

Manifesto per il pluralismo epistemologico in psichiatria, neuropsichiatria infantile e cura psichica, proposte complementari e alternative all'Evidence Based Medicine (EBM)

I. Preambolo: perché questo manifesto

L'Alta Autorità di Sanità francese (Haute Autorité de Santé, HAS) valuta e gerarchizza gli interventi sanitari secondo una griglia derivata dall'EBM, che distingue un livello di prova A (prova scientifica accertata, fondata su studi controllati randomizzati di forte potenza e meta-analisi concordanti), un livello B (semplice presunzione scientifica), un livello C (basso livello di prova) e, al di sotto, il solo accordo professionale. Questa griglia, legittima per questioni terapeutiche semplici della medicina somatica, è sempre più applicata tale e quale alla psichiatria e alla neuropsichiatria infantile, fino a diventare un criterio quasi esclusivo per l'elaborazione delle raccomandazioni di buona pratica, l'autorizzazione o l'esclusione di determinati approcci e l'orientamento delle politiche di rimborso — come illustrano la controversia sull'autismo, la proposta di legge Fasquelle del 2016, o i dibattiti sulla valutazione delle psicoterapie.

Orbene, tutti gli argomenti sviluppati in questo testo convergono verso una constatazione semplice: per ragioni strutturali, e non per una mancanza di rigore che basterebbe correggere con "più studi randomizzati", la psichiatria e la neuropsichiatria infantile raggiungono solo molto raramente, per gli interventi che le riguardano, il livello di prova A nel senso stretto inteso dalla HAS. L'eterogeneità delle categorie diagnostiche, la quasi impossibilità del doppio cieco in psicoterapia, la variabilità della risposta placebo, l'assenza di un marcatore biologico validato per la quasi totalità dei disturbi, e l'irriducibilità del soggetto singolare a una media di gruppo, fanno sì che, nella migliore delle ipotesi, la clinica psichica disponga di una presunzione scientifica (livello B) o di un accordo professionale — non di una prova dimostrativa in senso forte. Sostenere il contrario, o costruire politiche di sanità pubblica come se questo livello di prova fosse generalmente raggiungibile, equivale a disconoscere la natura stessa dell'oggetto psichico.

Da questa constatazione discende la tesi centrale di questo manifesto: una "psichiatria scientifica" intesa come disciplina capace di produrre, come la cardiologia o l'infettivologia, prove di livello A per la generalità dei suoi interventi, non esiste e non può esistere, data la natura del suo oggetto — un soggetto parlante, una sofferenza singolare, una storia. Non si tratta di un'insufficienza provvisoria da colmare con più metodo, ma di una caratteristica strutturale che richiede, non il rigetto dell'approccio scientifico, ma un pluralismo epistemologico: il riconoscimento, accanto allo studio controllato randomizzato, del metodo del caso singolo, della ricerca qualitativa, degli studi naturalistici e della ricerca sul processo terapeutico, come fonti di conoscenza legittime e complementari, e non come prove di second'ordine.

Questo manifesto riprende dunque, punto per punto, gli argomenti epistemologici, antropologici, metodologici e scientifici che fondano questa esigenza di pluralismo (§ II-IX), prima di trarne le conseguenze pratiche per le politiche di sanità pubblica: pluralismo epistemologico, libertà terapeutica e diritto degli utenti alla scelta (§ XI).

II. Critiche epistemologiche

2.1 La gerarchia delle prove e il problema della causalità

L'EBM si fonda su una gerarchia dei livelli di prova che colloca al vertice la meta-analisi di studi controllati randomizzati, poi lo studio randomizzato isolato, poi gli studi di coorte, gli studi caso-controllo, e infine, in fondo alla scala, l'opinione degli esperti e lo studio di caso. Questa piramide è stata pensata per questioni terapeutiche relativamente semplici — un farmaco, una patologia organica ben circoscritta, un criterio di giudizio oggettivabile (mortalità, valore ematico, recidiva tumorale). Diversi filosofi della scienza ed epistemologi della medicina (tra cui i lavori raccolti nel volume collettivo *Evidence-Based Medicine in Theory and Practice: Epistemological and Normative Issues*, Springer) sostengono che questa gerarchia presuppone un modello di causalità "statistico regolarista" — si osserva una correlazione tra esposizione ed effetto in una popolazione — che non dice nulla dei meccanismi attraverso cui l'effetto si produce in un dato individuo.

Ora, la pratica clinica richiede precisamente l'inferenza inversa: partire da un individuo singolare e chiedersi se, per lui, il meccanismo presunto sia effettivamente all'opera. Le critiche epistemologiche all'EBM sottolineano che quest'ultima, privilegiando la prova statistica "di superficie" rispetto alla conoscenza dei meccanismi (*mechanistic reasoning*), si concilia male con malattie la cui fisiopatologia resta largamente ipotetica — il che è il caso della quasi totalità dei disturbi psichiatrici. Un articolo di riferimento, pubblicato nel 2020 e ampiamente citato nel dibattito francofono, interroga direttamente la questione: "Is evidence-based medicine slowly killing psychiatry? A critical review of 'evidence-based psychiatry' from an epistemological and ethical perspective" (PubMed, 2020). Gli autori vi riprendono le critiche classiche della filosofia della medicina: l'EBM non può, per costruzione, "provare" la causalità in senso forte; rigetta i modelli meccanicistici a favore di correlazioni statistiche; pone un problema irrisolto di trasposizione dei risultati di gruppo alla decisione individuale (il cosiddetto problema dell'"inferenza dal gruppo all'individuo", o fallacia ecologica applicata alla clinica); infine, lascia aperta la questione empirica se la sua adozione abbia realmente migliorato i risultati clinici e i sistemi di cura in salute mentale.

2.2 Dal generale al singolare: il problema dell'inferenza statistica applicata al caso individuale

Il cuore della critica epistemologica risiede nella distinzione, classica nella filosofia delle scienze umane a partire da Windelband e poi da Allport, tra approccio nomotetico (stabilire leggi generali valide per una classe di eventi) e approccio idiografico (comprendere un caso singolare nella sua coerenza propria). Lo studio randomizzato produce un effetto medio di gruppo (*average treatment effect*) che può perfettamente coesistere con un'assenza di effetto, o addirittura un effetto deleterio, in un sottogruppo o in un dato individuo — ciò che la letteratura metodologica chiama eterogeneità dell'effetto del trattamento (*treatment effect heterogeneity*). Le meta-analisi recenti sulla schizofrenia, ad esempio, hanno cercato di riquantificare questa eterogeneità, a lungo mascherata dalla presentazione in medie e intervalli di confidenza globali.

Il clinico che riceve un paziente singolare dispone dunque, nella migliore delle ipotesi, solo di una probabilità di risposta "media" la cui pertinenza per il caso che

ha di fronte resta, per costruzione statistica, indeterminata. È questo scarto tra il generale e il singolare che condurrà, più avanti in questo testo, a rivalutare il posto del metodo del caso singolo come via di conoscenza complementare e non semplicemente "inferiore".

