

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
LECCE – VIALE ALDO MORO,34
☎ 333 7147504

Lecce, 05/04/2019

PARERE PRO VERITATE

Il sottoscritto Dr Andrea Mazzeo, medico-chirurgo specialista in Psichiatria, iscritto all'Albo dei Medici della Provincia di Lecce con il n° 2718, è stato incaricato dalla sig.a _____, assistita dall'Avv. _____, di esprimere un parere *pro veritate* sulla CTU svolta dal Dr _____, nel procedimento n. _____/2012 R.G. del Tribunale di _____, Terza Sezione Civile.

A pag. 8 del suo elaborato il Dr _____ così scrive: «*Ritengo che questo rifiuto della bambina a frequentare il padre possa essere inquadrato in una PAS (Sindrome di Alienazione Parentale)*»; aggiungendo che si tratta di una controversa dinamica psicologica che è stata spesso criticata.

Nel fare queste azzardate affermazioni il CTU incorre in una clamorosa falsità scientifica; **la PAS o Sindrome di Alienazione Parentale, o genitoriale, è stata dichiarata priva di validità scientifica nell'ottobre del 2012 dal Ministro della Salute** che così si esprime in merito:

L'Istituto superiore di sanità, interpellato perché è il più alto organo di consulenza scientifica del Ministero, ha sottolineato che i fenomeni di ritiro dell'affetto da parte del bambino nei confronti di uno dei genitori, emersi in alcuni casi di affidamenti a seguito di divorzio, possono essere gestiti dagli operatori legali e sanitari senza necessità di invocare una patologia mentale per spiegare i sentimenti negativi di un bambino verso un genitore. L'inutile e scientificamente non giustificato etichettamento come «caso psichiatrico» può rendere ancora più pesante la difficile situazione di un bambino conteso. Sebbene la PAS sia stata denominata arbitrariamente dai suoi proponenti con il termine «disturbo», in linea con la comunità scientifica internazionale, l'Istituto superiore di sanità non ritiene che tale costrutto abbia né sufficiente sostegno empirico da dati di ricerca, né rilevanza clinica tali da poter essere considerata una patologia e, dunque, essere inclusa tra i disturbi mentali nei manuali diagnostici.¹

La PAS quindi non è né controversa né criticata ma è proprio antiscientifica, “scienza spazzatura”², secondo la definizione del prof. Paul Fink, capo del comitato per la revisione della terza edizione del DSM nel 1985, quando il Dr Richard Alan Gardner pubblicò il

1 <http://leg16.camera.it/410?idSeduta=0706&tipo=stenografico#sed0706.stenografico.tit00090.sub00020>

2 http://www.leadershipcouncil.org/1/pas/PR_PAS.html

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
LECCE – VIALE ALDO MORO,34
☎ 333 7147504

suo articolo sulla PAS³ in una rivista di opinioni⁴ e non in una rivista scientifica, pretendendo che venisse classificata nel DSM-III-R.

Oltretutto nel 1985, dopo la pubblicazione di questo articolo, il Dr Gardner venne espulso dalla *Columbia University*, dove era un volontario non retribuito, con la motivazione che era ignorante nella disciplina di psichiatria e incapace di ragionare secondo il metodo scientifico⁵.

Circa i cosiddetti sintomi della PAS, riportati dal CTU quasi a voler dare maggiore valore alla sua tesi, tali descrizioni non sono sintomi di alcun disturbo mentale, come dallo scrivente evidenziato in una sua pubblicazione⁶ (spiace questa autocitazione ma lo scrivente è l'unico che si è preso la briga di analizzare i cosiddetti sintomi della PAS dal punto di vista rigorosamente medico), nella quale ha evidenziato che i sintomi dei disturbi mentali sono le alterazioni di una o più funzioni psichiche, come descritte da Karl Jaspers nel suo testo "*Psicopatologia generale*"⁷, un pilastro della psichiatria, noto a tutti gli psichiatri meno che ai seguaci di Gardner. Jaspers, medico e filosofo, ha sistematizzato le funzioni psichiche e le loro alterazioni; nessuno dei cosiddetti sintomi della PAS rappresenta l'alterazione di una funzione psichica né si trova elencato nel testo di Jaspers.

