

AIPG
ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOLOGIA
GIURIDICA

8° Corso di Formazione in
Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica Forense
ROMA

ABUSO INFANTILE E SINDROME DI
MÜNCHAUSEN PER PROCURA (MSbP)

Alessia Trovato

INDICE

CAPITOLO 1	pag. 3
ABUSO INFANTILE	pag. 3
1.1 Definizione e classificazione	pag. 3
1.2 Maltrattamento fisico e psicologico	pag. 3
1.3 Patologie delle cure	pag. 4
1.4 Abuso sessuale	pag. 5
1.5 Violenza Assistita	pag. 7
CAPITOLO 2	pag. 8
SINDROME DI MÜNCHAUSEN PER PROCURA (MSbP)	pag. 8
2.1 Definizione e Diagnosi della Sindrome di Münchausen per procura	pag. 8
2.2 Sintomatologia e Segni di sospetto per MSbP	pag. 9
2.3 L'abusante Münchauseniano	pag. 11
2.4 Le caratteristiche delle madre	pag. 12
2.5 Le caratteristiche della famiglia, del padre e di fratelli	pag. 13
2.6 I metodi	pag. 14
2.7 Prevenzione	pag. 15
2.8 Trattamento e terapia	pag. 15
2.9 Inquadramento giuridico	pag. 16
2.10 Sindrome di Münchausen o abuso sessuale?	pag. 16
2.11 Approccio multidisciplinare alla sindrome di Münchausen per Procura	pag. 17
CONCLUSIONI	pag. 20
BIBLIOGRAFIA	pag. 21

CAPITOLO 1

ABUSO INFANTILE

1.1 Definizione e classificazione

L'abuso infantile (Montecchi, 2005) comprende tutte quelle forme di maltrattamenti e di violenze ai danni di minori, ossia, tutti quegli atti e quelle carenze che turbano gravemente il bambino, attentano la sua integrità corporea, il suo sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni possono essere la trascuratezza, lesioni di tipo fisico e/o psicologico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che se ne prendono cura.

Secondo la traduzione della forma inglese *child abuse*, cioè “abusi ai bambini”, (Montecchi, 2005), l'abuso infantile è onnicomprensivo di tutte le tipologie di abuso e raramente il bambino ne subisce una sola forma, poiché spesso, nel corso della sua vita, ne sperimenta contemporaneamente più tipi.

L'abuso infantile, secondo Montecchi (2005) e la SINPIA (Società Italiana di Neurologia e Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) può essere così classificato:

- **Maltrattamento** (fisico e psicologico);
- **Patologie delle cure** (incuria, discuria e ipercuria);
- **Abuso sessuale** (intrafamiliare e extrafamiliare);
- **Violenza Assistita.**

1.2 Il maltrattamento

Il maltrattamento, secondo U. Fornari (2008), può essere definito *come qualsiasi comportamento commissivo od omissivo, attivo o passivo, che, degradando il bambino [...], provoca in lui un danno fisico e/o psichico più o meno rilevante e consistente, a seconda che si tratti di maltrattamenti manifesti o di maltrattamenti occulti.*

Montecchi (2002) definisce il maltrattamento come *atti e carenze che turbano gravemente i bambini attentano il loro sviluppo fisico e psicologico. Si intende la situazione in cui i genitori o per le persone che si prendono cura del bambino eseguono lesioni fisiche o che mettono il bambino in condizioni di ricevere lesioni fisiche.*

Il maltrattamento può, quindi, realizzarsi in modo “manifesto” o in modo “occulto”. Il maltrattamento manifesto è quello che si realizza in modo attivo, tramite schiaffi, pugni, graffi, ecc.; l'abusatore, inoltre, può persino utilizzare degli strumenti per provocare le lesioni, quali, per esempio, bastoni, fruste, cinture, aghi per cucire, lamette da barba, lacci, sigarette, stufe, termosifoni, ferri da stiro, ecc.

Il maltrattamento occulto è quello costituito dalla mancanza di protezione, educazione, accettazione, coerenza psico-pedagogica ed affettiva, da rifiuti, sfruttamenti e trascuratezze, atteggiamenti o atti di disprezzo e umiliazione, sino a sfociare nell'abbandono psicologico (Fornari, 2008).

Sebbene il maltrattamento fisico o manifesto sia quello più facilmente individuabile, non è considerato quello più dannoso o frequente, a meno che non sia messa in pericolo la vita del bambino.

Il maltrattamento psicologico costituisce la forma più velata, ma allo stesso tempo più devastante, poiché il bambino viene denigrato e sottoposto a sevizie psicologiche

reiterate, che a lungo andare producono degli effetti devastanti per lo sviluppo emotivo e relazionale della personalità del bambino.

Il maltrattamento è un comportamento perseguibile penalmente. Il codice penale recita testualmente:

Art. 571 – Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina

«Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, [...] è punito, se dal fatto deriva il pericolo di un malattia nel corpo o nella mente, con una reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 528 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni (572)».

Art. 572 – Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli

«Chiunque [...], maltratta una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia [...], è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Se dal fatto deriva una lesione personale grave (583), si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a vent'anni (603)».

1.3 Patologie delle cure

La patologia delle cure è l'insieme di comportamenti secondo cui i *Genitori o persone legalmente responsabili del bambino non provvedono ai suoi bisogni fisici e/o psichici di salute e di crescita in modo adeguato (qualitativo e quantitativo) e in rapporto al momento evolutivo* (Montecchi, 2002).

Conseguentemente, l'incapacità dei genitori e/o tutori di rispondere ai bisogni del bambino, si rifletterà negativamente sulla personalità e sulla qualità di vita di quest'ultimo.

Le principali modalità di cure patologiche sono:

- *l'incuria* è il caso di cure fisiche fornite in modo insufficiente;
- *la discuria* è il caso di cure distorte;
- *l'ipercuria* è il caso di cure eccessive.

L'incuria, distinguibile in "fisica" e "psicologica", si manifesta sia con la mancanza di cure fisiche sufficienti, rispetto all'età e ai bisogni evolutivi del bambino, tramite scarsa somministrazione di cibo, cure mediche necessarie, vestiti non adeguati all'età, al sesso e alla stagione, scarsa igiene, denutrizione o ipernutrizione, sia con la mancanza di attenzioni e cura ai bisogni emotivi e affettivi del bambino, che si traduce spesso in ritardo psicomotorio del bambino, ritardo nel linguaggio, iperattività e disturbo nell'attenzione e pseudo - insufficienza mentale (Montecchi, 2002).

La discuria riguarda quelle cure fornite in modo distorto, anacronistico e inadeguato rispetto all'iter evolutivo del bambino (Montecchi, 2002).

