

## Sul documento psico-forense

Sta girando in rete un documento redatto da alcuni colleghi (psicologi e psichiatri) che, prendendo spunto dalla vicenda di Padova, si proporrebbe di far chiarezza su alcune controverse questioni in materia di definizione dei conflitti post-separativi e di affidamento dei minori; presa di posizione inopportuna, a parere dello scrivente, perché sa tanto di “coda di paglia” per cui alla fine si trasformerà in un boomerang.

Qui uno dei link dove tale documento è disponibile:

<http://www.psicologiagiuridica.eu/psicologia-giuridica/43-separazioni-edivorzi/335-documento-psicoforense-sullalienazione-genitoriale.html>

Mi soffermo su alcuni punti; nel corso di questo documento si afferma:

*“La comunità scientifica è concorde nel qualificare le dinamiche psicologiche che conducono all’alienazione di un genitore come un disturbo della relazione e non come un disturbo individuale”.*

Mi si perdoni l'ardire ma non mi ci ritrovo; ho documentazione inoppugnabile (e oltre a quella già in mio possesso mi metterò rapidamente alla ricerca di altra documentazione analoga) nella quale alcuni dei firmatari di tale documento, nella loro qualità di CTU o di CTP dei padri si esprimono diversamente, e cioè parlano della cosiddetta alienazione genitoriale come di una 'malattia' da cui sarebbero 'affetti' il minore e il genitore amato; qualcuno, in qualità di CTP del padre, è giunto persino a diagnosticare, senza nemmeno conoscere madre e bambino, non solo la cosiddetta “sindrome di alienazione genitoriale” (dopo che una regolare CTU l'aveva già esclusa), ma anche altre 'malattie' (la “sindrome della madre malevola”, che nemmeno esiste - <http://www.alienazionegenitoriale.org/docu/malevola.pdf>, e la “sindrome di Münchhausen per procura” per via di una sola visita ginecologica disposta dalla madre affidataria, quando quest'ultima sindrome consiste invece nella peregrinazione che il genitore fa fare al bambino da uno specialista all'altro e da un ospedale all'altro, e soprattutto è più frequente nei padri - <http://www.alienazionegenitoriale.org/docu/munchausen.pdf>).

***Sono queste le “buone prassi e [le] ... fondamenta scientifiche” ?***

***Sono questi le “metodologie e [i] criteri di valutazione consolidati da un’abbondante letteratura scientifica”?***

Se sono questi, la società civile può farne benissimo a meno. Siamo sempre al solito discorso delle pubbliche virtù e dei vizi privati. Anche Gardner, quando i colleghi della *Columbia University* gli chiedevano di chiarire la sua posizione diceva che si trattava di sue opinioni personali, poi invece nei Tribunali spacciava la PAS come una malattia vera e propria.

Nulla rileva il cambiamento terminologico proposto, declassando il rifiuto del bambino di incontrare un genitore da 'sindrome di alienazione genitoriale' ad 'alienazione genitoriale'.

Nel 2002 la Prof.ssa Carol Bruch ha chiarito con le sue pubblicazioni ([http://www.law.ucdavis.edu/faculty/Bruch/files/fam353\\_06\\_Bruch\\_527\\_552.pdf](http://www.law.ucdavis.edu/faculty/Bruch/files/fam353_06_Bruch_527_552.pdf) e <http://www.law.ucdavis.edu/faculty/Bruch/files/bruch.pdf>) che questi cambiamenti terminologici rientrano nelle mistificazioni di Gardner e dei sostenitori della PAS perché il concetto dal quale partono è sempre il medesimo: se il bambino rifiuta un genitore ciò avviene perché è stato manipolato dall'altro genitore.

La soluzione proposta e propugnata, come tutto il mondo ha potuto vedere, è la **'terapia della minaccia'**, termine sinistro col quale si definisce **il prelievo forzato del minore e il suo collocamento in una comunità interrompendo ogni contatto con il genitore amato; ciò consentirà la de-programmazione del minore. Quindi la proposta terapeutica per la falsa malattia, che adesso non si chiamerebbe più malattia, è l'alienazione del minore dal genitore amato.**

Molti dei firmatari sono docenti universitari e possono insegnarmi che i motivi di una relazione disfunzionale tra due persone sono contenuti all'interno di quella specifica relazione, non all'esterno; che le interazioni sono sempre circolari e che la 'punteggiatura' la stabilisce chi ha maggiore potere nella relazione (devo citare tutti gli assiomi della comunicazione?).

Il motivo del rifiuto del bambino verso un genitore è da ricercare proprio nel comportamento di questo genitore verso il bambino stesso; sostenere che il motivo del rifiuto non è il comportamento del genitore rifiutato ma la manipolazione da parte dell'altro genitore è come, l'ho detto e scritto più volte, se chiamassi il tecnico in casa perché non arriva acqua calda in bagno e questi pretenda di riparare il forno.

La psichiatria relazionale non l'ho inventata io ma proviene dalle ricerche della Scuola di Palo Alto in California; ma leggendo certe cose, mi si perdoni, uno si fa l'idea che si stia citando la Scuola di 'Palo Basso'.

