessionate dall'ottenere cure mediche per malattie inesistenti dei loro figli. Non riescono ad accettare che il figlio non sia malato. Sono madri sospettose, diffidenti e paranoicali.

La sindrome di Münchausen per procura viene, peraltro, distinta da altri comportamenti simili:

- **doctor shopping per procura:** Si tratta di bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita di una grave malattia e da allora vengono portati dai genitori in tantissimi medici per disturbi di minima entità. Consiste in una "esagerazione della malattia".
- **help seekers/cercatori di aiuto:** In questo tipo di patologia il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma si differenzia dalla sindrome di Münchausen per la frequenza con cui vengono indotti i sintomi e per la motivazione materna. Infatti gli episodi di ricerca di cure sono limitati nel tempo e rappresentano un preciso bisogno della madre in particolari momenti. Il confronto con il medico spesso la induce a comunicare i suoi problemi, quali l'ansia e la depressione.
- **abuso chimico:** Con tale termine viene indicata l'anomala somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino. Le sostanze somministrate possono essere suddivise in quattro gruppi:
  - sostanze qualitativamente prive di proprietà tossicologiche ma che possono tuttavia risultare nocive se somministrate in quantità o modalità eccessive. (Rientra in questo gruppo l'abnorme somministrazione di acqua);
  - sostanze con scarsa tossicità e di comune impiego domestico (ad esempio il sale da cucina);
  - sostanze ad azione farmacologica dotate di media tossicità e di facile reperibilità come lassativi, diuretici, glucosio, insulina;
  - farmaci dotati di spiccata tossicità ad azione sedativa e di non usuale disponibilità. Si tratta di solito di sonniferi prescritti alla madre dal medico curante: la loro somministrazione a dosi inadeguate causa nel bambino una sindrome neurologica grave che talvolta causa coma e/o morte. Questa sindrome va sospettata quando ci si trova di fronte a sintomi non spiegabili in base alle consuete indagini di laboratorio e strumentali, che insorgono ogni volta che la madre ha un contatto diretto con il bambino. Queste famiglie differiscono dai casi più classici della sindrome di Munchausen per Procura per due caratteristiche maggiore:

i bambini tendono ad essere più grandi e le madri tendono ad essere più diffidenti, antagoniste e paranoiche. Le loro relazioni con i dottori e con il personale medico, non sono dissimili da quelli dei pazienti Munchausen adulti.

- **sindrome da indennizzo per procura:** Si tratta di quei casi in cui la necessità dei genitori di avere un indennizzo (ad esempio nel caso di un infortunio) porta il bambino ad assumere dei sintomi riferiti dai genitori stessi. Il meccanismo con cui si struttura è identico alla sindrome da indennizzo dell'adulto, solo che in questo caso la sintomatologia viene indotta nel bambino, che fedelmente si adegua (Guidetti, 2005).

Rosenberg (1996) tenta di definire la “gamma dell’inganno” della MSBP, tracciando una sorta di lista di problematiche in cui si imbatte chi ha a che fare con questo tipo di disturbo:

- Il segno distintivo della MSBP è la contraffazione di una patologia medica per un certo periodo di tempo (da giorni-settimane a mesi o anni).
- Gli autori della MSBP non rientrano necessariamente in una tipologia precisa: chi simula può diventare autore della malattia; la stessa simulazione richiede un grado notevole di psicopatologia, anche se nascosta e non precisata.
- La varietà di mezzi con cui le madri possono simulare o produrre la patologia è incredibile (ad esempio, sono numerosi i modi per produrre il vomito).
- La MSBP può comprendere la deliberata omissione di medicine o cure per un bambino che è veramente malato (la MSBP si distingue dalla più comune negligenza medica per la premeditazione nell’omissione).
- MSBP e malattia reale possono avvenire insieme: ciò rende particolarmente difficile la diagnosi e la valutazione delle reali condizioni del bambino (il bambino può avere una patologia clinica vera che però non scompare con le cure mediche adeguate; il bambino può ammalarsi più frequentemente a causa di un sistema immunitario indebolito dalla malattia cronica indotta artificialmente).
- La MSBP può manifestarsi attraverso anomalie comportamentali, di sviluppo o psichiatriche (sono stati riportati fra i disturbi da MSBP anche paralisi cerebrali, ritardi di sviluppo, sordità, problemi psichiatrici).
- I bambini che concordano di avere tutti i sintomi, fisici o psicologici, denunciati falsamente dalle madri non devono essere considerati dei bugiardi (i bambini credono a ciò che viene detto loro dagli adulti che li accudiscono; è il loro modo di imparare).
- La MSBP deve essere distinta da altri disturbi che rivelano l’ansia del genitore (in pratica si tratta di distinguere le situazioni in cui c’è o non c’è contraffazione).

- Le caratteristiche visibili di chi perpetra questo abuso rientrano in una gamma molto ampia (è sbagliato credere che il perpetratore appartenga solo a ceti socioeconomici medio-alti con un buon livello culturale).

- Coloro che perpetrano la MSBP possono “vendicarsi” o accanirsi contro i medici e l’ospedale (a volte le madri denunciano l’ospedale o il medico curante per negligenza, a volte sporgono denuncia per essere state accusate; la perseveranza e la determinazione con cui vengono perseguite tali azioni sono simili a quelle con cui è stata fabbricata la malattia).

La MSBP non è più considerata rara dalla maggior parte di esperti, quanto piuttosto spesso non riconosciuta per mancanza di una generale consapevolezza ed esperienza professionale. Un gran numero di professionisti all’interno della comunità multidisciplinare si trovano potenzialmente nella posizione di sospettare e fare rapporto su presunti casi di MSBP e trovarsi così coinvolti in casi sospetti o confermati. Lavorare appropriatamente con casi sospetti o confermati, indipendentemente dal ruolo o dalla disciplina, richiede conoscenza ed abilità specifiche.

