

## SINDROME DI MUNCHAUSEN BY PROXY: UNA SFIDA PER LO PSICOLOGO CLINICO NEL REPARTO DI PEDIATRIA

*Maria Iole Colombini\* e Franco Meschi\*\**

*“Non esiste nessun comportamento umano nuovo.  
Ciò che viene definito nuovo non è stato identificato prima,  
o non è stato riportato, o è stato descritto in modo diverso in altri tempi”  
Meadow, 1977*

### Introduzione

Questa sindrome deve il suo nome alla fama del Barone di Munchausen, conosciuto come il barone delle bugie per i numerosi racconti di grandiose e fantastiche avventure completamente inventate. La sua abilità era quella di raccontare imprese che non aveva compiuto, con una tale sicurezza che molti le prendevano per vere e come tali le diffondevano. Per citarne alcune: un viaggio sulla luna affrontato da questo personaggio servendosi di una pianta di fagioli dalla crescita prodigiosa, una sua incursione in campo nemico seduto a cavalcioni di una palla di cannone... (Raspe, 1785). Il barone era un gran bugiardo che si assumeva il diritto di sfidare la natura, di affrontare imprese sbalorditive senza far rientrare le sue avventure in una cornice logica, attivando in ogni circostanza le risorse della sua ricchissima fantasia. La sindrome di Munchausen, descritta per la prima volta in Inghilterra dal dott. Richard Asher, definiva quei pazienti affetti da una simulazione di malattia più o meno consapevole e da ‘pseudologia fantastica’, sintomo considerato affine alla paranoia e consistente nella formulazione di racconti immaginari (Asher, 1951). Proprio come faceva il barone descrivendo le sue avventure, le persone affette da questa sindrome inventano, con toni accesi e drammatici, malesseri descritti con particolari fantasiosi, che si rivelano come disturbi fittizi provocati volontariamente o la cui esistenza viene fantasticata al fine di assumere il ruolo di malato, in assenza di incentivi esterni (es. vantaggi economici, l’obiettivo di evitare responsabilità legali e lavorative). Si tratta di sindrome di Munchausen per procura (MSBP) quando l’attore, tramite la simulazione, non danneggia il proprio corpo ma quello di una altra persona. Dal DSM IV viene descritta come una “ produzione deliberata o simulazione di segni e sintomi fisici o psichici in un’altra persona che è affidata alle cure del soggetto”. La motivazione di tale comportamento viene ritenuta essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato”. Tipicamente la vittima è un bambino piccolo ed il responsabile in genere la madre del bambino o un suo caregiver.

Una madre che provoca nel figlio i sintomi di una malattia ed è alla ricerca dell’involontaria complicità dei medici fornisce alla relazione madre-bambino una tonalità perversa. Una figura materna che può ingannare l’interlocutore con atteggiamenti di ipercura che in realtà mascherano una sua componente distruttiva. Si tratta di una sindrome insidiosa e subdola che, proprio per la componente oblativa che la madre può presentare sul piano manifesto, favorisce negli altri attori coinvolti -un coniuge dal ruolo solitamente marginale o passivo, il figlio-vittima e gli operatori

---

\* Psicologa, psicoterapeuta, cons. Servizio di Psicologia dell’U.O. Pediatria-Ospedale S. Raffaele, IRCCS, Socio PsiBA, già docente presso la Scuola di Psicoterapia del Bambino e dell’Adolescente dell’Istituto PsiBA, Milano.

\*\* Specialista in Pediatria, U.O. Pediatria, Ospedale S. Raffaele, IRCCS.

sanitari- dei meccanismi difensivi che ne ostacolano il riconoscimento e di conseguenza la possibilità di contenerne la componente distruttiva.

### **Lo scenario della sindrome di Munchausen per procura**

A tutti gli effetti possiamo definire la sindrome di Münchausen per procura una forma di abuso di minore da parte di un persecutore che utilizza l'accessibilità alle strutture sanitarie al fine di ottenere la conferma della veridicità della sintomatologia fittizia del bambino stesso. Si tratta di un tipo particolare di abuso proprio per la caratteristica di coinvolgere gli operatori sanitari che vengono posti dal persecutore, a livello inconsapevole, nel ruolo di complici. In alcuni casi la storia clinica di un bambino può giustificare un'eccessiva attivazione dei genitori che, in preda all'ansia di un decorso ingravescente di malattia, ricorrono a diversi consulti con richieste di ospedalizzazioni, accertamenti clinici strumentali, ripetuti ricorsi al P.S. e terapie farmacologiche non sempre necessarie. Nella loro attivazione essi sono favoriti dalla facile fruibilità dei servizi di emergenza. Il ripetuto ricorrere a specialisti ed il sottoporre il figlio ad indagini diagnostiche, ricoveri in diverse strutture ospedaliere possono rivelare una storia clinica esasperata dall'ansia o una manipolazione dei dati clinici, basata sull'imbroglio. Nella forma più grave questo tipo di simulazione della malattia avviene con una reale induzione di sintomi attraverso la somministrazione di farmaci e/o di sostanze tossiche che pongono in serio pericolo la vita del bambino.

Mi sono state riferite condizioni cliniche patologiche di bambini ricoverati, dove gli usuali paradigmi che consistono nella malattia di un piccolo paziente, la preoccupazione del genitore e la cura del medico pediatra coinvolto risultano rivoluzionate. Si tratta di situazioni in cui l'alterazione/deformazione dei dati clinici da parte del genitore, sottolineando un'incongruenza, faceva emergere il sospetto di un abuso. Nella maggior parte dei casi descritti l'assunzione da parte del pediatra del compito etico e legale di smascherare le comunicazioni false o alterate dal genitore della condizione clinica del giovane paziente è stata ostacolata da diversi fattori. Non ultimo la mancanza di una procedura sistematizzata di approccio clinico del medico che viene a contatto con sintomi sospetti e con storie cliniche bizzarre descritte da genitori, non giustificate dalla condizione clinica del bambino. La realtà delle nostre strutture sanitarie può avvalersi attualmente della sensibilità e della preparazione personale di operatori ma non di protocolli mirati a riconoscere indicatori della sindrome di Munchausen by proxy.

