

**משרד הבריאות
האגף לבריאות הנפש
המחלקה למחקר ותכנון**

**הפרעות דכאון וחרדה בישראל:
ממצאים עיקריים מסקר בריאות הנפש בעולם**

The World Mental Health Survey Initiative

מרץ 2012

**משרד הבריאות
האגף לבריאות הנפש
המחלקה למחקר ותכנון**

**הפרעות דכאון וחרדה בישראל:
ממצאים עיקריים מסקר בריאות הנפש בעולם**

The World Mental Health Survey Initiative

מרץ 2012

אפידמיולוגיה של הפרעות דכאון וחרדה בישראל

- 8 שכיחות הפרעות דכאון וחרדה בישראל בשנה אחת ואי פעם בחיים: אחוז מהאוכלוסייה
- 9 שכיחות הפרעות דכאון וחרדה בשנה בכלל המדינות לפי רמת ההכנסה של המדינה: גבוהה בינונית ונמוכה
- 10 חומרת מקרים: התפלגות מצבי החומרה לפי אבחנה (ישראל): אחוזים
- 11 חומרת מקרים: התפלגות דרגות חומרה של מצבי דכאון וחרדה בכלל המדינות לפי רמת הכנסה: אחוזים
- 12 הבדלים בין -דוריים: שכיחות הפרעות דכאון בשנה במדינות מפותחות, לפי קבוצות גיל: אחוזים
- 13 הבדלים בין -דוריים: ההסתברות להופעת הפרעות דכאון או חרדה אי פעם בחיים בקרב בני 18-34 בהשוואה לבני 65+ במדינות בסקר: יחס צולב גיל הופעה ראשונה של הפרעת דכאון או חרדה (ישראל): התפלגות מצטברת
- 14 הקשר בין ארועים שליליים בילדות והסיכוי להפרעות דכאון בבגרות (ישראל): יחס צולב ורווח בר סמך 95%
- 15 שכיחות דכאון והפרעות אחרות: אחוז הסובלים מדיכאון שיש להם הפרעה נפשית נוספת (ישראל) אחוזים
- 17 דכאון והפרעות אחרות: הסיכוי לנוכחות הפרעה נפשית נוספת (ישראל): יחס צולב ורווח בר סמך 95%
- 18 הבדלים בין נשים לגברים בסיכוי להפרעות דכאון או חרדה אי פעם בחיים במדינות הסקר: יחס צולב ורווח בר סמך 95%

אובדנות

- 20 הפרעות דכאון או חרדה בקרב החושבים, המתכננים והמנסים להתאבד (ישראל): אחוזים
- 21 הסיכוי המצטבר לאירוע אובדני במהלך החיים (ישראל) אחוז מצטבר לפי גיל בקרב כלל החושבים, המתכננים והמנסים להתאבד. נתונים מהסקר ומחדרי מיון
- 22 הסיכוי למחשבות, תכנונים וניסיונות אובדניים בקרב הסובלים מהפרעות דכאון וחרדה בהשוואה למי שלא סבלו מהפרעות אלה (ישראל): יחס צולב

הקשר בין תחלואה גופנית ונפשית

- 24 שכיחות תחלואה גופנית ממושכת באוכלוסיות עם ובלי הפרעות דכאון או חרדה (ישראל): אחוזים
- 25 שכיחות תחלואה גופנית בקרב מי שסובלים מדכאון (ישראל) אחוזים
- 26 הסיכוי להפרעה נפשית בשנה האחרונה אצל אנשים עם תחלואה ממושכת. כלל מדינות הסקר: יחס צולב

- 27 שכיחות הפרעות דכאון או חרדה אשר מלוות בתחלואה הגופנית
לפי מדינות: אחוזים
- 28 קשרים בין הפרעות דכאון או חרדה ובעיות שינה (ישראל): אחוז המדווחים על בעיות שינה

מוגבלות הקשורה בהפרעות דכאון וחרדה

- 30 הפרעה בתפקוד היומיומי עקב תחלואה נפשית או גופנית : אחוז מדווחים על הפרעה חמורה בכלל מדינות הסקר לפי רמת הכנסה של מדינה
- 31 מוגבלות בתפקוד עקב תחלואה גופנית ונפשית לפי תחומי תפקוד בכלל מדינות הסקר: אחוזים
- 32 מוגבלות בתפקוד בחודש האחרון: הסיכוי להיות בעשירון העליון של התפלגות המוגבלות על פי ה- WHODAS: יחס צולב
- 33 תעסוקה לפי מרחק הזמן מאפיזודת ההפרעה בשלש קבוצת גיל (ישראל): אחוז מועסקים בחודש האחרון
- 34 תעסוקה ואבטלה לפי סוג התחלואה, במדינות מתפתחות ומפותחות: אחוזים

פניה לטיפול נפשי

- 36 הפונים לטיפול נפשי בשנה (ישראל): אחוזים
- 37 פונים לטיפול בשנה לפי מידת חומרה וגורם מטפל (ישראל): אחוזים
- 38 מאפייני הפונים לטיפול כלשהוא בשלש תת-קבוצות בישראל
- 39 הפניה לטיפול בשלש תת-קבוצות בישראל: אחוזים
- 40 פניה לטיפול ברפואה כללית ובמסגרות בריאות הנפש, בקרב מי שפנו לטיפול כלשהוא במדינות מפותחות: אחוזים
- 41 טיפול בידי אנשי מקצוע בבריאות הנפש, בקרב מי שפנו לטיפול כלשהוא לפי דרגות חומרה, במדינות הסקר: אחוזים
- 42 פניה לטיפול בשנה הראשונה להופעת ההפרעה, במדינות הסקר: אחוזים
- 43 פניה לטיפול נפשי בהשוואה לפניה לטיפול בבעיות גופניות, במדינות מפותחות ומתפתחות: אחוזים

