

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Analisi criminologica dell'abuso Münchhausen

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/28038> since

Publisher:

Centro Scientifico

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Con il patrocinio scientifico della FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatrici

fimp
Federazione Italiana
Medici Pediatrici

Gabriella Perusia

LA FAMIGLIA DISTRUTTIVA

MSbP, sindrome di Münchhausen
per procura

Prefazione di
Guglielmo Gulotta

Presentazione di
Nico Sciolla



Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale, o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, corso di Porta Romana, 18 - 20122 Milano; e-mail: segreteria@aidro.org.

© 2007 Centro Scientifico Editore
Via Borgone, 57 - 10139 Torino
Tel. 011 3853656
Fax 011 3853244
E-mail: cse@cse.it
http://www.cse.it

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

ISBN 978-88-7640-786-4

Coordinamento editoriale: Roberto Marro
Redazione: Cristiana Ferrari
Impaginazione: Prograf - Torino
Stampa: M.S. Litografia

ANNO
10 09 08 07

RISTAMPA
N 1 2 3 4

Sommario

AUTORI	
RINGRAZIAMENTI	
<i>Gabriella Persuis</i>	
PREFAZIONE	
<i>Giulietto Galotta</i>	
PRESENTAZIONE	
<i>Nico Scilla</i>	
INTRODUZIONE	
<i>Gabriella Persuis</i>	
1. MSBP: LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PEDIATRIA	
<i>Paola Pecca, Chiara Giovannozzi</i>	
2. IL NEUROPSICHIATRA INFANTILE NELL'MSBP	
<i>Massimo Carpianno</i>	
3. ANALISI PSICOGIURIDICA E PSICODINAMICA: LA TRASMISSIONE	
TRANSGENERAZIONALE	
<i>Liliana Bal Fitoriano</i>	

Analisi criminologica dell'abuso Münchausen

Georgia Zara

Anticipazioni storiche

Parlare di MSbP è complesso in quanto la letteratura scientifica disponibile è scarsa e inconsistente; fin dalla sua «scoperta» non esiste una sistematica e omogenea definizione, accettata dalla comunità scientifica, di cosa sia la MSbP; non esiste neanche accordo rispetto al nome conferitole e utilizzato. Alcuni esperti parlano di «Münchausen Syndrome by Proxy» (Meadow, 2002; Rosenberg, 2003; Sheridan, 2003); altri di «Münchausen by Proxy sindrome» (Hotchkiss, 1997); di «Münchausen by Proxy» (Ryan, 1998; Schreier, 2006a; 2006b); di «Factitious Disorder by Proxy», «Disturbo fittizio per procura» (DSM-IV-TR, 2000; Rogers, 2004); di «Fabricated or induced illness by carers», «Malattia indotta o fabbricata dai caregivers» (Fish, Bromfield, Higgins, 2005); oppure di «Medea Complex» (Griffiths, Cuddihy, Marnane, 2001; Leonard & Farrell, 1992; Rogowski, 2000). Ackerman e Stroebel (1981), Burman e Stevens (1977), Juillelt (2000) e Verity *et al.* (1979) preferivano definirla «Polle Syndrome», dal nome del figlio del barone di Münchhausen morto a un anno di età si pensa per mano dello stesso barone, anche se non esistono documenti confermantici questa ipotesi (Merzagora Betsos, 2003; Olry & Haines, 2006). Tuttavia quest'ultima è una denominazione poco utilizzata dalla comunità scientifica, ormai quasi in disuso.

La complessità legata allo studio dell'abuso MbP¹ risiede non solo nell'individuazione delle possibili cause e processi di rischio e nella difficoltà a diagnosticare il problema, ma soprattutto nell'eterogeneità della natura dello stesso *pattern* comportamentale abusante, nella diversità dei perpetratori responsabili

¹ Nel corso di questo lavoro verrà utilizzata la definizione di «abuso o comportamento münchausen» (MbP), fatta eccezione per quei casi con specifico riferimento scientifico alla «Münchausen Syndrome by Proxy» (MSbP).

che, per quanto – alla luce dei dati disponibili in letteratura (Meadow, 1995a) – siano di prevalenza femminile, sembrano essere trasversali per età, classe socio-economica e livello culturale di appartenenza. Un altro aspetto di non secondaria importanza è l'attribuzione della sindrome.

A chi attribuire la sindrome: alla madre o al bambino? Si tratta di un disturbo mentale della madre? Oppure possiamo considerarlo un comportamento abusante nei confronti di un bambino, con tutte le conseguenze legali ad esso associate?

Per tentare di rispondere sistematicamente a questi quesiti empirici e dare un inquadramento psico-criminologico al problema, questo lavoro analizza la letteratura scientifica sul «pattern münchausen by proxy» (Fish, Bromfield, Higgins, 2005; Galvin, Newton, Vandeven, 2005; Meadow, 1977; Priddis, 2004) al fine di individuare le controversie sottostanti l'appropriatezza o meno di definire questo disturbo una sindrome, di identificare le potenziali vittime e i perpetratori, di esplorare i possibili fattori di rischio alla base di tale comportamento abusante, di individuarne l'onset e di delineare l'eventuale processo di escalation e ricorsività dello stesso e, infine, di focalizzare l'attenzione sia sulle dinamiche familiari che sostengono, rinforzano e mantengono il *pattern* abusante sia su quelle che favoriscono la possibile desistenza.

Controversie epistemologiche

L'interesse per la classificazione del comportamento umano, specie di quello problematico e abusante, nasce dalla necessità di controllo e di predizione. In effetti, quando si studia il comportamento MbP non si è di fronte a un comportamento *res ipsa loquitur*, l'eterogeneità con cui si manifesta e i pochi dati scientifici a disposizione contribuiscono a creare condizioni di ansia anticipatoria e di contagio sociale, con risultati catastrofici.

La Sindrome di Münchausen by proxy, originariamente presentata in letteratura (Meadow, 1977), così come ogni altra sindrome è caratterizzata da una serie di segni inusuali e comportamenti relativi a una persona che ne è portatrice. Secondo il dizionario della lingua italiana *Devoto-Oli* (2000) per «sindrome» si intende in medicina, quel complesso di sintomi che possono essere provocati dalle cause più diverse. La comunità scientifica, già a partire dai primi lavori sia di Asher (1951) sia di Meadow (1977), aveva sentito l'appello deontologico a dare una definizione e un nome a questo problema, soprattutto per la gravità del comportamento messo in atto e delle possibili conseguenze per le vittime coinvolte a diversi livelli (Ayoub & Alexander, 1998). Si trattava quasi

del richiamo nietzscheano al primo principio della gaia scienza secondo il quale «ogni spiegazione è meglio che nessuna» (Nietzsche, 2001, or. 1882). Il risultato è stato che l'identificazione di una sindrome e di una possibile patologia hanno aumentato l'interesse e la curiosità a scoprire le cause, le persone colpite e le vittime, favorendo il proliferare degli studi sulla Sindrome di Münchausen by proxy.

Se da un lato questo ha sensibilizzato l'opinione pubblica e permesso di prevenire e bloccare molti casi di malessere infantile e familiare, dall'altro ha rinforzato l'esigenza epistemologica di studiare il problema avvalendosi di una metodologia scientifica sempre più precisa. Un'analisi critica permette di comprendere che «acquisire più informazioni sulla realtà per tentare di disambiguarla, ne aggrava l'ambiguità» (cfr. De Cataldo Neuburger & Gulotta, 1996, p. 33). E fu proprio Bertrand Russell (1921), uno dei maggiori filosofi della scienza, ad affermare che «ogni cosa è vaga in una misura di cui non ci si rende conto finché non si cerca di precisarla» (cit. in De Cataldo Neuburger & Gulotta, 1996, p. 33). Il rischio che si incontra è quello di influenzare e alterare l'oggetto di osservazione, specie nei casi di alto contenuto emotivo e di forte risonanza sociale. Arthur Danto (1985) sostiene, infatti, che «definire significa deformare», ed è proprio alla luce di questo *insight* che bisognerebbe operare, soprattutto a livello scientifico, con circospezione critica e cautela metodologica, per evitare di trovarsi coinvolti in una sorta di caccia alle streghe il cui esito sarebbe solo quello di alimentare panico e isteria sociale. Si pensi alla fiaba di Hans Christian Andersen, *I nuovi vestiti dell'imperatore*, nella quale nessuno voleva ammettere di non vedere il nuovo, magnifico abito dell'imperatore, creato espressamente per lui da due sarti ciarlatani, e di fronte al quale tutti rimanevano estasiati, incluso lo stesso imperatore.

Con il concetto di *confirmatory bias* («bias confermante») si intende, infatti, la tendenza degli specialisti ad aderire a delle originali ipotesi o credenze, nonostante l'evidenza del contario (Mart, 2002; Risinger, Saks, Thompson, Rosenthal, 2002; Siegel & Fischer, 2001). Nisbett e Ross (1980) chiamano «codificazione dei dati viziata dalla teoria» il procedimento che conduce ogni individuo, e quindi anche lo scienziato, a interpretare i dati raccolti in funzione delle informazioni che già si possiedono. Si tratta di un fenomeno con conseguenze simili a quello indicato da Tversky e Kahneman (1974; 1982) con il nome di «euristica della disponibilità», che consiste nella tendenza della mente umana a utilizzare le informazioni e le esperienze che sono rimaste più vive nella memoria, diventando più facili da recuperare. Un fatto, pertanto, risulterà più probabile in relazione alla maggiore o minore facilità con cui si richiamano alla memoria esempi simili all'evento in questione. La facilità con cui un fatto

è recuperabile dipende dalla salienza che lo stesso riveste per la persona. L'euristica, in questo caso, conduce a una valutazione che predilige gli eventi rari, però memorabili, a scapito di eventi meno pregnanti anche se più frequenti (Gulotta & Cutica, 2004). Fino a circa trent'anni fa gli scienziati erano convinti che il loro compito fosse quello di trovare tutti gli esempi possibili per confermare le loro teorie. Tuttavia se da un lato il *verificazionismo* è l'errore principale sotto il profilo epistemologico – in quanto esiste la tendenza in ogni individuo, e quindi anche nei ricercatori, a trovare nei fenomeni che si osservano quegli elementi e fattori in grado di sostenere e confermare l'ipotesi di partenza (Popper, 1959) –, dall'altro lato c'è la tendenza opposta, ovvero si ricercano affannosamente esempi e casi inconsistenti rispetto alle teorie.

Nella ricerca scientifica ci si avvale di due tipi di affermazioni: una è relativa all'osservazione e l'altra all'universalità. Lo slogan popperiano recita infatti che la vista continua di cigni bianchi (osservazione) non dimostra affatto che tutti i cigni siano davvero solo bianchi (non universalità); la vista anche di un solo cigno nero può smentirlo (James, 2002; Magee, 1985). In molti casi di malessere infantile e familiare ad esso associato, è molto difficile stabilire con certezza le cause dello stesso, convenire se effettivamente i segni della malattia di un bambino siano indotti o fabbricati, riconoscere se si tratta di abuso münchhausen, soprattutto quanto le informazioni sono frammentate e vaghe e possono essere equamente interpretate e spiegate (Gulotta, 1995; Gulotta & Cutica, 2002; Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967). Inoltre, la presenza di determinati fattori di rischio non può essere interpretata come la prova che un abuso sia realmente accaduto, in quanto essi possono essere associati a spiegazioni alternative e multifinali (Cicchetti & Rogosch, 1996; Zara, 2005). In linea con la metafora dei cigni (Popper, 1959), la presenza di un solo visibile «cigno nero» (segno di una condizione grave e inspiegabile di malessere in un bambino) non può darci la garanzia che tutti gli altri cigni siano bianchi né che questo sia una manifestazione di abuso münchhausen. In questo caso il rischio può essere di vedere solo cigni neri anche se sono visibili segni differenti, ambigui e critici rispetto alla «bianca consuetudine» del cigno.

Di fronte a dimostrazioni concrete della fallibilità dei nostri giudizi, mi pare infatti che il conseguente aumento di consapevolezza che ne deriva suggerisca l'opportunità di procedere nella ricerca conoscitiva (sia nella fase che precede sia in quella che segue gli interventi e i provvedimenti pratici correlati) con una certa dose di *umiltà*. Un'umiltà da intendersi, con Bateson (1976), non come principio morale ma come «elemento di filosofia scientifica» (Puddu, 2002, p. 689, corsivo come in originale).

L'abu
dotta
sotto
di ur
no tr
golo
critic
Ne
re un
bi – i
abusa
risulta
neces
zioni
& Be
1987)
che ch
osped
in cui
volgin
che vic
ne mū
stente
pur ne
gni di
no nel
mento
Ma i
È pl
nel cor
punto
Oppur
venti a
tivi al p
trovarsi
croce, p
Lo sc

La cautela scientifica della definizione

L'abuso münchausen è relativamente raro, così come i casi di malattia indotta o fabbricata da un *caretaker* (Fish *et al.*, 2005), tuttavia non bisogna sottostimare o sminuire la gravità della natura dell'abuso o la necessità di una formazione specialistica e mirata da parte degli specialisti che possono trovarsi di fronte a casi münchausen. È opportuno esaminare ogni singolo caso di malessere infantile con l'accuratezza metodologica della scienza critica.