III. Critiche antropologiche

3.1 La riduzione della persona al sintomo

La critica antropologica riguarda il modo in cui l'EBM applicata alla psichiatria coglie la persona. Per costituire coorti comparabili e somministrare scale standardizzate, occorre scomporre l'esperienza soggettiva in item da checklist, indipendenti dal contesto biografico, culturale e relazionale del paziente. Roland Gori, professore emerito di psicopatologia clinica all'Università di Aix-Marseille e psicoanalista, ha dedicato gran parte della sua opera — in particolare *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, scritto insieme a Marie-José Del Volgo — all'analisi di ciò che egli chiama le "derivate scientifiche" della medicina e delle scienze umane, e agli effetti di una razionalità procedurale e gestionale che, a suo avviso, "annette il territorio del pensiero libero e critico" (Gori). La sua critica non riguarda la scienza in sé, ma l'indebita estensione di un modo di prova tecnico a questioni che coinvolgono il senso, la parola e la storia del soggetto.

3.2 Gli effetti di retroazione e la fabbricazione delle categorie (Ian Hacking)

Il filosofo della scienza Ian Hacking ha proposto, a partire dagli anni '90 (*Rewriting the Soul*, 1995; *The Social Construction of What?*, 1999; *Kinds of People: Moving Targets*, 2006), il concetto di looping effect ("effetto di retroazione"): a differenza delle categorie delle scienze naturali ("specie indifferenti", indifferenti al fatto di essere classificate), le categorie psichiatriche sono "specie interattive" (interactive kinds): il fatto stesso di classificare una persona sotto un'etichetta diagnostica ne modifica il modo di comprendersi, di comportarsi, di essere percepita — il che, a sua volta, trasforma la categoria stessa e i criteri che la definiscono. Questo circuito invalida l'ipotesi, implicita nel modello EBM, di categorie diagnostiche stabili e "naturali" sulle quali si potrebbero accumulare prove allo stesso modo di una specie chimica o batterica. Hacking applica esplicitamente questa analisi alle revisioni successive del DSM, di cui sottolinea il "quasi monopolio" sulla definizione legittima dei disturbi mentali nel sistema sanitario contemporaneo.

3.3 Il DSM come dispositivo: la critica francese

In Francia, il collettivo Stop DSM e l'Initiative pour une clinique du sujet portano, dalla metà degli anni 2000, una critica antropologica e politica dell'estensione del DSM. Il collettivo StopDSM ha in particolare documentato come, a partire dagli anni '70, l'American Psychiatric Association abbia rifiuto la propria classificazione sotto la pressione delle assicurazioni sanitarie americane, preoccupate di razionalizzare il rimborso delle prestazioni — trasformando una nosografia clinica in una nomenclatura amministrativa e assicurativa. Esso segnala inoltre i legami finanziari tra numerosi estensori del DSM e l'industria farmaceutica, ripresi in lavori accademici come quelli della psicologa americana Lisa Cosgrove sui conflitti d'interesse dei membri dei gruppi di lavoro del DSM-5.

Sul piano antropologico, l'argomento centrale di questa critica è che il DSM, presentato come ateoretico e puramente descrittivo, veicola in realtà una concezione implicita — e culturalmente situata — della persona, della normalità e della sofferenza, che cancella la dimensione del soggetto parlante, della storia singolare e della causalità psichica a favore di un approccio comportamentale e sintomatico. È ciò che il collettivo StopDSM e altri psicoanalisti francesi designano con l'opposizione tra una "clinica del soggetto" e una "clinica del DSM".

Questa critica francese al DSM va oltre il solo campo psicoanalitico. La storica della psicoanalisi Élisabeth Roudinesco ha così denunciato, a proposito della traduzione francese del saggio di Christopher Lane sulla medicalizzazione della timidezza, il modo in cui le revisioni successive del DSM hanno trasformato affetti e tratti caratteriali ordinari in categorie patologiche distinte, a vantaggio dell'industria farmaceutica (Roudinesco, 2009). Su un piano più strettamente metodologico, lo psichiatra infantile e biostatistico Bruno Falissard interroga da tempo la scientificità del dispositivo statistico su cui si fonda la costruzione delle categorie del DSM: egli ricorda che il consenso di esperti che presiede alla loro definizione non costituisce, in quanto tale, una prova di validità, e che le categorie di "disturbi del neurosviluppo" introdotte dal DSM-5 riproducono antiche difficoltà di affidabilità e validità diagnostica già rilevate a proposito delle edizioni precedenti del manuale (Falissard, 2021).

IV. Critiche metodologiche

4.1 L'eterogeneità delle categorie diagnostiche

Le categorie del DSM e dell'ICD sono costruite per consenso di esperti sulla base di cluster di sintomi osservabili, e non sulla base di meccanismi eziopatogenetici validati. Ne risulta un'eterogeneità considerevole all'interno di una stessa diagnosi: due pazienti con "depressione maggiore" possono condividere un solo sintomo sui nove del criterio DSM, e la comorbidità — la regola piuttosto che l'eccezione nella pratica psichiatrica reale — è generalmente un criterio di esclusione negli studi controllati randomizzati. Le coorti degli studi randomizzati in psichiatria sono dunque doppiamente non rappresentative: in intensione (raggruppano entità clinicamente eterogenee sotto una stessa etichetta) e in estensione (escludono pazienti comorbiditi, suicidari, in situazione di precarietà o non aderenti, cioè una larga parte della popolazione reale di pazienti). Questa doppia eterogeneità fragilizza la validità esterna — la generalizzabilità — dei risultati ottenuti, molto più che nella medicina somatica, dove il marcatore diagnostico (una frattura, un batterio identificato, un tasso di glicemia) è generalmente univoco.

4.2 I limiti dello studio controllato randomizzato in psichiatria

Diversi limiti metodologici specifici riguardano lo studio randomizzato in psichiatria. Innanzitutto, il cieco, pietra angolare del metodo contro i bias di misurazione, è difficile da garantire con psicofarmaci i cui effetti collaterali (secchezza delle fauci, sedazione, aumento di peso, disfunzione sessuale) permettono spesso al paziente e al clinico di indovinare il braccio di trattamento — una "rottura del cieco" documentata da tempo nella letteratura sugli studi con antidepressivi. Inoltre, la risposta placebo in psichiatria è elevata e altamente variabile, il che riduce la dimensione dell'effetto netto rilevabile e spiega in parte il fallimento di numerosi studi nel differenziarsi dal placebo nonostante un'efficacia clinica percepita.

Inoltre, le durate di follow-up degli studi pivotali sono generalmente brevi (spesso da sei a dodici settimane per gli antidepressivi), mentre i disturbi psichiatrici sono, per la maggior parte, affezioni croniche o ricorrenti la cui prognosi si gioca su più anni. Infine, i criteri di giudizio adottati — il più delle volte punteggi su scale sintomatiche (Hamilton, PANSS, ecc.) — trascurano sistematicamente le dimensioni di qualità della vita, funzionamento sociale, senso soggettivo dell'esperienza e recovery, eppure giudicate prioritarie dagli stessi pazienti negli studi sulle preferenze.