### **L'operatore sanitario di fronte a comunicazioni dei genitori riguardo a disturbi fittizi del figlio**

Nella pratica quotidiana il lavoro del pediatra con le famiglie consiste nel definire i processi di crescita e di sviluppo, l'origine di malesseri/sintomi, e nel raggiungere le migliori mediazioni possibili tra la presunta malattia e lo stato di benessere dei bambini in cura. Ogni medico ha nell'esercizio della professione e nel rapporto con la struttura sanitaria obiettivi di efficienza, attendibilità che lo inducono a non trascurare ipotesi di approfondimento clinico, anche se azzardati. Il comportamento di un genitore che va da un dottore all'altro, noto come 'doctor shopping', può rivelare una percezione dei sintomi, enfatizzata dall'ansia, ma dove la relazione con il figlio è sana, non fa necessariamente pensare ad una mistificazione (Rosenberg 2001). Tuttavia, quando il genitore continua in modo acritico e stereotipato a richiedere per il proprio figlio controlli medici scarsamente giustificati dalla condizione clinica, nel pediatra medico possono sorgere dubbi/incertezze. In particolare, se una madre fornisce un falso resoconto dei precedenti clinici del bambino, mettendo in atto per molto tempo uno scenario di presunta malattia, basato su sintomi percepiti in modo

particolarmente enfatizzato. Questa figura di madre, convinta che il figlio sia realmente malato, si mostra esigente verso i medici da cui è in certa misura 'dipendente' per la implicita richiesta di coinvolgimento. A fronte di sintomi non chiari di malessere, da un lato possono mancare informazioni, dall'altro le stesse informazioni fornite dal genitore possono essere distorte o non coerenti. Per un pediatra, la cui usuale missione è di curare bambini, risulta difficile immaginare che un genitore possa far del male al proprio figlio. Supportato dalla sua esperienza clinica, il pediatra per distinguere ed accertare l'atteggiamento di un genitore eccessivamente ansioso, iperprotettivo da quello di un genitore abusante deve fare un passaggio mentale che incontra resistenze non solo di ordine morale. In alcuni casi può sembrare facile per lui aderire alla richiesta di numerosi accertamenti piuttosto che formulare il sospetto di trovarsi di fronte ad un caregiver con un ruolo di perpetratore di abuso (Mian, 2001). Da un punto di vista etico, tuttavia, la difesa del minore troppo medicalizzato rappresenta un suo dovere anche '*contro la volontà dei genitori*'.

Al ricovero di un bambino il pediatra tende a prendere in considerazione la storia clinica e i suoi sintomi/problemi fisici, ricercandone l'eziologia, tramite un approccio d'indagine di cura basato sull'esperienza clinica. Tuttavia, quando un quadro clinico è caratterizzato da sintomi non chiari, lo scarso tempo a disposizione e la prassi di ricorrere a protocolli standard possono ostacolare un'osservazione attenta e approfondita che investa anche la famiglia e le dinamiche relazionali al suo interno. Rispetto all'evidenza clinica per i quali il bambino può essere trattenuto in trattamento e subire esami inutili e dolorosi, il pediatra si attiva in genere con estrema prudenza. Nel caso si tratti di una madre troppo ansiosa, solita a procedere nei 'doctor shopping', una disconferma delle sue asserzioni sui sintomi del bambino può alimentare in lei atteggiamenti tendenzialmente ostili nei confronti di tutto lo staff. Wimberley sostiene che per questo tipo di madre il medico rappresenti una figura dominante, come un padre surrogato rispetto al padre biologico del bambino, totalmente o parzialmente assente per esigenze imputabili agli impegni lavorativi o in ogni caso poco presente nel vissuto familiare (1981).

Molto più grave la condizione di malattia creata da una madre affetta da MSBP, vale a dire abusante, che realizza un intervento diretto sulla sintomatologia del figlio con la capacità di negare ai medici il danno inferto e di essere estremamente persuasiva riguardo alla propria presunta innocenza. Le persone affette da sindrome di Münchhausen per procura si trovano, sia dal punto di vista legale che dal punto di vista medico, in una condizione particolare e bizzarra. Perché la sindrome sia riconosciuta è necessario che si sia verificato un comportamento di tipo criminale, e il comportamento criminale è interpretabile solo sulla base di indicatori difficilmente rintracciabili. I casi MSBP più facili da denunciare e provare sono quelli in cui ci sia una prova scientifica diretta, ottenuta attraverso le analisi atte a scoprire l'esistenza di farmaci non prescritti dai medici o le registrazioni-video dell'atto criminale. L'allontanamento, anche coatto, del bambino dalla madre in alcuni casi è risultato necessario. Dimensionare i tempi del ricovero ai fini dell'accertamento nel genitore della sindrome di Munchausen per procura è possibile solo tramite un programma sistematizzato ed integrato di interventi specialistici -psicologi, psichiatri, assistenti sociali, professionisti delle agenzie di protezione dei minori, funzionari di polizia- che possono collaborare nell'individuazione del soggetto che procura il sintomo e nell'indispensabile sostegno alla famiglia (Merzagora Betsos, 2003). Un pediatra in grado di registrare mentalmente, tramite l'ascolto attento dei sintomi del bambino e della storia clinica, i dettagli incoerenti, gli elementi distonici, può apportare un vero aiuto al riconoscimento della sindrome e del perpetratore. Qualora il dubbio

sull'effettiva condizione patologica del bambino rimanga sospeso, può influire, nel corso dell'esercizio della professione, come stimolo a raffinare nel pediatra la sua sensibilità clinica.

