

**Sindrome di alienazione genitoriale  
(P.A.S.): il grande imbroglio**

*Come di una presunta malattia si vuole fare un dogma*

di

*Andrea Mazzeo*

## **INDICE**

Prefazione

Analisi della PAS dal punto di vista medico

Casistica personale

Considerazioni conclusive

## PREFAZIONE

I motivi che mi hanno indotto a pubblicare questo libro sono due.

In primo luogo l'esigenza di dare unitarietà di lettura a scritti che sono sparsi per il *web* e non consentono, a chi si accosti per la prima volta a queste problematiche, di averne un rapido quadro d'insieme.

Il secondo motivo è rappresentato dal fatto che il sostegno strumentale fornito alla teoria della PAS vede in campo ingenti risorse economiche e costose tecniche di *marketing* (corsi di formazione e master - che io chiamo di 'indottrinamento' sulla PAS - articoli su riviste, libri, comparsate televisive, arruolamento di *testimonial* e mercenari a tempo pieno).

Tutta questa 'orrida macchina da guerra' (poiché è evidente che il sostegno alla teoria della PAS non ha nulla di scientifico) non può venire contrastata e sconfitta se non si dispone di un'analogia forza d'urto e di analoghe risorse economiche. Il ricavato della vendita di questo libro sarà in parte destinato a questo, alla 'sconfitta dell'esercito del male' (si tratta di chiare iperboli): gruppi maschilisti e tutta la sub-cultura raccogliatrice che orbita intorno a loro.

In questo libro riprendo, ampliandone i concetti, materiale già pubblicato in internet - note su *Facebook* (1), un articolo pubblicato su un blog di psicologia(2) e le relazioni preparate per alcuni convegni (3).

Il perché dell'autopubblicazione. Questa scelta è stata sofferta e criticata all'interno dei nostri movimenti (femminismo militante, associazioni di madri, Movimento per l'Infanzia, associazioni di volontariato sensibili alla difesa dei minori).

Alla fine ho fatto questa scelta perché ho temuto che il mondo dell'editoria possa essere poco propenso, nell'attuale momento storico (i *media* sono ormai schierati univocamente in favore di padri separati), a muoversi controcorrente. Scelta naturalmente criticabile, me ne rendo conto per primo.

La *lobby* dei padri separati, pur comprendendo solo un centinaio di persone, è molto potente sia ai diversi livelli istituzionali (alcuni padri separati sono consulenti parlamentari a tempo pieno) sia nel controllo dell'informazione.

Un esempio del loro potere di controllo dell'informazione a livello internazionale l'abbiamo dal fatto che una pagina *internet* da alcuni mesi non è più raggiungibile (forse è un sospetto eccessivo ma non riesco a trovare altre spiegazioni); si tratta del necrologio di Gardner (4) pubblicato il 31/05/2003 dal quotidiano inglese *The Independent* (5), nel quale Gardner veniva definito come "autentic american monster".

È della metà di marzo 2012, poi, la venuta in Europa del presidente della più potente associazione di padri separati dell'Argentina, *Los padres de l'Obelisco*, col progetto di incontrare in Spagna un noto Giudice favorevole alla PAS e in Italia, a L'Aquila, altri personaggi analoghi; siamo ormai alle alleanze intercontinentali e questo non promette nulla di buono.

Verso la fine di marzo 2012 è previsto a Milano un convegno, che vedrà riuniti i

maggiori fautori della PAS in Italia, al quale parteciperà anche uno psichiatra americano che è parte della *lobby* internazionale che sta esercitando pressioni per l'inserimento della PAS nel DSM (6) (fatto oltremodo sconcertante perché il riconoscimento di una condizione come patologia avviene sulla base di ricerche scientifiche e non di pressioni propagandistiche - con la propaganda si vendono i detersivi non si studiano le malattie - pressioni propagandistiche che vengono svolte anche da professionisti e addirittura docenti universitari, in Italia e all'estero); è recente anche la notizia che analoghe pressioni vengono esercitate nei confronti dell'OMS (7) per l'inserimento della PAS nell'ICD (8), visto che l'APA (9) ha ormai deciso di non comprenderla nella quinta edizione del DSM.

Meglio il fai-da-te, allora, sia pure con tutti i limiti di questa scelta; naturalmente il giudizio finale sarà di chi leggerà il libro, ed è questo che conta.

## **Analisi della PAS dal punto di vista medico**

Nonostante il mancato inserimento nelle classificazioni ufficiali delle malattie (10), nonostante il parere negativo dell'Associazione Spagnola di Neuropsichiatria (11), nonostante la messa in guardia da parte del mondo giuridico americano (12) e canadese (13), in Italia molti medici, psicologi, addirittura assistenti sociali e avvocati, continuano a servirsi di questi concetti antiscientifici per modificare l'affidamento dei minori, quando nel corso della separazione gli stessi rifiutano il rapporto con un genitore.

Non solo; è in atto una massiccia campagna di propaganda in favore della PAS che va da convegni a corsi di *master* organizzati da associazioni di psicologi giuridici, criminologi o psichiatri forensi, con coinvolgimento a vario titolo di Società scientifiche, Ordini professionali, ecc. Un vero e proprio indottrinamento sociale che mira alla creazione di una realtà fittizia che vuole tutte le madri malevoli e alienanti a danno dei padri che a causa delle ex-mogli finiscono sul lastrico e sono costretti a rivolgersi alla *Caritas* per un pasto caldo o un letto. Fioriscono libri, film, appelli in televisione e su giornali di destra e sinistra in merito alle 'drammatiche' condizioni di vita dei padri separati. Siamo al grottesco ormai!

Mi è sembrato oltremodo necessario, a questo punto, svolgere un'analisi di questi concetti sotto il profilo rigorosamente medico; in un paese normale non ce ne sarebbe stato bisogno (l'onere della prova è di chi propone una teoria non di chi la confuta) ma in quest'Italia post-democratica che da circa vent'anni non è più capace di pensiero autonomo ce n'è bisogno, a mio parere.

Quanto di seguito riportato è stato oggetto di relazione al recente convegno che si è svolto a Firenze, nella sala conferenze dell'Ordine dei Medici (14); relazione integrata con altri elementi.

### **Definizione**

La PAS consiste nel **rifiuto che il bambino esprime verso la relazione con un genitore, in alcuni casi di separazioni altamente conflittuali.**

Secondo le parole di Gardner:

*La sindrome da alienazione parentale è un disturbo che insorge essenzialmente nel contesto di controversie per l'affidamento dei figli. La sua principale manifestazione è la campagna di denigrazione da parte del bambino nei confronti di un genitore, una campagna che non ha giustificazione.*

La traduzione si trova sul sito dell'Associazione "Crescere Insieme", di Firenze, quindi credo sia da ritenere attendibile.

Questa definizione però si discosta da quella di malattia che ci insegna la medicina: *Alterazione di un organo, o di una funzione dell'organismo, che provoca sofferenza del soggetto.*

Per i disturbi mentali parliamo di alterazione delle funzioni psichiche, della percezione, del pensiero, dell'affettività, ecc; le alterazioni delle funzioni psichiche sono studiate da una disciplina che si chiama Psicopatologia Generale. Il testo di riferimento per lo studio delle alterazioni delle funzioni psichiche è quello classico di Jaspers, filosofo e psichiatra tedesco (15).

In un recente testo di psicopatologia è riportato il concetto di persona malata, così come modernamente inteso in psichiatria (16):

*Malato è, nell'autoconsapevolezza del "paziente" e nel giudizio del suo ambiente, chi, per qualsiasi ragione, propria o del mondo, soffre qualitativamente e/o quantitativamente al di sopra della misura consueta per il luogo o per il gruppo di appartenenza; chi pur partendo da condizioni non estreme non riesce a venire a capo dei problemi sino a creare situazioni pregiudizievoli per l'esistenza; chi non riesce ad affermarsi nella vita e nel mondo; chi, infine, a causa della sua elevata alterità, non riesce a stabilire contatti vitali con gli altri esseri umani.*

Definizione, quest'ultima, che sembra adattarsi più ad alcuni dei padri separati che ho conosciuto che alle loro ex-mogli o ai loro figli; questi ultimi vengono invece etichettati come malati di PAS da CTU (17) poco avvezzi, evidentemente, alla diagnostica psichiatrica.

Anche per la psichiatria, che è una branca della medicina, non c'è malattia se non c'è sofferenza soggettiva; per il DSM il soggetto diagnosticato deve presentare una compromissione **clanicamente significativa** del funzionamento sociale; nei bambini con un disturbo mentale ci possono essere regressione nello sviluppo, peggioramento dei risultati scolastici, chiusura, isolamento, ecc.

Nella definizione della PAS non vi è alcun cenno a un'eventuale sofferenza del minore né alla funzione psichica che sarebbe alterata; si accenna solo a questa 'campagna di denigrazione' (nella sostanza al rifiuto che il minore esprime verso la relazione con un genitore), che non costituisce, però, sofferenza soggettiva del minore.

**La PAS è la prima malattia al mondo per la quale si fa diagnosi in assenza di sofferenza soggettiva.**

Ho acquisito una discreta esperienza di 19 casi in cui è stata diagnosticata la PAS ai minori; in alcuni sono CTP e non ho visto nei bambini alcuna sofferenza, nessun segno di malattia; semplicemente rifiutano la relazione con un genitore, di solito il padre, e anzi stanno male e presentano ansia o crisi di panico se costretti a relazionarsi col genitore rifiutato.

In un solo caso sui 19 il rifiuto è stato verso la madre, tanto che il collega ha diagnosticato la PAS al padre; i miei dubbi su questo metodo di lavoro riguardano il fatto che il collega riporta come fonte del suo sapere intorno alla PAS l'enciclopedia libera *Wikipedia*.

Ma al di là delle osservazioni personali cito un lavoro del 2005, di due ricercatori dell'Università di Roma "*La Sapienza*", che dimostra che la PAS non produce danni psicologici nei minori.

