



REVIEW

PSICOSI E MIGRAZIONI: UNA REVIEW DI METODI E RISULTATI NELLA LETTERATURA EPIDEMIOLOGICA.

Donato Zupin¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

Secondo la letteratura l'incidenza delle psicosi non affettive tra i migranti è da due a cinque volte maggiore rispetto alle popolazioni native. Il rischio relativo aumenta ulteriormente per alcune zone geografiche di provenienza, come nel caso dei Caraibi e dell'Africa Sub Sahariana. Si tratta di dati al contempo rilevanti, perché ci spingono a considerare la realtà delle migrazioni in Occidente, e problematici perché ci invitando a riconsiderare i nostri presupposti concettuali impliciti nella progettazione degli studi stessi. Metodi e risultati cambiano a seconda del paese in cui lo studio viene condotto e del framework di riferimento usato per categorizzare i migranti: la cittadinanza, l'etnia, il colore della pelle, il luogo di nascita, il livello di sviluppo del paese di nascita. I risultati più solidi si ottengono quando la realtà delle migrazioni viene analizzata considerando il razzismo delle società ospitanti. La presente review mira a dare un resoconto dettagliato di questi dati per quanto riguarda i risultati, le metodologie impiegate e le implicazioni per la psichiatria culturale.

¹Psichiatra e Psicoterapeuta. Istituto Italiano di Salute Mentale Transculturale. Dipartimento di Salute Mentale - WHO Collaborative Center for Research and Training in Mental Health, Trieste. Mail a: donato.zupin@psiciculturale.it

Parole-chiave:

Psicosi, Migrazioni, Incidenza, Etnia, Luogo di nascita, Razzismo

Introduzione

Lo studio delle psicosi in contesti extra-occidentali è stato un argomento di particolare rilievo per la psichiatria e la psicoterapia culturale. Kraepelin (1908) andò personalmente a Java per verificare l'applicabilità del suo concetto di *dementia praecox*. Devereux (2007 [1973]) divenne celebre per la sua teoria della schizofrenia come psicosi etnica dell'Occidente. Le descrizioni di Lambo degli stati confusionali pseudo-psicotici (1965) e quella di Bartocci delle reazioni psicogene acute (2004) ci aiutano ancora oggi a comprendere il continuum normalità-reazioni all'avvenimento-psicosi. L'OMS disegnò l'International Pilot Study of Schizophrenia con l'intento di verificare la fattibilità stessa di una ricerca epidemiologica a livello mondiale (WHO, 1979). I risultati dell'IPSS e degli studi che proseguirono questo filone di ricerca nel corso di quattro decenni, evidenziarono la miglior prognosi delle psicosi nei paesi in via di sviluppo (Jablensky et al., 1992; Hopper et al., 2007). Si sviluppò intorno a questi risultati un acceso dibattito che scosse l'intera psichiatria (Leff, 1990) e diede un impulso notevole alla psichiatria transculturale prima e culturale poi. L'Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale ha trovato nello studio di questi temi uno dei suoi momenti fondativi.

Gli studi sulle relazioni tra migrazioni e psicosi hanno dato risultati egualmente sorprendenti, ma il cui rilievo non sembra essere stato colto dall'attuale psichiatria culturale. La letteratura psichiatrica *mainstream*, di cui il presente lavoro si occupa, sembra aver largamente dimostrato che i migranti che giungono in Occidente ha un rischio di sviluppare psicosi più alto rispetto alla popolazione *local-born*. Proponiamo qui una revisione di questo tipo letteratura, con l'intento di fornire a chi lo desiderasse una base solida, sulla quale poter in seguito sviluppare riflessioni più ampie di ordine antropo-fenomenologico. Per l'IMT questi dati sono stati di stimolo

all'approfondimento pubblicato nel capitolo "Dal *Dreamtime* al Razzismo Istituzionale. Uno studio di psichiatria dinamica culturale su etnia, cultura, discriminazione e salute mentale" per il libro "Pensieri migranti - tra fratellanza e ostilità", edito da Longato per ETS Pisa e di prossima uscita. L'augurio è che questa review possa essere di stimolo alla ricerca teorica e qualitativa anche per i lettori.

È stata condotta una ricerca bibliografica su PubMed che ha identificato, al marzo 2020, tutti gli articoli usciti negli ultimi 5 anni che corrispondevano alle parole chiave: (psychosis [title/abstract] OR schizophrenia [title/abstract]) AND (epidemiology [title/abstract] OR prevalence [title/abstract] OR incidence [title/abstract]) AND (migrant [title/abstract] OR immigration [title/abstract]). Sono risultati 83 articoli in totale, di cui 23 erano di interesse ai fini della nostra ricerca. Gli altri 60 sono stati esclusi perché non pertinenti. Nel caso in cui questi 23 articoli includessero citazioni di altri lavori rilevanti, scritti in inglese e pubblicati su giornali indicizzati, questi sono stati ritrovati e inclusi nel totale. In questo modo sono stati inclusi altri 17 lavori; quindi il totale degli articoli su cui si basa la review è 40 (23+17).

I dati che riportiamo sono dunque relativi a 40 articoli usciti su giornali della psichiatria *mainstream* in questo lasso di tempo a proposito di migrazioni, psicosi ed epidemiologia. Restano esclusi da questa review: libri, articoli usciti su riviste non indicizzate, articoli scritti non in inglese, articoli con considerazioni teoriche e concettuali senza dati statistici di prima mano, lavori di stampo etnografico/antropologico, presentazioni ai congressi, articoli di giornale, raccolte dati che nel titolo o nell'abstract si riferivano alle minoranze etniche ma non alla migrazione in senso stretto.

