

# Ouderverstotingssyndroom en de controverse rond psychiatrische diagnostiek

C. MIGCHELS, D. DE WACHTER

- ACHTERGROND** Ouderverstoting, waarbij een kind een erg sterke band ontwikkelt met één ouder en contact met de andere ouder weigert, is een fenomeen waar de laatste jaren veel aandacht aan besteed is. Er bestaat controverse rond het al dan niet erkennen van ouderverstoting als een psychiatrisch syndroom van het vervreemde kind, waarbij de voor- en tegenstanders vaak lijnrecht tegenover elkaar staan.
- DOEL** We proberen na te gaan of ouderverstoting al dan niet thuishoort binnen de psychiatrische diagnostiek.
- METHODE** Literatuur rond ouderverstoting werd verzameld uit verschillende databanken en op een kritische manier gelezen.
- RESULTATEN** Ouderverstoting bevindt zich op de grens tussen psychiatrie, sociologie en justitie, waarbij psychiatrie dient te waken over de grenzen van de diagnostiek.
- CONCLUSIE** Doordat er zoveel aandacht wordt besteed aan het al dan niet erkennen van ouderverstotingssyndroom als diagnose wordt er vaak voorbijgegaan aan de impact die ouderverstoting kan hebben en hoe hier het beste mee omgegaan kan worden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 482-488

**TREFWOORDEN** DSM-5, ouderverstoting, ouderverstotingssyndroom, psychiatrische diagnostiek



In onze hedendaagse maatschappij zijn echtscheidingen geen uitzondering meer. Door de jaren heen hebben we de aantallen zien groeien en is er in de juridische en therapeutische wereld steeds meer aandacht aan besteed. Desondanks verlopen veel echtscheidingen op een conflictueuze manier, waarbij voogdijschap vaak een belangrijke bron van onenigheid is als er kinderen in het spel zijn. Terwijl het tot de echtscheiding vaak vanzelfsprekend was dat het kind met beide ouders contact had, leiden de fysieke scheiding en de verhuizing die met een echtscheiding gepaard gaan ertoe dat men keuzes moet maken en bewust moet nadenken over de relatie tussen het kind en elk van de ouders en op welke manier men deze gaat vertalen in een co-ouderschap. Dan ziet men af en toe een regeling ontstaan waarbij het kind uiteindelijk volledig terugvalt

op één van de ouders en, vaak onder invloed van deze ouder, elk contact met de andere ouder weigert. In dit geval spreekt men van ouderverstoting.

In een recente studie in de VS heeft men geprobeerd zicht te krijgen op de prevalentie van dit fenomeen: uit een groep van 410 ouders bleek 13,4% van de ondervraagden zich vervreemd te voelen van 1 of meer van hun kinderen (Harman e.a. 2016).

Een studie in Vlaanderen bij ouders en kinderen na een echtscheiding toonde echter lagere cijfers, waarbij 2,2% van de ondervraagde vaders aangaf dat hun kind hen na de echtscheiding niet meer wil of mag zien, tegenover 0,45% bij moeders. Van de kinderen gaven respectievelijk 4,4 en 0,6% aan hun vader of moeder niet meer te willen of te mogen zien (Bastaits e.a. 2016). Echter, doordat er geen

duidelijke definities gehanteerd worden, zijn er ook weinig betrouwbare cijfers rond het voorkomen van ouderverstoting.

Bij de echtscheidingen waarbij er sprake is van ouderverstoting eindigt de discussie rond voogdij vaak in de rechtbank (Meier 2009). Het oordeel van de rechter over het al dan niet gerechtvaardigd zijn van de contactbreuk die tot stand is gekomen tussen het kind en één van zijn ouders en het eventueel opleggen van dwingende maatregelen, zoals toekenning van volledige voogdij aan de ouder met wie er geen contact meer is of juist een contactverbod, is vaak gebaseerd op psychiatrische en psychologische analyses.