Riporto pertanto testualmente dal testo citato:

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

1) La campagna di denigrazione. Con questa espressione Gardner intende dire che il bambino e un genitore sostengono che l'altro genitore è violento o che in alcuni casi può avere abusato sessualmente dei figli; possiamo chiamarla sintomo? Il rifiuto del genitore violento o abusante provoca sofferenza soggettiva? Per il bambino stare lontano dal genitore violento o abusante è motivo di sofferenza? È esattamente il contrario!

La "campagna di denigrazione" non è un sintomo ma solo un comportamento difensivo dalla violenza/abuso dell'altro genitore.

3 Gardner R A (1985), *Recent Trends in Divorce and Custody Litigation*. Academy Forum, Vol. 29, Number 2, Summer, pag. 3-7. <https://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr85.htm>

4 <http://www.aapdp.org/index.php/publications/academy-forum/>

5 Dr Salvatore Pitruzzello, Ph.D., *Department of Political Science, Columbia University*, comunicazione personale.

6 *Ragioni negatorie dell'esistenza scientifica di una sindrome di alienazione parentale e strategie per il contrasto della perizia*, capitolo del libro "Il minore nel conflitto genitoriale – Dalla sindrome di alienazione parentale alla legge sulle unioni civili", di Cassano G (a cura di), Giuffrè Editore, 2016.

7 Jaspers K (1964), *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico Editore, quinta ristampa, 2000.

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
LECCE – VIALE ALDO MORO,34
☎ 333 7147504

II) Razionalizzazioni deboli, assurde o futili per spiegare la denigrazione. Anche qui, espressioni altisonanti per dire che i motivi del rifiuto sarebbero inconsistenti. Ma violenza e abuso sono motivi inconsistenti?

Il genitore rifiutato dal bambino nega queste accuse, sostenuto dal suo legale e spesso anche dal CTU. Ma stabilire la verità o falsità di un'accusa non compete al CTU; suo compito è solo quello di accertare i fatti tecnici 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 da trattati e classificazioni internazionali, come si fa, ad es., nelle cause di lavoro.

Le “razionalizzazioni” non sono un sintomo; potranno essere deboli, assurde o futili ma non possono essere scambiate per sintomo di malattia.

III) Mancanza di ambivalenza. Questa è un'assurdità perché in psichiatria è segno di patologia proprio l'ambivalenza (schizofrenia, disturbi di personalità); la mancanza di ambivalenza è un indicatore di buona salute mentale. L'ambivalenza causa sofferenza soggettiva (perplexità, confusione), non la sua assenza.

In ambito giudiziario la credibilità di un testimone è legata alla coerenza della sua testimonianza, all'assenza cioè di ambivalenza nelle sue affermazioni; un testimone che si contraddice, si mostra ambivalente, non è credibile. Perché quindi l'assenza di ambivalenza nella testimonianza del bambino, il suo non contraddirsi nel riferire le violenze o gli abusi sessuali subiti da parte di un genitore, la coerenza del suo racconto è ritenuta segno di manipolazione psicologica, o alienazione, che dir si voglia?

La “mancanza di ambivalenza” non è un sintomo.

IV) Il fenomeno del 'pensatore indipendente'. Può mai essere un sintomo? E di cosa? Un bambino capace di pensare in maniera indipendente è un bambino maturo, non è possibile considerare sintomo di malattia la capacità di pensare con la propria testa. Per Gardner ciò si riferisce al fatto che il bambino ripete le stesse cose che dice un genitore contro l'altro genitore sostenendo che si tratta di un suo pensiero autonomo.

Se il bambino ha subito del male da un genitore, è stato picchiato o altro, è chiaro che lo ha detto all'altro genitore; quest'ultimo lo afferma perché lo ha visto con i suoi occhi o lo ha saputo dal bambino. Madre e bambino affermano le stesse cose perché sono le cose che il bambino ha riferito alla madre o la madre ha visto con i suoi occhi.

Se il bambino sta dicendo bugie si accertino i fatti senza pregiudizi; decidere a priori che un bambino che pensa con la sua testa è un bambino malato è un pregiudizio. Ma se il bambino sta dicendo bugie, e questo viene accertato, è un bambino bugiardo non un bambino malato.

