

VIRGINIA MALONI

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

“LA SAPIENZA”

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA 1

Indirizzo Clinico

Cattedra di Psichiatria

Tesi di Laurea

SINDROME DI MUNCHAUSEN
(Dipendenza da Ospedale)

RELATORE: Dott. Roberto Tatarelli

CORRELATORE: Dott. Vincenzo Guidetti

Anno accademico 2003-2004

Attualmente la Dott.ssa Virginia Maloni è Psicologa in ambito clinico e forense, Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Mediatrice culturale. E' la responsabile del Centro Medico privato di Psicologia (Abruzzo, via Roma n.81, 64016 Sant'Egidio alla V.Ta. TE) ma riceve anche a Roma (zona Nomentana).

Indice

Introduzione *pag. 5*

Capitolo 1

La sindrome di Munchausen

1.1. Definizione *pag. 8*

1.2. Criteri che definiscono i Disturbi Fittizi *pag. 12*

1.3. La MS come parte dei Disturbi Fittizi *pag. 13*

1.4. Origini storiche: dal Barone di Munchausen *pag. 15*

1.5. Caratteristiche e sintomi dei soggetti con la MS *pag. 24*

1.6. Eziologia *pag. 30*

1.7. Diagnosi della MS attraverso la diagnosi differenziale
..... *pag. 43*

1.8. Epidemiologia della MS.....*pag. 72*

Capitolo 2

Effetti e manifestazioni della sindrome di Munchausen

2.1. Il sottile confine tra Disturbi Fittizi e Disturbi Fittizi cronici
..... *pag. 76*

2.2. Vittime della sindrome di Munchausen *pag. 87*

2.3. Questioni etiche e legali *pag. 90*

2.4. Malattia legittima e sindrome di Munchausen *pag. 94*

2.5. MS e Burnout *pag. 96*

2.6. MS ed Internet *pag. 100*

Capitolo 3

Le strategie di intervento

3.1. Metodologie di trattamento *pag.110*

3.2. Differenze di trattamento tra Disturbi Fittizi e Disturbi Fittizi cronici
..... *pag.120*

3.3. MS e psicoterapia di gruppo *pag.123*

3.4. Prospettive della MS *pag.128*

Capitolo 4

I casi clinici della letteratura

4.1. Presentazione di alcuni casi clinici *pag.129*

4.2. Pazienti con coliche renali *pag.135*

4.3. Pazienti con dolore oro-facciale *pag.137*

4.4. Pazienti con Depressione *pag.138*

4.5. Pazienti con problemi cardiaci *pag.140*

4.6. Pazienti con fibrosi cistica *pag.143*

4.7. Pazienti con problemi sanguigni *pag.146*

4.8. Pazienti con febbre di origine sconosciuta *pag.149*

4.9. Pazienti con AIDS *pag.150*

4.10. MS e sindrome di Zollinger- Ellison *pag.152*

Appendice

Sindrome di Munchausen per Procura

- Definizione *pag.155*
 - La gamma dell'inganno *pag.157*
 - La gamma dei danni *pag.161*
 - Caratteristiche del perpetratore *pag.163*
 - Diagnosi *pag.166*
 - MBP by Adult-Proxy *pag.172*
 - Caratteristiche psicodinamiche del perpetratore con MBP adulta *pag.175*
 - Diagnosi della MBP by Adult Proxy *pag.176*
 - Considerazioni sulla MBP *pag.178*
 - Criteri diagnostici del Disturbo Borderline *pag.179*
- Conclusioni *pag.180*
- Bibliografia *pag.184*

INTRODUZIONE

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

Considerando la storia della medicina del xx secolo si può osservare che ci si è trovati a volte di fronte a improvvisi cambiamenti di prospettiva che hanno messo in crisi le credenze di professionisti e profani. In campo psichiatrico il riconoscimento della sindrome di Munchausen_ una malattia autoindotta_ e in campo pediatrico il riconoscimento della sindrome di Munchausen per procura_ una malattia di un bambino indotta da un genitore con l’involontaria complicità dei medici_ comporta una rottura di paradigmi che investe almeno tre realtà differenti: la famiglia, le strutture sanitarie e la nosografia psichiatrica.

Nella ricerca che ho svolto ho cercato di delineare inizialmente la definizione del disturbo che intendo approfondire, ‘la sindrome di Munchausen(MS)’, riferendomi sia ai criteri diagnostici del DSM-IV sia ai diversi autori che per primi ne hanno parlato, mettendo a confronto le loro definizioni e cercando, tra queste, di far emergere gli elementi nucleari della sindrome.

Sono partita dalle origini storiche dell’origine del termine, per poi, attraverso le varie definizioni, vedere cosa è cambiato, come si è arricchito, se i cambiamenti e il modo in cui la sindrome viene vista dipende anche dall’epoca storica.

Ho parlato del problema della confusione insita nel riconoscimento e nella diagnosi stessa che spesso viene confusa con le diagnosi appartenenti ad altri

disturbi simili. Ho messo a confronto, infatti, la diagnosi della MS con le diagnosi degli altri disturbi cercando di evidenziarne le differenze.

Attraverso i casi clinici della letteratura ho cercato di delineare i vari sintomi e le principali caratteristiche con cui questi pazienti si presentano e soprattutto le cause di tale sindrome, sia attraverso autori che prediligono i fattori biologici sia attraverso autori che prediligono fattori esperenziali, situazionali e psodinamici, risalendo quindi alle prime esperienze di vita di questi soggetti e al contesto come ambiente di crescita e di sviluppo di tale disturbo, che abbia potuto creare e scatenare la complessità di un range comportamentale ambiguo.

Ho cercato di capire se l'auto-indursi malattie rientra nella coscienza di queste persone, qual è l'impulso che li spinge a creare il loro artificio e se il disturbo che ne è alla base può essere gestito e curato con una terapia.

Ho parlato degli effetti che la MS ha sul soggetto e sulle persone che vengono a contatto con lui (medici, familiari, infermieri, amici...).

Ho parlato delle difficoltà che si incontrano nel riconoscere la sindrome di Munchausen da una vera malattia legittima, soprattutto per le conseguenze di un trattamento non adeguato.

Per meglio delineare la realtà di tali pazienti, in modo da distinguerla dalla labilità di confine insita nei Disturbi Fittizi, ho preso in prestito un caso clinico della letteratura (il caso di Jenny) dagli autori Ford e Feldman nel loro libro "Patient or Pretender: the strange world of a factitious disorders", che è stata una delle mie fonti principali.

Ho parlato dell'esperienza devastante che si prova nell'essere state vittime di un imbroglio, e delle questioni etiche legali messe su una 'pentola bollente' per un disturbo difficile da definire, da capire, da gestire.

Ho parlato del rapporto intercorrente tra la MS e Internet e del fenomeno del burnout che scaturisce da un intenso stress emotivo, soffermandomi su come può emergere nei contesti che coinvolgono tali pazienti. Ho parlato del rischio di suicidio che incontrano, volontariamente o involontariamente, questi “great pretender” e infine ho cercato di capire qual è il trattamento più adeguato per questi soggetti considerando le difficoltà insite in una terapia che non è esaustiva.

CAPITOLO 1

LA SINDROME DI MUNCHAUSEN

1.1 Definizione

La Sindrome di Munchausen è un disordine psichiatrico, raro e molto difficile da individuare, in cui nessuna patologia organica è dimostrata ed eventuali trattamenti falliscono nell'allevarne i sintomi¹.

La MS² è stata descritta per la prima volta in Inghilterra nel 1951 da un medico inglese, Richard Ascher, che propose questo eponimo per definire quei pazienti affetti da più o meno consapevole simulazione di malattia e da pseudologia fantastica(menzogne patologiche)³.

Attualmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera questa sindrome un Disturbo Fittizio, caratterizzato dai seguenti segni e sintomi: produzione intenzionale di segni e sintomi fisici o psichici, la motivazione di assumere il ruolo di malato, l'assenza d'incentivi esterni per tale comportamento(vantaggio economico, evitare responsabilità legali e lavorative)⁴.

Indipendentemente da questa rigorosa impostazione, la MS pur appartenendo alla psichiatria si distingue dalle altre patologie psichiatriche: spesso il paziente si rivolge allo psichiatra dopo essere stato visitato da diversi specialisti(gastroenterologi, chirurghi, ecc...)⁵.

¹Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B, Los Angeles, Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2001; 91: 20-22.

²sindrome di Munchausen

³Ascher R, Munchausen's syndrome, Lancet 1951; 1: 339-341.

⁴Organizzazione Mondiale della Sanità: ICD-10. Edizione italiana a cura di kemali D, Maj M, Catalano F, Lo Brace S, Magliano L, Masson, Milano 1992.

⁵Casonato MM, Chiesa MC, Ai confini tra medici e pazienti: La sindrome di Munchausen. Psichiatria e Territorio IV 1987; 2: 119-132.

Il Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali dell'Associazione Psichiatrica Americana⁶ la annovera come un sottotipo che appartiene ai Disturbi Fittizi, divisi in:

Disturbi fittizi con segni e sintomi

- Prevalentemente psicologici
- Fisici
- Combinati psicologici e fisici.

Con segni e sintomi psichici predominanti.

Questo sottotipo è caratterizzato dalla produzione intenzionale di sintomi psichici (spesso psicotici) che depongono per un Disturbo Mentale (per es. il soggetto può assumere allucinogeni per indurre condizioni di percezione alterata). Lo scopo è quello di assumere il ruolo di malato e non è altrimenti spiegabile alla luce delle circostanze ambientali (a differenza dei casi di Simulazione). Vi è la presenza di una sintomatologia multiforme, che spesso non corrisponde ad un quadro sindromico tipico e il peggioramento dei sintomi nei momenti in cui il paziente sa di essere osservato. I soggetti possono lamentare problemi quali Depressione e idee di suicidio a causa per esempio della morte del coniuge (anche se non vera), perdita della memoria, allucinazioni o deliri, sintomi di Disturbo Posttraumatico da Stress e sintomi Dissociativi. Il quadro solitamente risponde alla concezione che il soggetto ha del Disturbo Mentale e può essere diverso da tutte le categorie diagnostiche riconosciute.

Con segni e sintomi fisici predominanti.

In questo sottotipo i sintomi sembrano appartenere ad una condizione medica generale; comuni problemi clinici che possono essere prodotti includono

⁶American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001, p. 552-553.

l'infezione(per es. ascessi), il dolore, l'ipoglicemia, l'anemia, l'emorragia, gli esantemi, i sintomi neurologici(per es. le convulsioni, le vertigini e gli svenimenti), il vomito, la diarrea, sintomi di malattia autoimmune o del tessuto connettivo. La MS è la forma più grave e cronica di questo Disturbo ed ha come elementi nucleari i ricoveri ricorrenti, la peregrinazione e la pseudologia fantastica⁷.

Il paziente affetto da MS si auto-induce lesioni sia esterne come ferite, bruciature e eritemi diffusi, sia interne come anemie auto-indotte, diabete ecc...

Questi pazienti inventano storie e le mettono in atto provocandosi sanguinazioni, prendendo lassativi, iniettandosi saliva o feci per causare infezioni gravi. A volte, segretamente, assumono dei potenti farmaci come l'insulina, di cui non hanno bisogno, per abbassare la glicemia nascondendo poi le siringhe sotto i materassi dell'ospedale dove sono ricoverati. Arrivano addirittura ad iniettarsi farina e granturco nelle vene per fingersi malati, rischiando di morire a causa di grumi che si formano nei polmoni⁸.

Questi soggetti si sottopongono a numerosi esami diagnostici anche particolarmente invasivi(es. gastroscopia, colonscopia) e spesso hanno un'anamnesi ricca di reiterati ricoveri, resi possibili dal fatto che questi soggetti si presentano alle strutture ospedaliere sotto falso nome per non essere riconosciuti⁹.

I soggetti con Disturbo Fittizio raccontano di solito la loro storia con toni drammatici, ma risultano estremamente vaghi e incoerenti se interrogati sui particolari. Riescono a coinvolgere l'ascoltatore, con menzogne patologiche riguardanti i vari aspetti della loro storia o sintomatologia(pseudologia fantastica).

⁷American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001, p. 552-553.

⁸Feldman MD, Ford CV, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: inside the strange world of factitious disorders, published by John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 90-91.

⁹American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC, 1994.

Spesso hanno profonda conoscenza della terminologia medica e della prassi ospedaliera. Quando indagini accurate sui principali sintomi lamentati danno responso negativo, loro spesso lamentano altri problemi fisici o psichici, producendo ulteriori sintomi fittizi. Da ricoverati hanno di solito pochi visitatori e se diventa chiara la natura fittizia dei loro sintomi, una volta smascherati negano l'evidenza dimettendosi rapidamente contro il parere dei sanitari ricoverandosi subito dopo in qualche altro ospedale. I molteplici ricoveri spesso li conducono in numerose città, regioni o stati.

Il Disturbo cronico (sindrome di Munchausen) risulta incompatibile con la possibilità per l'individuo di mantenere un impiego fisso, dei legami familiari e delle relazioni interpersonali. In esso sono determinanti le circostanze ambientali, in quanto il paziente cerca di manipolare il suo ambiente a proprio favore¹⁰.

Guardando il background del soggetto si trovano difficoltà relazionali e Disordini della Personalità¹¹.

È possibile che questi sintomi siano sotto il diretto e volontario controllo soggettivo¹². Tuttavia l'argomento nel DSM-III-R¹³ è che essi debbano essere considerati volontari nel senso che sono deliberati e propositivi ma non nel senso che questi atti possono essere controllati. Tutti gli apparati sono bersagli potenziali e i sintomi presentati trovano un limite solo nelle conoscenze mediche, nel grado di sofisticatezza e nella immaginazione dell'individuo.

¹⁰Bhugra D, Psychiatric Munchausen's Syndrome, *Alta Psichiatria Scandinavica* 1988; 77: 497-498.

¹¹ibid.

¹²ibid.

¹³American Psychiatric Association, DSM-III-R, Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, 4th edition, Washington DC, 1987.

Con segni e sintomi fisici e psichici combinati.

In questo sottotipo sono presenti sintomi sia fisici che psichici ma nessuno dei due predomina.

I Disturbi Fittizi vanno distinti dagli atti di Simulazione in cui l'individuo produce ugualmente i sintomi con lo scopo di evitare obblighi legali o l'arruolamento militare. Al contrario nei Disturbi Fittizi la motivazione è il bisogno psicologico di assumere il ruolo di malato, come è dimostrato dall'assenza di incentivi esterni per tale comportamento. La Simulazione può essere considerata un comportamento adattivo normale in certe circostanze(per es. quando si è ostaggi), ma per definizione una diagnosi di Disturbo Fittizio comporta sempre la presenza di psicopatologia¹⁴.

1.2. Criteri che definiscono i Disturbi Fittizi

Secondo il DSM-IV-TR¹⁵, i criteri che definiscono un Disturbo Fittizio sono:

Criterio A. La produzione intenzionale di segni o sintomi fisici o psichici.

Il quadro può comprendere:

- l'invenzione di lamentele soggettive(per es. dolori addominali in assenza dei sintomi specifici),
- falsificazione di segni obiettivi(per es., manipolare un termometro per creare l'illusione della febbre),
- condizioni auto-procurate(per es. la produzione di ascessi tramite l'iniezione di saliva nella pelle),

¹⁴American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001, p. 551.

¹⁵ivi, p. 553, 555.

- l'amplificazione di condizioni mediche preesistenti(per es. la simulazione di un attacco di grande male da parte di un soggetto con precedenti di epilessia),
- qualche combinazione o variante di queste.

Criterio B. La motivazione di tali comportamenti è quella di assumere il ruolo di malato.

Criterio C. Sono assenti incentivi esterni(per es. vantaggi economici, l'esonero da responsabilità legali o il miglioramento del proprio benessere fisico, come invece accade nella Simulazione).

Infine ci sono alcuni Disturbi con sintomi fittizi che non incontrano i criteri per il Disturbo Fittizio: un esempio è rappresentato dal Disturbo Fittizio per Procura, in cui vi è la produzione o simulazione intenzionale di segni e sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata al soggetto allo scopo di assumere indirettamente il ruolo di malato.

1.3. La MS come parte dei Disordini Fittizi

I Disordini Fittizi sono stati descritti nella letteratura medica per più di trent'anni e le principali peculiarità consistono nel creare intenzionalmente sintomi fisici e/o psichici, con lo scopo di assumere il ruolo di paziente a tutti gli effetti per ricevere una gratificazione affettiva¹⁶.

La MS è la variante più estrema e cronica di tale Disordine¹⁷ anche se, con poche eccezioni, negli ultimi trent'anni, i termini "Disturbi fittizi" e "sindrome di Munchausen" sono stati usati intercambiabilmente. Una distinzione però deve

¹⁶Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 24.

¹⁷American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC, 1994.

essere fatta tra di loro, anche perché non tutti i pazienti che soffrono di Disturbi Fittizi hanno la sindrome di Munchausen¹⁸.

Possiamo quindi dire che i pazienti con Disordini Fittizi possono essere rappresentati da un “continuum” in cui la parte ‘benigna’ è raffigurata da bambini che usano il mal di pancia per non andare a scuola e la parte ‘maligna’ da persone con Disordini Fittizi cronici(MS), in cui l’autoinduzione a malattie drammatiche consente loro di essere ricoverate più volte¹⁹.

Il comportamento umano è spesso motivato da obiettivi consci e inconsci. Una persona potrebbe fingere una malattia per raggiungere più di una meta, per questo occorre essere cauti nelle differenze tra la Simulazione e i Disturbi Fittizi e tra le varie sfumature presenti all’interno dei Disturbi Fittizi stessi²⁰.

Più recentemente, infatti, è stato definito il Disordine Fittizio per Procura(MBP)²¹, in cui segni e sintomi sono indotti in un’altra persona, di solito un bambino²². Questa inquietante scoperta ha fornito una presa di coscienza sulle malattie, dei bambini, che precedentemente sembravano inspiegabili²³. È stato anche definito Il Disturbo Fittizio per Procura verso un adulto(MBP by Adult proxy)²⁴, in cui la malattia viene indotta in un adulto da un altro, che riceve supporto e comprensione per il ruolo lodevole di ‘caretaker’.

Per capire come si inserisce la MS tra i Disturbi Fittizi, alcuni autori hanno formulato una tabella²⁵:

¹⁸Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 25.

¹⁹Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B, Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology, Los Angeles 2001; 91: 20.

²⁰Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 21, 23.

²¹sindrome di Munchausen per Procura

²²Levin AL, Sheridan M, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons 2001; p. 3-10.

²³Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B, op. cit., p. 20.

²⁴Sigal M, Altmark D, Carmel I, Munchausen syndrome by adult proxy: a perpetrator abusing two adults, F Nervous and Mental Dis 1986; 174: 696-698.

²⁵Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 22.

Tad. 1.3.I

gioca il ruolo di malato')		
uso benigno della malattia		
simulazione		
Disordini Fittizi		
i sintomi più comuni sono: mal di stomaco, mal di denti che servono per richiamare solo l'attenzione e non c'è un intento maligno	l'uso intenzionale di esagerati o falsi sintomi per ottenere un guadagno tangibile; non è un disordine mentale e non esiste un disturbo di personalità	falsificazione intenzionale attraverso l'uso di sintomi psicologici o fisici per essere gratificati emozionalmente
varianti estreme dei Disordini Fittizi		
Sindrome di Munchausen	Sindrome di Munchausen per procura	Sindrome di Munchausen per procura verso un adulto
disordine fittizio cronico in cui la finzione della malattia diventa il fulcro della vita di una persona. E' caratterizzata da pseudologia fantastica, finzione e frequenza ospedaliera assidua.	induzione di una malattia verso il proprio bambino per suscitare simpatia e ricevere nutrimento per la figura di genitori del povero bambino malato'	la malattia è indotta in un adulto da un altro che riceve supporto per il ruolo lodevole di caretaker'.

Da ciò si evince che la sindrome di Munchausen è una forma estrema e pericolosa tra i Disturbi Fittizi: il vertice di una piramide, in cui alla base vi è un uso benigno della malattia, al centro vi sono i Disordini Fittizi, al vertice i Disordini Fittizi cronici o MS²⁶.

1.4. Origini storiche: dal Barone di Munchausen...

Circa due secoli fa viveva in Germania un brillante ufficiale di cavalleria dal nome di Carlo Federico Gerolamo, il Barone di Munchausen²⁷. La fama di questo guerriero era già a suo tempo assai grande sia in Germania sia in Inghilterra, ma ben presto le sue gesta diventarono famose in tutto il mondo²⁸. Tuttavia tale

²⁶Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B, Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology, Los Angeles 2001; 91: 20.

²⁷Raspe RE, Burger, 'Le Avventure del Barone di Munchausen', traduzione di Elda Bossi, Giunti gruppo editoriale, 2003.

²⁸ibid.

fama non è dovuta alle imprese di valoroso guerriero ma ai racconti delle sue grandiose e fantastiche avventure che erano completamente inventate. Il Barone di Munchausen, realmente esistito, era conosciuto come il barone delle bugie. Era un capitano della cavalleria tedesca che combatteva nella campagna contro gli ottomani nel XVIII secolo ed era conosciuto per i racconti favolosi riguardo la sua vita e le sue avventure²⁹. La sua grande abilità era quella di raccontare imprese che mai aveva compiuto, con una tale sicurezza che molti le prendevano per vere e come tali le diffondevano in giro. Così le sue spettacolari fanfaronate, vennero scritte in un libretto, comparso a Londra nel 1785, da Rudolf Erich Raspe che pubblicò un'edizione: "Baron Munchausen's narrative of his marvellous travels and campaigns in Russia". I meravigliosi viaggi ed avventure delle campagne di Russia del barone di Munchausen sono arrivate ai nostri giorni. Il barone, ammettiamolo pure, era un gran bugiardo, così grande da attingere alle vette del sublime: infatti, quando con tanta felicità inventiva si libera l'assurdo e non si pongono limiti di sorta, si entra in una zona della letteratura in cui la menzogna diventa quasi un'attitudine metafisica. Del resto visto che si viveva nell'epoca dei lumi perché mai negare all'uomo d'ingegno il diritto di sfidare la Natura? Di ribellarsi e di far a pugni con la logica? Nulla ferma il barone, perché l'uomo può fare tutto senza chiedere troppi permessi, attivando le risorse della mente in ogni circostanza. Da questo breve racconto si può ben capire il motivo per cui il Disturbo di cui si sta parlando prende il nome dal famoso barone. Così come faceva lui, le persone affette da questa sindrome inventano, con toni accesi e drammatici, le loro storie cariche di particolari fantasiosi.

²⁹Bretz S, Richards J, Munchausen syndrome presenting acutely in the emergency department, *The Journal of Emergency Medicine* 2000; 18: 419.

Attualmente, come abbiamo già detto, la MS è la forma cronica dei Disturbi Fittizi che però non sono una scoperta della medicina moderna, anche se Asher³⁰ li ha portati “in un reame della scienza medicinale e li ha esposti a uno scrutinio”³¹.

Nel “Lancet” Asher ha descritto questa malattia come “una sindrome comune che molti dottori hanno visto, ma riguardo alla quale nessuno ha scritto nulla”³².

Circa due secoli il filosofo Galeno, ha riportato le sue osservazioni sui Disordini Fittizi che includono vomito ed emorragia rettale³³.

Alcuni tentativi di categorizzare questa condizione sono stati fatti nel 1834 da Hector Gavin; cento anni più tardi, cioè nel 1934, Karl Menninger³⁴ ha riportato una “dipendenza da dottori e da polichirurgie”, facendo notare che la dipendenza è un’aggressione contro se stessi e contro i medici e credeva simbolizzasse la “percezione di genitori sadici”³⁵. Menninger ha presentato anche un caso di “dipendenze da interventi-chirurgici” in cui è difficile capire il reale punto prevalente di questa malattia³⁶.

Comunque Asher è stato il primo a descrivere la MS nel “Lancet” nel 1951 e, spinto dal suo particolare interesse per l’aspetto psicologico delle malattie, ha usato l’espressione Sindrome di Munchausen per indicare pazienti che presentavano Disordini neurologici, gastrointestinali, che raccontavano storie fantastiche e che si ricoveravano in diversi ospedali per malattie acute simulate o auto-indotte³⁷.

³⁰ Asher R, Munchausen’s syndrome, Lancet 1951; 1: 339-341.

³¹ Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 25.

³² Asher R, op. cit.

³³ Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 26.

³⁴ Menninger K, Polyusurgeery and polysurgical addiction: Psychoanalyt Quart 1934; 3: 173.

³⁵ ibid.

³⁶ Asher R, op.cit.

³⁷ Turner J, Reid S, Munchausen’s syndrome, Lancet 2000; 359: 346-349.

Come il famoso barone, le persone affette dalla MS hanno viaggiato molto e le loro storie sono drammatiche e false, di conseguenza la sindrome è dedicata rigorosamente al barone e perciò ha preso il suo nome.

Asher ha notato che la sindrome di Munchausen si distingue dalla descrizione fantastica, ma ancora plausibile, dei pazienti con Pseudologia Fantastica; si caratterizza infatti dall'uso intenzionale di sintomi auto-indotti ai fini di ottenere l'ospedalizzazione, peregrinando da un luogo all'altro³⁸.

Secondo Asher i medici devono essere all'erta, sulla possibilità della MS, se il paziente presenta³⁹:

- Numerose cicatrici chirurgiche, spesso nella parte addominale;
- Maniere truculente ed evasive;
- Storia medica e personale carica di particolari che sembra precipitare nell'assurdità e nell'inconcretezza;
- Una storia di molteplici ospedalizzazioni, richieste di assicurazione, richieste di pratiche illecite.

Nel 1953 è stata riportata la MS cardiaca, più tardi riferita come 'cardiopathia fantastica', caratterizzata da manifestazioni cliniche di disturbi cardiaci acuti che sono finti e ricorrenti⁴⁰.

Davidson riporta il primo caso di un paziente con MS con un disturbo cardiovascolare. Dopo questo articolo sono stati riportati 58 casi di MS cardiaca⁴¹.

Nel 1979 Kounis usò il termine 'cardiopathia fantastica' per la MS cardiaca che di

³⁸Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 24.

³⁹ivi, p. 25.

⁴⁰Park TA, Borsch MA, Dyer AR, Peiris AN, Cardiopathia fantastica: the cardiac variant of Munchausen syndrome, South Med J 2004; 97: 48-52, quiz 53.

⁴¹Davidson C, Munchausen's syndrome, 1953; 3: 621.

solito il paziente, raccontando una storia cardiaca drammatica, presenta con dolori forti al torace⁴². Nel 1968 Spiro ha avanzato ulteriormente la teoria di Menninger, osservando che la progressione e lo sviluppo della MS è basata sui primi comportamenti e sulle prime relazioni con i propri genitori⁴³. Spiro ha notato che le prime privazioni e uno sviluppo incompleto del senso di se stessi rimangono e creano un difetto nella coscienza. Ha notato inoltre che i tentativi di dominare il primo trauma subito formano il palcoscenico affinché abbia inizio il comportamento da malato e che gli ospedali sono il luogo appropriato per manifestare il malessere in essi, in quanto trovano sostegno e controllo e persone che si prendono cura di loro⁴⁴. Spiro associava il vivo desiderio, di questi soggetti, di viaggiare con la loro ricerca simultanea di intimità e rifiuto di essa e postulava che si rivolgessero ai professionisti della salute, come parte di un rituale sadomasochistico, trasferendo l'ostilità verso i loro genitori, all'ambiente ospedaliero con l'intenzione di infliggere il dolore nelle mani di un dottore⁴⁵.

Carney ha operato una diversificazione tra vagabondi e non vagabondi, chiamando i primi quelli di Munchausen, appunto per la loro caratteristica di essere in più ospedali e in diversi paesi, e i secondi solo " dipendenti". Egli ha evidenziato come i vagabondi erano meno stabili, vulnerabili, con una scarsa immagine e senso del sé, erano per lo più di sesso maschile, disoccupati ed aggressivi⁴⁶.

Cheng e Hummel hanno descritto la Sindrome di Munchausen come una condizione psichica, i cui sintomi richiamano una condizione psichiatrica con una

⁴²Kounis NG, Munchausen syndrome with cardiac symptoms: cardiopathia fantastica, Br J Clin Sci 1979; 33:67-72.

⁴³Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 26.

⁴⁴ibid.

⁴⁵ibid.

⁴⁶Carney M, Artefactual illness to attract medical attention. Br J Psychiatry 1980; 136: 542-547.

ben distinta e peculiare psicopatologia alla base che però va distinta da altre condizioni cliniche psichiatriche⁴⁷.

Barker ha riferito che il suo gruppo di malati di Munchausen ha qualcosa in comune con i pazienti ossessionati, con le manifestazioni masochistiche ed esibizionistiche⁴⁸. Inoltre Barker ha sottolineato che, anche se si possono verificare casi in cui i soggetti facciano abuso di droghe, la dipendenza da queste ultime non è necessariamente una costante⁴⁹.

Clarke e Melnick hanno dichiarato che ci possono essere reali segni organici e hanno rilevato tre costanti psichiatriche: tendenze criminali, bugie colorite e vagabondaggio⁵⁰.

Bursten ha descritto tre criteri per la diagnosi della Sindrome di Munchausen: presentazione drammatica, pseudologia fantastica e vagabondaggio⁵¹.

Ireland ed altri hanno enfatizzato 4 possibili entità psicopatologiche nascoste: comportamento anti-sociale, carattere nevrotico, danni cerebrali o auto-aggressione⁵².

O'Shea ed altri ritengono che un sistema ospedaliero aperto può promuovere il fenomeno⁵³ e sostengono che questi soggetti hanno avuto un'estesa esposizione medica in qualità di pazienti, paramedici o studenti di medicina mancati e che questi disturbi derivanti dalla famiglia siano legati a madri opprimenti ed a figure paterne assenti⁵⁴.

⁴⁷Cheng L, Hummel L, The Munchausen syndrome as a psychiatric condition. Br J Psychiatry 1978; 133: 20-21.

⁴⁸Barker JC, The syndrome of hospital addiction(Munchausen's syndrome), J Ment Sci 1962; 108: 167-182.

⁴⁹ibid.

⁵⁰Clarke E, Melnick SC, The Munchausen syndrome or the problem of hospital hoboos, Am J Med 1958; 25: 6-12.

⁵¹Bursten B, On Munchausen syndrome. Arch Gen Psychiatry 1965; 13: 261-268.

⁵²Ireland P, Sapira J, Templeton B, Munchausen's syndrome, Am J Med 1967; 43: 579-592.

⁵³O'Shea BM, McGennis AJ, Lowe NF, & O'Rourke MH, Psychiatric evaluation of Munchausen's syndrome. J Ir Med Assoc 1982; 75: 200-202.

⁵⁴ibid.

Questa teoria può essere però rifiutata poiché questi casi esistono anche dove il sistema ospedaliero non è libero⁵⁵.

Wimberley sostiene che per questi malati il medico rappresenta un padre surrogato o una figura dominante, visto che di solito si sono visti quadri di madri anaffettive e padri totalmente o parzialmente assenti per motivi lavorativi o comunque poco presenti nel vissuto familiare⁵⁶.

Faguet asserisce che un paziente con la MS dimostra il desiderio riflesso di avere il proprio corpo esplorato e di essere reso “senza vita” attraverso l’anestesia e le medicine⁵⁷.

Justus ed altri guardando alla dinamica della sindrome dichiarano che il paziente stia interpretando il trauma della sua infanzia nelle sue relazioni con il personale ospedaliero⁵⁸. Ci potrebbero essere storie precoci di abusi emozionali e fisici⁵⁹. È difficile ottenere informazioni standardizzate da questi soggetti perché prima che possa essere presa qualsiasi iniziativa essi spariscono⁶⁰. Come enfatizza Chapman la loro tolleranza per le procedure è davvero esemplare all’inizio ma diminuisce alla fine⁶¹.

Nel 1977 fu coniato il termine MBP dal pediatra Roy Meadow⁶² per distinguerla dagli altri Disordini Fittizi; in alcuni casi infatti è stata chiamata sindrome di Meadow⁶³.

⁵⁵Bhugra D, Psychiatric Munchausen’s syndrome, *Alta Psichiatria Scandinavica* 1988; 77: 499.

⁵⁶Wimberley T, The Making of a Munchausen. *British Journal of Medical Psychology* 1981; 54: 121-129.

⁵⁷Faguet RA, Munchausen syndrome and necrophilia. *Suicide Life Threat Behav* 1980; 10: 214-218.

⁵⁸Justus P, Kreutziger M, Kitchens CS, Probing the dynamics of Munchausen’s syndrome, *Ann Intern Med* 1980; 93: 120-127.

⁵⁹ibid.

⁶⁰Bhugra D, Psychiatric Munchausen’s syndrome, *Alta Psichiatria Scandinavica* 1988; 77: 499.

⁶¹Chapman J, Peregrinating problem patients, Munchausen’s syndrome, *J Am Med Ass* 1957;165: 927-933.

⁶²Meadow R, Munchausen syndrome by Proxy: the hinterland of child abuse, *Lancet* 1977; 2:343-345.

⁶³Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p 147.

Si nota che in tutte queste mini-definizioni emergono le peculiarità nucleari di questa sindrome quali il vagabondaggio, la finta malattia e le bugie patologiche. Comunque, caratteristiche emergenti sono anche l'assenza di visitatori, Disturbi di Personalità, l'abitudine ad infrangere le regole ospedaliere per attirare l'attenzione del personale.

Ascher ha inizialmente identificato tre tipi: addominale, emorragico e neurologico⁶⁴. Considerando gli anni che ci separano da questa classificazione ne sono emersi altri: accessi, ferite aperte, automutilazione, ecc...⁶⁵

Da allora i dottori hanno notato che i pazienti affetti da questa sindrome fanno della loro produzione di malattia il centro della loro vita⁶⁶.

Attualmente la MS è un nome sbagliato⁶⁷.

Le fantastiche storie del barone non mettono in evidenza finte malattie poiché il barone non imbrogliava le persone facendole preoccupare per lui e per le sue imprese⁶⁸. Ciò che, infatti, ha indotto Asher ad associare il barone con i pazienti che avevano la sindrome caratterizzata da vagabondaggi e storie sensazionali⁶⁹ è la maniera in cui raccontava le storie.

Nel corso degli anni la MS ha avuto diverse sfaccettature (come ad esempio il caso di una manifestazione in due membri della stessa famiglia, madre e figlia) ed è stata più volte criticata; sono stati suggeriti inoltre altri termini.

⁶⁴Fink P, Jensen J, Clinical and 3 new case histories. *Psychother Psychosom* characteristics of the Munchausen syndrome. A review 1989; 52: 164-71.

⁶⁵ibid.

⁶⁶ibid.

⁶⁷Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994;p. 24.

⁶⁸ibid.

⁶⁹ibid.

Molte delle critiche mosse alla sindrome potrebbero essere state il risultato della grande variabilità di definizioni e di criteri diagnostici usati da diversi autori⁷⁰.

Nella letteratura medica i termini usati per riferirsi a questi individui (pazienti fittizi) e alle loro falsità mediche si concentrano sulle interazioni del paziente fittizio con i caregivers (basato sull'artificio e sull'inganno) o sul vagabondaggio che fa parte delle caratteristiche proprie dei pazienti fittizi con la sindrome di Munchausen ('operaio disoccupato ospedaliero')⁷¹.

Nel DSM-III-R il Disturbo Fittizio e la sindrome di Munchausen vengono designati come sinonimi⁷².

Gli psichiatri Feldman e Ford narrano storie affascinanti entrando nelle vite e nelle menti di persone, il cui avere e pretendere insistentemente attenzione li porta ad alterare malattie, a volte fino al punto di morire. L'estremo dei pazienti fittizi è sfidare l'immaginazione; gli autori riportano storie di persone che si iniettano un batterio per indurre infezioni, che li fa sanguinare provocando anemia, insomma qualsiasi cosa per ottenere un'ospedalizzazione. Altri fabbricano sintomi emotivi, come Depressione estrema o prendono parte a un comportamento fuori dalla norma per fingere la psicosi. Feldman e Ford hanno letto di persone con la MS, pazienti professionali, che spendono le loro vite da un ospedale all'altro, imbrogliando con successo dottori e facendosi sottoporre a procedure diagnostiche e chirurgiche pericolose e costose. Gli autori lavorando con questi 'fucinatori di malattie' offrono un profondo insight sulla loro psiche ferita. In questo modo si riesce a comprendere più o meno quello che costringe queste

⁷⁰Turner J, Reid S, Munchausen's syndrome, Lancet 2002; 359: 346-349.

⁷¹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p 1-3.

⁷²Fink P, Jensen J, Clinical and 3 new case histories. Psychother Psychosom characteristics of the Munchausen syndrome. A review 1989; 52: 164-71.

persone a superare rischi pur di ottenere comprensione e adempimento emotivo⁷³.

Diversi autori rilevano che si incontrano molte difficoltà nel ricostruire la storia di questi pazienti. Sulla base di alcuni casi riportati e sulla storia della letteratura dei casi conosciuti, alcuni autori suggeriscono l'uso del criterio originale di Asher, nel quale la sindrome costituisce un sottotipo dei disordini fittizi cronici, caratterizzato soprattutto da malattie fittizie: peregrinazioni, pseudologia fantastica e ammissione negli ospedali in circostanze drammatiche⁷⁴.

Parecchi nomi alternativi sono stati suggeriti per questo gruppo di pazienti: 'vagabondi degli ospedali', 'pazienti con problemi di peregrinazione', 'sindrome da vizio di ospedale', ma probabilmente nessuno di questi persiste. Il nome datogli da Asher rimane la chiave di riferimento, che ospita gli avvenimenti successivi dei Disordini Fittizi. Come è stato detto, attualmente il DSM-IV usa l'espressione sintomi fittizi, che sono caratterizzati da ripetute simulazioni di malattie fisiche o mentali con lo scopo di ottenere assistenza medica⁷⁵; questi pazienti infatti aspirano ad essere "pazienti".

1.5. I sintomi e le caratteristiche dei pazienti Munchausen

“La verità esiste solo se le falsità possono essere inventate”

Georges Braque(1882-1963)

I pazienti fittizi sono tra i più ardui e difficili da trattare, ma possono essere anche piacevoli: infatti i dottori sentono terribilmente la loro mancanza se finiscono per

⁷³Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p 1-3.

⁷⁴ibid.

⁷⁵American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC, 1994.

andarsene via⁷⁶. D'altra parte però, come soprattutto i pazienti Munchausen, questi soggetti possono essere spregevoli⁷⁷.

La MS è anche conosciuta come 'dipendenza da ospedale' e le malattie solitamente manifestate sono spesso di natura dermatologica, endocrinologia e gastrointestinale⁷⁸.

I pazienti con la MS si presentano di solito al pronto soccorso di grandi ospedali durante le ore serali o durante i week-end quando gli uffici delle assicurazioni sono chiusi e quando in ospedale è presente personale con poca esperienza⁷⁹.

Il modo in cui si presentano crea subito un pronto intervento(sanguinamento, forti dolori addominali)⁸⁰.

I sintomi più comuni sono episodi ipoglicemici, febbri di origine sconosciuta, accessi o infezioni, coliche renali ecc., che li aiutano ad essere credibili agli occhi del personale⁸¹.

La maggior parte dei casi riporta emergenze organiche e tra queste le più diffuse sono:

- 1) il tipo addominale acuto. Alcuni di questi pazienti sono stati operati così tante volte che lo sviluppo di una reale ostruzione intestinale da aderenze può confondere il quadro generale. I soggetti possono ritrovarsi "l'addome a griglia" a causa dei ripetuti interventi chirurgici⁸²;
- 2) il tipo emorragico, che è specializzato nel sanguinamento del polmone e dello stomaco;
- 3) il tipo neurologico che di solito si presenta col mal di testa, perdita di coscienza ecc..

⁷⁶ivi, p. 99.

⁷⁷Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 100.

⁷⁸Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 349.

⁷⁹Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 349.

⁸⁰Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B. Los Angeles. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2001; 91: 21.

⁸¹Gluckman G, Stoller M, op. cit.

⁸²ibid.

La manifestazione della malattia riflette una complessa interazione tra i problemi psicologici del paziente ed il milieu medico in cui si verificano⁸³. Questi soggetti inizialmente sono pazienti con una tolleranza notevole che ottengono il disagio di operazioni e analisi non necessarie e poi, se stanno per essere scoperti o se non si sentono a loro agio e accettati dal personale ospedaliero, diventano aggressivi e magari si dimettono dopo pochi giorni lasciando l'ospedale, con le ferite non ancora guarite per poi ripresentarsi sotto falso nome⁸⁴.

Di solito forniscono nomi, indirizzi e occupazioni false; possono arrabbiarsi e inveire contro il personale, diventano conosciuti allo staff e si considerano pazienti speciali⁸⁵.

Il costo dei ricoveri a volte può raggiungere cifre esorbitanti. E' stato, addirittura, infatti rilevato un caso in cui un paziente per 84 ricoveri aveva speso 718.700 dollari in USA⁸⁶.

Il soggetto può usare sostanze psicoattive allo scopo di produrre sintomi che facciano pensare a un Disturbo Mentale(per es. stimolanti per indurre irrequietezza o insonnia, allucinogeni per indurre condizioni di percezione alterata, analgesici per indurre euforia e ipnotici per indurre letargia)⁸⁷. I ricoveri ripetuti portano a condizioni mediche generali iatrogene(per es. la formazione di tessuto cicatriziale a causa di interventi chirurgici non necessari, oppure reazioni avverse ai farmaci)⁸⁸.

Molti pazienti con MS, a volte, sviluppano dipendenze da medicine, probabilmente perché i dottori nel tentativo di alleviare i "sintomi" somministrano loro dei farmaci perché si autoinducono malattie che hanno bisogno davvero di farmaci⁸⁹.

Le persone con Disordini Fittizi sono spesso povere di supporti sociali e siccome non possono avere vicino i loro parenti o familiari, li provocano cercando fuori chi

⁸³Shah K, Forman M, Friedman H, Munchausen's syndrome and cardiac catheterization, *Jama* 1982; 22: 3008.

⁸⁴Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, *Urology* 1993; 14: 349.

⁸⁵Stiles A, Mitirattanakul S, and Sanders B, Munchausen syndrome presenting in a patient who has undergone temporomandibular joint surgery, *Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology* 2001; 91: 20-22.

⁸⁶Powell R, Boast N, The million dollar man. *BR J Psychiatry* 1993; 162: 253-56.

⁸⁷American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington DC, 1994.

⁸⁸ibid.

⁸⁹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 25.

si prende cura di loro⁹⁰. Hanno storie povere di lavoro e sono implacabilmente autodistruttivi in quanto si sottopongono a procedure diagnostiche e chirurgiche invasive e non necessarie durante la maggior parte del tempo della loro vita. Il loro scopo si sgretola se le loro falsità sono rivelate, così loro negano veemente i loro artifici, anche al punto di denunce minacciose quando vengono confrontati con le loro bugie⁹¹. Quando il supporto affettivo che li circonda inizia a cadere, loro creano delle nuove crisi per ottenere un nuovo interesse.⁹²

Il loro modo di fare e la loro natura ambulante spesso li mettono in disaccordo con la legge e ciò li spinge su una linea che si separa dalla Simulazione e dai Disordini Fittizi, in quanto la malattia diventa l'unica ragione di vita e per la quale si è disposti a sfidare qualsiasi cosa⁹³. I loro sintomi li portano a ottenere vitto e alloggio e altri tipi di guadagno che si ottengono dall'essere malato.