Bij justitie wordt veel belang gehecht aan psychiatrische diagnostiek en vanuit deze setting is er een beweging ontstaan die pleit voor het beschouwen van ouderverstoting als een psychiatrisch syndroom zodat er ook juridisch meer mogelijkheden zouden kunnen ontstaan. Er is echter veel weerstand gekomen tegen dit voorstel en de discussie omtrent ouderverstotingssyndroom is vandaag alom aanwezig, zowel in de psychiatrie en justitie, als in de media. In dit artikel gaan we verder in op ouderverstoting en de context waarin deze voorkomt, en lichten we de discussie toe die door de jaren heen gevoerd is tussen voor- en tegenstanders van het ouderverstotingssyndroom. Daarnaast staan we stil bij de betekenis en implicaties van diagnostiek in de psychiatrie.

### Het ouderverstotingssyndroom

Het fenomeen ouderverstoting is reeds lang bekend binnen de juridische en psychiatrische wereld, vooral in het kader van vechtscheidingen. Zo werd het in 1976 al beschreven door Wallerstein en Kelly (1976). Sinds een jaar of dertig zijn er echter onderzoekers die ervoor pleiten om ouderverstoting ook als een psychiatrisch syndroom te erkennen; dit voornamelijk naar aanleiding van klinische literatuur en casuïstiek van de Amerikaanse psychiater Richard Gardner, die de term 'ouderverstotingssyndroom' voor het eerst introduceerde (Gardner 1985). Een voorstel tot diagnostische criteria voor het ouderverstotingssyndroom werd gedaan door William Bernet in 2008, met de bedoeling om deze als dusdanig te kunnen opnemen in de DSM-5 aangezien de psychiatrische diagnostiek, behandeling en vergoeding ervan grotendeels steunen op deze classificatie. Het ouderverstotingssyndroom werd echter niet opgenomen en wordt dus niet beschouwd als een psychiatrische diagnose. De criteria zijn afgeleid van de 8 kenmerken die Gardner beschreven had (Weigel & Donovan 2006; Bernet 2008; Bernet & Baker 2013). De voorgestelde criteria (Bernet 2008) zijn opgenomen in **TABEL 1**. Men beschrijft verschillende gradaties binnen het ouderverstotingssyndroom: in de lichte vorm zijn de symptomen

### AUTEURS

**CHARLOTTE MIGCHELS**, arts in opleiding tot psychiater, UPC Z.org, UZ Leuven.

**DIRK DE WACHTER**, psychiater-psychotherapeut, UPC Z.org, KU Leuven.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Charlotte Migchels, UPC Z.org, UZ Leuven,  
Herestraat 49, 3000 Leuven, België.  
E-mail: charlotte.migchels@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-3-2017.

van het kind minimaal en voorbijgaand. Vaak zijn ze afwezig tijdens bezoek van de afgewezen ouder en zijn de gedragingen van het kind enkel intermitterend negatief. In de matige vorm is het gedrag ook tijdens bezoek problematisch. De symptomen zijn matig en voorbijgaand. In de ernstige vorm zijn de symptomen van het kind persistent. Het gedrag is erg problematisch en kan zelfs leiden tot het niet plaatsvinden van bezoek. Als het bezoek toch plaatsvindt, is het gedrag van het kind destructief (Weigel & Donovan 2006).

### Familiale context

Hoewel men pleit voor ouderverstoting als psychiatrisch syndroom van het kind, kan dit fenomeen enkel tot stand komen binnen een context waarin zowel beide ouders als het kind een rol spelen. Deze ouder-kindrelaties worden dan weer beïnvloed door andere relaties, waarbij bijvoorbeeld de rol van o.a. (stief)broers en (-)zussen, stiefouders en grootouders onvoldoende onderzocht of besproken is.