Si tratta di uno studio che possiamo definire retrospettivo, di tipo comparativo, che mette a confronto due gruppi di bambini. Gli autori hanno esaminato i fascicoli di separazioni già definite del Tribunale Civile di Roma, dal 2000 al 2004. Dal totale di 96 CTU effettuate per questioni di affidamento hanno estratto quelle nelle quali ai minori era stata fatta la diagnosi di PAS, pari a 12 CTU; dalle restanti CTU senza la diagnosi di PAS ne hanno estratte casualmente altre 12.

Il totale dei minori studiati è risultato pari a 20 con diagnosi di PAS e 23 senza diagnosi di PAS. Su questi due gruppi gli Autori hanno effettuato vari rilievi, tra i quali il confronto dei risultati ai test psicologici fatti durante le CTU, scrivendo testualmente (18):

*Nessun minore del nostro campione presenta una qualche forma di psicopatologia, vale a dire che la PAS e la separazione conflittuale rappresentano una condizione di rischio per il minore coinvolto che non determina di per sé e soprattutto nel breve termine una condizione psicopatologica nel minore.*

*In entrambi i gruppi si evidenzia una condizione di disagio psichico per i minori coinvolti, senza differenziazioni tra i minori con PAS e quelli senza PAS ( $\chi^2=.38; df=1; a=.538; N=43$ ). Questo dato sembrerebbe indicare che la PAS non produce effetti più "dannosi" rispetto a quelle prodotti generalmente nei casi di separazione/divorzio conflittuali: in entrambe le situazioni il minore presenta una condizione di rischio evolutivo, relativo all'essere coinvolto in dinamiche conflittuali.*

Questo lavoro dimostra anche l'assenza di patologia nei genitori dei bambini cui viene diagnosticata la PAS (19):

*Altresì non abbiamo riscontrato alterazioni psicopatologiche a carico dei genitori e non sembrano esservi differenze tra i due gruppi con PAS e senza PAS. Questo dato non ci sorprende dal momento che la PAS è una patologia relazionale che non dipende e non è associabile ad una psicopatologia individuale di uno o entrambi i genitori.*

Quest'ultimo dato fa finalmente piazza pulita di tutte le sciocchezze che certi CTU scrivono nelle loro perizie addebitando alle madri le malattie più inverosimili, dalla sindrome di Münchhausen per procura alla sindrome della madre malevola, sino a diversi tipi di isteria.

Il concetto di patologia relazionale, nel quale si rifugiano gli Autori del lavoro, non è molto corretto, a mio parere, perché i sistemi possono essere disfunzionali ma non certo patologici, in senso medico.

Altra anomalia che presenta questo concetto rispetto a quello classico di malattia in medicina è che molto spesso la diagnosi di PAS viene effettuata senza visitare il bambino e la madre che ne sarebbero ammalati; ho documentazione di casi in cui il CTU che ha visitato il bambino, ha fatto i colloqui, i test e tutti gli accertamenti necessari, ha escluso la presenza della PAS ma poi i padri hanno chiesto un parere ad altri medici che senza conoscere né la madre né il bambino, hanno fatto diagnosi di PAS.

Una malattia si può diagnosticare solo con una visita accurata del paziente, non per sentito dire. È questo il metodo clinico.

Citando un grande clinico scomparso nel 1990: *Metodo* significa “la strada che si percorre” e *diagnosi* “riconoscere attraverso” sintomi e dati (Prof. Mario Coppo, già Emerito di Clinica Medica all’Università di Modena: “Un metodo per la diagnosi”).

I **sintomi** ci vengono riferiti dal paziente, i **dati**, i **segni**, li rileviamo dalla visita, o dal colloquio con il paziente.

**La PAS è l’unica malattia al mondo che si può diagnosticare senza bisogno di visitare il paziente.**

## **Eziologia**

L’eziologia è lo studio delle cause delle malattie.

Secondo le parole di Gardner, la PAS è un disturbo che insorge in seguito al “*proliferare delle cause di affidamento dei minori*”.

Questa non è una eziologia medica; i fattori eziologici noti delle malattie sono costituzionali, ambientali, traumatici, degenerativi, ecc.

In psichiatria, per i disturbi psichiatrici maggiori - schizofrenia e disturbi bipolari - l’eziologia è ancora sconosciuta ma esistono numerosi dati che fanno pensare a un substrato organico e proliferano studi sui correlati somatici di questi disturbi, dalle tecniche di *neuroimaging* agli studi sui polimorfismi genetici, ecc.

Nel 1950 Kurt Schneider, un famoso psichiatra tedesco, ha affermato che possiamo parlare di malattia solo in ambito somatico e questo vale anche per la psichiatria (20).

Una vicenda giudiziaria altamente conflittuale è sicuramente un fattore stressante che può provocare nelle persone coinvolte diversi tipi di problemi psicologici correlati allo stress - sindromi ansiose reattive, depressioni reattive, disturbi psicosomatici o comportamentali - ma da qui a considerare una vicenda processuale come fattore eziologico di una nuova malattia ce ne corre.



Se, per fare un esempio, durante il mio corso di laurea, sostenendo l'esame di Clinica Medica, o anche di Clinica Psichiatrica, mi fossi permesso di affermare una bestialità del genere, il professore mi avrebbe cacciato a calci nel sedere, e con giusta ragione.

**La PAS è la prima malattia nella storia della medicina che avrebbe un'eziologia giudiziaria.**

## **Epidemiologia**

L'epidemiologia è lo studio della frequenza e della diffusione delle malattie nella popolazione.

L'unico dato epidemiologico fornito da Gardner è la **maggiore frequenza della PAS nelle madri**. Nulla si sa sulla sua frequenza nella popolazione generale, sulla sua incidenza, non ci sono dati epidemiologici per questa presunta malattia.

Su cosa si basa l'affermazione della maggiore frequenza della PAS nel sesso femminile? Su nessun dato obiettivo, nessuno studio epidemiologico, solo sulle affermazioni di Gardner.

Gardner svolgeva attività libero-professionale come esperto in cause di separazione (tra parentesi non era specialista né in Medicina Legale né in Psichiatria; un noto medico-legale leccese, che adesso non c'è più, parlava a questo proposito di colleghi con l'*hobby* della Medicina-Legale; pare che molti abbiano anche l'*hobby* della Psichiatria).

Gardner cita la sua esperienza di circa 400 cause di separazione nelle quali lui era perito di parte per conto dei padri. Non riporta però in che intervallo di tempo ha fatto le sue osservazioni, quindi non possiamo comparare i suoi dati con il totale delle cause di conflitti per l'affidamento dei minori che si sono svolte nello stesso periodo; questo per capire qual è l'incidenza di questa presunta malattia sul totale delle cause di separazione conflittuali. Dubito che Gardner abbia seguito tutte le separazioni conflittuali che si sono svolte negli USA dagli anni '60, quando lui è rientrato dal servizio militare, agli anni '80 quando ha proposto il concetto di PAS.

E qui si apre un autentico baratro su questa presunta malattia: in quegli anni la diagnosi di PAS compariva unicamente nelle 400 cause in cui era presente Gardner, mentre non compariva in tutte le altre dello stesso periodo, che saranno state sicuramente più numerose; non ci vuole la patente di scienziato per concludere che la 'causa' della diagnosi di PAS era la presenza stessa di Gardner nel processo.

Dove c'era Gardner compariva anche la PAS, dove non c'era Gardner non si parlava di PAS.

Sulla riferita maggiore frequenza nel sesso femminile dobbiamo accontentarci delle sue affermazioni non sostenute da alcuno studio epidemiologico; né Gardner riporta ipotesi mediche per spiegare il suo dato.

Di fronte a questo tipo di obiezione ha replicato dicendo che *“anche il cancro al seno è più frequente nelle donne e nessuno se la prende con i medici per questo”* (21). E questa è un'altra enorme bestialità perché se il cancro al seno è più frequente nelle donne lo è per precisi motivi di ordine medico, di livello anatomico, fisiologico, endocrinologico, ecc.

Come medici sappiamo che esistono malattie che hanno una maggiore frequenza in un sesso piuttosto che in un altro; oggi si parla di medicina di genere, si studiano i fattori medici che spiegano le malattie correlate al sesso. Ma per la PAS non viene riportato nessun dato di natura medica che spieghi la riferita maggiore frequenza nel sesso femminile.

Altro elemento di forte dubbio è rappresentato dal fatto che nei suoi primi articoli Gardner fornì percentuali di frequenza del 10% nei padri e del 90% nelle madri. Di fronte alle obiezioni che gli furono rivolte, che ciò fosse dovuto a un suo pregiudizio di genere, fornì altre percentuali parlando di 20% dei padri e 80% di madri affetti da PAS; oggi si parla del 40% nei maschi e 60% nelle femmine.

Francamente, questi dati epidemiologici ballerini, che si modificano così disinvoltamente, fanno sorridere; una malattia è tale proprio perché la sua epidemiologia è stabile nel tempo, nei diversi paesi e persino nelle diverse culture.

## Sintomatologia

La sintomatologia della PAS è rappresentata da otto sintomi; peccato però che Gardner ignori la differenza tra sintomo e segno, cosa fondamentale in medicina.

Il **sintomo** è una **manifestazione soggettiva** di sofferenza causata dalla malattia, mentre il **segno** - o sintomo obiettivo - è **tutto ciò che viene rilevato dal medico** durante l'esame clinico del paziente, o, in psichiatria, durante il colloquio, che è l'equivalente dell'esame obiettivo; le otto descrizioni fornite da Gardner sono tutt'al più segni, visto che si tratta di descrizioni oggettive di comportamenti **osservabili** nel corso del conflitto genitoriale ma di sicuro non sono sintomi di malattia.