Nella MSbP è comunemente accettato che la persona in questione, in genere una donna, induca o fabbrichi sintomi fisici o psicologici – talvolta entrambi – in un'altra persona, in genere il proprio figlio. Nel corso della dinamica abusante, la madre pur producendo nel figlio una serie di sintomi allarmanti, risulta piuttosto interessata a ottenere per il proprio figlio l'attenzione medica necessaria ed è specialmente abile ad attivare una rete di inganni e manipolazioni nella quale il personale medico è spesso una vittima inconsapevole (Jacobs & Berman, 1998; Mart, 2002; Meadow, 2002; Zitelli, Seltman, Shannon, 1987). La perpetratrice sembra provare gratificazione nelle performance mediche che la vittima subisce, si dimostra particolarmente collaborativa con lo staff ospedaliero, manifesta particolare calma e controllo anche in quelle situazioni in cui la vita della vittima sembra in grave pericolo, nega ogni personale coinvolgimento nei disturbi causati. Ed è proprio il comportamento della madre che viene ad essere utilizzato come conferma dell'inganno e della manipolazione münchausen. Sia che la madre si dimostri particolarmente allarmata, insistente e ansiosa, oppure calma, controllata e distaccata, queste caratteristiche, pur nella loro opposta diversità, possono venire interpretate come possibili segni di un «atteggiamento münchausen». Gli esperti costantemente individuano nella convincente abilità manipolatoria della madre della vittima un elemento di identificazione del possibile perpetratore münchausen.

Ma in quale termine questo può essere predittivo di qualcosa?

È plausibile che una madre allarmata per la salute del proprio figlio sia abile nel convincere i medici a intervenire d'urgenza, per poi realizzare che da un punto di vista medico la situazione non era poi estrema e grave come descritta. Oppure è possibile immaginare una madre che durante un interrogatorio diventi ansiosa, incoerente nelle spiegazioni, vaga nei dettagli, anche quelli relativi al proprio figlio, alimentando sospetti e dubbi nell'uditorio. Sembra quasi trovarsi in quella condizione descritta dallo stratagemma «se testa, vinco io, se croce, perdi tu».

Lo scopo di questo lavoro non è sostenere che non esiste questa forma di

«abuso münchausen» (Craig, 1991), ma proprio in virtù dell'interesse scientifico e umano a tutelare l'infanzia, l'imperativo diventa capire con precisione e chiarezza metodologica la natura, l'estensione, il *pattern* e la frequenza di questo tipo di maltrattamento e abuso. Alla luce di queste considerazioni critiche, forse sarebbe più opportuno parlare di abuso o comportamento münchausen by proxy (MbP), facendolo rientrare in una delle più gravi forme di abuso infantile in quanto oltre al maltrattamento, all'abuso, alla strumentalizzazione del minore – a causa dei quali si mette seriamente a rischio la sua vita – si verifica una forma costante di manipolazione e di inganno, fino ad arrivare alla rottura del legame di fiducia del bambino con la figura di riferimento primario, che in genere è la madre.

Difficoltà di inquadramento diagnostico

Parnell (1998a; 1998b) suggerisce che esistono profonde differenze tra la psicopatologia di una persona che è pronta ad arrecare danno a se stessa e quella che è pronta non solo a osservare, ma anche a creare sofferenza in un altro essere umano, specialmente un bambino indifeso.

Con il lavoro di Schreier e Libow (1993a) il progetto di stabilire un'eziologia rigorosa per questo disturbo sembrava finalmente essersi realizzato. La MSbP veniva infatti delineata come una «perversione della maternità», *perversion of mothering*, (Polledri, 1996) in cui la madre münchausen userebbe il proprio figlio come un feticcio (Hotchkiss, 1997) al fine di guadagnare l'affetto e l'ammirazione del personale medico. Il concetto di diade madre-bambino veniva riproposto (Schreier, 1996), così come quello del bambino come oggetto di sacrificio offerto al medico (pediatra, ginecologo): una sorta di «*token* desessualizzato» che diventava il simbolo della volontaria sottomissione materna all'autorità (Allison & Rose, 1998).

La realtà MbP non ha, infatti, in sé elementi sufficienti per sorreggersi da sola; ha bisogno di un contesto, di relazioni di riconoscimento sociale del potere e di ricerca della sua approvazione. Per Allison e Rose (1998) il concetto di sottomissione al potere sembra essere il nodo cruciale della costruzione dell'abuso MbP, in quanto ha a che fare con lo spazio entro cui il potere viene conferito, esercitato, riconosciuto e confermato. Aspetti questi ultimi che verranno recuperati come significativi nell'analisi della dimensione motivazionale.

La costruzione sociale di questa sindrome ha tuttavia rischiato di seguire lo stesso tribolato destino storico della *stregoneria* da un lato e dell'*isteria* dall'al-

tro. Nel primo caso non si trattava di un disturbo, ma di una pratica sociale e culturale che disturbava il potere politico e religioso, e che per questo doveva essere eliminata. Quando la donna non incarnava pienamente il simbolo angelicato di protettrice amorevole dei propri figli, l'insulto morale emergente doveva essere immediatamente esorcizzato, così come dovevano essere ristabiliti gli ideali canonici di bontà femminile (Harman, 2004; Nicolson, 1995; Zara, 2002). L'isteria rientrava invece nel dominio specificatamente medico ed era infatti considerato un disturbo da controllare e curare.

È interessante osservare che le critiche alla MSbP e alla sua medicalizzazione arrivano proprio da quegli studiosi di stampo non medico ma filosofico, oppure di formazione umanistica². Ovviamente è di fondamentale importanza per gli studiosi evitare che la MSbP diventi un crocevia in cui scienze mediche e non mediche si attaccano per guadagnare punti a proprio favore. Certamente, il contesto in cui il comportamento münchausen by proxy si verifica non è accidentale, e riveste un ruolo preciso che merita un'attenta considerazione. Per questa ragione gli studiosi delle diverse discipline sono chiamati a lavorare in modo interdisciplinare e collaborativo per tentare di intervenire precocemente e in modo efficiente in tutti quei casi in cui la vita di un minore, e non solo, è a serio rischio.

Identità psichiatrica del problema

Il nome «Münchausen» è recentemente passato in disuso nel linguaggio ufficiale della psicopatologia (Allison & Rose, 1998) e nel DSM-IV (1994) l'etichetta «münchausen» è stata cancellata. Il termine aveva iniziato il proprio percorso diagnostico come una forma specifica di disturbo fittizio con sintomi fisici, ma la sua forma adulta è ritornata ad essere riconosciuta nella sua forma generale di disturbo fittizio. Nello stesso modo la dicitura «by proxy» associata al disturbo è diventata «disturbo fittizio per procura». Per la vittima di quello che formalmente era stato designato come MSbP, la corrente definizione è nuovamente «Maltrattamento Fisico del Bambino» (995.5). Pur soffrendo delle iniziali difficoltà di inquadramento nosografico, la Sindrome di Münchausen by proxy (MSbP) ha successivamente ottenuto una sua collocazione nel DSM-IV-TR (2000) che, considerandola espressione di un distur-

² Una delle analisi più critiche nei confronti della Sindrome di Münchausen by Proxy è quella di Allison e Rose pubblicata nel 1998, dal titolo *Disordered mother or disordered diagnosis. Münchausen syndrome by proxy*. Gli autori sono due professori di filosofia che insegnano alla State University of New York at Stony Brook.

bo del comportamento, la inserisce all'interno del «Disturbo fittizio per procura» (FDbP).

La più significativa difficoltà a delineare un'identità münchausen omogenea risiede nel differente approccio adottato dai diversi professionisti. I pediatri usano la definizione di MbP per descrivere una grave forma di abuso all'infanzia; gli psicologi e gli psichiatri ricercano un'etichetta diagnostica per il persecutore; gli esperti forensi sono interessati a quei casi che richiamano l'attenzione del sistema penale in quanto si deve stabilire se un reato contro la persona è stato commesso, si devono valutare gli indizi e le prove che costituiscono il reato, l'intenzionalità dell'autore del comportamento antiggiuridico, i danni arrecati alle vittime; gli operatori sociali sono interessati a fornire a quelle famiglie bisognose il sostegno e l'aiuto necessario per migliorare o eliminare quelle condizioni che potrebbero ingenerare una condizione di abuso; i servizi di tutela all'infanzia operano combinando la prospettiva legale e quella assistenziale al fine di attivare e mantenere tutte quelle condizioni di tutela e salvaguardia della salute e del benessere del bambino.

Vista la mancanza di una cornice teorica, non è stato facile individuare i criteri capaci di facilitare la rappresentazione nosografica del disturbo: i criteri che sono stati identificati sono la produzione intenzionale e la simulazione di segni o sintomi fisici o psichici in un bambino, in genere piccolo, da parte di un genitore, generalmente la madre. La motivazione di tale comportamento viene ritenuta il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato. Sono assenti incentivi esterni per il comportamento, come per esempio vantaggi economici: è proprio nell'assenza di un guadagno secondario che la MSbP differisce dalla simulazione e dall'ipocondria. Il responsabile induce o simula lo stato di malattia o il processo patologico nella vittima – e quindi richiede cure mediche per la vittima – affermando di non sapere nulla circa le cause del problema. La vittima è di solito un bambino in età prescolare, per quanto anche i neonati, adolescenti o adulti possono essere usati come vittima. Con gli adolescenti e le persone adulte va presa in considerazione la possibilità di collaborazione con il persecutore nella produzione dei segni e dei sintomi.

La maggior parte di queste condizioni indotte e simulate riguarda gli apparati gastro-intestinale, genitourinario e il sistema nervoso centrale; la simulazione, nella vittima, di disturbi mentali è riportata meno frequentemente. Il tipo e la gravità dei segni e dei sintomi sono condizionati solo dal grado di conoscenze mediche e dalle opportunità del persecutore. I casi sono spesso caratterizzati da un decorso clinico atipico nella vittima e da reperti di laboratorio incongruenti che risultano in disaccordo con lo stato di

sa
di
lo
vi
(1

1.

2.

3.

4.

I
zio:
il s
nor
po
inq
ban

Un
mul
sonc
sta, :
pure

³ Crite
A. Pro
fidata
B. La
person
C. Son
D. Il c

4. Analisi criminologica dell'abuso Münchausen

salute apparente della vittima. Il più accreditato quadro clinico della sindrome, soprattutto perché evidenziava l'eterogeneità del problema, era quello di Bools, Neale e Meadow (1993; 1994) e di Rosenberg (1987) che individuano quattro elementi, sulla falsa riga di quanto delineato nel DSM-IV³ (1994):

1. Una malattia del bambino che è simulata o indotta da un genitore o chi agisce in *loco parentis*
2. Il bambino viene persistentemente portato all'attenzione di medici ed è spesso costretto a sottoporsi ad analisi e trattamenti ricorrenti, invasivi e spesso dolorosi
3. Il perpetratore nega di conoscere le cause della malattia
4. La regressione dei sintomi e dei segni di malattia quando il bambino viene allontanato dal presunto abusante.

Rispetto a quest'ultimo punto, Klebes e Fay (1995) sostengono che la cessazione di segnali e sintomi nella vittima, una volta allontanata dall'abusante, sia il segno distintivo della sindrome («the hallmark of this syndrome»), anche se non è raro il caso della regressione spontanea dei sintomi con il passare del tempo e, soprattutto, con la modificazione di quella condizione pervasiva di ansia, inquietudine e allarme che andava a incidere negativamente sul benessere del bambino (Hayward-Brown, 2004).

Münchausen Syndrome by proxy oppure Abuso Münchausen?

Un disturbo fittizio è per definizione, un «non-disturbo», in quanto è una simulazione di un disturbo e, in effetti, l'unica indicazione della sua esistenza sono i comportamenti concreti e agiti che, dalla prospettiva dello psicodiagnota, sono considerati la manifestazione di sintomi fisici o psicologici «falsi» oppure autoindotti. Il comportamento münchausen by proxy deve essere studia-

³ Criteri di ricerca per il *Disturbo Fittizio per Procura* (DSM-IV, 1994):

- A. Produzione intenzionale o simulazione di segni o sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata alle cure dell'individuo.
- B. La motivazione per il comportamento, dell'individuo responsabile è quella di assumere per interposta persona il ruolo di malato.
- C. Sono assenti incentivi esterni per il comportamento (come vantaggi economici).
- D. Il comportamento non risulta meglio attribuibile a qualche altro disturbo mentale.

to in relazione alla sua esternalizzazione, all'interno del contesto di vita sia del perpetratore che della vittima.

Dopo circa venti anni dal suo primo lavoro, lo stesso Meadow (1995b, pp. 91-99) sostenne che:

La MSbP è una forma di abuso infantile, piuttosto che qualcosa di cui soffre l'adulto che ha perpetrato quell'abuso. Penso che esso abbia a che fare con le circostanze di vita della madre al tempo della messa in atto dell'abuso. Se una madre si trova in una buona condizione di vita, con un compagno disponibile, o forse con un buon lavoro, essa può affrontare meglio la vita con un figlio, invece se queste cose sono complicate e problematiche, ecco che la MSbP si manifesta.

