

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

Ministry of Health
Mental Health Services
Department of Research & Planning

משרד הבריאות
שרותי בריאות הנפש
המחלקה למחקר ותכנון

אפידמיולוגיה פסיכיאטרית השוואה בין ישראל ומדינות אחרות¹.

ד"ר דפנה לוינסון
ממונה מחקר ותכנון
שרותי בריאות הנפש
משרד הבריאות

¹ פורסם לראשונה ב: MEDICINE פסיכיאטריה, גליון מס' 17, פברואר-מרץ 2011, מדיקל גרופ.

אפידמיולוגיה פסיכיאטרית עוסקת בהתפלגות התחלואה הנפשית באוכלוסיה הכללית ובגורמים הקשורים בה. תחום מחקר זה בצורתו המודרנית החל להתפתח במחצית השנייה של המאה ה-20 בשני כוונים: מחקרים שהתבססו על אבחון קליני של מרואיינים ע"י קלינאים מוסמכים. [1] ומחקרים שהתבססו על הערכה עצמית של רמת מצוקה נפשית כאשר נקודת חתך בסולם התגובות האפשריות קובעת מי מהמשיבים מוגדר כ"מקרה" ומי לא. לשתי השיטות היו חסרונות בולטים: האבחון ע"י קלינאים מוסמכים היה יקר מדי ולא אפשר מחקרים על קבוצות גדולות והאבחון על פי רמת מצוקה לא הראה כיצד להבחין בין מי שסובל מהפרעות נפשיות ומי לא בקרב המרגישים מצוקה "רבה". וכך, שתי השיטות לא אפשרו למעשה פיתוח מידע רלבנטי לגיבוש מדיניות. השינוי הגיע בתחילת שנות ה-70 עם התפתחות קודקס האבחנות הפסיכיאטריות ה-DSM. הקריטריונים המפורטים לאבחנות השונות הובילו תחילה לפיתוח שאלונים מובנים שהיו מיועדים לפסיכיאטרים (2) SCID ובהמשך לשאלונים המובנים הראשונים שהיו מיועדים לשימוש ע"י מרואיינים שאינם אני מקצוע DIS (3) . שאלוני ה-CIDI [Composite International Diagnostic Interview] (4) שהתפתחו משאלוני ה-DIS עברו גלגולים רבים והועברו בארצות מערביות שונות. המאמר הנוכחי מתאר חלק מתוצאות מחקר בינלאומי אשר עשה שימוש בגרסה האחרונה של ה-CIDI שפותחה לצורך סקר ה-WMH [WORLD MENTAL HEALTH] של ארגון הבריאות העולמי. (5)

סקר בריאות לאומי 2003-2004

משרד הבריאות ערך סקר ארצי שהתמקד בתחום בריאות הנפש במהלך השנים 2003-2004. [6]. הסקר נערך במסגרת יוזמה בינלאומית [WORLD MENTAL HEALTH INITIATIVE] ² [5] ששותפות בה 24 מדינות³. בישראל בוצע הסקר ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והוא נערך על מדגם מיצג של כלל האוכלוסיה הבוגרת מגיל 21 ומעלה שייצג שלש תת הקבוצות: ערבים, עולי ברה"מ לשעבר [מ1989 ואילך] ויהודים ואחרים. מספר המשיבים הסופי היה 4,859.

הסקר בוצע בכל המדינות באותן שיטות ולפיכך מאפשר עיבודים משותפים לכל המדינות והשוואות בין מדינות מפותחות – מתפתחות; מדינות בעלות הכנסה גבוהה- בינונית- נמוכה; או לפי חלוקה גאוגרפית. ישראל משויכת למדינות המפותחות ולמדינות בעלות ההכנסה הגבוהה.

קביעת האבחנות הפסיכיאטריות על פי ה-CIDI. כלי האבחון אשר שמש בסקר הנוכחי הוא ה-CIDI (Composite International Diagnostic Interview) המאפשר איבחון על פי שתי מערכות הקריטריונים ה-ICD-10 (7) וה-DSM-IV (8). ה-CIDI (5) בנוי כך שמראיין שאינו קלינאי יוכל לאסוף באופן שיטתי נתונים על סימפטומים שונים. קביעת ה"אבחנה" מתבצעת בשלב עיבוד הנתונים ולא בשלב הריאיון. בישראל נבדקו האבחנות הבאות: א. הפרעות חרדה: פניקה, אגורפוביה, חרדה מוכללת ודחק פוסט-טראומטי, ב. הפרעות רגש: דכאון ומאניה וג. התמכרויות: שימוש לרעה והתמכרות לסמים ולאכזוהול. שאלון מקדים שהועבר לכלל המדגם כלל בתוכו שאלות "סינון" שעל פיהן נקבע מי מהמרואיינים יופנה לשאלוני האיבחון הספציפיים.

² <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>

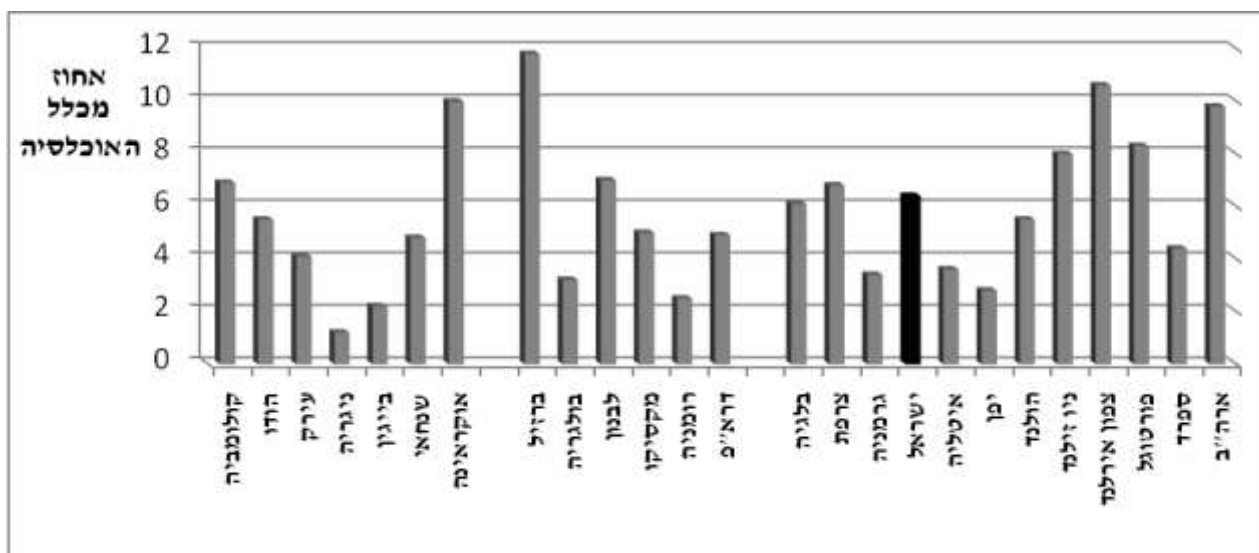
³ צרפת, איטליה, ספרד, בלגיה, הולנד, רומניה, בולגריה, אוקראינה, צפון אירלנד, פורטוגל, ארה"ב, מקסיקו, קולומביה, ברזיל [סאן פאולו] ניגריה, דרום אפריקה, לבנון, ישראל, עירק, סין [בייג'ינג, שנחאי, שנגן], יפן, הודו [פונדיצ'רי], ניו זילנד

הנתונים שנאספו בישראל נשלחו למרכז באוניברסיטת הרווארד ושם נקבעו האבחנות עבור כל המרואיינים באמצעות אותם אלגוריתמים שהופעלו על הנתונים של הארצות האחרות. במספר מדינות [9] הושוו איבחונים אלה לאיבחון קליני ע"י פסיכיאטרים ונמצאה רמת גבוהה של התאמה.

שיעור הפרעות דכאון וחרדה בישראל

על פי ממצאי הסקר אחד מכל ששה בוגרים (17.6%) בישראל סבל מהפרעה של דכאון או חרדה [ד"ח] במהלך חייו, וכמעט אחד מכל עשרה בוגרים [סה"כ באוכלוסיה כ- 390,000 בוגרים] סבל מהפרעות אלו בשנה שקדמה לראיון (9.7%) [10]. מבין ההפרעות שנבדקו, הפרעת דכאון מסוג מגיור [Major depression] היתה ההפרעה השכיחה ביותר [9.8% אי פעם בחיים] והפרעת חרדה כוללנית [General Anxiety Disorder] היתה השניה בסדר [2.7% אי פעם בחיים]. אחריהן הופיעו הפרעת פוסט טראומה 1.5%, דיסטמיה 0.9%, פניקה 0.9%, הפרעה בי פולרית 0.7% ואגורפוביה 0.6% [8].

