



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
eICAMPUS
ON LINE-DECRETO MIUR.30/01/2006

FACOLTÀ DI GIURISPRUDENZA

**Corso di Laurea in Servizi Giuridici
Curriculum Criminologia**

***“LA SINDROME DI MÜNCHAUSEN PER PROCURA:
CAUSE E CONSEGUENZE SULLE VITTIME”***

Relatore:

Prof.ssa Valentina Marsella

Tesi di Laurea di:

Maria Giorgia D’Agostino

Matricola: 002100100

Anno Accademico 2021/2022

TITOLO TESI

“La Sindrome di Münchausen per Procura: cause e conseguenze sulle vittime”

Indice

INTRODUZIONE.....

CAPITOLO I

Le malattie mentali e i disturbi fittizi

1.1 Simulazione delle malattie psicopatologiche.....	5
1.2 Simulazione delle malattie neurologiche.....	17
1.3 Storia e diffusione del DPTS.....	24
1.4 I disturbi fittizi.....	30

CAPITOLO II

Dagli abusi familiari alla Sindrome di Münchausen per Procura

2.1 Gli abusi infantili.....	36
2.2 L'attaccamento disorganizzato.....	40
2.3 La Sindrome di Münchausen e la Sindrome per Procura.....	43
2.4 Le caratteristiche della famiglia dell'abusato.....	60
2.5 Analisi criminologica dell'abuso Münchausen.....	64

CAPITOLO III

Le conseguenze sulle vittime. Analisi di casi clinici

3.1 La difficoltà della diagnosi per il neuropsichiatra infantile.....	68
3.2 I rischi psicopatologici per le vittime.....	76
3.3 Lo studio dei casi clinici degli abusanti.....	77
3.4 La cura e la prevenzione della MSbP.....	84

CONCLUSIONI.....86

BIBLIOGRAFIA.....88

INTRODUZIONE

Lo scopo di questa tesi è analizzare la Sindrome di Münchausen per Procura, partendo nel primo capitolo da un excursus inerente le malattie mentali ed i disturbi fittizi intendendo questi ultimi, come quello status psichiatrico, nel quale un individuo si presenta con una patologia inscenata o generata intenzionalmente, al solo fine di sembrare ammalato.

Nel corso di questo elaborato, si è visto come il Manuale Diagnostico proponga tra le patologie il disturbo fittizio per Procura, descrivendolo come: *“fingere o produrre intenzionalmente segni o sintomi fisici o psicologici in un'altra persona che è nella propria vicinanza affettiva o custodia allo scopo di acquisire indirettamente il ruolo dell'ammalato”*.

Nel secondo capitolo si è affrontato il problema dell'abuso infantile, un comportamento caratterizzato da tutte quelle forme di maltrattamenti e di violenze poste in essere nei confronti dei minori che consiste nel cagionare un danno psicologico, morale o giuridico. Esso comprende, oltre ad atteggiamenti di tipo “commissivo”, nei quali vanno elencati violenze di ordine fisico, sessuale e psicologico, anche quelli di tipo “omissivo”, associati all'impossibilità da parte dei genitori, di prestare assistenza adeguata in ambito emotivo e materiale.

La patologia della cura, invece, è l'insieme di comportamenti secondo cui i genitori o persone legalmente responsabili del bambino non provvedono ai suoi bisogni fisici e/o psichici, di salute e di crescita in modo adeguato e in rapporto al momento evolutivo. I metodi di approccio alle cure patologiche sono: “l'incuria” ovvero, cure fisiche concesse in maniera inadeguata, “la discuria”, cure travisate, “l'ipercuria”,

cure sproporzionate. L'ipercuria, al contrario, prevede una cura eccedente a quella che è la condizione fisica e psicologica del bambino, contraddistinta da una costante e deleteria "medicalizzazione" ed include tre diverse tipologie cliniche essenziali tra cui: La Sindrome di Münchausen per Procura, definita come una forma di violenza nei confronti del minore da parte di un adulto che sfrutta la reperibilità delle strutture ospedaliere con l'intento di acquisire particolari riscontri sulla veridicità dei sintomi fittizi dell'infante stesso.

Il minore, per via delle frequenti consultazioni e dei criteri diagnostici cui viene costantemente assoggettato, segnala gravi conseguenze psico-fisiche, alle volte giungendo, addirittura alla morte.

Nonostante tale malattia, definita come Disturbo fittizio sia molto conosciuta e compresa da parte dei professionisti sanitari, risulta difficile da riscontrare, poichè gli autori di tale condotta hanno una sorprendente capacità di simulazione e di coinvolgimento dei medici in questa assurda "ricerca" di patologie inesistenti, perché provocate, nel proprio figlio.

Nell'ultimo capitolo di questo lavoro, dopo aver analizzato numerose esperienze di bambini vittime dell'abusante madre, si è concluso che, la terapia fondamentale al termine di una diagnosi, comprende un supporto psicologico e psicoterapeutico, capace di lenire gli effetti devastanti che tale sindrome ha generato nel minore. Inoltre, nei riguardi dell'abusante ci saranno delle conseguenze sia in ambito giudiziario che psicoterapeutico.

CAPITOLO I

“LE MALATTIE MENTALI E I DISTURBI FITTIZI”

1.1 Simulazione delle malattie psicopatologiche

Le malattie psicopatologiche, rientrano nel ramo della psichiatria e della psicologia clinica; esse trattano principalmente, lo studio dei disturbi cognitivi e delle cause relative.

Tra le malattie psicopatologiche, dunque, vi rientra la schizofrenia, la cui simulazione, non è molto frequente; essa, di solito, viene individuata a livello psichiatrico-forense, solitamente per crimini gravosi, quali i delitti. In questo contesto, si fa riferimento ad individui, che nel pieno delle loro facoltà, attuano vari comportamenti e simulano dei sintomi che accertano la presenza effettiva della schizofrenia. Per simulare una malattia psicopatologica, spesso, quella persona acquisce nozioni e conoscenze tramite pazienti o familiari stretti affetti da tale psicosi.

Al contrario, vi sono anche individui che arrivano addirittura a dissimulare questo disturbo psicotico, i motivi sono molteplici: molto spesso quella persona per distogliere l'attenzione dalla propria reputazione sociale, tenta di presentarsi in maniera differente, da quella che è la sua vera condizione, per ottenere giudizi positivi. In ambito lavorativo, lo si fa per evitare licenziamenti o per cambi di ruoli lavorativi.

Solitamente, la schizofrenia viene dissimulata, anche, da individui che esercitano mansioni per le quali è richiesto il porto d'armi, (il più delle volte tratto in età senile), infatti una volta sopraggiunto il disturbo patologico, la persona in questione, prova a dissimulare la sua patologia psicotica.

Molto frequente, è inoltre, la dissimulazione di patologie schizofreniche, nei processi che prevedono le adozioni o affidamento di minori, per i quali i genitori, tentano di celare la

loro effettiva condizione psicotica, onde evitare disparati problemi che impongono limiti allo svolgimento del procedimento.

Tornando alla simulazione, si avverte, un'infondatezza sintomatologica, che può essere esposta con maggiore sicurezza. La persona in questione, può dichiarare di sentirsi turbato, di non riuscire a ragionare, o di avere allucinazioni uditive, senza, però, presentare comportamenti inerenti alla sua dichiarazione.

Molti medici affermano di essere stati testimoni di episodi comportamentali del paziente, descritti come divergenti e contrastanti.

Un fattore importante di simulazione è dovuto dalle osservazioni di vari tipi di sintomi correlati, tra i quali vi sono: deliri e allucinazioni, mentre l'omogeneizzazione dell'affettività e le distorsioni di pensiero sono, presumibilmente assenti.

Come sintomo principale viene riportato l'allucinazione, giacchè molto noto, dal momento in cui, esso è un elemento caratterizzante della psicosi schizofrenica, in cui si precepisce come reale, qualcosa che in verità è solo immaginato e possono essere colpiti tutti e cinque i sensi. Le allucinazioni più comuni sono di tipo uditivo, in cui la persona percepisce suoni, voci inesistenti, le allucinazioni visive sono abitualmente a colori e con esse la persona vede persone e forme che non esistono, quando sono di natura psichica e non cambiano se gli occhi sono chiusi o aperti, al contrario delle allucinazioni indotte da stupefacenti che aumentano chiudendo gli occhi¹.

Contrariamente ai comportamenti simulatori, i pazienti con vere tendenze allucinogene, tendono a svolgere attività per limitare questi disagi, ad esempio: cambiando la postura o prendendo farmaci.

¹ RESNICK P.J (1999), ‘*The Detecetion Of Malingered Psychosis, in The Psychiatric Clinics of North America*’, n.22 (1), pp. 159-172.L

Saltuariamente, tali allucinazioni, vengono connesse a fatti-reati, in modo da attribuire alla presenza della dispercezione, un comportamento criminale. Tuttavia, non è dimostrata l'esistenza di una correlazione tra le allucinazioni dette imperative, ossia le allucinazioni che comandano alla persona di compiere determinate azioni ed il conseguente compimento del reato².

Secondo Mayer-Gross: “ *L'elemento che caratterizza le allucinazioni nella schizofrenia, è la partecipazione della persona al disturbo del pensiero, la loro assenza o influenza di effetti sul comportamento del soggetto e l'interpretazione delirante che questi effetti producono sull'allucinazione stessa*”.

Pertanto può affermarsi che, la schizofrenia si caratterizza per il progressivo instaurarsi di un delirio, piuttosto che per la presenza di allucinazioni³.

Di fatto, per quanto riguarda i deliri, in ambito Forense-Psichiatrico, è molto raro che i pazienti mettano in atto, comportamenti simulanti.

Fingere un delirio, in confronto alle allucinazioni, è per un certo verso più complicato, la persona simulante, per riuscire al meglio nel suo scopo, deve impegnarsi per un periodo di tempo, emulando una serie di atteggiamenti, comportamenti, posture, tipiche di pazienti, realmente affetti da tale disturbo delirante.

I pazienti con tale disturbo, dopo un certo periodo di tempo, si mostrano meno angosciati, e compromessi dalla presenza del delirio, grazie agli effetti delle terapie, quest'evento, al contrario, difficilmente si nota nei simulatori, i quali serbano, atteggiamenti di grande preoccupazione per il presunto delirio, nonostante siano anni che avvertono tale sintomo.

² HERSH F., BORUM R. (1998), ‘ *Command Halluci- Nation, Compliance, and Ris Assessment* ’, in *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, n.26, pp. 353-359.

³ EY H., BERNARD P., BRISSET C.H., *Manuale di psichiatria*, Masson Italia Editori, Milano, 1977.

Coloro che percepiscono dei miglioramenti, individuano l'irragionevolezza delle proprie convinzioni deliranti, comprendendo fossero errate.

Secondo Resnik: *“i deliri che vengono più spesso simulati sono quelli persecutori e di grandiosità”*. Egli propone dei criteri per il sospetto di simulazione di psicosi. Per le allucinazioni, esse devono essere continue piuttosto che intermittenti; scarsamente udibili; il paziente deve riferire le allucinazioni con un linguaggio artefatto e innaturale ed afferma di non essere in grado di elaborare strategie per ridurre l'interferenza e la presenza delle voci. Per i deliri, l'inizio o fine devono essere improvvisi, il comportamento proteso a richiamare l'attenzione sul sintomo, i contenuti del delirio sono bizzarri senza che vi sia evidenza di un pensiero disordinato.

Dunque, per poter distinguere correttamente, chi è affetto da una condizione schizofrenica in confronto a chi simula tale psicosi, secondo un clinico occorre avere la capacità di riconoscere istantaneamente la condizione schizofrenica.

Ad ogni modo, le instabilità nei criteri diagnostici del DSM, per determinare la presenza di psicosi, risaltano più le complessità di raffigurazione compatta e ambigua di una condizione di questo tipo, che le opinioni discordanti della psicosi stessa.

Kubie nel 1971 affermò: *“Non vi sono principi validi per la diagnosi di schizofrenia[...] il concetto stesso di schizofrenia è privo di utilità [...]”*.⁴ Il suo pensiero negli anni settanta era comune ad altri studiosi, da ciò nacquero varie diatribe tra coloro che suggerivano la presenza delle cosiddette *“Schizofrenie⁵”, “Sistemi classificatori propri⁶”,*

⁴ BASAGLIA F. (a cura di) (1968), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino; FITZGIBONNS D.J., ROBBIND E., GUZE S.B. (1972), *“Diagnostic Criteria in Use in Psychiatric Research”*, in *Archives of General Psychiatry*, n.26, pp.75-63. JERVIS G. (1975), *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano.

⁵ RIEDER R.O. (1974), *“The Origins of Our Confusion about Schizophrenia”*, in *Psychiatry*, n.37, pp.197-203.

⁶ TAYLOR M.A., ABRAMS R.A. (1975), *“A Critique of the St. Luis Psychiatric Research Criteria for Schizophrenia”*, in *American Journal of Psychiatry*, n.132, pp.1275-1280.

“L'impossibilità di distinguere tra la schizofrenia e le psicosi affettive⁷”, “ Il fatto che i pazienti potevano essere diagnosticati come schizofrenici secondo il contesto in cui erano valutati⁸”.

Van Prag nel 1976, dopo essersi chiesto se la schizofrenia sia realmente esistente, concluse il suo studio affermando l'esistenza di un insieme di sottotipi, il che poneva l'ulteriore problema, ossia se i diversi sottotipi potessero essere classificati sotto la singola denominazione di schizofrenia, ma poiché tale disturbo presenta elementi estremamente eterogenei, ne derivò che, la schizofrenia è un concetto impossibile.

Da un punto di vista giuridico, non vi è solo il problema di diagnosi, ma anche di tipo comportamentale, dato che vi è la tendenza a riprodurre atteggiamenti schizofrenici, definiti “insani”. Proprio per questo motivo, è possibile identificare notevoli ripercussioni sul piano medico-legale, dunque, proprio per la difficoltà diagnostica, non è plausibile pronunciarsi su un piano prognostico. Ciò nonostante, si può rimandare a quanto affermato da altri:, vale a dire che il simulatore cosciente è come un attore che recita una parte e pertanto può commettere errori, mettendo in scena atti sproporzionatamente stravaganti, allo scopo di renderli più credibili ⁹.

Alcuni “attori”, hanno ammesso di aver avvertito “una voce” nella loro testa che li incitava a commettere omicidi; molti di essi, non hanno dichiarato prontamente il fatto, poichè si sentivano perplessi nel discutere ciò, di fronte a coloro che apparivano increduli. Mentire sulla sintomatologia, tramite giochi di parole, lo sviamento del pensiero o nuovi costrutti, risulta essere complesso, così come conseguire una condotta definita dagli

⁷ SKODOL A., BUCKLEY P., SALAMON I. (1976), “*The Ubiquitous Symptoms of Schizofrenia*”, in *Comprehensive Psychiatry*, n.17, pp.511-516.

⁸ GIFT T.E., STRAUSS J.S., RIZLER B.A., KOKES R.F., HARDER D.W. (1980), *How Diagnostic Concepts of Schizophrenia Differ*”, In the *Journal of Nervous and Mental Disease*, n. 168, pp.3-8.

⁹ CALLIERI B., SEMERARI A., *La simulazione di malattia mentale*, Abbruzzese Editore, Roma., 1959; FORNARI U. (2006), *Trattato di psichiatria forense*, UTET, Torino.

specialisti come “*Appiattimento effettivo*”, dato che l’intensità emotiva tende a persistere, verso ogni alterazione.

Inoltre, si può confermare, che i simulatori in parte rappresentano anche i disturbi cognitivi, spesse volte, ammettendo di dimenticare alcuni particolari, al contrario della Sindrome di Ganser, dove appaiono le “risposte di traverso”.

Le difficoltà “a ricordare” si presentano a causa di alcune domande specifiche, riguardanti fenomeni allucinogeni.

In ambito criminologico, parlando sempre di simulazione, vi sono una serie di aspetti che si possono distinguere tra cui l’incapacità di intendere e di volere, il riconoscimento di un presupposto logico, apprezzabile e motivabile, di un illecito, l’esistenza di un complice nel delinquere ed infine l’intenzionalità.

L’essenza di un reato, è anch’essa indicativa in merito al cospetto di simulazione; raramente si individuano presupposti psicotici, come ad esempio nei crimini sessuali o contro la proprietà, sebbene non possa essere esclusa questa possibilità.

Oltre alla schizofrenia, si può parlare di simulazione, facendo riferimento ad un’altra patologia psichica, cioè la depressione.

Negli ultimi anni c’è stato un incremento dei casi connessi a tale disturbo con una media pari al 15% della popolazione, ciò ha comportato delle avversità nel verificare con idoneità, casi di depressione, da un punto di vista medico-legale¹⁰.

Spesse volte, il disturbo depressivo, viene simulato per ottenere eventuali vantaggi, soprattutto per quanto concerne: la reclusione, per dimostrare l’inconciliabilità con il regime detentivo.

¹⁰ Hsu K., Marshall V. (1987), “Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of Canadian Residents, Intern and Fellows”, in American Journal of Psychiatry, n. 141, pp.1561-1566.

Inoltre, per l'identificazione di un danno psico-fisico permanente, per via di un trauma, o ad altri fattori che possono condurre alle cause del disturbo depressivo.

Al riguardo, sorge un problema abbastanza complesso in ordine alla diagnosi ed alla prognosi che interessa lo psichiatra nel momento in cui egli deve porre sotto esame un detenuto con disturbo depressivo, per verificare la sua compatibilità con il regime detentivo.

Il detenuto, in attesa di giudizio, si trova comunemente, a dover affrontare un lungo periodo di carcerazione preventiva.

A tal proposito, un individuo, apparentemente sano, senza disturbi psichiatrici, potrebbe avere seri problemi di adattamento in carcere, sviluppando una sintomatologia depressiva.

In questi casi, viene minimizzato tale disturbo, poiché si ritiene abbastanza "comune" che il detenuto sviluppi in questa fase, una patologia psichica.

A tal fine, la reclusione, viene definita tra le cause del DSM-IV. Se, invece, un individuo, è stato da sempre tendente a sviluppare dei disturbi psichici, tra cui appunto, la depressione, dimostrati tramite documenti ed atti veritieri, il Tribunale sarà clemente nei confronti del recluso, il quale otterrà dei benefici; al contrario, se la causa del problema è legata alla detenzione provvisoria, in fase processuale, verrà sottovalutata la condizione clinica del soggetto in questione.

Inoltre, è lecito che il recluso, in attesa di giudizio, nella valutazione di incompatibilità, tenga conto del parere del medico penitenziario.

Il Giudice, ai sensi dell'art. 286 c.p.p., può chiedere la detenzione in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e di Cura (SPDC) o in un'altra struttura psichiatrica, tale misura è predisposta per i detenuti affetti da gravi patologie psichiche.

Inoltre, è molto importante tenere conto degli elementi legati al fattore della personalità, in questo caso, nelle varie forme depressive del settore carcerario¹¹.

Uno dei momenti più comuni e di maggiore continuità clinica nei reclusi, in attesa di giudizio, è dato dalla presenza di un disturbo di personalità in un tossicodipendente.

I vari disturbi borderline che condizionano la vita del detenuto e la recidività criminale, vengono sottoposti ad un ulteriore esame per la valutazione della prognosi legata alle circostanze depressive dei detenuti sotto processo. Per lo più, i pazienti con tale disturbo, sono tra coloro che, con i loro vari atteggiamenti masochisti, strettamente connessi al disturbo dell'adattamento, diventano ingestibili agli occhi dell'istituzione, spesso enfatizzando strumentalmente, una situazione depressiva.

Solitamente, nei confronti di coloro che presentano una grave patologia depressiva, dopo vari esami clinici, viene riconosciuto un giudizio di incompatibilità, al contrario di quegli individui che soffrono di un disturbo dell'adattamento con sintomatologia depressiva.

Tuttavia, a seconda della gravità della singola situazione, si può giungere a negare qualsiasi tipo di attività sul recluso, ritenuta incompatibile.

Eppure, la buon riuscita o meno delle cure e degli interventi conseguiti in ambito penitenziario, dipendono dai vari fattori legati alla personalità del detenuto.

Inoltre, il detenuto tende a sviluppare, all'interno del settore penitenziario, un livello di disagio e un bisogno incessante di controllo, il quale concorre a far sì che per conto dell'istituzione detentiva, si abbia una reazione, che porti ad aggravare il quadro clinico del paziente.

¹¹ PARKER G., " *Classifying Depression: Should Paradigms Lost Be Regained?*", in *Am J Psych*, n.157 (8), pp. 1195-1203, 2000.