Molti anni orsono un celebre fenomenologo, Blankenburg, affermò che a volte la diagnosi dice di più sulla scuola di formazione del medico che sulla sofferenza del paziente. Allo stesso modo, ci sembra che i metodi delle ricerche statistiche su psicosi e migrazioni possano essere di interesse almeno quanto i risultati. Cominceremo dunque questa review con un'esposizione dei metodi impiegati negli studi che abbiamo analizzato, esponendone i risultati solo in un secondo momento.

2 - METODI.

2.1 – Riviste su cui sono stati pubblicati gli studi.

La prima cosa che colpisce negli articoli sulle psicosi e migrazioni in Occidente è l'assenza della psichiatria culturale. Sul totale dei 40 articoli esaminati nessuno è stato pubblicato da *Transcultural Psychiatry*, da *Culture Medicine and Psychiatry*, dall'*International Journal of Culture and Mental Health* o dal *World Cultural Psychiatry Research Review*. La maggior parte di questi 40 lavori è uscita su *Schizophrenia Bulletin*, *Schizophrenia Research*, *Psychological Medicine*, qualcuno sul *British Journal of Psychiatry*. Una possibile spiegazione è che la nostra review si focalizza unicamente sugli aspetti epidemiologico-statistici, mentre la psichiatria culturale utilizza preferenzialmente i metodi della ricerca qualitativa. Tuttavia l'importanza del dato quantitativo anche per la ricerca qualitativa lascerebbe presupporre un presenza seppur minima anche di studi transculturali, che invece non ritroviamo. Questo ci indica due cose: da una parte che la psichiatria culturale è stata tagliata fuori e/o non si è impegnata nel dibattito di questo tema; dall'altro che la questione migrazioni/psicosi è diventata centrale nel dibattito della psichiatria *mainstream*.

2.2 – Luoghi dove sono stati condotti gli studi.

Dei 40 articoli esaminati, praticamente tutti sono stati pubblicati in Europa e solo due in Australia e Canada. La review di Selten, van der Ven e Termorshuizen (2019) dà lo stesso resoconto: la maggior parte degli studi sono europei. Nella loro review il dato totale era di 49 lavori di cui 43 svolti in Europa, questi a loro volta erano quasi tutti del nord Europa: UK, Olanda e Svezia in testa.²

²Nella review di Selten et al. per l'Europa del Sud c'è solo l'Italia, con due studi: uno del gruppo di Tarricone et al. (2016a) a Bologna e uno di Lasalvia et al. (2014) in Veneto (quindi un gruppo che si occupa di psichiatria transculturale e uno invece specializzato nell'epidemiologia pura). Pochi studi erano israeliani (3), canadesi (2) e solo uno australiano. Sia nella presente review che in quella di Selten et al. salta agli occhi il grande assente: non ci sono gli USA. L'assenza degli Stati Uniti dalla ricerca su psicosi e migrazione è stata evidenziata più volte come un dato di interesse. Selten e Termorshuizen (2017) iniziano così le loro considerazioni sullo stato dell'arte: "Since research into the role of social

2.3 – Incidenza o prevalenza?

Tutti gli studi nel nostro campione, tranne uno, prendono in considerazione l'incidenza e non la prevalenza.

2.4 – Quali diagnosi sono oggetto di studio?

Il disturbo oggetto dello studio è sempre il gruppo “schizofrenia e altre psicosi non affettive” (solitamente abbreviato come NAPD: non affective psychotic disorder). Oltre alle schizofrenie vengono quindi incluse nel gruppo psicosi brevi, psicosi a due, paranoie, bouffé deliranti. Nessuno studio considera solo la schizofrenia senza le psicosi brevi: questo potrebbe implicare la possibilità che il gruppo migranti risulti avere una più alta incidenza a causa delle psicosi brevi e non per le schizofrenie propriamente dette.

2.5 – Fonti dei dati.

I dati sulla popolazione generale vengono ricavati da fonti che sono il corrispondente negli altri paesi del nostro ISTAT. Il numero di persone che vengono diagnosticate come psicotiche vengono ricavati dai registri dei servizi di salute mentale. Restano fuori dunque dai campioni esaminati gli psicotici che non sono mai stati presi in carico da nessun servizio, i casi non riconosciuti e coloro che si fanno curare solo dal medico di medicina generale o a studio da professionisti privati. Un solo studio di quelli presenti nel campione in esame allarga il campo chiedendo informazioni anche alla polizia, ai medici di base e ai pronti soccorsi (Hogerzeil et al., 2017). Non è chiaro, o

factors in the aetiology of psychosis seems to have vanished from mainstream research in North America, we sometimes wonder what American colleagues might think about such findings from Europe. Things were markedly different in the 20th century, when there was a rich American literature on the social background of psychosis (...).”

L'assenza degli USA non è però completa e non è completamente ingiustificata. In parte in questa mia review non compaiono perché l'intervallo temporale è di 5 anni e il focus è specificamente sulle migrazioni. Negli Stati Uniti ci sono (pochi) lavori precedenti al 2015 e puntati più sul concetto di minoranza etnica che su quello di migrazione. Questi articoli confermano il maggior rischio di psicosi per le minoranze etniche. Bresnahan et al. (2007) mostrano un rischio maggiore tra afro-americani se comparati ai *white american* (qui il metodo di selezione dei campioni è come quello degli inglesi, cioè basato sull'autoattribuzione dello status di minoranza etnica).

non viene specificato negli articoli inclusi nella mia review, se in qualche modo vengano intercettati coloro che si fanno curare nelle cliniche private.