Riassumendo, i fattori preponderanti sono:

1. evidenza di falsi sintomi psichiatrici e fisici
2. bugie
3. problemi nel formare relazioni costanti
4. storia di abusi di alcool
5. tendenze masochiste
6. funzioni sessuali disturbate
7. storie di comportamenti criminali
8. reiterati ricoveri amotivati
9. conoscenza estesa di sintomatologie e prassi ospedaliere.

Per quanto riguarda le caratteristiche specifiche correlate al genere, il Disturbo Fittizio è più comune nelle femmine che nei maschi, ma la variante più cronica e

⁹⁰ivi, p. 27.

⁹¹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 27.

⁹²ibid.

⁹³Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 25.

grave, ossia la MS, sembra essere più frequente nei maschi che nelle femmine e più nei caucasici che negli afro-americani⁹⁴.

I ricercatori hanno notato che “i pazienti professionali”(un termine usato dalla comunità medica per riferirsi ai pazienti con Disturbi Fittizi) sono uomini o donne con un’intelligenza sopra la media, che, ad eccezione dei pazienti con la variante cronica e cioè la MS, conducono delle vite produttive quando non sono nella fase dei dolori che prevedono i loro ritratti di malattia⁹⁵.

Di questi pazienti, quelli diagnosticati con la MS sono di solito uomini tra i 20 e i 40 anni, mentre le donne soprattutto tra i 20 e i 50 anni sono più spesso diagnosticate con Disordini Fittizi⁹⁶.

I soggetti sono anche persone che potrebbero avere un fascino per le questioni mediche che gli sono state riferite e che li conducono in campi medici per eseguire i loro ritratti di malattia⁹⁷.

A volte i pazienti fittizi rifiutano il trattamento che per loro è sostanziale negando l’evidenza, poiché hanno stabilito anche una certa reputazione con l’ambiente ospedaliero⁹⁸.

Il decorso del Disturbo Fittizio solitamente consiste in episodi intermittenti: meno comuni sono un singolo episodio o una malattia cronica persistente.⁹⁹ L’esordio avviene di solito nella prima età adulta, spesso a seguito di un ricovero per una condizione medica generale o per un altro Disturbo Mentale¹⁰⁰. Nella sindrome di Munchausen i ricoveri abituali possono diventare uno stile di vita continuativo¹⁰¹.

I sintomi tra i Disordini Fittizi possono essere classificati come segue¹⁰²:

⁹⁴Gluckman G , Stoller M, Munchausen’s syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 347-350.

⁹⁵Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 26.

⁹⁶Gluckman G, Stoller M, op. cit.

⁹⁷Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 27.

⁹⁸Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 106.

⁹⁹American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001, p. 554.

¹⁰⁰ibid.

¹⁰¹ibid.

¹⁰²Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.29.

1. fabbricazioni totali, come nel paziente che geme riguardo a un dolore severo, ma in realtà non sta avendo nessun dolore;
2. esagerazioni, come nel paziente che reclama di sentirsi devastato, incapacitato dalle emicranie, ma che in realtà ha solo dei piccoli mal di testa;
3. simulazioni di malattia, come nel paziente che recita di avere un tumore al cervello o sputa sangue che in realtà è stato nascosto in una bustina di gomma nella bocca;
4. malattia auto-indotta, come nel paziente che lamenta di avere la febbre o si addolora dopo essersi procurato un'infezione iniettandosi batteri o altre sostanze nocive. Qualche volta la produzione di sintomi fisici diventa una minaccia alla propria vita e questa è una "verità" dovuta alla bugia originale. Ciò che questi pazienti, soprattutto quelli con la MS, possono creare sfiora il bizzarro, anche perché fanno conoscenza medica da soli e conoscono a perfezione gli effetti che vogliono produrre, anche se a volte la situazione può sfuggire di mano fino a raggiungere la morte. Per esempio, alcuni si iniettano degli anticoagulanti nel loro sistema per causare disordini sanguigni; altri usano dei lassativi per produrre una diarrea cronica.

Molti pazienti fittizi rinforzano i loro sintomi fisici quanto più hanno bisogno di qualcuno che provveda a loro e li gratifichi affettivamente. Effettivamente loro vedono la recitazione e la ricerca come una sfida non come un problema¹⁰³. Alcuni di loro manifestano dei sintomi che possono mettere realmente in difficoltà i medici. Sanno come manipolare i sintomi renali e urinari, molti dei quali sono accompagnati da sangue nelle urine; se una persona, per esempio, vuole fare qualcosa per provocare l'ansietà dei dottori può mettere alcune gocce di sangue in un contenitore di urina, tanto quanto basta per farla sembrare rossa, così che provocherà l'inizio di un lavoro diagnostico¹⁰⁴. Molti pazienti creano delle falsità

¹⁰³ivi, p.86.

¹⁰⁴Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.88.

multiple per mantenere i dottori sempre sulla ricerca delle cause della malattia o dei disturbi che li riguardano¹⁰⁵.

Spesso la storia medica rivela un'infanzia difficile con abusi fisici e sessuali e un'esperienza precoce con la malattia personale o di qualcun altro¹⁰⁶. Comunque i ricoveri non sono solo per sintomi fisici, che creano subito un pronto intervento per la modalità in cui si presentano, ma ci possono essere ricoveri per problemi psichiatrici¹⁰⁷. Questi pazienti usano il tempo dei medici e dei servizi, spesso senza pagare; fanno una specie di furto, ma poiché sono registrati come pazienti, le costrizioni etiche e legali rendono impraticabile la comunicazione di queste informazioni¹⁰⁸.

1.6.Eziologia

La Sindrome di Munchausen è un disordine psichiatrico raro in cui i pazienti si fanno del male, mentendo patologicamente per ottenere attenzione medica. Ma quali sono le cause e di tale condotta? Qual è il motivo di vivere la fantasia, di crogiolarsi nel vedere la preoccupazione altrui verso di noi? Chi mostrerebbe tali emozioni verso di noi se non fossimo malati?

Identificare i motivi che ci sono dietro le azioni di queste persone ci aiuterebbe a far chiarezza su alcune questioni che li riguardano e sul come comportarsi di fronte alle loro beffe¹⁰⁹.

Ma i motivi assumono molte forme e sono diversi da caso a caso; così è difficile fare una generalizzazione sui pazienti fittizi¹¹⁰.

Il mentire è un processo naturale usato anche nel regno animale come funzione protettiva o aggressiva¹¹¹. Molte sono le definizioni date alla bugia, ma tutte

¹⁰⁵ivi, p. 92.

¹⁰⁶Gluckman G , Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 347-350.

¹⁰⁷ibid.

¹⁰⁸Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 204.

¹⁰⁹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 118.

¹¹⁰Shah K,Forman, Friedman H, Munchausen's syndrome and cardiac catheterization, Jama 1982; 248: 3008.

¹¹¹King BH, Ford CV, Pseudologia fantastica, Acta Psychiatrica Scandinavia, 1988; 77: 1-2.

includono una coscienza di falsità ed uno scopo già predeterminato e sono per lo più distinte sulla base della motivazione¹¹².

L'esatta causa non è conosciuta, ma i ricercatori stanno guardando al ruolo di fattori biologici e psicologici nel suo sviluppo. Recenti ricerche suggeriscono la possibilità che un numero di questi pazienti possa avere uno strato sottostante di disfunzione cerebrale che li predispone a un comportamento di malattia fittizio e a menzogne patologiche¹¹³.

In alcuni pazienti si sono rivelate scoperte di anormalità attraverso immagini del cervello e test cognitivi(per es. il test di Rorschach) e questa area di investigazione ha un grande potenziale¹¹⁴.

Recentemente alcuni articoli hanno sottolineato disfunzioni cerebrali nel 20-25% dei pazienti con la MS¹¹⁵. Anormalità sono state rilevate in immagini cerebrali e test neuro-psicologici¹¹⁶.

Tali scoperte neurologiche possono spiegare la ragione per cui dei pazienti che eseguono beffe mediche sembrano venire da famiglie apparentemente normali¹¹⁷. Molti esperimenti psicologici sofisticati e ricerche neurologiche sono richieste per capire questi individui e per imparare il modo di incontrare più efficacemente i loro bisogni. Gli autori, Pankratz e Lesak, suggeriscono che quel sottile, ma importante danneggiamento neuropsicologico potrebbe contribuire al comportamento aberrante dei pazienti con la sindrome di Munchausen¹¹⁸. I comportamenti tipici, come l'irascibilità, la disperata ricerca di cure e la pseudologia fantastica potrebbero essere visti come soluzioni a problemi creati dal danno cerebrale¹¹⁹. Per esempio, il flusso di sangue regionale è stato studiato in un paziente con MS

¹¹²ibid.

¹¹³Pankratz L, Lezak MD, Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome. *Hillside J Clin Psychiatry*. 1987; 9: 195.

¹¹⁴Ford CV, Feldman MD, op. cit. p., 120.

¹¹⁵King BH, Ford CV, op. cit., p. 1-6.

¹¹⁶Femelon G, Mahieux F, Rouillet E, Guillard A, Munchausen's Syndrome and abnormalities on magnetic resonance imaging of the brain, *BMJ* 1991; 302: 996-997.

¹¹⁷Pankratz L, Lezak MD, Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome. *Hillside J Clin Psychiatry* 1987; 9: 196.

¹¹⁸ivi, p. 198.

¹¹⁹Pankratz L, Lezak MD, op. cit., p. 205-206.

secondo un'alta risoluzione Tc 99m HMPAO SPECT¹²⁰. La scansione del cranio CT normale, dimostra una marcata iper-perfusione dell'emitalamo destro¹²¹. L'anormalità del flusso sanguigno emitalamico destro è discusso in relazione all'ipotetica neuropatia(sofferenza di una fibra nervosa) di questo Disturbo¹²².

Altre teorie suggeriscono che una storia di abusi o di trascuratezza del bambino o una storia di frequenti disturbi e malattie che hanno richiesto un'ospedalizzazione frequente sono fattori che concorrono allo sviluppo della sindrome¹²³. È probabile che la vittima si ritrovi in ospedale dove poi elabori l'idea di essere più gradita lì che nella vita di tutti i giorni¹²⁴ e che probabilmente ciò accenda qualcosa, ossia che sia una persona sofferente che in futuro crei attenzione medica per essere ammessa in ospedale¹²⁵.

Dall'infanzia ci insegnano che si è responsabili delle proprie azioni e che si può governare la propria vita lungo il percorso che si sceglie¹²⁶. Ovunque si è, a casa, a scuola, come una canzone il messaggio è rinforzato: 'vai dove vuoi arrivare, fai ciò che vuoi fare, sii ciò che vuoi essere'¹²⁷.

Ma troppo presto si impara, di solito attraverso le esperienze aspre, che quel genere di controllo totale non è altro che un pensiero desideroso e poetico¹²⁸. Ignorati nei loro bisogni i bambini hanno pagato con la loro insofferenza l'inconsapevolezza degli adulti, la loro crudeltà cosciente o inconscia, spesso

¹²⁰Mountz JM, Parker PE, Liu HG, Bentley TW, Lill DW, Deutsch G, Tc-99m HMPAO brain SPECT scanning in Munchausen syndrome. *J Psychiatry Neurosci* 1996; 21: 49-52.

¹²¹il talamo elabora quasi tutte le informazioni sensoriali e motorie che vengono ritrasmesse alla corteccia cerebrale; si ritiene che esso regoli anche i livelli di coscienza e gli aspetti emozionali delle esperienze sensoriali per il tramite di diverse azioni che esercita sulla corteccia cerebrale.

¹²²Mountz JM, Parker PE, Liu HG, Bentley TW, Lill DW, Deutsch G., Tc-99m HMPAO brain SPECT scanning in Munchausen syndrome. *J Psychiatry Neurosci* 1996; 21: 49-52.

¹²³Burman D, Stevens D, Munchausen family, 1977; 2: 456.

¹²⁴Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 34-38.

¹²⁵ibid.

¹²⁶Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 45.

¹²⁷ibid.

¹²⁸ibid.

mascherata da sistemi educativi perversi, comportamenti e iniziative dannose, falsamente finalizzate al loro bene¹²⁹. Ansie, timori, momenti depressivi sono sempre presenti nell'evoluzione normale, ma attraverso la validità delle relazioni familiari vengono contenute, controllate, trasformate¹³⁰. L'elemento patologizzante è il tipo e la qualità della relazione: in alcuni bambini osservati, le radici del loro disagio risalgono già al momento della gravidanza ed anche alle prime fasi di vita¹³¹. Sono bambini fin da allora assenti nella mente dei genitori, cioè che è presente nella loro mente un bambino diverso da quello reale. Gli abusi rilevati sono costituiti da gravi trascuratezze o da eccessi di cura con frequenti casi di MBP¹³².

Le nostre vite sono attualmente dirette da alcuni gradi di fattori sui quali non abbiamo nessun controllo, come persone, circostanze, salute fisica ed emotiva¹³³. Ognuno di noi durante la propria vita acquisisce delle abilità che usa per affrontare ciò che percepisce e ciò che lo influenza e cerca di mantenere dove può un controllo su di sé, sulle propria casa e sulle altre persone¹³⁴. Si ricorre così a misure disperate per esercitare un po' di controllo sulle propria vita e per evitare di colludere con gli altri; fingere la malattia è una di queste misure, il cui controllo(perpetrare una malattia) è illusorio. Alcuni dei pazienti fittizi usano Disordini Alimentari per esercitare un dominio sul loro corpo e per manipolare gli altri e i loro ambienti¹³⁵. Ford e Feldman credono che alcuni casi di bulimia sono Disordini Fittizi nel senso tradizionale, perché la bulimia spesso coinvolge l'uso

¹²⁹Montecchi F, primario di neuropsichiatria infantile all' ospedale Bambin Gesù di Roma, convegno sul disagio familiare, separazioni e affido dei minori. Bambini a rischio nelle separazioni conflittuali: l'abuso sul Minore, palazzo Montecitorio, Roma 1996.

¹³⁰ibid.

¹³¹ibid.

¹³²ibid.

¹³³Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 46.

¹³⁴Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 47.

¹³⁵ibid.

clandestino di lassativi e diuretici per alterare il peso¹³⁶. Nonostante il richiamo questi pazienti continuano queste pratiche e dicono bugie ai loro dottori riguardo il loro comportamento¹³⁷. La differenza tra le malattie simulate e reali è nel ‘grado’ di controllo volontario che il paziente ha sui propri sintomi e consiste nel tenere intenzionalmente il segreto tentando di imbrogliare le altre persone, incluso il medico¹³⁸.

Ma i pazienti con i Disordini Fittizi sono consapevoli delle proprie azioni? Sono atti compulsivi fuori dal proprio controllo personale? O sono premeditati? Molti pazienti sono consapevoli del proprio comportamento che spesso riguarda una pianificazione abile per le loro successive esecuzioni¹³⁹. Nello stesso tempo sono inconsapevoli dei motivi inconsci che motivano il loro comportamento¹⁴⁰. Queste persone sanno quello che fanno e che ciò è sbagliato, ma non riescono a fermare il loro comportamento¹⁴¹. Malgrado l’incertezza dovuta al fatto che questi soggetti non sanno spiegare i motivi perché lo fanno, la maggior parte degli psichiatri ritiene che i pazienti con i Disordini Fittizi sono responsabili del loro comportamento che si sviluppa come ricerca di comprensione e appoggio degli altri incluso il controllo su di essi¹⁴².

Riguardo ai Disturbi di Personalità si è dimostrato, con il test dell’MMPI¹⁴³, che questi soggetti presentano tratti di Ipocondria, Depressione, Isteria, Deviazioni Psicopatiche, Psicoastenia, Paranoia ecc¹⁴⁴...La presa di coscienza di questi fattori può giocare un ruolo significativo nella gestione di questo raro Disturbo.

¹³⁶Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 48.

¹³⁷ibid.

¹³⁸ibid.

¹³⁹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 49.

¹⁴⁰Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 50.

¹⁴¹ibid.

¹⁴²Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 58.

¹⁴³Minnesota Multiphasic inventory, che è appunto ‘un test di comportamento tipico’, quindi si occupa di conoscere quali sono le preferenze di un soggetto e i suoi comportamenti abituali piuttosto che ciò che egli è in grado di fare e si occupa di rilevare caratteristiche di personalità, adattamento, temperamento. In: “ Pedrabissi L , Santiniello M, I test psicologici, Società editrice il Mulino, Bologna 1997; p. 60-61.

¹⁴⁴Bhugra D, Psychiatric Munchausen’s Syndrome, Alta Psichiatrica Scandinavica 1988; 77: 497-506.

Feldman e Ford con un'ammirazione invidiosa per l'abilità e la persistenza con la quale questi pazienti eseguono il loro artificio hanno visto che i soggetti con Disordini Fittizi riflettono il disperato bisogno di trovare quella comprensione e quella premura che non hanno ricevuto nella loro vita. L'identificazione universale dei Disordini Fittizi è che pressoché ognuno può ammettere o di aver giocato il ruolo di ammalato per trovare comprensione (invece di chiedere direttamente attenzione, accadimento o benevolenza) o di aver fantasticato riguardo a come le persone avrebbero reagito alla loro malattia seria o alla loro morte imminente¹⁴⁵.

Il messaggio implicito in questi soggetti è: "io voglio che tu ti prenda cura di me"¹⁴⁶. Nel perpetrare le loro malattie fittizie che di solito durano anni, queste persone vivono dei veri inferni dovuti alla loro stessa creazione, incapaci di sperimentare la pienezza della vita, perché tutte le loro esperienze girano intorno alla malattia¹⁴⁷. E ciò che è triste è che loro credono onestamente che devono arrivare ad estremi così oltraggiosi e disperati per ottenere appoggio e attenzione nella loro vita quotidiana¹⁴⁸.

Comunque l'uso della malattia per ricevere attenzione non proviene solo dall'adulto, spesso anche da bambini che fingono un mal di denti atroce per ricevere un pò di coccole e un buon tè dalla madre: un comportamento confortante per una semplice lamentela. E si sa che le cure sono commisurate alla gravità dell'indisposizione e i pazienti fittizi hanno imparato bene questa lezione¹⁴⁹. Per gli adolescenti è un modo come tanti di ribellarsi alle morali sociali e agli stili di vita delle generazioni precedenti¹⁵⁰.

¹⁴⁵Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 60-63.

¹⁴⁶ibid.

¹⁴⁷Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 31.

¹⁴⁸ibid.

¹⁴⁹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 62.

¹⁵⁰ivi, p. 78-79.

Ford e Feldman assumono e partono dal presupposto che soffrire è sempre terribile e si chiedono perché qualcuno abbia la volontà di auto-infliggersi il dolore; ognuno di noi cresce con complesse forme psicologiche che spesso includono un'infanzia privata o addirittura veri e propri abusi sessuali¹⁵¹. Queste esperienze negative potrebbero aver creato nella mente di queste persone la percezione che il dolore e la punizione che hanno subito e che continuano ad auto-infliggersi sia una meta ammirabile¹⁵².

I bambini piccoli non sono sempre capaci di vedere e riconoscere la relazione tra gli eventi e le persone, così i bambini che sono state fatte vittime di malattie potrebbero non collegare che i loro genitori o altri che si prendevano cura di lui gli stavano facendo del male: si pensa che molti bambini abusati interiorizzino il problema e invece di biasimare i loro genitori, biasimano loro stessi, pensando di meritare il male causato dal loro comportamento¹⁵³. A loro volta gli abusanti hanno Disordini di Personalità e non hanno imparato altri modi di ottenere attenzione e cure e hanno un'inclinazione ad essere estremamente egoisti, danneggiando i loro bambini per trarne profitto¹⁵⁴. Così trasmettono questi 'falsi modi di avere cure' ai loro figli, che rispetto ai bambini non abusati hanno una probabilità in più di seguire le orme del loro perpetratore¹⁵⁵.

Sembra quasi verificarsi un abuso trigerazionale, anche perché la maggior parte degli abusatori di MBP sono persone che sono state abusate da bambini e perpetrano il modello abusivista¹⁵⁶. A tale proposito il Dottor Meadow dice: "Si può insegnare e credo sia giusto insegnare che le madri hanno sempre ragione; ma nello stesso tempo dobbiamo riconoscere che quando le madri hanno torto, possono avere terribilmente torto"¹⁵⁷. La maggior parte dei casi di MBP comporta

¹⁵¹Ford CV, Feldman MD, op. cit. p., 119.

¹⁵²Ford CV, Feldman MD, op. cit. p., 120.

¹⁵³Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 148.

¹⁵⁴Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 154.

¹⁵⁵Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 146.

¹⁵⁶Ivi, p. 156.

¹⁵⁷Meadow R, Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse, *Lancet* 1977; 2: 343-345.

induzioni attive in cui intense necessità emotive motivano i ritratti di malattia nei loro bambini¹⁵⁸.Loro potrebbero amare l'attenzione che la MBP produce loro¹⁵⁹. La malattia del loro bambino è per loro 'una richiesta di fama' e loro amano ricoprirsì e crogiolarsi nella devozione che i medici riconoscono loro, nelle finte cure che vedono avere verso i loro figli¹⁶⁰. Di solito sono donne che non comunicano con i loro mariti e la finta malattia del figlio potrebbe essere una motivazione per avvicinarli¹⁶¹.

Alcuni ritratti di malattia sono carichi di elementi sadomasochistici: in una relazione sadomasochista ci si identifica con chi ci ha maltrattato; la relazione diventa simbiotica e occorre una distinzione tra il prigioniero e chi cattura¹⁶². Similarmente nei Disturbi Fittizi potrebbe continuare il perpetuare, attraverso la malattia auto-indotta, dell'abuso subito da bambini; i pazienti fittizi si identificano con il perpetratore. Loro potrebbero accettare l'idea che l'abuso fa parte della loro vita e quindi ingegnare il modo di far contribuire i dottori all'abuso attraverso procedure chirurgiche non necessarie¹⁶³. Attraverso questo comportamento il paziente mantiene e sente di avere un controllo: nell'infanzia non poteva fare niente nei confronti del proprio corpo, adesso invece può intensificare il controllo attraverso la propria volontà¹⁶⁴.

I soggetti che sviluppano la MS possono essere stati quindi vittima della MBP nella loro infanzia o adolescenza¹⁶⁵. Il Dottor Meadow, che ha coniato il termine MBP, ha notato infatti che come questi bambini crescono potrebbero iniziare a credere che loro sono disabilitati e che hanno partecipato alle beffe mediche, potendo quindi sviluppare in seguito i Disordini Fittizi¹⁶⁶.

¹⁵⁸Meadow R, Management of Munchausen syndrome by proxy, Arch Dis Child 1985; 60: 385-393.

¹⁵⁹ibid.

¹⁶⁰ibid.

¹⁶¹ibid.

¹⁶²Ford CV, Feldman MD, op. cit.,p. 120.

¹⁶³Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994, p. 120.

¹⁶⁴ibid.

¹⁶⁵Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 148.

¹⁶⁶Meadow R, Management of Munchausen syndrome by proxy, Arch Dis Child 1985; 60: 385-393.

Inoltre gli abusatori di MBP sono persone che sono state abusate da bambini e perpetrano il modello abusivista, che con molta probabilità trasmetteranno alle loro vittime di MBP che sono i loro figli¹⁶⁷.

Alcuni di loro per questa intensa esposizione agli ambienti ospedalieri e per il modello abusivista possono sviluppare la MS ed essere convinti del proprio status di invalidità¹⁶⁸.

Cosa c'è alla base di questa maschera? I fattori psicologici quali desiderio di sentirsi superiore e rabbia contro i medici sono stati enfatizzati da diversi autori¹⁶⁹. Un altro motivo è mettere alla prova la superiorità del medico; molti di loro sentono di aver perso il controllo della propria vita e “superare in astuzia i dottori” permette loro di sentire un controllo. Questi pazienti si sforzano di provare che sono più bravi dei medici e se potessero provare che sono più bravi di loro, si sentirebbero più intelligenti e ciò alimenterebbe la loro autostima e il loro potere¹⁷⁰. Molti ricercatori hanno riferito che molti pazienti fittizi hanno delle sensazioni quasi orgasmiche nel vedere le facce dei medici quando comprendono che sono stati ingannati¹⁷¹.

Come fattori psicodinamici riconosciuti si segnala la repressione, l'identificazione con l'aggressore, la regressione, la simbolizzazione. Gli affetti di Munchausen sono insicuri di sé, non si calano nei panni di personaggi potenti dotati di carisma, ma al contrario appaiono come vittime designate dalle evidenti tendenze masochistiche, dalla ricerca del dolore e delle procedure mediche alle quali si affidano, e inoltre, afferma il Dott. Feldman, alcuni di loro possiedono anche un pizzico di sadismo nel provare un delizioso piacere nella loro finzione imbrogliando gli altri, specialmente i dottori¹⁷².

¹⁶⁷Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 156.

¹⁶⁸Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 164.

¹⁶⁹Babe KSJ, Peterson AM, Loosen PT, Geraciotti TDJ, The pathogenesis of Munchausen syndrome: a review and case report, *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 273-276.

¹⁷⁰Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 62.

¹⁷¹ivi, p. 63.

¹⁷²ibid.

Le coperture, assunte da questi pazienti, nascondono dei vuoti che creano instabilità ed equilibrio labile, incerto. Questi soggetti infatti creano una dimensione menzognera che vivono con il resto del mondo, esprimendo contemporaneamente una richiesta di aiuto ed un rifiuto ad impegnarsi in una seria relazione terapeutica¹⁷³. Il paziente inoltre, attraverso l'inganno, crea una forte relazione con il curante, al fine di giungere alla diagnosi di malattia e può condurre l'istituzione sanitaria alla inconscia collusione¹⁷⁴. Questi soggetti hanno bisogno della complicità del medico e di tutta l'equipe ospedaliera per costruire il terreno sul quale basare la loro malattia.

Nel momento in cui viene scoperto, si manifestano i quadri del Disturbo Depressivo camuffati dalla produzione dei falsi sintomi. Questo riguarda soprattutto i pazienti con Disordini Fittizi.

Per quelli che presentano la MS, alcuni sentono, circondati dai paradossi che questo comportamento presenta, di descrivere individui che 'muoiono dalla voglia di essere ammalati' o 'impazienti di essere pazienti': questi infatti hanno alla base problemi psicopatologici, come un Disturbo concomitante di Personalità, di solito il Disturbo di Personalità Borderline¹⁷⁵.

Feldman e Ford dai loro casi dichiarano che questi soggetti hanno problemi di personalità, fragile immagine di se stessi, ostilità e i loro sintomi sono un modo per richiamare l'attenzione degli altri sulla loro vita e i loro bisogni, così da poter esercitare un controllo su di loro¹⁷⁶.

Mostrano una falsa identità e sono dei gran bugiardi; quando le loro storie superano proporzioni oltraggiose aggiungono una nuova dimensione ai Disordini Fittizi con racconti di storie fantastiche come se fossero vere (pseudologia fantastica)¹⁷⁷.

¹⁷³Nadelson T, The Munchausen spectrum: borderline character features, *Gen Hosp Psychiatry* 1979; 1: 11-17.

¹⁷⁴Fink P, Jensen J, Clinical characteristics of the Munchausen syndrome, A review and 3 new case histories, *Psychother Psychosom* 1989; 52: 164-71.

¹⁷⁵Nadelson T, The Munchausen spectrum: borderline character features, *Gen Hosp Psychiatry* 1979; 1: 11-17.

¹⁷⁶Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 105-106.

¹⁷⁷ivi, p. 63.

Gli psichiatri affermano che i pazienti Munchausen non conoscono vie sane per richiedere cura, attenzione, affetto e preoccupazione da parte degli altri e fanno solo attraverso la finta malattia. In ogni caso giocano il ruolo di malato invece di comunicare le loro vere necessità e le loro emozioni, talvolta distruttive, pericolose, patetiche¹⁷⁸.

Comunque vi è una concomitanza di infanzia turbolenta, abuso sessuale, madre distante e anafettiva¹⁷⁹.

Alcuni associano il comportamento di questi soggetti al concetto di “oggetto transizionale”¹⁸⁰, ben illustrato dalle malattie endocrine fittizie come diabete fasullo o una malattia della tiroide, episodi ricorrenti tra i pazienti fittizi.

I contraffattori di disturbi endocrini possono davvero avere il diabete ed intenzionalmente fermano la loro insulina per elevare i livelli di zucchero nel sangue. Qualche volta la loro esagerazione li fa entrare in coma, anche perché alcuni non hanno il diabete ma prendendo l’insulina per abbassare lo zucchero nel sangue possono entrare in coma e sviluppare altri problemi. I pazienti fittizi quando sono ricoverati di solito nascondono l’insulina nella loro stanza di ospedale. La bottiglia di insulina che viene nascosta diventa l’“oggetto transizionale” che per loro ha un significato di sicurezza ricollegandoli a ricordi confortanti della loro infanzia¹⁸¹.

Questo oggetto transizionale riflette le emozioni e le motivazioni che sono sotto al loro ritratto di malattia. I pazienti fittizi danno un valore importante al loro segreto “oggetto-transizionale” del quale solo loro possono averne il controllo, usandolo per manipolare gli altri in modo paradossale: mentre gli altri ignorano completamente di essere degli aiutanti del piccolo contraffattore, i pazienti

¹⁷⁸Ford CV, Feldman, op. cit., p. 31.

¹⁷⁹Ford CV, Feldman, op. cit., p. 45-47.

¹⁸⁰Winnicott D, *The child and family*, Tavistock Publications, London 1957, trad. It. *Il bambino e la famiglia*, Giunti-Barbera, Firenze 1973.

¹⁸¹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 120-121.

diventano volontariamente i protagonisti della devastazione a causa dell'abuso della sostanza¹⁸².

Similarmente la persona che si auto-infligge protegge il proprio oggetto transizionale, spesso ha un Disturbo Borderline di Personalità e uno scarso senso del sé e può sentirsi persa a causa di una certa debolezza inerente alla sua personalità. Alcuni tagli sulla sua pelle, l'esperienza del dolore, la vista del sangue aiutano la sua mente a delimitare la sua presenza fisica¹⁸³. Il suo sangue potrebbe avere una funzione di oggetto transizionale che mentre scorre sulla loro pelle, li immette virtualmente in una "coperta calda di sicurezza"¹⁸⁴.

Ci sono anche casi di automutilazioni di alcuni soggetti che riducono la loro ansietà, solo se hanno il controllo sui loro corpi.

Anche secondo altri autori il loro comportamento è motivato da una disturbata relazione-oggettuale, un fattore che è parte integrante della loro struttura di personalità¹⁸⁵.

Faguet¹⁸⁶ fa un accostamento tra la MS e la necrofilia, asserendo che sono entrambi disturbi non comuni e che entrambi rappresentano una fantasia di "ritorno all'utero". Questa potrebbe essere una variante che appartiene a tutti e due i disturbi. Specificamente la triade dei sintomi dei pazienti fittizi (malattie fittizie, peregrinazioni e pseudologia fantastica) è vista riflettere un augurio per la morte e quindi un ritorno all'oggetto materno¹⁸⁷. Gli studi prevalenti mostrano che molti dei pazienti fittizi lavorano nei setting di cura della salute e si ritiene che i loro lavori come "caregivers" li possa emotivamente esaurire così tanto che loro iniziano a sentire un bisogno disperato di ricevere cure che li induce a usare la malattia per trovarle¹⁸⁸.

¹⁸²ivi, p. 121.

¹⁸³Ford CV, Feldman, op. cit., p. 121-122.

¹⁸⁴Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 122.

¹⁸⁵Swanson DA, The Munchausen syndrome, Am J Psychother 1981; 35: 436-44.

¹⁸⁶Faguet RA, Munchausen syndrome and necrophilia, Suicide Life Threat Behav 1980; 10: 214-8.

¹⁸⁷ibid.

¹⁸⁸Ford CV, Feldman, op. cit., p. 27.

I medici dovrebbero andare oltre il disturbo e pensare che il dolore ha per loro un significato spirituale¹⁸⁹.

Riassumendo:

I soggetti affetti dalla sindrome di Munchausen vogliono essere al centro dell'attenzione e spesso sono incapaci di gestire i piccoli stress giornalieri. L'ospedale diventa perciò una forma di stabilità ed il medico è un oggetto sia d'amore che di rabbia: la forza si ottiene quando il medico è reso impotente¹⁹⁰.

La meta dei pazienti fittizi è¹⁹¹:

- gratificazione immediata
- controllo della propria vita e quella degli altri
- abbondanza di calore e affetto

Il problema di questi soggetti è che non sanno arrivare in modo sano a questi fini (che fanno parte di ognuno di noi) e in modo socialmente accettabile, perdendo di vista quello che fanno ai loro corpi.

Loro sono consapevoli delle loro azioni ma sentono che devono continuare questo percorso perché le loro necessità oscurano tutto ciò che fanno e diventano la forza che guida la loro vita: il dolore diventa secondario¹⁹².

I possibili fattori predisponenti al Disturbo Fittizio comprendono la presenza di altri Disturbi Mentali o di condizioni mediche generali durante la fanciullezza e l'adolescenza che hanno portato a prolungati trattamenti medici e ricoveri¹⁹³;

¹⁸⁹Ford CV, Feldman, op. cit., p. 119.

¹⁹⁰Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, *Urology* 1993; 14: 349.

¹⁹¹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 222.

¹⁹²ivi, p. 223.

¹⁹³Bretz S, Richards J, Munchausen syndrome presenting acutely in the emergency department, *The Journal of Emergency Medicine* 2000; 18: 419.

disgregazione della famiglia o all'abuso emotivo o fisico nella fanciullezza¹⁹⁴; rancori verso la professione medica¹⁹⁵; l'impiego in strutture para-sanitarie¹⁹⁶; la presenza di gravi Disturbi di Personalità, più spesso il Disturbo di Personalità Borderline¹⁹⁷.

Recenti ricerche suggeriscono che lo sviluppo di questa malattia, oltre a fattori predisponenti ed esperenziali, potrebbe essere stato accelerato dall'indifferenza sociale che esiste al mondo d'oggi, in cui è difficile trovare comprensione, appoggio e qualcuno che si preoccupa per noi¹⁹⁸.

Ci deve essere una ragione fondamentale che spinge queste persone a presentarsi con segni e sintomi che non sono loro e che non gli appartengono; ci deve essere una ragione che li guida a fare tutto questo, e se si osserva questa ragione si può capire che è "un grido di aiuto"¹⁹⁹.

1.7. Diagnosi della MS attraverso la diagnosi differenziale

La diagnosi è il primo atto medico dell'incontro tra curante e paziente²⁰⁰ ed è la fase più importante per capire, attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo che la precedono, dai sintomi a dalle lamentele che un paziente presenta, qual è il suo problema e qual è il trattamento più adeguato da seguire²⁰¹. "Dal momento in cui il curante formula una diagnosi si individua l'inizio di una nuova storia, in base sia alle possibilità del soggetto di accettare e accogliere la diagnosi e ciò che porta con sé, sia in base al medico che sarà coinvolto, suo malgrado, in questa nuova storia e

¹⁹⁴ibid.

¹⁹⁵ibid.

¹⁹⁶ibid.

¹⁹⁷ibid.

¹⁹⁸Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 26.

¹⁹⁹ivi, p. 117.

²⁰⁰Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P, Curare con il paziente, Metodologia del rapporto medico-paziente, FrancoAngeli, 1998, p.45.

²⁰¹ibid.

sarà forse chiamato a scrivere un capitolo importante”²⁰². Ciò conferisce maggiori responsabilità ai medici quando davanti si trovano dei pazienti fittizi.

Ma come si fa a capire se un paziente che si presenta con determinati sintomi stia fingendo o meno? E se sta fingendo, come facciamo a capire se si tratta di Simulazione o di vera e propria sindrome di Munchausen?

È quasi impossibile essere certi della diagnosi dal primo momento, poiché questo è un Disordine difficile da individuare e da trattare²⁰³.

Di solito il paziente sembra realmente malato a meno che non ci sia lì qualcuno che lo ha visto e abbia esposto il suo passato²⁰⁴.

La diagnosi è difficile per il coinvolgimento della disonestà. Di fronte a una diagnosi di MS che deve essere considerata il dottore deve escludere possibili malattie mentali o fisiche. Se non scopre nessuna ragione fisica per i sintomi riportati, può consultare uno psicologo o uno psichiatra, un professionista della salute mentale che è specializzato nel diagnosticare e trattare malattie mentali²⁰⁵. Nel momento in cui emergono diagnosi psichiatriche, è necessario trattarle rigorosamente²⁰⁶.

Gli psichiatri usano specialmente l'intervista e i test per accertare e valutare se una persona è affetta da MS. Basano la loro diagnosi sull'esclusione dell'attuale malattia mentale o fisica, e sull'osservazione dell'atteggiamento e il comportamento del paziente²⁰⁷.

Un Disturbo Fittizio deve essere distinto da una vera condizione medica generale e da un vero Disturbo Mentale²⁰⁸.

²⁰²ibid.

²⁰³Turner J, Reid S, Munchausen's syndrome, Lancet 2002; 359: 347.

²⁰⁴Asher R, Munchausen's syndrome, Lancet 1951; 1: 339.

²⁰⁵Reviewed by the doctors at the Cleveland Clinic Department of Psychiatry and Psychology edited by Charlotte E, Grayson MD, nov 2002.

²⁰⁶ibid.

²⁰⁷ibid.

²⁰⁸American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001, p. 554.

Il sospetto, che un apparente Disturbo Mentale o una condizione medica generale corrisponda in effetti a un Disturbo Fittizio, dovrebbe essere sollevato quando in un soggetto ricoverato esiste una combinazione dei seguenti elementi²⁰⁹:

1. un quadro atipico o particolarmente drammatico che non corrisponde a nessuna condizione medica generale o disturbo mentale identificabile;
2. sintomi o comportamenti che sono presenti solo quando l'individuo è osservato;
3. pseudologia fantastica;
4. comportamenti dirompenti in ospedale(per es. mancata accettazione dei regolamenti, eccessiva litigiosità con infermieri e medici);
5. estesa conoscenza della terminologia medica e della routine ospedaliera;
6. uso clandestino di sostanze;
7. dati che dimostrano trattamenti multipli(per es. interventi chirurgici, applicazioni ripetute di terapia elettroconvulsivante);
8. storia personale ricca di viaggi;
9. pochi o nessun visitatore durante i ricoveri;
10. un decorso clinico fluttuante con rapido sviluppo di "complicanze" o di nuove "patologie" una volta che le indagini iniziali si siano rivelate negative.

Comunque si dovrebbe registrare che l'assenza di segni obiettivi(per es. una lesione dimostrabile) non necessariamente significa che i sintomi(per es. il dolore) siano prodotti intenzionalmente.

La valutazione che un certo sintomo è prodotto intenzionalmente viene fatta sia attraverso l'evidenza diretta, sia attraverso l'esclusione di altre cause: per esempio, un soggetto con ematuria può venir trovato in possesso di anticoagulanti; il soggetto può negare di averli assunti, ma le analisi ematiche sono compatibili con l'ingestione di anticoagulanti. In mancanza di prove di un'ingestione accidentale

²⁰⁹ibid.

diventa allora ragionevole supporre che il soggetto abbia ingerito intenzionalmente il farmaco. Va comunque tenuto presente che la presenza di Sintomi Fittizi non esclude la concomitanza di veri e propri sintomi fisici o psichici.

A volte la diagnosi viene fatta per esclusione e quando viene rilevata è subito richiesta una perizia psichiatrica. Questi pazienti tuttavia potrebbero avere reali problemi di salute, quindi un consulto congiunto sia fisico che psichiatrico è fondamentale²¹⁰.

È importante prendere quindi in considerazione il fatto che i Disordini Fittizi possono coesistere con la malattia fisica²¹¹.

I punti che seguono sono molto utili per riconoscere tali casi²¹²:

1. una molteplicità di segni, spesso addominali;
2. aspetto truculento ed evanescenza nei modi;
3. una storia immediata che è spesso acuta ma poco convincente; acuto dolore addominale di tipo incerto, perdita drammatica di coscienza ecc.
4. un portafoglio pieno di carte ospedaliere, di assicurazione ecc.

Alcuni pazienti hanno dato così tanti problemi in altri ospedali che vengono messi in una specie di lista nera²¹³. Spesso sono soggetti con qualche forma reale di patologia(isterici, masochisti e schizofrenici), comunque soggetti che hanno senz'altro una deviazione di personalità, offuscati da doppiezza e distorsione²¹⁴.

I motivi possibili non sono sempre chiari ma possono essere sintetizzati come segue²¹⁵:

- Desiderio di essere al centro dell'attenzione, infatti possono soffrire della sindrome di Walter Mitty ma anziché fare la parte del chirurgo impersonano il ruolo drammatico del paziente;

²¹⁰Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B, Los Angeles, Oral Surgery Oral Medicine Oral Patholog 2001; 91: 21.

²¹¹Turner J, Reid S, Munchausen's syndrome, Lancet 2002; 359: 347.

²¹²Asher R, Munchausen's syndrome, Lancet 1951; 1: 339.

²¹³ibid.

²¹⁴ibid.

²¹⁵ibid.

- Odio per i dottori e gli ospedali che lo soddisfano solo frustrandoli;
- Desiderio di medicine;
- Desiderio di sfuggire alla polizia (questi pazienti di solito manipolano le loro ferite ingoiando corpi estranei);
- Desiderio di ottenere vitto e alloggio gratuiti.

Ci sono degli standard comuni in quasi tutte le storie di queste persone come innanzitutto la difficoltà a relazionarsi che può portare a seri disturbi sessuali e a deviazioni; inoltre alcuni autori ritengono che l'assenza di visitatori è un chiaro sintomo per la diagnosi²¹⁶.

Essere capaci di provare, che qualcuno soffra di un Disturbo Fittizio in un ospedale o in una Corte di legge, è indiscutibilmente uno dei compiti più difficili che un medico possa affrontare²¹⁷. Molti dottori non vorrebbero mai trovarsi in questa posizione, perché spesso vengono ingannati dai pazienti fittizi i quali si inseriscono nei vuoti del meccanismo sanitario, vuoti causati dalla disinformazione e in molti casi indifferenza nei confronti della sindrome di Munchausen²¹⁸.

A volte la mancanza dei controlli del corpo medico sanitario ha fatto passare inosservati numerosi casi di pazienti fittizi²¹⁹. La scarsa attenzione nei controlli, riguarda soprattutto quei casi che vedono coinvolte rimozioni di organi sani e procedure chirurgiche invasive ripetute²²⁰. Si è persa la possibilità di avere delle diagnosi veritiere da esaminare, nel tentativo di isolare le cause di quello che poi alla fine risulta essere una malattia artificiosa²²¹.

²¹⁶Bughra D, Psychiatric Munchausen's syndrome, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 77: 500.

²¹⁷Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 208.

²¹⁸ibid.

²¹⁹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 211.

²²⁰ibid.

²²¹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 211.

Per raggiungere un buon grado di astuzia nell'elaborare la diagnosi, il traguardo che lo staff deve prefiggersi consiste nel confermare o confutare i sospetti per poter agire correttamente²²².

La diagnosi non viene fatta se non si è a conoscenza di un Disturbo e delle sue caratteristiche perciò si è portati a non considerarlo²²³. L'informazione sui Disturbi Fittizi è importante non solo per i dottori ma per tutte le persone che sono coinvolte nella cura medica del paziente, infatti, il personale para-medico che si occupa solo delle funzioni di prassi(per es. somministrazione dei medicinali), non avendo rapporti con i pazienti e non essendo informati sui Disturbi Fittizi, non riesce a riportare informazioni che potrebbero essere utili al team medico²²⁴. Una buona cura medica, comunque, che si tratti di un Disturbo Fittizio o meno, coinvolge il lavoro multidisciplinare dell'intero organico medico²²⁵.

