

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOLOGIA GIURIDICA

*Corso di formazione in Psicologia Giuridica, Psicopatologia e
Psicodiagnostica Forense*
Anno 2009-2010

**“La Sindrome di Münchausen per Procura:
il fallimento dell’ambiente primario”**

Dott.ssa Claudia Amici

*“La verità è qualunque cosa di cui la mente sia convinta.
E le condizioni vengono erette da coloro che ci allevano.
Se un altro ci ha plasmato la mente in modo distorto, occorre
trovare la risposta giusta per raddrizzarla.”*
(J. Gregory)

Indice

Introduzione e definizione della Sindrome di Münchausen per Procura	pg.3
PARTE I	
1. La diade madre-bambino	pg. 6
2. La madre: la dinamica ingannevole dell'abuso münchausen	pg. 10
3. Il padre e la famiglia allargata	pg.16
4. Il pediatra e le strutture sanitarie	pg.20
PARTE II	
1. scenario giuridico	pg.23
2. scenario psicoterapeutico	pg.27
CONCLUSIONI	pg.29
BIBLIOGRAFIA	pg.31

INTRODUZIONE E DEFINIZIONE DELLA SINDROME DI MUNCHAUSEN PER PROCURA

La Sindrome di Münchausen per Procura (MSbP) è la creazione intenzionale e deliberatamente simulata di una malattia o dei suoi sintomi in un bambino o in un altro essere dipendente, fatta principalmente per i vantaggi secondari che il tutore trae dall'attenzione associata alla malattia. Il responsabile quindi, “fabbrica” nella vittima i segni o i sintomi di una malattia vera e propria oppure “fortifica” sintomi già presenti.

Nel 1951 Richard Asher descrisse per la prima volta su Lancet una condizione che denominò Sindrome di Münchausen in quanto i soggetti che ne erano affetti riferivano di malesseri e sintomi drammatici assolutamente falsi, proprio come le avventure raccontate dal barone di Münchhausen (1720-1790).

Nel 1977, il pediatra Prof.re Meadow R. (1977) dell'Ospedale di St. James a Leeds (Inghilterra) pubblicò un articolo su Lancet una ricerca nella quale vennero descritti due casi riguardanti situazioni di creazioni di malattie da parte di madri.

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 innumerevoli 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 relativa recrudescenza dei disturbi contestualmente al ritorno in famiglia; il caso si conclude, secondo il racconto del pediatra, con la morte del minore.

La Sindrome di Münchausen per Procura è una forma attiva e particolare di abuso in cui il danno viene ripetuto in numerose occasioni. E' associata a elevata morbilità, può portare a molte ospedalizzazioni delle vittime, determinare lesioni permanenti e in alcuni casi la morte.

Nel 1994 il DSM-IV non si esime dall'esprimere la difficoltà diagnostica di tale sindrome. Nonostante la malattia oggi riceva un'importante attenzione da parte degli addetti

ai lavori, rimane poco conosciuta soprattutto perché i protagonisti di tale comportamento hanno una straordinaria capacità di simulazione.

La sindrome pur soffrendo delle iniziali difficoltà di inquadramento nosografico, ha ottenuto una collocazione scientifica nel DSM-IV che, considerandola espressione di un disturbo del comportamento, la inserisce all'interno del "Disturbo Fittizio per Procura".

Nell'ultima revisione DSM-IV-TR (2001) la sindrome viene così descritta:

"La caratteristica essenziale è la produzione deliberata o simulazione di segni o sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto. Tipicamente la vittima è un bambino piccolo e il responsabile è la madre del bambino. La motivazione di tale comportamento viene ritenuta essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato.[...]".

Molte sono le definizioni che troviamo nella letteratura sull'argomento, nessuna di esse però sembra garantire una diagnosi certa. Il problema principale che si pone è che questa sindrome si esplicita all'interno di una relazione, quella della madre e del bambino, dove lo scopo dell'adulto è quello di ottenere un vantaggio secondario a spese del bambino.

Il suo segno distintivo è la contraffazione cronica, cioè la presenza nella vittima di una patologia medica solo simulata oppure artificialmente indotta per un lungo periodo di tempo che, come conseguenza, ha una varietà di interventi medici, diagnostici e terapeutici inutili, spesso ripetuti in numerosi ospedali e studi medici.

Con il suo comportamento l'autore della simulazione richiama su di sé l'attenzione proprio attraverso i continui rapporti che inevitabilmente crea con il personale sanitario coinvolto. Vanno poi immaginate come una serie di relazioni concentriche che si espandono all'esterno, tutte quelle relazioni confuse e poco chiare tra la famiglia di base, la famiglia allargata e la comunità, oltre a tutte quelle concause come ad esempio i tabù evolutivi e culturali, le influenze sociali, le vulnerabilità biologiche nonché il funzionamento psicodinamico, che rendono estremamente variabile la modalità attraverso cui tale sindrome si esplicita.

Poiché dunque la MSbP è il risultato di vari fattori e poiché è impossibile identificarla prima che si esprima, la sua individuazione non può che seguire linee generiche di definizione. Va inoltre sottolineato che la diagnosi in questo caso è prima di tutto una diagnosi medica e non psichiatrica che viene fatta a partire dal bambino.

Il tentativo che qui cercherò di affrontare è quello di descrivere l'aspetto relazionale della Sindrome di Münchhausen per Procura, partendo dall'epicentro relazionale che coinvolge essenzialmente la diade madre-bambino, includendo via via altri livelli relazionali, come una serie di relazioni concentriche: il padre, le rispettive famiglie d'origine (materna e paterna), le strutture sanitarie.

La realtà della MSbP non ha in sé elementi sufficienti per sorreggersi da sola. Essa ha infatti bisogno di un contesto, di relazioni di riconoscimento sociale del potere e di ricerca della sua approvazione. Secondo alcuni autori il concetto di sottomissione al potere sembra essere il nodo cruciale della costruzione dell'abuso Münchhausen, in quanto ha a che fare con lo spazio entro cui il potere viene conferito, esercitato, riconosciuto e confermato.

Poiché il processo diagnostico diventa il terreno centrale su cui porre domande nei processi civili o penali, il quesito che si pone è come rispondere alla domanda cruciale: "Come sapete che la MSbP è la diagnosi esatta in questo paziente?". Qual è lo scenario giuridico che si presenta in situazioni di MSbP?

Come dimostrare il "fallimento dell'ambiente primario" in cui il bambino assume funzione a sostegno di un ambiente relazionale disfunzionale?

E per concludere, qual'è lo scenario psicoterapeutico appropriato a ripristinare i livelli disfunzionali e di "scompenso sistemico" che si presenta in una situazione in cui gli attori protagonisti, per quanto possono configurarsi in una dualità, in realtà riguardano tanti personaggi come in questo quadro sindromico?

PARTE I

1.

La diade madre-bambino

Gli studi condotti da Bowlby J. (1989) e dei suoi collaboratori hanno evidenziato come il legame iniziale che ogni bambino instaura con la propria madre dipenda da un bisogno innato di entrare in contatto con gli appartenenti alla propria specie. Il comportamento di attaccamento diviene evidente ogni volta che il bambino è spaventato, stanco, malato, e si attua quando riceve conforto e cure.

La bidirezionalità di questo primo scambio consente al bambino lo sviluppo di un senso di sicurezza e fiducia in sé, nonché un rafforzamento della relazione tra lui e l'adulto.

L'immagine di sé che sviluppa un individuo che ha avuto un attaccamento sicuro è di essere una persona amabile, degna di essere amata, con buona autostima, che ha fiducia negli altri (ma non in modo indiscriminato). L'essere autonomo nella relazione, il divenire in grado di allontanarsi dalla famiglia sono strettamente connessi al senso di fiducia in sé e ciò è più facile se si ha avuto una madre responsiva e non invasiva o invischiante.