La discuria si realizza tramite richieste, da parte dei genitori, di acquisizioni precoci e di prestazioni superiori rispetto l'età del bambino, un accudimento tipico di fasi dello sviluppo precedenti a quella effettiva, iperprotettività, attenzioni eccessive del genitore causate dall'ansia di mantenere uno stato fusionale con il figlio.

Questo procura un'acquisizione precoce o rallentata dello sviluppo motorio, del linguaggio, della lettura, una scolarizzazione precoce, comportamento adultomorfo o immaturo e disturbi nell'autonomia.

L'ipercuria riguarda una cura eccessiva dello stato fisico del bambino, caratterizzata da una persistente e dannosa medicalizzazione (Montecchi, 2002).

L'ipercuria comprende tre differenti forme cliniche fondamentali:

1) Sindrome di Münchhausen per Procura si caratterizza per l'induzione da parte dei genitori di un'apparente malattia del figlio.

Recentemente sono state individuate nuove forme atipiche di Sindrome di Munchausen per Procura, quali:

- *la sindrome psicopatologica per procura* (madri che svolgono professioni psicologiche, interpretano in termini di danno psicopatologico le fisiologiche espressioni di disagio manifestate dai figli);
- *la sindrome da indennizzo per procura* (persone adulte che, a seguito di infortuni, accusano sintomi fisici, psichici e psicosomatici presenti fino all'indennizzo);
- *lo pseudo – abuso sessuale per procura* (donne che hanno subito nell'infanzia abusi o molestie sessuali, trasferiscono questa esperienza sul figlio che credono vittima di abuso sessuale).

2) Abuso chimico (chemical abuse) si caratterizza per un'anomala e aberrante somministrazione di sostanze chimiche, come per esempio dei farmaci, o sostanze innocue (come acqua o sale da cucina), che, se somministrate in dosi eccessive, creano danni alla salute fisica e psichica del bambino;

3) Medical Shopping per procura si caratterizza per un'eccessiva preoccupazione dei genitori per lo stato di salute fisica del figlio. La paura e l'ansia li spinge a consultare continuamente i medici dai quali ricercano rassicurazione.

Una forma atipica di Medical Shopping per procura è osservabile nei bambini che presentano realmente una malattia cronica o genetica, inguaribile. In questi casi i genitori consultano ripetutamente medici alla ricerca di quello che possa illusoriamente guarire o *riparare* il danno, quasi come se il medico fosse un carrozziere o un meccanico che abbia i pezzi di ricambio necessari a guarire/riparare un corpo/motore danneggiato (Montecchi, 2002).

1.4 Abuso sessuale

L'abuso sessuale è quel coinvolgimento, agito da familiari, conoscenti, estranei, di soggetti immaturi e dipendenti, in attività sessuali, con assenza di una completa consapevolezza e possibilità di scelta, in violazione dei tabù familiari o delle differenze generazionali (Montecchi, 2002).

L'abuso sessuale è tale per la condizione della vittima abusata:

- incapace di essere consapevole del reale significato di quanto viene proposto;
- incapace di essere responsabile delle conseguenze di quanto accetta;
- incapace di dare un consenso lecito, legale e legittimo.

In questi casi si abusa della condizione di intendere e di volere per imporre un consenso pertinente la sfera della propria intimità fisica e psicologica.

A seconda del tipo di rapporto esistente tra il bambino e l'abusante, l'abuso sessuale viene distinto in *intrafamiliare* (l'abuso sessuale in cui l'abusante è un componente della famiglia del bambino che vive nella sua stessa casa, come madre, padre, fratelli/sorelle, nonni, ecc.) ed *extrafamiliare* (quando l'abusante è un componente della famiglia del bambino che non vive nell'abitazione stessa, come per esempio zii, cugini, nonni, ecc...).

Gli **abusi sessuali intrafamiliari** sono suddivisi in tre diversi sottogruppi:

- 1 **Abusi manifesti:** comprendono lo sfruttamento sessuale da parte del padre, della madre o di altre figure familiari.
- 2 **Abusi sessuali mascherati:** comprendono le *pratiche genitali inconsuete e l'abuso assistito*.
Le prime si caratterizzano per lavaggi dei genitali, ispezioni ripetute (anali e vaginali), applicazione di creme che provocano nell'abusante una sorta di eccitazione, suscitata dall'ispezione e dal contatto con i genitali del figlio; questa intrusività sessuale, ovviamente, danneggia gravemente la coscienza corporea del bambino.
Nelle seconde, invece, il bambino viene fatto assistere di proposito, all'attività sessuale dei genitori; in situazioni più complesse, ed anche più perverse, il bambino viene fatto assistere all'abuso sessuale che un genitore agisce su un fratello o sorella.
- 3 **Pseudoabusi:** sono quegli abusi dichiarati, ma in realtà non concretamente consumati.
Si può trattare di una convinzione errata, a volte delirante, che il figlio o la figlia siano stati abusati, o della consapevole accusa di un coniuge nei confronti dell'altro coniuge, o infine di una dichiarazione non veritiera dello stesso ragazzo/a.

Gli **abusi extrafamiliari** sono quegli abusi che il bambino patisce al di fuori dalla famiglia, da parte di persone che ne hanno responsabilità (baby-sitter, vicini di casa, insegnanti, bidelli, religiosi, ecc...), amici di famiglia, e persino persone sconosciute o occasionali.

L'abuso sessuale è, quindi, un trauma per la vittima, soprattutto quando questa è una persona in crescita, come nel caso di un minore.

Le conseguenze di questo evento traumatico sono molteplici, poiché dipendono da fattori variabili, quali l'età della vittima e dell'aggressore, la relazione esistente tra i due, la durata dell'abuso, il livello fisico e cognitivo raggiunto dal minore

In ogni caso, tutti gli addetti ai lavori sono concordi nel ritenere indispensabile un approccio integrato, in cui interventi di tipo giudiziario, medico, psicologico e assistenziale siano orientati alla salvaguardia della vittima.

È, pertanto, fondamentale il *momento della rivelazione*, poiché rilevare immediatamente la violenza e segnalarla all'autorità è la modalità più sicura per ottenere l'interruzione dell'abuso e mettere in atto le misure di protezione del bambino.

Questo, ovviamente, è solo il primo passo per eliminare la situazione di pericolo in cui si trova il minore. Successivamente saranno indispensabili l'accertamento, l'intervento giudiziario e, non meno importante, quello di sostegno e aiuto psicologico.

L'abuso sessuale sui minori è un comportamento deviante che nell'ordinamento italiano si concretizza come reato.

