

La Sindrome di Alienazione Genitoriale – PAS

Introduzione di Sara Ginanneschi

La Sindrome da Alienazione Genitoriale è un fenomeno sempre più osservato nelle cause di separazione ed affidamento di minori e consiste in un'azione di screditamento più o meno consapevole da parte di un genitore sull'altro che va a determinare un vissuto di "alienazione" appunto, di distacco emotivo, del minore verso l'adulto vessato.

Poiché in quest'ultimo periodo si moltiplicano corsi per riconoscere e trattare la PAS e si accendono dibattiti circa la comprensione di questo fenomeno in vari ambienti psicoforensi, abbiamo deciso di allestire questo spazio per accogliere i vari punti di vista di professionisti del settore e lasciamo aperta la possibilità di intervento ad altri professionisti.

LA SINDROME DI ALIENAZIONE GENITORIALE – UNA BREVE SINTESI

A CURA DEL DR. GAETANO GIORDANO E DELLA DR.SSA FRANCESCA TROIANO

Centro studi separazioni e affidamento minori

1.1 Definizione

La PAS (Parental Alienation Syndrome) è stata individuata per la prima volta negli anni '80 da Richard Gardner, psichiatra forense della Columbia University di New York.

Solo recentemente è stata accolta nella psicologia italiana e tradotta da Gulotta e Bussi (1998) in Sindrome di Alienazione Genitoriale. Si tratta di un disturbo psicopatologico di soggetti in età evolutiva, di età compresa tra i 7 e i 14/15 anni.

Gardner definisce la PAS:

Un disturbo che insorge quasi esclusivamente nel contesto delle controversie per la custodia dei figli. In questo disturbo un genitore (alienatore) attiva un programma di denigrazione contro l'altro genitore (alienato). Tuttavia, questa non è una semplice questione di "lavaggio del cervello" o "programmazione", poiché il bambino fornisce il suo personale contributo alla campagna di denigrazione. E' proprio questa combinazione di fattori che legittima una diagnosi di PAS. In presenza di reali abusi o trascuratezza la diagnosi di PAS non è applicabile.

La PAS è considerata un vero e proprio abuso emotivo nei confronti di un figlio "manovrato" (Barbaro, 2007). E' una violenza che, come affermato da Gardner, porta come conseguenze:

Esame di realtà alterato, narcisismo, indebolimento della capacità di provare simpatia ed empatia e mancanza di rispetto per l'autorità, estesa anche a figure non genitoriali come insegnanti e futuri datori di lavoro.

1.2 SINTOMI

La PAS è caratterizzata da un cluster di sintomi che possono manifestarsi, in parte, nel bambino con lo scopo di rafforzare il legame patologico con il genitore alienante.

Gardner (1998) descrive, inizialmente, otto sintomi primari.

1- Campagna di denigrazione

Implica la partecipazione attiva del bambino alla campagna denigratoria nei confronti del coniuge bersaglio, senza rimproveri o punizioni da parte del genitore alienato.

Questi messaggi distorti sul genitore alienato, spesso impliciti, come occhiate o riferimenti indiretti.

2- Razionalizzazioni deboli, superficiali e assurde

Il bambino per giustificare l'astio nei confronti del genitore alienato può utilizzare delle scuse e delle accuse nei confronti del genitore, comunque privi di riscontri oggettivi.

3- Mancanza di ambivalenza

I bambini "programmati" nel commentare il genitore alienato ne descrivono solo le caratteristiche negative. Infatti in una famiglia sana si impara che una persona presenta lati positivi e lati negativi.

4- Fenomeno del pensatore indipendente

Il bambino sostiene di essere autonomo nel prendere le decisioni e nel dare giudizi sul genitore alienato e difende il genitore programmatore, anche perché sa che l'alienante sarebbe felice di questo. Rifiuta le accuse di essere una persona debole e passiva.

5- Appoggio automatico al genitore alienante

Si può collegare al "fenomeno dell'identificazione con l'aggressore". Il bambino, in quanto debole, appoggia il genitore alienante perché detiene il potere. Il bambino preferisce essere dalla parte del genitore forte ed assumere potere, in quanto così non potrà essere vittimizzato, cosa che avverrebbe se si alleasse con il genitore vittima, che tende a rimanere sempre più marginale.

6- Assenza del senso di colpa

I bambini, vittime della campagna di denigrazione del genitore alienante nei confronti del genitore vittima, non solo non provano il senso di colpa o empatia, ma non provano nemmeno il sentimento di calo dell'autostima, che fa parte del senso di colpa. I bambini, che sono parte integrante della campagna di denigrazione, non si rendono effettivamente conto delle cattiverie che perpetrano al genitore bersaglio.

7- Scenari presi in prestito

I bambini utilizzano frasi ed espressioni apprese e suggerite dal vocabolario adulto ed eventi che non hanno mai vissuto o di cui non possono essere a conoscenza e di cui è dubbia la veridicità, ma che sono parte integrante della campagna denigratoria.

8- Estensione dell'ostilità

L'astio del bambino si estende anche alla famiglia d'origine del genitore bersaglio, all'eventuale nuova famiglia e agli amici.