### **Esperienza clinica**

A partire dalla nostra esperienza clinica multidisciplinare presento a titolo esemplificativo tre casi per i quali è stato possibile rilevare, nel corso dell'osservazione durante il ricovero presso la clinica pediatrica, note che, alla luce di successive riflessioni, ci sono sembrate potenziali segnali associabili alla sindrome. Ci siamo trovati di fronte a rapporti madre-figlio/a nei quali erano evidenti sia il disturbo del legame, sia modalità di manipolazione nel rapporto con gli operatori sanitari, sia una ripetitiva negazione da parte della madre di una possibile guarigione del figlio malato. Dal punto di vista dell'esame di realtà inoltre la figura materna si mostrava estremamente deficitaria. Nelle storie di questi pazienti sono riconoscibili alcuni tra gli indicatori descritti in letteratura: l'atteggiamento molto amorevole della madre iperaccudente, la presenza marginale del padre, un figlio accudito che colludeva con la versione materna dei malesseri descritti ai medici e l'equipe di pediatri che tendeva a prendere le distanze dall'ipotesi disturbante di trovarsi di fronte ad un possibile 'abuso' di minore. Questi casi clinici ci hanno stimolati a riflettere sull'importanza di studiare adeguate strategie di approccio al fenomeno.

### **Il caso di Anna**

Anna, una bambina di 8 anni, ricoverata per accertamenti in merito ad episodi ipertensivi, (quali tremori, flushing, pallore, sudorazione eccessiva...), con una storia clinica caratterizzata da numerosi accertamenti clinici e ripetuti ricoveri, giunge al Servizio di Psicologia del reparto per un approfondimento della sua situazione emotiva. Da parte della famiglia, in particolare da parte della madre, è evidente un'accentuata tendenza a medicalizzare e la bambina, raccontando con ricchezza di dettagli i suoi malesseri, i ricoveri e le cure cui è stata sottoposta, manifesta con insistenza una percezione di sé come di una 'bambina malata'. Nella cartella clinica è documentata una morte in culla di un primo figlio della signora.

L'anamnesi patologica documenta che a tre anni e mezzo A. è stata operata di adenoidi, con un consenso 'strappato' al padre che non era completamente d'accordo e che tuttora sostiene che l'intervento non era necessario. Da circa un anno la bambina incorre in episodi nel corso dei quali riferisce che "sta cadendo", spontaneamente si sdraia e poi manifesta "tremore" generalizzato e pallore cutaneo, seguiti da una condizione di benessere. Negli ultimi due mesi Anna lamenta anche una cefalea pulsante, che regredisce spontaneamente con la scomparsa del tremore. Nel corso del ricovero nel reparto di pediatria, durato circa 10 giorni, segnalo al pediatra referente in riunione di equipe alcuni punti su cui mi sembra importante riflettere.

Anna si presenta come una bambina perfetta, brava e 'iperadattata', con una evidente tendenza a compiacere l'adulto. Con medici ed infermieri del reparto A. si mostra collaborante e disponibile a descrivere i suoi sintomi con ricchezza di dati medici, es. valori pressori etc.. Il suo stile comunicativo verbale rivela, unitamente a buona proprietà di linguaggio e ottime capacità logiche, un atteggiamento adultiforme ed a tratti stereotipato. La consultazione psicologica permette di evidenziare che Anna, nelle occasioni in cui si sente sopraffatta da un forte carico emotivo, tende a reprimere le sue emozioni e/o ad attribuire all'esterno l'origine dei suoi stati d'animo alterati. Tali meccanismi si riflettono negativamente sulle sue relazioni con i coetanei con cui non riesce a stabilire validi e duraturi rapporti. Gli atteggiamenti educativi dei genitori risultano disarmonici: da

un lato la figura paterna è connotata da un orientamento di tipo ludico, dall'altro la figura materna appare portatrice di regole/norme per cui nello stile di vita familiare non si può scendere mai a patti. La madre, con un'esperienza professionale di aiuto alle persone anziane, utilizza un linguaggio di persona preparata in campo sanitario: usa termini appropriati per malattie, farmaci, terapie etc. Ha l'aria di considerare lo status di malattia come qualcosa di ineludibile nella sua vita, come necessario alla sua dimensione di donna con la missione di accudire. In passato lei stessa si è fatta operare per una sospetta affezione midollare ed il marito sostiene che l'intervento chirurgico "*non era assolutamente necessario*" ed ora per la figlia, sostiene un'ipotesi di tumore, per ora non confermata dagli accertamenti.

Come a giustificare l'intensità della sua attenzione sulla condizione clinica della figlia, la signora mi comunica tramite una suggestiva espressione che la bambina rappresenta 'la continuità della sua vita'. Se da un lato questa mi pare un'affermazione normale, espressa con un tono un po' teatrale, dall'altro suggerisce che Anna è vissuta dalla madre come un suo clone, ipotesi confermata dal padre stesso nel colloquio realizzato con la coppia di genitori. Abitudini di madre e figlia nella cura dell'aspetto esteriore fanno immaginare la realizzazione di rituali dove si intuisce un'accentuazione di aspetti simbiotici. Il padre di A. pare cogliere "*l'atteggiamento patologico*" della moglie. Apparentemente la smaschera, asserendo che per le sue fisime sta distruggendo la vita della bambina, poi in realtà si dichiara impotente a stopparla ed in sostanza collude con la sua patologia. Manager dirigente spesso all'estero per lavoro, ha del tutto delegato l'accudimento della bambina alla moglie. Per concludere, ci sarebbero elementi per considerare questo caso una situazione di MSBP ma mancano delle prove certe per sottolineare l'evidenza clinica: es. la documentazione degli accessi ipertensivi in ambito domestico, riferiti attualmente solo dalla madre e non accertati nel corso del ricovero, la valutazione della condizione di A. da parte del pediatra di base (secondo il padre è un dottore molto scrupoloso, ma forse suggestionato ed imbonito dalla moglie), non ancora contattato direttamente, il parere del chirurgo che ha operato la signora, basandosi su un semplice indizio diagnostico. Il perpetrarsi di tale situazione di Anna rischia di condizionare, nella sua delicata fase evolutiva, il processo di crescita e la fiducia nelle proprie risorse, fattori fondamentali per stabilire validi rapporti con coetanei ed adulti.