Il codice penale recita testualmente:

Art. 609 decies «*Quando si procede per dei delitti previsti dagli articoli 600 (riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù), 601 bis (prostituzione minorile), 600 ter (pornografia minorile), 600 quinquies (iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile), 609 bis (violenza sessuale), 609 ter (circostanze aggravanti), 609 quinquies (corruzione di minorenni), 601 (tratta di persone), 602 (acquisto e alienazione di schiavi), e 609 octies (violenza sessuale di gruppo) commessi in danno dei minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609 quater (atti sessuali con minorenni), il procuratore della Repubblica ne dà notizia al tribunale dei minorenni.*

[...], l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenni è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minorenni e ammesse dall'autorità giudiziaria che procede.

In ogni caso al minorenni è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti degli enti locali. [...]».

1.5 Violenza assistita

La violenza assistita contempla tutti quei casi in cui il bambino resta osservatore diretto di una violenza fisica, psicologica e sessuale agita da un genitore su un altro genitore o su un altro figlio/a.

CAPITOLO 2

SINDROME DI MÜNCHAUSEN PER PROCURA (MSbP)

2.1 Definizione e diagnosi della MSbP

La *Sindrome di Münchausen per Procura* è una condizione complessa con implicazioni negli ambiti della pediatria, della psicopatologia, della medicina e della giurisprudenza. Questa patologia è stata individuata circa una trentina di anni fa, ma resta ancora poco conosciuta da molti professionisti interessati sia alla diagnosi, che alla presa in carico del paziente.

Nel 1951 un medico inglese, Richard Asher, coniò il termine Sindrome di Münchausen per descrivere quei soggetti che fabbricavano malattie e che si sottoponevano a procedure diagnostiche potenzialmente pericolose; ma fu Roy Meadow, nel 1977, ad utilizzare per primo il termine “Sindrome di Münchausen per Procura” (MSbP) per indicare la “reiterata simulazione o fabbricazione di malattia in un individuo da parte di un altro” (Rosenberg, 2003).

Secondo la **definizione di Vennemann** (Vennemann et al., 2005) la MSbP è una grave forma di abuso, difficile da diagnosticare, caratterizzata da

- 1) Simulazione di malattia o
- 2) Aggravamento riferito o procurato nel corso di una malattia reale o
- 3) Provocazione dei sintomi di una malattia, in un bambino da parte di un adulto.

Inoltre, di particolare importanza è che questa grave forma di abuso venga perpetrata da un adulto nei confronti di un bambino.

Le modalità dell’abuso possono andare dalla più semplice simulazione alla più grave induzione di malattia, sino alla morte.

Nel DSM-IV-TR (2000) la Sindrome di Münchausen per Procura rientra nella categoria dei disturbi comportamentali ed è definita come « *un disturbo fittizio con segni e sintomi fisici predominanti*» in cui la caratteristica principale è la produzione deliberata o la simulazione di segni e sintomi fisici o psichici in un’altra persona che è affidata alle cure del soggetto. Pur essendo una sindrome che necessita di criteri di inclusione e di esclusione obiettivi e discriminanti, l’osservazione di chi accudisce il bambino resta tuttavia fondamentale per confermare la diagnosi.

L’incidenza della MSbP è stimata a circa 0,4/100.00 bambini dai 2 ai 16 anni e 2/100.00 bambini inferiori ad un anno di vita (Jenny, 2004). L’evidente rarità della sindrome non consente d’avere un’ampia esperienza e ciò, ovviamente, aumenta la difficoltà nel riconoscerla e nel trattarla tempestivamente.

Non sono state riscontrate delle particolari preferenze di sesso nei bambini vittime di MSbP, diversamente da altre forme di abuso.

La diagnosi nella MSbP è piuttosto complessa, tanto che il tempo di latenza dall’inizio dei sintomi e la diagnosi è di circa 21,8 mesi (Sheridan, 2003).

La diagnosi segue le normali tappe di tutte le diagnosi cliniche, prendendo in considerazione l’anamnesi familiare, i sintomi e l’esame obiettivo seguiti dagli esami di laboratorio e quelli strumentali.

Trattandosi di una falsificazione, la complessità diagnostica aumenta esponenzialmente, poiché viene meno la collaborazione e la verità su tutti gli elementi raccolti.

2.2 Sintomatologia nel bambino

A differenza di altre condizioni patologiche che sono caratterizzate da un numero limitato di sintomi, nella MSbP possono, invece, essere riferiti una molteplicità di sintomi che difficilmente il medico riesce ad inquadrare e collocare.

Tuttavia vi sono alcuni sintomi che compaiono più frequentemente nel corredo sintomatologico della sindrome:

- 1) Apnea;
- 2) Anoressia e/o problemi dell'alimentazione;
- 3) Diarrea;
- 4) Crisi convulsive;
- 5) Cianosi;
- 6) Disturbi del comportamento;
- 7) Asma;
- 8) Allergia;
- 9) Febbre;
- 10) Dolori;
- 11) Infezioni varie;
- 12) Sanguinamenti.

Questi sintomi vengono associati ad una moltitudine di disturbi psicologici, che possono aiutare il clinico nella diagnosi della sindrome:

- 1) Instabilità/irritabilità;
- 2) Tratti depressivi;
- 3) Manifestazioni regressive;
- 4) Disturbi di origine psicosomatica;
- 5) Problemi o ritardi nel linguaggio;
- 6) Lentezza e/o arresto del processo di crescita sia fisica che psichica;
- 7) Apatia, passività;
- 8) Difficoltà di socializzare e scarso rendimento scolastico;
- 9) Uso di sostanze alcoliche e stupefacenti;
- 10) Atti delinquenti o comportamenti asociali in genere.

Nel bambino sono, inoltre, frequenti:

- *paure relative al futuro*: strettamente connesse con le ansie della malattia e con il timore di morire, soprattutto nel caso di patologie organiche effettivamente sussistenti e per il protrarsi indefinito della malattia. Questi fattori faranno insorgere fantasie negative e stati di angoscia tanto più gravi perchè non riusciranno a trovare contenimento nella madre.
- *Vissuti di ansie di malattia*: correlati ad alterazioni permanenti o disturbi cronicizzati che realmente esistono e che sono determinati dai turbamenti materni; il bambino quindi constata i limiti del proprio corpo e questa consapevolezza comporta senso di inferiorità, frustrazione, sfiducia in se stesso, apatia, reattività depressiva.

Tali vissuti si sviluppano anche nel caso in cui non siano presenti reali disturbi o patologie.

Il ripetersi continuo di controlli ed esami clinici innesca nel bambino non soltanto la paura di una malattia imminente, anche in assenza di sintomi, ma anche la percezione che qualcosa non funzioni nel proprio corpo, incrementata e rinforzata dai continui accertamenti medici.