Successivamente Gardner ne aggiunse altri quattro criteri diagnostici (1998, 1999):

- 1. Difficoltà di transizione nei periodi di visita presso il genitore non affidatario;**
- 2. Comportamento del minore durante i periodi di permanenza presso il genitore non affidatario;**
- 3. Legame del minore con il genitore alienante;**
- 4. Il legame del minore con il genitore alienato, riferito al periodo precedente la fase di separazione giudiziale (Giorgi, 2001).**

1.3 Livelli di manifestazione

Gardner (1998) distingue tre tipologie di PAS o *livelli di manifestazione* (vedi tab. 1): *lieve*, *moderata*, *grave*, e prevede trattamenti differenziali in base al livello di gravità manifestato.

1. Nel caso di *PAS lieve* la manifestazione degli otto sintomi primari è superficiale e non viene consigliata psicoterapia. La maggior parte delle volte basta confermare l'affidamento al genitore alienante in modo da far terminare la campagna denigratoria.

Gardner sostiene che l'intervento può essere contenuto con interventi del tribunale mirati alla conferma dell'affidamento primario (primary custody), con valutazioni periodiche e verifiche a scadenza (cfr. Gardner, 1987c, 1992a, 1998a e 1998b, 2001a e Conway Rand D., 1997b).

2. I casi di *PAS moderata*, invece, costituirebbero la maggioranza dei casi osservati.

Sono ravvisabili manifestazioni di tutti gli otto sintomi primari elencati da Gardner.

Il bambino utilizza parole e scenari presi in prestito dal genitore alienante, a cui è legato in maniera morbosa. In questi casi il bambino riporta delle difficoltà negli spostamenti tra le due resistenze (dal genitore affidatario a quello non affidatario). Nel genitore alienante si riscontra la convinzione che il genitore-target, l'alienato, deve essere considerato *disprezzabile* e *punibile* (Ward, 1996). Secondo Stahl (1999), nei bambini, a questo livello, si manifestano sintomi quali l'ansia, l'insicurezza e distorsioni percettive. Infatti già si tende a delineare tratti totalmente buoni attribuibili al genitore da alienare e tratti totalmente cattivi attribuibili al genitore alienante. Secondo Gardner (1999, 2001c), i più importanti interventi legali e terapeutici devono riguardare i casi 'medi'.

3. Nei casi di *PAS grave* i rapporti tra il bambino e il genitore alienato sono praticamente impossibili; poiché il minore tende a portare il suo astio verso il genitore alienato fino al fanatismo (Gardner 1985, 1992a, 1998a e 1998b, 2001a e Conway Rand, 1997a), mentre con il genitore alienante instaura un legame simbiotico patologico, fino a giungere ad una vera e propria "*folie à deux*" (Disturbo Psicotico Condiviso) (Conway Rand 1997a e 1997b).

Questo è lo stadio in cui sono più presenti la concomitanza di *programming* e *brainwashing* (Gardner, 1995 e Stahl, 1999). Questo viene denotato, anche dalla presenza di manifestazioni paranoiche e acting out che hanno il solo scopo di ferire il genitore e rinsaldare il legame con il genitore programmatore, raccontando anche fatti non veri e gravi: come minacce e abusi.

Quando il minore viene forzato a frequentare il genitore alienato può scatenare violenti episodi di rabbia ed aggressività incontrollata che, in casi estremi, sfociando in tentativi di suicidio o omicidio dell'altro. (cfr. Gardner, 1998 e 2001a).

Questo rapporto esclusivo con il genitore alienante (cita testualmente Gardner “con la madre”) può portare, nel minore, alla formazione di squilibri a livello psichico, in particolare l’insorgenza di una psicopatologia di stampo paranoideo. (cfr. Gardner, 1998a, 1999, 2001a)

Si tratta di una vera e propria ‘relazione invischia’ tra minore e alienatore (Ward, 1996), in cui il minore tenderebbe a far *propri*: desideri e volontà del genitore alienante, affermando che sono i propri pensieri. Secondo molti Autori (Darnall 1998a), molto dipende dalle caratteristiche riguardanti la personalità della madre.

1.4 Criteri Diagnostici

1.4.1 Per una corretta diagnosi di PAS

Per formulare una corretta diagnosi di PAS bisogna fare molta attenzione a degli errori comuni che si commettono, interpretando come PAS delle situazioni che, invece, possono essere interpretate diversamente.

Partiamo dal considerare che non tutte le manifestazioni di preferenza verso un genitore si possano far risalire ad indottrinamento e programmazione ma potrebbero essere spiegate come naturali preferenze e ascrivibili a fattori bio-socio-psicologici (età e sesso del bambino, tempo trascorso insieme ai genitori, status economico, ecc...) (Gulotta, 2008).

Altro dato importante è che, per esser diagnosticata la PAS, bisogna che ci sia un coinvolgimento *attivo e volontario* da parte del genitore alienante. Infatti, non è possibile diagnosticare la PAS, quando vengono a mancare questi presupposti e il bambino, spontaneamente, tira le somme di una situazione spiacevole da lui vissuta, prendendo le parti di un genitore.