La condizione di "essere madre" comporta sempre un grande investimento affettivo, come non accade per nessun'altra condizione psicologica, per cui la madre è capace di un grande, grandissimo amore, che può arrivare fino a comprendere il sacrificio. Tuttavia la stessa condizione di "essere madre" potrebbe arrivare a generare anche un violentissimo odio, per cui una madre può arrivare perfino ad uccidere un figlio.

La cura e la crescita dei bambini ha profonde radici evolutive, culturali, sociali e biologiche e l'amore di un genitore verso il figlio non è un fenomeno così scontato. Quando si fabbricano sintomi e si inganna così coscientemente come nella MSbP, si spezza il concetto evolutivo di amore.

Le esperienze infelici di abuso nei primi anni di vita, lasciano la vittima con sentimenti duraturi di inadeguatezza e vuoto, un debole concetto del proprio Io, poca stima di sé, solitudine e incapacità di fidarsi degli altri. Questi bambini per i quali la malattia viene precocemente associata all'amore e alle cure, sono portatori di un "Io contraffatto", non consapevoli cioè della propria contraffazione e dell'origine della stessa (Gullotta G., 1980).

Non mostrano sintomi o indicatori precisi di MSbP che portano ad una diagnosi certa

e inequivocabile, soprattutto nella primissima infanzia. Tuttavia un disagio psicologico più o meno consistente si può esprimere attraverso: instabilità/irritabilità, tratti depressivi, manifestazioni regressive, disturbi di origine psicosomatica (alterazione dell'alimentazione, turbe del sonno, allergie cutanee..), problemi o ritardi nel linguaggio, lentezza o arresto del processo di crescita sia fisica sia psichica, apatia, passività, difficoltà di socializzazione, ecc...

Nella primissima infanzia il bambino si trova nella difficoltà/impossibilità di interpretare correttamente le proprie percezioni che gli provengono dal corpo (malesseri e dolori fisici) o dalla mente (pensieri e comportamenti), in quanto non riesce a distinguere tra le proprie reali percezioni e quelle indotte dalla madre.

I bambini vittime di MSbP vivono in un continuo stato di tensione dato dall'incertezza di ciò che potrà accadere da un momento all'altro, dalla necessità di un costante riferimento alla madre quale fonte di sicurezza e di conferme alle interpretazioni delle proprie percezioni. In tali condizioni, va da sé che lo strutturarsi di un sé poco differenziato impedisce il normale processo di sviluppo e di crescita.

Secondo la teoria degli stili di attaccamento, quando il comportamento è organizzato e orientato, esso può rientrare nella descrizione di tre tipologie o categorie fondamentali (Ainsworth M.D.S., 1979): attaccamento sicuro (detto anche "B"), attaccamento evitante (detto anche "A"), attaccamento ansioso-resistente (detto anche "C"). E' merito di Main M. (1986) e dei suoi collaboratori aver individuato uno stile o modello di attaccamento detto disorganizzato-disorientato (attaccamento "D") la cui caratteristica fondamentale appunto è la mancanza di organizzazione coerente e di orientamento, che si manifesta come una confusa mescolanza di frammenti di azioni, le cui finalità apparenti sono reciprocamente incompatibili o prive di relazioni fra loro.

E' verosimile che la mutevolezza degli atteggiamenti del genitore, ovvero la presenza simultanea di atteggiamenti diversi, induca il bambino a formare rappresentazioni multiple di sé e della figura di attaccamento. Non si tratterebbe infatti della costruzione di due immagini dicotomizzate, positiva e negativa, di Sé e dell'altro, ma della formazione di strutture cognitive interpersonali molteplici, frammentate, in cui l'altro è rappresentato come minaccioso ma anche come bisognoso di protezione, come indisponibile ma anche come accudente, come spaventante il Sé ma anche come spaventato dal Sé.

Con facilità e immediatezza, sin dall'età più precoce, il bambino è in grado di intuire la richiesta sottostante che gli pone il genitore affinché la loro relazione si mantenga tale. Egli

impara ad esprimere il timore di far soffrire il genitore, di dargli un dispiacere qualora non gli venissero mostrati i sintomi di un disturbo o di una malattia e sa che se lo contrariasse, ciò significherebbe procurargli un danno.

Le reazioni genitoriali immaginate da un bambino condizionato così pesantemente come nella MSbP, sono estreme, terrifiche e come tali capaci di determinare irreparabili sconvolgimenti e annientamenti, vale a dire l'abbandono e la morte.

Nello stile di attaccamento "D" il bambino si trova di fronte ad un paradosso affettivo: la persona che lo dovrebbe accudire è la stessa che 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 una iper-attenzione ed una iper-vigilanza sul proprio comportamento e su quello della madre, con il risultato di un bambino sempre spaventato 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.

Nella relazione münchaussiana, si attua un meccanismo che camuffa la perdita di attaccamento tra madre e bambino: la madre si sforza di nascondere questa perdita con una perfetta caricatura della madre amorevole e premurosa, soprattutto in presenza dei medici. Quando la madre riceve complimenti per le sue amorevoli cure che presta al figlio, mentre in realtà è lei che lo sta danneggiando, il suo comportamento viene rinforzato e così continua.

E' questo l'incastro che possiamo definire "paradossale" in cui si trova imbrigliato il bambino vittima. Paradossale è l'unica realtà relazionale che gli garantisce il legame con la figura di accudimento e quindi la sopravvivenza. Paradossale è infine, che egli subisca un abuso sotto forma di cura e protezione.

In sintesi, una classificazione ampia e dettagliata che descrive dieci categorie di metodi tra i più comuni di abuso nella MSbP proposta dallo psichiatra Bools C. N. (1996) è la seguente:

- Soffocamento per ostruzione delle vie aeree
- Avvelenamenti con anticonvulsivanti, oppiacei, lassativi, diuretici, barbiturici, teofillinici, codeina, arsenico
- Avvelenamento con sale, zucchero, acqua
- Manomissione dei campioni da analizzare o delle cartelle cliniche
- Introduzione di frammenti di varia natura nelle basse vie urinarie

- Induzione di febbre con l'introduzione di sostanze immunizzanti
- Drenaggio di grosse quantità di sangue
- Lesioni del cuoio capelluto, degli arti, del volto con spilli o con percosse
- Colorazione della cute (con betadine) per simulare l'itterizia
- Sanguinamenti indotti manualmente o con l'utilizzo di anticoagulanti

I più colpiti sono i neonati o i bambini molto piccoli, ma non è esclusa anche l'età adolescenziale. I piccoli possono subire sia violenza fisica che psicologica, oltre che gli effetti negativi delle indagini diagnostiche e delle terapie non necessarie alle quali vengono sottoposti per un lungo tempo.

2.

La madre: la dinamica ingannevole dell'abuso Münchhausen

Da un punto di vista psicodinamico, la protagonista della Sindrome di Münchhausen per Procura è “una madre che nella sua infanzia è stata incapace di raggiungere lo stadio successivo di sviluppo descritto dalla Mahler, e cioè quello della separazione e dell'individuazione, a causa di genitori squilibrati o di un legame simbiotico con la madre o di un abbandono precoce” (Fisher G. 2001). In quest'ottica, la madre rivivendo la dinamica di cui è stata vittima, trattiene nei suoi residui simbiotici quella che sarà poi la fisiologica fase simbiotica con il figlio neonato. Sarà dunque all'interno di questi spazi intrecciati e parzialmente sovrapposti che ognuno svolge per l'altro la capacità di soddisfare i bisogni, e nell'interscambiabilità del “chi usa chi” che si perderanno nuovamente i confini tra Sé e Altro.

Esecutore del danno è generalmente la figura materna (soprattutto quando ci sono problemi familiari dovuti alla carenza per lontananza fisica e/o psicologica di quella paterna).