Devono essere, inoltre, presi in considerazione alcuni elementi estenuanti contigui alla reclusione, come: perdite concorrenti, allontanamenti, gravi patologie dei figli e della famiglia, tutti fattori che possono aggravare alcune delle condizioni psicopatologiche, in situazioni, generalmente, inadatte, con scarse possibilità di risoluzione.

Un altro problema, dipende dal fatto che gli interventi psicologici sul recluso sotto processo, vengono limitati, essendo più frequenti quelli compiuti sugli individui condannati in via definitiva; così facendo, sfugge un passaggio fondamentale di intervento sul detenuto, elevando il rischio suicidiario¹².

Per cui la diagnosi depressiva, deriva dal bilancio del passato del paziente e dal mutamento del suo modo di vivere, per via della sua patologia.

Un'altra condizione psicopatologica alla quale si potrebbe fare riferimento, parlando di simulazione, è l'amnesia.

Il DSM-IV definisce il "*Disturbo amnesico*" come una patologia in cui vi sia una manomissione nell'assimilare una nuova nozione ("amnesia anterograda") oppure nel richiamare informazioni, già in precedenza conseguite ("amnesia retrograda").

Spesso e volentieri, alcuni individui colpevoli di un delitto, hanno dichiarato di non ricordare l'episodio commesso. Oltre a ciò, alcuni di essi, affermano di essere incapaci a rammentare il fatto compiuto, per avere l'infermità mentale al livello processuale.

Nel momento in cui un individuo soffre di disturbi post-traumatici, bisogna tenere conto anche della memoria, elemento cardine per verificare l'attendibilità di una testimonianza.

Inoltre, è possibile individuare molteplici possibili ragioni che danno vita ad un disturbo amnesico, difatti, questo comporta vari problemi di valutazione: ad esempio, l'amnesia

¹² TATARELLI R., MANCINELLI I., TAGGI F., POLIDORI G. (1999), "*Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: a Descriptive Epidemiological Study*", in *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, n. 43 (4), pp. 438-447.

di un delitto, può essere legata ad un atto simulatorio volontario, ma allo stesso tempo, può essere manifestazione di una difensività psicologica.

La discordanza tra la facoltà di rievocazione dell'avvenimento, non deve essere espressione di condizionamento. Uno studio condotto su 207 detenuti per omicidio condannati all'ergastolo, ha evidenziato che circa il 29% di essi riferiva un'amnesia del fatto reato e questa amnesia si associava ad un disturbo psichiatrico, all'uso di alcol o stupefacenti e a reati con forte coinvolgimento emotivo. Trascorsi tre anni dall'inizio della detenzione, solo il 33% dei soggetti dichiarava di non aver recuperato il ricordo, il 26 % aveva un ricordo parziale, e il 41% non aveva ancora alcun ricordo¹³.

Dunque, alcuni studiosi possono confermare che l'amnesia per un gravoso crimine è molto frequente e può rivelare una disturbo psichiatrico o una dipendenza da sostanze stupefacenti.

Osservando alcuni dati, si può notare come vi sono certi individui che affermano, talune volte, di non ricordare momenti specifici del proprio trascorso, altri che, gradualmente o inaspettatamente, hanno recuperato il proprio vissuto.

Il problema è che questi cambi amnesici, si discostano da un quadro clinico comune, ed appaiono incoerenti con quel che sono i sintomi vulgati.

Pertanto, si può affermare che tra i vari disturbi neuro-psicopatologici, quello amnesico è il più emulato e soggetto ad alterazioni a livello psichiatrico e psicologico-forense.

Un altro aspetto importante, in ambito psicologico-giuridico, riguardante sempre la perdita di memoria, interessa la manipolazione infantile della stessa, poiché elemento cardine di verifica, relativo all'attendibilità di una testimonianza.

¹³ Pszora N.M., Barker A.F., Kopelman M.D. (2003), "Amnesia for Criminal Offences: a Stud of Life Sentence Prisoners", in *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, n.14, pp.475-490.

In certe situazioni, malgrado l'amnesia non sia, spesse volte, volontaria, si interpongono fattori esterni tali da suscitare false memorie, le quali, essendo evidenti per i bambini, riportano serie ripercussioni giuridiche.

Da un punto di vista medico-legale, si hanno delle difficoltà a rilevare pazienti con i primi segni amnesici, sia in ambito simulatorio che dissimulatorio, specialmente in quello civile. A tal proposito, questi soggetti propongono tali tipi di atteggiamenti, in altre patologie, nei giudizi di legittimazione processuale.

Per questi individui non vi è complessità nell'ingigantire l'entità del loro status cognitivo, considerando che la diagnosi è generalmente sostenuta dagli esami neurologici.

Per poter definire, correttamente, un paziente con disturbi amnesici, bisogna tener conto di ciò: il soggetto disturbato presenta una perdita di memoria progressiva; si presentano periodi remoti di amnesia; questa sindrome emerge solitamente, a causa di eventi traumatici, chirurgici o vascolari che hanno prodotto danni cerebrali.

Se l'amnesia è progressiva, va verificato lo status cognitivo; se quest'ultimo è vigile, è necessario dover eseguire un'analisi neuropsicologica per identificarne l'accaduto in uno stato di demenza o disturbo psichiatrico. Oltretutto, deve essere constatato anche l'abuso di alcool, il quale, oltre ad un'amnesia progressiva, può comportare dei presunti "blackout", vale a dire delle amnesie totali connesse all'episodio di abuso di alcolici.

Un eccessivo consumo di alcolici, può comportare un "Encefalopatia di Wernike" essa di conseguenza può mutare in una "Sindrome di Korsakoff". Quando vi sono delle incertezze, è necessario avvalersi dell'analisi neuropsicologica; il neuropsicologo che analizza un paziente con amnesia, ha l'obbligo di verificare l'entità della lesione.

Le modalità di risposta inerenti ai test¹⁴ connesse alle manipolazioni dei simulanti sono modeste. Al riguardo si osserva che:

- Il soggetto può avere la facoltà di rispondere volutamente in maniera errata, vale a dire: sa la risposta corretta, ma opta per quella errata.

In tal caso, la persona non può fallire in tutte le risposte, perciò deve attuare un piano che renda la sua “prestazione” erronea al tempo stesso, plausibile.

- *Distrazione* : ad esempio, un individuo si mostra indifferente all’esame, per il semplice fatto di voler apparire come un soggetto affetto da una grave patologia.

- *Flessione globale* : la persona tende a simulare un “bradichismo globale”, ma gli esami amnesici raramente sono valutati contro corrente.

- *“Risposte casuali”* : riguarda un tipo di atteggiamento nel quale un soggetto risponde causalmente o in base ai suoi stimoli.

- L’approccio antecedente mostra una variazione qualora il soggetto applica un parametro di risposta casuale.

Un eventuale modo per “avvicinarsi” alla simulazione, per il giudizio neuropsicologico, è quello di sottoporre i simulatori ad un esame apparentemente complesso, che induce questi soggetti ad offrire prestazioni negative di fronte a quelle dei pazienti realmente affetti da disturbi mentali¹⁵.

¹⁴ BINDER L.M., “*Forced-Choice Testing Provides Evidence of Malingering*” in Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, n.73 pp. 377-380,1992; HISCHOCK C.K., BRANHAM J.D., HISCOCK M., “*Detection of Feigned Cognitive Impairment: The Two-Alternative Forced-Choice Method Compared with Selected Conventional Tests*”, in Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, n.16, pp.95-110, 1994.

¹⁵ WILLIAM J.M., *The Malingerling of Memory Disorders*, in C.R. Reynolds (a cura di), *Detection of Malingerling during Head Injury Litigation*, Plenum Press, New York, pp.105-132,1998.

1.2 Simulazione delle malattie neurologiche

Le malattie neurologiche, riguardano, principalmente, dei disturbi che colpiscono il sistema nervoso centrale e il sistema nervoso periferico.

Il sistema nervoso, è un apparato alquanto complesso, ma estremamente accurato. La sua mansione di recepire, disporre, associare, pianificare ed infine, incentivare “*segnali*”, dipende da 10 miliardi di neuroni, correlati tra loro, con reciproca interattività, che ottemperano una manciata di “*messaggi*” di origine biochimica ed elettrico, che sono fondamentali per ogni tipo di legame tra “*funzione e sistema neurotrasmettitoriale*”.

I disturbi cerebrali, in ambito medico, hanno una particolarità specifica: spesse volte, i sintomi, che in realtà possono essere correlati ai cambiamenti delle svariate funzioni coinvolte, sono congiunti con più entità cliniche.

La simulazione di una malattia neurologica si riferisce esclusivamente a un sintomo piuttosto che a un'entità nosografica, essa è abbastanza comune dopo un trauma al livello somatico: normalmente esso si occupa di traumi cranici limitati all'interno, vale a dire, senza mancanza di conoscenza o breve perdita, o a sua volta di fratture correlate agli arti¹⁶.

Per quando riguarda, la simulazione di sindromi neurologiche conseguenti a patologie somatiche non traumatiche, non esistono particolari difficoltà di diagnosi, poichè è possibile usufruire, non solo della diagnosi strumentale, ma anche dei risultati attinenti all'anamnesi clinica, determinando la struttura dello stesso trauma.

Inoltre, è necessario agire con molta prudenza nel redigere la diagnosi dissimulazione, infatti, può capitare di considerare inscenati segni e sintomi che in realtà manifestano un reale disturbo cerebrale in corso.

¹⁶ FACTOR S.A., PODSKALNY G.D., MOLHO E.S., “*Psychogenic Movement Disorders: Frequency, Clinical Profile, and Characteristics*”, in J Neurol Neurosurg Pschiatry, n.59, pp.406-412, 1995.

Le ragioni che esortano il simulatore a replicare, fingendo, un disturbo neurologico sono le stesse illustrate per i disturbi psicopatologici. Non riconoscere un disturbo celebrale, o sottovalutarlo, comporta delle conseguenze in ambito professionale.

In conclusione, sottoporre gli individui con disturbi neurologici, a cure psichiatriche, comporta problemi che vanno a colpire resistenze di cospicua importanza¹⁷.

Argomento correlato, attiene le false rappresentazioni riguardanti, sempre, patologie neurologiche, correlate, in questo caso, ai disturbi visivi.

Al riguardo, è possibile introdurre due patologie importanti legati alla falsa rappresentazione dei disturbi visivi, vale a dire: “La perdita dell’acuità del visus” e “I disturbi del campo visivo”.

Nel primo caso, un individuo che finge una mancanza visiva globale, deve essere assoggettato ad alcuni esami, che hanno il duplice scopo di rivelare la veridicità riguardante tale disturbo.

Come primo step, devono essere verificati i riflessi: se il soggetto sbatte le palpebre, a seguito di un movimento diretto verso lo sguardo del paziente, senza dubbio, dovrà detenere una percentuale di acuità del visus.

In seguito, il paziente verrà sottoposto ad altri test, con lo scopo di verificarne la “proprio-percezione”. Solitamente, un soggetto che inscena tale disturbo visivo, considera, erroneamente imprescindibile, un’ottima funzione visiva per svolgere tali prove, arrivando a compiere, volutamente degli errori.

¹⁷ GRAF M.H., “*Ocular Malingering: a Surprising Visual Acuity Test*”, in Archives Of Ophthalmology, n. 120, pp.756-760, 2002.; KAHTOL R.G., COX T.A., CORBETT J.J., THOMPSON H.S., CLANCY J., “*Functional Visual Loss: Is a True Psychiatric Disorder?*”, in Psychol Med, n.13, pp.307-314, 1983.

Se tale patologia, viene individuata solo in un occhio, i pazienti vengono sottoposti al “test dello specchio”, vale a dire: l’esame dell’offuscamento visivo.

Inoltre, vi sono test di rilevanza puramente oculistica, come l’impiego di “prismi, di lenti polarizzate o di lenti a tavole colorate”, che possono risultare validi nel rivelare la fonte del disturbo del visus.

Per quanto riguarda, invece, i disturbi del campo visivo, le più frequenti simulazioni riguardano ¹⁸ il campo visivo tubulare e spirale a stella.¹⁹

Oltre a ciò, sempre inerente alle false rappresentazioni, è opportuno dover fare riferimento ad un altro disturbo neurologico, vale a dire: il tremore, inteso come disturbo caratterizzato da oscillazioni ritmiche più o meno continue e regolari, di una parte del corpo ottenute grazie alla contrazione dei muscoli.

Per cui, le cause di tale tremore sono attribuibili, per un certo verso, a delle lesioni cerebrali attinenti alle strutture del sistema nervoso centrale o periferico tipico del Parkinson, che la maggior parte dei pazienti rileva quando è, appunto a riposo; tale disturbo si attenua tramite un movimento volontario oppure mediante la perservazione di una posizione²⁰.

Tale tremore, lo si può osservare all’estremità degli arti, maggiormente nelle mani; tuttavia difficilmente può interessare il capo, le labbra, la mandibola e la restante parte del corpo. D’altra parte vi è il “*tremore posturale*”, osservabile tra i pazienti che perservano spontaneamente la medesima postura. Tale disturbo viene meno durante il sonno o il movimento.

¹⁸ BEATTY S., “*Non-Organic Visual Loss*”, in Postgraduate Medical Journal of Psychiatry, n.142, pp.1478-1481, 1999.

¹⁹ SLETTERBERG O., BERTELSEN T., HOVDING G., “*The prognosis of Patients with Hysterical Visual Impairment*”, in Acta Ophthalmol, n.67, pp. 159-163, 1989.

²⁰ DEUSCHL G., “*Differential Diagnosis of Tremor*”, in Journal of Neural Transmission, n.S6,pp. 211-220, 1999.

Tra l'altro, un esempio di tremore posturale è proprio quello "fisiologico", contrassegnato da una dimensione molto limitata, non visibile ad occhio nudo.

In seguito vi è, il "tremore essenziale" sempre osservabile, tra coloro che mantengono la medesima postura ed è rintracciabile prevalentemente sulle mani. Talvolta può interessare anche il capo, la voce o il mento, separatamente o congiuntamente.

Infine per concludere, si può parlare di "tremore cinetico", riscontrabile durante lo svolgimento di funzioni motorie ardue che esigono accuratezza.

Tale tremore non si osserva durante il sonno²¹.

Attraverso l'elettromiografia è possibile rilevare false rappresentazioni, poichè, in tal caso, si osservano tremori differenti alle "entità nosogeniche" indicate, incoerenti con le visioni patologiche note²².

Sempre inerente alle false rappresentazioni, è un altro disturbo neurologico, vale a dire: la sensibilità somatica²³.

E' possibile, individuare diverse tipologie di sensazioni somatiche di rilievo importanza: "il freddo, il caldo, il tatto, il dolore, la vibrazione, il senso di movimento, ed il senso di posizione". I disturbi sensitivi possono essere soggettivi, ossia riferiti dal paziente, e/o obiettivi, ossia documentabili con l'esame clinico.

²¹ KIMURA J., *Electrodiagnosis in Diseases of Nerve and Muscle- Principles and Praticce*, Oxford University Press, Oxford; Victor M., Ropper A.H., Adams R.D. (2005), *Adams and Victor's Principles of Neurology*, 6th ed., McGraw-Hill, New York, 2001.

²² MIYASAKI J.M., SA D.S., GALVEZ-JIMENEZ., LANG A.E., "*Psychogenic Movement Disorders*", in *Can J Neurol Sci*, n.30 (suppl.1), pp. S94-S100, 2003; THOMAS M., JANKOVIC J.: "*Psychogenic Movement Disorders: Diagnosis and Management*", in *CNS Drugs* n.18, pp. 437-452, 2004; REICH S.G., "*Psychogenic Movement Disorders*", in *Seminars in Neurology*, (review), n.26 (3), pp. 289-296, 2006.

²³ GREER S., CHAMBLISS L., MACKLER L., HUBER T., "*Clinical Inquieres. What Physical Exam Tcehniques Are Useful to Detect Malingering?*", In *Journal Family Praticce*, n.54, pp. 719-722, 2005.

Un modo di verificare l'idoneità della sintomalogia, è l'analisi della sensibilità "tattile, termica o dolorifica", che metta a confronto le due estremità²⁴.

Un altro aspetto che si osserva nel caso di una simulazione è la diffusione a "macchia di leopardo" della sintomatologia sensitiva, ovvero: viene constatata una ripartizione mutevole attraverso il corpo dei "deficit sensitivi", in zone differenti tra loro, alle quali non si identifica una particolare "distribuzione radicolare"²⁵.

Altri disturbi neurologici, strettamente correlati alle simulazioni, sono: le sindromi algiche. Per sindromi algiche si intendono: *"le cefalee, le algie craniofacciali, le cervicobranchialgie, il dolore dorsolombare, e le sindromi dolorose da schiacciamento nervoso periferico"*.

Pertanto, tali disturbi non sono complicati da identificare laddove vi fossero false rappresentazioni, poichè il dolore intenso, che sia di lunga o breve durata, associabile ad un evento traumatico, con imminente collocazione, viene diagnosticato facilmente.

Un problema di notevole importanza, riguardante sempre le sindromi algiche è l'interpretazione e la quantizzazione del medesimo sintomo, in quanto associato, in particolare, al coinvolgimento emozionale del paziente, emesso in virtù della sua personalità e del suo passato.

Per quanto riguarda invece, le sindromi algiche croniche, esse sono di natura persistente, possono comportare gravi ripercussioni sul paziente, alterandone la vita sociale, lavorativa, psichica e funzionale. Pertanto, è da tenere in considerazione che gli atteggiamenti simulatori sono tangibili con una certa ricorrenza tra individui tendenti alla manipolazione, per i quali gli aspetti comunicativi e relazionali del sintomo sono superiori

²⁴ STONE J., CARSON A., SHARPE M., " 76 *Funcional Symptoms and Sign in Neurology: Assessment and Diagnosis*", in *Journal Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, n.76 (suppl.I), pp.12-112, 2005.

²⁵ VUILLEUMIER P., CHICHERIO C., ASSAL F. et al., "*Functional Neuroanatomical Correlates of Hysterical Sensorimotor Loss*", in *Brain* n.124, pp. 1077-1090, 2001.

rispetto a quelli “intrapsichici” e si intensificano laddove vi sono in corso azioni medico-legali destinate al perseguimento di risarcimenti, pensioni e così via.

Inoltre, fondamentale per poter discutere dei vari criteri diagnostici, è la categorizzazione delle cefalee e delle sindromi algiche, dal momento che nel caso di una falsa rappresentazione, gli unici sistemi efficaci volti a formulare una corretta diagnosi, sono i dati anamnesici e medici.

Pertanto tra queste citate vi sono: la cefalea vasomotoria, contraddistinta da pulsazioni dolorose di durata mutevole che può andare da secondi, minuti o addirittura giorni.

A sua volta, questo gruppo comprendere: la cefalea, in cui il dolore si concentra maggiormente da un lato, ma può anche essere bipartito, incline ad un miglioramento con il passare del tempo; Cefalea con “*aura*”, tale disturbo si presenta generalmente al mattino con sintomatologia neurologica “*focale*”. Solitamente possono verificarsi “*parestesie*” agli arti che successivamente si spandono in tutto il corpo. Tali sintomi insorgono consecutivamente, ma retrocedono circa dopo un’ora. Il dolore si concentra principalmente in mezzo al capo, perlopiù insieme ad esso possono presentarsi nausea e vomito; Cefalea “*senza aurea*”, in genere si aggrava con l’età, si attenua in gravidanza e in menopausa, solitamente essa viene correlata al ciclo mestruale.

Il dolore si presenta al mattino, giungendo al culmine nell’arco di qualche ora. Cefalea “*tensiva*”: E’ contraddistinta da un dolore stabile, compulsivo, di entità moderata, si identifica all’apice e si propaga sino alla fronte, alla nuca e al collo. I sintomi percepiti vengono segnalati dal paziente come una sensazione di peso che comprime il capo. Il dolore può protrarsi per lunghi periodi, si distingue dalle “*cefalee vasomotorie*” per la diffusione, per il tempo e per il tipo di attacco.

La nevralgia del trigemino, è un disturbo contrassegnato da sintomi abbastanza comuni, ovvero dolori concentrati in parti del corpo ridotte come naso, labbro, gengive.

I sintomi insorgono in maniera violenta e repentina, si protraggono per poco tempo e si interrompono di punto in bianco.