Bisogna, inoltre, analizzare tre aspetti importanti:

1. *L’ostilità ed il rifiuto:*

Non sempre implicano la presenza di PAS e quindi alienazione nel bambino. Secondo Warshak (2002) ci sono 5 fattori che aiutano nel discriminare la presenza o meno di PAS.

Questo avviene quando gli episodi:

- sono circoscritti in un periodo temporale (non include la presenza e poi la scomparsa in casi di PAS quando passa dall’abitazione del alienato all’alienatore)
- sono occasionali e non frequenti
- si presentano solo in certe situazioni
- coesistono con espressioni di amore genuino e di affetto
- sono diretti ad entrambi i genitori

2. *La resistenza a manovre di alienazione:*

Kelly e Johnston (2001) hanno evidenziato che vi sono delle variabili distintive che permettono di essere più o meno vulnerabili all'alienazione. Le differenze riguardano lo stadio di sviluppo cognitivo ad emozionale. Esse sono:

- **L'età e le capacità cognitive del bambino**

- **I sentimenti d'abbandono sperimentati nei confronti del genitore bersaglio**

- **Il temperamento e la personalità del bambino**

- **Elementi propri della relazione tra il bambino con l'altro genitore tra cui la dipendenza, la paura d'abbandono e la convinzione di doversi occupare del genitore con cui vive il rapporto privilegiato.**

3. Alienazione senza PAS

Vi sono casi in cui l'alienazione non dipende dalle manovre alienatorie del genitore alienante; ma potrebbe essere una risposta all'abuso o ad altre forme di trascuratezza o magari al fatto di aver assistito a violenze domestiche, commesse da un genitore verso l'altro genitore o verso altri membri.

Vi sono situazioni nelle quali l'alienazione coincide con il rifiuto o senso di tradimento che il bambino sperimenta poiché il genitore si risposa con un'altra persona; in questi casi si manifesta "l'auto-alienazione del bambino" (Warshak, 2002).

1.5 Presupposti per il suo verificarsi

1.5.1 Caratteristiche individuali della triade familiare

Caratteristiche del bambino

1. Non hanno fratelli o sorelle

2. Tendenza ad essere egocentrici

3. Crescita della suggestionabilità dai 2 anni fino ai 7-8 anni per stabilizzarsi verso i 15-16 anni

4. Dai 15-16 anni in poi vi è sempre maggiore intenzionalità nelle decisioni prese

5. Le variabili che influenzano gli effetti della patologia sono:

- tecniche utilizzate

- intensità e durata

- età

- crede o meno a ciò che gli viene propinato

Gli effetti sia a breve che a lungo termine riscontrati da Gullotta, 1998, sono:

- aggressività
- tendenza all'acting-out
- egocentrismo
- futuro carattere manipolatorio e/o materialistico
- comportamenti autodistruttivi, ossessivo compulsivo e dipendenti, narcisismo, falso sé, disturbi psicosomatici, alimentari, relazionali e dell'identità sessuale, eccessiva razionalizzazione, confusione emotiva o intellettuale, bassa autostima, depressione, fobie e regressione.

Gli effetti riscontrabili sono:

Disturbi della Condotta, o d'Ansia di Separazione, o Dissociativo NAS, oppure tutti i tipi di Disturbi dell'Adattamento. (DSM IV, 1994; Gardner, 2002a)

Caratteristiche Genitore Alienante

Il genitore alienante è una persona:

- 1 Vulnerabile
- 2 Immatura
- 3 Dipendente dall'accettazione degli altri

Egli sviluppa con il minore un rapporto invischiato, basato sulla:

1. Genitorializzazione:

Tale meccanismo è alla base di relazioni patogene.

Essa implica l'invertire il potenziale genitoriale, che spinge il soggetto che l'agisce, a relazionarsi al minore come se fosse un suo genitore

2. Dipendenza

Vi sono tre tipologie di alienatore:

Alienatori naïf

Caratterizzato da un atteggiamento passivo nella relazione con il minore

Alienatori attivi

Abili nel distinguere i propri bisogni da quelli del figlio ma hanno problemi nel contenimento dei propri sentimenti di odio, aggressività, frustrazione e li trasmettono più o meno consapevolmente al figlio

Alienatori ossessivi

Covano molta rabbia all'interno di sé e tendono a percepire se stessi come ingiustamente traditi dall'altro genitore, a cui attribuiscono il fallimento della propria esistenza

Gli effetti riscontrabili sono il Disturbo Delirante, in particolare in entrambi sono quello di persecuzione, o il Disturbo Psicotico Condiviso

Disturbi di Personalità Paranoide, (folie à deux) o il Problema Narcisistico e Borderline. Relazionale Genitore-Bambino (DSM IV, 1994; Gardner, 2002a).