סטיגמה

- 44 רמת ה"סטיגמה" המורגשת בקרב הסובלים מהפרעות דכאון או חרדה בהשוואה לזו המורגשת בקרב הסובלים ממחלות גופניות: אחוזים

המידע המובא בחוברת זו מדגים היקף ורמת בהירות יוצאי דופן המהוים תוצר של מאמץ יוצא דופן. בחלקו מאמת המידע נתונים קודמים באפידמיולוגיה של הפרעות נפשיות כגון: שכיחות הפרעות, ובחלקו הוא מעמתם כמו למשל בנושא הזיקה בין גיל לבין שכיחות דכאון.

החוברת מקנה מידע חשוב על ממשקים בעלי חשיבות מעשית מערכתית ראשונה במעלה כמו עוצמת הזיקה בין מחלות גופניות להפרעות נפשיות ובין הפרעות נפשיות ואובדנות.

במדינה רווית דחק בעבר ובהווה, מענינת במיוחד ההשוואה בין הנתונים בארץ לאלו שבמדינות אחרות.

סך המידע מהווה ויהווה ללא ספק מצע לחשיבה נוספת הן במישור המקצועי התיאורטי והן בהקשר הארגוני מערכתי.

תודתי והערכתי העמוקה לעוסקים במלאכה, אנשי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, חוקרים בישראל ואנשי האגף. על כל אלה ניצחה ד"ר דפנה לוינסון. ברכות על הישג מקצועי מרשים.

ד"ר גדי לובין
ראש האגף לבריאות הנפש

בשנים 2003-2004 ערך משרד הבריאות לראשונה בישראל סקר אוכלוסייה שהתמקד בהפרעות דכאון וחרדה. הסקר נכלל במסגרת יוזמה בינלאומית בראשות ארגון הבריאות העולמי (WORLD MENTAL HEALTH INITIATIVE) ובוצע ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על מדגם של כלל האוכלוסייה הבוגרת מגיל 21 ומעלה.

איסוף הנתונים בוצע באמצעות ריאיון פנים אל פנים (סוקר-מרואיין) בבית המרואיין, באמצעות מחשב נייד, ונמשך כשעה בממוצע. הריאיונות בוצעו בעברית, בערבית או ברוסית. אחוז היענות היה 72% ומספר המרואיינים הסופי היה 4,859.

במרבית המדינות הופעל הסקר על מדגמים לאומיים. יצאו מכלל זה המדינות סין, הודו וברזיל שבהן הופעל הסקר רק באזור אחד. בכל המדינות המשתתפות הופעל הסקר באותן שיטות כדי לאפשר עיבודים משותפים והשוואות בין מדינות מפותחות - מתפתחות; מדינות בעלות הכנסה גבוהה (איטליה, ארה"ב, בלגיה, גרמניה, הולנד, יפן, ישראל, ניו זילנד, ספרד, פורטוגל, צפון אירלנד וצרפת), בינונית (כולגריה, ברזיל - סאן פאולו, דרום אפריקה, לבנון, מקסיקו, רומניה) ו- נמוכה (אוקראינה, בייגין-סין, הודו - פונדיצרי, ניגריה, עירק, קולומביה, שנחאי - סין); או לפי חלוקה גאוגרפית. ישראל משויכת בהשוואות השונות למדינות המפותחות או למדינות בעלות ההכנסה הגבוהה.