Come suggerisce Rosenberg (1996), non fa parte del solito lavoro dei pediatri raccogliere dati psicologici e spesso questi non hanno nemmeno tempo di chiedere il parere di un collega sulla malattia di un bambino o sul comportamento di una madre, che la madre stessa ha già cambiato medico. Forse proprio il fatto che molti casi di MSBP sono valutati da pediatri potrebbe spiegare la scarsità di articoli a proposito.

Merzagora Betsos (2003) suggeriscono, invece, degli indici che possono rivelare il sussistere di un abuso da simulazione o perpretazione di sintomi e ipercura iatrogena:

- **relativi all’osservazione medica:**

- rilevazione di segni e sintomi bizzarri, che non si trovano in alcuna malattia conosciuta o che sono incongrui rispetto a patologie note

- il trattamento non ha alcuna efficacia

- segni e sintomi compaiono solo quando i bambini sono soli con i genitori

- vi sono precedenti di malattie insolite o di morti strane in famiglia

- **relativi all’osservazione comportamentale del perpretatore:**

- il genitore ha o esibisce qualche conoscenza di medicina

- il genitore ha un comportamento troppo controllato rispetto alla gravità dei problemi del bambino

- il genitore stabilisce relazioni fin troppo strette e cordiali con lo staff medico

- il genitore non lascia mai il figlio solo durante la degenza.

Molteplici sono i modi di produrre i sintomi. Soprattutto nei neonati sono frequenti i soffocamenti parziali che permettono all'abusante di operare subito dopo la manovra di rianimazione e quindi chiamare i soccorsi che constateranno una crisi da apnea da cui la madre lo ha prontamente salvato. Questo particolare fenomeno è stato correlato con la SIDS (Sudden Infant Death Syndrome o "morte in culla") e si suppone che circa il 10% delle SIDS sia causato da un soffocamento volontario (Perusia 2007). In casi di morti ripetute di fratelli alla stessa età si è parlato di MsbP "seriale" o anche conosciuta come Meadow's law, che dice: "*one sudden infant death is a tragedy, two is suspicious and three is murder, unless proven otherwise*".

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 vaginali (Franzini, 1996). 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 ipertensivi (McClure *et al*, 1996).

Un altro metodo riscontrato in letteratura, consiste in maltrattamenti fisici sul bambino, come 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.

Per riassumere, Bools (1996) classifica i più comuni metodi con i quali può realizzarsi il quadro patologico di MsbP:

1) **racconti di malattie** di varia natura, quali allergie, ematuria, problemi respiratori, sanguinamenti, vomito, affezioni gastrointestinali, narrati dall'autore della MsbP: tali eventi 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 nonoppiacei, 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 apnoiche<sup>13</sup>.
- 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. In questo caso non si parlerà più di una simulazione di una patologia ma si adotta una condotta di evitamento delle cure affinché le condizioni della malattia cronica peggiorino (Montecchi 2002). Qui bisogna stare attenti a differenziare bene quanto l'intenzione della madre sia di omettere deliberatamente la cura o se ci troviamo di fronte ad un caso di incuria.
- 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.
- 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.

La diagnosi di MsbP 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 inducendoli 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 Betsos (2003), 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 Münchhausen per procura una delle tre dinamiche tipicamente femminili nelle quali può rientrare l'infanticidio in assenza di storia psichiatrica, insieme alla Sindrome di Medea e alla Negazione della gravidanza.

Medea è la donna che per tradizione, commette il figlicidio per vendicarsi del proprio coniuge.

Secondo la Criminologia Clinica e la Psicologia, il Complesso di Medea , sta a delineare quel quadro sindromico nel quale il genitore di sesso femminile (la madre), posto in situazione di stress emotivo e/o conflittuale con il partner, utilizza il proprio figlio per scaricare la sua aggressività e frustrazione, arrivando anche all'azione omicidiaria del piccolo, strumento di potere e di rivalsa sul coniuge .

Da un punto di vista psicologico, nel momento dell'uccisione del figlio, la madre raggiunge l'apice del delirio di onnipotenza (tipico delle crisi psicotiche) e si autonoma giudice di vita e di morte.

Se paragoniamo il Complesso di Medea con la "Sindrome di Munchausen per Procura" possiamo notare in entrambe le sindromi, un bisogno eccessivo di controllo sull'altro, investito da una grande valenza affettiva come può essere un figlio. Mentre nella prima, il controllo riguarda la vita della vittima, nella seconda il controllo viene esercitato sulla condizione di salute della persona designata.

Oltre al bisogno di controllo, già accennato, ma anche di possesso, un'altra caratteristica è il bisogno di sentirsi (ed essere) unici ed esclusivi; la sensazione che molte madri hanno di perdere gradualmente una parte di se stesse è influenzato dal proprio ruolo sociale.

E' dunque sul terreno della solitudine della madre affetta dalla MSBP che bisogna agire promuovendo una attenta osservazione clinica da parte di chi riceve in prima udienza queste madri affinché capiscano i segnali della patologia. Il grande alleato della madre munchausiana è il medico o l'agente sanitario distratto o peggio ancora ignorante del fenomeno e che, con la sua inconsapevole collaborazione, alimenta la sindrome stessa (Nivoli, G. Carlo, 2002).

Per quel che concerne l'inquadramento della MSBP 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 MsbP 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 MsbP; al momento, per definizione, risulta quindi inevitabile che un paziente affetto da MsbP 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.

La Sindrome di Munchausen per Procura è stata richiesta anche in quei casi in cui la madre simula un abuso sul figlio da parte del padre durante una separazione giudiziale molto conflittuale.

## **Il ruolo del bambino all'interno della Sindrome**

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 fino alla morte. Frequentemente si verificano danni ad organi interni, come nel caso di una nefrite conseguenza di iniezioni di un agente immunizzante dato dalla madre per provocare la febbre.