Al tavolo di discussione dello staff vengono ipotizzate delle opzioni. L'ipotesi estrema è quella di fare un intervento di autorità: il responsabile della clinica potrebbe convocare il padre e comunicare la scelta di dimettere la bambina, solo con la garanzia che la madre verrà seguita a livello psichiatrico. In mancanza di prove certe dell'esistenza della sindrome, si scarta tale ipotesi e si sceglie un percorso meno normativo, vale a dire una presa in carico a livello psicologico dell'intero nucleo familiare. Viene riferito ai genitori che, al fine di approfondire gli aspetti emotivi legati alle manifestazioni somatiche di Anna ed il differente approccio dei genitori alla sua condizione di salute, si ritiene necessario programmare dopo le dimissioni un proseguimento della consulenza psicologica per la bambina e la coppia di genitori. Data l'esigenza, che avverto in sintonia con la mia etica professionale, di tentare un aggancio a questo patologico nucleo familiare, aderisco a tale orientamento di monitoraggio della situazione.

### **Caso di Luca**

Un ragazzo di 14 anni, da circa un anno, per episodi ripetuti di cefalea, frequenta la scuola in modo discontinuo. La sua è una storia connotata di vari ricoveri e numerosi accertamenti per gastroenterite, cefalea, febbre persistente, sospetta sinusite, disturbi gastro-intestinali, dolori

addominali ricorrenti, applicazioni cortisoniche. Luca viene descritto dai genitori, prima della comparsa di tali malesseri, come un ragazzo determinato nello studio, nella pratica sportiva di tipo agonistico, ben inserito nel mondo dei coetanei e con un ottimo rendimento scolastico. Negli ultimi tempi rifiuta di uscire, di fare allenamenti, non è interessato ad incontrare gli amici e mostra apatia e demotivazione. Figlio unico, nei ricoveri e nelle visite ambulatoriali è sempre accompagnato dalla madre. Si concorda con i genitori che per un ragazzo di tale età tali atteggiamenti di ritiro risultano estremamente invalidanti e si propone una consulenza del Servizio di psicologia del reparto. La madre si mostra subito molto scettica sulla possibilità di inquadrare i malesseri del figlio in un quadro di disagio psicologico. La relazione madre-figlio è caratterizzata da tratti simbiotici e, dal punto di vista dello sviluppo dell'autonomia, nonostante l'aspetto fisico prestante, gli atteggiamenti di L. paiono molto infantili, il sentimento di sé vago e poco definito. Dall'osservazione di sue movenze un po' stereotipate i pediatri avanzano l'ipotesi che possa avere problemi rispetto allo sviluppo dell'identità di genere. La madre di L. è sempre presente in clinica, perché lui, nonostante l'età, le richiede assistenza anche nelle ore notturne. La signora presenta la storia clinica del figlio, enfatizzando la scarsa capacità di inquadrare il caso clinico da parte degli specialisti consultati in precedenza e giustifica il ricovero in questa struttura *“per arrivare finalmente a definire la malattia”*. Il padre di L. è comparso al ricovero ed è chiaro che ha delegato tutto alla moglie, non contribuendo in modo significativo alle sue scelte. La madre di L. rifiuta in modo assoluto l'ipotesi che il ragazzo possa avere problemi nei rapporti con i coetanei, con gli insegnanti o soffra di uno stato depressivo, come qualche specialista in precedenza aveva ventilato, mentre descrive i malesseri del figlio con una chiarezza di dettagli di marca ossessiva. I termini con cui si esprime sembrano quelli utilizzati dai manuali di consultazione per i medici.

Dopo il colloquio con la madre di L. inizio a riflettere su quali emozioni mi suscitò questa donna. Avverto la sua oppositività, l'ostilità, la sfiducia nei curanti e nell'ospedale, una nota di onnipotenza rispetto al legame con il figlio: *“nessuno può capirlo meglio di me”*. Nella sua espressione avverto anche una nota di minaccia. Il ragazzo aderisce alla proposta di consulenza psicologica con un atteggiamento indifferente e sembra promettere uno scarso coinvolgimento. Dai colloqui sembra che L. abbia l'esigenza di confermare i suoi malesseri che descrive con varietà di dettagli e non consente un accesso alla sua dimensione emotiva. Molte espressioni sembrano clonate dalle precedenti verbalizzazioni della madre.

A conclusione del ricovero, la mancata diagnosi di una malattia conclamata ha indotto l'equipe a ritenere necessario di mantenere per il ragazzo e la coppia di genitori il contatto dopo le dimissioni. Di fatto questo monitoraggio ha previsto una consulenza psichiatrica per Luca ed un percorso psicologico mirato al supporto della funzione genitoriale per la coppia di genitori, programma che i genitori hanno vissuto come un insuccesso diagnostico da parte dello staff e non hanno accettato. Dal mio punto di vista, tale strategia ha sortito l'effetto di rinforzare in madre e figlio l'idea che, anche dopo questo ulteriore tentativo di coinvolgimento dei sanitari mirato a confermare lo stato di malattia di Luca, in un certo senso *‘ogni segreto può rimanere in famiglia’*.

## Caso di Silvia

Silvia, una bambina di 10 anni, con una sorella di età inferiore. La bambina ha dovuto affrontare precedenti ricoveri in altri ospedali per ipoglicemie ed una condizione di coma che hanno prodotto lievi danni neurologici. Dal momento del ricovero di S. nel reparto di pediatria la madre, una bella donna, seducente con medici ed infermieri, molto controllante rispetto al programma di cura, resta fisicamente sempre vicina alla figlia. Al fine di evitare un presunto esito distruttivo sulla sua salute, che lei ha immaginato e descritto con dovizia di dati clinici, è arrivata ora a richiedere, sulla base di una cartella clinica documentatissima, la possibilità di un intervento chirurgico risolutivo: l'asportazione del pancreas. La madre è anche apparsa in TV in un famoso programma, dove ha esibito la storia clinica della figlia, ottenendo una gratificante aureola come *'mater dolorosa'* per questo dramma in essere. La ragazzina con un atteggiamento allineato a quello della madre, in vista dell'intervento pare farsi forza, non ricordo la figura del padre che è comparso solo al momento del ricovero, in quanto lavorava all'estero. Tutto lo staff della clinica pediatrica si sente vicino a questa madre così amorevole e sofferente. La realtà di questo dramma era percepita da tutti in reparto con una sorta di tacita condivisione, finché succede un evento, che, alla luce del percorso successivo, pare un *'coup de theatre'*: un'infermiera, capitata per caso nella stanza, trova in un armadietto una siringa pronta per la somministrazione di un farmaco che non rientrava nel programma di cura per la piccola paziente ed avverte il pediatra referente. Da quel momento la situazione si modifica rispondendo ai canoni di un vero giallo: succede tutto velocemente, la segnalazione alla magistratura, l'intervento di agenti di polizia, l'allontanamento della madre in attesa dei risultati che avrebbero dovuto accertare delle prove di colpevolezza. La bambina è stata seguita a livello psicologico durante il ricovero e successivamente affidata ad una famiglia che l'ha poi adottata, la madre giudicata dalla giurisdizione competente, l'altra figlia affidata ed adottata. Dal punto di vista di tutela della minore, grazie all'attivazione di un'equipe attenta che ha condiviso passo per passo una strategia minuziosa di osservazione e di segnalazione alle istituzioni giudiziarie al momento giusto, la situazione di S. si è risolta con successo. Tuttavia non si può fare a meno di riflettere su quante situazioni di minori non vengano riconosciute se non intervengono eventi che favoriscono l'evidenza dell'azione criminale da parte della figura abusante.