גרף מס' 1: שכיחות הפרעות רגש בשנה: אחוזים מכלל האוכלוסיה⁴



בהשוואה הבינלאומית [11] נמצא כי הפרעות ד"ח אי-פעם בחיים נמצאו באחד מכל שלשה בוגרים במדינות צרפת, ניו זילנד, קולומביה, אוקראינה וארה"ב, באחד מכל ארבעה בוגרים במדינות בלגיה, גרמניה, לבנון, מקסיקו הולנד ודרום אפריקה, ובאחד מכל ששה בוגרים במדינות ישראל, איטליה, יפן וספרד. בניגריה ובייגין (סין) היתה שכיחות נמוכה יותר שהוסברה בבעיות מתודולוגיות במדידה.

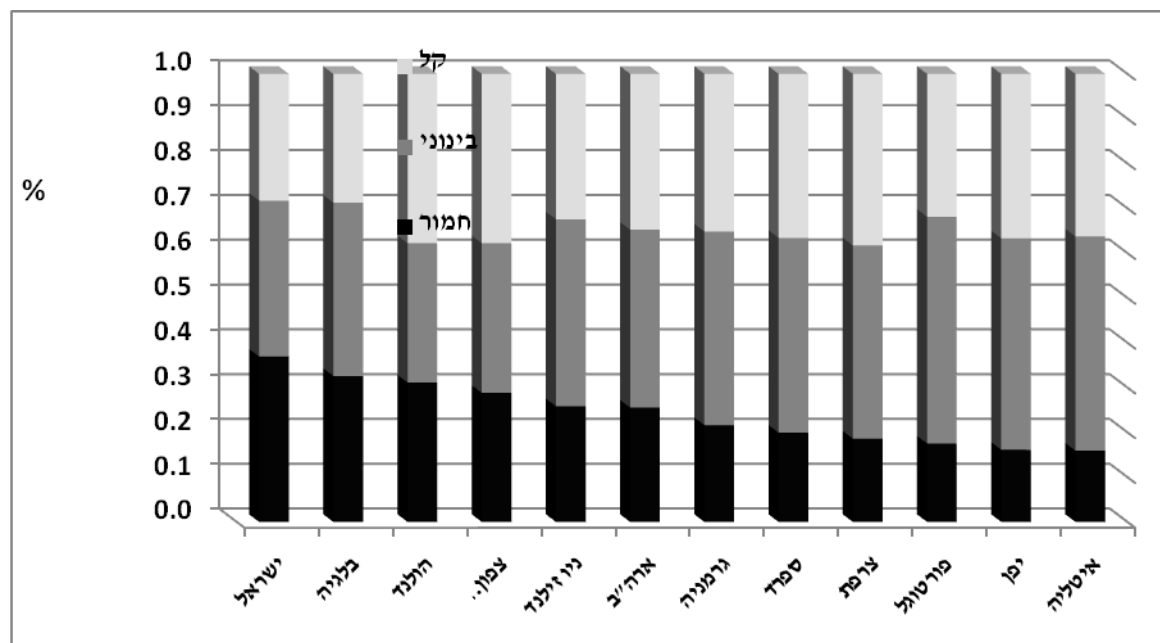
⁴ מותאם מ - Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, et. Al. [in press]

בעיבודים הבינלאומיים נמצא שהפרעות חרדה היו שכיחות יותר⁵ מהפרעות דכאון והפרעות התנהגות⁶. שימוש לרעה באלכוהול מוגדר כצריכת אלכוהול המתמשכת למרות ותוך כדי ההפרעה הנגרמת להתנהגות התקינה. חשוב לציין כי הקריטריונים לאבחנה אינם מתייחסים לכמויות השתיה אלא רק לעצם השתיה. שכיחות השימוש לרעה באלכוהול בישראל [13] נמצאה דומה לשכיחות השימוש לרעה במדינות ארופה המערבית אלא שכמויות השתיה הממוצעות בישראל היו נמוכות בהרבה בהשוואה לכמויות באירופה. כלומר, בישראל ההשפעות השליליות של אלכוהול הופיעו כבר לאחר שתיה של כמויות נמוכות יחסית של אלכוהול. בהשוואה באחוז המדווחים על שתית כלשהיא של אלכוהול, נמצאה ישראל בין המדינות הנוטות פחות לשתות [לבנון, ניגריה דרום אפריקה, 52%-55%] בהשוואה לשאר המדינות [72%-94%]. [14]

דרגות חומרה

בסקר הבינלאומי נקבעו קריטריונים לאיפיון מקרי הד"ח כ"חמורים", "חמורים פחות" או "קלים" [10]. מקרה "חמור" הוגדר כמקרה שבנוסף לעמידה בקריטריונים של האבחנה לווה בדיווח על נסיון אובדני אי פעם בחיים אך על התמכרות פיזית לאכוהול או סמים, אך על ירידה חמורה בתפקוד במהלך האפיזודה של הדכאון או החרדה. הפרעה בי-פולרית [שכיחות בישראל 0.7%] סווגה מראש כהפרעה "חמורה". מקרה "חמור פחות" היה מקרה שבנוסף לעמידה בקריטריונים של האבחנה לווה בדיווח על ירידה כלשהיא שבתפקוד במהלך האפיזודה של הדכאון או החרדה.

גרף מס' 2: התפלגות דרגות חומרה של מצבי דכאון וחרדה בשנה האחרונה באחוזים. השוואה למדינות מפותחות⁷



מקרה "קל" היה מקרה שפרט לעמידה בקריטריונים של האבחנה לא לווה בדיווח על ירידה בתפקוד.

⁵ בישראל, הפרעות מסוג פוביה ספציפית או פוביה חברתית לא נבדקו בסקר לכן שכיחות הפרעות החרדה בישראל נמוכה מזו של הפרעות דכאון

⁶ הפרעות התנהגות [אימפולס, קשב והתנהגות] לא נבדקו בסקר בישראל

⁷ מותאם מ- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, et. Al. [in press]

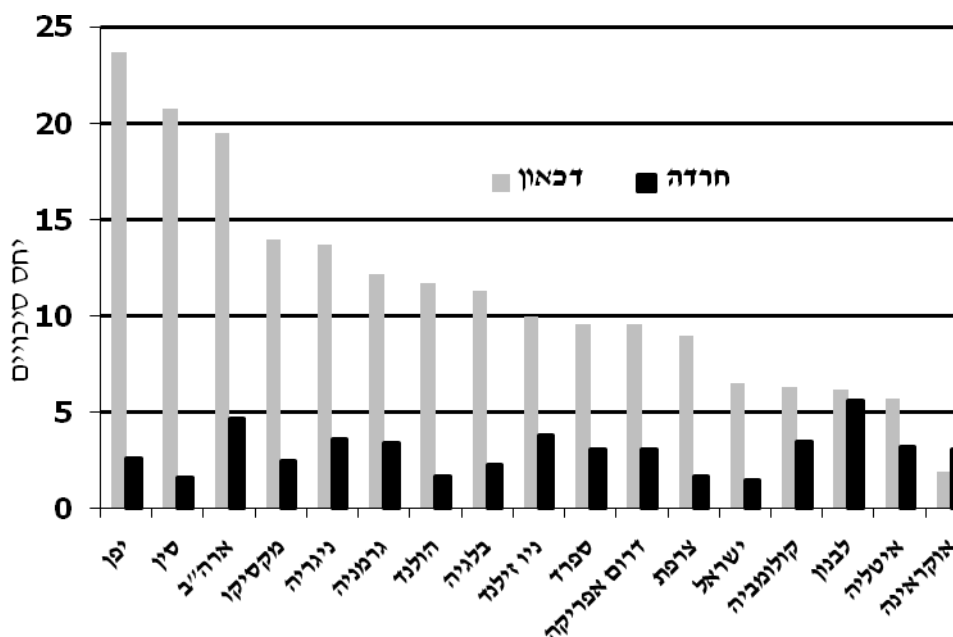
בישראל, הוגדרו 37.5% מהמאובחנים בד"ח כמקרים "חמורים" וכשליש סווגו כמקרים "חמורים פחות". אחוז המקרים החמורים היה הגבוה ביותר בקרב הסובלים מפוסט טראומה [70%]. בקרב הסובלים מדיסטימיה, פניקה או אגורפוביה סווגו 54%-50% כמקרים חמורים, ובדכאון מגורי וחרדה מוכללת היה אחוז המקרים החמורים 41% ו- 33% בהתאמה. [10]