- *Vissuti di ansie di emarginazione e di isolamenti:* conseguenti alle ospedalizzazioni che comportano lunghe assenze dal contesto quotidiano, dalla scuola e da tutti gli ambienti di socializzazione. Ciò fa sì che il bambino si senta diverso, meno sano e incapace rispetto ai propri coetanei, poiché non ne condivide né le esperienze, né abilità e competenze, a causa delle limitazioni indotte dalla presunta malattia.
- *Problemi di strutturazione del Sé:* poiché il bambino ha difficoltà nell'interpretare correttamente le percezioni che gli provengono dal corpo e dalla mente, in quanto non riesce a distinguere tra le proprie percezioni e quelle indotte dalla madre. Da ciò consegue lo strutturarsi di una personalità con un Sé poco differenziato. Il bambino vive in uno stato di tensione, dato dall'incertezza che potrà accadere qualcosa da un momento all'altro e dalla necessità di una fonte di sicurezza e di conferme per comprendere le proprie percezioni.
- *Gravi problematiche di relazione con il genitore:* il bambino ha timore di far soffrire il genitore, di dargli un dispiacere qualora non gli venissero mostrati i sintomi di un disturbo; avvertendo di essere il più debole e dipendente dal genitore tanto da non poterlo contrariare, poiché ciò significherebbe danneggiarlo, il bambino si adegua e collude con lui (folie à deux).
- *Ipocondrie e fobie:* dopo un lungo perdurare dei fattori che hanno indotto alla MSbP e delle relative conseguenze, si assiste ad una sorta di cronicizzazione dei sintomi stessi, che possono indurre alla comparsa di una struttura psicotica delirante a carattere ipocondriaco o diversamente sviluppando un'anoressia mentale con l'intento dall'allontanarsi dai messaggi invalidanti ricevuti, rifiutando il proprio corpo.
- *Persecutorietà:* è generalmente poco frequente, ma è sicuramente il sintomo più eclatante e drammatico. Il genitore induce il figlio a credere d'essere oggetto di maltrattamento da parte di persone estranee o di familiari. In questo caso il malessere del bambino viene utilizzato in termini collusivi dal genitore e alimentati sulla base delle dinamiche persecutorie del genitore stesso. Quindi, anche dei banali litigi con gli amichetti o sgridate o rimproveri possono essere percepiti come molto gravi.

La prognosi non è delle migliori, secondo i dati di Sheridan (2003), tra i bambini vittime di MSbP, il 6% muore e l'8% presenta una disabilità permanente; a questo si aggiungono tutte le sofferenze psicologiche e fisiche che non cessano con la diagnosi e/o con la terapia e che sono tanto più gravi quanto più la diagnosi è ritardata.

2.3 L'abusante münchauseniano

Hall e colleghi (2000) hanno individuato due tipologie di individui abusanti Münchausen. Si tratta di individui che simulano o creano dei sintomi di una malattia in relazione ai quali viene chiesto un intervento di tipo medico:

- *I simulatori*: che, attraverso il comportamento menzognero e simulatore, inventano sintomi inesistenti della malattia;
- *Induttori attivi*: che, con l'introduzione di sostanze esterne, inducono attivamente l'insorgere di sintomi o segni di malattia.

Motz (2001) indica altre forme di abuso MbP che possono essere individuate nel:

- *Chemical abuse* per procura, che è un'anomala somministrazione di sostanze chimiche nel bambino;
- *Medical shopping* per procura, attraverso il quale i genitori si rivolgono a numerosi medici per l'ansia e la paura che il bambino, avendo una malattia cronica, cercano disperatamente il medico «meccanico o carrozziere» in grado di riparare il danno;
- *Doctor addicted* (medico dipendente) e *l'helper seeker* (cercatore d'aiuto) che consiste in un compulsivo riproporre al medico i sintomi di una malattia del bambino che, a un esame accurato, appare inesistente.

Un'ulteriore area da indagare è quella relativa ai *fattori di rischio*, considerati come quelle variabili e condizioni esistenziali che aumentano la probabilità che un evento comportamentale, ed in particolare, quello abusante, si verifichi (Zara, 2005).

I fattori di rischio riconosciuti più frequenti nella Sindrome di Münchausen per Procura sono:

- Una storia infantile di insicurezza affettiva, con vissuti di rifiuto da parte dei genitori, di esclusione e abuso e forme di disturbo nello sviluppo;
- Una costante presenza di stress esistenziali;
- Un sottostante disturbo di personalità;
- Una diagnosi di MS;
- Un risentimento nei confronti della salute e del benessere del figlio;
- Un tentativo anomalo di fuggire, attraverso l'abuso del minore, dall'infelicità coniugale o dagli stress della propria vita;
- Una forma di piacere derivata dalla manipolazione dello staff medico e di alcuni aspetti della medicina.

Alcuni studi hanno persino riportato come in alcuni casi si possa verificare un esodo doppiamente mortifero dell'abuso Münchausen, con il suicidio della madre stessa.

Le cause di tale gesto possono essere molteplici e possono essere riconducibili a:

- difficoltà a portare avanti la dinamica dell'inganno;
- presa di coscienza rispetto l'abuso;
- sentimento di disperazione conseguente la perdita del proprio oggetto di sopravvivenza (il figlio/a);
- la morte come via d'uscita per superare il senso di colpa divenuto insostenibile.

La *motivazione* del comportamento perpetratore è quella di assumere il ruolo di malato by proxy in cui sono assenti incentivi esterni come il guadagno economico.

L'interesse, infatti, per molti individui è quello di costruirsi un'immagine socialmente accettata e quasi eroica.

I fattori che sembrano rinforzare la persistenza dell'abuso Münchhausen sono:

- una ricerca ossessiva di un bisogno di attenzione da parte del personale sanitario, dei medici e dei familiari; l'essere osannato e riconosciuto come eroe, per aver salvato la vita del proprio figlio, genera ulteriori situazioni di induzione dei sintomi della malattia e ricrea, quindi, condizioni euforizzanti per il proprio sé;
- Una ricerca di vantaggi secondari quali, per esempio, ottenere benefici economici, ottenere un divorzio, migliorare le relazioni famigliari (Medow 1985);
- un rinforzo gratificante derivante dal successo di manipolare i medici, ottenendo così una gratificazione nel sapere cos'ha il bambino, quando i medici, invece, non riescono ad individuare le cause;
- la paura di ritornare a casa e di ristabilire una normale routine, andando così incontro alla solitudine e all'isolamento;
- paure di essere abbandonati;

2.4 Le caratteristiche della madre

La madre MSP è una donna che, spesso appartiene a classi sociali medio alte, con un'elevata istruzione, con una formazione in ambito medico ed esperienza di tipo infermieristico o che possiede comunque delle conoscenze in ambito sanitario superiori alla media. È sposata, ma il marito non è presente né fisicamente, né emotivamente.