Il metodo usato nella maggior parte degli studi nel nostro campione è di solito considerato limitante in epidemiologia. Questo perché generalmente si dà per assunto che le persone curate in pubblico per una data malattia rappresentino solo una frazione di coloro che si ammalano di quel disturbo. Ad esempio, gli studi che riguardano l'epidemiologia dei disturbi psichiatrici nel loro complesso indicano sempre che i migranti sono meno presenti dei *local-born* nei servizi pubblici, e la conclusione proposta potrebbe suonare così: "non è ipotizzabile che veramente i migranti abbiano meno attacchi di panico che gli italiani. Quindi se trovo meno migranti che italiani in carico in un CSM per attacchi di panico, do per scontato che questo rifletta un minor accesso dei migranti ai servizi di salute mentale, e che i migranti soffrano di disturbi d'ansia almeno quanto gli italiani".

A questo punto sorge una domanda: perché non si applica lo stesso modo di ragionare anche alla questione migranti e psicosi? Se troviamo che i servizi pubblici seguono proporzionalmente più migranti psicotici che italiani psicotici perché non prendiamo in considerazione l'idea che per qualche motivo (ad esempio il controllo sociale della marginalità) i migranti psicotici arrivino di più all'attenzione dei servizi che non gli italiani? In generale sembra di intuire è che per gli studiosi delle relazioni tra psicosi e migrazione c'è una sorta di approccio essenzialista alla questione. La psicosi dunque, rispetto agli altri disturbi, sembra essere considerata un pò di più come un dato di fatto presente in natura e un pò meno come un costrutto sociale. Questa spiegazione ci darebbe ragione del fatto che, negli articoli che stiamo descrivendo, il numero di utenti in carico a un servizio viene riportato come se descrivesse fedelmente l'incidenza nella popolazione generale.

2.6 – Prime e seconde generazioni.

La maggior parte considera solo gli immigrati di prima generazione, nel campione solo 3 studi hanno delle indagini specifiche anche per gli immigrati di seconda generazione.

2.7 – Criteri di inclusione nel gruppo migranti: etnia, luogo di nascita, colore della pelle o developing countries?

Una delle questioni più interessanti è quali siano i criteri di inclusione per cui uno viene inserito nella categoria “immigrato”.

Gli studi fatti in UK prendono in considerazione come criterio l’etnia auto-attribuita dal soggetto al momento dell’ingresso nello studio (Kirkbride et al., 2017). Le persone che accettano di far parte del campione devono dichiarare se si sentono *white British, non-British white ethnicities, black African, Arabic ethnicity* etc. etc. (vedi paragrafo successivo per una descrizione più dettagliata). Nessuno studio statunitense era incluso nel mio database di 40 articoli, ma annotiamo che i lavori nordamericani usano la stessa metodologia.

Gli studi britannici tendono quindi a sovrapporre il concetto di immigrazione (spostarsi da un posto a un altro) con quello di minoranza etnica (una considerazione numerica). Le ricerche d’oltremarina sembrano fare una traslazione indebita tra questi diversi modi di interpretare il fenomeno migratorio: spostamento geografico, maggioranze/minoranze, appartenenza culturale. Seppur è vero solitamente che chi migra si trova spesso in una condizione di minorità, queste due condizioni non sono sempre sovrapponibili.

Le ricerche condotte in altri paesi usano invece come criterio di inclusione solo il luogo di nascita della persona all’esterno dei confini nazionali. Le ricerche svedesi considerano immigrato chiunque sia nato fuori della Svezia (Dykhhoorn et al., 2019a). Lo stesso metodo usano canadesi (O’Donoghue et al., 2020), olandesi (Hogerzeil et al., 2017) e italiani (Tarricone et al., 2016). Dunque, ad esempio, in uno studio svedese si includono nel gruppo migranti anche persone che sono nate in Finlandia, si sono trasferite in Svezia quando avevano un mese di vita e vivono lì tutta la vita – persone che quindi potrebbero non auto-attribuirsi la percezione di essere una minoranza etnica.

In altre parole negli studi inglesi uno può decidere se considerarsi immigrato o meno e, in caso, a quale minoranza etnica appartenere, negli altri studi no. Il metodo

britannico è un pò più impreciso ma può forse si avvicina di più a cogliere la cultura di appartenenza di un soggetto. Il metodo degli altri paesi pare più preciso basandosi su dati inconfutabili (il luogo di nascita) ma meno sensibile alle sfumature cultura di appartenenza/essere membro di una minoranza etnica.

2.8 – Criteri di ulteriore suddivisione del gruppo migranti: zone geografiche, etnia, western/non-western, colore della pelle..

Nelle diverse ricerche i migranti vengono poi suddivisi tra loro in vari modi. Riprendiamo gli studi britannici: Kirkbride et al. (2017) danno le seguenti possibilità di auto-attribuzione dell'etnia:

- *white British*
- *non-British white ethnicities (white Irish, white traveller or gypsy, other white ethnicities - compresi dunque russi, greci, italiani, finlandesi, n.d.r.)*
- *black African*
- *black Caribbean*
- *mixed ethnicities (mixed white and black Caribbean, mixed white and black African, mixed white and Asian, other mixed ethnicity)*
- *Indian, Pakistani, Bangladeshi, Arabic ethnicity and all other ethnicities (Chinese, other Asian, other black ethnicities, other).*

Notare che l'ultimo raggruppamento mette assieme arabi, cinesi e chi resta fuori dalle altre categorizzazioni: altri asiatici che non siano indiani/pakistani/bengalesi, altri "neri" che non siano africani/afro-caraibici.