חומרת המקרה נמצאה קשורה במספר ההפרעות מהן סבל המרוויין. וכך, אחוז המקרים המוגדרים כמקרים חמורים היה 32%, 55% ו- 84% בקרב אלה עם הפרעה אחת, שתי הפרעות או שלש הפרעות בהתאמה. [10]

הבדלים בין דוריים

הסיכוי להופעת הפרעות ד"ח אי פעם בחיים, בקבוצות גיל צעירות יחסית [ילידי 1967-1982, 1954-1967] היה גבוה יותר מהסיכוי להופעתן בקבוצות גיל מבוגרות יותר [ילידי 1939 – 1953 או לפניכן] [11]. בישראל הירידה בקבוצת הגיל העלטה את הסיכוי להפרעת חרדה פי 2.1, 2.7 ו- 4.7 [בקבוצות הגיל 49-35, ו-34-21 בהתאמה] בהשוואה לסיכוי להופעת ההפרעה בקבוצת הגיל 65 ויותר, ואת הסיכוי להפרעות דכאון פי 1.8, 2.8 ו- 6.5 בהשוואה לסיכוי בקבוצת הגיל 65 ויותר. הבדלים כאלה נמצאו בכל מדינות הסקר.

גרף מס' 3: הבדלים בין -דוריים בהסתברות להופעת הפרעות אי פעם בחיים : ההסתברות להופעת הפרעות בקרב בני 18-34 בהשוואה לבני 65+ השוואה בין מדינות בסקר⁸



באופן כללי ההבדלים הבין דוריים היו גדולים יותר בהפרעות דכאון [סיכוי גבוה פי 1.9 באוקראינה עד 23.7 ביפן, חציון 9.5 בגיל הצעיר בהשוואה לגיל 65 ויותר] מאשר בהפרעות חרדה [סיכוי גבוה פי 1.5 באיטליה עד 5.6 ביפן, חציון 3.5 בגיל הצעיר בהשוואה לגיל 65 ויותר] [14].

⁸ מותאם מ- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, et. Al. [in press]

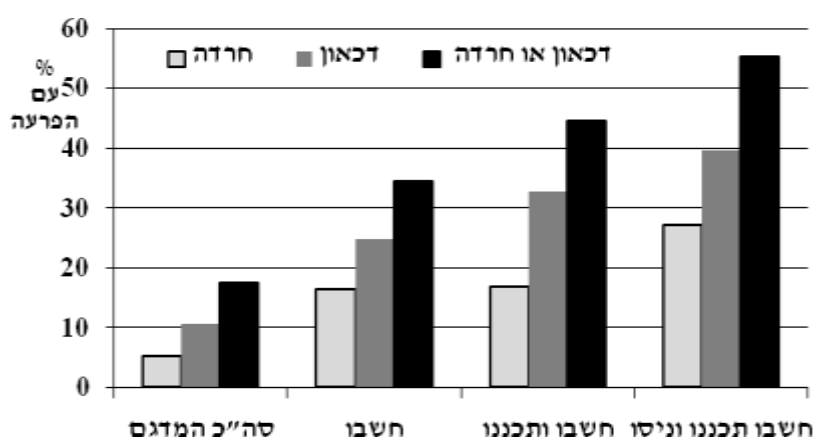
גיל התחלה

בישראל, אצל כרבע מכלל הסובלים מהפרעות ד"ח במהלך החיים, היה גיל ההופעה הראשונה של הפרעה צעיר מגיל 25. אצל כ- 75% מכלל הסובלים מהפרעות אלה במהלך חייהם הופיעה ההפרעה לפני הגיעם לגיל 55 [10] סדר הופעת ההפרעות במהלך החיים היה עקבי ברוב המדינות [15, 11]. הפרעות התנהגות⁹ הן הראשונות להופיע החל מגילאים 7-9. הפרעות חרדה מסוג פוביות וחרדה נטישה¹⁰ מופיעות אחריו, בגילאים 7-14. טווח ההופעה הראשונה של הפרעות מסוג חרדה מוכללת, פניקה, הפרעות דכאון למיניהן ופוסט טראומה רחב הרבה יותר ונע משנות ה-20 הראשונות עד שנות ה-50. [15]

התנהגות אובדנית

"התנהגות אובדנית" מוגדרת כטווח ההתנהגויות שבין מחשבות אובדניות, תכנון התאבדות ועד ניסיונות אובדניים. בדיקת הממצאים התייחסה לכל אחד מהמרכיבים האלה ולקשר ביניהם. בישראל דיווחו כ-5.5% מהבוגרים על מחשבות אובדניות ו 1.4% על ניסיונות אובדניים אי פעם במהלך חייהם [16]. כ-35% מבין החושבים על אובדנות דיווחו גם על תוכניות לביצוע ו 25% מהם דיווחו על ניסיון אובדני [16]. בקרב החושבים על אובדנות, הסיכוי שיהיה ניסיון אובדני אם דווח על תכנון המעשה היה גבוה בהרבה [55%] מאשר בקרב אלה שלא דיווחו על תכנית [8%]. ב-60% מהדיווחים, אירעו המחשבות או הניסיונות האובדניים לפני גיל 35.

גרף מס' 5: הפרעות נפשיות, אי פעם בחיים בקרב החושבים, המתכננים והמנסים להתאבד בישראל¹¹
[הפרעות שהופיעו לפני ניסיונות ההתאבדות]



ההסתברות להופעת מחשבות או ניסיונות אובדניים היתה גבוהה יותר אצל מרואיינים שסבלו מהפרעות נפשיות עוד לפני המחשבות על אובדנות. כך למשל הנוכחות של הפרעת דכאון כלשהיא העלתה פי 8.5, 12.1 ו- 12.2 את הסיכויים למחשבות, לתכנונים ולניסיונות אובדניים בהתאמה, בהשוואה למי שלא סבלו מהפרעה נפשית. [16] כל הפרעות הד"ח העלו את הסיכויים להופעת המרכיב הראשון בהתנהגות האובדנית דהיינו, מחשבות אובדניות. אך ברוב המקרים פרט להפרעות המפורטות בהמשך, נוכחות הפרעת ד"ח לא השפיעה על המעבר ממחשבות אובדניות לתכנונים או לניסיונות אובדניים.

⁹ הפרעות אימפולס, הפרעות קשב, התנהגות, intermittent explosive disorder
¹⁰ לא נבדקה בישראל

¹¹ מותאם מ Levinson D, Haklai Z, Stein N

חרגו מכל אלה, הפרעות בי פולריות ופוסט טראומה. הנוכחות של הפרעות אלה העלתה לא רק את ההסתברות להופעת מחשבות אובדניות אלא גם את ההסתברות למעבר ממחשבות לנסיונות אובדניים [סיכוי גבוה פי 7.3-7.6 בהשוואה לאלו הסובלים מהפרעות אחרות]. ממצא זה הופיע גם בישראל [16] וגם בנינוח הרב לאומי. [17] במדינות מפותחות, דכאון היה המנבא החזק ביותר למחשבות על אובדנות, ואילו פוסט טראומה והפרעות בי פולריות היו המנבאים החזקים ביותר לנסיונות אובדניים בלתי מתוכננים בקרב החושבים להתאבד. [17] ככלל, התנהגות אובדנית נמצאה שכיחה יותר בקבוצות הגיל הצעירות יותר. הסיכוי לדיווח על התנהגות אובדנית בקבוצת הגיל 64-50, 35-49, ו- 21-34 היה גבוה פי 2.1, 4.0 ו- 10.8 בהתאמה, בהשוואה לדיווח בקבוצת הגיל 65 ומעלה [16]. בקבוצת הגיל הצעירה [21-34] דווח לא רק על שכיחות גבוהה יותר של התנהגות אובדנית אלא גם על סיכוי גבוה יותר לנסיונות אובדניים "ספונטניים" [ללא שלב תכנון] שרובם התרחשו במהלך השנה הראשונה לאחר הופעת המחשבות על אובדנות.