Un numero di ricercatori si è impegnato, per istruire la comunità medica attraverso giornali professionali, esortando a essere attenti per questi grandiosi attori e cercando di renderli competenti nel riconoscerli, soprattutto in alcune aree di maggiore preoccupazione²²⁶(per es. scoprire se un paziente sta fingendo l'AIDS, eviterà di indirizzare male risorse preziose di cui necessitano i veri malati di AIDS).

Senza dubbio ci sono revisioni accurate di cartelle cliniche e storie personali, che possono aiutare i dottori a essere all'erta sui pazienti fittizi²²⁷. Quando una storia è insolita o quando nessuna scoperta positiva sostiene i sintomi e le richieste del paziente, i dottori dovrebbero fare ogni sforzo di localizzare attraverso sotto-archivi o discutendo con gli altri professionisti della salute che potrebbero aver

²²²ibid.

²²³Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 211-212.

²²⁴Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 212.

²²⁵ibid.

²²⁶ibid.

²²⁷ibid.

avuto a che fare con questi pazienti, la possibilità di avere un caso di Disturbi Fittizi²²⁸.

È necessario fare una diagnosi differenziale che in questo specifico caso risulta essere molto difficile. Prendendo in considerazione le diverse cause e i diversi motivi che ne sono alla base e per i quali è difficile fare una generalizzazione, i dottori cercano di seguire il percorso che li porta a diagnosticarli²²⁹. Prendono qualsiasi piccolo pezzo di informazione che li aiuti nella ricerca delle conclusioni²³⁰.

I medici dovrebbero andare oltre il disturbo e pensare cosa rappresenta il dolore per i pazienti e quel ritratto specifico di malattia.

I ricercatori Ford e Feldman²³¹ dividono i pazienti con dolori somatici in due categorie:

- Soggetti che si creano di proposito i sintomi o per guadagnare qualcosa(come nella Simulazione) o per sottili benefici(essere gratificati dal ruolo del paziente, come nei Disordini Fittizi).
- Soggetti che non creano sintomi deliberatamente come illustrano “i Disturbi Somatoformi” che includono quelli di Somatizzazione e si distinguono da una storia di numerosi dolori somatici inspiegati. Nei dolori somatoformi le angosce psicosociali sono comunicate attraverso lamentele di dolori più persistenti. Gli ipocondriaci sono convinti di avere dei disagi confermati dai loro sintomi. I Disturbi di Conversione includono una perdita o un’alterazione delle funzioni fisiche, come una paralisi cecità o mutismo.

I Disturbi Fittizi sono, da parte del paziente, un atto deliberatamente intenzionale di fingersi malato: la meta, lo scopo è intangibile e psicologicamente

²²⁸Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 212.

²²⁹ivi, p. 118-119.

²³⁰ibid.

²³¹Ford CV, Feldman MD, op. cit., .p. 21.

complesso.(alcuni sentono una gratificazione e soddisfazione emotiva nell'essere un paziente)²³².

Quando alla base c'è la ricerca di un adempimento emozionale, ricercato negli altri, ma soprattutto in chi si occupa della salute, la diagnosi è di Disturbo Fittizio o una variante di esso, la MS.

I Disordini Fittizi sono un meccanismo di controllo sulle reazioni degli altri, nei confronti dei sintomi che si producono. I soggetti falsificano la malattia nell'interesse della falsificazione stessa, accoppiata con il beneficio dell'essere malato(attenzione, comprensione e cure da ricevere dagli altri)²³³.

I Disordini Fittizi possono riguardare i bambini, gli adolescenti, gli adulti in gradi diversi e spesso coesistono con sintomi di altri disordini psicologici, come la Depressione, Disturbo di Personalità Borderline, Disturbo di Personalità Antisociale. Queste persone di solito hanno una storia di infanzia turbolenta e cupa, una maturità sconvolta e relazioni interpersonali instabili. I loro ritratti di malattia hanno tratti drammatici e mettono in pericolo le loro vite per produrli²³⁴.

L'esordio avviene di solito nella prima età adulta, spesso a seguito di un ricovero per una condizione medica generale o per un altro disturbo mentale.

È comunemente ritenuto che i fattori da prendere in considerazione per una giusta diagnosi sono²³⁵:

1. evidenza di falsi sintomi psichiatrici e fisici,
2. una moltitudine di falsità, bugie, ecc.,
3. difficoltà nel formare relazioni costanti,
4. storia di abusi di alcool,
5. tendenze masochiste,
6. funzioni sessuali disturbate,

²³²Purcell TB, The somatic patient, *Emerg Med Clin North Am* 1991; 9: 137-159.

²³³Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 23.

²³⁴ibid.

²³⁵Bughra D, Psychiatric Munchausen's syndrome, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 77: 502.

7. storie di comportamenti criminali,
8. molteplici ricoveri senza motivi,
9. conoscenza estesa di sintomatologie e lavori ospedalieri.

La gestione di tali fattori dovrebbe cercare di:

- controllare il sentimento di caos,
- prevenire ulteriori caos.

Anche se i pazienti molto spesso lasciano l'ospedale prima che vengano scoperti, una diagnosi precoce può evitare test diagnostici inutili e dolorosi²³⁶.

I tre requisiti diagnostici che si richiedono per poter fare una diagnosi di sindrome di Munchausen sono:

1. pseudologia fantastica
2. peregrinazione
3. malattia fittizia

Se i sintomi della MS persistono per sei mesi o più e tutte le altre problematiche sono state considerate, il dottore potrebbe approcciare una cura al soggetto con l'alternativa di un possibile trattamento²³⁷.

Alcuni indizi aiutano a riconoscere tali pazienti²³⁸:

- un numero sorprendente di cicatrici sul corpo di un paziente può indicare che il paziente ha subito chirurgie esplorative multiple a causa dei sintomi vaghi;

²³⁶Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, *Urology* 1993; 14: 349-50.

²³⁷Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 34-38.

²³⁸ivi, p. 213-214.

- vecchie cicatrici fatte in modo inusuale sono state descritte come un importante indizio. Le lesioni fittizie sono spesso prodotte sul corpo dalla mano dominante e hanno di solito forme bizzarre e lineari o geometriche fuori linea.
- Persone esigenti nell'ospedale e che si arrabbiano, cambiano dottore se le prove risultano negative e che hanno un'affascinante abilità di creare tensione e ostilità tra i caregivers.
- La pseudologia fantastica,
- Un'inclinazione verso l'isolamento sociale con pochi o nessun visitatore in ospedale.
- Storia di abuso di droga o alcool.
- Storia di viaggi considerevoli.
- Buona volontà nel subire prove esplorative.
- Evasività su storie mediche e personali.
- L'abilità a controllare i propri sintomi.
- La richiesta di ricovero.
- Una storia di firme per lasciare l'ospedale contro il consiglio medico, che di solito avviene quando sanno di poter essere scoperti.
- Pazienti che si presentano di notte con delle emergenze, quando lavorano i membri del personale meno esperti e quando le informazioni e le assicurazioni mediche sono difficili da verificare.

Il riconoscimento è il primo passo per trattare qualsiasi malattia²³⁹. È importante riconoscere la ricerca di complicità e il bisogno che il paziente ne ha, perché,

²³⁹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 216.

come anche sostenuto da Vender²⁴⁰, diventa di primaria importanza capire che la verità del malato sta nel suo bisogno che un qualche luogo terapeutico esista, se non altro per mantenere il suo narcisismo.

Così i dottori più che buoni diagnosticatori dovrebbero essere dei buoni detective²⁴¹.

1.7.1.Pseudologia Fantastica

Questa terminologia è usata nell'ambito della MS e si distingue da altri tipi e forme del "mentire"²⁴². Le sue caratteristiche sono :

- Le storie non sono del tutto improbabili poiché spesso sono costruite su un misto di verità.
- Le storie sono durature.
- Le storie non sono raccontate per il proprio profitto.
- Le storie sono distinte da illusioni perché la persona se confrontata con i fatti può riconoscere tali bugie.

In generale almeno il 40% ha disfunzioni del sistema nervoso centrale²⁴³. Spesso la Pseudologia Fantastica è stata usata per definire il mentire e la mitomania²⁴⁴. Il mentire è un processo naturale usato anche nel regno animale come funzione protettiva o aggressiva. Molte sono le definizioni date alla bugia ma tutte includono una coscienza di falsità ed uno scopo già predeterminato. Le bugie sono per lo più distinte sulla base della motivazione, ma possono essere classificate anche per grado di malignità, di patologia, o di esagerazione²⁴⁵. Una bugia può essere patologica sulla base del contesto, poiché è il contesto che dà significato a qualsiasi azione e un gesto che può apparire strano magari è normale per la persona

²⁴⁰Vender S, La sindrome di Munchausen, *Psichiatria e Territorio* 1999, 16: 1-2, 13-16.

²⁴¹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 30.

²⁴²King BH, Ford CV, *Pseudologia fantastica*, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1988; 77: 1-2.

²⁴³ivi, p. 2.

²⁴⁴ibid.

²⁴⁵King BH, Ford CV, *Pseudologia fantastica*, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1988; 77: 1-2.

che lo sta vivendo²⁴⁶. Dupre²⁴⁷ ha descritto tre criteri essenziali per definire la mitomania o la Pseudologia Fantastica:

- La storia deve essere probabile e mantenere un certo riferimento con la realtà.
- Le avventure immaginarie devono manifestarsi in circostanze multiple ed in modo durevole.
- I temi di queste avventure sono cambiati ma l'eroe e la vittima è quasi sempre lo stesso soggetto.

Wiersma²⁴⁸ sostiene che la Pseudologia Fantastica è caratterizzata da storie che non vengono usate per profitto personale e dal fatto che non viene fatta un'opportuna distinzione tra finzione e realtà. Tale autore ha esaminato 30 casi di Pseudologia Fantastica con le seguenti costanti riportate: pigrizia, ripetuti cambi di professione, vomito ecc..

In generale lo “pseudologo” è descritto come dotato di intelligenza normale, come un soggetto dotato di abilità verbale superiore. Da una ricerca fatta da King e Ford²⁴⁹ sembra che il 40% siano storie di anomalie del sistema nervoso centrale, epilessia primaria, trauma della testa, EEG anomalo o infezione del sistema nervoso centrale. Non vi è una differenza notevole tra i sessi: almeno il 25% di tutti i maschi con Pseudologia Fantastica hanno l'epilessia; circa 1/3 dei casi studiati usa una falsa identità e ci sono buone probabilità che lo farà di nuovo, circa il 50% tra gli adulti si sposta e si sposterà da una parte all'altra; circa 1/4 dei malati che simulava malattie continuerà a farlo. Per quanto riguarda la familiarità con la MS 1/5 dei malati mostra sia la simulazione sia la peregrinazione. Questa distribuzione è essenzialmente equivalente tra i sessi e volendo fare un confronto con i dati che ci sono sulla MS, la distribuzione differisce da alcuni dati riportati

²⁴⁶ivi, p. 2.

²⁴⁷Dupre E, Mythomanie infantile, Un cas de fugue sui vie de fabulation, Encephale 1909: Tome II, n. 8.(case 1).

²⁴⁸Wiersma D, On pathological lying, Charact Personal 1933; 2: 48-61.

²⁴⁹King BH, Ford CV, op. cit., p. 3-4.

sulla sindrome di Munchausen: Ireland²⁵⁰ riporta un rapporto di 3:1 maschi sulle femmine; Pankratz ed altri²⁵¹ descrivono un rapporto di 2:1.

Probabilmente il fatto che esiste una maggioranza di soggetti di sesso maschile, nei rapporti riportati sui pazienti Munchausen, sorge dall'inclusione di peregrinazione nella triade dei requisiti diagnostici, perché l'incidenza della pseudologia e della simulazione di malattia è notevolmente equivalente tra i sessi²⁵². Il fatto che la peregrinazione occupi maggiormente il sesso maschile è da addebitare all'influenza di fattori sociali. L'inclusione di questo criterio(peregrinaggio) potrebbe inutilmente escludere i soggetti con simili danni psicologici o organici e aumentare una confusione nella diagnosi della MS per il sesso maschile²⁵³.

Concludendo, la Pseudologia Fantastica, nonostante fosse stata descritta un secolo fa, è rimasta per lo più un concetto poco chiaro. Quello che gli autori(king e Ford) pensano è che le storie non sono interamente improbabili e spesso contengono elementi di verità, poiché le persone se confrontate con la realtà possono riconoscerne la falsità. Le storie non sono raccontate per il profitto personale e hanno una qualità aggressiva, che include bugie di vanità, vendetta, esagerazione, false accuse. La maggior parte di questi pazienti racconta bugie aggressive e non bugie difensive(che servono a evitare punizioni o ad acquistare simpatia)²⁵⁴.

In generale si può dire che la distribuzione tra i sessi è la stessa: la maggior parte dei soggetti ha un'intelligenza leggermente al di sotto della media e una parte significativa evidenzia una disfunzione del sistema nervoso centrale²⁵⁵.

1.7.2.Disturbo di Somatizzazione

²⁵⁰Ireland P, Sapira JD, Templeton B, Munchausen syndrome, review and report of an additional case, Am J Med 1967; 43: 579-592.

²⁵¹Pankratz L, Lezak MD, Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome, Hillside J Clin Psychiatry 1987; 9: 195.

²⁵²King BH, Ford CV, Pseudologia fantastica, Acta Psychiatrica Scandinavia, 1988; 77: 5.

²⁵³ibid.

²⁵⁴King BH, Ford CV, Pseudologia fantastica, Acta Psychiatrica Scandinavia, 1988; 77: 5.

²⁵⁵ibid.

Secondo il DSM-IV-TR²⁵⁶ i criteri diagnostici per il Disturbo di Somatizzazione sono:

- A. La caratteristica essenziale di questo disturbo è un quadro di ricorrenti lamentele fisiche multiple, clinicamente significative (clinicamente significativa vuol dire che tali lamentele portano a trattamento medico o causano significative menomazioni nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree). Le lamentele fisiche devono iniziare prima dei 30 anni e manifestarsi per almeno alcuni anni.
- B. Si devono riscontrare i seguenti criteri, nel senso che i singoli sintomi debbono comparire in qualche momento nel corso del Disturbo:
- 1) *quattro sintomi dolorosi*: una storia di dolore riferita ad almeno quattro localizzazioni o funzioni (per es. testa, addome, schiena, arti, torace, dolori mestruali, dolore nel rapporto sessuale e durante la minzione);
 - 2) *due sintomi gastro-intestinali*: una storia di almeno due sintomi gastro-intestinali in aggiunta al dolore (per es. nausea, meteorismo, vomito al di fuori della gravidanza, diarrea oppure intolleranza a diversi cibi);
 - 3) *un sintomo sessuale*: una storia di almeno un sintomo sessuale o riproduttivo in aggiunta al dolore (per es. indifferenza sessuale, disfunzioni erettili o eiaculatori, cicli mestruali irregolari, menorragie, vomito durante la gravidanza);
 - 4) *un sintomo pseudo-neurologico*: nella storia deve esserci un sintomo, che non sia il solo dolore, un qualcosa che suggerisca una condizione neurologica (sintomi di conversione, difficoltà a deglutire, allucinazione, diplopia, cecità, sordità; sintomi dissociativi come amnesia, oppure perdita di coscienza con modalità diversa dai mancamenti).
- C. l'uno o l'altro di 1) e 2):

²⁵⁶American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 522-527.

- 1) dopo le appropriate indagini, ciascuno dei sintomi del criterio B, non può essere esaustivamente spiegato con una condizione medica generale conosciuta o con gli effetti di una sostanza(per es. una droga di abuso o un medicinale);
- 2) se c'è una condizione medica generale collegata, le lamentele fisiche o la menomazione sociale o lavorativa che ne deriva risultano eccessive rispetto a quanto ci si aspetterebbe dall'anamnesi, dall'esame fisico e dai reperti di laboratorio.

D. Infine i sintomi ingiustificati nel Disturbo di Somatizzazione non sono intenzionalmente simulati o prodotti come nel Disturbo Fittizio o nella Simulazione.

I soggetti con Disturbo di Somatizzazione di solito descrivono i loro malesseri in termini esagerati, ma spesso carenti di informazioni concrete e specifiche. Spesso richiedono trattamento a più medici nello stesso tempo e ciò può portare a combinazioni complicate e talora rischiose. Sono molto comuni rilevanti sintomi ansiosi e umore depresso che costituiscono la ragione per cui questi pazienti giungono all'osservazione psichiatrica. Possono esserci comportamento impulsivo e antisociale, tentativi di suicidio e disaccordo coniugale. Questi soggetti si sottopongono a molti esami medici, procedure diagnostiche, interventi chirurgici e ricoveri, il che espone la persona a un aumentato rischio di morbidità collegato a queste procedure. Il Disturbo Depressivo Maggiore, il Disturbo di Panico e Disturbi Collegati a Sostanze sono frequentemente associati con il Disturbo di Somatizzazione. Il Disturbo Istrionico, Borderline e Antisociale di Personalità sono i Disturbi di Personalità più frequentemente associati.

Per quanto riguarda la prevalenza di tale Disturbo nel corso della vita gli studi riportano percentuali che oscillano tra lo 0,2% e il 2% nelle femmine, e percentuali minori dello 0,2% nei maschi.(DSM-IV). Le differenze di queste percentuali

possono dipendere dal fatto che l'intervistatore sia un medico, dal metodo d'inquadramento e dalle variabili demografiche della popolazione studiata.

Per quanto riguarda il decorso si può dire che è cronico ma fluttuante, che raramente presenta remissioni complete, raramente passa un anno senza che il soggetto cerchi qualche tipo di attenzione medica motivata con sintomi somatici non giustificati. I criteri diagnostici vengono riscontrati classicamente prima dei 25 anni, ma i sintomi iniziali spesso sono presenti fin dall'adolescenza. I sintomi che sono prodotti in modo intenzionale non dovrebbero orientare verso una diagnosi di Disturbo di Somatizzazione.

Nei Disturbi Fittizi con segni e sintomi fisici predominanti(di cui la Sindrome di Munchausen è la manifestazione più grave) e nella Simulazione i sintomi somatici possono essere prodotti intenzionalmente al fine di assumere il ruolo di malato o, rispettivamente, per acquisire qualche guadagno. Tuttavia la presenza di qualche sintomo fittizio o simulazione, mescolato con altri sintomi non intenzionali, non è rara. In tali casi misti, dovrebbero essere diagnosticati sia il Disturbo di Somatizzazione, sia un Disturbo Fittizio o la Simulazione.

1.7.3 Disturbo Somatoforme Indifferenziato

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Somatoforme Indifferenziato sono definite dai criteri diagnostici del DSM-IV-TR²⁵⁷ nel seguente modo:

- A. Una o più lamentele fisiche(per es. stanchezza, perdita di appetito, problemi gastro-intestinali o urinari).
- B. L'uno o l'altro di 1) e 2):
 - 1) dopo le appropriate indagini i sintomi non possono essere pienamente spiegati con una condizione medica generale conosciuta o con gli effetti diretti di una sostanza(per es. una droga di abuso o un medicinale);

²⁵⁷ American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 527-529.

- 2) quando vi è una condizione medica generale collegata le lamentele fisiche o la menomazione sociale o lavorativa conseguente sono eccessive rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla storia, dall'esame fisico o dai reperti di laboratorio.
- C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre importanti aree.
 - D. La durata del disturbo è di almeno 6 mesi;
 - E. L'alterazione non risulta meglio spiegabile con un altro disturbo mentale(per es. un altro Disturbo Somatoforme, Disfunzione Sessuale, Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disturbo del Sonno o Disturbo Psicotico).
 - F. I sintomi non sono prodotti o simulati intenzionalmente(come nel Disturbo Fittizio o nella Simulazione).

Il decorso dei singoli problemi fisici non giustificati è imprevedibile ed è frequente la diagnosi successiva di qualche condizione medica generale o di un altro disturbo mentale.

Il Disturbo Somatoforme Indifferenziato si distingue dal Disturbo di Somatizzazione per il fatto che quest'ultimo richiede una molteplicità di sintomi per la durata di numerosi anni e un esordio prima dei 30 anni. Se le lamentele fisiche durano meno di 6 mesi, si dovrebbe fare diagnosi di Disturbo Somatoforme non altrimenti specificato. Il Disturbo Somatoforme Indifferenziato non viene diagnosticato se i sintomi sono meglio spiegabili con un altro disturbo mentale. I pazienti con la Sindrome di Munchausen sono coscienti del fatto che i loro sintomi sono fittizi e ciò li distingue dai pazienti con Disordini Somatoformi. Essi camuffano i loro sintomi per creare un senso di urgenza, facendo resistenza se gli viene chiesto qualcosa in più sulla loro storia e diventando aggressivi quando non ottengono quello che vogliono. A differenza dei Somatoformi(che per esempio non si sottoporrebbero mai a numerosi interventi o non farebbero mai abuso di farmaci

non essendo ben coscienti della provenienza del loro dolore) i soggetti con la MS hanno un comportamento autodistruttivo e nessuna abilità nel controllarlo. Al contrario del Disturbo Somatoforme Indifferenziato, i sintomi fisici dei Disturbi Fittizi e della Simulazione sono prodotti o simulati intenzionalmente. Nel Disturbo Fittizio la motivazione è quella di assumere il ruolo di malato e di ottenere interesse medico e trattamento, mentre nella Simulazione sono evidenti incentivi più esterni, come indennizzi economici, evitare gli impegni e conseguenze legali.

1.7.4. Disturbo di Conversione

Il Disturbo di Conversione viene descritto secondo i seguenti criteri diagnostici²⁵⁸:

- A. La caratteristica essenziale è la presenza di uno o più sintomi o deficit riguardanti funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale (alterazioni della coordinazione o dell'equilibrio, paralisi o astenia localizzate, afonia, difficoltà di deglutire o sensazione di nodo alla gola, e ritenzione urinaria; perdita della sensibilità tattile o dolorifica, diplopia, cecità, sordità, e allucinazioni. I sintomi possono comprendere anche attacchi epilettiformi o convulsioni.);
- B. Si valuta che qualche fattore psicologico sia associato col sintomo o col deficit, in quanto l'esordio o l'esacerbazione del sintomo o del deficit è preceduto da qualche conflitto o altro tipo di fattore stressante.
- C. Il sintomo o deficit non è intenzionalmente prodotto o simulato (come nei Disturbi Fittizi o nella Simulazione).
- D. Il sintomo o deficit, dopo le appropriate indagini, non può essere pienamente spiegato né con una condizione medica generale, né con gli effetti diretti di

²⁵⁸ American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 529-535.

una sostanza, nè con una esperienza o comportamento culturalmente determinati.

E. Il sintomo o deficit causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti, oppure richiede attenzione medica.

F. Il sintomo o deficit non è limitato a dolore o disfunzioni sessuali, non si manifesta esclusivamente in corso di Disturbo di Somatizzazione e non è meglio spiegabile con qualche altro disturbo mentale.

Per quanto riguarda i sintomi, più la persona è priva di nozioni in campo medico più i sintomi presentati possono essere poco plausibili. I sintomi tipici di conversione non corrispondono all'alterazione di nessuna struttura anatomica o meccanismo fisiologico conosciuti, ma seguono piuttosto l'idea che il soggetto si fa di una condizione patologica. Una paralisi può comportare l'incapacità di eseguire un particolare movimento o di muovere un'intera parte del corpo, piuttosto che un deficit corrispondente alle caratteristiche dell'innervazione motoria. I sintomi di conversione sono spesso incoerenti: un'estremità paralizzata potrà essere mossa inavvertitamente nel vestirsi, o quando l'attenzione è diretta altrove. Tradizionalmente il termine 'Conversione' deriva dall'ipotesi che il sintomo somatico, presentato dal soggetto, rappresenta la risoluzione simbolica di un conflitto psicologico inconscio che riduce l'ansia e serve a tenere il conflitto fuori dalla coscienza ("guadagno primario"). Il soggetto può trarre dal sintomo di conversione anche un "guadagno secondario", il che significa che possono essere ottenuti benefici esterni o evitati impegni e responsabilità sgraditi. Sebbene i criteri diagnostici per il Disturbo di Conversione non comportino necessariamente che i sintomi contengano tali elementi, si richiede in effetti che vi siano fattori psicologici associati con il loro esordio o esacerbazione. Siccome i fattori psicologici e le condizioni mediche generali sono presenti nello stesso momento, può essere difficile stabilire se un fattore psicologico specifico è collegato eziologicamente con il sintomo o il deficit. Tuttavia una stretta relazione temporale

tra un conflitto o fattore stressante e l'esordio o l'esacerbazione di un sintomo può essere d'aiuto per questa decisione diagnostica, specialmente se la persona ha sviluppato sintomi di conversione in circostanze simili nel passato.

I soggetti con sintomi di conversione possono mostrare una relativa imperturbabilità rispetto alla natura e alle implicazioni del quadro sintomatologico, oppure possono presentarsi con una modalità drammatica o istrionica. Siccome questi soggetti sono spesso suggestionabili, i loro sintomi si possono modificare sulla base di fattori esterni; tuttavia si deve tener presente che ciò non è specifico del Disturbo di Conversione e che si può verificare anche nelle condizioni mediche generali. Nel corso del trattamento possono intensificarsi il grado di dipendenza e l'adozione del ruolo di malato. I disturbi mentali associati sono i Disturbi Dissociativi, il Disturbo Depressivo Maggiore e i Disturbi Istrionico, Antisociale, Borderline e Dipendente di Personalità. È importante ricordare tuttavia che i sintomi di conversione possono manifestarsi in soggetti portatori di patologie neurologiche. Il Disturbo di Conversione è più frequente nelle popolazioni rurali, nei soggetti di livello socio-economico inferiore, e nei soggetti meno acculturati in campo medico e psicologico. Questo Disturbo risulta più frequente nelle donne che negli uomini, in un rapporto che varia da 2:1 a 10:1. L'esordio di questo Disturbo varia generalmente dalla tarda fanciullezza alla prima età adulta ed è raro che si verifichi prima dei 10 anni o dopo i 35. I singoli sintomi di conversione sono di breve durata. È comune la recidiva che si manifesta da 1/5 a 1/4 dei soggetti entro un anno con una ricaduta singola che fa ritenere probabili successivi episodi. Confrontando i sintomi di questo Disturbo con i Disturbi Fittizi e della Simulazione si nota che sono prodotti o simulati intenzionalmente; per quanto il soggetto possa trarre un guadagno secondario dal sintomo di conversione, diversamente dalla Simulazione e dai Disturbi Fittizi i sintomi non sono prodotti intenzionalmente per ottenere dei benefici. Nel Disturbo Fittizio, lo scopo è quello di assumere il ruolo di malato o di ottenere attenzione medica e trattamento, mentre sono evidenti nella Simulazione obiettivi più espliciti come indennizzi

economici o evitamento di sanzioni legali. Questo tipo di scopi può ricordare il “guadagno secondario” dei sintomi di conversione, ma la differenza sta nel fatto che nei quadri di conversione manca l’intenzione consapevole di produrre i sintomi.

Determinare se un sintomo è intenzionalmente prodotto o simulato può anche essere difficile. In generale bisogna arrivarci attraverso un’accurata valutazione del contesto in cui il sintomo si sviluppa, con particolare riferimento ai possibili vantaggi esterni e all’assunzione del ruolo di malato. Può risultare utile completare i dati riportati dal soggetto aggiungendo fonti supplementari di informazioni.

1.7.5 Disturbo Algico

I criteri diagnostici che definiscono questo disturbo sono²⁵⁹:

- A. Il dolore in uno o più distretti anatomici rappresentano l’elemento predominante del quadro clinico e risulta di gravità sufficiente per richiedere attenzione clinica.
- B. Il dolore causa significativo disagio e menomazione nel funzionamento sociale lavorativo o in altre aree importanti(per es. inabilità al lavoro, il ricorso frequente ai servizi sanitari in quanto il dolore diviene la preoccupazione principale nella vita del soggetto, l’uso sostanzioso di medicinali e problemi relazionali).
- C. Si valuta che qualche fattore psicologico predominante sull’esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore.
- D. Il dolore non è prodotto intenzionalmente o simulato come nel Disturbo Fittizio o nella Simulazione.
- E. Il dolore non è meglio attribuibile ad un Disturbo dell’Umore, d’Ansia, o Psicotico e non incontri criteri per la Dispareunia.

²⁵⁹American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 535-541.

Il Disturbo Algico è registrato secondo il sottotipo che meglio caratterizza i fattori implicati nell'eziologia e nel mantenimento del dolore:

- Disturbo Algico associato con fattori psicologici.
- Disturbo Algico associato con fattori psicologici e con una condizione medica generale.
- Disturbo Algico associato con una condizione medica generale.

Il dolore può sconvolgere gravemente vari aspetti della vita quotidiana e si possono sviluppare dipendenza o abuso iatrogeni di oppiacei o di benzodiazepine. I soggetti con dolore acuto ricorrente o con dolore cronico sono convinti che esiste da qualche parte un medico che possiede la 'giusta cura' per il dolore e può succedere che spendano considerevoli quantità di tempo e di denaro alla ricerca di qualcosa di irraggiungibile. Gli operatori del servizio sanitario possono inconsapevolmente giocare un ruolo nel favorire questo comportamento. Il Disturbo Algico si ritrova associato con altri disturbi mentali, soprattutto i Disturbi dell'Umore e i Disturbi d'Ansia. Questo Disturbo si può manifestare a qualsiasi età e le femmine vanno incontro a certe condizioni dolorose in modo maggiore rispetto ai maschi. Per quanto riguarda il decorso, la maggior parte dei dolori acuti si risolve in breve tempo, mentre c'è grande variabilità riguardo all'esordio del dolore cronico. Tuttavia i fattori che influenzano il recupero sono la consapevolezza del soggetto riguardo al dolore, la partecipazione ad attività regolarmente previste nonostante il dolore (per es. continuare ad andare al lavoro), il grado di riduzione di questo e il non consentire che il dolore diventi il fattore determinante del proprio stile di vita. Anche con questo Disturbo si hanno delle difficoltà per quanto riguarda la diagnosi differenziale e bisogna sottolineare che i sintomi dolorosi sono intenzionalmente prodotti o simulati nei Disturbi Fittizi o nella Simulazione. Gli scopi, rispettivamente, sono quelli di assumere il ruolo di malato per ottenere cure e vantaggi esterni, mentre nel Disturbo Algico il dolore che ne è la caratteristica predominante non è prodotto intenzionalmente.

1.7.6. Ipocondria

I criteri diagnostici per l'Ipocondria sono²⁶⁰:

- A. La preoccupazione legata alla convinzione di avere una malattia grave, basata sull'erronea interpretazione di sintomi fisici da parte del soggetto (battito cardiaco accelerato, alterazioni fisiche di lieve entità come una piccola ferita o un occasionale raffreddore).
- B. La paura ingiustificata di avere una malattia persistente nonostante le rassicurazioni mediche.
- C. La convinzione non è di intensità delirante e non risulta circoscritta alla preoccupazione per l'aspetto fisico, come nel Disturbo di Dismorfismo Corporeo.
- D. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- E. La durata è di almeno sei mesi.
- F. La preoccupazione non è meglio attribuibile a un Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo di Panico, Episodio Depressivo Maggiore, Ansia di Separazione, o un altro Disturbo Somatoforme.

Nell'Ipocondria la storia medica viene presentata assai estesamente con dovizie di dettagli; sono comuni la paura di invecchiare e di morire, sottoporsi continuamente a visite mediche, il deterioramento della relazione medico paziente con frustrazioni e risentimento reciproci. I soggetti spesso ritengono di non ricevere le cure appropriate e si oppongono strenuamente agli inviti a rivolgersi a servizi psichiatrici. Le relazioni sociali vengono sconvolte per il fatto che il soggetto è

²⁶⁰American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 541-545.

preoccupato della propria condizione e spesso si aspetta considerazione e cure speciali. La preoccupazione eccessiva interferisce con la vita familiare e con il lavoro. Malattie gravi specialmente nell'infanzia e precedenti esperienze di malattia di un membro della famiglia sono facilmente associate con il manifestarsi dell'Ipocondria. Si ritiene che certi fattori psico-sociali stressanti, in particolare la morte di qualche persona vicina, possano in alcuni casi aumentare il rischio di sviluppo di tale Disturbo. I soggetti con l'Ipocondria spesso hanno anche altri disturbi mentali(Disturbi d'Ansia e Depressivi ed altri Disturbi Somatoformi). Per quanto riguarda l'esordio di questo Disturbo può manifestarsi a qualsiasi età, ma si ritiene che l'età più comune sia quella adulta. Il decorso è solitamente cronico con i sintomi che vanno e vengono, ma talora si verifica una completa remissione. A causa della cronicità, alcuni ritengono che il Disturbo sia soprattutto espressione di tratti di carattere. Per quanto riguarda la diagnosi differenziale è importante sottolineare che nell'Ipocondria il soggetto come nella Sindrome di Munchausen si sottopone a numerosi accertamenti clinici ,ma non si sottoporrebbe mai ad interventi chirurgici invasivi. Può arrivare a rendersi conto che la sua è una preoccupazione eccessiva e che effettivamente il sintomo fisico che lamenta potrebbe non esistere. Nella Sindrome di Munchausen invece i sintomi sono prodotti intenzionalmente. La MS differisce dall'Ipocondria che non fa parte dei Disordini Fittizi: gli ipocondriaci sono convinti di essere malati, mentre i pazienti Munchausen sanno di non esserlo. E tale consapevolezza differisce anche dalla Simulazione in cui anche se si sa di non essere malati si va alla ricerca di un guadagno secondario, mentre nella MS si ricerca severamente l'attenzione²⁶¹.

1.7.7. Disturbo di Dismorfismo Corporeo

²⁶¹Feldman MD, Ford CV,with Toni Reinhold, Patient or Pretender: inside the strange world of factitious disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 120-121.

I criteri diagnostici per tale Disturbo sono²⁶²:

- A. Preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Se è presente una piccola anomalia, l'importanza che la persona le dà è eccessiva (difetti lievi o immaginari della faccia, l'acne, rughe, cicatrici, eccessiva peluria, aspetto del naso, occhi, bocca, mascelle, preoccupazione per i genitali, le natiche, l'addome, i fianchi ecc.).
- B. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- C. La preoccupazione non risulta meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (l'insoddisfazione riguardante la forma e le misure corporee nell'Anoressia Nervosa).

A causa dell'imbarazzo causato da questo Disturbo, i soggetti evitano di descrivere i loro difetti in dettaglio e cercano di parlare genericamente della loro bruttezza. Queste persone passano molte ore del giorno a pensare al loro difetto tanto che questi pensieri riescono a dominare la loro vita. Sentimenti di consapevole vergogna per il proprio difetto le portano ad evitare situazioni di lavoro, scuola, contatto sociale. Evitare ogni tipo di normale attività può portare ad un isolamento sociale estremo.

Si verifica facilmente menomazione significativa in molte aree del funzionamento mentale. Il disagio e le disfunzioni collegate al Disturbo possono portare a ricoveri ripetuti e idee suicidarie. La consapevolezza del difetto percepito spesso è scarsa ed alcuni soggetti sono deliranti e convinti che la loro visione del difetto è certa e non distorta. Ricercano e ottengono trattamenti medici generali odontoiatrici o chirurgici al fine di correggere i loro difetti, ricorrendo talvolta a misure estreme (autochirurgia). Il Disturbo di Dimorfismo Corporeo è associato con il

²⁶² American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 545-549.

Disturbo Depressivo-Maggiore, Disturbo Delirante, Fobia Sociale e Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Per quanto riguarda l'esordio tale Disturbo insorge di solito durante l'adolescenza, ma può iniziare durante la fanciullezza. Il Disturbo può non essere diagnosticato per molti anni poiché i soggetti non rivelano facilmente i loro sintomi. Ha un decorso continuativo con pochi intervalli liberati da sintomi. La parte del corpo, al centro della preoccupazione, può rimanere la stessa oppure cambiare. Tale Disturbo può non essere diagnosticato negli ambienti in cui si praticano interventi estetici. Tale preoccupazione anche se eccessiva, non è prodotta intenzionalmente ma percepita sul serio. I soggetti si sottopongono a ripetuti interventi come nella MS anche se lo scopo è diverso, perché in questo caso non si vuole assumere il ruolo di malato, ma si crede di avere un difetto reale da dover correggere.

1.7.8 Altri disturbi fisici non giustificati

Il termine Sintomi Fisici²⁶³ non Giustificati viene usato come definizione sintetica per descrivere una situazione in cui sono presenti sintomi che suggeriscono una condizione medica generale, ma da quest'ultima non sono pienamente giustificati. In alcuni casi non può essere identificata alcuna condizione medica generale; in altri essa può essere presente ma non giustifica completamente il grado o la natura dei sintomi. Se il clinico stabilisce che non è presente un disturbo ma desidera annotare la presenza di sintomi, deve classificarli come "lamentela fisica non giustificata dalla condizione medica generale".

Si tratta di condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica; se è presente una condizione medica generale alcuni fattori psicologici possono influenzarla negativamente nei seguenti modi:

1. I fattori hanno influenzato il decorso della condizione medica generale come dimostrato da una stretta relazione temporale tra i fattori

²⁶³American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 777-781.

psicologici e lo sviluppo o l'esacerbazione della condizione medica generale, o la ritardata guarigione da essa.

2. I fattori interferiscono col trattamento della condizione medica generale.
3. I fattori costituiscono un ulteriore rischio per la salute del soggetto.
4. Reazioni fisiologiche correlate allo stress precipitano o aggravano sintomi della condizione medica generale.

Si sceglie la denominazione in base alla natura dei fattori psicologici:

- Disturbo mentale che influenza la condizione medica generale(per es. un disturbo depressivo maggiore ritarda la guarigione da un infarto del miocardio).
- Sintomi psicologici che influenzano la condizione medica generale(per es. sintomi depressivi che ritardano la guarigione dopo un intervento chirurgico).
- Tratti di personalità o stili di adattamento che influenzano la condizione medica generale(per es. negazione patologica della necessità di un intervento chirurgico in un paziente con cancro).
- Comportamenti sanitari maladattivi che influenzano la condizione medica generale(per es. eccessiva alimentazione, mancanza di esercizio fisico, sesso non sicuro).
- Reazione fisiologica correlata allo stress che influenza la condizione medica generale(per es. esacerbazioni correlate allo stress di ulcera, ipertensione, aritmia, o cefalea muscolotensiva).
- Altri fattori psicologici o fattori psicologici non specificati che influenzano la condizione medica generale(per es. fattori interpersonali, culturali, o religiosi).

1.7.8 “Algoritmo dei Sintomi Fisici Non Giustificati”

I sintomi possono includere²⁶⁴:

- Sintomi neurologici non giustificati
- Dolore
- Paura di avere una malattia
- Paura di avere un difetto nell'aspetto fisico
- Simulazione intenzionale dei sintomi

TAPPA 1 Considerare il ruolo di una condizione medica generale o dell'uso di sostanze e se i sintomi fisici non giustificati risultino meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale.

- A. Sintomi correlati ad una condizione medica generale
- B. Sintomi indotti da sostanze(compresi i farmaci)
- C. Altri disturbi mentali

TAPPA 2 Se il sintomo predominante è un sintomo apparentemente neurologico non giustificato, considerare

F44.x* Disturbo di Conversione

TAPPA 3 Se il sintomo predominante è il dolore e se il clinico sospetta che fattori psicologici abbiano un ruolo nell'esordio, nella gravità o nell'esacerbazione del dolore, considerare

F45.4 Disturbo Algico

TAPPA 4 Se i sintomi includono eccessiva preoccupazione legata alla paura di avere una malattia o un difetto nell'aspetto fisico, considerare

- A. F45.2 pocondria
- B. F45.2 Disturbo di Dismorfismo Corporeo

TAPPA 5 Se sono presenti molteplici sintomi fisici non giustificati, considerare

- A. F45.1 Disturbo Somatoforme Indifferenziato
- B. F45.0 Disturbo di Somatizzazione

²⁶⁴Leggieri G, DSM-IV-MG, Masson, Milano 2000.

TAPPA 6 Se il clinico sospetta che i sintomi fisici siano intenzionalmente simulati, considerare

A. Z76.5 Simulazione

B. F68.1 Disturbo Fittizio

TAPPA 7 Se sono presenti sintomi clinicamente significativi ma non risultano soddisfatti i criteri per alcuno dei disturbi precedentemente descritti, considerare

F.45.9 Disturbo Somatoforme non Altrimenti Specificato

TAPPA 8 Se il clinico ha stabilito che non è presente un disturbo ma desidera annotare la presenza di sintomi, considerare

R68.8 Lamentela fisica non giustificata dalla condizione medica generale

Il Disturbo di Somatizzazione ha tassi di prevalenza nel corso della vita che variano dallo 0,2 al 2% nelle donne, mentre negli uomini sono inferiori allo 0,2%. Gradi inferiori di Somatizzazione sono tuttavia abbastanza comuni nei soggetti che si presentano per problemi di salute generale. Il dolore è la lamentela fisica più frequente nella medicina generale, e in una minoranza di individui rimane cronico e non pienamente giustificato da una condizione medica generale. La prevalenza dell'Ipocondria nella pratica medica generale è stata stimata tra il 4 e il 9%. Il Disturbo di Conversione, il Disturbo di Dismorfismo Corporeo, la Simulazione e il Disturbo Fittizio sono relativamente rari.

1.8. Epidemiologia

Vi sono poche informazioni sulla prevalenza del Disturbo Fittizio così spesso non viene riconosciuto. Le tecniche epidemiologiche standard sono ostacolate dal fatto che questo disturbo coinvolge sempre l'inganno e qualche volta anche la peregrinazione²⁶⁵.

D'altra parte la forma cronica del Disturbo(MS) può essere sovraregistrata perché gli individui che ne sono affetti si presentano a medici diversi in ospedali diversi, e spesso sotto nomi diversi²⁶⁶.

I dati migliori indicano che in grandi strutture ospedaliere, il Disturbo Fittizio è diagnosticato intorno all'1% dei pazienti che vengono visitati dagli operatori della salute mentale. I quadri clinici con segni e sintomi psichici predominanti vengono descritti molto meno comunemente di quelli con segni e sintomi fisici predominanti²⁶⁷.

Analisi dei pazienti con Disordini Fittizi suggeriscono due modelli generali tra gli individui con la Sindrome di Munchausen : un gruppo consiste in uomini di mezza età, non sposati, estraniati dalle loro famiglie ed un altro di donne tra i venti ed i quaranta anni che hanno lavori nell'ambito medico(infermieri e tecnici medici)²⁶⁸.

Negli USA non ci sono reali statistiche sulle persone con la MS, perché questa è considerata essere una rara condizione; ottenere statistiche è difficile perché la disonestà è comune in questa malattia²⁶⁹.

In definitiva le persone con la MS tendono a cercare trattamento insidiandosi in molte e diverse strutture sanitarie che possono condurre a statistiche ingannevoli²⁷⁰. La prevalenza è difficile da determinare poiché sono riportati solo i casi effettivamente scoperti. È difficile ottenere informazioni standardizzate,

²⁶⁵Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B, Los Angeles, Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2001; 91: 21.

²⁶⁶Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 349-350.