4.3 Il caso particolare della ricerca in psicoterapia

L'applicazione del modello dello studio randomizzato alla psicoterapia pone difficoltà supplementari, documentate in particolare nella letteratura dedicata alla domanda "Is EBM an Appropriate Model for Research into the Effectiveness of Psychotherapy?". A differenza di una compressa, una psicoterapia non è un oggetto inerte e standardizzabile: essa coinvolge una relazione, uno stile proprio del terapeuta, un'alleanza che, come sappiamo dalla ricerca sul processo, è uno dei migliori predittori del risultato, a prescindere dall'orientamento.

La manualizzazione — necessaria per replicare il "trattamento" da uno studio all'altro — tende a impoverire e a fissare questa dimensione relazionale e intersoggettiva, e favorisce strutturalmente gli approcci più facilmente protocollabili (terapie cognitivo-comportamentali brevi e mirate su un sintomo) rispetto agli approcci la cui efficacia risiede precisamente nel loro continuo adattamento alla singolarità del soggetto (psicoterapie psicodinamiche, psicoanalisi). Il "doppio cieco" è inoltre strutturalmente impossibile in psicoterapia: né il paziente né il terapeuta ignorano il trattamento somministrato, il che invalida in senso stretto l'applicazione del disegno RDBPC (randomizzato in doppio cieco contro placebo) ereditato dalla farmacologia.

V. Critiche scientifiche: finanziamento, bias e inflazione diagnostica

5.1 Conflitti d'interesse e finanziamento industriale

La psichiatra Joanna Moncrieff (University College London), figura di spicco del Critical Psychiatry Network fondato nel Regno Unito nel 1999, e lo psichiatra David Healy hanno prodotto, a partire dagli anni 2000, una critica empiricamente fondata sul ruolo dell'industria farmaceutica nella produzione delle "prove" su cui si fonda l'EBM in psichiatria — in particolare in *The Myth of the Chemical Cure* (Moncrieff, 2008) e *The Bitterest Pills* (Moncrieff, 2013). I dati disponibili mostrano che gli studi i cui autori dichiarano legami d'interesse con l'industria ottengono circa due volte più spesso risultati favorevoli al farmaco testato rispetto agli studi senza conflitto dichiarato — uno scarto documentato in modo convergente in diverse revisioni sistematiche sul finanziamento della ricerca clinica. Oltre al bias di risultato, si pongono i bias di pubblicazione (gli studi negativi sono pubblicati meno spesso), di protocollo (scelta dei comparatori, delle dosi, dei criteri di giudizio favorevoli al prodotto testato) e di accesso ai dati grezzi, a lungo non condivisi dalle aziende.

5.2 La crisi della replicazione e l'inflazione degli effetti

La psicologia e la psichiatria non sono sfuggite alla "crisi della replicazione" identificata nell'insieme delle scienze biomediche e comportamentali nel corso degli anni 2010: numerosi effetti inizialmente pubblicati con dimensioni d'effetto importanti si rivelano, in occasione di tentativi di replicazione indipendenti e di meta-analisi cumulative successive, sensibilmente più deboli, o addirittura non significativi. Questo fenomeno, documentato ad esempio a proposito dell'ipotesi dello "squilibrio chimico" della depressione — di cui una revisione ombrello ampiamente mediatizzata (che coinvolge in particolare Joanna Moncrieff) ha concluso che non era supportata dai dati disponibili sulla serotonina — illustra quanto spiegazioni neurobiologiche presentate al pubblico come "fondate sulle prove" possano in realtà poggiare su basi empiriche fragili, divulgate prima di una validazione solida.

Questo bias di diffusione è stato specificamente documentato, ancor prima della replicazione, dal neurobiologo François Gonon e dallo psicologo clinico Pascal-Henri Keller. Gonon ha dimostrato, con i colleghi Jean-Pierre Konsman, David Cohen e Thierry Boraud, che tra il 1990 e il 2011 la maggior parte delle pubblicazioni scientifiche sull'ADHD più riprese dalla stampa anglosassone riguardavano risultati iniziali a forte effetto, successivamente smentiti o fortemente attenuati dagli studi di replicazione — questi ultimi restando, a loro volta, molto raramente mediatizzati (Gonon, Konsman, Cohen & Boraud, 2012). Keller, nella sua recensione dell'ultimo libro di Gonon dedicato al discorso neuroscientifico contemporaneo, sottolinea che questo bias congiunto di pubblicazione e diffusione mediatica contribuisce a installare nel dibattito pubblico spiegazioni biologiche presentate come definitivamente stabilite mentre restano, al momento della loro risonanza, altamente provvisorie (Gonon, 2024; Keller, 2025). Questa constatazione ha trovato un'eco diretta nel campo francofono e psicoanalitico grazie alla traduzione, ad opera di Renaud Evrard, del testo fondatore di John Ioannidis sull'affidabilità della ricerca biomedica, confermata da Thomas Rabeyron, Thomas Lepoutre e Clément Fromentin e pubblicata con il titolo "Perché non possiamo fidarci della maggior parte dei risultati della ricerca?" (Ioannidis, 2005/2021), contribuendo così a diffondere tra i ricercatori francofoni in psicologia e psicopatologia una maggiore vigilanza metodologica riguardo alle condizioni di validità dei risultati pubblicati, piuttosto che un semplice ampliamento della base statistica degli studi.

5.3 La critica di Allen Frances e l'inflazione diagnostica

Allen Frances, psichiatra americano che ha presieduto il gruppo di lavoro del DSM-IV, ha pubblicato nel 2013 *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, in cui critica, dall'interno del sistema che ha contribuito a costruire, il DSM-5 e la dinamica di sovradiagnosi che vi vede all'opera. Frances stima che fino a due terzi delle persone diagnosticate siano trattate in modo inutile, e riconosce che lo stesso DSM-IV, nonostante un'intenzione di prudenza, ha contribuito a "false epidemie" di ADHD, disturbi bipolari e disturbi dello spettro autistico. La sua critica, proveniente da un attore centrale della nosografia ufficiale, è regolarmente mobilitata dalle correnti critiche — comprese quelle psicoanalitiche — come prova che la contestazione dell'EBM in psichiatria non si limita a un'opposizione "ideologica" esterna, ma attraversa il campo accademico mainstream stesso.

VI. Specificità della neuropsichiatria infantile

6.1 Lo sviluppo come bersaglio mobile

La neuropsichiatria infantile aggiunge ai limiti precedenti una difficoltà propria: il bambino è un soggetto in sviluppo, le cui manifestazioni cliniche si trasformano con l'età, il contesto familiare e scolastico, e le tappe maturative neurologiche e psichiche. Una categoria diagnostica applicata a sei anni può non avere più rilevanza clinica a dodici anni, il che complica radicalmente la costituzione di coorti stabili per studi randomizzati di medio o lungo termine, e pone questioni etiche accresciute quanto all'esposizione di un cervello in sviluppo a trattamenti psicofarmacologici i cui effetti a lungo termine sono, per costruzione, poco documentati da studi necessariamente brevi.