בנינוח רב-לאומי נמצא שהמדווחים על פגיעות פיזיות ומיניות בילדות דיווחו פי 3.7-5.7 יותר על נסיונות אובדנות, וככל שמספר סוגי הפגיעות עלה כך עלתה גם הסתברות הניסיון האובדני [18].

הבדלים בין גברים ונשים

טבלה מס' 1: הבדל בין נשים לגברים בסיכוי להפרעה אי פעם בחיים במדינות הסקר¹²

מספר מדינות בבדיקה	אחוז המדינות עם יחס באותו כוון	טווח היחס במדינות השונות	יחס נשים בהשוואה לגברים [סה"כ]	
				הפרעות רגש
15	100%	1.6- 2.4	1.9* (1.8-2.0)	הפרעות דכאון מגור
10	100%	1.3- 3.8	1.9* (1.6-2.2)	דיסטמיה
6	83%	0.6- 1.1	0.9 (0.8-1.0)	הפרעה בי פולרית
15	100%	1.5- 2.5	1.8* (1.7-1.8)	הפרעת רגש כלשהיא
				הפרעות חרדה
12	100%	1.2- 3.4	1.9* (1.7-2.2)	פניקה
15	87%	0.7- 2.7	1.7* (1.5-1.9)	חרדה מוכללת
8	100%	1.4- 4.6	2.0* (1.7-2.3)	אגורפוביה
13	100%	1.1- 2.0	1.3* (1.2-1.4)	חרדה חברתית
12	100%	1.3- 3.1	2.0* (1.9-2.2)	חרדה ספציפית
14	100%	1.3- 6.4	2.6* (2.2-2.9)	פוסט טראומה
15	100%	1.2- 3.2	1.7* (1.6-1.8)	הפרעת חרדה כלשהיא
14	100%	0.1- 0.4	0.3* (0.2-0.3)	הפרעת שימוש בחומרים כלשהיא

¹² מותאם מ- Seedat, S., Scott, K.M., Angermeyer, M.C., et. al. 2009

השיעור הגבוה יותר של הפרעות ד"ח אי פעם בחיים, בקרב נשים בהשוואה לגברים מופיע בכל המדינות. היוצא מהכלל היחיד הוא הפרעה בי פולרית המופיעה בשכיחות דומה בקרב נשים וגברים. בהפרעות של שימוש בחומרים או הפרעות התנהגות תמונת השכיחות הפוכה. בכל המדינות נמצא שיעור גבוה יותר של הפרעות אלה בקרב גברים בהשוואה לנשים. [19]

ההבדלים בשכיחות הפרעות נפשיות בין נשים וגברים נבדקו בניתוח רב לאומי באמצעות מודל מורכב שמדד עבור כל אחת מ 4 קבוצות הגיל בכל מדינה, את היחס בין שכיחות הפרעות אי פעם בחיים בקרב נשים ובקרב גברים, ואת מדד "המסורתיות/מודרניות" [19]. מטרת הניתוח היתה לבדוק את הקשר בין שינויים באורח החיים ממסורתי למודרני לבין היחס בשכיחות ההפרעות בין נשים לגברים בתוך כל מדינה [הבדלים בין דורות] ובין מדינות.

מדד המודרניות הוגדר על פי היחס בין נשים לגברים בכוח העבודה עד גיל 35, היחס בין אחוז הנשים לאחוז הגברים שהגיעו לחציון מספר שנות הלימוד במדינה, היחס בין חציון גיל הנישואין של נשים לעומת זה של גברים ואחוז הנשים שהשתמשו באמצעי מניעה¹³. התוצאות הראו עקביות רבה בין מדינות. השכיחות אי פעם בחיים בכל אבחנות החרדה וברוב אבחנות הדכאון היתה גבוהה יותר במובהק בקרב נשים בהשוואה לגברים. השכיחות אי פעם בחיים של הפרעות שימוש בחומרים והפרעות אימפולס היתה גבוהה יותר בקרב גברים.

בכל המדינות האבחנה היחידה שלגביה לא נמצאו הבדלים בין גברים ונשים היתה אבחנה של הפרעה בי-פולרית. בדיקת ההבדלים הבין דוריים בתוך כל מדינה העלתה שלש אבחנות שבהן הפער בין גברים ונשים הצטמצם בקבוצות הגיל הצעירות יותר: בדכאון מסוג מגיור, השכיחות היחסית בקרב נשים ירדה והתקרבה לזו של הגברים, בהפרעות שימוש והתמכרות לאלכוהול וסמים ובהפרעות התנהגות, השכיחות היחסית הגבוהה בקרב גברים ירדה והתקרבה לזו של הנשים. בכל שאר האבחנות לא נמצאו הבדלים בין הדורות. בדיקת ההבדלים בין מדינות העלתה שלמרות הבדלים גדולים במדד המודרניות, היתה אחידות גדולה מאוד בדפוסי ההבדלים בין גברים ונשים באבחנות השונות.

גם בישראל נמצא ששכיחות הפרעות ד"ח בקרב נשים גבוהה מזו שבקרב גברים הן כאשר ההבדלים נבדקים בשכיחות הפרעות אי פעם בחיים והן כאשר ההבדלים נבדקים בשכיחות ב-12 החודשים האחרונים. אלא שנמצא כי סטטיסטית ניתן היה לנטרל את ההבדל ביו המינים לאחר הכנסה למודל הרב משתני משתנים כגון גיל, הכנסה, השכלה, תעסוקה, מחלות ממושכות, קורבנות לאלימות ומצוקה נפשית [20].

קבוצות האוכלוסייה בישראל

כזכור, המדגם בישראל היה מדגם מיצג של כלל האוכלוסייה הבוגרת מגיל 21 ומעלה ושל שלש תת הקבוצות העיקריות: ערבים, עולי ברה"מ לשעבר [מ-1989 ואילך] ויהודים ואחרים¹⁴. הראיונות נערכו בעברית ערבית או רוסית על פי נוחות המרואייין. באופן כללי, שכיחות ההפרעות הנפשיות של ד"ח היתה דומה בכל שלש תת הקבוצות למרות שנמצאו הבדלים גדולים ביניהן במדד של מצוקה נפשית. הקבוצה אשר סבלה ממצוקה נפשית חמורה ביותר היתה קבוצת העולים ואחריה קבוצת הערבים [21-23]. הקשרים בין גורמי מצוקה כגון: רמת שכר נמוכה שאינה הולמת אקדמאים ובין הסיכוי להפרעה נפשית נבדק בישראל [24] ונמצא שהסיכון להופעת

¹³ בישראל הסקר לא כלל שאלות בנושאים אלה

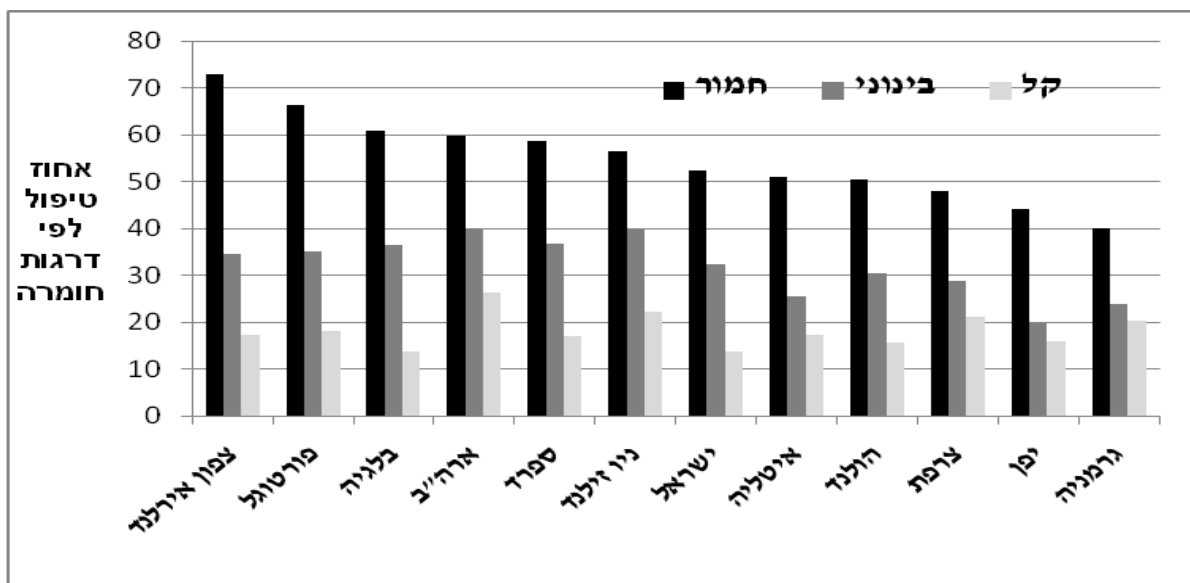
¹⁴ כל מי שלא השתייך לקבוצת הערבים או העולים מברה"מ לשעבר

הפרעות ד"ח היה גבוה ב-75% יותר בקרב אקדמאים המשתכרים עד 3,000 ש"ח בחודש, בהשוואה לסיכון הממוצע בקרב כל השאר.

