

DSM-5 in Camera di consiglio

Marco Casonato

Università Milano-Bicocca

Key words:

Parental alienation; False allegations of child sexual abuse; Divorce; Child custody; Family law; Shared parenting

Alienazione parentale, Falsi abusi Diritto di famiglia; DSM-5; Consulenza tecnica; Divorzio, Affidamento condiviso.

Riassunto

Questo articolo discute i costrutti del DSM-5 riguardanti una condizione psichiatrica di interesse forense chiamata alienazione parentale. Il concetto di alienazione genitoriale ha suscitato forti resistenze sia tra gli specialisti che tra il pubblico popolare in generale sino a giungere nei media. Questo concetto si riferisce al rifiuto di un bambino nei confronti di un genitore che spesso si manifesta durante o dopo un divorzio conflittuale. L'autore propone, a partire da un provvedimento giudiziario, una riflessione nosologica secondo il DSM-5

Abstract

This article discusses the constructs of DSM-5 about a psychiatric and forensic condition commonly called "Parental alienation" in the context of the legal system.

The concept of parental alienation elicited strong resistance from clinicians as well as the general popular public and media. The concept refers to the situation where a child, often after parental separation, or divorce rejects one of her parents. The author proposes, starting from a real legal case a nosological reflexion based on DSM-5.

Un recente provvedimento di primo grado (*Trib. Milano, sez. IX civ., decreto 13 ottobre 2014*) massimato da Buffone (2014) ci offre l'occasione di tornare sul tema della PAS (*Sindrome di alienazione parentale*) di cui già ci siamo occupati (Casonato, 2013a, 2013b, 2013c, 2013e).

Il concetto di PAS (*Sindrome di alienazione parentale*) coniato dallo psichiatra infantile nordamericano Richard Gardner circa trenta anni fa sulla base della sua esperienza clinica e delle sue grandi capacità osservative merita una specifica attenzione. La definizione iniziale della PAS e la sua progressiva concettualizzazione hanno trovato via via riscontro nell'osservazione e nelle ricerche di altri studiosi che ne hanno meglio puntualizzato diversi aspetti consistenti nel *rifiuto di un minore ad incontrare uno dei due genitori nel contesto di divorzi conflittuali in cui il genitore collocatario prevalente presenta dei disturbi psichiatrici, un lutto complicato post divorzio, un disturbo d'ansia da separazione, dei disturbi di personalità o anomalie caratteriali anche sottosoglia*. La letteratura oramai 'classica' sul tema presenta diverse definizioni dell'*Alienazione parentale* riducibili sinteticamente a quattro:

1. Gardner riteneva che la PAS presentasse come prima manifestazione una ‘campagna di denigrazione’ da parte del bambino nei confronti di un genitore che sarebbe risultata da una combinazione di fattori: condizionamento psichico operato dal genitore collocatario prevalente e contributi individuali del bambino.

2. La definizione di Warshak non è molto lontana quella di Gardner. Warshak sottolinea tre condizioni: la denigrazione è persistente; il rifiuto del genitore non è giustificato ed è almeno parzialmente causato dall'influenza del genitore alienante. Come Gardner, Warshak integra pertanto nella sua definizione come essenziale una dinamica ‘relazionale’.

3. La definizione di Kelly ignora qualsiasi legame di causa ed effetto concentrandosi sul comportamento del bambino. Per Kelly, si parla di alienazione genitoriale (senza utilizzare la parola “sindrome”) quando un bambino esprime in modo persistente sentimenti negativi, credenze irragionevoli e sproporzionate rispetto alla esperienza del bambino con il genitore. Kelly non considera l' influenza di un genitore alienante come fattore etiologico.

4. Darnall ritiene che il bambino non abbia un ruolo attivo, ma agisca semplicemente su suggerimento o induzione del genitore che tenta di alienare l'ex coniuge. L'alienazione parentale è un comportamento attivo del genitore ostile che può produrre un disturbo relazionale tra il bambino e l'altro genitore. Darnall ha basato la sua posizione sulle sue osservazioni delle influenze genitoriali all'opera prima che il bambino ne manifesti apprezzabili effetti.

Come accade per molte condizioni psichiatriche si possono ipotizzare diverse vie per le quali si può giungere al medesimo risultato ed anche diversi fattori che in composizioni diverse e configurazioni anche alternative possono produrre lo stesso fenomeno (Millon, 2011) proprio come un tumore può generarsi a seguito della concomitanza e convergenza di fattori diversi e alternativi in diverse circostanze che purtuttavia esitano appunto proprio in quel tipo di tumore. Per queste ragioni Gardner propose il termine di origine medica ‘*Sindrome*’ per potersi legittimamente mantenere al livello descrittivo di manifestazioni cliniche che si presentano in concomitanza tra loro in mancanza di un modello esplicativo unitario.

L'esistenza del fenomeno che trascolora da situazioni puramente giudiziarie che richiedono soprattutto attenzioni e cautele sino a situazioni di rilevanza psichiatrica che manifestano ricadute di rilievo in giudizi civili ed anche penali e presentano chiari profili di pregiudizio per il minore è incontestabile e ben nota. Un certo livello di controversia (talora di scarsa qualità tecnica, e prevalentemente ideologica)

riguarda soprattutto la miglior definizione di tali dinamiche nel nucleo familiare in disfacimento esaminato durante le cause di divorzio.

Il decreto massimato oggetto delle presenti note è *Trib. Milano, sez. IX civ., decreto 13 ottobre 2014 (Pres. est. Servetti)* che pare a sua volta contenere incorporato al suo interno un riferimento ad un ragionamento motivazionale di un provvedimento del Tribunale di Varese, 1 luglio 2010 (non massimato).

L'estensore del provvedimento della sez milanese - dichiarando inammissibili "accertamenti istruttori in ordine alla cd. PAS" - cita la sentenza di Cassazione Civ. sez. I, sentenza 20 marzo 2013 n. 7041 che asseritamente avrebbe dichiarato la PAS "priva di fondamento sul piano scientifico". Ma viceversa tale sentenza di Cassazione (che in effetti si pronunciava su una questione di completezza delle motivazioni a fronte di CTU contestata puntualmente dalla ricorrente) come prassi riportava una sintesi della tesi della madre ricorrente e in realtà non si esprimeva (come i rilanci mediatici del legale della parte invece volevano far credere) sull'esistenza o la 'scientificità' di manifestazioni e fenomeni di psichiatrica rilevanza in quella separazione (vedi infatti sempre Prima Sezione della Cassazione civ. che con precedente Sentenza nr. 5847, marzo del 2013 riconosceva pacificamente l'*alienazione genitoriale* rilevata da una CTU).

Tali dinamiche relazionali osservabili in corso di divorzio costituiscono una massima di comune esperienza ne' più ne' meno di un 'sinistro stradale' e la questione sarà semmai comprendere come si è verificato, i torti e le ragioni. E' innegabile infatti che un genitore possa mettere un figlio o i figli 'contro' l'altro genitore, la questione semmai è distinguere quando ciò travalica i meri disdicevoli fatti della vita per trascolorare in pregiudizio dei minori, in violazione di diritti, in manifestazioni psicopatologiche, in pericoli per l'incolumità. Non può che rilevarsi però - dal provvedimento massimato - anche un limite 'tattico' della difesa che pare chiedesse in effetti una CTU (che parrebbe accordata pacificamente nel decreto): dunque perché non chiedere, evitando l'acronimo PAS così '*politically incorrect*', una comune valutazione delle 'capacità genitoriali' ? Ciò avrebbe posticipato al momento della definizione del *Quesito* alcune richieste di specifici approfondimenti tecnici. Ad esempio nella Sentenza della Prima Sezione del Tribunale di Roma del 27.06.14 (massimata da Vaccaro 2014a) su una situazione analoga (sono frequentissime) la CTU espletata permette al Tribunale persino di sanzionare le condotte irrispettose della legge e dei provvedimenti pregressi del Giudice messi in atto tipicamente proprio da un genitore alienante.

Quello che più ci interessa notare in queste nostre brevi è però l'utilizzo inaccurato ed anche un po' mitologico del DSM che si osserva sovente in corso di causa e come da tale utilizzo derivino effetti non positivi sull'attività di giudizio.