Alla luce dei risultati di molti studi specialistici (Fisher & Mitchell, 1995; Grace, 1984; Rosen *et al.*, 1983; Stone, 1989; Wilkinson & Parnell, 1998; Dowdell & Foster, 1999; Raitt & Zeedyk, 2004), sarebbe utile, per i pediatri e per gli specialisti coinvolti in tali problematiche, parlare di «comportamento o di abuso MbP» piuttosto che di disturbo o sindrome. Se si analizzano attentamente i criteri diagnostici riportati nel DSM-IV e indicati da Bools *et al.* (1994), Meadow (1982; 1984) e Rosenberg (1987), e usati dai pediatri come linee guida, si conclude come tre criteri su quattro siano indicativi di segni riportati dalla vittima. La necessità di spostare l'attenzione sul bambino, vittima münchausen by proxy, viene riconosciuta anche da Craft e Hall (2004) e Fish *et al.* (2005), che sostengono che la definizione di malattia indotta riconduce al bambino portatore di tali sintomi che deve essere tutelato e protetto, piuttosto che alla supposta psicopatologia del genitore. Inoltre, bisogna sempre riconoscere che si è di fronte a un quadro clinico orientativo, in quanto solo due dei quattro criteri sopra riportati fanno riferimento agli aspetti di fabbricazione e induzione, precisamente il primo (una malattia del bambino che è simulata o indotta da un genitore o chi agisce *in loco parentis*) e indirettamente il quarto (la regressione dei sintomi e dei segni di malattia quando il bambino viene allontanato dal presunto abusante). Gli altri due possono verificarsi anche nel caso di genitori non abusanti, particolarmente ansiosi, che ricercano spiegazioni per la persistente sintomatologia dei propri figli (Rogers, 1997; 2004), anche attraverso un'ossessiva ricerca di informazioni; questo rende ancora più complesso il lavoro di individuazione.

L'APSAC, *American Professional Society on the Abuse of Children*, (Ayoub *et al.*, 2002; Ayoub, Schreier, Keller, 2002) ha utilizzato la definizione di «disturbo fittizio per procura» (*fictitious disorder by proxy*, FDbP) (DSM-IV-TR, 2000) combinandola con la diagnosi di abuso infantile per meglio stabilire i criteri per MSbP, definendo l'abuso del bambino una *pediatric condition falsifi-*

cation (PCF) che può essere o meno associata con FDbP (Galvin, Newton, Vandeven, 2005; Schreier, 2006a). L'APSAC (Ayoub *et al.*, 2002) specifica nelle linee guida che sia FDbP sia PCF devono essere entrambi presenti nel caso di diagnosi di abuso MSbP. Una «condizione pediatrica falsificata» (PCF), causata con intenti diversi dalla soddisfazione di bisogni psicologici non è considerata MSbP, ma deve essere classificata comunque come abuso infantile.

Anche se l'abuso münchausen colloca il desiderio della madre di attrarre l'attenzione del personale medico nell'asse primario del disturbo, essa dovrebbe già *ab initio* essere collegata, secondo Allison e Rose (1998), a una delle forme più violente di «sociopatia» che è l'abuso infantile. Come sostengono Parnell e Day (1998), una diagnosi di abuso MbP può essere effettuata solo quando una molteplicità di situazioni, segnali, fattori di rischio sono presenti in modo sistematico e ricorrente. Il *focus* deve essere la situazione e il processo di mantenimento e aggravamento della stessa.

L'eterogeneità dell'abuso münchausen è alla base delle difficoltà che gli specialisti incontrano quando devono decidere se, come, quando e su chi intervenire. È importante tenere presente che la complessità dell'individuazione di un abuso münchausen consiste nel fatto che in alcuni casi una condizione di genuina malattia può coesistere con l'abuso MbP. Alla luce di queste analisi critiche, la definizione «abuso MbP» sembrerebbe superare dignitosamente il problema, in quanto conferisce enfasi alla dimensione violenta e distruttiva dell'abuso münchausen piuttosto che rivolgere l'attenzione al genitore come paziente.

Inquadramento giuridico

Per quanto concerne l'inquadramento dell'abuso MbP in un'apposita icona penalistica, le manifestazioni dei comportamenti munchausiani fanno ritenere di poterla inserire nella fattispecie di cui all'art. 572 c.p. che disciplina il reato di maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli, che recita:

1. Chiunque [...] maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.
2. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte la reclusione dai dodici ai venti anni.

Tutte le definizioni di maltrattamento infantile presenti in letteratura (Bartsch *et al.*, 2003; Gulotta, 1991; Gulotta & Cutica, 2002; 2004; Rand & Feldman, 1999) sono composte da almeno due componenti: una sistematica e definita in cui vengono elencati e differenziati per tipologia e gravità le diverse forme di maltrattamento e di atti in sé, commessi oppure omessi, e un'altra più vaga e meno categorizzabile, che considera il vissuto personale della vittima rispetto all'evento abusante subito e che interferisce con il suo sviluppo e benessere. Pertanto, qualsiasi definizione di maltrattamento infantile deve includere sia gli aspetti oggettivi sia quelli soggettivi del *pattern* abusante e quindi le sue conseguenze.

Ovviamente l'aspetto più controverso rispetto all'inquadramento penalistico è relativo ai casi in cui l'abuso münchausen causa la morte della vittima. Il sistema giuridico italiano si pone a tutela di beni essenziali per ciascun individuo, quali il bene della vita e dell'incolumità fisica. La violenza, il maltrattamento, l'abuso e l'omicidio, nella sua forma di neonaticidio e infanticidio – che sono le tipologie delittuose coerenti con le problematiche analizzate in questo lavoro – sono concretamente offensive dei beni della vita e dell'incolumità fisica e psicologica della persona. «Chiunque cagiona la morte di un "individuo" è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno» (art. 575, c.p.): oggetto tutelato è la vita umana che nel rispetto dei principi costituzionali (cfr. art. 2 Cost.) non è di esclusiva pertinenza del singolo, ma appartiene all'intera collettività, in quanto risulta avente una rilevanza superindividuale.

L'omicidio è un *reato comune*, può cioè essere compiuto da chiunque, non occorrendo che l'autore del fatto rivesta una posizione o una qualifica particolare. È altresì un reato a forma libera (fattispecie causalmente orientata) non richiedendosi per la sua realizzazione modalità specifiche, ma soltanto un comportamento idoneo a cagionare l'evento morte: trattasi di reato di evento.

L'art. 578 c.p. recita che la madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da 4 a 12 anni. Si tratta di un reato di evento la cui fattispecie criminosa si attegga diversamente a seconda che la condotta lesiva ricada sul feto o sul neonato⁴. Si deve considerare che in assenza delle condizioni previste da questo articolo (ex art. 578), la madre che uccide il feto o il neonato risponderà di omicidio volontario.

⁴ Nel primo caso si discorrerà di feticidio, e l'evento morte dovrà intervenire tra l'inizio del distacco del feto dall'utero materno e il momento in cui il neonato acquista vita autonoma. Nel secondo caso invece si discorrerà di infanticidio, e l'evento morte dovrà intervenire successivamente alla fuoriuscita del feto dall'utero materno, purché il fatto segua immediatamente il parto.

Particolare rilievo assumono, in tali casi, le condizioni di abbandono morale e materiale in cui agisce la madre che fungono da movente dell'azione criminosa. La norma stabilisce che il delitto di infanticidio, in condizioni di abbandono morale e materiale, è configurabile soltanto se l'evento letale avviene immediatamente dopo il parto, e cioè in quelle condizioni di turbamento psichico che costituiscono la ragione del diverso trattamento sanzionatorio rispetto all'omicidio volontario. Rispetto a quest'ultimo, la giurisprudenza ha ritenuto non configurabile il delitto di infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale, ma quello di omicidio volontario sia nel caso che la morte sia cagionata oltre i due giorni dal parto, sia qualora lo stato di abbandono materiale e morale sia stato volontariamente creato e mantenuto col fine precipuo di farne derivare la morte.

La dinamica abusante münchausen by proxy

Alexander, Smith e Stevensen (1990) sostengono che ci possono essere tra i 2/4 casi di abuso MbP per ogni milione di persone. Un'analisi epidemiologica condotta da McClure *et al.* (1996) nel Regno Unito e in Irlanda evidenziava, per le diverse regioni osservate, tassi di incidenza di malattie indotte o fabbricate tra lo 0,1 - 0,8 per ogni 100.000 bambini sotto i 16 anni.

Secondo Rosenberg (1987) e McClure *et al.* (1996) il tasso di mortalità è approssimamente del 10%. Il tasso di morbidità fisica sembra essere del 75% e la prevalenza di morbidità psicologica appare perfino più estesa.

Gli studi internazionali più recenti (Erickson & Duncan, 1998; Galvin, Newton, Vendeven, 2005) riportano una mortalità dovuta a MbP pari a 6 - 10%, che potrebbe salire al 33% quando soffocamento e avvelenamento indotti vengono tenuti in considerazione (McClure *et al.*, 1996; Souid, Keith, Cunningham, 1998; Reece & Ludwig, 2001; Schreier, 2004; Sharif, 2004). L'incremento nel numero delle morti infantili inspiegate può essere, infatti, un indicatore di come l'abuso münchausen sia spesso sottostimato, anche a causa dell'esiguità di strumenti e di metodi adeguati di *assessment*, di controllo e monitoraggio del rischio (Newton & Vandeven, 2005; Pritchard, 2004; Priddis, 2004; Raitt & Zeedyk, 2000; Rogers, 2004). Ricerche comparative internazionali hanno indicato che quello che viene definito «abuso münchausen» è stato registrato in ben 24 differenti Paesi del mondo (Fish, Bromfield, Higgins, 2005; Pritchard, 2004).

In uno studio esplorativo condotto da Libow (1995) vennero esplorate le esperienze infantili e le conseguenze psicologiche a lungo termine in 10 indivi-

dui adulti – con un range di età da 33 a 71 anni – che erano stati identificati come vittime di una malattia fittizia indotta da uno dei genitori (nello specifico la madre). Si trattava di persone con un alto livello culturale e interessate a collaborare. I partecipanti completarono un questionario a domande aperte e una *checklist* per la valutazione del disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Venne descritta una serie di sintomi che andavano da avvelenamento e fratture ossee a situazioni di esagerazione sintomatologica. Questi individui si definivano come persone insicure, non amate, non desiderate o non accolte. Molti manifestavano sentimenti di risentimento e rabbia nei confronti della madre abusante, ma un sorprendente grado di simpatia nei confronti del proprio padre che consideravano come un complice passivo o come colui che aveva fallito nel compito di tutela e sostegno affettivo. Un aspetto interessante che emerge dallo studio è che in tutti i casi si trattava di individui che già da bambini erano consapevoli di essere usati e manipolati dai propri genitori attraverso l'induzione attiva di sintomi e disturbi. Anche se, in virtù di questa consapevolezza, avevano attivato richieste d'aiuto puntando sulla fiducia di altri adulti con cui avevano contatto (il padre, i vicini di casa, lo staff scolastico, come il *counsellor* o gli insegnanti), non avevano ricevuto risposte sollecite di aiuto; in alcuni casi erano stati minacciati di conseguenze gravi. L'aspetto della consapevolezza delle vittime è certamente significativo ai fini dell'*assessment* della dinamica abusante, per cui le indagini cliniche con potenziali vittime münchausen potrebbero facilitare una più accurata valutazione dei casi di veri positivi, e una discriminazione tra falsi e veri positivi e negativi. Per la maggior parte di queste vittime, l'abuso si interruppe una volta avuta la possibilità di lasciare la casa genitoriale o quando, diventati adulti, avevano raggiunto il coraggio di minacciare i genitori del rischio di una possibile denuncia alle autorità. Libow (1995) evidenzia che si trattava di uno studio che focalizzava l'attenzione sull'infanzia violata di bambini cresciuti in un periodo in cui la ricerca sul tema era solo agli inizi e il tema dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia non era ancora entrato nell'immaginario collettivo come un reale problema sociale.

Per quanto interessante – in quanto si tratta di uno dei pochi studi ad aver focalizzato l'attenzione sulle storie di vita di sopravvissuti münchausen – la sua impostazione metodologica ne costituisce la sua fallacia. Il fatto che si trattasse di dati retrospettivi e di *self-report* non costituisce il problema in sé, se non per il fatto che l'affidabilità dei dati raccolti non viene neanche messa in discussione. Inoltre, il campione coinvolto nello studio consisteva in 10 adulti che diedero la propria disponibilità a partecipare, così come indicato dalla Libow (1995) solo «dopo aver appreso del lavoro dell'autrice attraverso i mass media» (*ivi*, p. 1132). È stata la stessa Libow (1995) ad affermare che furono

i pa
Lo
dell
rien
te c
ciat
tam
vita
L'ur
di s
pan
mat
dell
U
pres
For
mat
200
Chi
mas
ciali
di L
gno
casi
bo i
prol
gno.

Il cl
può
esser

i partecipanti al suo studio ad auto-identificarsi come «vittime münchhausen». Lo studio manca di una procedura di analisi della validità e dell'accuratezza delle storie di abuso raccolte; le stesse dichiarazioni e narrazioni delle esperienze infantili traumatizzanti erano state considerate valide e quindi utilizzate come veritiere. La possibilità di un recupero di ricordi frammentati, dissociati e falsi non viene neanche considerata come possibile, ignorando completamente il ruolo che la memoria può avere nella ricostruzione della storia di vita individuale e quindi trascurando la letteratura scientifica sull'argomento. L'unico fondamento per l'idoneità di questo studio era che «la validità dei dati di self-report raccolti era supportata dallo stress personale che molti partecipanti manifestavano nel raccontare le loro esperienze» (*ivi*, p. 1139). La drammaticità dei ricordi recuperati e raccontati diventava un criterio di conferma della veridicità degli stessi.