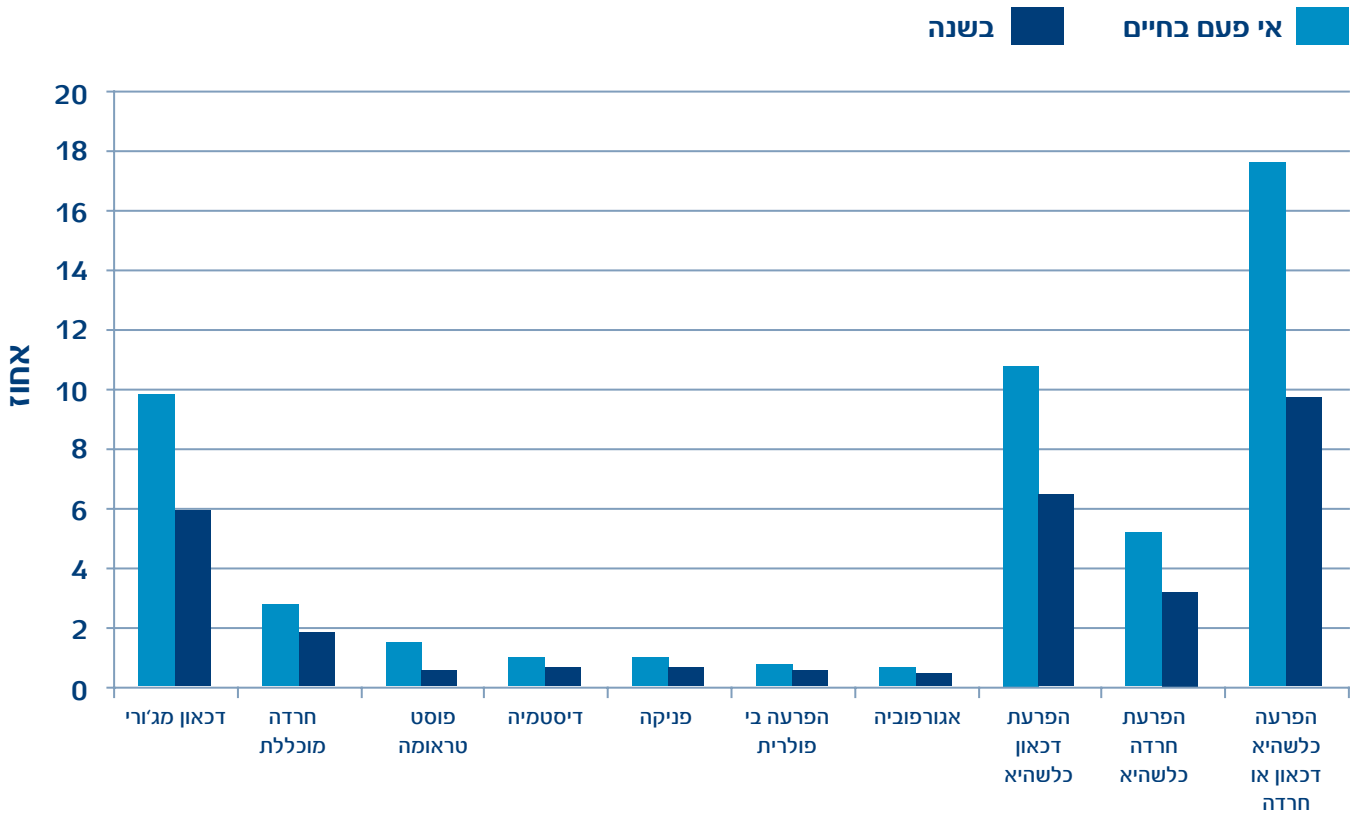
כלי האבחון להפרעות נפשיות היה ה-Composite International Diagnostic Interview (CIDI) המאפשר איבחון על פי שתי מערכות הקריטריונים ה- ICD-10 של ארגון הבריאות העולמי וה- DSM-IV האמריקאי. בישראל נבדקו האבחנות הבאות: א. הפרעות חרדה: פניקה, אגורפוביה, חרדה מוכללת ודחק פוסט-טראומטי, ב. הפרעות רגש: דכאון ומאניה וג. התמכרויות: שימוש לרעה והתמכרות לסמים ולאכוהול. שאלון מקדים שהועבר לכלל המדגם כלל בתוכו שאלות "סינון" שעל פיהן נקבע מי מהמרואיינים יופנה לשאלוני האיבחון הספציפיים. הנתונים שנאספו בישראל נשלחו למרכז הסקר באוניברסיטת הרווארד בארה"ב ושם נקבעו האבחנות עבור כל המרואיינים באמצעות אותם אלגוריתמים שהופעלו על הנתונים של כל הארצות האחרות.

עד היום הניבו נתוני הסקר 25 מאמרים על ישראל ו- 43 מאמרים בינלאומיים הכוללים את ישראל. כל המאמרים פורסמו באנגלית. החוברת הנוכחית מציגה לקורא העברי ממצאים עיקריים בצורה גרפית. בכל עמוד מופיע בתחתית הגרף סיכום קצר של הממצא המוצג בגרף והערה המתיחסת להגדרת המשתנים הכלולים בגרף. למעוניינים בממצאים נוספים שאינם כלולים בחוברת זו מופיעה בסוף החוברת רשימת המאמרים שפורסמו עד כה.