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.

Il bambino ha difficoltà ad inserirsi a scuola, dopo lunghi periodi di assenza dovuti alla permanenza in ospedale, ma soprattutto bisogna anche valutare il grado di invalidità cronica che il bambino si è costruito e che potrebbe condizionarlo nell'istaurare un rapporto relazionale con i coetanei e a partecipare alle attività di routine. Il bambino deve affrontare lo stigma della sua malattia.

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.

Alla difficoltà di razionalizzare e concettualizzare la malattia si accompagnano poi tutti indici emotivi come ansia, iperattività, paura e negativismo. Possono diventare anche inermi e passivi.

La cronicità della malattia fittizia può allo stesso tempo comportare sintomi psichiatrici tipici di una malattia cronica. E' stato riportato che il 68% dei bambini ricoverati a lunga degenza, hanno mostrato disturbi significativi dopo la dimissione dall'ospedale, e che in molti casi questi disturbi persistevano ancora dopo 3 mesi, al punto da giustificare una diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress.

Si è visto inoltre come i bambini di età inferiore ai sette anni credano che la malattia sia causata da qualcosa di sbagliato che loro hanno fatto, e che la malattia sia una sorta di punizione. Tali sentimenti e convinzioni possono influire drammaticamente sull'idea che hanno di sé stessi.

Non dimentichiamo che il bambino deve adottare uno stile di vita in cui si vede sempre malato e senza via di fuga; il bambino fa tante visite ospedaliere, saranno sotto la costante supervisione dei dottori e/o sono sottoposti a particolari restrizioni che possono variare da diete molto rigide al far dormire i bambini in letti avvolti d'alluminio. Tutto questo potrebbe creare le basi per costruire un Sé disfunzionale ed emotivamente fragile.

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 Munchausen.

Il bambino tende a colludere con il genitore, simulando uno stato di malattia pur di avere garantite cure e attenzioni.

Nella maggior parte dei casi vediamo come tra il bambino e il caregiver si instauri un tipo di attaccamento insicuro-disorganizzato (D).

Il bambino può presentare contemporaneamente comportamenti evitanti e resistenti oppure disorganizzati come stereotipie, posture anormali, immobilità, fino ad esprimere indici di paura o di preoccupazione nei confronti del genitore. Sono bambini privi di coerenza strategica capace di far fronte all'attivazione del sistema di attaccamento, ma allo stesso tempo manifestano paure verso il caregiver. Il loro comportamento è privo di uno scopo intenzionale (Main, Hesse, 1990). Questa situazione crea nel bambino un conflitto irreversibile tra la tendenza a rivolgersi ad un genitore come fonte di rassicurazione di fronte ad uno stimolo terrorizzante e il fatto che è il genitore stesso a suscitare paura; l'avvicinarsi e l'allontanarsi dal genitore si inibiscono a vicenda e questa incoerenza crea un crollo delle strategie comportamentali.

Ma c'è anche da dire che spesso 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 solo fino al momento in cui presenterà una sintomatologia di disturbi; al riguardo, osserva Rezza (1983): *“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 vita della madre, a sostenere il tenue equilibrio e a fornirle le gratificazioni di cui ha bisogno”*.

## LE CARATTERISTICHE DELL'ABUSANTE

Il MsbP Resource Center ha proposto uno schema per definire le caratteristiche dell'abusante:

- solitamente l'abusante è la madre, ma può essere anche un altro membro della famiglia o anche il medico curante
- la famiglia appartiene ad un ceto medio-alto con un buon livello di scolarizzazione
- l'abusante rimane stranamente calmo ed emotivamente distante di fronte ai continui esami a cui il figlio è sottoposto, a tal punto che accetta senza problemi procedure dolorose e invasive per il figlio
- fa richieste eccessive ai medici
- ha una conoscenza approfondita della malattia del bambino
- ha una educazione medica dettagliata
- potrebbe avere una storia pregressa di abuso

Fra le caratteristiche "tipiche" della sindrome merita particolare attenzione la figura della madre abusante, la quale si presenta sempre molto affettuosa e attenta verso il figlio, molto partecipe e collaborativa con tutto lo staff medico. Una sorta di "madre modello": è sempre vicina al bambino, non lo lascia mai solo in ospedale durante i ricoveri, si presta ad aiutare il personale infermieristico nelle diverse procedure mediche. Insiste nel dire che è l'unica con cui il bambino mangia, beve o prende le medicine; spesso chiede, e ottiene, di essere lei stessa a somministrare farmaci o a raccogliere campioni di sangue o urina, trasformandosi nell'infermiera di suo figlio, anche in ospedale.

Le madri riescono a instaurare con il personale di assistenza un rapporto che assume toni confidenziali, amichevoli. Esse infatti si pongono in modo disponibile, attento, incoraggiante, si potrebbe dire "seduttivo", in modo tale da ottenere l'attenzione del personale, e coinvolgerlo su un piano personale.

Nel rapporto col figlio, nonostante l'apparente legame molto stretto, quasi simbiotico, colpisce l'assenza di partecipazione emotiva rispetto alla sofferenza del bambino per le numerose procedure mediche, a volte molto dolorose e invasive, cui è sottoposto.

I medici e le infermiere rimangono perplessi e stupiti di fronte all'atteggiamento della madre, non solo di accettazione, ma quasi di compiacimento alla prospettiva di un nuovo intervento sul bambino. A ciò si associa la tendenza a consultare un numero elevato di specialisti, a cambiare frequentemente medico e a passare da un ospedale all'altro.

Qui non parliamo di madre omicide che concludono in un unico momento la loro follia, ma parliamo di un comportamento prolungato per mesi, talvolta anche per anni.

Il bambino viene ricoverato affinché la madre possa soddisfare indirettamente i suoi bisogni affettivi. Le conseguenze dolorose e pericolose per il bambino del comportamento materno sono affrontate con il diniego.