Gli immigrati in Svezia vengono invece divisi in zone geografiche di provenienza in base al luogo di nascita. Ad esempio per Dykxhoorn et al. (2019a) permettono ai loro intervistati di scegliere tra le seguenti opzioni: *Africa, South America, Asia, Middle East, Europe, Oceania*. Ma secondo quale criterio un paese viene assegnato a una zona geografica? L'attribuzione dei singoli stati alle diverse zone geografiche viene mutuata da una classificazione dell'ONU a fini statistici del 1998. Questa classificazione si può

trovare alla sezione “Geographic Region” (<https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>) e chiamata col nome abbreviato M49 (U.N., 1998). Un sistema simile viene usato dal gruppo canadese di Anderson et al. (2015).

Gli studi italiani usano il criterio del luogo di nascita e non differenziano tra diversi paesi di origine. Il confronto è solo italiani *native-born* Vs migranti (Tarricone et al., 2016a; Lasalvia et al., 2014, cit. in: Selten, van der Ven e Termorshuizen, 2019)

Uno studio australiano (Saha et al., 2015) usa come metodo per differenziare tra diversi gruppi di migranti il PIL dei paesi di provenienza: si divide in *low-income countries*, *low middle-income countries*, *upper-middle income countries* e *high-income countries*.

La review di Selten, van der Ven e Termorshuizen (2019) introduce un’importante novità: confronta i diversi risultati che si ottengono qualora si suddivida il gruppo migranti secondo la categorie *developed/developing countries* e colore della pelle bianco/nero. Queste colleghe e colleghi analizzano il rischio di psicosi per i migranti prima in base al livello di sviluppo del paese di provenienza (secondo la classificazione dell’ONU del 2002 di *developing/developed countries* chiamata *Unctad Handbook Of Statistics*, https://unctad.org/en/Docs/tdstat27_enfr.pdf) e poi differenziando tra persone che vengono da paesi dove la maggioranza ha la pelle nera e paesi dove la maggioranza è bianca (vedi poi per i risultati).

Negli studi olandesi entra un’altra variabile ancora: *western* Vs *non-western*. Hogerzeil et al. (2017) partono includendo sia la prima che la seconda generazione in un blocco unico, usano il luogo di nascita e poi dividono le etnie nel modo che segue:

- *Morocco*
- *Caribbean (Surinam + Netherlands Antilles)*
- *Turkey*
- *Other*. Il gruppo Other, però, è composto nel seguente modo: *western or westernized countries (northern, southern or western Europe, the former Yugoslavia, the USA,*

Canada, Australia, New Zealand, Japan or former Netherlands East Indies) + all other (non-western) countries.

Qui c'è quindi una categorizzazione già basata su un presupposto di stili di vita, culture o sfere di influenza: western e non-western. Non spiegano per quali motivi includano un paese in uno di questi due gruppi.

Nessuno studio usa la cittadinanza come metodo di inclusione/esclusione dai gruppi immigrato/*local-born*.

2.9 – La questione degli est-europei

Tutti gli studi inseriscono le persone dell'est Europa nel gruppo “migranti”

2.10 – Strumenti di diagnosi, DSM o ICD?

Come strumento diagnostico, tutti la stragrande maggioranza dei lavori usa l'ICD-10, solamente 2 usano il DSM-IV (O'Donoghue et al., 2020; Hogerzeil et al., 2017), le review e le metanalisi ovviamente mettono assieme dati raccolti con entrambi.

3 - RISULTATI

3.1 Storia degli studi e risultati maggiormente accreditati.

Secondo la stragrande maggioranza degli studi essere immigrati/appartenere a una minoranza etnica è un forte fattore di rischio per sviluppare schizofrenia e altre psicosi non affettive. L'entità del rischio relativo è stata stimata essere da 2-5 volte più alta della popolazione bianca residente (Stilo e Murray, 2010; Hogerzeil et al. 2017; Kirkbride et al., 2012; Tarricone et al., 2016a; Kirkbride et al., 2017; Dykxhoorn et al., 2019a; Selten, van der Ven e Termorshuizen, 2019; Stafford et al., 2019; Dykxhoorn e Kirkbride, 2019; Morgan, Knowles e Hutchinson; 2019; Henssler et al., 2019). La solidità statistica di questi *findings* è tale che la migrazione è stata considerata uno dei fattori di rischio per psicosi più solidamente dimostrati, assieme a essere maschio, giovane, vivere in un ambiente altamente urbanizzato.

Seguendo la review di Bhugra e Bhui (2001) si vede che questa è una storia che viene da lontano e comincia già a fine del XIX secolo, con la liberazione degli schiavi negli Stati Uniti.. e il trasferimento di molti di loro direttamente nei manicomi americani (Babcock, 1895, cit. in: Bhugra e Bhui; 2001). In tempi più recenti, alla fine del XX secolo, la cosa era stata notata a livello aneddótico e in studi su piccola scala. Il momento in cui il dato diventa solido dal punto di vista epidemiologico è quando in UK vengono fatti degli ingenti stanziamenti di fondi grazie ai quali viene condotto il primo studio su larga scala. Questo lavoro si chiama AESOP: Aetiology and Ethnicity of Schizophrenia and Other Psychoses (Fearon P. et al., 2006). È un'indagine svolta contemporaneamente a Londra, Nottingham e Bristol e conferma soprattutto l'elevata incidenza di psicosi tra gli afro-caraibici (9 volte più alta dei white-british) e gli africani della regione sub-sahariana (8 volte più alta dei white-british) (ibidem).