E qui la teoria della PAS mostra tutte le sue carenze logiche; nel definire la PAS Gardner sostiene che non si può fare diagnosi di PAS in presenza di comportamenti violenti, o addirittura di abusi sessuali, da parte del genitore rifiutato dal bambino.

Quando passa alla descrizione dei sintomi, come primo “sintomo” descrive la “campagna di denigrazione” e l'elemento principale di questa campagna di denigrazione è proprio la presenza di denunce di violenza o di abusi sessuali. Le denunce di violenze o abusi sarebbero allo stesso tempo:

a) criterio di esclusione della PAS e

b) sintomo principale della PAS.

Le due cose sono inconciliabili, com'è facile constatare.

Una breve parentesi: l'obiezione che viene fatta a questa osservazione è che la maggior parte delle denunce di abusi sessuali sarebbero false. Lo stesso Gardner è giunto ad affermare che (22):

*... la maggior parte delle denunce di abusi sessuali sui minori sono vere ... ma se fatte nel corso della separazione sono false.*

Non vengono mai citati studi scientifici per sostenere questa tesi.

L'unico studio di un certo rilievo risale al 1990 ed è stato svolto da due ricercatrici americane, Thoennes e Tjaden (23).

In questo studio vengono esaminati circa 9.000 divorzi in dodici Stati americani. Le denunce di abusi sessuali erano presenti in meno del 2% del totale (169 casi); le denunce di abusi sono state confermate in 129 casi.

Gli otto comportamenti descritti da Gardner non sono segni di malattia, non appartengono alla semeiologia medica o psichiatrica; si tratta di fenomeni relazionali che fanno da corollario al conflitto, non appartengono al mondo medico né a quello psichiatrico, sono fenomeni socio-relazionali da affrontare in altro modo.

Come già detto, un sintomo è una “*manifestazione soggettiva di una condizione patologica*”; questo ci dicono i testi di Medicina e questa è una delle basi su cui si fonda la Medicina: la **distinzione tra sintomo e segno**. E davvero non so cosa pensare di medici che ignorano la distinzione tra sintomo e segno.

Una persona si reca nello studio di un medico perché ha mal di testa, o dolori al torace, tosse e mal di gola, oppure, nel caso di disturbi psichiatrici, perché non riesce a dormire bene, si sente preoccupata, pensa che non valga più la pena vivere, o perché si sente battere il cuore forte, si sente soffocare, ha la sensazione di svenire, o sente delle voci, vede immagini che gli altri non vedono, ecc.; questi sono **sintomi**, ciò che porta una persona a consultare un medico, ciò che il paziente riferisce al medico.

Il medico con la sua indagine clinica ricerca dei **segni** di malattia e poi “traduce”, in un certo senso, **sintomi soggettivi** e **segni obiettivi** in una diagnosi; questa “traduzione”, nel caso della psichiatria viene fatta casualmente o seguendo delle regole? Chiaramente seguendo delle regole che si chiamano **criteri diagnostici**, messe a punto nel corso degli anni da chi fa ricerca sui disturbi mentali e confermate da più scuole di ricerca, sia in maniera clinica sia in maniera statistica.

I cosiddetti otto sintomi della PAS sono i seguenti:

- 1) *Una campagna di denigrazione.*
- 2) *Razionalizzazioni deboli, assurde o futili per spiegare la denigrazione.*

- 3) *Mancanza di ambivalenza.*
- 4) *Il fenomeno del 'pensatore indipendente'.*
- 5) *Sostegno al genitore alienante nel conflitto parentale.*
- 6) *Assenza di senso di colpa riguardo alla crudeltà verso il genitore alienato e alla sua utilizzazione nel conflitto legale.*
- 7) *La presenza di sceneggiature 'prese a prestito'.*
- 8) *Allargamento dell'animosità verso gli amici e/o la famiglia estesa del genitore alienato.*

Questa è una delle traduzioni di Gardner che va per la maggiore; in altre le espressioni differiscono leggermente ma il senso è il medesimo.

Queste **descrizioni di comportamenti** possono mai essere scambiate per **manifestazioni soggettive** di una condizione patologica, ovvero **sintomi**?

Patologica è una cosa che fa soffrire e la sofferenza è una condizione soggettiva, personale. Io non posso sapere se la persona che mi sta di fronte soffre o meno se non è lei stessa a dirmelo; posso intuirlo, magari dall'espressione del viso, dall'atteggiamento, ecc. (linguaggio extra-verbale). Ma con l'intuizione siamo sul piano della metafisica non sul piano della realtà oggettiva.

Le otto manifestazioni comportamentali descritte da Gardner provocano una sofferenza soggettiva della, o delle persone che le manifestano? Se sì siamo in presenza di sintomi, e dobbiamo capire di che cosa esse sono sintomi; se no, non si tratta di sintomi ma di altro.

Ma analizziamoli con ordine.

1) Cominciamo dal primo: «La campagna di denigrazione», fatta dal bambino e da un genitore contro l'altro genitore, si deve presumere.

Dietro l'espressione roboante si nasconde in realtà il fatto nudo e crudo che bambino e genitore sostengono che l'altro genitore non si comporta da genitore, è violento in famiglia, o ha abusato sessualmente dei figli e che per questi motivi entrambi preferiscono non avere niente a che fare con lui.

Possiamo chiamare tutto ciò sintomo? Questo rifiuto del genitore violento o abusante provoca sofferenza soggettiva? Per il bambino stare lontano dal genitore odiato è motivo di sofferenza? È esattamente il contrario; bambino e genitore dicono quello che dicono proprio perché sono stanchi di soffrire!

**La cosiddetta “campagna di denigrazione” quindi non è un sintomo ma solo un comportamento difensivo dalla violenza/abuso dell'altro genitore.**

2) Andiamo al secondo: «Razionalizzazioni deboli, assurde o futili per spiegare la denigrazione».

Anche qui, espressioni roboanti per dire una cosa semplice semplice: inconsistenza dei motivi del rifiuto. Questa 'inconsistenza' provoca sofferenza soggettiva? Ma violenza e abuso sono poi motivi inconsistenti?

Il genitore odiato (e con lui avvocato e a volte CTU) dicono: "ma no, quel che dicono è falso", "stanno esagerando", e così via. Stabilire la verità o la falsità di un'affermazione non compete al medico, sia pure CTU; compito del medico nel suo ruolo di CTU, o perito, resta sempre e solo quello di accertare i fatti in maniera oggettiva e senza pre-giudizi e fornirne una valutazione obiettiva attingendo alle proprie cognizioni tecniche.

Nell'accertare i fatti, soprattutto se fa riferimento a malattie, il CTU deve attenersi alle conoscenze scientifiche così come codificate nelle classificazioni internazionali, magari anche indicando nella relazione il codice nosologico della patologia che ha riscontrato, come da classificazioni ufficiali (come si fa, ad es., nelle cause di lavoro). Questi sono i principi che ispirano i codici deontologici di medici e psicologi; penso si debbano ritenere validi anche in ambito forense; nel caso contrario si comincia a entrare in orbite anti-giuridiche.

**Anche le "razionalizzazioni" non sono un sintomo; razionalizzare significa portare un concetto a razionalità, renderlo razionale. Potranno anche essere deboli, assurde o futili, le razionalizzazioni, ma non possono mai essere scambiate per un sintomo di malattia.**

3) Che dire del terzo: «Mancanza di ambivalenza»?

In psichiatria è **segno** di patologia, non sintomo, proprio l'ambivalenza, affettiva o ideo-affettiva, soprattutto se marcata (schizofrenia, disturbi di personalità). L'assenza di ambivalenza è indicatore di buona salute mentale. L'ambivalenza causa sofferenza soggettiva (perplexità, confusione), non la sua assenza.

**Anche la "mancanza di ambivalenza" non è un sintomo.**

4) Proviamo con il quarto: «Il fenomeno del 'pensatore indipendente'».

Può mai essere un sintomo? E di che? Se un bambino è capace di pensare in maniera indipendente questo è segno di maturità di quel bambino. Cos'è, qualcuno non tollera bambini capaci di formulare dei pensieri autonomi? Loro (gardneriani) dicono che questo si riferisce al fatto che il bambino ripete le stesse cose che dice un genitore contro l'altro genitore.

Intanto bisogna vedere quel che dice. Se il bambino dice che un genitore lo ha picchiato vuol dire che questo genitore lo ha picchiato, vuol dire che il bambino lo ha detto all'altro genitore, e che quest'ultimo lo afferma perché ha visto con i suoi occhi o ha saputo dal bambino. Madre e bambino affermano le stesse cose perché sono quelle le cose che il bambino ha riferito alla madre o la madre ha visto con i suoi occhi.

Se il bambino lo dice è perché non vuole più essere picchiato o abusato, perché essere picchiato o abusato gli provoca sofferenza e dicendolo spera di non dover più soffrire. Se il bambino sta dicendo bugie si accertino i fatti senza pre-giudizi; decidere a priori che un bambino che pensa con la sua testa è un bambino malato è un pre-giudizio. Ma se il bambino sta dicendo bugie, e questo viene accertato, resta un bambino bugiardo, non un bambino malato.

Anche qui vale quanto detto prima: **il “fenomeno del pensatore indipendente” mai e poi mai potrà essere scambiato per un sintomo.**

5) Vediamo il quinto: «Sostegno al genitore alienante nel conflitto parentale».

Qui c'è un aggettivo di troppo, “alienante”; affermando che il bambino sostiene il “genitore alienante”, si dà già per scontato che questa situazione che stiamo esaminando si chiama alienazione e pertanto si è già deciso a priori, prima di iniziare l'indagine, come stanno le cose. La CTU quindi ha solo il compito di confermare ciò che si è già deciso prima ancora di conoscere i fatti, non più di accertare i fatti.

Come dire: uno dei sintomi dell'appendicite è avere l'appendicite. Molto logico, no?