ד"ר דפנה לוינסון
המחלקה לחקר ותכנון
שירותי בריאות הנפש
משרד הבריאות

אפידמיולוגיה של הפרעות דכאון וחרדה בישראל

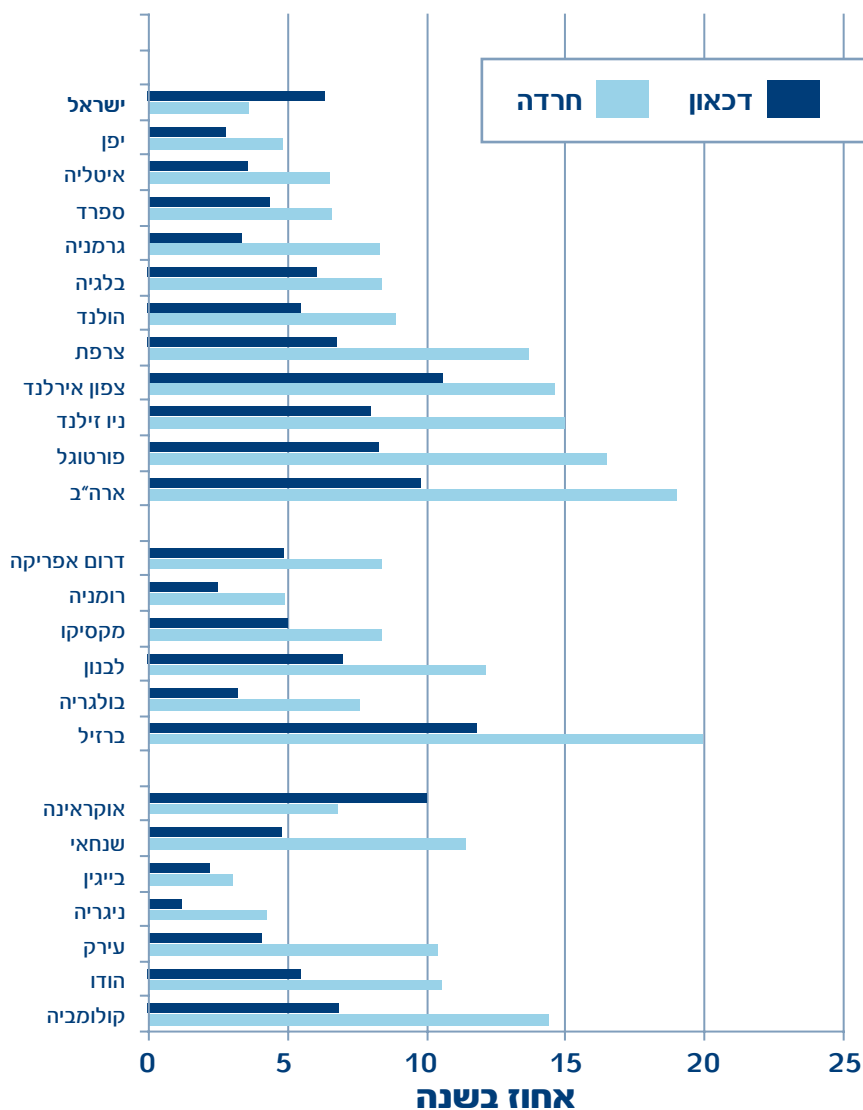
שכיחות הפרעות דכאון וחרדה ישראל: בשנה אחת ואי פעם בחיים : אחוז מהאוכלוסיה



אחד מכל ששה בוגרים (17.6%) בישראל סבל מהפרעה של דכאון או חרדה במהלך חייו, וכמעט אחד מכל עשרה בוגרים סבל מהפרעות אלו בשנה שקדמה לראיון.

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

שכיחות הפרעות דכאון וחרדה בשנה בכלל המדינות לפי רמת ההכנסה של המדינה: גבוהה בינונית ונמוכה



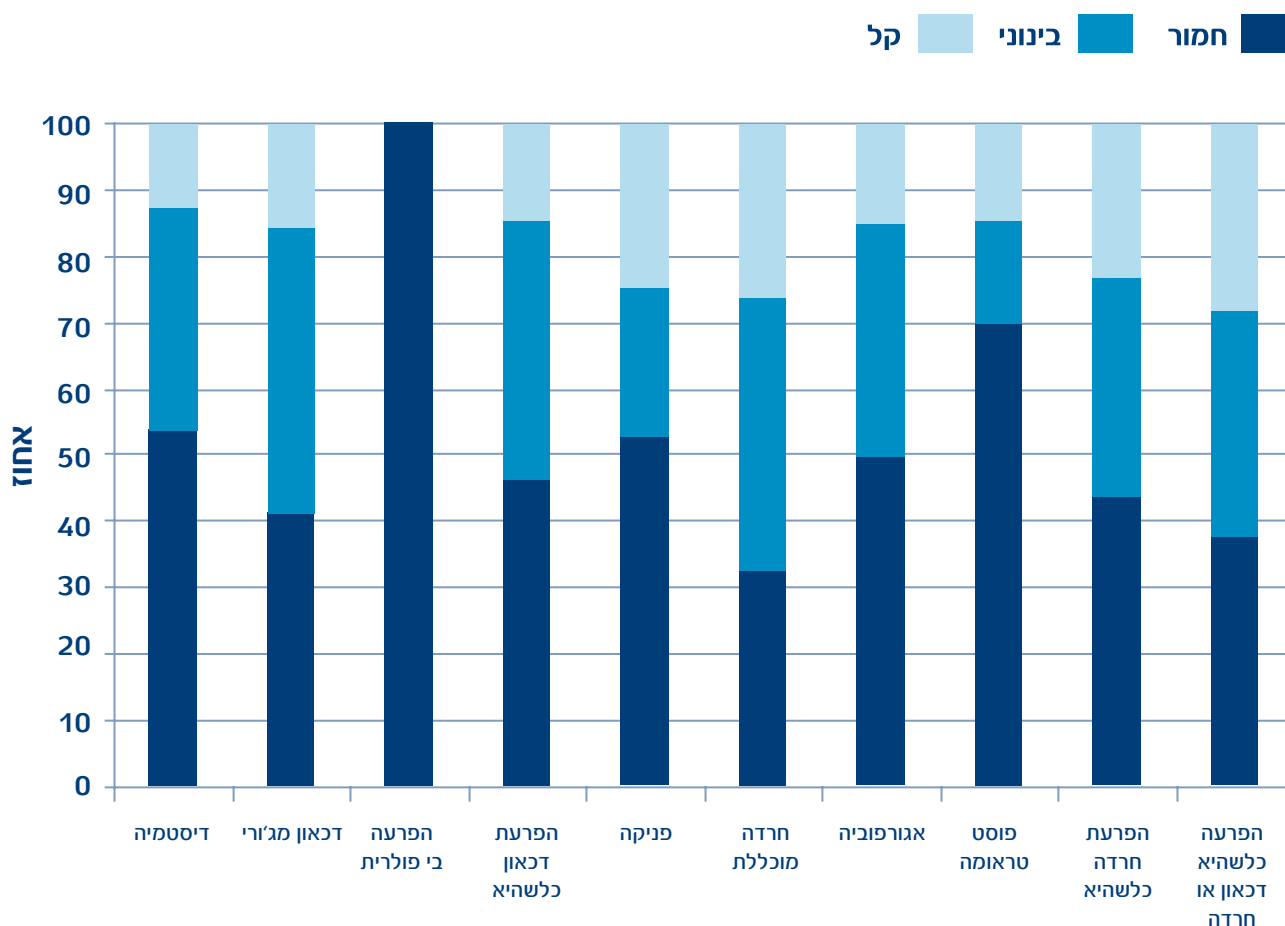
שכיחות הפרעות החרדה היתה גבוהה יותר משכיחות הפרעות הדכאון ברוב המדינות.