Il DSM infatti non è una tassonomia di 'categorie naturali' come i mammiferi, o di 'categorie scientificamente valide' come potrebbe essere la tassonomia delle particelle subatomiche, ma viceversa una tassonomia di categorie 'interattive' (Hacking, 2008) costruita sulla base del consenso di commissioni 'politiche' gestite da quattro-cinque importanti psichiatri americani che utilizzano studi epidemiologici unitamente a descrizioni di casi tenendo opportunamente conto anche del peso di lobbies come le case farmaceutiche o per fare un esempio le femministe su temi di specifico interesse economico e ideologico (peraltro proprio come accade con le leggi). Infatti "Il committee del DSM-5 è un comitato costituito da diversi gruppi di leader dell'assemblea. Una volta concluse le fasi di revisione descritte, si è tenuta una sessione esecutiva al fine di validare le opinioni dei presidenti del comitato di revisione e dell'assemblea, dei presidenti delle Task force.." (APA, 2013, pg.11). Questo scrive il DSM di 'se stesso'.

Anche Paris (2013) insiste sul fatto che il DSM non è uno strumento "scientifico", ma il prodotto del consenso di commissioni di esperti. La presenza/assenza nel DSM dunque nulla può dirci sulla presunta 'scientificità' di una entità nosologica: ritenerlo viceversa pare più che altro un'illusione scienziata di taluni giudicanti. Insel (2013) ribadisce che "le diagnosi del DSM sono basate sul consenso" e che la sua "debolezza è la sua mancanza di validità" (leggi scientificità). Lo psicoanalista Stolorow (2013) rimarca che "il DSM è un manuale pseudo-scientifico per fare diagnosi.." che contiene "entità diagnostiche e categorie che sono prive di supporto scientifico..". Persino l'introduzione al DSM-5 lo riconosce pacificamente: "...la classificazione dei disturbi (..) non è stata considerata rilevante dal punto di vista scientifico.." (APA, 2013, pg.11) infatti le "soglie, determinate inizialmente sulla base di un consenso tra esperti, contando su una successiva validazione empirica, non hanno per lo più avuto tale validazione" (Maj, 2014, pg.XIII).

Il DSM (che è redatto da un'organizzazione privata) non pare quindi poter fornire un discrimine di scientificità, ma indica solo un riconoscimento ufficiale-politico-consensuale *pro-tempore* delle forme manifeste di un qualcosa che non va 'nella testa' di un soggetto. Ed infatti i mammiferi sono sempre mammiferi, le particelle subatomiche idem (seppur ogni tanto ne venga individuata una nuova), mentre la classificazione psichiatrica - soprattutto per i disturbi minori - ogni un tot d'anni (15-20) cambia più o meno radicalmente.

Come taluni dettagli e complessità di un testo normativo sfuggono facilmente allo psichiatra, altrettanto pare poter accadere al giurista che si cimenti col testo del DSM soprattutto se trattato come una sorta di codice parallelo (l'equivoco nasce dal fatto che entrambi sono costituiti da liste di *categorie sfumate: Fuzzy Categories* non sovrapponibili alle categorie aristoteliche che implicano viceversa un 'discrimine' netto). In camera di consiglio il DSM può pertanto avere effetti paradossali senza conoscenza 'del sistema' e dei suoi assunti, cioè anche i DSM precedenti, le classificazioni ottocentesche, i principi della psichiatria romantica, il trattamento psichiatrico prima dell'età dei lumi, la psicopatologia, un po' di genetica comportamentale e di neurofisiopatologia, qualcosa sulle malattie rare, e sulla letteratura recente dedicata a quel che è stato dimenticato nel DSM o ciò che è poco chiaro, o smentito da studi o riflessioni successive, o messo in questione da minoranze qualificate nei lavori preliminari o in prese di posizione successive, o le tipiche controversie riferibili a scuole di pensiero contrapposte etc. Per fare un microscopico esempio l'estensore del provvedimento di Milano qui considerato cita il DSM V con numerazione romana (in realtà sarebbe 'DSM-5' perché da questa versione i numeri romani sono stati sostituiti da quelli arabi sia perché si voleva dare un tocco di novità grafica all'operazione, sia perché si prevedono versioni aggiornate frequentemente online dalla casa editrice come l'update dei software cioè "5.1, 5.2, 5.3..." , sia perché data la globalizzazione crescente la moltitudine di psichiatri utilizzatori talora non risulta più in grado di leggere la numerazione romana). Non si tratta di dettagli rari nei provvedimenti giudiziari, ad esempio anche l'estensore della sentenza 27.06.14 I^a Sez. del Trib. Roma - provvedimento riguardante una situazione di alienazione genitoriale nel suo ragionamento motivazionale fa riferimento ad un curioso '*introitare*' che dal tenore della frase dovrebbe essere più correttamente '*introiettare*'. Si potrebbe continuare, ma non è lo scopo di queste brevi note la redazione di una simile lista di 'psicologismi'.

Senonchè, dalla lettura del provvedimento del Tribunale di Milano da cui abbiamo preso le mosse, si apprende con sconcerto che qualcuno avrebbe asseritamente proceduto allo 'sfoglio' della letteratura scientifica sul tema PAS. Il termine non corrisponde a quello di uso corrente cioè 'revisione o rassegna della letteratura' o anche semplicemente 'consultazione' che coincide con l'obbligo intellettuale almeno di leggere, capire, sintetizzare ed eventualmente citare appropriatamente non ogni singolo articolo e monografia sul tema (che costituirebbe un compito sempre sterminato), ma almeno i più significativi sull'argomento. Dunque ammesso e non concesso che chissà dove, chissà quando, chissà chi (conoscendo discretamente almeno l'inglese se si guardano esclusivamente abstract, titoli e parole chiave di un articolo, oppure anche spagnolo, francese, tedesco, portoghese volendo approfondire

un po') abbia effettivamente proceduto a questo 'sfoglio' implicante molte centinaia di pagine (recuperate si suppone in mesi di duro lavoro di biblioteca considerando che i Tribunali non sono abbonati alle banche dati di riviste non giuridiche presenti sul panorama internazionale, che anche i consorzi universitari non coprono tutto e che i prestiti interbibliotecari non riescono il più delle volte a fornire articoli anche non rari pubblicati su riviste straniere), quali fondate opinioni avrebbe mai potuto trarne lo 'sfogliante' non disponendo comunque di una solida formazione di base nel settore e senza neppure leggere i contenuti, ma procedendo solo all'asserito 'sfoglio'? Tra l'altro uno 'sfoglio' anche solo del tipo "m'ama, non m'ama" avrebbe palesato la maggior numerosità di pubblicazioni a favore dell'esistenza della PAS di quelle che ne negano l'esistenza, infatti "Il termine PAS viene riportato in *Google Scholar* ben 2.280 volte dal 1994 ad oggi e, in *EBSCO Host* e *PsychInfo* (BIDS) sono presenti 185 articoli dal 2000 al 2013, di cui solo 11 di questi si esprimono criticamente" (Camerini et al, 2014 pg.2-3). Inoltre sono state puntualmente elencate da Bernet (2010) oltre 900 pubblicazioni sulla PAS nel panorama di 35 paesi.

L'*Alienazione parentale* in effetti è un tema complicato soprattutto perché non pare agevole comprendere da parte di chi non abbia una formazione specifica come una qualche disfunzione che si verifichi "nella testa" di una persona possa derivare da un qualcosa che si verifica "nella testa" di un'altra persona: si chiama prospettiva relazionale ed è stata una conquista degli psicoterapeuti della seconda metà del '900. Le aree di ricerca sulla PAS evidenziate nella letteratura internazionale sono poi molteplici come si conviene allo studio scientifico di un fenomeno che comprende una moltitudine di fattori:

"a) di tipo longitudinale;

b) rivolte a gruppi di bambini coinvolti in separazioni giudiziali;

c) rivolte a genitori alienanti;

d) rivolte a soggetti adulti coinvolti durante l'infanzia in separazioni giudiziali dei genitori;

e) sono state studiate le caratteristiche di personalità dei genitori alienanti;

f) sono stati confermati e ampliati i criteri di definizione di Gardner;

g) sono stati analizzati gli effetti della PAS, nel bambino e in età adulta." (Camerini et al, 2014 pg.2).

Infine un altro segno di una certa approssimazione dei riferimenti 'scientifici' adottati nel provvedimento massimato ci pare derivare dal fatto di notare che i passaggi virgolettati nel decreto milanese non siano accompagnati dal numero di pagina, né da un corretto riferimento alla fonte da cui sarebbero stati tratti anche se pare di intravedervi la sintesi della posizione della madre ricorrente (poi considerata pregiudizievole dalla CdA di Verona a seguito dell'annullamento con rinvio disposto

dalla Cassazione) presentata alla Suprema Corte Sez.I civ. 7041 del 20.03.2013 (per una critica nel dettaglio *Vd*: Casonato 2013a, 2013b) e da quest'ultima sintetizzata come d'uso nella redazione delle motivazioni. Pare cioè una sorta di de relato culturale. Solo questo può rendere ragione della presenza di una citazione della ingenua domanda retorica posta dal Giudice di Varese a se stesso che viene ripresa nel provvedimento milanese attribuendole con ciò stesso una rilevanza implicita davvero incomprensibile da un punto di vista tecnico.