²⁶⁷American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC, 1994.

²⁶⁸Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B, Los Angeles, Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2001; 91: 21.

²⁶⁹Carney MWP, Brown JP, Clinical features and motives among 42 artificial illness patients, Br J Med psychol 1983; 56: 57-66.

²⁷⁰Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 349-350.

poiché prima che possa essere intrapresa qualsiasi iniziativa questi pazienti spariscono²⁷¹; la MS non è riconosciuta così comunemente ed è più comune e prevalente di quanto si creda²⁷².

Alcuni ricercatori suggeriscono che è difficile seguire la pista di questi pazienti che potrebbero fingere una malattia, interromperla momentaneamente, per poi riprenderla l'anno dopo²⁷³.

Gli studi prevalenti mostrano che molti dei pazienti fittizi lavorano nei setting di cura della salute, lavorano come infermieri, aiutanti degli infermieri, terapeuti fisici²⁷⁴.

Maggiormente a rischio di Disturbi Fittizi sono donne non sposate, sui 30 anni circa, che hanno lavorato e lavorano nella professione medica; in contrasto, i pazienti con la MS tendono a essere uomini tra i 40 e i 50 anni, che hanno avuto ricoveri multipli e sono socialmente distaccati, poiché non hanno un coinvolgimento familiare e fanno così del loro ritratto di malattia il perno della loro vita²⁷⁵.

La frequenza della MS, tra gli uomini, potrebbe essere dovuta al modo diverso in cui l'uomo e la donna sono visti socialmente perché, oltre al fatto che gli uomini viaggiano di più, l'aggressione è più tollerante nella nostra società, quando è espressa da un maschio²⁷⁶. La mancanza di radici, la non curanza per gli altri e l'orlo di criminalità evidenziate nei pazienti con la MS, appartengono più agli uomini perché la società riconosce e tollera in loro queste specifiche caratteristiche²⁷⁷.

²⁷¹Bughra D, Psychiatric Munchausen's syndrome, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 77: 499.

²⁷²Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 27.

²⁷³ibid.

²⁷⁴Ford CV, *The somatizing disorders: illness as a way of life*. New York: Elsevier, 1983.

²⁷⁵Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 212.

²⁷⁶ibid.

²⁷⁷ibid.

Dai casi riportati tutti i pazienti che fingono il diabete sono donne, a volte infermiere che lavorano nel campo della salute²⁷⁸.

La MBP è considerata essere un vero e proprio abuso infantile²⁷⁹; sebbene su 2.9 milioni di abuso infantile negli USA, la MBP è meno di mille casi, anche in questo caso la sua presenza è sotto-diagnosticata²⁸⁰. Non tutti i casi di abuso infantile è MBP, ma tutti i casi di MBP, riguardano l'abuso infantile.

²⁷⁸Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 122.

²⁷⁹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 147.

²⁸⁰ibid.

CAPITOLO 2

EFFETTI E MANIFESTAZIONI DELLA SINDROME DI MUNCHAUSEN

Per capire meglio come si manifesta la sindrome di Munchausen, quali effetti provoca sul soggetto che ne è affetto e sulle persone che lo circondano, verrà illustrato di seguito un caso clinico della letteratura (il caso di Jenny) studiato e riportato dagli autori Ford e Feldman²⁸¹. Attraverso questo caso i due psichiatri sono riusciti a trarre conclusioni importanti, “sullo strano mondo dei Disturbi Fittizi”²⁸² e sulla sua variante estrema (MS). Hanno esplorato il ruolo che hanno e possono rappresentare i familiari, gli amici e i professionisti della salute che forniscono a questi ‘grandiosi simulatori’ appoggio emotivo, medico, finanziario, senza dimenticare l’enorme costo subito dalla società in spese di salute non necessarie.

I Disturbi Fittizi e soprattutto la MS sono un’esagerata escrescenza di un relativo comportamento normale, quello di ‘giocare il ruolo di malato’²⁸³. Affinché i Disturbi Fittizi maturino è necessario che i soggetti recitino il ruolo di ammalato all’estremo della patologia, colpendo profondamente le loro vite e quelle degli altri che li sostengono²⁸⁴.

Jenny è una di quelle innumerevoli persone che soffre di ‘quelle strane malattie psicologiche’ chiamate Disturbi Fittizi, ben noti a psichiatri e psicologi ma spesso mal interpretati dai non informati per i quali i soggetti con tale Disturbo sono soprattutto dei menzogneri e dei bugiardi.

²⁸¹Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994.

²⁸²ibid

²⁸³Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 60.

²⁸⁴Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 61.

I Disordini Fittizi sono molto più complessi e i loro effetti sono di notevole portata sulla popolazione generale e sulla comunità medica.

2.1. Il sottile confine tra Disturbi Fittizi e Disturbi Fittizi cronici(MS)

Riconoscere una ‘malattia artificiosa’ da una legittima è difficile e lo è ancora di più diagnosticare un soggetto con Disturbi Fittizi o con la MS, soprattutto per il trattamento che ne consegue e le conseguenze di una terapia sbagliata²⁸⁵. Alla base dei Disordini Fittizi ci sono maggiormente Disturbi Depressivi, che hanno una prognosi migliore, alla base della MS, invece c’è maggiormente un Disturbo di Personalità Borderline, la cui comprensione e recupero richiedono più tempo e non sempre con risultati positivi²⁸⁶.

La storia di Jenny²⁸⁷(caso clinico della letteratura) è una delle più affascinanti rivelazioni dei Disordini Fittizi; attraverso il suo caso si ha qualche informazione in più e qualche delucidazione circa i segni a cui i dottori devono guardare per formulare una diagnosi e riconoscere se si tratta di Disturbi Fittizi o sindrome di Munchausen, dato il confine labile che intercorre tra loro, per meglio capire quali sono gli approcci più adeguati al trattamento²⁸⁸.

Alcune delle azioni di questa paziente sono tipiche dei pazienti fittizi, ma è anche vero che alcuni aspetti del suo caso presentano caratteristiche atipiche. ‘Il suo artificio è durato 2 anni, quindi qualcosa di più di un semplice caso di Disordini Fittizi; non le è stata diagnosticata la MS perché la sua è stata una singola finzione che non aveva pervaso tutta la sua vita. Nonostante la sua debolezza progressiva

²⁸⁵Folks DG, Munchausen syndrome and other factitious disorders, *Neurol Clin* 1995; 13: 267-281.

²⁸⁶Ford CV, Feldman MD, *Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 222.

²⁸⁷ivi, p. 1-18.

²⁸⁸Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 1.

con perdita di peso e di capelli, questa coraggiosa giovane era riuscita a mantenere una prospettiva positiva. Determinata a impiegare al meglio il tempo che le era rimasto aveva mantenuto il suo lavoro e aveva intrapreso anche degli interessi fuori dal lavoro. Intanto che la sua famiglia, i suoi amici e i suoi colleghi di lavoro le prestavano attenzione e comprensione, cercando di fare tutto ciò che era possibile, gradualmente appariva chiaro ad ognuno di loro che la malattia di Jenny era solo una beffa²⁸⁹.

Innanzitutto perché era stata capace di fingere una malattia seria, per molto tempo e nello stesso luogo. Con i pazienti Munchausen i ritratti di malattia durano poco, fino a quando vengono scoperti e fingono altrove la stessa malattia o un'altra²⁹⁰. In secondo luogo lei non era fuggita quando era stata messa a confronto con il suo ritratto di malattia, anzi ha accettato il consiglio dei suoi colleghi e datori di lavoro di ammettere il suo inganno. Infine ha accettato e ha tratto profitto dal trattamento, al contrario di molte esperienze che gli psichiatri hanno avuto con i pazienti fittizi.

Jenny, però, come tutti i pazienti Munchausen, soffriva di Disturbi di Personalità, incluso il Disturbo di Personalità Borderline, caratterizzato da relazioni interpersonali instabili, conflitti d'identità, sentimenti d'abbandono e di perdita, oscillazioni dell'umore, comportamenti auto-distruttivi e manipolatori²⁹¹.

Jenny non è stata la prima paziente a fare finta di essere malata di cancro affinché qualcuno si prendesse cura di lei, poiché il cancro è stata una malattia scelta da un gran numero di pazienti fittizi: l'immagine che i superstiti di cancro qualche volta hanno e il forte coraggio emotivo di fronte alla diagnosi di questa malattia sono attraenti per i pazienti fittizi e rappresentano un modo sicuro per ricevere

²⁸⁹Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 16-18.

²⁹⁰ibid.

²⁹¹Nadelson T, The Munchausen spectrum: borderline character features, Gen Hosp Psychiatry 1979; 1: 11-17.

amore e compassione²⁹². Per i pazienti con la MS il comportamento è motivato maggiormente dal bisogno di vitto e alloggio, un luogo dove poter gratificare le loro necessità psicologiche²⁹³.

La questione rimane: come riescono questi pazienti ad imbrogliare i professionisti della salute che ogni giorno sono esposti a persone realmente malate? Molti di loro sono attori davvero convincenti, conoscono bene la malattia e decidono di recitare come in un vero e proprio copione.

Caso. *Jenny faceva la segretaria per una ditta manifatturiera, una di quelle persone “invisibili” che noi tutti conosciamo e trascuriamo ogni giorno; anche se non era ambiziosa, era ritenuta una persona affidabile ed efficiente e queste caratteristiche contribuivano alla sua presenza all’interno della ditta. Jenny all’età di 35 anni non aveva sviluppato relazioni forti al lavoro e quindi in quest’ambito erano assenti sentimenti di conforto, compagnia e sicurezza; viveva con un uomo a cui era legata da più di un anno, aveva una piccola cerchia di amici casuali e periodicamente vedeva sua madre nella stessa città. Settimana dopo settimana la vita di Jenny non sembrava mai cambiare fino al giorno in cui improvvisamente iniziò tutto a precipitare e a sgretolarsi.*

Senza nessun avvertimento il suo fidanzato le annunciò che la loro relazione era finita e lei doveva andarsene dal suo appartamento.

Jenny aveva dato tutto per il suo uomo e nonostante fosse stanca del lavoro si prodigava a casalinga e donna perfetta per lui; sognava di sposarsi ma non spinse mai il suo fidanzato a fissare una data. Inoltre sempre fedele e devota metteva i bisogni del fidanzato prima dei suoi; sconcertata perché non riusciva a capire il motivo della rottura, sconcertata, senza lottare si arrese alla fine della relazione.

Jenny poiché non aveva altro luogo dove abitare, andò a vivere con sua madre, una donna che faceva l’insegnante di scuola elementare e la cui strategia

²⁹²Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 1-10.

²⁹³Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.1-3.

comportamentale era 'tenersi occupati'. Cercando di riempire il vuoto soprattutto dopo le ore lavorative e cercando di colmare i suoi momenti di depressione, Jenny aveva cominciato a cucire per il club di dramma presso la scuola di sua madre dove i bambini amavano il suo modo di essere. Ciò non appagava abbastanza i suoi bisogni emozionali e di liberarsi dalle proprie angosce dovute all'introversione nel lavoro e nella sua vita personale. Anche se Jenny si sentiva di prendere parte a una conversazione non aveva nulla di interessante da dire. Si sentiva così ferita per essere stata abbandonata e tradita che non riusciva ad esprimersi con nessuno. Pensando che doveva chiarire da sola i propri guai. I suoi silenzi e l'eccesso di lavoro diedero vita ad alcuni meccanismi comportamentali. Dopo alcuni mesi, vissuti con un intenso sforzo emotivo, Jenny un giorno confessò alle persone con cui lavorava che aveva un cancro al seno in fase terminale. In questo modo Jenny diventò l'oggetto di comprensione e attenzione di persone che prima non l'avevano e non l'avrebbero mai notata. Improvvisamente i suoi colleghi di lavoro diventarono i suoi migliori amici, ognuno le dava il proprio supporto. Le persone erano disposte a cambiare i loro stili di vita pur di accontentarla. Nonostante la sua malattia, Jenny volle continuare a lavorare. Infatti i colleghi di lavoro furono colpiti dalla sua volontà. Si sentiva appagata dal modo di fare così premuroso dei colleghi ed ebbe quella comprensione che avrebbe sempre voluto e che non era riuscita mai a ottenere. Jenny aveva visto una vicina di casa soffrire di cancro al seno, quindi sapeva come la malattia sarebbe progredita: gradualmente Jenny iniziò a perdere i capelli e a perdere peso. Nel momento in cui scomparvero i suoi capelli, più tardi sostituiti da una parrucca, il suo peso diminuì drasticamente e impallidì sempre di più, ironicamente la sua vita si trasformò in una di quelle vite di qualcuno 'speciale'. Finalmente si sentiva appagata emozionalmente ed emotivamente. A casa, sua madre, la interrogò qualche volta sui suoi appuntamenti con i dottori, ma era più occupata del solito per concentrarsi solo ed esclusivamente sulla vita della figlia. I capelli di Jenny erano trovati regolarmente nel bagno e sua madre iniziò a preoccuparsi, solo quando Jenny diventò completamente calva, disperandosi e piangendo per l'accaduto. Jenny cercò di rassicurarla dicendo che questo faceva parte della terapia, che lei aveva la giusta forza di sopportare tutto questo e che i medici stavano facendo il possibile per aiutarla. Le sue parole confortarono la madre e lei continuò a mantenere il ruolo della 'vittima coraggiosa'.

Jenny s'iscrisse ad un gruppo d'appoggio per donne con il cancro al seno, divenendo un membro diligente, non mancando mai un appuntamento con il gruppo di sostegno. Rispecchiava l'aspetto e le tribolazioni delle altre donne, del gruppo, malate di cancro. Jenny aveva enfatizzato la natura della sua malattia e nel frattempo i suoi colleghi parlavano tra loro di quello che sarebbe accaduto quando il cancro avrebbe reclamato la sua vita. Mentre i mesi passavano e le condizioni di Jenny non sembravano peggiorare il supporto dei colleghi iniziava a scendere di livello e a diminuire. A questo punto Jenny mise in rilievo un'altra tragedia personale, cioè che il suo adorato nonno era rimasto gravemente ferito in un incendio. Alcune persone sgranarono gli occhi come per chiedere "qual è la prossima?", ma la maggior parte dei suoi colleghi furono sconvolti al pensiero del carico emotivo che Jenny avrebbe dovuto sopportare e la compatirono. Una sua collega passò l'ora di pranzo con lei assicurandola e confidandole su come lei aveva affrontato la morte di sua nonna. Si offrì di aiutarla ad affrontare il discorso della morte e Jenny rispose che sarebbe andato tutto bene e che affrontava questi discorsi con il suo gruppo di supporto. Anche il corpo studentesco della scuola elementare di sua madre la supportò per farla stare meglio. Alcuni studenti raccolsero per la chemioterapia dei soldi che Jenny non volle accettare, ma sua madre insistette dicendo che questo gesto avrebbe deluso gli studenti. Dopo aver accettato i soldi pensò a come avrebbe potuto ringraziarli e divenne un modello di comportamento per studenti ed insegnanti, perché, nonostante la sua malattia, continuò a cucire costumi per la scuola. Gli studenti le promisero di dedicarle un musical e il giornale locale scrisse sul suo coraggio e la sua forza. Alcuni, però, iniziarono a porsi domande sull'abilità di Jenny di lavorare ogni giorno, e, soprattutto i membri del gruppo di supporto, iniziarono ad avere dei sospetti tentando di sapere altre informazioni sul suo stato medico.

Una sera un membro del gruppo le disse: 'Jenny noi non siamo stati in grado di arrivare a uno dei dottori che tu ci hai detto essere in trattamento e l'altro dottore a cui ti riferisci sempre non ti conosce. Puoi aiutarci a capire?' Jenny esitò per un momento e poi si spiegò: 'Uno di loro è pensionato ed è andato in Florida, ma l'altro è il mio specialista e mi conosce. Provate a chiamarlo di nuovo.' Jenny prendendo affettuosamente le mani del consigliere del gruppo lo ringraziò per l'interessamento che aveva avuto nei suoi riguardi. Continuò a dare diversi nomi di dottori che si prendevano cura di lei ma i membri del gruppo dopo aver seguito le mappe del vicolo cieco di Jenny iniziarono a convincersi che lei stesse mentendo.

A questo punto, i membri del gruppo, si rivolsero al Dottor Feldman per capire in che modo avrebbero dovuto avvicinarsi a Jenny, appunto perché credevano che lei stesse fingendo d'essere malata. Il Dottor Feldman disse loro di evitare di essere aspri o critici, ma di mantenere ancora la loro posizione per evitare il rifiuto che sicuramente Jenny avrebbe avuto nei loro confronti. Il Dottor Feldman li avvisò di farle saper che non era nei guai in alcun modo e che, se lei lo voleva, avrebbe avuto un aiuto immediato. Il Dottore si rese subito disponibile a trattare il suo caso e la reazione iniziale di Jenny al confronto fu la stessa di tanti altri soggetti che soffrono di Disturbi Fittizi nel momento in cui sono scoperti: lei negò continuando a fingere clamorosamente il cancro.

Il modo di reagire di Jenny fu questo: 'Come potete accusarmi di una cosa del genere? Uno deve morire per provare che è ammalato? Mi crederete quando morirò?' Il leader del gruppo con calma le disse: 'Non ti farà alcun bene negare Jenny; noi sappiamo che tu non hai un cancro ma che qualcos'altro è accaduto e noi vogliamo aiutarti'.

Jenny accettò il fatto che i membri del gruppo volessero aiutarla senza condannarla, ammise il suo artificio e accettò il loro consiglio di parlare dei suoi problemi emotivi accettando un counseling con uno psichiatra. Jenny aveva bisogno che qualcuno si prendesse cura di lei.

Il secondo passo compiuto da Jenny fu quello di recarsi al lavoro dai suoi colleghi per confessare il suo artificio, dovuto ai suoi reali problemi di mancanza affettiva e venne rimproverata per tutte le pene e angustie che avevano fatto patire loro e per aver approfittato di ognuno di loro. Jenny aveva simulato la sua malattia per due anni durante i quali proprio 'grazie' al suo artificio non le erano mancati affetto, supporto e comprensione da ogni parte. La perdita del lavoro, la reazione di sua madre costituirono il suo augurio di morte. "Come hai potuto tradirmi così? Io pregavo per te; sai quante volte ho immaginato me stessa al tuo funerale? Cos'è successo? Dimmi qualcosa per farmi capire! Ma Jenny non riuscì ad esprimersi, perché non capiva proprio quello che era successo. La madre vedendo l'effetto che la perdita del lavoro aveva avuto sulla figlia preferì dare lei stessa la notizia a scuola, dicendo che Jenny era malata ma non di cancro. Goffamente spiegò che Jenny aveva un disordine mentale che l'aveva condotta ad alterare la malattia e a dire bugie, aggiungendo che lei non capiva molto circa quello che le stava succedendo. Lo staff scolastico fu stupito e confuso. Molti reagirono con

disgusto per non aver scoperto l'artificio, ma lei si difese citando alcuni esempi di come la malattia sembrasse vera, come la perdita di capelli o la perdita eccessiva di peso.

Jenny confessò a sua madre che aveva tagliato appositamente i suoi capelli e li aveva rasati per mimare gli effetti della chemioterapia e che inoltre era anche stata a dieta per apparire malata.

I membri dello staff volevano più spiegazioni e chiamarono, per maggiori chiarimenti, il Dottor Feldman che si rifiutò di violare le confidenzialità della paziente, mantenendo il segreto professionale.

Sfogarono la rabbia contro di lui, affermando che non stava prendendo in considerazione ciò che lei aveva fatto e dissero che l'avrebbero punita per ciò che aveva fatto. Inizialmente il Dottor Feldman fu sorpreso, ma poi fu proprio la loro reazione che lo portò a capire gli effetti che il comportamento di Jenny aveva avuto sugli altri. Feldman capì la loro frustrazione e provò empatia per loro. I colleghi di lavoro di Jenny volevano che il Dottor Feldman fosse d'accordo con loro sul fatto che Jenny era stata cattiva e perciò andava punita. Il Dottore rispose che non era giusto fare ciò perché Jenny era veramente malata e aveva bisogno di essere capita non accusata. Consigliò loro di cercare aiuto fuori, in un gruppo di counseling che li avrebbe aiutati a gestire i loro sentimenti di fronte a ciò che era accaduto. Questi volevano il suo aiuto, come se essere aiutati dallo psichiatra di Jenny era una conferma del fatto che erano stati presi in giro e furono molto dispiaciuti e offesi quando il Dottor Feldman gli consigliò un altro dottore.

Nei primi incontri Jenny ammise al Dottor Feldman che era lì perché aveva finto di avere un cancro. Il dottore rispose: 'capisco e sono contento di quello che lei mi sta dicendo. Come pensa di essersi trovata in questa confusione?' Lei in modo mite rispose: 'non ne sono sicura, sono spiacente di ciò che ho fatto, e ora non so cosa fare.' Il suo volto era triste e colmo di sconforto e il Dottore non sapeva se dipendesse di più per quello che aveva fatto o se aveva una profonda depressione che l'aveva portata a comportarsi in modo esasperato. Tra i molti aspetti della Depressione, Jenny, ne stava esibendo alcuni: un umore triste, mancanza d'energia e un'inabilità di concentrazione. Inoltre non mangiava bene, non dormiva e si sentiva indifesa. Parte della fantasia di Jenny sul cancro ritraeva che il suo primo fidanzato avrebbe sentito della sua malattia e sarebbe precipitato da

lei. Ma lui e Jenny camminavano su strade talmente differenti che dopo la rottura lui non seppe mai quello che Jenny stesse facendo. Aveva deciso di fare la sua vita, per lui la rottura non era stata drastica, al contrario di Jenny che fu devastata dalla separazione.

Dopo un po' di tempo passato con Jenny, Feldman scoprì che lei aveva avuto in passato problemi di Depressione ed era stata in trattamento. Lui pensò che con le sue fonti di supporto perse, Jenny era potenzialmente suicida e le suggerì l'ospedalizzazione e lei accettò. La Depressione e il Disturbo di Personalità erano i suoi principali problemi e il Disturbo Fittizio sembrava essere una manifestazione di questi. Alcuni test psicologici supportarono la sua diagnosi.

Jenny rispose rapidamente alla terapia farmacologia per la sua Depressione, mentre continuava a sussistere, nonostante la terapia, il Disturbo Fittizio. Prima che si verificasse qualche miglioramento del suo stato, Jenny sviluppò un nuovo comportamento mentre era ricoverata in ospedale: aveva iniziato a mutilarsi ferendo le sue mani, le sue gambe e gli occhi, provocandosi, con le sue unghie, emorragie, croste, infezioni. La cosa che faceva più paura, non era il suo aspetto ma il rifiuto di ammettere quello che aveva fatto a se stessa. Disse che lo aveva fatto sicuramente quando stava dormendo perché ricordava di essersi sfregiata. Il Dottor Feldman pensò che stesse creando di nuovo una malattia fittizia. Divenne subito evidente che la mutilazione auto-inflitta da Jenny era un prodotto secondario della sua ansia: Jenny doveva ricominciare la sua vita e questa era oppressa e offuscata dall'ansia. Le sue mutilazioni erano paurose e questo creava una sensazione di impotenza nell'equipe che si occupava di lei; lo staff ospedaliero perdeva molto tempo a medicare le ferite che Jenny si auto-infliggeva e tentava di fermarla quando se li provocava.

Il dottor Feldman iniziò a ricevere delle critiche da parte del personale infermieristico, così parlò francamente a Jenny e la convinse a indossare "le manopole", che dei guanti aventi solo la divisione per il pollice, durante la notte. Jenny fu ben disposta anche perché voleva smettere di ferirsi. Il dottore pensò che la sua volontà di smettere esisteva anche prima ma che ormai era così presa che non sapeva come fare per venirne fuori. Le manopole la aiutarono minimamente, il dottore intensificò il suo trattamento continuando la terapia farmacologia per la Depressione e con il tempo le auto-mutilazioni si fermarono. Jenny ricevette un training di auto-rilassamento che accelerò il suo progresso. Si tentò, all'inizio, di

insegnarle come rilassarsi senza farmaci e a divenire più indipendente. Invece di usare misure drastiche, poteva utilizzare questa abilità ogniqualvolta avesse l'ansia.

Jenny giunse a una svolta notevole del suo recupero quando parlò, con gli altri pazienti e con il personale, della sua finzione e trovò che loro erano ben disposti a capirla e accettarla. Come parte del trattamento di Jenny il dottor Feldman le chiese di parlare con suo padre che era divorziato da sua madre e viveva nel Nuovo Messico per dirgli la verità riguardo la sua malattia. Pensò che il padre sarebbe stato punitivo e ostile, invece volle sapere il modo in cui poteva aiutarla. Jenny capì che era importante condividere i suoi sentimenti con suo padre, che la visitò in ospedale. La sua presenza e l'interesse per le condizioni della figlia fecero capire che il suo sostegno ci sarebbe dovuto essere e sarebbe dovuto continuare anche dopo l'ospedalizzazione. Il coinvolgimento del padre migliorò notevolmente la sua prognosi, infatti i farmaci antidepressivi di solito fanno effetto solo dopo sei settimane, Jenny invece iniziò a vedere i primi miglioramenti solo dopo tre.

Jenny stava per essere dimessa e il dottor Feldman non avrebbe potuto più aiutarla e si chiedeva se nonostante il suo eccellente progresso durante la terapia avrebbe potuto inventare un'altra malattia e se sarebbe entrata nuovamente in un ospedale per ottenere appoggio e supporto. Quando Jenny accettò di essere dimessa, pur essendo timorosa sul suo futuro, decise di andare in un'altra città in modo da poter ricominciare senza lo stigma del suo 'arificio'. Lei e suo padre rassicurarono il dottore che l'avrebbero contattato per qualsiasi problema ma da allora non si sono più visti.

Questa paziente, nonostante avesse un lavoro, non aveva sviluppato relazioni forti in quell'ambiente, ed erano quindi assenti sentimenti di conforto, compagnia e sicurezza. Il motivo scatenante delle dinamiche fittizie è stato la rottura con il fidanzato per il quale lei aveva dato tutto. Per quanto riguarda le dinamiche familiari, i genitori erano divorziati, la figura di suo padre era assente e lei andò a vivere con la madre la cui strategia comportamentale era 'tenersi occupati'.

Angosciata dall'introversione nel lavoro e dalla sua vita personale, ferita nei suoi sentimenti per l'abbandono e il tradimento, si era chiusa nei suoi silenzi che l'avevano portata a 'ritrarre una malattia' per potersi esprimere.

Ciò le aveva procurato attenzione da parte di persone che però non conoscevano i suoi disagi, che erano disposti a tutto pur di farla stare bene poiché presi da sentimenti di compassione che si provano quando si ha davanti una persona che sta per morire.

Una volta che la finzione era stata scoperta, aveva negato clamorosamente, come tutti i pazienti fittizi, per non perdere la 'faccia', ma soprattutto per non perdere l'appoggio e l'amore che aveva conquistato e che non sarebbe riuscita a ricevere di nuovo a meno che non avrebbe cambiato luogo.

Come in tutte le situazioni in cui ci si trova di fronte a questi casi, anche il Dottor Feldman all'inizio non sapeva se il caso di Jenny era un caso di Simulazione (vantaggi secondari come l'esonero dal lavoro) o un caso di Disturbi Fittizi.

Come già è stato scritto i Disturbi Fittizi sono la falsificazione consapevole di sintomi fisici e/o psichici presunti assumendo il ruolo di malato per ricevere nutrimento e avere qualcuno che si prenda cura di lui.²⁹⁴ Jenny sarebbe stata colpevole di Simulazione se avesse finto con lo scopo di ricevere guadagni esterni come benefici finanziari o l'esonero da responsabilità legali. Non c'erano stati cambiamenti nelle sue abitudini lavorative e, in due anni che lei aveva finto, non aveva richiesto nessuna assicurazione e non aveva fatto nessuna richiesta di invalidità: era chiaro che Jenny aveva trovato nel ruolo di paziente solo un modo per ricevere gratificazione affettiva.

²⁹⁴ American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC, 1994.

Feldman²⁹⁵ aveva iniziato a realizzare che lei aveva finto una malattia come il cancro per esercitare e avere un controllo sugli altri. Aveva iniziato a lavorare con la premessa che Jenny aveva un 'Disturbo di Personalità' che le impediva di avere un comportamento adeguato e un'immagine chiara di chi fosse. "La Depressione e il Disturbo di Personalità erano i suoi principali problemi e il Disturbo Fittizio sembrava essere una manifestazione di questi"²⁹⁶.

Per alcuni pazienti, i Disturbi Fittizi sono una forma elaborata di rifiuto, un modo di evitare le emozioni dolorose e concentrare tutta l'attenzione sui loro corpi: evitano anche che gli altri comprendano il loro trauma emotivo perché sarebbe troppo duro da accettare e lo camuffano.

Jenny rispondeva rapidamente alla terapia farmacologia per la sua Depressione e si sottoponeva anche alla psicoterapia per il Disturbo Fittizio.

Prima che ci fosse qualche miglioramento nella sua condizione, Jenny aveva sviluppato un nuovo comportamento mentre era ricoverata in ospedale. Aveva iniziato a mutilarsi defraudando le sue mani, le sue gambe e gli occhi provocandosi con le sue unghie, emorragie, croste, infezioni (comportamento maggiormente tipico dei pazienti con la MS)²⁹⁷. La cosa che più faceva paura, non era il suo aspetto ma il fatto che negasse quello che aveva fatto a se stessa. Disse che lo aveva fatto sicuramente quando stava dormendo perché non ricordava di essersi sfregiata. Il dottor Feldman pensò che stava creando di nuovo una malattia fittizia e diveniva subito evidente che la mutilazione inflittasi era un prodotto secondario della sua ansia. Jenny doveva ricominciare la sua vita ed era oppressa e offuscata dall'ansia. Quando l'ansia, infatti, diventa un sintomo psicopatogeneticamente importante (ossessioni, Disturbi Somatoformi, ecc.), è

²⁹⁵Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, Published by John Wiley & Sons, Canada 1994.

²⁹⁶Ivi, p. 11-12.

²⁹⁷Folks DG, Munchausen syndrome and other factitious disorders, *Neurol Clin* 1995;13: 267-281.

osservabile in molte patologie psichiatriche (Depressione, sindromi psicorganiche) come elemento concomitante, occasionale o di aggravamento²⁹⁸. Alcune persone quando sono nervose, strofinano le loro mani o si provocano delle piccole imperfezioni sulla loro pelle. Jenny aveva portato questo all'estremo avendo sfregandosi per sfigurarsi.

È stato importante non averla lasciata da sola: il suo miglioramento è stato il risultato di una combinazione tra la terapia farmacologica e la terapia comportamentale, inoltre certamente l'ha aiutata il modo premuroso con cui è stata trattata dal personale ospedaliero, il fatto di non essere stata giudicata e il recupero del rapporto con suo padre (che in precedenza era stata una figura del tutto o quasi assente).

2.2. Vittime della MS

Chiunque entra in contatto con i pazienti fittizi in diverso grado e a seconda dell'intensità della relazione diventa una vittima dei simulatori, entrando in un'esperienza che potrebbe essere devastante²⁹⁹.

Le vittime dei pazienti fittizi non sono sempre vittime primarie come nel caso della MBP³⁰⁰. Le vittime secondarie infatti sono molto più comuni e sono parte di ogni caso: famiglia, amici, personale medico e tutti quelli che dedicano il loro tempo con quelle che credono essere persone malate³⁰¹.

Quando queste persone scoprono di essere state imbrogliate, scattano alcune dinamiche che il più delle volte hanno bisogno di essere gestite con una terapia. I

²⁹⁸Tatarelli R, Lezioni di psichiatria, Edizioni Kappa, Roma 2003, p. 20.

²⁹⁹Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 171.

³⁰⁰Meadow R, Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse, Lancet 1977; 2: 343-345.

³⁰¹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 30.

primi sentimenti sono di rabbia e frustrazione, poi subentra la voglia di essere lasciati da soli insieme al sentimento di sentirsi sciocchi per essere stati imbrogliati così³⁰².

“La vittimizzazione degli altri, però, non deve essere guardata come intenzionale perché la devastazione che i pazienti fittizi hanno creato negli altri è spesso più un sotto-prodotto del loro masochismo che una meta intenzionale”³⁰³.

Per quanto riguarda il comportamento delle vittime di solito si verificano tre possibilità³⁰⁴:

1. la necessità, quando si ha un sospetto di avere a che fare con ‘finto malato’, di parlare con qualcuno che può ascoltare obiettivamente e avere una conoscenza abbastanza medica da sapere se può essere presente la possibilità di malattia fittizia;
2. la necessità di confrontarsi con la persona affetta dalla sindrome dicendole di avere questi dubbi e di dover cercare aiuto se vuole ancora mantenere rapporti con lei;
3. la necessità di contattare un avvocato per le conseguenze finanziarie subite, come risultato dell’artificio.

Le vittime hanno bisogno di un counseling e di un tempo per poter rimediare allo sconquasso emotivo subito. Per prima cosa devono riconoscere il problema e non essere restii a chiedere consiglio e appoggio ai professionisti della salute. Nonostante il loro sdegno devono superare il sentimento di perdita del ‘finto’ paziente e preoccuparsi di come proteggere se stessi da tutto quello che hanno

³⁰² Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 190.

³⁰³ Ivi, p. 30.

³⁰⁴ Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 191.

vissuto³⁰⁵. La vittima non è capace di cambiare l'altra persona, così dovrà distanziarsi dal problema e focalizzarsi su come continuare una vita più serena³⁰⁶.

Il recupero delle vittime inizia con le informazioni sul disturbo: una delle cose più efficaci infatti è scoprire che questa malattia c'è ed ha un nome, così scoprendo di essere state vittime di una malattia reale che sta alla base di questi soggetti li fa sentire meno sciocchi(per loro, ammettere di essere stati presi in giro e beffeggiati è molto difficile: non è possibile credere di aver sofferto inutilmente)³⁰⁷.

Lo psichiatra può assistere lo staff medico e infermieristico che potrebbe essere irritato dalla scoperta della natura del disturbo e sopraffatto dai sensi di colpa per loro coinvolgimento nella psicopatologia³⁰⁸.

Nella terapia di gruppo condividere l'esperienza di aver avuto a che fare con questa malattia psicologica e bizzarra alleggerisce queste persone che si rendono conto di non essere stati gli unici sciocchi e che si sta trattando con un 'vero, riconosciuto Disturbo Mentale'.

³⁰⁵Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 192.

³⁰⁶ibid.

³⁰⁷Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 193.

³⁰⁸ivi, p. 217.

2.3. Questioni etiche e legali

Sono sorte questioni etiche e legali attorno a questi “grandiosi simulatori”³⁰⁹ complicando ulteriormente la già difficile posizione dell’equipe medica nei confronti della malattia fittizia.

Una delle prime considerazioni legali per i dottori che incontrano i pazienti fittizi è il pericolo di essere chiamati in giudizio per essere stati superficiali³¹⁰.

Alcune azioni di questi pazienti espongono i dottori e tutta l’equipe ospedaliera al rischio di accuse di mal-condotta, imperizia, negligenza, azioni legali ecc³¹¹..

I dottori possono sentirsi meno vulnerabili quando sanno di trovarsi in un caso di Disturbi Fittizi. Loro presumono che tutto ciò che accade nella malattia fittizia è colpa del paziente e che tutti sarebbero d’accordo a riguardo. Essere chiamati in giudizio per un caso di Disturbo Fittizio è inconcepibile, probabilmente, per molti medici³¹². Si sbagliano: essere citati in giudizio in questo significa che non solo il medico è coinvolto ma anche che la famiglia è costretta a subire tutte le conseguenze³¹³.

Un altro problema è il debito che contraggono questi pazienti con l’ospedale e i medici. La questione apre la domanda circa la colpevolezza o meno di frode criminale dei pazienti fittizi: alcuni dottori credono che ognuno dovrebbe pagare con le proprie risorse, altri invece ritengono che devono essere colpevolizzati per

³⁰⁹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 194.

³¹⁰ibid.

³¹¹Levin AL, Sheridan MS, La sindrome di Munchausen per Procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 321-322.

³¹²Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 194.

³¹³ibid.

frode e ciò in alcuni stati è sostenuto dalla legge(per es. nel Nord Carolina è un crimine)³¹⁴.

Molti pazienti contano su agenzie assicurative o sul programma di assistenza pubblica per far fronte alle spese mediche, altri che non hanno nessuna assicurazione, semplicemente, non pagano i loro debiti³¹⁵.

Un altro problema legale riguarda la possibilità di ricovero psichiatrico involontario di questi soggetti e l'unico modo che i dottori hanno è quello di rendersi disponibili attraverso la presa in carico che è una questione seria che comporta l'essere giudicati da una Corte: prendersi l'incarico di un paziente non vuol dire che il trattamento deve essere forzato ma solo renderlo disponibile se il paziente lo accetta³¹⁶.

Se i medici ritengono che una persona non è appropriata per decidere sul trattamento allora essa diventa una questione di competenza legale che deve essere decisa da una Corte. "Non bisogna permettere a nessun paziente fittizio di lasciare l'ospedale se non soddisfa il criterio della presa in carico"³¹⁷.

I medici devono riconoscere il limite della loro autorità, ma in ogni caso anche per i giudici e per gli avvocati è difficile considerare un Disturbo Fittizio come una malattia mentale e quando definiscono un Disturbo mentale lo considerano come schizofrenia e depressione suicida, col danno per sè e per gli altri.

Il fatto che tali soggetti non sono palesemente psicotici ostacola l'istituzionalizzazione contro loro volontà.

³¹⁴ibid.

³¹⁵ibid.

³¹⁶Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 195-196.

³¹⁷Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 196.

In più Stati, infatti, l'unico criterio per l'ammissione ad un ospedale psichiatrico è la presenza di un Disturbo Mentale con rischio suicida aperto e acuto per sé e per gli altri o incapacità di soddisfare le necessità di base come mangiare, vestirsi, dormire. Generalmente i Disturbi Fittizi e la sua variante cronica(MS) non rispettano questo criterio³¹⁸.

Un altro metodo discutibile per incitare i pazienti ad ammettere il loro artificio è 'il siero della verità' che però non è risultato essere efficace: un soggetto può essere talmente motivato a mantenere il suo ruolo di 'paziente' che può resistere agli effetti di tale medicina e in questo modo non è abbastanza attendibile per la veridicità³¹⁹.

Il problema etico dei Disordini Fittizi è molto complesso: i pazienti fittizi credono di essere avvantaggiati con i dottori poiché ritengono di non dovere rispettare nessuna regola per essere pazienti; il dottore, invece pur essendo dottore, deve rispettare delle regole come il non poter rivelare alla famiglia e agli altri dottori la verità della finta malattia.

I principi di etica medica, per esempio, dell'Associazione Medica Americana, affermano che i medici devono rispettare la confidenzialità e la riservatezza dei pazienti anche se si sono circostanze in cui il medico omette tali regole³²⁰:

- Quando è presente un 'emergenza
- Quando un paziente è incompetente
- Quando un paziente deve essere ricoverato
- Quando parti terze devono essere protette
- Quando ci sono requisiti per rivelazioni

³¹⁸ivi, p. 197.

³¹⁹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 198.

³²⁰Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 204.

- Quando collaboratori o supervisori stanno assistendo.

Nonostante le priorità legali per la riservatezza cosa ne è della coscienza dei medici di fronte ai pazienti fittizi? Come mai non è obbligatorio per i dottori avvertirsi l'un l'altro tra gli ospedali, avvertire le agenzie assicurative per prevenire il cattivo uso di risorse mediche?

Generando una 'lista nera'³²¹ potrebbero risolversi alcuni problemi ma se ne potrebbero sollevare altri: una preoccupazione primaria potrebbe sorgere dal fatto che se una persona dell'elenco si ammalasse veramente, probabilmente non sarebbe creduta e non riceverebbe le cure necessarie.

Un modo per chiarire quale comportamento i medici dovrebbero adottare potrebbe essere quello che l'Associazione Medica Americana e le altre organizzazioni professionali dichiarano pubblicamente sui Disordini Fittizi:

“E' possibile individuare nei termini del nostro codice etico certe circostanze in cui la riservatezza non viene tenuta e che includono situazioni in cui i pazienti sono stati fraudolenti nel produrre informazioni e nell'aver prodotto clandestinamente le loro malattie”³²².

Come risultato, con questi pazienti, non ci può essere il livello standard della riservatezza.

Un altro aspetto che tiene l'etica e la legalità su una 'pentola bollente' è il fatto che l'unico modo che il dottore ha di distinguere il Disturbo Fittizio dalla

³²¹Turner J, Reid S, Munchausen's syndrome, Lancet 2000; 359: 347.

³²²Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 202.

Simulazione è la motivazione: come si fa a determinare se il fingersi malato è il motivo primario o se è un modo per avere dei guadagni secondari?³²³

Si può ammettere che la MBP diversamente dalle altre falsità mediche sia un crimine serio³²⁴. L'intervento legale con l'aiuto dei professionisti della salute ha dato luogo all'arresto e qualche volta anche alla condanna³²⁵.

2.4. Malattia legittima e MS

“colui che distinguerebbe il vero dal falso deve avere un'idea adeguata di quello che è vero e di quello che è falso”.

Benedict Spinoza

Cosa accade a qualcuno che è legittimamente malato ma è sospettato di avere un Disturbo Fittizio?

Le difficoltà non si incontrano solo nel momento della diagnosi quando l'unico parametro che il medico ha per poter distinguere tra Simulazione e Disturbi Fittizi è la motivazione ma anche nel fare la distinzione tra i Disturbi Fittizi e la malattia legittima.

Per far capire cosa potrebbe succedere e a quali rischi vanno incontro gli stessi soggetti ma soprattutto i medici, viene di seguito riportato un caso tratto dalla letteratura³²⁶:

³²³Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 204.

³²⁴Levin AL, Sheridan MS, La sindrome di Munchausen per Procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 321-330.

³²⁵Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 205.

³²⁶Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 107-115.

Caso. Il Dottor Feldman lavorava in un ospedale dove ai membri dello staff medico erano stati assegnati dei casi di pazienti per i quali era difficile fare una diagnosi. Ai pazienti era data la possibilità di discutere, una volta a settimana con uno psichiatra, dei loro problemi. Durante una di queste riunioni di gruppo le infermiere si lamentavano di un paziente che credevano stesse alterando la sua malattia. Dicevano che questo paziente era stato ammesso in ospedale perché lamentava dolori che riguardavano tutto il corpo, aveva la febbre, mal di testa e debolezza. Quando le infermiere entravano nella sua stanza per somministrare i diversi trattamenti lui a malapena si muoveva e anche le più semplici azioni diventavano difficili da eseguire: infatti non riusciva a cambiarsi e a mangiare da solo. Le infermiere, però, notarono che quando voleva le sue sigarette non aveva difficoltà per arrivare a prenderle, accendersene una e fumarsela. Furono condotti dei test per determinare la causa delle sue lamentele, molte infermiere esordirono dicendo che si stavano sprecando delle risorse mediche costose che sarebbero potute servire a qualcuno che era veramente malato. Durante la riunione nonostante il mormorio delle infermiere, tutti furono d'accordo che bisognava fare la cosa migliore per il paziente fino a quando non avevano in mano la diagnosi giusta. Lo staff fu estremamente scosso davanti alla morte improvvisa del paziente al quinto giorno del suo ricovero. Le infermiere, che avevano dato la priorità a 'persone realmente malate', piansero, sentendosi in colpa per non avergli creduto. Distrutti da questa esperienza i dottori alleviarono le loro preoccupazioni poiché non l'avevano accusato direttamente di Disordini Fittizi. Questo che era accaduto li segnò e sicuramente influenzò le loro azioni future avendo un'attenzione maggiore nell'accusare qualcuno di fingere una malattia. L'autopsia rivelò che questo paziente stava soffrendo ed era morto di meningite (un'inflammatione delle membrane laterali del cranio, colonna

vertebrale e cervello che causava una varietà di sintomi, incluso il mal di testa, la febbre, e l'irrigidirsi dei muscoli).