La nevralgia del glossofaringeo, i sintomi di tale disturbo si manifestano per un breve lasso temporale, meno del minuto, con entità ridotta, definita dal paziente come una pugnalata. La collocazione è tipicamente situata alla base del condotto uditivo esteriore, nella tonsilla, nella faringe o sulla lingua, separatamente o in correlazione. I sintomi corrispondenti possono essere: la raucedine, la lacrimazione e la tosse.

Infine, sempre per quanto riguarda le sindromi algiche croniche, è doveroso tenere presente, oltre ad un giudizio clinico, anche una perizia psichiatrica del paziente, laddove vi fossero casi di false rappresentazioni.

Uno dei meccanismi più impiegati per l'accertamento dei pazienti con dolori è, dunque, l'**MMPI-2**, ossia un questionario di autovalutazione, che attraverso le scale cliniche, ha lo scopo di individuare le caratteristiche strutturali della personalità e la presenza di eventuali disturbi psicologici nei pazienti analizzati.

Una sindrome algica correlabile ad una prospettiva particolare con variazioni personologiche è "*l'algia facciale atipica*": tale disturbo è contrassegnato da una sindrome sofferente alquanto costante, con dolore perdurante, insopportabile, al tempo stesso complicata da identificare. Inizialmente tali sintomi sono percepiti in zone riguardanti la mascella o la mandibola, ma successivamente possono diffondersi in parti del corpo più estese come la faccia o il collo.

Per quanto riguarda invece le cervivobranhialgie e dolori dorsolombari, tipiche delle sindromi algiche, nel caso di simulazione, tali disturbi sono abbastanza facili da rilevare.

Anche in tal caso, vi sono molti meccanismi che si dimostrano utili per identificare ciò di cui si sta parlando. I risultati dell'anamnesi rivelano molte informazioni relative alla conformità della causa e della lesione emersa.

1.3 Storia e diffusione del DPTS

Il Disturbo post-Traumatico da Stress (DPTS) è una patologia rappresentata da ansietà, e angoscia, indotta da un grave shock traumatico. Tale disturbo era stato indicato da Oppenheim come: “nevrosi traumatica”, mentre da Kraepelin come “nevrosi da spavento”.

Successivamente, la sintomatologia manifestata dai sopravvissuti, in seguito alla prima e seconda guerra mondiale, veniva indicata come “shock da granata”, “fatica da battaglia”, “cuore del soldato”, “cuore irritabile”.

Inoltre, i prigionieri che facevano ritorno nelle proprie dimore, spesse volte manifestavano una sindrome, all'epoca non identificata, ovvero da “campo di concentramento” che poteva indurre anche al suicidio, come era successo con Primo Levi.

Più tardi, con l'avvento del dopoguerra, vennero effettuate ulteriori ricerche sui superstiti provenienti dai campi di lavoro, nei quali notarono effetti di totale intorpidimento delle facoltà mentali e, dal momento che tali soggetti erano stati sottoposti a maltrattamenti fisici e psicologici, il disturbo fu esaminato al livello di “eziologia fisica”. Inoltre, venne constatato che tale disturbi potevano protrarsi per un lungo periodo di tempo.

Successivamente, con l'aumento delle istanze legali, si tentò di predisporre dei meccanismi per identificare i simulatori.

Ciononostante, il DSM-II, rilasciato nel 1968, tralasciava totalmente la diagnosi di Disturbo post-traumatico da Stress.

Solo nel 1980, con la diffusione del DSM-III, emerse la diagnosi di “Disturbo post-Traumatico da Stress”, in cui l’evento traumatico indispensabile per comportare tale disturbo era considerato l’evento stressante riconoscibile che evocherebbe significativi sintomi di malessere in quasi tutti gli individui.

La vigente compilazione del DSM-IV del 1994, prevede per tale disturbo, l’elaborazione di alcuni criteri identificativi riguardanti il vissuto, l’osservare, o l’essere paragonati ad un avvenimento che implichi il decesso o l’evento di morte o un grave pericolo riguardante la propria incolumità personale e la reazione del soggetto agli avvenimenti funesti che ha suscitato il timore di perdere la speranza.

Nel manuale diagnostico IV si possono classificare tre tipi di sintomi, l’uno in cui l’evento traumatico viene rievocato attraverso: sogni, visioni, pensieri, e stimoli, l’altro in cui si presentano modalità di sviamento e insensibilità emotiva ed infine, attacchi di panico, problemi di concentrazione ed insonnia²⁶.

Al riguardo, è importante sapere che, dal 1971 i veterani del Vietnam affermavano che l’incapacità di reinserirsi nella società era riconducibile ad uno status psichiatrico e che tale fenomeno era conseguente ad una patologia, pertanto nel 1973 la “National Council of Churches” convocò il primo congresso sulle “Necessità emotive dei veterani del Vietnam”. In seguito tramite un compromesso, il disturbo post-Traumatico da Stress fu inserito nel manuale diagnostico-III²⁷.

Generalmente, si tende a simulare un disturbo post-Traumatico da Stress, solo ed esclusivamente per conseguire una retribuzione al livello economico, a causa del trauma.

²⁶ SHORTER E., *A History of Psychiatry. From the Era of Asylum to the Age of Prozac*, JohnWiley & Sons, Chichester, 1997.

Raramente, tale disturbo viene impiegato per dimostrare una non imputabilità o per altri motivi di natura giudica.

Inoltre, è possibile segnalare una falsa rappresentazione, laddove vi sono incoguenze tra la sintomatologia indicata e il referto medico, oppure quando vengono effettuati dei test in cui insorgono variazioni psicometriche con evidente amplificazione.

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPT) di tipo 2 include due scale di giudizio del disturbo post-Traumatico da Stress (DPTS) che sono state sperimentate su veterani del Vietnam, le quali non consentono di essere trasferibili immediatamente per altre verifiche riguardanti il DPTS. Le scale utilizzate, descrivono una condizione di stress, ansia, e mancanza di autostima, misurando in pratica il livello di disagio, tuttavia non hanno una validità per discriminare il disturbo²⁸.

Altri sistemi pertinenti all'identificazione di una simulazione sono forniti dall'ambiguità nelle risposte e dall'insorgenza di un'indole asociale.

In ogni caso, per poter effettuare una diagnosi di tipo disturbo post-Traumatico da Stress, bisogna accertarsi che tale trauma, nel Manuale diagnostico IV abbia avuto rilevanza soggettiva.

Dunque, dopo aver ricavato informazioni riguardanti il paziente, non bisogna illustrare tali sintomi a quest'ultimo, ma recepire quanto mostrato, senza entrare in contatto con il periziando.

E' possibile, inoltre, attestare quanto dice il paziente riguardo ai sogni rivolgendosi a coloro che vivono con quest'ultimo, ed appurare con certezza lo status della vita antecedente al trauma subito.

²⁸ GREENE R.L., *The MMPI-2. An Interpretative Manual*, 2nd ed., Allyn and Bacom, Boston, 2000.

Inoltre, coloro che inscenano tale disturbo, possono apprendere tali sintomi, ma raramente riescono a trasmettere la stessa intensità e caparbietà di chi realmente li patisce: tale turbamento che si intravede nel vissuto del paziente a causa del *Disturbo post-Traumatico da Stress*, se non lo si vive realmente di persona, è impossibile simularlo.

Inoltre, durante la perizia psicologica, viene valutato lo stato di depressione, di irritazione e di angoscia, si può domandare al paziente se sono rilevabili sintomi inverosimili o inadeguati con tale patologia, ipotizzando fossero vigenti, con un aumento di prolissità.

I sogni derivanti dal disturbo post-Traumatico da Stress tendono a mutare con il passare del tempo e non sono persistenti, al contrario chi inscena false rappresentazioni ribadisce che tale incubo si verifica in maniera analoga. Tale patologia si riserva facilmente alla “pretestazione”, ed è abbastanza complicato talvolta, conseguire esiti positivi da un punto di vista medico-legale. Lo status di disturbo post-Traumatico da Stress deve essere differenziato da altre due condizioni di ordinaria valutazione in ambito medico-legale, ovvero, la “*sindrome concussiva*” e il “*disturbo di conversione*”.

A seguito dell’aumento di traumi cranici circoscritti, con o senza perdita dei sensi, si nota sempre più, l’esigenza di voler identificare uno status di disturbo post-Traumatico da Stress per un incidente stradale, sebbene quest’ultimo non abbia causato il decesso o gravi lesioni.

Il primo caso, vale a dire, trauma cranico con la perdita dei sensi, di durata minore di venti minuti a tre mesi dall’evento traumatico, si presenta con emicrania, capogiri, insostenibilità, agitazione, irascibilità, perdita di memoria e di concentrazione²⁹.

²⁹ BARTH J.T., MACCIOCCHI S.N., GIORDANI B., RIMEL R., JANE J.A., BOLL T.J., *Neuropsychological Sequelae of Minor Head Injury*, in *Neurosurgery*, n.13, pp.529-533, 1983.

Recenti studi hanno dimostrato che si possono rilevare segni e sintomi cerebrali al livello conoscitivo a seguito di un trauma cranico, anche in mancanza di squilibri comprovati attraverso esami neurologici³⁰.

Per quanto riguarda, invece, la persistenza dei sintomi associabili a tale sindrome, solitamente scompaiono entro tre mesi dal trauma.

Alcuni individui avvertono tali sintomi nonostante la fine dei tre mesi, altri dopo un anno o in maniera costante, in tal caso, tra i fattori predittivi della persistenza dei sintomi, vi rientrano i disturbi psichiatrici preesistenti³¹.

In merito alle simulazioni, vi è da dire che, un trauma cerebrale, raramente intacca la memoria “procedurale” ossia quella impiegata per eseguire funzioni del tipo guidare o andare in bicicletta. Le persone che esagerano o simulano non tendono a rappresentare il fastidio per i rumori o per le luci intense, che invece accompagna la maggior parte dei quadri di sindrome concussiva³².

D'altra parte, il “*disturbo di conversione*” si verifica laddove i pazienti sviluppano avversità motorie o sensoriali mancanti di oggettività neurologica, conseguenti ad un trauma. I soggetti afflitti da tale disturbo, inscenano false rappresentazioni raggirando all'inizio, loro stessi, impedendone la personalizzazione.

³⁰ KING N.M, CRAWFORD S., WENDER F.J., MOSS N.E., WADE D.T., “*Interventions and Service Need Following Mild and Moderate Head Injury: The Oxford Head Injury Service*”, in *Clinical Rehabilitation*, n.11, pp.13-27, 1997.

³¹ KING N.S., “*Post-concussion Syndrome: Clarity Amid the Controversy?*”, in *British Journal of Psychiatry* n.183, pp.276-278, 2003.

³² BOHNEN N., TWIJNSTRA A., WIJNEN G. JOLLES J., “*Tolerance for Light and Sound of Patients with Persistent Post-Concussional Symptoms Six Months after Mild Head Injury*”, in *Journal of Neurology*, vol. 238, n. 8, pp. 443-446, 1991.

Resnick ha elencato alcuni fattori diagnostici associabili a tale disturbo convertivo:

1. Il simulatore tende ad essere poco cooperativo, risentito, oppositivo, mentre i pazienti con disturbo da conversione sono cooperativi, dipendenti e abitualmente estroversi;
2. Il simulatore tende a evitare esami strumentali, mentre il paziente con disturbo convertivo accoglie con favore un ulteriore esame, cercando cause organiche per il proprio disturbo, aderendo alle terapie;
3. Il simulatore tende a non accettare lavori, mentre il paziente con disturbi da conversione si comporta come un normale disabile, vedendo positivamente anche un impiego che comporti una limitazione;
4. Il simulatore descrive accuratamente l'incidente, mentre il paziente con disturbo da conversione fornisce un resoconto meno preciso e accurato.

1.4 I Disturbi Fittizi

Per Disturbi Fittizi, si intende quello status psichiatrico, nel quale un individuo si presenta con una patologia inscenata o generata intenzionalmente, al solo fine di sembrare ammalato; solitamente le ragioni che spingono tali soggetti a simulare codesti disturbi, non comprendono aspetti medico-legali.

L'attuale Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-TR), revisionato nell'anno 2000, presuppone tre principi di diagnosi di disturbi fittizi: fingere o produrre intenzionalmente segni o sintomi fisici o psicologici; motivazione ad assumere il comportamento e il ruolo di ammalato ed assenza di vantaggi ad attuare il comportamento.

Esso individua, inoltre, tre seguenti tipologie di disturbi fittizi:

- con segni e sintomi principalmente psicologici;
- con segni e sintomi principalmente fisici;
- con segni e sintomi psicologici e fisici entrambi presenti.

Inoltre, il Manuale Diagnostico propone il disturbo fittizio per procura, descrivendolo come: *“fingere o produrre intenzionalmente segni o sintomi fisici o psicologici in un'altra persona che è nella propria vicinanza affettiva o custodia allo scopo di acquisire indirettamente il ruolo dell'ammalato”*.

Per identificare l'insorgenza di tale disturbo fittizio, bisogna tenere conto di alcuni fattori, quali l'illustrazione della sintomatologia in maniera tragica e insolita; i dettagli generici e contrastanti, seppur inizialmente presumibili; l'anamnesi mediche frequenti, con ricoveri abituali nelle varie strutture ospedaliere, spesse volte in città diverse; un linguaggio inusuale ricco di gerghi medici; l'impiego lavorativo in ambito medico o para-medico.

Tuttavia, attraverso la cura e la gestione di codesti soggetti, è possibile individuare altre piste: solitamente, il paziente dichiara di svolgere un mestiere molto illustre, oppure narra episodi trascorsi, nei quali ha avuto riscontri “eroici”. Egli inoltre, può mostrare atteggiamenti di approvazione per il procedimento diagnostico e per le eventuali operazioni chirurgiche; il soggetto disturbato solitamente, tende ad abusare dei farmaci prescritti, in particolar modo degli antidolorifici e dei tranquillanti. Peraltro, tali individui possono adottare, nei riguardi del personale medico-sanitario di sorveglianza, atteggiamenti aggressivi, furibondi o violenti durante la degenza.

Allo stesso tempo, l’eventuale presenza di disturbi fittizi viene segnalata, laddove il paziente manifesta cicatrici chirurgiche plurime o un addome reticolato, che confermano l’esistenza di lesioni fisiche generate di proposito.

Inoltre, durante i vari accertamenti, i pazienti affetti da disturbi fittizi assumono atteggiamenti disomogenei, perciò nessuna manifestazione può essere ritenuta particolare. Il loro approccio può oscillare da una condiscendente cooperazione, con l’analisi e la cura offertagli, fino ad un atteggiamento sfuggente ed incerto qualora venga ampliata la ricerca sulle caratteristiche della patologie.

Lo stato d’animo varia in conformità dello status clinico del paziente stesso.

Per quanto riguarda le cause che inducono il disturbo fittizio, esse sono ancora da stabilire. Una spiegazione psicodinamica di base ritiene che i pazienti con disturbo fittizio abbiano usualmente una storia affettiva infantile di negligenza o di abbandono e tentino di rimettere in gioco le memorie sematiche e operative costruite nei primi anni d’età nell’ambito del rapporto con genitori-figlio³³.

³³ CREMONA-BARBARO A., *Incompatibilità tra le condizioni di salute e stato di detenzione. Aspetti giuridici e medico-legali*, in F. Ceraudo (a cura di), *Principi fondamentali di medicina Penitenziaria*, A.M.A.P.I., Pisa, 1998.

Altre caratteristiche rilevanti associabili a tale disturbo sono le tendenze autolesioniste, il bisogno di attenzioni, l'esigenza di istituire uno status di dipendenza e la necessità di ottenere assistenza abituale.

Talvolta, i pazienti sono indotti dalla necessità di affrontare e combattere il personale medico-sanitario, per avere il compiacimento di riuscire a raggirarlo e vederlo sopraffatto. Per quanto riguarda, invece, il disturbo fittizio per procura, ossia provocato ad altri, si presume vi siano strutture mentali equivalenti, con la netta dissonanza che tali meccanismi siano destinati al minore. D'altronde è probabile che tali esternazioni nei confronti del minore, siano indotte a seguito di gravi insofferenze della madre, per cui il bambino diviene un mezzo per sfogare le proprie frustrazioni insolite.

Alla luce di quanto riportato dai dati cronologici dei pazienti affetti da disturbo fittizio per procura, sono stati illustrati diversi fattori di rischio.

Tra questi vi sono, l'insorgenza di altre patologie psichiatriche o cliniche dell'adolescenza o dell'infanzia che hanno destato preoccupazioni dal punto di vista medico; avvenimenti trascorsi che hanno suscitato odio e risentimento nei confronti del personale medico-sanitario; la comparsa di disturbi di personalità.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, come prima cosa, il disturbo fittizio deve essere contraddistinto da uno status clinico globale autentico ed effettivo o da un disturbo mentale, tra cui quelli derivanti da atteggiamenti non intenzionali o volontari in piena capacità mentale, suscitati da una difformità alla terapia cui sono sottoposti, per origine "iatrogena", vale a dire, malattia provocata da uso improprio o eccessivo di uno o più farmaci. Il disturbo fittizio deve essere, inoltre, distinto dai disturbi "*somatiformi*", ovvero, disturbi psichiatrici caratterizzati dalla presenza di sintomi fisici duraturi e dalla simulazione.

La diagnosi differenziale per il disturbo fittizio per procura comprende, al contrario, le seguenti probabilità: patologie cliniche autentiche; assistenza genitoriale molto frequente; innata differenziazione dei sintomi riguardante una tipologia di disturbo e la simulazione da parte del minore.

Dunque, per affrontare le ripercussioni e le complicazioni dovute ai traumi indotte ad organi e tessuti, è fondamentale rivolgersi all'aiuto effettivo del personale medico.

Per quanto riguarda la terapia e le cure farmacologiche, il paziente deve essere sorvegliato con prudenza per evitare che possa ripetere tali atteggiamenti autolesionisti.

In primo luogo, anche una seduta di supporto può arginare alcuni dei sintomi di disturbi fittizi. La cura conoscitiva-comportamentale-ordinaria, può rivelarsi complessa qualora il paziente non riesca ad istituire un rapporto solido con lo psichiatra.

Il personale medico-sanitario dovrebbe cooperare unitamente alle altre figure occupazionali, vale a dire: infermieri, servizi sociali e consulenti.

Il soggetto affetto da disturbi fittizi dovrebbe essere esposto con cautela e progressività, alle perplessità menzionate all'interno dell'equipe medica, affinché riaffiori al paziente stesso la preesistente giustificazione psicologica per la quale abbia adottato tale disturbo.

Inoltre, tali soggetti generano delle fratture all'interno del team sanitario, determinando gravi conseguenze per lo psicoterapeuta, che tende ad instaurare un legame con il paziente. Pertanto, alcuni studiosi ed esperti affermano che la cura conoscitiva-comportamentale-ordinaria non dovrebbe essere sperimentata con pazienti affetti da disturbi fittizi, perlomeno fino a quando non siano loro stessi a richiederlo.

Generalmente, laddove si verificano dubbi e perplessità da parte dei medici dinnanzi agli esiti delle analisi cliniche, i pazienti affetti da disturbi fittizi di tipo cronico manifestano atteggiamenti negativi, quali rabbia e collera.

Laddove vi fossero casi di disturbi fittizi per procura, bisogna denunciare gli episodi alla giurisdizione competente, affinché vengano effettuate le varie indagini.

La legge prevede una sostituzione genitoriale del minore, o un ulteriore affidamento agli assistenti sociali, che hanno il compito di porre il minore in un'altra struttura.

Le madri, nonostante le prove ineccepibili, continuano a negare l'evidenza, respingendo ogni forma di obiezione, contrastando qualsiasi provvedimento legale, tentando persino di trasgredire le clausole apposte dai medici.

In seguito, laddove venga appurata la colpevolezza della madre, si suggerisce un trattamento psichiatrico; talvolta, il ricovero può effettuarsi in maniera obbligatoria con Trattamento sanitario obbligatorio (TSO), qualora lo stato mentale del paziente sia gravemente invalidato. Dal punto di vista prognostico, il disturbo fittizio cronico con il tempo sembra irrisolvibile; la terapia può ottimizzare temporaneamente la sintomatologia fittizia, ma non in maniera conclusiva.

Al contrario, i pazienti affetti da disturbo fittizio comune, hanno più probabilità di ristabilirsi. Tale disturbo, pertanto, tende a scomparire definitivamente dai 40 anni in su.