המדגם המיצג של כלל אוכלוסיית הבוגרים בישראל אפשר בדיקה של הסיכוי להפרעות ד"ח בקרב ניצולי שואה [25] ובקרב צאצאיהם [26]. קבוצת ניצולי השואה סבלה יותר מהפרעות חרדה, הפרעות שינה ומצוקה נפשית גם כאשר השכלה, גיל ומידת דתיות נוטרלו סטטיסטית. לא נמצאו הבדלים בשיעור הדכאון בין ניצולי השואה לקבוצת הבקורת. [25] ולא נמצאו הבדלים בין צאצאיהם של ניצולי שואה בהשוואה לקבוצת ביקורת ברמת המצוקה הנפשית או בשיעורי הפרעות הד"ח. [26]

פניה לטיפול בבעיות והפרעות פסיכיאטריות

כ-20% מכלל הבוגרים בישראל דיווחו כי פנו לפחות פעם אחת במהלך חייהם להתייעצות בגלל מצבם הנפשי. [27] במהלך שנה אחת פונים להתייעצות ¹⁵ כ-10% מכלל הבוגרים: 4.6% פונים לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש ¹⁶. 4.4% פונים לרופאי משפחה או רופאים אחרים ו-1.3% פונים לאנשי דת או רפואה אלטרנטיבית. מבין הפונים לאנשי מקצוע בבריאות הנפש, כמחצית פנו למסגרות טיפול ציבוריות [מרפאות בריאות נפש, מרפאות בבתי חולים וכו'] והמחצית האחרת פנתה לטיפול פרטי [שיתכן ואצל חלק מהפונים היה מסובסד באמצעות קופה]. [27] גרף מס' 6: אחוז פניה לטיפול בבעיות נפשיות בשנה: אחוז פניה לטיפול כלשהוא, ואחוז פניה לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש ¹⁷



¹⁵ כולל מעקב תרופתי בלבד

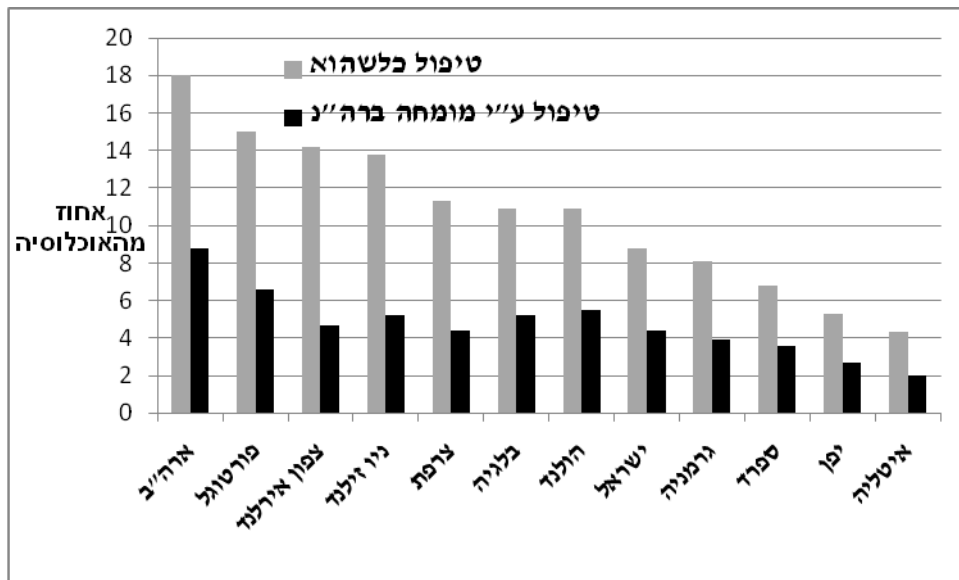
¹⁶ ההגדרה הירארכית: המוגדרים כפונים לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש פנו בחלקם גם לרופאי משפחה או לגורמי דת או רפואה אלטרנטיבית, המוגדרים כפונים לרופאי משפחה פנו בחלקם גם לאנשי דת, אך המוגדרים כפונים לרפואי משפחה לא פנו לאנשי מקצוע התחום בריאות הנפש

¹⁷ Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi 2011, מותאם מ

אחוז הפניה לטיפול בשנה אחת, בישראל נמצא בטווח הערכים של המדינות העשירות שבסקר. [4.3% - 18%]. כאשר מתייחסים רק למי שפנו לשיחה/התייעצות [ולא למטופלי מעקב תרופתי בלבד] נמצא שבניגוד לשאר המדינות שבהן רוב הפונים לטיפול בבעיות בריאות נפש פנו לרופאים כלליים, בישראל רוב הפונים פנו לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש. [28]

כ- 8% מכלל הבוגרים נטלו תרופות פסיכותרופיות תחת השגחת רופא ב 12 החודשים שלפני הסקר. ברוב המקרים של נטילת תרופות דווח גם על פניה לאיש מקצוע לצורך התייעצות בנוגע למצב הנפשי. [27] שיעורי הפניה לטיפול ושיעורי השימוש בתרופות פסיכותרופיות היו קשורים למידת החומרה של ההפרעה, אך בסה"כ שיעורי השימוש בתרופות היו נמוכים יחסית [27,29]. בקרב הסובלים מהפרעות ד"ח שסווגו כמקרים "חמורים" היה שיעור הפניות לטיפול 49% ושיעור השימוש בתרופות 31%. במקרים ה"חמורים פחות" היו השיעורים, 34% ו- 22% בהתאמה, ובמקרים ה"קלים" היו השיעורים 15% ו 13% בהתאמה. בכל המדינות נמצא קשר בין חומרת המקרה לבין אחוז הפניה לטיפול, אך בכולן גם במדינות העשירות, לא עלה אחוז הפניה לטיפול בקרב המקרים החמורים על 60% [28] אחוז הפניה לטיפול בישראל, בקרב משיבים ללא כל הפרעת ד"ח ידועה היה 6%. אחוז זה נמצא בטווח המדינות העשירות בסקר: 2.2% באיטליה עד 9.7% בארה"ב. [28]

גרף מס' 7: אחוז שקיבלו טיפול כלשהוא בשנה אחת לפי דרגות חומרה¹⁸



טיפול סביר

בניתוח המשווה את טיב הטיפול במדינות השונות [28], הוגדר "טיפול סביר" [*minimally adequate treatment*] כ- 8 ביקורים לפחות אצל איש מקצוע בבריאות הנפש, או כ-4 ביקורים אצל איש מקצוע בבריאות הנפש אך בתוספת של טיפול תרופתי ע"י רופא כלשהוא. במדינות העשירות נמצא כי אחוז מקבלי הטיפול הסביר מבין מקבלי הטיפול שהוגדרו במצב "חמור", נע בין 35% בישראל ל - 67% בגרמניה ובהולנד. כלומר, בישראל מדד זה היה נמוך בהשוואה למדינות האחרות. ברוב המדינות אחוז מקבלי הטיפול הסביר לא היה קשור לחומרת ההפרעה של המטופל [28].