3.2 Studi che non confermano la relazione tra psicosi e migrazione.

Gli studi che non confermano la relazione tra psicosi e migrazione sono pochi e molto localizzati geograficamente: Canada (Anderson et al., 2015), Australia (Saha et al., 2015; Ò Donoghue et al., 2020) e Israele (Corcoran et al., 2009). Dunque tutti i lavori che confermano la maggior incidenza di psicosi nei migranti sono stati condotti in Europa, quelli che la smentiscono provengono da paesi ad alto reddito, extra-europei e fortemente occidentalizzati (Canada, Australia e Israele). Questa discrepanza viene analizzata in diverse review e il parere è unanime: per Canada e Australia la causa di questa differenza di risultati sono le politiche migratorie restrittive. Tali paesi hanno leggi sull'immigrazione molto dure che permettono solo ad individui altamente qualificati dal punto di vista professionale di entrare, per cui si riduce l'effetto dell'esclusione sociale (Selten e Termorshuizen, 2017; Selten, van der Ven e Termorshuizen, 2019). Questo effetto viene di solito chiamato "positive selection". Inoltre i risultati Canadesi sono validi solo se si considera la categoria "migranti" presa come blocco unico, se invece nella loro analisi si scorpora per paese di provenienza troviamo anche qui un maggior rischio di psicosi per i caraibici (Anderson et al., 2015). Lo stesso accade in Australia per gli africani (Ò Donoghue et al., 2020).

Per Israele, secondo la review di Henssler et al. (2019) i primi lavori (Corcoran et al., 2009) consideravano campioni molto piccoli e sono stati successivamente contraddetti

da uno studio più ampio (Werbelof et al., 2012).

3.3 Interpretazione dei risultati: le prime ipotesi e la loro smentita.

Una volta accertato accetta che la relazione tra psicosi e migrazione è confermata, fatta eccezione per i paesi con politiche migratorie restrittive, si pone il problema di interpretare questi dati.

Una delle prime ipotesi proposte è che siano più predisposte a migrare le persone a maggior rischio di psicosi (Ødegaard, 1932, cit. in: Selten e Termorshuizen, 2017). Quest'ipotesi viene indicata come “*negative selection*” ed è stata largamente smentita. Hutchinson et al. (1996) (cit. in: Stilo e Murray, 2010) hanno esaminato i gemelli, rimasti in patria, degli afro-caraibici emigrati a Londra e lì diagnosticati come psicotici a Londra. In teoria, secondo la “*negative selection*”, si sarebbero dovuti trovare un'alta percentuale di psicotici³ tra i gemelli rimasti in Jamaica. Invece questa percentuale era bassa. Questo rappresenta una smentita della teoria della “*negative selection*” e una prova convincente dei un forte impatto delle condizioni ambientali nello sviluppo di schizofrenie nei migranti. Un'altra evidenza contro la teoria della “*negative selection*” è lo studio di van der Ven et al. (2015) in cui si dimostra che essere psicotici o avere una predisposizione alla psicosi è un fattore che non favorisce la scelta di migrare. Tant'è che ora si accenna alla “*negative selection*” un pò con lo stesso tono con cui si parlò all'epoca del “*Seligman's error*”.

Una teoria simile alla “*negative selection*” ipotizzava che fosse alta l'incidenza di psicosi nei paesi in via di sviluppo da cui i migranti venivano. Anche questa è stata smentita dal fatto che il gruppo di migranti che aveva più di tutti contribuito a scoprire la maggior incidenza di psicosi nei migranti – gli afrocaraibici a Londra – non mostrava nei paesi d'origine alcuna maggior incidenza di psicosi (Mahy et al., 1999; Bhugra et al., 1996; Hickling e Rodgers-Johnson, 1995; Hanoeman, Selten e Kahn, 2002).

³Solitamente come prova della causalità genetica della schizofrenia si considera come uno dei dati più assodati che il gemello di uno psicotico cresciuto in un altro ambiente ha comunque un'altissima possibilità di essere psicotico pure lui

Tutti gli studi che ho esaminato in questa review sono controllati per sesso età e reddito, solamente uno è controllato per sesso ed età ma non per reddito (Hogerzeil et al., 2017). Questo ha un'implicazione: se consideriamo l'ipotesi che l'alta incidenza di psicosi tra i migranti sia da attribuirsi a forme di razzismo/esclusione sociale questo effetto potrebbe esplicarsi anche al di là delle difficoltà economiche. Detta grossolanamente: un migrante potrebbe trovarsi a soffrire di emarginazione e questo potrebbe aumentare il suo rischio di psicosi nonostante goda di un buon reddito. Ad esempio può essere economicamente in grado di affittare o comprare casa in un quartiere rinomato, o professionalmente in grado di ambire a una posizione lavorativa altamente qualificata, ma l'esclusione sociale che aumenta il rischio di psicosi potrebbe realizzarsi perché i proprietari di casa/datori di lavoro lo rifiutano in base al suo luogo di provenienza o colore della pelle.

Quando il reddito non viene controllato come fattore statistico confondente il rischio di psicosi per i migranti aumenta ulteriormente (Selten, van der Ven e Termorshuizen; 2019)

Lo stesso tipo di verifica statistica è stata condotta riguardo al vivere in un ambiente urbano o rurale. Dato che vivere in un ambiente urbano è considerato un fattore di rischio per psicosi di per sé, sorge il dubbio che il maggior rischio di psicosi tra i migranti potesse essere dovuto al fatto che la maggior parte degli studi condotti sul tema si sono svolti in ambienti urbanizzati. Kirkbride et al., (2017) hanno testato sperimentalmente quest'ipotesi smentendola, dunque la migrazione è un fattore di rischio indipendente dall'*urbanicity*.