6.2 La controversia francese sull'autismo

La Francia ha conosciuto, a partire dagli anni 2010, un'accesa controversia pubblica che ha contrapposto i sostenitori di approcci comportamentali e cognitivi "fondati sulle prove" (in particolare il ricercatore in scienze cognitive Franck Ramus) ai neuropsichiatri infantili e psicoanalisti che difendevano la pertinenza clinica di approcci istituzionali e psicomodinamici dell'autismo, tra cui Bernard Golse, neuropsichiatra infantile e psicoanalista, professore emerito di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e fondatore dell'Institut Contemporain de l'Enfance. Questa controversia ha riguardato in particolare il dibattito relativo agli interventi psicoanalitici, e ha culminato nel dicembre 2016 con una proposta di legge del deputato Daniel Fasquelle volta a vietare il ricorso alla psicoanalisi nella presa in carico dell'autismo — proposta a cui Golse e numerosi professionisti si sono opposti, e che non è stata adottata. Questo episodio illustra in modo paradigmatico il modo in cui il dibattito scientifico sui livelli di prova si è raddoppiato, in Francia, di un dibattito politico e identitario sul posto della psicoanalisi nel sistema sanitario.

Lo psicoanalista Éric Laurent, ex presidente dell'Associazione mondiale di psicoanalisi, ha proposto un'analisi approfondita di questo episodio in *La bataille de l'autisme. De la clinique à la politique* (Navarin, 2012; edizione ampliata, 2018), dove contrappone il tempo lungo della clinica al tempo breve e accelerato della sequenza mediatica e politica che ha condotto alla proposta di legge Fasquelle. Jean-Claude Maleval, professore emerito di psicologia clinica all'Università di Rennes 2 e psicoanalista, ha da parte sua sviluppato, a partire da una posizione clinica lacaniana, una critica delle rieducazioni comportamentali dell'autismo: egli rimprovera loro di pretendere di sapere a priori ciò che è bene per il soggetto autistico trattato come un semplice deficiente, laddove un'etica della singolarità del soggetto, comune alle diverse scuole psicoanalitiche, invita al contrario a fare leva sulle iniziative, per quanto minime, della stessa persona autistica (Maleval).

È precisamente in questo contesto che vanno letti i lavori di valutazione condotti dallo psichiatra e psicoanalista Jean-Michel Thurin sulle psicoterapie ad orientamento psicoanalitico nell'autismo (cfr. § 8.4 sotto): presentati dai loro autori come un tentativo di far uscire il dibattito francese dalla sola contrapposizione di opinioni cliniche non controllate, sono stati mobilitati da entrambi gli schieramenti — gli uni vedendovi la prova che una valutazione metodica della psicoanalisi è possibile e già in corso, gli altri che essa resta, allo stato attuale, insufficiente a

rispondere alle esigenze di prova stabilite dalla Haute Autorité de Santé nel suo rapporto del 2012 e nelle sue raccomandazioni successive.

6.3 L'ADHD e la medicalizzazione dell'infanzia

Patrick Landman ha dedicato il saggio *Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention* (Albin Michel, 2015) alla critica della categoria diagnostica dell'ADHD (disturbo da deficit di attenzione con o senza iperattività), interrogando il rapido aumento della sua prevalenza diagnosticata e della prescrizione di psicostimolanti nei bambini in diversi paesi occidentali. La sua tesi si ricongiunge con l'analisi antropologica sviluppata sopra: una categoria comportamentale, costruita per consenso di esperti e fortemente promossa da alcuni attori farmaceutici, finisce per ricodificare come patologia individuale difficoltà la cui origine è anche, se non di più, scolastica, familiare, sociale e soggettiva — occultando la questione del senso del sintomo in quel particolare bambino, in quella particolare storia.

Questa critica è stata ripresa e sostenuta empiricamente in Francia da Sébastien Ponnou, che ha in particolare documentato l'evoluzione della prevalenza diagnostica e della prescrizione di metilfenidato nella popolazione francese (Ponnou, 2020), prima di coordinare un'opera collettiva che perora un ascolto clinico e psicoanalitico del bambino diagnosticato con ADHD, piuttosto che la sua sola presa in carico biomedica (Ponnou (dir.), *À l'écoute des enfants hyperactifs. Le pari de la psychanalyse*, 2022). Queste preoccupazioni si ricongiungono, su un piano istituzionale, con le constatazioni del rapporto dell'Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), *"Quand les enfants vont mal : comment les aider ?"*, adottato il 7 marzo 2023, che rileva un aumento delle prescrizioni di metilfenidato in bambini sempre più giovani — talvolta prima dei sei anni —, su durate prolungate e con livelli elevati di co-prescrizioni i cui effetti a lungo termine restano largamente da esplorare.

VII. L'evidence-based practice (EBP): una nozione più ampia dell'EBM

Un punto troppo spesso occultato nel dibattito francese merita di essere sviluppato per sé stesso: l'EBM, nella sua definizione originaria (Sackett et al., 1996, poi 2000), non è mai stata sinonimo di "primato esclusivo dello studio randomizzato". Sackett definiva la pratica fondata sulle prove come l'integrazione di tre elementi di pari peso: le migliori prove di ricerca disponibili, l'esperienza clinica individuale — "la competenza e il giudizio che il clinico acquisisce attraverso l'esperienza e la pratica clinica" — e i valori e le preferenze del paziente. È questa triade, e non la sola gerarchia delle prove, che la letteratura anglosassone designa oggi più precisamente con il termine *evidence-based practice* (EBP), al fine di distinguerla dagli usi successivi, spesso amministrativi e gestionali, del termine EBM, che hanno teso a cancellare le altre due componenti della triade a favore della sola prova statistica — in particolare nei quadri di rimborso, nelle raccomandazioni di buona pratica opponibili, e in alcuni usi medico-legali del termine.

Questa distinzione cambia la portata del dibattito: gran parte della critica "anti-EBM" portata dalle correnti psicoanalitiche e dalla psichiatria critica non prende di mira, propriamente parlando, il progetto originario di Sackett — che riservava

esplicitamente un posto centrale al giudizio clinico e alle preferenze del paziente, due nozioni perfettamente compatibili con un ascolto clinico attento alla singolarità del soggetto — ma la sua deriva strumentale, quando terzi paganti, agenzie sanitarie o amministrazioni trasformano la "migliore prova disponibile" in una norma vincolante unica, eretta a criterio esclusivo di rimborso o di prescrizione, a dispetto della triade originaria. Reintrodurre l'EBP nel suo senso pieno — cioè con la sua componente di giudizio clinico e di valori del paziente — apre così uno spazio di dialogo meno polarizzato tra evidence-based medicine e approcci clinici qualitativi, nella misura in cui l'EBP, ben compresa, non pretende mai di sostituirsi al clinico; pretende solo di informare il suo giudizio.