Caratteristiche Genitore Alienato

Legame adeguato e sereno con il bambino

- 1- Più sensibili verso i figli
- 2- Più consapevolezza nei loro comportamenti
- 3- Più presenti sul piano educativo
- 4- Si arrendono su situazioni di rifiuto non risolvibili nell'immediato

Legame non soddisfacente o distaccato

- 1- Accetta la situazione sia per *remissività* che per *paura*
- 2- In alcuni casi è risoluto ed utilizza mezzi autoritari (Tribunale, Carabinieri), per vedere il figlio ed occuparsi di lui
- 3- Così facendo si attua un circolo vizioso.

Questo porta, al rafforzamento delle convinzioni dell'ex coniuge ed del figlio, nel leggere le azioni dell'alienato come violente ed aggressive

Gli effetti riscontrabili sono il Disturbo Delirante, in particolare in entrambi sono quello di persecuzione, o il Disturbo Psicotico Condiviso. Disturbi di Personalità Paranoide, (folie à deux) o il Problema Narcisistico e Borderline. Relazionale Genitore-Bambino (DSM IV, 1994; Gardner, 2002a). (DSM IV, 1994; Gardner, 2002a)

1.6 Proposte d'intervento elaborate da Gardner

La buona riuscita degli interventi sulla PAS devono essere caratterizzata da una collaborazione congiunta sia degli psico-professionisti che degli operatori della giustizia. (Waldron e Joanis, 1996). Infatti, il modello terapeutico di Gardner (1998a) prevede un approccio integrato tra disposizioni del tribunale ed interventi psicoterapeutici.

Trattamento differenziale dei tre tipi di Sindrome di Alienazione Genitoriale

Grado della sindrome

Lieve Moderato

Grave

Approccio legale	Il tribunale	Piano A (il più comune)	1. Il tribunale ordina che la
	ordina che la	1. Il tribunale ordina che la	
	custodia	1. Il tribunale ordina che la	
	primaria	custodia primaria rimanga al	custodia primaria sia
	rimanga	al	trasferita
	genitore	genitore alienante	al genitore alienato (nella
	alienante	2. Il tribunale designa un	maggioranza dei casi)
		terapista PAS*	
		3. Sanzioni:	2. Il tribunale ordina un
		a) pecuniarie	Transitional Site Program
		b) arresti domiciliari	
		c) arresto in carcere	
		Piano B (occasionalmente	
		necessario)	
		1. Il tribunale ordina che la	
		custodia primaria sia trasferita	
		al genitore alienato	
		2. Drastiche restrizioni alle visite	
		del genitore alienante, di tipo	
		protetto se necessario per	
		prevenire l'indottrinamento	
Approccio	Normalmente	Piano A (il più comune)	Transitional Site Program
psicoterapeutico	non	Trattamento condotto da un	monitorato da terapeuta
	necessario	terapista designato dal tribunale	
		Piano B (occasionalmente	
		necessario)	
		Transitional Site Program	
		monitorato	

Bibliografia

- Barbaro G. (2007) *Famiglia in crisi tra patologia e risoluzione dei conflitti: Sindrome di Alienazione Genitoriale e Mediazione Familiare*, Associazione Italiana Psicologia Giuridica.
- Conway Rand D. (1997a), *The spectrum of Parental Alienation Syndrome* (part 1), American Journal of Forensic Psychology, 15 (3) p23-52
- Conway Rand D. (1997b), *The spectrum of Parental Alienation Syndrome* (part 2), American Journal of Forensic Psychology, 15 (4) p39-92
- Darnall D. (1998a) "Three types of Alienators" www.parentalalienation.com/PASdirectory.htm
- Darnall D.(1998b) "Risk factors in Parental Alienation"
www.parentalalienation.com/PASdirectory.htm
- Gardner R.A. (1985) *Recent trends in divorce and custody litigation*, Academy Forum, 29 (2), pp.3-7.
- Gardner R.A.(1992) *The Parental Alienation Syndrome: a guide for mental health and legal Professionals*, Cresskill, Creative Therapeutics, New York.
- Gardner R.A. (1998a) *Recommendations for dealing with parents who induce a parental alienation syndrome*, Journal of Divorce & Remarriage, Volume 28(3/4), pp.1-21.
- Gardner R.A. (1998b) *The Parental Alienation Syndrome (2nd. ed.)*, Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Gardner R.A. (1999a) *Differentiating between the parental alienation syndrome and bona fide abuse/neglect*, The American Journal of Family Therapy, Vol. 27, n. 2, pp.97-107.
- Gardner R.A. (1999b) *Family Therapy of the Moderate Type of Parental Alienation Syndrome*, The American Journal of Family Therapy. 27:195-212.
- Gardner R.A. (2001a) *Therapeutics Intervention for Children with Parental Alienation Syndrome*, Cresskill, NJ: Creative Therapeutics, Inc.
- Gardner R.A. (2002a) *Does DSM-IV Have Equivalentents for the Parental Alienation Syndrome (PAS) Diagnosis?*, American Journal of Family Therapy, 31(1):1-21.
- Gardner R.A. (2002b) *The empowerment of children in the development of parental alienation syndrome*, The American Journal of Forensic Psychology, 20(2):5-29. Trad. It. (2005) *L'acquisizione di potere dei bambini nello sviluppo della sindrome di alienazione genitoriale*, Nuove tendenze della psicologia, vol. 3, n. 1, pp. 75-102.
- Giordano G., Patrocchi R., Dimitri G. (2006), *La sindrome di alienazione genitoriale*, Psychomedia Telematic Review (PM, 25 Luglio 2006)