## Caratteristiche degli attori coinvolti nello scenario della sindrome

Riporto qui le caratteristiche delle figure coinvolte nello scenario della sindrome, descritte in letteratura ed a grandi linee riconosciute nell'approccio clinico con i pazienti presentati in questo lavoro.

### La figura materna

Ottenuto il ricovero in ospedale, nella cura del figlio la madre si presenta come molto affettuosa e premurosa, partecipe e collaborativa con lo staff medico, ascoltando con attenzione quanto le viene riferito rispetto al piano di cura. Una sorta di *'angelo del focolare'* sempre vicina al figlio, che durante il ricovero non lascia mai solo, sollecita nel prestare aiuto al personale infermieristico ed a volte nel sostituirlo per le somministrazioni di farmaci e le procedure mediche, affermando che da lei

---

Il caso di Silvia è stato durante il ricovero seguito dalla dott.ssa Palma Bregani e da lei preso in carico anche successivamente con contatti con le strutture competenti per il giudizio della madre e l'adozione della minore.

il figlio si lascia curare senza fare storie (Nivoli, 2003). Questo tipo di madre evoca la figura mitologica di Medea, madre apparentemente affettuosa ed amorevole verso i figli che non sono in grado di discernere la loro condizione. Una figura materna che non si mostra necessariamente maltrattante o incurante, ma risulta, al contrario, premurosa, preoccupata e ansiosa per il bene e la salute dei figli.

Con un modo di fare piuttosto seduttivo questa madre gode della disponibilità e della stima dei familiari in quanto si preoccupa della salute del proprio figlio/a e, nel reparto pediatrico, riesce a conquistarsi la fiducia dei sanitari, instaurando un rapporto quasi confidenziale con il pediatra referente. Solitamente è in grado di esprimersi con proprietà, talvolta possiede una preparazione medica per aver frequentato corsi nell'area sanitaria, senza necessariamente conseguire un titolo. Spesso segue con attenzione le serie televisive di ambientazione ospedaliera o medica, legge riviste che trattino dell'argomento e consulta dizionari medici. Apparentemente motivata da un razionale desiderio di chiarezza diagnostica riguardo alla malattia del figlio, la madre pare alla ricerca di spunti per sottoporlo a ripetute indagini cliniche a conferma della patologia da lei fantasticata o simulata. Rispetto al dato di realtà, cioè ai risultati degli accertamenti medici, si comporta spesso in modo bizzarro ed incongruo. Il suo atteggiamento di ipercura pare nascere dalle sue istanze di iperprotettività e di dominio di carattere ambivalente: espressione da un lato del legame affettivo nei confronti del figlio, dall'altro di una componente eccessivamente controllante e manipolatoria (Perusia, 2007).

Nelle caratteristiche delle madri qui presentate, ritrovo facilmente atteggiamenti descritti nella letteratura sulla sindrome. In particolare la disponibilità verso la struttura sanitaria che velocemente si trasforma in un approccio ostile e minaccioso, quando non arrivano dati a conferma del disturbo fittizio, quando nel procedere del programma di cura emergono esitazioni dei pediatri nel confermare la malattia. Come se l'umore risentisse improvvisamente dell'atmosfera cupa e densa di presagi negativi per la sorte del figlio affetto, secondo il suo pensiero delirante, da una malattia non ancora riconosciuta e conclamata.

### **Ruolo del padre**

Come interlocutore dello staff dei medici il padre del bambino, si mostra scarsamente rappresentativo. Accompagna madre e figlio ma non si vede facilmente in reparto ed il suo ruolo è misterioso e tendenzialmente passivo. Nel corso del ricovero si pone al margine non necessariamente per disinteresse o mancanza di affetto, ma come per una concorde suddivisione dei compiti familiari all'interno della coppia, sulla base di un suo maggiore impegno sul piano lavorativo, di una difficoltà di distacco del figlio dalla figura materna da cui è solitamente accudito, di una presumibile maggiore disponibilità di cura verso il figlio da parte di quest'ultima.

Il più delle volte il padre è assente dalla vita familiare o resta lontano da casa per la maggioranza del tempo, offrendo inconsciamente alla madre 'fantasiosa' o criminale l'occasione di fabbricare dei sintomi senza che nessuno se ne accorga e può persino rendersi complice dei suoi inganni, facilitando il suo comportamento con una modalità passiva. In alcuni casi gravi, dove sia stato possibile ricorrere a provvedimenti di giustizia, viene riportato che, quando la madre viene scoperta e messa di fronte agli abusi perpetrati, spesso il padre la sostiene. Si può ipotizzare che, per meccanismi di difesa, vissuti a livello inconscio, il padre nasconda a se stesso dubbi e perplessità, delegando alla madre del bambino ogni iniziativa e negando l'evidenza di ciò che percepisce rispetto alla condizione del figlio. Il ruolo ambiguo del padre pare rappresentare una collusione di marca



patologica, associabile ad un disperato tentativo di difesa di una sistema familiare che, seppur funzionante su paradigmi affettivi ed interpersonali alterati da dinamiche patologiche, è tuttavia 'funzionante'.