Inoltre, fondamentale per la risoluzione del problema è anche la psicoeducazione, attraverso la quale il paziente viene condotto a riflettere con cautela dei suoi comportamenti, e nel contempo, con trasparenza, nonostante egli sia contrario talvolta, in merito all'idea di rinnovare i suoi obiettivi ed atteggiamenti. La psicoeducazione dovrebbe essere introdotta allo stesso modo con cui si espone al paziente la vera realtà attinente alla sua condotta, ovvero con prudenza e riservatezza. Oltretutto, il paziente deve essere informato circa i rischi conseguenti alle sue decisioni, sia per la recidività ineluttabile in ambito giuridico, che per il diniego del paziente di continuare la terapia.

Per quanto riguarda gli eventuali rischi, in ambito medico-legale, suscitati dai pazienti affetti da disturbi fittizi, essi sono numerosi e con turbamenti ed avversità di ogni genere. Le peculiarità dei pazienti affetti da disturbi fittizi, implicati in cause legali, risultano analoghe a quelle mediche, si tratta di donne con una lunga storia di disturbi somatici, con comportamenti vari che vanno dalla simulazione, al disturbo fittizio, disturbo somatoforme, ipocondri, disturbo di conversione ³⁴.

³⁴ EISENDRATH S.J., MCNIEL D.E., “*Factitious Disorders in Civil Litigation*”, in *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, n.30, pp.391-399, 2002.

CAPITOLO II

“DAGLI ABUSI FAMILIARI ALLA SINDROME DI MÜNCHAUSEN PER PROCURA”

2.1 Gli abusi infantili

L'abuso infantile è un comportamento caratterizzato da tutte quelle forme di maltrattamenti e di violenze poste in essere nei confronti dei minori che consiste nel cagionare un danno psicologico, morale o giuridico.³⁵

Esso comprende, oltre ad atteggiamenti di tipo “commissivo”, nei quali vanno elencati violenze di ordine fisico, sessuale e psicologico, anche quelli di tipo “omissivo”, associati all'impossibilità da parte dei genitori, di prestare assistenza adeguata in ambito emotivo e materiale.³⁶

Secondo L'Organizzazione Mondiale della Sanità, una condizione di abuso e di violenza fisica e psicologica, si verifica qualora i genitori, gli assistenti sociali o i tutori, si avvalgono della loro posizione preferenziale, violando i principi previsti dalla “Convenzione Onu di New York sui Diritti del Fanciullo del 1989”.

Per la “*Società Italiana di Neurologia e Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*”, l'abuso infantile è caratterizzato dalla violenza sia fisica che psicologia, dall'abuso sessuale e dalla violenza assistita.

³⁵ MORO A.C., *Una nuova cultura dell'infanzia e dell'adolescenza*, Milano, 2006, Franco Angeli, p.102.

³⁶ CAFFO E., CAMERINI G.B., FLORIT G., *Criteri di valutazione nell'abuso dell'infanzia*. McGrawHill, Milano, 2002.

Fornari (2008), nel definire maltrattamento come comportamento di tipo commissivo o omissivo, distingue i danni da esso conseguenti sul bambino, a seconda della diversa tipologia di abuso.

Precisamente, il maltrattamento “*manifesto*” si attua in maniera “*attiva*”, attraverso schiaffi, pugni, graffi, laddove l’abusante può altresì adoperare mezzi per scatenare lesioni, come cinture, oggetti contundenti, lamette e così via.

Al contrario, il maltrattamento “*occulto*”, è caratterizzato dall’assenza di salvaguardia, istruzione, affetto, comportamenti o gesti di avversione e mortificazione, e così via.

Nonostante, l’abuso fisico sia considerato meno arduo da delineare, non è ritenuto quello più deleterio o comune, eccetto quando viene messa a rischio la vita del bambino stesso.

D’altra parte, l’abuso psicologico assume sembianze più occulte, ma al contempo più traumatiche, giacchè l’infante viene sminuito ed assoggettato a maltrattamenti psichici susseguenti, che alla lunga comportano delle conseguenze deleterie per la crescita emotiva e sociale del bambino.

La patologia della cura è l’insieme di comportamenti secondo cui i genitori o persone legalmente responsabili del bambino non provvedono ai suoi bisogni fisici e/o psichici, di salute e di crescita in modo adeguato e in rapporto al momento evolutivo.³⁷

Pertanto, l’impossibilità dei genitori o dei tutori di adempiere alle necessità dell’infante, produrrà conseguenze negative sulla personalità dello stesso.

I metodi di approccio alle cure patologiche sono: “l’incuria” ovvero, cure fisiche concesse in maniera inadeguata, “*la discuria*”, cure travisate, “*l’ipercuria*”, cure sproporzionate.

³⁷ MONTECCHI F., *Dal bambino minacciato al bambino minacciato*, Milano, 2005. Franco Angeli, p.82.

L'incuria, distinguibile in "fisica" e "psicologica", insorge sia con l'assenza di trattamenti fisici adeguati, che con la mancanza di interesse alle necessità affettive ed emozionali dell'infante, che sfociano, talvolta, nel ritardo psicomotorio, linguistico e mentale.

Per quanto riguarda la discuria, invece, essa comprende quelle cure offerte in maniera alterata ed inappropriata, rispetto allo sviluppo progressivo dell'infante.³⁸

L'ipercuria, al contrario, prevede una cura eccedente a quella che è la condizione fisica e psicologica del bambino, contraddistinta da una costante e deleteria "medicalizzazione", ed include tre diverse tipologie cliniche essenziali tra cui: La Sindrome di Münchhausen per Procura, la quale si verifica con l'istigazione dei genitori nei confronti del figlio di un'evidente patologia. A sua volta sono state riscontrate diversi sottotipi di "Sindrome di Münchhausen per Procura", ovvero: "La Sindrome Psicopatologica per Procura", dove le madri che esercitano professioni psicologiche, fraintendono le manifestazioni di imbarazzo mostrate dai figli, in concetti di danno psicopatologico; "La Sindrome di indennizzo per Procura", ossia persone adulte che, a causa di lesioni, presentano danni fisici e psichici vigenti sino alla compensazione; ed infine, "Lo pseudo-abuso sessuale per Procura", per cui le donne vittime di molestie sessuali durante l'infanzia, trasmettono tale esperienza negativa sul proprio figlio.

D'altro canto si ha "l'abuso chimico", il quale si presenta con un'irregolare e ripugnante assunzione di sostanze chimiche, o di sostanze inoffensive, che se conferite in quantità eccedenti, possono provocare lesioni allo stato fisico e psicologico dell'infante.

³⁸ MONTECCHI F., *op. cit.*, p. 89.

Infine, abbiamo “*Medical Shopping per Procura*”, contraddistinta da un’eccedente apprensione dei genitori per la condizione fisica del figlio: il timore e l’ansia li induce ad interpellare incessantemente i medici dai quali cercano “*rassicurazione*”.

Secondo Montecchi, si parla di abuso sessuale quando il coinvolgimento da parte di familiari, conoscenti, estranei, riguarda soggetti immaturi con assenza di una completa consapevolezza e possibilità di scelta degli atti sessuali.

Pertanto, l’abuso sessuale è codesto per lo status fisico e psicologico della vittima molestata:

- Inconsapevole della reale valenza di quanto viene suggerito;
- Inconsapevole di essere responsabile degli effetti susseguitisi da quanto accettato;
- Incapace di concedere un’approvazione lecita, legale e legittima.

In conformità al tipo di legame vigente tra l’infante e l’abusante, gli abusi sessuali vengono contraddistinti in “intrafamiliare” ed “extrafamiliare”.

Le molestie sessuali “intrafamiliari” si distinguono in: “Abusi Manifesti”, contraddistinti da violenze sessuali da parte del padre, della madre o parenti vicini; in “Abusi Sessuali Mascherati”, caratterizzati da pratiche genitali inusuali e violenza assistita; ed infine, in “Pseudo-Abusi”, ovvero gli abusi affermati, ma non effettivamente “consumati”.

Inoltre, la violenza sessuale induce traumi alla vittima, specialmente quando essa è in fase di sviluppo, come nel caso di un minore.

Gli effetti scaturiti da tale circostanza sono vari, giacchè derivano da elementi mutevoli come l’età della vittima e dell’abusante, il legame effettivo tra loro stessi, la persistenza dell’abuso e l’entità psicofisica conseguita dal minore.

Inoltre, il momento della confessione risulta essere notevolmente rilevante, poichè la rilevazione diretta all’abuso e la denuncia alle autorità competenti, rappresenta la

metodologia più solida per frenare tali violenze, con l'introduzione di iniziative preventive e rassicurative nei confronti del bambino.

2.2 L'attaccamento disorganizzato

Secondo la "Teoria dell'attaccamento", la salvaguardia dell'infante è fortemente associata alla vulnerabilità dei genitori nel poter far fronte alle molteplici esigenze del bambino, perciò è impensabile che genitori con gravi disturbi sociali o psichici, siano capaci di trasmettere tutela e sicurezza opportuna per instaurare un legame stabile.

Tale attaccamento è percepibile dal momento in cui si attua un distacco tra madre e figlio, specialmente quando l'infante percepisce una sensazione di rischio e pericolo in un ambiente estraneo a se stesso.

Pertanto, Mary Ainsworth delineò uno status empirico denominato: "Strange Situation", per via di una condizione non familiare in cui vengono individuati madre e figlio.

Negli atteggiamenti "disorganizzati o disorientati" gli elementi peculiari della coppia madre-figlio, interessano maggiormente l'inibizione iniziale e quella conseguente alla successione di adeguamento della madre nei confronti bambino, qualora egli stesso adotti gesti o espressioni di malessere, che si modificano, ostacolano o inibiscono l'intervento diretto al genitore di contatto.

I segnali discriminanti di tale tipologia di comportamento possono essere differenziati in quattro categorie, ovvero:

- Atteggiamenti controversi;
- Atteggiamenti di timore per visione d'attaccamento;
- Gesti ed espressioni arretrate, non orientate;
- Atteggiamenti perplessi.

Nel 1990 Main e Solomon definiscono dei segnali di comportamento, mediante i quali i bambini, che fanno parte di questi gruppi, possono essere identificati insieme alla condotta dei genitori, ovvero come : *“Manifestazione in sequenza di comportamenti contraddittori”* nei quali, l’infante violato che, era stato precedentemente annoverato come protetto per via del suo legame con la madre, durante l’occasione di ricongiungimento con la madre, la quale si era arrestata davanti alla porta, con le braccia aperte nell’attesa di un contatto, poco dopo si allontanava dalla soglia della porta con sguardi disorientati e sconcertati.³⁹ A seguire, *“Manifestazione contemporanea di comportamenti contraddittori”*, ovvero un bambino si accomodava sulle ginocchia del genitore, steso sul corpo dello stesso, ma osservando intorno, con un’espressione inesistente e turbata.

Infine vi sono i *“Movimenti ed espressioni interrotte, non direzionate”* per cui secondo il Pallini, il modello più orientativo vede l’infante tendere la mano verso il genitore per poi ritrarla senza alcuna motivazione, o replicare dei gesti riluttanti nei confronti del genitore. Per quanto riguarda la denominazione degli atteggiamenti che attua il genitore, sono contraddistinti da incongruenze, sbalzi razionali, con lapsus così repentini da suscitare la percezione di una destabilizzazione in ambito soggettivo di un’esperienza legata al disturbo delle attività aggiuntive, della memoria e della conoscenza.

Dunque, è possibile identificare i parametri regolamentari tramite i quali può essere riscontrato il genitore dell’infante D⁴⁰: il genitore rilascia vocalizzi bizzarri, che comportano conseguenze anomale ed intimidatorie.

³⁹ MAIN M., SOLOMON J., Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D.Chicchetti, e E.M. Cummings (A cura di) Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention, University of Chicago press, Chicago, 1990, pp.16-182.

⁴⁰ MAIN M., HESSE E., Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg D. Cicchetti e E.M Cummings (a cura di) Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention. University of Chicago Press, Chicago, 1990, pp.161-182.

Il genitore attua comportamenti inusuali: inaspettatamente trasferisce un oggetto o il suo volto vicino a quello dell'infante.

Il genitore trasmette segnali contrastanti, come ad esempio, esorta il bambino a giocare con lui con un'aria intimidatoria; il genitore occupa irregolarmente lo spazio del bambino, mettendo in atto atteggiamenti minacciosi, per poi revocarli; il genitore considera l'infante come se fosse vulnerabile; ed infine il genitore nei suoi dibattiti cita morte e pericolo.

Uno dei parametri più noti per distinguere il bambino D è il timore⁴¹.

Secondo Pallini, esistono dei fattori decisivi nella rilevanza di modelli di attaccamento disorganizzato nei primi anni di vita del bambino, come i disturbi dell'umore o il maltrattamento infantile o la dipendenza da alcol del genitore.

La paura è uno strumento indotto dalla violenza e dall'abuso, il genitore rappresenta per l'infante la causa del suo timore o del rischio, pertanto il minore percepisce una sensazione di pericolo da parte dell'adulto.

Nonostante tutto, il bambino vede il genitore come un punto di riferimento, ma allo stesso tempo prova timore, allontanandosi dallo stesso.

⁴¹ MAIN M., SOLOMON J., *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in M.T. Greenberg, D.Chicchetti, e E.M. Cummings (A cura di) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, University of Chicago press, Chicago, 1990, pp.16-182.

MAIN M., HESSE E., *Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?* in M.T. Greenberg D. Cicchetti e E.M Cummings (a cura di) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. University of Chicago Press, Chicago, 1990, pp.161-182.

2.3 la Sindrome di Münchausen e la Sindrome per Procura

La Sindrome di Münchausen, prende il nome dal Barone di Münchausen, noto come il “Barone delle menzogne” per via dei suoi racconti immaginari caratterizzati da avventure fantastiche e straordinarie. La sua capacità era quella di narrare imprese mai realizzate, le quali, a sua volta, erano ritenute veritiere e come tali venivano divulgate.

Tale sindrome, venne illustrata in primo luogo, dal dott. Richard Asher, il quale riconosceva quei soggetti colpiti dalla simulazione di una patologia e da “pseudologia fantastica”, parte della sintomatologia ritenuta analoga alla paranoia e rilevante nella compilazione dei racconti inventati.

La “Pseudologia Fantastica”, è stata principalmente citata nel 1891 da Delbrück, il quale l’aveva denominata come “Un ibrido tra la menzogna e l’autoinganno, di carattere semidelirante”, ad ogni modo, era simbolo di “mitomania”, spesse volte assunta con l’espressione “Menzogna patologica”.

Secondo le nozioni contemporanee, l’elemento cruciale del disturbo contempla la menzogna, la consapevolezza, la tendenza ad imbrogliare. Può includere espressioni, atteggiamenti, e addirittura persuasioni raggiranti, ma preclude deliri, allucinazioni e anche il “mormorare”, inscenato di solito, per celare un’insufficienza mentale.

Infatti, proprio come il barone stesso, tali soggetti affetti da codesta sindrome, simulano ed inventano patologie delineate da fantasie peculiari, che si identificano come i disturbi fittizi, suscitati di proposito.

Tali soggetti, possono ingannare senza alcun bisogno effettivo, infatti codesto disturbo si contraddistingue proprio, per lo svariato numero di menzogne.

Le falsità che inscena, di solito sono plausibili, incessanti e possono avere un significato ben preciso per colui che le illustra.

Inoltre, le menzogne croniche, sono state denominate ovvero, come: manifestazioni di “conflitti edipici” insoluti, sofferenza di castrazione e un bisogno primordiale di incentivare la propria autostima, per conto degli adulti⁴².

In tali contesti, la menzogna stessa, costituisce lo strumento per conquistare ciò a cui si aspira psicologicamente, senza intoppi o alterazioni, in modo che il desiderio sia completamente soddisfatto, pertanto il paziente è talmente turbato da non avere più consapevolezza del proprio stato mentale.

Nella documentazione clinica sono delineate due sindromi che prendono l'appellativo di “Münchsen” : una designata solo come “**Sindrome di Münchhausen**”, l'altra denominata come “**Sindrome di Münchhausen per Procura**”.

Per quanto riguarda la prima, gli elementi chiave di tale sindrome sono le patologie immaginarie, il trasferimento da una struttura ospedaliera all'altra, e l'illustrazione di segni e malesseri di patologie intermittenti, costruite o inventate. Altre peculiarità aggiuntive sono: personalità borderline o antisociale; racconti di noncuranza sentimentale nel corso dell'infanzia; disinteresse o incoerente tranquillità dinanzi procedimenti diagnostici o clinici; cicatrici lesive, provocate spontaneamente; capacità o esperienza nel campo medico.⁴³

Dunque, i pazienti affetti da tale sindrome possono essere ammessi da molteplici strutture ospedaliere, visitati dall'equipe medica, ed infine stabilire i costi del servizio sanitario opportuni per la terapia di alcuni soggetti.

⁴² HOYER (1991), Citato in J.Jackson, “Telling the True”, in Journal Medical Ethics, n.17,pp.5-7.

⁴³ FOLKS D.G., FREEMAN A.M (1985), “Münchhausen’s Syndrome and Other Factitious Illness”, in Psychiatric Clinics of North America, n.2, pp.263-278.

Un altro fattore riguardante la Sindrome di Münchausen è “l’autolesionismo”, la cui condotta si verifica nel paziente, in età prematura, in cui è possibile presupporre che l’infante non identifichi bene il proprio corpo, infliggendosi tagli, colpi alla testa [...].

Tali comportamenti sembrano soddisfare un determinato livello di giustificazione, ovvero delle “*Forme di comunicazione*”, tra l’individuo e l’ambiente circostante, in merito al proprio fallimento. In tale contesto, le condotte interessate, rappresentano delle vere e proprie richieste d’aiuto, sono sistemi irrazionali volti al mutamento della collera e dell’ansia, ma anche atteggiamenti diretti al conseguimento di un obiettivo imminente.⁴⁴

Peraltro, Neglia e Sarlo identificano i comportamenti autolesionisti in quelli che sono: “Finalizzati ed Impulsivi”. Le prime forme si verificano principalmente attraverso l’assunzione di materiali solidi, e graffi noncuranti sugli arti, la cui minaccia autolesiva è rinomata, fissata e quantificata dal paziente. Le seconde invece, quelle denominate come “Impulsive”, sono di natura psicologica e condizionale differente, con rischio crescente di autovittimizzazione.

Alcuni aspetti della personalità dell’individuo, contemplano elementi di teatralità ed ostilità impetuosa, la condotta risulta talvolta caratterizzata da fattori “masochisti”, ovvero una forma di appagamento insorto dal dolore provocatosi.

Tale atteggiamento, è segno di una grave insufficienza della regolamentazione della coscienza e della sensibilità, peraltro in uno stato di tensione può provocare il decesso di coloro che lo praticano, dal momento che l’autolesionismo può eludere al controllo, ed aggravarsi sino a diventare rischioso.

⁴⁴ MARCELLI D., *Psicopatologia del bambino*, (a cura di A. Guareschi Cazzullo), Masson, Milano, 1997, pp.213-214.

La Sindrome di Münchausen, rappresenta una vera e propria disposizione globale correlabile allo psichismo di un individuo che rende tale disturbo persuasivo e cronico, nonché di singolare gravità. In tale contesto, il soggetto simula, esagera, o induce la sintomatologia per conseguire la ricerca, la cura, l'importanza, la comprensione dell'equipe medica.

L'eventuale morbosità e mortalità, sono scaturite dal fatto che tali soggetti attuano azioni rischiose per inscenare delle vere e proprie patologie che possono indurre reali disturbi con il passare del tempo.

L'ossessività e la mortalità possono perlopiù derivare dalle cure farmacologiche inefficaci, e dai procedimenti adottati nel momento in cui i medici vengono raggirati e persuasi dalla sintomatologia fittizia del paziente.

La gran parte dei soggetti affetti da tale sindrome è di sesso maschile, tuttavia gli effetti di quest'ultima sono molto frequenti nei giovani, ma al contempo sono stati riscontrati in tutte le fasce d'età.

Una piccola parte è rappresentata da donne, le quali si scostano da una visione caratteristica della sindrome, dal momento che simulano tipologie di sintomi, meno incongruenti e variabili.

Tali soggetti non presentano segni di alterazione o anomalie della personalità, tipici proprio del paziente abituale affetto dalla Sindrome di Münchausen, essi sono predisposti ad istituire relazioni interpersonali con i medici, in maniera infida e perfida.

La Sindrome di Münchausen, si contraddistingue per i frequenti ricoveri e trasferimenti in strutture ospedaliere, con modalità urgenti, insistenti e di solito frenetici.

Peraltro, la sintomatologia è frequentemente mutevole ed evocativa, osservata da una varietà di intossicazioni o lesioni suscitate volontariamente con lo scopo di tracciare nel

migliore dei modi, una visione che non permetta proroghe o indifferenza del medico curante.