In questo caso la morte del paziente aveva elevato una questione sul trattamento: era stato mal-condotto perché non preso abbastanza sul serio dai caregivers?

Comunque in questo caso i suoi archivi medici indicavano che i dottori avevano seguito un corso accettabile verso la diagnosi anche se non erano riusciti a indicare la vera natura della malattia prima che lui morisse. Se il personale lo avesse accusato apertamente di fingere sarebbe sorta un'altra questione legale, soprattutto se i sospetti di Disordini Fittizi erano documentati nelle loro cartelle mediche.

2.5. Sindrome di Munchausen e Burnout

Nella letteratura sulla sindrome di Munchausen si sono visti pazienti che si sono sottoposti a test multipli, operazioni ripetitive e procedure diagnostiche invasive arrivando a rischiare la loro stessa vita. Quando si entra in contatto con queste persone emergono delle particolari problematiche che riguardano i medici e tutta l'equipe ospedaliera. Quelle stesse prove a cui tali pazienti si sottopongono così volentieri sono ripetute più volte dagli stessi dottori, che credono nei loro pazienti e vogliono vederli chiaro. Pensano di aver fallito qualcosa la prima volta nella diagnosi e nel trattamento e ci riprovano creando così delle dinamiche(per es.,

accanimento medico, esaurimento emotivo) che arrivano condurli al circolo vizioso del fenomeno del burnout³²⁷.

Come negli affari si vuole soddisfare il proprio cliente anche i dottori, a maggior ragione, vogliono soddisfare i loro pazienti per cui se un paziente li accusa di sbagliare qualcosa perché si sente ancora male, cerca di fare di tutto per far piacere al paziente e per farlo stare meglio, compiendo più prove.

I dottori, come pure tutti quelli che si occupano della cura della salute, trovano davvero difficile pensare che qualcuno finga una malattia seria o si auto-provochi sintomi dolorosi; e, non immaginano minimamente che qualcuno possa simulare o alterare una malattia³²⁸.

“I dottori detestano essere presi in giro, essere manipolati e sprecare il loro tempo, rischiando di apparire incompetenti. Trattando con questi pazienti molti di essi sentono di non poter vincere: se li trattengono in trattamento il paziente potrebbe denunciarli e se non lo fanno perché non lo ritengono necessario, il paziente potrebbe denunciarli lo stesso”³²⁹.

Molto spesso il medico o lo psicologo, può essere soggetto a un cortocircuito mentale, che non gli permette di elaborare cognitivamente e affettivamente le problematiche che ha davanti. È per questo motivo che molto spesso si arriva a soluzioni distorte e di conseguenza al fallimento vero e proprio della diagnosi psicologico/clinica e all'intervento psicoterapeutico adeguato³³⁰.

³²⁷ Sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali, che può presentarsi in soggetti che, per professione, si occupano della gente.

³²⁸ Ludviksonn BR, Griffin J, Graziano FM, Munchausen syndrome: the importance of a comprehensive medical history, *Wis Med J* 1993; 92: 128-129.

³²⁹ Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.214-215.

³³⁰ Ferri R, Orsini A, La consulenza clinica psicologica, Biblioteca Masson, Milano 1999; p. 367.

Si tratta di una reazione di difesa alla tensione emotiva cronica che nasce dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando ci sono dei problemi o motivi di sofferenza³³¹. Il riscontro dell'operatore 'corto-circuitato' avviene sempre più spesso e i suoi effetti colpiscono soprattutto le figure professionali che lavorano in sanità. Il burnout sembra avere una prevalenza elevata nei medici che lavorano in campo oncologico: la frustrazione per l'insuccesso terapeutico e le pressioni psicologiche da parte del malato e della famiglia possono produrre un notevole logorio psicofisico.

Un modello teorico che può essere esplicativo del burnout è quello che fa riferimento alla sequenza: aspettativa, frustrazione dell'aspettativa, aggressività, impotenza nel modificare la situazione. Sorge allora un senso di impotenza, incapacità e inadeguatezza e si consolida un atteggiamento negativo verso la propria professione, repulsione e disgusto. Aumentano anche le rivendicazioni, la sensazione di essere sfruttati, di non essere riconosciuti per il proprio valore e spesso tale sensazione si allarga al rapporto di coppia e alla famiglia. Accanto a reazioni aggressive, a volte molto intense, si insinuano sensi di colpa e disistima, ansia, nervosismo, tendenza al pianto, sensazione di sentirsi inutili, pessimismo, senso di impotenza. In una situazione psicologica di questo tipo è logica la manifestazione di una serie di reazioni psicosomatiche che denunciano il cedimento dell'organismo. Alcuni arrivano a provare un sentimento negativo verso la vita con la perdita di speranze per il futuro, talvolta comunicano propositi suicidari e comunque manifestano una profonda disperazione esistenziale.

A questo punto è indispensabile fare alcune considerazioni: tutte le professioni socio-assistenziali implicano un intenso coinvolgimento emotivo; l'interazione tra operatore ed utente è centrata sui problemi contingenti (psicologici, sociali o fisici)

³³¹Francescato D, Leone L, Traversi M, Oltre la psicoterapia, Carocci, Roma 2001.

ed è perciò spesso peggiorata da sensazioni di ansia, imbarazzo, paura o disperazione.

Si è visto, come gli studi mostrano, che molti dei pazienti fittizi lavorano nei setting di cura della salute, come infermieri o loro aiutanti. Si pensa, che il loro lavoro come 'caregivers' possa esaurirli emotivamente, tanto da sentire un così disperato bisogno di ricevere cure da fingere una malattia proprio per ottenere attenzione. Loro danno solamente cercando di riempire i bisogni e le necessità delle persone ammalate e nessuna delle loro necessità emotive viene presa in considerazione durante la giornata³³².

Da questo esaurimento affettivo ed emozionale, dove nessuno risponde alla loro richiesta di affetto, nasce una forma di insoddisfazione, che li porta a diventare i destinatari di cure. Le infermiere oltre ai Disturbi Fittizi hanno anche problemi di Somatizzazione³³³.

Non sempre la soluzione dei problemi dell'utente è semplice o facilmente ottenibile, la situazione così diventa sempre più ambigua e frustrante e lo stress cronico può logorare emotivamente l'operatore tanto da condurlo al burnout. Questo viene normalmente definito come una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e di ridotta realizzazione personale e può insorgere in coloro che svolgono una qualsiasi attività lavorativa 'di aiuto'. Si arriva ad uno stato di malessere, di disagio, in seguito ad una situazione lavorativa percepita stressante, che conduce gli operatori a diventare apatici, cinici con i propri "clienti", indifferenti e distaccati dall'ambiente di lavoro.

I caregivers, a volte, devono essere capaci di sopportare gli errori in cui facilmente incorrono quando si occupano di pazienti fittizi. Questi errori non vogliono

³³²Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.212.

³³³ibid.

significare affatto un loro fallimento o che quel trattamento debba essere trascurato poiché questo genere di disturbi esige tanta perseveranza³³⁴.

2.6. MS e Internet

Che rapporto intercorre tra la sindrome di Munchausen e internet?

Internet è una fonte inesauribile di informazioni ed oggi è anche una nuova fonte di informazioni sulle patologie. Il 37% degli utenti accede ad internet riferendosi al sito riguardante medicina e salute. Sono state poste molte domande sull'affidabilità del materiale che vi si trova, soprattutto per quanto riguarda le notizie sulla valutazione e sulle raccomandazioni di trattamento³³⁵.

Feldman³³⁶, a proposito della sindrome di Munchausen e in generale dei Disturbi Fittizi, illustra casi in cui alcuni soggetti attraverso l'uso della malattia si appoggiano su siti on-line.

Caso 1. Una persona che dice di essere una giovane donna inviò comunicazioni ad un gruppo di appoggio su internet per quelli che soffrono di fibrosi cistica. Disse che era una malata terminale che stava a letto aspettando di morire. Aggiunse che era curata dalla sorella maggiore Amy e che il suo sogno era morire sulla spiaggia. Molti malati di fibrosi cistica e i loro familiari le scrivevano comunicazioni di conforto condividendo le proprie esperienze e pregando per lei. Amy alcuni giorni più tardi comunicò che, Barbara, era morta, ma che lei era riuscita a trasportarla in spiaggia prima che spirasse. I membri del gruppo furono angosciati dalla notizia, alcuni misero in dubbio il racconto di Amy, domandandosi come avesse fatto a portare sua sorella in spiaggia senza l'ossigeno. Inoltre notarono gli errori continui di compitazione di Barbara che attribuivano al suo stato ansioso per la sorella Amy. In risposta alle domande e all'investigazione su

³³⁴Ford CV, Feldman MD, op. cit., p.222.

³³⁵Feldman MD, Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. South Med J 2000; 93: 669-672.

³³⁶ibid.

questo problema ammise di aver costruito tutta la storia accusando i membri del gruppo di ingenuità e incredulità. Il moderatore allora mise all'erta i membri del suo gruppo su come agire e richiese una sospensione di accesso ad internet alla persona che usava il nome di schermo e che doveva essere attaccata non appena si inseriva nella corrispondenza. Il leader notò che l'intenzione esplicita del gruppo era offrire appoggio emotivo e informazioni ai pazienti con fibrosi cistica e che si erano distratti dal loro obiettivo a causa della rabbia dovuta al tradimento causato dalla beffa.

Caso 2. In un altro caso di falsa fibrosi cistica, Darlene affermava di essere la madre di una bambina malata e affisse il suo messaggio a un servizio per bambini con necessità speciali. Erica, la madre di un altro bambino con fibrosi cistica, rispose vivamente, le diede credito col senso di colpa di non poter fare di più perché il suo bambino era seriamente malato. Una volta che il bambino recuperò, Darlene la interrogò sul virus rsv(virus respiratorio di syncytial) ed Erica fornì dei dettagli con l'intenzione di alleviare l'apparente preoccupazione di Darlene. Settimane dopo Darlene riportò al suo gruppo che il suo bambino era morto a causa del virus rsv. Erica riconobbe che il racconto di Darlene sulla malattia e sul trattamento era pieno di imprecisioni e con uno sguardo retrospettivo comprese che i commenti di Darlene sulla fibrosi cistica erano una duplicazione di materiale già diffuso. Molti membri del gruppo cercarono di contattare l'ospedale per spedire fiori ed offrire assistenza. Quando si accorsero che nessuna informazione esisteva sul bambino furono soddisfatti del fatto che Darlene venne smascherata. La sua corrispondenza cessò improvvisamente.

I pazienti con i Disordini Fittizi fanno carte false per farsi curare la loro presunta malattia e l'unico scopo riconducibile a questo comportamento è il mettersi al centro dell'attenzione, per ottenere comprensione e scaricare la rabbia alleviando la tensione e controllando gli altri³³⁷.

³³⁷Babe KSJ, Peterson AM, Loosen PT, Geraciotti TDJ, The pathogenesis of Munchausen syndrome: a review and case report, Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 273-276.

Dai casi riportati da Feldman(di cui due sono stati menzionati) sono stati elencati alcuni indizi per riconoscere come si possono instaurare falsi rapporti :

- Il materiale della posta è una duplicazione di altro materiale visto sui manuali o siti web relativi alla salute;
- Le caratteristiche della malattia supposta ed il suo trattamento emergono come caricature basate sugli equivoci dell'individuo;
- La lunghezza, la frequenza e la durata della corrispondenza non sono uguali alla gravità richiesta dalla malattia(un messaggio comune è quello di dire di aver avuto un colpo settico);
- L'esacerbazione della malattia con la morte fatale è alternata con dei recuperi miracolosi;
- Le richieste personali sono fantastiche e a volte si contraddicono con richieste successive(una chiamata all'ospedale rivela che non c'è nessuno, descritto come il paziente cercato);
- Ci sono eventi drammatici e continui nella vita della persona specialmente quando gli altri membri del gruppo sono divenuti il centro dell'attenzione;
- L'individuo si lamenta che gli altri membri del gruppo non sono sufficientemente d'appoggio e avverte che questa insensibilità sta minacciando la sua salute;
- Ci sono delle riserve per i contatti telefonici(le linee telefoniche dell'edificio non permettono chiamate entranti) o facendo delle minacce(lui fuggirà se è chiamato);
- Altri che scrivono apparentemente in favore dell'individuo come membri di famiglia hanno modelli identici di scrivere, errori grammaticali, errori d'ortografia ecc.

In molti casi la scoperta dell'inganno da parte dei membri del gruppo induce a fare molte domande e a investigare; la risposta tipica è protestare per la propria innocenza, dichiarare di essere stato maltrattato in modo crudele dal gruppo, scomparendo improvvisamente. Le informazioni false possono includere storie personali, apparenti creazioni di conversazioni con i medici, risultati di laboratorio, studi radiografici e anche citazioni di pubblicazioni mediche. Oltre al tempo e all'appoggio emotivo, gli utenti, che hanno fiducia nelle informazioni che ricevono, possono essere plasmati nelle proprie decisioni sulla cura della propria salute. I professionisti della cura della salute devono essere consapevoli della serie di informazioni mediche che appaiono su internet, perché queste possono influenzare le domande richieste e le decisioni prese dai loro pazienti. Questi problemi su internet si stanno espandendo con pazienti, che cercano informazioni da medici o da altri pazienti perché insoddisfatti delle proprie. I medici che partecipano alle discussioni on-line e che consigliano i pazienti devono riconoscere e discutere apertamente del potenziale pericolo di questo nuovo mezzo.

I soggetti con la MS sono disposti a tutto per la loro 'malattia' che rappresenta l'unica ragione di vita.

2.7. MS e Suicidio

La MS è un disturbo psichiatrico raro e come tutti i disturbi psichiatrici presenta il rischio di suicidio. Con i suoi comportamenti auto-distruttivi e il suo andare oltre i limiti è stata paragonata a un vero e proprio suicidio.

I pazienti Munchausen, pronti a correre rischi e a sfidare loro stessi, proiettano il loro malessere sul proprio corpo, si fanno del male attraverso atti auto-lesionistici identificandosi nel ruolo di malato³³⁸.

Ma come viene definito il suicidio?

“Il suicidio non è un atto casuale e privo di significato, è il punto di svolta per una situazione divenuta insostenibile e nella quale l’individuo sperimenta sentimenti di disperazione, inaiutabilità, inappagamento di bisogni primari. Emergono anche conflitti ambivalenti, tra il sopravvivere con uno stress divenuto insopportabile, nei confronti del quale si sperimenta una diminuzione delle opzioni per fronteggiarlo e il bisogno di sottrarsi a questa situazione”³³⁹.

Attraverso la descrizione e la comprensione dei tratti di personalità dei soggetti con MS, si può capire meglio quando può insorgere il rischio di suicidio e perché. Questi soggetti sono così auto-centrati e preoccupati della loro dolorosa esistenza al punto da escluderne gli altri³⁴⁰. Hanno così tanto bisogno di attenzione di attenzione che cercano un immediato sollievo quando sono sottoposti ad uno stress maggiore del solito³⁴¹. Non sembrano aprirsi ad una comunicazione significativa e si accorgono che “l’altro è il bersaglio per l’attacco o uno strumento di persecuzione”³⁴². Tali pazienti hanno un io debole, lottano per mantenere un senso coerente del sé e mancano di risorse per mantenere l’equilibrio narcisistico, usano infatti il meccanismo di difesa dello splitting(scissione) e dell’identificazione proiettiva³⁴³. Tra questi, coloro che sviluppano la MS vivono dei veri inferni che essi stessi si procurano nel perpetrare le loro malattie fittizie che di solito durano

³³⁸Schoenfeld H, Margolin J, Baum S, Munchausen syndrome as a suicide equivalent: abolition of syndrome by psychotherapy, *Am J Psychother* 1987; 41: 604-12.

³³⁹Tatarelli R, *Lezioni di psichiatria*, Edizioni Kappa, Roma 2003, p. 86.

³⁴⁰Millon T, Davis RD, *Disorder of personality: DSM-IV and beyond*, 2nd edn, Wiley, New York 1996.

³⁴¹Millon T, Davis RD, *Disorder of personality: DSM-IV and beyond*, 2nd edn, Wiley, New York 1996.

³⁴²Kernberg OF, *Borderline Condition and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, New York 1975.

³⁴³ibid.

anni. In queste condizioni sono incapaci di sperimentare la pienezza della vita perché tutte le loro esperienze girano intorno alla malattia³⁴⁴. Molti di giocano il ruolo di malato invece di comunicare le loro vere necessità e le loro emozioni, talvolta distruttive ma soprattutto pericolose³⁴⁵.

Questi soggetti non hanno la capacità di reagire di fronte ai normali stress della vita; nel loro sviluppo vi è un fallimento nello stabilire introiezioni consolatorie e di holding, di conseguenza pretendono dagli altri quello che gli individui normali riescono a fornire da soli a loro stessi³⁴⁶.

Hanno bisogno degli altri come oggetti-sé, senza i quali si sentono privi di ogni speranza e commettono degli acting-out fino all'estremo del suicidio³⁴⁷.

I pazienti Borderline possono presentare momenti di apatia, ritiro e profondo scempenso depressivo, in cui l'agito suicidario è possibile, seguiti da periodi di iperattività, sperimentati come tentativo di darsi una norma e una consistenza psichica attraverso l'agire³⁴⁸.

Quando il supporto affettivo che li circonda inizia a crollare, queste persone, creano delle nuove crisi per ottenere un nuovo interessamento per il bisogno che hanno di sentirsi appoggiati; se questo viene a mancare ci può essere anche la probabilità che queste persone, a causa della loro fragilità e sopraffatti dal loro inganno, soprattutto se scoperti, pensino al suicidio³⁴⁹.

³⁴⁴Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.31.

³⁴⁵ibid.

³⁴⁶Millon T, Davis RD, Disorder of personality: DSM-IV and beyond, 2nd edn, Wiley, New York 1996.

³⁴⁷Khout H, The Restoration of the Self, International University Press, New York 1977.

³⁴⁸Selvini MP, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM, Ragazze anoressiche e bulimiche, la terapia familiare, Raffaello Cortina Editore, Milano 1998, p. 185-186.

³⁴⁹Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.26.

Per quanto riguarda la MBP ci sono molti casi di madri e padri che tentano il suicidio dopo la scoperta e il confronto³⁵⁰.

“Pochi pazienti spontaneamente riportano i loro pensieri e i loro intenti suicidi al terapeuta, pertanto occorre che il clinico stia attento a quei segni che indicano che un paziente è a rischio di suicidio”³⁵¹.

“Le persone con più alto rischio di suicidio sono di solito di mezza età o per lo più anziane, non sposate, di sesso maschile, con una condizione socio-economica precaria; presentano una storia familiare di disturbi mentali e di comportamenti suicidari. Spesso si tratta di individui che vivono da soli, disoccupati o con impegno precario. Sono rintracciabili, di frequente, la presenza di Depressione con comorbidità di abuso di sostanze o la positività per un Disturbo di Personalità”³⁵².

Abbiamo detto che i soggetti con la MS sono maggiormente maschi e di razza caucasica: “il tasso di suicidio tra gli individui di razza caucasica è circa il doppio rispetto agli individui di altre razze”³⁵³.

Molti pazienti sviluppano dipendenza iatrogena da farmaci, probabilmente perché i dottori tentano in questo modo di alleviare i loro sintomi con una specie di accanimento medico o perché si auto-inducono malattie che vanno curate con l'uso di specifici farmaci³⁵⁴: in questo caso si parla di “parasuicidio”, un cioè rischio di suicidio che potrebbe insorgere nel momento in cui il soggetto viene scoperto e rifiuta il trattamento e i vari consigli terapeutici. Questo è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità(1975), “un atto non abituale ad

³⁵⁰Levin AL, Sheridan MS, La sindrome di Munchausen per Procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001, p. 387-396.

³⁵¹ivi, p. 85.

³⁵²Levin AL, Sheridan MS, op. cit., p. 88.

³⁵³Levin AL, Sheridan MS, op. cit., p. 89.

³⁵⁴Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 28.

esito non fatale, deliberatamente iniziato e condotto a compimento nell'aspettativa di un qualche esito, in grado di realizzare il desiderio autolesivo. Fanno parte di tale condotta il rifiuto delle terapie, la scarsa adesione a consigli terapeutici e a misure preventive, lo scarso adeguamento a programmi di follow-up in caso di malattie croniche"³⁵⁵. La soluzione, per compensare la mancanza di affetto, che porta questi soggetti a farsi del male rischiando addirittura la morte, è un supporto costante che solo la psicoterapia può offrire in modo che i soggetti non sentendosi soli eviteranno di farsi del male a causa della loro fragilità³⁵⁶.

CAPITOLO 3

LE STRATEGIE DI INTERVENTO

Non ci sono studi sui trattamenti, né vi è molta letteratura sulla Sindrome di Munchausen(MS) anche perché essendo una patologia insolita, non emerge così facilmente agli occhi dei medici. Diventa quindi difficile fare una diagnosi anche perché ci sono pochi elementi per poter prescrivere e sperimentare un trattamento adeguato³⁵⁷.

Il paziente con MS è scoperto di solito accidentalmente, quando ci si trova di fronte a elementi incriminanti o insoliti risultati di laboratorio; qualche volta addirittura, la diagnosi viene fatta per esclusione³⁵⁸. Quando viene rilevata, poiché questi pazienti potrebbero avere reali problemi di salute, è importante considerare che una vera morte potrebbe sopraggiungere in seguito ai loro numerosi tentativi di simulare malattie o traumi. Si consiglia perciò un'indagine sia fisica che psichiatrica³⁵⁹.

³⁵⁵Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 85.

³⁵⁶Schoenfeld H, Margolin J, Baum S, Munchausen syndrome as a suicide equivalent: abolition of syndrome by psychotherapy, Am J Psychoter 1987; 41: 604-12.

³⁵⁷Eisendrath SJ, Factitious physical disorders: treatment without confrontation, Psychosomatics 1989; 30: 383-387.

³⁵⁸Ford CV, Feldman MD, Factitious disorder and malingering. Rundell JR. Wise MG. editors.

³⁵⁹Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B. Los Angeles. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2001; 91: 21.

Ogni trattamento inizia con la diagnosi ed è risaputo che “una buona diagnosi è la condizione necessaria per una buona terapia”³⁶⁰.

“Una diagnosi ben condotta deve riuscire ad evidenziare”³⁶¹:

1. La relazione tra la problematica e la struttura della personalità, per cui la diagnosi non può essere solo sintomatica ma anche dinamica. Il problema che il soggetto presenta non è che un campione dei problemi di personalità soggiacenti e rappresenta un compromesso tra le sollecitazioni esterne e le sue capacità. Per poterne capire il significato, formulare una prognosi e programmare l'intervento bisogna collegarlo alla struttura della personalità;
2. Gli eventuali livelli di patologia e i loro nessi: partendo dai dati, si formulano le prime ipotesi, che vanno vagliate ed approfondite tenendo conto della struttura della personalità e del suo rapporto con il disturbo. La struttura della personalità esiste indipendentemente dal sintomo ma questo ha un'evoluzione ed una possibilità di cambiamento a seconda del tipo di struttura e delle relazioni tra la struttura e il sintomo.
3. Il rapporto tra crisi e cronicità. Bisogna capire se il disturbo si presenta per la prima volta e/o vi siano stati già dei segni premonitori. Un disturbo persistente nel tempo, quindi cronicizzato, è infatti più resistente al cambiamento di uno di tipo acuto la cui prognosi è senz'altro più favorevole.
4. Il potenziale di cambiamento: quanto cioè quel paziente può effettivamente cambiare in seguito al trattamento;
5. L'impatto del modo di formulare la diagnosi con lo sviluppo della strategia di intervento.”

³⁶⁰Rossati A, Diagnosi psicologica: riesame di un concetto, *Terapia del comportamento* 1985; 7: 79.

³⁶¹Falcone A, *Diagnosi clinica: Teoria e metodo*, Edizioni Borla, 1999; p. 44-45.

Quando si ha un sospetto, l'obiettivo nel riconoscere se si tratta di Disturbi Fittizi o meno, visto che di solito i soggetti scappano prima di essere scoperti, è quello di mantenere coinvolto il paziente e preparare il terreno per successivi interventi terapeutici³⁶². È importante consultare uno psichiatra mentre il medico deve riportare precisi esami periodici, anche se il paziente è sotto cura psichiatrica³⁶³.

Reed³⁶⁴ sostiene che gli sforzi maggiori, inizialmente, devono essere fatti per evitare che questi soggetti escano dall'ospedale. Visto infatti che una delle caratteristiche emergenti sono i ripetuti ricoveri si è cercato in primo luogo di ridimensionarli o di evitarli attraverso l'uso di liste nere. Data la scarsità dei dati diagnostici ed epidemiologici, tali iniziative sono raramente efficienti³⁶⁵.

Anche se spesso i pazienti non si prestano alle cure il confronto con loro non dovrebbe essere punitivo, evitando anche di giudicarli e di farli sentire in colpa³⁶⁶. Di fronte a questi casi molti autori³⁶⁷ ritengono che il primo passo da intraprendere è quello di un atteggiamento tollerante³⁶⁸.

Molto spesso, e questo dipende dalla storia delle persone, la terapia è focalizzata sul comportamento con un adeguato e monitorato supporto individuale accompagnata da una eventuale psicoterapia di gruppo³⁶⁹.

Con la tecnologia computerizzata, inoltre, dovrebbe essere più facile comunicare con gli altri ospedali e trovare abbastanza rapidamente le informazioni. Il

³⁶²Earle JRJ, Folks DG, Factitious Disorder and coexisting depression: a report of successful psychiatric consultation and case management, *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 448-50.

³⁶³ibid.

³⁶⁴Reed J, Compensation neurosis and Munchausen's syndrome. *Br J Hosp Med* 1978; 19: 314-321.

³⁶⁵Turner J, Reid S, Munchausen's syndrome, *Lancet* 2002; 359: 347.

³⁶⁶ibid.

³⁶⁷Scully R, Mark E, McNelly B, Case 28. *New Engl J Med* 1984; 311: 108-116.

³⁶⁸Stone MH, Factitious illness: psychological findings and treatment recommendations. *Bull Menninger Clin* 1977; 41: 239-54.

³⁶⁹Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 105-106.

personale di emergenza dovrebbe archiviare tutte le informazioni riguardanti tali pazienti, nel registro del computer e metterle a disposizione degli altri ospedali, dove molto spesso i pazienti si presentano con le stesse modalità.³⁷⁰

Le infermiere dovrebbero essere istruite sui Disturbi Fittizi per trattare meglio con questi pazienti onde evitare di diventare uno di loro e dovrebbero inoltre essere sostenute con programmi adeguati per poter così soddisfare le loro necessità emotive³⁷¹.

Questi 'grandi impostori' devono essere visti come veri e non come falsi pazienti. Nonostante l'avversione della comunità medica che non accetta le loro azioni, deve prevalere l'umanità e quindi offrire a questi pazienti l'opportunità di ricevere trattamento psichiatrico, anche se questo è molto spesso rifiutato³⁷².

Dietro alla labilità e alla poca informazione intorno a questa problematica deve rimanere centrale la speranza di riuscire a far qualcosa per curarli: è essenziale un primo contatto multidisciplinare e coordinato dello staff che si occupa del provvedimento della salute, un acuto lavoro di ricerca, perseveranza, soprattutto l'abilità ad avere un approccio corretto con questi pazienti, che sono molto bravi a fare ciò che fanno³⁷³.

3.1. Metodologie di trattamento

Non ci sono studi esaustivi sulla cura, quindi non c'è un trattamento definitivo³⁷⁴.

Il riconoscimento è il primo passo per trattare qualsiasi malattia³⁷⁵.

³⁷⁰Meek SJ, Kendall J, Cornelius P, Younge PA, Munchausen syndrome presentino as major trauma, J Accid Emerg Med 1996; 13: 137.

³⁷¹ivi, p. 222.

³⁷²Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 222.

³⁷³Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 123.

³⁷⁴ivi, p. 219-220.

La diagnosi di solito è preceduta dall'anamnesi e dall'esame obiettivo, importanti per capire chi abbiamo di fronte, in quanto rivolti alla raccolta ordinata di informazioni riguardanti il paziente e la sua malattia³⁷⁶.

In questa fase è importante ascoltare e soprattutto non commettere errori di negligenza(superficialità), imperizia(insufficiente raccolta di dati), e imprudenza(scarsa disponibilità di tempo e di volontà di approfondire)³⁷⁷.

Il secondo passo è il modo di comunicare la diagnosi al paziente, anche perché è un caso diverso dagli altri e diverso da tutte le altre comunicazioni tra medico e paziente e il modo in cui queste informazioni sono presentate è cruciale³⁷⁸.

Il terzo passo è come comportarsi nel momento in cui il paziente nega o ammette la verità e accetta il trattamento.

Alcuni dottori consigliano che il confronto con questi pazienti deve essere forte, perché è il momento in cui la loro maschera viene a crollare e ognuno vede l'altro nelle vesti reali³⁷⁹.

Altri dottori invece, che ritengono che la MS sia un meccanismo di difesa, temono che un confronto forte e diretto possa portarli ad aumentare i comportamenti autolesionistici o possa far precipitare la psicosi³⁸⁰. In generale però si pensa che un confronto forte sarebbe un colpo troppo duro e pesante che potrebbe portare il paziente a fuggire per andare da un altro medico e in un altro ospedale. Detto questo, si consiglia perciò uno stile terapeutico di non-confronto in cui il medico

³⁷⁵Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 216.

³⁷⁶Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P, Curare con il paziente, FrancoAngeli editore, 1998, p. 77.

³⁷⁷ivi, p. 85.

³⁷⁸Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P, op. cit., p. 45.

³⁷⁹Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 216.

³⁸⁰ibid.

primario e un consulente psichiatrico tengano un approccio, con il paziente, di non-condanna e lo seguano attraverso il follow-up dopo la terapia concordata³⁸¹.

L'esame psichiatrico dovrebbe essere non accusatorio e imparziale, mentre il medico dovrebbe avere una maggiore accortezza ricordando che già la scoperta ha indebolito le difese del paziente e questi potrebbe reagire bruscamente per difendere quel po' che rimane da salvare della loro faccia³⁸².

Avvicinarsi al paziente con la volontà di aiutarlo risolve fino a un certo punto il loro bisogno di ritornare ai sintomi. Questi individui sono così fragili che accettano e cercano supporto ovunque. In una situazione terapeutica, in cui sono i medici che provvedono e cercano di monitorare e indirizzare su un piano più adeguato queste necessità emotive, l'aiuto deve essere costante, altrimenti il loro bisogno potrebbe riportarli in altri ospedali con l'invenzione di nuovi sintomi³⁸³.

In questi casi ci deve essere un approccio empatico che comprenda l'interdipendenza storica degli eventi sociali, somatici e intrapsichici che stanno alla base del ritratto di quella malattia³⁸⁴. L'ascolto empatico è alla base della comprensione e comporta un'apertura verso la fonte comunicativa³⁸⁵.

La comunicazione e l'entrare in relazione con i pazienti Munchausen non è molto facile a causa dei loro tratti di personalità Borderline; con loro bisogna allora maggiormente focalizzarsi sulla comunicazione non-verbale in quanto, questo, è un linguaggio di relazione che permette di esprimere le emozioni più profonde

³⁸¹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 216-217.

³⁸²Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 218.

³⁸³Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 219.

³⁸⁴Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P, Curare con il paziente, FrancoAngeli editore, 1998; p. 53.

³⁸⁵ivi, p. 72.

dell'individuo perché meno sottoposta, rispetto al linguaggio, al controllo della coscienza³⁸⁶.

Si cerca in ogni modo di aiutare il paziente offrendogli la possibilità di un trattamento psichiatrico e una cura medica, incluso il ricovero³⁸⁷.

QUINDI:

- CONFRONTO NON ACCUSATORIO
- AIUTO COSTANTE E SUPPORTIVO
- PERSEVERANZA

Una volta che il paziente è stato diagnosticato di Disturbi fittizi e accetta il trattamento, sono utili alcuni test psicologici per vedere quali sono le dinamiche di personalità che si celano dietro il suo inganno.

Queste solitamente sono³⁸⁸:

1. una scarsa percezione di sé;
2. scarsa identità sessuale;
3. bassa tolleranza alla frustrazione;
4. forte necessità di dipendenza;
5. assenza di pensieri psicotici;
6. narcisismo;
7. quozienti di intelligenza che variano tra la media e superiore alla media.

³⁸⁶Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P, Curare con il paziente, FrancoAngeli editore, 1998; p. 74.

³⁸⁷Ford CV, Feldman, op. cit., p. 217.

³⁸⁸Ford CV, Feldman, op. cit., p. 218.

Secondo alcuni autori il paziente ha bisogno di essere coinvolto, fin dall'inizio, in una terapia che dovrebbe essere decisa secondo i suoi desideri e le sue modalità³⁸⁹. Il paziente deve avere indicazioni chiare e, all'interno dell'ospedale deve poter controllare il suo ambiente ottenendo attenzione regolare e monitorata da parte del personale: la partecipazione attiva all'ambiente di custodia permette di abbassare i sentimenti di rabbia e di ostilità³⁹⁰.

Prima di valutare come agire i medici devono considerare da quanto tempo il soggetto sta fingendo la malattia, se prima ancora c'erano stati o meno sviluppi di Disturbo della Personalità, la natura degli stressors, insomma tutto ciò che può essere stata la causa del loro artificio. Ogni dettaglio è utile per determinare il tipo di trattamento e la prognosi del paziente³⁹¹.

Per quanto riguarda gli aspetti psicologici della malattia, o "illness behaviour"³⁹², essi vanno considerati nella diagnosi perché è il modo in cui il paziente percepisce e integra la propria malattia nella sua storia e nel suo modo di essere. "Questi individui tendono a vivere la malattia come un beneficio e possono approfittarne a livello più o meno inconscio per trarne dei vantaggi a livello affettivo. In questi casi la motivazione al trattamento è scarsissima, così come la compliance"³⁹³. Tali pazienti, avendo un rapporto ego-sintonico con la loro malattia, si possono definire pazienti "non-compliant"³⁹⁴, che rifiutano il trattamento. I pazienti Munchausen presentano questa peculiarità quando vengono scoperti.

Quando il paziente accetta un trattamento bisogna iniziare con lo stabilire una graduale alleanza tra paziente e terapeuta; attraverso questa relazione costante

³⁸⁹ O'Shea B M, & McGennis A, The Psychotherapy of Munchausen's syndrome. Ir J Psychoter 1982; 1: 17-9.

³⁹⁰ Ibid.

³⁹¹ Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 213.

³⁹² Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P, Curare con il paziente, Metodologia del rapporto medico-paziente, FrancoAngeli, 1998; p. 89.

³⁹³ Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P, Curare con il paziente, Metodologia del rapporto medico-paziente, FrancoAngeli, 1998; p. 92.

³⁹⁴ Ivi, p. 104.

imparano che non hanno bisogno di stabilire una malattia per suscitare interesse negli altri³⁹⁵.

La durata di una terapia non è uguale per tutti, poiché i problemi psicodinamici variano da un caso all'altro e così il trattamento viene deciso in base a queste o quelle caratteristiche³⁹⁶.

Di solito la meta del trattamento non è la cura di questi individui ma è quella di aiutarli a dare una minore estensione alle loro malattie e a mettere in pratica questa percezione(per es. se il paziente ha un disturbo emotivo per il quale viene fatto uno specifico trattamento e il Disordine Fittizio è solo secondario, si può trattare il disordine primario mentre simultaneamente si sta trattando col problema che riguarda la finzione della malattia)³⁹⁷.

Un medico che sospetta una malattia fittizia deve subito comunicarlo al paziente con un approccio, fondamentale, di 'non-confronto' e di 'non-scontro'³⁹⁸. Blackwell³⁹⁹ ha notato infatti che il comportamento dei medici e del personale può avere una certa influenza nel determinare l'atteggiamento di rifiuto o meno al trattamento da parte del paziente.

Per avere, poi, una visione più completa e quindi la possibilità di una maggiore comprensione vi è, come ulteriore passo, la ricognizione del problema da un punto di vista storico.

Il medico deve preservare lo stato di legittima malattia indicando che insieme possono chiarire in modo cooperativo il problema fondamentale.

³⁹⁵Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 220.

³⁹⁶Ivi., p. 221-222.

³⁹⁷Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 221-222.

³⁹⁸Stone MH, Factitious illness: psychological findings and treatment recommendations. Bull Menninger Clin 1977; 41: 239-54.

³⁹⁹Blackwell B, the Munchausen's syndrome. Br Hosp Med 1968; 1: 98-102.

Enoch e Trethowan⁴⁰⁰ ritengono di dover sottoporre i pazienti della MS a una forma di ‘terapia del rinforzo negativo’: una volta che i pazienti prendono atto del fatto che i loro sforzi non sono fatti seguire da altre contromisure potrebbero essere indotti a cambiare i loro comportamenti, anche perché per loro è una sfida che li stimola a provocare i medici. Se da parte loro però vedono comprensione non sono più motivati a farlo.

In secondo luogo il paziente ha bisogno di modificare il comportamento non desiderato, con altri maggiormente adattivi, attraverso la psicoterapia, che si occupa soprattutto di elaborare le difficoltà relazionali e il caos generale insito nella vita di questi soggetti⁴⁰¹.

L’intervento richiede una piena comprensione dei sintomi del Disturbo⁴⁰². La vera natura dei Disordini Fittizi, con sottili dinamiche inconsce e spesso con sintomi fisici drammatici, richiede che colui il quale provvede alla cura della salute indaghi costantemente, non lasciando domande senza risposta. Spesso capita che, quando si ha il sospetto di essere di fronte a un paziente con Disordini Fittizi, le infermiere, che sono più a contatto con loro, evitano di metterli a confronto per paura di un loro rifiuto e per paura di veder riversare la rabbia su di loro⁴⁰³. La comprensione dei sintomi e il lavoro di detective del personale medico non coinvolge solo i pazienti con i Disturbi Fittizi ma anche le loro vittime⁴⁰⁴. In una variante estrema della MBP, per esempio, chiamata MBP by Adult proxy, i sintomi sono indotti in un adulto, da un altro che è encomiabile per il ruolo di caregivers altruista. In questo caso i sintomi prodotti e indotti nelle vittime, offrono degli

⁴⁰⁰Trethowen V, Enoch D, Munchausen’s syndrome in uncommon psychiatric syndromes, John Wiley, London 1971.

⁴⁰¹O’Shea BM, & McGennis A, The Psychotherapy of Munchausen’s syndrome, Ir J Psychoter 1982; 1: 17-9.

⁴⁰²Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 29.

⁴⁰³ivi, p. 27.

⁴⁰⁴Ford CV, Feldman MD, Patient or pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 30.

importanti indizi per capire qual è la vera patologia che sta dietro a queste persone⁴⁰⁵.

I dottori dovrebbero anzitutto capire il significato che si cela dietro le loro azioni, prendendo in considerazione la morale di questi soggetti, anche perché molto spesso si avvicinano a loro con dei preconcetti, uno dei quali è che nessuno vorrebbe provare dolore⁴⁰⁶. Avendo un periodo di tempo sufficiente con i pazienti fittizi, cosa molto rara perché fuggono prima che li si possa scoprire, i dottori avrebbero più tempo per capire la motivazione, anche se la persona è inconsapevole delle forze che guidano la loro finta malattia⁴⁰⁷.

Anche se la persona con la MS cerca attivamente trattamento per i vari sintomi che inventa, di solito non è disposta ad ammettere e a cercare trattamento per la sindrome stessa, trattamento che con questi pazienti è una vera e propria sfida e la prospettiva di recupero è quasi inesistente⁴⁰⁸. Quando il trattamento è richiesto, il primo passo da fare è la modifica del comportamento della persona per ridurre il cattivo uso o l'abuso di risorse mediche. Quando questo passo è compiuto lo scopo del trattamento è lavorare su alcuni problemi psicologici fondamentali che stanno provocando lo strano comportamento della persona⁴⁰⁹.

I pazienti con la MS o con patologie psicotiche fanno parte dei disordini caratteriali che raramente sono trattati con successo. Quando tali pazienti mettono in atto le loro manipolazioni, si allevia la loro tensione, ma aumenta la

⁴⁰⁵Levin AL, Sheridan MS, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001, p. 241.

⁴⁰⁶Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 119-120.

⁴⁰⁷Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 120.

⁴⁰⁸Reviewed by the doctors at the Cleveland Clinic, Department of Psychiatry and Psychology, Edited by Charlotte E, Grayson MD, nov. 2002.

⁴⁰⁹ibid.

voglia di sfida, provocando i medici su quello che sono disposti a fare per la loro malattia⁴¹⁰.

Come per gli altri Disturbi Fittizi, il trattamento per la sindrome di Munchausen è la psicoterapia o la terapia del discorso, una specie di counseling. Il trattamento di solito si focalizza sul cambiamento del pensiero e del comportamento dell'individuo(terapia cognitivo-comportamentale)⁴¹¹. Spesso la decisione coinvolge un membro della famiglia con cui il problema è discusso meglio come un Disturbo non come un inganno; alla famiglia non è detto il meccanismo preciso del Disturbo⁴¹².

La terapia familiare potrebbe essere anche utile nell'insegnare a non ricompensare il comportamento della persona con la MS da parte dei membri della famiglia. Nel trattamento, in diversa misura, possono essere coinvolti i familiari che sospettano che qualcuno possa avere un Disturbo Fittizio. Dovrebbero essere educati e informati riguardo al problema, una consultazione con un professionista è un passo molto importante da fare prima del confronto con il paziente⁴¹³. Le famiglie devono cercare di instaurare un rapporto in cui il confronto non sia di accusa ma informale e soprattutto umano⁴¹⁴.

Per i Disturbi Fittizi non ci sono farmaci: questi vengono usati per trattare la malattia relativa a ciò che sta alla base di essa, come la Depressione, il Disturbo di Ansia o il Disturbo Borderline⁴¹⁵. L'uso dei farmaci con questi pazienti dovrebbe essere attentamente monitorato, per evitare che vengano utilizzati in modo nocivo.

⁴¹⁰Reviewed by the doctors at the Cleveland Clinic, Department of Psychiatry and Psychology, Edited by Charlotte E, Grayson MD, nov. 2002.

⁴¹¹ibid.

⁴¹²ibid.

⁴¹³ibid.

⁴¹⁴ibid.

⁴¹⁵ibid.

Il trattamento psichiatrico molto spesso è rifiutato mentre la consultazione e un follow-up possono essere accettati, almeno per aiutare a risolvere una crisi. La gestione comunque è limitata a riconoscere subito il Disturbo per evitare procedure rischiose ed un uso eccessivo di medicine⁴¹⁶.

Il terapeuta prima di tutto può aiutare a capire e a far prendere atto di come è iniziata la malattia: perché il bisogno di affetto è diventato così intenso?