E ancora:

*I dati che emergono dagli studi e dalla pratica peritale sul campo convergono infatti nell'indicare che l'alienazione parentale rappresenta un fattore di importante rischio evolutivo per l'instaurarsi di diversi disturbi di interesse psicopatologico.*

Non mi è chiaro il concetto di rischio evolutivo; che significa? Quali sarebbero i “*diversi disturbi di interesse psicopatologico*” che questo rischio evolutivo comporta? Se sono diversi mi sarebbe piaciuto che ne fosse stato citato almeno qualcuno. Lavoro nella psichiatria pubblica dal 1978 e non ho mai visto un caso, dico uno, di una persona che si sia ammalata di un disturbo mentale in seguito a questa cosiddetta alienazione genitoriale; anzi è esattamente il contrario. **Bambini che hanno vissuto col genitore violento o abusante si sono seriamente ammalati e sono in cura.**

Dopo aver affermato che la presunta alienazione genitoriale può essere responsabile di “*diversi disturbi di interesse psicopatologico*” si legge però quanto segue:

*Sebbene essa non determini necessariamente un'evoluzione psicopatologica in età adulta, ne è spesso l'anticamera ...*

La contraddizione è talmente evidente che nemmeno perdo tempo a farla rilevare. Riepilogando: la PAS causa o non causa disturbi in età adulta? Perché se non li causa chiudiamo qui il discorso. Ma se li causa sarebbe bene sapere quali sono questi disturbi piuttosto che restare nel vago, perché così abbiamo le idee più chiare sull'eziologia di questi presunti disturbi psichiatrici di cui la PAS è l'anticamera (addirittura!) e potremo prevenirli internando preventivamente in comunità tutti i bambini che sono a rischio di contrarre cotali disturbi.

Machado De Assis ha scritto pagine interessanti su questa visione della psichiatria.

E poi, mi si perdoni, ancora con la mistificazione dell'inserimento nel DSM-5: sia pure come 'disturbo relazionale' non può entrare in nessuna classificazione medica perché le classificazioni mediche classificano le malattie (Kurt Schneider) e non gli eventi di vita, quindi si continua ancora a disinformare e mistificare. E per l'inserimento di una qualsiasi cosa in una qualsiasi classificazione ci vogliono studi scientifici seri e accreditati, non articletti mal scopiazzati pubblicati sui *blog*, o petizioni di principio favorevoli alla PAS. E se la *task force* per il DSM-5 di articoli seri non ne ha trovati vuol dire che non ce ne sono, con buona pace di tutti.

La speranza che qualcosa possa un **domani** essere classificato non autorizza a parlare **oggi** di questa cosa come scientifica quando invece non lo è!

E non autorizza a fare CTU surreali!!

Nel DSM tali condizioni che si pretende di diagnosticare come malattie autonome sono già classificate in **Asse IV**, tra i “**Problemi psicosociali e ambientali**” e previste nel paragrafo dei “**Problemi con il gruppo di supporto principale**”; per i non addetti ai lavori preciso che queste dell'Asse IV del DSM sono condizioni che “possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi di un disturbo mentale” ma non sono di per se stesse diagnosi o condizioni cliniche.

I famosi “**Problemi relazionali**” che si vogliono adesso chiamare “**Disturbi relazionali**” (e qui intravedo una certa malafede perché l'italiano “Disturbo” traduce l'inglese “*Disorder*” con il quale i colleghi americani indicano quelle che una volta si chiamavano “Malattie mentali”, le quali però non possiedono i requisiti per essere chiamate “*Diseases*” e per questo hanno ripiegato sul più neutro “*Mental Disorders*”) sono già compresi nel DSM-IV nel capitolo delle “**Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica**”, paragrafo dei “**Problemi relazionali**”, così inquadrati:

### ***Z63.8 Problema Relazionale Genitore-Bambino***

*Questa categoria dovrebbe essere usata quando l'oggetto dell'attenzione clinica è una modalità di interazione tra genitore e bambino (per es., comunicazione compromessa, iperprotezione, disciplina inadeguata) che è associata con una compromissione clinicamente significativa del funzionamento dei singoli o della famiglia, o con lo sviluppo di sintomi clinicamente significativi nel genitore o nel bambino.*

**Per ogni condizione che si voglia classificare il DSM richiede che la stessa determini “*compromissione clinicamente significativa del funzionamento*”; se il bambino non ha alcuna compromissione del funzionamento sociale, scolastico, relazionale, ecc, ma l'unico 'problema' è il rifiuto di un genitore non si può classificare proprio nulla.**

**E “*sintomi clinicamente significativi*” non sono quelli di Gardner per il semplice motivo, i medici lo sanno bene gli psicologi o gli avvocati-psicologi forse un po' meno, sintomo in medicina è una condizione di sofferenza soggettiva e in assenza di sofferenza soggettiva non si può parlare di sintomi né tanto meno di malattie o disturbi.**

**E, guarda caso, tutti i bambini di mia conoscenza ai quali è stata diagnosticata la PAS non hanno alcuna sofferenza soggettiva, sono bambini normalissimi, molto intelligenti, brillanti, tra i primi a scuola, socievoli, impegnati in varie attività extra-scolastiche.**

**Come possono dei medici sostenere che questi sono bambini malati!!  
O manipolati!**

**Le buone prassi invocate impongono che si indaghi realmente il comportamento del genitore rifiutato. Impongono che si ascolti prioritariamente il bambino senza pregiudizio alcuno, senza paura della verità, anche se certe verità fanno paura.**

**Il resto, mi si perdoni, è aria fritta.**

17 ottobre 2012  
Andrea Mazzeo  
Medico-Chirurgo  
Specialista in Psichiatria