L'importanza dei medici e delle strutture ospedaliere sarà inesorabilmente orientata verso la sintomatologia osservata nella fase iniziale.

I medici molto raramente potranno decretare, in maniera efficace, una diagnosi di Sindrome di Münchausen.

La terapia ed il consolidamento del compendio clinico originario si avvalgono della tipologia dei sintomi osservati.

Peraltro, dato che i sintomi possono insorgere da falsità ben delineate, tale motivo non può compromettere il processo diagnostico e clinico attribuito ad un vero paziente.

Se nonostante i ricoveri ospedalieri, la diagnosi di tale sindrome risultasse effettiva, bisognerebbe suggerire al paziente una consulenza e la comunicazione agli psichiatri, sebbene le motivazioni per la degenza del paziente non siano attendibili.

Tale processo, si rivela assai complicato da realizzare, soprattutto per l'estrema riluttanza del paziente ad accogliere il livello psicologico e psichiatrico della sua condotta.

Dunque, quest'ultimo respinge spesso volte tali proroghe e il suo rifiuto non dovrebbe esentare gli psichiatri dall'osservare il caso clinico ricavando notizie dai referti medici disponibili nei loro riguardi.

Inoltre, il paziente con tale sindrome, tende a riprodurre le proprie percezioni sul terapeuta che viene visto come ingannevole.

Il paziente, inoltre, simula con l'intenzione di conseguire un livello di preminenza, di controllo sul terapeuta e tutela dalle sanzioni, qualora le menzogne dovessero uscire allo scoperto, oppure al fine di trarre profitto dal legame con lo psicoterapeuta.

Se quest'ultimo, pur di mantenere un legame solido, sceglie di non verificare ciò che gli viene comunicato dal paziente, questo, di conseguenza, inizierà a ritenere che i medici siano incapaci o meno astuti di lui. Dunque, una volta constatate le bugie replicate dal paziente, lo psicoterapeuta dovrà instaurare anzitutto, un raffronto aperto sottostante alla totale ricognizione di tale condotta ed una risultante formulazione che conduca alla soluzione dello stesso⁴⁵.

Lo psicoterapeuta, inoltre, deve chiarire sin dall'inizio della terapia, che potranno susseguirsi imprescindibili conseguenze in ambito medico-legale, come ad esempio: rilevanti complicanze dal punto di vista giuridico, emerse da testimonianze o querele, a sua volta generatesi da pazienti affetti da tale sindrome.

Quando un soggetto disturbato, perde la possibilità di percepire ciò che accade nel mondo reale, la raffigurazione di sé stesso e del legame con l'altro sono scarsamente limitati.

L'ira, l'impetuosità, la tendenza alla proiezione del paziente, tendono, alle volte, a colpevolizzare soggetti del tutto ignari alle vicende.

In particolar modo, un soggetto affetto da disturbo borderline può essere molto persuasivo nelle sue visioni perverse o ingannevoli.

Pertanto, potrebbero insorgere eventuali rischi, con gravi esiti, in merito alle falsità raccontate, delle quali l'unico responsabile è il paziente stesso. Al contempo, lo psicoterapeuta dovrà optare tra il possibile danno a terzi o la trasgressione della segretezza professionale.

⁴⁵ BERTI A., FATTACCIU G., *Pseudologia fantastica: aspetti psicopatologici e proposte terapeutiche*, Congresso Nazionale SIP, Riccione, 1994.

Inoltre, per poter intraprendere un legame curativo con il terapeuta, bisognerebbe predisporre con il paziente dei parametri:

- Puntualizzare con il paziente quale tipo di documentazione potrà essere conferita;
- Conseguire, quando opportuna, l'approvazione per la degenza ospedaliera che potrà rendersi proficua, non tanto per migliorare il livello delle sue azioni, ma per tutelare il paziente dalle responsabilità della sua condotta;
- Chiarire con i parenti la differenza tra medico e perito, spesso volte sollecitato dalle famiglie.

La Sindrome di Münchausen per Procura, invece, viene definita un'eventualità complessa e problematica, con coinvolgimenti in ambiti pediatrici, psicopatologici, criminologici, medici e giuridici. In altre parole, possiamo definire tale disturbo, come una forma di violenza nei confronti del minore da parte di un adulto che sfrutta la reperibilità delle strutture ospedaliere con l'intento di acquisire particolari riscontri sulla veridicità dei sintomi fittizi dell'infante stesso.

Tale disturbo continua ad essere poco conosciuto da molti professionisti, concorrenti sia alla diagnosi che alla cura del paziente.

Il pediatra inglese Roy Meadow, nel 1977, coniò, per la prima volta, l'espressione: "Sindrome di Münchausen per Procura" (MSbP) per definire la "reiterata simulazione o fabbricazione di una malattia in un individuo da parte di altro"⁴⁶.

Secondo quanto affermato da Meadow, la tecnica impiegata per simulare segni e sintomi era varia e disumana, ma allo stesso tempo, l'intenzione del genitore non era quella di

⁴⁶ ROSENBERG D.A., *Münchausen Syndrome by proxy: medical diagnostic criteria*. Child Abuse Neglect 27, 2003, p. 431-451.

ledere ai propri figli, ma era legata al bisogno di ricevere attenzioni ⁴⁷, facendo supporre una patologia che richiedesse frequenti visite, ricoveri o interventi chirurgici.

Il minore, per via delle frequenti consultazioni e dei criteri diagnostici cui viene costantemente assoggettato, segnala gravi conseguenze psico-fisiche, alle volte giungendo, addirittura alla morte.⁴⁸ La metodologia impiegata dalle madri, per indurre segni e sintomi nell'infante, risulta essere talmente organizzata da rendere molto complicato da parte dell'equipe medica, individuare le innumerevoli patologie fittizie, generate volutamente per arrecare lesioni alle vittime. Pertanto tra queste vengono menzionate: l'iniezione di insulina, veleno per topi, lassativi, sedativi, sale da cucina, traumi facciali ed infine, asfissia.⁴⁹ Alcune volte, succede che l'abusante somministri al minore cure mediche assunte maggiormente da altri membri della famiglia.

Inoltre dalle varie indagini, sono stati riscontrati altri casi di abuso fisico, nei confronti del minore, ovvero: lesioni rilasciate mediante l'uso delle unghie o mezzi di vario genere, soffocamento eseguito con le mani o con un cuscino riposto sul volto della vittima, ed infine l'induzione di attacchi epilettici o perdita di conoscenza mediante la pressione effettuata sul collo.

Secondo alcune indagini, almeno il 70% delle madri degli abusanti hanno subito, a loro volta: abusi, violenze e maltrattamenti psico-fisici⁵⁰.

Inoltre, la vittima della Sindrome di Münchausen per Procura, subisce gravi traumi psicologici, per via di abusi e maltrattamenti. Come risultato, tali ripercussioni suscitano nella vittima pensieri suicidi, dipendenze da alcool e fumo, con problemi di delinquenza.

⁴⁷ GREGORY RJ, JINDAL S. Factitious disorder on an inpatient psychiatry ward Am. J Orthopsychiatry. 2006.

⁴⁸ MEADOW R. MÜNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY: The hinterland of child abuse, Lancet 1977.

⁴⁹ COLUCCIA A, LORENZI L, STRAMBI M. Infanzia maltrattata, 1nd ed. Milano: F. Angeli, 2002.

⁵⁰ ST ANDREW'S HOUSE SCOTTISH GOVERNMENT, Its everyone's job to make sure "I'm alright Literature Review, su gov.scot, 9 maggio 2003.

In genere, secondo *“Il Rapporto sulla Prevenzione del maltrattamento all’infanzia in Europa 2013”*, si contano oltre 91mila bambini maltrattati in Italia.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità, invece, ha definito l’abuso infantile come un problema d’incolumità pubblica.

Secondo l’OMS, tale fenomeno si rivela difficile da diagnosticare per via dei processi culturali di negazione e di minimizzazione di tale questione, poichè si riscontra solitamente in ambito familiare, con la probabilità di mantenersi inesplorato e invisibile.

Pertanto, la diagnosi di tale disturbo si rivela essere molto complicata da identificare.

Il DSM-IV mostra le difficoltà diagnostiche nel disporre tale sintomatologia.

Nonostante tale malattia, per merito delle numerose ricerche, sia molto conosciuta e compresa da parte dei professionisti sanitari, risulta difficile da riscontrare, poichè gli autori di tale condotta hanno una sorprendente capacità riguardante la simulazione⁵¹.

Per quanto riguarda la denominazione coniata da Vennemann nel 2005: *“La Sindrome di Münchausen per Procura, è una grave forma di abuso, difficile da diagnosticare [...]”*

Essa è composta da:

- Simulazione di un disturbo;
- Alterazione suscitata al momento di una malattia effettiva;
- Induzione della sintomatologia di una malattia nei confronti del minore, da parte di un adulto.

Inoltre, tale condizione è abbastanza rischiosa, giacché le varie forme di abuso possono vacillare tra falsità, bugie o simulazioni, sino ad arrivare, addirittura, a gravi induzioni di patologie, che si rivelano essere mortali.

⁵¹ LEVIN L.A SHERIDAN M.S (1995), *Münchausen by Proxy, Issues in Diagnosis and Treatment*, Lexington Books [tr.it. *La sindrome di Münchausen per procura*, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 200].

Nel DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), la Sindrome di Münchausen per Procura, comprende la tipologia dei disturbi comportamentali, e viene denominata come: *“Disturbo fittizio con segni e sintomi fisici predominanti”*, in cui l’aspetto più importante è proprio, l’induzione volontaria, ovvero *“la simulazione di segni o sintomi psico-fisici”* presenti in un altro soggetto.

Peraltro, tale sindrome ha conseguito una posizione scientifica nel DSM-IV-TR che, ritenendola manifestazione di un disturbo comportamentale, la colloca all’interno dei “disturbi fittizi per procura”, come aggiunta del Disturbo Fittizio NAS.

Peraltro, sebbene sia un disturbo che abbia bisogno di principi di inserimento e di preclusione, determinanti e discriminanti, l’osservazione di chi si prende cura dell’infante continua ad essere cruciale per comprovare la diagnosi.

Tra l’altro, l’evidente sporadicità di tale disturbo, non ci permette di possedere grandi conoscenze e competenze, e ciò, di conseguenza, accresce la complessità nel rilevarla e nel gestirla rapidamente.

Inoltre, non sono state rilevate particolari priorità riguardanti il sesso dei bambini, vittime di tale disturbo, rispetto ad altre tipologie di violenza e abuso.

Peraltro, nella Sindrome di Münchausen per Procura, è possibile inquadrare svariate tipologie di sintomi che raramente il medico curante riesce ad identificare e classificare.

Tuttavia, tra questi vi sono: Apnea, rifiuto del cibo, diarrea, crisi convulsive, cianosi, disturbi del comportamento, asma, allergia, febbre, dolori, infezioni, emorragie [...].⁵²

Tale sintomatologia, viene correlata ad alcuni disturbi psicologici, che favoriscono, a loro volta, la diagnosi del disturbo ovvero: irascibilità, sintomi depressivi, manifestazioni

⁵² ROSENBERG D.A., Münchausen Syndrome by proxy: medical diagnostic criteria. Child Abuse Neglect 27, 2003, p. 431-451.

degenerative, patologie di natura psicosomatica, difficoltà nel linguaggio, svogliatezza, passività, abuso di sostanze narcotiche, condotte devianti o criminali, ed infine, difficoltà ad integrarsi nella società.

Inoltre, nell'infante sono molto comuni:

- **Ansie inerente al futuro:** tali sono prettamente correlati all'ansia della patologia e alla paura di perire, qualora fossero presenti malattie organiche abbastanza consistenti ed incertezze riguardanti tale disturbo.
- **Passati di ansie e patologie:** essi sono scaturiti da deterioramenti perduranti o da disturbi cronici realmente presenti, che, a loro volta, sono determinati dai tumulti materni; l'infante, perciò, prende atto dei limiti del proprio corpo, e tale percezione suscita, a sua volta, un senso di inadeguatezza, delusione, svogliatezza, e depressione. Tali esperienze si presentano, persino, laddove non vi fossero reali disturbi esistenti.
- **Il verificarsi ripetutamente di accertamenti ed analisi cliniche:** ciò suscita nell'infante, la sensazione che qualcosa non proceda correttamente all'interno del proprio corpo, al contempo incrementata e rafforzata da costanti visite mediche.
- **Passati di ansie, solitudine ed esclusioni:** tali percezioni, conseguenti alle varie degenze ospedaliere, determinano lunghi periodi di distacco dalla vita sociale, dalla scuola, e da tutti gli altri luoghi comuni. Ciò fa sentire il bambino estraneo, meno giusto ed inetto nei confronti degli altri coetanei, dal momento che non può condividere le stesse passioni degli altri, per via delle restrizioni psico-fisiche causategli da un'ipotetica malattia.
- **L'infante convive con uno stato d'ansia:** quest'ultimo deriva dalla preoccupazione che possa succedere qualcosa di negativo in qualsiasi momento,

e dall'esigenza di avere delle certezze o dimostrazioni per cogliere con riguardo, le proprie sensazioni.

- **Difficoltà a percepire le proprie sensazioni:** In tal caso il bambino, prova difficoltà nel comprendere esattamente le percezioni che gli derivano dal corpo e dalla mente, poichè non riesce a differenziare le proprie percezioni da quelle suscitate dalla madre stessa. Ciò comporta la strutturazione dell'Io in maniera poco diversificata.

Inoltre, altri aspetti che dovrebbero favorire la diagnosi di tale disturbo, sono i seguenti:

- Il minore, con gravi problemi di salute, non reagisce alle cure o intraprende un percorso costante ma incongruente.
- Esiti di laboratorio estremamente inusuali che non rispecchiano il vissuto del bambino, o sono fisicamente o clinicamente irrealizzabili.
- Sintomi di breve durata che tendono ad interrompersi ogni volta che il carnefice si allontana dalla vittima.
- Adulti che dinanzi alle gravi conseguenze relative alla salute dell'infante appaiono particolarmente tranquilli.

In sostanza, l'adulto disturbato costringe il minore ad effettuare numerosi accertamenti diagnostici, talvolta indiscreti, per monitorare la malattia riferita all'operatore sanitario.

Pertanto tale condizione può causare sia gravi danni psico-fisici alla vittima, che condurre, in alcuni casi, al perimento di quest'ultimo.

Nel 1977 sempre Roy Meadow, condivise due casi di Sindrome di Münchausen per Procura, concernenti situazioni di realizzazione di patologie da parte delle madre nei confronti della vittima/figlio. Il primo caso rappresentato, riporta la vicenda di una madre, responsabile di aver iniettato sangue nelle urine della figlia, tanto da aver compromesso,

in maniera inesplicabile, i risultati dei referti medici, inducendo così gli operatori sanitari ad esporre la vittima a lunghe e scrupolose analisi diagnostiche.

Il secondo caso, tratta di una madre che assegnava al figlio ingenti dosi nocive di sale da cucina, inducendo così, quest'ultimo a svariati accertamenti ed analisi mediche, che suscitavano, a loro volta, miglioramenti visibili durante la degenza ospedaliera, per poi aggravarsi al momento del rientro in famiglia. Secondo Meadow la vicenda terminò con la morte della vittima.

D'altra parte lo psichiatra Bools insieme ad altri colleghi, elenca alcuni dei metodi impiegati per mettere in atto determinate condotte munchausiane ovvero:

- Rendiconti di apnea riportati dall'autore, che vanno dalle crisi epilettiche sino agli stati che richiedono soccorso immediato.
- Rendiconti di altre patologie: si riferisce alle induzioni di alcune malattie ovvero: Allergie, difficoltà respiratorie, emorragia, nausea, infezioni gastrointestinali.
- Alterazione dei campioni da esaminare o dei documenti personali.
- Intossicazione, mediante l'uso di sostanze, alla lunga, nocive quali: lassativi, tranquillanti, antidolorifici, farmaci per diabetici, sale da cucina, anti-depressivi, veleni non farmaceutici.
- Induzione dei sintomi mediante pratiche dirette, ovvero: somministrazione di sostanze nocive (sale, urine, feci, acqua e così via) per via endovenosa.
- Induzione dei sintomi mediante la privazione di nutrimento alimentare e di farmaci⁵³.

⁵³ BOOLS C.N., NEALE B.A., MEADOW S.R. "*Münchhausen Syndrome by Proxy: a study of Individual Psychopathology*", in *Child Abuse and Neglect*, n. 18, pp.773-788, 1993.

A sua volta, Agosti menziona alcune situazioni che fanno sospettare casi di Sindrome per Procura: laddove si osservino segni o sintomi insoliti, che sono contraddittori rispetto ai referti patologici rinomati; allorquando le cure mediche non hanno alcun redimento; la sintomatologia compare qualora l'adulto dimostri di possedere qualche conoscenza in ambito medico, o instauri legami fin troppo cordiali con i medici; laddove vi siano trascorsi di patologie inconsuete o decessi anomali degli altri membri della famiglia.⁵⁴

Inoltre, gli infanti violati possono riscontrare dopo alcuni anni gravi disturbi, ad esempio: disturbi cognitivi e di concentrazione, disturbi comportamentali, problemi al livello emotivo, incubi, sintomi relativi al disturbo post-traumatico, ed infine aggressività.⁵⁵

In ambito scientifico globale, la Sindrome di Münchausen per Procura, viene riconosciuta come una patologia effettiva, mentre in Italia diviene ancora, una questione da valutare, diagnosticata con difficoltà. Pertanto, l'incompetenza del nostro paese in tale contesto, viene contestata sia per la mancanza di documenti, che per gli attestati prodotti da parte dei comitati speciali.

In tal modo, l'autore canadese Mian, riporta i seguenti aspetti che alterano la regolare gestione e identificazione della Sindrome di Münchausen per Procura:

- Limitata conoscenza del disturbo, tra gli specialisti.
- Impossibilità di predisporre una determinata comunicazione fra gli specialisti interessati.
- La dissimulazione insistente del genitore interessato.
- L'apparente andamento positivo, sociale e personale dell'abusante.
- La complicità di altri che, non sono tendenti ad esaminarne il caso.

⁵⁴ AGOSTI S., GENTILOMO A., MERZAGORA BETSOS I. (2004), "La sindrome di Münchausen per procura: un'indagine empirica", in A. Coluccia, L. Lorenzi (a cura di), "La sindrome di Münchausen per procura: inquadramento e analisi di un caso", in Difesa Sociale, vol. LXXXIII, n. 4, pp. 61-74.

⁵⁵ MERZAGORA BETSOS I. (2003), Demoni del focolare, Centro Scientifico Editore, Torino.

In tal modo, il personale sanitario dovrebbe predisporre di una certa esperienza nel campo dell'abuso infantile in generale, anche se, preferibilmente, nella Sindrome per Procura. Pertanto, lo staff medico-sanitario suggerito, deve essere composto da:

- **Specialista:** In teoria un pediatra, per l'esperienza che detiene sui bambini e sulle loro patologie.
- **Assistente sociale:** Figura abile nel reperire informazioni riguardanti sia vari problemi psicologici derivanti dal legame madre/padre-figlio, che quelli emotivi insorti tra gli specialisti del settore medico-sanitario.
- **Amministratore dell'ospedale:** Colui che indaga sui pazienti ricoverati, mediante, ad esempio, le telecamere di videosorveglianza.
- **Agente di sicurezza in ospedale:** Laddove venga messa in repentaglio la salvaguardia del minore e del genitore, gli agenti addetti alla sicurezza dell'ospedale, possono mantenere l'ordine senza dover implicare la polizia stessa.

Tra l'altro, bisogna cogliere tutte le informazioni possibili riguardanti tale questione, esaminando tutta la documentazione concernente la patologia stessa, vigente nell'infante. L'equipe medica, deve monitorare i sintomi ricorrenti del minore, congiuntamente alla documentazione relativa alle attività del genitore, per verificare se questi fenomeni siano connessi reciprocamente.

Inoltre, qualsiasi manifestazione, segno o sintomo, devono essere valutati da uno specialista esperto nel campo, per stabilire i limiti convenzionali del disturbo sotto esame. Al contempo, devono essere verificate le divergenze presenti nella documentazione, nelle analisi cliniche, e nella condotta del genitore, per garantire una diagnosi effettiva della sindrome stessa. Tuttavia, qualora la diagnosi non risultasse effettiva, bisognerebbe predisporre un confronto diretto con l'abusante.