### DE GEALLIEERDE OUDER

Bij de geallieerde ouder ziet men vaak een kwetsbaarheid voor verlies en afwijzing, die ertoe leidt dat hij/zij zich na de relatiebreuk vernederd en verlaten voelt. Dit brengt dan weer gevoelens van woede en vijandigheid teweeg, die geprojecteerd worden op de andere ouder. Door het kind als een soort wapen te gebruiken in zijn/haar eigen conflict met de andere ouder, probeert hij/zij weer controle te krijgen. Deze vijandigheid jegens de andere ouder kan dus eigenlijk een uiting van onmacht en emotionele hulpeloosheid zijn (Price & Pioske 1994; Johnston 2003). Vanuit deze achtergrond krijgt deze ouder bepaalde overtuigingen over de andere ouder en gaat manieren zoeken om deze te verstoten uit zowel zijn/haar eigen leven, als dat van het kind. Klassieke overtuigingen van de geallieerde

**TABEL 1** Voorgestelde criteria voor ouderverstotingssyndroom (Bernet 2008)

- A Het kind – van wie de ouders gewoonlijk in een vijandelijke echtscheiding verwikkeld zijn – allieert zich sterk met één ouder en verzet zich, zonder geldige redenen, tegen een relatie met de andere ouder. Het kind weigert of verzet zich tegen bezoek van de afgewezen ouder.
- B Het kind vertoont de volgende kenmerken:
  - 1 Persisterend afwijzen of denigreren van een ouder in die mate dat het het karakter van een campagne krijgt
  - 2 Zwakke, frivole of absurde verklaringen voor de kritiek op de afgewezen ouder
- C Het kind vertoont minstens 2 van de volgende 6 kenmerken:
  - 1 Ontbreken van ambivalentie
  - 2 Het onafhankelijke-denkerfenomeen\*
  - 3 Reflexmatige steun aan één ouder
  - 4 Afwezigheid van schuldgevoelens over het verstoten van de afgewezen ouder
  - 5 Citeren van onbegrepen uitspraken
  - 6 Vijandelijke houding breidt zich uit tot de familie van de afgewezen ouder
- D De symptomen zijn minimaal 2 maanden aanwezig.
- E Er is klinisch significant lijden of belemmering van sociaal, academisch of ander belangrijk functioneren.
- F Er is geen geldige reden voor het verzet van het kind tegen bezoek van de afgewezen ouder. De diagnose van ouderverstotingssyndroom kan dus niet gesteld worden indien de afgewezen ouder het kind mishandeld heeft.

\*Met het *onafhankelijke-denkerfenomeen* bedoelt men dat er beweerd wordt dat de afwijzing van en kritiek op de afgewezen ouder van het kind zelf komen en daarom gerespecteerd moeten worden, hoewel er redenen is om te denken dat er sprake is van beïnvloeding door de geallieerde ouder (Weigel & Donovan 2006).

ouder zijn ten eerste dat het kind de andere ouder niet nodig heeft en dat de andere ouder de aandacht van het kind niet waard is. Daarnaast kan de geallieerde ouder geloven dat de verstoten ouder gevaarlijk is voor het kind en nooit echt om het kind gegeven heeft. Vanuit deze overtuigingen wil deze ouder de andere ouder uit het leven van het kind bannen en daarvoor gebruikt hij/zij verschillende technieken. Het komt vaak voor dat de geallieerde ouder verhalen vertelt over de andere ouder, in het bijzijn van het kind, waaruit men kan afleiden dat de verstoten ouder nooit een goede ouder geweest is en zelfs gevaarlijk is voor het kind. Ook persoonlijke informatie over de stukgelopen relatie wordt gedeeld.

De geallieerde ouder probeert het kind emotioneel te binden door gekwetst of boos te reageren als deze iets positiefs vertelt over de verstoten ouder, waardoor het kind zich schuldig gaat voelen. Naast deze zogeheten *hersenspoeling* komt het ook voor dat geallieerde ouders de band tussen het kind en de andere ouder verstoren door elk contact, via bezoek, telefoon en e-mails en dergelijke, te vermijden (Kelly & Johnston 2001; Johnston 2003; Weigel & Donovan 2006; Baker 2010).

#### DE VERSTOTEN OUDER

Passiviteit en het vermijden van conflict bleken typische kenmerken te zijn van verstoten ouders. Dit kan leiden tot een gradueel verminderen van bezoek en andere vormen

van contact met het kind. De verstoten ouder geeft als het ware na een tijd de strijd om het kind op. Voor het kind, dat onder invloed van de geallieerde ouder voortdurend de boodschap heeft gekregen dat de andere ouder hem/haar niet graag ziet, kan dit een bewijs zijn van een gebrek aan interesse, en het gevoel achtergelaten te zijn door de verstoten ouder versterken.