Per facilitare il lettore spezziamo in due parti il ragionamento del Giudice milanese (che sembra far proprio quello varesino) analizzandole poi in ordine inverso per renderle più trasparenti poiché esse palesano plasticamente una criticità del ragionamento motivazionale.

A. "... il comportamento che sia "alienante" può dunque rilevare sotto altri e diversi profili ma non come 'patologia' del minore..";

B. "..(non comprendendosi, peraltro, perché se "litigano" i genitori, gli accertamenti diagnostici debbano essere condotti su chi il conflitto lo subisce e non su chi lo crea: v. Trib. Varese, 1 luglio 2010)..";

Punto B. quando due genitori separati litigano a livello giudiziario coinvolgendo - come sovente accade - il figlio minore nella controversia, questi tendenzialmente ne patisce una sofferenza oppure un pregiudizio più o meno grave, più o meno stabile o transitorio che può essere opportuno valutare per trarne indicazioni utili all'apprezzamento della effettiva realizzazione della responsabilità genitoriale in capo ai singoli contendenti e soprattutto in funzione dei provvedimenti da disporre a tutela del minore che necessariamente debbono essere proattivi e ben fondati. Tale valutazione si dovrebbe comporre di un 'ascolto' del minore effettuato specificamente dal Giudice togato (CSM-UNICEF, 2012) e da una CTU che valuti le due famiglie allargate degli ex-coniugi (quindi anche i rispettivi nonni e nuovi/e compagni o neo-coniugi - ed anche relativi genitori - ed eventualmente anche fratellastri comparsi sulla scena post-divorzile: senza dimenticarsi di qualcuno come di frequente accade). Quindi gli accertamenti vanno espletati accuratamente sempre su tutti, poi agli esiti si valuterà.

Punto A. il comportamento 'alienante' di un genitore può rilevare sia secondo un profilo giuridico (civile, penale e processuale da apprezzarsi prudentemente - ma effettivamente - da parte del giudicante), sia da un punto di vista psichiatrico palesando esso una eventuale manifestazione di un problema personologico di un genitore tipicamente 'scompensato' dal divorzio, oppure di una psicosi del genitore collocatario o di altre patologie psichiatriche vere e proprie che possono arrivare a mettere a rischio persino l'incolumità fisica del minore.

Gli effetti sul minore di un tale ‘comportamento alienante’ (da definirsi pregiudizievole) di un genitore che mette in atto una condotta patologica pur restando magari persona ben integrata socialmente possono essere valutati dallo specialista ed apprezzati poi dal Giudice rispetto ai provvedimenti da prendere di cui al punto B. Gli effetti - che sono variabili a seconda dell’età del minore - possono anche essi rilevare sotto un profilo giuridico (anche in questo caso civile, penale e processuale) oltre che psichiatrico (il pregiudizio cagionato può infatti distorcere lo sviluppo mentale, può produrre patologia acuta o cronica, può richiedere un trattamento o può costituire un pericolo per uno sviluppo sano ed armonico).

Quindi dovrebbe essere pacifico che in caso di sospetta alienazione parentale (rifiuto da parte del figlio dei contatti con un genitore, ripetute complicazioni nell’ottemperare agli orari delle visite ed altro) debbano essere valutati non solo i genitori, ma anche i figli coinvolti loro malgrado e la ‘famiglia allargata’ cioè in primis almeno suocere e suoceri di entrambe le parti oltre ad eventuali nuovi partners).

Parrebbe dunque saggio discutere non tanto dell’esistenza o meno della PAS, ma più produttivamente di ‘quesito’ da porre per ottenere quanto necessario ad un giudizio equilibrato nei divorzi complicati *anche* da forme di alienazione genitoriale.

Il Quesito da porre dovrebbe quindi essere ampio, ma articolato tecnicamente, nella richiesta di valutazione “*dei due nuclei allargati...al fine di accertare le effettive capacità genitoriali e le relazioni familiari nella famiglia allargata, osservando il minore in interazione con i familiari in situazioni dotate di validità ecologica...anche al fine di rilevare un eventuale ‘condizionamento psichico’ (esplicito ed implicito, consapevole o inconsapevole) del minore...volto ad impedire i contatti con l’altro genitore...*”. Anche su iniziativa della Difesa potrà essere richiesto e verbalizzato l’inserimento nel Quesito di quanto sopra che ‘spacchetta’ quanto comunemente inteso con PAS o equivalenti (più avanti altri dettagli di un auspicabile Quesito).

L’*Alienazione genitoriale* osservabile nei divorzi conflittuali costituisce infatti un *fattore di rischio evolutivo* (SINPIA, 2013) per il minore (cioè un pericolo di pregiudizio che possa mettere a rischio uno sviluppo sano ed armonico), e apprezzarlo non è tanto un tema di mera ‘collocazione’, bensì una tipica questione di tutela del minore da un possibile o attuale pregiudizio che potrà essere apprezzata adeguatamente solo col doveroso ‘ascolto’ ed eventualmente con una CTU. La

nozione di Alienazione Parentale è inoltre riconosciuta come possibile causa di maltrattamento psicologico (*Abuso psicologico* nel DSM-5) dalle *Linee Guida in tema di abuso sui minori* della SINPIA (2007). Ci dobbiamo infatti confrontare con una componente cruciale di un fenomeno ancor più ampio le cui peculiarità investono la Giustizia a diversi livelli interlacciati tra loro.

Primo i dati evidenziano che, in presenza di controversia per la custodia dei figli aumenta la quantità di accuse di abuso e maltrattamento false, prodotte intenzionalmente (Trocmé, Bala, 2005; Bala, Mitnick, Trocmé et al. 2007).

Secondo le accuse di abuso e maltrattamento hanno un tasso di fondatezza maggiore nel caso in cui siano prodotte prima della separazione, mentre se queste seguono la separazione hanno una probabilità molto maggiore di essere false (Brown, 2003).

Terzo le false accuse di abuso e maltrattamento provengono con maggiore probabilità dal genitore collocatario o dalla madre (Johnston et al. 2005; Bala, Mitnick, Trocmé et al. 2007), e spesso queste figure coincidono.

Quarto questo tipo di controversie si dispiegano comunemente su di un piano di competenza del tribunale civile, del tribunale di minori e del tribunale penale strettamente connessi tra loro rendendo particolarmente difficile la difesa poiché comunemente i legali non dispongono di competenze interdisciplinari sufficienti per cogliere la globalità dello scenario processuale.

Quinto possiamo ipotizzare un approccio meramente diagnostico strettamente basato sul DSM-5 che per le peculiarità dello strumento dovrebbe comprendere la redazione di valutazione diagnostica e di spettro sui singoli membri dei due nuclei familiari allargati almeno sino ai suoceri. L'approccio imposto dal progetto del DSM-5 impone infatti di 'scomporre' il 'sistema familiare' nelle sue componenti e ruoli anche considerando situazioni 'sottosoglia' (APA, 2013) individuali (ma rilevanti nell'intreccio del sistema dato che *il sistema è più della mera somma delle parti*).

Ne consegue che - in caso di possibile *Alenazione parentale* - il Giudice e/o le parti se interessate specificamente ad avere un corretto inquadramento secondo il DSM-5 del minore, dei genitori, e dei rispettivi suoceri dovrebbero inserire nel quesito da porre al CTU specificamente la richiesta di valutazione della presenza/assenza di quanto il DSM-5 ricomprende.