Riguardo alle esperienze descritte di consulenza ricordo il padre di Anna che ha assunto in ogni colloquio un atteggiamento contraddittorio, collusivo con quello della moglie. Il padre di L., la cui presenza in reparto è stata più volte sollecitata dai pediatri della clinica, nel colloquio con me ha assunto un atteggiamento evasivo, poco disponibile ad aprirsi e a farmi comprendere il significato di un ruolo così marginale nella sua famiglia. Del padre di S., non avendo seguito personalmente la bambina nel corso del lungo ricovero, non ho alcun ricordo.

La figura del figlio-vittima, trattato dalla madre come un malato, non essendo in grado di riconoscere i sintomi di malessere e di descriverli, ha perso un contatto reale con il suo corpo. Tantomeno egli non è in grado di distinguere se questi abbiano effettivamente un'origine organica o siano indotti dall'accudimento eccessivo o patologico del genitore. Doppia vittima, dal punto di vista fisico e psichico, della persona della quale dovrebbe fidarsi, sembra avere un Sé fragile e poco differenziato, incapace di difendersi da solo, bisognoso di protezione, in parte assimilato alla figura materna, in una sorta di simbiosi, di indifferenziazione, di identificazione con la parte malata/aggressiva, di regressione che ne impedisce la separazione e l'individuazione, con un condizionamento totalizzante che ostacola la sua crescita. In letteratura, nei casi in cui la madre abusante induce i sintomi di malattia tramite farmaci, il figlio viene definito come "maltrattato chimicamente" o "batteriologicamente seviziato". Per un bambino o un adolescente non è facile esprimere verbalmente la sua condizione di oggetto d'amore del genitore cui è legato, è però molto frequente un atteggiamento infantile che fa propria la prospettiva del genitore, nell'inconscio desiderio di sentirsi amato. Del resto sappiamo che i bambini, sono molto percettivi: "sentono" gli stati d'animo e le tensioni materne anche se la madre vorrebbe celarle. Coinvolti nel clima familiare, assorbono come spugne i metamessaggi veicolati attraverso il linguaggio simbolico del corpo (contatto fisico, tono della voce, espressione del viso...) e dei comportamenti materni. Anna descriveva i dettagli dei suoi malesseri in maniera minuziosa e utilizzando espressioni quasi specialistiche, Luca narrava minuziosamente la storia dei suoi ricoveri e degli accertamenti cui era stato sottoposto, senza un vero coinvolgimento emotivo, come appartenessero alla storia di un altro. Questi figli-vittime, spaventati al punto di non riuscire a far emergere le proprie emozioni o di evitarle, tendono a reagire con atteggiamenti di iper-attenzione ed iper-vigilanza sul proprio comportamento e su quello della madre. Il loro stile affettivo è piatto e poco responsivo alle attenzioni altrui, con una conseguente incapacità di instaurare relazioni sociali positive. Ricorrendo alla Teoria dell'Attaccamento trasmessaci da Bowlby, si può intuire l'instaurarsi di una relazione madre-bambino che può portare ad un legame di attaccamento disorganizzato/disorientato in cui il bambino, diviene fortemente insicuro, consapevole che nel caso di una sua ribellione, verrà colpevolizzato e maltrattato (1969).

Il quadro psicologico descritto più di frequente è una struttura tipo 'falso Sé', in cui il bambino vittima di questo tipo di abuso esprime la confusione ideativa e la frammentazione interna con comportamenti, manifestazioni, atteggiamenti che non gli sono propri. Per usare un'espressione di marca kleiniana, si tratterebbe di un bambino che ha introiettato una parte materna cattiva e che, non riuscendo più a emanciparsi né fisicamente né psicologicamente dalla sua malattia, tenderà a

confermare i suoi sintomi. In tale contesto il bambino oggetto di abuso riceve dalla madre affetta dalla sindrome e perpetratrice, il messaggio di essere curato e amato *solo se malato*.

### **Dal campo di osservazione dello psicologo**

Una figura materna che usa la menzogna ed utilizza il coinvolgimento dei medici per far riconoscere come conclamata una malattia fittizia di un figlio può suscitare emozioni diverse che difficilmente possono essere analizzate nel corso di un breve ricovero. Di fronte a tali situazioni, in genere intricate da molteplici sfaccettature, lo psicologo è invitato ad inoltrarsi in un percorso ad ostacoli, ad affrontare il problema etico legato all'esigenza di tutela del minore, che attiva nel suo mondo interiore angosce difficilmente riconoscibili. Si tratta di un contesto dove il confine tra l'osservare, il riflettere, l'interpretare si mescola all'urgenza di ipotizzare trame e sospetti, investigare, estremizzare ardite associazioni tra malessere del bambino, esigenze del genitore, dettate dalla presenza di una psicopatologia e l'attivazione del team pediatrico in termini di tutela del minore. Un'impresa resa ardua dalla brevità dei tempi di ricovero, dalla non collaborazione del genitore (sospettato come possibile 'abusante'), del coniuge al traino e del bambino-oggetto dell'abuso. Dallo spazio di osservazione e ascolto lo psicologo cerca di svolgere una funzione di 'terzo' di fronte ad una situazione invischiante per le dinamiche di coinvolgimento e manipolazione da parte degli attori dello scenario. Le comunicazioni confusive o manipolatorie di un genitore che si presenta come iper-accudente mettono in genere lo psicologo in uno stato di allerta. Può trattarsi di atteggiamenti semplicemente iperprotettivi che vanno fatti riconoscere al genitore in quanto di per sé possono accentuare la condizione di dipendenza e di regressione emotiva del figlio malato ma è importante che un angolo della sua mente sia esposto a domande e dubbi sulle sofferenze del bambino causate dalla malattia amplificata o inventata dai suoi genitori. La tendenza a consultare un numero elevato di specialisti, a cambiare frequentemente medico, a passare da un ospedale all'altro, muovendo accuse di scarsa partecipazione e di incompetenza o incuria alle diverse strutture/operatori sanitari può assumere un andamento compulsivo. Arrivare però a pensare che la madre possa danneggiare il suo bambino implica nello psicologo un percorso mentale tortuoso in netto contrasto con quanto si è interiorizzato rispetto all'ovvia validità della relazione madre-bambino. Una serie di fattori etici, insiti nella nostra cultura, inducono a negare che esistano genitori determinati a procurare al figlio patimenti, a indurre una sofferenza prolungata e ripetitiva. La messa in discussione di tali principi produce incredulità, resistenza, rifiuto che spesso impediscono che il dubbio ed il sospetto emergano alla coscienza. Il coinvolgimento emotivo è così forte ed il disagio che ne deriva all'operatore, medico o psicologo, così grande e pervasivo, che questi, quasi senza accorgersene, lo evita. L'insidiosità degli atteggiamenti inconsci di madre e bambino e delle manipolazioni provocate è mirata ad eludere l'osservazione approfondita, a sviare la possibile indagine sulla patologia perversa del legame, mantenendola focalizzata esclusivamente sulla condizione clinica del bambino in cura. Quello che nella madre affetta dalla sindrome MSBP può insospettire e meravigliare è che, nel rapporto col figlio, nonostante l'apparente legame di marca simbiotica, manca la vera preoccupazione, l'ansia, l'emotività nei confronti della sua sofferenza per le numerose procedure mediche a volte molto dolorose e invasive cui è sottoposto. Alla prospettiva di un programma di nuovi accertamenti si percepisce quasi un suo compiacimento. Una figura materna che trasmette un quadro di anaffettività, in contrasto con l'atteggiamento di iperaccudimento.