הערה: הסקר בישראל לא כלל את הפרעות החרדה מסוג "פוביה חברתית", ו"פוביה ספציפית". יתכן וזו הסיבה להבדל בין ישראל לשאר המדינות.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O. et. Al. (in press). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In: Oxford Textbook of Community Mental Health, G. Thornicroft, G. Szukler, K. Mueser & B. Drake, Eds. Oxford University Press, 2011

אפידמיולוגיה של הפרעות דכאון וחרדה בישראל

חומרת מקרים: התפלגות מצבי החומרה לפי אבחנה (ישראל): אחוזים

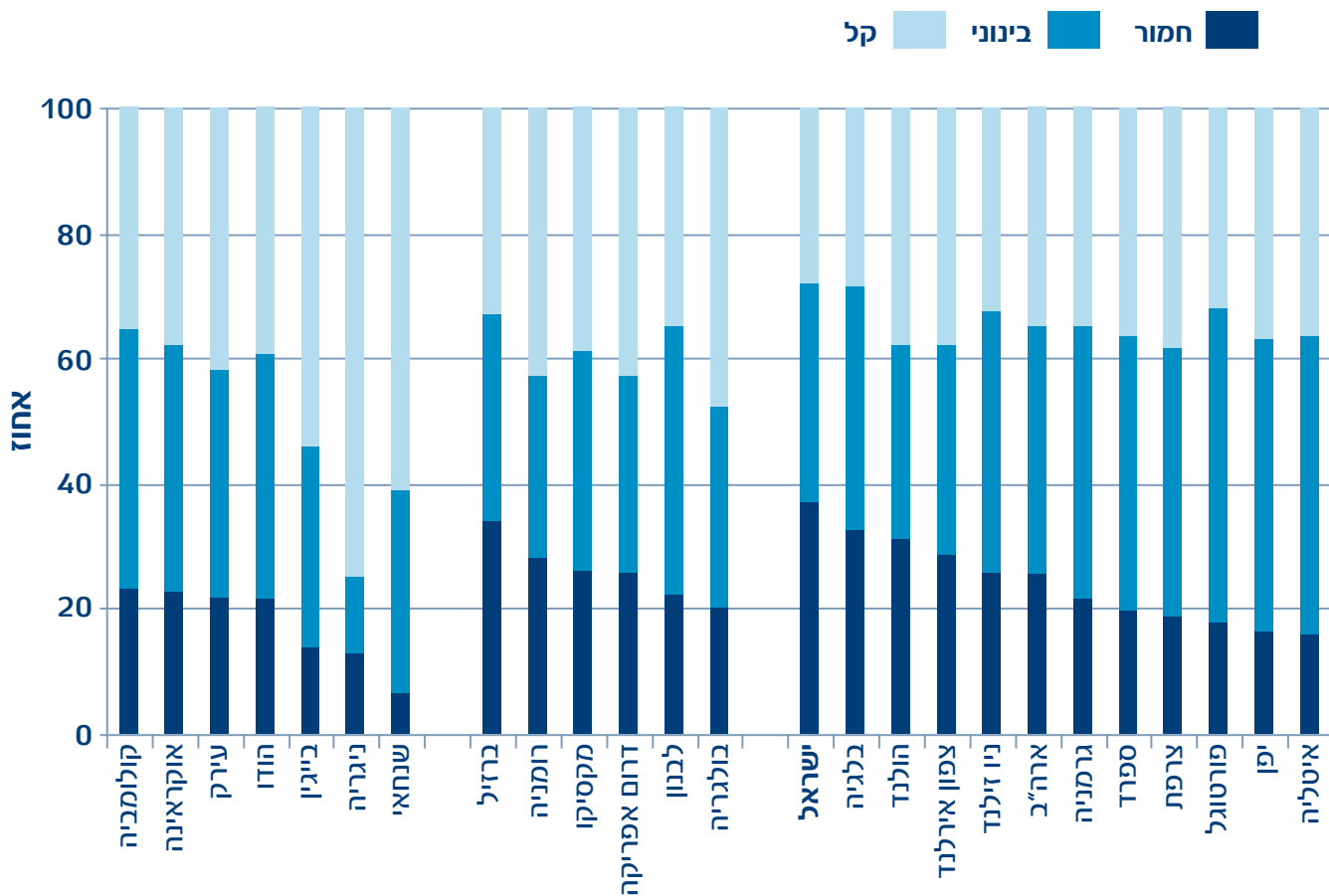


בישראל, הוגדרו 37.5% מהמאובחנים בדכאון או חרדה כמקרים "חמורים" וכשליש סווגו כמקרים בעלי "חומרה בינונית". אחוז המקרים החמורים היה הגבוה ביותר בקרב הסובלים מפוסט טראומה (70%).

