



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
SCUOLA MEDIA STATALE LUIGI DI LIEGRO
4° CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE PER L'ISTRUZIONE E LA FORMAZIONE IN ETA' ADULTA



CORSO DI PSICOLOGIA INVESTIGATIVA E CRIMINOLOGIA

*La Sindrome di Munchhausen per Procura
come forma deviante di apprensione*

A cura di: Valeria Lobello & Giuseppina De Angelis

Corso 2006 - 2007

INDICE

Introduzione

Classificazione della sindrome

La vittima

Il perpretatore

La triade madre-bambino-dottore

Caso clinico

Effetti a lungo termine

Legame con la Sindrome di Medea

Attaccamento

Conclusioni

INTRODUZIONE

" Quello con la Mamma, un legame di dedizione e cura che risalta quando il bimbo è piccolo. Ma se l'attenzione si riduce alla richiesta di continue visite mediche del figlio, di sempre nuove analisi, in un ossessivo vagare tra ospedali, pronto soccorsi, indagini, interventi chirurgici... scatta un campanello d'allarme: non è più apprensione, è la cosiddetta sindrome di Munchhausen per procura (MSbP)".(www.munchhausen.com)

Con il presente lavoro ci siamo posti l'obiettivo di analizzare dal punto di vista psicologico una sindrome particolare ma ancora poco conosciuta in Italia: la Sindrome di Munchhausen e Munchhausen per procura.

In particolare, l'intento è stato quello di far luce su una sfaccettatura di tale sindrome, che considera una tematica, peraltro comune a tutte le persone al mondo: il rapporto tra caregiver (quasi sempre la madre) e bambino. Ci siamo chiesti, e credo che come noi milioni di persone, *come può una madre identificata come generatrice di vite, che solitamente le vengono attribuiti caratteri 'naturalisti' quali, ad esempio, la generosità, la pazienza, lo spirito di sacrificio, essere l'artefice della crudele violenza e, in alcuni casi, morte dei propri figli?*

La credenza comune riguardo le madri apprensive, considera tale atteggiamento quasi un pregio, soprattutto per lo spiccato interesse che mostrano riguardo il bene dei loro figli. Quasi mai si potrebbe ipotizzare che tale atteggiamento possa essere sintomo evidente di una patologia, tratto patologico che delinea il quadro della madre Munchhausen. Ancor peggio, quest'ultimo, se portato agli estremi potrebbe sfociare nella Sindrome di Medea.

CLASSIFICAZIONE DELLA SINDROME

La Sindrome di Munchausen e Munchausen per Procura sono inserite all'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali DSM-IV Text Revision (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000) con la nomenclatura di **Disturbi Fittizi**.

I disturbi fittizi sono caratterizzati da sintomi fisici o psichici che sono prodotti o simulati intenzionalmente al fine di assumere il ruolo di malato. La valutazione che un certo sintomo è prodotto intenzionalmente viene fatta sia attraverso l'evidenza diretta, sia attraverso l'esclusione di altre cause. Vanno distinti dagli atti di Simulazione, anche qui l'individuo produce i sintomi intenzionalmente, ma ha uno scopo che risulta facilmente riconoscibile alla luce della conoscenza delle circostanze ambientali. Ad esempio se un soggetto che è ricoverato per il trattamento di un disturbo mentale simula un aggravamento per evitare il trasferimento a un altro ospedale, meno gradito, questo sarebbe un atto di simulazione. Al contrario, nei Disturbi Fittizi la motivazione è il bisogno psicologico di assumere il ruolo di malato, come è dimostrato dall'assenza di incentivi esterni per tale comportamento.

La patologia fittizia - che deve essere distinta dall'ipocondria, da manifestazioni iatrogene, dalla non compliance o da artifici di laboratorio - prende comunemente il nome di sindrome di Munchausen.

L'omonimo barone (1720-1797), peraltro realmente esistito, è il personaggio di un romanzo con il titolo **Le avventure del barone di Münchhausen** rielaborate da G. A. Bürger.

“ ...Verso la fine del '700, in una piccola città portuale assediata dai Turchi agli ordini di un sultano, il barone Karl von Münchhausen, combatté a fianco dei Russi contro i Turchi. Dopo anni di servizio nella cavalleria, ormai in ritiro nelle sue terre, amava distrarre gli amici con racconti in cui si attribuiva straordinarie prodezze inverosimili. Per rendersi conto della natura esorbitante dei fatti raccontati, basti citare i viaggi di andata e ritorno effettuati a cavallo di una palla sparata da un cannone oppure il miracoloso auto-salvataggio da una palude realizzato tirandosi fortemente per i capelli.....”

A causa della correlazione fra le storie fittizie del barone von Munchhausen ed i sintomi esagerati e composti di una persona con questo disordine, il termine sindrome di Munchhausen o sindrome di Munchhausen per Procura sono stati adottati come termini clinici che descrivono i due disordini fittizi principali.

La Sindrome di Munchausen per procura è stata oggetto di studio soprattutto per le particolari modalità di estrinsecazione e per il coinvolgimento di bambini in qualità di pazienti. Proprio per la stessa natura, talvolta incomprensibile, dei sintomi, tale sindrome viene associata alla

Sindrome di Munchhausen, differenziandosi da quest'ultima solo per la diversità dei soggetti coinvolti.

La Sindrome di Munchhausen, infatti, ha come protagonista un adulto che si finge malato inventando un corteo di sintomi evocatori di quadri patologici veri e propri con la conseguente creazione di comportamenti assolutamente sconcertanti. Tale Sindrome trova la sua prima definizione ad opera dello studioso Asher (Munchhausen's Syndrome, *The Lancet*, 1, 1951) che la utilizza appunto in riferimento a quelle persone che si rivolgono continuamente e con insistenza ai medici ed agli ospedali adducendo disturbi frequenti e spesso inesistenti fino a riportare conseguenze estremamente dannose a causa degli accertamenti sanitari e degli interventi chirurgici cui si sottopongono.

La sindrome di Munchhausen è un tipo di disordine fittizio, o malattia mentale, in cui una persona ripetutamente si comporta come se fosse affetta da un disturbo fisico o mentale quando, in verità, ha causato i suoi sintomi. La sindrome di Munchhausen è distinta da altre malattie fittizie per la mancanza di guadagno secondario evidente. Il motivo principale del paziente riflette una necessità profonda apparente di essere ammalato, una necessità interna di essere visto come malato o di essere danneggiato, non per realizzare un beneficio concreto, quale potrebbe essere un guadagno finanziario. Sono disposti a subire le prove ed i trattamenti dolorosi o rischiosi per ottenere la compassione e l'attenzione speciale prestate alla gente che è malata grave. Inoltre questi pazienti si caratterizzano per un'apparente insensibilità su tutto. I comportamenti possono essere "un anti-suicidio, un tentativo all'ultimo minuto di salvare l'intero sacrificandone una parte". C'è anche un elemento di suicidio passivo, in cui la responsabilità attuale per la dannosità è abbandonata al chirurgo; può essere questo che li porta ad usare l'ospedale come un palcoscenico.

Anche se la sindrome di Munchhausen si riferisce il più correttamente ad un disordine fittizio con sintomi soprattutto fisici, il termine a volte è usato per riferirsi ai disordini fittizi in generale. Le persone con la Sindrome di Munchhausen costituiscono un gruppo difficile di pazienti ospedalieri. La sindrome rappresenta una variante di malattia fittizia; questi pazienti coscientemente e ripetutamente fingono delle malattie distorcendo la loro storia medica e simulando sintomi fisici della malattia. Il corso della loro condizione può essere virulento e masochistico, la loro coercizione li sottopone a diagnosi frequenti e procedure terapeutiche anche dolorose. Molto è stato scritto sulle auto-distruzioni di questi pazienti e varie interpretazioni sono state tentate. Anche se la loro manipolazione sembra essere consapevole, le motivazioni sottostanti devono essere inconse; i guadagni non possono essere capiti ad un

livello razionale e devono essere presunti per essere intra-psichici. Varie interpretazioni di questo comportamento sono state fatte, incluso un bisogno di soffrire e forse di morire, un desiderio di essere al centro dell'attenzione, l'adozione di un ruolo passivo di controllo, l'inganno di un'autorità o figura genitoriale dalla quale ha bisogno di dipendenza e desidera la castrazione simbolica, comportamento che suscita cure anormali, un desiderio di ottenere ricovero, soldi o medicine, psicopatìa, depressione e un desiderio di una nuova vita con un nome nuovo. Certamente apparirebbe improbabile che la sindrome è un semplice caso di dipendenza da ospedale, bisogno di vitto e alloggio, comportamento di ricerca di attenzione, bisogno di dipendenza, in quanto questi pazienti inevitabilmente si dimettono dopo la scoperta, anche se gli viene offerta un'alternativa. Cramer (1971) e altri 2 scrittori (Spiro, 1968; Sussman, Borod, Canello, & Braun, 1987) hanno indicato gravi problemi di identità, che derivano da famiglie disturbate con temi di abbandono e l'identificazione del medico come genitore idealizzato. Questi autori hanno notato che la persona colpita talvolta entra nel campo della medicina e dell'assistenza infermieristica per agire da agente che eroga cure, il che permette la negazione dell'intenso bisogno di dipendenza. Anche gli individui che non appartengono alle professioni sanitarie spesso fanno molto della loro condizione, tanto quanto il medico che consultano per essere curati. Ma quando la vita pone davanti ad un rifiuto "c'è una rinascita di auspici sadici contro i genitori che li hanno abbandonati. La rabbia impedisce loro di mantenere un ruolo protettivo, che dà vita al ruolo più regressivo e difensivo del paziente" (Cramer e al., 1971, p.577). I pazienti Munchausen adulti si trovano coinvolti in un legame profondo; *proiettando il loro deficit di io e super-io sullo staff e sui dottori, essi arrivano a svilire proprio quelle persone dalle quali vorrebbero ricevere nutrimento. Dato che questi individui riescono a beffarsi dei membri dello staff, non riescono ad accettare la cura come genuina, e questo li lascia in un dilemma irrisolvibile.*

I pazienti Prototipici sono generalmente maschi e presentano sintomi drammatici di malattia che minacciano la loro vita. La simulazione di malattia è quasi sempre il punto centrale della loro vita. Questi pazienti tendono ad essere socialmente disadattati ed inutilizzati; loro possono avere una storia di comportamenti criminalmente aggressivi o abuso di alcol. In contrasto, un secondo gruppo di pazienti sono generalmente femmine (e spesso impiegate in lavori di assistenza), tendono a non presentare disfunzioni di personalità, si presentano come persone emozionalmente acerbe con tendenze narcisistiche, con auto-stima bassa e un ego fragile, hanno una necessità opprimente di attirare l'attenzione ed hanno una tendenza forte a

formare legami personali con un singolo medico o gruppo dei medici. La più tragica qualità dei pazienti Munchausen, è il loro masochismo inesorabile.

Le occasioni per essere al centro dell'attenzione possono essere aumentate con la vittimizzazione, finta da loro stessi o nel caso in cui il soggetto Munchhausen descrive un'altra persona, spesso un membro della famiglia, come un persecutore e lei stessa come la vittima. *Presentarsi come vittima falsa è inoltre una caratteristica di Munchhausen.*

(Cremona-Barbaro, Anne, The Munchausen syndrome and its symbolic significance: An in-depth case analysis, British Journal of Psychiatry).

La simulazione, tipica in questi soggetti, è l'intenzione cosciente di ingannare, infatti il DSM-IV esplicita che "La caratteristica fondamentale della simulazione è la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni o interni, come per il disturbo fittizio. In alcune circostanze, la simulazione può rappresentare un comportamento adattivo .

Così le patologie assumono gli aspetti più diversi: dall'esagerazione di un sintomo o dall'insincera accentuazione fino all'autoaggravamento o addirittura all'autolesione volontaria. La simulazione delle manifestazioni cliniche più svariate può realizzarsi accusando una sintomatologia inesistente. Ne sono state distinte tre sottospecie a seconda che si tratti di una malattia:

- che il simulatore non ha in questo momento, ne ha mai avuta;
- che il simulatore ha avuto nel passato, ma che attualmente è scomparsa (viene definita **simulazione revocatrice**);

• che il simulatore presenta al momento della visita, ma in forma assai attenuata, essendo scomparse le manifestazioni che il soggetto tenta di far apparire tuttora in atto (**simulazione rissatrice**).