Un altro aspetto di particolare importanza è quello relativo alla diagnosi. In pressoché tutta la letteratura medica e psichiatrica (Fisher & Mitchell, 1995; Fornari, 2004; Meadow, 1993; McClure *et al.*, 1996; Oski, 1999; Perera, Lamabadusuriya, De Silva, 1995; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2002a; Royal College of Pathologists and Royal College of Paediatrics and Child Health, Report, 2004; Schreier, 2006a; Schreier & Ayoub, 2002; Thomas, 2003; Wilson, 2001) viene evidenziata la difficoltà che qualunque specialista incontra prima di arrivare a una diagnosi precisa e valida. Nel lavoro di Libow (1995) ci si trova di fronte a degli individui in grado di elaborare diagnosi per se stessi e spesso anche per le proprie madri. Per esempio, in quattro casi le vittime avevano diagnosticato nella propria madre abusante un disturbo maniaco-depressivo, di depressione acuta e di schizofrenia (*ivi*, p. 1139), problematiche che, se davvero presenti, complicherebbero la principale diagnosi di MbP.

Multiproblematicità familiare

*I nostri genitori, peggiori dei loro padri, hanno generato noi,
più scellerati di loro; noi a nostra volta, genereremo figli più
perversi di noi.*

(Orazio, *Odi*, III, 6, 46-68)

Il clima culturale e sociale entro il quale l'abuso münchhausen si verifica non può essere ignorato, in quanto si tratta di una problematica che ha ragione di essere spiegata anche sulla base del *milieu* socio-culturale in cui essa emerge, si

sviluppa e persiste. A essere influenzato è quindi l'intero sistema familiare e le vittime sono multiple. Merzagora Betsos (2003, p. 151) sostiene che il comportamento münchausen per procura «è [...] una forma di maltrattamento che deriva in un certo senso da troppa sollecitudine, e che è resa possibile da una cultura in cui la scienza medica e l'assistenza sanitaria sono particolarmente sviluppate».

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

È solo cercando di studiare il contesto esistenziale entro il quale l'abuso münchausen by proxy si verifica che è possibile iniziare a inquadrare un percorso di intervento e prevenzione; infatti parafrasando Georges Bernanos (2002), si può affermare che cercare la «verità» della persona, significa primariamente doversi impadronire del suo dolore. All'interno di un quadro complesso come quello münchausen, il riconoscimento di una multiproblematicità nel sistema familiare può fornire degli elementi significativi nell'iniziazione e strutturazione di forme di abuso münchausen ripetute, aggravate e persistenti.

L'abuso MbP non può, infatti, essere studiato solo in riferimento alla dualità persecutore-vittima, in quanto essa si verifica all'interno di un contesto più o meno disfunzionale, in una famiglia più o meno problematica, in relazione a un *network* dove diverse persone direttamente o anche solo indirettamente possono facilitare, rinforzare e mantenere o subire l'abuso e le sue conseguenze (Jones, Badgett, Minella, Schuschke, 1993; Krener & Adelman, 1988). Il contesto familiare sembrerebbe infatti svolgere un ruolo significativo, se non nel causare, almeno nel favorire e mantenere un *pattern* münchausen (Griffith, 1988). Si tratta infatti di un caso di famiglia (Birge, 1996; Bryk & Siegel, 1997; Mehl, Coble, Johnson, 1990; Pickford, Buchanan, McLaughlan, 1988; Sanders, 1996).

Nonostante la riconosciuta trasversalità di coinvolgimento socio-culturale – riscontrata in diversi casi di maltrattamento infantile – gli studi specialistici evidenziano la presenza significativa di classi medio-basse con un'istruzione in campo medico-sanitario formalmente iniziata, anche se raramente conclusa (Jones, 1987; Rosenberg, 1987). Gli studi più recenti (Cassar *et al.*, 1996; Sheridan, 2003) riportano come l'abuso MbP si manifesti generalmente tra la po-

polazione socialmente marginalizzata, coinvolgendo donne povere, culturalmente deboli, professionalmente fallite, emozionalmente sole e abbandonate, i cui figli sono nati e cresciuti nelle più desolate condizioni.

A differenza di altri comportamenti antisociali, aggressivi e violenti in generale, in cui si registra una netta prevalenza maschile, l'abuso MbP è associato a una straordinarietà in *reverse gender disparity* («disparità di genere al contrario»), in quanto vede coinvolta un'alta prevalenza femminile. Infatti nonostante bambini e bambine vengano similamente abusati, il perpetratore münchausen by proxy è nel 95% dei casi la madre la madre biologica (Crouse, 1992; Leeder, 1990; Lesaca, 1995; Levin & Sheridan, 1995; Meadow, 1997; 1998; Pritchard, 2004; Von Burg & Hibbard, 1995). Altri studi specialistici (Meadow, 1995a; 1998) confermano questo trend, indicando che solo nel 5% dei casi i perpetratori possono essere il padre, la babysitter o la nonna. È raro che il padre abbia un ruolo attivo in questa tipologia di abuso, anche se esistono casi di MbP perpetrati dal padre (Meadow, 1995a; 1995b; 1998). Meadow (1998), in uno dei suoi ultimi lavori, ha dichiarato che solo negli ultimi 10 anni di pratica medica ha incontrato 15 casi in cui l'abusante münchausen era un uomo. Dall'analisi di Meadow (1998) emerge che in 11 casi si trattava di uomini, con bisogni particolari e problemi antisociali, ma che coabitavano con una compagna, il che fa ipotizzare che il possibile abuso münchausen avesse origine all'interno di un sistema familiare conflittuale e instabile, o perlomeno disfunzionale. I dati raccolti, anche attraverso resoconti verbali, evidenziano a questo proposito che si trattava di uomini che, se fossero vissuti da soli, con molta probabilità non avrebbero avuto alcuna cura dei propri figli, in quanto non ne avrebbero richiesto la custodia, ma non c'erano le condizioni per pensare che avrebbero messo in atto forme di abuso nei loro confronti. Solo in quattro casi, ci sono stati due padri che erano i soli responsabili della custodia e cura dei figli e negli altri due casi si trattava di persone con una relazione con compagne inadeguate. Meadow (1998) ritiene che il partner del perpetratore è, in genere, una persona che in relazione al ruolo che riveste e alla sua personalità, contribuisce all'abuso. In questi casi l'apparente fragilità, passività e, spesso, anaffettività del partner permette la continuità dell'abuso.

Un aspetto che richiama l'attenzione degli specialisti è che l'abuso münchausen avviene in quasi tutti i casi osservati in letteratura in un'abitazione dove coabitano entrambi i genitori della vittima; è meno probabile che una madre che vive da sola metta in atto un abuso münchausen, e lo stesso sembra accadere nei casi in cui si tratta di padri single, evidenziandone non solo la multidimensionalità dell'abuso ma anche la necessità di un sistema multiproblematico che lo favorisce.

Se la presenza di un marito inadeguato e un padre assente e anaffettivo può essere una delle variabili alla base dell'abuso MbP perpetrato dalle madri, è molto improbabile che lo stesso fattore socio-psicologico operi nello stesso modo quando il perpetratore è il padre. I pochi casi di abuso münchausen perpetrato da uomini non permettono di avanzare ipotesi causalistiche in proposito.

La ricostruzione psicodinamica nei casi di abuso munchuasen può riguardare il bisogno di compensare una bassa autostima e un Sé fallimentare attraverso l'assunzione del ruolo di madre premurosa e presente, ruolo che è socialmente riconosciuto e culturalmente incoraggiato (Harman, 2004).

La letteratura scientifica è pressoché unanime nel ritenere le madri münchausen non affette da una vera e propria malattia mentale (Bools, Neale, Meadow, 1993; Sanders & Bursch, 2002). Nella maggior parte dei casi si tratta piuttosto di disturbi della personalità⁵ (istrionico, *borderline*, passivo-aggressivo, paranoide, narcisistico) (Rosen *et al.*, 1983) e, quando è presente un quadro criminogenico, si può individuare anche un disturbo antisociale (Meadow, 1977; Rogers, 2004) e psicopatico (Szajnberg, Moilanen, Kanerva, Tolf, 1996), e forme di dipendenza da alcol e droghe. La maggior parte degli individui münchausen descritti in letteratura (Pickford, Buchanan, McLaughlan, 1988; Schreier & Libow, 1993c) riportava almeno un disturbo fisico, comportamentale e psicologico precedente, senza trascurare il fatto che molti di essi arrivavano a richiamare l'attenzione dello staff ospedaliero come l'unica risorsa oramai disponibile per trovare conforto, ascolto e protezione. Rosenberg (1987) evidenzia, infatti, come la malattia del figlio possa far emergere in queste donne, con un «Io malcerto e insicuro», la costruzione di un personaggio sociale positivo. Si potrebbe anche parlare di una *soddisfazione vicaria* che le madri raggiungono richiamando l'attenzione, se non proprio su di sé, almeno sul «figlio malato» (Eminson & Postlethwaite, 1992; 2000).

L'abuso münchausen by proxy dovrebbe quindi iniziare a includere tutta una serie di segni e caratteristiche che vanno al di là delle problematiche che ini-

⁵ Tratti di disturbi di personalità sono in genere presenti negli individui münchausen (anche quando non esiste una diagnosi di disturbo di personalità) e nel DSM-IV-TR (2000) vengono definiti come «modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali. Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattivi, e causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva, essi costituiscono Disturbi di Personalità. La caratteristica essenziale di un Disturbo di Personalità è un modello costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale o controllo degli impulsi» (p. 686). Proprio in ragione di questi aspetti, bisogna fare attenzione a non invocare tutte le tipologie di comportamento descritte in un inquadramento münchausen.

zialmente
da consi
auto ed
lenza (R
stente tr
stessi e
müncha
Sposta
1998) è
può limi
tenziale

L'abus
costruis
mero di
dici, lo
essere di
rinforzo
modello
di poch
petrator
za o me
nella cr
Tale siti
psicolog
raggia e
lato, e s
alla tip
(compl
zione e
to diffe
bambir
Percl
abuso v
Una
sere dis

- inco
- della
- inca

zialmente erano associate a un disturbo materno. In questo senso, un aspetto da considerare è proprio il *ciclo della violenza* che sostiene le forme di abuso auto ed eterodirette e che implica la trasmissione intergenerazionale della violenza (Rappaport & Hochstadt, 1993). Motz (2001) sottolinea il legame esistente tra coloro che hanno manifestato la sindrome di Münchausen su loro stessi e che successivamente hanno manifestato episodi di comportamento münchausen by proxy.

Spostando l'attenzione sugli aspetti vittimologici (Crouse, 1992; Dowling, 1998) è significativo chiedersi: «Chi è la vittima dell'abuso Münchausen? Ci si può limitare a parlare di vittima o bisognerebbe iniziare a ragionare su un potenziale vittimologico allargato?».

L'abuso münchausen non è un singolo evento agito, ma è un processo che si costruisce nel tempo e che si rinforza proporzionalmente anche in base al numero di persone vittimizzate coinvolte: il bambino, i familiari, gli amici, i medici, lo staff ospedaliero, i vicini, i colleghi, la scuola. C'è tutto un sistema ad essere direttamente e indirettamente implicato in un *pattern* abusante che trae rinforzo proprio dalla forza drammatica di attrarre l'attenzione. Per quanto il modello di *interazione münchausen* generalmente coinvolga la madre e il figlio di pochi anni, esso può verificarsi anche nei casi in cui sia la vittima sia il perpetratore siano adulti (Sigal, Altmark, Carmel, 1986). A seconda della presenza o meno di complicità o di partecipazione consapevole della vittima stessa nella creazione artificiosa dei sintomi, il tipo di diagnosi risulterà differente. Tale situazione può arrivare sia a danneggiare gravemente l'incolumità fisica e psicologica della vittima, sia a causarne la morte. L'autore münchausen incoraggia e rinforza nella vittima l'assunzione di uno stile di vita dipendente e malato, e spesso esiste una doppia dipendenza tra abusante e vittima, in relazione alla tipologia della relazione (madre-figlio/a) e alla natura dell'interazione (complicità, simbiosi, diadicità, gemellarità psicologica). Il livello di cooperazione e coinvolgimento tra la vittima e l'abusante è un punto cruciale in quanto differenzia l'abuso MbP-adulto (*follie à trois*), dalla classica variante madre-bambino (*follie à deux*).

Perché un adulto acconsente o addirittura partecipa attivamente affinché un abuso venga messo in atto nei suoi confronti?

Una possibile spiegazione risiede nella tipologia delle vittime che possono essere distinte in:

- inconsapevoli e facilmente a rischio di cadere nella trappola dell'inganno e della manipolazione;
- incapaci di proteggersi a causa di disturbi cognitivi o di demenza;

- imprigionate in un rapporto sado-masochista;
- coinvolte in rapporti dipendenti con il perpetratore tanto da rinunciare al diritto di decidere sulla propria vita, di controllarla e di autodifendersi. È il caso in cui si potrebbe parlare di *identificazione con l'aggressore* o di dipendenza perversa dall'aggressore che, attraverso la fabbricazione di una malattia artificiale, si trasforma in un compagno premuroso, presente e sofferente.