Questa deriva strumentale ha suscitato, in Francia, una mobilitazione collettiva degli psicoanalisti contro i tentativi di imporre alla psicoterapia un quadro di valutazione unico ispirato allo studio randomizzato. Riuniti attorno a Jacques-Alain Miller, psicoanalista e fondatore dell'Associazione mondiale di psicoanalisi, diverse decine di analisti hanno risposto, in *L'Anti-Livre noir de la psychanalyse* (Seuil, 2006), alla controversia suscitata dalla pubblicazione in Francia del *Livre noir de la psychanalyse* (2005) e dal rapporto dell'Inserm del 2004 sulla valutazione delle psicoterapie, che aveva classificato le terapie cognitivo-comportamentali al di sopra della psicoanalisi e delle terapie psicodinamiche sulla base del solo criterio dello studio randomizzato. Questa sequenza, contemporanea all'emendamento Accoyer (2003) volto a regolamentare il titolo di psicoterapeuta, illustra in modo esemplare come la traduzione politica e regolamentare della gerarchia EBM delle prove abbia potuto, in Francia, cristallizzare un conflitto tra logica amministrativa della valutazione e difesa della pluralità delle pratiche cliniche (Miller (dir.), 2006).

VIII. Il metodo del caso singolo come metodo di ricerca

8.1 Una tradizione fondatrice, a lungo squalificata

La psicoanalisi si è storicamente costruita sullo studio di caso: i "grandi casi" freudiani (Dora, l'Uomo dei topi, l'Uomo dei lupi, il piccolo Hans) non sono semplici illustrazioni cliniche ma il materiale stesso a partire dal quale si è elaborata la teoria. Questo metodo è stato a lungo relegato, nella gerarchia EBM delle prove, al livello più basso — assimilato all'"aneddoto" o all'opinione non controllata. Diversi autori di psicologia clinica hanno tuttavia ricordato, a partire dagli anni 2000, che lo studio di caso, quando condotto con un rigore metodologico esplicito, costituisce un modo di produzione di conoscenza a pieno titolo, irriducibile allo studio randomizzato ma rispondente a criteri di validità propri — come documenta in particolare l'articolo "*Actualités de la méthode de l'étude de cas. Proposition d'une méthodologie hypothético-processuelle et traductive pour les recherches référées à la psychanalyse*", apparso in *L'Évolution Psychiatrique*, così come i lavori su "*L'étude du cas unique, un exemple de recherche qualitative*".

Più recentemente, lo psicoanalista ed epistemologo Guénaél Visentini ha proposto una ricostruzione epistemologica sistematica di questo "stile di ragionamento per caso" inventato da Freud, mostrando che non si tratta di un ripiego per mancanza di mezzi statistici ma di un rapporto metodologico originale tra l'universale, il particolare e il singolare, irriducibile ai soli canoni della prova nomotetica. Egli difende così la legittimità di un "modello stratificato centrato sull'unicità del caso",

capace di articolare valutazione clinica ed esigenza scientifica senza ridurre l'una all'altra (Visentini, Blanc & Laufer, 2020; Visentini, 2021, 2024).

8.2 I metodi comparativi di caso: Tuckett e Fonagy

Lo psicoanalista britannico David Tuckett ha avviato, in seno all'International Psychoanalytical Association, un programma di ricerca detto dei "metodi clinici comparati" (Comparative Clinical Methods Group), formalizzato in particolare nell'opera collettiva *Psychoanalysis Comparable and Incomparable* (Tuckett et al., 2008). Il principio è il seguente: invece di confrontare gruppi di pazienti trattati secondo un protocollo standardizzato, si confronta il modo in cui più psicoanalisti, indipendentemente, interpretano e teorizzano uno stesso materiale clinico dettagliato (un resoconto di seduta, ad esempio), al fine di individuare i punti di convergenza e divergenza tra giudici, e costruire così una forma di affidabilità — non statistica ma ermeneutica — del ragionamento clinico.

Peter Fonagy, professore di psicoanalisi all'University College London e uno dei ricercatori che più hanno contribuito ad avvicinare la ricerca empirica e la teoria psicoanalitica, ha, fin dall'inizio degli anni 2000 (Fonagy, 2003), perorato l'allargamento metodologico dello studio di caso singolo, in particolare tramite misure ripetute intra-soggetto che permettono di documentare statisticamente, su scala di un singolo paziente seguito nel tempo, la traiettoria del cambiamento psichico — ciò che la letteratura anglosassone designa con *single-case research* o *systematic case study method* (lavori di Edelson, poi di Hilliard, sulla modellizzazione statistica del caso singolo).

8.3 Gli studi N-di-1: un riconoscimento da parte dell'EBM stessa

Occorre notare, ed è un argomento spesso trascurato tanto dai detrattori dell'EBM quanto dai suoi sostenitori più dogmatici, che la letteratura metodologica dell'evidence-based medicine riconosce essa stessa, fin dai lavori di Gordon Guyatt e colleghi negli anni 1980-1990, una categoria di dispositivo sperimentale rigoroso centrato sull'individuo: lo studio N-di-1 (*N-of-1 trial*), in cui uno stesso paziente riceve alternativamente, in cieco e in modo randomizzato, il trattamento attivo e un comparatore, su più cicli successivi, permettendo di testare statisticamente l'effetto del trattamento su quel paziente preciso. Se questo dispositivo non è direttamente trasponibile alla psicoterapia (che non permette né il cieco né il ritorno a uno stato precedente per semplice interruzione del "trattamento", essendo l'effetto terapeutico cumulativo e non reversibile), esso stabilisce un importante precedente epistemologico: l'EBM stessa ammette che la prova scientifica rigorosa non è appannaggio esclusivo del grande collettivo statistico, e che disegni centrati sull'individuo possono soddisfare canoni elevati di validità interna. Questo riconoscimento interno legittima, per analogia metodologica, gli sforzi di formalizzazione della ricerca sul caso singolo in psicoanalisi e in psicoterapia psicodinamica evocati nel paragrafo precedente — e, ancor più, il programma di ricerca francese descritto qui di seguito.

8.4 Il programma francese di Jean-Michel Thurin: rete di ricerca fondata sulle pratiche e studi di caso intensivi

In Francia, è essenzialmente attorno ai lavori di Jean-Michel Thurin che si è strutturato, fin dall'inizio degli anni 2000, un tentativo metodologicamente esplicito

di produrre dati di valutazione sulla psicoanalisi e le psicoterapie psicomodinamiche compatibili con le esigenze contemporanee di prova, senza tuttavia limitarsi al solo stampo dello studio controllato randomizzato. Psichiatra, psicoanalista e dottore in scienze cognitive dell'Università Paris-Descartes, dove ha diretto il programma didattico "Psychothérapies : des théories aux pratiques", Thurin è anche caporedattore del bollettino Pour la recherche, pubblicato dalla Fédération française de psychiatrie, e co-coordinatore, con l'Inserm e la FFP, di una rete di ricerca fondata sulle pratiche psicoterapeutiche (RRPP) che riunisce diverse decine di clinici attorno a un protocollo di valutazione condiviso.

Il suo metodo, esposto in particolare nell'opera Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques (Dunod), si basa sulla combinazione di diversi registri di dati raccolti durante tutto il trattamento — scale standardizzate, indicatori di processo, note cliniche codificate secondo una griglia comune — applicati non a gruppi randomizzati ma a coorti di casi seguiti in modo intensivo e prolungato, il che permette di documentare sia il risultato finale sia la traiettoria del cambiamento, seduta dopo seduta. Thurin ha in particolare applicato questo metodo a una coorte di 66 bambini e adolescenti seguiti in psicoterapia per un anno nell'ambito della rete summenzionata, prima di declinarlo specificamente al campo dell'autismo.