הערה: בסקר הבינלאומי נקבעו קריטריונים לאיפיון מקרי הדכאון/חרדה כמקרים "חמורים", מקרים בעלי "חומרה בינונית" או מקרים "קלים" מקרה "חמור" הוגדר כמקרה שבנוסף לעמידה בקריטריונים של האבחנה לווה בדיווח על נסיון אובדני אי פעם בחיים או על התמכרות פיזית לאכוהול או סמים, או על ירידה חמורה בתפקוד במהלך האפיזודה של הדכאון או החרדה. הפרעה בי-פולרית סווגה מראש כהפרעה "חמורה". מקרה בעל "חומרה בינונית" היה מקרה שבנוסף לעמידה בקריטריונים של האבחנה לווה בדיווח על ירידה כלשהיא שבתפקוד במהלך האפיזודה של הדכאון או החרדה. מקרה "קל" היה מקרה שפרט לעמידה בקריטריונים של האבחנה לא סבל מירידה כלשהיא בתפקוד.

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

חומרת מקרים: התפלגות דרגות חומרה של מצבי דכאון וחרדה בכלל המדינות לפי רמת הכנסה: אחוזים

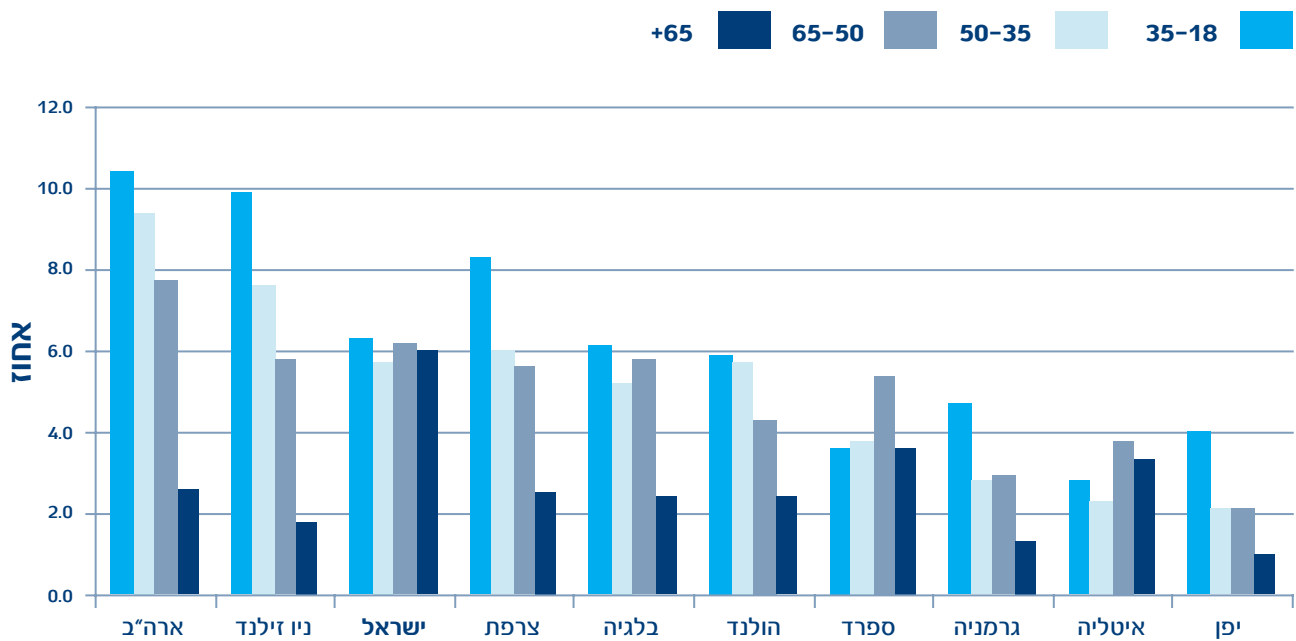


בין המדינות המפותחות, אחוז המאובחנים שהוגדרו כמקרים "חמורים" היה הגבוה ביותר בישראל.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O. et. Al. (in press). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In: Oxford Textbook of Community Mental Health, G. Thornicroft, G. Szukler, K. Mueser & B. Drake, Eds. Oxford University Press, 2011