La prospettiva criminologica

In questo lavoro, così come in altri studi (Wilkinson & Parnell, 1998), è stato ampiamente discusso come l'abuso münchausen possa essere compreso solo partendo da una prospettiva longitudinale, e in questo senso è interessante contestualizzare il comportamento nella realtà socio-psicologica dell'individuo münchausen e della sua vittima. Da un punto di vista criminologico gli aspetti caratterizzanti la dinamica dell'abuso cadenzano i processi di pianificazione e di continuità temporale del comportamento münchausen. Nello specifico, l'autore dell'abuso münchausen fabbrica nella vittima i sintomi di una malattia vera e propria oppure acutizza sintomi già presenti. Si tratta quindi di una produzione intenzionale e di una simulazione di segni o sintomi fisici e psichici in un bambino, generalmente piccolo. Questo implica pianificazione, temporalità e monitoraggio.

Si parla di *carriera criminale* per individuare la sequenza longitudinale di comportamenti antisociali, abusanti, aggressivi, violenti e criminali commessi da un individuo nel corso della sua vita (Farrington, 1997; Zara, 2005). L'interesse dello psicologo criminale è in questi casi individuare non solo come la tipologia delittuosa e aggressiva viene esternalizzata, ma anche la storia di-vita della persona perpetratrice e il suo legame con la vittima.

Parlando di dinamica abusante, si considera a significativo parlare di:

- *onset*, esordio abusante
- temporalità dell'abuso, ovvero durata
- modalità con cui si esternalizza il *pattern* abusante
- *escalation* e aggravamento
- *de-escalation* sintomatica e remissione
- desistenza

L'individuazione precisa dell'*onset* dell'abuso münchausen è in pratica impossibile, in quanto si può fare risalire solo alle prime manifestazioni sintoma-

tiche della vittima per le quali è stato chiesto l'intervento medico. Un aspetto da considerare è, però, non solo l'*onset* dei sintomi, ma soprattutto il gap tra *onset* e diagnosi di abuso MbP, dalla quale dipende la possibilità di un intervento. Il problema consiste nel fatto che la necessità dei tempi per un'analisi accurata rischia di diventare un meccanismo perverso di facilitazione della persistenza dell'abuso. In genere l'atto di abuso inizia spontaneamente senza essere favorito o facilitato da un comportamento disturbante del bambino e la letteratura specialistica (Motz, 2001) evidenzia casi in cui già in gravidanza la madre fabbricava problemi fittizi, per esempio, falsi sanguinamenti o maltrattamento del feto.

Iniziando dall'individuo münchausen, in genere si tratta di individui che da un punto di vista criminologico sono primari, ovvero che non hanno, almeno ufficialmente, alcuna storia criminale alle spalle. Ci si può trovare di fronte a persone socialmente inserite, con una cultura medio-alta, in genere con una formazione pseudo-medica, collaborative e amorevoli. Questa realtà, di apparente normalità sociale, rende ancora più complessa l'individuazione di una possibile dinamica abusante. Tuttavia, in altri studi il *background* esistenziale di donne abusanti è caratterizzato da precedenti comportamenti delinquenti e criminali, non sempre venuti alla conoscenza delle forze dell'ordine (Meadow, 1977; Rogers, 2004; Szajnberg, Moilanen, Kanerva, Tolf, 1996); mentre quando si riscontrano casi di condanne penali, queste possono in genere essere fatte risalire all'adolescenza (Welldon & van Velson, 1997). Il vissuto di queste donne münchausen è spesso contraddistinto da disturbi alimentari (Motz, 2001); da comportamenti auto-aggressivi; da una storia di trascuratezza genitoriale; da forme di abuso infantile, incluso l'abuso sessuale (Rosenberg, 1987; Welldon & van Velson, 1997). Tutti questi fattori possono essere alla base del *ciclo perverso della violenza* che favorisce spesso forme gravi e persistenti di abuso infantile.

Hall e colleghi (2000) hanno individuato due tipologie di «individui abusanti münchausen». Si tratta di individui che attivamente simulano o creano dei sintomi di una malattia in relazione ai quali si chiede l'intervento medico:

1. *fabricators*, o «simulatori», che attraverso il comportamento menzognero e simulatore inventano sintomi inesistenti della malattia;
2. *inducers*, o «induttori attivi», che con l'introduzione di sostanze esogene – per esempio nell'urina –, determinando episodi di apnea con strumenti meccanici ecc., inducono attivamente sintomi o segni di una malattia.

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

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

Un'ulteriore dimensione che merita di essere esplorata è quella relativa ai fattori di rischio. I fattori di rischio sono considerati come quelle variabili e condizioni esistenziali che aumentano la probabilità che un evento comportamentale, nella fattispecie, quello abusante, si verifichi (Zara, 2005). I fattori riconosciuti come più frequenti nei casi di abuso münchausen sono:

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

Alcuni studi (Vennemann *et al.*, 2006) hanno evidenziato come in alcuni casi si possa verificare un esodo doppiamente mortifero dell'abuso münchausen, con il suicidio della madre abusante. Le ipotesi interpretative sono molteplici e devono essere inquadrare all'interno della dinamica abusante: difficoltà a portare avanti la dinamica dell'inganno, la presa di consapevolezza rispetto all'abuso, il sentimento di disperazione conseguente la perdita del proprio oggetto di sopravvivenza – il figlio (la figlia) –, la morte come via d'uscita per superare un senso di colpa insostenibile. In questo senso si potrebbe trovare un parallelismo con la desistenza criminale, in cui la certezza dell'avvenuta regressione criminale coincide solo con la morte dell'individuo criminale (Farrington, 1986; 1988; Zara, 2005).

Ma qual è la motivazione alla base di una tale forma di abuso?

La più recente versione del DSM-IV (DSM-IV-TR, 2000) considera tra i criteri per il «Disturbo fittizio per procura», il fatto che la motivazione del comportamento del perpetratore è quella di assumere il ruolo di malato *by proxy* e che sono assenti incentivi esterni, come un guadagno economico. In effetti l'enfasi posta sulla motivazione ad assumere per interposta persona il ruolo di malato costituisce l'aspetto più naïve e limitante della revisione. L'aspetto motivazionale è di cruciale importanza perché si sta cercando di capire se un'assenza di vantaggi economici o socialmente identificabili possa davvero essere interpretata come assenza di incentivi secondari o esterni. In molti casi, infatti, il guadagno economico secondario è abbastanza elevato da rendere il perpetratore dipendente da esso e quindi meno disposto a rinunciarvi. Inoltre, sarebbe ragionevole tenere presente che gli incentivi secondari non sempre sono le ragioni primarie di messa in atto di un comportamento abusante.

Esistono diversi aspetti da tenere in considerazione quando si analizza la dimensione motivazionale (Schreier, 2002). Prima di tutto, considerare la motivazione münchausen solo all'interno del bisogno di assunzione di un ruolo *by proxy* risulta piuttosto limitante (Cassar *et al.*, 1996; Rogers & Reinhardt, 1998); in secondo luogo bisognerebbe tenere presente che un incentivo viene valutato come secondario in base a specifici parametri, valori e persone e che questi possono cambiare in situazioni differenti; inoltre l'interesse per molti individui a ricostruirsi un'immagine socialmente accettata e quasi eroica può costituire un elemento scatenante un comportamento ingannevole e abusante. In altre parole, il focus sull'assunzione vicariante del ruolo di malato sembra costituire di per sé un forte elemento motivazionale quando lo si considera a livello multidimensionale, perché va a illuminare molti degli elementi psicologici, emozionali e relazionali alla base non solo della personalità del perpetratore, ma anche della sua organizzazione comportamentale. Aspetto quest'ultimo che chiama in causa anche il livello di pericolosità di questi individui (Meadow, 2000) e permette l'inclusione del comportamento di *attention-seeking* all'interno del quadro motivazionale dell'agire münchausen (Meadow, 1995a). In un suo recente lavoro, Meadow (2002) indica un altro fattore addizionale che è stato riscontrato in diversi casi analizzati: l'intenzionalità di un genitore di causare nel figlio una condizione di sofferenza. L'abuso münchausen può diventare una perversione della genitorialità, che implica il fallimento di amare, tutelare e prioritarizzare i bisogni del proprio figlio.

Parlare di pericolosità dell'abuso implica il riconoscimento della probabilità di persistenza dello stesso. Gli studi empirici (Davis *et al.*, 1998; Galvin, Newton, Vandeven, 2005) evidenziano come il tasso di recidività nell'abuso MbP

sembra essere piuttosto alto e potrebbe essere importante che tutti i casi di *acute life threatening events* (ALTE) o *sudden infant death syndrome* (SIDS) vengano registrati, al fine di favorire un monitoraggio orizzontale in tutti gli eventi di morte infantile tragica e improvvisa. Da un'analisi della letteratura specialistica (McGovern & Smith, 2004) è emerso che la probabilità di *ALTE multipli* si verifica solo nello 0-24% dei casi; negli altri casi potrebbe trattarsi di situazioni indotte, artificialmente facilitate o falsificate. A questo proposito, in letteratura si parla di «Meadow's law» (1997), che sostiene che la morte inspiegabile di un bambino è una tragedia, due morti sono sospette, tre è omicidio, almeno che non sia altrimenti provato⁶. Il caso che vedeva coinvolta per omicidio, nel 1999, Sally Clark mise seriamente in discussione questo principio. Meadow aveva depositato come esperto in Tribunale, dopo aver collaborato con la Polizia nell'investigazione della morte di due bambini, affermando che la probabilità di due bambini, provenienti dallo stesso nucleo familiare, di morire di *sudden infant death* è una su 73 milioni (BBC MMV, 2005; cfr. Fish, Bromfield, Higgins, 2005); dato questo che fu però messo in discussione dalla Royal Statistical Society. La sua testimonianza condusse alla condanna di alcune madri e diversi bambini furono allontanati dalle famiglie in quanto ^{considerate} considerati a serio rischio (Hayward-Brown, 2004, p. 33). Una commissione di esperti, convocata per stabilire la competenza alla pratica professionale (*Fitness to Practice Panel*), rivalutò il caso e lo stesso Meadow fu considerato colpevole di una grave misconduct professionale in quanto aveva abusato della sua posizione di esperto portando in Tribunale delle evidenze riduttive, confusive, approssimative ed estremamente esemplificate da non includere quegli elementi significativi che contrastavano la «Meadow's Law» (General Medical Council, 2005). Carpenter e colleghi (2005) condussero il più esteso studio di *follow-up* su famiglie in cui si era verificato un caso di morte infantile improvvisa e inspiegabile. I risultati indicarono che l'occorrenza di una seconda o addirittura terza inspiegabile morte infantile all'interno di uno stesso nucleo familiare, anche se relativamente rara, nella maggior parte dei casi era associata a eventi naturali (Carpenter *et al.*, 2005, p. 34). Da un'analisi condotta da Craft e Hall (2004) risulta che in quelle famiglie a basso rischio, i casi di morte infantile improvvisa coinvolgono un bambino ogni 8300. La probabilità che due bambini,

⁶ Il testo in inglese recita: «One sudden infant death is a tragedy, two is suspicious and three is murder, unless proven otherwise». L'unica fonte bibliografica scientifica britannica in cui si faceva specifico riferimento alla *Meadow's law* era il testo dello stesso autore *ABC of child abuse*, la cui prima edizione uscì nel 1989, contemporaneamente al lavoro di DiMaio e DiMaio (1989) negli Stati Uniti, nel quale non viene fatto alcun riferimento a Meadow. Risulta pertanto difficile risalire al primo autore di quella che viene definita *Meadow's law*, ma che potrebbe invece essere chiamata *DiMaio's law* (DiMaio & DiMaio, 1989, p. 291), cfr. Mahendra, 2004.

scelti casualmente (*randomly*), possano improvvisamente morire è di circa 1 su 73 milioni, anche se questo calcolo non può essere applicato a quelle famiglie che hanno già subito un caso di *sudden infant death syndrome* (SIDS). In queste ultime, infatti, la probabilità di una seconda morte infantile improvvisa continua ad essere pari a 1 su 8300 bambini, dal momento che la *casualità non ha memoria* («*chance has no memory*», Craft & Hall, 2004, p. 1310). Una particolare cautela deve essere osservata specie quando si applicano dogmatismi come quello relativo alla «*Meadow's Law*». Le scienze mediche, psichiatriche e psicologiche sono in un continuo evolversi e la ricerca successiva può rendere possibile l'identificazione di condizioni che prima risultavano inspiegabili (Priddis, 2004).

Da qui scaturisce una riflessione sui rischi a breve, medio e lungo termine che vanno a interferire con il funzionale adattamento del bambino alla sua realtà di vita, ma che alterano anche il funzionamento e la stabilità relazionale, sociale, emotiva e professionale dell'intero sistema familiare. Molti dei genitori abusanti sembra continuino a fabbricare storie personali di malattie e ad attivare comportamenti di *harassment* nei confronti di tutti i figli, trasferendo generazionalmente sul figlio più piccolo l'interesse manipolatorio dell'abuso. Alcuni studi (Alexander, Smith, Stevenson, 1990; Schreier, 2004) hanno introdotto il concetto di *abuso münchausen seriale*, dove le vittime possono essere numerose e appartenenti allo stesso nucleo familiare. I fratelli delle vittime di abuso MbP sono ad alto rischio di essere a loro volta vittimizzati. Una recente meta-analisi (Schreier, 2004) su 451 vittime di MbP evidenziò che dei 210 dei fratelli (sorelle) conosciute, il 61% riportava sintomi simili alle vittime e il 25% era invece deceduto. Da un'analisi epidemiologica riportata nel *Report to Cumbria child protection committee* (2004) è emerso come 58 bambini, vittime di forme indotte e fabbricate di malattia e di abuso münchausen, provenissero da 42 famiglie, il che equivale a 89 bambini ogni 100.000 minori che riportano di aver sperimentato forme di malattie indotte e un comportamento di ipercura abusante da uno dei genitori, per un periodo di due anni. Questo studio rinforza non solo la caratteristica di multifattorialità del problema della malattia indotta e dell'abuso münchausen, ma soprattutto quello di sottorappresentazione dell'abuso (Eminson & Postlethwaite, 2000) e della reiterazione e aggravamento dello stesso nel tempo (Waring, 1992).