Il “fenomeno del pensatore indipendente” non è sintomo di malattia.

V) 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 per scontato che la situazione che stiamo esaminando si chiama già alienazione e pertanto si è deciso a priori, prima d'iniziare l'indagine, che si tratta di 'alienazione'. 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. È chiaro che il bambino preferirà il genitore protettivo, colui che lo rispetta e non gli fa, o non gli ha fatto, del male.

Il “sostegno al genitore alienante” non è sintomo di malattia.

VI) Assenza di senso di colpa riguardo alla crudeltà verso il genitore alienato e alla sua utilizzazione nel conflitto legale. Anche questa è un'assurdità perché in psichiatria è sin-

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
LECCE – VIALE ALDO MORO,34
☎ 333 7147504

tomo di un disturbo mentale (depressione) proprio la presenza di senso di colpa, non la sua assenza; il DSM-5 nel capitolo sul disturbo antisociale di personalità (sociopatici, psicopatici) descrive, quale criterio diagnostico, la mancanza di rimorso verso i danneggiamenti arrecati alla società e agli altri ma non credo che questa categoria possa applicarsi ai bambini che rifiutano un genitore. A volte, paradossalmente, è applicabile proprio al genitore rifiutato dal bambino.

Ma riferire di violenze o abusi subiti è poi una crudeltà? Se è vero non mi sembra che sia una crudeltà, se non è vero è una calunnia e va trattata come tale.

L'“assenza di senso di colpa” non può essere un sintomo.

VII) La presenza di sceneggiature 'prese a prestito'. Gardner intende dire che ciò che afferma il bambino non è farina del suo sacco, tanto per parlare in maniera comprensibile; ma questo chi lo stabilisce? E su che basi?

Se un bambino dice che il padre lo ha picchiato, che è stato violento con la madre, sarebbe una sceneggiatura presa a prestito? Se un bambino dice che il padre ha abusato sessualmente di lui, sarebbe una sceneggiatura presa a prestito? Può essere vero, può essere falso, ma questo lo stabilisce solo l'eventuale processo penale, non di certo il CTU.

Non è sintomo di malattia la “presenza di sceneggiature prese a prestito”.

VIII) Allargamento dell'animosità verso gli amici e/o la famiglia estesa del genitore alienato. Possiamo considerarlo sintomo? E di cosa? Se io dicessi: “non posso più vedere né te, né i tuoi, né gli amici che avevamo in comune” al massimo sono una carogna ma certamente non un malato.

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

E una malattia senza sintomi, cioè senza sofferenza soggettiva, non esiste.

Queste otto descrizioni di comportamenti osservabili nel corso di alcune separazioni non sono sintomi. Voler dare a queste descrizioni il valore di sintomi 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 di essere consapevole che affrontando il conflitto ne uscirebbe perdente e allora si appella all'inappellabile, cioè alla malattia.»

Di fatto, quindi, la CTU è nulla poiché poggia le sue conclusioni su una falsa malattia, su un concetto dichiarato privo di validità scientifica nel 2012 dal Ministro della Salute; e, citando la Suprema Corte di Cassazione⁸:

“Di certo non può ritenersi che, soprattutto in ambito giudiziario, possano adottarsi delle soluzioni prive del necessario conforto scientifico, come tali potenzialmente produttive di danni ancor più gravi di quelli che le teorie ad esse sottese, non prudentemente e rigorosamente verificate, pretendono di scongiurare”.

Chiarito questo, devo rilevare che anche in altri punti il CTU si lascia andare a considerazioni prive di basi scientifiche.

⁸ Cassazione, Prima Sezione Civile, Sentenza n. 7041 del 20 marzo 2013.

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
LECCE – VIALE ALDO MORO,34
☎ 333 7147504

A pag. 4 il CTU parla, in relazione alla minore, di “*struttura narcisistica di personalità*”, concetto ribadito anche più avanti. La bambina ha 11 anni e a questa età non ha senso parlare di struttura di personalità perché la personalità comincia a strutturarsi nell'adolescenza-prima età adulta. “*Il termine struttura della personalità è usato per denotare l'organizzazione duratura di sistemi interiori*”⁹, e onestamente a 10 anni non si può parlare affatto di organizzazione duratura.