**Il “sostengo al genitore alienante” (come lo chiamano loro) quindi non è assolutamente un sintomo di malattia.**

6) Proseguiamo con il sesto: «Assenza di senso di colpa riguardo alla crudeltà verso il genitore alienato e alla sua utilizzazione nel conflitto legale».

Anche qui si fanno affermazioni apodittiche (crudeltà) e, come sopra, si è già stabilito che quello che dovrebbe essere un sintomo è già la malattia (alienato). La vecchia storia del lupo e dell'agnello.

Riferire di violenze subite è una crudeltà? Se è vero non mi sembra che sia una crudeltà; se non è vero è una calunnia e va trattata come tale.

Ma poi che significa “assenza di senso di colpa”? La presenza di senso di colpa può essere sintomo di depressione; ma la sua assenza? E per quale motivo genitore e bambino si dovrebbero sentire in colpa quando si stanno solo difendendo dalla violenza dell'altro genitore? Ma siamo matti per caso?

**L'“assenza di senso di colpa” non è assolutamente un sintomo.**

7) Col settimo, «La presenza di sceneggiature ‘prese a prestito’», i gardneriani intendono ciò che afferma il bambino e che (secondo loro) non può essere farina del suo sacco, tanto per parlare in maniera comprensibile; ma questo chi lo stabilisce? E su che basi?

Cioè se il bambino dice “papà (o mamma) non mi dà i soldi”, es., “per comprare la *Play Station*” questo sarebbe uno scenario preso a prestito? Certo, un bambino che dice questo soffre, ma soffre non perché lo dice ma per il fatto stesso che quel genitore gli fa mancare il necessario (o il superfluo). La sofferenza causata dalla mancanza del necessario può causare al bambino sentimenti di inferiorità rispetto ai coetanei, può sfociare in una depressione, può somatizzarsi in qualche modo. A quel punto diventa sintomo.

Ma se un bambino dice che il padre lo ha picchiato, che è violento con la madre, questa sarebbe una sceneggiatura presa a prestito?

Se un bambino dice che il padre ha abusato sessualmente di lui, questa sarebbe una sceneggiatura presa a prestito?

**Non costituisce assolutamente sintomo di malattia la “presenza di sceneggiature prese a prestito”.**

8) E finiamo con l’ottavo (Dio si riposò il settimo, Gardner evidentemente no): «Allargamento dell’animosità verso gli amici e/o la famiglia estesa del genitore alienato».

Possiamo considerarlo sintomo? Se io dico: “non posso più vedere né te, né i tuoi, né gli amici che avevamo in comune” al massimo sono una carogna ma non certamente malato.

**Per concludere, anche l’ottavo non è un sintomo di malattia.**

E una malattia senza sintomi, cioè senza sofferenza soggettiva, su che cosa si regge?

Come si vede, queste otto descrizioni di comportamenti osservabili nel corso delle separazioni conflittuali non sono dei sintomi ma solo e soltanto descrizioni di comportamenti; voler dare a queste descrizioni il valore di sintomi di malattia significa medicalizzare il conflitto. Medicalizzare il conflitto vuol dire evitare di affrontarlo, negarlo e buttarla sulla malattia.

È un’operazione molto scorretta e chi la mette in atto dimostra in questo modo di essere consapevole che affrontando il conflitto ne uscirebbe perdente e allora si appella all’inappellabile, cioè alla malattia.

Nelle classificazioni internazionali ogni disturbo ha un suo codice di riferimento (es. panico F40.0, un tipo di depressione F34.1, schizofrenia paranoide F20.0, e così via); se si vuole mettere con le spalle al muro il CTU che vuole fare il furbo gli si chiedi di indicare il codice nosologico della presunta malattia che lui vuole diagnosticare.

Sin dal momento del giuramento del CTU e della formulazione dei quesiti da parte del Giudice, l’avvocato pretenda che se il CTU deve accennare a malattie

riscontrate nel minore deve indicare il sistema di classificazione delle malattie mentali di riferimento e il relativo codice nosologico della patologia riscontrata.

L'avvocato che difende madre e bambino pretenda che nella relazione di CTU sia indicato il codice nosologico, come si fa nella cause di lavoro; il CTU non potrà indicare nessun codice perché questa presunta malattia non ha un codice internazionale, non esiste. Lo facciamo presente al Giudice che senza codice nosologico si parla di una cosa che non esiste.

Al limite, spacciare in un processo per vera una falsa malattia potrebbe configurarsi come oltraggio al Tribunale; è un prendersi gioco della Giustizia, oltre che un fatto deontologicamente censurabile.

Un comportamento, anche se non lo condividiamo, non possiamo considerarlo patologico.

E come già detto i bambini cui viene diagnosticata la PAS non presentano maggiore sofferenza psichica dei bambini senza questa diagnosi.

Ma proprio quest'ultimo aspetto, e cioè che la PAS possa essere utilizzata nel processo come argomento difensivo dalle accuse di violenza o di abusi, ha fatto prendere una posizione molto drastica ai Procuratori americani, che definiscono la PAS come *“una teoria non dimostrata che rappresenta una minaccia per l'integrità della giustizia penale e la sicurezza dei bambini vittime di abusi”* (24).

## Quadro clinico

La questione intorno alla quale è stato costruito questo concetto è il dato oggettivo che in alcune separazioni conflittuali il bambino esprime il rifiuto verso un genitore; a volte questo rifiuto assume gli aspetti di una vera e propria fobia e se il bambino viene obbligato a incontrare il genitore rifiutato ha delle crisi di ansia, talvolta delle vere e proprie crisi di panico (esattamente come il paziente costretto a confrontarsi con lo stimolo fobico).

Il rifiuto ha sempre e comunque origine nella manipolazione materna o ne può avere altre?

Il bambino può rifiutare un genitore per motivi banali ma anche per motivi gravi; la causa del rifiuto va cercata, secondo la metodologia psicologica corrente, nella relazione interpersonale tra bambino e genitore rifiutato, e non operando salti logici incolpando del rifiuto l'altro genitore.

Certo, un bambino può anche essere indotto a rifiutare un genitore per manipolazione psicologica; ma questo è un comportamento che configura un reato - maltrattamento psicologico del minore (25) - e non è una malattia. Sostenere che il rifiuto del minore è causato **sempre** dalla manipolazione di un genitore contro l'altro significa **fare di tutta** **di tutta l'erba un fascio**; che è sì un modo di dire, ma è anche un astuto inganno retorico.



Nella concezione di Gardner madre e figlio costituiscono un sistema delirante a due, così detta *folie-à-deux*, o delirio condiviso.

Questa condizione effettivamente esiste ma è molto rara e caratterizzata da sintomi psicotici di tipo schizofrenico in entrambi i soggetti, madre e figlio: deliri di persecuzione (sentirsi perseguitati dalla mafia, dalla CIA, dagli extra-terrestri, convinzioni che in casa ci siano delle microspie, allucinazioni uditive – sentire voci – o visive – avere delle visioni, ecc.). Il rifiuto di incontrare un genitore non è un sintomo psicotico.

Secondo la teoria di Gardner lo specialista che difende la madre nel processo - il Consulente Tecnico di Parte (CTP) - costituisce insieme a madre e bambino un delirio a tre, o *folie-à-trois*; condizione questa rarissima e che presuppone che le tre persone che condividono il delirio vivano da anni in stretta simbiosi. E questa non è la condizione del CTP che viene contattato dalla madre in occasione del processo; non si conoscevano in precedenza, o, se già si conoscono, non vivono certo in stretta simbiosi.

### **Fattori prognostici**

Secondo Gardner la PAS è grave se la madre cerca per conto suo un terapeuta, un perito che la difenda da questa accusa.

La malattia è grave anche se la madre rifiuta di farsi visitare dal perito scelto dall'ex-coniuge, o addirittura se accetta di farsi visitare ma rifiuta di pagarlo.

Ogni commento è superfluo.

### **La terapia della PAS**

La cura della PAS, sostiene Gardner, si chiama **terapia della minaccia**. Altra stranezza di questa vicenda: avete mai sentito dire che le minacce possano curare le malattie? Io mai.

Oltretutto esiste il reato di minaccia.

La terapia della minaccia consiste nel provvedimento del Giudice che toglie il bambino al genitore amato e lo consegna al genitore rifiutato; per una maggiore efficacia della “cura” deve essere interrotto ogni contatto, anche telefonico, con il genitore amato, per parecchi mesi.

Questo serve a “**de-programmare**” (Gardner usa proprio questa parola) la mente del bambino e fargli accettare il genitore rifiutato.

E nelle CTU vengono dati suggerimenti di questo tipo (26):

*“Occorre creare una motivazione perché nei figli nasca il desiderio di incontrare il padre”.*

‘Creare una motivazione’, ‘indurre un desiderio’: sono tecniche di marketing, tecniche manipolative; a questo siamo arrivati, a suggerire tecniche manipolative vere per correggere una presunta manipolazione.

Questo tipo di tecniche sono conosciute come comunicazioni paradossali e ritenute responsabili di gravi disturbi mentali in chi le subisce senza potersi sottrarre alla comunicazione.

Ma una “malattia” ammesso che la PAS sia tale, si può curare con un provvedimento giudiziario? Io sono convinto di no. Non conosco alcuna malattia che si possa curare con un provvedimento del giudice; col provvedimento del giudice si può obbligare una persona a curarsi, come facciamo con il TSO, ma la cura resta sempre di tipo medico.

Delle due l’una: o la PAS è una malattia, di natura medica o psicologica, e allora la terapia dev’essere medica o psicologica; ma se come rimedio della PAS viene proposto il provvedimento del giudice è evidente che la PAS non è una malattia, né medica né psicologica.

Proprio il ricorso al provvedimento giudiziario è la prova provata che la PAS non ha natura di malattia, di carattere medico o psichiatrico, ma è un espediente utilizzato nel corso della separazione coniugale non per tutelare il minore ma perché all’affidamento, o al mancato affidamento, sono legate misure di natura economica e patrimoniale.