Inoltre, è possibile delineare due diverse tipologie di soggetti abusanti affetti da Sindrome di Münchausen per Procura, ovvero: **“I simulatori”**, i quali mediante atteggiamenti ingannevoli, inscenano sintomi inesistenti della patologia; **“Gli induttori attivi”**, i quali con l’aggiunta di sostanze ignote, inducono concretamente l’emergere di sintomi o segni della patologia⁵⁶.

Inoltre, vi sono altre tipologie di violenza o abuso Münchausen per Procura, che possono essere osservate nel: **“Chemical abuse per Procura”**, contenente un’insolita di trasmissione di sostanze chimiche nell’infante; **“Medical shopping per Procura”**, riguardante un’estrema apprensione dei genitori nei confronti dell’infante, per via di una patologia inesistente: infatti, per tale preoccupazione, questi ultimi cercano di rintracciare insistentemente il medico; **“Medico dipendente e Cercatore d’aiuto”**, nel quale, l’abusante ripropone di continuo, al medico curante, la sintomatologia della malattia del minore che, a seguito di un’analisi scrupolosa, risulta immaginaria.

D’altra parte, un settore da analizzare riguarda proprio, i fattori di rischio, considerati come quelle situazioni mutevoli ed esistenziali che incrementano le probabilità che possa verificarsi un evento pratico, ovvero quello abusante⁵⁷.

Pertanto, i fattori di rischio riguardanti la Sindrome di Münchausen per Procura sono:

- Una situazione infantile relativa alle incertezze emotive, con momenti di diniego da parte dei genitori, di solitudine e violenza;
- La persistenza di alcuni disturbi *“Esistenziali”*;
- Una forma di rancore nei riguardi della salute e del benessere del minore;

⁵⁶ HALL D.E., EUBANKS L., MEYYAZHAGAN S., KENNEY R.D., JOHNSON S.C. (2000), Evolution of covert video surveillance in the diagnosis of Münchausen Syndrome by Proxy.

⁵⁷ ZARA G. (2005), Le carriere criminali. Giuffrè: Milano.

- La possibilità di liberarsi, tramite la violenza sul minore, della sofferenza o dell'ansia suscitata dalla propria esistenza.
- Piacere derivante dalla strumentalizzazione del personale medico.

Alcune ricerche hanno evidenziato come, diverse volte, tali situazioni possano concludersi con la duplice morte sia della madre che del figlio.

I motivi del suicidio possono essere correlati alle varie problematiche relative all'impossibilità di condurre con tenacia, tale simulazione; alla sofferenza subentrata dopo la morte del figlio; al perimento come unica soluzione per colmare il vuoto ormai intollerabile, ed infine alla consapevolezza nei riguardi della violenza.

Inoltre, alcuni elementi sembrano incrementare la presenza dell'abuso Münchausen, ovvero:

- Il perseguimento ossessivo di attenzioni continue da parte dello staff medico, e degli specialisti; l'essere vanificato per aver preservato l'esistenza del figlio, genera ulteriori induzioni dei sintomi della patologia, e riproduce situazioni eccitanti per l'abusante stesso.
- Il perseguimento di benefici secondari, quali vantaggi economici, consolidamento dei legami familiari, conseguimento del divorzio.⁵⁸
- Soddisfacimento relativo all'effettiva manipolazione dei medici, conseguendo, così, una gratificazione nello scoprire la patologia che affligge il bambino, laddove i medici non riescano ad identificarne le cause.

⁵⁸ MEADOW R. (1985), Management of Münchausen Syndrome by proxy. Archives of Disease in Childhood 60, 344-348.

2.4 Le caratteristiche della famiglia dell'abusato

La madre affetta da Sindrome di Münchhausen per Procura, di solito rientra all'interno di classi sociali medio-alte, detiene un'elevata formazione scolastica, con efficienti capacità linguistiche. Talvolta, si rivela essere esperta nel campo medico, per via di frequenti corsi di laurea in infermieristica o in medicina, senza aver conseguito un titolo.

Solitamente, segue con interesse serie televisive mediche, e acquista giornali che riguardano di tale questione. Inoltre, è coniugata, ma il marito è solitamente assente.

Normalmente, risulta molto cauta ed efficiente, si integra facilmente, si confonde facilmente con lo staff medico, e si rivela molto servizievole.

Per tale motivo, la diagnosi di tale sindrome viene recepita con stupore dal personale medico-sanitario, che la reputavano, a loro volta, una madre gentile e premurosa.

Nei confronti del figlio, la madre dimostra un'elevata sopportazione psico-fisica, si compiace di fronte ai vari test effettuati sul proprio figlio, pretendendo altri esami diagnostici.

Inoltre, persevera una tranquillità insolita di fronte tali situazioni rischiose per la salvaguardia del minore.

Dal punto di vista patologico, la madre subisce conseguenze paranoiche, ovvero la convinzione maniacale per cui il figlio sarebbe malato, e l'indole sociopatica.

Queste madri sfruttano gli altri, infrangendo leggi socio-morali, senza provare alcun pentimento.

La ricerca scientifica, ritiene che le madri abusanti non siano affette da una reale patologia psichiatrica, ma da un disturbo di personalità *“istrionico”, borderline, paranoide, narcisistico*⁵⁹ ed inoltre, può insorgere anche un disturbo antisociale ⁶⁰.

L’ambiente socio-culturale in cui emerge tale Sindrome per Procura, non deve essere sottovalutato, poichè si occupa di una questione molto delicata, definita in base al contesto socio-culturale in cui si trova, si evolve e permane.

Fornari riteneva che: *“Nessun comportamento umano è isolato, isolabile e statisticamente insignificante rispetto ad un qualsiasi fenomeno globalmente considerato (aspetto macrosociale).”*

Peraltro, la Sindrome di Münchausen per Procura prevede, solitamente, una maggioranza di sesso femminile, rispetto ad altri atteggiamenti violenti.

Il padre, raramente assume un ruolo operante, sebbene vi siano stati alcuni casi insoliti di violenze ed abusi Münchausen, perpetrati da quest’ultimo.

Tale individuo, compagno dell’abusante, in merito alla funzione che ricopre e alla sua personalità, partecipa all’abuso sul minore. ⁶¹

Solitamente, tale condotta riguarda padri distanti o lontani da casa per lunghi periodi di tempo.

Conseguentemente, la madre sfrutta tale occasione per indurre segni e sintomi nei confronti minore. Laddove venisse scoperta, il marito diventerebbe complice delle sue menzogne, favorendo tale condotta.

⁵⁹ ROSEN C.L., FROST J.D. JR., BRICKET T., TARNOW J.D., GILLETTE P.C., DUNLAVY S. (1983), Two sibling with recurrent cardiorespiratory arrest: Münchausen Syndrome by proxy or child abuse? *Pediatrics* 71 (5), 715-720.

⁶⁰ MEADOW R. (1977), Münchausen by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 2, 343-345; ROGERS R. (2004), Diagnostic, explanatory, and detection models of Münchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse Neglet* 28, 225-239.

⁶¹ MEDIADOW R. (1998), Münchausen Syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Diases in Childhood* 78, (3), 210-216.

Principalmente, gli abusi si verificano all'interno delle rispettive abitazioni, dove convivono gli stessi genitori della vittima; la madre, difficilmente, compie un abuso se non si ritrova in compagnia del marito. In tal modo, l'abuso Münchausen non deve essere valutato seguendo la dualità tra abusante e vittima, poichè si presenta all'interno di uno status disfunzionale, dove alcuni individui, esplicitamente o implicitamente, possono favorire, incoraggiare, perdurare o subire una violenza ed i suoi effetti.⁶²

Tale disturbo, suscita indirettamente problematiche relative ai familiari della vittima.

Per esempio, i fratelli della vittima presentano spesso problemi psico-affettivi, con la modificazione di un normale sviluppo evolutivo, a causa della negligenza e delle poche attenzioni dei genitori, impegnati a curare ed assistere il bambino malato.

Inoltre, si possono classificare alcune tipologie di genitori affetti da Sindrome di Münchausen per Procura:

- **Cercatori di aiuto:** La madre interviene con tranquillità, risulta disposta ad aiutare, non mostrando alcun tipo di avversione o diniego. La menzogna le permette di reperire le cure mediche necessarie, motivando tramite il figlio malato, la necessità di assistenza psicologica.
- **Responsabili attivi:** In questo caso, l'adulto, produce i sintomi nell'infante mediante il soffocamento, l'intossicazione o la somministrazione per via endovenosa.
- **Medico-dipendenti:** In tal caso, la menzogna si circoscrive di un falso rendiconto basato sulle precedenti diagnosi, effettuate sull'infante. Pertanto, non vi sono ulteriori operazioni dirette a suscitare segni o sintomi sul minore.

⁶² JONES V.F., BADGETT J.T., MINELLA J.L., SCHUSCHKE L.A., *The role of the male caretaker in Münchausen Syndrome by proxy*. Clinical Pediatrics, 1993, pp. 32, 245-247.
KRENER P., ADELMAN R., *Parent salvage and parent sabotage in the care of chronically ill children*. American Journal of Disease of Childhood, 1998, pp. 142,945-951.

In seguito, per via di tali sintomi inscenati, il bambino si sottopone ad esami vani e dolenti. Le madri, sono convinte che i figli siano realmente affetti da una patologia, e si risentono se gli specialisti non avvalorano le proprie convinzioni.

- I bambini, in questo caso, sono generalmente più grandi di età, mentre le madri, sono in linea di massima più ostili, paranoiche ed esigenti verso il personale medico ⁶³.

Un altro aspetto relativo al genitore abusante, è proprio quello di essere un “*Itinerante Sanitario*” : tale soggetto, pertanto, intraprende un percorso, mediante il quale tende ad eludere una relazione terapeutica con una sola struttura ospedaliera, volendo confrontarsi con più collaboratori sanitari; tali spostamenti, pertanto, sono comprovati dall’effettivo bisogno di ricercare una struttura differente, nel quale poter riconquistare di nuovo, la fiducia del paziente.

⁶³ SCHLESINGER L. B. (2007), *Exploration in Criminal Psychopathology: Clinical Syndromes with Forensic Implications*, Charles C. Thomas Publisher.

2.5 Analisi criminologica dell'abuso Münchausen

In ambito criminologico, gli elementi caratterizzanti lo sviluppo relativo all'abuso Münchausen per Procura, calibrano la procedura di regolamentazione temporale del comportamento stesso. In altre parole, l'abusante produce sintomi di una patologia, nella vittima stessa oppure intensifica manifestazioni già preesistenti. Perciò, si parla di una produzione volontaria e di una simulazione di sintomi psico-fisici nell'infante.

Ciò include: la programmazione, la temporalità e la supervisione.

Invece, si definisce "*Carriera Criminale*", l'identificazione di una successione longitudinale di condotte violente, brutali e criminali [...] perpetrate da un soggetto nel corso della sua esistenza⁶⁴.

L'obiettivo dello psicologo criminale è quello di verificare, sia come la metodologia delittuosa e brutale venga esternalizzata e sia il legame dell'abusante con la vittima.

Per quanto riguarda la dinamica dell'abusante, si ritiene opportuno parlare di:

- Esordio dell'abusante.
- Persistenza dell'abuso.
- Intensificazione e peggioramento.
- Diminuzione sintomatica e soppressione.
- Rinuncia.

L'insorgenza specifica dell'abuso Münchausen non si localizza facilmente, dal momento che si può ritornare solo alle prime manifestazioni sintomatiche della vittima.

⁶⁴ FARRINGTON D.P. (1997). Human development and criminal careers. In: Maguire M., Morgan R., Reiner R. (eds.). *The Oxford handbook of criminology*, pp. 361-408. Oxford University Press: Oxford.
ZARA G. (2005). *Le carrier criminali*. Giuffrè: Milano.

Un altro elemento da valutare non è solo, l'insorgenza dei sintomi, ma il divario tra l'esordio e la diagnosi di abuso Münchausen, dalla quale deriva la necessità di un intervento.

Solitamente, la condotta di abuso si verifica spontaneamente, non viene favorita da atteggiamenti insoliti del bambino o da varie documentazioni.

Inoltre, si rilevano episodi per cui, già durante la gravidanza, la madre si induceva false emorragie o violenze sul feto ⁶⁵.

Inoltre, gli abusanti Münchausen, dal punto di vista criminologico, vengono definiti come "*Primari*", ovvero individui che non detengono un vissuto criminale.

Invece, vi sono alcuni casi di donne abusanti che hanno avuto un passato delinquenziale, non sempre messo in risalto.

Il DSM-IV, valuta tra i requisiti per il "*Disturbo fittizio per procura*", la legittimazione della condotta dell'abusante, ovvero l'intenzione di ricoprire la figura del malato e la presenza di incentivi secondari. In alcuni casi, tali vantaggi economici aggiuntivi sono così elevati da rendere l'abusante derivante da esso, perciò contrario ad arrendersi.

Alle volte, tale condotta abusante, non viene sfruttata per ottenere solo incentivi esterni.

Sono vigenti diversi fattori da tenere presente, laddove si valuti l'aspetto motivazionale. ⁶⁶

Come ad esempio, la necessità di ristabilire una visione tollerabile di loro stessi, può divenire motivo di tale condotta violenta e brutale.

⁶⁵ MOTZ A. (2001). *The Psychology of female violence*. Brunner-Routledge: Philadelphia, PA.

⁶⁶ SCHREIRER H.A. (2002). On the importance of motivation in Münchausen by proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect* 26, 537-549.

In particolare, il nucleo centrale riguardante “*L’assunzione vicariante*” della figura del malato sembra rappresentare un notevole fattore motivazionale, laddove lo si ritenga pluridimensionale, poichè ravviva molti aspetti psicologici, sentimentali e razionali fondati sia sull’indole dell’abusante che sulla sua pianificazione comportamentale.

Peraltro, tali aspetti, pongono in discussione la complessità del rischio per questi soggetti⁶⁷.

In aggiunta, Meadow illustra un’ulteriore aspetto secondario, dimostrato in svariati casi, ovvero: la volontà di un genitore di provocare nel figlio uno status di tormento e sofferenza. L’abuso Münchhausen, può risultare una perversità genitoriale, relativa all’incapacità di salvaguardare, provare affetto e dare particolare attenzione ai fabbisogni del proprio figlio.

Inoltre, per comprendere tale dinamica, occorre fare riferimento ad un elemento molto importante, ovvero la varietà dell’inganno, rappresentato da:

- Menzogna;
- Falsificazione;
- Induzione;
- Strumentalizzazione.

La prima, rappresenta uno degli aspetti più difficili da identificare.

Pertanto, un’indagine dettagliata pretende anche la distinzione tra menzogna ed inganno.

La menzogna viene denominata ovvero, come: “*Alterazione verbale della realtà*”.

L’inganno viene definito, al contrario, come: “*Un’illustrazione inscenata della verità*”.

⁶⁷ MEADOW R., *The dangerousness of parents who have abnormal illness behavior*. Child Abuse Review, 2000, pp. 9, 62-67.

La menzogna fa riferimento alla divulgazione di un messaggio che non si dimostra veritiera. L'inganno dipende, invece, da una condotta destinata ad influire sia sul sapere che sugli atteggiamenti [...] stessi⁶⁸.

Alle volte, sia la menzogna che l'inganno possono coesistere, come ad esempio, nel caso di fabbricazione della sintomatologia di una patologia, la quale comporta conseguenze dannose per il bambino.

Altre volte, si può fare riferimento solo all'inganno, nel momento in cui si agisca per rafforzare la sintomatologia di una patologia reale, presente nel bambino.

Pertanto, la sintomatologia dell'abuso Münchhausen ed una patologia reale possono coesistere assieme, ostacolandone la cura.

In alcuni casi, può esservi presente solo la menzogna, qualora si falsifichi uno status d'incolumità mentale reale del bambino.

La fabbricazione o l'intensificazione della sintomatologia possono essere realizzati tramite:

- Omissione: celare qualcosa nei confronti di coloro che dovrebbero sapere.
- Camuffamento: mantenere una condotta che nasconda la verità.
- Raggiramento: fuorviare l'attenzione di qualcuno, per distorglielo dalla verità che si intende celare.

⁶⁸ DE CATALDO NEUBURGER L., GULOTTA G., *Trattato della menzogna e dell'inganno*, Giuffrè, 1996, Milano.

CAPITOLO III

“LE CONSEGUENZE SULLE VITTIME”

ANALISI DI CASI CLINICI

3.1 La difficoltà della diagnosi per il neuropsichiatra infantile

Le MSbP (Sindrome di Münchausen per Procura), si rivelano fermamente complesse da diagnosticare per svariati motivi, che contemplano da una parte, una vasta gamma di sintomi nel paziente, dall'altra la regolazione emotiva del medico stesso.

Principalmente, bisogna tenere in considerazione il criterio, con cui lo specialista si relaziona e valuta la questione che gli viene presentata.

Per quanto riguarda l'approccio inerente al bambino (malato o apparentemente tale), bisogna tenere conto, anche, degli aspetti ambientali che lo circoscrivono, che hanno una funzione apparentemente secondaria, nelle analisi e nella diagnosi susseguente.⁶⁹

Pertanto, l'efficacia e la validità di un esame dipende proprio dalla prospettiva di vita e dai legami che persevera, nello specifico con i genitori.

Esattamente per questo motivo, le analisi cliniche, o psicologiche, che non valutano la coppia genitoriale o nei vari aspetti relazionali e comportamentali, determinano limitate percezioni del caso, oppure conclusioni superficiali, travisate ed infine, fraintendibili.⁷⁰

⁶⁹ ZANGARDI., DA DALT L., *Il triage pediatrico*, Padova: Piccin editore; 2008.

⁷⁰ BULLI G., CIOFI D., *La Sindrome di Munchausen per Procura: un'indagine tra gli infermieri di area pediatrica*. Children's Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing. 2015;7(4),117-119.

Le caratteristiche fondamentali della MSbP (Sindrome per Procura), con al fulcro la figura della madre, esortano ad approfondire, ulteriormente, la rilevanza di un'analisi rigorosa ed accurata che riguardi la famiglia e le dinamiche dei propri legami.

In tale visione, la competenza clinica risultante dal lavoro con l'infante, sostiene che in vista di un'esigenza di controllo per una tale sintomatologia riferita, vengano applicati non solo dispositivi rigorosamente professionali, relativi alla diagnosi di tali sintomi, ma soprattutto, una vasta gamma di accorgimenti rivolti a contemplare e verificare la metodologia di pensiero e di condotta del bambino e dei suoi genitori, sia che riguardi disturbi organici sia psichici.

In entrambi i casi, deve essere verificata sia la validità della sintomatologia riferita, che la patologia stessa, ma anche i riscontri emotivi del bambino e dei genitori.

Peraltro, laddove non si manifestino, mediante le analisi diagnostiche, le sintomatologie riferite dal bambino e dal genitore, diviene fondamentale reperire gli aspetti di disagio psicologico, che potrebbero rivelarsi indicativi di tale sindrome.

Tuttavia, la pluralità e la gravità dei disturbi psichici che possono essere rilevati, può persuadere il medico ad avere una certa diffidenza, che termina con verifica valida.

Dunque, per quanto riguarda l'infante, possono essere identificati ed esaminati, sia sintomi prevalentemente "non tipici", che altri contraddistinti da una solida peculiarità.⁷¹

Tra i primi si riscontrano difficoltà e disturbi comportamentali generali, reperibili in una vasta gamma di quadri patologici stabiliti, come ad esempio: irritabilità, depressione, disturbi di natura "*Psicosomatica*" (ovvero variazione dell'alimentazione, del sonno ecc.), difficoltà nel dialogare, ritardo del processo sia cognitivo che fisico, problemi di

⁷¹ MONTECCHI F., *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*, Carocci, Roma, 2001.

relazione, abuso di sostanze stupefacenti o alcoliche, condotte devianti o antisociali generali. Per quanto riguarda, invece, **la sintomatologia specifica**, essa contempla innumerevoli manifestazioni o segni, alle volte piuttosto gravi, rilevanti sia per il figlio che per la madre, o per entrambi i genitori.

Inoltre, riguardo al bambino, sono visibili le ansie da malattia, le quali comportano svariate alterazioni della personalità, deterioramento delle funzioni sensoriali, difficoltà nella socializzazione, in particolare con i genitori, ed infine psicopatologie.