Generalmente si presenta in ospedale molto attenta ed efficiente, si ambienta facilmente, socializza immediatamente con il personale sanitario ed appare gratificata dagli apprezzamenti e dalle attenzioni dello staff medico.

In relazione al figlio, mostra una notevole resistenza fisica nell'allontanarsene, sembra gioire a test invasivi sul proprio bambino, senza mostrare alcuna preoccupazione, chiedendo, anzi, ulteriori esami diagnostici; mantiene una calma inusuale a fronte di situazioni pericolose per la vita del figlio.

Generalmente, il vissuto di queste donne Münchausen è contraddistinto da:

- Disturbi alimentari (Motz, 2001);
- Comportamenti auto-aggressivi;
- Da una storia di trascuratezza genitoriale;
- Da forme di abuso infantile, incluso l'abuso sessuale;

tutti questi fattori possono essere alla base del ciclo perverso della violenza che favorisce spesso forme gravi e persistenti di abuso infantile.

La ricostruzione psicodinamica nei casi di Münchausen può riguardare il bisogno di compensare una bassa autostima e un Sé fallimentare tramite l'assunzione di un ruolo di madre premurosa e amorevole, socialmente accettato e culturalmente incoraggiata (Harman, 2004).

La letteratura scientifica, infatti, sostiene che le madri Münchausen non sono affette da una vera e propria malattia mentale, ma si tratta di disturbi di personalità istrionico, borderline, passivo-aggressivo, paranoide, narcisistico (Rosen et al., 1983 p76) e, quando presente, può manifestarsi anche un disturbo antisociale (Meadow, 1977; Rogers, 2004) e psicopatico (Szanberg, Moilanen, Kanerva, Tolf, 1996) e forme di dipendenza da alcol e droghe.

In letteratura sono stati anche riportati casi di disturbi fisici, comportamentali e psicologici, considerando il fatto che molti di essi arrivavano a richiamare l'attenzione dello staff ospedaliero come unica risorsa per ottenere delle attenzioni, dell'ascolto e persino della protezione.

Si potrebbe, quindi, parlare di una *soddisfazione vicaria* che le madri raggiungono richiamando l'attenzione, se non proprio su di sé, almeno sul figlio malato (Eminson e Postlethwaite, 1992; 2000).

2.5 Le caratteristiche della famiglia, del padre e dei fratelli.

Il clima culturale e sociale in cui la Sindrome di Münchausen per Procura si verifica non può essere ignorato, poiché si tratta di un problematica che può essere spiegata sulla base del contesto socio-culturale in cui emerge, si sviluppa ed persiste.

Fornari (2004) sostiene che: «nessun comportamento umano è isolato, isolabile e statisticamente insignificante rispetto a un qualsiasi fenomeno globalmente considerato (aspetto macrosociale)».

A differenza di altri comportamenti antisociali, aggressivi e violenti in cui si evidenzia una netta prevalenza maschile, l'abuso di Münchausen è associato a una *disparità di genere al contrario*, poiché vede coinvolta un'alta percentuale femminile.

Infatti, nonostante bambini e bambine vengano similmente abusati, il perpetratore Münchausen by proxy è nel 95% dei casi la madre biologica (Crouse, 1992 p 75).

Alcuni studi condotti da Meadow nel 1995 hanno confermato questa tendenza, indicando che solo nel 5% dei casi i perpetratori possono essere il padre, la babysitter o la nonna.

È raro che il padre abbia un ruolo attivo in questa tipologia di abuso, anche se esistono rarissimi casi di MbP operati dal padre.

Meadow (1998) sostiene che il partner del perpetratore è, normalmente, una persona che, in relazione al ruolo che riveste e alla sua personalità, contribuisce all'abuso.

Pertanto, l'apparente fragilità passività e spesso anaffettività permette la continuità dell'abuso.

Si tratta generalmente di padri assenti dalla vita familiare o che restano lontani da casa per periodi di tempo prolungati. Ciò consente alla madre di originare i sintomi senza che nessuno se ne accorga e, qualora venga scoperta, il marito si rende complice dei suoi inganni, facilitandone il comportamento.

In quasi tutti i casi, l'abuso di Münchausen avviene in un'abitazione dove coabitano entrambi i genitori della vittima; è meno probabile che una madre che vive da sola metta in atto un abuso di Münchausen; questo evidenzia non solo la multidimensionalità dell'abuso, ma anche la presenza di un sistema multiproblematico che lo favorisce.

Per questo motivo, l'abuso di Münchausen non può essere studiato solo in riferimento alla dualità persecutore – vittima, proprio perché si verifica all'interno di un contesto più o meno disfunzionale, in una famiglia multiproblematica, in cui dove diverse persone, direttamente o indirettamente possono facilitare, rinforzare, mantenere o subire l'abuso e le sue conseguenze (Jones, Badgett, Minella, Schschke, 1993; Krener e Adelman, 1988).

La sindrome di Münchausen ha, ovviamente, delle ricadute su terze persone ed in particolare sui familiari delle vittime. I fratelli possono presentare danni psico-affettivi con una compromissione di un normale iter evolutivo a causa della trascuratezza e disinteresse causati dalla necessità dei genitori di seguire il bambino ammalato.

Il contesto familiare sembrerebbe svolgere un ruolo significativo, se non nel causare la patologia, quantomeno nel favorirla e mantenerla.

2.6 Metodi

I metodi impiegati dalle madri nel tentativo di procurare la malattia nei propri figli sono numerosi e così ben strutturati che diviene veramente difficile, da parte dei medici e sanitari, individuare le malattie fittizie create appositamente a danno dei bambini.

Le tecniche utilizzate dal perpetratore Münchausen sono molto varie e spesso assumono tratti di crudeltà e brutalità.

Franzini e Grossberg (1996) descrivono casi di bambini in cui sono stati iniettati feci, urina, saliva, flora fecale e microbi vaginali per via endovenosa; in altri casi sono state somministrate sostanze di varia natura, sia di uso domestico (sale da cucina, pepe, acqua, zucchero ed altri alimenti in dosi da risultare gravemente dannose), sia sostanze medicinali (tranquillanti, sedativi, lassativi, diuretici, insulina), sia altre sostanze come oli minerali, sciroppo, veleno per topi.

È frequente che l'abusante somministri farmaci e medicinali generalmente utilizzati dai membri della famiglia.