In soldoni, la PAS è un’argomentazione che l’avvocato di una delle due parti getta sul piatto per far pendere la bilancia della Giustizia dalla parte del suo cliente.

In conclusione, abbiamo un’ipotesi che dal lontano 1985 non è mai stata presa in considerazione come malattia, non è mai entrata nelle classificazioni ufficiali. A questo punto riprendo la mia domanda iniziale: può un’ipotesi non scientifica venire utilizzata come prova in un processo?

Nel corso del dibattito che è seguito, da parte dei Magistrati e di alcuni Avvocati presenti al Convegno di Firenze, è stato fatto notare che al mondo giuridico, tutto sommato, queste diatribe scientifiche interessano relativamente poco visto che comunque in alcune separazioni si osservano tentativi di manipolazione dei figli da parte di un genitore contro l’altro.

Osservazione ineccepibile ma, appunto, di natura giudiziaria; a questi fenomeni va data, a mio parere, una risposta giudiziaria aprendo un procedimento penale contro il genitore che cerca di manipolare i figli, con l’ipotesi di reato di maltrattamento psicologico del minore. Non ha senso dare una risposta medica (la CTU) a un problema che medico non è.

Nel procedimento penale il genitore accusato può difendersi dall’accusa; nel corso della CTU, spacciando il maltrattamento per una malattia che possibilità di difesa ha il genitore accusato? Praticamente non gliene viene riconosciuta nessuna.

Come già riportato, la teoria della PAS è stata costruita in una maniera tale che ogni tentativo che il genitore accusato fa per difendersi dall'accusa, viene interpretato come segno di gravità della malattia, o addirittura come segno della comparsa di nuove malattie.

Se cerca uno specialista che lo difenda ha la sindrome di Münchhausen, oppure è segno che la PAS è di livello grave; praticamente la teoria della PAS non permette al genitore accusato di potersi difendere, e questa è una barbarie giuridica. Da qui l'insistenza perché la manipolazione, se c'è, venga riportata alla sua sede naturale che è quella giudiziaria, e venga esaminata nel corso di un regolare processo dal Giudice naturale del genitore accusato; la riflessione su questi concetti è ancora in essere, ma non si può escludere di intravedere nella teoria della PAS persino il tentativo, anticostituzionale, di sottrarre il cittadino al suo Giudice naturale.

Insomma è un grosso problema che vede da un lato la potente *lobby* dei padri separati agire a diversi livelli e in maniera strategicamente predeterminata, per imporre questi concetti nella società; dall'altro i diversi livelli istituzionali investiti o sono perplessi e sottovalutano il pericolo, oppure sono addirittura conniventi.

Non è un caso, ad es., che in un documento elaborato dalla Società di Neuropsichiatria Infantile sia stato inserito questo concetto anti-scientifico (27), sia pure in termini dubitativi, e che le varie realtà che orbitano intorno alle associazioni dei padri separati stiano facendo da cassa di risonanza per propagandare il riconoscimento in Italia della PAS da parte di una società scientifica.

Un lavoro interessante sulle strategie adottate dal movimento dei padri separati a livello mondiale è la tesi di dottorato di una sociologa canadese (28); è un lavoro che consiglio vivamente di leggere per comprendere la pericolosità del movimento dei padri separati che propugna il ritorno al patriarcato più reazionario e retrivo, espressione di un'arretratezza culturale impressionante, che pretende di annullare tutte le conquiste del femminismo in termini di riconoscimento dei diritti delle donne e facendo fare alla società occidentale un salto indietro nel tempo di qualche secolo.

Purtroppo la sub-cultura raccoglitrice propagandata dalle associazioni dei padri separati e da organizzazioni maschiliste e filo-pedofile rischia di prevalere se chi non la condivide non fa sentire alta la propria voce e se necessario cominci a 'battere i pugni sul tavolo'.

## CASISTICA PERSONALE

Come già riportato in precedenza, queste mie osservazioni si basano oltre che sullo studio del materiale pubblicato sulla PAS, in primo luogo il libro di Sonia Vaccaro e Consuelo Barea, già citato, anche sulla conoscenza personale di ben 19 casi di separazioni conflittuali nelle quali è stata tirata in ballo la PAS. Diciannove casi non sono molti ma non sono nemmeno pochi se si considera che il periodo di tempo in cui li ho osservati è relativamente breve, appena 20 mesi, dal luglio 2010 al marzo 2012. Per ciascun caso ho aperto una cartella sul computer nella quale ho archiviato tutti i documenti che mi sono stati inviati e che ho consultato; il totale dei file archiviati è pari a 952 ripartiti in 80 sottocartelle, per un totale di oltre un gigabyte di spazio occupato da documenti in formato Word o Pdf, che ho consultato integralmente.

Di alcuni ho conoscenza personale diretta, o perché nominato CTP (29) o per rapporto di amicizia con le famiglie; di altri ho una conoscenza solo documentale.

Ne svolgo dapprima un'analisi statistica e poi accenno brevemente a ciascuno di essi; il campione osservato non ha ovviamente nessuna pretesa di rappresentatività, si tratta solo e semplicemente di quanto da me osservato nell'arco temporale di 20 mesi (ciò a uso e consumo dei soliti manipolatori).

La diagnosi di PAS sembrerebbe più diffusa al Nord (9 casi) rispetto al Centro (6 casi) e al Sud (4 casi); questo dato, se confermato, è facilmente spiegabile dal fatto che i primi fautori della PAS provengono da ambiti professionali delle Regioni del Nord e qui hanno potuto svolgere opera di divulgazione e di indottrinamento con maggiore facilità e frequenza. Questo malcostume giuridico-psichiatrico si sta purtroppo diffondendo abbastanza rapidamente anche nelle altre Regioni italiane.

Nella mia casistica la diagnosi di PAS viene tirata in ballo di solito nei casi di violenze intrafamiliari (11 casi) e di abusi sessuali sui figli da parte del padre (5 casi); in 3 casi c'erano altre motivazioni (un caso per ottenere la riduzione dell'assegno di mantenimento, un caso in cui il rifiuto del minore è dovuto a manifesta inadeguatezza del padre affetto da gravi disturbi mentali e l'ultimo per motivi non ben chiariti).

Sul piano lavorativo la maggior parte delle madri cui è stata diagnosticata la PAS svolge un lavoro dipendente (8 casi), in 5 casi si tratta di casalinghe/disoccupate, 4 svolgono un'attività libero-professionale (2 medici, 1 avvocato e 1 scrittrice/traduttrice) e nei rimanenti 2 casi si tratta di imprenditrici. Donne che lavoravano prima della diagnosi di PAS e che hanno continuato a lavorare dopo la diagnosi di PAS, senza aver mai avuto bisogno di assentarsi dal lavoro per questa 'malattia' che è stata loro diagnosticata.

Caso n° 1: si tratta del primo caso da me seguito come CTP. La CTU è ben fatta ma all'improvviso, come spuntata dal nulla, compare la diagnosi di PAS fatta nei confronti della bambina che rifiutava ogni contatto con il padre, da lei accusato di abusi sessuali.

La coppia ha tre figli, due maschietti affidati al padre e la bambina affidata alla madre, con diritto di visita reciproco che era così disposto dopo la separazione: a settimane alterne i maschietti andavano a casa della madre e la bambina a casa del padre, in maniera da consentire ai tre fratellini di mantenere i loro legami; al momento della separazione la bambina aveva due anni. Verso i 4-5 anni di età la bambina cominciò a rifiutare di andare dal padre; da qui nascono una serie di problemi e difficoltà che accentuano la conflittualità genitoriale, portano a ricorsi giudiziari e a ben due CTU.

Nel corso della CTU da me seguita i problemi psicologici maggiori sono a carico del primogenito che vive col padre, descritto nella CTU come “*adolescente adultizzato e con falso sé*”; nulla a carico degli altri due minori.

Caso n° 2: in questo caso la madre mi ha contattato tramite *Facebook* mettendomi a conoscenza della situazione e chiedendomi alcuni consigli. La separazione è intervenuta a causa della violenza dell'ex-marito, già condannato per violenze in famiglia (“*cinquanta giorni di prognosi, stalking giudiziario da quattro anni, mai una scusa o un ripensamento, ogni volta che mi incontra per strada mi minaccia di morte, inoltre non mi aiuta a mantenere il piccolo*”); il bambino ovviamente rifiuta di recarsi dal padre poiché da piccolo ha assistito alle violenze contro la madre. La CTU disposta per stabilire l'affidamento ha diagnosticato la PAS alla mamma e al bambino e suggerito di inserire il minore in una comunità, ma il Giudice non ne ha tenuto conto; il bambino è affidato ai Servizi Sociali e domiciliato presso la madre.

La psicologa per giungere alla diagnosi di PAS si è basata solo e unicamente sulle relazioni dei Servizi Sociali, senza effettuare test o colloqui personali; psicologa e assistente sociale sono state denunciate da questa madre e rinviate a giudizio.

Caso n° 3: la madre di due minori mi ha inviato le relazioni dei Servizi Sociali e il ricorso dell'avvocato dell'ex-marito con il quale chiedeva al Tribunale l'avvio di un procedimento per l'“ablazione della capacità genitoriale della madre”; non vi era storia di abusi né di violenze, né di rifiuto dei minori a visitare il padre. La madre temeva ugualmente questa CTU e mi chiese di seguirla come CTP perché aveva paura della diagnosi di PAS, formulata dalle assistenti sociali e ripresa dagli avvocati dell'ex-marito.

Nel corso della CTU è stato chiarito che la madre non voleva escludere il padre dalla vita dei figli anzi chiedeva una sua maggiore presenza; il padre, che aveva ripetutamente tradito la moglie durante il matrimonio, aveva già un'altra storia e un'altra figlia per cui era in difficoltà a mantenere gli impegni assunti verso i primi due figli. Il ricorso al tribunale aveva il solo scopo di ottenere la riduzione dell'assegno di mantenimento. Alla fine hanno trovato un accordo rinunciando al processo.