Peraltro, gli elementi di disagio rilevanti tale sindrome possono essere:

- *Timore del futuro*: riguardante le ansie da malattia e la paura di perire, perlopiù presenti nelle malattie organiche realmente esistenti. Tali elementi contribuiscono l'insorgere di veri e propri stati d'animo di tormento e di disperazione, tanto più gravi nella madre.
- *Passati di ansie da malattia e/o deterioramento*: relativi ad alterazioni persistenti o patologie croniche, che sono state indotte dai tumulti materni, per cui l'infante segnala limiti ed insufficienze psico-fisiche tanto da autoconvincersi di avere una menomazione, ad esempio: la percezione di essere inferiore o incapace, apatia, frustrazione e così via. Pertanto, le innumerevoli visite di controllo, gli svariati esami medici, suscitano nel bambino, oltre il timore di una patologia persistente (seppur in mancanza di una sintomatologia lampante e fastidiosa), anche la convinzione di una anormalità non indifferente, relativa al suo corpo.
- *Passati di angosce di esclusioni ed isolamento*: tale situazione deriva dal fatto che gli esami clinici prolungati e le varie terapie effettuate con frequenti ricoveri ospedalieri, producono assenze dalla vita quotidiana, dall'ambiente scolastico e di socializzazione. Codesta questione, fa sentire il bambino differente dagli altri

bambini, poco sano ed incapace, dal momento che conduce una vita diversa da questi ultimi, ad esempio: non condivide esperienze, non raggiunge le stesse capacità ed abilità, non può frequentare gli altri bambini costantemente, per via delle restrizioni imposte dalla patologia e dalla terapia.

- *Difficoltà di strutturazione del Sé:* l'infante ha difficoltà nel decifrare le percezioni che gli giungono dal corpo o dalla mente, dato che non riesce a differenziare le proprie sensazioni effettive, da quelle materne.
- *Gravi difficoltà di connessione con il proprio genitore:* In tal caso, si riscontra la paura di turbare il proprio genitore, di deluderlo qualora non dovesse manifestarsi la sintomatologia di una malattia o disturbo.

Inoltre, il bambino, avverte con semplicità e franchezza sin dalla prima età, l'esigenza della madre di avere un figlio malato. Pertanto, l'infante si adatta e cospira con il genitore, dal momento che intuisce di essere fragile e del tutto dipendente da quest'ultimo.⁷²

- *Ipocondrie e fobie:* tale condizione può perturbare il bambino a prescindere dall'età e dalla fase di sviluppo, ma dopo un lungo permanere di aspetti cagionanti della MSbp e delle sue comparse.
- *Persecutorietà:* di solito poco corrente, ricopre una condizione di vitale importanza, dal momento in cui la madre esorta il figlio a ritenersi oggetto di abusi tra le persone sconosciute e/o parenti stretti. In tal caso, ribellioni o disagi del bambino, vengono sfruttati dal genitore per procurare danni cognitivi all'infante.

⁷² SARTORI P., SCALARI P., *Il bambino trasparente*, Percorsi di Prevenzione al Disagio, Franco Angeli, Milano, 1994.

- *Turbamenti sessuali*: talvolta si contraddistinguono per gli atteggiamenti persecutori, che possono derivare da svariati processi cognitivi del genitore. Peraltro, si presentano con molteplici sintomi: dal timore o rigetto della sessualità, fino ad eventi trascorsi riguardanti maltrattamenti e violenza, ed infine, dalla prevalenza di alcuni aspetti sessuali nel contesto di vita quotidiana, fino ad una totale negazione.

Invece, facendo riferimento alla madre del bambino, si possono riscontrare diversi sintomi, che hanno influenza ed espressione sia fisica che mentale.

Tali sintomi fanno parte di alcuni disturbi che hanno una nota valenza, tra cui ad esempio, personalità fragili, caratterizzate da: deliri, timori, perdita di contatto con la realtà.

Alle volte, si riscontra una condizione più complessa, laddove la madre non dovesse soffrire di patologie o disturbi psicotici gravi; tuttavia, la sua condotta condiziona l'esistenza del figlio, tanto da indurre malattie o altre problematiche psico-fisiche serie.

In questo caso, tale situazione si verifica, ad esempio, per via di ansie materne prodotte da una patologia organica, per la morte di un congiunto, con il quale persisteva un rapporto affettivo, per una separazione coniugale, abusi, violenze, problemi al lavoro, e così via.

Inoltre, la dinamica psichica si predispone di alcuni strumenti difensivi, (al contrario del mondo esteriore visto come rischioso e pericoloso), affiancati da finalità iperprotettive nei riguardi del figlio. Infatti, quest'ultimo, viene ritenuto fragile, indifeso, ed inabile a proteggersi da solo; al tempo stesso, viene equiparato ad una sorta di simbiosi, di lievellamento, di rilevamento e di regresso che contrasta la separazione e l'identificazione.

Pertanto, l'iperprotettività si presenta ambigualmente: da una parte, fa riferimento al *legame sentimentale materno* vigente nei riguardi del bambino, nonché la paura che possa essere leso, (spesse volte non reale); dall'altra, *la cattiveria della madre*, nutrita verso il figlio; da parte sua percepito come un estraneo, violento e pericoloso⁷³, da ledere tramite l'induzione di una patologia e la persecuzione terapeutica che si protrae per un lungo periodo temporale. Inoltre, l'iperprotettività, (sintomatologia tipica nelle madri affette da MSbP), fonda le sue radici, ad esempio, nei trascorsi di inadeguatezza come persona e come genitore, con rimorsi ed inferiorità.

Tale condotta suscita la perseveranza della madre riguardo la patologia del bambino, che si rileva estremamente contraddittoria rispetto alla realtà; al contempo la madre rigetta ogni probabilità di inesistenza della malattia o di convalescenza, dal momento che vorrebbe sottoporre l'infante ad ulteriori visite ed analisi mediche, per riscontrare altri eventuali aspetti patologici.

Pertanto, tale insistenza suscita una certa diffidenza tra gli specialisti, dal momento che l'infante viene sottoposto costantemente ad eventuali visite mediche non previste, ma soprattutto per l'eccessiva apprensione fornita al bambino.

L'insistenza di un riscontro diagnostico, potrebbe essere espressione, di adeguata preoccupazione ed assistenza, solitamente tipica della madre per l'incolumità del figlio.

Tuttavia, lo spostamento repentino tra ospedali, specialisti, e cliniche alle volte raggiungendo luoghi lontani, con ricoveri ospedalieri e così via, si rivela essere sintomo di un disturbo patologico.

⁷³ MONTECCHI F., *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*, Franco de angeli, Roma, 2005.

Solitamente, la madre monitora la malattia del bambino, lo assiste durante gli esami, le visite mediche, ed i ricoveri; al contempo, il padre partecipa soltanto, durante alcune fasi della malattia del figlio, come sostituto della moglie, per motivi di indisposizione.

Inoltre, per difesa personale, il padre disconosce ciò che avverte riguardo al figlio.

Al contempo, si ritiene totalmente estraneo alla vicenda, soprattutto riguardo l'induzione della patologia, a sua volta, ritardando ed ostacolando le operazioni indispensabili, da effettuare su madre e figlio.

Tuttavia, per risolvere tali difficoltà, bisogna includere il padre durante le operazioni mediche sul bambino, specialmente, laddove la diagnosi si riveli incerta.

Alle volte, devono essere riferite le conseguenze della MSbP su terze persone, come ad esempio, gli altri figli e fratelli della vittima.

Infatti, questi ultimi vengono totalmente dimenticati per dare spazio alla madre, di seguire con attenzione le vicende del bambino malato, con gravi lesioni psico-affettive che a loro volta possono condizionare l'ordinario sviluppo cognitivo del bambino.

Le terapie nella MSbP sono abbastanza complesse per le svariate patologie che possono essere state arrecate al bambino.

Peraltro, gli specialisti, che si trovano davanti tale situazione, sono tenuti ad intervenire in condizioni sfavorevoli ed insolite, giacchè si debbono raffrontare con un paziente al quale viene indotta una patologia, favorita dalla madre stessa.

Nelle questioni più gravi, la soluzione o gli interventi terapeutici avvengono tramite denuncia alle autorità competenti da parte dei medici che hanno identificato l'MSbP ed al tempo stesso, si verifica l'intervento del giudice, che a sua volta svolge le indagini dovute, promulgando ulteriori provvedimenti per la tutela del minore.

Inoltre, queste disposizioni includono restrizioni, vincoli, nonché sorveglianza rigorosa, ed alle volte la separazione tempestiva dal genitore stesso.

Al contempo, oltre alle indagini giudiziarie, viene introdotto un supporto psicoterapeutico, sia per raggiungere uno status mentale equilibrato, sia per garantire al minore figure genitoriali appropriate, fondamentali per la crescita personale.

Nelle questioni meno gravi, il supporto terapeutico e le probabilità di guarigione sono visibilmente complesse, per svariati motivi.

Le operazioni di supporto e di sorveglianza effettuate, possono fornire certezze rilevanti e vantaggiose, ma non prevenire rischi o evitare che le terapie vengano compromesse.

Peraltro, si verifica un rischio da non sottovalutare, ovvero che la MSbP persista in maniera incessante, sebbene sia stata già diagnosticata, dal momento che siano state approvate disposizioni rivolte alla tutela del minore.⁷⁴

Per concludere, risulta palese la necessità di una maggiore considerazione e divulgazione riguardo la Sindrome di Münchausen per Procura.

La consapevolezza della sua gravità e della sua trasmissione, rappresenta l'inizio di una funzione preventiva e terapeutica di tale sindrome, nel campo patologico infantile.

⁷⁴ MEADOW R., *Münchausen syndrome by Proxy abuse perpetrated by men*, Archives of disease in Childhood 78 (3), 1998.

3.2 I rischi psicopatologici per le vittime

Uno dei rischi psicopatologici preminenti, sarebbe la complicità del bambino con la propria madre, allo scopo di simulare una patologia, pur di avere considerazione e cure.

In altre parole, la malattia diviene per l'infante un modo per sconfiggere la paura di essere allontanato o rifiutato, dato che la madre stessa lo assisterà finchè manifesterà sintomi, mentre, al contrario, la convalescenza corrisponderebbe all'abbandono.⁷⁵

Alle volte, nella Sindrome di Münchausen per Procura, l'infante perde la possibilità di scorgere adeguatamente, le sensazioni che gli giungono dal corpo, fino a non essere capace di differenziare i suoi sintomi reali, da quelli prodotti dalla sua immaginazione o da altri, predisponendo, di conseguenza, una personalità vulnerabile e meno speciale.

Le ripercussioni più gravi, riguardo tale abuso, appaiono dal momento in cui il bambino cresce e rientra nella fase adolescenziale, nella quale, egli sviluppa delle difficoltà fisiche, legate al corpo.

Inoltre, un rischio fondamentale per la vittima, sarebbe, anche, quello di preservare quella concezione per cui, il proprio corpo sarebbe malato, e di progredirsi verso strutture psichiatriche, in cui diviene fondamentale il delirio "*dismorfofobico*" e quello "*ipocondriaco*", oppure manifestare una tipologia di anoressia nervosa, allo scopo di reprimere quei messaggi opprimenti recepiti, e rifiutando ed umiliando il proprio corpo ritenuto da sempre come malato, dal genitore.⁷⁶

⁷⁵ MEADOW R., *Different interpretations of Münchausen Syndrome by Proxy*, Child abuse Negl., 2002.

⁷⁶ PARASCOSSO, 2011.

3.3 Lo studio dei casi clinici degli abusanti

Uno dei casi molto rilevanti, diviene quello presentatoci da *De Cesaris, Barrani, Vanacore, Lunar, Madrigali e Galli del 2009*, ovvero: L., una ragazza di 16 anni, viene ricoverata svariate volte presso la sezione di Pediatria, dopo essersi presentata 10 volte al Pronto Soccorso e dopo aver effettuato 5 ricoveri nello stesso anno.⁷⁷

Pertanto, dall'età di 11 anni L., comincia a manifestare cefalea di tipo “*Tensivo*”, correlata alla *fotofobia*, per cui viene assistita presso l'ambulatorio di Neuropediatria, con scarso miglioramento dei sintomi.

Nel Maggio 2007 viene ricoverata per una manifestazione di tipo *lipotimico* verificatasi durante una lezione scolastica. Le analisi *ematochimici, urinari, ormonali, ECG, ecocolordoppler cardiaco, ECG holter, Tilt test, ecografia pelvica*, si rivelano in regola.

Nel mese di Luglio 2007, dopo aver rigettato ogni tipo di alimento, a seguito di un episodio diarroico, viene stabilito un nuovo ricovero per effettuare varie cure ricostituenti per via endovenosa.

Nell'Ottobre 2007, L., viene ricoverata, per un altro avvenimento relativo alla “*perdita di conoscenza*”. Le analisi neurologiche e *l'EEG* si rivelano essere tutte nella norma. “*L'RMN encefalo*”, ha rilevato una lieve cisti *aracnoidea*, del “*recesso sovrapineale*”.

Nel Dicembre 2007, la ragazza viene nuovamente ricoverata per mialgie e artralgie distribuite, ma le analisi effettuate risultano, ancora una volta, in regola.

Qualche giorno dopo, la sua condizione medica sembra essere migliorata notevolmente.

⁷⁷ DECESARIS F., BARRANI M., VANACORE T., LUNAR S., MAGRIGALI V., GALLI L., *Troppo amore a volte fa impazzire. Medico e Bambino pagine elettroniche 2009;12(5)* https://www.medicoebambino.com/?id=IND0905_20.html

Nel Giugno 2008 L., viene ricoverata, nuovamente, per gli stessi motivi. In seguito, vennero effettuati “*capillaroscopia ed ecocolordopple, ECG, Ecocolordoppler cardiaco, RX rachide cervicale-dorsalelombosacrale*”, “*elettroneurografia motoria e sensitiva*”, “*la tetania ed elettromiografia*”, che si rivelarono essere nella norma.

Per via della continuità sintomatologica, la madre stabilisce di trasferire la figlia presso un altro ospedale, per cui, dopo aver effettuato un *EEG*, che rileva difetti elettrici “*Aspecifiche*”, viene intrapresa la cura con Tegretol.

Successivamente tale trattamento, la ragazza comunica di stare meglio.

Nel Giugno 2008, L., viene nuovamente ricoverata, per tale sintomatologia: fastidio generale, livore, nausea, cacosmia ed infine, perdita di conoscenza e “*status soporoso post-critico*”. Nel corso della convalescenza vennero effettuati *EEG e RMN encefalo*, che si rivelarono immutati, rispetto agli esami antecedenti.

La paziente, prosegue con Tegretol, ma le dosi plasmatiche evidenziano una notevole differenza dei valori.

Nel mese di Settembre 2008, si verifica un nuovo ricovero per una crisi lipomitica.

Ad Ottobre 2008, la paziente presenta crisi epilettiche croniche settimanali, malgrado la terapia con Tegretol, ma al contempo la madre riferisce, agli specialisti, che tale sintomatologia potrebbe associarsi ad una malattia celiaca. Questi ultimi, escludono tale ipotesi, avendo effettuato precedentemente degli esami.

Successivamente, dopo due settimane, la paziente presenta dei dolori addominali, dopo aver ingerito carboidrati e richiede, d'accordo con la figlia, la “*gastro-duodenoscopia*” per scongiurare una malattia celiaca.

Inoltre, dopo la respinta degli specialisti di effettuare codesta manovra, poichè non comprovata da una sintomatologia adeguata per motivare tale esame, la madre crede che gli episodi lipomitici si presentino per via del diabete.

Nel Novembre 2008, la madre ricovera nuovamente la figlia per un altro episodio lipomitico protrattosi per svariati minuti, senza aver perso conoscenza, ma presentando una lividezza cutanea con ripresa naturale dopo qualche minuto.

Al momento del ricovero viene effettuata una consulenza neuropsichiatrica che rilevava un certo disturbo simulatorio. In seguito, sebbene le difficoltà per il diniego della madre, la paziente viene assegnata ad altri professionisti in ambito psichiatrico per un appropriato trattamento legato alla vicenda.

Tale vicenda presentata risulta legata ad una forma di MSbP (Sindrome di Münchausen per Procura), le cui ripercussioni più notevoli si manifestano nella fase adolescenziale.

Pertanto, bisogna agire rapidamente, altrimenti la vittima sentirà il proprio corpo malato, progredendo verso strutture ospedaliere psichiatriche.

Tuttavia, la ragazza, dopo aver tollerato svariati ricoveri, esami medici e cure farmacologiche antiepilettiche, in maniera inappropriata, ha dovuto abbandonare la scuola, e lasciare la sua casa, per subire un ricovero istantaneo ed essere monitorata al meglio dai vari specialisti del settore, data la sua grave condizione, nel reparto di Psichiatria.

Un altro caso riguarda la vicenda di Marybeth Tinning, tristemente ricordata per aver ucciso i suoi nove figli; la sua storia criminale potrebbe scatenare tra la collettività, un sorta di confusione, per via del fatto che le donne, solitamente, sono considerate meno violente del mondo maschile.⁷⁸

Inoltre, la donna viene definita capace di adottare un certo tipo di violenza differente rispetto quella sferrata dall'uomo, ovvero più "*latente*".

Tale "*latenza*" si riconosce tramite il "*modus operandi*" del serial killer maschio dato che solitamente, la donna preferisce fare uso di veleni, e/o farmaci, evitando di compromettere, esternamente, il corpo della vittima.

Pertanto, la donna prevale sul mondo maschile riguardo la pericolosità, dal momento che queste ultime, rispetto all'uomo, si concentrano, principalmente, sulla manipolazione.

Le morti apportate dalle donne sono effettuate più "*lentamente*" rispetto a quelle perpetrate dall'uomo, poichè ricorrono alle armi chimiche per avvelenare gradualmente le proprie vittime, ed infine, le morti derivate da tale procedimento, vengono definite come naturali.

Invece, per quanto riguarda Marybeth Roe Tinning, egli detiene una posizione primordiale rispetto ad altri serial killer, per via del numero delle vittime uccise.

La donna nasce l'11 Settembre 1942 a Duanesburgh, presso New York, figlia di Ruth e Alton Lewis Roes. Più tardi, Marybeth conclude il suo percorso di studi, presso la Duanesburgh High School. In seguito, diventa assistente infermiera presso l'Ellis Hospital di Schenectady a New York.

⁷⁸ PANNITTERI A., *Madri Assassine*, diario da Castiglione delle Stiviere, Gaffi Editore, Roma, 2006.

In seguito, all'età di 21 anni, la donna conosce Joe Tinning che lavorava presso la General Electric, con il quale si sposa qualche anno dopo.

Dopo la morte del padre, nel 1971, si susseguiranno una serie di tragici episodi che ricopriranno, per sempre la vita di Marybeth.

Il primo figlicidio si verifica con la morte di Jennifer di solo 8 giorni, per via della meningite e per vari accessi cerebrali, fin dal momento della nascita: dunque, per la Polizia, la morte della bambina non poteva essere riconducibile alla madre, la quale precipita nello sconforto, dovendo sopportare un altro crollo psicologico.

Il 20 Gennaio 1972, Marybeth trasferisce Joseph, suo figlio di 2 anni, al Pronto Soccorso. In seguito, il figlio muore per via di un'infezione virale.

Qualche mese dopo, perde la vita anche l'altra figlia, Barbara. In questo caso, la morte della bambina, provoca molti sospetti tra la Polizia, sebbene la vicenda viene definitivamente archiviata.

Il 10 Dicembre 1973, si verifica la morte dell'altro figlio, Timothy: Marybeth lo trova senza vita all'interno della culla. Pertanto, gli specialisti giustificano tale vicenda con la *Sindrome della Morte Infantile Improvvisa*.

Il 2 Settembre 1975, perde la vita Nathan, di 5 mesi, la donna dichiara di aver trovato l'infante all'interno della sua automobile. Le analisi confermano la morte del bambino, verificatasi per "*Un'Edema Polmonare*".

Il 2 Febbraio 1979, l'altra figlia Mary, dopo essere stata rianimata dai medici per una *Sindrome abortiva*, viene trasportata al Pronto Soccorso per un arresto cardiaco, qui, dunque, la bambina viene rianimata nuovamente, per poi morire, qualche giorno dopo.

Il 24 Marzo 1980, muore Jonathan, all'età di 3 mesi, dopo aver lottato per 4 settimane.

Mentre, nel Marzo 1981, si verifica la morte di Michael, all'età di 3 anni: era stato trasportato al Pronto Soccorso, dopo una brutta caduta.

Nonostante tutto, gli specialisti rilasciano un certificato che conferma la morte avvenuta per una grave forma di polmonite.