E' una donna accomodante, remissiva, dolce verso il bambino. Appare come un genitore esemplare, per definizione insospettabile, una super mamma. Ha una fissazione per malattie e farmaci che dà l'idea di conoscere bene. E' necessariamente apprensiva e trascorre buona parte del suo tempo vicino al letto del bambino o in ospedale dove si trova particolarmente a suo agio.

Solitamente è una donna abbastanza colta, in grado di esprimersi con proprietà, con una preparazione medica di qualche tipo. Sono spesso descritte come donne ben educate, amorevoli e totalmente devote ai loro bambini, collaborative con lo staff medico tanto da elogiarlo eccessivamente. Non appaiono “disturbate” ma al contrario, le loro relazioni con gli altri appaiono assolutamente “normali”. Restano stranamente calme rispetto alla perplessità dei medici di fronte ai sintomi del bambino. Incoraggiano esse stesse lo staff medico, richiedendo maggiori interventi, ulteriori esami, seconde opinioni mediche, accettando di buon grado che il bambino venga sottoposto a esami medici dolorosi, al punto che sembrano provare soddisfazione quando il bambino viene ricoverato.

Il decorso della malattia del bambino è però inspiegabile. I risultati degli esami di laboratorio ad esempio possono essere fortemente inusuali, discrepanti con la storia medica del bambino, fisicamente o clinicamente impossibili.

La fabbricazione e/o l'acutizzazione del sintomo nel bambino può essere attuata attraverso modalità in cui è implicito l'inganno (e non la menzogna) e tra esse viene distinta:

- *L'Omissione*, ovvero il non far sapere qualcosa a chi ha il diritto di saperlo come ad esempio il non dire al medico di una allergia del proprio figlio;
- *L'Occultamento*, nel senso di tenere una condotta che celi attivamente il vero, per esempio il comportamento collaborativo della madre münchhausen con i medici che nasconde il vero interesse di alterare le dosi delle medicine da dare al bambino;
- *Il Fuorviamento*, cioè indirizzare l'attenzione del ricevente in modo da distrarlo da quello che si intende nascondere, per esempio, l'attenzione è rivolta al bambino così da perdere di vista il comportamento manipolativo, dominante e abusante della madre.

Se la menzogna è un'alterazione o falsificazione verbale della verità, spesso perseguita con consapevolezza e determinazione, l'inganno è invece una presentazione falsata della verità ed è attuata in base al gioco delle parti e ai ruoli rivestiti.

La menzogna attiene al contenuto della comunicazione, cioè alla rivelazione di un messaggio che non risulta vero, non corrisponde cioè ai fatti; l'inganno è un comportamento teso a incidere non solo sulle conoscenze ma anche sui comportamenti, le aspettative e le motivazioni degli altri (De Cataldo Neuburger & Gullotta, 1996).

Il contesto relazionale in cui l'abuso münchhausen si verifica può includere sia la menzogna che l'inganno, ma non necessariamente entrambe. Così ad esempio coesistono entrambe quando c'è induzione di segni di malattia in un bambino sano che implica una dannosa e persistente medicalizzazione. Si parla invece di inganno senza menzogna quando si è agito per provocare l'acutizzarsi dei sintomi di una reale malattia del bambino. In altri casi infine può esserci menzogna senza inganno quando si falsifica il racconto circa il reale stato di salute del bambino.

Queste madri sono abili manipolatrici, estremamente convincenti e abili nel fornire spiegazioni plausibili. Tra le ipotesi che sono state fatte sulle motivazioni che portano queste madri a mentire, sono stati tratti tre profili (Feldman, 1994):

- l'inganno nei confronti dei medici: "garanzia" nel tempo di ricevere simpatia e attenzioni;

- l'identificazione proiettiva: la madre proietta nel figlio il suo inconscio desiderio di accudimento, che viene soddisfatto dalle cure che questi riceve;
- la negazione conscia: queste madri mentono per evitare che insorgano sospetti di manipolazioni o vantaggi secondari.

In un suo recente lavoro, Meadow R. (2002) indica un altro fattore addizionale che è stato riscontrato in vari casi analizzati oltre l'intenzionalità di un genitore di causare nel figlio una condizione di sofferenza. L'autore afferma che l'abuso Münchhausen può diventare una perversione della genitorialità che implica il fallimento di amare, tutelare e prioritarizzare i bisogni del proprio figlio.

In un lavoro molto interessante condotto da Rosen et al., (1984), dopo un accurato esame psicodiagnostico con somministrazione dei test MMPI, TAT e Rorschach alle madri abusanti, si giunse all'esclusione di alcun segno di psicosi. I meccanismi di difesa sembravano però fortemente inadeguati, impiegati nel tentativo di compensare alla bassa autostima e nel combattere la sensazione interna di vuoto attraverso la fittizia assunzione del ruolo di madre devota e pronta al sacrificio di sé di fronte ai figli affetti da malattie rare e di difficile individuazione. Ruolo che trova supporto nell'atteggiamento di ammirazione che queste donne suscitano dal personale ospedaliero. La diagnosi finale che sottende la MSbP secondo questo autore è il "Disturbo Narcisistico di Personalità".

In una ricerca analoga, Schreier e Libow (1993) hanno sottoposto dodici soggetti alla WAIS-R, concludendo che queste madri avevano scarsa cultura generale, un livello superficiale di adattamento sociale e di comprensione di concetti astratti sottostanti il mondo sociale.

I risultati dell'MMPI su nove soggetti indicavano uno stile difensivo rigido con sottostante sospettosità, marcata immaturità, ribellione, perdita di conformità sociale, caratteristiche ostili e aggressive represses, stile relazionale superficiale, tendenza a nascondere sentimenti negativi con una maschera rigidamente positiva, deboli capacità di intimità e reciprocità con gli altri.

Infine, il TAT su otto soggetti aveva rivelato una minima capacità di investire in altre persone; senso di causalità minimamente sviluppato nella realtà; una buia visione del mondo; predominanza di tematiche di perdita e di tristezza. La chiusura e la negazione apparivano i

meccanismi di difesa privilegiati e i soggetti sembravano essere fissati su associazioni di esperienze dolorose, forse di abuso.

Il test Rorschach è stato eseguito solo da quattro soggetti. I risultati, coerenti con i dati ricavati dall'MMPI e dal TAT, indicavano lacune a livello cognitivo, l'utilizzo di meccanismi difensivi primari, difficoltà nel modulare emozioni, rifiuto dell'affettività e inclinazione ad atteggiamenti passivo-aggressivi. Particolarmente interessante è che tutti i pazienti hanno mostrato difficoltà alla tavola 4, la tavola paterna, avvalorando così l'ipotesi che queste donne abbiano avuto esperienze di privazione (dal punto di vista affettivo) e disincanto (in seguito ad abusi) in relazione a figure maschili che rivestono un ruolo importante per loro.

Anche secondo questi autori, questi pazienti non potevano essere classificati come psicotici nonostante fosse presente un disordine del pensiero. Essi dichiarano una difficoltà nel definire una chiara categoria diagnostica per questi pazienti, e rimandano ad una classificazione di tre quadri psicopatologici definendoli:

- "*Help seekers*": sono madri ansiose e depresse che chiedono, attraverso il figlio "malato", che il medico le aiuti a sostenere la responsabilità genitoriale.
- "*Doctor addicts*": sono madri con personalità paranoide, convinte che il figlio sia malato nonostante ripetuti esami o viste che dimostrano il contrario. Si limitano a riferire al medico storie cliniche falsificate o falsi sintomi recenti.
- "*Active inducer*": si tratta di persone depresse o psicotiche che cercherebbero, attraverso l'induzione di malattia nel figlio, di controllare il rapporto con il curante e nello stesso tempo apparire "eccezionalmente devote".