In merito alla presenza di patologia (eventualmente derivata da un pregiudizio): dovrebbe essere richiesto al CTU di accertare la presenza/assenza nel minore di segni e sintomi che soddisfino i criteri per le diagnosi previste dal DSM-5 potenzialmente ricollegabili ad una delle molte configurazioni possibili che tendono a dare luogo al

fenomeno della *Alienazione parentale* (indichiamo anche i codici delle corrispondenze dell'ICD 9 ed il riferimento all'ICD 10 che è entrato in vigore negli USA dall'ottobre 2014 ed il cui uso è ora obbligatorio), procediamo in approssimativo ordine di frequenza (prevalenza e incidenza dei disturbi sovente non sono note o sono stimate approssimativamente) e ricordiamo che secondo il sistema la valutazione potrà individuare più di una condizione rilevante nel singolo caso, sia in termini di 'doppia diagnosi' che in termini di condizioni concomitanti meritevoli di attenzione clinica o di specificatori:

(ICD 9: 309.21; ICD 10 F93.0) (DSM-5) *Disturbo d'ansia da separazione*;

(ICD 9: 309.4; ICD 10 F43.25) (DSM-5) *Disturbo dell'adattamento, Con alterazione mista dell'emotività e della condotta*;

(ICD 9: 309.9; ICD 10 F43.20) (DSM-5) *Disturbo dell'adattamento non specificato*;

(ICD 9: 309.89; ICD 10 F43.8) (DSM-5) *Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti con altra specificazione (spec. es. Perdita dei contatti con ramo famiglia paterna a seguito di divorzio conflittuale)*;

ai quadri summenzionati possono associarsi:

(ICD 9: V61.20; ICD 10 Z62.820) (DSM-5) *Problema relazionale genitore-bambino*;

(ICD 9: V61.29; ICD 10 Z62.898) (DSM-5) *Effetti negativi del disagio relazionale dei genitori sul bambino*;

(ICD 9: 995.51; ICD 10 T74.32XA, e XD) (DSM-5) *Abuso psicologico infantile, Sospetto/Confermato, Primo intervento/interventi successivi*;

Secondo Childress (2014) è possibile considerare nel bambino alienato anche un *Disturbo reattivo dell'Attaccamento* (ICD 9: 313.89; ICD 10: F94.1) relativo a 'distacco emotivo' osservabile in minori separati in tenera età dal padre/madre o dall'intero nucleo paterno/materno in corso di divorzio conflittuale con interruzione di contatti che converge storicamente con le condizioni descritte da Bowlby (1978) rispetto a bambini in tenera età. Questa condotta del bambino viene comunemente erroneamente qualificata da operatori approssimativi come 'segno' che conferma che il genitore ha fatto qualcosa di male al bambino, mentre sempre secondo Bowlby (1978) tale condizione deriva dal vissuto soggettivo del bambino di essere stato abbandonato dagli adulti di riferimento (il bambino non viene informato mai e spesso neppure potrebbe capire il complesso sistema che lo ha privato del padre/madre). A

nostro parere il ‘codice 10’ potrebbe anche servire a meglio specificare in bambini più grandicelli il loro atteggiamento ‘di rifiuto’ nei confronti del genitore che non vedono da tempo magari perché vige un ordine di protezione di cui non sono informati o rispetto al quale è stato detto che ‘il papà è in prigione perché è cattivo’.

Nel caso in cui limitazioni intrinseche del contesto della valutazione (pronto soccorso, visita domiciliare per diverso utente, contesto in cui viene impedita una valutazione completa del soggetto etc) o caratteristiche sfuggenti del disturbo non permettano di soddisfare i criteri di altre condizioni cliniche è possibile stilare (ICD 9 300.9; ICD 10 F99) DSM-5 *Disturbo mentale senza specificazione*.

Viceversa, soprattutto in ambito di valutazione forense di nuclei familiari allargati in cui può essere utile segnalare al Giudice delle condizioni di disagio psichico o di compromissione anche parziale del funzionamento di rilievo forense e eventualmente suscettibili di approfondimenti si può utilizzare (ICD 9 300.9; ICD 10 F99) DSM-5 *Disturbo mentale con altra specificazione* provvedendo ad annotarne le ragioni.

Possono inoltre essere annotate le seguenti condizioni associate:

(ICD 9: V61.03; ICD 10 Z63.5) (DSM-5) *Disgregazione della famiglia a causa di separazione e divorzio*;

e più in generale tutti gli (DSM-5) *Altri problemi correlati al gruppo di sostegno primario*.

In merito alla presenza di patologia (inducente possibile pregiudizio) negli adulti dei due nuclei familiari allargati la valutazione psichiatrica deve riguardare necessariamente il genitore alienante (in genere quello collocatario), ma anche i nonni e eventuali nuovi partners e persino fratellastri per accertare la presenza dei segni che soddisfino i criteri per le diagnosi DSM-5 pertinenti anche se ‘di spettro’ per:

(ICD 9: 309.21; ICD 10 F93.0) (DSM-5) *Disturbo d’ansia da separazione*; questo può essere concomitante e complementare a quello del bambino con effetti di rinforzo reciproco (la questione andrebbe annotata nella diagnosi a nostro avviso);

singolarmente o come ‘doppia diagnosi’ debbono essere considerati i Disturbi di personalità (nel DSM-5 l’Asse II è scomparso e sono introdotte due notazioni ‘parallele’ specificamente per i Disturbi di personalità per facilitare la transizione dal DSM-IV al DSM-5 agli utilizzatori finali che possono scegliere una notazione:

(ICD 9: 301.0; ICD 10 F60.0) (DSM-5) *Disturbo Paranoide di personalità*;
(ICD 9: 301.7; ICD 10: F60.2) (DSM-5) *Disturbo Antisociale di personalità*;
(ICD 9: 301.83; ICD 10 F60.3) (DSM-5) *Disturbo di personalità Borderline*;
(ICD 9: 301.81; ICD 10: F60.81) (DSM-5) *Disturbo di personalità Narcisistico*;
(ICD 9: 301.50; ICD 10: F60.4) (DSM-5) *Disturbo Istrionico di personalità, con ricerca d'attenzione*;
(ICD 9: 301.89; ICD 10: F60.89) (DSM-5) *Disturbo di personalità, con altra specificazione*;
(ICD 9: 301.9; ICD 10: F60.9) (DSM-5) *Disturbo di personalità, senza specificazione*.

Particolare attenzione per la gravità delle condotte possibili e per i rischi all'incolumità del minore: (ICD 9: 300.19; ICD 10: F68.10) (DSM-5) *Disturbo fittizio (provocato ad altri: specificare se episodio singolo o ricorrenti)* consistente nella falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici o l'induzione di lesioni o malattie in un terzo (in questo caso il minore) associato con menzogna individuabile che corrisponde alla *Sindrome di Münchhausen per procura* di Meadow, 1977);

Distinto e alternativo al *Disturbo fittizio* nell'adulto alienante si può rilevare (ICD 9: V65.2; ICD 10 Z76.5) (DSM-5) *Simulazione di malattia* specificamente rilevante nei comunissimi casi di falsa vittimizzazione da asserito Stalking o violenza domestica.

Condizioni peripartum

Raggruppiamo qui diverse *condizioni psichiatriche peripartum* che meritano particolare attenzione sia per i rischi per l'incolumità del minore (infanticidio e talora figlicidio, ma anche 'sottrazione di minore' con fuga) sia assai più comunemente per le limitazioni che pongono anche solo temporaneamente alla responsabilità genitoriale ed alla capacità di accudimento che può sfociare in una ristrutturazione silente dei rapporti familiari (suocere vicarianti l'attività materna, nonne che assumono il controllo della casa coniugale etc.), oppure in fughe e variegata accuse di violenze e abusi.

Specificamente nelle condizioni peripartum sono meritevoli di studio i moderni 'deliri di abuso' e di 'violenze' che sostituiscono sempre di più i classici 'deliri di possessione' esordendo tramite tipiche 'intuizioni deliranti' che sovente in contesti giudiziari generano poi testimonianze de relato per gli abusi o in accuse di violenze in

assenza di segni fisici (o di violenze psicologiche in assenza di riscontri) oppure rese sommarie alla PG di soggetti europei o extracomunitari che poi scompaiono per 'fuga' (dissociativa, isterica, psicotica) tornando dalla mamma e/o nel paese natio lontano da minacce immaginarie.

L'area più consistente e più tipica è quella dei *Disturbi dell'umore* (DSM-IV) che nel DSM-5 sono stati divisi in due capitoli: *Disturbo bipolare* e *Disturbi depressivi*.

Nel primo capitolo dei disturbi dell'umore rilevano il *Disturbo bipolare I* (spec. con esordio nel peripartum), il *Disturbo bipolare II* (spec. con esordio nel peripartum), e l'unico con codici (ICD 9: 296.89; ICD 10 F 31.89) *Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione* (spec. con esordio nel peripartum). Nel secondo dei due nuovi capitoli rileva il DSM-5 *Disturbo depressivo maggiore* (spec. con esordio nel peripartum), (ICD 9: 300.4; F 34.1) DSM-5 *Disturbo depressivo persistente* (*distimia*) (spec. con esordio nel peripartum).