È quest'ultima declinazione ad aver avuto la maggiore risonanza nel dibattito francese: lo studio di Thurin, Thurin, Cohen e Falissard, pubblicato nel 2014 in Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence con il titolo "Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas", ha seguito per un anno 50 bambini con diagnosi di autismo o disturbo pervasivo dello sviluppo secondo i criteri dell'ICD-10, presi in carico in psicoterapia individuale in condizioni naturalistiche da 41 terapeuti su 50 con formazione psicoanalitica (gli altri provenienti dalla psicomotricità, dalla terapia del gioco, o da approcci misti). Il protocollo associava diversi strumenti: la scala dei comportamenti autistici rivista (ECA-r), la scala di valutazione psicomodinamica dei cambiamenti nell'autismo (EPCA), e un questionario di processo psicoterapeutico (CPQ) compilato dagli stessi clinici. I risultati riportati mostrano una riduzione significativa dei comportamenti autistici (ECA-r: 36,5 all'inclusione contro 19,1 a fine follow-up, dimensione dell'effetto di 2,1, $p < 0,0001$), una diminuzione dei disturbi associati misurati dall'EPCA, una progressione degli acquisiti dello sviluppo, e un miglioramento del vissuto affettivo e della relazione con il mondo riportato dal CPQ.

Lo psicoanalista Sébastien Ponnou ha difeso il rigore di questa metodologia, giudicandola conforme agli standard che l'American Psychological Association (APA) riconosce per gli studi di caso intensivi. Il ricercatore in scienze cognitive Franck Ramus ne ha al contrario sottolineato i limiti metodologici: assenza di un gruppo di controllo, assenza di un valutatore indipendente — i clinici curanti compilando essi stessi parte delle scale —, eterogeneità delle formazioni dei terapeuti che non permette di isolare un quadro teorico omogeneo, e uno studio rimasto, nella sua forma completa, senza pubblicazione sottoposta a una revisione paritaria equivalente a quella richiesta da una rivista psichiatrica internazionale di primo rango.

Questa controversia illustra, da sola, l'insieme delle tensioni descritte in questo testo: mostra che uno sforzo metodologico reale è stato intrapreso dal lato psicoanalitico francese per uscire dalla sola opinione clinica non controllata — il che

smentisce l'idea diffusa di una psicoanalisi per principio ostile a ogni valutazione — pur confermando che questo sforzo resta, ad oggi, al di sotto degli standard di prova più rigorosi, in particolare sul piano dell'indipendenza della valutazione e della presenza di un comparatore. Il programma di Thurin occupa così una posizione metodologica intermedia tra lo studio di caso classico (8.1), i metodi comparativi di caso di Tuckett e Fonagy (8.2) e la practice-based evidence evocata più avanti (9.3) — una posizione ibrida che ne fa, ad oggi, il tentativo francese più compiuto di dotare la psicoanalisi di un proprio apparato di prova, senza tuttavia chiudere il dibattito sulla sua sufficienza.

IX. Altri metodi alternativi di valutazione

9.1 La ricerca qualitativa e la teorizzazione ancorata

Al di là del caso singolo, la ricerca qualitativa in psicoanalisi si è dotata, da una ventina d'anni, di strumenti metodologici espliciti presi in prestito dalle scienze sociali — interviste semi-direttive, analisi tematica, e soprattutto la teorizzazione ancorata (grounded theory, metodo di Glaser e Strauss), che consiste nel costruire categorie concettuali induttivamente a partire dal materiale clinico piuttosto che nel testare ipotesi prestabilite, come documenta l'articolo "Recherche qualitative en psychanalyse : l'étude du cas de la théorisation ancrée". Questo approccio rivendica una validità diversa da quella dello studio randomizzato: non la generalizzazione statistica a una popolazione, ma la "trasferibilità" concettuale da un caso all'altro, e la "saturazione teorica" come criterio di arresto della raccolta dati.

9.2 La ricerca sul processo e i fattori comuni

Una seconda corrente di ricerca, detta "process research" o ricerca sul processo terapeutico, si dedica non a confrontare risultati globali tra gruppi ma a documentare, seduta dopo seduta, i meccanismi di cambiamento all'opera nella relazione terapeutica — alleanza terapeutica, rotture e riparazioni dell'alleanza, interventi interpretativi e il loro effetto immediato sul discorso del paziente. Questa tradizione di ricerca, a cui si ricollegano i lavori sui "fattori comuni" alle diverse psicoterapie (l'alleanza, la speranza, la coerenza del modello teorico condiviso tra terapeuta e paziente), mostra in modo convergente che questi fattori relazionali spiegano una quota almeno altrettanto importante della varianza dei risultati terapeutici quanto la "tecnica" specifica impiegata — un risultato difficilmente compatibile con un'epistemologia centrata esclusivamente sul confronto di protocolli manualizzati.

9.3 Gli studi naturalistici e la pratica fondata sulle prove (practice-based evidence)

A differenza dello studio controllato, gli studi naturalistici valutano i trattamenti così come sono effettivamente erogati nella pratica corrente, senza randomizzazione né esclusione di pazienti complessi o comorbidi, privilegiando così la validità esterna (la generalizzabilità alle condizioni reali di cura) rispetto alla validità interna (il controllo sperimentale massimale). Il movimento detto practice-based evidence ("prove fondate sulla pratica"), che inverte deliberatamente l'acronimo EBP, sostiene l'idea che il monitoraggio dei risultati in routine clinica (routine outcome monitoring), aggregato su larga scala su popolazioni cliniche reali, costituisca una fonte di prova complementare e non subordinata allo studio randomizzato. La rete

francese coordinata da Jean-Michel Thurin (cfr. § 8.4) si iscrive esplicitamente in questa filiazione, aggregando i dati di follow-up di diverse decine di professionisti impegnati nella loro pratica ordinaria piuttosto che reclutando una coorte sperimentale isolata dal resto della loro clientela.

Lo studio storico condotto da Martin Seligman per la rivista *Consumer Reports* (1995), riguardante diverse migliaia di pazienti che avevano seguito psicoterapie di durate variabili in condizioni naturalistiche, resta un riferimento regolarmente citato in questo dibattito, in quanto suggeriva benefici più marcati per le psicoterapie di durata più lunga — un risultato in contrasto con gli studi brevi manualizzati allora dominanti nella letteratura EBM.