Fisher G.C. (2001) tenta di associare i suddetti disturbi alla fase simbiotica descritta dalla Mahler, quella della relazione simbiotica tra genitore e figlio, affermando che è la relazione non risolta dello stadio simbiotico non riguarda la madre con il figlio quanto la madre nel suo essere stata figlia. La trascuratezza verso il figlio nel soddisfacimento dei suoi bisogni, rappresenta per queste madri un "modello operativo interno" che non hanno acquisito e che quindi non sanno riconoscere come appropriato.

Fisher G.C. (2001) afferma che la maggior parte di queste persone in linea generale, ha il terrore dell'isolamento, dell'abbandono, della solitudine, e una paura esistenziale di

dissoluzione personale. Tra i Disturbi di Personalità che caratterizzano i genitori con MSbP egli individua:

- le “*personalità istrioniche*”: mostrano al mondo un insieme di facciate in continuo cambiamento, anche se dentro di sé sono vuote. Secondo la teoria della dinamica, gli individui istrionici hanno sofferto di disapprovazione e inadeguatezza nel primo rapporto madre-figlio e in un secondo tempo si sono rivolti ai padri (i medici?) per avere cure e protezione, usando tutte le loro manifestazioni ed espressioni più drammatiche ed emotive.

- le “*personalità borderline*”: vivono in un mondo di estrema paura e non sopportano la solitudine, mettendo in atto una serie di atti autodistruttivi e vivono relazioni intense, pregne di manipolazione, dipendenza e svalutazione. Da un punto di vista psicodinamico hanno provato un senso di frustrazione nelle primissime relazioni con il genitore e lo inseriscono nei futuri desideri di autodistruzione, o lo proiettano alla ricerca disperata di un nuovo tutore (il medico o l’assistente sociale?).

- nell’ “*individuo depresso*” la depressione è di per sé la reazione dell’ego alla perdita di un oggetto o di un ideale interiore. L’ansia e la rabbia vengono rivolte su sé stessi. Potrebbero le persone depresse tentare di sostituire l’oggetto e gli ideali persi tramite il figlio?

E’ chiaro a questo punto quanti siano i fattori che sostengono una MSbP e che tutte le ricerche o interpretazioni psicodinamiche, i risultati psicodiagnostici e quant’altro, non rappresentano altro che tante sfaccettature di una stessa medaglia.

Tra i fattori di rischio per le madri, riconosciuti come i più frequenti nei casi di abuso münchausen, vengono elencati i seguenti (Zara G., 2005):

- 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 nella madre
- Un risentimento nei confronti della salute e del benessere del figlio
- Un’intenzione di bloccare l’indipendenza del figlio
- Un tentativo perverso di fuggire, attraverso l’abuso sul minore, dell’infelicità coniugale o degli stress della vita

- Una forma di piacere derivata dalla manipolazione dello staff medico e di alcuni aspetti della medicina

Sempre secondo Zara (2005) i fattori che sembrano rinforzare la persistenza dell'abuso münchhausen sono identificabili in:

- Una ricerca ossessiva di un bisogno di attenzione da parte del personale sanitario, dei medici e dei familiari;
- Un aumento dell'aggressività con il passare del tempo;
- Un rinforzo gratificante derivante dal successo ottenuto nel manipolare i medici (duplice circolarità dell'inganno): ottenere cioè gratificazioni nel sapere che cosa c'è che non va nel bambino quando i medici, invece, continuano a rimanere disorientati e ignari;
- La paura di tornare a casa e di stabilire una normale routine, perché timorosi di andare incontro alla solitudine e all'isolamento;
- La paura di essere abbandonati e che il bambino venga dimesso dall'ospedale può agire da trigger nello scatenare un nuovo attacco nel minore, con il rischio di un'escalation nella serietà dello stesso;
- L'essere osannato e riconosciuto come un eroe per aver salvato la vita al proprio figlio può ingenerare situazioni di induzione di sintomi di malattia nella vittima al fine di ricreare condizioni euforizzanti ed energizzanti il proprio Sé.

E' chiaro, a questo punto, quanto le maglie restino purtroppo ancora troppo ampie per poter garantire una categoria diagnostica ben definita, al fine di poter "smascherare" in tempi precoci la capacità di inganno di cui queste madri sono "portatrici sane".

Bisogna però apprezzare tutte le ricerche ad oggi condotte, le quali comunque hanno introdotto un dubbio nella competenza materna che non sempre corrisponde a ciò che culturalmente ci si aspetta.

3.

Il padre e la famiglia allargata

“Nessun comportamento umano è isolato, isolabile o statisticamente insignificante rispetto ad un qualsiasi fenomeno globalmente considerato (aspetto macrosociale). Non si può prescindere da questo aspetto, nella misura in cui i meccanismi difensivi quali scissione, negazione e identificazione proiettiva, una volta appartenenti solo alla psiche individuale, ora fanno parte anche del sociale, con tutto ciò che la loro messa in atto implica a livello di incremento di condotte violente e di atteggiamenti alieni” (Fornari, 2004 pp.195-196).

Tra gli indiscutibili meriti che vanno riconosciuti al lavoro di ricerca e di intervento terapeutico effettuati dal '60 in poi presso il Mental Research Institute di Palo Alto, va ricordato fra tutti, la concezione della patologia umana, come espressione di un disturbo delle relazioni comunicative nel sistema familiare.

Secondo questa prospettiva, il sintomo acquista una sua leggibilità allorché viene ridefinito in termini di “metafora di relazione”. In questa ottica, le relazioni familiari si pongono come contesto elettivo entro il quale comprendere, attraverso lo studio delle regole comunicative, il comportamento patologico dei suoi membri. Pertanto, l'accento è posto sui processi di mantenimento della “disfunzionalità” ed, in particolare, sulla concezione “omeostatica” del funzionamento nei sistemi umani.

Il riconoscimento di una multiproblematicità nel sistema familiare può fornire elementi significativi nell'iniziazione e nella strutturazione di forme di abuso münchhausen ripetute, aggravate e persistenti. L'abuso non può essere infatti studiato solo in riferimento alla dualità persecutore-vittima, in quanto essa si verifica all'interno di un contesto più o meno disfunzionale, in una famiglia più o meno problematica, in relazione ad un network dove diverse persone direttamente o anche solo indirettamente possono facilitare, rinforzare e mantenere o subire l'abuso e le sue conseguenze.

Il contesto familiare sembrerebbe infatti svolgere un ruolo significativo, se non nel causare, almeno nel favorire e mantenere un pattern münchhausen (Griffith J.L., 1988). In quasi tutti i casi osservati in letteratura, l'abuso avviene in un'abitazione dove coabitano entrambi i genitori della vittima. E' meno probabile che una madre che abita da sola metta in atto tale abuso, e lo stesso sembra accadere nei casi di padri single.

La MSbP è chiaramente la manifestazione di un sistema familiare patologico al cui interno, le dinamiche intersoggettive hanno una connotazione di invischiamento ossessivo. Dietro questa sindrome, non c'è odio nei confronti del bambino, ma piuttosto una sorta di amore patologico, non tanto per il bambino in sé, ma per la situazione che esso con la sua presenza genera.

Secondo la teoria strutturale di S. Minuchin (1976) affinché una famiglia abbia un buon funzionamento, i confini tra i sottosistemi debbono essere chiari. Per “confini” l'autore intende quella serie di regole che definiscono chi partecipa e come, al sistema famiglia. Così si parla di sistema genitoriale e di sottosistema figli: la chiarezza dei confini è parametro di valutazione del funzionamento del sistema.

Ogni famiglia può essere collocata in una posizione entro un continuum che sta tra i due poli rappresentati rispettivamente dai due estremi: confini diffusi (invischiante) o eccessivamente rigidi (disimpegnate). Il grado di patologia del sistema è definito in base al livello di collocazione su questo continuum.

