

CASI INDIMENTICABILI

UN ABUSO MOLTO PARTICOLARE

Vittorio Vezzetti

Medico Chirurgo Specialista in Pediatria, Responsabile Scientifico Associazione Nazionale Familiaristi Italiani,
ANFI, Varese

Indirizzo per corrispondenza: vittorio.vezzetti@crs.lombardia.it



Il **primo ricovero** di Gabriele avvenne il 4-2-2000, quando il bambino aveva 6 mesi, per rigurgiti e vomiti riferiti dalla madre dopo l'assunzione di crema di riso. In anamnesi risultò l'assunzione di un normale latte formulato in aggiunta al latte materno per un mese; quindi il bimbo aveva ricevuto latte HA per un altro mese, scelta legata alla presenza riferita di vomiti, rigurgiti e pianto doloroso. Il piccolo era passato quindi, all'inizio del terzo mese, a un latte di soia con beneficio ed era stata posta diagnosi di reflusso gastroesofageo del lattante.

Lo svezzamento era avvenuto al quinto mese con frutta grattugiata (pera).

Nel corso del ricovero Gabriele venne sottoposto a esami di routine e anche a visita cardiologica e RAST che non evidenziarono elementi di interesse. Il dosaggio delle IgE totali risultò pari a 1 e il lactotest IgG diede esito nella norma.

La diagnosi di dimissione fu IPLV, RGE e allergia alla crema di riso. Si suggerì terapia con cisapride.

Il **secondo ricovero** risale al 14 ottobre 2002 per trauma cranico occipitale.

Nel corso del ricovero, visto che il bambino seguiva una dieta speciale e, soprattutto, senza latte, uova, frumento (queste due ultime privazioni su base puramente cautelativa) vennero eseguiti anche prick test per inalanti, alimenti, lattice ma risultarono tutti negativi. Così come gli anticorpi anti-*Helicobacter pylori* e i rast (a eccezione di una debole positività per l'acaro della farina).

Nel dicembre 2003 avvenne la separazione dei genitori (con forti attriti circa le privazioni alimentari del figlio della cui utilità il padre non era convinto) e iniziarono i contenziosi per la custodia di Gabriele.

Pare che il **terzo ricovero** di Gabriele (4 agosto 2004 in regime di *day hospital* - DH) fosse stato richiesto dal padre che non era persuaso del quadro poliallergico alimentare paventato dalla madre che lo aveva ormai privato di numerosi alimenti. Infatti a 15 mesi si sarebbe verificata un'allergia alla soia (non vengono chiarite le modalità di presentazione) e da allora Gabriele seguiva dieta speciale con latte idrolisato hypolac e pasta apteica. Anticorpi per la celiachia, rast e pricks risultarono negativi salvo che per una leggera positività ai fiori dell'olivo.

Nel **quarto ricovero** (10-09-2004) venne eseguito il challenge per il glutine: non si evidenziarono sintomi. Risultarono negativi i RAST per latte, uovo, acari, piante nonché i markers per celiachia. Si liberalizzò così, la dieta per il glutine.

Nel **quinto ricovero** (2-1-2005) effettuato a seguito di crisi di pallore e difficoltà respiratorie riferite esclusivamente dalla madre e mai verificate da un sanitario, si pensò di testare l'allergia al latte con un challenge ma il bimbo si rifiutò categoricamente di assumerlo.

Il **sesto ricovero** (8-1-2005) contemplò il challenge del latte e la liberalizzazione dietetica per questo alimento per l'assenza di reazioni (anche se la madre riferì comunque ai sanitari una crisi di sudorazione).

Il **settimo ricovero** avvenne per anoressia (riferita dalla madre e comparsa, secondo questa prospettazione contestata dal padre, da due mesi) aggravatasi nell'ultima settimana con vomito (28-5-2005). Gli esami risultarono nella norma come sempre (in particolare i marker della celiachia, oltre che il prick al latte che, però, ha scarsa attendibilità in quanto Gabriele assumeva cronicamente Tinset) e non si trovò nessuna giustificazione organica ai disturbi segnalati. In cartella si iniziò a parlare di "pregressa poliallergia" e venne effettuata un'osservazione psicologica

che rileva un'iperprotettività materna (anticamera alla Iper-cura).