Infine, nel Dicembre 1985 si verifica l'ultimo decesso quello della figlia: Tami Lynne, trovata morta sul letto di casa, con una macchia di sangue sul cuscino.

Tuttavia, gli specialisti dichiarano la morte per "*Sindrome della Morte Infantile Improvvisa*".

In seguito, Marybeth e Joe Tinning vengono interrogati dalla Polizia, sui vari decessi.

Nel mese di Febbraio 1986, la donna confessa di aver ucciso: Tami Lynne, Timothy e Nathan. Infine, Marybeth viene processata nel Tribunale di Schnectady.

Dopo varie testimonianze rilasciate dai pediatri delle vittime, Marybeth subisce la condanna per oltre 20 anni di carcere, presso la prigione di Bedford Hills a New York.

In seguito, Marybeth viene rilasciata con liberazione condizionale, fino alla sua morte.

La Polizia, fin da subito, esclude il rischio di recidività.

Invece, un altro caso riguarda una donna (M.A.) di 36 anni, che ha procurato lesioni volontarie nei confronti del figlio di 5 anni.

L'infante era stato ricoverato nel reparto di Pediatria diverse volte, per encefalite.

Gli specialisti, avevano dichiarato che lo svilupparsi di tale malattia, non era rilevabile dal punto di vista clinico ed inoltre, resisteva ad ogni trattamento.

Il fatto che la madre si intromettesse ripetutamente con la patologia del figlio, ha portato la Polizia ad attuare una intercettazione tramite video nella camera dove era situato l'infante. Infatti, venne scoperto che la madre, diverse volte, somministrava al figlio farmaci a base di *clonidina*.

Tale farmaco, veniva sciolto nel cibo per farlo ingoiare dal figlio. Il protrarsi dell'uso di tale medicinale, ha provocato lesioni nocive per l'infante. Il tribunale, pertanto, dispone per la donna, la custodia cautelare temporanea.

Inoltre, dopo aver trascorso un breve periodo in prigione, viene ricoverata nel reparto psichiatrico per due mesi e la diagnosi rilasciata definiva la "*Sindrome di Münchausen per Procura*". Alcuni eventi hanno una importanza significativa sia per la patologia psichiatrica dell'abusante che per la nascita della sintomatologia nella vittima.

Infatti, la donna dopo la perdita del marito, ha subito svariati ricoveri nei reparti psichiatrici; l'esigenza di essere curata poichè malata, si era diffusa verso l'infante.

Per concludere, l'infanticidio viene definito uno dei crimini più difficili da comprovare e da condurre in Tribunale, difatti, tale caso lo certifica.⁷⁹

⁷⁹ AA.VV., *Infanticidio e figlicidio: una panoramica sulla stato attuale dell'arte*, in Riv. Psichiatria&Psicoterapia, n. 1 Marzo 2012, Giovanni Fioriti Editore.

3.4 La cura e la prevenzione della Sindrome di Münchausen Per Procura

La Sindrome di Münchausen per Procura, contempla una molteplicità di sintomi e manifestazioni differenti tra loro, per i quali si giunge da semplici simulazioni della malattia del figlio, fino ad arrecare veri e propri danni psico-fisici.⁸⁰

Pertanto, si potrebbe pervenire ad una prevenzione efficiente, grazie ad alcune evidenti situazioni, ovvero: quando i figli sono segretati in casa e tenuti lontani da scuola, per un lasso periodo di tempo indefinito, oppure laddove vengano denunciati repentini spostamenti da una struttura ospedaliera all'altra per il perseguimento di una patologia inesistente.

La prevenzione può essere classificata come: *“Primaria, Secondaria e Terziaria.”*

Nella prima, lo specialista tende ad interrompere un procedimento già dall'inizio: ciò vuol dire, tenere conto dei comportamenti che assume il paziente nei riguardi della “malattia” che lo affligge. Il clinico deve comprendere se il paziente riscuote un vantaggio o una ricompensa per la sua condizione.

La prevenzione secondaria, si verifica al termine di una diagnosi rapida e dettagliata che attenua la morbilità e la mortalità; la terziaria, invece, comprende le tecniche di riabilitazione che vengono impiegate per salvaguardare l'incolumità dell'infante.

Invece, la terapia fondamentale, al termine della diagnosi, prevede un supporto psicologico e psicoterapeutico, atto a lenire gli effetti devastanti, che tale sindrome ha generato nel minore.

⁸⁰ LEVIN A.L., SHERIDAN M.S. (2001), La Sindrome di Münchausen per procura. Centro Scientifico Editore: Torino.

Il trattamento, definito *Psicologico Cognitivo-Comportamentale*, si è rivelato essere molto complesso, poichè le vittime hanno difficoltà a prendere atto della loro condizione.⁸¹

Pertanto, la consapevolezza delle vittime riguardo la propria condizione, potrebbe favorire la guarigione.

Inoltre, la psicoterapia ha lo scopo di aiutare la vittima ad individuare, prevalere e respingere vari atteggiamenti problematici, definiti come “*comportamenti disattivi o pensieri distorti*”.

Peraltro, sarebbe adeguato garantire un metodo per identificare alcuni elementi che comportano varie tipologie di atteggiamenti psicologici, dei cosiddetti “*grilletti della sintomatologia*”. Inoltre, nei riguardi dell’abusante ci saranno delle conseguenze sia in ambito giudiziario che psicoterapeutico.

Tuttavia, le ricerche e le analisi relative alle cure psicoterapeutiche delle madri con MSbP (*Sindrome di Münchausen per Procura*), risultano essere molto rare, poichè queste pazienti, già affette da gravi disturbi della personalità, chiedono supporto terapeutico e, qualora dovessero intraprendere un nuovo percorso, si rivelerebbe disastroso.⁸²

⁸¹ LIBOW, J.A., Münchausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child abuse e Neglet* 1995: 19(9). 1131-1142.

⁸² KRENER P., ADELMAN R., *Parent salvage and parent sabotage in the care of chronically ill children*, *American Journal of disease of Childhood* 142, 1988.

CONCLUSIONI

Alla fine di questo elaborato, la figura più discussa e controversa appare sicuramente la madre, la quale sembra iperprotettiva, attenta e scrupolosissima nei confronti del figlio, convinta che sia realmente malato e si mostra esigente verso i medici da cui, in realtà “dipende” per la continua richiesta di cure, accertamenti e diagnosi.

E così accade che, i medici, i pediatri, sono inconsapevolmente ed implicitamente complici di un meccanismo ossessivo, maniacale e sociopatico dell’abusante verso l’ospedalizzazione e la ricerca spasmodica di cure e somministrazione di farmaci per il figlio che non guarirà mai.

Per un medico specialista, il cui fine è quello di curare il suo paziente, è difficile immaginare che un genitore possa fare del male al proprio bambino e pertanto, il sanitario non riesce a distinguere un comportamento di protezione genitoriale da un comportamento di abuso, manipolazione psicologica e sottile violenza perpetrata ai danni del figlio.

Con la sua esperienza professionale, il medico cerca di risalire attraverso la storia clinica e anamnesica alle possibili patologie genetiche ed ereditarie, non scavando purtroppo nelle dinamiche familiari, nei percorsi psicologici che costituiscono invece, il punto di partenza e quasi sempre il punto di non ritorno per la vittima ed il suo carnefice.

Sfortunatamente, affinché la sindrome di Münchausen sia riconosciuta è necessario che si verifichi un comportamento di tipo criminale, rilevabile attraverso una prova scientifica inconfutabile, come ad esempio, analisi cliniche attraverso le quali si scopre l’assunzione di farmaci mai prescritti dal personale medico, oppure registrazioni audio e video del gesto criminale compiuto dall’abusante.

In alcuni casi, risulta necessario l'allontanamento forzato del bambino dalla famiglia o trattenere il più possibile ricoverato l'infante per effettuare "indagini conoscitive" dei genitori, aver colloqui personali con il piccolo, ma per fare tutto questo è necessario seguire un preciso protocollo e programma di sinergia tra specialistici-psicologi, psichiatri, assistenti sociali, strutture specializzate nella protezione dei minori, agenti di polizia, tutti uniti per individuare attraverso i loro specifici ruoli, il soggetto abusante che procura il sintomo e sostenere psicologicamente l'intero nucleo familiare.

Un elogio va sicuramente innalzato all'operatore sanitario che riesce a comprendere ed individuare una condizione patologica di rischio per il minore, vedendo una madre che si compiace, per esempio, quando non si trova la cura, quando il figlio viene sottoposto ad esami anche dolorosi, senza provare alcun sentimento di tristezza.

Occorre coraggio e lungimiranza per infrangere stereotipi come "la mamma perfetta e protettiva", distruggere barriere e confini apparentemente insormontabili di burocrazia, protocolli, prove di "evidenza scientifica" mentre il tempo scorre e la vita di un povero bimbo innocente, sicuro di essere amato dalla sua mamma, rischia di cessare per sempre.

BIBLIOGRAFIA

AGOSTI S., GENTILOMO A., MERZAGORA BETSOS I. (2004), “*La sindrome di Münchhausen per procura: un’indagine empirica*”, in A. Coluccia, L. Lorenzi (a cura di), “*La sindrome di Münchhausen per procura: inquadramento e analisi di un caso*”, in *Difesa Sociale*, vol. LXXXIII, n. 4.

ASHER R. (1951) *Münshausen’s syndrome*. *Lancet*, 1, pp. 339-341.

AA.VV., *Infanticidio e figlicidio: una panoramica sullo stato attuale dell’arte*, in *Riv. Psichiatria&Psicoterapia*, n. 1 Marzo 2012, Giovanni Fioriti Editore.

BARTH J.T., MACCIOCCHI S.N., GIORDANI B., RIMEL R., JANE J.A., BOLL T.J., *Neuropsychological Sequelae of Minor Head Injury, in Neurosurgery*, n.13, 1983.

BASAGLIA F., *L’istituzione negata*, Einaudi, 1968, Torino.

BEATTY S., “*Non-Organic Visual Loss*”, in *Postgraduate Medical Journal of Psychiatry*, n.142, 1999.

BERRUTI P. (2001) Conclusioni. In: Levin A. e Sheridan L. (a cura di) *La sindrome di Munhausen per procura*. Centro scientifico editore, Torino.

BERTI A., FATTACCIU G., *Pseudologia fantastica: aspetti psicopatologici e proposte terapeutiche*, Congresso Nazionale SIP, Riccione, 1994.

BINDER L.M., “*Forced-Choice Testing Provides Evidence of Malingering*” in *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, n.73, 1992.

BOHNEN N., TWIJNSTRA A., WIJENEN G. JOLLES J., “*Tolerance for Light and Sound of Patiences with Persistent Post-Concussional Symptoms Six Months after Mild Head Injury*”, in *Journal of Neurology*, vol. 238, n. 8, 1991.

BOOLS C.N., NEALE B.A., MEADOW S.R “*Münchhausen Syndrome by Proxy: a study of Individual Psycopathology*”, in *Child Abuse and Neglet*, n. 18, 1993.

- BOWLBY J. (1969) Trad. it. *Attaccamento e perdita*. Vol I: L'attaccamento alla madre. Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- BULLI G., CIOFI D., *La Sindrome di Munchausen per Procura: un'indagine tra gli infermieri di area pediatrica*. Children's Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing. 2015.
- CAFFO E., CAMERINI G.B., FLORIT G., *Criteri di valutazione nell'abuso dell'infanzia*. McGrawHill, Milano, 2002.
- CALLIERI B., Semerari A., *La simulazione di malattia mentale*, Abbruzzese Editore, Roma., 1959.
- COLUCCIA A, LORENZI L, STRAMBI M. *Infanzia maltrattata*, 1nd ed. Milano: F. Angeli, 2002.
- CREMONA-BARBARO A., *Incompatibilità tra le condizioni di salute e stato di detenzione. Aspetti giuridici e medico-legali*, in F. Ceraudo (a cura di), *Principi fondamentali di medicina Penitenziaria*, A.M.A.P.I., Pisa, 1998.
- DE CATALDO NEUBURGER L., GULOTTA G., *Trattato della menzogna e dell'inganno*, Giuffrè, 1996, Milano.
- DECESARIS F., BARRANI M., VANACORE T., LUNAR S., MAGRIGALI V., GALLI L., *Troppo amore a volte fa impazzire. Medico e Bambino pagine elettroniche 2009;12(5)*
https://www.medicoebambino.com/?id=IND0905_20.html
- DEUSCHL G., “*Differential Diagnosis of Tremor*”, in *Journal of Neural Transmission*, n.S6, 1999.
- EISENDRATH S.J., McNIEL D.E., “*Factitious Disorders in Civil Litigation*”, in *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, n. 30, 2002.

- EY H., BERNARD P., BRISSET C.H., *Manuale di psichiatria*, Masson Italia Editori, Milano, 1977.
- FACTOR S.A., PODSKALNY G.D., MOLHO E.S., “*Psychogenic Movement Disorders: Frequency, Clinical Profile, and Characteristics*”, in *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, n.59, 1995.
- FARRINGTON D.P. (1997). *Human development and criminal careers*, in: Maguire M., Morgan R, Reiner R. (ends.). *The Oxford handbook of criminology*.
- FISHER G. (2001) Speculazioni etiologiche. In: Levin A. e Sheridan L. (a cura di) *La sindrome di Munhausen per procura*. Centro scientifico editore, Torino.
- FITZGIBONNS D.J., ROBBIND E., GUZE S.B. (1972), “*Diagnostic Criteria in Use in Psychiatric Research*”, in *Archives of General Psychiatry*, n.26, 1972.
- FOLKS D.G., FREEMAN A.M (1985), “*Münchhausen’s Syndrome and Other Factitious Illness*”, in *Psychiatric Clinics of North America*, n.2.
- FORNARI U. (2006), *Trattato di psichiatria forense*, UTET, Torino.
- GIFT T.E., STRAUSS J.S., RIZLER B.A., KOKES R.F., HARDER D.W., *How Diagnostic Concepts of Schizophrenia Differ*”, In the *Journal of Nervous and Mental Disease*, n. 168, 1980..
- GRAF M.H., “*Ocular Malingering: a Surprising Visual Acuity Test*”, in *Archives Of Ophthalmology*, n. 120, 2002.
- GREENE R.L., *The MMPI-2. An Interpretative Manual*, 2nd ed., Allyn and Bacom, Boston, 2000.
- GREER S., CHAMBLISS L., MACKLER L., HUBER T., “*Clinical Inquieres. What Physical Exam Tcehniques Are Useful to Detect Malingering?*”, In *Journal Family Prattice*, n. 54, 2005.

HERSH F., BORUM R., “*Command Halluci- Nation, Compliance, and Ris Assessment*’”, in *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, n.26, 1998.

HISCOCK C.K., BRANHAM J.D., HISCOCK M., “*Detection of Feigned Cognitive Impairment: The Two-Alternative Foirced-Choice Method Compared with Selected Conventional Tests*”, in *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, n.16, 1994.

HSU K., MARSHALL V., “*Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of Canadian Residents, Intern and Fellows*”, in *American Journal of Psychiatry*, n. 141, 1987.

JERVIS G. (1975), *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano.

JONES V.F., BADGETT J.T., MINELLA J.L., SCHUSCHKE L.A., *The role of the male caretaker in Münchausen Syndrome by proxy*. *Clinical Pediatrics*, 1993.

KATHOL R.G., Cox T.A., Corbett J.J., Thompson H.S., Clancy J., “*Functional Visual Loss: Is a True Psychiatric Disorder?*”, in *Psychol Med*, n.13, 1983.

KIMURA J., *Electrodiagnosis in Diseases of Nerve and Muscle- Principles and Praticce*, Oxford University Press, Oxford; Victor M., Ropper A.H., Adams R.D. (2005), *Adams and Victor’s Principles of Neurology*, 6th ed., McGraw-Hill, New York, 2001.

KING N.M, Crawford S., Wender F.J., Moss N.E., Wade D.T., “*Interventions and Service Need Following Mild and Moderate Head Injury: The Oxford Head Injury Service*”, in *Clinical Rehabilitation*, n.11, 1997.

KING N.S., “*Post-concussion Syndrome: Clarity Amid the Controversy?*”, in *British Journal of Psychiatry* n.183, 2003.

KRENER P., ADELMAN R., *Parent salvage and parent sabotage in the care of chronically ill children*, *American Journal of disease of Childhood*, 1988.

- LEVIN A e SHERIDAN L. (a cura di) (2001) *La sindrome di Munchausen per procura*. Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino.
- MAIN M., SOLOMON J., *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in M.T. Greenberg, D.Chicchetti, e E.M. Cummings (A cura di) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, University of Chicago press, Chicago, 1990.
- MAIN M., HESSE E., *Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linkin mechanism?* in M.T. Greenberg D. Cicchetti e E.M Cummings (a cura di) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. University of Chicago Press, Chicago, 1990.
- MARCELLI D., *Psicopatologia del bambino*, (a cura di A. Guareschi Cazzullo), Masson, Milano, 1997.
- 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
- MIASAKI J.M., Sa D.S., GALVEZ-JIMENEZ, LANG A.E., “*Psychogenic Movement Disorders*”, in *Can J Neurol Sci*, n.30 (suppl.1), 2003.

- MONTECCHI F., *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*, Milano, 2005, Franco Angeli.
- MORO A.C., *Una nuova cultura dell'infanzia e dell'adolescenza*, Milano, 2006, Franco Angeli.
- NIVOLI C. (2002) *Medea tra noi, le madri che uccidono il proprio figlio*. Carocci, Roma.
- PANNITTERI A., *Madri assassine*, in *Diario da Castiglione delle Stiviere*, Gaffi Editore, Roma, 2006.
- PARKER G., “*Classifying Depression: Should Paradigms Lost Be Regained?*”, in *Am J Psych*, n.157 (8), 2000.
- Perusia G. (2007) *La famiglia distruttiva. MsbP, Sindrome di Munchausen per procura*. Ed. Centro Scientifico, Torino.
- PSZORA N.M., BARKER A.F., KOPELMAN M.D. (2003), “*Amnesia for Criminal Offences: a Stud of Life Sentence Prisoners*”, in *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, n.14.
- 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.
- REICH S.G., “*Psychogenic Movement Disorders*”, in *Seminars in Neurology*, (review), n.26 (3), 2006.
- RESNICK P.J (1999), ‘*The Detecetion Of Malingered Psychosis, in The Psychiatric Clinics of North America*’, n.22 (1).
- RIEDER R.O. (1974), “*The Origins of Our Confusion about Schizophrenia*”, in *Psychiatry*, n.37.

- ROGERS R. (2004), *Diagnostic, explanatory, and detection models of Münchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception*. Child Abuse Neglect 28.
- 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.
- SARTORI P., SCALARI P., *Il bambino trasparente*, Percorsi di Prevenzione al Disagio, Franco Angeli, Milano, 1994.
- SHORTER E., *A History of Psychiatry. From the Era of Asylum to the Age of Prozac*, JohnWiley & Sons, Chichester, 1997.
- SKODOL A., BUCKLEY P., SALAMON I. (1976), "The Ubiquitous Symptoms of Schizophrenia", in Comprehensive Psychiatry, n.17.
- SLETTERBERG O., BERTELSEN T., HOYDING G., "The prognosis of Patients with Hysterical Visual Impairment", in Acta Ophthalmol, n.67, 1989.
- STONE J., CARSON A., SHARPE M., "76 Functional Symptoms and Sign in Neurology: Assessment and Diagnosis", in Journal Neurology Neurosurgery and Psychiatry, n.76 (suppl.I), 2005.
- TAYLOR M.A., ABRAMS R.A. (1975), "A Critique of the St. Luis Psychiatric Research Criteria for Schizophrenia", in American Journal of Psychiatry, n.132.
- TATARELLI R., MANCINELLI I., TAGGI F., POLIDORI G. (1999), "Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: a Descriptive Epidemiological Study", in International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, n. 43 (4).
- THOMAS M., JANKOVIC J.: "Psychogenic Movement Disorders: Diagnosis and Management", in CNS Drugs n.18, 2004.

VUILLEUMIER P., CHICHERIO C., ASSAL F. et al., “*Functional Neuroanatomical Correlates of Hysterical Sensorimotor Loss*”, in *Brain* n.124, 2001.

WILLIAM J.M., *The Malingerling of Memory Disorders*, in C.R. Reynolds (a cura di), *Detection of Malingerling during Head Injury Litigation*, Plenum Press, New York, 1998.

ZARA G. (2005). *Le carriere criminali*. Giuffrè: Milano.

ZANGARDI T., DA DALT L., *Il triage pediatrico*, Padova: Piccin editore; 2008.