Dalla letteratura emergono dati su maltrattamenti ai bambini particolarmente crudele pericolose come:

- punture di spillo sul viso e sul corpo, con l'intento di causare sanguinamenti;
- lesioni facciali provocate utilizzando unghie o strumenti di vario tipo;

- soffocamento attuato con la mano con un cuscino posto sul viso del bambino;
- trascuratezza, sottoalimentazione in un contesto deprivato e trascurato;
- induzione di attacchi epilettici o perdita di coscienza attraverso la pressione esercitata su una grossa arteria del collo;

Sono state, inoltre, rilevate ulteriori forme attraverso le quali viene arrecato danno ai bambini, quali per esempio l'alterazione delle analisi di laboratorio con l'introduzione di sostanze che permettono di alterarne i veri risultati o tramite la sostituzione dei risultati di altri pazienti realmente malati.

Una classificazione più dettagliata è quella proposta da Bools (1996) che descrive le dieci categorie di metodi con i quali vengono messi in atto i comportamenti Münchhauseniani.

- 1) Soffocamento per ostruzione delle vie aeree;
- 2) Avvelenamenti con anticonvulsivanti, oppiacei, lassativi, diuretici
- 3) Avvelenamento con sale, zucchero, acqua;
- 4) Manomissione dei campioni da analizzare o delle cartelle cliniche;
- 5) Introduzione di frammenti di varia natura nella basse vie urinarie;
- 6) Induzione di febbre con l'introduzione di sostanze immunizzanti;
- 7) Drenaggio di grosse quantità di sangue;
- 8) Lesioni del cuoio capelluto, degli arti, del volto con spilli o con percosse;
- 9) Colorazione della cute per simulare l'itterizia;
- 10) Sanguinamenti indotti manualmente o con l'utilizzo di anticoagulanti.

2.7 Prevenzione

La Sindrome di Münchhausen per Procura comprende una vasta gamma di disturbi e manifestazioni diverse, in cui si passa da semplici drammatizzazioni delle malattie dei figli a vere e proprie ferite.

Esistono, tuttavia, una serie di situazioni, come per esempio genitori che tengono i figli a casa da scuola per un periodo di tempo maggiore di quello richiesto dalla guarigione, o altri, che occupano una posizione intermedia nella diagnosi della MSbP, che portano i propri figli da un medico all'altro alla ricerca di una malattia inesistente.

La prevenzione può essere suddivisa in primaria, secondaria e terziaria.

Nella *primaria*, il medico cerca di fermare un processo prima che esso cominci; ciò significa prestare attenzione agli atteggiamenti che i pazienti hanno verso la malattia. Il medico deve rendersi conto dei casi in cui il paziente vede un vantaggio o un guadagno nell'essere ammalato, poiché questa è la dinamica che sta alla base della MSbP (Levin e S.Sheridan, 2001).

La prevenzione *secondaria* avviene dopo la diagnosi veloce ed accurata che diminuisce la morbilità e la mortalità, mentre la *terziaria* riguarda le tecniche di riabilitazione che vengono utilizzate una volta che la sindrome ha danneggiato il bambino e il tempo necessario a riportare la famiglia ad una condizione normale.

2.8 Trattamento e terapia

La prima tappa terapeutica dalla Sindrome di Münchhausen per Procura è la diagnosi, seguita da provvedimenti di sorveglianza o rottura della diade abusante-vittima con l'intento di far cessare gli atti lesivi nei confronti del bambino.

Spesso la terapia medica non è necessaria, eccetto casi in cui siano state procurate lesioni e patologie organiche nelle quali è necessario intervenire farmacologicamente. La terapia principale dopo la diagnosi consiste nel supporto psicologico e psicoterapeutico atto a medicare gli effetti devastanti che l'abuso ha determinato nel bambino.

Nei confronti dell'abusante ci saranno conseguentemente dei provvedimenti sia di tipo giudiziario che psicoterapeutico.

Oggiogiorno, però, vi sono ancora pochissimi studi riguardanti il trattamento delle madri con MSbP, poiché difficilmente queste pazienti, sofferenti di gravi disturbi di personalità, cercano un aiuto terapeutico e, qualora, si decidano a intraprendere un percorso, spesso questo risulta fallimentare. Ciò è dovuto al livello di negazione, manipolazione e inganno inerente la loro patologia.

2.9 Inquadramento giuridico

La Sindrome di Münchhausen per Procura può essere riportata, da un punto di vista legislativo, nell'ambito degli **artt. 572 e 583** del Codice Penale, in quanto speciale forma di abuso e di maltrattamento sui minori e con conseguenze estremamente lesive recate alla vittima da parte di chi se ne prende cura. Infatti, il Codice Penale recita:

- *«Chiunque (...) maltratta una persona della famiglia o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni»;*
- *«Se dal fatto deriva una lesione personale grave (583), si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni, se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a vent'anni ».*

2.10 Sindrome di Münchhausen per Procura o abuso sessuale?

La Sindrome di Münchhausen per Procura e l'abuso sessuale sono questioni molto complesse.

Se la Sindrome di Münchhausen per Procura è la creazione di una malattia da parte di un genitore che può implicare la sottomissione del bambino ad esami medici invasivi e talvolta deleteri, l'abuso sessuale è il coinvolgimento dei bambini in attività sessuali improprie e disgustose.

Queste due forme di abuso infantile possono talvolta coesistere o addirittura essere confuse. Per ottenere un quadro completo è necessario confrontare le informazioni rilevate dai casi segnalati con quelle dei servizi sociali, legali e di igiene mentale, poiché né La Sindrome di Münchhausen per Procura, né l'abuso sessuale possono essere diagnosticate, in tempi relativamente brevi, senza una confessione.

Entrambi gli abusi richiedono, infatti, considerazioni psicologiche e colloqui, sia con bambini che con i genitori, aggiunti agli esami fisici.

Tuttavia è importante riconoscere che ci sono occasioni in cui un'asserzione di abuso sessuale infantile può essere falsa o può essere una rappresentazione sbagliata dei fatti.

Questa asserzione erronea apparentemente falsa può risultare o da un'interpretazione erronea involontaria, causata da stress familiari importanti che distorcono una corretta percezione della realtà; o, più raramente, da una falsificazione intenzionale, come nei casi di divorzio, in cui un genitore può essere certo che il coniuge estraniato sia capace di fare qualunque cosa, tra cui abusare sessualmente del figlio.

Di conseguenza, i genitori, avendo bisogno di credere che l'abuso sia avvenuto, possono reagire eccessivamente di fronte a circostanze sospette e poco chiare, che probabilmente, in una famiglia unita, gli stessi genitori forse avrebbero minimizzato.