Sono poi da considerare nell'attività diagnostica: (ICD 9:298.8; ICD 10:F23) (DSM-5) *Disturbo psicotico breve* specificare *post-partum* se l'insorgenza dei sintomi psicotici si verifica entro 4 settimane dal parto e la condizione acuta dura non più di un mese (ricercando poi in particolare eventuali esiti incistati e forme fruste insidiose che sovente sono la/una causa del divorzio anche se le capacità lavorative e sociali possono apparire recuperate completamente, in tali casi la diagnosi potrebbe eventualmente essere modificata in *Sindrome psicotica attenuata* ricadente nel codice (ICD 9: 298.8; ICD 10: F 28) DSM-5 *Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione*. Una situazione alternativa prevede sempre un *Disturbo psicotico breve* specificando *Con Rilevante(i) Fattore(i) di Stress* che può essere un parto con cesareo con complicazioni e difficile gestione post operatoria del bebè, un parto plurigemellare o il divorzio stesso durante il puerperio e un conseguente cambiamento di ambiente ed abitudini per un soggetto probabilmente già a rischio a fronte di un grave abbandono. La letteratura psichiatrica recente tende ad approfondire lo studio di esiti molto circoscritti di episodi psicotici brevi, ed il loro ruolo di fattori di rischio importanti per ricadute e suicidio nel corso della vita.

Importante soprattutto per le false accuse di abuso, di violenza, stalking, molestie e altri contenuti ampiamente pubblicizzati: (ICD 9: 297.1; ICD 10: F22) (DSM-5) *Disturbo delirante* (in particolare quello di *Persecuzione* da specificare).

Infine pare opportuno considerare la cosiddetta *Folie à deux* disturbo assai raro nella sua forma tipica, ma noto dal 1877 quando fu descritto da Lasègue e Falret in cui una

convinzione paranoide o delirante viene trasmessa da un individuo all'altro (ICD 9: 297.3; ICD 10: F.24) (DSM-5 lav. preliminari) *Disturbo psicotico condiviso* che però alla fine è stato omissso, lasciando però nel DSM-5 *Sintomi deliranti nel partner dell'individuo con disturbo delirante* che non ha codice autonomo, ma ricade nel variegato gruppo (ICD 9: 298.8; ICD 10: F 28) DSM-5 *Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione* (specificando il punto 4, vd DSM-5 pg.141). Tali condizioni 'classiche' in forme contemporanee possono corrispondere anche a peculiari casi di alienazione genitoriale. Si tratta tipicamente di sintomatologia delirante che si sviluppa nel 'partner debole' di un individuo che presenta un disturbo delirante per cui nel contesto di una relazione (in questi casi madre-bambino) il materiale delirante del partner dominante (la madre in genere soprattutto in tenera età) offre contenuti per credenze deliranti di un soggetto secondario 'debole' che altrimenti non potrebbe soddisfare i criteri diagnostici per un Disturbo delirante. La sindrome è solitamente diagnosticata quando gli individui affetti: vivono a contatto, e sono anche relativamente (psicologicamente) isolati dagli altri con cui confrontarsi. In particolare in corso di divorzio conflittuale talora se ne può osservare un sottotipo: *Folie à famille* che in genere comprende la filiera suocera, figlia e nipote con nonno materno marginalizzato e contenuti paranoidei riguardanti il nucleo paterno. Un'altra definizione è quella di *Folie imposée*, in cui una persona dominante (nota come "induttore", "primaria" o "principale") crea inizialmente un pensiero delirante (in contesti di divorzio in genere è l'*abuso* che è concetto abbastanza vago di cui sono facilmente accessibili narrative atte alla costruzione di un delirio) durante un episodio psicotico e lo impone su un'altra persona o su altre persone (nota/e come "secondaria/e"); il soggetto "secondario" in questi casi non avrebbe sviluppato la convinzione delirante se non avesse interagito con l'induttore. Nei casi classici se gli individui venivano ricoverati separatamente in manicomio, i deliri della persona indotta di solito scomparivano senza utilizzo di farmaci, similmente la separazione del genitore alienante dal figlio alienato con ricollocazione del minore o presso il genitore non affidatario o parenti e amici di famiglia o in istituzione in breve tende a far scomparire convinzioni e condotte abnormi del figlio conteso.

Non solo in coppie di tossicodipendenti, ma anche in coppie comuni andrebbe considerata la possibilità di *Uso di sostanze*. Per esempio un ex-marito culturista che assume steroidi e diviene paranoide, irritabile e violento (ad esempio ICD 9 305.90; ICD 10 F19.10 *Disturbo da uso di altre sostanze*: specificando 'disturbo da uso di steroidi anabolizzanti' indicando *lieve, moderato* o *grave*) o ex-moglie che usa cocaina (ICD 9 305.60; ICD 10 F14.10) ed è divenuta promiscua, irritabile, impulsiva

ed usa *alcohol* (ICD 9 303.90; ICD 10 F10.20), *cannabis* (ICD 9 304.30; ICD 10 F12.20) o *ansiolitici* (ICD 9 304.10; ICD 10 F13.20) per calmarsi configurano possibili ragioni di pregiudizio per il minore e dovrebbero essere considerati anche tramite analisi di laboratorio (es. analisi del capello). Tali condizioni vanno riferite all'intero capitolo del DSM-5 dei *Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction* per descrivere il quale necessiterebbe un apposito ulteriore articolo visto che solo la loro classificazione sommaria comprende circa 120 pagine del DSM-5; tale valutazione richiederebbe un eventuale CTU specificamente esperto del settore dell'uso di sostanze poiché proprio dagli effetti anche collaterali delle singole sostanze derivano differenti e specifici possibili pregiudizi.

Infine è opportuno valutare tramite accurata anamnesi medica la possibilità anche di una (ICD 9 310.1; ICD 10 F07.0) (DSM-5) *Modificazione della personalità dovuta ad un'altra condizione medica* oppure di (ICD 9: 294.8 e 294.9; ICD 10: F06.8 e F09) (DSM-5) *Disturbo mentale dovuto a un'altra condizione medica* in cui una malattia del corpo incide nella formazione di un disturbo mentale (basti pensare agli effetti di una condizione terminale da HIV o agli esiti di un ictus, di un'infezione cerebrale o di una metastasi cerebrale rimossa o in situ) .

Inoltre il CTU dovrebbe doverosamente segnalare al giudice anche i codici V (ICD 9) a partire dal V63.3 (ICD 10: Z55.9) sino al V 62.89 (ICD 10: R41.83) per un opportuno apprezzamento del loro ruolo nella condizione osservata ed in particolare: (ICD 9: V62.5; ICD 10: Z65.3) *Problemi correlati ad altre circostanze giudiziarie* e (ICD 9: V62.89; ICD 10: Z65.8) *Conflitti con fornitori di servizi sociali, compresi funzionari di sorveglianza, case manager, o operatori dei servizi sociali*.

Per mancanza di spazio ricordiamo semplicemente il problema della diagnosi differenziale (soprattutto rispetto ai *Disturbi dell'adattamento*) riferita al capitolo dei possibili *Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti* che comprende il *Disturbo da stress post-traumatico* (specificare se sopra o sotto i 6 anni) (ICD 9 309.81; ICD 10 F43.10). Si tratta di ampio e fortemente discusso capitolo cui si ricorre sovente e in genere impropriamente in semplificazioni giudiziarie di eventi familiari carichi di dolore morale, ma non per ciò necessariamente 'traumatici'.

Sempre per mancanza di spazio citiamo solo en passant i *Disturbi dello spettro dell'autismo*, il *Disturbo da deficit da attenzione/iperattività*, i *Disturbi del movimento* e persino i *Disturbi del neurosviluppo (con altra specificazione)* che in ambito giudiziario sono sovente impropriamente ricondotti a improbabili effetti pregiudizievoli di abusi, violenza assistita e più in generale di dinamiche del disfacimento familiare. Nessuno di questi disturbi che hanno etiologia genetica e

neurobiologica può essere causato o attivato da una dinamica divorzile, al più si potrà osservare uno scambio di accuse sul tema da parte degli ex-coniugi o, unica condizione in cui si potrebbe rilevare pregiudizio, un serio scadimento dell'assistenza (assai complicata e impegnativa) causata dalle dinamiche separative e dalla scarsità di risorse conseguenti.

Una particolare attenzione andrebbe infine prestata anche al possibile manifestarsi di:

Narcissistic Victim Syndrome (NVS) riguardante il traumatismo causato dalle approssimazioni e sommarietà dei procedimenti giudiziari che inducono un sentimento soggettivo traumatico di 'giustizia incompleta' o 'giustizia che non risolve';

Legal Abuse Syndrome (LAS) riguardante gli effetti di pregiudizio psichiatrico generati dall' 'ingiustizia' e dalla 'malagiustizia';

False Victimization Syndrome (FVS) riguardante le false denunce di stalking o violenze in corso di separazione.