Vanuit deze persoonlijkheidskenmerken en door de verandering en het verdriet dat de verstoting tweebrengt, ziet men soms dat de verstoten ouder zelf het kind begint af te wijzen. Dit kan door het kind aangevoeld en door de geallieerde ouder gebruikt en versterkt worden. Hoewel de verstoten ouder zelf door deze karakteristieken vaak in meer of mindere mate bijdraagt tot de verstoting, is dit op zich onvoldoende verklaring voor de disproportionele woede van het kind en de weigering van contact (Lampel 1996; Kelly & Johnston 2001; Johnston 2003; Weigel & Donovan 2006).

#### HET KIND

Vooraf de leeftijd en cognitieve capaciteit van het kind spelen een belangrijke rol in het al dan niet optreden van ouderverstoting. Adolescenten bleken meer vatbaar te zijn, terwijl verstoting bij jonge kinderen meestal onvolledig en tijdelijk is. Angstige, afhankelijke of stressgevoelige kinderen kunnen vaak minder goed omgaan met de druk die een vijandelijke echtscheiding met zich meebrengt en

zullen sneller geneigd zijn om zich te alliiëren met één van de ouders (Kelly & Johnston 2001; Johnston 2003). Negatieve reacties ten opzichte van één van de ouders kunnen echter ook passen binnen een normale ontwikkeling of een voorgeschiedenis van mishandeling. Het is dus belangrijk om dit te onderscheiden van de gevallen van ouderverstoting waarbij er een disproportie is tussen de ideeën van het kind over de verstoten ouder en het werkelijke gedrag van en de band met deze ouder (Kelly & Johnston 2001; Johnston 2003).

#### ANDERE FACTOREN

Daarnaast is er een aantal achtergrondfactoren die, direct of indirect, invloed hebben op de kans op het ontstaan van ouderverstoting. De voornaamste zijn conflicten binnen het huwelijk en de scheiding. Een relatiebreuk die als vernederend wordt ervaren door één van de partners leidt ook tot een hoger risico op ouderverstoting (Kelly & Johnston 2001; Johnston 2003; Weigel & Donovan 2006). Deze bevindingen werden bevestigd door een studie in Vlaanderen waaruit bleek dat gezinnen waar ouderverstoting voorkwam vaker een problematische scheiding achter de rug hadden en de reden om uit elkaar te gaan vaker verband hield met ontrouw, verslaving of lichamelijk geweld (Bas-taits e.a. 2016).

#### GEVOLGEN

Aangezien de verrichte studies naar de mogelijke gevolgen van ouderverstoting voor zowel het kind als de ouders belangrijke beperkingen vertonen, is het moeilijk om hier onderbouwde conclusies uit te trekken. Wel zijn er studies die aantonen dat kinderen van gescheiden ouders vaker problemen vertonen op o.a. sociaal, economisch en academisch vlak en ook op gebied van fysieke en mentale gezondheid. Dit risico lijkt nog groter te zijn bij conflictueuze echtscheidingen, zoals bij ouderverstoting het geval is (Anderson 2014).

#### Controverse

Al sinds de introductie van het ouderverstotingssyndroom door Gardner (1985) staat deze term ter discussie. Hoewel het fenomeen ouderverstoting algemeen bekend is, leidt het voorstel tot het erkennen als een syndroom van het kind tot veel weerstand. Binnen de psychiatrische en juridische wereld sleept deze discussie al tientallen jaren, waarbij recent niet werd ingegaan op de vraag van de voorstanders tot het opnemen van de diagnose van ouderverstotingssyndroom in de DSM-5 in 2013.

#### VOORSTANDERS

De voorstanders van het concept ouderverstotingssyndroom halen verschillende argumenten aan. Zo zeggen ze

dat in de huidige gang van zaken het ouderverstotingssyndroom reeds algemeen aanvaard en gebruikt wordt, zowel door psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers, als in de rechtbank (Bernet 2008). Volgens hen is er voldoende wetenschappelijk bewijs om het als een valide en betrouwbaar concept te beschouwen, hoewel ze zelf erkennen dat er behoefte is aan meer aanvullend kwantitatief onderzoek, naast de kwalitatieve en klinische literatuur die er door de jaren heen verschenen is (Bernet 2008; Bernet & Baker 2013).