“Limitate o indirette” vengono reputate le evidenze a favore dell'ipotesi che la correlazione tra psicosi e migrazioni sia da attribuirsi a: infezioni e complicanze perinatali, uso di sostanze o misdiagnosi dovuta a mancanza di cultural-competence/razzismo istituzionale degli psichiatri occidentali (Dykhorn e Kirkbride, 2019). Quest'ultimo punto, la misdiagnosi, meriterebbe una review a sé stante. Nel campione di studi analizzati solamente uno (Dykhorn et al., 2019a) ammette la misdiagnosi come possibile spiegazione, peraltro senza dargli molto credito. In generale tutti gli altri argomentano contro questa in modi scarsamente

convincenti e in generale resta al lettore la sensazione che su questa possibilità s'intenda tagliar corto un pò troppo in fretta.

3.4. Interpretazione dei dati: spiegazioni dimostrate.

L'ipotesi principalmente accreditata per spiegare la questione psicosi/migrazione è attualmente quella dello stress ambientale. Questo a sua volta viene diviso in pre-migratorio (es. la guerra in Siria), migratorio (es. il viaggio coi barconi) e post-migratorio (es. il razzismo in Europa). In genere si propende per il maggior peso dei fattori post-migratori.

Questa posizione si basa sulla considerazione che i fattori pre-migratori e migratori potrebbero dare conto dell'aumento del rischio relativo nelle prime generazioni, ma non del persistere del rischio nelle seconde e terze generazioni (Bourque et al., 2011, cit. in: Dykxhoorn e Kirkbride, 2019). Inoltre, come vedremo tra poco, alcune variabili della condizione post-migratoria in Europa risultano ben dimostrate come fattori di rischio. Esaminiamo la questione dei fattori sociali nella fase post-migratoria.

3.4.1. - Razzismo e discriminazione:

Si parla di “social disadvantage” (Stafford et al., 2019), “minority status” Dykxhoorn et al. (2019a), “ethnic minority status” (Selten, van der Ven e Termorshuizen, 2019), “social adversities, experiences of discrimination (...) social defeat. Acculturative stress (...) systemic racism” (Dykxhoorn e Kirkbride, 2019). La cosa diventa un pò più chiara quando il termine “minority status” viene ampliato in “visible minority status” (Dykxhoorn e Kirkbride, 2019; Bourque et al., 2011, cit. in: Dykxhoorn e Kirkbride, 2019).

“Visible minority status” è un modo politicamente corretto per dire che il rischio relativo aumenta per i neri a causa del razzismo. Questo risultato viene confermato sia dall'impostazione degli studi britannici (per i quali, ricordiamo, l'etnia è auto-attribuita quindi comprende categorie come “black-caribbean” o “black-african”) sia da quella degli altri paesi dove la variabile è il paese di origine⁴ (vedi review come

⁴In quest'ultimo caso il discorso è però più impreciso perché la macro-categorizzazione “neri” viene fatta raggruppando chi viene da paesi in cui la maggioranza della popolazione ha la pelle nera. Per

quella di Bourque et al., 2011, cit. in: Dykxhoorn e Kirkbride, 2019; meta-analisi come quella di Selten, van der Ven e Termorshuizen, 2019).

Un altro dato a favore dell'ipotesi del "visible minority status" è che anche in Israele, dove buona parte della popolazione può considerarsi immigrata se ci si basa sul luogo di nascita, gli immigrati che sono più a rischio sono quelli con dei tratti somatici visibilmente diversi dalla popolazione ospitante (Weiser, 2009). In fine, sempre a favore dell'ipotesi del "visible minority status" la meta-analisi di Selten, van der Ven e Termorshuizen (2019) indica come nei paesi dove la popolazione originaria è ormai una minoranza etnica (Aborigeni in Australia, Maori in Nuova Zelanda, Nativi Americani in USA e Inuit in Canada) è questa stessa popolazione originaria a soffrire di uno svantaggio in termini di rischio psicotico e non i bianchi anglosassoni, che a rigor di logica dovrebbero essere considerati immigrati.

3.4.2 - Età al momento della migrazione (Age at migration):

Un altro macro-fattore che è stato dimostrato come spiegazione del maggior rischio di psicosi è la precoce età di migrazione. Prima si migra e più alto è il rischio (Kirkbride et al., 2017)⁵, secondo la già citata review sulla possibili spiegazioni la forza statistica di queste dimostrazioni è elevata (Dykxhoorn e Kirkbride, 2019)

3.4.3 - Densità della popolazione migrante nell'area di residenza (Ethnic density)

L'interpretazione è che un'alta densità di migranti nella zona in cui si risiede è un fattore protettivo perché fornisce un maggior supporto sociale rendendo più facile far fronte alla discriminazione del gruppo etnico maggioritario.

3.5 – Concordie e controversie sulle etnie a rischio.

Alcuni studi danno tutte le etnie come più vulnerabili anche quando viene analizzato separatamente il rischio per i diversi paesi di provenienza (Dykxhoorn et al., 2019a; Hogerzeil et al., 2017). In un altro gruppo di studi dati univoci vengono riportati per caribici e africani sub-sahariani (Stafford et al., 2019; Dykxhoorn et al. 2019b; Dykxhoorn et al. 2019a; Kirkbride et al., 2012; Selten, van der Ven e Termorshuizen,

essere più chiari: nell'impostazione svedese se uno viene dal Senegal ed è bianco viene comunque inserito nel macro-gruppo "black".

⁵Prima si migra e più ci si occidentalizza, potrebbe essere questo ad aumentare il rischio di psicosi?