La psicopatologia individuale della madre rientra in un disturbo caratterologico, comprendente aspetti di disordini istrionici, narcisistici o personalità borderline (Guidetti, 2005).

Molte madri sono state descritte come approfittatrici, alla costante ricerca di attenzioni, con tendenze sadomasochiste, marcati cambiamenti di comportamento e affetto, ed un senso di diritto (Chan *et al.*, 1986). Test psicologici condotti su queste madri hanno incluso frasi descrittive come “*profondamente bisognose*”, “*confini interpersonali confusi*”. C’è una dissociazione dagli affetti, in aggiunta ad un diffuso senso di vuoto (Rosen *et al.*, 1983). In oltre per la metà della casistica riportata, alla madre stessa era stata diagnosticata la Sindrome di Münchhausen adulta, ed aveva una storia di malattia fisica simile a quella del proprio figlio (Chan *et al.*, 1986).

Tuttavia, tali caratteristiche della personalità sono spesso riscontrabili in donne con alle spalle storie di vittimizzazione.

I quadri clinici maggiormente associati al perpetratore di questo tipo di abuso sono il disturbo di personalità istrionico, borderline, passivo-aggressivo e paranoide (Guidetti, 2005).

#### **PSICOPATOLOGIA DELL’ABUSANTE:**

Questi risultati sono estrapolati dalla ricerca di [Bools et al\(1994\)](#):

- Di 47 soggetti che hanno indotto un disturbo nei bambini:
  - 34 (72%) presentano somatizzazioni
  - 26 (55%) self-harmed
  - 10 (21%) sono dipendenti dall’alcool o droghe
- Di 19 soggetti intervistati , 17 (89%) di loro presentano un disturbo di personalità.

Secondo Fisher (2001), i caregiver non hanno risolto la fase simbiotica della Mahler, in cui la madre è percepita solo per la sua abilità a soddisfare i bisogni del figlio e costituisce un prolungamento dell’Io. La madre non è più in grado di distinguere il proprio Io da quello del figlio.

Invece Carloni e Nobili (2002) presentano otto tipologie materne (madre troppo buona, simbiotica, seduttiva, ipocondriaca, “come se”, ambigua) e partono da una aggressività materna strutturale legata al comportamento abusante e figlicida.

La sindrome di Munchausen by proxy sembra essere legata alla figura di una madre ipocondriaca che proietta la parte malata e deteriorata del Sé in modo da instaurare con il figlio il rapporto che un ipocondriaco ha con il suo organo *ritenuto* malato. Un rapporto basato su un ossessivo ipercontrollo, con continui esami ed interventi medici nella convinzione che il piccolo sia necessariamente e irrimediabilmente malato.

La cultura occidentale generalmente condanna le espressioni di rabbia nelle donne o imposizione di potere, e le donne spesso apprendono modalità meno dirette di esprimere la loro rabbia e frustrazione. Specificatamente per la MSbP, sotto forma di cure e protezione per il proprio figlio, la madre può tentare di rielaborare le dinamiche del suo stesso abuso subito da bambina. Tale ruolo essenzialmente consente alle donne di negare gli aspetti di abuso del loro comportamento e quindi di non riconoscere il bisogno di aiuto.

E' insolito trovare altre prove di abusi sul figlio come bruciature, lividi o mancato sviluppo. La madre non desterà sospetti fin quando non ci si imbatte in qualche anomalia. Queste anomalie possono essere il fatto che il figlio migliora quando la madre è assente o la ricomparsa di convulsioni quando la madre siede vicino al letto del figlio.

Le madri con questo disturbo manifestano caratteristiche diverse dalle madri che si sentono semplicemente sopraffatte e necessitano di aiuto o che apertamente abusano del loro figlio.

La differenza può essere vista dalle peculiarità di manifestazione del disturbo: menzogna patologica; causare danni gravi e ripetuti al bambino invece di costruire semplicemente sintomi fittizi; bisogno compulsivo di ripetere il comportamento; assumersi rischi non necessari; e la manifestazione di un eccitamento esaltante proprio nel momento in cui la vita del bambino è in equilibrio precario ([www.cepic-psicologia.it](http://www.cepic-psicologia.it)).

In questa condizione clinica, la madre usa il bambino per forgiare una relazione con il medico in cui la menzogna è la modalità fondamentale di interazione.

Questa relazione rappresenta una forma particolare di “perversione del carattere”. La madre diventa una madre “perfetta” in una relazione perversa e di fantasia con un medico simbolicamente potente, in cui il danno che la donna arreca al bambino è un co-prodotto del suo bisogno di relazione. Il termine perversione in questo caso, viene usato per spiegare una modalità non psicotica di funzionalità mentale in cui la distinzione tra realtà e fantasia è offuscata da qualcuno che ha difficoltà ad accettare la realtà, oltre alla presenza di emozioni spiacevoli e scarsa capacità di sentirsi in colpa .

In questo scenario tra una madre che porta il bambino per essere curato e un medico che diventa coinvolto nelle fantasie della madre, il bambino funge da oggetto feticista. Il bambino diventa un oggetto materiale da tenere sempre vicino alla madre, proprio come i feticci in altre forme di perversione. Il bambino/oggetto rafforza quindi la convinzione della madre sulla realtà della relazione col medico, e allo stesso tempo la protegge. Il bisogno della madre di vicinanza al suo bambino/oggetto rinforza anche l'impressione che la madre si stia preoccupando davvero.

Esiste una relazione genitore-figlio nociva. Nella maggior parte dei casi, si tratterà di una relazione di dipendenza duplice, in cui i figli vedono l'amore della loro madre come dipendente dalla loro presunta malattia. Può risultarne una complicità fra madre e figli in cui uno inizia l'inganno e l'altro aiuta a portarlo avanti, entrambi ingannando i dottori e lo staff medico. In un certo senso, questo assomiglia al fenomeno della "compliance" incontrato in molti casi di bambini picchiati, in cui le vittime possono confermare la storia della madre. In sintesi, può svilupparsi una relazione triplice fra personale medico, autore dell'abuso e vittima, relazione che potrebbe essere conosciuta con "inganno a tre" ([www.ceipac-psicologia.it](http://www.ceipac-psicologia.it)).