Giorgi R. (2001) *...dalla disputa all'avversione – Riflessioni critiche in ambito forense e clinico sulla Sindrome di Alienazione Parentale (PAS) di R. A. Gardner*, AIPG (Associazione Italiana di Psicologia Giuridica). www.aipgitalia.org/Tesinemaster1.html

Gulotta G., Buzzi I.(1998), *La sindrome di alienazione genitoriale: definizione e descrizione*, Pianeta infanzia, Questioni e documenti, n. 4, Istituto degli Innocenti di Firenze, pp. 27-42.

Gulotta G., Cavedon A., Liberatore M.(2008), *La sindrome da alienazione parentale (PAS) lavaggio del cervello e programmazione dei figli in danno dell'altro genitore*, Giuffrè editore, S.p.A. Milano.

Stahl P.M. (1999) “*Alienation And Alignment Of Children*”, California Psychologist, Vol. 32(3) p. 23-32;

Kelly J.B., Jonhston J.R.(2001) *The alienated child: a reformulation of parental alienation syndrome*, in Family Court Review, 39 (3), 297- 311.

Ward P. (1996) “ *Family Wars: Parental Alienation Syndrome. Composite case from actual examples*” paper from Advisory Council of the professional Academy of Custody Evaluators.

Warshak R. (2000), *Remarriage as a Trigger of Parental Alienation Syndrome*, *The American Journal of Family Therapy*, 28, pp.229-241

Warshak R. (2002), *Misdiagnosis of parental alienation syndrome*, in *American Journal of Forensic Psychology*, 20 (2), 31-52.

Waldron K.H. e Joanis D.E. (1996) *Understanding and Collaboratively Treating Parental Alienation Syndrome*, *American Journal of Family Law*, Vol.10, pp.121-133.

Troiano F., *PAS: Sindrome di alienazione genitoriale – Un problema familiare ed istituzionale*, Tesi di Laurea – Università degli Studi G. d'Annunzio Chieti – Facoltà di Psicologia Corso di laurea in Scienze Psicologiche – Relatore: M. Cristina Verrocchio, Rivista Telematica Psychomedia, <http://www.psychomedia.it/pm-thesis/troiano/troiano.pdf>

LA SINDROME DI ALIENAZIONE PARENTALE (PAS) – Realtà clinica o argomento retorico?

A CURA DEL DR. ANDREA MAZZEO

Negli ambiti clinici e di ricerca la sindrome in questione, chiamata anche Sindrome di Alienazione Genitoriale, è poco nota; lo è molto invece in ambiti forensi (criminologia, medicina legale, psichiatria forense, psicologia giuridica).

Il clinico, psichiatra o psicologo, che si accosti a questa entità resta non poco sorpreso nel leggere ciò che ne scrivono alcuni.

Secondo Richard A. Gardner, l'autore che per primo l'ha proposta alla comunità scientifica nel 1985, la sua insorgenza sarebbe strettamente legata al “proliferare delle cause per l'affidamento dei minori”(1); già questo *incipit* fa storcere un po' il naso. Riesce difficile pensare che una vicenda giudiziaria possa rappresentare un fattore eziologico per un nuovo disturbo, psichiatrico o psicologico che sia. Certo, una vicenda giudiziaria è un fattore stressante che può dar luogo ad un

ventaglio di disturbi reattivi allo stress; ma, appunto, possediamo già le categorie cliniche per i disturbi da stress, e la PAS non è fra essi compresa.

Disattenzione della nosografia? Misconoscimento?

Possibile che l'OMS e l'APA abbiano entrambe sottovalutato questo disturbo, tanto da non ricomprenderlo né nell'ultimo aggiornamento dell'ICD-10 (2) né nel DSM-IV (3) e nel DSM-IV-TR? (4). Curiosità vuole che si vada anche a ricercare, nella proposta per il futuro DSM-V, cosa la *task-force* dell'APA stia facendo in merito; per trovare un accenno alla PAS si deve andare nell'ultima sezione, quella dei contributi da fonti esterne, in attesa di ulteriori studi che la confermino (5).

La "sindrome" in questione consisterebbe in questo: se un minore, nel corso delle vicende di una separazione conflittuale, rifiuta di incontrare, parlare, andare a trovare, uno dei due genitori è perché, sostiene Gardner, il minore è stato manipolato da un genitore (da lui chiamato alienante) contro l'altro genitore (da lui chiamato alienato). Per Gardner tra il genitore alienante ed il bambino si crea una collusione di natura psicotica, una *folies à deux*, sostanzialmente; precedenti terapeuti che sono intervenuti nella situazione conflittuale senza porre questa diagnosi sono anch'essi collusi con il sistema delirante condiviso, venendosi a realizzare una *folies à trois*. Solo, sostiene Gardner, gli "specialisti della PAS" sono in grado di riconoscere questa collusione; ovviamente gli specialisti verranno formati alle sue scuole secondo le sue idee.