Si tratta di sindromi non elencate nel DSM, ma oggetto di crescente attenzione e dibattito scientifico e di pubblicazioni scientifiche.

Inoltre poiché col DSM-5 viene introdotto opportunamente il concetto di 'spettro' del disturbo (ossia di disturbi definiti 'sottosoglia' cioè che non soddisfano tutti i criteri del DSM, ma ne soddisfano comunque un buon numero in presenza di un disagio osservabile e/ del pericolo dell'insorgenza sotto stress futuro di un disturbo conclamato e quindi condizioni meritevoli di attenzione psichiatrica) il CTU dovrebbe segnalare puntualmente al Giudice anche la presenza di segni e sintomi insufficienti per stilare una diagnosi 'piena', ma tali da delineare una condizione psichiatrica cosiddetta 'sottosoglia' ricadente cioè nello 'spettro' del disturbo (cioè posto ai margini esterni della categoria nosografica) perché essa potrebbe risultare comunque sufficiente a far temere un 'pregiudizio' per il minore per il quale il giudicante dovrebbe dunque provvedere doverosamente. Bisogna rimarcare qui che nella maggioranza di casi anche gravi e complessi di alienazione genitoriale che arrivano avanti a qualche Autorità giudiziaria non si è in presenza di gravissime malattie psichiatriche conclamate, ma bensì della somma di piccoli e medi disturbi in diversi soggetti cooperanti che spesso mantengono una buona o discreta integrazione sociale, un buon funzionamento lavorativo ed una vita sociale abbastanza normale. Il pregiudizio può cioè essere o divenire importante anche in presenza di soggetti singolarmente ben integrati. Per fare un esempio molti soggetti affetti dal grave e permanente *Disturbo delirante* possono risultare ben integrati lavorativamente ed anche in contesti sociali ove la loro convinzione non venga toccata o contrastata

svolgendo inoltre con assiduità le responsabilità genitoriali, ma trasmettendo con l'insegnamento e l'interpretazione degli eventi quotidiani giorno dopo giorno pregiudizievoli convinzioni deliranti.

La CTU inoltre potrebbe comprendere anche la raccolta di anamnesi psichiatrica pregressa redatta evidentemente secondo DSM IV-TR (o ICD 9) segnalando al Giudice eventuali equivalenze o affinità tra quadri previsti dal DSM IV-TR e DSM-5, in alternativa può essere utilizzato l'*International Classification of Diseases* (ICD 10, obbligatorio in USA dall'ottobre 2014) o ICD 11 (quando sarà completato) dell'OMS (*Organizzazione Mondiale della Sanità*) che, benchè molto simile, utilizza talune denominazioni diverse e presenta differenze per talune condizioni. Bisogna ricordare infatti che il DSM è uno strumento redatto da un'organizzazione privata ed utilizzato soprattutto dagli psichiatri italiani in ambito istituzionale, laddove la Sanità pubblica europea utilizza soprattutto gli ICD utilizzati dal 37% degli psichiatri italiani a fronte del 54% dei francesi, dell'86% degli inglesi e del 96% dei tedeschi (Maj, 2014).

Si otterrebbe pertanto seguendo attentamente le linee guida del DSM un quesito articolato piuttosto sofisticato di tipo psichiatrico e pedopsichiatrico. Dunque:

“ Dica il CTU quale diagnosi DSM-5 (o ICD 10/11) sia possibile stilare - considerando anche condizioni di spettro o sottosoglia - per il minore e per tutti i componenti della famiglia allargata stabilendone l'effetto attuale o potenziale nel ridurre eventualmente le capacità genitoriali o nel produrre un pregiudizio attuale o potenziale per il minore anche facendolo divenire 'paziente designato' ”

Conclusioni

E' un fenomeno del tutto comune e naturale il formarsi di legami preferenziali tra genitore e figli nell'ambito familiare. La situazione più comune è un legame preferenziale madre-figlio e padre-figlia con una concomitante silente 'ostilità' nei confronti del genitore vissuto come 'rivale': tale configurazione familiare è stata descritta inizialmente da Freud come 'Complesso di edipo', declinata da Jung col 'Complesso di Elettra' ed ulteriormente approfondita da coloro che hanno studiato 'lealtà' e 'conflitti di lealtà' nella famiglia (Minuchin et Al., 1975). Il naturale svolgersi di questi processi di sviluppo contribuisce ad una crescita sana ed armonica ed all'acquisizione di attitudini e ruoli sociali: un cavaliere (figlio) che difende ad oltranza la donna (madre), una principessa (figlia) che viene salvata da un cavaliere (padre) disposto per lei ad affrontare ogni pericolo. Su tale canovaccio naturale che fornisce un imprinting relazionale come la ricerca biologica dimostra (Castiglioni, 2014) si possono sviluppare varie versioni devianti. In tali versioni un genitore sottilmente conferma e rinforza una propensione naturale (ostilità) a discapito di

un'altra propensione naturale (amore): il padre da amato/odiato rivale diviene un nemico assoluto da cui proteggere la madre, la madre da amata/odiata rivale diviene su induzione paterna la strega odiata di cui liberarsi. Queste configurazioni di base possono dispiegarsi in un gran numero di varianti comprendenti rapporti preferenziali tra fratelli e coi nonni ivi comprese varianti omosessuali e transessuali con ruoli e canovacci narrativi diversi. Anche questo universo richiederebbe un saggio a parte per essere meglio descritto, ma ai fini di questo nostro lavoro basti sapere che esistono processi biologici e tendenze naturali che tendono a condurre a 'schierarsi' preferenzialmente con un genitore pur senza perdere l'amore e il contatto con l'altro. E' su queste tendenze naturali che si inseriscono varianti in ogni caso disfunzionali per una crescita sana ed armonica che tendono ad elidere il ruolo e nei casi più gravi anche i contatti con un genitore verso cui monta un'ostilità stimolata o confermata dall'altro genitore sia esso ancora coniugato o divorziato. La capacità di un genitore di 'mettere un figlio contro' l'altro genitore, un nonno o una nonna, un o una matrigna è massima di comune esperienza (e come abbiamo visto si radica in processi di per sé fisiologici in origine) e quindi solo le situazioni più serie o gravi - secondo una graduazione tecnico-empirica: *grave, media, lieve* - paiono richiedere una particolare attenzione psichiatrica, mentre quelle di minor rilievo richiedono in caso di giudizio anche solo le particolari cautele che peraltro dovrebbero appartenere all'esperienza sedimentata dei giudicanti. Il fenomeno può risultare più o meno pernicioso come ricordava A.C. Moro: "frequentemente, nelle procedure giudiziarie di separazione, che l'aggressività scatenata nella coppia in crisi porti a rappresentare il partner non solo come colpevole della rottura ma anche come persona equivoca, disturbata, 'cattiva'. E questo non solo di fronte al giudice ma anche di fronte al bambino, chiamato ad assumere un ruolo di alleato e testimone delle incapacità dell'altro genitore, sottilmente influenzato perché esprima giudizi pesanti sull'altro genitore rendendo così impossibile l'affidamento a questi (non sono infrequenti i casi di bambini spinti da un genitore a dichiarare falsamente di aver subito abusi di ogni genere da parte dell'altro genitore)" (A.C. Moro, 2003, pg.2).

Coloro che hanno sposato la tesi ideologica che la *Alienazione genitoriale* non esista puntano oggi sul DSM-5 come una sorta di scrimine di 'scientificità' errando. Infatti la struttura stessa del DSM-5 ed il suo progetto metodologico - confrontati col DSM IV - tendono a moltiplicare i disturbi e ad individuare una nuova moltitudine di entità nosologiche (Frances, 2014; Insel 2013; Paris, 2013). Per cui al posto della *PAS* e al posto della *Alienazione genitoriale* intese come situazioni relativamente unitarie di varia gravità e disparata etiologia della nosologia pregressa subentrano oltre una quindicina di condizioni psichiatriche che possono affliggere vari membri della famiglia allargata e devono essere ricercate e segnalate dai CTU come condizioni

concomitanti tali da poter incidere sulle capacità genitoriali e sul rischio di pregiudizio del minore.