Il terapeuta cercherà di scoprire i problemi emotivi che stanno alla base e che dovrebbero essere trattati uno alla volta; cercherà anche di provvedere alla vera e più appropriata cura di questi pazienti che sono arrivati a rimedi così estremi per suscitare qualche reazione affettiva⁴¹⁷. Il terapeuta può aiutarli a trovare altri sistemi per ottenere affetto senza ricorrere all'auto-sconfitta e ad azioni auto-distruttive⁴¹⁸.

Come prima cosa quindi, si consiglia un confronto non-accusatorio, un supporto e counseling psicologico(sia per il paziente che per la famiglia).

Come conseguenza, prendendo in considerazione che questi pazienti hanno spesso un Disturbo di Personalità alla base, spesso il trattamento consiste in una terapia farmacologica e anni di counseling⁴¹⁹

⁴¹⁶Reviewed by the doctors at the Cleveland Clinic, Department of Psychiatry and Psychology, Edited by Charlotte E, Grayson MD, nov. 2002.

⁴¹⁷Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.34-38.

⁴¹⁸ibid.

⁴¹⁹ibid.

3.2. Differenze di trattamento tra i Disturbi Fittizi E i Disturbi Fittizi cronici(MS).

Ford e Feldman credono che rispetto ai pazienti con la MS quelli con i Disturbi Fittizi, che derivano soprattutto da una Depressione Maggiore, hanno una prognosi migliore. La prognosi dei soggetti con la MS invece, che hanno un severo Disturbo di personalità e una debole forza dell'io, non è così positiva, perché è molto difficile agire sul carattere⁴²⁰.

Con la prognosi di questi pazienti bisogna essere prudenti, anche perché la loro inabilità di tollerare la frustrazione e la tendenza al comportamento compulsivo⁴²¹ li pone in contrasto con individui che presentano Disturbi Fittizi ma che si sono aperti alla psicoterapia, al trattamento comportamentale tornando alla loro vita normale⁴²².

I pazienti con la MS sono molto refrattari al trattamento, così con loro il focus è primariamente il riconoscimento del controllo dei danni: si cerca di prevenire i danni che fanno al loro corpo e si cerca di salvarli dai costi ospedalieri, i rimborsi di spese mediche e dalle procedure invasive⁴²³.

Per incrementare il cambiamento positivo, i medici devono anche guardare alla potenzialità che il supporto sociale ha per i pazienti fittizi. L'appoggio e il supporto sociale possono ridurre il bisogno di inventare i sintomi⁴²⁴. A volte un piccolo aiuto può ridurre il bisogno di creare i sintomi.

In molti casi può essere prezioso il trattamento multimodale unito ai principi della terapia comportamentale che inoltre non dovrebbe essere rivolta solo ai pazienti,

⁴²⁰Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p 222.

⁴²¹Nadelson T, The Munchausen's spectrum: borderline character features. Gen Hosp Psychiatry 1979; 1: 11-7.

⁴²²Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 221.

⁴²³Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 222.

⁴²⁴ibid.

ma dovrebbe estendersi alle loro vittime, molte delle quali sono i caregivers. Il consulente psichiatrico può estendere il suo aiuto allo staff ospedaliero, sia quando il paziente è sotto tutela sia quando ha lasciato l'ospedale.

Lo staff ospedaliero è aiutato dallo psichiatra, anche se il paziente rifiuta il trattamento, perché si devono superare i sentimenti di rabbia, tradimento e disprezzo.

L'equipe deve essere istruita sul modo di gestire questi sentimenti. Ad ogni individuo dello staff deve essere data la possibilità di esternare le proprie emozioni (soprattutto le infermiere) e già alcuni ospedali offrono terapia di gruppo per coloro che hanno avuto contatto con i pazienti fittizi.

Il gioco più mortale di tutti, quando i Disordini Fittizi diventano abuso infantile, è rappresentato dalla MBP. In questa forma bizzarra i sintomi sono inventati in un'altra persona, di solito in un bambino⁴²⁵.

Purtroppo tali azioni sono create da genitori apparentemente amorosi e premurosi, spesso senza che i loro coniugi o il resto della famiglia ne siano a conoscenza⁴²⁶.

La consapevolezza clinica e l'azione rapida sono armi contro la MBP, una forma di abuso che non prende in considerazione il criterio "sulla prevenzione e trattamento dell'abuso infantile" contenuto nell'Atto federale del 1974⁴²⁷.

Poiché i dottori e il personale medico sono restii ad ammettere di essere stati imbrogliati, il dottor Meadow avverte che la realizzazione che un bambino è vittima di MBP evolve ed emerge lentamente. Il punto in cui dovrebbe esserci

⁴²⁵Levin AL, Sheridan MS, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001.

⁴²⁶Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p.146.

⁴²⁷Levin AL, Sheridan MS, op. cit.

l'intervento dipende dall'ammontare di prove che un dottore è capace di accumulare e dal livello di pericolo affrontato dal bambino⁴²⁸. La registrazione a volte è l'unico mezzo investigativo che si ha a disposizione per mettere le madri a confronto con il loro piano ingannevole⁴²⁹.

Una volta che la MBP è stata scoperta, si dà priorità alla salute del bambino nel processo di trattamento e l'allontanamento da casa è pressoché sempre consigliato⁴³⁰. La salute del bambino deve essere monitorata per assicurarsi che questo o quel trattamento medico sia adatto, inoltre la cura dovrebbe essere rafforzata in un solo centro medico, dove gli specialisti hanno familiarità con la storia⁴³¹. Si dovrebbe fare anche la terapia familiare per capire, ammettere, comunicare circa il comportamento di tutti i membri della famiglia. Una volta che il comportamento disfunzionale non è più un segreto per nessuno, è meno probabile che accada di nuovo, specialmente se il bambino è controllato da un'autorità⁴³². Nonostante i pericoli, il genitore (di solito la madre) deve essere avvicinato quando è da solo, altrimenti l'altro genitore (il padre) tende a difendere l'altro. Questo avviene perché il padre del bambino vittima di MBP, che di solito ha un lavoro che lo porta fuori casa e non vive quello che accade, non riesce a credere che la moglie sia stata capace di fare una simile azione⁴³³.

⁴²⁸Meadow R, Management of Munchausen syndrome by proxy, Arch Dis Child 1985; 60: 385-393.

⁴²⁹Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 156.

⁴³⁰Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 164.

⁴³¹ibid.

⁴³²Ford CV, Feldman MD, op. cit., p 165.

⁴³³ibid.

3.3. MS e Psicoterapia di gruppo

I pazienti Munchausen per i loro tratti di personalità sono adatti per una terapia di gruppo?

È stato detto che alla base della sindrome di Munchausen ci sono Disordini di Personalità, più spesso un Disturbo di Personalità Borderline. È da valutare bene se i pazienti con tale Disturbo sono in grado di affrontare una terapia di gruppo, che non sempre è possibile.

Questi soggetti hanno bisogno di supporto e non tollerano la regressione; l'interazione terapeutica serve come una specie di esperienza emotiva correttiva. Nei gruppi con i pazienti difficili, il leader assume un'importanza speciale poiché controlla l'atmosfera del gruppo agendo come moderatore del comportamento disgregante, promuovendo la coesione e alimentando l'atteggiamento terapeutico. Quest'ultimo include l'incoraggiamento per l'espressione del Disordine intrapsichico e il comportamento che ne segue, la sua traduzione in verbalizzazione per evitare gli acting-out, la tolleranza per il conflitto che si crea all'interno del gruppo e per le condotte che vengono consumate dall'aggressione e la convinzione che queste saranno risolte⁴³⁴. Entro la cornice psicoanalitica, il processo terapeutico può essere concepito in termini di identificazione proiettiva: gli aspetti distruttivi della personalità vengono riconnessi nel gruppo, segue una salutare reintroiezione in cui, sia l'esperienza di essere accettati come parte del gruppo, sia la tolleranza per gli aspetti più distruttivi della propria personalità, consente al paziente di considerarsi in modi più benevoli⁴³⁵.

⁴³⁴Kibel HD, The therapeutic use of splitting: the role of the mother-group in therapeutic differentiation and practicing, In: Tuttmann S ed. al., Psychoanalytic Group Theory and Therapy: Essays in Honor of Saul Scheidlinger, Madison, Conn: International Universities Press 1991; p. 113-132.

⁴³⁵ibid.

Una volta che il cambiamento comincia ad emergere nel gruppo escono fuori nuovi comportamenti che sono socialmente accettati: il comportamento più corretto viene ricompensato, la nuova esperienza di sé nel gruppo funziona come un rapporto oggetto-sè che porta rimedio ed è disponibile ad essere interiorizzato. Ciò rappresenta il processo che è al centro dell'esperienza emotiva correttiva⁴³⁶.

La psicoterapia di gruppo è potenzialmente adatta a fornire sia gli elementi supportivi, sia il confronto di cui questi pazienti hanno bisogno.

La personalità Borderline è un "paziente difficile" in gruppo⁴³⁷; "ciò che rende questi pazienti difficili è il modo in cui si comportano, in particolare durante il trattamento: sono conosciuti per i comportamenti duplici e spesso reciprocamente contraddittori nella psicoterapia individuale. Hanno dei conflitti così radicati nelle relazioni da richiedere quantità illimitate di aiuto, mentre respingono quello che viene offerto. Alcuni non sopportano di far sapere al loro terapeuta di quanto aiuto hanno bisogno per paura di essere sopraffatti da desideri regressivi; ingannando possono restare in disparte e relativamente inavvicinabili"⁴³⁸.

"Il loro comportamento nei gruppi è lo stesso, ma frequentemente esagerato dalla natura interpersonale del gruppo. Da un estremo riescono a resistere al coinvolgimento con gli altri, diventano eccessivamente suggestionabili o blandamente diffidenti. Dall'altro estremo possono monopolizzare il gruppo, agire

⁴³⁶ibid.

⁴³⁷ibid.

⁴³⁸Kibel HD, The therapeutic use of splitting: the role of the mother-group in therapeutic differentiation and practicing, In: Tuttmann S ed. al., Psychoanalytic Group Theory and Therapy: Essays in Honor of Saul Scheidlinger, Madison, Conn: International Universities Press 1991; p. 113-132.

in modo auto-distruttivo o tenere il gruppo in ostaggio con minacce di suicidio”⁴³⁹.

Horwitz ed altri⁴⁴⁰ in un’analisi della letteratura sul trattamento dei pazienti Borderline in psicoterapia psicoanalitica individuale, hanno paragonato l’approccio supportivo a quello espressivo e hanno tratto alcune conclusioni: i soggetti che manifestano i due estremi della personalità Borderline(quelli con tratti ossessivi e masochistici e quelli con tratti schizoidi, paranoici e antisociali), non sono adatti all’interpretazione e quindi all’approccio espressivo e hanno bisogno, vista la loro estrema fragilità, di un approccio supportivo. Per questi pazienti(con disturbi del carattere, con una bassa tolleranza dell’ansia e difficoltà ad essere riflessivi) può essere necessario aumentare il livello di sostegno “per prevenire la regressione e stabilizzare il livello di adattamento rafforzando le difese ed evitandone l’analisi, che potrebbe causare un’eccessiva ansia e indebolire le difese stesse”⁴⁴¹. Quelli che invece alternano i due estremi “sono più predisposti per un lavoro che metta a nudo”⁴⁴².Ciò significa che coloro che hanno un bisogno insaziabile di consolazione(MS) hanno poche probabilità di cambiare, mentre coloro con stili più flessibili di relazione possono fare un ottimo uso delle realtà della psicoterapia di gruppo.

“Questi pazienti si trovano in difficoltà nella condivisione del tempo all’interno dei gruppi e sono più inclini degli altri ad avere mini crisi; qualche volta trovano difficile funzionare in un gruppo eterogeneo senza un ulteriore supporto e questo

⁴³⁹ibid.

⁴⁴⁰Horwitz L, Gabbare GO, Allen JG, Tailoring the psychotherapy to the borderline patient. Journal of psychotherapy research and practice 1996; 5: 287-306.

⁴⁴¹Luborsky L, Principi di Psicoterapia psicoanalitica: manuale per il trattamento supportivo-espressivo, Prima edizione 1989, ristampa marzo 2000, Bollati Boringhieri editore traduzione di Paolo Azione e Raffaella Ferrari, p. 60-61.

⁴⁴²Horwitz L, Gabbare GO, Allen JG, Tailoring the psychotherapy to the borderline patient. Journal of psychotherapy research and practice 1996; 5: 304.

è particolarmente vero per i pazienti narcisistici perciò occasionalmente incontri individuali possono aiutarli a sopportare la frustrazione della vita di gruppo”⁴⁴³.

In generale i pazienti dimostrano poca tolleranza alla frustrazione, non sopportano bene né gli effetti spiacevoli né le ansie degli altri, hanno difficoltà a condividere l’attenzione, sono assorbiti dal se’ e mostrano di controllare poco la loro ostilità. Nonostante ciò la psicoterapia di gruppo è il mezzo per far notare e migliorare i conflitti associati relazionali che hanno questi soggetti.

La stabilità e la consistenza sono essenziali per minimizzare l’ansia dei pazienti; la perseveranza nello stile della leadership e un’atmosfera prevedibile e di continuità aiutano questi pazienti a sentirsi al sicuro affinché riescano a mettersi in relazione l’un l’altro: anche se i pazienti narcisistici sono i più difficili da trattare in quanto hanno la tendenza ad avere un evidente disprezzo per le regole del gruppo e il loro auto-centrismo è dominante. Il senso di appartenere ad un gruppo coesivo fornisce sostegno ad un fragile Io; il gruppo può quindi funzionare come una sorta di “oggetto-se” che nutre in senso kohutiano.

I farmaci e la terapia di gruppo sono parte importante della maggior parte dei piani di trattamento, purtroppo raramente vengono utilizzati simultaneamente. Le sedute di gruppo possono aiutare i pazienti ad evitare episodi di decompensazione e promuovere l’assenso del paziente al trattamento eventuale con i farmaci. Il processo di gruppo può offrire ai pazienti istruzione, mutuo sostegno, pratica di socializzazione e una diminuzione dei sentimenti di

⁴⁴³Kibel HD, The therapeutic use of splitting: the role of the mother-group in therapeutic differentiation and practicing, In: Tuttmann S ed. al., Psychoanalytic Group Theory and Therapy: Essays in Honor of Saul Scheidlinger, Madison, Conn: International Universities Press, 1991; p. 113-132.

isolamento. Tali gruppi possono essere utili per un'ampia gamma di pazienti psichiatrici gravi e cronici⁴⁴⁴.

Tra i soggetti con Disturbo di Personalità Borderline si trovano forme espressive diverse: dall'esibizione della propria drammatica condizione con grida a una altrettanto drammatica chiusura all'offerta empatica, sia verbale che agita. Se accettano la terapia possono creare un legame molto forte con il terapeuta, ma facilmente passano a romperlo non appena se ne sentono delusi⁴⁴⁵. Se consideriamo il rapporto che i pazienti con la MS instaurano con lo staff ospedaliero si verifica la stessa dinamica: scappano quando si sentono messi da parte e quando vogliono più attenzione.

Per un team efficace, che sia in grado di gestire la situazione, sono proposti i seguenti professionisti⁴⁴⁶:

- medico curante del paziente
- infermiera di base del paziente
- assistente sociale
- infermiera specializzata
- amministratore dell'ospedale
- avvocato/consulente legale dell'ospedale
- agente di sicurezza dell'ospedale e/o forze di polizia
- adeguati consulenti specialisti
- psichiatra/psicologo
- specialista in etica

⁴⁴⁴McIntosh D, Stone WN, & Grace M, The flexible boundaried group: Format, techniques, and patients perceptions, International Journal of Group Psychotherapy 1991; 41: 49-64.

⁴⁴⁵Selvini MP, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM, Ragazze anoressiche e bulimiche, La terapia familiare. Raffaello Cortina Editore, Milano 1998, p. 185-186.

⁴⁴⁶Levin AL, Sheridan MS, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 415-417.

Una delle seguenti figure dovrà assumere il ruolo di guida della squadra, fornire assistenza nella diagnosi e nella gestione dei casi sospetti o confermati di MS e sostenere le persone coinvolte.

L'iter della squadra include il ricevere ed esaminare i sospetti, raccogliere le informazioni sulla storia sanitaria del paziente ed eventualmente esaminare quelle dei membri familiari, esplorare tutte le possibilità diagnostiche e pianificare un programma, che deve essere seguito da tutto il personale, quando i sospetti appaiono giustificati⁴⁴⁷.

3.4. Prospettive delle persone con la MS.

Le persone con la MS sono a rischio di problemi di salute (pari alla morte), associati al farsi del male (interventi non necessari e ripetuti) e sono a rischio di sviluppare altri sintomi veri e propri. Di conseguenza hanno problemi di salute associati a esami ripetuti, procedure e trattamenti. Sono ad alto rischio per l'abuso di sostanze e tentativi di suicidio: molti negano di alterare i sintomi per cui né cercheranno, né seguiranno trattamenti. Il recupero dipende da un dottore che si prende cura di loro, identificando o sospettando la condizione della persona, incoraggiandola a ricevere cure mediche corrette per il suo disturbo dandogli fiducia. Alcune persone con la MS soffrono di uno o due episodi di breve durata. In più casi comunque il disturbo è cronico o a lungo termine e può essere molto difficile da trattare⁴⁴⁸.

⁴⁴⁷Levin AL, Sheridan MS, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 415-417.

⁴⁴⁸Reviewed by the doctors at the Cleveland Clinic, Department of Psychiatry and Psychology, Edited by Charlotte E, Grayson MD, nov. 2002.

L'organizzazione Borderline della Personalità costituisce lo spettro della patologia della personalità con tipi ad alto e basso funzionamento: nella parte più alta ci sono soggetti con tratti ossessivi e masochistici e in quella più bassa soggetti con tratti schizoidi, paranoici e antisociali. La combinazione dei tratti influenza la prognosi⁴⁴⁹.

Mentre gli adolescenti rispondono bene al trattamento, gli adulti sono più restii a cambiare⁴⁵⁰.

Questi pazienti potrebbero essere curati in un reparto perfezionato per tale disturbo: una unità speciale dove il personale è competente ed ha esperienza con questi soggetti e con i loro problemi, preoccupandosi del loro recupero e trattamento⁴⁵¹.

CAPITOLO 4

I CASI CLINICI DELLA LETTERATURA

4.1. Presentazione di alcuni casi clinici

Ci sono tre casi che descrivono il tipo addominale della MS secondo la classificazione di Asher⁴⁵²:

1. Un uomo di 47 anni che si era presentato in un ospedale con il nome di Thomas Beeches fu trasferito all'Harrow Hospital dove gli venne praticata una laparotomia (apertura della pancia) per sospetta ostruzione intestinale; i risultati rivelarono che non c'era nulla di anomalo. Dopo l'intervento fece in modo di provocare un parapiglia con il personale. In ospedale aveva raccontato di essere stato in marina nel 1942 e di essere

⁴⁴⁹Reviewed by the doctors at the Cleveland Clinic, Department of Psychiatry and Psychology, Edited by Charlotte E. Grayson MD, nov. 2002.

⁴⁵⁰Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 78.

⁴⁵¹Bhugra D, Psychiatric Munchausen's Syndrome, Alta Psichiatria Scandinavica 1988; 77: 502.

⁴⁵²Asher R, Munchausen's Syndrome. Lancet 1951; 1: 340-41.

stato fatto prigioniero dei giapponesi rimanendo a Singapore sino al 1945. Solo 8 giorni prima del ricovero in questione era stato in un altro ospedale e prima ancora in altri ospedali di località diverse. Fu scoperto più tardi che aveva un passato da delinquente e che era stato anche in un ospedale psichiatrico.

2. Una donna di 20 anni che si faceva chiamare Margaret Coke, fu ricoverata lamentando forti dolori addominali. Il suo addome era pieno di cicatrici. Clinicamente sembrava avere una ostruzione intestinale ma dopo essere stata curata con morfina si fece dimettere. Tre settimane dopo una donna dal nome di Elsie Silverborough fu ricoverata in un altro ospedale. Si scoprì che era stata dimessa dallo stesso ospedale di Margaret Coke e fu scoperto dopo che si trattava proprio della stessa. Dopo alcune indagini si risalì al fatto che i due nomi non appartenevano a quella persona ma ad una certa Elsie Packoma.

3. Una donna di 41 anni con il nome di Elsie Coverley fu ricoverata dopo essere collassata su un pulman. Lamentava forti dolori all'addome che oltretutto era pieno di cicatrici. All'inizio le fu diagnosticata un' ulcera sanguinante con una probabile perforazione. Si scoprì successivamente che in molti ospedali erano state fatte delle ricerche sul suo caso poiché si era presentata in molti di essi dando ogni volta nomi e storie diverse: Joan Morris, Joan Summer, Joan Lark, ecc..

Nel 1986⁴⁵³ nell'ospedale Hellingly a Hailsham furono ricoverati 1314 persone di cui 75 al di sotto di 65 anni. Furono identificati 4 casi di MS diagnosticati nel momento dell'ammissione:

⁴⁵³Bhugra D, Psychiatric Munchausen's Syndrome, Acta Psychiatrica Scandinavica 1988; 77: 502.

- Caso A. Un uomo single di 28 anni disoccupato, aveva dichiarato di essere un omosessuale prostituito e il suo interesse da un punto di vista sessuale era per i bambini. Ammise di avere un passato da alcolizzato e di soffrire di AIDS. Era stato già trattato in diversi ospedali in Inghilterra, Scozia e aveva anche un passato psichiatrico. Gli erano stati offerti vari trattamenti ma non si era mai lasciato curare. I suoi veri genitori erano alcolizzati. Aveva frequentato una scuola speciale ed era stato in vari centri. Era stato anche 18 mesi in prigione all'età di 20 anni.
- Caso B. Una ragazza di 18 anni, bianca, era stata ricoverata tramite la polizia. Raccontò che il suo patrigno aveva abusato di lei e che sua madre era morta di cancro 4 mesi prima. Era stata vista in diverse cliniche, in cui si era presentata ogni volta con diverse generalità. Dopo essere stata scoperta e messa alle strette, ammise di provenire da un'altra città e che aveva un bimbo di tre anni. Era stata anche ricoverata in diversi ospedali psichiatrici. Non c'erano segni evidenti di abuso o alcool.
- Caso C. Una donna di 19 anni, di origini indiane, era stata ricoverata casualmente per lacerazioni ai polsi. Al momento del ricovero aveva detto che la nonna era morta due settimane prima e che in sogno la zia morta le aveva sussurrato all'orecchio di suicidarsi. Disse di essere stata violentata dal padre e che essendo rimasta incinta aveva dato il figlio in adozione. Fu ricoverata in svariati ospedali, sempre con sintomatologie inventate.
- Un uomo di 20 anni era stato ricoverato, su richiesta, per ansia e disperazione. La sera prima aveva telefonato alla polizia dicendo di aver commesso un furto e poi si era presentato con dolori allo stomaco. Ammise di essere stato in un ospedale psichiatrico un anno prima. Anche lui disoccupato, faceva uso di droghe o alcool.

Bretz e Richards⁴⁵⁴ riportano un altro caso:

Caso 1. Un uomo di 25 anni, si era presentato al pronto soccorso dicendo di avere un persistente mal di testa da 5 giorni. Gli fu fatta una prima visita e gli fu detto di aspettare. Sembrava molto inquieto. Dopo un po' fu chiamato ma non rispose in quanto si era addormentato sulla sedia. Gli fu trovata una certa quantità di marijuana in tasca. Il tecnico radiologo che fu chiamato per un suo intervento lo riconobbe: era un dipendente dell'ospedale vicino. Le fu subito riconosciuta la MS e dopo un consulto psichiatrico rivelò che il padre era un medico e sua madre un'infermiera. Quando fu messo a confronto con la sua realtà, ebbe una reazione di violenza.

Galonos, Perera ed altri⁴⁵⁵ riportano un caso di ricorrente infezione batterica a causa di tre 'Bacilli' in una paziente che non aveva fatto uso di droga per via endovenosa. Si ipotizzò che, la presenza di questi organismi, poteva essere stata l'iniezione di un siero contenente i Bacilli in quanto la paziente aveva ricevuto cure psichiatriche e un comportamento auto-distruttivo.

Caso. Una donna di 18 anni si era presentata presso l'ospedale, dove gli autori lavoravano, accusando un forte mal di testa retro-orbitale, una tosse e un dolore addominale scarsamente localizzato. Tre settimane prima la giovane donna era stata ricoverata per un episodio di meningite enterovirale. Non aveva febbre e da un primo esame non emerse nessun segno di meningite. L'esame cardio-respiratorio e quello addominale erano normali ma venne ricoverata per ulteriori accertamenti. Dopo 12 ore aveva la febbre a 39, tachicardia con 180 battiti al minuto e pressione bassa. I globuli bianchi risultavano elevati, i risultati degli

⁴⁵⁴Bretz SW, Richards JR, Munchausen syndrome presenting acutely in the emergency department, *The Journal of Emergency Medicine* 2002; 18: 417-419.

⁴⁵⁵Galonos J, Perera S, Sith H, O'Neal D, Sheorey H, Jo Waters M, Bacteremia due to three bacillus species in a case of Munchausen's syndrome, *Journal of Clinical Microbiology* 2003; 41: 2247-2248.

esami del fegato erano anormali. I raggi al torace erano normali ed una T.A.C. rivelava una piccola quantità di fluido libero nella zona pelvica. I medici si erano concentrati sulla zona addominale e avevano identificato tre tipi di Bacilli, identificati come: *Bacillus licheniformis*, *Bacillus pumilus* and *Paenibacillus polymyxa*. Una volta identificati fu intrapresa la terapia con antibiotici. Dopo la somministrazione le passarono la febbre e le varie infiammazioni. Tuttavia la paziente continuava a lamentare dolori epigastrici ma non c'erano segni di peritonite e una gastroscopia non rivelò anomalie. Dopo 15 giorni di ulteriore terapia con antibiotici la paziente aveva nuovamente la febbre, la pressione bassa, la tachicardia e i globuli bianchi elevati. Gli esami del sangue avevano rilevato ancora una volta il *Bacillus pumilus*. Dopo il secondo episodio si iniziavano ad avere sospetti che la paziente si fosse auto-provocata la malattia. Lei aveva negato fortemente mentre i suoi genitori riferirono di aver trovato a casa bende insanguinate e siringhe nella sua stanza. Non erano state trovate droghe e per motivi etici non è stato possibile fare una perquisizione nella sua stanza di ospedale senza il suo consenso. Il suo precedente psichiatra aveva rilevato episodi di autolesionismo e qualche episodio di auto-iniezione di terra. A 16 anni era stata per sei mesi in ospedale per Disordini alimentari e da qui era stata dimessa sotto la cura di un team psichiatrico. Le sostanze ritrovate nel suo organismo (i Bacilli) sono organismi presenti in materiali organici in decomposizione: polvere, terra, acqua sporca e questo dimostrerebbe che si era iniettata per due volte sostanze contenenti questi organismi.

Hadeed, Tramp e Mies⁴⁵⁶ riportano un caso in cui per creare referti fittizi, alcuni soggetti hanno trovato appropriato utilizzare dei registri elettronici.

⁴⁵⁶Hadeed V, Tramp DL, Mies C, Electronic cancer Munchausen syndrome, *Ann Intern Med* 1998; 129: 73.

Caso. Nel 1995 un uomo di 32 anni aveva chiesto una terapia sperimentale per un carcinoma, della vescica, in metastasi. Il paziente aveva dichiarato che il carcinoma non si era ridotto nonostante la radioterapia, la chemioterapia e la chemioterapia investigativa. Aveva portato copie delle sue cartelle cliniche relative a patologie diagnostiche e citologiche e diversi referti di radiologia. Il dipartimento di patologia non aveva registri del paziente; il numero di accesso sulla cartella corrispondeva a quello di altri pazienti e due referti erano risultati essere ricostruzioni di parti di referti di altri pazienti. Le diagnosi finali e le firme del medico erano state prese da questi referti. Le notizie cliniche e le firme erano state scannerizzate, ricomposte, stampate e copiate. Il paziente sosteneva che queste discordanze erano il frutto di un sistema medico disorganizzato e poiché non aveva un'assicurazione si era messo d'accordo con un impiegato per essere registrato con un altro nome ed un altro numero, non rivelando mai il nome di questa persona. Questo soggetto, come tutti i pazienti con la MS che dicono di avere il cancro nonostante si sottopongono a chirurgie, radiazioni e chemioterapia⁴⁵⁷, è stato refrattario al trattamento psichiatrico seguito da un follow-up.

La comunità medica dovrebbe essere consapevole della potenziale violazione della privacy che può avvenire tramite il computer⁴⁵⁸.

Barton e Williams⁴⁵⁹ riportano un caso di una variante ortopedica della MS. Caso. Il caso più eclatante è quello di una signora di 26 anni che aveva una storia di dislocazioni multiple di una spalla e di una precedente chirurgia su quella spalla, evidenziata da una cicatrice. Gli autori, in questo caso, furono responsabili della

⁴⁵⁷Fishkin AD, Johnson EA, Lee VT, Munchausen vs syndrome and cancer, J Surg Oncol 1994; 56: 136-138.

⁴⁵⁸Hadeed V, Tramp DL, Mies C, Electronic cancer Munchausen syndrome, p. 73.

⁴⁵⁹Barton CR, Williams RL, Orthopaedic variant of Munchausen's syndrome: shoulder instability, Injury 2003; 34: 471.

cicatrice credendo che fosse un caso di instabilità multidirezionale post-traumatico. Tuttavia, dopo un delicato intervento per il sollevamento della capsula, la sua spalla si slogò dopo appena due giorni. Nonostante un altro tentativo di riparare la capsula, la spalla si spostò nuovamente. Era stata trattata in altri ospedali vicini in cui si era presentata con lo stesso problema ed era stata trattata con la morfina per alleviare il dolore. Una volta che veniva a conoscenza che gli ospedali erano informati di questa situazione il tentativo successivo aveva sempre successo e non la si vedeva per un po' di tempo. La paziente era nota nei vari pronto soccorso della regione. Gli autori erano totalmente convinti che si trattasse della variante ortopedica della MS sebbene questa sia stata una singola descrizione.

4.2. Pazienti con coliche renali

Gordon, Gluckman e Stoller⁴⁶⁰ hanno identificato tra i loro pazienti dal 1988 al 1992 tre casi con la MS identificando delle caratteristiche cliniche importanti:

Caso1. Un uomo di 45 anni aveva cercato assistenza medica, al pronto soccorso del centro medico dell'università della California, lamentando un forte dolore alla parte sinistra del fianco. L'uomo aveva diverse cicatrici sull'addome, dovute alle numerose operazioni a cui si era sottoposto. Non aveva febbre e le analisi del sangue non presentavano anomalie ma era stata riscontrata la presenza inaspettata su ogni parte dell'intestino di materiale in contrasto. I medici avevano posto delle domande e il paziente aveva dichiarato che recentemente aveva fatto un incidente automobilistico nell'Ohio e aveva ingerito materiale in contrasto. Una cistoscopia(sondaggio della vescica) aveva rivelato tracce di sangue ed una infiammazione della parte posteriore. Il paziente non ricordava il nome del

⁴⁶⁰Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 347-349.

primario dell'ospedale e mettendosi in contatto con la clinica i suoi dati non potettero essere verificati perché inesistenti. L'esame psicologico aveva rivelato un uomo ipersensibile, con una condizione di forte stress e un dolore diffuso al fianco sinistro. Non era tornato a fare i dovuti esami dopo le dimissioni e tre settimane dopo si era presentato al pronto soccorso di un ospedale vicino.

Caso2. Una donna di 27 anni, infermiera anestesista, si era presentata al pronto soccorso per dolori alla parte destra del fianco. Le vennero poste le domande di routine e lei rispose di essere stata ricoverata in molti ospedali sia al nord che al sud della California.

Anche lei aveva delle cicatrici, ma gli esami non davano risultati negativi. Diceva di aver fatto degli esami che avevano rivelato una cisti alle ovaie, ma una visita ginecologica non rivelò nessuna causa del dolore pelvico da lei riportato. Uno dei medici che l'aveva visitata ricordava che tempo prima molte telefonate erano giunte all'ospedale da diverse parti della California così la richiesta di una consulenza psichiatrica aveva concluso che si trattava di un caso di MS.

Caso3. Un uomo di 27 anni era stato sottoposto a svariate visite di controllo per diversi anni. Il ricovero veniva sempre fatto perché lamentava forti dolori ai reni e febbre anche se tali sintomi non erano presenti al momento del ricovero. Questo paziente era stato trattato all'università della Virginia, all'università di Chicago, all'università della Columbia e in altri ospedali del New Jersey. La sua situazione aveva fatto pensare a un trapianto del rene per evitare il passaggio delle pietre all'uretra. Dopo alcune operazioni a cui era stato sottoposto, il paziente sentiva dei forti dolori che richiedevano forti dosi di narcotici. Si era sentito bene per tre mesi ma poi era stato riammesso in ospedale. Si cominciava a pensare che il soggetto potesse avere problemi di altra natura infatti si era scoperto della prematura scomparsa dei genitori e lui aveva ammesso successivamente di

posizionare da solo delle pietre nella sua uretra e aveva chiesto aiuto per la sua dipendenza da droghe.

La MS è anche conosciuta come “dipendenza da ospedale”⁴⁶¹.

Tra le malattie solitamente manifestate, le coliche renali sono quelle più frequentemente viste perché i sintomi associati al dolore quali il dolore al fianco e infezioni del sangue sono facilmente riproducibili⁴⁶².

Inizialmente i pazienti si presentano come persone tranquille, ma poi diventano aggressivi con l’equipe ospedaliera che potrebbe ostacolare il loro inganno e magari lasciano l’ospedale per poi ripresentarsene in un altro sotto falso nome⁴⁶³.

Comunque, alla luce dei dati relativi a questa malattia, i pazienti affetti dalla MS potrebbero maggiormente essere impugnati individualmente attraverso un approccio molto più articolato, che abbracci diverse discipline incluso il supporto psichiatrico⁴⁶⁴.

4.3. Pazienti con dolore oro-facciale

Stiles ed altri⁴⁶⁵, riportano un caso di una paziente con dolore oro-facciale:

Caso. Una donna bianca di 32 anni, presentava una storia di 10 anni di chirurgie facciali eseguite in diversi ospedali da svariati chirurghi. Dagli esami clinici, la paziente non presentava seri problemi cardiovascolari, polmonari, epatici, renali, gastrici, ematici ecc...Dopo l’intervento lo staff medico e uno psichiatra l’avevano seguita per nove giorni. Ogni sutura sembrava guarire

⁴⁶¹Gluckman G, Stoller M, Munchausen’s syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 350.

⁴⁶²ibid.

⁴⁶³Gluckman G, Stoller M, Munchausen’s syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 350.

⁴⁶⁴ibid.

⁴⁶⁵Stiles A et al., Munchausen syndrome presenting in a patient who has undergone temporomandibular joint surgery, Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology 2001; 91: 20-21.

normalmente. Entro 24 ore dalle dimissioni, però, aveva presentato una temperatura elevata e arrossamenti nella zona della ferita per cui era stata di nuovo visitata e riammessa in ospedale il giorno successivo. Nel momento in cui veniva medicata con gli antibiotici, lo staff ospedaliero notava che la paziente si toccava le ferite dicendo di non farlo con proposito. A questo punto lo staff ospedaliero aveva applicato una protezione alla ferita ma la paziente tentava ugualmente di farsi del male. Successivamente furono prese delle misure protettive adeguate e le ferite guarirono regolarmente. L'equipe si era confrontata con uno psichiatra che aveva rilevato la presenza di chiari sintomi di MS.

La donna, andata via dall'ospedale, si fece ricoverare in altre strutture ospedaliere facendosi operare ancora, senza parlare dei precedenti interventi chirurgici.

4.4. Pazienti con Depressione

Un numero considerevole di pazienti con la sindrome di Munchausen sembra soffrire di depressione⁴⁶⁶. Evans, Hsiao e Nemeroff⁴⁶⁷ riportano due casi di pazienti con la MS, con sintomi fisici che soddisfano il criterio del DSM-III di Depressione Maggiore. Sebbene molti pazienti con la MS risultano essere depressi, solo una parte ha ricevuto una diagnosi di Depressione Maggiore. Poiché i sintomi fisici e psichici della MS sono complessi, un accertamento clinico potrebbe fermarsi alla diagnosi di MS e la Depressione Maggiore potrebbe essere trascurata. Una diagnosi di Depressione Maggiore dovrebbe essere considerata nella valutazione di questi pazienti. Il test di soppressione del dexamethasone potrebbe migliorare l'accertamento clinico. Attraverso questo test viene misurato

⁴⁶⁶Evans DL, Hsiao JK, Nemeroff CB, Munchausen syndrome, depression and the dexamethasone suppression test, Am J Psychiatry 1984; 141: 570-572.

⁴⁶⁷ibid.

il cortisolo e le concentrazioni di cortisolo più alte di 5 mg/dl sono considerate essere di non-soppressione.

Entrambi i pazienti, di cui si parla, esibivano segni di non-soppressione di siero di cortisolo da dexamethasone.

Caso1. Un uomo di 31 anni, era stato ammesso al reparto di psichiatria per una valutazione del suo stato depressivo, causato dalla morte della moglie avvenuta un mese prima. Il paziente aveva espresso il desiderio di suicidarsi. La sua storia medica includeva il diabete con dipendenza da insulina e forti emicranie.

I risultati dell'esame fisico avevano riportato una leggera anemia, la presenza di Depressione Maggiore secondo i criteri del DSM-III e mostravano non-soppressione al cortisolo. Tutte le informazioni da lui fornite erano risultate false, ammettendo poi di aver girato per molti ospedali fingendo coliche renali. Era stata decisa la sua dimissione e una terapia anti-depressiva da tenere sotto controllo ma non si è mai presentato agli appuntamenti.

Caso2. Un uomo di 38 anni era stato ricoverato in ospedale con sintomi di embolo polmonare e profonda trombosi venale. Dopo che gli accertamenti clinici avevano riscontrato l'infondatezza di tali patologie il paziente aveva ammesso di essere stato in vari ospedali con una moltitudine di dolori fittizi e di aver iniziato un anno prima, dopo la morte, per leucemia della sua fidanzata.

Il paziente fu ammesso al reparto psichiatrico per una valutazione della sua Depressione: rispecchiava i criteri della DM⁴⁶⁸ secondo il DSM-III e aveva una non-soppressione del cortisolo. Per essere dimesso, aveva dichiarato di sentirsi meglio e di aver notato un miglioramento dell'umore.

⁴⁶⁸Depressione Maggiore

Fu contattato il padre che aveva confermato il suo peregrinare negli ospedali da almeno 10 anni. Non si ebbe la conferma della morte della fidanzata. Il paziente aveva insistito per essere dimesso e così una volta fuori non fu più possibile aiutarlo.

Entrambi i pazienti si erano presentati con sintomi fisici plausibili e avevano avuto ricoveri precedenti. Il loro scopo apparente era quello di assumere il ruolo di pazienti⁴⁶⁹, infatti mostravano i seguenti criteri:

- Presentazione drammatica di problemi medici
- Pseudologia fantastica
- Peregrinazione.

Entrambi i pazienti avevano preesistenti Disordini di Personalità: il primo con Disordini misti di Personalità e il secondo con Disordini di Personalità Antisociale. I sintomi dei pazienti con la MS possono nascondere dei disordini affettivi pertanto riconoscere il Disturbo Depressivo che ne è alla base aiuta a classificare il livello di intervento con la giusta terapia⁴⁷⁰.

4.5. Pazienti con problemi cardiaci

Shah, Forman e Friedman presentano un caso che dimostra le tragiche conseguenze che si possono avere quando i pazienti 'grazie alla loro vulnerabilità' si sottopongono a procedure invasive e ripetute⁴⁷¹.

⁴⁶⁹Evans DL, Hsiao JK, Nemeroff CB, Munchausen syndrome, depression and the dexamethasone suppression test, Am J Psychiatry 1984; 141: 570-572.

⁴⁷⁰Evans DL, Hsiao JK, Nemeroff CB, Munchausen syndrome, depression and the dexamethasone suppression test, Am J Psychiatry 1984; 141: 570-572.

⁴⁷¹Shah K, Forman M, Friedman H, Munchausen's syndrome and cardiac catheterization, Jama 1982; 248: 3008-3009.

Caso1. Un uomo di 40 anni si era presentato al pronto soccorso dell'ospedale di Brooklyn lamentando forti dolori allo sterno che si irradiavano al braccio sinistro. Aveva avuto altri problemi in un viaggio a Parigi e aveva subito anche l'amputazione di un braccio andato in cancrena. Suo padre, ancora vivo, aveva avuto diversi infarti del miocardio e aveva un fratello che era morto di infarto a 36 anni. Al primo esame, il paziente, non presentava particolari problemi e raccontava tutto con grande indifferenza. Aveva una tendenza generale all'eruzione follicolare e una dermatite eczemica su tutte e due le guance. Un ECG aveva mostrato una tachicardia ed una deviazione anomala dell'asse sinistro. Il braccio sinistro era stato amputato sotto il gomito. Dalle indagini emergeva che era stato ammesso in almeno altri 15 ospedali del Paese, era dipendente dalla cocaina e dalla morfina ed era stato arrestato anche per aver falsificato i documenti. Suo padre era un avvocato rispettato e suo fratello era morto tre anni prima; il paziente era stato lasciato dalla sua fidanzata.

Questo caso evidenzia le possibili tragiche conseguenze della MS ma evidenzia anche che il paziente, ha mentito ed è stato creduto, in tanti ospedali⁴⁷². Le cartelle precedenti e il fatto che non riceveva visite avrebbe dovuto sollevare subito dei sospetti⁴⁷³. Pertanto i medici dovrebbero essere messi in allerta prima di eseguire esami invasivi che, pur presentando un margine di rischio molto basso, se eseguiti spesso possono causare seri problemi⁴⁷⁴.

Altri casi di MS cardiaca sono stati esaminati dagli autori Menta e Khan: l'obiettivo è stato quello di esaminare i casi di sindrome di Munchausen cardiaca per studiarne le caratteristiche cliniche⁴⁷⁵. Attraverso ricerche sono stati riportati 58 casi di MS cardiaca. La maggior parte dei pazienti erano uomini e i maggiori

⁴⁷²Shah K, Forman M, Friedman H, Munchausen's syndrome and cardiac catheterization, *Jama* 1982; 248: 3008-3009.

⁴⁷³ibid.

⁴⁷⁴ibid.

⁴⁷⁵Menta NJ, Khan IA, Cardiac Munchausen syndrome, *Chest*, USA 2002; 122: 1649-1653.

sintomi erano dolore al torace e simulazione di sindrome coronaria. Tali pazienti passavano dal pronto soccorso al ricovero nel reparto di cardiologia. Le diagnosi di ammissione erano arresto cardiaco, aritmia e un acuto infarto del miocardio. Le procedure erano invasive e includevano l'angiografia coronaria, arteriografia periferica, ecc.

I sintomi tipici sono mancanza del respiro con simulazione di infarto del miocardio. Quando vengono confrontati con i loro sintomi, cambiano le loro lamentele e l'inconsistenza delle loro storie diventa apparente. Molti di loro, una volta che sono stati identificati, resistono a un'ulteriore valutazione del loro caso in particolare il consulto psichiatrico. È rilevante la reazione dello staff nello stabilire un rapporto di mutua fiducia che si presenta fondamentale nel trattamento.