Proprio per questo motivo i medici e tutto il personale coinvolto devono usare cautela e calma e non mostrare pregiudizi quando si trovano a fronteggiare situazioni sospette.

Se nella Sindrome di Münchausen per Procura l'investigazione avviene di solito in ospedale con il coinvolgimento dei servizi sociali e legali, dopo una serie di indagini diagnostiche e invasive protratte sul bambino, nell'abuso sessuale, invece, le denunce scattano immediatamente all'insorgere della possibilità che questo si sia realmente verificato.

Nella Sindrome di Münchausen per Procura, lo stato di colpevolezza è generalmente attribuibile alla madre, in quanto principale attore; nell'abuso sessuale è spesso un uomo a perpetrare nel bambino la vessazione.

Nella MSbP non vi è una preferenza sessuale, mentre nell'abuso sessuale vengono più frequentemente colpite le femmine.

La MSbP è una manifestazione più indiretta di potere, usata per ottenere conferma e protezione della patologia del colpevole, l'abuso sessuale è, invece, un uso diretto del potere esercitato per controllare la vittima ed ottenerne gratificazione.

La prognosi per i bambini che hanno subito abuso sessuale è generalmente migliore rispetto a quella delle vittime della MSbP, poiché queste vengono allontanate immediatamente dal loro abusante.

La prognosi, invece, per coloro che commettono l'abuso rimane incerta.

I medici e tutto il personale sociale, sanitario e legale, per agire nell'interesse dei bambini che curano, devono riconoscere e comprendere entrambe queste forme di maltrattamento, e la loro eventuale sovrapposizione, lavorando in modo multidisciplinare e sviluppando abilità diagnostiche e investigative molto accurate.

I professionisti del campo medico devono essere, quindi, preparati a considerare il fatto che possano venire ingannati dai genitori e/o dai figli.

2.11 Un approccio multidisciplinare alla Sindrome di Münchausen per Procura

La Sindrome di Münchausen per Procura è una sindrome piuttosto complessa e difficile che necessita di un approccio multidisciplinare per una diagnosi tempestiva ed una presa in carico adeguata.

Kaufman et al. (1989) sostengono che molti medici non conoscono abbastanza bene la MSbP, e sia le agenzie di protezione infantile che il sistema legale, che trattano questi casi, devono fare i conti con una continua mancanza di informazione.

Molti ospedali e centri pediatrici hanno già un team multidisciplinare per l'abuso infantile, ma tutto sembra farsi più complicato quando si sospetta una MSbP; per questo motivo è preferibile che tutti i membri di equipe medica abbiano una certa esperienza nell'ambito dell'abuso infantile in generale e, meglio ancora, nella MSbP.

Il team consigliato è costituito da:

Medico: preferibilmente un pediatra per la conoscenza che ha dei bambini e delle loro malattie, anche se il medico di famiglia può comunque essere in grado di offrire un approccio onnicomprensivo delle cure del bambino.

Assistente sociale: è figura abile nell'interrogare e individuare informazioni sia relative a problemi psicologici insiti nella relazione genitore-figlio, sia relative a problemi emotivi che possono nascere tra i professionisti del campo medico

Infermiere: è il professionista che ha maggiore contatto con la coppia figli-genitore ed ha l'opportunità di osservare e in caso intervenire nei casi di MSbP

Amministratore dell'ospedale: quella figura che può prendere in considerazione l'idea di esercitare alcune azioni investigative sui pazienti ricoverati (tramite, per esempio, l'uso di una telecamera).

Agente di sicurezza di un ospedale: in molte fasi la sicurezza del bambino, del genitore può essere in pericolo e gli agenti di sicurezza, conoscendo le procedure di polizia, possono garantire l'ordine e fornire consigli sulle tecniche investigative prima di coinvolgere la polizia stessa.

I membri della squadra si aiutano vicendevolmente e forniscono un supporto a coloro che sono coinvolti nella cura del bambino, facilitando con ciò il processo di riparazione che deve avvenire una volta identificato un potenziale caso.

In primo luogo è necessario raccogliere tutte le informazioni rispetto al caso, analizzando tutto il materiale riguardante la patologia presente nel bambino. Questo include informazioni mediche, osservazioni psicosociali e informazioni circostanziali.

Il team deve di conseguenza valutare i sintomi ricorrenti del bambino, insieme alle informazioni sulla presenza o sull'attività del genitore, per vedere se questi eventi sono collegati temporalmente l'uno all'altro.

Ogni sintomo, gruppo di sintomi e categoria diagnostica devono essere esplorati e studiati con uno specialista del campo, per determinare i confini tradizionali del disturbo sotto esame e le varianti comuni atipiche.

Allo stesso modo devono essere valutate le discordanze presenti nella raccolta del materiale, dagli esami clinici e dal comportamento del genitore per consentire una corretta diagnosi della sindrome.

Dopo che sono state raccolte varie informazioni cruciali che rispondono ai criteri per denunciare l'abuso infantile sospetto, si deve procedere alla denuncia.

Tuttavia non sempre è possibile fare la diagnosi della MSbP, ma se sospetta, è necessario prevedere un *confronto* diretto con il genitore perpeccatore, qualora non si possano effettuare ulteriori indagini diagnostiche.

Meadow sostiene che la migliore strategia, in questa circostanza, è quella di incontrare entrambi i genitori, anche quando un genitore non è implicato in prima persona nel ricovero del figlio.

In questi casi, dovrebbe essere il medico che ha scoperto l'inganno a fornire le informazioni rilevanti in maniera chiara e logica, il più semplicemente possibile. L'incontro deve essere controllato dal leader del team, altrimenti il perpeccatore potrebbe cercare di confondere il problema deviandolo dalla questione principale.

È consigliata la presenza di uno psichiatra qualora i genitori mostrassero segni di scompenso o idee suicide.

Sia che venga o meno formulata la diagnosi di MSbP, il team dovrà formulare un programma che permetta sia il controllo medico, che una protezione costante del bambino.

Il lavoro di squadra multidisciplinare è fondamentale nella gestione della MSbP poiché i perpeccatori sono eccezionalmente abili nel raggirare, manipolare e dissimulare l'accaduto.

Tramite l'azione sinergica degli specialisti di tutte le discipline coinvolte nella cura del bambino il ciclo della MSbP può essere effettivamente spezzato (Levin e S. Sheridan, 2001).

CONCLUSIONI

La Sindrome di Münchausen per Procura è una sindrome riconosciuta recentemente, e molto lavoro deve ancora essere fatto per comprenderne le dinamiche sottostanti e per sviluppare dei metodi d'intervento validi sia per l'abusante, sia per la vittima che per l'intera famiglia.