אפידמיולוגיה של הפרעות דכאון וחרדה בישראל

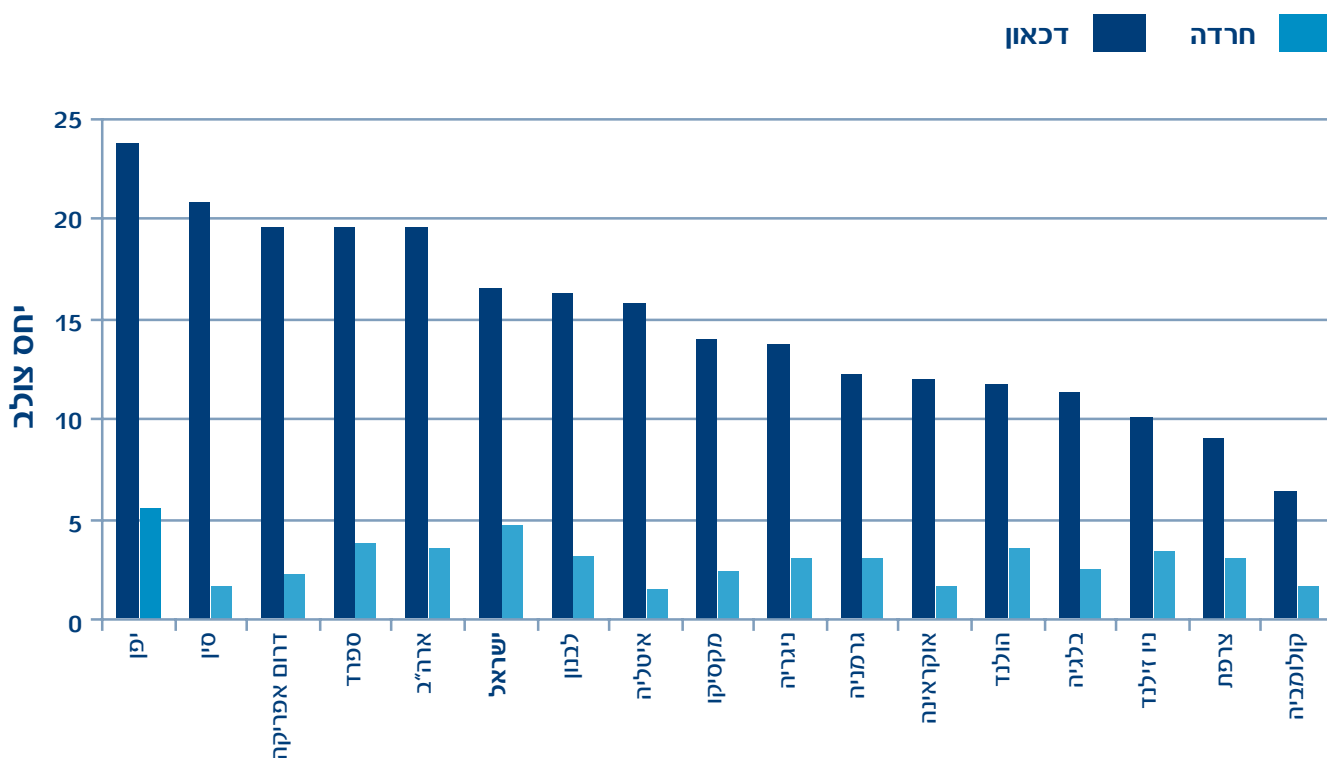
הבדלים בין-דוריים: שכיחות הפרעות דכאון בשנה במדינות מפותחות, לפי קבוצות גיל : אחוזים



ברוב המדינות, שכיחות הפרעות דכאון יורדת עם הגיל.

Kessler RC, Birnbaum, HG Victoria Shahly V et.al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Depression and Anxiety 27 : 351-364 (2010)

הבדלים בין-דוריים: ההסתברות להופעת הפרעות דכאון או חרדה אי פעם בחיים בקרב בני 18-34 בהשוואה לבני 65+ במדינות בסקר: יחס צולב