Hiernaast argumenteren zij dat het algemeen aanvaarden van het ouderverstotingssyndroom in de toekomst positieve gevolgen zal hebben: door het tot een officiële diagnose te maken zal er minder discussie zijn omtrent de terminologie en kan er meer systematisch onderzoek gebeuren. Therapeuten en ouders zullen ook meer bekend worden met de diagnose, waardoor kinderen die lijden aan het ouderverstotingssyndroom vroeger gediagnosticeerd en behandeld zullen kunnen worden.

Het vastleggen van diagnostische criteria zal volgens de voorstanders ook leiden tot minder misbruik van het concept, voornamelijk door ouders die hun kinderen misbruiken en ouderverstoting in de rechtbank gebruiken om toch bezoekrecht en zelfs volledige voogdij af te dwingen, een belangrijke zorg en punt van kritiek van de tegenstanders (Bernet 2008). De voorstanders halen ook aan dat er studies zijn die uitwijzen dat volwassenen die als kind ouderverstoting hebben vertoond, hier op lange termijn negatieve effecten van ervaren. Het gaat hier echter om studies die belangrijke beperkingen vertonen (Baker 2005; Ben-Ami & Baker 2012).

Meer onderzoek naar en snellere interventies bij ouderverstoting zouden deze gevolgen volgens hen kunnen beperken. Er wordt soms zelfs beweerd dat de impact die ouderverstoting heeft op kinderen het tot een vorm van kindermisbruik, zoals omschreven in de DSM, maakt, namelijk *'niet accidentele verbale of symbolische daden gesteld door de ouder of verzorger van een kind die (kunnen) leiden tot significante psychologische schade aan het kind'* (Harman e.a. 2016).

#### TEGENSTANDERS

Daartegenover staan de tegenstanders, die van mening zijn dat ouderverstoting een bekend probleem is, maar vinden dat het niet als een syndroom of psychiatrische diagnose beschouwd zou mogen worden. Volgens hen is de wetenschappelijke evidentie die wordt aangehaald door de voorstanders onvoldoende betrouwbaar: er is een gebrek aan empirische studies en de verrichte studies hebben meestal slechts een klein aantal deelnemers (Houchin e.a. 2012).

Ook inhoudelijk is er kritiek op de criteria: ouderverstotingssyndroom wordt gezien als een ziekte van het kind, maar er is wel een vervreemdende ouder nodig om over de diagnose te kunnen spreken. Zo stuit het zogenaamde onafhankelijke-denkerfenomeen op veel kritiek. Daarbij wordt beweerd dat de afwijzing van en kritiek op de afgevozen ouder van het kind zelf komen en daarom gerespecteerd moeten worden, hoewel er reden is om te denken dat er sprake is van beïnvloeding door de geallieerde ouder. De kritiek hierop luidt dat het zo onmogelijk is voor het kind om iets negatiefs over de verstoten ouder te zeggen dat niet de diagnose zou bevestigen (Pepiton e.a. 2012).

Daarnaast vrezen tegenstanders dat er economische motieven meespelen in het willen laten erkennen van ouderverstotingssyndroom als officiële diagnose: therapeuten en advocaten zouden er wel bij varen door de toegenomen noodzaak aan testen en begeleiding (Houchin e.a. 2012).

Een ander belangrijk punt van kritiek is het mogelijk niet herkennen van misbruik. De angst bestaat dat een ouder die zijn/haar kind misbruikt heeft toch bezoekrecht of zelfs voogdij kan krijgen door het aanhalen van het ouderverstotingssyndroom als reden voor de beschuldigingen. Hoewel een geldige reden voor de afwijzing van de verstoten ouder, zoals misbruik, een exclusie criterium is om de diagnose te stellen, vrezen tegenstanders dat veel gevallen van misbruik niet herkend zullen worden.

Daarnaast is er ook onduidelijkheid omtrent wat er als een geldige reden voor verstoting kan beschouwd worden (Pepiton e.a. 2012).