La MS cardiaca è poco investigata e il danno agli organi è dovuto ad un trattamento aggressivo non necessario. Ci sono scarse informazioni sulla prognosi di questi pazienti, soprattutto a lungo termine. La MS cardiaca o 'cardiopathia fantastica'⁴⁷⁶ è caratterizzata da manifestazioni cliniche di disturbi cardiaci acuti che sono fasulli e ricorrenti. Molti pazienti si sono presentati con dolori al torace simulando una malattia di arteria polmonare ma sono state notate tachicardia, crisi ipertensive, e ECG anomalo⁴⁷⁷.

Questa condizione è sottovalutata: in alcuni pazienti la presenza di scoperte anormali che sono clinicamente insignificanti possono complicare l'approccio investigativo⁴⁷⁸.

⁴⁷⁶Park TA, Borsch MA, Dyer AR, Peiris AN, Cardiopathia fantastica: the cardiac variant of Munchausen syndrome, South Med J 2004; 97: 48-52, quiz 53.

⁴⁷⁷ibid.

⁴⁷⁸ibid.

I pazienti con questo disturbo spendono una gran quantità di dollari per la cura della salute ma di solito sono andati via con deficit rimanenti come complicazioni di procedure invasive⁴⁷⁹.

4.6. Pazienti con Fibrosi Cistica:

I pazienti con la MS di solito si presentano con sintomi che non hanno nessuna base organica e sono intenzionalmente simulati⁴⁸⁰. I soggetti affetti da questa sindrome si appoggiano a una reale malattia di cui conoscono tutti o quasi tutti i dettagli e iniziano a costruire il circolo vizioso del disturbo attorno a questa presunta malattia⁴⁸¹.

Highland e Flume presentano un caso di fibrosi cistica:

caso. Una donna di 25 anni si era presentata, alla clinica, riferendo di avere una fibrosi cistica che esigeva delle cure. Aveva riferito di aver avuto una diagnosi iniziale a 9 anni con sintomi di diarrea che avevano richiesto frequenti ricoveri. Aveva frequentato tre anni di medicina all'università e aveva avuto una relazione con un uomo che aveva la fibrosi cistica, il quale era morto prima di aver potuto ricevere un trapianto di polmoni. Da tutti gli esami fatti non si era riscontrata nessuna anomalia. Dopo che era stata messa a confronto con i risultati, lasciò l'ospedale e i medici non riuscirono più a rintracciarla.

Il sospetto di MS era iniziato di fronte alla sua dimestichezza con la terminologia medica. C'erano delle discrepanze nella storia da lei raccontata, che facevano pensare alla pseudologia fantastica. Inoltre spesso questi pazienti si fanno ricoverare in posti molto lontani e la paziente di cui si parla aveva percorso 150

⁴⁷⁹ibid.

⁴⁸⁰Highland K, Flume P, A story of woman with cystic fibrosis, Chest 2002; 121:1704-1707.

⁴⁸¹ibid.

miglia in autobus per essere ricoverata. Tra i suoi referti non c'erano registri relativi a centri di fibrosi cistica e questo sembrava strano. I pazienti con MS sono spesso dipendenti da droghe e la paziente prendeva narcotici e benzodiazepine. Era molto gentile con il personale e riceveva poche visite. Accettava procedure invasive, era disoccupata ed era stata in vari ospedali. Sfortunatamente gli autori non sapevano nulla della storia dei genitori della loro paziente né della sua infanzia. Forse la diagnosi di fibrosi cistica era stata fatta quando era piccola per sintomi di reazione al mal di aereo o diarrea. Gli autori erano solo consapevoli che la conoscenza della malattia era stata approfondita dalla relazione con un uomo con fibrosi cistica.

È alquanto inusuale che la MS si presenti con la fibrosi cistica⁴⁸². Non solo la patologia è molto complicata ma in genere non si è molto informati su di essa⁴⁸³. Secondo questi autori l'incidenza della malattia è soprattutto nella tarda adolescenza ed è spesso la continuazione di quella per procura⁴⁸⁴. Non vi è una cura efficace, infatti la psicoterapia e la modificazione del comportamento non sempre hanno avuto risultati trionfanti⁴⁸⁵.

Le manifestazioni polmonari della MS non sono molto comuni e di solito includono una percentuale di finte patologie: il sanguinamento della bocca provocato dalla volontaria lacerazione della parte posteriore della lingua, infiltrazioni polmonari provocate da inalazione di talco, enfisema subcutaneo provocato da un'iniezione di una certa quantità di aria sul viso e sul collo. Questi pazienti hanno un perfetto insight del plagio e con ciò precludono la rilevanza di trovare una motivazione riconoscibile. La diagnosi in questo caso è stata confermata dalla scoperta che il referto del laboratorio era stato alterato.

⁴⁸²Highland K, Flume P, A story of woman with cystic fibrosis, Chest 2002; 121:1704-1707.

⁴⁸³ibid.

⁴⁸⁴ibid.

⁴⁸⁵ibid.

Introdursi nel laboratorio e falsificare i dati(cioè alterare e manipolare i risultati) è un modo molto popolare per queste persone che iniziano così a perpetuare il circolo vizioso della MS⁴⁸⁶.

Ford e Feldman⁴⁸⁷ presentano un caso:

Caso. Un'infermiera di 31 anni richiedeva un'ospedalizzazione per sintomi persuasivi, quali mal di testa e febbre. Si lamentava con il personale poiché aveva trascorso 8 giorni in un altro ospedale con gli stessi sintomi e che i dottori non erano riusciti a diagnosticare la sua malattia. Si sentiva al centro dell'attenzione mentre raccontava in merito ai maltrattamenti subiti nell'altro ospedale ma quando veniva interrogata sui dettagli circa la sua storia medica e personale non ne voleva parlare. Mentre aspettava che i test di routine venissero compiuti, si scusava con le signore che stavano nella stanza con lei. Più tardi venne trovata morta dalle infermiere. Intorno al suo corpo c'erano varie medicine: antibiotici, lassativi, alcool e blocchi di iodio, un pacco di fermento di lievito di birra, una sostanza biancastra ed una bustina di carta che conteneva una polvere di colore chiaro. Dall'analisi chimica si scoprì che la siringa e la borsa contenevano farina di granturco. L'autopsia rivelò che la paziente si stava iniettando fermento e farina di granturco nelle vene, sostanze queste che avevano formato dei grumi nel polmone provocandole la morte. Successivamente si venne a conoscenza che era stata ricoverata in ospedale 11 volte in tre anni e in vari Stati.

Ogni volta si era presentata accusando dolori che riconducevano alla presenza di sangue nell'urina. In altri ospedali era stata scoperta e messa a confronto con il suo artificio, le era stato consigliato di rivolgersi a uno psichiatra ma lei si era dileguata andando in un altro ospedale dove poi è stata trovata morta. La sua

⁴⁸⁶Wallach J, Laboratory diagnosis of factitious disorders, Arch Intern Med 1994; 154: 1690-1696.

⁴⁸⁷Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: inside the strange world of factitious disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 20-22.

storia personale era oscurata da un'infanzia triste passata in un orfanotrofio e da un'adolescenza segnata da un divorzio. Solo dopo la sua morte era emersa la diagnosi di MS che era il risultato di un grande desiderio di cure, affetto e amore. Nell'aver creato questi sintomi iniettandosi il fermento nelle vene probabilmente non aveva idea di quello che sarebbe accaduto. Sebbene il suo certificato di morte affermava che era deceduta per un 'acuto fallimento respiratorio', in realtà lei era morta per Disordine Fittizio.

4.7. Pazienti con problemi sanguigni:

Tutti i pazienti fittizi che fingono disordini sanguigni attraverso auto-sanguinazioni o altro, sono parte del professionale medico, molti di loro sono donne e di solito infermiere⁴⁸⁸. Questi pazienti usano i mezzi che hanno a disposizione per produrre i loro sintomi mettendo sangue infetto nelle urine, iniettandosi degli anticoagulanti o ingoiando sostanze come il veleno di ratto che contiene anticoagulanti⁴⁸⁹. Ciò provoca una facile emorragia, sangue che non coagula bene e altri sintomi che fanno pensare a una leucemia o altre malattie gravi⁴⁹⁰.

Caso. Una tecnico di laboratorio(30 anni) si lamentava di forti emorragie mestruali, i dottori avevano trovato solo un'ovaia dilatata che non spiegava il sostanziale problema emorragico da lei riportato. Un mese più tardi era stata ricoverata per debolezza e svenimento e senza nessun segno di emorragie vaginali. Attraverso un esame chirurgico i dottori avevano notato la rottura di una cisti ovarica e questa scoperta spiegava l'emorragia. I dottori le diagnosticarono un'anemia secondaria, con deficienza di ferro e una perdita di sangue dalle ovaie

⁴⁸⁸Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: inside the strange world of factitious disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 34-35.

⁴⁸⁹ibid.

⁴⁹⁰ibid.

per cui eseguirono trasfusioni di sangue e ferro. Dopo un po' di tempo, dalla dimissione, la paziente si lamentava di avere nausea e vomito così venne ricoverata di nuovo ma con altri sintomi che includevano dolori muscolari, gola dolente, dolori allo stomaco, tosse, emorragie nasali e una pericolosissima mancanza di sangue. Ogni test risultava negativo e i dottori non riuscivano a capire da dove perdesse sangue. Aveva avuto una storia di reazioni allergiche alle trasfusioni ma nonostante questo aveva ricevuto una terapia a base di ferro e quattro unità di sangue intero. Nonostante questo il suo sangue era diminuito di nuovo e quindi fu nuovamente ricoverata. In ospedale, la quantità di sangue aumentava gradualmente, senza nessuna terapia. Quando i dottori le comunicarono la buona notizia, invece di essere contenta insistette sulla possibilità che sarebbe accaduto di nuovo e perciò volle rimanere in ospedale. I dottori si sentirono in difficoltà infatti c'era solo un'altra possibilità: 'lei stessa prelevava il suo sangue.'

Lo staff trovò nella sua stanza siringhe, tubi per trasfusioni e una copia periodica delle trasfusioni. Sotto consiglio di uno psichiatra, i dottori la posero a confronto e lei confermò di essersi tolta il sangue da sola ed era d'accordo a sottoporsi alla psicoterapia. La donna aveva una profonda Depressione che scaturiva da una traumatica esperienza personale e provava avversione nei confronti delle professioni mediche. Il suo disagio probabilmente era una via per confondere i dottori facendoli sentire degli incapaci ma nel comportarsi così si era causata una vera malattia. Il suo fidanzato in seguito ad un incidente automobilistico era morto, dopo tre mesi di ricovero. Durante questi tre mesi si era rifiutato di vederla e i medici erano stati d'accordo così lei lo avrebbe ricordato solo com'era prima della sua morte. Chew, Pace e Honey⁴⁹¹ riportano due casi di infermiere che

⁴⁹¹Chew B, Pace K, Honey J, Munchausen syndrome presenting as gross hematuria in two women, *Urology* 2002; 59: 601-603.

si erano presentate con ricorrenti infezioni delle vie urinarie, dolori al fianco e una forte ematuria.

Caso1. Il primo caso riguarda una donna di 29 anni, con sintomi di ematuria, che aveva finito gli studi da infermiera ed era sposata con due bambini. Un anno prima del ricovero in ospedale si era già presentata in altre quattro diverse strutture ospedaliere. La sua ricorrente ematuria le faceva abbassare l'emoglobina per cui aveva bisogno di fare trasfusioni. Durante il ricovero aveva avuto la febbre e infezioni delle vie urinarie e trascorreva molto tempo nel bagno. Era stata sottoposta a molti esami, quali una urografia intravenosa, una T.A.C., una cistoscopia, una angiografia renale dai quali non risultavano anomalie. I medici sospettarono senza confermare la possibile presenza della MS.

La paziente negò di avere la MS ma accettò un consulto psichiatrico e nonostante il test dell'Amytal sodico, come siero della verità, continuò a negare le sue autoinflizioni. Mentre lei era fuori dalla stanza lo staff trovò sotto il suo materasso un laccio emostatico, una siringa per catetere ed un catetere urinario. Durante i 18 mesi si era flebotomizzata con canule intravenose e si era iniettata sangue nella vescica; aveva ricevuto più di 100 U di globuli rossi.

Si trasferì al suo paese sotto le cure del suo medico.

Caso. 2. Il secondo caso è la storia di un infermiera di 48 anni che per 18 anni aveva avuto ematurie che richiedevano trasfusioni. Aveva avuto diverse infezioni urinarie ed episodi di setticemia. Dopo numerosi esami nessuna anomalia era stata rilevata e intanto la sua ematuria era aumentata e questo aveva richiesto altre trasfusioni. Gli ulteriori accertamenti clinici avevano dato risultati normali. La paziente intanto si lamentava di nuovo e gli esami di laboratorio confermavano infezioni urinarie e una Candida endocarditis che aveva richiesto la rimozione della linea di Hickman. Una cistoscopia inoltre aveva rilevato tracce di sangue

nelle urine anche se non era presente nessuna anomalia. Aveva negato tutto, anche se lo staff le aveva trovato due cateteri e delle siringhe usate per la flebotomia. Quest'atteggiamento aveva confermato la presenza della MS.

4.8. Pazienti con febbre di origine sconosciuta:

Quando determinati pazienti hanno la febbre e altri sintomi per più di due settimane e tutti i test risultano negativi, vengono diagnosticati con 'febbre di origine sconosciuta'(FUO) e devono permanere sotto osservazione⁴⁹². La 'FUO' potrebbe comprendere almeno 4 malattie ereditarie tra le quali la più diffusa è la febbre mediterranea che comprende tra i sintomi anche l'artrite⁴⁹³. La febbre è uno dei modi più conosciuti fra tutti i sintomi fittizi perché è facile da fingere e perché potrebbe essere annunciatrice di una grave malattia, come la malaria⁴⁹⁴. La febbre di solito viene accoppiata ad altri sintomi scelti attentamente per suscitare attenzione e mettere i medici in condizione di fare delle ricerche meticolose⁴⁹⁵. I pazienti fittizi che cercano assistenza per la 'FUO' sono giovani donne che si possono raggruppare in due gruppi⁴⁹⁶:

1. pazienti che manipolano i termometri e hanno avuto una malattia febbrile nel passato.
2. pazienti lievemente più vecchi che di solito hanno seri problemi psichiatrici e fingono una malattia per avere cure dai caregivers.

⁴⁹²Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: inside the strange world of factitious disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994; p. 75.

⁴⁹³ibid.

⁴⁹⁴ibid.

⁴⁹⁵Ford CV, Feldman MD, op. cit., p. 75-77.

⁴⁹⁶ibid.

I ricercatori avvertono che ogni qualvolta esiste iper-termia i Disturbi Fittizi sono una delle possibili diagnosi⁴⁹⁷. Le falsi febbri degli adolescenti sono una richiesta di aiuto: un paziente di 14 anni riportava temperature di 108, 115, 135, 150 e 156 gradi fahrenheit⁴⁹⁸.

4.9. Munchausen-AIDS:

Alcuni soggetti inventano la loro storia attorno ad una determinata malattia della quale conoscono tutti i dettagli e tutti i possibili sviluppi perché alcuni di loro fanno parte di uno staff ospedaliero e sono ben informati. Alcune persone preferiscono presentarsi in ospedale con un caso estremamente grave, come una malattia con possibile sviluppo terminale che urge attenzione immediata senza dare il tempo per riflettere sulla veridicità del caso che hanno di fronte. Un esempio può essere quello di presentarsi con sintomi che richiamano il virus da HIV o con l'AIDS(sindrome da immunodeficienza acquisita) conclamato⁴⁹⁹; l'HIV è il termine attualmente utilizzato a livello internazionale per indicare il virus responsabile dell'AIDS e sindromi correlate e l'AIDS è una situazione clinica definita dalla presenza, in un soggetto HIV positivo, di infezioni da opportunisti⁵⁰⁰ o di sarcoma di Kaposi⁵⁰¹. È sempre evidente un difetto immunologico e di solito sono presenti i seguenti sintomi⁵⁰²:

⁴⁹⁷Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: inside the strange world of factitious disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994, p. 75-77.

⁴⁹⁸ibid.

⁴⁹⁹Asher R, Munchausen's Syndrome, Lancet 1951; 1: 339-41.

⁵⁰⁰microrganismi in grado di produrre infezioni nell'uomo soltanto "approfittando" di situazioni di carenzaimmunitaria. La pneumocystis carinii è un microrganismo opportunisto tra quelli più comunemente in causa nelle infezioni in soggetti immunodepressi. La comparsa di Pcp, ossia polmonite da pneumocystis carinii, in un paziente da HIV positivo porta quindi a classificare il caso come AIDS conclamata. In: Simonelli C e Solano L, Psicologia e AIDS, problematiche emotive del malato di AIDS e sindromi correlate, Carocci editore, 1999; p. 25-38.

- Febbre persistente
- Diarrea cronica
- Astenia ingravescente
- Sudorazioni profuse
- Malessere generale
- Apprezzabile perdita di peso
- Quasi costante difetto immunologico più o meno grave
- Può essere comune una linfadenopatia(aumento di volume in due o più stazioni linfonodali in un soggetto hiv positivo).

Caso. Il seguente caso è ripreso dal Lancet⁵⁰³ e riguarda una giovane donna di 21 anni che aveva chiamato un medico dicendo che si era appena trasferita e che non era registrata presso un dottore. Diceva di avere l'AIDS e un terribile mal di testa con un dolore al collo e una fotofobia. Il dottore la trovò a letto in una stanza buia. Gli raccontò di aver contratto l'AIDS 4 anni prima, dopo essere stata violentata da un tossicodipendente. Dichiarava di essersi ammalata un anno prima di polmonite da pneumocystis carinii e di aver contratto tre infezioni con la pneumocystis, un'infezione da citomegalovirus retinite, un embolo polmonare ed un'infezione uterina per la quale continuava a prendere antibiotici. Aveva una buona conoscenza della malattia e del trattamento che riceveva e ne parlava con molta sicurezza. Era ben nutrita e non sembrava malata, non aveva la febbre, non

⁵⁰¹tumore cutaneo estremamente raro, frequente in situazioni di carenza immunitaria, la cui comparsa in un paziente HIV positivo, porta a classificare un caso come AIDS conclamata. In: Simonelli C e Solano L, Psicologia e AIDS, problematiche emotive del malato di AIDS e sindromi correlate, Carocci editore, 1999; p. 25-38.

⁵⁰²Simonelli C, Solano L, Psicologia e AIDS, problematiche emotive del malato di AIDS e sindromi correlate, Carocci editore, 1999; p. 25-38.

⁵⁰³Asher R, Munchausen's Syndrome, Lancet 1951; 1: 339-41.

aveva retinite ma era apparentemente fotofobica. Aveva rifiutato di essere ricoverata nell'ospedale dove era stata precedentemente in quanto non si era trovata bene. Non le era stato eseguito il test HIV né la puntura lombare e 48 ore dopo il ricovero si era dimessa senza spiegazioni. Indagini successive avevano rivelato che la paziente era stata ricoverata in altri tre ospedali londinesi ed in altri ad Amsterdam. Era stata più volte in contatto con organizzazioni di volontari per l'AIDS. Dall'esame anti-aids risultò negativa, pertanto il suo era solo un modo per avere comprensione. Ci sono altri casi di persone che sostengono di avere l'AIDS ma non moltissimi con la MS. La classica descrizione della MS fatta da Asher descrive un paziente ammesso in ospedale con un apparente disturbo acuto, supportato da una plausibile e drammatica storia, di solito ricca di menzogne. Il soggetto fa di tutto per ricevere attenzione attraverso l'inganno, cercando di sbalordire il personale medico di un gran numero di ospedali; inoltre quasi sempre non sopporta i consigli e scarica la sua rabbia con un atteggiamento litigioso verso medici e infermiere, a volte addirittura esponendo querela nei loro confronti.

4.10. La sindrome di Munchausen e la sindrome di Zollinger Ellison

I soggetti con la MS presentano la loro storia in base alla malattia che meglio conoscono o a quella che preferiscono. Alcuni pazienti si sono presentati con la sindrome di ZES⁵⁰⁴, caratterizzata⁵⁰⁵ dallo sviluppo di un tumore(il gastrinoma) o tumori in cui c'è la secrezione eccessiva di gastrina, un ormone che stimola la produzione di acido nello stomaco. Molti individui che ne sono affetti sviluppano una gastrite multipla che può essere maligna. In molti casi questi tumori si sviluppano all'interno del pancreas o nel duodeno. A causa dell'ipersecrezione di

⁵⁰⁴Sindrome di Zollinger-Ellison.

⁵⁰⁵Daly MJ, Carrol NJ, Forret EA, Gillon KR, Munchausen zollinger. Ellison syndrome, The Lancet, 1989; 15: 853.

acido gastrico gli individui con la ZES possono sviluppare ulcere nello stomaco, nel duodeno e nelle altre regioni dell'apparato digerente. I sintomi associati includono:

- Dolori addominali acuti
- Diarrea
- Accumuli di grasso nelle feci
- Alte anormalità.

Anche se una percentuale (25%) sembra svilupparsi per ragioni genetiche (neoplasia endocrina multipla) la ZES sembra svilupparsi per ragioni ancora sconosciute.

Daly, Carrol, Forret, Gillon⁵⁰⁶, si sono trovati di fronte ad un caso di MS in cui un paziente in Inghilterra si è presentato in dieci ospedali nell'arco di 16 mesi. Sosteneva di avere la sindrome di Zollinger-Ellison (ZES) della quale aveva una conoscenza approfondita e faceva richiesta di essere curato con l'omeprazolo. L'omeprazolo è un farmaco investigazionale in Inghilterra e i pazienti trattati con esso per la sindrome di ZES sono annotati sul registro principale. Senza questo registro non si sarebbe potuto identificare il caso. Con le 14 presentazioni nei vari ospedali tra maggio 1987 e settembre 1988 è stato elaborato un quadro abbastanza complesso.

Caso. Un uomo bianco con una croce tatuata sulla sua mano destra, parlava con accento inglese, diceva di avere 33 anni e si presentava sempre con nomi diversi. Il paziente accusava sempre dolori addominali, diarrea ed ematemesi. Aveva una storia medica iniziata a 6 anni di età con dolori addominali e diarrea. Aveva delle ulcere che le erano state diagnosticate all'età di 13 anni, in un ospedale di Manchester e aveva raccontato che un medico militare gli aveva anche

⁵⁰⁶Daly MJ, Carrol NJ, Forret EA, Gillon KR, Munchausen zollinger. Ellison syndrome, The Lancet, 1989; 15: 853.

diagnosticato la ZES nel 1984. Sosteneva di curarsi con 300 mg di(ranitidine) ogni 4 ore, 1 gr di(sucralfate) ogni 6 ore. Il paziente aveva indicato diversi ospedali dove era stato ricoverato e tra questi, quello di Withington, dove, però, non appariva nessuna cartella clinica che lo riguardasse e la “clinica Zollinger” della Germania, dove sosteneva di essere stato, non esisteva. Mentre questi dati venivano confrontati con quelli del registro principale i medici lo provocavano sul fatto che nessuno dei medici in Germania lo conosceva. Si dimise dopo una notte in ospedale, dicendo che gli “ospedali normali” non comprendevano il suo dilemma medico. Era stato notato che il paziente era un manipolatore cosciente. Quando venivano menzionati argomenti di famiglia e sociali le risposte sembravano calcolate per suscitare simpatia e compassione, raccontò che aveva recentemente divorziato o di situazioni in cui la sua ragazza era stata uccisa in un incidente. Dove si trova adesso? Ultimamente un uomo si avvicinò alla farmacia del General Hospital di New Castle chiedendo un trattamento per la ZES. Era un uomo d'affari tedesco che diceva di aver perso la sua valigia con l'omeprazolo.

Disse di essere un testimone di Geova e probabilmente la scelta della religione spiegava il perché avesse una sola cicatrice sull'addome e non numerose come è presentato nelle caratteristiche della descrizione di Asher sul “tipo addominale”⁵⁰⁷.

Gli autori⁵⁰⁸ non hanno trovato altri casi di pazienti con la MS che sostenevano di avere la ZES, tuttavia questo caso può essere inserito nel gruppo del “tipo addominale” della descrizione della sindrome presentata da Asher.

⁵⁰⁷Asher R, Munchausen's syndrome, Lancet, 1951; 1: 339-341.

⁵⁰⁸Daly MJ, Carrol NJ, Forret EA, Gillon KR, Munchausen zollinger. Ellison syndrome, The Lancet, 1989; 15: 853.

Appendice

Sindrome di Munchausen per Procura

- **Definizione**

La Sindrome di Munchausen per Procura, originariamente descritta da Meadow⁵⁰⁹ nel 1977, è una variante, controversa dei Disordini Fittizi. Riguarda quelle persone che organizzano sintomi, segni fisici e psichici in un'altra persona, di solito un bambino⁵¹⁰. Da quando il Dr. Meadow l'ha descritta, centinaia di casi sono stati dettagliatamente esaminati nella letteratura medica e l'identificazione della MBP è aumentata, così come l'azione verso la sindrome⁵¹¹. La forma 'by Proxy' si distingue dalla sindrome di Munchausen (MS) tipica dell'adulto, in cui, appunto soggetti adulti producono e/o simulano intenzionalmente segni o sintomi fisici sulla propria persona.

La MBP⁵¹² fa parte del vasto capitolo degli abusi verso l'infanzia ed essendo un Disturbo difficile da individuare, date le sue peculiarità, se ne rende difficile la sua collocazione in una categoria diagnostica e in una nosografia precisa. L'abuso, in senso lato, connota la sindrome e tutta la storia clinica dei singoli casi. Si approfitta ripetutamente di un bambino e sono in qualche modo vittime dell'abuso anche il medico, gli specialisti, lo staff ospedaliero, i quali possono diventare, a loro volta, abusatori per procura⁵¹³. Tipicamente la vittima è un bambino piccolo la cui responsabile

⁵⁰⁹Meadow R, Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse, Lancet 1977; 2: 343-45.

⁵¹⁰Turner J, Reid S, Munchausen's syndrome, Lancet 2002; 359: 346-349.

⁵¹¹ibid.

⁵¹²Sindrome di Munchausen per Procura

⁵¹³Semprini R, Martellani A, La sindrome di Munchausen by proxy: come uscire dall'inganno, Quaderni acp, 2003; 10: 2.

è la madre⁵¹⁴. La motivazione di tale comportamento viene ritenuta essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato⁵¹⁵. Sono assenti incentivi esterni per questo comportamento come ad esempio vantaggi economici e il comportamento non risulta meglio attribuibile a qualche altro Disturbo Mentale⁵¹⁶. Non esiste un corpus di ricerca consolidato, mancano tecniche adeguate e riconosciute per l'identificazione dei casi, strumenti per l'identificazione dei bambini a rischio, indicatori che mostrino il rapporto tra malattia del bambino ed eventi di vita familiare e studi di follow-up a lungo termine. Scarsi sono gli studi di incidenza e prevalenza della malattia anche in Italia. Le prime pubblicazioni risalgono agli anni Settanta. Gli studi e le ricerche sull'argomento provengono soprattutto da 5 Paesi: Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna, Nuova Zelanda e Australia.

Tra le ricerche più importanti abbiamo quella condotta negli anni Ottanta, nel Colorado, dall'equipe di Rosenberg⁵¹⁷: su un campione di 117 bambini di un'età media di 40 mesi, per metà maschi e metà femmine. Dalla ricerca risulta che oltre l'80% dei casi di produzione di malattia avvengono in ospedale, mentre il bambino è ricoverato e questo dato fa riflettere circa la sicurezza dell'ospedale per i bambini vittime di MBP. L'indagine riporta una mortalità, del 9% di bambini di età inferiore ai 3 anni, causata dalla madre, per soffocamento e avvelenamento da sale o altri veleni in genere, una percentuale del 90% riguarda la madre biologica e del 2% la madre

⁵¹⁴American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 828.

⁵¹⁵ibid.

⁵¹⁶American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 828.

⁵¹⁷Rosenberg D, Web of Deceit: a literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse & Neglect 1987; 11: 547.

adottiva. Altre indagini⁵¹⁸ confermano la colpevolezza della madre nel 90% dei casi, del padre nel 5% dei casi e di un'altra figura femminile(infermiera o baby-sitter) nel 5% dei casi; il 10% di queste donne presentano esse stesse la Sindrome di Munchausen(MS).

La gamma dell'inganno⁵¹⁹:

1. *Il segno distintivo della MBP è la contraffazione di una patologia medica con frequenza.*

Per contraffazione si intende falsificare in qualche modo una patologia. La frequenza può essere breve(da giorni a settimane) o lunga(da mesi ad anni).

Nel senso comune il confine tra il genitore inadeguato e l'autore della MBP è netto, ma, nella pratica clinica i limiti tra medical shopping(eccesso di cure) e MBP sono labili complicandone la loro gestione da parte del personale sanitario⁵²⁰.

2. *La malattia prodotta può essere simulata o auto-prodotta, o entrambe.*

Alcuni bimbi sono vittime di madri che simulano soltanto la patologia, fingendo o mentendo senza fare niente al figlio. Altri bambini sono vittime di madri che causano la patologia danneggiando effettivamente il figlio.

3. *Gli autori dell'MBP non rientrano necessariamente in una tipologia.*

A volte i simulatori diventano autori; se una madre ha soltanto simulato per un periodo la patologia, non significa che non sia capace di rifarlo di nuovo; la stessa Simulazione richiede un grado notevole di psicopatologia, anche se nascosta e non precisata⁵²¹.

⁵¹⁸Meadow R, Munchausen Syndrome by Proxy: the hinterland of child abuse. Lancet 1997; 2: 343-345.

⁵¹⁹Levin AL, Sheridan M, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 17-24.

⁵²⁰Serra C, Proposte di Criminologia applicata, Giuffrè Editore, 2000, p. 225.

⁵²¹Rosenberg D, Dalla menzogna all'omicidio. Lo spettro della sindrome di Munchausen per Procura, in: La sindrome di Munchausen per Procura, Centro Scientifico Editore, Milano 1996.

4. *La varietà di mezzi con cui le madri possono simulare o produrre la patologia è veramente incredibile.*

La MBP può presentarsi con problemi appartenenti a un'enorme gamma: cardiovascolari, respiratori, neurologici, dermatologici, ematologici, neoplastici, allergici, immunologici, infettivi, gastrointestinali, endocrinali, renali, riproduttivi, metabolici, muscolari, psichiatrici o comportamentali. I problemi possono insorgere in qualsiasi momento durante l'infanzia, compreso il periodo perinatale. Le vittime possono essere non solo neonati, bambini molto piccoli, ma anche bambini in età scolastica e adolescenti. Le più comuni condizioni indotte e simulate si manifestano con vomito o diarrea, arresto respiratorio, asma, disfunzione del sistema nervoso centrale(per es., convulsioni, mancanza di coordinazione, perdita di coscienza), febbre, infezione, emorragia, cianosi(colorito violaceo assunto dalla cute e dalle mucose in caso di insufficiente ossigenazione o rallentamento del circolo venoso), compromissione del processo di crescita, ipoglicemia, alterazioni degli elettroliti ed esantemi(eruzione cutanea sulla pelle come espressione di reazioni allergiche o di stati di intossicazione)⁵²². La simulazione di disturbi mentali nella vittima è riportata meno frequentemente⁵²³. Il tipo della gravità dei segni e dei sintomi sono condizionati solo dal grado di conoscenze mediche e dalle opportunità del perpetratore. I casi sono spesso caratterizzati da un decorso clinico atipico e da reperti di laboratorio incongruenti

⁵²²American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 828.

⁵²³ibid.

che risultano in disaccordo con lo stato di salute apparente della vittima⁵²⁴.

La MBP può comprendere la deliberata omissione di medicine o cure per un bambino che è veramente malato.

In questo caso, la MBP può essere perpetrata non attraverso la contraffazione di una patologia, ma attraverso la finta osservanza di un trattamento con lo scopo di peggiorare le condizioni di una malattia di solito cronica come asma o allergie. Come si fa a riconoscere un'omissione deliberata, atta a peggiorare i problemi del bambino, da una situazione di negligenza medica? Se c'è la prova della premeditazione nell'omissione allora è MBP. Per differenziare la MBP dalla mancata somministrazione di cure mediche, occorre cercare di capire l'intenzione della madre anche se può risultare molto difficile stabilire la sua motivazione. Qualunque possa essere la ragione, il bambino che non riceve cure mediche vitali deve essere protetto.

5. La MBP e la malattia reale possono avvenire insieme.

In alcuni casi, il bambino ha veramente una patologia clinica acuta, che dovrebbe scomparire con le cure, ma che inesplicabilmente continua con sintomi congrui e incongrui. Ad esempio, un bambino con una normale appendicite, apparentemente curata con un'operazione, sviluppa uno stato cronico di vomito(indotto). Le vittime della MBP non sono immuni da altre malattie tipiche dell'infanzia.

6. La MBP può manifestarsi attraverso anomalie comportamentali, di sviluppo o psichiatriche.

Ci sono relazioni su bambini vittime della MBP che presentano problemi psichiatrici⁵²⁵. Sicuramente se una madre è intenta a contraffare la malattia potrebbe mentire sui sintomi psichiatrici o produrli con varie droghe, o, addirittura fare nel tempo, un lavaggio del cervello al figlio facendogli credere di essere malato. È probabile che questo processo possa esso stesso creare un disturbo reale psichiatrico nell'infanzia o più avanti nel tempo⁵²⁶.

⁵²⁴ibid.

⁵²⁵Fisher GC, Mitchell I, Murdoch D, Munchausen syndrome by proxy, The question of psychiatric illness in a child, Br J Psychiatr 1993; 162: 701-703.

⁵²⁶Rosenberg D, Dalla menzogna all'omicidio. Lo spettro della sindrome di Munchausen per Procura, in: La sindrome di Munchausen per Procura, Centro Scientifico Editore, Milano 1996.

7. *La MBP può presentarsi come falsa denuncia di abuso.*

Varie relazioni dicono che la MBP può presentarsi con false denunce di violenza sessuale o fisica⁵²⁷. A parte il contesto della MBP ci sono altre situazioni, come le lotte per la custodia o la vendetta, per cui un genitore fa una falsa accusa di maltrattamento sessuale o di altro tipo sul figlio. Una madre che viene picchiata può accusare il marito di abuso sul figlio, perché spera in questo modo di rafforzare la sua richiesta di un ordine restrittivo. Certamente si devono distinguere queste situazioni dalla MBP.

8. *I bambini che concordano di avere tutti i sintomi denunciati falsamente dalle madri, siano essi fisici o psicologici, non devono essere considerati dei bugiardi.*

Questo è il risultato di una immissione cronica di false informazioni nella mente del bambino. I bambini di solito credono a ciò che viene detto loro dagli adulti che li accudiscono⁵²⁸. È il modo in cui imparano. Non dobbiamo aspettarci che un bambino vittima della MBP sia in grado di distinguere la realtà dalla finzione più di un bambino non maltrattato.

9. *La MBP deve essere distinta da altri disturbi che rivelano l'ansia del genitore.*

Non sempre l'ansia del genitore è MBP. Nella maggior parte dei casi, infatti, l'ansia dei genitori deriva dal reale, cattivo stato di salute del figlio. Una diagnosi differenziale è una lista di possibili spiegazioni mediche. L'ansia del genitore deve portare a una diagnosi differenziale da parte del pediatra che dovrà tenere ampiamente conto delle possibilità di una malattia vera, patologia psicogena del bambino, ansia del genitore, finzione, Sindrome del bambino

⁵²⁷Meadow R, False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy, Arch Dis Child 1993; 68: 444-447.

⁵²⁸Rosenberg D, Dalla menzogna all'omicidio. Lo spettro della sindrome di Munchausen per Procura, in: La sindrome di Munchausen per Procura, Centro Scientifico Editore, Milano 1996.

vulnerabile, sopravvalutazione di un sintomo, esagerazione estrema del male e MBP. L'esagerazione estrema della malattia è diversa dalla sopravvalutazione del sintomo in quanto implica la contraffazione⁵²⁹.

10. Le caratteristiche visibili di chi perpetra questo abuso coprono una vasta gamma.

Classicamente si pensa a colui che perpetra questo abuso, come a una persona piuttosto raffinata, di cui si parla bene, con una situazione economica normale, forse appartenente a una famiglia di medici o infermiere. Ma non è sempre così. Alcune madri che commettono la MBP sono povere, ignoranti, labili o costantemente strane. In effetti, nessun profilo di queste madri è infallibile. Si stanno cercando maggiori informazioni utili presso i colleghi psichiatri.

11. Madri che perpetrano la MBP possono trarne profitto.

Alcune madri hanno ferito o ucciso il proprio figlio e poi hanno denunciato l'ospedale o il medico curante per negligenza. Altre madri hanno sporto denuncia per essere state accusate di abuso sul figlio. La perseveranza con cui certe madri perseguono l'azione civile, ricorda la determinazione con cui hanno architettato la patologia fin dall'inizio. Quando non possono continuare a farlo rivolgono le loro energie patologiche a screditare il medico per ottenere soldi⁵³⁰.

- *La gamma dei danni*⁵³¹:

1. I danni derivano dalle azioni della madre e dalla patologia che colpisce il bambino in seguito a quelle stesse azioni.

Gli atti della madre che danneggiano il figlio, portano a esami medici non necessari, a test o interventi. A questo proposito la menzogna è semplicemente un mezzo per causare la malattia attraverso un operatore

⁵²⁹Rosenberg D, Dalla menzogna all'omicidio. Lo spettro della sindrome di Munchausen per Procura, in: La sindrome di Munchausen per Procura, Centro Scientifico Editore, Milano 1996.

⁵³⁰ibid.

⁵³¹Levin AL, Sheridan M, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 25-28.

sanitario che, senza volerlo, è coinvolto nella orribile messinscena. Gli atti della madre non sono solo quelli che commette, anche quelli di omissione influiscono seriamente sul bambino. A volte succede che il tempo, che una madre normale dedica alla crescita e alla protezione del figlio, venga invece utilizzato per danneggiarlo. Il figlio in questo modo non riesce ad avere uno sviluppo fisico ed emotivo normale a causa di una madre poco amorevole e attenta. Questa mancanza può influire notevolmente sul bambino, a volte con effetti catastrofici.

2. La gravità della MBP dipende dal danno inferto al figlio.

I danni, piuttosto che il comportamento materno, sono valutati per definire la gravità: solo dall'ottica della vittima il male può essere valutato in modo esatto.

3. I bambini vittime di MBP possono subire operazioni non necessarie.

Molto spesso, se un pediatra consultato dice al chirurgo che bisogna operare, salvo controindicazioni, l'operazione sarà fatta. Purtroppo, se il pediatra è stato fortemente ingannato dalla madre, l'inganno si propaga fino al chirurgo. Si potrebbe controbattere che, prima di un'operazione, un chirurgo ha il dovere assoluto di rivedere tutta la documentazione del paziente in un'ottica completamente nuova. Purtroppo, la quantità di referti e il buon nome dei medici invianti contribuiscono a non riesaminare il caso.

4. Le vittime della MBP possono morire in seguito ai maltrattamenti.

Le vittime possono andare incontro a tassi significativi di morbilità e di mortalità a causa delle condizioni indotte o dei problemi annessi, come le procedure chirurgiche o le complicazioni iatrogene dovute ai farmaci. Con la crescita presentano un rischio maggiore di sviluppare Disturbi Fittizi o problemi emotivi o comportamentali che possono includere difficoltà nelle capacità di attenzione e di concentrazione, performance scolastica

compromessa o sintomi di Disturbo Post-traumatico da Stress⁵³². Quando avviene la morte, di solito i bambini sono stati uccisi da coloro che li hanno maltrattati. Tuttavia, un bambino può morire anche a causa di complicazioni legate a un esame medico o a un trattamento, che è stato ordinato per diagnosticare o curare la patologia indotta. Molti avvocati considererebbero questo un omicidio commesso dal genitore.

5. Solo la madre è responsabile per i danni.

Anche se in modo macabro, il dottore ingannato è il mezzo attraverso il quale il dolore è amplificato, il dottore, a sua volta che non è a conoscenza dell'inganno, non è colpevole per il danno. Colpevole è la madre in quanto istigatrice nascosta.

- **Caratteristiche del perpetratore :**

Il perpetratore di solito è la madre poiché il padre, anche se a volte può collaborare con la moglie, rimane poco coinvolto, ma può essere anche una persona curante, come per es., una baby sitter⁵³³. Il perpetratore può aver avuto anch'egli una storia di maltrattamenti subiti con la conseguenza di Disturbi Somatofomi e Disturbi di Personalità⁵³⁴. Particolare attenzione merita la figura della madre che si presenta molto affettuosa e partecipa verso il figlio, collaborativa con lo staff medico, una sorta di madre modello⁵³⁵ che è sempre vicino al bambino, non lo lascia mai solo, che aiuta il personale nelle diverse procedure mediche, che insiste nel dire che è l'unica con cui il bambino mangia, beve o prende le medicine. Spesso

⁵³²American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 829.

⁵³³Semprini R, Martellani A, La sindrome di Munchausen by proxy: come uscire dall'inganno, Quaderni acp, 2003; 10: 2.

⁵³⁴American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001.

⁵³⁵Semprini R, Martellani A, La sindrome di Munchausen by proxy: come uscire dall'inganno, Quaderni acp, 2003; 10: 2.

chiede di essere lei stessa a somministrare i farmaci per suo figlio trasformandosi in una perfetta infermiera. Queste madri riescono ad instaurare con il personale un rapporto molto confidenziale, conquistano la loro totale fiducia, anche perché mostrano grande familiarità con la terminologia medica⁵³⁶. Nel rapporto con il figlio, apparentemente simbiotico, ciò che colpisce è l'assenza di partecipazione emotiva per sofferenze del figlio a causa delle numerose procedure a cui è stato sottoposto. I medici rimangono stupiti di fronte all'atteggiamento della madre, quasi compiaciuta alla prospettiva di un nuovo intervento⁵³⁷.

Le madri responsabili dell'abuso spesso mostrano un rapporto emotivamente distaccato con il coniuge, mancanza di sostegno e isolamento sociale: i fattori stressanti della vita come dissapere cronico familiare possono essere presenti⁵³⁸.

I perpetratori possono mostrare menzogna patologica(o pseudologia fantastica) quando descrivono le esperienze quotidiane o richiedono cure mediche per la vittima ma quando non sanno di essere osservati sono spesso insensibili nei confronti dei loro bambini⁵³⁹. Questo disturbo spesso coesiste con un Disturbo Fittizio, che risulta silente nei periodi in cui il perpetratore riesce ad indurre una malattia fittizia nella vittima⁵⁴⁰. I responsabili possono andare incontro a imputazioni penali che vanno dal maltrattamento all'omicidio e se messi di fronte alle conseguenze del loro

⁵³⁶ibid.

⁵³⁷Levin AL, Sheridan M, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001.

⁵³⁸American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 829.

⁵³⁹ibid.

⁵⁴⁰ibid.

comportamento possono deprimersi e tentare il suicidio⁵⁴¹. La maggior parte dei soggetti soddisfa i criteri per più di una categoria di Disturbo di Personalità ma la definizione della psicopatologia dell'abusante resta un problema ancora aperto fra gli studiosi della sindrome. Molta letteratura sulla MBP è stata scritta da pediatri e da altri specialisti medici e si è concentrata sul riconoscimento e la diagnosi di tali forme di abuso del bambino⁵⁴². Nei vari resoconti clinici sono contenute relativamente piccole informazioni sui perpetratori di MBP ma anche quelli che includono piccole informazioni spesso mancano di registrare quelle specifiche riguardo la salute del perpetratore che sarebbero necessarie quando si stima la probabilità di comportamento anormale del genitore⁵⁴³. Fra i vari tentativi fatti in questo senso è significativo lo studio di Bools⁵⁴⁴, dal quale risulta che la psicopatologia più rilevante è il Disturbo di Personalità e in particolare quello di tipo Istrionico e Borderline. Dal DSM-IV-TR⁵⁴⁵, risulta anche che il disturbo psichiatrico più comune del perpetratore risulta essere la Depressione e i Disturbi di Personalità più diffusi sono la personalità isterica e la personalità Borderline.