I fattori che sembrano rinforzare la persistenza dell'abuso münchausen sono identificabili in:

- una ricerca ossessiva di un bisogno di attenzione da parte del personale sanitario, dei medici, e dei familiari;

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

La dinamica ingannevole nell'abuso münchausen

L'interesse dell'individuo münchausen è far sembrare quello che non è, che è tipico della menzogna, del falso e dell'inganno (De Cataldo Neuburger & Gulotta, 1996; Sheridan, 2003); si tratta di un gioco di ruoli e di aspettative sociali che possono essere facilitatori di abusi ripetuti. Uno degli aspetti interessanti da esplorare, al fine di iniziare a comprendere le dinamiche attraverso cui l'individuo münchausen è in grado di perpetrare l'abuso, è la gamma dell'inganno, costituita da:

- Menzogna
- Contraffazione
- Fabbricazione
- Manipolazione

Yeo (1996), in uno studio sull'abuso infantile münchausen, addirittura individua nella bugia patologica (*pathological lying*) una condizione pervasiva dell'intera vita dei perpetratori. La *menzogna* è una delle caratteristiche più complesse da individuare; a differenza della falsità dove «falso» è ciò che non sembra e che non è, «menzognero» non è ciò che sembra, la sua verisimilitudine è quella che facilmente trae in errore (De Cataldo Neuburger & Gulotta, 1996). Inoltre, un'analisi accurata richiede anche l'identificazione delle differenze tra

menzogna e *inganno*. La *menzogna* è un'alterazione o falsificazione verbale della verità, spesso perseguita con consapevolezza e determinazione; l'*inganno* è una presentazione falsata della verità.

La *menzogna* attiene al contenuto della comunicazione, cioè alla rivelazione di un messaggio che non risulta vero, non corrisponde ai fatti. L'*inganno* è un comportamento teso a incidere non solo sulle conoscenze ma anche sui comportamenti, le aspettative e le motivazioni degli altri (De Cataldo Neuburger & Gulotta, 1996, pp. 68-69). Il contesto relazionale in cui l'abuso münchhausen si verifica può includere menzogna e inganno, tendenti non solo a modificare lo stato di conoscenza rispetto a un fatto, ma anche diretti a influenzare la risposta comportamentale rispetto allo stesso. Non necessariamente, però, menzogna e inganno coesistono: ci sono dei casi in cui esiste sia menzogna sia inganno, come nel caso dell'induzione di sintomi di malattia in un bambino sano, che implica una dannosa e persistente medicalizzazione. In altri casi si può parlare di inganno senza menzogna, quando si è agito per provocare l'acutizzarsi dei sintomi di una reale malattia del bambino. I sintomi dell'abuso Mbp e malattia reale possono quindi essere combinati insieme, rendendo ancora più problematica la cura. In altri casi ancora ci può essere menzogna senza inganno, quando si falsifica il racconto circa il reale stato di salute del bambino. In molte situazioni si verifica la deliberata omissione di cure in un bambino veramente malato (*premeditazione dell'omissione*) oppure l'induzione di cure mediche in bambini che non ne avrebbero alcun bisogno (*premeditazione dell'ipercura*). La fabbricazione e/o acutizzazione dei sintomi possono essere attuati attraverso:

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

In questi casi esiste l'inganno ma non la menzogna, in quanto mancano dichiarazioni falsate che appaiono vere pur non essendolo. L'inganno è attuabile in base al gioco delle parti e ai ruoli rivestiti. Pensando all'immaginario collet-

tivo, chi penserebbe mai che una madre disponibile e collaborativa con i medici, e apparentemente amorevole, possa avere intenzioni subdole nei confronti del figlio per il quale è disperatamente alla ricerca di un aiuto?

Intervento e prevenzione

Nonostante il forte interesse degli specialisti e dei vari studiosi nei confronti della realtà di questo abuso, con un'interessante seppur esigua produzione scientifica, continua a non esserci consenso rispetto alle modalità di intervento, ovvero al *know how*. La sospettosità del personale medico e infermieristico in molti casi è il solo campanello d'allarme per attivare un controllo e monitorare i casi sospetti, con tutti i rischi di falsi positivi, di stigmatizzazione e intrusività nella vita di una famiglia, magari problematica, ma non abusante.

Diversi studi scientifici in ambito pediatrico (Bauer, 2004; Hallet *et al.*, 2000; Southall *et al.*, 1997; Vaught & Fleetwood 2002) hanno identificato nell'inserimento degli ospedali o delle cliniche pediatriche la presenza di *covert video surveillance* (CVS), videocamere nascoste a circuito chiuso, uno dei possibili e più efficaci strumenti per rilevare e scoprire forme di abuso münchausen, oppure per smentirla laddove potevano esistere dei sospetti. Nello studio di Hall e colleghi (2000) l'utilizzo di CVS è stato applicato in 41 casi in cui c'era il sospetto di abuso MbP. Da questo studio e da quello di Southall e colleghi (1997) l'uso di CVS ha confermato 33 casi di abuso MbP su 39, dimostrando l'utilità dello strumento, soprattutto in quelle situazioni in cui è importante documentare, ai fini legali, il presunto abuso. Ovviamente il CVS non può essere utilizzato come prova indiscutibile di abuso MbP e nello studio di Hall e colleghi (2000) il CVS non offrì nessun dato definitivo in 1/3 dei casi, anche se i ricercatori sostennero che questo risultato potrebbe essere anche spiegato con il fatto che 14 di questi presunti abusanti MbP erano consapevoli della presenza di CVS nella stanza.

Al grave rischio di documentare impropriamente falsi abusi, con tutte le conseguenze a livello personale, giuridico, sociale, familiare ed esistenziale, corrisponde il serio pericolo di mantenere in una condizione di rischio la vita della possibile vittima.

Nonostante molti studi evidenzino la possibilità di infrangere i diritti di libertà e di privacy (Foreman & Farsides, 1993; Southall & Samuels, 1993; 1995), un'applicazione monitorata e guidata rientra nelle voci di *public health*, *public safety*, *preventing and detecting crime* e può essere attuata nei casi in cui la

salute e l'integrità psicofisica delle persone è a serio rischio (Home Office, 2000). Nel mondo anglosassone il loro utilizzo è regolamentato dal *Regulation of Investigatory Power Act 2000* sotto l'*European Convention of Human Rights* (Foreman, 2005).

A questo deve essere associato un monitoraggio verticale e orizzontale del comportamento pregresso e successivo del perpetratore münchausen e della sua storia medica e, eventualmente, familiare e criminale. Questo potrebbe contribuire a ridurre, se non a prevenire, il cosiddetto «nomadismo sanitario» (Robbins & Sheridan, 1994) e favorirebbe un controllo triangolare e incrociato per prevenire ulteriori forme di ipercuria e medicalizzazione della vittima, e un uso improprio delle strutture sanitarie. L'organizzazione sistematica dei *records* medici dei pazienti in un *data-bank* potrebbe facilitare il recupero di informazioni utili per la salvaguardia delle vittime. Un altro aspetto da tenere in considerazione è l'informazione e la formazione del personale specialistico. Croft e Jervis (1989) fecero un'indagine su 320 infermiere e altro personale infermieristico, e rilevarono che solo il 53% aveva sentito parlare di abuso MbP, e solo il 10% del campione aveva avuto a che fare con un bambino vittima di abuso MbP.

La programmazione dell'intervento deve essere sempre articolata in diversi livelli applicativi: teorico, analitico, metodologico e applicativo. Per capire, controllare e prevenire i casi di abuso münchausen si richiede coordinamento, multidisciplinarietà e contestualizzazione dell'abuso alla realtà socio-psicologica del perpetratore, delle vittime, del sistema familiare e sociale, entro cui l'abuso si reitera e si aggrava. In altre parole, il principio applicativo dell'intervento deve sempre essere quello che «non è mai troppo presto e non è mai troppo tardi per intervenire».

Bibliografia

- Ackerman N.B., Stroebel C.T. (1981). Polle syndrome: Chronic diarrhea in Münchausen's child. *Gastroenterology* 81, 1140-1154.
- Alexander R., Smith W., Stevenson R. (1990). Serial Münchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 86 (4), 581-585.
- Allison D.B., Rose M.S. (1998). *Disordered mother or disordered diagnosis. Münchausen syndrome by proxy*. The Analytic Press: Hillsdale, NJ.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. American Psychiatric Association: Washington, DC.
- American Psychiatric Association, (2000, 4th ed. rev.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR)*. American Psychiatric Association: Washington, DC.

- Asher R. (1951). Münchausen's Sindrome. *Lancet* 1, 339-341.
- Ayoub C.C., Alexander R. (1998). Definitional issues in Münchausen Syndrome by Proxy. *APSAC Advisor* 11 (1), 7-10.
- Ayoub C.C., Alexander R., Beck D., Bursch B., Feldman K.W., Libow J., Sanders M.J., Schreier H. A., Yorker B. (2002). Position paper: Definitional issues in Münchausen by proxy. *Child Maltreatment* 7, 105-111.
- Ayoub C.C., Schreier H.A., Keller C. (2002). Münchausen by Proxy: Presentations in Special Education. *Child Maltreatment* 7, 149-159.
- Bartsch C., Riße M., Schütz H., Weigand N., Weiler G. (2003). Münchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Science International* 137, 147-151.
- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi: Milano.
- Bauer K.A. (2004). Covert video surveillance of parents suspected of child abuse: the British experience and alternative approaches. *Theoretical Medicine* 25, 311-327.
- BBC MMV (2005). *Profile: Sir Roy Meadow*. BBC News UK edition, 10 December 2003, BBC MMV, London. Disponibile su: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/3307427.stm>, 22nd November 2005.
- Bernanos G. (2002). *The diary of a country priest*. Carroll & Graf: New York.
- Birge A.C. (1996). Münchausen syndrome by proxy: One family's history. *Law and Order* 3, 91-96.
- Bools C.N., Neale B.A., Meadow S.R. (1993). Follow up with victims of fabricated illness (Münchausen Syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood* 69, 625-630.
- Bools C.N., Neale B.A., Meadow S.R. (1994). Münchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect* 18, 773-778.
- Bryk M., Siegel P.T. (1997). My mother caused my illness: The story of a survivor of Münchausen by proxy syndrome. *Pediatrics* 100 (1), 1-7.
- Burman D., Stevens D. (1977). Münchausen family. *Lancet* 2, 456-467.
- Carpenter R.G., Waite A., Coombs R.C., Daman-Willems C., McKenzie A., Huber J., Emery J.L. (2005). Repeat sudden unexpected and unexplained infant deaths: natural or unnatural. *Lancet* 365, 29-35.
- Cassar J.R., Hales E.S., Longhurst J.G., Weiss G.S. (1996). Can disability benefits make children sicker? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (6), 700-701.
- Cicchetti D., Rogosch F.A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 8, 507-600.
- Codice Penale (2002). Edizioni Giuridiche Simone: Napoli.
- Craft A., Hall D. (2004). Münchausen Syndrome by Proxy and Sudden Infant Death. *British Medical Journal (BMJ)*, 1309-1312.
- Craig L. (1991). Münchausen by proxy: Fact not fiction. *Nursing* 4 (27), 11-13.
- Croft R.D., Jervis M. (1989). Münchausen's syndrome in a 4 year old. *Archives of Disease in Childhood* 63, 740-741.
- Crouse K.A. (1992). Münchausen syndrome by proxy: Recognizing the victim. *Pediatric Nursing* 18 (3), 249-252.