9.4 Gli studi di follow-up a lungo termine

Infine, diversi grandi progetti di ricerca naturalistici e longitudinali hanno cercato di valutare la psicoanalisi e la psicoterapia psicodinamica su durate di follow-up di più anni, persino di più decenni dopo la fine del trattamento — sull'esempio del progetto svedese STOPP (Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project, condotto in particolare da Rolf Sandell e colleghi), che ha confrontato a lungo termine le traiettorie di pazienti che avevano seguito una psicoanalisi o una psicoterapia psicodinamica meno intensiva. La meta-analisi di Jonathan Shedler, "The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy", apparsa in *American Psychologist* nel 2010, ha inoltre documentato, a partire da studi controllati esistenti sulla psicoterapia psicodinamica breve (in media 40 ore), una dimensione dell'effetto globale di 0,97 sui sintomi a fine trattamento, che sale a 1,51 al follow-up di nove mesi — un effetto superiore, e che continua a crescere dopo l'interruzione del trattamento, mentre gli effetti delle terapie brevi protocollate tendono ad attenuarsi nel tempo. Questo risultato, ottenuto con gli stessi strumenti dell'EBM (meta-analisi di studi controllati), illustra che un'integrazione critica dei due approcci — piuttosto che un'opposizione di principio — è possibile e feconda.

Thomas Rabeyron ha proposto una sintesi aggiornata dei dati empirici disponibili sulla valutazione e l'efficacia delle psicoterapie psicoanalitiche e della psicoanalisi, che prolunga, sul versante francofono, i dati raccolti da Shedler: egli mostra che i principali limiti metodologici ancora opposti alla psicoanalisi (piccoli campioni, assenza di gruppo di controllo in alcuni studi) coesistono ormai con un corpus crescente di studi controllati e meta-analisi a suo favore, senza che questo corpus abbia ancora modificato profondamente la gerarchia delle prove dominante nei quadri di riferimento di sanità pubblica (Rabeyron, 2021).

9.5 La medicina narrativa (narrative-based medicine)

Un'altra via di superamento dell'opposizione tra "prove" e "clinica" è stata proposta dai medici generici britannici Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz con il concetto di narrative-based medicine ("medicina fondata sulla narrazione"), sviluppato in particolare in *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice* (BMJ Books, Londra, 1998). Gli autori vi sostengono che il racconto che il paziente fa della propria malattia e della propria storia costituisce una fonte di conoscenza clinica irriducibile ai dati statistici aggregati, e che l'attenzione portata alla struttura narrativa del caso — intreccio, temporalità, punti di vista multipli — completa utilmente l'evidence-based medicine piuttosto che opporvisi. Questa prospettiva, sebbene nata in medicina generale, trova un'eco diretta nei dibattiti qui esposti sul

metodo del caso singolo (§ VIII) e sul posto del senso soggettivo dell'esperienza psichica (§ X), e rafforza l'argomento a favore di un pluralismo delle fonti di conoscenza clinica.

X. Verso un'epistemologia plurale per la clinica psichica

L'insieme di queste critiche e di questi metodi alternativi non depone per un rigetto dell'EBM, ma per ciò che diversi autori chiamano un'epistemologia plurale o integrativa, adattata alla specificità dell'oggetto psichico. Una tale epistemologia presuppone, da un lato, di reintegrare pienamente la triade originaria di Sackett — prova di ricerca, competenza clinica, valori del paziente — piuttosto che la sua riduzione amministrativa alla sola prova statistica; dall'altro, di riconoscere la legittimità metodologica della ricerca sul caso singolo, della ricerca qualitativa e degli studi naturalistici di lungo termine come fonti di conoscenza complementari, e non subalterne, a quelle dello studio randomizzato; infine, di ammettere che la soggettività, il contesto culturale e familiare, e la dimensione di senso dell'esperienza psichica non sono "rumore" statistico da eliminare ma dati clinici a pieno titolo, come suggerisce la conclusione dell'articolo di sintesi di Santé mentale au Québec: la psichiatria avrebbe senza dubbio interesse a sviluppare il proprio quadro evidenziale, che tenga conto della sua posizione epistemologica singolare, in cui soggettività, contesto e valori non possono essere relegati in fondo alla gerarchia delle prove.

XI. Conclusione: per il pluralismo epistemologico, la libertà terapeutica e il diritto degli utenti alla scelta

Le critiche qui raccolte contro l'uso esclusivo dell'EBM in psichiatria e neuropsichiatria infantile non formano un blocco omogeneo: la critica epistemologica riguarda il rapporto tra prova statistica e causalità individuale; la critica antropologica, la riduzione della persona a categorie interattive e culturalmente situate; la critica metodologica, l'inadeguatezza tecnica dello studio randomizzato rispetto all'eterogeneità diagnostica e alla natura relazionale della psicoterapia; la critica scientifica, i bias di finanziamento, di pubblicazione e di replicazione che fragilizzano la solidità stessa delle prove invocate. Ma tutte convergono verso la stessa conclusione pratica: nessuna di esse autorizza a erigere la gerarchia delle prove dell'EBM a norma amministrativa e regolamentare esclusiva per la psichiatria e la neuropsichiatria infantile.

Queste critiche, portate in Francia in particolare dal collettivo StopDSM, da Roland Gori, Bernard Golse, Jacques-Alain Miller, Éric Laurent e Jean-Claude Maleval, e sul piano internazionale da autori diversi come Ian Hacking, Allen Frances o Joanna Moncrieff, trovano un'eco nello sviluppo, da due decenni, di metodi alternativi di valutazione: l'evidence-based practice intesa nella sua pienezza (comprendente giudizio clinico e valori del paziente), il metodo del caso singolo formalizzato e comparato (Tuckett, Fonagy, Visentini), il programma francese di casi intensivi e la rete di ricerca fondata sulle pratiche portata da Jean-Michel Thurin, la ricerca qualitativa e la teorizzazione ancorata, la ricerca sul processo terapeutico, e i grandi studi naturalistici di follow-up a lungo termine. Questo manifesto chiama la Haute Autorité de Santé a trarre esplicitamente le conseguenze metodologiche di questa constatazione: riconoscere che il livello di prova A resta, in psichiatria, strutturalmente fuori portata per la grande maggioranza degli interventi; ammettere

che la presunzione scientifica e l'accordo professionale non costituiscono una prova degradata, ma il regime epistemico ordinario di una disciplina il cui oggetto resiste alla standardizzazione completa; e accordare ai metodi alternativi qui elencati un posto metodologico reale nell'elaborazione delle raccomandazioni, piuttosto che relegarli sistematicamente al di sotto degli interventi validati da studio randomizzato.

Da questo pluralismo epistemologico discende un'esigenza di libertà terapeutica: il clinico deve poter scegliere, tra la pluralità degli approcci validati e clinicamente riconosciuti — biologici, cognitivo-comportamentali, sistemici, istituzionali, psicodinamici o psicoanalitici —, quello che risponde meglio alla singolarità del paziente che ha di fronte. Una gerarchia esclusiva delle prove, non appena si traduce in un criterio vincolante di rimborso, autorizzazione o raccomandazione opponibile, tende a erodere questa libertà e a imporre, di fatto, un monopolio di trattamento poco compatibile con l'eterogeneità clinica documentata lungo tutto questo testo.