2019), mentre vi sono risultati contrastanti sul rischio per europei, medio-orientali e asiatici (vedi tab. 1). Questi diversi rilievi vengono esposti in forma riassuntiva in tab. 1 e in forma discorsiva nella lista seguente:

- Kirkbride et al. (2017) individuano africani neri, afro-caraibici, pakistani, bengalesi e arabi come a rischio, conferma il rischio per immigrati europei di seconda generazione mentre lo nega per *immigrati europei di prima generazione*.
- O'Donoghue et al. (2020) confermano rischio in Australia per africani sia sub-sahariani che del Maghreb e medio-orientali, ma lo negano per *europei e asiatici*.
- In una popolazione specifica di anziani in Svezia il rischio relativo è confermato solo per migranti africani e provenienti da altri paesi europei (Stafford et al., 2019) ma non per *asiatici, medio-orientali e sud-americani*.
- Nella meta-analisi di Selten, van der Ven e Termorshuizen (2019) chi migra dall'Est Europa è in Europa occidentale è a rischio, ma meno di chi arriva da paesi extra-europei (vedi sotto).
- Come abbiamo detto in Canada il maggior rischio relativo è confermato solo per caraibici e bermudiani e, tra i rifugiati, per persone che vengono dall'est dell'Africa o dal sud Asia. Incidenza più basse della popolazione ospitante si trovano in *nord-europei, sud-europei e est-asiatici* (Anderson et al., 2015).

Tab. 1

Rischio di psicosi aumentato?	Si	No
Europei di prima generazione	Stafford et al., 2019 Est europei (Selten et al., 2019)	Kirkbride et al., 2017 ÒDonoghue et al., 2020 Nord e sud europei (Anderson et al., 2015)
Europei di seconda generazione	Kirkbride et al., 2017	
Asiatici	Pakistani e bengalesi (Kirkbride et al., 2017) Sud asiatici (Anderson et al., 2015)	ÒDonoghue et al., 2020 Stafford et al., 2019 Est asiatici (Anderson et al., 2015)
Arabi	Kirkbride et al., 2017 ÒDonoghue et al., 2020	
Mediorientali	ÒDonoghue et al., 2020	Stafford et al., 2019
Sudamericani		Stafford et al., 2019
Africani	Est Africani (Anderson et al., 2015)	

Nella meta-analisi di Selten, van der Ven e Termorshuizen (2019) analizzando il livello di sviluppo del paese di provenienza che il colore della pelle si vede che venire da un paese in via di sviluppo è un fattore di rischio, ma essere neri in Occidente è un fattore di rischio più rilevante.

3.6 - Seconde generazioni.

Nella meta-analisi di Selten, van der Ven e Termorshuizen (2019) il rischio relativo delle seconde generazioni è uguale a quello delle prime. Nella review di Henssler, J. et al. (2019), dove non si separa tra diverse zone di provenienza, la seconda generazione

ha un rischio maggiore della prima. Kirkbride et al. (2017) e Bourque et al. (2011, cit. in: Dykxhoorn e Kirkbride, 2019) sostengono che gli immigrati europei sono a rischio solo se di seconda generazione.

3.7 – Migranti economici e rifugiati

Sono state condotte delle analisi specifiche per verificare se il sottogruppo “richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale” potesse essere quello che aumentava l’incidenza tra il gruppo più ampio “migranti”. Seppure qualche studio sembra affermarlo (Brandt et al., 2019; Hollander et al., 2016; Anderson et al., 2015) review più ampie sostengono che il peso di questa prova sperimentale non è sufficiente a concludere per un’evidenza forte in tal senso (Selten, van der Ven, Termorshuizen; 2019).

BIBLIOGRAFIA

Anderson, K.K. et al. (2015) Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ* June 16, 2015 187 (9) E279-E286; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.141420>

Anderson, K.K., Flora, N., Archie, S. (2014) A meta analysis of ethnic differences in pathways to care at the first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica*. doi:10.1111/acps.12254

Bartocci, G. Le Reazioni Psicogene Acute. in Lalli N. (Ed.) (2004) *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Napoli, Liguori

Bourque, F; Van Der Ven, E; Malla, A. (2011) A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*; 41:897–910.

Brandt, L., Henssler, J., Muller, M. et al. (2019) Risk of psychosis among refugees: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. Aug 14. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1937

Bresnahan, M. et al. (2007) Race and risk of schizophrenia in a US birth cohort: Another example of health disparity? *International Journal of Epidemiology*; 36:751–758.

Bhugra D. e Bhui K., (2001) African-caribbean and schizophrenia: contributing factors. *Advances in Psychiatric Treatment* 7:283–93.

Bhugra, D.; Hilwig, M.; Hossein, B. et al. (1996) First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *Br J Psychiatry*.;169:587–592.

Corcoran C. et al. (2009) Incidence of Schizophrenia Among Second-Generation Immigrants in the Jerusalem Perinatal Cohort. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 35 no. 3 pp. 596–602, doi:10.1093/schbul/sbn089

Devereux, G. (2007) *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma, Armando Editore [1973]

Dyckhoorn, J. and Kirkbride, J.B. (2019) Psychoses sans frontieres: towards an interdisciplinary understanding of psychosis risk amongst migrants and their descendants. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019 April ; 28(2): 146–152. doi:10.1017/S2045796018000501

Dyckhoorn, J. et al. (2019a). Risk of schizophrenia, schizoaffective, and bipolar disorders by migrant status, region of origin, and age-at-migration: a national cohort study of 1.8 million people. *Psychological Medicine*, 49, 2354–2363. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003227>

Dyckhoorn, J.; Hollander, A.C.; Lewis, G. et al. (2019b) Family networks during migration and risk of non-affective psychosis: A population-based cohort study *Schizophrenia Research* 208 (2019) 268–275. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.044>

Fearon P. et al., (2006) Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine*, 36, 1541–1550.