L'**ottavo ricovero** (4-6-2005) in DH per poliallergia alimentare e ipoessia. Si programmarono dei colloqui psicologici dato che ormai si iniziava a dubitare fortemente di un'origine organica dei disturbi. Le misure di peso e altezza erano, come sempre, nei range di normalità. Il bambino, teniamolo presente, non aveva ancora sei anni ed era già all'ottavo ricovero.

Il **nono ricovero** è del 7 agosto 2005 per enterite da rotavirus.

Decimo ricovero dal 27 settembre al 5 ottobre 2005 in cui, dopo anni di accertamenti e di prescrizioni terapeutiche, si iniziò a parlare chiaramente di malattia psicosomatica.

In data 7 settembre 2007 e fino al 21 **undicesimo ricovero** per polmonite destra.

Al momento del ricovero, non potendosi più dire Gabriele allergico a latte e frumento, la madre riferì allergia all'aspirina, al cefaclor, allo zitromax, alle fragole, alla pesca, alla soia, all'anguria, all'uovo e al pomodoro. Cui dobbiamo aggiungere l'allergia dichiarata in altri ricoveri al sovrerolo.

Gli esami per malassorbimento e celiachia risultarono ancora negativi.

Per artralgie (in assenza di segni obiettivi di flogosi) vennero eseguiti esami relativi al profilo autoanticorpale. Risultarono tutti negativi (specie gli anticorpi anti citrullina, gli ANA, ENA, ASCA, ANCA) e ci fu una positività solo per gli ASMA (anti muscolo liscio) ma sappiamo che una positività a basso titolo (e qui non venne specificato il titolo) può esser presente in molti soggetti sani.

Non vi era malattia da immunocomplessi (complementemia nella norma), le IgE risultarono sotto i 100 (53.6 e 38.7).

In data 1 ottobre 2007, a 8 anni, **dodicesimo ricovero** per sospetta artrite reumatoide. La visita oculistica esclude l'iridociclite, gli esami ematochimici risultarono regolari con indici infiammatori nella norma. L'artrite reumatoide è per definizione una patologia infiammatoria: come poteva essere sospettata se gli indici infiammatori non erano minimamente alterati?

Un'ecografia addominale risultò nell'assoluta normalità tranne un ispessimento di 5 mm dell'ultima ansa ileale.

Così in data 8-10-2007 arrivò il **treddicesimo ricovero** (questa volta non più per sospetta artrite reumatoide ma per sospetta malattia di Crohn (perché l'eco dell'ultima ansa ileale in data 1 ottobre aveva dato immagine ispessita). Al momento dell'accettazione Gabriele risultò non

mangiare LATTE (MALGRADO LO SCATENAMENTO AVESSE A SUO TEMPO DATO ESITO NEGATIVO), FORMAGGI, PESCE, UOVO, POMODORO, FRAGOLA, PESCA. Risultavano disturbi d'ansia dai sei anni d'età.

Gli esami ematochimici escludono movimenti degli indici infiammatori. La VES assolutamente normale. La radiografia del torace risultò pure normale. L'esofago-gastroduodenoscopia fu nella norma. La biopsia del bulbo duodeno-digiunale evidenziò solo flogosi cronica specifica.

La colonscopia evidenziò invece quadro di ileite terminale per cui, in attesa dell'esito biotico, nell'ipotesi di morbo di Crohn si provvide a terapia specifica con asacol.

Il 27-9-2008 arrivò il **quattordicesimo ricovero** per "artralgie in paziente affetto da polintolleranze alimentari". Ancora una volta, infatti, non vi fu nessun riscontro oggettivo alle parole della madre e la terapia consigliata fu il classico placebo: il Multicentrum!!

Nel ricovero il povero Gabriele venne sottoposto alla consueta caterva di esami senza note di patologia organica: Rast, anticorpi dell'autoimmunità, ECG, Rx spalla destra, eco addome, consulenze cardiologica, ortopedica e psicologica.

Quest'ultima è degna di rilievo: afferma infatti che Gabriele attraverso la comunicazione somatiforme esprime un disagio psicoemozionale; rimarca inoltre che la madre si oppone a ulteriori approfondimenti perché seguita da altri specialisti.