Caso n° 4: di questo caso sono venuto a conoscenza su *Facebook* per il clamore che esso suscitò poiché per eseguire la disposizione del Giudice del Tribunale dei

Minori secondo la quale il minore doveva venire collocato in una comunità, le assistenti sociali si presentarono a prelevare con una scorta di 14 agenti di polizia armati; ci fu persino un'interpellanza parlamentare per questo modo di agire.

Ho chiesto poi l'amicizia su *Facebook* alla madre dal bambino per farmi spiegare cosa fosse accaduto; non c'era violenza né abusi. Il bambino rifiutava le visite al padre perché questi lo costringeva a "farsi il segno della croce ogni volta che entrava in auto dicendogli che era 'impuro'" e poi "lo portava in chiesa a pregare per ore". Si tratta chiaramente di un uomo psichicamente disturbato, forse in cura psichiatrica presso un CSM; il rifiuto del bambino forse era eccessivo ma sicuramente non era indotto dalla madre.

Caso n° 5: mi ha contattato la madre chiedendomi di seguirla come CTP. La vicenda si può riassumere così: separazione dopo un paio di anni di matrimonio a causa delle violenze del padre; bambino affidato alla madre con diritto di visita del padre che lo portava a casa dei suoi genitori. La madre si era accorta di probabili maltrattamenti che il piccolo subiva in casa del padre e si era rivolta ai Servizi Sociali per una indagine. Qui la situazione veniva ribaltata e la madre subiva l'accusa di PAS e quella di non voler far vedere il bambino al padre. Il Tribunale dei Minori dispose una CTU che fu molto superficiale e alla fine il Tribunale decretò l'inserimento del minore in una comunità; in appello il provvedimento fu annullato e il bambino ritornò dalla madre. Venne quindi disposta una seconda CTU al fine di regolamentare i rapporti del bambino col padre.

Dagli accertamenti il padre è risultato gravemente disturbato ("*Disturbo Schizoide di Personalità*") ma nonostante questa diagnosi il CTU si è orientato per favorire i rapporti del bambino col padre, necessari, ha scritto, per la "*costruzione del sé maschile*"; conclusione sconcertante perché un sé schizoide - se un bambino vive con uno schizoide corre lo stesso rischio - non è da augurare a nessuno. La vicenda non è ancora conclusa.

Caso n° 6: questa madre mi contattò su consiglio di una comune amica di *Facebook*. Vicenda singolare perché si tratta del primo caso al mondo di 'contagio' della PAS dal padre, cui era stata diagnosticata da uno psichiatra consultato per il comportamento ribelle del bambino, alla madre che veniva così diagnosticata da uno psichiatra di fiducia del padre, il quale però non conosceva la donna, né l'aveva mai visitata.

Un ruolo determinante in questo 'contagio' è stato svolto dai Servizi sociali che hanno smaccatamente parteggiato per il padre ('lo facciamo per non scatenare la bestia' ebbero a confessare alla donna); risultato finale: minore in comunità. Vergognose le modalità con cui è stato fatto questo inserimento; il bambino, avuta notizia del provvedimento del Giudice, il bambino si è chiuso in bagno minacciando il suicidio. Intervento del 118 e della Polizia, e successivo ricovero in ospedale; qui le assistenti sociali comunicano al Primario di avvisare loro al momento della dimissione perché il

bambino era affidato al Servizio Sociale. Si conquistano la fiducia del bambino dicendogli, alla dimissione, che intendono portarlo dal Giudice che vuole ascoltarlo, ma una volta nel pulmino si avviano verso la comunità.

Caso n° 7: il caso mi viene segnalato da un'assistente sociale che segue la madre; in seguito mi ha inviato la relazione di CTU. La bambina a causa di disturbi comportamentali è stata ricoverata e poi seguita ambulatoriamente, all'Ospedale "Bambin Gesù" di Roma; qui i medici formulano la diagnosi di "Violenza assistita".

Una prima CTU conclude che la bambina è stata esposta a condotte sessualmente abusanti; la madre viene convinta dai Carabinieri a sporgere denuncia verso il padre, un tossicodipendente già pregiudicato per piccoli reati. Nella seconda CTU lo specialista, nonostante tutti questi precedenti, consiglia di incrementare, sia pur con "forme di cautela", gli incontri con il padre, perché la bambina possa "sperimentare il sé maschile".

Caso n° 8: mi contatta la madre su consiglio del suo avvocato, inviandomi vari documenti sulla separazione dal marito. Un chiaro caso di violenza intrafamiliare che però è stata del tutto 'sorvolata' dal CTU che ha concluso il suo lavoro fornendo un calendario di incontri tra la minore e il padre che non teneva in nessun conto le vicende penali in corso e l'elevatissima conflittualità genitoriale. Il CTU non ha parlato di PAS ma lo ha fatto il CTP del padre, in assenza di un sia pur minimo sospetto di manipolazione della minore da parte della madre; questo CTP è stato querelato dalla madre della bambina.

Caso n° 9: anche in questo caso mi contatta la madre su consiglio del suo avvocato, chiedendomi di assisterla come CTP. Si tratta di una chiara situazione di abusi sessuali del padre sulla figlia minore; una precedente CTU ha preso specificamente in esame la diagnosi di PAS escludendola.

Il padre però si è rivolto a uno specialista di sua fiducia il quale, senza conoscere la madre né la bambina, ha formulato la diagnosi di PAS a carico di entrambe e in più ha appioppato alla madre anche la Sindrome di Münchhausen per procura e la Sindrome della madre malevola; lo stesso specialista, senza avere mai nemmeno parlato con la bambina, esclude che la bambina possa avere ricordo degli abusi sessuali subiti dal padre tirando in ballo l'amnesia infantile (che però riguarda l'incapacità di ricordare da adulti fatti della prima infanzia)

Non contento di ciò il padre consulta un altro illustre specialista il quale, senza aver mai parlato con la bambina giunge a sostenere che non poteva ricordare all'età di 4-5 anni (epoca in cui la piccola ha ricordato gli abusi) fatti avvenuti quando ella aveva 2-3 anni (epoca in cui sono avvenuti gli abusi), oltre a dichiarare, sulla base di una sorta di test della verità, che il padre non mente quando afferma di non aver abusato della figlia.

Questi pareri hanno portato il tribunale dei Minori a disporre una seconda CTU con lo specifico quesito di accertare l'eventuale PAS; tale decreto è stato impugnato in

appello dall'avvocato della donna con la motivazione che la PAS non ha riconoscimento scientifico. La Corte d'Appello ha sospeso la CTU in attesa dell'udienza.

Caso n° 10: ne ho una conoscenza molto parziale; la madre mi ha portato a conoscenza di una diagnosi di PAS fattale dal CTU che ha portato all'inserimento del minore in una comunità e poi all'affidamento al padre nonostante il fatto che quest'ultimo si mostri poco attento verso i bisogni del bambino, lasciandolo spesso solo in casa.

Situazione bene a conoscenza dei Servizi Sociali che non intervengono ma sanzionano la madre.

Caso n° 11: la madre mi contatta su *Facebook* per mettermi a conoscenza della sentenza del Giudice sull'affidamento dei figli, a lei favorevole nonostante la carta della PAS giocata dall'ex-marito, già condannato per violenze in famiglia e scagionato dall'accusa di abusi sessuali. Il Giudice, pur dando atto nella sentenza che la madre tende a trasferire sulle figlie i suoi sentimenti di sfiducia verso l'exmarito, "tra l'altro giustificati", le ha dato l'affidamento esclusivo delle figlie non ritenendo che ci fossero elementi per parlare di manipolazione.

Il padre è presidente di un'associazione di padri separati molto attiva nella sua Regione e che è in prima linea nel difendere la bigenitorialità e l'affido condiviso; uomo violento e già condannato proprio per violenza intrafamiliare.

Caso n° 12: la madre su consiglio del suo avvocato mi chiede di assisterla come CTP; la separazione è avvenuta dopo meno di un anno dal matrimonio, prima ancora della nascita della bambina. Nessun problema di visita da parte del padre per alcuni anni, con pernottamenti della bambina a casa del padre e periodi di vacanza trascorsi con lui. Verso i 5-6 anni la madre ha notato che la bambina faceva strani giochi con le bambole imitando atti sessuali; si è allarmata e cercando con cautela di capire le cause di questi comportamenti della figlia è giunta a conoscenza che il padre faceva vedere alla figlia di pochi anni film pornografici giungendo ad abusare sessualmente della piccola. Inevitabile denuncia penale e revisione delle condizioni di visita della minore; viene disposta una CTU e la madre mi contatta proprio in imminenza del giuramento da parte dello specialista incaricato. Riusciamo a far inserire tra i quesiti anche il seguente:

***Precisi il CTU ove ravvisi un comportamento patologico della minore a quale sistema internazionale di classificazione delle malattie di riferimento si possa ricondurre.***

Questo irrita fortemente il CTU ma ormai è fatta, se intende parlare di PAS, come in effetti avviene, dovrà superare questo ostacolo; la vicenda non è ancora conclusa.



Caso n° 13: ne vengo informato dalla nonna della bambina. La figlia si è separata in seguito a ripetute violenze da parte del marito, già condannato per violenze; la bambina rifiuta di vedere il padre, la CTU parla di PAS e in seguito a questa diagnosi il Tribunale dei Minori dispone l'inserimento di madre e figlia in una comunità. La famiglia è in attesa del processo di appello.