Credo non sfugga a nessuno l'estrema fragilità, meglio, l'inconsistenza epistemologica di queste tesi. Dinamiche di quel tipo si osservano ma sono agevolmente spiegabili alla luce delle teorie psicologiche correnti e ben consolidate; la manipolazione del minore da parte di un genitore può verificarsi, ma va affrontata con gli strumenti di cui la psicologia dispone e che sono supportate dalle evidenze scientifiche; il rifiuto di un minore verso un genitore può avere come causa la manipolazione da parte dell'altro genitore, ma questo non può essere un automatismo esplicativo. La *folies à deux* esiste (Disturbo Psicotico Condiviso per il DSM) ma è molto rara e non si manifesta con il rifiuto di un genitore ma con sintomi psicotici evidenti; il rifiuto di vedere un genitore non è un sintomo psicotico e non è utile alla diagnosi di un disturbo psicotico. La *folies à trois*, in cui sarebbe addirittura coinvolto il terapeuta che spiega il rifiuto del minore in altro modo, praticamente non esiste perché le persone che condividono il delirio devono essere "unite da vincoli di consanguineità o di matrimonio" (3) o comunque in una relazione stretta che dura da tempo.

Poiché si tratta di una patologia rara è ben strano che tutti i pazienti osservati da Gardner soffrissero di questo disturbo; sembrerebbe che si siano concentrati negli stessi luoghi frequentati da Gardner; il *bias* è evidente.

Il rifiuto verso un genitore può invece originare dal fatto che questo genitore è violento in casa e quindi spaventa il minore, o che picchia l'altro genitore e quindi il minore ne è impaurito, che il genitore rifiutato sia psichicamente disturbato e terrorizzi la famiglia, che abbia addirittura abusato sessualmente del minore stesso, e così via. Compito del perito, in tali situazioni, non è quello di fornire al magistrato una risposta semplicistica ad un problema complesso, ma di approfondire le dinamiche intrafamiliari cercando anche le verità scomode. La psicologia offre un'infinità di strumenti, ampiamente validati, per indagare tali dinamiche; le tautologie non sono mai utili.

Ricercando studi recenti balza ben presto all'attenzione un lavoro del 2008, di autori spagnoli che s'intitola "*La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): Del síndrome «puro» a la «terapia de la amenaza»*" (6), scritto da Antonio Escudero, psichiatra a Madrid, Lola Aguilar Redo, pediatra e Direttrice di un centro per il recupero di bambini e donne vittime di violenza, e

Julia de la Cruz Leiva, chirurgo. Di questo lavoro sono state trovate in internet due stesure, una pubblicata nel sito della Società Spagnola di Neuropsichiatria ed una sul sito della Liz Library (articolo n° 9). Quanto segue fa riferimento a quest'ultima versione.

Gli AA hanno svolto un'approfondita ricerca nelle principali banche dati trovando, al settembre 2007, zero lavori nelle *library* del *BMJ*, *Cochrane* e *SciELO*; 32 lavori in *EMBASE*, 10 in *Medline*, 42 in *PROQUEST* e 10 in *PubMed*. Un po' pochino per una "malattia" già anzianotta; 94 lavori in 22 anni, meno di 4 lavori l'anno, a livello mondiale. Ovviamente non sono compresi i tanti lavori pubblicati in riviste non indicizzate dalle banche dati consultate, il cui valore scientifico è però molto scarso; spesso consistono in mere ripetizioni dei concetti di Gardner, senza nulla apportare di nuovo alla ricerca.

Gli AA concludono il loro corposo lavoro affermando che la PAS è priva di contenuto scientifico e rappresenta solo un artificio dialettico, un argomento retorico; anche la "terapia" proposta da Gardner, e ripresa senza varianti in ambito forense, è priva di valore scientifico. Gardner afferma che la "cura" di questa "malattia" consiste in un provvedimento del Giudice che tolga l'affidamento del minore ad un genitore (quello alienante, sec. Gardner) per darlo all'altro genitore (quello alienato, sec. Gardner).

Ma che malattia è quella che si cura con un provvedimento giudiziario?

Un disturbo mentale può venire curato con i farmaci o con la psicoterapia, o entrambi, o non richiedere alcuna cura. Un decreto del Giudice può curare una malattia? Mai sentito nulla del genere.

Come affermato da Escudero e coll, la teoria della PAS cancella, con un drammatico colpo di spugna, tutte le ricerche scientifiche degli ultimi cento anni di psicologia da "Piaget a Vigotski, Spitz, Mahler, Klein, Freud (Anna), Ainsworth, Winnicott, Bowlby, Lebovici, Ajuriaguerra, Diatkine, Anzieu, Erikson" (6), e tanti altri.

Con la consegna coatta del minore al genitore da lui rifiutato e l'interruzione di ogni contatto, persino telefonico, con il genitore amato (perché in questo consiste in sostanza la terapia proposta da Gardner), vi è il grave e concreto rischio di consegnare il minore proprio al genitore violento o che lo ha abusato sessualmente. Questa è stata una costante nei paesi in cui le teorie di Gardner si sono radicate, USA, Canada, Argentina, Spagna. Proprio questo rischio ha portato le autorità politiche e scientifiche di questi paesi a prendere una posizione radicale rifiutando la PAS ed ogni concetto ad essa collegato.