Hickling, F.W.; Rodgers-Johnson, P. (1995) The incidence of first contact schizophrenia in Jamaica. *Br J Psychiatry*; 167:193–196.

Hanoeman, M.; Selten, J.P.; Kahn, RS. (2002) Incidence of schizophrenia in Surinam. *Schizophr Res.*; 54:219–221.

Hollander, AC; Dal, H; Lewis, G et al. (2016) Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*, 352:i1030. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1030>

Hopper K.; Harrison G.; Janca A.; Sartorius N (Eds.) (2007) *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective*. New York, Oxford University Press.

Henssler, J. et al. (2019) Migration and schizophrenia: metaanalysis and explanatory framework. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Apr;270(3):325-335. doi: 10.1007/s00406-019-01028-7

Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., Sartorius, N (Eds.) (2007) *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective*. New York, Oxford University Press.

Hutchinson, G; Takei; N, Fahy, TA; et al. (1996) Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis. *Br J Psychiatry*; 169:776-780

Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G. et al. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl.*, 20:1–97.

Kirkbride, J.-B. (2017) Ethnic Minority Status, Age-at-Immigration and Psychosis Risk in Rural Environments: Evidence From the SEPEA Study. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 43 no. 6 pp. 1251–1261. doi:10.1093/schbul/sbx010

Kirkbride, J.-B. et al. (2012) Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses in England, 1950–2009: A Systematic Review and Meta-Analyses. *PLoS ONE* 7(3): e31660. doi:10.1371/journal.pone.0031660

Kraepelin, E. (1908) Zur Entartungsfrage. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 31: 745–751.

Leff, J. (1990) The “new cross-cultural psychiatry.” *A case of the baby and the bathwater. The British Journal of Psychiatry*, 156: 305–307.

Lambo, T.A. (1965) Transcultural psychiatry. London, Ciba Foundation Symposium Churchill Ltd.

Lasalvia, A; Bonetto, C; Tosato, S. et al. (2014) First-contact incidence of psychosis in north-eastern Italy: influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation. *British journal of psychiatry*; 205:127–34.

Mahy, G.E.; Mallett, R.; Leff, J.; Bhugra, D. (1999) First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *Br J Psychiatry*; 175:28–33.

Morgan, C.; Knowles, G.; Hutchinson, G.; 2019 Migration, ethnicity and psychoses. evidence, models and future directions. *World Psychiatry*, 18(3):247–258. doi:10.1002/wps.20655

Ødegaard, Ø. (1932) Emigration and insanity. *Acta Psychiatr. Neurol. Scand.* 38, 79–107.

ÒDonoghue, B. et al. (2020). Risk of psychotic disorders in migrants to Australia. *Psychological Medicine*, 1–9- <https://doi.org/10.1017/S0033291719004100>

Places of birth disseminated in the 2011 National Household Survey. In: National Household Survey dictionary. Ottawa: Statistics Canada; 2011:210-5. Cat. no. 99-000-X2011001.

Saha, S. et al. (2015) Sociodemographic and clinical correlates of migrant status in adults with psychotic disorders: data from the Australian Survey of High Impact Psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 534–541. doi:10.1017/S2045796014000535

Selten, J.-P.; Termorshuizen, F. (2017) “Ethnic density of neighbourhood at age 15 modifies the risk for psychosis”. So what? *Schizophrenia Research*, 190, 88–89

Selten, J.P.; van der Ven, E.; Termorshuizen, P. (2019) Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000035>

Stafford, J. et al. (2019) The Incidence of Nonaffective, Nonorganic Psychotic Disorders in Older People: A Population-based Cohort Study of 3 Million People in Sweden. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 45 no. 5 pp. 1152–1160, doi:10.1093/schbul/sby147

Stilo, S.A.; Murray, S.M. (2010) The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(3):305-15.

Tarricone et al., (2016a) Risk of psychosis and internal migration: Results from the Bologna First Episode Psychosis study. *Schizophr Res.*, May;17 3(1-2):90-3. doi: 10.1016/j.schres.2016.02.032

Tarricone I. et al. (2016b) Occupation and first episode psychosis in Northern Italy: better outcomes for migrants. *Early Interv Psychiatry*. Dec;11(6):522-525. doi: 10.1111/eip.12325.

United Nations (1998) United Nations Standard Country Code, Series M: Miscellaneous Statistical Papers, No. 49, New York. Available at: <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>

United Nations (2002) UNCTAD Handbook of Statistics. Geneva: United Nations Conference on Trade and Development. https://unctad.org/en/Docs/tdstat27_enfr.pdf

van der Ven, E., Dalman, C., Wicks, S., Allebeck, P., Magnusson, C., van Os, J.,

Selten, J.P., (2015) Testing Ødegaard's selective migration hypothesis: a longitudinal cohort study of risk factors for non-affective psychotic disorders among prospective migrants. *Psychol. Med.* 45, 727–734

Weiser M. et al, (2008) Elaboration on immigration and risk for schizophrenia. *Psychological Medicine*, 38, 1113–1119.
DOI: <https://doi.org/10.1017/S003329170700205X>

Werbelof, N.; Levine, S.Z.; Rabinowitz, J. (2012) Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: a population based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47:303–31

WHO (1979) *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. Chichester, John Wiley & Sons.