La discriminazione fra malattia reale e simulata in una patologia organica si basa su accertamenti clinici e diagnostici "certi", questo è più difficile nella malattia psichica in quanto l'obiettività dei disturbi, per lo più comportamentali (confusione, disorientamento, alterazioni deliranti del pensiero, depressione dell'umore, autismo, alterazioni a carico degli

istinti fondamentali), non è così clinicamente e facilmente distinguibile da una simulazione dei sintomi stessi(www.psychomedia.it). **La pseudologia fantastica**, o più comunemente, la menzogna, intesa come affermazione o dichiarazione, consapevole o volontariamente contraria alla verità e al proprio pensiero, assieme all'impostura messa in atto, dal punto di vista psicodinamico, può essere considerata come un mezzo per dominare sentimenti di disperazione in risposta ad angosce di separazione ; per ridurre il conflitto tra elevati ideali dell'Io e quella parte dell'Io del paziente svalutata e oppressa dalla colpa ; per far fronte alla vita con una personalità "come se" o, ancora, per creare un'identità avendo fallito precedentemente in tale scopo . Pertanto la pseudologia fantastica si configura non tanto come "anomalia della memoria" quanto piuttosto come un' "anomalia generale " in cui è particolarmente coinvolta la coscienza e in tali circostanze, la menzogna, può assumere il significato di fuga dalla realtà, per cui la soddisfazione soggettiva irrealistica che dapprima è solo un gioco, può portare alla realizzazione soggettiva del suo contenuto.

In queste situazioni appare chiaro che la costruzione fantastica, la menzogna a se stessi, rappresenta il mezzo per ottenere ciò che si desidera senza ritardi o interferenze ma, affinché il desiderio sia totalmente appagato, lo stato di coscienza deve essere alterato al punto che non esista più la consapevolezza. E' possibile identificare diversi tipi di menzogna in base al grado di coscienza dell'Io e, partendo da situazioni in cui la consapevolezza è intatta, come la menzogna per giustificazione, misura difensiva normale con evidente guadagno secondario riscontrabile in circostanze particolari come sono, a volte, quelle dell'imputato, del politico del sottoposto colto in flagrante, si può passare a quadri clinici in cui il livello di coscienza è per così dire al limite, come nei Disturbi Fittizi e nelle Personalità Borderline, ed arrivare, attraverso quadri caratterizzati dalla scissione come l'Isteria e la Personalità Multipla, fino al Disturbo Delirante. Passando da queste, che possono considerarsi delle situazioni limite tra norma e patologia, a quadri clinici in cui la pseudologia fantastica acquista un significato strettamente psicopatologico troviamo in primo piano i Disturbi Fittizi i cui sintomi, fisici o psichici, che sono intenzionalmente prodotti o finti dal soggetto e hanno una qualità compulsiva, sono sostenuti da un comportamento cosciente finalizzato al raggiungimento di obiettivi inconsci.

Nella Sindrome di Munchausen, considerata una forma estrema del comportamento patologico del malato, la "simulazione" può essere consapevole con la ferma intenzione di ingannare il medico, ma può anche verificarsi la patologia fittizia mediante lo sconfinamento verso una progressiva alterazione dello stato di coscienza.

Pertanto spesso risulta difficile determinare se la menzogna sia una distorsione delirante della realtà oppure rappresenti l'intenzione conscia o inconscia di mentire: entrambi questi due aspetti possono essere presenti e alternarsi nello stesso paziente.

Ci troviamo di fronte al passaggio continuo da uno stato di coscienza ad un altro in cui è impossibile definire delle chiare linee di demarcazione, ma dove si ha una netta variazione rispetto alla consapevolezza. Si tratta di una questione di quantità: maggiori sono la consapevolezza e il controllo, minore è lo spazio di espressione che riescono a trovare i desideri inconsci. In generale, noi tendiamo ad associare 'volontario' con 'consapevole', ma nella nostra vita di ogni giorno, tutte le nostre azioni 'volontarie' sono influenzate dall'estensione di fattori inconsci. Noi siamo abituati anche a presumere che le falsificazioni inconscie di malattia indicano psicopatologia, mentre il possesso dell'acume in quella falsificazione indica un elemento volontario, e perciò la psicopatia. È possibile che questa falsificazione può essere parzialmente consapevole ma non completamente sotto il controllo del paziente, il che indica psicopatia non necessariamente psicopatologia. Il paziente Munchausen " riconosce quanto sta agendo, ma pur avendo questa conoscenza non può fermare il suo agire". Vengono comparati questi pazienti agli alcolisti e tossicodipendenti: "Apparentemente gli atti testardi sono determinati da fattori inconsci ed ambientali gli uni per produrre una malattia psichiatrica di dimensioni profonde".

I malati Munchausen non sono sicuri di sé, non si calano nei panni di personaggi potenti dotati di carisma, non si presentano quindi come eroi vittoriosi ma al contrario appaiono come vittime designate dalle evidenti tendenze masochistiche, dalla ricerca del dolore, della malattia e delle procedure mediche alle quali si affidano.

La maschera, o meglio le maschere assunte in questo gioco, nascondono dei vuoti che creano instabilità ed un precario equilibrio. I pazienti, difatti, creano una dimensione menzognera che vivono con il resto del mondo, ma esprimono al contempo una richiesta di aiuto ed un rifiuto ad impegnarsi in una seria relazione terapeutica.

Il paziente inoltre, crea una forte relazione con il curante, relazione instaurata attraverso l'inganno al fine di giungere alla diagnosi di malattia; il malato conduce il medico e l'istituzione sanitaria alla inconscia collusione. Nel momento in cui il paziente Munchausen viene smascherato, indipendentemente da fughe e rabbie violente, si manifestano però i quadri del disturbo depressivo che spesso fino a quel momento erano nascosti dalla compulsione a produrre i sintomi.

Chiaramente, le falsità perpetrate severamente dai pazienti Munchausen minano la relazione

medico-paziente. Nel modello funzionalista di Talcott Parsons in questo tipo di relazione il paziente ha tre doveri essenziali: essere motivato per ottenere buoni risultati; cercare aiuto tecnicamente competente; ed avere fiducia nel dottore .

I pazienti Munchhausen non cercano cure per il desiderio di essere guariti; le loro vite spesso girano piuttosto, circa un apparentemente desiderio insaziabile di mimesi di malattia. La loro selezione di specifici dottori non è basata sull'abilità tecnica; loro generalmente tentano, invece, di identificare medici non sospettosi che non sanno delle loro avventure precedenti. Infine, queste persone non hanno nessuna intenzione di instaurare relazioni oneste, aperte con i loro medici; al contrario, queste relazioni sono straordinarie per la loro assenza virtuale di fiducia. In più, la gente con la sindrome di Munchhausen tende a cercare il trattamento con molta facilità in differenti posti, ciò è realizzato capitalizzando sopra, sfruttando, esagerando o fingendo malattie o ferite o disgrazie personali.

Medici e pazienti, sono dipendenti da una relazione fiduciosa. Questa fiducia compensa i pazienti per l'asimmetria della relazione: li aiuta ad affrontare i sentimenti di vulnerabilità, di ansia, di sentirsi indifesi e di aver paura (Kass, Frederic C, Identification of persons with Munchhausen's syndrome: Ethical Problems)

I segnali:

- Anamnesi drammatica ma contraddittoria
- Sintomi poco chiari che non sono controllabili e che diventano più severi o cambiano una volta che il trattamento è cominciato
- Ricadute imprevedibili dopo un miglioramento di circostanza
- Vasta conoscenza degli ospedali e/o della terminologia medica, comprese le descrizioni del manuale delle malattie
- Presenza di cicatrici chirurgiche multiple
- Apparenza di nuovi sintomi supplementari a cui seguono i risultati degli esami negativi
- Presenza dei sintomi solo quando il paziente è da solo o non è osservato

- Compiacenza o entusiasmo ad avere prove mediche specialistiche, interventi chirurgici o altre procedure
- La storia di ricerca del trattamento in numerosi ospedali, cliniche e studi medici, possibilmente anche in città diverse
- Riluttanza del paziente nel permettere che i professionisti della sanità entrino in contatto o comunichino con la famiglia, gli amici o con i precedenti ospedali in cui sono stati ricoverati
- Problemi di identità e auto-stima. (www.csa1.co.uk)

La Sindrome di Munchausen per procura, invece, si caratterizza per il coinvolgimento di un adulto, verosimilmente un genitore, più spesso la madre, che sottopone il figlio o i figli a lunghe e rischiose analisi o ad accertamenti diagnostici, a volte decisamente invasivi, per l'accertamento della patologia "raccontata" all'operatore sanitario di turno; tale situazione può arrivare sia a danneggiare gravemente l'incolumità fisica e psicologica della vittima, il figlio, sia esitare nella morte di quest'ultimo; l'autore della SMP, comunque, fa assumere alla vittima lo stile di vita del malato. Inoltre la scelta del nome, Sindrome di Munchausen per Procura per designare un sottotipo del disturbo, deriva anche dalla vicenda della morte dell'unico figlio del barone, Polle, all'età di 1 anno per cause sconosciute. Nonostante altri Autori quali, Ackerman, Barman e Stevens abbiano introdotto come termine per definire la Sindrome di Munchausen per procura, quello di **Sindrome di Polle**, in riferimento al nome del figlio del Barone di Münchhausen, che come ho già detto è morto in circostanze strane all'età di un anno, l'accezione ormai accreditata è stata Munchausen Sindrome by Proxy.

La scelta della terminologia Sindrome di Munchausen per procura (Munchausen syndrome by proxy) è accreditata dagli studiosi al pediatra Roy Meadow dell'ospedale di St. James a Leeds, in Inghilterra, che nel 1977 pubblica una ricerca nella quale descrive due casi di SMP riguardanti situazioni di creazione 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 numerosi trattamenti sanitari. Il secondo caso, invece, riguarda una madre che somministra al figlio dosi tossiche di sale da

cucina, costringendolo così a ripetuti ricoveri ospedalieri e ad accertamenti di ogni genere, che portano ad una guarigione in fase di ospedalizzazione con relativa recrudescenza dei disturbi contestualmente al ritorno in famiglia; il caso si conclude, secondo il racconto del pediatra, con la morte del minore (Meadow, Roy, Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy, Child Abuse & Neglect, 2002).

La sindrome di Münchausen degli adulti è caratterizzata dalla ricerca cronica ed inarrestabile di cure mediche, incluse alcune combinazioni di ferite consapevolmente auto-inflittesi ed una finta sintomatologia (Asher, 1951; Siro, 1968). Nella MSbP, un genitore crea o inventa nel figlio sintomi medici come risultato della psicopatologia del genitore stesso (Chan, Salcedo, Atkins, & Ruley, 1986; Libow & Schreier, 1986). La presentazione medica più comune ha incluso apnea, crisi epilettiche, vomito e diarrea ricorrenti, debolezza muscolare e problemi neurologici (Kaufman et al., 1989). Sono stati inoltre documentati casi seriali di MSbP, perpetrati ai danni di più di un figlio della stessa famiglia (Alexander, Smith, & Stevenson, 1990). La sindrome non include reali malattie né componenti psicosomatiche. Non si tratta neppure di ipocondria, nella quale vi è la sensazione reale di essere ammalato o di ammalarsi. Si tratta invece di un disordine fittizio con sintomi fisici (Associazione degli psichiatri americani, 1987), che comporta da parte del genitore la produzione intenzionale o la segnalazione di sintomi fisici (ma non psicologici) nel figlio. La sindrome di Münchausen by proxy costituisce una forma significativamente sotto-denunciata di abuso sui figli e sono stati riportati anche casi mortali (Alexander et al., 1990). *L'impatto dell'abuso va probabilmente ben oltre il trauma fisico e comporta per il bambino postumi emotivi significativi* (Kaufman et al., 1989). Nella sindrome di Munchausen per Procura (MSBP), le occasioni per essere al centro dell'attenzione sono generate deliberatamente inducendo malattia, ferita o danno ad altri ed offrendo le occasioni di salvataggio e cura. I bambini sono ostentati di fronte alla professione medica con una serie fantastica di malattie, del tutto fittizie. La letteratura sulla sindrome di Munchausen per Procura è anche più difficile da integrare rispetto alla letteratura di casi di Munchausen adulti, forse perché il fenomeno per procura, da definizione comporta un bambino come vittima più un genitore e così aggiunge fattori che complicano come l'età del bambino, le abilità verbali, lo status di salute, la forza dell'ego e il grado di collusione con il genitore, così come l'estensione di simbiosi madre-bambino. La letteratura descrive una larga serie di casi che hanno come vittime sia bambini di alcune settimane di età che adolescenti, con falsificazioni che variano.

Un enigma notevole nella letteratura MSbP è la contraddizione fra le molte madri interessate

dei figli con relazione super protettiva verso i loro bambini e il loro abuso. Infatti, la serie di casi che sono stati descritti come sindrome di Munchausen per procura hanno accentuato il bisogno di chiarificare la relazione tra questo fenomeno e il comportamento di conversione, l'abuso del bambino, l'ipocondria, l'ansia materna e la psicopatologia del bambino.