- Asher R. (1951). Münchausen's Syndrome. *Lancet* 1, 339-341.
- Ayoub C.C., Alexander R. (1998). Definitional issues in Münchausen Syndrome by Proxy. *APSAC Advisor* 11 (1), 7-10.
- Ayoub C.C., Alexander R., Beck D., Bursch B., Feldman K.W., Libow J., Sanders M.J., Schreier H.A., Yorker B. (2002). Position paper: Definitional issues in Münchausen by proxy. *Child Maltreatment* 7, 105-111.
- Ayoub C.C., Schreier H.A., Keller C. (2002). Münchausen by Proxy: Presentations in Special Education. *Child Maltreatment* 7, 149-159.
- Bartsch C., Rißé M., Schütz H., Weigand N., Weiler G. (2003). Münchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Science International* 137, 147-151.
- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi: Milano.
- Bauer K.A. (2004). Covert video surveillance of parents suspected of child abuse: the British experience and alternative approaches. *Theoretical Medicine* 25, 311-327.
- BBC MMV (2005). *Profile: Sir Roy Meadow*. BBC News UK edition, 10 December 2003, BBC MMV, London. Disponibile su: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/3307427.stm>, 22nd November 2005.
- Bernanos G. (2002). *The diary of a country priest*. Carroll & Graf: New York.
- Birge A.C. (1996). Münchausen syndrome by proxy: One family's history. *Law and Order* 3, 91-96.
- Bools C.N., Neale B.A., Meadow S.R. (1993). Follow up with victims of fabricated illness (Münchausen Syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood* 69, 625-630.
- Bools C.N., Neale B.A., Meadow S.R. (1994). Münchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect* 18, 773-778.
- Bryk M., Siegel P.T. (1997). My mother caused my illness: The story of a survivor of Münchausen by proxy syndrome. *Pediatrics* 100 (1), 1-7.
- Burman D., Stevens D. (1977). Münchausen family. *Lancet* 2, 456-467.
- Carpenter R.G., Waite A., Coombs R.C., Daman-Willems C., McKenzie A., Huber J., Emery J.L. (2005). Repeat sudden unexpected and unexplained infant deaths: natural or unnatural. *Lancet* 365, 29-35.
- Cassar J.R., Hales E.S., Longhurst J.G., Weiss G.S. (1996). Can disability benefits make children sicker? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (6), 700-701.
- Cicchetti D., Rogosch F.A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 8, 507-600.
- Codice Penale (2002). Edizioni Giuridiche Simone: Napoli.
- Craft A., Hall D. (2004). Münchausen Syndrome by Proxy and Sudden Infant Death. *British Medical Journal (BMJ)*, 1309-1312.
- Craig L. (1991). Münchausen by proxy: Fact not fiction. *Nursing* 4 (27), 11-13.
- Croft R.D., Jervis M. (1989). Münchausen's syndrome in a 4 year old. *Archives of Disease in Childhood* 63, 740-741.
- Crouse K.A. (1992). Münchausen syndrome by proxy: Recognizing the victim. *Pediatric Nursing* 18 (3), 249-252.

4. Analisi criminologica dell'abuso Münchausen

- Danto A. (1985). *Narration and knowledge*. Columbia University Press: New York.
- Davis P., Mc Clure R.J., Rolfe K., Chessman N., Pearson S., Sibert J.R., Meadow, R. (1998). Procedures, placement, and risks of further abuse after Münchausen syndrome by proxy, nonaccidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood* 78, 217-221.
- De Cataldo Neuburger L., Gulotta G. (1996). *Trattato della menzogna e dell'inganno*. Giuffrè: Milano.
- Devoto G., Oli G.C. (2000). *Il dizionario della lingua italiana 2000-2001*. Le Monnier: Firenze.
- DiMaio D.J., DiMaio V.J.M. (1989). *Forensic Pathology*. Elsevier: St. Louis, MO.
- Dowdell E., Foster K. (1999). Münchausen syndrome by proxy: recognizing a form of child abuse. *Nurs Spect* 5 (9), 13-16.
- Dowling D. (1998). Poison glue. The child's experience of Münchausen syndrome by proxy. *Journal of Child Psychotherapy* 24 (2), 307-326.
- Eminson D.M., Postlethwaite R.J. (1992). Factious illness: recognition and management. *Archives of Disease in Childhood* 67, 1510-1516.
- Eminson D.M., Postlethwaite R.J. (2000). *Münchausen syndrome by proxy abuse*. Butterworth: London.
- Erickson S.J., Duncan A. (1998). Clonidine poisoning – an emerging problem: epidemiology, clinical features, management and preventative strategies. *Journal of Paediatric and Child Health* 34 (3), 280-282.
- Farrington D.P. (1986). Age and crime. In: Tonry M., Morris N. (eds.). *Crime and Justice: An annual review of research*. Vol. 7, pp. 189-250. University of Chicago Press: Chicago.
- Farrington D.P. (1988). Studying changes within individuals: The causes of offending. In: Rutter M. (ed.). *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data*, pp. 158-183. Cambridge University Press: Cambridge.
- 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.
- Feldman M.D., Brown R.M.A. (2002). Münchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect* 26, 509-524.
- Fish E., Bromfield L., Higgins D. (2005). A new name for Münchausen Syndrome by Proxy: Defining fabricated or induced illness by carers. *Australian Institute of Family Studies* 23, 1-11.
- Fisher G.C., Mitchell I. (1995). Is Münchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Archives of Disease in Childhood* 72, 530-534.
- Foreman D.M. (2005). Detecting fabricated or induced illness in children. *British Medical Journal (BMJ)* 331, 978-979.
- Foreman D.M., Farsides C. (1993). Ethical use of covert video techniques in detecting Münchausen syndrome by proxy. *British Medical Journal (BMJ)* 307, 611-613.
- Fornari U. (2004, III ed.). *Trattato di psichiatria forense*. UTET: Torino.
- Freilone F., Valente-Torre L. (2005). *Psicopatologia clinica a Rorschach*. UTET libreria: Torino.
- Galvin H.K., Newton A.W., Vendeven A.M. (2005). Update on Münchausen syndrome by proxy. *Current Opinion in Pediatrics* 17, 252-257.

4. Analisi criminologica dell'abuso Münchausen

- Danto A. (1985). *Narration and knowledge*. Columbia University Press: New York.
- Davis P., Mc Clure R.J., Rolfe K., Chessman N., Pearson S., Sibert J.R., Meadow, R. (1998). Procedures, placement, and risks of further abuse after Münchausen syndrome by proxy, nonaccidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood* 78, 217-221.
- De Cataldo Neuburger L., Gulotta G. (1996). *Trattato della menzogna e dell'inganno*. Giuffrè: Milano.
- Devoto G., Oli G.C. (2000). *Il dizionario della lingua italiana 2000-2001*. Le Monnier: Firenze.
- DiMaio D.J., DiMaio V.J.M. (1989). *Forensic Pathology*. Elsevier: St. Louis, MO.
- Dowdell E., Foster K. (1999). Münchausen syndrome by proxy: recognizing a form of child abuse. *Nurs Spect* 5 (9), 13-16.
- Dowling D. (1998). Poison glue. The child's experience of Münchausen syndrome by proxy. *Journal of Child Psychotherapy* 24 (2), 307-326.
- Eminson D.M., Postlethwaite R.J. (1992). Factious illness: recognition and management. *Archives of Disease in Childhood* 67, 1510-1516.
- Eminson D.M., Postlethwaite R.J. (2000). *Münchausen syndrome by proxy abuse*. Butterworth: London.
- Erickson S.J., Duncan A. (1998). Clonidine poisoning – an emerging problem: epidemiology, clinical features, management and preventative strategies. *Journal of Paediatric and Child Health* 34 (3), 280-282.
- Farrington D.P. (1986). Age and crime. In: Tonry M., Morris N. (eds.). *Crime and Justice: An annual review of research*. Vol. 7, pp. 189-250. University of Chicago Press: Chicago.
- Farrington D.P. (1988). Studying changes within individuals: The causes of offending. In: Rutter M. (ed.). *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data*, pp. 158-183. Cambridge University Press: Cambridge.
- 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.
- Feldman M.D., Brown R.M.A. (2002). Münchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect* 26, 509-524.
- Fish E., Bromfield L., Higgins D. (2005). A new name for Münchausen Syndrome by Proxy: Defining fabricated or induced illness by carers. *Australian Institute of Family Studies* 23, 1-11.
- Fisher G.C., Mitchell I. (1995). Is Münchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Archives of Disease in Childhood* 72, 530-534.
- Foreman D.M. (2005). Detecting fabricated or induced illness in children. *British Medical Journal (BMJ)* 331, 978-979.
- Foreman D.M., Farsides C. (1993). Ethical use of covert video techniques in detecting Münchausen syndrome by proxy. *British Medical Journal (BMJ)* 307, 611-613.
- Fornari U. (2004, III ed.). *Trattato di psichiatria forense*. UTET: Torino.
- Freilone F., Valente-Torre L. (2005). *Psicopatologia clinica a Rorschach*. UTET libreria: Torino.
- Galvin H.K., Newton A.W., Vendeven A.M. (2005). Update on Münchausen syndrome by proxy. *Current Opinion in Pediatrics* 17, 252-257.

- Geberth V.J. (2006). *Practical homicide investigation. Tactics, procedures, and forensic techniques*. Taylor & Francis: USA.
- General Medical Council (2005). *Fitness to Practise Panel Hearing*. 21 June-15 July 2005. http://www.gmc-k.org/concerns/decisions/search_database/ftp_panel_meadow_20050715.asp, 22nd November 2005.
- Grace A. (1984). Covert manifestations of child abuse. *British Medical Journal* 289, 1041-1042.
- Griffiths H., Cuddihy P.J., Marnane C. (2001). Case report. Bleeding ears: a case of Münchausen syndrome by proxy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 57, 245-247.
- Griffith J.L. (1988). The family system of Münchausen syndrome by proxy. *Family Process, Inc.* 27, 423-437.
- Gulotta G. (1991). Il bambino maltrattato in quanto fenomeno sociale ed in quanto problema sociale. In: Cesa-Bianchi M., Scabini E. (a cura di). *La violenza sui bambini: immagine e realtà*, pp. 93-100. Giuffrè: Milano.
- Gulotta G. (a cura di) (1995). *La scienza della vita quotidiana*. Giuffrè: Milano.
- Gulotta G., Cutica I. (2002). Il maltrattamento all'infanzia. In: Gulotta G. et al. *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*, pp. 856-870. Giuffrè: Milano.
- Gulotta G., Cutica I. (2004). Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e alla sua critica. Giuffrè: Milano.
- Hall D.E., Eubanks L., Meyyazhagan S., Kenney R.D., Johnson S.C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Münchausen Syndrome by Proxy: lesson from 41 cases. *Pediatrics* 105, 1205-1312.
- Hall D.E., Eubanks L., Meyyazhagan L.S., Kenney R.D., Johnson S.C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Münchausen Syndrome by Proxy. *Pediatrics* 105 (6), 1305-1312.
- Harman S. (2004). Ending a Culture of Secrecy. *Law Society Gazette* 101 (21), 12.
- Hayward-Brown H. (2004). Münchausen syndrome by proxy (MSBP): Some medico-legal issues. *Judicial Officers' Bulletin* 16 (5), 33-40.
- Home Office (2000). *Covert surveillance code of practice pursuant to section 71 of the Regulation of Investigatory Powers Act 2000*. Home Office: London.
- Hotchkiss S. (1997). The child as fetish: Theoretical considerations on the etiology of Münchausen syndrome by proxy. *Clinical Social Work Journal* 25, 315-322.
- Jacobs G., Berman L. (1998). How her mother hurt her in the name of love. *Redbook* 190 (4), 90-97.
- James R. (2002). A legacy of swans left to science. *Guardian*, April 27.
- Jones D.P.H. (1987). The untreatable family. *Child Abuse & Neglect* 11, 409-420.
- Jones V.F., Badgett J.T., Minella J.L., Schuschke L.A. (1993). The role of the male caretaker in Münchausen syndrome by proxy. *Clinical Pediatrics* 32, 245-247.
- Juillet P. (2000). *Dictionnaire de psychiatrie*. 277. Conseil international de la langue française: Paris.
- Klebes C., Fay S. (1995). Münchausen syndrome by proxy: a review, case study, and nursing implications. *Journal of Pediatric Nursing* 10, 93-98.

4. Analisi criminologica dell'abuso Münchausen

- Krener P., Adelman R. (1988). Parent salvage and parent sabotage in the care of chronically ill children. *American Journal of Diseases of Childhood* 142, 945-951.
- Leeder E. (1990). Supermom or child abuser? Treatment of the Münchausen mother. *Women & Therapy* 9 (4), 69-88.
- Leonard K.F., Farrell P.A. (1992). Münchausen syndrome by proxy: a little-known type of abuse. *Postgraduate Medicine* 91 (5), 197-204.
- Lesaca T.G. (1995). At mother's mercy: The nightmare of Münchausen syndrome by proxy. *The West Virginia Medical Journal* 91, 318-319.
- Levin A.V., Sheridan M.S. (1995). *Münchausen syndrome by proxy*. Lexington Press: New York.
- Libow A.J. (1995). Münchausen by proxy in victims in adulthood: A first look. *Child Abuse & Neglect* 19 (9), 1131-1142.
- Magee B. (1985, III ed.). *Popper*. Fontana Press: London.
- Mahendra B. (2004). The Legacy of Roy Meadow. *New Law Journal* 283.
- Mart E. (2002). *Münchausen's Syndrome by Proxy, Reconsidered*. Bally Vaughan Publishing: Manchester, UK.
- Martinovic Z. (1995). Fictitious epilepsy in Münchausen Syndrome by Proxy: family psychodynamics. *Seizure* 4, 129-134.
- McClure R.J., Davis P.M., Meadow S.R., Sibert J.R. (1996). Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy, nonaccidental poisoning and nonaccidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood* 75, 57-61.
- McGovern M.C., Smith M.B.H. (2004). Causes of apparent life threatening events in infants: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 89, 1043-1048.
- Meadow R. (1977). Münchausen by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 2, 343-345.
- Meadow R. (1982). Münchausen Syndrome by Proxy. *Archives of Disease in Childhood* 57, 92-98.
- Meadow R. (1984). Factitious illness, the hinterland of child abuse. In: Meadow R. (ed.) *Recent advances in pediatrics* 7, 217-232. Churchill: Livingstone Edinburgh.
- Meadow R. (1993). False allegations of abuse and Münchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood* 68, 444-447.
- Meadow R. (1995a). What is and what is not, "Münchausen syndrome by proxy"? *Archives of Disease in Childhood* 72, 534-538.
- Meadow R. (1995b). Münchausen syndrome by proxy. *Medical-Legal Journal* 63 (3), 89-105.
- Meadow R. (1997, III ed.). *ABC of Child Abuse*. BMJ Publishing Group: Great Britain.
- Meadow R. (1998). Münchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Disease in Childhood* 78 (3), 210-216.
- Meadow R. (1999). Unnatural sudden infant deaths. *Archives of Disease in Childhood* 80, 7-14.
- Meadow R. (2000). The dangerousness of parents who have abnormal illness behavior. *Child Abuse Review* 9, 62-67.
- Meadow R. (2002). Different interpretations of Münchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 26, 501-508.