Risulta, dalle parole del padre, che almeno quattro pediatri curanti siano stati cambiati nel tempo perché non d'accordo con la necessità di cure del bambino e questo si verifica spesso nei casi in cui un genitore vuole mantenere il controllo assoluto del minore attraverso le sue malattie immaginarie o funzionali o, comunque, prive di substrato organico.

Anche il ciclo vaccinale pare inoltre sia stato interrotto per supposte reazioni avverse segnalate dalla madre (riferito dal padre). Dopo questo ricovero, avvenuto due mesi dopo la revoca della potestà genitoriale al padre (luglio 2008, soprattutto perché somministrava cibi che il pediatra curante, il quinto, aveva definito pericolosi per il minore), viene riferito che le ospedalizzazioni cessano d'incanto. La diagnosi di dimissione, però, molto più opportunamente fu in questo caso "dolori articolari e addominali sine materia in corso di definizione diagnostica".

Attualmente il figlio è affidato esclusivamente alla madre; il padre sta lottando per riacquistare la potestà genitoriale sul figlio che non vede da due anni.

POSSIBILE SPIEGAZIONE

Cito testualmente dal manuale di pediatria Schwarz-Tiene: "La patologia da inganno è frequente, e oggi più

frequente che in passato per il crescente peso simbolico che le malattie hanno nel contesto sociale e per la crescente attenzione prestata alle malattie dei bambini in particolare. L'inganno può essere proposto dal bambino (in questo caso più frequente le età più tipiche sono ancora una volta quelle dagli 8 ai 14 anni) o dalla famiglia tramite il bambino (sindrome di Munchausen by proxy o per procura).

Nel primo caso sono più frequenti febbri, dolori, impotenza funzionale agli arti, lipotimie e vertigini o convulsioni. Nel secondo l'ematuria, la diarrea, il vomito, la scarsa crescita. La patologia da inganno, così come la patologia funzionale, ma forse più spesso ancora, conduce alla sala operatoria, alla TAC, a ospedalizzazioni anche di mesi, non di rado. Ed è tuttora largamente misconosciuta".

E ancora: "...il sintomo serve a produrre un vantaggio e il vantaggio è ancora una volta stare a casa, essere accuditi. A volte il sintomo riproduce anamnesticamente una sintomatologia effettivamente prodottasi durante una malattia (NDR: come non pensare a vomito, iporessia, scarsa crescita tipiche dell'intolleranza alle proteine del latte vaccino dei primi mesi di vita e perpetuati dai ricordi materni?). La famiglia può proporre il bambino malato per ottenere vantaggi temporali (deposito del bambino) o per rispondere ad esigenze più complesse".

La sindrome di Münchhausen per procura consiste nel danneggiare deliberatamente il corpo di qualcun altro, in genere dei propri figli, per appagare un desiderio inconscio di mettere in atto un dramma personale e rinforzare la relazione con la figura medica che occupa le loro fantasie.

La sindrome di Münchhausen per procura (MSP) rientra nella tipologia di patologie conosciute col nome di patologie della cura, in tal caso si parla di iper-cura. E questo termine pare ben adattarsi, a mio modestissimo parere, al caso di Gabriele (14 ricoveri per lo più sine materia e una pleora di accertamenti e visite pubbliche e private).

Meadow la definisce: "Situazione in cui i genitori, o inventando sintomi e segni che i propri figli non hanno, o procurando loro sintomi e disturbi (per esempio somministrando sostanze dannose), li espongono a una serie di accertamenti, esami, interventi che finiscono per danneggiarli o addirittura ucciderli".

Nel Regno Unito l'incidenza dei casi in bambini sotto l'anno di vita è circa di 2,8 su 100.000 all'anno e si calcola un tasso di mortalità tra il 9% e il 22% dei casi (Rosemberg, 1987; Sheppard, 2001). Per quanto ci siano molte relazioni di casi di MSP non esistono dei dati di prevalenza basati sulla popolazione. La dottoressa Donna Rosemberg dell'Health Sciences Center dell'Università del Colorado indica quattro principali caratteristiche della

MSP su cui penso che bisogna riflettere senza preconcetti alla luce della storia clinica di Gabriele:

- la malattia del bambino viene simulata e/o provocata da un genitore o da chi ne fa le veci;
- il bambino viene ripetutamente sottoposto a esami e trattamenti medici;
- il responsabile dei maltrattamenti nega di sapere la causa della malattia del bambino;
- la sintomatologia acuta si riduce quando il bambino viene allontanato dal responsabile (o è sotto osservazione diretta sanitaria).