Secondo Polledri (1996) le madri sono fondamentalmente psicotiche e soffrono di una relazione interna con la propria madre di tipo traumatico, scisso ma incapsulato. Secondo la Hotchkiss (1997) invece le madri abusanti usano il figlio come un feticcio nel rapporto con il medico per compensare un'angoscia interna di separazione.

Il figlio potrebbe anche essere il risultato di una triangolazione di attacchi della madre nei confronti del marito che il più delle volte è un padre emotivamente passivo e assente; l'uso del bambino potrebbe essere un mezzo per vendicarsi del marito e della loro crisi matrimoniale.

Tre sono le prospettive eziologiche considerate per individuare possibili tematiche legate al genere sessuale nello sviluppo e mantenimento della MSP: la teoria della tipologia familiare, le teorie dello sviluppo psicologico delle donne e la teoria dell'abuso del bambino.

*-Teoria della tipologia familiare* L'associazione fra disfunzione familiare e lo sviluppo della MSbP può essere compreso su come il figlio "malato" soddisfi i bisogni della madre, e all'incapacità materna di soddisfare quei bisogni in altri modi, meno distruttivi.

Le osservazioni delle interazioni madre-figlio in casi di MSbP hanno spesso fatto rilevare ipercoinvolgimento ed irretimento significativi (Masterson *et al*, 1988). L'irretimento spesso richiede fra genitore e figlio una autonomia più arrendevole, e la mancanza di supporto da parte dell'altro genitore (Minuchin, 1974). Il figlio si trova spesso nel ruolo di soddisfare i bisogni della madre, che in tale relazione sono però sovvertiti, rovesciati. Praticamente, focalizzarsi sulla malattia del figlio, può costituire un modo, per entrambi i partner, di evitare di avere a che fare con le solite, dolenti questioni matrimoniali (Meadow, 1977) e restaurare così la relazione coniugale, a spese del proprio

figlio. Storie di casi riportati sono piene di descrizioni di madri “iper-coinvolte” ed “emotivamente distanti” o di padri fisicamente assenti (Meadow, 1982).

Leeder (1990) ha riportato casi dalla propria pratica clinica ed ha descritto madri vedove o diversamente padri emotivamente assenti. Queste madri sono state descritte come emotivamente vuote e con bisogni significativi non soddisfatti. Generalmente affermavano di sentirsi molto sole. Infatti, l’assenza del marito era centrale per l’eziologia della MSbP, e veniva quindi raccomandata una terapia di coppia. In un caso riportato da Chan *et al.*, (1986), la distanza emozionale del padre si è poi rivelata nel suo rifiuto ad essere coinvolto, una volta scoperto l’abuso sul figlio. Lo staff medico ospedaliero ha spesso notato fra madre e figlio una relazione stretta, premurosa, estremamente attenta (Meadow, 1982). In genere è stato descritto un nucleo familiare tradizionale, sebbene alcuni casi studi hanno riportato descrizioni di madri single ([www.ceipac-psicologia.it](http://www.ceipac-psicologia.it)).

-Teoria dello sviluppo psicologico delle donne Alcune teorie riguardanti la psicologia femminile possono aiutare a spiegare la vulnerabilità femminile allo sviluppo della MSbP. Secondo Gilligan (1982) ed altri (A.G. Kaplan, 1986, 1986b; Miller, 1976; Surrey, 1986), le donne sviluppano la propria identità in un contesto di legami e cure verso gli altri; ne deriva così un modello di sviluppo relazionale. Gli uomini, d’altra parte, sviluppano un senso d’identità basato su esperienze di separazione e competizione. I diversi percorsi che uomini e donne seguono nello sviluppo della propria identità rende ciascuno dei due sessi vulnerabile allo sviluppo di difficoltà in sfere differenti. Per le donne, il rischio è quello di sviluppare eccessivamente l’aspetto di prendersi cura degli altri. Così, molte donne sacrificano la cura personale, cioè lo sviluppo dell’autonomia e di un senso separato del sé, per prendersi cura degli altri. Questo squilibrio fra auto-cure e cure per gli altri può condurre a sentimenti di privazione, bisogno, depressione, rabbia (Westcott, 1986). Tuttavia le donne che presentano un tale genere di squilibrio spesso non sono consapevoli di questi sentimenti sottostanti, e se lo sono, non sanno il perché si sentano così. Alcune donne, specialmente quelle che cronicamente sacrificano l’auto-cura, sono limitate dal proprio grado di integrazione nella società ad esprimere sentimenti di insoddisfazione, specialmente la rabbia.

Uno squilibrio del tipo auto-cure contro cure per gli altri è supportato dalla cultura occidentale. Le donne che sacrificano sé stesse per gli altri operano conformemente a prescrizioni culturali riguardo il proprio ruolo. Così, quando una donna si sente insoddisfatta di questo ruolo o avverte uno squilibrio, spesso ciò le genera confusione, perché lei è “una brava donna”, secondo la definizione della propria cultura. Per superare questo senso di insoddisfazione la donna trova modi indiretti per prendersi cura di sé e guadagnare potere (Miller, 1976). Le modalità più comuni che hanno le donne

per affrontare e superare tale squilibrio includono il mangiare in maniera compulsiva, depressione e somatizzazione. Sebbene molte donne trovino soluzioni interne, seppur disordinate, alle loro frustrazioni, altre donne confidano nella professione medica come nella modalità socialmente definita e riconosciuta di ricevere cure. La madre “abusante” è patologicamente intrappolata con il figlio “malato” ([www.ceipac-psicologia.it](http://www.ceipac-psicologia.it)).