Tutte le professioni socio-assistenziali implicano un intenso coinvolgimento emotivo. In genere l'interazione tra operatore ed utente è centrata sui problemi contingenti (psicologici, sociali o fisici). In presenza di situazioni medicalizzate che suscitano ansia, che caricano il ruolo professionale di un peso difficilmente sostenibile, analogamente al medico, lo psicologo, può essere soggetto ad un cortocircuito mentale, che non gli permette di elaborare cognitivamente ed affettivamente le problematiche che si trova davanti. È per questo motivo che facilmente si arriva a soluzioni parziali ed al fallimento vero e proprio della diagnosi psicologico/clinica e della ricerca di un adeguato intervento psicoterapeutico. Di fronte alla 'pseudologia fantastica', caratterizzata dalla formulazione di racconti irrealistici che vengono asseriti dalla madre con apparente convinzione di realtà, lo psicologo è posto di fronte al compito di distinguere la manifestazione della personalità del sospetto abusante che può avere tratti isterici, deliranti, paranoici ma che in ogni caso presenta un più o meno grave distacco dall'esame di realtà. Suggestiva è l'avventura del barone di Munchausen che, caduto in una palude, si salva afferrandosi al proprio codino... Viene citata da Watzlawick come indice della "possibilità di tirarsi fuori...dai confini del mondo attaccati alla propria chioma e di vederlo dal di fuori con occhi nuovi" (1989). Di fronte a queste figure che, invece di calarsi emotivamente nel contesto di sofferenza del figlio se ne tirano fuori, lo psicologo clinico facilmente incorre in un senso di impotenza ed inadeguatezza ed assume un atteggiamento critico verso la propria insufficiente preparazione.

### **Anche i medici ne sono affetti?**

Nel paradigma bipolare malattia/salute, i bambini che presentano un malessere o un sintomo possono essere sottoposti ad un gran numero di approfondimenti diagnostici diffusi e consolidati, largamente praticati, ma non sempre scientificamente fondati. Un elevato numero di indagini, ricoveri ed interventi inutili, dispendiosi e potenzialmente dannosi è dovuto a scelte degli operatori sanitari. Non sempre la soluzione della condizione di malattia da parte dell'operatore è semplice o facilmente ottenibile. La situazione può presentarsi ambigua e frustrante e lo stress cronico può logorare emotivamente l'operatore tanto da condurlo al 'burn-out'. Nella pratica clinica dei pediatri possiamo assistere a percorsi di ripetuti accertamenti mirati alla diagnosi di reflusso gastroesofageo, al follow-up invasivo delle infezioni delle vie urinarie, a ospedalizzazioni a volte improprie, nella pratica dei neuropsichiatri all'abuso di diagnosi di iperattività e di ADHD. Quando la famiglia ed i medici si rinforzano a vicenda per tenere il dialogo aperto solo su aspetti routinari esteriori della malattia, "dimenticandosi" le richieste di base ed il mondo degli affetti si può parlare di collusione del silenzio. Sorge il dubbio che non possa trattarsi esclusivamente di malpractice ma che esista una sorta di 'sindrome di Munchausen by doctors', identificabile come una vera e propria entità nosologica (Marinelli, 2008).

In questo modo il bambino non viene tutelato e gli atteggiamenti genitoriali non risultano veramente tutelanti.

### **Conclusioni**

La sindrome di Munchausen by Proxy investe tre realtà differenti: la famiglia, le strutture sanitarie e la nosografia psichiatrica. Le persone affette da tale disturbo di marca narcisistica, costantemente assorbite da fantasie di successo e dal bisogno quasi esibizionistico di attenzione e di ammirazione tendono ad esagerare le proprie capacità ed i propri talenti. Le madri vengono descritte come figure psicologicamente instabili che usano la malattia del bambino come mezzo di

comunicazione o come ricerca di aiuto per sé. Adottando uno stile affascinante e subdolo, per sfruttare gli altri, violano le norme sociali e morali senza senso di colpa o alcun rimorso. La narrativa con il famoso personaggio del libro di Raspe e le trame di pièce di teatro come 'il malato immaginario' di Molière ne favoriscono suggestive associazioni.