¹⁸ Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi 2011

הימנעות מטיפול ודחיית הפניה לטיפול

אחוז הסובלים מהפרעות ד"ח בישראל אשר פנו לטיפול בשנה הראשונה להופעת ההפרעה היה 32%-36%. חציון משך הזמן שחלף עד לפניה לטיפול, בקרב אלה שפנו בסופו של דבר לטיפול היה 3 שנים במקרים של הפרעות חרדה ו-6 שנים במקרים של הפרעות דכאון. [27] בהשוואה הבינלאומית [30] נמצא שבישראל, אחוז הפונים לטיפול בגלל הפרעות חרדה היה הגבוה ביותר בהשוואה לשאר מדינות אירופה [14% - 28%] וחציון משך הזמן עד לפניה לטיפול היה הקצר ביותר מבין שאר מדינות אירופה [10-28 שנים]. לעומת זאת, במקרה של הפרעות דכאון- אחוז הפונים לטיפול בישראל היה נמוך מרוב מדינות אירופה [29% - 52%] וחציון משך זמן הפניה לטיפול היה ארוך יותר מרובן [1-3 שנים].

ברוב מדינות הסקר כולל ישראל [24], הסיכוי לפניה לטיפול הן בהפרעות חרדה והן בהפרעות דכאון, היה נמוך יותר אצל המשתייכים לקבוצות הגיל המבוגרות יותר וגבוה יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים [28].

בישראל נבדקה השאלה אם ניתן להסביר את ההבדלים בין נשים לגברים בפניה לטיפול ע"י ההבדלים ביניהם בשיעורי ההפרעות הנפשיות, רמות המצוקה ומשתנים נוספים כמו גיל, הכנסה, השכלה, תעסוקה, מחלות ממושכות, קורבנות לאלימות ומצוקה נפשית [20]. נמצא שגם לאחר התחשבות בכל משתני הרקע שלעיל לא ניתן היה להסביר את ההבדלים הקיימים בין המינים בשכיחות הפניה לטיפול. נמצא כי הסיכוי של נשים לפנות לטיפול נפשי היה גבוה ב 30% לעומת גברים, בכל תת קבוצות האוכלוסיה [ערבים, עולי ברה"מ לשעבר] ללא כל קשר להבדלים בהפרעות הד"ח אצלן. [20]

קשרים בין בריאות גופנית ונפשית

שיעור המדווחים בישראל על תחלואה גופנית ממושכת כלשהיא ¹⁹ בקרב הסובלים מהפרעות ד"ח היה 66%, בהשוואה ל-46% בקרב אלה שלא סבלו מהפרעות ד"ח. [31] אצל הסובלים מהפרעות ד"ח היתה שכיחות גבוהה יותר במובהק של כאבים [56% לעומת 31%], מחלות נשימה [15% לעומת 10%] ו מחלות/בעיות בכליות [4.6% לעומת 2.3%].

בניתוח רב משתני אשר כלל גיל, מין, השכלה, קבוצת אוכלוסיה [ערבים, עולי ברה"מ וכל השאר], BMI ועישון, נמצא שבקרב משיבים שסבלו מהפרעות ד"ח היו סיכויים גבוהים יותר [פי 2.5] לדווח על כאבים, הפרעות נשימה, מחלות לב וסוכרת. הסיכוי לתחלואה ממושכת כלשהיא אצלם היה גבוה פי 2.7 בהשוואה לאלה שלא סבלו מהפרעות ד"ח. ובכוון ההפוך, השכיחות של הפרעות ד"ח בקרב בוגרים שדיווחו על תחלואה גופנית כלשהיא [לרבות כאבים] היתה 13.5% בהשוואה ל 6.3% אצל אלה שלא דיווחו על תחלואה גופנית [31].

ניתוח רב משתני לניבוי הפרעות ד"ח אשר כלל את כל משתני הרקע החברתי שנזכרו לעיל הראה שלכל אחד ממצבי המחלה הבאים: מחלות לב, סוכרת, מחלות נשימה, סרטן, מחלת כליות וכאבים ממושכים היתה תרומה שולית מובהקת לניבוי הפרעות ד"ח. [31]

נוכחות הפרעות ד"ח אצל בני 21-64 העלה גם את הסיכוי להשתייך לקבוצת המרבים בביקורי רופא [שני ביקורים ומעלה במהלך שבועיים בהשוואה ל-0-1 ביקורים]. לאחר ניטרול משתני רקע, תחלואה גופנית, כאבים

¹⁹ מחלות לב (התקף לב, שבץ או מחלת לב, לחץ דם גבוה), מחלות נשימה (אסטמה, COPD, אמפיזימה שחפת, או מחלת ריאות אחרת), סוכרת, מחלת כליות, סרטן, מחלות מאורולוגיות, מחלה בבלוטת התריס, כאבים ממושכים (כאבי פרקים, כאבי צוואר-גב, כאבי ראש או כאבים כרוניים אחרים).

והערכה עצמית של בריאות – היה הסיכוי להשתייך לקבוצת מרובי הביקורים בקרב הסובלים מהפרעות ד"ח גבוה ב-60% [31].

בניתוח רב-לאומי של נתוני 17 מדינות, ניתן היה להפריד ולבדוק את עוצמת הקשרים בין מצבים גופניים ובין (1) הפרעות דכאון ללא הפרעות חרדה, (2) הפרעות חרדה ללא הפרעות דכאון ובין (3) הפרעות דכאון המשולבות עם הפרעות חרדה. [32]

נמצא שהקשרים בין מחלת לב, סוכרת, אסטמה, לחץ דם אולקוס וכאבים ממושכים (גב, ראש) ובין הפרעות דכאון ללא חרדה היו דומים בעוצמתם לאלה עם הפרעות חרדה ללא דכאון ולאלה עם הפרעות דכאון וחרדה. הקשר בין הצירוף של הפרעת דכאון וחרדה ובין המצבים של מחלת לב, כאבים ואולקוס היה חזק יותר מאשר הקשרים בין מצבים אלה והפרעות דכאון או חרדה לחוד. [32]

הקשרים בין תחלואה גופנית ובין הפרעות ד"ח נבדקו במספר עיבודים רב לאומיים. בניטרול השפעות גיל ומין, נמצאה עליה בסיכוי להפרעות ד"ח בנוכחות אסתמה [33] [פי 1.9], מחלות לב [פי 2.2] [34], כאבי צוואר-גב [פי 2.2] [35], כאבי פרקים [פי 1.9] [36] ו-BMI גבוה מ-30. הקשר עם BMI היה קשר חלש ונמצא רק אצל נשים. [37].

כאבים

הקשרים החזקים בין הפרעות ד"ח וכאבים העלו שאלות נוספות שנבדקו במדגמים רב לאומיים. למשל, האם יש הבדל בין שכיחות הפרעות ד"ח אצל מי שדווחו על סוג אחד של כאב [כאב ראש בלבד, כאבי גב-צוואר בלבד וכו'] בהשוואה למי שדווחו על מספר סוגים של כאבים [38] ?

נמצא במדגם של 17 מדינות שהסיכויים להפרעות ד"ח אצל מי שדווחו על סוג כאב אחד היו גבוהים ב-90% ואצל מי שדווחו על מספר סוגים של כאב היו גבוהים פי 3.7 בהשוואה לסיכויים של מי שלא דווח על כאב כלשהוא.

ושאלה נוספת: מה הקשר בין כאבים ספציפיים לבין הפרעות נפשיות כאשר מנטרלים את הנוכחות של תחלואה גופנית אחרת, כולל כאבים מסוגים אחרים [39]? נמצא במדינות מפותחות ומתפתחות, שהנוכחות של כל סוג כאב בנפרד העלתה באופן מובהק את שכיחות הפרעות הד"ח פי 2. השכיחות של כאב כלשהוא [כשהיא מחושבת בהתאמה לגיל, מין ומספר מחלות גופניות] היתה גבוהה יותר בקרב נשים [45%] מאשר בקרב גברים [31%] אך בשני המינים, השכיחות של כאב כלשהוא היתה גבוהה בהרבה משכיחות הפרעות הד"ח שלו בכאב [8% ו- 3.6% אצל נשים וגברים]. כלומר, כאב הוא מצב מחלה בלתי תלוי בהפרעות ד"ח ואיננו ביטוי גופני להפרעה נפשית נסתרת.

תחלואה גופנית ונפשית בגיל המבוגר

הקשר ההדוק בין מצבים ומחלות גופניות ובין הפרעות ד"ח סותר לכאורה את העובדה שדווקא בגיל המבוגר שבו שכיחות התחלואה הגופנית גבוהה ביותר, שכיחות ההפרעות הנפשיות היא הנמוכה ביותר.