Esiste d'altra parte una difficoltà intrinseca al DSM-5 a considerare globalmente le dinamiche sistemico-relazionali di un nucleo familiare (nonostante la ampia possibilità di stilare una diagnosi per ciascun membro del nucleo allargato), il DSM-5 infatti è un manuale dedicato prevalentemente alla diagnosi in funzione della somministrazione di farmaci (anche sperimentali) e quindi deve limitarsi ad individuare una persona alla volta da trattare propriamente. E' da questa peculiarità del DSM come strumento e del DSM-5 in particolare che discende lo spezzettamento della 'sindrome' descritta unitariamente da Gardner trenta anni fa in manifestazioni cliniche rilevanti osservabili separatamente nel bambino e nell'adulto (vd. Casonato 2013e). Ma ciò deriva soprattutto dall'adozione da parte delle commissioni che hanno redatto il nuovo DSM di un approccio differente da quello adottato per l'edizione IV da cui consegue un ampliamento delle situazioni riconosciute in cui può essere ravvisata una alienazione genitoriale e la possibilità di evidenziare molte forme meno gravi e sfumate "di spettro" che ora possono essere tecnicamente definite secondo criteri condivisi e come tali portate anche all'attenzione del Giudice quale situazione di pericolo o di attuale pregiudizio. Oltre al pregiudizio per il minore si deve notare che da un punto di vista giurisprudenziale l'alleanza simbiotica patologica (o la trasformazione del minore in 'paziente designato' vittima di abuso) tra genitore e figlio contro l'altro genitore costituisce un vulnus dei diritti fondamentali soprattutto del figlio che pur (paradossalmente) afferma anche con veemenza tale rifiuto (peraltro un minore tossicodipendente che fiutasse colla farebbe lo stesso con un genitore che cercasse di farlo smettere). Dovremmo dunque considerare a tale fine: Cost. artt. 2, 3 e 30; Conv. NY art. 29; Conv. EDU art. 8; Carta di Nizza art. 7 e 24: quindi 'ascoltare il minore' non potrebbe voler dire rispettare la sua volontà come non pare saggio rispettare quella di un minore tossicodipendente se afferma di voler sniffare la colla quanto gli pare (in tal caso perché mai ci sarebbe bisogno di un Giudice). Altrettanto dovrebbe valere rispetto ai contatti con entrambi i genitori.

A questo punto possiamo finire di rispondere alla domanda retorica posta dal Giudice di Varese e ripresa nel provvedimento massimato da cui abbiamo preso le mosse (Buffone, 2014). Nel caso forse più tipico di incuria e maltrattamento da parte di un genitore si osservano magari cicatrici di bruciatura di sigaretta sugli arti di un minore: in tale frangente tipicamente verrà richiesto il referto medico legale del Pronto soccorso sulle possibili cause prossime di tali lesioni, inoltre sarà magari disposta una CTU (oltre a delle incisive misure urgenti di tutela del minore) per valutare le capacità genitoriali di quel nucleo. Per ragioni analoghe il giudicante dovrebbe

richiedere una valutazione tecnica dei comportamenti abnormi del minore (equivalenti alle cicatrici di bruciature di sigaretta), considerare celermente delle misure di tutela del minore stesso e una valutazione per mezzo di CTU del nucleo nel suo insieme, delle capacità genitoriali e risorse familiari alternative o complementari. Quando si rilevano bruciature sulle braccine di un bambino non pare assennato preoccuparsi del fatto che i genitori costantemente litighino prima o dopo tali eventi lesivi, ma che tali eventi si verificano effettivamente e che producano pregiudizio attuale. Anche il rifiuto intenso e protratto ad incontrare un genitore costituisce una ‘cicatrice’ che ci informa di un processo lesivo pregresso e probabilmente ancora in atto attivato anche inconsapevolmente dal genitore collocatario che impone al Giudice misure urgenti di tutela al fine di interrompere il pregiudizio per uno sviluppo armonico e sano del minore.

Concludendo non si può fare a meno di rilevare che la locuzione ‘*Alienazione parentale*’ (*lieve, media, grave*) non ha meno ragioni di esistere e di essere usata di quella di ‘*Sinistro stradale*’, entrambe sono situazioni che possono trovare ‘amichevole composizione’ oppure meritare un approfondimento nelle varie possibili sedi preposte anche utilizzando una CTU se necessitano talune competenze tecniche che esulano dalle conoscenze tipiche del Giudice.

Bibliografia e sitografia

APA, DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA publishing, Washington D.C., 1994;

APA, DSM-IV-TR, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA publishing, Washington D.C., 2000;

APA, DSM-5, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, 2014 Milano; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA publishing, Washington D.C., 2013;

Baker A, Chambers J (2011) *Adult Recall of Childhood Exposure to Parental Conflict: Unpacking the Black Box of Parental Alienation* Journal of Divorce & Remarriage
<http://dx.doi.org/10.1080/10502556.2011.534396>

Bala, N., Schuman J. (1999). *Allegations of sexual abuse when parents have separated*. Canadian Family Law Quarterly, 17, 191-241.

Bala, N.M.C., Paetsch, J.J., Trocmé, N., Schuman, J., Tanchak, S.L., Hornick, J.P. (2001). *Allegations of child abuse in the context of parental separation: A discussion paper*. (Research Report, 2001-FCY-4E). Department of Justice, Canada.

Bernet, W *Parental alienation*, Charles Thomas publ., Springfield, 2010;

Bernet W, Baker A 2013 *Parental Alienation, DSM-5, and ICD-11: Response to Critics* J Am Acad Psychiatry Law 41:98–104, 2013

Bogels S., Zigterman D., *Dysfunctional Cognitions in Children with Social Phobia, Separation Anxiety Disorder, and Generalized Anxiety Disorder* Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28, No. 2, 2000, pp. 205–211

Bowlby J 1978 *Attaccamento e perdita*, vol.2, Torino, Bollati-Boringhieri,

Brennan, K.A. and Shaver, P.R. (1998) *Attachment Styles and Personality Disorders: Their Connections to Each Other and to Parental Divorce, Parental Death, and Perceptions of Parental Caregiving* Journal of Personality 66, 835-878

Buffone G (2013) *Nota*, Altalex, 25 marzo 2013

Buffone G (2014) <http://www.ilcaso.it/giurisprudenza/archivio/11453.pdf>

Camerini G B 2013 *Gli ostacoli alla bigenitorialità: coercizione diretta e indiretta*, Relazione presentata al Convegno: *Accertamenti, relazioni e cure richieste dal Tribunale dei minori e dal Giudice del divorzio*, 2013, Milano 14 giugno;

Camerini G.B., Magro T, Sabatello U, Volpini L (2014) *La parental alienation: considerazioni cliniche, nosografiche e psicologico-giuridiche alla luce del DSM-5* Gior Neuropsich Età Evol 2014;34:39-48

Casonato M (2013a) *L'alienazione parentale nella sentenza n. 7041/2013 della Cassazione civile* La Nuova Giurisprudenza civile commentata N. 9 Settembre 2013, Anno XXIX pp.433-50

Casonato M (2013b) *Conflitti familiari e sindrome da alienazione parentale: note su una discussa patologia* Famiglia e Diritto 8-9/2013 pp.1-8

Casonato M. (2013c) *Un intellettuale americano: Richard Gardner, i falsi abusi e la PAS: introduzione a Gardner R 1991 L'isteria dell'abuso sessuale*, QuattroVenti, 2013c;

Casonato, (2013d) *Psicoterapie, Sostegni, Percorsi, Interventi, Mediazioni, Diari di bordo, Inchieste psicosociali, Ausiliari inconsapevoli*, in Camerini, Catullo e Sergio (a cura di), *Tutela e protezione: l'evoluzione del sistema minorile*, Maggioli editore, 2013d;

Casonato M (2013e) *La zuffa concettuale sulla PAS: storia prossima di furiosi equivoci* <http://www.alienazione.genitoriale.com/la-zuffa-concettuale-sulla-pas-storia-prossima-di-furiosi-equivoci-marco-casonato/>

Casonato, Sagliaschi, 2012 *Manuale storico comparatista di Psicologia Dinamica*, Torino, Utet;

Castiglioni C 2014 *Effetto Westermarck ed evitamento dell'incesto*, Psicoterapia, 1

Cherkes-Julkowski, M. and Mitlina, N. (1999). *Self-Organization of mother-child instructional dyads and latter attention*. Journal of Learning Disability, 32(1), 6-2