“La MBP è, almeno in parte, un disturbo profondo della comprensione; è una forma grave di psicopatologia che probabilmente nasconde le sue radici in profondi maltrattamenti nel passato, con o senza abuso fisico o sessuale. È del tutto possibile che la ragione che spinge la madre a interrompere il suo comportamento criminale non sta nella scomparsa dei

⁵⁴¹Ford CV, Fedelman MD, with Toni Reinhold, *Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders*, John Wiley & Sons, Canada 1994.

⁵⁴²Meadow R, Different interpretations of Munchausen syndrome by Proxy, *Child Abuse & Neglect* 2002; 26: 501-508.

⁵⁴³ *ibid.*

⁵⁴⁴Bools C, Factitious illness by proxy. Munchausen syndrome by proxy. *British J Psychiatry* 1996; 169: 268-75.

⁵⁴⁵American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali*, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 829.

suoi problemi emotivi ma semplicemente perché, una volta scoperta la contraffazione, non è più materialmente in grado di ingannare e di ottenere ciò che aveva ottenuto attraverso l'inganno.⁵⁴⁶”

- **Diagnosi :**

Si perviene alla diagnosi di MBP allo stesso modo delle altre diagnosi: vengono presi in considerazione la storia del paziente, le prove fisiche e i risultati di laboratorio. Il processo diagnostico deve essere rigorosamente perseguito, sia in casi di sospetta MBP, che in qualsiasi altra diagnosi medica. Sei punti meritano un'attenzione particolare⁵⁴⁷:

- Non considerare la possibilità che la MBP sia parte della diagnosi differenziale è il maggior impedimento alla diagnosi. Una volta considerata la diagnosi, essa è confermata o rigettata velocemente.
- A volte un caso di sospetta MBP si rivela qualcosa del tutto diverso, forse un problema organico non notato. Non è vantaggioso per i medici sposare qualsiasi diagnosi di fronte a prove mediche evidenti che, se considerate oggettivamente, la escluderebbero.
- La MBP è una diagnosi pediatrica e non psichiatrica. Non c'è nessun esame psichiatrico o psicologico, nessuna tecnica d'intervista, che può escluderla. Allo stesso modo, se non c'è una confessione, non c'è esame o tecnica che possa confermare la diagnosi. Diversi esami psicologici possono sottolineare la personalità dell'autore dell'abuso o caratteristiche psicopatologiche, ma ciò non deve essere confuso con il fare o l'escludere la diagnosi.

⁵⁴⁶Rosenberg DA, Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 547-563.

⁵⁴⁷Levin AL, Sheridan M, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 31-33.

- Da un punto di vista pediatrico, l'intento dell'autore dell'abuso non è diagnosticabile. Il pediatra non ha effettivamente modo di misurare l'intento, sia qualitativamente che quantitativamente. L'autore dell'abuso, che rappresenterebbe l'unica fonte sicura di informazioni sul suo intento, è per definizione inaffidabile. Generalmente è carente di raziocinio, è gravemente disturbata psicologicamente, e ha un forte interesse nel confondere i fatti. Perciò l'intento non può entrare nell'equazione diagnostica.
- La malattia del bambino rappresenta per la madre un compromesso per mantenere una relazione valida con il medico. Anche se il transfert è riconosciuto tipicamente nei trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici, anche qui è facile identificare sentimenti molto potenti della madre verso i medici⁵⁴⁸. Le madri affette da MBP manifestano un coinvolgimento molto profondo con le persone che si sono prese cura di loro durante la gravidanza e della salute del loro bambino dopo la nascita⁵⁴⁹. I dottori possono inconsciamente percepire il ruolo importante che hanno nelle menti di queste madri e godere di ciò (considerano loro stessi nel ruolo di Redentore)⁵⁵⁰. È a questo punto che i sentimenti del controtransfert permettono una migliore comprensione di queste persone ed anticipano il loro comportamento pericoloso⁵⁵¹.
- Quando si sospetta fortemente la MBP e una diagnosi finale deve essere determinata, la separazione del bambino dal colpevole sospetto può essere l'esame diagnostico disponibile meno deleterio.

⁵⁴⁸Tatarelli R, Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, The importance of transference and countertransference in Munchausen syndrome by Proxy, *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 353-355.

⁵⁴⁹ibid.

⁵⁵⁰Willenberg H, Countertransference in factitious disorder, *Psychotherapy and Psychosomatics* 1994; 62: 1-2, 129-134.

⁵⁵¹Tatarelli R, Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, op. cit.

- Il pediatra deve essere certo di avere a disposizione tutti i fatti prima di fare una diagnosi finale di MBP. Generalmente si richiede l'intervento del tribunale civile per proteggere il bambino e ottenere la consultazione di cartelle mediche e altri documenti. Niente sostituisce uno studio esaustivo e attento dei dati e il tribunale deve concedere al medico sufficiente tempo per farlo.

I criteri diagnostici per il Disturbo Fittizio Per Procura sono⁵⁵²:

1. Produzione intenzionale o simulazione di segni e sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto.
2. La motivazione per il comportamento del soggetto responsabile è quella di assumere per interposta persona il ruolo di malato.
3. Sono assenti incentivi esterni per il comportamento (come vantaggi economici).
4. Il comportamento non risulta meglio attribuibile a qualche altro disturbo mentale.

In base ai criteri diagnostici sopra citati quindi un soggetto (cioè il perperatore) il cui quadro clinico corrisponde dovrebbe essere diagnosticato come portatore di un Disturbo Fittizio Non Altrimenti Specificato⁵⁵³. Il Disturbo Fittizio per Procura deve essere distinto da una condizione medica generale o da un Disturbo Mentale presenti nel soggetto da curare; deve anche essere distinto dagli abusi fisici o sessuali

⁵⁵²American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 830.

⁵⁵³ivi, p. 829.

che non sono motivati dall'obiettivo di assumere per via indiretta il ruolo di malato⁵⁵⁴. Il Disturbo Fittizio Per Procura differisce dalla Simulazione per il fatto che la motivazione alla produzione dei sintomi nella Simulazione è un incentivo esterno, assente nel Disturbo Fittizio. I soggetti simulatori possono chiedere il ricovero di una persona affidata alle loro cure, dopo aver prodotto dei sintomi, nel tentativo di ottenere qualche risarcimento⁵⁵⁵.

Il responsabile riceve la diagnosi di Disturbo Fittizio per Procura⁵⁵⁶. Per la vittima si può registrare, se è il caso, Maltrattamento Fisico del Bambino oppure Maltrattamento Fisico dell'Adulto⁵⁵⁷. Nel caso di collaborazione volontaria può risultare appropriata una diagnosi aggiuntiva di Disturbo Fittizio per il collaboratore⁵⁵⁸.

La presentazione della diagnosi alla famiglia è un problema: non ci sono indicazioni precise per questo ma viene raccomandato di essere chiari e semplici, di essere supportivi e non accusatori, di essere pronti a proteggere immediatamente il bambino. I servizi sociali e la magistratura devono essere al corrente della situazione prima di parlare con la madre⁵⁵⁹.

È necessario garantire un'assistenza psichiatrica ai genitori subito dopo la rivelazione della diagnosi anche perché ci sono seri rischi di tentativi di suicidio da parte della madre⁵⁶⁰. Il migliore test diagnostico è l'allontanamento del minore dal sospetto colpevole per poter verificare un

⁵⁵⁴American Psychiatric Association. DSM-IV-TR; p. 830.

⁵⁵⁵ibid.

⁵⁵⁶American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001; p. 828.

⁵⁵⁷American Psychiatric Association. DSM-IV-TR; p. 829.

⁵⁵⁸American Psychiatric Association. DSM-IV-TR; p. 829.

⁵⁵⁹Semprini R, Martellani A, La sindrome di Munchausen by proxy: come uscire dall'inganno, Quaderni acp, 2003; 10: 2.

⁵⁶⁰ibid.

miglioramento del bambino. Solo un team multidisciplinare e una costante e corretta comunicazione fra i membri dello staff possono consentire di far fronte a tutti i problemi legati alla MBP, fornendo a ogni componente della squadra il sostegno necessario per affrontare le proprie difficoltà. La stessa diagnosi è in se stessa un atto di accusa in quanto la MBP più che una malattia è una forma molto grave di abuso sul minore. Nonostante questo, il medico che ha in mano prove concrete, anche se non è un giudice deve affrontare il genitore perpetratore, i servizi sociali e i servizi di tutela per l'infanzia⁵⁶¹. Jones⁵⁶² propone alcune linee guida per un corretto approccio medico in casi di MBP sospetta:

- Praticare qualsiasi test o esame clinico che possa fornire delle conferme oggettive alla diagnosi, considerando come obiettivo primario la sicurezza del bambino.
- Ricordare che i metodi di produzione di malattie da parte del perpetratore sono potenzialmente infiniti.
- Ricordare che l'ospedale è il luogo migliore per la valutazione diagnostica. Bisogna pianificare una strategia in collaborazione con tutto lo staff medico e infermieristico, tenendo presente tuttavia che l'ospedale è anche il luogo in cui gran parte della MSBP viene prodotta ed è necessario che il bambino venga tenuto sotto controllo costantemente.
- Se il bambino è già in grado di parlare, si può tentare un'intervista diretta.

⁵⁶¹Levin AL, Sheridan M, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2002; p. 34.

⁵⁶²Jones Jet al., Munchausen syndrome by proxy. Child abuse & neglect 1986; 10: 33-34.

- Controllare i resoconti della madre, chiedendo informazioni ad altre persone vicine al bambino che possano aver assistito al manifestarsi della sua malattia.
- Controllare le precedenti cartelle cliniche.
- Prendere contatti diretti con il medico di famiglia o altri pediatri che hanno avuto in cura il bambino per verificare la veridicità della storia medica familiare riferita dai genitori.
- Valutare scrupolosamente gli esami di laboratorio.
- Richiedere una valutazione psichiatrica e psicologica del bambino.
- Richiedere alla magistratura che vengano revisionati i referti medici e visitati tutti i fratelli.

Dopo che è stata confermata la diagnosi di MBP, si deve agire per proteggere il bambino ed eventualmente i suoi fratelli/sorelle. La MBP deve essere giudicata non solo per il male che è stato effettivamente compiuto, ma anche per il rischio di ulteriori ferite che potrebbero venire procurate se si permettesse al perpetratore di continuare nel suo comportamento. Il processo di confronto, di valutazione del rischio, di protezione e di cura richiede l'utilizzo o la definizione di un approccio multidisciplinare coordinato. La gestione efficace della situazione e la protezione della vittima, del perpetratore e dei professionisti dipende dalla volontà di tutti i partecipanti al processo di rispettare i punti di vista di ciascuno, comunicare apertamente e fare una corretta programmazione, quindi può essere necessario formare un team per gestire la situazione⁵⁶³.

⁵⁶³Levin AL, Sheridan M, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 415-417.

Dovrà assumere il ruolo di guida della squadra una delle seguenti figura: medico curante del paziente, medico per l'abuso infantile, infermiera di base del paziente o l'assistente sociale. La squadra ha tre obiettivi generali:

1. proteggere la vittima sospettata
2. fornire assistenza nella diagnosi e nella gestione dei casi sospetti di MBP
3. sostenere le persone coinvolte

- **MBP by Adult Proxy:**

La MBP è un disturbo in cui un individuo produce dei sintomi in un altro individuo con lo scopo di fargli assumere indirettamente il ruolo di malato. Anche se generalmente questo modello di interazione avviene tra madre e figlio può svilupparsi in altri modelli di interazione umana in cui sia la vittima che il perpetratore sono adulti. La MBP-adulta, come entità diagnostica distinta, racchiude una vasta gamma di fenomeni relazionali tra due adulti in cui la vittima subisce abusi, consapevolmente o inconsapevolmente, dal perpetratore per lei importante e, con ogni probabilità, dominante. Il partner attivo in questo rapporto, usa generalmente il corpo della sua vittima e a volte anche la mente per creare una malattia artificiale e quindi controllare il partner passivo. Il primo caso è stato descritto da alcuni autori nel 1986, completato nel 1993 e riportato dettagliatamente qui di seguito⁵⁶⁴:

⁵⁶⁴Sigal M, Altmark D, Carmel I, Munchausen syndrome by adult proxy; a perpetrator abusing two adults, F Nervous and Mental Dis 1986; 174: 696-698.

L'UOMO DELLA BENZINA

Fu esaminato per la prima volta Mr. L. nel 1986. Stava scontando una sentenza estremamente pesante di 46 anni di prigione, essendo stato accusato e condannato per l'omicidio della moglie avvenuto nel 1980 e per aver causato un'invalidità alla sua fidanzata nel 1983. Egli, a cominciare dalla prima infanzia, aveva una storia di difficoltà nei rapporti interpersonali e di comportamento distruttivo. Si sposò ed ebbe due figli. La moglie si ammalò nel 1979, quando apparvero su tutto il suo corpo degli accessi atipici. Perse peso e dovette essere ricoverata. L'origine degli accessi rimase sconosciuta ai dottori, confusi di fronte a un quadro clinico che non assomigliava a nessuna malattia conosciuta. Con il peggioramento delle condizioni della moglie, il comportamento di Mr. L. divenne sempre più premuroso tanto da ottenere il rispetto e l'ammirazione del personale medico e infermieristico. Successivamente Mr. L. confessò alla polizia di aver messo dei sonniferi nel caffè della moglie e di averle poi iniettato della benzina in diverse parti del corpo, causando così quegli accessi atipici. Mr. L. spiegò che aveva paura che sua moglie lo lasciasse e così, tramite l'iniezione di sostanze velenose per farla ammalare, creò un'opportunità per accudirla, obbligandola a stare con lui e allo stesso tempo ottenendo il rispetto e l'ammirazione per il suo "comportamento esemplare". Tre anni dopo la morte dolorosa della moglie, Mr. L. assunse una ragazza di 21 anni per badare alle figlie. Quando ella minacciò di andarsene, egli mise di nuovo dei sonniferi nel caffè della ragazza e, quando perse conoscenza, le iniettò della benzina nel collo, nel seno e nelle natiche. Naturalmente la ragazza si ammalò e divenne paraplegica, Mr. L. assunse ancora una volta il ruolo di compagno interessato ed estremamente cooperativo, che chiedeva ai

medici altri test di laboratorio e invitava degli specialisti affinché la visitassero. Anche dopo la condanna, egli continuava a considerare il proprio comportamento un'espressione di "amore e interesse" e non un comportamento criminale. In prigione Mr. L. fu un condannato modello e fu premiato con l'affidamento di numerosi compiti di responsabilità, tra cui l'accesso alla clinica medica, dove godette di una certa popolarità tra il personale medico. Sviluppò un rapporto possessivo con il suo compagno di cella, al quale scriveva lettere sostituendosi ai membri della famiglia, per ottenere accesso alla sua vita emotiva interiore e per poterla così controllare. Dopo aver appreso che il suo compagno di cella intendeva scappare di prigione, quindi rischiava l'abbandono, Mr. L. tornò al suo precedente modello comportamentale. Fece addormentare il compagno usando dei sonniferi mescolati ad alcool, che aveva ottenuto nella clinica medica. Iniettò poi dell'acquaragia in varie parti del corpo di Mr. D. e abusò sessualmente di lui. Fu fatto un esame psichiatrico nell'unità psichiatrica della prigione e Mr. L. fu cooperativo e non mostrò nessun segno di ansia. La sua partecipazione emotiva, considerando le conseguenze delle sue azioni, non era intensa, ma scarsa. Non furono trovati deficit cognitivi o segni di un disturbo formale del pensiero. I suoi pensieri erano dominati dall'idea di aver subito un'ingiustizia. Fu effettuato un esame psicodiagnostico, comprendente i seguenti test: Wechsler Adulte Intelligence Test, Rorschach, Draw A Person e Thematic Apperception Test. I risultati indicarono che il quoziente di intelligenza di Mr. L. era di 117 e non fu trovata alcuna alterazione del senso di realtà. I test indicarono un'organizzazione narcisista della personalità, con un bisogno di relazioni simbiotiche con altre persone per lui importanti. I suoi rapporti emotivi e sessuali con le

donne evocavano panico con latenti caratteristiche omosessuali. Il Test di Rorschach dimostrò che egli aveva cercato di risolvere il conflitto trasformando l'oggetto femminile in un malto, dipendente da lui, evitando così ogni minaccia sessuale.

‘L'uomo della benzina’ mostra un modello coercitivo, consistente nell'indurre o nell'inventare sintomi fisici in un'altra persona con l'intenzione di costruire una malattia artificiale nella vittima affinché il perpetratore possa essere visto come un compagno premuroso e preoccupato. Un altro aspetto interessante di questo disturbo è lo spostamento frequente dell'attenzione del perpetratore da un 'oggetto' ad un altro. Nel caso de 'L'uomo della benzina' l'attenzione si sposta da una donna a un'altra e poi a un compagno omosessuale. Questo implica che 'l'oggetto' di per sé è importante solo quando diventa il contenitore dei bisogni aggressivi, di dipendenza e narcisisti del perpetratore⁵⁶⁵.

- **Caratteristiche psicodinamiche del perpetratore**

Si può presumere che la MBP-adulta possa svilupparsi soltanto in specifiche interazioni della personalità, in cui c'è un rapporto simbiotico tra un partner attivo e narcisista e una vittima dipendente. L'esistenza di tendenze sadiche nascoste nel perpetratore narcisista e la minaccia potenziale di abbandono (reale o immaginario) è la miscela che può far scatenare le manifestazioni di questa sindrome potenzialmente catastrofica. Nella MBP-adulta il ruolo paziente-dottore può essere

⁵⁶⁵Sigal M, Altmark D, Carmel I, Munchausen syndrome by adult proxy; a perpetrator abusing two adults, F Nervous and Mental Dis 1986; 174: 696-698.

considerato una nuova rappresentazione del primo rapporto genitore-figlio, in cui il medico è il genitore autorevole, affettuoso e ammirato (che si prende cura del paziente), ma anche il genitore che rifiuta e punisce (che ferisce il paziente somministrandogli cure pericolose)⁵⁶⁶.

- **Diagnosi della MBP by Adult Proxy:**

La gestione della MBP con vittime adulte competenti è diversa dalla MBP classica con vittime bambini. Viene fatta la diagnosi di MBP all'individuo che produce i sintomi ("perpetratore") e alla persona con i sintomi la diagnosi di MBP indotta o disturbi artificiali indotti. Se esiste collaborazione, allora al perpetratore viene fatta la diagnosi di MBP e alla vittima la diagnosi di Sindrome di Munchausen o Disturbi artificiali⁵⁶⁷. Il bambino indifeso può essere protetto legalmente dalle autorità. Anche gli adulti, incapaci a causa di deficienze cognitive, possono essere legalmente protetti. È molto più complicato gestire una situazione in cui la vittima collabora con il perpetratore⁵⁶⁸. Meadow⁵⁶⁹ ha descritto molti segnali identificatori della MBP, sottolineando che oltre alle malattie inspiegabili nella vittima, che sono legate temporaneamente alla presenza del perpetratore, è importante capire le dinamiche del rapporto tra la vittima e il perpetratore amorevole. Può essere notato che:

⁵⁶⁶Sigal M, Altmark D, Carmel I, Munchausen syndrome by adult proxy; a perpetrator abusing two adults, *F Nervous and Mental Dis* 1986; 174: 696-698.

⁵⁶⁷American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC, 1994.

⁵⁶⁸Sigal M, Altmark D, Carmel I, op. cit.

⁵⁶⁹Meadow R, Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 92-98.

- Il perpetratore appartiene di solito a una classe sociale e di istruzione più alta di quella della vittima.
- Sintomi inspiegabili possono essere presenti in più di una persona legata in modo significativo al perpetratore.
- Il personale medico può percepire che il perpetratore amorevole è in effetti più interessato a impressionare i medici piuttosto che preoccupato per la malattia del partner.

Una volta identificata la 'MBP-adulta' il trattamento deve concentrarsi sul mettere in guardia le vittime e incoraggiare i loro sforzi verso l'indipendenza. Ciò potrebbe essere infatti una questione di sopravvivenza. La gestione delle vittime dipenderà dal loro grado di dipendenza e dalla loro condiscendenza verso il perpetratore. La psicoterapia dovrebbe avere lo scopo di rafforzare il loro ego e di capire meglio il ruolo che viene loro imposto e le ragioni, cosce o inconscie, che li hanno portati a ubbidire ai perpetratori. Se non vi è nessun tipo di collusione è giustificato il confronto diretto con la vittima e il perpetratore e la separazione può essere una misura volta a salvare la vita. Quando le vittime non sono in grado di prendersi cura di sé stessi, si richiede l'intervento del tribunale e la tutela. È difficile l'intervento psicoterapeutico con i perpetratori stessi, in quanto le loro tendenze ego-sintoniche, narcisiste e sadiche, necessitano di una lunga terapia per giungere alla coscienza. Dobbiamo tener presente che l'organizzazione della personalità dei perpetratori è primitiva e alloplastica, con una tendenza a mettere in atto i propri impulsi. Essi di solito hanno pochissime intenzioni per un cambiamento intrapsichico.

- **Considerazioni sulla MBP**

Lo scenario della MBP apre uno squarcio su un livello di diversa e incomprensibile perversione, la premeditata, continua, mendace volontà di nuocere a un essere umano indifeso. La drammatica novità della MBP è che usa l'accessibilità alle strutture sanitarie per commettere l'abuso così che il ricorso alle strutture sanitarie e il coinvolgimento degli operatori pone questi ultimi nello scomodo ruolo di complici e/o esecutori. La MBP porta in primo piano alcuni problemi generali nella pratica clinica con bambini: il pericolo di colludere con gli interessi dei genitori, le ragioni economiche che possono consigliare o sconsigliare una data terapia, gli effetti iatrogeni a lungo termine. Un altro elemento di inquietudine che il riconoscimento della MBP porta con sé è dato dal fatto che i modelli di lettura della nosografia psichiatrica sembrano non attenere, se non marginalmente al problema. Il profilo psicopatologico dell'adulto autore di MBP è oggetto di indagine. Le prospettive di comprensione si rifanno all'identificazione di disturbi psichiatrici noti o a elementi della storia personale del colpevole, soprattutto riportando episodi di abuso subiti da questi nell'infanzia. Né la teoria della follia, né quella del modello appreso, entrambe rassicuranti poiché riducono la responsabilità dell'autore e lo rendono comprensibile, sono esaustive; tutti gli autori concordano infatti, che la diagnosi di MBP si deve basare unicamente sulle prove reali, non sull'esame psichiatrico del genitore⁵⁷⁰.

La MBP non può essere fatta da sola. Si deve considerare il problema oggettivamente, soltanto la madre snaturata è una completa bugiarda.

⁵⁷⁰Levin AL, Sheridan M, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001; p. 1-2.

Resta per fortuna il lavoro del pediatra che deve saper ascoltare attentamente le preoccupazioni di un genitore. Tuttavia è molto difficile immaginare come una persona possa deliberatamente tramare l'inganno ed è improbabile che una sola teoria etiologica possa includere tutti i comportamenti di coloro che commettono la MBP. L'amore di un genitore verso il figlio non è soltanto un fenomeno sociale scontato, ma ha componenti biologiche molto profonde. I soggetti, che perpetrano la MBP architettano la malattia ingannano coscientemente, non solo mettono a repentaglio la vita del figlio deliberatamente, ma spezzano un concetto evolutivo di amore.

• **I tratti Borderline descritti dal DSM-IV⁵⁷¹, sono:**

1. sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono;
2. un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iper-idealizzazione e svalutazione;
3. alterazione dell'identità: immagine di se e percezione di se marcatamente e persistentemente instabili;
4. impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate;
5. ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari o comportamento auto-mutilante;

⁵⁷¹American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC, 1994.

6. instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore(per es., irritabilità o ansia);
7. sentimenti cronici di vuoto;
8. rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia(per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante);
9. ideazione paranoie, o gravi sintomi dissociativi transitori legati allo stress.

Conclusioni

Quasi tutti i comportamenti umani complessi sono determinati da diversi fattori e per tutti questi comportamenti abbiamo bisogno di una concettualizzazione dinamica e possibilmente esaustiva delle tantissime componenti interagenti. Sfortunatamente mancano modelli epistemologici e filosofici coerenti, che ci permettano di comprendere i diversi e complessi sistemi umani di comportamento interattivo. Ciò di cui si dispone è una serie di formulazioni eclettiche e teorie biopsicosociali d'interpretazione. Queste offrono soluzioni che integrano aspetti di varie prospettive teoriche.

Non sappiamo quali sono tutti i fattori che concorrono a creare la sindrome di Munchausen, anche perché certe persone reagiscono in modo diverso nella stessa situazione traumatica.

La MS è la parte estrema dei Disturbi Fittizi, con segni e sintomi fisici predominanti, i cui elementi nucleari sono la pseudologia fantastica, la peregrinazione e i ricoveri ricorrenti. Nonostante questa rigida impostazione c'è molta confusione quando viene fatta la diagnosi soprattutto nel riconoscere una

malattia legittima da una che non lo è, e, diventa più difficoltoso ai fini di un trattamento adeguato la distinzione tra Disturbi Fittizi in generale e MS. Alla base di entrambi vi è la produzione intenzionale di sintomi ma mentre nei Disturbi Fittizi la motivazione è una ricerca di gratificazione affettiva, nella MS l'auto-induzione a malattie, che possono portare alla morte, diventa il fulcro della loro vita.

Ma perché si sceglie proprio quel ritratto di malattia? È una cosa biologica? È una cosa situazionale? È causata dalle prime esperienze di vita? O è una combinazione di tutto ciò?

Ci possono essere predisposizioni genetiche o biologiche per disturbi affettivi o per un particolare stile della personalità che interagisce con le esperienze della persona durante gli anni della formazione. Lo sviluppo di comportamenti 'anomali' appare in questo determinato sviluppo della personalità e questo processo avviene in un contesto di influenze culturali, sociali e familiari. Tra queste variabili i soggetti sviluppano la loro singolare visione del mondo. Qualunque sia la miscela di variabili presenti, è probabile che eventi o cause significative della vita corrente complichino il quadro. La miscela si fonde e le contraffazioni vengono alla superficie. La trafila dei comportamenti fittizi e le risposte mediche e sociali influenzeranno positivamente o negativamente le azioni future dell'autore. La verità è un insieme di tutte queste spiegazioni con una maggiore o minore enfasi sui diversi aspetti del caso personale e ognuno di questi fattori contribuisce a casi specifici dei Disordini Fittizi.

Un centinaio di casi di Disordini Fittizi appare nella letteratura medica, ma questi rapporti sono di solito incompleti a causa della caratteristica che questi soggetti hanno di prendere "il volo" non appena sono scoperti. Per alcuni soggetti è differente perché riconoscono la propria malattia e accettano il trattamento.

Forse il loro è un altro tentativo di ottenere nuovamente delle cure, cercando di difendersi da una possibile condanna?

I soggetti affetti da MS sono coscienti di farsi del male e che la loro malattia non è reale ma non sanno controllare i loro impulsi e non sanno spiegare perché lo fanno.

Non ci sono farmaci per la sindrome di Munchausen. Si agisce sul disturbo soggiacente (più spesso un Disturbo di Personalità Borderline) con una combinazione di terapia farmacologica e terapia di gruppo, con eventuali momenti individuali, per controllare gli effetti negativi e distruttivi, per se stessi e per gli altri, che la sindrome porta con sé.

Il caso della letteratura che è stato presentato (il caso di Jenny) è esplicativo delle caratteristiche ambigue e labili del Disturbo, delle difficoltà insite nella diagnosi per capire se si tratta di Disturbi Fittizi o di MS, la cui prognosi non sempre dà risultati soddisfacenti. Infine, tale caso, chiarifica le dinamiche che si possono sviluppare nei soggetti che subiscono l'imbroglio e come queste possono essere contenute.

Non bisogna pensare che i pazienti con la MS siano repulsivi: sono persone malate, e non è una questione di ciò che hanno fatto, poiché loro hanno bisogno d'aiuto.

Il processo di confronto, di valutazione del rischio, di protezione e di cura richiede l'utilizzo e la definizione di un approccio multidisciplinare coordinato. La gestione efficace della situazione e la protezione della vittima, del perpetratore (in caso di MBP) e dei professionisti della salute dipendono dalla volontà di tutti i partecipanti al processo di rispettare i punti di vista di ciascuno, comunicare apertamente e fare una corretta e adeguata programmazione, quindi può essere

necessario formare un team per gestire la situazione. Visto che ogni trattamento inizia con la diagnosi, è importante ricordare che questa deve essere considerata una finestra sul processo: ogni membro del team deve dare spazio dentro di sé per la co-costruzione dei sintomi del soggetto e dei significati che ne sono alla base.

La MS è una malattia poco conosciuta, di cui si parla poco e di cui si sa ben poco. Questo dovrebbe incoraggiare, ulteriormente, le realtà che più sono state messe in discussione ad interessarsi e adoperarsi per far fronte all'avanzare di questo problema: la comunità medica, la famiglia e la nosografia psichiatrica. Si potrebbe partire da una sorta di propaganda, che si estenda non solo all'ambito medico ma anche a quello sociale, per diffondere l'esistenza di questa malattia, mobilitare ogni ambito attinente, e potenziarne la ricerca e le eventuali soluzioni alternative.

Bibliografia

American Psychiatric Association. DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington DC, 1987.

American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC, 1994.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, 4th edizione, text revision, a cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Masson, Milano 2001.

Asher R, Munchausen's syndrome, Lancet 1951;1: 339-341.

Babe KSJ, Peterson AM, Loosen PT, Geraciotti TDJ, The pathogenesis of Munchausen syndrome: a review and case report, Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 273-276.

Barker JC, The syndrome of hospital addiction, Munchausen's syndrome, J Ment Sci 1962; 108: 167-182.

Barton CR, Williams RL, Orthopaedic variant of Munchausen's syndrome: shoulder instability, *Injury* 2003; 34: 471.

Bhugra D, Psychiatric Munchausen's Syndrome, *Alta Psichiatrica Scandinavica* 1988; 77: 497-506.

Blackwell B, The Munchausen's syndrome, *Br Hosp Med* 1968; 1: 98-102.

Bools C, Factitious illness by proxy, Munchausen syndrome by proxy. *British J Psichiatry* 1996; 169: 268-75.

Bretz S, Richards J, Munchausen syndrome presenting acutely in the emergency department, *The Journal of Emergency Medicine* 2000; 18: 417-420.

Burman D, Stevens D, Munchausen family, London, *Lancet* 1977; 2: 456.

Bursten B, On Munchausen syndrome, *Arch Gen Psychiatry* 1965; 13: 261-268.

Carney M, Artefactual illness to attract medical attention, *Br J Psychiatry* 1980; 136: 542-547.

Carney MWP, Brown J P, Clinical features and motives among 42 artifactual illness patients, *Br J Med Psychol* 1983; 56: 57-66.

Casonato MM, Chiesa MC, Ai confini tra medici e pazienti: La sindrome di Munchausen. *Psichiatria e Territorio* IV 1987; 2: 119-132.

Chapman J, Peregrinating problem patients, Munchausen's syndrome, *J Am ed Ass* 1957; 165: 927-933.

Cheng L, Hummel L, The Munchausen syndrome as a psychiatric condition, *Br J Psychiatry* 1978; 133: 20-21.

Chew B, Pace K, Honey J, Munchausen syndrome presenting as gross hematuria in two women, *Urology* 2002; 59: 601-603.

Clarke E, Melnick SC, The Munchausen syndrome or the problem of hospital hoboos, *Am J Med* 1958; 25: 6-12.

Daly MJ, Carrol NJ, Forret EA, Gillon KR, Munchausen Zollinger. Ellison syndrome, *The Lancet* 1989; 15: 853.

Davidson C, Munchausen's syndrome *Lancet* 1953; 3: 621.

Dupre E, Mythomanie infantile, Un cas de fugue sui vie de fabulation, Encephale 1909: Tome II, n. 8.(case 1).

Earle JRJ, Folks DG, Factitious Disorder and coexisting depression: a report of successful psychiatric consultation and case management, Gen Hosp Psychiatry 1986; 8: 448-50.

Eisendrath SJ, Factitious physical disorders: treatment without confrontation, Psychosomatics 1989; 30: 383-387.

Evans DL, Hsiao JK, Nemeroff CB, Munchausen syndrome, depression and the dexamethasone suppression test, Am J Psychiatry 1984; 141: 570-572.

Faguet RA, Munchausen syndrome and necrophilia, Suicide Life Threat Behav, Winter 1980; 10: 214-218.

Falcone A, Diagnosi clinica: Teoria e metodo, Edizioni Borla 1999; p. 44-45.

Feldman MD, Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. South Med J 2000; 93: 669-672.

Femelon G, Mahieux F, Roullet E, Guillard A, Munchausen's Syndrome and abnormalities on magnetic resonance imaging of the brain, *B M J* 1991; 302: 996-997.

Ferri R, Orsini A, *La consulenza clinica psicologica*, Masson, Milano 1999.

Fink P, Jensen J, Clinical and 3 new case histories. *Psychother Psychosom* characteristics of the Munchausen syndrome. A review. 1989; 52: 164-71.

Fisher GC, Mitchell I, Murdoch D, Munchausen syndrome by proxy, The question of psychiatric illness in a child, *Br f Psychiatr* 1993; 162: 701-703.

Fishkin AD, Johnson EA, Lee VT, Munchausen's syndrome and cancer, *J Surg Oncol* 1994; 56: 136-138.

Folks DG, Munchausen syndrome and other factitious disorders, *Neurol Clin* 1995; 13: 267-281.

Ford CV, Feldman MD, Factitious disorder and malingering. Rundell JR. Wise MG.Editors.

Ford CV, Feldman MD, with Toni Reinhold, Patient or Pretender: Inside the strange world of Factitious Disorders, John Wiley & Sons, Canada 1994.

Ford CV, The somatizing disorders: illness as a way of life. New York: Elsevier 1983.

Francescato D, Leone L, Traversi M, Oltre la psicoterapia, Carocci, Roma 2001; p. 367.

Galonos J, Perera S, Sith H, O'Neal D, Sheorey H, Jo Waters M, Bacteremia due to three bacillus species in a case of Munchausen's syndrome, Journal of Clinical Microbiology 2003; 41: 2247-2248.

Gluckman G, Stoller M, Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic, Urology 1993; 14: 347-350.

Hadeed V, Tramp L, Mies C, Electronic cancer Munchausen syndrome, Ann Intern Med 1998; 129: 73.

Highland K, Flume P, A story of woman with cystic fibrosis, Chest 2002; 121: 1704-1707.

Horwitz L, Gabbare GO, Allen JG, Tailoring the psychoterapy to the borderline patient. *Journal of psychoterapy research and practice* 1996; 5: 287-306.

Ireland P, Sapira J, Templeton B, Munchausen's syndrome, *Am J Med* 1967; 43: 579-592.

Jones J et al., Munchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect* 1986; 10: 33-34.

Justus PG, Kreutziger M, Kitchens CS, Probing the dynamics of Munchausen's syndrome, *Ann Intern Med* 1980; 93: 120-127.

Kernberg OF, *Borderline Condition and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975.

Khout H, *The Restoration of the Self*. New York: International University Press, 1977.

Kibel HD, The therapeutic use of splitting: the role of the mother-group in therapeutic differentiation and practicing In: Tuttmann S et. al., *Psychoanalytic Group Theory and Therapy: Essays in Honor of Saul Scheidlinger*, Madison, Conn: International Universities Press 1991: p. 113-132.

King BH, Ford CV, Pseudologia fantastica, Acta Psychiatrica Scandinavia 1988; 77: 1-6.

Kounis NG, Munchausen syndrome with cardiac symptoms: cardiopathia fantastica, Br J Clin Sci 1979; 33: 67-72.

Leggieri G, DSM-IV-MG, Masson, Milano 2000.

Levin AL, Sheridan MS, La sindrome di Munchausen per procura, Centro Scientifico Editore e John Wiley & Sons, Torino 2001.

Luborsky L, Principi di Psicoterapia psicoanalitica: manuale per il trattamento supportivo-espressivo, Bollati Boringhieri Editore traduzione di Paolo Azione e Raffaella Ferrari, p. 60-61. Prima edizione 1989, ristampa marzo 2000.

Ludviksonn BR, Griffin J, Graziano FM, Munchausen syndrome: the importance of a comprehensive medical history, Wis Med J 1993; 92: 128-129.

McIntosh D, Stone WN, Grace M, The flexible boundaried group: Format, techniques, and patients' perceptions, *International Journal of Group Psychotherapy* 1991; 41: 49-64.

Meadow R, Different interpretations of Munchausen syndrome by Proxy, *Child Abuse & Neglect* 2002; 26: 501-508.

Meadow R, False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy, *Arch Dis Child* 1993; 68: 444-447.

Meadow R, Management of Munchausen syndrome by proxy, *Arch Dis Child* 1985; 60: 385-393.

Meadow R, Munchausen syndrome by Proxy: the hinterland of child abuse, *Lancet* 1977; 2: 343-345.

Meadow R, Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 92-98.

Menninger K, Polyusurgeery and polysurgical addiction: *Psychoanalyt Quart* 1934; 3: 173.

Menta NJ, Khan IA, Cardiac Munchausen syndrome, USA, Chest 2002; 122: 1649-1653.

Millon T, Davis RD, Disorder of personality: DSM-IV and beyond, 2nd edn. Wiley, New York 1996.

Montecchi F, primario di neuropsichiatria infantile all' ospedale Bambin Gesù di Roma, convegno sul disagio familiare, separazioni e affidò dei minori. Bambini a rischio nelle separazioni conflittuali: l'abuso sul Minore, palazzo Montecitorio, Roma 1996.

Mountz JM, Parker PE, Liu HG, Bentley TW, Lill DW, Deutsch G, Tc-99m HMPAO brain SPECT scanning in Munchausen syndrome. J Psychiatry Neurosci 1996; 21: 49-52.

Nadelson T, The Munchausen spectrum: borderline character features, Gen Hosp Psychiatry 1979; 1: 11-17.

O'Shea BM et al., The truth of Munchausen, Ir Med J 1984; 77: 216-217.

O'Shea BM, McGennis A, The Psychoterapy of Munchausen's syndrome. Ir J Psychoter 1982; 1: 17-9.

O'Shea BM, McGennis AJ, Lowe NF, O'Rourke MH, Psychiatric evaluation of Munchausen's syndrome. J Ir Med Assoc 1982; 75: 200-202.

Organizzazione Mondiale della Sanità: ICD-10. Edizione italiana a cura di kemali D , Maj M, Catalano F , Lo Brace S, Magliano L, Masson, Milano 1992.

Pankratz L, Lezak M , Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome. Hillside J Clin Psychiatry 1987; 9: 195-206.

Park TA, Borsch MA, Dyer AR, Peiris AN, Cardiopathia fantastica: the cardiac variant of Munchausen syndrome, South Med J 2004; 97 :48-52, quiz 53.

Pedrabissi L, Santiniello M, I test psicologici, Società Editrice il Mulino 1997, p. 60-61.

Powell R, Boast N, The milion dollar man. Br J Psychiatry 1993; 162: 253-56.

Purcell TB, The somatic patient, Emerg Med Clin North Am 1991; 9: 137-159.

Raspe RE, Burger, 'Le Avventure del Barone di Munchausen', traduzione di Elda Bossi, Giunti Gruppo Editoriale, 2003.

Reed J, Compensation neurosis and Munchausen's syndrome. Br J Hosp Med 1978; 19: 314-321.

Reviewed by the doctors at the Cleveland Clinic Department of Psychiatry and Psychology Edited by Charlotte E, Grayson M D, nov. 2002.

Rosenberg D, Dalla menzogna all'omicidio. Lo spettro della sindrome di Munchausen per Procura in: La sindrome di Munchausen per Procura, Centro Scientifico Editore, Milano 1996.

Rosenberg D, Web of Deceit: a literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse & Neglect 1987; 11: 547.

Rossati A, Diagnosi psicologica: riesame di un concetto, Terapia del comportamento, n. 7/1985, p. 79.

Schoenfeld H, Margolin J, Baum S, Munchausen syndrome as a suicide equivalent: abolition of syndrome by psychotherapy. Am J Psychother 1987; 41: 604-12.

Scully R, Mark E, McNelly B, Case 28-1984. *New Engl J Med* 1984; 311: 108-116.

Selvini MP, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM, Ragazze anoressiche e bulimiche, *La terapia familiare*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1998, p. 185-186.

Semprini R, Martellani A, La sindrome di Munchausen by proxy: come uscire dall'inganno, *Quaderni acp* 2003; 10: 2.

Serra C, *Proposte di Criminologia applicata*, Giuffrè Editore, Milano 2000, p. 225.

Shah K, Forman M, Friedman H, Munchausen's syndrome and cardiac catheterization, *Jama* 1982; 22: 3008-3009.

Sigal M, Altmark D, Carmel I, Munchausen syndrome by adult proxy: a perpetrator abusing two adults, *F Nervous and Mental Dis* 1986; 174: 696-698.

Simonelli C, Solano L, *Psicologia e AIDS: problematiche emotive del malato di AIDS e sindromi correlate*, Carocci Editore, 1999; p. 25-38.

Stiles A, Mitirattanakul S, Sanders B, Munchausen syndrome presenting in a patient who has undergone temporomandibular joint surgery, *Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology* 2001; 91: 20-22.

Stone MH, Factitious illness: psychological findings and treatment recommendations. *Bull Menninger Clin* 1977; 41: 239-54.

Swanson DA, The Munchausen syndrome, *Am J Psychother* 1981; 35: 436-44.

Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P, Curare con il paziente, *Metodologia del rapporto medico-paziente*, by FrancoAngeli s.r.l., 1998.

Tatarelli R, *Lezioni di Psichiatria*, Edizioni Kappa, Roma 2003, p. 60-65.

Tatarelli R, Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, The importance of transference and countertransference in Munchausen syndrome by Proxy, *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 353-355

Trethowen V, Enoch D, *Munchausen's syndrome in uncommon psychiatric syndromes*, John Wiley, London 1971.

Turner J, Reid S, Munchausen's syndrome, *Lancet* 2002; 359: 346-349.

Vender S, La sindrome di Munchausen, *Psichiatria e Territorio* XVI, 1999; p. 1-2, 13-16.

Wallach J, Laboratory diagnosis of factitious disorders, *Arch Intern Med* 1994; 154: 1690-1696.

Wiersma D, On pathological lying, *Charact Personal* 1933; 2: 48-61.

Willenberg H, Countertransference in factitious disorder, *Psychotherapy and Psychosomatics* 1994; 62: 1-2, 129-134.

Wimberley T, The Making of a Munchausen. *British Journal of Medical Psychology* 1981; 54: 121-129.

Winnicott D, *The child and family*, Tavistock Publications London 1957; trad. It. *Il bambino e la famiglia*, Giunti-Barbera, Firenze 1973.