La Sindrome di Münchausen per Procura è una patologia relazionale con una eziologia ancora poliedrica e nebulosa che trova paradigma quasi esclusivo nel rapporto madre-bambino.

È difficile comprendere nella descrizione di questa sindrome i ruoli dell'autore di abuso e della vittima in maniera chiara e delineata, poiché, molto probabilmente, ci si trova di fronte ad una sindrome con più vittime, in cui l'autore è egli stesso doppiamente vittima: da un lato perché il suo comportamento si discosta da quelli naturalmente appropriati alla relazione madre figlio e dall'altro perché il comportamento munchauseniano è perseguito penalmente.

Per questo motivo, è importante porre l'accento sulla prevenzione e la diagnosi precoce, che se pur difficili, non sono tuttavia impossibili.

Sarebbe, pertanto, necessaria una maggiore attenzione, una maggiore consapevolezza e soprattutto una maggiore informazione ed educazione del personale sanitario, dei servizi sociali e legali.

Un'ultima riflessione va fatta relativamente ai comportamenti, spesso raccapriccianti e impressionanti, messi in atto dalle madri. Queste mamme sono delle donne in cui il disagio e la sofferenza provata sono così grandi, intense e sconvolgenti da riuscire a schiacciare e sottomettere quello che si dice essere il sentimento più forte e intenso: *l'amore di una madre per il proprio figlio, un amore puro, incondizionato, coraggioso e generoso* (G. Perusia, 2007).

In relazione a ciò, trova spiegazione il detto popolare "il cappotto è quella cosa che si mette al bambino quando la madre ha freddo", secondo cui ciò che la madre fa al bambino, lo fa fantasmaticamente a se stessa. Questo rappresenta patologicamente la Sindrome di Münchausen per Procura (G. Perusia, 2007).

BIBLIOGRAFIA

- ◆ Barman S. (2004). Ending a Culture of Secrecy. *Law Society Gazette* 101 (21), 12;
- ◆ Bools C. N. (1996). Factitious Illness by proxy, Münchausen Syndrome by Proxy. *British Journal of Psychiatry* 169.
- ◆ Bools C. N., Neale B. A., e Medeaw S. R. (1993). Follow up of victims of fabricated illness (Münchausen Syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 69, 625-630;
- ◆ Codice Penale;
- ◆ Crouse K.A. (1992). Münchausen Syndrome by proxy: Recognizing the victim. *Pediatric Nursing* 18 (3). 249-252;
- ◆ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2000). DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association, 781-783;
- ◆ Eminson D. M., Postlethwaite R.J. (1992). Factitious illness: recognition and management. *Archives of Disease in Childhood* 67, 1510-1516;
- ◆ Eminson D. M., Postlethwaite R.J. (2000). *Münchausen Syndrome by proxy abuse*. Butterworth: London;
- ◆ Fornari U. (2004, III ed.). Trattato di psichiatria forense. UTET: Torino;
- ◆ Fornari U. (2008). Trattato di psichiatria forense. UTET: Torino;
- ◆ Franzini L., Grossberg J.M. (1996). *Comportamenti bizzarri*. Astrolabio: Roma;
- ◆ Hall D.E., Eubanks L., Meyyazhagan S., Kenney R.D., Johnson S.C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Münchausen Syndrome by Proxy: lesson from 41 cases. *Pediatrics* 105, 1205-1312;
- ◆ Hall D.E., Eubanks L., Meyyazhagan S., Kenney R.D., Johnson S.C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Münchausen Syndrome by Proxy. *Pediatrics* 105 (6). 1305-1312;
- ◆ Jenny C. (2004) Münchausen Syndrome by proxy. *Pediatrics in review* 25, 215-216;
- ◆ Jones V.F., Badgett J.T., Minella J.L., Schuschke L.A. (1993). The role of the male caretaker in Münchausen Syndrome by proxy. *Clinical Pediatrics* 32, 245-247;
- ◆ Kaufman K. L., Coury D., Pickrel E. e McCleery J. (1989). Münchausen Syndrome by proxy: a survey of professionals' Knowledge. *Child Abuse Negl* 13, 141-147;
- ◆ Krener P., Adelman R. (1988). Parent salvage and parent sabotage in the care of chronically ill children. *American Journal of Disease of Childhood* 142, 945-951;
- ◆ Levin A.L., Sheridan M. S (1995). *Münchausen Syndrome by proxy*. Lexington Press: New York.
- ◆ Levin A.L., Sheridan M. S. (2001). La syndrome di Münchausen per procura. Centro Scientifico Editore: Torino;
- ◆ Meadow R. (1977). Münchausen by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 2, 343-345;
- ◆ Meadow R. (1984). Fictitious epilepsy. *Lancet* 2, 25-28;
- ◆ Meadow R. (1985). Management of Münchausen Syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood* 60, 344-348;
- ◆ Meadow R. (1995). What is and what is not, "Münchausen Syndrome by proxy"? *Archives of Disease in Childhood* 72, 534-538;
- ◆ Meadow R. (1998). Münchausen Syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Disease in Childhood* 78 (3), 210-216;
- ◆ Montecchi, dal bambino minaccioso al bambino minacciato, Franco Angeli, 2005
- ◆ Motz A. (2001). *The psychology of female violence*. Brunner-Routledge: Philadelphia, PA;
- ◆ Perugia G. (2007). La famiglia distruttiva. Centro Scientifico Editore: Torino;

- ◆ Rogers R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of Münchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse Neglect* 28, 225-239;
- ◆ Rosen C.L., Frost J.D. Jr., Bricker T., Tarnow J.D., Gillette P.C., Dunlavy S. (1983). Two siblings with recurrent cardiorespiratory arrest: Münchausen Syndrome by proxy or child abuse? *Pediatrics* 71 (5), 715-720;
- ◆ Rosenberg D.A. (2003). Münchausen Syndrome by proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Neglect* 27, 431-451;
- ◆ Sheridan M.S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Münchausen Syndrome by proxy. *Child Abuse Neglect* 27, 431-451.
- ◆ Szajnberg N.M., Moilanen I., Kanerva A., Tolf B (1996). Münchausen Syndrome by proxy: Countertransference as a diagnostic tool. *Bulletin of the Menninger Clinic* 60, 219-227;
- ◆ Vennemann B., Bajaanowski T., Karqet B. *et al.* (2005). Suffocation and poisoning. The hard-hitting side of Münchausen Syndrome by proxy. *International Journal of Legal Medicine* 119 (2), 98-102;
- ◆ Zara G. (2005). *Le carriere criminali*. Giuffrè: Milano;