בניתוח רב לאומי של 18 מדינות [40] נבדק הקשר בין הגיל ובין שכיחות הפרעות ד"ח שלו בתחלואה גופנית ושכיחות הפרעות ד"ח שלא לוו בתחלואה גופנית. נמצא שבכל קבוצות הגיל, חלקם היחסי של הסובלים מהפרעות ד"ח אשר מלוות בתחלואה גופנית היה גבוה יותר מחלקם של הסובלים מהפרעות ד"ח ללא תחלואה גופנית. אחוז זה עולה מ-57% בגילאים 18-34 ל-95% בגילאי 80 ומעלה. כמו כן נמצא שהסיכוי להפרעות ד"ח

עם או בלי תחלואה גופנית יורד בין הגילים 50 עד 80 ומעלה. כלומר, בגיל המבוגר, יש ירידה ברורה בהפרעות ד"ח, למרות שכיחות גבוהה של תחלואה גופנית או כאבים. ולסיכום, ממצאי העיבודים על הקשר בין תחלואה גופנית והפרעות ד"ח מצביעים על כך שברוב המקרים הפרעות דכאון או חרדה באוכלוסייה הכללית מלוות בתחלואה הגופנית. הפרעות דכאון או חרדה שאינן מלוות בתחלואה גופנית הן היוצא מהכלל.

מוגבלות עקב הפרעות דכאון או חרדה

המוגבלות בחיי יום הנובעת [על פי דיווח עצמי] מהפרעות נפשיות נבדקה בהשוואה למוגבלות הנובעת מתחלואה גופנית. מרואיינים התבקשו להעריך את מידת המוגבלות שחוו בחודש בו המחלה הספציפית או המצב הנפשי המסוים היו החמורים ביותר בארבעה תחומי חיים: פעילות בבית, עבודה, חיים חברתיים ויחסים עם קרובים.

נמצא [41] במדינות עשירות ועניות²⁰ כי הפרעות נפשיות גורמות למוגבלות חמורה מזו הנגרמת עקב בעיות גופניות הן מבחינת מספר המשיבים שהגדירו את רמת המוגבלות שנכפתה עליהם כ"חמורה" והן מבחינת ממוצעי מידת החומרה. היוצא מהכלל בין הבעיות הגופניות היו הכאבים הממושכים אשר הובילו למוגבלות דומה ברמתה לזו של הפרעות נפשיות.

מידת ההפרעה לחיי היום יום בגלל הפרעות נפשיות היתה חמורה יותר בתחומי התפקוד של יחסים עם קרובים ויחסים חברתיים. בתחומי עבודה ובעבודות בית היתה המוגבלות שנבעה מההפרעות הנפשיות דומה לזו שנבעה מבעיות ומצבים גופניים.

נשאלת השאלה, אם הפרעות נפשיות מגבילות יותר מאשר בעיות גופניות מהי ההשפעה של הפרעות ד"ח המלוות גם בבעיות גופניות על רמת המוגבלות?

האם תוספת המוגבלות בגלל הבעיות הגופניות היא תוספת אדיטיבית כלומר, המוגבלות של הצירוף זהה למוגבלות הנגרמת בשל סכום המרכיבים הנפרדים. או שקימת אינטראקציה: כלומר המוגבלות של הצירוף גבוהה או נמוכה יותר מסך כל המרכיבים.

השאלה נבדקה בניתוח רב לאומי של 17 מדינות והתייחסה לקשר שבין הפרעות ד"ח לבין ששה מצבים גופניים: דלקת פרקים, מחלת לב, מחלות ריאה, כאבי צוואר-גב, כאבי ראש וסוכרת. [42] עבור כל אחת מהמדינות השוותה רמת המוגבלות בין ארבע קבוצות: (1) משיבים עם הפרעות ד"ח ללא הבעיה הגופנית, (2) משיבים עם הבעיה הגופנית ללא הפרעות ד"ח (3) משיבים עם הפרעות ד"ח ועם הבעיה הגופנית ו (4) משיבים ללא הפרעות ד"ח או הבעיה הגופנית. ההשוואות נערכו בנפרד עבור כל אחת מ-6 מהבעיות הגופניות שצוינו לעיל.

נמצא שעבור כל אחת מ-6 הבעיות הגופניות שנבדקו, רמת המוגבלות אצל אלה שסבלו מהפרעות ד"ח בלבד היתה גבוהה יותר מאשר אצל אלה שסבלו רק מהבעיות הגופניות. וכך שרמת המוגבלות אצל משיבים שסבלו מהבעיה הגופנית ומהפרעות ד"ח היתה גבוהה יותר במובהק מאשר אצל משיבים שסבלו מהפרעות ד"ח בלבד או מהבעיה הגופנית בלבד.

²⁰ מסיבות טכניות המאמר הרב לאומי אינו כולל את ישראל אך נתוני ישראל זהים לנתוני המדינות העשירות

סטיגמה

ההבדלים ברמת ה"סטיגמה" המורגשת בקרב הסובלים מהפרעות דכאון או חרדה בהשוואה לזו המורגשת בקרב הסובלים ממחלות גופניות נבדקו בניתוח רב לאומי בקרב משיבים שדיווחו על קשיים בתפקוד בחודש שלפני הסקר בלפחות אחד מתחומי התפקוד: טיפול בעצמי, ניידות תפקוד קוגניטיבי או תפקוד חברתי. [43]

הרגשת "סטיגמה" הוגדרה כדיווח על תחושה של "מבוכה, בושה או חוסר נוחות בגלל בעיות הבריאות שלך" לפחות "במידה מעטה"²¹, וגם דיווח על הרגשה של "אפליה או יחס לא הוגן בגלל בעיות הבריאות שלך" לפחות במידה מעטה [בשלושים הימים האחרונים].

בישראל, אחוז המרגישים סטיגמה בקרב משיבים ללא הפרעות ד"ח או תחלואה גופנית ידועה היה 17% [בהשוואה ל 9% ו 19% בארצות מפותחות ומתפתחות בהתאמה], בקרב משיבים עם תחלואה גופנית אחוז המרגישים סטיגמה היה 23% [בהשוואה ל-13% ו-28% בארצות מפותחות ומתפתחות בהתאמה] ובקרב משיבים עם הפרעות ד"ח אחוז המרגישים סטיגמה היה 31% [בהשוואה ל 20% – ו 31% בארצות מפותחות ומתפתחות בהתאמה]

בכל המדינות, היתה הסטיגמה שהרגישו משיבים עם הפרעות ד"ח גבוהה מזו שהרגישו משיבים עם תחלואה גופנית ללא ד"ח. רמת הסטיגמה בישראל היתה קרובה לזו של הארצות המתפתחות וגבוהה מזו של הארצות המפותחות.

סיכום

ממצאי סקר בריאות הנפש העולמי שחלק מהם תואר כאן מצביעים על דמיון רב באפידמיולוגיה של הפרעות נפשיות בין המדינות השונות. מדינת ישראל, למרות הנסיבות שלה ולמרות ההרכב היחודי של האוכלוסיה שבה, אינה שונה ממדינות מפותחות אחרות בשיעור ההפרעות של דכאון וחרדה.

גם שיעורי הפניה לטיפול בקרב מי שזקוקים לו נמוכים מאוד בהשוואה לשיעורי הפניה לטיפול בקרב הסובלים מתחלואה גופנית אחרת אך גם כאן, ההבדל בשיעורים מאפיין גם מדינות מערביות אחרות ואינו מיוחד לישראל. הדמיון הרב מאפשר ללמוד מניסיוןן של מדינות אחרות כיצד לשפר את שירותי בריאות הנפש בישראל.

²¹ אפשרויות התשובה היו: בכלל לא, במידה מעטה, במידה בינונית, במידה רבה, במידה רבה מאוד

1. Levav I., Kohn R., Dorenwend BP, Shrout RE, Skodol AE, Schwartz S, Wenk EG, Naveh G. An epidemiological study of mental disorders in the ten-year cohort of young adults in Israel. *Psychol Med* 1993;23:691–707.
2. Spitzer, R. L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient edition (SCID-P), Version 1.0*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
3. Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. L., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381–389.
4. Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J. D., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N., & Towle, L. H. (1988.) The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069–1077.
5. Kessler RC, Ustun TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93–121
6. Levinson D, Paltiel A, Nir M, et al: The Israel-World Mental Health Survey: Issues And Methods *Isr J Psychiatry Relat Sci* 44:85-93, 2007
7. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO, 1993.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
9. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15(4):167–80.