Questa esigenza di pluralismo si estende, infine, al diritto degli utenti — pazienti, bambini e famiglie — di scegliere la propria cura con piena cognizione di causa. La triade originaria di Sackett collocava già i valori e le preferenze del paziente allo stesso livello della prova di ricerca e della competenza clinica: in psichiatria, e ancor più in neuropsichiatria infantile, dove le poste in gioco di sviluppo, consenso e costruzione soggettiva sono maggiori — come illustrano la controversia francese sull'autismo, la proposta di legge Fasquelle e i dibattiti suscitati dal rapporto dell'HCFEA sull'ADHD —, rispettare il paziente e la sua famiglia come soggetti, e non come semplici oggetti di trattamento, presuppone che siano informati lealmente della pluralità degli approcci validati e restino liberi di ricorrervi, piuttosto che essere orientati verso il solo approccio che una gerarchia di prove mal adattata alla loro situazione classificherebbe in testa.

Una psichiatria e una neuropsichiatria infantile fedeli all'esigenza scientifica non hanno dunque bisogno di conformarsi a una gerarchia di prove esclusiva e amministrativamente imposta; hanno bisogno di un'epistemologia plurale, del mantenimento della libertà terapeutica del clinico, e del rispetto della scelta libera e informata dei pazienti e delle loro famiglie. Sono queste tre esigenze che questo manifesto chiede alla Haute Autorité de Santé, e più in generale ai pubblici poteri, di riconoscere esplicitamente nell'elaborazione delle loro raccomandazioni e delle loro politiche di salute mentale.

Bibliografia

COSGROVE, L. & KRIMSKY, S., "A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry," PLoS Medicine, 2012.

FALISSARD, B., "Ce que la notion de 'troubles du neurodéveloppement' dit de la pédopsychiatrie du XXI^e siècle," Séminaire d'épistémologie du 7 janvier 2021, L'Évolution psychiatrique.

FONAGY, P., "Psychoanalysis Today" e lavori sulla metodologia del caso singolo nella ricerca psicoanalitica, University College London, dal 2003.

FRANCES, A., Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life, William Morrow, 2013.

GONON, F., KONSMAN, J.-P., COHEN, D. & BORAUD, T., "Why Most Biomedical Findings Echoed by Newspapers Turn Out to be False: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder," PLoS ONE, 7(9), 2012.

GONON, F., Neurosciences, un discours néolibéral. Psychiatrie, éducation, inégalités, Champ social, 2024.

GORI, R. & DEL VOLGO, M.-J., La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence, Denoël, 2005.

GREENHALGH, T. & HURWITZ, B., Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice, BMJ Books, London, 1998.

GUYATT, G. et al., lavori fondativi sugli studi N-di-1 (N-of-1 trials), McMaster University, anni 1980-1990.

HACKING, I., Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory, Princeton University Press, 1995.

HACKING, I., The Social Construction of What?, Harvard University Press, 1999.

HACKING, I., "Kinds of People: Moving Targets," Proceedings of the British Academy, 2006.

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), Quand les enfants vont mal : comment les aider ?, rapporto adottato il 7 marzo 2023.

IOANNIDIS, J., "Pourquoi ne peut-on pas faire confiance à la plupart des résultats issus de la recherche ?" (trad. R. Evrard, T. Rabeyron, T. Lepoutre & C. Fromentin), L'Évolution psychiatrique, 86/3, 2005/2021, p. 443-454.

KELLER, P.-H., recensione di F. Gonon, Neurosciences, un discours néolibéral, Société Psychanalytique de Paris, 2025.

LAURENT, É., La bataille de l'autisme. De la clinique à la politique, Navarin, 2012; edizione ampliata, 2018.

MALEVAL, J.-C., critica lacaniana delle rieducazioni comportamentali dell'autismo e difesa di un'etica della singolarità del soggetto autistico.

MILLER, J.-A. (dir.), L'Anti-Livre noir de la psychanalyse, Seuil, 2006.

LANDMAN, P., Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention, Albin Michel, 2015.

MONCRIEFF, J., The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment, Palgrave Macmillan, 2008.

MONCRIEFF, J., The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs, Palgrave Macmillan, 2013.

MONCRIEFF, J. et al., "The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence," Molecular Psychiatry, 2022.

PONNOU, S., "Prévalence, diagnostic et médication du trouble de l'hyperactivité en France," Annales médico-psychologiques, 2020.

PONNOU, S. (dir.), À l'écoute des enfants hyperactifs. Le pari de la psychanalyse, Érès, 2022.

PONNOU, S., discussione metodologica dello studio Thurin et al. (2014) alla luce degli standard APA per gli studi di caso intensivi.

RABEYRON, T., "L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse," L'Évolution psychiatrique, 86(3), 2021.

RAMUS, F., critica metodologica dello studio Thurin et al. (2014): assenza di un gruppo di controllo e di un valutatore indipendente.

ROUDINESCO, É., recensione di Christopher Lane, Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions, Le Monde, 6 marzo 2009.

SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., GRAY, J. A. M., HAYNES, R. B. & RICHARDSON, W. S., "Evidence based medicine: what it is and what it isn't," BMJ, 312, 1996, p. 71-72.

SACKETT, D. L. et al., Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM, 2a ed., Churchill Livingstone, 2000.

SANDELL, R. et al., "Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPP)," International Journal of Psychoanalysis, anni 2000.

SELIGMAN, M. E. P., "The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study," American Psychologist, 50(12), 1995, p. 965-974.

SHEDLER, J., "The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy," American Psychologist, 65(2), 2010, p. 98-109.

TUCKETT, D. (dir.), Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The Evolution of a Method to Describe and Compare Psychoanalytic Approaches, Routledge, 2008.

THURIN, J.-M., Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques, Dunod, collana "Psychothérapies".

THURIN, J.-M., THURIN, M., COHEN, D., FALISSARD, B., "Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas," Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 62(2), 2014, p. 102-118.

THURIN, J.-M. (dir.), Réseau de recherche fondée sur les pratiques psychothérapeutiques (RRPP), Inserm / Fédération française de psychiatrie ; bollettino Pour la recherche, FFP.

VISENTINI, G., BLANC, A. & LAUFER, L., "Psychanalyse et évaluation : pour un modèle stratifié centré sur l'unicité du cas," Bulletin de psychologie, 73(5), 2020, p. 255-270.

VISENTINI, G., L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses, Paris, PUF, 2021.

VISENTINI, G., Penser et écrire par cas en psychanalyse. L'invention freudienne d'un style de raisonnement, Paris, PUF, 2024.

"Actualités de la méthode de l'étude de cas. Proposition d'une méthodologie hypothético-processuelle et traductive pour les recherches référées à la psychanalyse," L'Évolution Psychiatrique, 2019.

"L'étude du cas unique, un exemple de recherche qualitative," ResearchGate.

"Recherche qualitative en psychanalyse : l'étude du cas de la théorisation ancrée," ScienceDirect.

"L'evidence-based medicine, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie ?," Santé mentale au Québec, vol. 44, n°2, 2019, p. 145-165.

"Is evidence-based medicine killing psychiatry softly? A critical review of 'evidence-based psychiatry' from an epistemological and ethical perspective," PubMed, 2020.

Critical Psychiatry Network, Regno Unito, fondato nel 1999.

Controversia francese sull'autismo: B. Golse, F. Ramus, proposta di legge Fasquelle (2016) volta a vietare la psicoanalisi nella presa in carico dell'autismo.