A pag 6 il CTU scrive: “*Se la bambina avesse qualche anno di più si potrebbe fare diagnosi di una patologia paranoide. Questo rischio di evoluzione patologica della personalità è stato riscontrato in situazioni di alienazione parentale*”; concetto ribadito a pag. 8: “*Ricordo ancora che in _____ sono già presenti alcuni sintomi significativi di un disturbo di personalità paranoide che potrebbero aggravarsi e stabilizzarsi*”.

Un disturbo di personalità (DSM-5) “*è un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione*”¹⁰. Quindi all'età di 11 anni non ancora compiuti (ma quando la bambina è stata esaminata in CTU aveva solo 10 anni!!) non si può parlare di un disturbo di personalità.

Né è accettabile quanto scrive il CTU e cioè che se la bambina fosse più grande si potrebbe fare diagnosi di patologia paranoide; le diagnosi mediche si formulano in base all'osservazione attuale non a futura memoria. E a quanto lo stesso CTU riporta, o non riporta, la bambina non presenta alcun sintomo, o criterio diagnostico del Disturbo paranoide di personalità (cfr DSM-5). Né vi è, d'altronde, alcun rischio di evoluzione patologica della personalità della bambina in seguito a questa presunta PAS, sia perché il concetto di PAS è privo di validità scientifica sia perché in nessuna pagina del DSM-5, e in altri trattati di psichiatria, questo concetto viene riportato come fattore di rischio per un qualsivoglia disturbo mentale.

A pag. 10 il CTU cita il dr Camerini il quale afferma che da una sua ricerca statistica sarebbe emerso che, “*quando un minore rifiuta di frequentare un genitore, il minore potrebbe sviluppare: un disturbo di identità di genere, o un disturbo di personalità paranoide o antisociale*”. Anche qui, non viene citato alcun riferimento bibliografico e né per il disturbo dell'i-

9 Stagner Ross (1984), *Personalità*, in Enciclopedia Medica Italiana, II Edizione, Vol XI, USES Edizioni Scientifiche, Firenze.

10 APA (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, DSM-5*, pag. 747. Raffaello Cortina Editore.

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
LECCE – VIALE ALDO MORO,34
☎ 333 7147504

dentità di genere né per il disturbo di personalità paranoide o antisociale viene riportata, nei trattati e manuali ufficiali di psichiatria, come possibile causa la mancata frequentazione di un genitore.

Insomma, un cumulo di affermazioni antiscientifiche e prive di riferimenti bibliografici che non possono essere messe alla base di una sentenza giudiziaria.

Il CTU conclude sostenendo che *“l’ostinato rifiuto della bambina a frequentare il padre, trae origine sia da un conflitto d’alleanza con la madre, sia dalla sua struttura di personalità narcisistica”*.

Le motivazioni del rifiuto della bambina di frequentare il padre sono riportate con chiarezza nella relazione dei Servizi sociali del Comune di () del / /2019 a firma della d.sse , psicologa, e , assistente sociale.

A pag. 2 di tale relazione è riportato l'esito di una visita domiciliare effettuata dall'assistente sociale; la bambina ha dichiarato all'assistente sociale che *“da piccola veniva picchiata (dal padre) senza motivo”* e che *“il padre le diceva che la mamma non le voleva bene, e queste parole le hanno fatto male”*.

Viene dato atto, sempre in tale relazione, dei continui rimproveri che la madre fa alla figlia per il suo comportamento (cosa che fa cadere l'ipotesi del conflitto di alleanza di cui parla il CTU), ma soprattutto viene riportato che il sig. è molto diffidente verso i servizi sociali sostenendo addirittura che **la psicologa avrebbe contribuito a creare il rifiuto della bambina nei suoi confronti**; francamente mi sembra questo un sintomo di personalità paranoide. Alla luce del riportato ricovero psichiatrico del sig. , forse un approfondimento della situazione dal punto di vista psichiatrico sarebbe oltremodo opportuno.

FIRMATO
Dr Andrea Mazzeo