Nel caso della MSdP è chiaro che si parla di una famiglia estremamente invischiata in quanto la sua manifestazione sostiene tutto un sistema dai confini estremamente diffusi, dove la “malattia” del bambino richiama e convoglia tutte le energie e le attenzioni dei membri che ne fanno parte.

Come detto sopra, la madre sviluppa una sorta di delirio di cura che presuppone l'esistenza di una malattia che sarà lei stessa a creare ottenendo, come tornaconto narcisistico secondario, gratificazioni conseguenti al successo delle sue attività manipolative esercitate sui familiari, medici e personale sanitario.

La donna costruirà così, uno pseudo-equilibrio sostenuto dal pensiero onnipotente, in cui potrà sentirsi dispensatrice di vita e di morte, ma anche godere indirettamente dell'ammirazione e del rispetto di coloro che la circondano in merito alla sua competenza, alla devozione, allo spirito di sacrificio con cui si dedica al figlio “malato”. Trionferà quindi sul proprio partner che, nella letteratura in proposito, viene sempre definito come assente psicologicamente e concretamente, poco incisivo, incapace di smascherare l'inganno perpetrato dalla madre del proprio figlio (Merzagora Betsos I., 2003).

E' da tenere presente che in situazioni definite normative sia la madre a seguire la malattia del figlio, ad accompagnarlo alle visite o agli esami, a stare con lui nei ricoveri ospedalieri. A parlare con il medico di solito è uno solo dei due genitori, mentre l'altro,

ovvero il padre, interviene solo in particolari momenti o fasi della malattia del figlio come nel caso ad esempio di impedimento della consorte. Non necessariamente si tratta quindi di noncuranza da parte del padre, ma più spesso di una organizzazione logica di ruoli e funzioni.

Nel caso della MSbP va quindi fatta attenzione alla presenza di una collusione laddove essa dipenda da una dipendenza del marito alla moglie a causa di un mancato equilibrio nel rapporto di coppia, o che sia conseguenza ad una sorta di patologia a due in cui entrambi si trovano, più o meno volontariamente, ad innescare una MSbP.

La ricerca clinica su queste tipologie di famiglie evidenzia come i genitori siano persone con bassi livelli di autostima, grosse difficoltà nei rapporti interpersonali, diffidenti nei confronti delle novità.

Per i suoi meccanismi di difesa personali il padre può nascondere a se stesso dubbi e perplessità, negando l'evidenza di ciò che gli capita di percepire rispetto al figlio e, pensando di essere del tutto estraneo alla questione, in particolare all'induzione di malattia, rischia di procrastinare o ostacolare ancora di più gli interventi necessari da operare su madre e bambino.

Il primo assioma della pragmatica della comunicazione umana asserisce che ogni comportamento è una comunicazione e che a sua volta non può che provocare una risposta consistente in un altro comportamento-comunicazione (Watzlawick P. et al. 1971).

Secondo questa ipotesi si arriva ad un'altra ipotesi: le famiglie presentanti dei comportamenti diagnosticati tradizionalmente come "patologici" in uno o più membri, essi si reggono su un tipo di transazioni, e quindi di regole, peculiari a quel tipo di patologia, e che i comportamenti-comunicazione e i comportamenti-risposta avranno caratteristiche tali da mantenere le regole e quindi le transazioni patologiche. In quest'ottica quindi, i comportamenti sintomatici non sono altro che parte delle transazioni peculiari di quel sistema, ma è bene sottolineare che il portatore del sintomo non è causa del comportamento degli altri membri, bensì esso agisce sul sistema ma è anche influenzato dalle comunicazioni che gli vengono da quel sistema (M. Selvini Palazzoli, e coll. 1975).

Un altro contributo importante che va al di là della diade madre-bambino, o perlomeno che ci permette di codificare questa modalità relazionale patologica in una dimensione più ampia ma che la sottende, riguarda la trasmissione intergenerazionale dei

modelli o trame familiari, quali script acquisiti facenti parte di un modello familiare “specie specifico”.

I “copioni familiari” possono essere definiti come “le aspettative condivise dalla famiglia, di come ruoli familiari devono essere rappresentati in vari contesti”. Il termine “aspettative” implica l’anticipazione di ciò che deve essere fatto, così come le pressioni familiari a impersonare i ruoli nel modo previsto, tanto che se un membro fallisce nel rappresentarli e metterli in atto secondo le modalità prescritte, un altro membro può essere reclutato per quel ruolo (G.C. Zavatini, 1998).

La nascita di un figlio rappresenta un momento di passaggio generazionale ricco di emozionalità con un forte riconoscimento sociale. Immaginiamo quindi come questo momento amplifichi una comunicazione intrafamiliare tutta incentrata sul nascituro da parte degli attori che ruotano attorno al nuovo nucleo familiare in divenire, nel rinforzare soprattutto il ruolo materno, e indirettamente quello paterno. Ecco che le aspettative cominciano a manifestarsi implicitamente ma anche esplicitamente.

E’ nel momento in cui la neo-madre comincia a sentire di “avere un ruolo”, un riconoscimento e quindi un senso proprio nella funzione di accudimento del figlio, che la sua identità inizierà a strutturarsi nell’immagine della madre accudente che potrà dare il massimo di sé nei momenti di malattia del figlio, quando tutti la interpellano per avere notizie sulla sua salute.

Quanto possa essere gratificante questo tipo di attenzioni che la madre riceve, quanto le aspettative siano inconsciamente “seduttive” nel poter far emergere una competenza che questa madre non ha altro modo di soddisfare, quanto tutto questo possa generare una sorta di proiezione di una realtà idealizzata, quanto, a questo punto, le spinte evolutive del bambino si trasformeranno in segni di malattia che solo lei potrà vedere e curare, in una escalation dove la relazione con il figlio per lei e purtroppo, in alcuni casi, per tutta la famiglia rappresenta una sorta di vincolo delirante e invischiante.

Con questo ovviamente, non si afferma che tale dinamica sia una regola per l’emersione di questa sindrome, ma purtroppo molte di queste interazioni patologiche che si possono generare all’interno delle famiglie, possono essere riconducibili ai fattori sopra descritti.

4.

Il pediatra e le strutture sanitarie

Come abbiamo visto sino ad ora, caratteristica essenziale della sindrome è la modalità patologica di indurre e provocare una malattia nel bambino da parte di una madre verso il proprio figlio. Appare chiaro ed evidente come la punta dell'iceberg di questa sindrome non è che il risultato prodotto o indotto: il sintomo

Per essere visibile e per svolgere la sua funzione, il sintomo deve essere denunciato, o meglio, avere una sua visibilità. Il pediatra e le strutture sanitarie sono quindi le prime fonti esterne che vengono convogliate e coinvolte nella fitta trama della dinamiche relazionali münchaussiane.

Quando nasce un bambino, è prassi che la madre scelga il pediatra che seguirà la crescita e lo sviluppo del figlio, ed è a lui che la stessa farà riferimento per tutto ciò che riguarderà l'aspetto della sintomatologia.

Meadow R. (1984) indica con il termine "follia a due" le dinamiche bidirezionali che si instaurano tra medico e abusante e che condizionano e permettono il realizzarsi del circolo vizioso in cui la madre provoca lesioni al figlio per simulare la malattia, e il medico aumenta sofferenze e danni per diagnosticare la malattia attraverso indagini sempre più complesse e traumatiche.

Questo tipo di collusione è chiaro che si fonda sul "voler apparire bravi" sia da parte del genitore abusante, ma anche da parte del medico e/o dell'operatore sanitario in relazione alla miglior cura o al miglior intervento da applicare al piccolo paziente. Ma è anche chiaro che se per la prima il movente è l'inganno, per il secondo il movente è il voler dimostrare la propria competenza e professionalità.