-Teoria dell'abuso del figli Anche l'applicazione della teoria riguardante la trasmissione intergenerazionale dell'abuso infantile può aiutare ad indirizzare la predominanza delle madri come perpetratrici di MSbP. Dati empirici a disposizione sull'incidenza e prevalenza della violenza contro le donne hanno suggerito un alto tasso di sacrificio femminile. Ad esempio, Walzer (1984) osservò che fra le donne intervistate il 28% ed il 50% erano state picchiate, e Russell (1983) rilevò un 38% di incidenza di violenza sessuale su bambine. Caputi e Russell (1990) stimano che secondo l'andamento attuale, una donna su quattro sarà violentata sessualmente nella sua vita. La gran parte delle vittime abusate sono donne colpite dalla violenza di un uomo, cosa che le colloca ad alto rischio di sviluppare un range di disordini psicologici, inclusa la MSP. La correlazione fra la storia di un abuso da bambino e la successiva MSP è degna di essere presa in considerazione. Spesso, madri con MSP hanno subito durante l'infanzia e prima maturità, significativi abusi emotivi, psicologici o sessuali ([www.ceipac-psicologia.it](http://www.ceipac-psicologia.it))

## INTERVENTO

Il sistema familiare, nella sindrome di Munchausen presenta dinamiche di invischiamento ossessivo che si traduce in un amore patologico nei confronti del figlio. E' cosa molto importante affinché si verifichi la Sindrome di Munchausen c'è bisogno che tutto il sistema familiare collabori, utilizzando lo stesso tipo di abuso al fine di mantenere una stabilità familiare.

I membri della famiglia risultano poco differenziati e non c'è alcuna capacità di autodeterminazione.

L'approccio sistemico ha fornito una chiave di lettura utile per tale patologia. La Sindrome di Munchausen per procura è chiaramente una manifestazione di un sistema familiare patologico al cui interno le dinamiche intersoggettive hanno una connotazione di invischiamento ossessivo. In altre parole, dietro questa sindrome non c'è odio nei confronti del bambino, ma piuttosto una sorta di amore patologico, non tanto per il bambino in se, ma per la situazione che esso con la sua "presenza" genera.

Il senso di vuoto delle madri porta invece nel momento della nascita di un figlio ad investire tutto su di lui e sulla capacità di prendersene cura nel migliore dei modi come una madre accudente che è sempre presente nei momenti di malattia del figlio. Sono madri devote e pronte a sacrificarsi per i figli colpiti da una malattia rara e difficile da diagnosticare.

Questa situazione è gratificante per la madre tanto da ricercarla in maniera inconscia. La paura di perdere questo ruolo fa sì che la madre interpreti qualsiasi spinta evolutiva del bambino come un segno di malattia che solo lei potrà vedere e curare (Montecchi 2002). E da qui che nasce un rapporto delirante e invischiante.

Se utilizziamo gli stili di attaccamento di Bowlby potremmo inquadrare la Sindrome di Munchausen per Procura, nello stile di attaccamento di tipo D, disorganizzato-disorientato, in cui il bambino si trova di fronte ad un paradosso affettivo: la persona che lo dovrebbe accudire è la stessa che invece lo maltratta e lo "soffoca" con eccessive cure ed attenzioni, e nel caso di una sua ribellione per questi comportamenti, viene colpevolizzato e maltrattato in misura maggiore.

La reazione di questi bambini è quella di una iper-attenzione ed iper-vigilanza sul proprio comportamento e su quello della madre, con il risultato di avere un bambino sempre spaventato e che non riconosce o evita di far emergere le proprie emozioni, ponendo le basi, in tal modo, ad uno stile affettivo piatto e poco responsivo alle attenzioni altrui. A lungo andare il bambino tenderà a colludere con le aspettative genitoriali simulando la malattia pur di avere cure garantite, la malattia diventa una protezione perché solo in questo modo il bambino avrà attenzione altrimenti sarà abbandonato (Bowlby,1989).

Il bambino arriva a perdere la capacità di percepire correttamente le sensazioni che arrivano dal suo corpo, fino a non essere in grado di distinguere se i suoi sintomi sono reali, immaginati da lui o indotti da altri, strutturando così un Sé indifferenziato, fragile o indirizzandosi verso una strutturazione psicotica di personalità. Il rischio è che poi in adolescenza si rafforzi un delirio dismorfofobico e ipocondriaco, oppure si possa sviluppare anoressia in modo da negare il proprio corpo considerato fino a quel momento malato.

### **Linee guida per l'approccio**

Jones (1986) propone alcune linee guida per un corretto approccio medico in casi di MSBP sospetta:

- Praticare qualsiasi test o esame clinico che possa fornire delle conferme oggettive alla diagnosi, considerando come obiettivo primario la sicurezza del bambino.
- Ricordare che i metodi di produzione di malattie da parte del perpetratore sono potenzialmente infiniti.
- Ricordare che l'ospedale è il luogo migliore per la valutazione diagnostica; è importante pianificare una strategia in collaborazione con tutto lo staff medico e infermieristico, tenendo presente tuttavia che l'ospedale è anche il luogo in cui gran parte della MSBP viene prodotta; occorre pertanto fare in modo che il bambino sia tenuto sotto controllo costantemente.
- Se il bambino è già in grado di parlare, si può tentare un'intervista diretta, cercando di avere da lui una serie di informazioni.
- Controllare personalmente i resoconti della madre, chiedendo informazioni ad altre persone vicine al bambino o che possono aver assistito al manifestarsi della "malattia" nel bambino. Controllare anche le precedenti cartelle cliniche.
- Prendere contatti diretti con il medico di famiglia o altri pediatri che hanno avuto in cura il bambino per verificare la veridicità della storia medica familiare riferita dai genitori.
- Verificare se ci sono malattie mal classificabili nei fratelli o nei genitori del piccolo paziente.
- Valutare scrupolosamente gli esami di laboratorio.
- Se necessario, allontanare la madre dal bambino, o far supervisionare le visite da una persona esperta in medicina, che deve essere sempre presente per tutto il tempo della visita.
- Richiedere una valutazione psichiatrica e psicologica del bambino.
- Richiedere alla magistratura che vengano revisionati i referti medici e visitati tutti i fratelli.