Childress C (2014) <http://drcraigchildressblog.com/2014/>

- Childress C (2013) *Video completo sulla terapia della PAD*:
http://www.youtube.com/user/padchildress#p/u/33/9_gfu_4XNyU
- Civinini, *Il giudice, il consulente e la Cassazione. Brevi osservazioni a Cass. n.7041/2013*,
Questione Giustizia online, 2013
<http://www.magistraturademocratica.it/mdem/gg/articolo.php?id=79;>
- Clawar-Rivlin, *Children held hostage: Dealing with programmed and brainwashed children*,
Chicago, IL: American Bar Association, 2011;
- CSM-UNICEF, 2012 *L'ascolto dei minorenni in ambito giudiziario*, Edizione CSM-UNICEF,
Roma, 2012
- Darnall, D. (1997) *Another perspective of parental alienation*. www.parentalalienation.com/
- De Becker E, Ali-Hamed *Les fausses allégations d'abus sexuels sur mineurs d'âge*, L'évolution
psychiatrique 71 (2006) 471–483
- Dunne J Hedrick M *The Parental Alienation Syndrome: An Analysis of Sixteen Selected Cases*
Journal of divorce & remarriage, Vol. 21, p 21-38 1994
- Joyal , R. Quéniart, A. van Gijseghem, H. et Cloutier , R. (1999). *La protection des droits et de
l'intérêt de l'enfant dont la garde est contestée. Analyse des dispositifs juridiques concernés*.
Montréal : Premier rapport de recherche.
- Fidler B J. Bala N. (2010) *Children resisting postseparation contact with a parent: concepts,
controversies, and conundrums*, Family court review, Vol. 48 No. 1, January 2010 10–47
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J.G., Bateman, A. W. (2003). *The Developmental roots
of Borderline Personality Disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence*.
Psychoanalytic Inquiry, 23, 412-459
- Frances Allen 2014 *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina
- Gardner R , *Recent Trends in Divorce and Custody Litigation*, Academy Forum 29 (2) 1985, 3-7;
- Gardner R, *Misinformation Versus Facts About the Contributions of Richard A. Gardner,
M.D.*, American Journal of Family Therapy 30 (5), 2005, 395-416;
- Gardner, *L'isteria dell'abuso sessuale*, QuattroVenti, 2013;
- Gijseghem Ht van *L'irriducibile resistenza al concetto di alienazione genitoriale* [Psicoterapia
online 2014 https://rivistapsicoterapia.wordpress.com/2014/10/13/lirriducibile-resistenza-al-
concetto-di-alienazione-genitoriale-hubert-van-gijseghem-univ-de-montreal/](http://www.psicoterapiaonline.it)
- Gijseghem, H. van (2002). *Le Syndrome d'Aliénation Parentale*. La Revue d'Action Juridique et
Sociale, n o 222, 31-35
- Gottlieb L. J. (2012) *The Parental Alienation Syndrome: a Family Therapy and Collaborative
Systems Approach to Amelioration*, Springfield Charles Thopmas publ.,
- Hacking I (1988) *The Sociology of Knowledge About Child Abuse* NOUS 22 pp. 53-63
- Hacking I (2008) *Plasmare le persone, Lezioni al College de France*, QuattroVenti, Urbino

Kelly, J. Johnston, J. (2001) *A reformulation of parental alienation syndrome*. Family Court Review, 39, 249-266.

Insel, D *Transforming Diagnosis*, The National Institute of Mental Health Aprile 29, 2013, <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>;

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, dicembre 2005 pp.63-88

Lampel, A. (1996). *Children's alignments with parents in highly conflicted custody cases*. Family and Conciliation Courts Review , 34, 229-239

Lavetes, *Richard Gardner obituary*, New York Times, 9 June, 2003;

Lawson, 2000 *Understanding the borderline mother*, Lanham, Rowman & Littlefield Publishers;

Leedom, L J. A Bass, L Hartoonian Almas *The Problem of Parental Psychopathy* Journal of Child Custody 10:2, 154-184, <http://dx.doi.org/10.1080/15379418.2013.796268>

Lubrano, Lavadera A., Ferracuti, S., & Togliatti, Malagoli M. (2012). *Parental alienation syndrome in Italian legal judgments: An exploratory study*. International Journal of Law and Psychiatry,35, 334-342

Maj M 2014 *Introduzione all'edizione italiana, DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano;

Millon. T. (2011). *Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal*. Hoboken: Wiley

Minuchin S et al.1975 *A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children* *Family Organization and Family Therapy*, Arch Gen Psychiatry. 1975;32(8):1031-1038

Moro CA, 2003 *Figli e genitori separati: quali soluzioni per garantire il diritto ai minori di incontrare i genitori*, in Politiche per l'Infanzia e la famiglia, Fondazione Zancan, Alberto Brigo editore, Rovigo, 2006

Neuman C 2012 *Impact of Borderline Personality Disorder on Parenting: Implications for Child Custody and Visitation Recommendations* Journal of Child Custody, 9:4, 233-249: <http://dx.doi.org/10.1080/15379418.2012.748350>

O'Connor P. (2004) *Voice and support: Programs for children Experiencing parental Separation and divorce*, Family, Children and Youth Section Department of Justice Canada, Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Justice and Attorney General of Canada, 2004

Paris J *DSM-5: Handle With Care*, The Neuropsychotherapist 2013 25 aprile, <http://www.neuropsychotherapist.com/dsm-5-handlewith-care/>;

Pollet S (2009) *A nationwide survey of programs for children of divorcing and separating parents* Family court review, Vol. 47 No. 3, July 2009 523–543

Prodomo, *La PAS innanzi alla Corte di Cassazione*, *Questione Giustizia online*, 2013, <http://www.magistraturademocratica.it/mdem/qg/articolo.php?id=74>;

Rand, Deirdre, Conway *The spectrum of parental alienation syndrome (part i)* American journal of forensic psychology, volume 15, number 3, 1997

Rand, Deirdre Conway *The spectrum of parental alienation syndrome (part ii)* American journal of forensic psychology, volume 15, number 4, 1997

Raineki, C., Moriceau, S., Sullivan, R.M. (2010) *Developing a neurobehavioral animal model of infant attachment to an abusive caregiver*. Biological Psychiatry, 67, 1137-1145

Saluzzo M A *La sindrome di alienazione genitoriale (PAS): psicopatologia e abuso dell'affidamento nelle separazioni*. Interventi di confine tra psicologia e giustizia. LINK – Rivista scientifica di psicologia, n. 8, gennaio 2006, pp. 6-18

SINPIA (2007) *Linee Guida in tema di abuso sui minori* Erikson, Trento

SINPIA (2013 aprile) Comunicato in merito alla Cassazione Civ. sez. I, sentenza 20 marzo 2013 n. 7041

Stolorow, *Deconstructing Psychiatry's Ever-Expanding Bible*, Psychology Today, 2-4-2013 <http://www.psychologytoday.com/blog/feelingrelating-existing/201204/deconstructing-psychiatrys-ever-expanding-bible>;

Tsou J. Y. (2007) *Hacking on the Looping Effects of Psychiatric Classifications: What Is an Interactive and Indifferent Kind?* International Studies in the Philosophy of Science Vol. 21, No. 3, October 2007, pp. 329–344

Turkat I D 2010 *Shared Parenting Dysfunction* The American Journal of Family Therapy, 30:5, 385-393, <http://dx.doi.org/10.1080/01926180260296297>

Vassallo G 2014 *La PAS non esiste: Tribunale Milano, sez. IX civile, decreto 13.10.2014*, ALTALEX, <http://www.altalex.com/index.php?idnot=69254>

Verrocchio M C , Amy J. L. Baker (2013) *Italian Adults' Recall of Childhood Exposure to Parental Loyalty Conflicts* J Child Fam Stud

Vaccaro G. 2014 *Diritto del Minore alla bigenitorialità: due recenti pronunce di Roma e Milano fanno discutere* <http://www.diritto24.ilsole24ore.com/art/dirittoCivile/famiglia/2014-10-30/diritto-minore-bigenitorialita-due-recenti-pronunce-roma-e-milano-fanno-discutere--173435.php>

Wakefield H *Sexual Abuse Allegations in Custody Disputes IPT*, <http://www.ipt-forensics.com/library/jmcraig1.htm>

Wallerstein J. & Kelly, K. (1980) *Surviving the break-up : How children and parents cope with divorce*. New York : Basic Books

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. A. (2001) *Current Controversies regarding Parental Alienation Syndrome*, American Journal of Forensic Psychology, vol. 19, No. 3, 29-59

Warshak, R. (2003) *Bringing sense to parental alienation : A look at the disputes and the evidence*. Family Law Quarterly, 37, 273-301

Widiger, T.A., Trull, T.J. (2007) *Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model*. American Psychologist, 62, 71-83