Presto o tardi, in relazione alla complessità del singolo caso o alle caratteristiche del medico, si giunge inevitabilmente ad un punto di stallo dal quale si potrà uscire solo includendo nel ventaglio delle probabilità della diagnosi differenziale la presenza di MSbP.

E' ovvio quanto diventa quindi fondamentale la valutazione che il medico dovrà effettuare rispetto alla gravità del sintomo riferito dalla madre, affinché sia precocemente individuato il danno inferto al bambino e affinché possa essere diagnosticata precocemente una MSbP.

Thomas K. (2003) propone in una tabella riassuntiva, quelli che possono essere gli elementi di sospetto di MSbP di cui il medico deve essere a conoscenza, affinché egli possa continuare o meno un certo iter diagnostico.

I segni di sospetto sono dunque:

- Insieme di sintomi che non hanno senso
- Bambino che si presenta con uno o più problemi medici che non rispondono alla terapia o che seguono un andamento non usuale e inspiegabile
- Ripetute ospedalizzazioni con esami molto approfonditi che non hanno portato alla diagnosi
- Sintomi preoccupanti e non concordanti con lo stato di salute del bambino
- Esami di laboratorio o fisici altamente inusuali o in disaccordo con la storia o clinicamente impossibili
- Segni e sintomi che scompaiono quando il bambino viene allontanato da chi si prende cura di lui
- Anamnesi familiare con fratelli affetti da sintomi simili o deceduti per cause sconosciute
- Sintomi o episodi di cianosi, apnea near-miss o convulsioni che non vengono mai osservati da altri, se non da chi accudisce il bambino
- Multiple “resuscitazioni” in un bambino che non ha problemi cardiaci o polmonari

E’ importante sottolineare come la collusione si attua non solo nel momento in cui il medico si affida alla “competenza” materna riguardo la malattia del figlio, ma anche sulla valenza che ha per la madre l’atteggiamento di rinforzo positivo sulla qualità della competenza stessa, da parte del medico inconsapevole.

Le manifestazioni sintomatologiche possono essere delle più svariate: respiratorie, gastrointestinali, ematiche, dermatologiche, oftalmiche, allergiche, otorinolaringoiatriche, renali, ecc...

Tra i sintomi osservati o riferiti che rientrano più spesso nella MSbP, Sheridan (2003) individua: apnea, anoressia, diarrea, crisi convulsive, cianosi, disturbi del comportamento, asma, allergie, febbre, dolori, infezioni varie e sanguinamenti.

Molti riferimenti si trovano in letteratura a proposito delle motivazioni e della personalità di chi perpetra la MSbP, ma pochissimo delle motivazioni e della personalità del medico che inconsapevolmente collude.

In linea di massima, vengono chiamati in causa variabili sia di ordine sociale che professionale: le aspettative sociali nei confronti della scienza medica che deve risolvere tutti i problemi diagnostici e curare tutte le malattie, la competizione tra medici all'interno delle organizzazioni, il timore di sbagliare e di mal figurare di fronte ai colleghi, ecc...

E' bene ricordare come, nel momento in cui il perpetratore non si sente soddisfatto dalla diagnosi, il medico viene rimpiazzato con estrema facilità. Immaginiamo quindi quanto il nuovo medico si senta investito di aspettative su una diagnosi esatta. Il medico diventa colui che si appassiona al caso clinico e che viene fuorviato dal desiderio di una diagnosi eccellente, ma è anche una personalità sufficientemente vulnerabile e condizionabile, tanto da lasciarsi influenzare dal genitore che quasi lo costringe alla complicità nel mantenimento e nella progressione della falsificazione.

PARTE II

1.

Scenario giuridico

L'ASPAC (2002), *American Professional Society on the Abuse of Children*, ha utilizzato la definizione di “disturbo fittizio per procura” (*fictitious disorder by proxy*, FDbP) del DSM-IV-TR (2001), combinandola con la diagnosi di abuso infantile per meglio stabilire i criteri di MSbP, definendo l'abuso del bambino una *pediatric condition falsification* (PCF) che può essere o meno associata con FDbP. L'ASPAC specifica nelle linee guida che sia FDbP sia PCF devono essere entrambi presenti nella diagnosi di abuso MSbP. Una “condizione pediatrica falsificata” (PCF), causata con intenti diversi dalla soddisfazione di bisogni psicologici non è considerata MSbP, ma deve essere considerata comunque come abuso infantile.

Secondo Parnell T.F. e Day D.O. (1998) una diagnosi di abuso MSbP può essere effettuata solo quando una molteplicità di situazioni, segnali e fattori di rischio sono presenti in modo sistematico e ricorrente. Il focus deve essere quindi, la situazione e il processo di mantenimento e aggravamento della stessa.

Le persone affette da sindrome di Münchausen per procura si trovano, sia dal punto di vista legale che dal punto di vista medico, in una condizione particolare e bizzarra. Infatti, perché la sindrome sia riconosciuta è necessario che si sia verificato un comportamento di tipo criminale, e il comportamento criminale è interpretabile solo sulla base della sindrome.

Nel momento in cui viene fatta una diagnosi di MSbP si procede per la denuncia giudiziaria agli organi competenti e pertanto si verifica l'intervento immediato da parte del giudice. Svolte le necessarie indagini e in occasioni di particolare urgenza (laddove cioè si profili un pericolo per l'incolumità del minore o una possibile serialità), il giudice provvede a emanare provvedimenti a tutela della salute del minore. In esse troviamo la possibilità di limitazioni, restrizioni o un controllo stretto non solo nell'assistenza del genitore al figlio, ma anche più in generale della sua vicinanza o coabitazione.

Tuttavia, c'è anche da considerare la possibilità di allontanare il genitore dal bambino e questo resta, senza dubbio, il miglior test diagnostico veramente valido. C'è in tal caso però da considerare il trauma emotivo che il bambino subirebbe a causa della

separazione sia dal genitore abusante sia dal sistema fratelli/sorelle, ma è ovvio che se confrontato con la continuazione dell'abuso da una parte e lo sbaglio per aver escluso la diagnosi dall'altra, l'allontanamento è il minor male inferto.

Al riguardo, l'art. 330 c.c. dispone che “il giudice può pronunciare la decadenza della potestà quando il genitore viola o trascura i doveri ad essa inerenti o abusa dei relativi poteri con grave pregiudizio del figlio. In tale caso, per gravi motivi, il giudice può ordinare l'allontanamento del figlio dalla residenza familiare”.

Una volta decisa la strategia migliore per l'esclusivo e superiore interesse del minore, si procede con il “processo investigativo” attraverso cui l'investigatore deve trovare gli elementi comprovanti il crimine. A tale proposito Meadow R. (1982) propone una lista di nove segnali ammonitori quali elementi che rappresentano una sorta di lista di verifica investigativa:

- Malattie inesplicabilmente persistenti o ricorrenti
- Segni o sintomi incongrui rispetto alla salute globale del bambino o ai modelli noti di malattia
- Modelli atipici di malattia sconosciuti persino a medici con una lunga esperienza
- Sintomi e segni che cessano quando il bambino è separato dal perpetratore
- Una madre che è particolarmente premurosa e che non si allontana dal letto del figlio
- Il bambino non riesce a tollerare nessun trattamento, soprattutto a causa del vomito
- Un disturbo “molto raro”
- “Belle indifferenza”: la madre che non sembra preoccupata quanto lo staff professionale
- Crisi convulsive che non rispondono a livelli adeguati di anticonvulsivanti

E' importante reperire una lista completa di tutti i ricoveri ospedalieri e dei sintomi e delle cure fornite, le impressioni di altri medici che hanno avuto in trattamento il bambino e la relativa documentazione delle difficoltà diagnostiche o di incapacità dello staff, di effettuare una diagnosi definitiva sul problema insolito o persistente descritto dal genitore e che non risponde al trattamento.