- Mehl A., Coble L., Johnson S. (1990). Münchausen syndrome by proxy: A family affair. *Child Abuse & Neglect* 14, 577-585.
- Merzagora Betos I. (2003). *Demoni del focolare*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Motz A. (2001). *The psychology of female violence*. Brunner-Routledge: Philadelphia, PA.
- Newton A.W., Vandeven A.M. (2005). Update on child maltreatment with a special focus on shaken baby syndrome. *Current Opinion in Pediatrics* 17, 246-251.
- Nicolson D. (1995). Telling Tales: Gender discrimination, gender construction, and battered women who kill. *Feminist Legal Studies* 3, 185-206.
- Nietzsche F. (2001, or. 1882). *The gay science*. Cambridge University Press: Cambridge, UK.
- Nisbett R.E., Ross L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of human judgement*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Olry R., Haines D.E. (2006). NEUROwords. Münchausen syndrome by proxy: Karl Friedrich Hieronymus, Baron Münchausen, hasn't got anything to do with it. *Journal of the History of the Neuroscience* 15, 276-278.
- Oski F. (1999). Diagnostic process. In: McMillan J.A., De Angelis C.D., Feigen R.D., Warshaw J.B. (eds.) *Oski's pediatrics: Principles and practice* (III ed., 59-61). Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Parnell T.F. (1998a). Defining Münchausen by Proxy Syndrome. In: Parnell T.F., Day D.O. (eds.) *Münchausen by Proxy Syndrome: Misunderstood child abuse*, pp. 9-46. Sage: Thousand, Oaks, CA.
- Parnell T.F. (1998b). Guidelines for identifying cases. In: Parnell T.F., Day D.O. (eds.) *Münchausen by Proxy Syndrome: Misunderstood child abuse*. 47-67. Sage: Thousand, Oaks, CA.
- Parnell T.F., Day D.O. (eds.) (1998). *Münchausen by Proxy Syndrome: Misunderstood child abuse*. Sage: Thousand, Oaks, CA.
- Perera H., Lamabadusuriya S.P., De Silva G.D. (1995). Is it Münchausen syndrome by proxy? *Ceylon Medical Journal* 40 (3), 116-118.
- Pickford E., Buchanan N., McLaughlan S. (1988). Münchausen syndrome by proxy: A family anthology. *The Medical Journal of Australia* 148, 646-650.
- Polledri P. (1996). Münchausen syndrome by proxy and perversion of the maternal instinct. *The Journal of Forensic Psychiatry* 7 (3), 551-562.
- Popper K.R. (1959). *The logic of scientific discovery*. Hutchinson & Co. Publishers: London.
- Pritchard C. (2004). *The child abusers: Research and controversy*. Open University Press: Maidenhead, United Kingdom.
- Priddis V. (2004). Expert evidence: Münchausen Syndrome by Proxy. *Child Right*, 19-20.
- Puddu L. (2002). Abusi sessuali e minori. Errori diagnostici, giustizia e verità processuali. In: Gulotta G., Pezzati S. (a cura di). *Sessualità, diritto e processo*, pp. 669-692. Giuffrè: Milano.
- Puddu L. (2004). Quando l'inverosimile diventa credibile. Rivisitazione psicoretorica del percorso argomentativo di una difesa. In: Gulotta G., Puddu L. *La persuasione forense. Strategie e tattiche*, pp. 149-256. Giuffrè: Milano.
- Raitt F.E., Zeedyk M.S. (2000). *The Implicit Relation of Psychology and Law*. Routledge: London.
- Raitt F.E., Zeedyk M.S. (2004). Mothers on trial: discourses of cot death and Münchausen's syndrome by proxy. *Feminist Legal Studies* 12, 257-278.

4. Analisi criminologica dell'abuso Münchausen

- Rand D.C., Feldman M.D. (1999). Misdiagnosis of Münchausen syndrome by proxy: A literature review and four new cases. *Harvard Review of Psychiatry* 7, 94-101.
- Rappaport S.R., Hochstadt N.J. (1993). Münchausen syndrome by proxy (MSBP): An intergenerational perspective. *Journal of Mental Health Counseling* 15 (3), 278-289.
- Reece R.M., Ludwig S. (2001). *Münchausen syndrome by proxy*. In: Reece R.M., Ludwig S. (eds.) *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management* (II ed., pp. 363-384). Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Report of the 1997 Child Abuse and Physician Leadership Conference. *Child Maltreatment* 7, 166-169.
- Report (2004). *Sudden Unexpected Death in Infancy*. R.C.P. and R.C.P.C.H.: London.
- Report to Cumbria child protection committee. (2004). *Public Report of Serious Case Review of events leading to the death of Michael who was the victim of fabricated or induced illness (FII) (formerly known as Münchausen syndrome by proxy)*. Cumbria, UK.
- Risinger D., Saks M., Thompson W., Rosenthal R. (2002). The Daubert/Kumho Implications of Observer Effects in Forensic Science: Hidden Problems of Expectation and Suggestion. *California Law Review* 90 (1), 1-56.
- Robbins K.B., Sheridan M.S. (1994). A case of Münchausen by proxy syndrome in a pediatric tourist. *Proceedings of the Straub Foundation* 58 (2), 53-55.
- Rogers R. (1997). Researching dissimulation. In: Rogers R. (ed.) *Clinical assessment of malingering and deception* (II ed., pp. 398-426). Guilford: New York.
- Rogers R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of Münchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse & Neglect* 28, 225-239.
- Rogers R., Reinhardt V. (1998). Conceptualization and assessment of secondary gain. In: Koocher G.P., Norcross J.C., Hill S.S. (eds.) *Psychologist's desk reference*, pp. 57-62. Oxford University Press: New York.
- Rogowski C. (2000). The Myth of Medea and the Murder of Children. *Comparative Literature Studies* 37 (3), 361-364.
- Rosen C.L., Frost J.D. Jr., Bricker T., Tarnow J.D., Gillette P.C., Dunlavy S. (1983). Two siblings with recurrent cardiorespiratory arrest: Münchausen syndrome by proxy or child abuse? *Pediatrics* 71 (5), 715-720.
- Rosenberg D.A. (1987). Web of deceit: a literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 11, 547-563.
- Rosenberg D.A. (2003). Münchausen syndrome by proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse & Neglect* 27, 421-430.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2002). *Working Party Report, Fabricated or Induced Illness by Carers*. Royal College of Paediatrics and Child Health: London.
- Royal College of Pathologists and Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPPath and RCP-CH) (2004). *Sudden Unexpected Death in Infancy*. Royal College of Pathologists and Royal College of Paediatrics and Child Health: London.
- Russell B. (1921). *The analysis of mind*. George Allen and Unwin: London.
- Ryan T.M. (1998). Foreword. In: Allison D.B., Rose M.S. *Disordered mother or disordered diagnosis. Münchausen syndrome by proxy*, pp. ix-xii. The Analytic Press: Hillsdale, NJ.

- Sanders M.J. (1996). Narrative family treatment of Münchausen by proxy: A successful case. *Families, Systems & Health* 14 (3), 315-329.
- Sanders M.J., Bursch B. (2002). Forensic Assessment of Illness Falsification, Münchausen by Proxy, and Factitious Disorder, NOS. *Child Maltreatment* 7, 112-124.
- Schreier H.A. (1996). Repeated false allegations of sexual abuse presenting to sheriffs: When is it Münchausen by proxy? *Child Abuse & Neglect* 20, 985-991.
- Schreier H.A. (2002). On the importance of motivation in Münchausen by proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect* 26, 537-549.
- Schreier H.A. (2004). Münchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric Adolescent Health Care* 34, 126-143.
- Schreier H.A. (2006a). Münchausen by proxy defined. *Pediatrics* 110 (5), 985-988.
- Schreier H.A. (2006b). Error in Münchausen by proxy defined. *Pediatrics* 113, 1851-1852.
- Schreier H.A., Ayoub C.C. (2002). Casebook Companion to the Definitional Issues in Münchausen by Proxy Position Paper. *Child Maltreatment* 7, 160-165.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993a). *Hurting for love: Münchausen by Proxy Syndrome*. Guilford Press: New York.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993b). Münchausen by proxy syndrome: Diagnosis and prevalence. *American Journal of Orthopsychiatry* 63, 318-321.
- Schreier H.A., Libow J.A. (1993c). Surrender in the family: dynamic issues involving older children. In: Schreier H.A., Libow J.A. (eds.). *Hurting for love: Münchausen by proxy syndrome*, pp. 135-145. Guilford: New York.
- Sharif I. (2004). Münchausen syndrome by proxy. *Pediatric Review* 25, 215-216.
- Sheridan M.S. (2003). The deceit continues: an update literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 27, 431-451.
- Siegel P., Fischer H. (2001). Münchausen by proxy syndrome: barriers to detection, confirmation, and intervention. *Children's services: social policy, research, and practice* 4 (1), 31-50.
- Sigal M., Altmark D., Carmel I. (1986). Münchausen Syndrome by Adult Proxy: A Perpetrator Abusing 2 Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 174 (11), 696-698.
- Soud A.-K., Keith D.V., Cunningham A.S. (1998). Münchausen syndrome by proxy. *Clinical Pediatrics* 37, 497-504.
- Southall D.P., Plunkett M.C.B., Banks M.W., Falkov A.F., Samuels M.P. (1997). Covert Video Recordings of Life-Threatening Child Abuse: Lessons for Child Protection. *Pediatrics* 100, 735-776.
- Southall D.P., Samuels M.P. (1993). Ethical Use of Covert Videoing for Potentially Life Threatening Child Abuse: A Response to Drs Foreman and Farsides. *British Medical Journal* 307, 613-614.
- Southall D.P., Samuels M.P. (1995). Some Ethical Issues Surrounding Covert Video Surveillance - A Response. *Journal of Medical Ethics* 21, 104-105, 115.
- Stone F.B. (1989). Münchausen by proxy syndrome: An unusual form of child abuse. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work* 70, 243-246.
- Szajnberg N.M., Moilanen I., Kanerva A., Tolf B. (1996). Münchausen syndrome by proxy: Countertransference as a diagnostic tool. *Bulletin of the Menninger Clinic* 60, 219-227.

4. Analisi criminologica dell'abuso Münchausen

- Thomas K. (2003). Münchausen Syndrome by Proxy: Identification and Diagnosis. *Journal of Pediatric Nursing* 18 (3), 174-180.
- Tversky A.E., Kahneman D. (1974). Judgement under uncertainty: heuristics and biases. *Science* 185, 1124-1131.
- Tversky A.E., Kahneman D. (1982). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. In: Kahneman D., Slovic P., Tversky A. (eds.). *Judgment and uncertainty: Heuristics and biases*, pp. 163-178. Cambridge University Press: Cambridge, UK.
- Vaught W., Fleetwood J. (2002). Covert Video Surveillance in Pediatric Care. *Hastings Center Report* 32 (6), 10-11.
- Vennemann B., Große Perdekamp M., Weinmann W., Faller-Marquardt M., Pollak S., Brandis M. (2006). A case of Münchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. *Forensic Science International* 158, 195-199.
- Verity C.M., Winckworth C., Burman D., Stevens D., White R. J. (1979). Polle Syndrome, children of Münchausen. *British Medical Journal* 2, 422-423.
- Von Burg M.M., Hibbard R.A. (1995). Münchausen syndrom by proxy: A different kind of child abuse. *Indiana Medicine* 88, 378-382.
- Waring W.W. (1992). The persistent parent. *American Journal of Diseases in Children* 146, 248-258.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967). *Pragmatic of human communication*. Norton: New York.
- Weldon E.V., van Velson C. (eds.) (1997). *A practical guide to forensic psychotherapy*. Jessica Kingsley: London.
- Wilkinson R., Parnell T.F. (1998). The criminal prosecutor's perspective. In: Parnell T.F., Day D.O. (eds.). *Münchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse*, pp. 219-252. Sage: Thousand Oaks, CA.
- Wilson R.G. (2001). Fabricated or induced illness in children. *British Medical Journal (BMJ)* 323, 296-297.
- Yeo S.S. (1996). Münchausen syndrome by proxy: another form of child abuse. *Child Abuse Review* 5, 170-180.
- Zara G. (2002). La violenza e l'abuso sessuale femminile tra realtà, mito e rappresentazione sociale. In: Gulotta G., Pezzati S. (a cura di). *Sessualità diritto e processo*, pp. 566-598. Giuffrè: Milano.
- Zara G. (2005). *Le carriere criminali*. Giuffrè: Milano.
- Zitelli B.J., Seltman M.F., Shannon R.M. (1987). Münchausen's syndrome by proxy and its professional participants. *American Journal of Diseases of Childhood* 141, 1099-1102.