La sindrome di Münchhausen per procura viene distinta da altri comportamenti simili:

- **doctor shopping per procura:** Si tratta di bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita di una grave malattia e da allora vengono portati dai genitori in tantissimi medici per disturbi di minima entità. Consiste in una "esagerazione della malattia"

- **help seekers/cercatori di aiuto:** In questo tipo di patologia il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma si differenzia dalla sindrome di Münchhausen per la frequenza con cui vengono indotti i sintomi e per la motivazione materna. Infatti gli episodi di ricerca di cure sono limitati nel tempo e rappresentano un preciso bisogno della madre in particolari momenti. Il confronto con il medico spesso la induce a comunicare i suoi problemi, quali l'ansia e la depressione.

- **abuso chimico:** Con tale termine viene indicata l'anomala somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino. Le sostanze somministrate possono essere suddivise in quattro gruppi:

- sostanze qualitativamente prive di proprietà tossicologiche ma che possono tuttavia risultare nocive se somministrate in quantità o modalità eccessive. (Rientra in questo gruppo l'abnorme somministrazione di acqua);
- sostanze con scarsa tossicità e di comune impiego domestico (ad esempio il sale da cucina);
- sostanze ad azione farmacologica dotate di media tossicità e di facile reperibilità come lassativi, diuretici, glucosio, insulina;
- farmaci dotati di spiccata tossicità ad azione sedativa e di non usuale disponibilità. Si tratta di solito di sonniferi prescritti alla madre dal medico curante: la loro somministrazione a dosi inadeguate causa nel bambino una sindrome neurologica grave che talvolta causa coma e/o morte.

Questa sindrome va sospettata quando ci si trova di fronte a sintomi non spiegabili in base alle consuete indagini di laboratorio e strumentali, che insorgono ogni volta che la madre ha un contatto diretto con il bambino. Queste famiglie differiscono dai casi più classici della sindrome di Munchausen per Procura per due caratteristiche maggiori: i bambini tendono ad essere più grandi e le madri tendono ad essere più diffidenti, antagoniste e paranoiche. Le loro

relazioni con i dottori e con il personale medico, non sono dissimili da quelli dei pazienti Munchausen adulti.

• **sindrome da indennizzo per procura:** Si tratta di quei casi in cui la necessità dei genitori di avere un indennizzo (ad esempio nel caso di un infortunio) porta il bambino ad assumere dei sintomi riferiti dai genitori stessi. Il meccanismo con cui si struttura è identico alla sindrome da indennizzo dell'adulto, solo che in questo caso la sintomatologia viene indotta nel bambino, che fedelmente si adegua (Libow, Judith A; Schreier, Herbert A, Oct 1986).

Sintomi:

- Caregiver primario, il più spesso madre
- Istruito; di medio o d'alto ceto sociale
- Eccessivamente attento
- Preoccupato del personale medico
- Porta il bambino in medici multipli
- Rifiuta di accettare i cambiamenti nella diagnosi
- Richiede procedure mediche specifiche
- Accoglie favorevolmente le prove e gli esami, anche se dolorosi
- Omette parti di anamnesi
- Spostamenti frequenti
- I sintomi del bambino non corrispondono a malattie conosciute
- Il bambino non reagisce al trattamento
- Il bambino ha ospedalizzazioni multiple
- I sintomi del bambino migliorano quando va via la madre o da lei è allontanato.

LA VITTIMA

Per quanto riguarda la vittima si può registrare, se è il caso, **Maltrattamento Fisico del Bambino** oppure **Maltrattamento Fisico dell' Adulto**. Possono esserne vittima sia bambini che adulti, e quasi sempre i maltrattamenti legati alla MBP si manifestano come una combinazione di abusi fisici, affettivi e di negligenza. Si può anche manifestare come abuso sessuale. E' chiaro che questo pattern di comportamenti è stato a lungo perpetrato nelle passate generazioni, ma la MSBP è stata riconosciuta come tipologia di maltrattamento solo 30 anni fa circa.

Ne consegue che si tratti di un campo d'indagine relativamente nuovo e, come accade anche per altre tipologie di maltrattamento, continuano a sorgere nuove prospettive. Lo scenario descritto come "Sindrome di Münchhausen by Proxy" (MSBP) è quello in cui servizi sanitari e professionali sono utilizzati come ambiente (ed a volte come strumento) per l'abuso di bambini. Finora le ricerche hanno individuato personalità difficili/approssimative/vaghe in prevalenza nel Regno Unito (McClure, Davis, Meadow, & Sibert, 1996) e dato una indicazione di alcuni aspetti della psicopatologia di coloro che commettono questi abusi (Bools, Neale, & Meadow, 1994).

Ancor più importante, i molti case-reports hanno attirato l'attenzione su alcuni aspetti della tendenza dei pazienti verso la malattia e la loro interazione con aspetti del sistema medico che hanno una rilevanza molto maggiore dell'abuso MSBP. La scoperta più sorprendente nella MSBP è il numero stupefacente di casi che sono perpetrati dalle donne (più del 95%) e le differenze nella presentazione quando invece la MSBP è perpetrata dagli uomini (vedi Meadow, 1998). Ugualmente sorprendente e ancora oggi poco studiato, è il supporto dei padri alle loro partner, anche quando sembra altamente improbabile che questi siano ignari dell'abuso. Un'indagine epidemiologica condotta in Inghilterra sull'esame di 2 tipi di abuso (soffocamento e avvelenamento), se trasferita in USA, suggerirebbe che ci dovremmo aspettare 1200 nuovi casi all'anno di MBP che coinvolge queste 2 condizioni.

La percezione sociale del fenomeno della violenza sui bambini risulta particolarmente ripugnante e difficile, perché troppo in antitesi con le pretese etiche e ideali della nostra cultura. Il dramma degli abusi fisici, psicologici e sessuali a danno dei minori è per questo ancora in gran parte sommerso, occulto alla coscienza civile, ma diffuso in tutti gli strati sociali, molto di più di quanto l'opinione pubblica ne abbia reale consapevolezza.

E' definito **abuso** ogni atto omissivo e autoritario che metta in pericolo o danneggia la salute o lo sviluppo emotivo di un bambino, comprendendovi anche la violenza fisica, le punizioni corporali irragionevolmente severe, gli atti sessuali, lo sfruttamento in ambito lavorativo e la mancanza di rispetto dell'emotività del fanciullo. L'abuso si concretizza negli "atti e nelle carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale"(Congresso d'Europa, Strasburgo, 1981).

Il maltrattamento presenta un quadro clinico fortemente variabile ed è un termine molto ampio, sia perché comprende al proprio interno le conseguenze di due tipi di eventi: "attivi" (come la violenza fisica, psichica o l'abuso sessuale) e/o "passivi" (come la mancanza di cure adeguate); sia perché tali situazioni possono, di volta in volta, o presentarsi come isolate o associarsi in diverso modo tra loro, determinando manifestazioni polimorfe e variabili nel tempo.

D'altra parte qualsiasi tipo di maltrattamento produce una complessità di conseguenze, che vanno direttamente a minare la salute fisica e la sicurezza del bambino, ma anche il suo equilibrio emotivo e il suo sviluppo psico-relazionale, la stima di sé e il presente e futuro ruolo sociale. In questi termini, il maltrattamento va considerato come una "patologia sindromica", nella cui storia naturale sono comprese evoluzioni gravi a lungo termine, che intaccano la successiva possibilità dell'adulto maltrattato nell'infanzia di stringere legami affettivi stabili e di svolgere un competente ruolo genitoriale.

Per tali ragioni la diagnosi di maltrattamento e/o abuso è quasi sempre complessa e difficile, richiede quasi costantemente la stretta collaborazione di diverse figure professionali e presuppone che i professionisti abbiano la sensibilità e l'attitudine a prevederla tra le possibili diagnosi e anche la preparazione tecnica per accertarla.

La classificazione della violenza, considerata dagli esperti più completa tra le varie esistenti, è stata quella proposta da Francesco Montecchi, il quale ritiene che "pur nell'artificiosità degli schemi e delle classificazioni, queste ci permettono di discriminare e riconoscere il fenomeno per poterlo prevenire e curare, nonché per poter promuovere e difendere la nuova cultura dell'infanzia, e offrire una più vasta capacità di attenzione ai problemi e alle esigenze più profonde dell'anima infantile da parte delle varie categorie di professionisti che si occupano di famiglia e di bambini"(Montecchi F., Prevenzione, rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia, Borla, Roma, 1991).

Maltrattamento:

a. fisico: è la forma più manifesta e facilmente riconoscibile;

b. psicologico: è forse l'abuso più difficile ad essere individuato, se non quando ha già determinato gli effetti devastanti sullo sviluppo della personalità del bambino; in notevole incremento negli ultimi anni con lo stile di vita della società consumistica e materialistica e la crisi della famiglia.

Patologia della fornitura di cure. Un tempo identificata nella incuria, in realtà viene individuata non solo nella carenza di cure, ma anche nella inadeguatezza delle cure fisiche e psicologiche offerte, considerandole sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. Si possono distinguere le seguenti forme:

a. incuria: cioè la carenza di cure fornite (la cosiddetta violenza per omissione); Rientrano quindi nella categoria dell'incuria anche quei casi in cui i genitori, pur occupandosi dei bisogni nutrizionali del figlio, non rispettano i suoi bisogni affettivi, emotivi e di socializzazione. Si possono avere, quindi, diversi gradi di questo tipo di abuso, che vanno dall'abbandono al disinteresse per i bisogni emotivi del bambino. I "fattori o indicatori di rischio", che permettono una diagnosi precoce della patologia, impedendo così il cronicizzarsi della situazione di abuso, possono essere suddivisi in: notizie sullo stato di salute, segni fisici e segni comportamentali.

b. discuria: quando le cure, seppur fornite, sono distorte ed inadeguate se rapportate al momento evolutivo del bambino; in realtà le cure vengono effettuate, ma non sono adeguate al momento evolutivo. In queste situazioni, di solito, i genitori caricano il figlio di proprie aspettative, che sono quasi sempre quelle che un tempo erano i loro desideri. I tipici atteggiamenti di discuria sono:

- anacronismo delle cure. L'atteggiamento dei genitori sarebbe corretto se il bambino fosse in uno stadio evolutivo diverso (ad esempio un bambino di sei anni al quale la madre somministra solo dieta latte o cibi frullati);

- imposizione di ritmi di acquisizione precoci. Raramente i bisogni del bambino nei primi anni di vita sono in perfetta armonia con le abitudini degli adulti (ad esempio il ritmo del sonno del bambino raramente coincide con le esigenze e i ritmi di vita dei genitori).

Alcuni genitori sono incapaci di vedere nel loro bambino un soggetto immaturo che necessita di un adeguato e tutelato sviluppo per diventare adulto. Sono spesso presenti dei conflitti tra le richieste del bambino e gli impegni dei genitori, che pretendono da lui una precoce autonomia nel controllo sfinterico, nella motricità e nei ritmi alimentari ;

- aspettative irrazionali, quando i genitori richiedono ai propri figli delle prestazioni superiori alla norma o alle possibilità del bambino e vogliono che il loro figlio sia il più bravo in qualsiasi attività intraprenda. Questi bambini sono sempre pieni di impegni (scuola, sport, inglese, pianoforte), hanno una grande competitività e non riescono a raggiungere una buona socializzazione con i coetanei.

c. ipercura: quando viene offerto, in modo patologico, un eccesso di cure. In questo gruppo è compresa la sindrome di Münchhausen per procura, il medical shopping e il chemical abuse. Questa patologia è una forma di abuso in cui il bambino rischia seri danni fisici e psicologici e, spesso, la vita. I genitori, però, non hanno l'intenzione di procurare danni o uccidere il proprio figlio; essi con il loro comportamento vogliono ricreare una situazione di cure e presa in carico del bambino da parte di altri e rimangono fortemente turbati se egli muore: dunque, paradossalmente la morte del figlio è contraria agli interessi patologici dei genitori. Questo tipo di violenza è molto complessa da descrivere perché intervengono, oltre alla coppia genitoriale con le caratteristiche soggettive e le dinamiche interne, anche le caratteristiche del bambino legate all'età, alle capacità di verbalizzazione, alla sua forza interna, al tipo di relazione con i genitori e soprattutto con la madre.

Abuso sessuale. Tale forma di abuso è onnicomprensiva di tutte le pratiche sessuali manifeste o mascherate a cui vengono sottoposti i minori e comprende :

a. abuso sessuale intrafamiliare. Non riguarda solo quello comunemente considerato tra padri o conviventi e figlie femmine, ma anche quello tra madri o padri e figli maschi, nonché forme mascherate in inconsuete pratiche igieniche; è attuato da membri della famiglia nucleare (genitori, compresi quelli adottivi e affidatari, patrigni, conviventi, fratelli) o da membri della famiglia allargata (nonni, zii, cugini ecc.; amici stretti della famiglia);

b. abuso sessuale extrafamiliare. Interessa indifferentemente maschi e femmine e riconosce spesso una condizione di trascuratezza intrafamiliare che porta il bambino ad aderire alle attenzioni affettive che trova al di fuori della famiglia; è attuato, di solito, da

persone conosciute dal minore (vicini di casa, conoscenti ecc.). A questa classificazione si può aggiungere una distinzione ancora più ampia:

c. abuso istituzionale, quando gli autori sono maestri, bidelli, educatori, assistenti di comunità, allenatori, medici, infermieri, religiosi, ecc., cioè tutti coloro ai quali i minori vengono affidati per ragioni di cura, custodia, educazione, gestione del tempo libero, all'interno delle diverse istituzioni e organizzazioni;

d. abuso da parte di persone sconosciute (i cosiddetti "abusi di strada");

e. sfruttamento sessuale a fini di lucro da parte di singoli o di gruppi criminali organizzati (quali le organizzazioni per la produzione di materiale pornografico, per lo sfruttamento della prostituzione, agenzie per il turismo sessuale);

f. violenza da parte di gruppi organizzati(sette, gruppi di pedofili, ecc.).