Judith Libow e Herbert Schreier del Children's Hospital Medical Centre di Oakland hanno classificato la MSP secondo le tipologie dei genitori. Ne distinguono 3.

- **Cercatori di aiuto.** Sono casi solo apparentemente simili a quelli della MSP. Normalmente si ha un unico episodio di malattia immaginaria piuttosto che una lunga serie di esperienze mediche. Posta di fronte all'evidenza, la madre reagisce con sollievo, è disposta a collaborare e non tradisce alcun segno di ostilità o rifiuto. L'inganno le consente di cercare le cure mediche per sé, legittimando attraverso il figlio 'malato' il bisogno di aiuto psicologico;
- **Responsabili attivi.** Sono i casi da manuale della MSP, in cui un genitore direttamente e attivamente provoca i sintomi nel bambino tramite soffocamento, iniezioni o avvelenamento. Quello che stupisce è che queste madri sono straordinariamente cooperative e grate verso i medici, tanto da sembrare le madri ideali;
- **Medico-dipendenti.** In questi casi di MSP l'inganno si limita ad un falso resoconto dei precedenti clinici del bambino. Non c'è alcun intervento diretto sulla sintomatologia. Naturalmente, a causa di questi falsi sintomi, il bambino subisce molti esami inutili e dolorosi. Le madri sono convinte che i figli siano realmente malati e si risentono se medici e personale ospedaliero non confermano le loro convinzioni. I bambini di questo gruppo sono in genere più grandi. Le madri sono tendenzialmente più ostili, paranoiche ed esigenti verso i medici da cui sono 'dipendenti'.

Solitamente la madre MSP è una donna abbastanza colta, in grado di esprimersi con proprietà. Talvolta ha una preparazione medica di qualche tipo. Può aver frequentato un corso di laurea in infermieristica o in medicina, senza necessariamente laurearsi o conseguire in titolo. Spesso segue con attenzione le serie televisive di ambientazione ospedaliera o medica, compra riviste che trattino dell'argomento e legge dizionari medici. Quando il figlio viene ricoverato si dimostra un'ottima interlocutrice per il personale sanitario, ascolta con attenzione e si dimostra collaborativa. È per questo che una diagnosi di MSP viene solitamente accolta con sorpresa dagli operatori, che la consideravano una madre affettuosa e amorevole. Gli a-

spetti patologici di una madre MSP sono da considerarsi le reazioni paranoide, la convinzione maniacale che il figlio sia malato e la personalità sociopatica. Appare infatti evidente che queste donne adottano uno stile affascinante e subdolo per sfruttare gli altri violando le norme sociali e morali, senza senso di colpa o rimorso alcuno. Sono frequentemente affette da un disturbo di personalità più o meno marcato (istrionico, borderline, passivo-aggressivo, paranoide, narcisistico).

Il ruolo del padre è misterioso e incerto. Il più delle volte è assente dalla vita familiare o resta lontano da casa per la maggior parte del tempo. Questo, naturalmente aiuta la madre nel fabbricare i sintomi senza che nessuno se ne accorga. Il fatto curioso, tuttavia, è che quando la donna viene scoperta e messa di fronte agli abusi perpetrati non di rado il marito la sostiene e può persino rendersi complice dei suoi inganni, facilitando tacitamente il suo comportamento. (NDR: questo non è evidentemente il caso del papà di Gabriele). Alla luce della storia clinica di Gabriele che non si esaurisce, ricordiamolo, con questi 14 ricoveri in nove anni ma contempla pure una pletora di consulenze e accertamenti extraospedalieri, penso che non si possa escludere aprioristicamente il quadro di una patologia da inganno. In ogni caso la mia opinione (condivisa dai colleghi cui ho presentato il caso) è che un bambino sostanzialmente sano che viene ospedalizzato così tante volte (troppo spesso su basi non organiche) sia comunque un bambino abusato.

Non sta a me, sia chiaro, stabilire le responsabilità (forse qui più che mai vale la regola evangelica del “chi è senza peccato scagli la prima pietra”) e le motivazioni.