La presentazione della diagnosi alla famiglia è un problema: non ci sono indicazioni precise per questo, ma viene raccomandato di essere chiari e semplici, di essere supportivi e non accusatori, di essere pronti a proteggere immediatamente il bambino e subito dopo di contenere gli stessi genitori. I servizi sociali e la magistratura devono essere al corrente della situazione prima di parlare con la madre. È necessario garantire un'assistenza psichiatrica ai genitori immediatamente dopo la rivelazione della diagnosi. Ci sono seri rischi di tentativi di suicidio da parte della madre. Bisogna inoltre proteggere il bambino ma anche i suoi fratelli da nuove reiterazioni del abusante. Bisogna tenere conto che il forte livello di negazione e il disturbo di personalità di entrambi i genitori limitano la possibilità di successo della psicoterapia. L'approccio psicologico è molto difficile se non impossibile, in quanto il delirio materno è incentrato sul corpo sul somatico, negando ogni aspetto emotivo e mentale. Quando ci troviamo di fronte bambini di età prescolare la terapia può consistere in incontri del terapeuta con la coppia madre-bambino o padre-bambino, in modo tale da recuperare il rapporto con il genitore o rafforzarne le competenze genitoriali perché non dobbiamo dimenticare, che spesso l'abuso continua anche dopo che la madre è stata scoperta e dopo la segnalazione del tribunale dei minori, spesso su altri figli.

## CONCLUSIONI

*“Mi piaceva sentire la compassione degli altri, mia figlia doveva stare male perché io potessi sentirmi importante. In ospedale ero qualcuno, mi piaceva essere presa in considerazioni da persone intelligenti come i medici”.*

Questa è una affermazione di una madre abusante, il bambino altro non è che un mezzo per affermare il potere di autodeterminazione del proprio ruolo di madre o forse sarebbe meglio dire del proprio Sé materno. Si perdono i confini, si perde il legame affettivo, l'istinto materno provvede ad essere una madre sufficientemente buona ma solo in funzioni dei propri bisogni e non in relazione al figlio.

Il comportamento del pediatra deve essere di grande prudenza. I casi di morte per MSBP di solito avvengono ad opera della persona abusante, ma i bambini possono morire anche a causa di complicazioni insorte per “curare” la patologia indotta.

Nella MSBP molte volte il male più grande sui bambini è commesso dalle azioni diagnostiche e terapeutiche di medici in buona fede, ma ingannati.

Pertanto il pediatra, pur essendo abituato ad ascoltare i genitori e a basarsi sulle loro informazioni, dovrebbe riuscire a riservarsi un piccolo angolo per il dubbio: uno degli ostacoli maggiori alla scoperta della MSBP e alla diagnosi in tempi brevi è l'esclusione della malattia fittizia dalla diagnosi differenziale. Si è calcolato che il tempo medio che intercorre fra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi è più di un anno; secondo alcuni Autori raggiunge addirittura i venticinque mesi. Accorciare i tempi significa non solo proteggere il bambino, ma anche prevenire in grande misura la morbilità e la mortalità associate alla MSBP. La MSBP è una diagnosi pediatrica, non psichiatrica. Non esiste nessun esame psichiatrico o psicologico, nessuna tecnica di intervista che possa escluderla.

Esami psicologici possono evidenziare la personalità dell'autore dell'abuso o le sue caratteristiche psicopatologiche, ma ciò non aiuta molto nella definizione diagnostica.

Il miglior test diagnostico è l'allontanamento del minore dal sospetto colpevole per verificare se il bambino migliora radicalmente.

Mian (1996) sottolinea come si renda assolutamente necessario un approccio multidisciplinare, per una serie di ragioni che impediscono il rapido e corretto intervento quali: la scarsa conoscenza della sindrome e la difficoltà a credere che i genitori possano essere i veri responsabili, dato anche il tipo di rapporto che il perpetratore ha con la vittima.

A ciò si aggiunge la straordinaria capacità dell'abusante di negare il danno inferto e di persuadere circa la propria innocenza. Solo un team multidisciplinare e una costante e corretta comunicazione

fra i membri dello staff possono consentire di fare fronte a tutti i problemi e i raggiri che la MSBP comporta, fornendo a ogni componente della squadra il sostegno necessario per affrontare le proprie difficoltà.

La stessa diagnosi è in se stessa un atto di accusa in quanto la MSBP più che una malattia è una forma molto grave di abuso sul minore.

Anche se il medico non è un giudice, è suo dovere avere il coraggio di affrontare il genitore perpetratore, i servizi sociali e i servizi di tutela per l'infanzia e dichiarare ciò di cui ha le prove. Per quanto difficile possa essere è sempre doveroso, per chiunque si occupi dell'infanzia, proteggere i bambini, e sempre meno pericoloso che fingere di non vedere e di non sapere: il peggiore degli abusi.

## BIBLIOGRAFIA

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

AYOUB C, ALEXANDER R, BECK D, BURCH B. (1988) *Definitional issues in Munchausen by proxy*. In The APSAC Advisor, 11 pp.77-100

BOOLS C. (1994) *Munchausen Syndrome by proxy: a study of psychopathology*. Child Abuse & Neglect;18:773-88

BOOLS CN., (1996) *Factitious Illness by Proxy, Munchausen's Syndrome by Proxy*, British J. of

BOWLBY J. (1969) *Attachment and loss*, vol. 2

CAPUTI J, RUSSELL D (1990). *Femicide: Speaking the unspeakable Ms.: The World of Women*, 1(2), 34-37.