Non è affatto infrequente che vengano attuate da parte di più soggetti forme plurime di abuso (ad esempio, abuso intrafamiliare e contemporaneo sfruttamento sessuale a fini di lucro; abuso da parte di adulti della famiglia e di conoscenti, ecc.) (www.abusi.it; www.mentesociale.it).

IL PERPRETATORE

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

-Teoria della tipologia familiare L'associazione fra disfunzione familiare e lo sviluppo della MSbP può essere compreso su come il figlio "malato" soddisfi i bisogni della madre, e all'incapacità materna di soddisfare quei bisogni in altri modi, meno distruttivi. Le osservazioni delle interazioni madre-figlio in casi di MSbP hanno spesso fatto rilevare iper-coinvolgimento ed irretimento significativi (Masterson, Dunworth, & Williams, 1988). L'irretimento spesso richiede fra genitore e figlio una autonomia più arrendevole, e la mancanza di supporto da parte dell'altro genitore (Aponte & VanDeusen, 1981; Minuchin, 1974). Il figlio si trova spesso nel ruolo di soddisfare i bisogni della madre, che in tale relazione sono però sovvertiti, rovesciati. Praticamente, focalizzarsi sulla malattia del figlio, può costituire un modo, per entrambi i partner, di evitare di avere a che fare con le solite, dolenti questioni matrimoniali (Meadow, 1977) e restaurare così la relazione coniugale, a spese del proprio figlio. Storie di casi riportati sono piene di descrizioni di madri "iper-coinvolte" ed "emotivamente distanti" o di padri fisicamente assenti (es. Masterson et al., 1988 ; Meadow, 1982). Leeder (1990) ha riportato casi quali esempi dalla propria pratica clinica ed ha descritto madri vedove o diversamente padri emotivamente assenti. Queste madri sono state descritte come emotivamente vuote e con bisogni significativi non soddisfatti. Generalmente affermavano di sentirsi molto sole. Infatti, l'assenza del marito era centrale per l'eziologia della MSbP, e veniva quindi raccomandata una terapia di coppia. In un caso riportato da Chan et al., (1986), la distanza emozionale del padre si è poi rivelata nel suo rifiuto ad essere coinvolto, una volta scoperto l'abuso sul figlio. Lo staff medico ospedaliero ha spesso notato fra madre e figlio una relazione stretta, premurosa, estremamente attenta (Meadow, 1982). In genere è stato descritto un nucleo familiare tradizionale (Frederick et al., 1990), sebbene alcuni casi studio (es., Leeder, 1990) hanno riportato descrizioni di madri single.

-Teoria dello sviluppo psicologico delle donne Alcune teorie riguardanti la psicologia femminile possono aiutare a spiegare la vulnerabilità femminile allo sviluppo

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

Uno squilibrio del tipo auto-cure contro cure per gli altri è supportato dalla cultura occidentale. Le donne che sacrificano sé stesse per gli altri operano conformemente a prescrizioni culturali riguardo il proprio ruolo. Così, quando una donna si sente insoddisfatta di questo ruolo o avverte uno squilibrio, spesso ciò le genera confusione, perché lei è "una brava donna", secondo la definizione della propria cultura. Per superare questo senso di insoddisfazione la donna trova modi indiretti per prendersi cura di sé e guadagnare potere (Miller, 1976). Le modalità più comuni che hanno le donne per affrontare e superare tale squilibrio includono il mangiare in maniera compulsiva, depressione e somatizzazione (Young-Eisendrath & Wiedemann, 1987). Sebbene molte donne trovino soluzioni interne, seppur disordinate, alle loro frustrazioni, altre donne confidano nella professione medica come nella modalità socialmente definita e riconosciuta di ricevere cure. La madre "abusante" è patologicamente intrappolata con il figlio "malato" (Palmer & Yoshimura, 1984). Precisamente è la tendenza a ricorrere alla professione medica per l'auto-cura come forma di cura di altro tipo prescritta dalla propria cultura di appartenenza a distinguere la MSbP da altri disordini ad elevata incidenza nelle donne.

-Teoria dell'abuso del figli Anche l'applicazione della teoria riguardante la trasmissione intergenerazionale dell'abuso infantile può aiutare ad indirizzare la predominanza delle madri come perpetratrici di MSbP. Dati empirici a disposizione sull'incidenza e prevalenza della violenza contro le donne hanno suggerito un alto tasso di sacrificio femminile. Ad esempio, Walzer (1984) osservò che fra le donne intervistate il 28% ed il 50% erano state picchiate, e Russell (1983) rilevò un 38% di incidenza di violenza sessuale su bambine. Caputi e Russell (1990) stimano che secondo l'andamento attuale, una donna su quattro sarà violentata sessualmente nella sua vita. La gran parte delle vittime abusate sono donne colpite dalla violenza di un uomo (Walzer, 1986), cosa che le colloca ad alto rischio di sviluppare un range di disordini psicologici, inclusa la MSP. La correlazione fra la storia di un abuso da bambino e la successiva MSP è degna di essere presa in considerazione. Spesso, madri con MSP hanno subito durante l'infanzia e prima maturità, significativi abusi emotivi, psicologici o sessuali (Robins, Paul M., Sesan, Robin, Munchausen Syndrome By Proxy: Another Women's Disorder?).

La psicopatologia individuale della madre è stata solitamente descritta nella casistica (Chan et al., 1986; Kaufmann et al., 1989; Leeder, 1990). La diagnosi è stata di disturbo caratterologico, comprendente aspetti di disordini istrionici, narcisistici o personalità borderline (Leeder, 1990). Molte madri con MSP sono state descritte come approfittatrici, alla costante ricerca di attenzioni, con tendenze sadomasochiste, marcati cambiamenti di comportamento e affetto, ed un senso di diritto (Chan et al., 1986). Test psicologici condotti su queste madri hanno incluso frasi descrittive come "profondamente bisognose", confini interpersonali confusi" (Palmer & Yoshimura, 1984, pp 506, 507). E' stata descritta anche una dissociazione dagli affetti, in aggiunta ad un diffuso senso di vuoto (Rosen et al., 1983). In oltre la metà della casistica riportata, alla madre stessa era stata diagnosticata la Sindrome di Münchausen adulta, ed aveva una storia di malattia fisica simile a quella del proprio figlio (Chan et al., 1986; Meadow, 1982). Tuttavia, tali caratteristiche della personalità sono spesso riscontrabili in donne con alle spalle storie di vittimizzazione (Rosewater, 1985; Walzer, 1986). Tuttavia, la cultura occidentale generalmente condanna le espressioni di rabbia nelle donne (Bernardez, 1978, 1988; Lerner, 1974a) o imposizione di potere (Miller, 1976, 1982), e le donne spesso apprendono modalità meno dirette di esprimere la loro rabbia e

frustrazione. Specificatamente per la MSbP, sotto forma di cure e protezione per il proprio figlio, la madre può tentare di rielaborare le dinamiche del suo stesso abuso subito da bambina. Tale ruolo essenzialmente consente alle donne di negare gli aspetti di abuso del loro comportamento e quindi di non riconoscere il bisogno di aiuto. Tali donne chiaramente agiscono in modo socialmente sanzionabile quando, in cerca di aiuto, portano dal dottore o in ospedale il proprio figlio “malato”.

LA TRIADE MADRE-DOTTORE-BAMBINO

Nella maggior parte dei casi lo staff medico si trova davanti ad una madre premurosa, disponibile ed affettuosa. Dottori ed infermiere sono essenzialmente fiduciosi, e non hanno alcun motivo di sospettare. E' insolito trovare altre prove di abusi sul figlio come bruciature, lividi o mancato sviluppo. La madre non desterà sospetti fin quando non ci si imbatte in qualche anomalia. Queste anomalie possono essere il fatto che il figlio migliora quando la madre è assente o la ricomparsa di convulsioni quando la madre siede vicino al letto del figlio. A volte un membro dello staff può riconoscere la madre per aver portato il figlio, con gli stessi sintomi, in un altro ospedale.

Lo staff può reagire con incredulità e rabbia verso la madre se scoprono cosa ha fatto. La rabbia può derivare dal fatto che la madre ha ingannato lo staff per tutto il tempo del ricovero. I dottori possono sentirsi responsabili almeno in parte, rattristarsi o vergognarsi del danno ripetuto che hanno inflitto al bambino.

Le madri con questo disturbo manifestano caratteristiche diverse dalle madri che si sentono semplicemente sopraffatte e necessitano di aiuto o che apertamente abusano del loro figlio (Libow & Schreier, 1986). La differenza può essere vista dalle peculiarità di manifestazione del disturbo: menzogna patologica; causare danni gravi e ripetuti al bambino invece di costruire semplicemente sintomi fittizi; bisogno compulsivo di ripetere il comportamento; assumersi rischi non necessari; e la manifestazione di un eccitamento esaltante proprio nel momento in cui la vita del bambino è in equilibrio precario.

In questa condizione clinica, la madre usa il bambino per forgiare una relazione con il medico in cui la menzogna è la modalità fondamentale di interazione. Questa relazione rappresenta una forma particolare di "perversione del carattere" come descritto da Arlow (1971). La madre diventa una madre "perfetta" in una relazione perversa e di fantasia con un medico simbolicamente potente, in cui il danno che la donna arreca al bambino è un co-prodotto del suo bisogno di relazione. Il termine perversione qui non si riferisce a pratiche sessuali, ma piuttosto ad una modalità non psicotica di funzionalità mentale in cui la distinzione tra realtà e fantasia è offuscata da qualcuno che ha difficoltà ad accettare la realtà, oltre alla presenza di emozioni spiacevoli e scarsa capacità di sentirsi in colpa .

In questo scenario tra una madre che porta il bambino per essere curato e un medico che

diventa coinvolto nelle fantasie della madre, il bambino funge da oggetto feticista. “Esso” (il bambino deumanizzato) diventa un oggetto materiale da tenere sempre vicino alla madre, proprio come i feticci in altre forme di perversione. Il bambino/oggetto rafforza quindi la convinzione della madre sulla realtà della relazione col medico, e allo stesso tempo la protegge. Il bisogno della madre di vicinanza al suo bambino/oggetto rinforza anche l'impressione che la madre si stia preoccupando davvero.

E' difficile presentare tutte le complessità della relazione tra 2 simboli potenti della nostra società – madre e medico/guaritore – coinvolte in questo disturbo.

Il punto cruciale della triade è la madre manipolatrice. Il significato delle manipolazioni della madre è un collegamento diretto alla struttura della personalità e il movente per i suoi bisogni soggiacenti.

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

Gravi errori vengono commessi di frequente: nel riportare e ricevere denunce di sospetti casi di maltrattamenti MSbP, nelle indagini, conferme-smentite, nella preparazione e presentazione di casi in tribunale, e nella preparazione e gestione dei casi. Tutto ciò porta a casi non identificati di MSbP, ad altri erroneamente diagnosticati, e ad altri ancora correttamente individuati ma poi trattati in maniera inappropriata. Tutti questi sbagli hanno spesso effetti disastrosi sui bambini coinvolti e le loro famiglie.

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

C'è molto ancora da sapere sull'evoluzione dei bambini soggetti non solo ad abuso da parte di madri e medici, ma soggetti alla mancanza di protezione da parte dei tutori, e i casi riportati suggeriscono un peso molto grave in tutti i bambini sopravvissuti, tranne forse in quelli molto piccoli (Ayoub, 1999). Bisogna continuare gli studi. Le ipotesi qui testate dovrebbero portarci a guardare molto attentamente ai casi di sospetta MSBP. La spiegazione delle possibili motivazioni potrebbe servire in casi in cui bisogna decidere se restituire il bimbo alla madre.

Come suggerisce Rosenberg (1995), non fa parte del solito lavoro dei pediatri raccogliere dati psicologici e spesso questi non hanno nemmeno tempo di chiedere il parere di un collega sulla malattia di un bambino o sul comportamento di una madre. Il fatto che molti casi di MSBP sono valutati da pediatri potrebbe spiegare la scarsità di articoli a proposito.