Caso n° 14: il caso ha un certo clamore su *Facebook* poiché pur essendosi attenuata la conflittualità genitoriale grazie alla paziente opera di mediazione dell'avvocato della madre, il Tribunale dei Minori ha ugualmente emesso il provvedimento di collocamento della minore in comunità e non intende revocarlo; l'avvocato ha quindi chiesto al Giudice di ascoltare la minore, che non era stata mai sentita. Vengono convocati quindi in Tribunale e qui la bambina viene prelevata dalla assistenti sociali e portata in comunità. Mi metto in contatto con l'avvocato dandogli la mia disponibilità per un parere. Dai documenti che mi invia emerge chiaro che il provvedimento del Giudice è assunto sulla base di relazioni di assistenti sociali e psicologi superficiali e contraddittorie; in alcune si parla di un disturbo del linguaggio della bambina in altre solo di qualche difficoltà di linguaggio. Dai test effettuati non si evince alcuna sofferenza psicologica della minore e allora le assistenti sociali si inventano un ipotetico rischio evolutivo in seguito alla conflittualità genitoriale, sorvolando sul fatto che la conflittualità si è molto attenuata. Insomma sembra che ce l'abbiano messa tutta per spingere il Giudice ad adottare il provvedimento di allontanamento della minore.

Caso n° 15: mi contatta per e-mail la madre di due gemelli di 16 anni; il padre che per alcuni anni si è disinteressato dei figli adesso torna alla carica per riprendere i rapporti con loro. Naturalmente i ragazzi non vogliono saperne, e da qui ricorso al tribunale e inevitabile CTU. Nel corso della CTU la psicologa che assiste il padre arriva a minacciare il CTP della madre di tirare in ballo la PAS se anche lui non si associa a loro sostenendo la necessità che i figli riprendano i rapporti col padre; il CTU arriva a minacciare i due ragazzi di farli finire in una comunità se si oppongono, dicendo loro che persino nei casi di stupro da parte del padre gli si consente di riprendere i rapporti con i figli. Insomma un clima di minaccia continua.

La CTU si conclude ovviamente con la diagnosi di PAS e il suggerimento di incontri protetti al Consultorio tra i ragazzi e il padre, con minacce di vario tipo alla madre per spingerla a 'collaborare'. Come se fosse facile forzare la volontà di due ragazzi di 16 anni. Una vicenda kafkiana.

Caso n° 16: madre di 3 ragazzi di, rispettivamente, 19, 16 e 12 anni. Storia di estrema violenza in famiglia con minacce con coltelli e pistole, con relative denunce che convincono il padre ad allontanarsi. Per dieci anni quest'uomo non dà notizie di sé, e in questi anni non versa un centesimo per il mantenimento dei suoi figli.

Ricompare nel 2011 spalleggiato da una psicologa che lo avrebbe in cura e che testimonia le ottime capacità genitoriali di quest'uomo. Si riapre la vicenda separativa e viene disposta la CTU. Lo psicologo scrive sciocchezze di ogni tipo, dalla formulazione della diagnosi di PAS *“in base ai discorsi e ai silenzi”* al suggerimento che *“bisogna creare la motivazione perché i figli desiderino nuovamente incontrare il padre”*. Purtroppo anche la CTP della madre è una convinta sostenitrice della PAS ma ritiene che in questo caso la diagnosi sia sbagliata; la vicenda non è ancora conclusa.

Casi n° 17, 18 e 19: di questi ultimi ho poche notizie; in uno nonostante la diagnosi di PAS la madre ha avuto l'affido esclusivo, del secondo so che la diagnosi di PAS ha portato alla sospensione della potestà genitoriale alla madre e sono in attesa della documentazione, del terzo ho solo il ricorso per la separazione in un caso di violenza intrafamiliare.

Da citare infine il caso più clamoroso, quello che ha visto scendere in campo, come difensore del padre accusato di abusi sulla figlia di 3 anni, un 'principe' del foro; nonostante le prove concrete degli abusi, che hanno portato alla condanna definitiva dell'uomo a sei anni di reclusione, la strategia difensiva ha tirato in ballo la PAS.

Tra perizie, controperizie, CTU, ecc., la madre per difendere i suoi figli che rischiavano di venire affidati al padre proprio a causa dell'accusa di PAS nei suoi confronti, si è indebitata sino a dover vendere tutto quello che aveva; la difesa di suoi figli è costata a questa donna la cifra allucinante di 148.000 euro.

**La PAS, per alcuni, è anche questo: una bella quantità di denaro che cambia proprietario.**

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Che non si possa parlare della PAS come di una malattia è ormai chiaro anche ad alcuni dei suoi più fanatici sostenitori (30), ma purtroppo la campagna di indottrinamento iniziata nel 1997 con la traduzione di alcuni articoli di Gardner ha dato i suoi frutti. Sempre più assistenti sociali, psicologi, avvocati e giudici ne sono convinti.

Che possibilità di difesa hanno le madri?

Un primo suggerimento è quello di prevedere sin dalle fasi iniziali di una CTU che questa diagnosi possa essere tirata in ballo; per neutralizzare ogni tentativo in tal senso può rivelarsi utile far inserire al Giudice tra i quesiti al CTU anche quello che se egli parla di eventuali malattie, della madre o del minore, indichi a quale classificazione internazionale fa riferimento e indichi il codice nosologico della malattia previsto da quella classificazione; per la PAS non potrà indicare alcun codice nosologico.

Quest'accortezza non si riferisce solo alla PAS ma anche ad altre "malattie" che CTU dalla 'vivace inventiva' spesso appioppiano alle madri che si separano da uomini violenti o abusanti (es., sindrome della madre malevola, mobbing familiare, ecc.).

In secondo luogo pretendere che il Giudice ascolti il minore; in nessuno dei miei casi i Giudici hanno ascoltato i minori, ma si sono basati solo sulle relazioni degli assistenti sociali. L'art. 155-sexsies del Codice Civile prevede espressamente che il Giudice ascolti il minore che ha compiuto i dodici anni, ma anche quelli di età inferiore se "capaci di discernimento"; il Giudice non può sapere se il minore è capace di discernimento se non lo ascolta personalmente. Sembra quasi che taluni Giudici abbiano paura di ascoltare i minori.

In terzo luogo pretendere che tutte le operazioni peritali vengano video-audio-registrate; è un accorgimento che evita furbate di ogni tipo da parte dei CTU o dei CTP della controparte.

Se vengono disposti incontri protetti tra genitori e figli pretendere che gli stessi siano ugualmente audio-video-registrati; alcune madri lo hanno fatto di nascosto e vi assicuro che le cose che vengono fuori sono da denuncia. Per mettersi al sicuro da manipolazioni psicologiche è bene che tutto sia registrato.

Restano fuori da questo libro considerazioni sulla bigenitorialità e l'affido condiviso e sulla mediazione familiare.

Sulle prime due questioni non ho completa padronanza della materia per potermi esprimere; posso solo notare che c'è molta confusione in giro. Le statistiche ufficiali dicono che l'affido condiviso viene concesso nella maggior parte delle separazioni; la grancassa delle associazioni dei padri separati dice invece il contrario.

Naturalmente, hanno ragione i dati ufficiali, non si discute; ma perché un centinaio di persone (a tanti ammontano i padri separati riuniti nelle associazioni) sostengono invece che l'affido condiviso non viene mai concesso dai Tribunali?

L'unica cosa che mi viene da pensare è che nel fare questa affermazione i padri separati hanno come riferimento la loro personale situazione in cui, effettivamente, l'affido condiviso non è stato concesso; sarebbe utile al dibattito in corso che facciano conoscere i motivi della mancata concessione del condiviso nelle loro personali vicende separative.

Sulla mediazione familiare, questione che conosco ancora poco, mi sento solo di dire che tutti gli attuali centri di mediazione familiare, che ormai sorgono come funghi, (evidentemente la mediazione familiare è un buon affare) operano fuorilegge, ovvero in assenza di una legge che regolamenti il settore. E senza una legge tutto è possibile, persino che si mettano a fare i mediatori persone che tutto possono fare meno che i mediatori familiari.

So di centri messi su proprio dalle associazioni dei padri separati, cioè da coloro che hanno sfasciato le proprie famiglie in malo modo e pretenderebbero adesso di 'aggiustare' le famiglie altrui (faccio il freudiano: coazione a ripetere per esorcizzare il trauma?).

So di professionisti (soprattutto avvocati e psicologi) che s'inventano la professione di mediatore familiare pur continuando a svolgere il lavoro precedente; mi pare ci debba essere incompatibilità tra le due cose.

Non esiste un codice etico del mediatore familiare, non esiste una formazione universitaria accreditata del mediatore familiare, non esiste un albo nazionale, non esistono sanzioni per chi fa male questo lavoro. Insomma è un'autentica giungla.

Gran parte dei centri attivi vengono fuori proprio dai corsi di indottrinamento sulla PAS, si può quindi immaginare che tipo di mediazione possano fare.

C'è la necessità impellente di una legge che regolamenti il settore della mediazione familiare e sancisca le incompatibilità con altre professioni.