10. Levinson D, Zilber N, Lerner Y, Grinshpoon A, Levav I. Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: results from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2007;44 (2):94-103
11. Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Tsang, C.H.A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B-E., Berglund, P.A., Gruber, M., Petukhova, M., Chatterji, S., Ustun, T.B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *World Psychiatry*: 6; 168-176.
12. Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H.R., Hum C.Y., Karam, E.G., Kovess, V., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J.E., Kessler, R.C. (in press). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In: *Oxford Textbook of Community Mental Health*, G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & B. Drake, Eds. Oxford University Press.
13. Neumark YD, Lopez-Quintero C, Grinshpoon A, Levinson D. Alcohol drinking patterns and prevalence of alcohol-abuse and dependence in the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2007;44(2):126-35.
14. Degenhardt L, Dierker L, Chiu WT, Medina-Mora ME, Neumark Y, Sampson N, Alonso J, Angermeyer M, Anthony JC, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Karam AN, Kostyuchenko S, Lee S, Lépine JP, Levinson D, Nakamura Y, Posada-Villa J, Stein D, Wells JE, Kessler RC. Evaluating the drug use "gateway" theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Apr 1;108(1-2):84-97.
15. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry.* 2007 Jul;20(4):359-64.

16. Levinson D, Haklai Z, Stein N, Polakiewicz J, Levav I. Suicide ideation, planning and attempts: results from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2007;44(2):136-43.
17. Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M.C., Williams, D.R. (in press). Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine.*
18. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, Karam EG, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Horiguchi I, Hu C, Kovess V, Levinson D, Posada-Villa J, Sagar R, Scott K, Tsang A, Vassilev SM, Williams DR, Nock MK. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour *Br J Psychiatry.* 2010 Jul;197(1):20-7.
19. Seedat, S., Scott, K.M., Angermeyer, M.C., Berglund, P., Bromet, E.J., Brugha, T.S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J.M., Jin, R., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B.E., Posada-Villa, J., Sampson, N.A., Williams, D., Kessler, R.C. (2009). Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785-95
20. Levinson, D., Ifrah, A. (2009). The robustness of the gender effect on help seeking for mental health needs in three subcultures in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010 Mar 45(3) 337-44.
21. Levav I, Al-Krenawi A, Ifrah A, Geraisy N, Grinshpoon A, Khwaled R, Levinson D. Common mental disorders among Arab-Israelis: findings from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2007;44(2):104-13.
22. Mirsky, J, Kohn, R ,Levav, I, Grinshpoon, A, Ponizovsky, AM Psychological distress and common mental disorders among immigrants: Results from the Israel-based component of the World Mental Health Survey (2008) *J Clin Psychiatry* 69:11, 1715-1720

23. Ponizovsky, A.M., Radomislensky, I., Grinshpoon, A. (2009). Psychological distress and its demographic associations in an immigrant population: findings from the Israeli National Health Survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [Epub ahead of print].
24. Gal, G, Kaplan, G, Gross, R, Levav, I. Status Inconsistency and Common Mental Disorders in the Israel-based World Mental Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008 Dec;43(12):999-1003
25. Asaf, S., Levav, I., Jenny, B., Shemesh, A.A., Kohn, R. A community study of psychiatric disorders and other health dimensions among Holocaust survivors six decades later. *Br J Psychiatry* (2009) 195, 331–335.
26. Levav I, Levinson D, Radomislensky I, Shemesh AA, Kohn R. Psychopathology and other health dimensions among the offspring of Holocaust survivors: results from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2007;44(2):144-51.
27. Levinson D, Lerner Y, Zilber N, Grinshpoon A, Levav I. Twelve-month service utilization rates for mental health reasons: data from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2007;44(2):114-25.
28. Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, E., Alonso, J., Angermeyer, M.A., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S., Wells, J.E. (2007). Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *The Lancet*: 370(9590): 841-850.
29. Grinshpoon A, Marom E, Weizman A, Ponizovsky AM. Psychotropic Drug Use in Israel: Results From the National Health Survey. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(5):356-363.
30. Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y-Q., Kessler, R.C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Browne, M.A., Ormel, J., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B-E., Chatterji, S., Ustun, T.B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative. *World Psychiatry*: 6; 177-185

31. Levinson, D, Karger, CJ, Haklai, Z (2008). Chronic physical conditions and use of health services among persons with mental disorders – results from the Israel National Health Survey. *General Hospital Psychiatry*, 30, 226-232.
32. Scott, K.M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., Kessler, R.C., Levinson, D., Mneimneh, Z.N., Oakley, Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Takeshima, T., Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*. 103: 113-120.
33. Scott, K.M., Von Korff, M., Ormel, J., Zhang, M.Y., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kessler, R.C., Tachimori, H., Karam, E., Levinson, D., Bromet, E.J., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Angermeyer, M.C., Borges, G., de Girolamo, G., Herman, A., Haro, J.M. (2007). Mental disorders among adults with asthma: Results from the World Mental Health Survey. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 123-133.
34. Ormel, J., Von Korff, M., Burger, H., Scott, K., Demyttenaere, K., Huang, Y.Q., Posada-Villa, J., Pierre Lepine, J., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Kawakami, N., Karam, E., Medina-Mora, M.E., Gureje, O., Williams, D., Haro, J.M., Bromet, E.J., Alonso, J., Kessler, R. (2007). Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. *General Hospital Psychiatry*, 29(4), 325-334.
35. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Nakane, H., Mneimneh, Z., Lara, C., de Graaf, R., Scott, K.M., Gureje, O., Stein, D.J., Haro, J.M., Bromet, E.J., Kessler, R.C., Alonso, J., Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129(3), 332-342. PubMed Abstract
36. He, Y., M. Zhang, E. H. B. Lin, R. Bruffaerts, J. Posada-Villa, M. C. Angermeyer, D. Levinson, G. de Girolamo, H. Uda, Z. Mneimneh, C. Benjet¹, R. de Graaf¹, K. M. Scott¹, O. Gureje, S. Seedat¹⁴, J. M. Haro¹, E. J. Bromet¹, J. Alonso⁷, M. von Korff and R. Kessler. (2008) Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 38, 1–12. PubMed Abstract
37. Scott, K.M., Bruffaerts, R., Simon, G.E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Oakley Browne, M.A., Ormel, J., Villa, J.P., Uda, H., Von Korff, M.

- (2008). Obesity and mental disorders in the general population: Results from the World Mental Health Surveys. *International Journal of Obesity*, 32(1), 192-200. PubMed Abstract
38. Gureje, O., Von Korff, M., Kola, I., Demyttenaere, K., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J.-P., Angermeyer, M., Levinson, D., de Girolamo, G., Iwata, N., Karam, A., Borges, G., de Graaf, R., Oakley Browne, M., Stein, D., Bromet, E., Kessler, R.C., Alonso, J. (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 135, 82-91.
39. Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M.C., Borges, G.L.G., Bromet, E.J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Lepine, J.-P., Haro, J.M., Levinson, D., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Seedat, S., Watanabe, M. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: Gender and age differences, and comorbidity with depression-anxiety disorders. *Journal of Pain*, 9(10), 883-891.
40. Scott KM; Von Korff M; Alonso J; Angermeyer MC; Bromet E; Bruffaerts R; de Girolamo G; de Graaf R; Fernandez A; Gureje O; He Y; Kessler RC; Kovess V; Levinson D; Medina-Mora ME; Mneimneh Z; Oakley Browne MA; Posada-Villa J; Tachimori H; Williams D. Age patterns in the prevalence of depressive/anxiety disorders with and without physical comorbidity (2008). *Psychological Medicine* 38, 1659–1669.
41. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet EJ, Burger H, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Hwang I, Karam E, Kawakami N, Lépine JP, Medina-Mora ME, Posada-Villa J, Sampson N, Scott K, Ustün TB, Von Korff M, Williams DR, Zhang M, Kessler RC. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*. 2008 May;192(5):368-75.
42. Scott, K.M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bromet, E., Fayyad, J., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y. Kessler, R.C., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Oakley, Browne, M. Ormel, J., Posada-Villa, J., Watanabe, M., Williams, D. (2009). Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39(1), 33-43.
43. Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J.P., Angermeyer, M., Levinson, D., de Girolamo, G., Tachimori, H., Mneimneh, Z., Medina Mora, M.E., Ormel, J., Scott, K.M., Gureje, O., Haro, J.M., Gluzman, S., Lee, S., Vilagut, G., Kessler, R.C., Von Korff, M. (in press). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.