CASO CLINICO

Lo spazio limitato qui permette solo la presentazione di alcuni momenti salienti di questo caso (Stato della Florida contro Kathy Bush, 1999), che iniziò con un semplice sospetto iniziale di abuso di Jennifer Bush (“J”) quando la bambina aveva 3 anni, e ci vollero 8 anni perché si portasse la madre davanti al tribunale. A causa di una serie di patologie che sembravano sospette nel numero e nella forma durante i ripetuti ricoveri di J fino all’età di 4 anni, gli operatori ospedalieri chiesero per la bambina che si aprisse un’inchiesta da parte dell’associazione per i servizi di protezione dell’infanzia della Florida (HRS) per investigare la possibilità che J stesse subendo un abuso da parte della madre. Alla richiesta delle infermiere, uno degli amministratori dell’ospedale prese la decisione di richiedere l’analisi di un campione del vomito di J, in quanto, questi dichiarò che il pediatra di J non dava una risposta alle loro preoccupazioni. 21 infermiere su 22 intervistate a quel tempo, sentivano che la sig. Bush stava abusando della figlia. Quando la signora aveva utilizzato l’ospedale nel 1991 per mandare del materiale della figlia ad un laboratorio senza il permesso di un medico, l’ospedale consultò uno specialista in abusi all’infanzia, che era a conoscenza della MBP, e che revisionò il caso. Questi criticò la qualità dell’assistenza da parte del medico curante che “..non aveva stabilito una relazione professionale sufficientemente obbiettiva con la madre di J e diede serie indicazioni del fatto che i sintomi della bambina potessero essere causati dalla madre”... Questi inoltre trovò dei seri motivi di preoccupazione per l’accusa rivolta alla madre dicendo: un ricovero per sepsi (infezione del sangue) è inusuale in quanto coinvolge più di un batterio, lo sono anche ricoveri ripetuti per sospetti sintomi gastrointestinali, attacchi epilettici, immunodeficienza, febbre e infezioni del tratto urinario. Il Tegretol, un farmaco per l’epilessia, non più somministrato alla bambina, e l’ipecacuana, una sostanza che causa il vomito, furono rilevate nei campioni presi da Jennifer. Il Tegratol, soprattutto ad ampie dosi, potrebbe essere stata la causa di molti dei suoi sintomi, incluse l’atassia, il vomito e la diarrea.

Durante il ricovero, quando i medici la stavano svezzando dal farmaco antiepilettico, una delle scene tipiche era che Jennifer giocava tranquilla e appariva sana fino a che non arrivava la madre in ospedale. La Sig. Bush portava Jennifer nella sua stanza dove la bimba iniziava a piangere. Dopo alcuni di questi episodi J sembrava stordita, atarassica (aveva le gambe tremanti) e spesso vomitava. Quasi in qualità di segretaria del pediatra di J, la madre riceveva e comunicava

informazioni ed istruzioni dal medico al personale dell'ospedale. Alcune volte la madre scriveva delle note sulla cartella clinica di J, con il benestare del medico. Durante un ricovero in cui J fu colpita da "febbre alta e brividi", la madre si contrappose all'ordine che le infermiere avevano ricevuto di sospendere la somministrazione dei farmaci.

Dopo un'investigazione di 8 mesi, HRS lasciò il caso senza proseguire per vie legali. Anche se probabilmente sentivano che J era la vittima di un abuso, dissero di non poter provare o identificare il perpetrante! La sig. Bush fece causa a HRS e all'ospedale, ma alla fine ritirò la denuncia.

Entro l'aprile del 1996, quando J fu tolta ai genitori, la bimba aveva già sofferto un difficile percorso medico, che aveva comportato 200 ricoveri e una dozzina di infezioni serie, incluse due attacchi di sepsi potenzialmente fatale nel 1995 che si era estesa a diversi organismi. Inusuali come sono queste infezioni multiorganiche del sangue, una fu particolarmente sospetta in quanto furono rilevati due loci come fonte dell'infezione, il tratto urinario e il sito di un catetere venoso per la nutrizione, con differenti batteri in ogni sito. Un medico specialista nelle malattie infettive disse che riteneva la malattia fosse causata da una persona esterna e avanzò sospetti nei riguardi della madre. Ci furono anche ricorrenti episodi di "fallimento" della nutrizione per intubazione, in cui J fu nutrita in modo drammaticamente eccessivo, al punto di arrivare ad un doloroso gonfiore ed a grave nausea, vomito e diarrea. Le furono somministrati iniezioni di immunoglobina e in 10 anni fu operata circa 40 volte. Molti dei sospetti riguardo alla malattia nacquero durante i ricoveri ospedalieri.

Jennifer era stata portata dalla madre ad incontrare Hillary Clinton ad un congresso alla Casa Bianca per mostrare la necessità di riforme sull'assistenza sanitaria. La Sig. Bush dichiarò che la famiglia non aveva più risorse economiche per coprire gli enormi costi dell'assicurazione sanitaria, e che doveva pagare 2500\$ al mese per partecipare ad un progetto di stato. Disse che finanziariamente la famiglia era in cattive condizioni. Alla Tv locale mandarono foto con la Sig. Clinton. Un'altra volta nel 1994, Jennifer fece notizia per aver scritto una lettera al proprietario della Florida Marlins, la squadra di baseball di Miami, chiedendogli di porre termine alla serrata e far tornare i giocatori a giocare. La scrittura grammaticalmente corretta della lettera non era alla portata della scrittura infantile della bimba e questo tutti lo sapevano. Le valutazioni scolastiche della bambina mostrarono che J poteva leggere lettere ma non parole!

La Sig. Bush cercò anche di attaccare l'associazione per la protezione dell'infanzia,

testimoniando contro gli “abusi” di questa della legislazione. La donna partecipò ad una conferenza medica nazionale sulla Pseudo Ostruzione Intestinale, e dichiarò che, la bimba a cui era stata diagnosticata questa malattia, aveva attacchi accompagnati da dolore allo stomaco. In nessuna cartella clinica di J. è stato riportato questo sintomo. Nel 1995, HRS fu informato dallo stato che la madre era indagata, questa volta dall’avvocato generale di ufficio. Come richiesto della leggi locali, essi notificarono subito la Sig. Bush. Nei 18 mesi precedenti a questa notifica, J fu ricoverata circa 18 volte. Nell’anno successivo, fu ricoverata solo una volta e HRS rifiutò la forte richiesta dell’accusa di allontanare la sig. Bush da casa, finché questa non fu arrestata. Nel giorno dell’arresto della sig. Bush, J fu allontanata e in un paio di settimane fu ricoverata in un ospedale infantile di un altro stato dove presto riuscì a nutrirsi normalmente. Tutti i cateteri per la nutrizione furono rimossi. Il gastroenterologo di quel centro testimoniò che l’intubazione per la nutrizione non era mai stata davvero una necessità. I genitori replicarono che Jennifer aveva iniziato a migliorare da sola, mesi prima del suo allontanamento.

Ma come notarono i giurati più tardi, non furono solo le “difficoltà a nutrirsi” che sparirono dopo il suo allontanamento: anche tutti i problemi con le infezioni, le difficoltà urinarie e gli attacchi epilettici sparirono. Infatti, nei 4 anni dall’allontanamento, Jennifer ebbe solo qualche raffreddore. Un esperto di abusi infantili al processo testimoniò che “la bimba non aveva mai avuto disturbi del sistema immunitario (oltre allo stress imposto dalle infezioni, dagli interventi chirurgici e da una non necessaria esposizione alla terapia farmacologia), e che le cure somministrate, inclusa immunoglobina non erano necessarie e provocate dalla mal rappresentazione della madre e dall’induzione di febbre e malattie infettive”. I due attacchi di sepsi nel 1995 avrebbero potuto ucciderla. (vedi Feldman & Hickman (1998) sul rischio di morte relativamente alto che si corre in presenza di catetere venoso centrale nella MSBP, che lui chiama “fonte di caos medico in MSBP”).

La giuria ascoltò inoltre le osservazioni di un infermiera che dichiarò la possibilità che la bimba fosse danneggiata dalla madre in quanto l’aveva vista forzare la bimba ad ingurgitare un liquido che assomigliava al Tegratol. Un infermiera testimoniò anche che la Sig. Bush maneggiava campioni di liquido corporeo; ad esempio, campioni di urina preso dalla madre, mostravano segni di infezione diversi da quelli rilevati successivamente da una infermiera direttamente da Jennifer, nonostante le sofisticazioni

mediche. All'inizio dei suoi ricoveri, Jennifer disse persino che la madre non stava dicendo la verità circa il "vomito" che dava loro in una tazza, che in realtà era preso direttamente dal catetere.

La difesa ricorse a diversi "codicilli". Accusarono le infermiere (12 coinvolte nel processo) per aver coperto i loro stessi errori, e accusarono i dottori per aver fatto una diagnosi sbagliata ed essere la fonte reale dei molti danni arrecati a Jennifer. Questi notarono anche che Jennifer era già migliorata prima di essere allontanata dalla madre. Un chirurgo testimoniò per la difesa che probabilmente il miglioramento era dovuto all'ultimo intervento chirurgico che lui stesso aveva eseguito, e che le sue infezioni precedenti potrebbero essere state "seminate" dai problemi intestinali.

Le prove mediche, tutte circostanziali, furono ritenute dai giurati sorprendenti (Dateline, Novembre 1999). Anche se non era presente alcuna "pistola fumante", i giurati furono davvero sconvolti nei 18 giorni precedenti alla rilevazione di Tegretol nel sangue della bimba, in quel momento a livelli tossici – e in cui Jennifer era ricoverata per l'espulsione di questo farmaco. Nonostante ciò, la loro decisione di arresto non fu semplice. Un giurato fu così sconvolto che pianse per tutto il primo giorno. Alla fine della delibera nella prima giornata del processo, il gruppo di 6 persone fu diviso in tre per assoluzione. Ma tutti i giurati dissero di continuare a credere che la sig. Bush amasse sua figlia. Parlarono della difficoltà che avevano avuto a mettere insieme il comportamento e l'amore apparente della madre, con i 9 anni di assalto di cui questa era accusata. Nonostante, come indicò la difesa, non ci fossero medici con lei al processo, era vero che questi erano stati la causa "immediata" di molte delle cicatrici sul corpo di Jennifer.

La giuria non ascoltò mai alcuna discussione sulla Sindrome di Munchausen per Procura, forse in parte perché il giudice sembrò accettare che si tratta di una diagnosi del bambino e quindi, non era rilevante per la sig. Bush (anche se il giudice ammise di non essere certo di come un abuso potesse essere diagnosticato in un bambino) (Stato della Florida contro Bush, 1999, p. 26). La difesa chiese e il giudice accettò che non ci fossero tentativi "hocus pocus" (trucchi) per scoprire la colpevolezza della sig. Bush di essere responsabile delle malattie della figlia, in quanto lei si adatta perfettamente al "profilo" di MSBP. Lo stato fu d'accordo e dichiarò che il suo intento era quello di provare direttamente l'abuso infantile. Lo stato disse di voler soltanto introdurre la motivazione per dare alla giuria il contesto di questa bizzarra forma di comportamento,

e la consapevolezza che ci sono molte madri che abusano dei loro figli. Anche se il giudice diceva che era possibile un caso di MSBP, ogni volta che si sollevava la questione del possibile motivo da parte della madre, questi si scusava con la giuria e ammoniva l'accusa sul fatto che non si poteva affrontare il problema della donna di attrarre l'attenzione da parte di individui potenti che potessero fornirgli un posto al sole, o del suo bisogno di essere coinvolta dal personale medico.

Discussione

Il caso Bush è stato presentato in quanto i dettagli sono simili a molti casi di MSBP, e per come esso è simile all'ipotesi fatta da questo autore, derivata da un'estesa revisione di dati da più di 20 casi. Osiamo dire che questa è un'utile e ormai stabilita forma di ricerca sui disturbi, inclusi quelli psicologici, che aiuta a sviluppare ipotesi da confermare con ulteriori studi. Più di 20 casi non è un numero esiguo per una simile teorizzazione, e nel frattempo, le osservazioni sono state integrate con almeno altri 50 casi .

Brevemente, quello che sembra esserci dietro questo comportamento intenso e a volte compulsivo, cioè la motivazione primaria, è l'uso di un bambino malato come veicolo per mantenere e regolare una relazione con un medico, e altri membri del personale medico, e successivamente con altri individui considerati potenti. Queste relazioni contengono elementi di bisogno, ma in alcuni casi anche una forte ostilità, e i medici stessi sono presi in giro e manipolati al fine di danneggiare il bambino mentre si sta ricercando la diagnosi. Essenzialmente, i medici vengono sconfitti nel lavoro che hanno scelto di aiutare i bambini, così come nella loro capacità di risolvere complesse problematiche mediche.” Data la complessità di questo comportamento, sono stato impressionato dalle comunanze piuttosto che dalle differenze che ricorrono nei casi che ho studiato”.