## NOTE

- 1) Le note su Facebook, pubblicate a partire dall'agosto 2010, sono accessibili tramite il mio profilo; per comodità le ho riunite in questa pagina:  
<http://xoomer.virgilio.it/andreamazzeo/faq/pas.htm>
- 2) <http://www.osservatoriopsicologia.it/2011/01/29/la-sindrome-di-alienazione-alienazionegenitoriale-pas/genitoriale->
- 3) Anche le relazioni ai convegni sono riunite nella pagina citata.
- 4) Richard Alan Gardner, l'inventore della PAS, viene quasi santificato dai suoi sostenitori. Si è suicidato nel maggio del 2003 accoltellandosi con un grosso coltello da macellaio dopo essersi imbottito di oppiacei e antidolorifici. Nella sua ultima conferenza, pochi mesi prima del suo suicidio, si rivolse ai presenti appellandoli come "Miei cari fedeli" e concluse auspicando una serie di cose che dovevano essere fatte "nel Regno della PAS". La citazione si trova nel libro scritto da due psicologhe spagnole, Sonia Vaccaro e Consuelo Barea (Vaccaro S., Barea Payueta C.: *La presunta sindrome di Alienazione Parentale - Uno strumento che perpetua il maltrattamento e la violenza*. EdIt 2011, reperibile al link <http://www.editpress.it/cms/book/pas>; si tratta della traduzione in italiano del testo originale spagnolo, *El pretendido Síndrome de Alienación Parental - un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia*. Desclée de Brower, Bilbao, Spagna, 2009, che è possibile trovare al link <http://www.edesclee.com/products.php/ISBN9788433023315>. È un testo fondamentale per comprendere la logica con la quale è stata costruita la PAS e i molteplici interessi che la sostengono; è ovvio che la sbandierata tutela dei minori non ha nulla a che vedere con il concetto di PAS. Molti dei concetti da me espressi provengono da questo lavoro.
- 5) Sino a settembre 2011 l'articolo era reperibile al seguente indirizzo:  
<http://www.independent.co.uk/news/obituaries/dr-richard-a-gardner-548246.html>. Da allora non è più raggiungibile a questo link ma siamo comunque riusciti a trovarlo a quest'altro:  
<http://web.archive.org/web/20100402103804/http://www.independent.co.uk/news/obituaries/dr-richard-a-gardner-548246.html>. Si tratta di un archivio del web che conserva tutte le pagine pubblicate, non sappiamo però per quanto tempo, quindi è probabile che l'articolo da una certa data in poi venga cancellato anche dall'archivio e di esso non si sappia più nulla.
- 6) Il DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) - Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali, è la classificazione messa a punto dall'APA (*American Psychiatric Association*) - Associazione Psichiatrica Americana, ed è il testo di riferimento per la classificazione dei disturbi mentali.
- 7) Organizzazione Mondiale della Sanità, con sede a Ginevra, in Svizzera.
- 8) ICD è l'acronimo di *International Classification of Diseases*, Classificazione Internazionale delle Malattie, la classificazione utilizzata da tutti i medici per classificare tutte le malattie; all'interno di questa classificazione sono comprese anche tutte le malattie mentali. La PAS non è compresa nemmeno nell'ICD.
- 9) Come già detto, l'APA è la società scientifica che riunisce tutti gli psichiatri americani; in Italia esiste la Società italiana di Psichiatria, SIP.

- 10) Mi riferisco alle due principali classificazioni delle malattie utilizzate a livello internazionale, il DSM e l'ICD (ved. prefazione).
- 11) La Società Spagnola di Psichiatria, l'AEN (*Asociación Española de Neuropsiquiatría*) nel marzo del 2010 ha pubblicato un documento ufficiale nel quale rigetta la PAS definendola un "castello in aria" e sconsiglia ai suoi iscritti di utilizzarla in ambito clinico o forense: [http://www.aen.es/docs/Pronunciamento\\_SAP.pdf](http://www.aen.es/docs/Pronunciamento_SAP.pdf).
- 12) Riporto i *link* ai lavori pubblicati contro l'utilizzo del concetto di PAS in Tribunale da parte dei massimi giuristi americani:
  - <http://www.law.ucdavis.edu/faculty/Bruch/files/bruch.pdf>, e in francese
  - [http://sisyphe.org/IMG/pdf/SAP\\_concepts\\_Bruch08.pdf](http://sisyphe.org/IMG/pdf/SAP_concepts_Bruch08.pdf)
  - [http://www.ndaa.org/ncpca\\_update\\_v16\\_no6.html](http://www.ndaa.org/ncpca_update_v16_no6.html)
  - [http://www.ndaa.org/ncpca\\_update\\_v16\\_no7.html](http://www.ndaa.org/ncpca_update_v16_no7.html)
  - <http://www.leadershipcouncil.org/docs/Hoult.pdf>
- 13) Nota del Dipartimento di Giustizia del Canada, in inglese [http://www.justice.gc.ca/eng/pi/fcy-fea/lib-bib/rep-rap/2006/2005\\_3/p4.html](http://www.justice.gc.ca/eng/pi/fcy-fea/lib-bib/rep-rap/2006/2005_3/p4.html) e in francese [http://www.justice.gc.ca/fra/pi/fea-fcy/bib-lib/raperaprep/2006/2005\\_3/p4.htmlrep/](http://www.justice.gc.ca/fra/pi/fea-fcy/bib-lib/raperaprep/2006/2005_3/p4.htmlrep/)
- 14) <http://xoomer.virgilio.it/andreamazzeo/docu/20120211.pdf>
- 15) Jaspers K.: *Psicopatologia Generale*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2000.
- 16) Scharfetter C.: *Psicopatologia Generale*. Giovanni Fioriti Editore, 2005.
- 17) CTU è il Consulente Tecnico di Ufficio, cioè l'esperto nominato dal Giudice per fornirgli un ausilio di natura tecnica; la sigla si usa anche per indicare il lavoro del CTU, e cioè la Consulenza Tecnica di Ufficio.
- 18) Lubrano Lavadera A., Marasco M.: *La Sindrome di Alienazione Genitoriale nelle consulenze tecniche d'ufficio: uno studio pilota*. Maltrattamento e abuso all'infanzia, Vol. 7, n. 3, pag. 75, dicembre 2005.  
<http://www.bandofbroth.altervista.org/file.php?file=LAVADERA.pdf>
- 19) Lubrano Lavadera A., Marasco M.: *ib*, pag. 72.
- 20) Schneider K.: *Psicopatologia clinica*. Ed. Città Nuova, 1983.
- 21) Citato nel libro sulla PAS scritto da Sonia Vaccaro e Consuelo Barea.
- 22) <http://www.fact.on.ca/Info/pas/misperce.htm> (si tratta di uno scritto di Gardner del 1999 nel quale cerca pateticamente di difendersi dalle accuse di 'incoerenza' portate alla sua teoria).
- 23) Thoennes N. & Tjaden P.G., *The Extent, Nature and Validity of Sexual Abuse Allegation in Custody/ Visitation Disputes*, Child Abuse and Neglect 1990, 14:151-163.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349090026P>
- 24) Rivera Ragland E., Fields H.: *Parental Alienation Syndrome: What Professionals Need to Know - Part 2 of 2*. National District Attorneys Association, National Center for Prosecution of Child Abuse, 16, 7, 2003.  
[http://www.ndaa.org/ncpca\\_update\\_v16\\_no7.html](http://www.ndaa.org/ncpca_update_v16_no7.html)
- 25) C'è un'interessante sentenza della Cassazione Penale, la 250 del gennaio 2011, che ha appunto confermato la condanna inflitta dalla Corte d'Appello a due genitori che cercavano di manipolare i figli.

- 26) Si tratta di una vicenda di separazione per violenza intra-familiare che arrivava persino a minacce con coltelli e pistole del padre verso la madre, con i figli piccoli che assistevano a queste violenze; dopo la separazione il padre è sparito senza dare più notizie di sé per una decina di anni e senza contribuire al mantenimento dei figli. Dopo questi dieci anni si è ricordato di avere dei figli e ha preteso di riprendere i rapporti con loro; i figli, dei quali una già maggiorenne, ovviamente lo rifiutano e su questo rifiuto è stata costruita la diagnosi di PAS.
- 27) SINPIA: *Linee guida in tema di abuso sui minori*, pag. 11. 15 febbraio 2007.  
<http://www.sinpia.eu/atom/allegato/154.pdf>
- 28) Bessette F.: *Disciplining Divorcing Parents: The Social Construction of Parental Alienation Syndrome*. [http://www.thelizlibrary.org/liz/Bessette\\_Francoise\\_T\\_2008-09\\_MA.pdf](http://www.thelizlibrary.org/liz/Bessette_Francoise_T_2008-09_MA.pdf)
- 29) CTP significa Consulente Tecnico di Parte; indica lo specialista che segue una delle parti nel corso della Consulenza Tecnica di Ufficio - CTU - che invece viene disposta dal Giudice nel processo Civile.
- 30) In una discussione su un forum di padri separati un medico, uno dei maggiori sostenitori della PAS in Italia, si è così espresso: “*Se vogliamo definire una natura medica della PAS, sicuramente è un problema trovare dati e casistiche (difatti a parte Gardner non c’è molto altro), ma se ci limitiamo a definire pregiudizievole la alienazione genitoriale senza stare a sottigliezze se sia o non sia una sindrome non dovremmo avere molti problemi*”. In una recente discussione che si è svolta su una pagina Facebook un altro medico, anch’egli tra i maggiori sostenitori della PAS, ha affermato di avere “dei dubbi” sulla natura di malattia della PAS.

Andrea Mazzeo è medico, specialista in psichiatria, lavora nel servizio pubblico dal 1978, con varie esperienze lavorative (CSM, SPDC, ex-Ospedale psichiatrico, Case famiglia e strutture riabilitative). Già docente in Scuole per Infermieri professionali e Corsi per la formazione degli Insegnanti del sostegno scolastico; autore di numerose pubblicazioni su argomenti di psichiatria.

Un paio di anni fa circa, per motivi professionali, è venuto a conoscenza di questa presunta malattia, utilizzata nei Tribunali (Sezioni famiglia dei Tribunali ordinari e Tribunali dei minori) per modificare l'affidamento dei minori nei casi di separazioni coniugali conflittuali.

Le ricerche da lui svolte lo hanno convinto di trovarsi in presenza di concetti che non hanno nessuna valenza scientifica. Ha quindi pubblicato un articolo in un blog di Psicologia (Osservatorio per la Psicologia nei *media*) e partecipato ad alcuni convegni organizzati per svolgere una corretta informazione su questa presunta malattia.

In questo testo riprende la relazione a un recente convegno ampliandola con ulteriori concetti di natura squisitamente medica; espone poi, sinteticamente, alcuni dei casi da lui conosciuti, traendone delle considerazioni conclusive.

Il libro è rivolto a quanti sono chiamati a decidere sull'affidamento dei minori nei casi di conflitti coniugali, ma anche a tutti coloro che vogliono sapere qualcosa di più su questi concetti, 'propagandati' in Italia in maniera poco professionale.