CARLONI G, NOBILI D. (2004) *La mamma cattiva. Fenomenologia, antropologia e clinica del figlicidio*. Gueraldi

DARROW A.CHAN, *et al.* (1986) *Munchausen Syndrome by Proxy: A Review and Case Study*. Journal of pediatric Psychology Oxford University Press  
*dello sviluppo affettivo*, (1965)

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

FELDMAN MD, BROWN RMA. (2002) *Munchausen Syndrome by Proxy in an international context*. Child Abuse & Neglect;26:509-24

FISHER GC. (2001) *Speculazioni etiologiche* in Levin AL, Sheridan MS, La Sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore. pp.39-43

FRANZINI L., GROSSBERG JM., (1996) *Comportamenti bizzarri*.

FUJIWARA T, NAKAMURA A, KASAHARA M.(2008) *Characteristics of hospital-based munchausen Syndrome by Proxy in Japan*. Child Abuse Neglect Vol.32, Issue 4 pp.503-509

GALVIN AK, NEWTON AW, VANDEVEN AM (2005) *Update on Munchausen Syndrome by Proxy* in Current Opinions in Pediatrics 17 pp.252-257.

GUIDETTI V, GALLI F. (2005) *Fondamenti di Neuropsichitria dell'infanzia e adolescenza*. Il Mulino

HOTCHKISS S (1997) *Munchausen Syndrome by Proxy and perversion of the maternal instinct* In Clinical Social Work Journal 25, 3, pp.315-322.

JONES J. (1986) *Munchausen Syndrome by Proxy*. Child Abuse & Neglect;10:33-4

KARLIN NJ (1995) *Munchausen sindrome by proxy* in Brattleboro Retreat Psychiatry Review 4, 1.

- LEVIN AL, SHERIDAN MS (1995) *Munchausen syndrome by proxy*, new York, Lexington trad it. La Sindrome di Munchausen per procura Torino, Centro scientifico Editore-Wiley, 2001
- MAIN M, HESSE E. (1992) *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*.
- MASTERTSON , DUNWORTH R, WILLIAMS N, (1988) *Extreme illness exaggeration : a variant of Münchhausen's by proxy ?* Amer. J. Orthopsychiatry, , 58 (2), 188-195.
- McCLURE RJ., DAVIS PM., MEADOW SR., SIBERT JR., *Epidemiology of Munchausen's Syndrome by proxy, non accidental poisoning and non accidental suffocation* (1996).
- MEADOW R. (1977)*Munchausen Syndrome by Proxy: The hinterland of child abuse*. Lancet 2
- MEADOW R. (1982) *Munchausen Syndrome by Proxy* in Archives of Disease in Childhood 57, pp. 92-98
- MEADOW R. (1985)*Management of Munchausen Syndrome by Proxy* in Archives of Disease in Childhood 60 pp.385-393
- MEADOW R. (1990) *Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death*. J Pediatr;117:353-7
- MEADOW R. (1993) *False allegations of abuse and Munchausen Syndrome by Proxy* in Archives of Disease in Childhood 68 pp.444-447.
- MEADOW R. (1997) *Munchausen Syndrome by Proxy: the hinterland of child abuse*. Lancet;2:343-5
- MEADOW R. (2002) *Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy*. Child Abuse & Neglect;26:501-8
- MEADOW R. (2002) *Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy*, Child Abuse & Neglect,.
- MERZAGORA BETSOS I. (2003) *Demoni del focolare*, Centro Scientifico Editore
- MERZAGORA BETSOS I., *Madri che uccidono*, Atti del VII Congresso Nazionale SOPSI (Roma, febbraio 2002)
- MIAN M. (1996) *Un approccio multidisciplinare*. In: La sindrome di Munchausen per procura. Milano: Centro Scientifico Editore,.
- MINUCHIN S. (1974) *Families and family therapy* . - Cambridge : Harvard University Press,.
- MONTECCHI F. (2002) *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individualizzazione precoce* Milano, Angeli pp.79-83
- PANCHERI P, CASSANO GB. Trattato italiano di Psichiatria , Masson, Milano (1992)
- PERUSIA G. (2007) *La famiglia distruttiva. Sindrome di Munchausen per procura*. Centro Scientifico Editore.

POLLEDRI P(1996) *Munchausen Syndrome by Proxy and perversion of the maternal instinct* in Journal of Forensic Psychiatry 7, 3, pp.551-562. Psychiatry, n. 169

RASPE RE, BURGER GA. *Le avventure del barone Munchausen*, Firenze, giusti (2003)

REZZA E., (1983) *A vent'anni dalla prima descrizione della sindrome da maltrattamento del bambino*, Medicina Riv.

ROSEN CL, FROST JD, Bricker T. (1983) *Two Siblings with Recurrent Cardiorespiratory Arrest: Munchausen Syndrome by Proxy or Child Abuse?* PEDIATRICS Vol. 71, pp. 715-720

ROSENBERG D. (1987) *Web of deceit: a literature review of Munchausen Syndrome by Proxy*. Child Abuse & Neglect; 11:547.

ROSENBERG D. *Dalla menzogna all'omicidio. Lo spettro della Sindrome di Munchausen per procura*. In: La sindrome di Munchausen per procura. Milano: Centro Scientifico Editore, 1996

SEMPRINI R, MARTELLANI A (2003).*La syndrome di Munchausen by proxy: come uscire dall'inganno*, Quaderni ACP 10 p.2

WESTKOTT M. (1986) *Female Relationality & the Idealized Self*. The American Journal of Psychoanalysis, Vol. 49, No. 3, 1989, 239-250.

WINNICOTT D.W. (1960), trad. Italiana *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria*

SITI INTERNET:

[www.ceipac-psicologia.it](http://www.ceipac-psicologia.it)