Come detto altrove (Schreier & Libow, 1993), queste dinamiche possono essere precise solo per alcuni casi estremi di FDP. Alcune madri che hanno confessato, hanno parlato di un intenso bisogno di mettersi in luce, o di attirare l'attenzione di un medico, di un genitore, di un partner e il fatto di avere un bambino malato soddisfaceva questo bisogno (Meadow, 1994). Una madre che pesava più di 170 libbre disse di aver soffocato sua figli di 2 anni per tre volte durante un day hospital perché la bambina aveva bisogno di aiuto e nessuno accorreva. La difficoltà che si incontra nella comprensione del comportamento MBP, è come giudicare la veracità di una persona che

simula ripetutamente. Ad esempio, le madri riportano spesso di aver subito un abuso sessuale infantile, ma ciò a volte è dubitabile o difficile da verificare. I casi estremi che coinvolgono una forte manipolazione dei medici e dei media, come quello qui presentato, non sono rari nella mia esperienza. In molti casi studiati, la motivazione sembra andare ben oltre il semplice bisogno di attenzione o aiuto (anche se potrebbe essere anche così). Ma fino a che la motivazione sembra ben più complessa, come dicono gli attacchi sadici non solo al bambino ma anche al personale medico, credo che dobbiamo investigare più approfonditamente questa psicopatologia finora non riconosciuta.

Rosenberg (1987) ha sottolineato, nella sua revisione, che il 75% degli abusi ha luogo in ospedale. Anche se ciò deriva dalle informazioni degli articoli pubblicati, non c'è niente dal 1987 che ci faccia pensare altrimenti. Nel caso Bush, Jennifer fu ripetutamente attaccata, mentre era in ospedale per 18 giorni, attraverso l'obbligo di bere abbastanza Tegretol da causare una seria intossicazione. C'erano altri segnali che indicavano il forte bisogno della sig. Bush di trovarsi in ospedale, come il fatto che Jennifer stava male non appena pareva pronta per essere dimessa. Ma la motivazione in questo caso, va oltre la necessità di essere in ospedale, o di "mettersi in luce". Sembra essere piuttosto un modo di osare, una sfida, tra chi sarà più capaci di smascherare chi. Il pediatra ed il gastroenterologo di J sono due esempi di target (obbiettivo). Un gastroenterologo che aveva curato J per anni, dichiarò soltanto che nella malattia di J forse potevano esserci di mezzo le mani della madre. Disse che era improbabile che lei potesse cavarsela con tali manipolazioni, poiché avrebbe dovuto saperne più dei medici. Lo HRS in Florida costituì un secondo target. Anche se il comportamento indicava chiaramente un coinvolgimento da parte della madre, secondo 21 infermiere, HRS investigò e scoprì l'abuso ma non poté affermare che dipendeva dalla sig. Bush. L'ovvietà dei segnali ci lascia nell'incredulità per il fatto che vengono così spesso trascurati non solo dai professionisti che non conoscono questo disturbo ma anche da coloro che lo conoscono. Il ruolo del medico nella FDP è di grande interesse e alcuni lo ritengono centrale (Donald & Jureidini, 1996). Sembra che il medico più vicino al caso, soprattutto a lungo termine, sia quello ingannato e sia dunque quello a credere più di tutti nella madre. E' interessante che la maggioranza dei medici molto spesso difende la madre anche quando sono stati loro stessi a rivolgersi ad uno specialista. Nell'esperienza di quest'autore, non è insolito che i medici che si rivolgono ad uno

specialista per sospetta FDP, alla fine si arrabbino perché questi conferma i suoi sospetti, a volte al punto da rivolgersi altrove. Infatti, nello studio di Southall, Plunket Banks, Falkov e Samuels (1997) che hanno giustamente suggerito l'istituzione di telecamere di sorveglianza (in 39 su 40 casi, 33 genitori sono stati colti dalla telecamera mentre arrecavano danno ai loro figli e sono stati perseguiti legalmente con successo), il team ha raccomandato di non informare il medico dell'istallazione delle telecamere. Il pediatra di J non solo permetteva alla madre della bimba di comunicare ordini, ma si rifiutò di approfondire le preoccupazioni delle infermiere e si arrabiò con loro. La durata del tempo di diagnosi, anche quando si tratta di chiaro abuso, è abbastanza lunga. L'abilità del perpetrante di MBP di manipolare così bene non può essere spiegata solo dalla facilità di mentire o con la nostra suscettibilità alla menzogna. Perché anche se molti di noi non sono bravi a scoprire le bugie, le bugie di queste madri sono piuttosto evidenti. Il problema sembra nascere dal momento che non si controllano a lungo termine le discrepanze rilevate. Ho suggerito che almeno alcune di queste donne hanno l'astuzia dell'impostore. In modo simile alla capacità che possiedono gli psicopatici, queste madri possono simulare molto bene (Schreier, 1992; Meloy, 1988) e questo causa la non visione dei segnali. Quasi nessuno affrontò la sig. Bush. Quando qualcuno lo fece, la persona – o in ospedale o nei servizi di protezione all'infanzia – si arrese. Le infermiere non annotarono sulle cartelle osservazioni che potevano essere fondamentali per la vita, come il fatto che la sig. Bush fu vista da una tenda mentre obbligava la bimba a ingurgitare un liquido che sembrava il Tegratol. Anche se causato da un intenso bisogno, questo comportamento grandioso di lotta per essere considerati potenti, “non solo buoni o degni di compassione”, è evidente. Si disse che la sig. Bush si fosse recata alla Casa Bianca per appoggiare l'iniziativa sulle cure sanitarie della sig. Clinton in quanto sosteneva che il costo delle cure sanitarie le avesse causato la bancarotta. Lo fece nonostante nello stesso anno comprasse una piscina per la casa e tre automobili. Dopo essere stata investigata per 8 mesi nel 1991 dall'HRS per l'abuso per il quale fu successivamente arrestata, lei iniziò una campagna pubblica per screditarli. Il programma televisivo *Hours* mandò un programma su come le famiglie come i Bush erano tormentate dalla HRS quando avevano scoperto la possibilità che potesse essere incriminata. E' stato affermato che altri professionisti possono costituire il “target” oltre ai medici, come gli sceriffi e gli psicologi di scuola (Schreier, Herbert, May 2002).

EFFETTI A LUNGO TERMINE SULLE VITTIME

Riguardo gli **effetti a lungo termine** che tale disturbo può comportare nelle persone rese vittime, molti studi hanno portato ai seguenti risultati:

- Danno diretto e iatrogeno

I bambini sono le vittime. Possono essere danneggiati fisiologicamente e/o psicologicamente. Il danno può essere causato direttamente dalla madre, o indirettamente dal trattamento e dai test dei dottori. Il bambino più piccolo presentato ai dottori con un caso di malattia fittizia indotta (by proxy) aveva 8 settimane; il più grande 14 anni.

I bambini possono avere un danno fisiologico così come emozionale da indagini, ricoveri, e trattamenti che i dottori impongono in conseguenza di una diagnosi sbagliata. Ciò che le madri fanno per rendere i figli instabili (dando loro delle droghe), o il modo in cui li soffocano per causar loro delle crisi è a volte eccessivo e si risolve in un danno permanente. Questo può variare da danni cerebrali di diversi gradi alla morte (uno degli autori ha visto due bambini incorsi in grave paralisi cerebrale per ansia). Frequentemente si verificano danni ad organi interni, come nel caso di una nefrite conseguenza di iniezioni di un agente immunizzante dato dalla madre per provocare la febbre.

- Preparazione alla Sindrome di Munchausen. Vi sono molti casi di bambini in età scolastica che si uniscono alla madre nell'inganno e poi, diventati teenagers – essendo malattia-dipendenti – girano il paese autonomamente con la Sindrome di Munchausen (MS).

- Scuola. L'insistenza della madre che i figli siano malati si trasmette da sola ai bambini. Saltano scuola, sviluppano problemi a scuola e possono poi assumere la malattia come un modo di vivere, credendo veramente di essere ammalati ed incapaci di frequentare la scuola. Così, c'è una forte sovrapposizione e collegamento tra assenza da scuola ed invalidità cronica.

- Ospedali ed interazioni sociali. Ad eccezione del saltare la scuola e dei problemi sociali che ne conseguono, i bambini passano molto tempo in ospedale in cui il genere di interazioni sociali non sono quelle ideali.

- Stigma di malattia. Il marchio di essere malato è un altro peso che i bambini sono costretti a dover sopportare.

- Il corpo. I bambini possono anche perdere la capacità di testare la realtà concernente il proprio corpo dal momento che non è possibile dire quando e se la malattia è veramente presente, o se i sintomi sono immaginati e/o inventati.

- Emozioni e comportamento. I bambini possono mostrare intensa ansia o un comportamento iperattivo o manifestare paura e negativismo. Diventano inermi e passivi, e questi effetti possono essere percepiti a lungo.

- Conseguenze psichiatriche. Dal momento che molte di queste malattie fittizie sono croniche, le loro sequele psicologiche possono essere paragonate a quelle che bambini normali soffrono come risultato di reali malattie croniche. Queste possono colpire lo sviluppo della personalità del bambino e produrre disordini psichiatrici. E' stato riportato che il 68% dei bambini ricoverati a lunga degenza in una atmosfera per loro predisposta e di sostegno, hanno mostrato disturbi significativi dopo la dimissione dall'ospedale, e che in molti casi questi disturbi persistevano ancora dopo 3 mesi. Questo dimostra che i bambini possono soffrire estremamente lo stress, persino in un ambiente il più possibile favorevole per loro. In alcuni casi i bambini possono diventare tanto affetti dal panico da far insorgere disorientamento, allucinazioni, ed altri sintomi psicotici.

- Auto-abuso. La malattia immaginata può anche stimolare la paura del rifiuto e dell'abbandono ed i bambini a volte possono così creare i sintomi con lo scopo di proteggersi dalla paura che le loro madri li possano abbandonare nel caso in cui smettono di essere ammalati.

- Comprensione. I bambini più grandi possono diventare consapevoli, se non consciamente allora inconsapevolmente, che è la loro madre a creare i sintomi, e così si crea un'immagine disturbata di quale dovrebbe essere il rapporto madre – figlio. Tutto

ciò può naturalmente incidere su gran parte del loro futuro comportamento da adolescenti ed adulti.

Le difficoltà che i bambini incontrano nel diventare adulti, nel comprendere il comportamento della madre sono enormi. E' molto difficile spiegare ai bambini che è un genitore a farli ammalare. E' molto più semplice quando i bambini vengono tolti dalle cure del genitore, ma se li si lascia con i genitori non sanno a chi credere. I bambini sono disorientati dal fatto che il loro genitore ha fatto loro queste cose e sta forse continuando a fare falsi resoconti di malattia.

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

- Stile di vita. In molti casi, la madre impone ai figli uno stile di vita che non sarebbe considerato psicologicamente salutare dalla maggior parte delle persone. Questo può consistere nell'imporre centinaia di visite ospedaliere, nella costante supervisione dei dottori e/o nell'imposizione di comportamenti particolari che possono variare da diete molto rigide al far dormire i bambini in letti avvolti d'alluminio.([www.msbp.com; ourworld.com/compuserve.com/homepages/Marc_Feldman_2/-23k-;](http://www.msbp.com;ourworld.com/compuserve.com/homepages/Marc_Feldman_2/-23k-;))

LEGAME CON LA SINDROME DI MEDEA

Una delle più gravi conseguenze che tale disturbo può portare: **La Sindrome di Medea:**

“...Medea, nipote della maga Circe ed esperta in arti magiche, era figlia di Eete, re della colchide, custode del vello d’oro. Quando arrivarono gli Argonauti, innamoratasi di Giasone, lo aiuta nella conquista del Vello d’oro, e per questo motivo uccide il fratello Absirto, facendolo a pezzi in modo da ritardare l’inseguimento del padre. Questo comportamento doveva mettere in allerta Giasone sul carattere della sua futura sposa, e renderlo più cauto nei suoi confronti. Ma, dopo aver tradito la patria, ucciso il fratellino ed essersi comportata in modo perfido con il padre, Medea fugge con Giasone, con il quale andrà a vivere per un periodo di tempo a Corinto. Accade poi che il re greco Creonte impunemente pensa di far bandire Medea e di dare sua figlia in sposa a Giasone il quale, con altrettanta impudenza accetta.

E’ in questo istante che Medea si vendica del tradimento di Giasone – poiché lo considera molto grave dal momento che lei, per seguirlo, aveva tagliato tutti i suoi vincoli e violato ogni forma sacra – uccide, oltre Creonte e sua figlia promessa sposa a Giasone, anche i figli che aveva avuto dall’eroe.