## DISCUSSIE

Het voorstel van Gardner om ouderverstoting te beschouwen als een psychiatrisch syndroom van het kind heeft de laatste 3 decennia geleid tot een discussie waarin voor- en tegenstanders vaak lijnrecht tegenover elkaar staan en waarbij betrouwbaar onderzoek en objectiviteit ondergeschikt lijken te zijn aan de emoties die het onderwerp met zich meebrengt. De slachtoffers van een in essentie maatschappelijk probleem lijken zich tot de wetenschap te wenden in de hoop op erkenning en gevolgen in de rechtbank. Men botst hierbij echter op de grens tussen psychiatrie, justitie en sociologie, waarbij het steeds belangrijker lijkt te worden om voor ogen te houden met welk doel men een diagnose stelt.

Mag bijvoorbeeld de sociale impact van diagnostiek een rol spelen? Deze sociale impact kan gaan van stigmatisering tot het bevorderen van onderzoek en zorg en is een factor die in de discussie rond het ouderverstotingssyndroom zeker aanwezig is. Aangezien deze impact erg groot is bij zowel patiënten als hulpverleners, lijkt het onvermijdelijk dat het sociale aspect een zekere rol zal spelen, maar men moet erop bedacht zijn dat het wetenschappelijk bewijs

hier soms ondergeschikt aan dreigt te worden (Blumenthal-Barby 2014).

Daarnaast zou een psychiatrische diagnose geen vereiste mogen zijn om mensen zorg te geven. Wanneer het algemeen welzijn van een persoon in gedrang komt, wat bij ouderverstoting het geval lijkt te zijn bij zowel ouders als kinderen als andere betrokkenen, heeft de maatschappij hierin een verantwoordelijkheid die nu doorgeschoven lijkt te worden naar de psychiatrische gezondheidszorg. Echter, hierbij dreigt men voorbij te gaan aan het eigenlijke probleem en men mag niet onderschatten welke gevolgen het zou kunnen hebben als conflicten tussen verscheidene partijen gereduceerd worden tot een individuele diagnose van het kind. De wetenschap zou hierin een rol kunnen spelen door zich in de literatuur minder te richten op psychiatrie en justitie en meer op de impact van ouderverstoting en mogelijke interventies.

De controverse rond ouderverstoting lijkt tekenend te zijn voor de problemen waar de psychiatrische diagnostiek heden ten dage mee geconfronteerd wordt. Men pleit voor een meer individuele, dynamische diagnostiek waarbij men probeert een uniek, gedetailleerd en compleet klinisch beeld te krijgen van de patiënt (Ruissen 2014). Als men dit beeld zou schetsen voor een kind bij wie volgens de voorgestelde criteria het ouderverstotingssyndroom gediagnosticeerd zou worden, komt men snel tot de conclusie dat deze ziekte enkel kan bestaan in interactie met anderen. Bijgevolg dient zich de vraag aan of men niet het risico gaat lopen om de rol van grotere, structurele problemen te miskennen door het medicaliseren en bijgevolg individualiseren van fenomenen zoals ouderverstoting (Blumenthal-Barby 2014).

Psychiatrische ziektes zijn moeilijk los van maatschappelijke tendensen te beschouwen, zoals ook blijkt bij genderdysforie, parafilieën en vroeger homoseksualiteit. Dit betekent echter niet dat deze redenering ook omgekeerd moet worden, waarbij men bedacht moet zijn op het medicaliseren van maatschappelijke problemen. Het zal voor de psychiatrie ook in de toekomst een uitdaging blijven om de grens tussen beide te bewaken.

## BESLUIT

Het al dan niet erkennen van ouderverstoting als een psychiatrische diagnose van het kind is een discussie die gevoerd wordt op de grens tussen psychiatrie, sociologie en justitie, waarbij de psychiatrie voor de uitdaging staat om het doel en de impact van diagnostiek te bewaken. In het geval van ouderverstoting is er een groot risico op het miskennen van grotere, structurele problemen door het medicaliseren en bijgevolg individualiseren van een complex gegeven dat enkel kan bestaan in de interactie tussen verschillende gezinsleden.