Ma le fonti non possono essere essenzialmente solo di tipo medico seppur esse siano fondamentali e prioritarie. Si è parlato di fallimento dell'ambiente primario, della collusione del genitore non perpetratore (direttamente o inconsapevolmente) e del ruolo delle famiglie d'origine nel mantenere e supportare, se non nell'attivare inconsapevolmente e indirettamente la MSbP. Sono queste infatti, altri tipi di fonti importantissime relative all'anamnesi sistemico-relazionale entro cui la sindrome si definisce, si struttura e si perpetra.

Da un punto di vista penalistico, le manifestazioni dei comportamenti münchaussiani vengono inseriti nella fattispecie di cui all'art. 572 c.p. che disciplina il reato di maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli e che recita:

1. Chiunque [...] maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni 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.
2. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, 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 dai dodici ai venti anni.

L'oggetto più controverso rispetto all'inquadramento penalistico è relativo ai casi in cui l'abuso münchausen provoca la morte della vittima. La violenza, il maltrattamento, l'abuso e l'omicidio, nella sua forma di neonaticidio e infanticidio (che sono le tipologie delittuose coerenti con le problematiche analizzate in questo lavoro) sono concretamente offensive dei beni della vita e dell'incolumità fisica e psicologica della persona.

Pertanto "Chiunque cagiona la morte di un individuo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno" (art. 575, c.p.): oggetto tutelato è la vita umana che nel rispetto dei principi costituzionali (cfr. art. 2 Cost.) non è di esclusiva pertinenza del singolo, ma appartiene all'intera collettività, in quanto risulta avente una rilevanza superindividuale".

L'art. 578 c.p. recita che "la madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono morale e materiale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni". Si deve considerare che in assenza delle condizioni previste da questo articolo (ex art. 578), la madre che uccide il feto o il neonato risponderà di omicidio volontario.

Va inoltre aggiunto che la giurisprudenza non ha ritenuto configurabile il delitto di infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale, ma quello di omicidio volontario sia nel caso che la morte sia stata cagionata oltre i due giorni dal parto, sia qualora lo stato di abbandono materiale e morale sia stato volontariamente creato e mantenuto col fine precipuo di farne derivare la morte.

Per concludere, non sempre la madre affetta da MSbP sconta la pena prevista dalle vigenti leggi perché, secondo la Corte d'Assise di Milano, 26 maggio 1987:

“Quando le deviazioni patologiche della personalità sono talmente gravi da assurgere al rango di malattia mentale, deve ritenersi non imputabile quel soggetto che, in una situazione emotiva particolarmente coinvolgente e per effetto delle deviazioni della personalità di cui soffre, commette un fatto criminoso, anche se la sua non imputabilità sia solo transitoria.

“ Sussiste il vizio totale di mente ove l'imputato abbia posto in essere una condotta crudele, irrazionale palesemente non preordinata per di più destinata ad essere immediatamente scoperta. Si ha vizio totale di mente ove vi sia una apprezzabile alterazione della mente, anche temporanea, conseguente ad uno stato morboso o patologico anche se non è esattamente definibile dal punto di vista clinico o morboso o patologico o diagnostico, che privi l'agente della facoltà di esercitare correttamente le funzioni intellettuali e volitive. Il verificarsi del parto ove questo sia caratterizzato da assoluta eccezionalità sia per la personalità dell'imputata, impreparata ad affrontarla ed accettarla in rapporto ad una situazione di emergenza, unitamente alla condotta tenuta nei mesi precedenti di infantile e autosuggestiva negazione della gravidanza, autorizza il giudice a ritenere sussistente l'ipotesi di alterazione psicologica” (Corte d'Assise d'Appello di Milano, udienza del 2 marzo 1988).

2.

Scenario psicoterapeutico

Lo scenario psicoterapeutico rappresenta l'aspetto più controverso e dibattuto per tanti motivi tra i quali ad esempio la scuola di pensiero (dalla psicodinamica, la cognitivista, la sistemico-relazionale e quant'altro) o il momento in cui inserire l'intervento (quando viene fatta la diagnosi; quando c'è l'allontanamento del minore, ecc..). Non c'è a tutt'oggi accordo su quale tipo di trattamento sia elettivo.

Gli scenari sono dunque molteplici e diversificati. La presa in carico può essere rivolta sia al bambino che alla famiglia. Si può effettuare una psicoterapia individuale per il bambino e una terapia della famiglia (nei casi di separazione o divorzio l'intervento può essere rivolto ai due nuclei familiari).

Ancora, nei casi di bambini molto piccoli, in età prescolare, la terapia può consistere in incontri con la coppia madre-bambino o padre-bambino. Questo tipo di intervento viene suggerito soprattutto quando il bambino deve recuperare il rapporto con un genitore o quando i genitori devono essere aiutati ad acquisire una loro competenza genitoriale.

Tortolani D. (1991) evidenzia come sia estremamente difficile immaginare un tipo di trattamento nei casi di MSbP poiché la prognosi familiare risulta in genere negativa per la presenza non solo di madri psicotiche o borderline, ma per la presenza di patologia psichiatrica in entrambi i genitori che colludono nel proiettare sul figlio le loro erronee convinzioni mediche per non affrontare i disagi psichici individuali e di coppia.

A tale proposito, l'autore individua alcune precise cause relazionali di questa sindrome tra cui: patologia psichiatrica latente nella madre, collusione paterna, madri ipersollecite ai bisogni del figlio, madri simbolizzanti, conflitto di coppia negato, pseudocultura medica, utilizzo a scopo di indennizzo.

Abbiamo precedentemente descritto la funzione che assume l'abuso münchausen sia da un punto di vista diadico, sia da un punto di vista delle sue ripercussioni su un piano sistemico-familiare. Secondo quanto detto l'MSbP è regolatore dell'intimità di coppia, regolatore dell'intimità e del potere tra la madre perpetrante e la propria madre, bilanciatore delle fedeltà alla famiglia nucleare e alla famiglia di origine, con il risultato di ottenere supporti emotivi della famiglia e di proteggere i ruoli familiari che prescrivono il dominio e la sottomissione delle relazioni familiari.

Per quanto riguarda l'approccio sistemico-relazionale l'orientamento è quello di leggere l'abuso münchhausen in termini relazionali, nella sua rappresentazione entro matrici familiari e sociali che si esplicitano attraverso modalità inconsce di passaggio generazionale.

L'obiettivo terapeutico viene posto quindi in termini di "responsabilità" della relazione, l'essere vicino all'altro nel momento di difficoltà, riconoscendo l'errore, anche quello involontario. La sfida implicita è dunque quella di "rilanciare" la relazione con l'altro.

Quando c'è però una grave psicopatologia individuale del perpetratore, la "perizia" del sistema familiare può aiutare a descrivere il processo o la cultura nelle quali sono sorte le contraffazioni, ma la terapia familiare in questi casi può essere relativamente controindicata finché l'autore dell'abuso non sarà adeguatamente curato. Per esempio, una grave malattia depressiva o una psicosi devono essere trattate principalmente su base individuale. Individui con un grave disturbo di personalità possono essere così manipolativi e distruttivi verso i tentativi di cura attuati con la terapia familiare che questa è chiaramente controindicata.

Quando invece la contraffazione nasce dal funzionamento del sistema familiare di per sé, è indicata una "perizia" tempestiva della famiglia. Se questa evidenzia che la "malattia" ha un ruolo speciale nel sistema familiare, in quanto rappresenta il sentiero primario che guida le contraffazioni, allora la terapia familiare o coniugale dovrebbe essere tentata, ma intrapresa solo quando la situazione è giudicata sicura da un punto di vista pediatrico e della protezione all'infanzia.