Per questo motivo la tradizione associa Medea alla donna che commette il figlicidio per vendicarsi del proprio coniuge.” (Apollonio Rodio, *Le Argonautiche*)

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

Da un punto di vista psicologico, nel momento dell’uccisione del figlio, la madre raggiunge l’apice del delirio di onnipotenza (tipico delle crisi psicotiche) e si autonoma giudice di vita e di morte. I così detti “Figlicidi” sono tutt’oggi un fenomeno sottovalutato e sottostimato andando ad aumentare il “numero oscuro” nello studio della statistica in questione, ossia la quantità di fatti delittuosi o quasi – delittuosi che non possono essere riportati perché non denunciati o non arrivati ad omicidio conclamato. Lo stesso Lombroso (1892) padre della Criminologia Positivista, considerava una rarità la donna violenta, nella quale lo sbocco naturale dell’aggressività

si pensava fosse la prostituzione. D'altra parte l'assassinio sembra essere del tutto in contrasto con il ruolo attribuito oltre che al sesso femminile in generale ed alla madre in particolare, come protettrice della famiglia. Infine da un punto di vista evolutivistico il figlicidio risulta "contro-natura" per la sopravvivenza della specie di cui la madre è portatrice.

Un'importante riflessione può scaturire se paragoniamo il Complesso di Medea con la "Sindrome di Munchausen per Procura": in entrambi possiamo notare un bisogno eccessivo di controllo sull'altro, investito di grande valenza affettiva come può essere un figlio. Mentre nella prima il controllo riguarda la vita della vittima, nella seconda il controllo viene esercitato sulla condizione di salute della persona designata.

Oltre al bisogno di controllo, già accennato, ma anche di possesso, un'altra caratteristica del Complesso di Medea è quindi il bisogno di sentirsi (ed essere) unici ed esclusivi; la sensazione che molte madri hanno di perdere gradualmente una parte di se stesse è influenzata dal proprio ruolo sociale. Diversamente dal figlicidio paterno in cui il padre spesso uccide per vendetta ma è comunque "socialmente sano" in quanto, proprio per il ruolo sociale vestito, trova la sua realizzazione anche e soprattutto al di fuori del contesto familiare, nelle madri spesso (paradossalmente ancora oggi!) la massima realizzazione di sé è data dall'accudimento della casa, del marito e dei figli verso i quali opera il cosiddetto investimento emotivo (da qui il tipico iperprotettivismo materno). La madre in questi casi "si illumina della luce" del proprio figlio al quale dà molto, ma allo stesso tempo pretende ed investe altrettanto.

Analizzando nel dettaglio la (s)conosciuta Sindrome di Munchausen per Procura e venendo a conoscenza dello stretto legame che può avere con la Sindrome di Medea e, più in generale con il fenomeno dell'infanticidio e figlicidio, ritorna in mente il piccolo Samuele... e ci siamo tristemente resa conto che quella vicenda non è stata né la prima né l'ultima nel nostro Paese e nel mondo. Storie simili, storie differenti, storie che si perdono nella storia (www.mbpexpert.it; www.dirittoefamiglia.it; www.crimine.it) . Uccidere il figlio appena nato (infanticidio) è psicologicamente differente che ucciderlo quando vi è stata una lunga convivenza e si sono intrecciati legami derivanti anche dalla comunanza di vita (figlicidio). Esiste, in primo luogo, una frequente e ben nota necessità di "maturazione affettiva" della madre nei confronti del neonato: come se l'amore materno, per estrinsecarsi pienamente, necessitasse di un certo periodo di tempo. Sentimenti di ostilità o di estraneità non sono rari nelle puerpere; il neonato può

essere sentito non come individuo, ma quale oggetto, quale parte del corpo materno, di cui si ha piena disponibilità. Sul piano soggettivo, il vissuto di alcune infanticide sembra essere, piuttosto che quello di uccidere un essere sentito come vivente, quello di impedire al neonato di incominciare a vivere; l'uccisione del neonato immediatamente dopo il parto può spesso intendersi, nella dinamica psicologica, come un aborto tardivo, effettuato sotto la spinta di circostanze "difficili" che impediscono alla donna di affrontare la maternità. Un altro aspetto è quello relativo alla ricorrenza di patologie mentali nell'infanticida.

La maggior parte delle madri, invece, che compiono il delitto di figlicidio non presenta malattie mentali riconosciute come psicosi o alterazioni mentali di gravità tale da avere rilievo penale, e cioè, a termine di legge, scemare grandemente o abolire totalmente la loro capacità di intendere e di volere.

Tra le varie motivazioni che possono spingere una madre a compiere tale delitto, possiamo ricordare le seguenti:

- L'atto impulsivo delle madri che sono solite maltrattare i figli:

Vi è una tipologia di madre (battering mothers) che è solita abusare dei figli ed in particolare usare la violenza fisica in modo inadeguato, sadico e crudele. Queste madri, in seguito ad una stimolazione del figlio (ad esempio urla, pianti...) vanno incontro ad un improvviso, rapido e impulsivo agito aggressivo per cui possono percuotere il figlio con un oggetto contundente, soffocarlo, accoltellarlo, defenestrarlo ecc. Si tratta di madri che non hanno, nel caso specifico, messo in atto un progetto omicidiario preordinato, ma che, pur tuttavia, avevano intenzione di usare violenza fisica nei confronti del figlio come precedentemente fatto in passato. Spesso queste madri presentano disturbi di personalità, scarsa intelligenza, aspetti depressivi, facilità ad agire impulsivamente, irritabilità ecc... inoltre spesso vivono in situazioni familiari problematiche, ad esempio numerosi figli cui badare, condizioni economiche indigenti, problemi di separazione con il marito o col compagno, difficoltà legate all'alloggio, al lavoro... Infine queste donne, che si contraddistinguono per abusare in modo regolare e continuo (usando violenza fisica, trascuratezza, promiscuità sessuale...) dei loro figli, spesso provengono a loro volta da famiglie multiproblematiche ove loro stesse sono state vittime di maltrattamenti ed abusi in giovane età.

- L'agire omissivo della madri passive e negligenti nel ruolo materno:

In alcuni casi la morte del figlio, soprattutto se in giovane età (allorquando necessita di particolari attenzioni e cure) può essere dovuta ad atti omissivi della madre che non lo accudisce e tutela in modo attento ed adeguato. Ad esempio la madre non è in grado, o non vuole vestirlo in modo adeguato alla temperatura, portarlo dal medico a farsi curare in tempi utili, provvedere a nutrirlo in modo efficace e continuo ecc... Si tratta di madri che non sono in grado di affrontare la loro funzione materna (coping maternal) nel provvedere alle necessità fondamentali e vitali del bimbo. Queste madri, per ignoranza, incapacità personale, insicurezza, scelta deliberata ecc. sono delle madri che cominciano a vivere le esigenze del figlio come qualcosa di strano, di minacciante, di estraneo che complica in modo drammatico la loro vita. Alcune di queste madri passive e negligenti possono essere assalite anche da problemi di natura psicotica, con paure di fusione, angosce di annientamento ecc. In questi casi, l'omicidio avviene spesso in modo passivo o con omissioni: alimentazione incongrua o insufficiente, malattie non curate o incidenti mortali apparentemente dovuti a fatalità.

- La vendetta della madre nei confronti del compagno:

In alcuni casi la madre può uccidere il figlio per vendicarsi dei torti reali, o presunti, subiti dal marito. Con l'uccisione del figlio la madre cerca di arrecare così un dispiacere al proprio compagno. Questa dinamica è nota sotto il nome della "Sindrome di Medea". Queste madri vendicative (retaliating mothers) presentano in genere disturbi di personalità con aspetti aggressivi, comportamenti impulsivi, tendenze suicidarie e frequenti ricoveri in ospedale psichiatrico. Inoltre le loro relazioni con i compagni sono spesso ostili e caotiche.

- Le madri che uccidono i figli non desiderati:

Alcune madri uccidono in modo attivo, deliberato, cosciente (cioè in piena lucidità mentale) il loro figlio perché non era desiderato. Spesso il figlio non voluto ricorda loro momenti molto tristi e penosi della propria vita: indigenza economica, abbandono da parte dell'uomo amato, episodi depressivi, violenze sessuali subite ecc. Si tratta di madri che presentano tratti di personalità impulsivi ed antisociali; spesso hanno una storia personale di comportamenti devianti ad abuso di droghe.

- Le madri che trasformano i loro figli in capri espiatori:

Vi sono delle madri che ritengono, nella loro percezione, che i figli abbiano rovinato completamente, drammaticamente ed inesorabilmente la loro esistenza. Hanno la percezione che il figlio abbia “sformato” attraverso la gravidanza il loro corpo, le abbia condizionate a vivere in un ambiente a loro non gradito, le obblighi ad accettare un compagno che non amano oppure a non vivere felici col compagno che amano ecc. Queste donne “somatizzano” tutte le loro frustrazioni di vita sul bimbo che ritengono la causa unica del loro percepito fallimento esistenziale. Può trattarsi di madri insicure, con tratti borderline di personalità, ovvero madri conflittuali che presentano anche tratti impulsivi ed aggressivi. Alcune di queste madri possono soffrire di malattie mentali con elementi persecutori, deliranti, paranoidei, per cui percepiscono il loro bimbo come un vero e proprio persecutore; tali forme deliranti possono essere presenti in madri con diagnosi di schizofrenia ma anche di depressione maggiore.

- Le madri che negano la gravidanza:

Vi sono madri che uccidono o lasciano morire il neonato nell'immediatezza del parto. In genere si tratta di madri molto giovani d'età, che non hanno una situazione sociale chiara e definita col compagno, che è in genere una persona più adulta che dopo averle messe incinta le abbandona. Queste madri hanno spesso una forte dipendenza dai legami familiari, presentano caratteristiche personali di immaturità, tratti regressivi, infantili, narcisistici. Tali madri presentano spesso la caratteristica di negare, in modo isterico, la loro gravidanza: si comportano come se non fossero incinte. Si vestono in modo da dissimulare la gravidanza e non richiedono consulenze ginecologiche o altre visite mediche. Sono madri che tendono a partorire da sole, in situazioni non gestite da specialisti ed in condizioni clandestine. Successivamente, spesso, gettano il feto partorito nelle discariche come se si trattasse di un oggetto privo di vita, di umanità. Altre madri, invece, abbandonano il feto in luoghi pubblici con la speranza che possa essere trovato e salvato da altre persone.

- Le madri che ripetono sul loro figlio le violenze che hanno subito:

Numerose madri figlicide hanno avuto, a loro volta, una madre che non si comportava, nei loro confronti, in modo adeguato e corretto. Una madre che le minacciava di abbandono, non rispettava la loro individualità, le utilizzava come oggetti, le ha rese vittime di abusi psicologici, di promiscuità sessuale e di trascuratezza. Queste madri

assassine che hanno avuto sostanzialmente una “madre cattiva” non sono, a loro volta, riuscite ad avere una buona identità materna, non tollerano le frustrazioni, hanno un senso di identificazione frammentato, sono confuse nel loro ruolo femminile ecc. Sono madri che hanno introiettato le violenze subite da parte della loro madre e che ripetono, in un’identificazione non conscia all’aggressore, gli stessi errori con i propri figli, usando loro violenza sino a compiere gesti omicidiari in un drammatico declinarsi di una violenza plurigenerazionale.

- Le madri che spostano il desiderio di uccidere la loro madre cattiva ed uccidono il figlio cattivo:

Numerosi autori sostengono che, tra i problemi fondamentali che stimolano una madre al figlicidio, risiedano l’odio e l’astio che quest’ultima ha nei confronti della propria madre vissuta come una “madre cattiva”. In questo senso la madre figlicida è originariamente legata ad un grave conflitto con la propria “madre cattiva”, che vorrebbe distruggere e annientare. La madre figlicida può dunque diventare depressa, manifestare tendenze autodistruttive ed inglobare in questo desiderio di morte il figlio divenuto a sua volta “cattivo”. L’aggressività omicidiaria è quindi spostata verso il figlio, che spesso è vissuto non come è nella realtà, ma come le reazioni emotive della madre e i suoi meccanismi psicologici di difesa lo fanno apparire.

- Le madri che desiderano uccidersi e uccidono il figlio:

Vi sono madri che vivono in una situazione depressiva senza speranza (hopelessness), senza possibilità di ricevere aiuto da alcuno (helplessness), afflitte dalla loro percepita pochezza e indegnità (whortlessness) e si convincono sempre più che il loro figlio non potrà vivere in un mondo così ostile, cattivo e crudele, senza di loro. Per questo motivo uccidono il bimbo e spesso dopo il figlicidio si uccidono anche loro. Si tratta di madri che si muovono in un progetto di “suicidio allargato” nell’ambito spesso di patologie sul registro depressivo ed anche paranoideo.