Nel 2009, sempre in Spagna, è stato pubblicato un libro da due psicologhe, una argentina, Sonia Vaccaro e l'altra spagnola, Consuelo Barea Payueta, che svolge una approfondita analisi della PAS e delle drammatiche conseguenze che ha avuto la sua applicazione negli USA in Argentina ed in Spagna (7).

E qui tocchiamo un tasto al quale i "sostenitori" della PAS reagiscono in maniera poco professionale. Tali questioni concernono la biografia di Gardner e le sue opinioni, più volte espresse nei suoi lavori, sulla pedofilia. Non si può prescindere da ciò se si vuole avere un'idea precisa della PAS.

Gardner era uno psichiatra forense, libero professionista, che si occupava esclusivamente di cause di affidamento di minori nel corso di separazioni conflittuali; alla sua morte il *The New York Times* pubblicò il necrologio dando notizia del decesso del Prof. Richard A. Gardner, della Columbia

University; alcuni giorni dopo il giornale dovette pubblicare una rettifica, precisando che il Dr Richard A. Gardner aveva dichiarato falsamente (il verbo inglese è *misstated*) la sua posizione alla Columbia University poiché non era Professore di Psichiatria Infantile, ma solo un volontario non retribuito (8).

Con i proventi del suo lavoro di psichiatra forense aveva messo su una propria casa editrice, la *Creative Therapeutics* che pubblicò tutti i suoi libri, e solo quelli.

In più lavori Gardner esprime opinioni favorevoli alla pedofilia od ai rapporti sessuali tra il padre ed il bambino o la bambina; non è il caso di riportare tali affermazioni in questa sede, visto che sono facilmente reperibili in rete.

Ad ulteriore riprova dell'inconsistenza scientifica della PAS, nel marzo del 2010 l'Associazione Spagnola di Neuropsichiatria si è pronunciata ufficialmente con un proprio documento rigettando questa "sindrome" (sbrigativamente definita un "castello in aria") e consigliando agli iscritti di non farne uso né in contesti clinici né in contesti giudiziari (9).

Ma la situazione negli USA qual'è? Gli USA hanno già archiviato da tempo la questione PAS.

Nel 2002 una giurista, la Professoressa Carol Bruch, dell'Università Davis della California ha pubblicato un lavoro dal titolo significativo: "*Parental Alienation Syndrome and Alienated Children – getting it wrong in child custody cases*" (10), con il quale fa letteralmente piazza pulita della PAS e dei concetti ad essa collegati ("alienazione parentale", "madre malevola", ecc).

Nel 2003 la Rivista dell'Istituto di Ricerca dei Procuratori USA di Giustizia (NDAA's American Prosecutors Research Institute) ha pubblicato un articolo di Erika Rivera Ragland e Hope Fields (entrambe Procuratori, cioè rappresentanti dello Stato nei processi) dal titolo: "*Parental Alienation Syndrome: What Professionals Need to Know*". Il lavoro di Ragland e Fields si compone di due parti distinte.

Nelle conclusioni della prima parte scrivono, tra l'altro: "*In short, PAS is an untested theory that, unchallenged, can have far-reaching consequences for children seeking protection and legal vindication in courts of law* (11)" (In breve, la Pas è una teoria non verificata che, se non contestata, può provocare conseguenze a lungo termine per il bambino che cerca protezione e rivendicazione legale nei tribunali).

Nelle conclusioni della seconda parte scrivono: "*PAS is an unproven theory that can threaten the integrity of the criminal justice system and the safety of abused children* (12)". (La PAS è una teoria non dimostrata in grado di minacciare l'integrità del sistema di giustizia penale e la sicurezza dei bambini vittime di abusi).

Adesso gli USA si trovano a dover affrontare le cause che stanno intentando contro lo Stato coloro che negli anni '80 e '90 sono stati diagnosticati come affetti dalla PAS; minori all'epoca ma adesso adulti e consapevoli del danno ricevuto.

Per quanto riguarda il Canada, il Dipartimento (Ministero) di Giustizia canadese consiglia di utilizzare "modelli esplicativi multidimensionali più complessi in contrasto con la nozione non empiricamente supportata di PAS" (13).

Sul fronte, diciamo, favorevole a questa diagnosi è da registrare un recente articolo di Bernet e coll. (14); il *goal* dell'articolo è evidente sin dal titolo: l'inserimento della PAS nel prossimo DSM-V e

nell'ICD 11. Una rassegna bibliografica, quindi, dei lavori sino ad oggi pubblicati che possa convincere gli estensori del DSM a prenderla in considerazione, più che uno studio che apporti nuove conoscenze in questo campo; con questo obiettivo la PAS viene ribattezzata PAD (*Parental Alienation Disorder*).