L'approccio migliore per evitare e contenere i rischi anche a lungo termine è reputato quello di un programma terapeutico integrato, con intervento non solo di psicologi e psichiatri, ma anche di pediatri e professionisti delle agenzie di protezione dei bambini.

La programmazione deve essere sempre articolata in diversi livelli: teorico, analitico, metodologico e applicativo. Per capire, controllare e prevenire i casi di abuso münchhausen si richiede coordinamento, multidisciplinarietà e contestualizzazione dell'abuso alla realtà socio-psicologica del perpetratore, delle vittime, del sistema familiare e sociale, entro cui l'abuso si reitera e si aggrava.

CONCLUSIONI

Da quanto detto in questo lavoro, si evince tutta la complessità di un quadro sindromico estremamente complesso ed articolato. Si è parlato di una forma di abuso le cui modalità espressive sono ampie ed estremamente diversificate.

E' una sindrome riconosciuta relativamente di recente, molto lavoro deve essere ancora fatto per comprendere le dinamiche sottostanti il comportamento münchaussiano e per sviluppare modelli di trattamento validi sia per l'abusante sia per la vittima che per l'intera famiglia.

Si è parlato di una relazione, quella tra madre e figlio, in cui l'espressione vincolante di nutrimento è fondata sull'unica possibilità di esserci da parte del bambino, quello dell'essere malato.

Da ciò si è tentato di trarne una definizione diagnostica che non è, a tutt'oggi, del tutto esaustiva, sia per le molteplici espressioni da un punto di vista strettamente medico (i segni o i sintomi fisici o psichici vengono inflitti), sia per la molteplicità di espressioni psicopatologiche che intervengono come variabili condizionanti la relazione duale madre-bambino, sia ancora per tutti gli aspetti che abbiamo individuato come collusivi da parte della figura paterna, della rete familiare, sociale, culturale e quant'altro.

Per tentare di rispondere alle domande che sono state obiettivo principale di questo lavoro bisogna quindi tener presente che ogni singolo caso è specie-specifico, proprio per la complessità e soprattutto per la variabilità che rende un sistema di relazione (sia esso duale sia esso più ampio) così unico e irripetibile.

Gli strumenti di verifica relativi all'individuazione di questo quadro sindromico come abbiamo visto sono molteplici ma tutti hanno come punto di partenza l'intuito e l'indubbia capacità e preparazione del medico, o dello staff ospedaliero, che si trova in primis in contatto con la "malattia" del bambino.

Da questa prima fase di inquadramento, tutto ciò che ne consegue è una verifica e un approfondimento di tutte le variabili che caratterizzano il livello qualitativo e quantitativo del "fallimento dell'ambiente primario" da cui il minore deve essere salvaguardato.

La Sindrome di Münchausen per Procura può essere a tutti gli effetti considerata un abuso sui minori che deve essere compresa in un contesto.

I contesti più rilevanti sono psicosociali (è una forma di inganno), legali (è una forma di abuso) e medici (è necessario applicare alla MSbP gli stessi criteri diagnostici che si applicano a qualsiasi altra entità la cui presenza deve essere inclusa o esclusa).

La MSbP deve essere attentamente distinta da altre diagnosi, comprese altre forme di abuso e negligenza, da una vera malattia per la quale l'insistenza del genitore è giusta, dalla sindrome del bambino vulnerabile e da disturbi causati da problemi sociali. La MSbP deve essere capita come una gamma di disturbi, che vanno dalla lieve esagerazione all'induzione letale.

Per concludere, la squadra multidisciplinare che opera per l'individuazione e la cura di questa sindrome, deve porsi degli obiettivi prioritari: proteggere la vittima sospettata, fornire assistenza nella diagnosi e nella gestione dei casi sospetti di MSbP e sostenere le persone coinvolte.

BIBLIOGRAFIA

1. Asher R. (1951). Münchausen's syndrome. *Lancet* 1, 339-341
2. ASPAC (2002), *American Professional Society on the Abuse of Children* (Ayoub, Schreier, Keller)
3. Ainsworth, M.D.S. (1979) Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, pp. 932-937
4. Bools C.N., (1996) Factitious Illness by Proxy, Münchausen Syndrome by Proxy. *British Journal of Psychiatry* 169.
5. Bowlby J., (1989) *Una base sicura. Applicazioni cliniche alla teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano
6. DSM-IV, (1994) *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*, Masson
7. DSM-IV-TR (2001) *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*, Masson
8. De Cataldo Neuburger L., Gullotta G., (1996). *Trattato della menzogna e dell'inganno*. Giuffrè, Milano
9. Feldman M., (1994). Denial in Münchausen syndrome by proxy: the consulting psychiatrist's dilemma. *International Journal of Medicine* 24 (2), 121-128
10. Fisher G.C., (2001) Speculazioni etiologiche. In: Levin A., Sheridan M. (a cura di). *La Sindrome di Münchausen per Procura*. Centro Scientifico Editore: Torino.
11. Fornari U., (2004, III ed.) *Trattato di Psichiatria Forense*, Utet: Torino
12. Griffith J.L., (1988). The family system of Münchausen syndrome by proxy. *Family Process*, Inc. 27, 423-437. In Perusia G. (a cura di) *La famiglia distruttiva. MSbP, sindrome di Münchausen per procura*. Centro Scientifico Editore: Torino
13. Gullotta G. (1980), L'io ipnotico come io contraffatto. *Ipnosi* 1, 15-19
14. Main M., Solomon J., (1986) Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern. Procedures, findings, and implications for the classification of behaviour. In: Yogman, M. Brazelton, T.B. (a cura di) *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood (Nj), pp. 121-160.
15. Marzagora Betsos I., (2003) *Demoni del focolare. Mogli e madri che uccidono*. Centro Scientifico Editore: Torino
16. Minuchin S., (1976), *Famiglie e Terapia della Famiglia*, Astrolabio: Roma

17. Meadow R., (1977) Münchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 2, 343-345
18. Meadow R. (1982), Münchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 57, 92-98
19. Meadow R., (1984) Fictitious epilepsy. *Lancet* 2, 25-28
20. Meadow R., (2002) Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Childe Abuse e Neglect* 26, 501-508
21. Parnell T.F., Day D.O. (eds.) (1998). *Münchausen by Proxy Syndrome: Misunderstood child abuse*. Sage: Thousand, Oaks, CA
22. Rosen C.L., Forst J.D. Jr. Bricker T., Tarnow J.D., Gillette P.C., Dunlavy S (1984).; Two siblings with recurrent cardiorespiratory arrest: Münchausen syndrome by proxy or child abuse? *Pediatrics*. In: Merzagora Betsos I. (a cura di) *Demoni del focolare*, Centro Scientifico Editore, 2003.
23. Selvini Palazzoni M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., (1975) *Paradosso e controparadosso*, Raffaello Cortina Editore: Milano
24. Sheridan M.S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Münchausen Syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 27, 431-451
25. Schreier H.A., e Libow J.A. (1993). Hurting for love. Münchausen Syndrome by proxy: a psychodynamic analysis. *Medicine and Law* 7, 49-56
26. Thomas K., (2003). Münchausen Syndrome by proxy: Identification and Diagnosis. *Journal of Pediatric Nursing* 18 (3), 174-180
27. Tortolani D. (1991). La famiglia del bambino maltrattato: problematiche e possibilità di intervento. In Montecchi F. (a cura di), *Rivelamento, prevenzione e trattamento dell'abuso all'infanzia*, Borla, Roma
28. Watzlawick P., Helmick Beavin J. e Jackson D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio Editore: Roma
29. Zara G., (2005). *Le carriere criminali*. Giuffrè: Milano
30. Zavattini G.C., in Bing-Hall J., (1998) *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Raffaello Cortina Editore: Milano