- Le madri che uccidono il figlio perché pensano di salvarlo:

Vi sono madri che si muovono in un contesto mentale di tipo paranoideo persecutorio, per cui ritengono che l’unico modo di poter sfuggire ad un mondo crudele e maligno che le perseguita sia la morte propria e quella del proprio figlio. Queste madri, oltre a presentare aspetti depressivi, deliranti, persecutori, possono essere anche vittime di

allucinazioni uditive di tipo imperativo, e cioè sono convinte di udire voci (che non esistono) che esigono e chiedono in modo continuo e minaccioso la morte del bimbo come unica possibilità di salvezza, come sacrificio per una vita migliore ecc. Può trattarsi in questi casi di un figlicidio di tipo altruistico, non sempre accompagnato da fantasie di riunione di madre e figlio in un mondo migliore.

- Le madri che uccidono il figlio per non farlo soffrire:

Si tratta di figlicidi in cui il figlio soffre di una grave malattia organica a decorso ingravescente che lo obbliga a soffrire giornalmente grandi dolori, con una notevole riduzione della qualità della vita. Bisogna distinguere questi “omicidi compassionevoli” (mercy killing) in cui la madre privilegia il bene del figlio dagli “omicidi pseudo-compassionevoli”, ove in realtà la madre uccide un figlio malato, handicappato, bisognoso di cure, solo per ottenere un guadagno personale e liberarsi di un così penoso e grave fardello di preoccupazioni.

- Le madri che uccidono subdolamente il figlio:

La “Sindrome di Munchausen per procura” è propria di quelle madri che provocano nel figlio lesioni spesso gravi o che simulano malattie al fine di ottenere, in modo particolare, l’attenzione da parte del medico. Queste madri somministrano di nascosto dei farmaci o sostanze dannose alla salute sino a poter causare dei veri e propri avvelenamenti del figlio. Sono madri che mantengono un atteggiamento, di fronte alle persone, di estrema cura, premura, attenzione alla salute del proprio figlio che portano continuamente ed ossessivamente dai medici per farlo curare.

E’ dunque sul terreno della solitudine della madre affetta dalla MSBP che bisogna agire attrezzando i possibili referenti dell’ “help” a capire i segnali della patologia in atto anche perché il grande alleato della madre munchausiana è il medico o l’agente sanitario distratto o peggio ancora ignorante del fenomeno e che, con la sua inconsapevole collaborazione, partecipa alla realizzazione del dramma che la MSBP pone in essere. In una cultura come la nostra in cui i bambini sono giustamente considerati come degli angeli tra di noi, è inammissibile credere che anche la patologia più tremenda possa vederli vittime di tali orrori e soprattutto proprio da parte di chi li ha messi al mondo (Nivoli, G. Carlo, 2002).

ATTACCAMENTO

La condizione di “essere madre” comporta sempre un forte investimento affettivo, come non accade per alcuna 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 grande e violentissimo odio, per cui una madre può arrivare perfino ad uccidere il proprio figlio. “Essere madre” in ogni caso non protegge la donna dalla possibilità di far male al proprio bambino.

A partire dal primo rapporto madre-bambino, base per quelli futuri, si svolgono e gradatamente si aggiungono tutti gli altri: padre, fratelli, nonni, amici, maestri, e il mondo. Il bambino, ancor prima della nascita, indirettamente, in ogni momento attraverso la madre, si relaziona con ogni membro del gruppo familiare e a livelli subliminali, insomma tutto si insinua attraverso le emozioni della coppia madre-bambino e dal successivo attaccamento che ne conseguirà.

John Bowlby e Mary Ainsworth hanno contribuito a dimostrare come lo sviluppo armonioso della personalità del bambino dipenda da un adeguato attaccamento alla figura materna, e, influenzati dal contesto culturale e scientifico degli anni ‘50-’60, fortemente impregnato dai progressi della biologia evuzionistica, dell’etologia e della cibernetica, hanno fissato le radici del futuro sviluppo del "**costrutto dell’attaccamento**".

Bowlby teorizza che l’attaccamento nasce come manifestazione pulsionale, ma si sviluppa, in seguito, come fenomeno interazionale. Alcuni comportamenti istintuali, (succhiare, stare attaccati, piangere) riconducibili biologicamente alle necessità di accudimento e di protezione del neonato, successivamente evolvono in un legame di attaccamento verso una specifica figura materna attraverso l’interiorizzazione dei sentimenti e delle modalità affettive di tale figura e l’organizzarsi di "modelli operativi interni", che si fondano su processi mentali di attenzione, percezione, memoria, selezione di affetti e di risposte comportamentali, all’interno di relazioni significative. Secondo Bowlby, aver sperimentato figure di accudimento sensibili e disponibili verso gli altri favorisce la maturazione di un atteggiamento globalmente fiducioso nei riguardi delle relazioni umane e di un sentimento di sé positivo; al contrario, aver avuto figure di

accudimento inadeguato genera scarsa fiducia in sé e negli altri e aspettative negative riguardo alle relazioni intime.

Il termine base sicura è da attribuirsi a Mary Ainsworth che collaborò con Bowlby ed alla quale si deve il sistema di codifica ideato per classificare i tre pattern base di relazione in bambini di età prescolare ricongiuntisi ai genitori dopo un lungo periodo di degenza in un sanatorio. Ainsworth distinse un primo gruppo che manifestava sentimenti positivi verso la madre, un secondo che manifestava relazioni marcatamente ambivalenti ed un terzo che intratteneva con la madre relazioni non espressive, indifferenti o ostili.

L'approntamento della **Strange Situation** (un dramma in miniatura di venti minuti ove vengono osservati i comportamenti e le reazioni emotive del bambino in presenza della madre, al momento della separazione da questa ed in compagnia di un estraneo) e le successive osservazioni nell'ambiente domestico rivelarono che i bambini che si erano dimostrati ambivalenti o evitanti nei confronti della madre durante il ricongiungimento nella Strange Situation avevano a casa una relazione con la madre meno armonica di coloro che ricercavano la vicinanza durante il ricongiungimento. Da queste osservazioni nacque il famoso sistema di classificazione della Strange Situation che prevedeva inizialmente tre stili di attaccamento: sicuro, insicuro ansioso ambivalente e insicuro evitante. Successivamente a queste tre ne venne aggiunto un quarto.

Sicuro: l'individuo ha fiducia nella disponibilità e nel supporto della figura di attaccamento, nel caso si verificano condizioni avverse o di pericolo. In tal modo, si sente libero di poter esplorare il mondo. Tale stile è promosso da una Figura sensibile ai segnali del bambino, disponibile e pronta a dargli protezione nel momento in cui il bambino lo richiede.

Insicuro-evitante: Questo stile è caratterizzato dalla convinzione dell'individuo che, alla richiesta d'aiuto, non solo non incontrerà la disponibilità della figura di attaccamento, ma addirittura verrà rifiutato da questa. Così facendo, il bambino costruisce le proprie esperienze facendo esclusivo affidamento su se stesso, senza l'amore ed il sostegno degli altri, ricercando l'autosufficienza anche sul piano emotivo, con la possibilità di arrivare a costruire un falso Sé. Questo stile è il risultato di una Figura che respinge costantemente il figlio ogni volta che le si avvicina per la ricerca di conforto o protezione.

Insicuro-ansioso-ambivalente: Non vi è nell'individuo la certezza che la figura di

attaccamento sia disponibile a rispondere ad una richiesta di aiuto. Per questo motivo l'esplorazione del mondo è incerta, esitante, connotata da ansia ed il bambino è incline all'angoscia da separazione. Questo stile è promosso da una Figura che è disponibile in alcune occasioni ma non in altre e da frequenti separazioni, se non addirittura da minacce di abbandono, usate come mezzo coercitivo.

Disorientato/disorganizzato: Dalle osservazioni della Strange Situation è emerso che alcuni bambini manifestavano comportamenti non riconducibili a nessuno dei tre pattern comportamentali sopra descritti, rivelando così la necessità di aggiungere un quarto stile di attaccamento alla classificazione originaria. Main e Solomon hanno proposto la definizione disorientato/disorganizzato (D) per descrivere le diverse gamme di comportamenti spaventati, strani, disorganizzati o apertamente in conflitto, precedentemente non individuati, manifestati durante la procedura della Strange Situation di Ainsworth. I due autori suggeriscono di considerare disorientati/disorganizzati gli infanti che, ad esempio, appaiono apprensivi, piangono e si buttano sul pavimento o portano le mani alla bocca con le spalle curve in risposta al ritorno dei genitori dopo una breve separazione. Altri bambini disorganizzati, invece, manifestano comportamenti conflittuali, come girare in tondo mentre simultaneamente si avvicinano ai genitori. Altri ancora appaiono disorientati, congelati in tutti i movimenti, mentre assumono espressioni simili alla trance. Sono anche da considerarsi casi di attaccamento disorganizzato quelli in cui i bambini si muovono verso la figura di attaccamento con la testa girata in altra direzione, in modo da evitarne lo sguardo. Secondo gli autori, ad origine di tali comportamenti vi è una figura di attaccamento spaventata/spaventante, che diviene per il bambino allo stesso tempo fonte di conforto e di allarme, evocando contemporaneamente risposte contraddittorie. A questo punto il bambino sperimenta la tendenza intrinsecamente contraddittoria sia a fuggire che ad avvicinarsi alla figura di attaccamento e ciò lo porta ad un collasso delle strategie comportamentali, manifestando perciò i movimenti e le espressioni fuori luogo, interrotti e/o incompleti, sopra descritti. Collegando tale teoria al tema principale di tale scritto, ovvero la Sindrome di Munchausen per Procura, questo tipo di relazione madre-bambino può portare ad un legame di attaccamento di tipo D, ovvero disorganizzato-disorientato in cui il bambino si trova di fronte ad un paradosso affettivo: la persona che lo dovrebbe accudire è la stessa che invece lo maltratta e lo "soffoca" con eccessive cure ed attenzioni, e nel caso di sua ribellione per questi comportamenti, viene

colpevolizzato e maltrattato in misura maggiore. La reazione di questi bambini è quella di una iper-attenzione ed iper-vigilanza sul proprio comportamento e su quello della madre, con il risultato di avere un bambino sempre spaventato e che non riconosce o evita di far emergere le proprie emozioni, ponendo le basi, in tal modo, ad uno stile affettivo piatto e poco responsivo alle attenzioni altrui (Bowlby,1989).

CONCLUSIONI

L'approccio sistemico ha fornito una chiave di lettura utile per tale patologia. La Sindrome di Munchausen per procura è chiaramente una manifestazione di un sistema familiare patologico al cui interno le dinamiche intersoggettive hanno una connotazione di invischiamento ossessivo. In altre parole, dietro questa sindrome non c'è odio nei confronti del bambino, ma piuttosto una sorta di amore patologico, non tanto per il bambino in se, ma per la situazione che esso con la sua "presenza" genera. La ricerca clinica su queste tipologie di famiglie evidenzia come i genitori siano persone con bassi livelli di autostima, grosse difficoltà nei rapporti interpersonali, una forte diffidenza nei confronti delle novità, etc. Da quanto detto è ipotizzabile che queste famiglie, nel loro insieme, rappresentino per le figure genitoriali (credo che sia corretto allargare la dinamica anche a più generazioni: nonni, zie, etc.) delle nicchie collusive di tranquillità da mantenere a tutti i costi. Proviamo ad immaginare il "ruolo" del bambino all'interno di una dinamica simile: due soggetti con una struttura di personalità poco differenziata (cioè con una scarsa capacità di autodeterminazione) dalle rispettive famiglie di origine creano un nuovo nucleo familiare. La nascita di un figlio rappresenta un momento di passaggio ricco di emozionalità con un forte riconoscimento sociale, a questo punto, la comunicazione intrafamiliare comincia ad essere completamente incentrata sul nascituro, nonni, zii e parenti vari iniziano a rinforzare la madre e indirettamente il padre nel loro nuovo ruolo. Proviamo ad immaginare che questa donna, per la prima volta, senta di avere un ruolo proprio all'interno della funzione di accudimento del figlio. La sua identità inizierà a strutturarsi nell'immagine della madre accudente che potrà dare il massimo di se nei momenti di malattia del figlio, quando tutti la interpellano per avere notizie sulla sua salute. Penso, che a questo punto, ci siano delle buone probabilità che questo tipo di comportamento così gratificante sia un qualcosa che inconsciamente possa essere ricercato dalla madre. A questo punto, qualsiasi spinta di autonomia esplorativa del bambino sarà vissuta dalla madre come perdita del proprio status sociale che potrà essere riconquistata solo nei momenti di malattia. Posso supporre, a questo punto, che come meccanismo di difesa dall'ansia pervasiva che la madre proverà nella perdita del suo stato di soggetto accudente si potrà generare una sorta di proiezione della realtà idealizzata. A questo punto le spinte evolutive del bambino si trasformeranno in segni di malattia che solo Lei potrà vedere e

curare, in una sorta di escalation dove la relazione con il figlio acquisterà per Lei e purtroppo, in alcuni casi, per tutta la famiglia una sorta di vincolo delirante e invischiante. Con questo 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 (www.vertici.it).