Gli AA mostrano di avere le idee poco chiare sin dall'inizio dell'articolo poiché ne propongono l'inserimento (14) o nel corpo del DSM-V, o nell'Appendice B (Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica) o in una delle altre appendici del DSM-V (Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi). A mio parere l'obiettivo degli AA è solo quello di ottenere comunque l'inserimento del PAD in una qualsiasi sezione del DSM, non importa quale, per poterlo poi sbandierare in tribunale come una sindrome riconosciuta dal DSM.

Nel paragrafo successivo illustrano i motivi per cui, a loro parere, l'alienazione parentale è una diagnosi; tra le venti ragioni esposte si va dall'essere un disturbo dell'attaccamento ad un disturbo relazionale; poi che è un concetto valido per via dei numerosi studi condotti in vari paesi (ma senza supportare questa affermazione con riferimenti bibliografici specifici), al fatto che i criteri diagnostici sarebbero replicabili come confermato da numerose ricerche (che però non vengono citate), ecc.

Una serie di argomentazioni retoriche più che dati scientifici, che sono ripetute sino alla fine dell'articolo. Ne segue un'ampia bibliografia, elencata in ordine alfabetico e non numerata, cosa che non consente alcun riscontro tra le affermazioni fatte nel lavoro ed il corrispettivo riferimento bibliografico. Lavori, come già detto, non indicizzati dalla banche dati o che non raggiungono i criteri minimi della *Cochrane* per essere oggetto di metanalisi.

Chiudono il lavoro proponendo, in analogia con i DSM, il set di criteri diagnostici (da A ad F) ma senza fornire indicazioni sul numero di criteri necessari per la diagnosi e soprattutto senza affermare che in assenza di compromissione psico-sociale, clinicamente significativa, del bambino non si può fare la diagnosi del Disturbo.

Come concludere questa rassegna?

Richiamandoci alla nostra deontologia professionale; nel corso dell'attività peritale è buona norma, sempre, attenersi a conoscenze scientifiche consolidate e comprovate da letteratura inoppugnabile; avvalersi di concetti seducenti, forse, ma scientificamente inconsistenti rappresenta una brutta consuetudine che rasenta la *malpractice* e ci espone ad accuse di negligenza ed imperizia.

Meglio lasciar perdere i voli di fantasia e restare ben ancorati al terreno familiare dell'evidenza scientifica (DSM o ICD), fornendo al Magistrato che dovrà esprimere il suo giudizio elementi concreti e scientificamente attendibili.

BIBLIOGRAFIA

1. Gardner, R.A. (1998). *The Parental Alienation Syndrome, Second Edition*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics, Inc.
2. OMS (1995), *ICD-10, Criteri diagnostici per la ricerca*, Masson, Milano.
3. APA (1996), *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

4. APA (2001), DSM-IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text revision*, Masson, Milano.
 5. APA (2010), *DSM-V, Development*.
(<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/ConditionsProposedbyOutsideSources.aspx>)
 6. Escudero A, Aguilar Redo L e de la Cruz Leiva J (2008), *La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): Del síndrome «puro» a la «terapia de la amenaza»*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v. 28 n. 2 Madrid.
(http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000200004&script=sci_arttext&tlng=es)
(<http://www.thelizlibrary.org/site-index/site-index-frame.html#soulhttp://www.thelizlibrary.org/liz/pas.htm>)
 7. Vaccaro S e Barea Payeta C (2009), *El pretendido Síndrome de Alienación Parental – un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia*, Desclée de Brower, Bilbao.
 8. *Obituary of Richard Gardner* (2003), The New York Times.
(<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9F05E0DB1539F93AA35755C0A9659C8B63&scp=1&sq=Richard%20a.%20gardner&st=cse>)
 9. AEN (2010), *Declaración en contra del uso clínico y legal del llamado Síndrome de Alienación Parental*. (http://www.aen.es/docs/Pronunciamiento_SAP.pdf)
 10. Bruch C S (2002), *Parental Alienation Syndrome and Alienated Children – getting it wrong in child custody cases*. Child and Family Law Quarterly, Vol 14, No 4.
(<http://www.thelizlibrary.org/liz/bruch.pdf>)
 11. Rivera Ragland E, Fields H (2003), *Parental Alienation Syndrome: What Professionals Need to Know – Part 1 of 2*, (http://www.ndaa.org/ncpca_update_v16_no6.html)
 12. Rivera Ragland E, Fields H (2003), *Parental Alienation Syndrome: What Professionals Need to Know – Part 2 of 2*, (http://www.ndaa.org/ncpca_update_v16_no7.html)
 13. Documento del Dipartimento di Giustizia del Canada, paragrafo 4.3.4.
(http://www.justice.gc.ca/eng/pi/fcy-fea/lib-bib/rep-rap/2006/2005_3/p4.html#a4_3)
 14. Bernet W, Von Boch-Galhau W, Baker A J L, Morrison S L (2010), *Parental Alienation, DSM-V, and ICD-11*, Am J Family Therapy, 38:76–187.
- RINGRAZIAMENTI: ringrazio amiche ed amici di Facebook per i preziosi consigli forniti durante la stesura di questo lavoro.