## LITERATUUR

- Anderson J. The impact of family structure on the health of children: effects of divorce. *Linacre Q* 2014; 81: 378-87.
- Baker A. Adult recall of parental alienation in a community sample: prevalence and associations with psychological maltreatment. *J Divorce Remarriage* 2010; 51: 16-35.
- Baker A. The long-term effects of parental alienation on adult children: a qualitative research study. *Am J Fam Ther* 2005; 33: 289-302.
- Bastiaens K, Mortelmans D, Pasteels I. Sporen van ouderverstoting in het SiV-onderzoek. *Relaties en nieuwe gezinnen* 2016; 6: 3.
- Ben-Ami N, Baker A. The long-term correlates of childhood exposure to parental alienation on adult self-sufficiency and well-being. *Am J Fam Ther* 2012; 40: 169-83.
- Bernet W. Parental alienation disorder and DSM-V. *Am J Fam Ther* 2008; 36: 349-66.
- Bernet W, Baker A. Parental alienation, DSM-5, and ICD-11: response to critics. *J Am Acad Psychiatry Law* 2013; 41: 98-104.
- Blumenthal-Barby J. Psychiatry's new manual (DSM-5): ethical and conceptual dimensions. *J Med Ethics* 2014; 40: 531-6.
- Gardner R. Recent trends in divorce and custody litigation. *Academy Forum* 1985; 29: 3-7.
- Harman J, Leder-Elder S, Biringen Z. Prevalence of parental alienation drawn from a representative poll. *Child Youth Serv Rev* 2016; 66: 62-6.
- Houchin T, Ranseen J, Hash P, Bartnicki D. The parental alienation debate belongs in the courtroom, not in DSM-5. *J Am Acad Psychiatry Law* 2012; 40: 127-31.
- Johnston J. Parental alignments and rejection: an empirical study of alienation in children of divorce. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003; 31: 158-70.
- Kelly J, Johnston J. The alienated child: a reformulation of parental alienation syndrome. *Fam Ct Rev* 2001; 39: 249-66.
- Lampel A. Children's alignment with parents in highly conflicted custody cases. *Fam Concil Courts Rev* 1996; 34: 229-39.
- Meier J. A historical perspective on parental alienation syndrome and parental alienation. *Journal of Child Custody* 2009; 6: 232-57.
- Pepiton M, Alvis L, Allen K, Logid G. Is parental alienation a valid concept? Not according to scientific evidence. A review of parental alienation, DSM-5 and ICD-11 by William Bernet. *J Child Sex Abuse* 2012; 21: 244-53.
- Price J, Pioske K. Parental alienation syndrome. A developmental analysis of a vulnerable population. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1994; 32: 9-12.
- Ruissen A. Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 523-30.
- Wallerstein J, Kelly J. The effects of parental divorce: experiences of the child in later latency. *Am J Orthopsychiatry* 1976; 46: 256-69.
- Weigel D, Donovan K. Parental alienation syndrome: diagnostic and triadic perspectives. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 2006; 14: 274-82.

## SUMMARY

# Parental alienation and the controversy surrounding psychiatric diagnostics

C. MIGCHELS, D. DE WACHTER

- BACKGROUND** The phenomenon of parental alienation can arise when a child allies with one parent and refuses to have contact with the other parent. The concept has attracted a great deal of attention over the last few years. There has been controversy about whether parental alienation should be recognised as a psychiatric syndrome of the alienated child caught up in a conflict between supporters and opponents.
- AIM** To try to determine whether parental alienation belongs to psychiatric diagnostics.
- METHOD** We made a careful study of various databases in order to find literature relating to parental alienation.
- RESULTS** Parental alienation is situated on the border between psychiatry, sociology and justice. One of the main tasks of psychiatry in this border area is to safeguard the domain of diagnostics.
- CONCLUSION** Because so much attention is being given to the question of whether parental alienation syndrome should be recognised as a diagnosis, there is often a tendency to ignore the possible impact of parental alienation and to pay very little attention to ways of coping with the problem.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)8, 482-488

**KEY WORDS** DSM-5, parental alienation, parental alienation syndrome, psychiatric diagnostics