Gli aspetti patologici di una madre affetta da MSBP sono da considerarsi la convinzione maniacale ed acritica che il figlio sia malato, la personalità sociopatica, il distacco dalla realtà. La diagnosi ricorrente per queste protagoniste è il disturbo di personalità più o meno marcato (istrionico, borderline, passivo-aggressivo, paranoide, narcisistico). Questo tipo di madre evoca la figura mitologica della madre Medea, apparentemente affettuosa e amorevole verso i figli, ignari della loro condizione, data l'immatùrità ed il legame di tipo simbiotico. Anch'essa non si mostra necessariamente maltrattante o incurante, ma risulta, al contrario, premurosa, preoccupata e ansiosa per il bene e la salute dei figli.

La madre MSBP, incapace di riconoscere e percepire i sentimenti degli altri, tende a sfruttare il prossimo per raggiungere i propri scopi esibendo una parte 'grandiosa' di sé e, qualora emerga la possibilità di non sussistenza della malattia o di guarigione, a crollare in una sorta di pessimismo pervasivo. Fisher la descrive come "... una madre che nella sua infanzia è stata incapace di raggiungere, da un punto di vista psicodinamico, lo stadio di sviluppo della Mahler, quello della separazione e dell'individuazione, a causa di genitori squilibrati o di un legame simbiotico con la madre o di un abbandono precoce" (Fisher G., 2001). Sul piano patologico appare determinante il legame simbiotico con la propria madre che ha determinato un iter evolutivo caratterizzato da un'immagine corporea a confini vaghi e indistinti. "La gravidanza, per la duplice corporeità, riattualizza questa sindrome confusiva e contemporaneamente la cura in quanto la percezione 'interna' dell'altro, viene momentaneamente a segnare il confine del Sé". Secondo tale ottica il parto avrebbe il significato di una perdita (Berruti, 2001). Se ne può dedurre un sentimento di aggressività che la madre nutre verso il figlio stesso, percepito come un persecutore estraneo o come parte di sé negativa, pericolosa, violenta, da colpire tramite l'attribuzione di malattia e l'accanimento terapeutico che si prolunga nel tempo. L'analisi della relazione madre-figlio da parte di Berruti prosegue così: "all'interno di questi spazi intrecciati e parzialmente sovrapposti, ognuno è per l'altro la capacità di soddisfarne i bisogni e nell'inestricabilità del "chi usa chi" si perdono i confini tra Sé e Altro. Ciò che la madre fa al bambino, lo fa fantasmaticamente a se stessa". Un'altra lettura interessante di Berruti si rifa all'intuizione di Freud rispetto al gioco del rocchetto di legno (Freud, 1920). Secondo tale interpretazione chi conduce il gioco è la madre che attiva un gioco circolare continuo di sparizione e riapparizione del fantasma di morte (sostitutivo simbolico del rocchetto) che aleggia su ogni malattia: un gioco dell'inconscio basato su un meccanismo di induzione e di controllo della malattia indotta o simulata. Gli autori che hanno approfondito le caratteristiche di tale patologia sembrano essere d'accordo sull'esistenza di un rapporto tra la sindrome per procura e la sindrome di Münchhausen tout court, come attestano le storie di molte madri affette per precedenti episodi di sindrome di Münchhausen. Il meccanismo di base per i due tipi di sindrome, quella degli adulti per se stessi (come il malato di Molière) e quella per procura di un genitore con il suo bambino è analogo: il protagonista curante vuole richiamare l'attenzione di chi ha intorno facendo passare un disturbo fittizio del corpo per una malattia accertata.

L'operatore sanitario che si trova nella condizione di osservare e cogliere indicatori di una condizione patologica di rischio per un minore e riesce ad attivarsi per la sua tutela induce rispetto per la sua lucidità ed il coraggio. Qualità professionali che permettono di rompere barriere

insormontabili, di infrangere i muri che favoriscono chiusura e silenzio di fronte a realtà angoscianti e di vedere la realtà con piena consapevolezza. Far finta di non vedere e di non sapere, rende colpevoli allo stesso modo.

### **Bibliografia**

- ASHER R. (1951) *Münshausen's syndrome*. Lancet, 1, pp. 339-341.
- BERRUTI P. (2001) Conclusioni. In: Levin A. e Sheridan L. (a cura di) *La sindrome di Munhausen per procura*. Centro scientifico editore, Torino.
- BOWLBY J. (1969) Trad. it. *Attaccamento e perdita*. Vol I: L'attaccamento alla madre. Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- FISHER G. (2001) Speculazioni etiologiche. In: Levin A. e Sheridan L. (a cura di) *La sindrome di Munhausen per procura*. Centro scientifico editore, Torino.
- LEVIN A e SHERIDAN L. (a cura di) (2001) *La sindrome di Munchausen per procura*. Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino.
- MARINELLI I. (2008) Può esistere una syndrome di Munchausen by doctors? O si tratta di una provocazione? *Quaderni acp*, 15 (5), pp- 213-215.
- MEADOW R. (1977) Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 2, pp. 343-345
- MERZAGORA BETSOS I. (2003) *Demoni del focolare. Mogli e madri che uccidono*. Ed Centro Scientifico, Torino.
- MIAN L. (2001) Un approccio multidisciplinare. In: Levin A. e Sheridan L. (a cura di) *La sindrome di Munhausen per procura*. Centro scientifico editore, Torino, 2001
- NIVOLI C, (2002) *Medea tra noi, le madri che uccidono il proprio figlio*. Carocci, Roma.
- PERUSIA G. (2007) *La famiglia distruttiva. MsbP, Sindrome di Munchausen per procura*. Ed. Centro Scientifico, Torino.
- RASPE E. (1785), Baron Munchausen's narrative of his marvellous travels and campaigns in Russia, Trad. It. *Il barone di Münchhausen*. Peruzzo, Sesto S. Giovanni, 1986.
- ROSENBERG D. (1996) Dalla menzogna all'omicidio. Lo spettro della sindrome di Munchausen per Procura. In: Levin A. e Sheridan L. (a cura di) *La sindrome di Munchausen per Procura*, Centro Scientifico Editore, Milano.
- WATZLAWICK P. (1989) *Il codino del barone di Münchhausen*. Feltrinelli, Milano.
- WIMBERLEY T. (1981) The Making of a Munchausen. *British Journal of Medical Psychology*, 54, pp. 121-129.