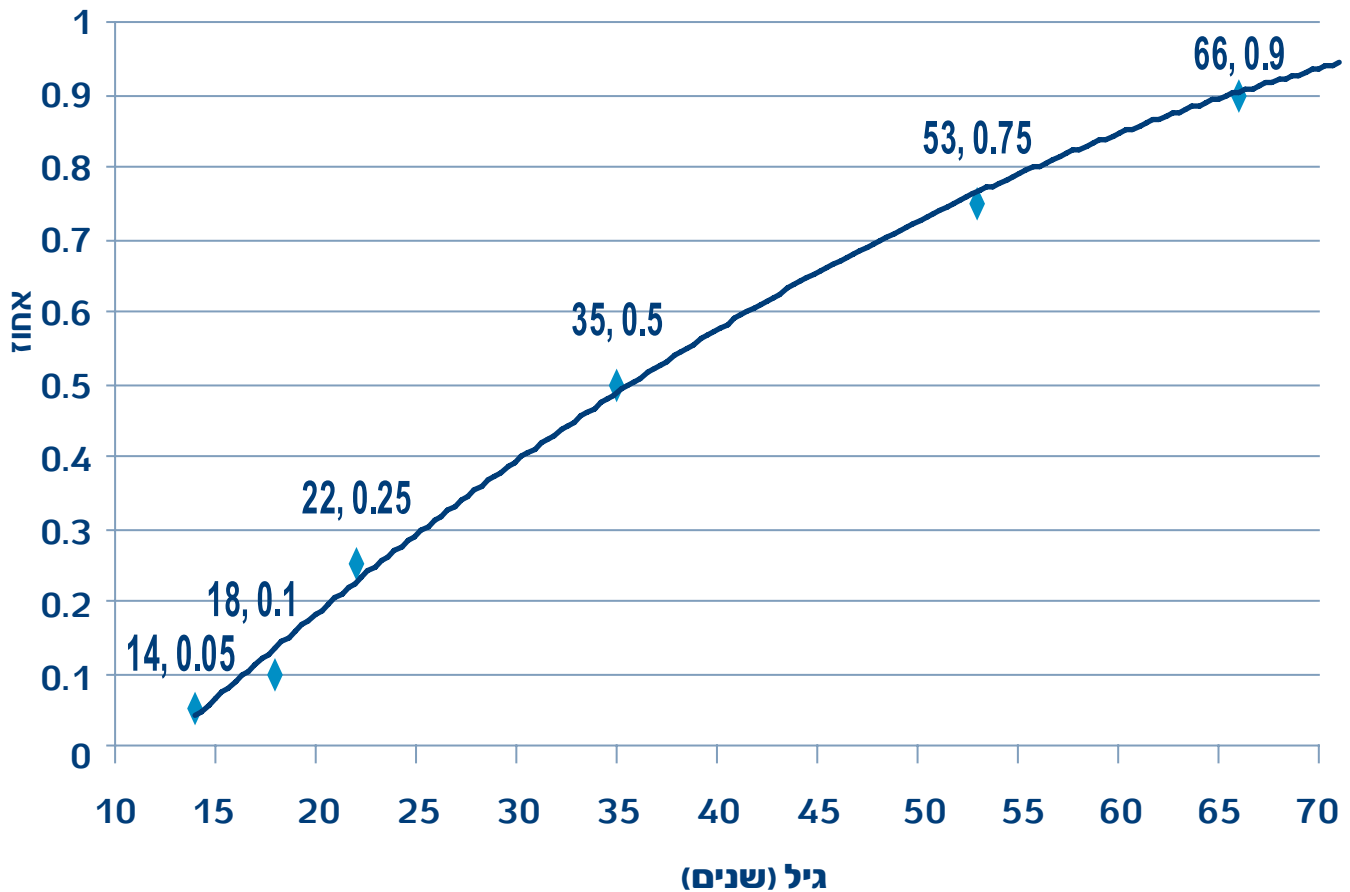


בכל מדינות הסקר, הסיכוי להופעת הפרעות דכאון או חרדה אי פעם בחיים, בקבוצות גיל צעירות יחסית היה גבוה יותר מהסיכוי להופעתן בקבוצות גיל מבוגרות יותר. ההבדלים הבין-דוריים היו גדולים יותר בהפרעות דכאון מאשר בהפרעות חרדה.

Kessler, RC, Angermeyer, MA, de Graaf R. et al (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. World Psychiatry: 6; 168-176.

אפידמיולוגיה של הפרעות דכאון וחרדה בישראל

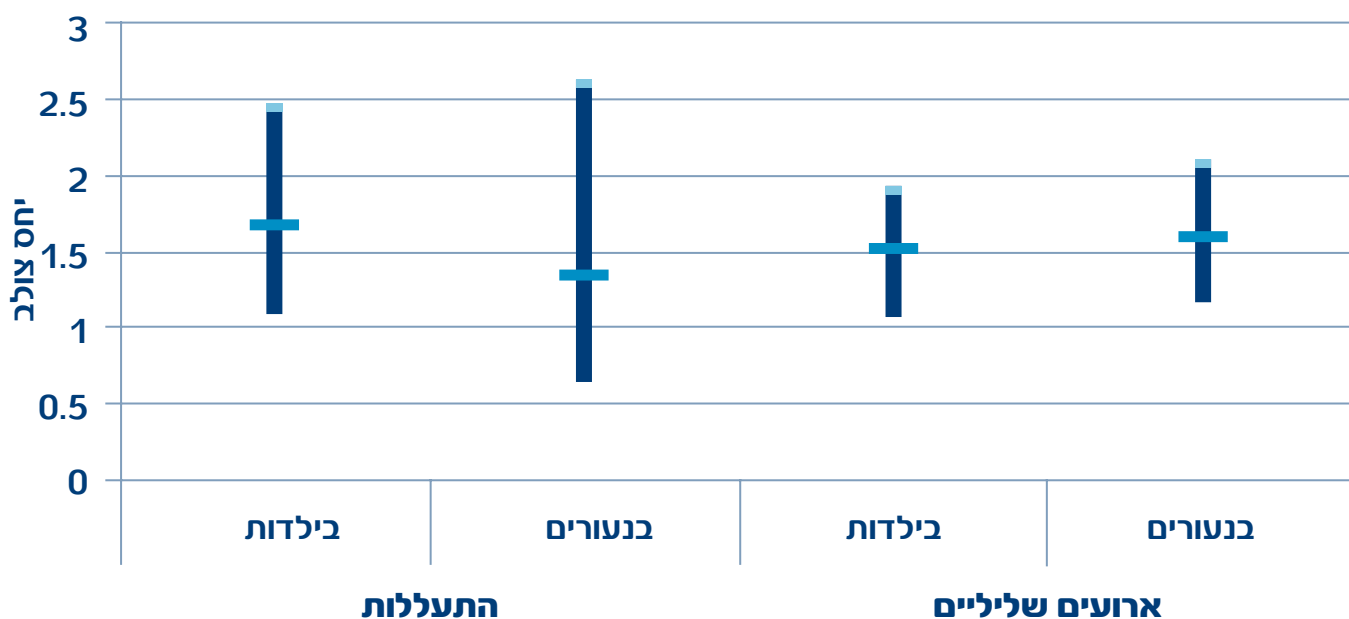
גיל הופעה ראשונה של הפרעת דכאון או חרדה (ישראל): התפלגות מצטברת



אצל כרבע מכלל הסובלים מהפרעות דכאון או חרדה במהלך החיים, גיל ההופעה הראשונה של הפרעה היה צעיר מגיל 25. אצל כ- 75% מכלל הסובלים מהפרעות אלה במהלך חייהם, גיל ההופעה הראשונה של הפרעה היה צעיר מגיל 55.

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

הקשר בין ארועים שליליים בילדות והסיכוי להפרעות דכאון בבגרות (ישראל): יחס צולב ורווח בר סמך 95%



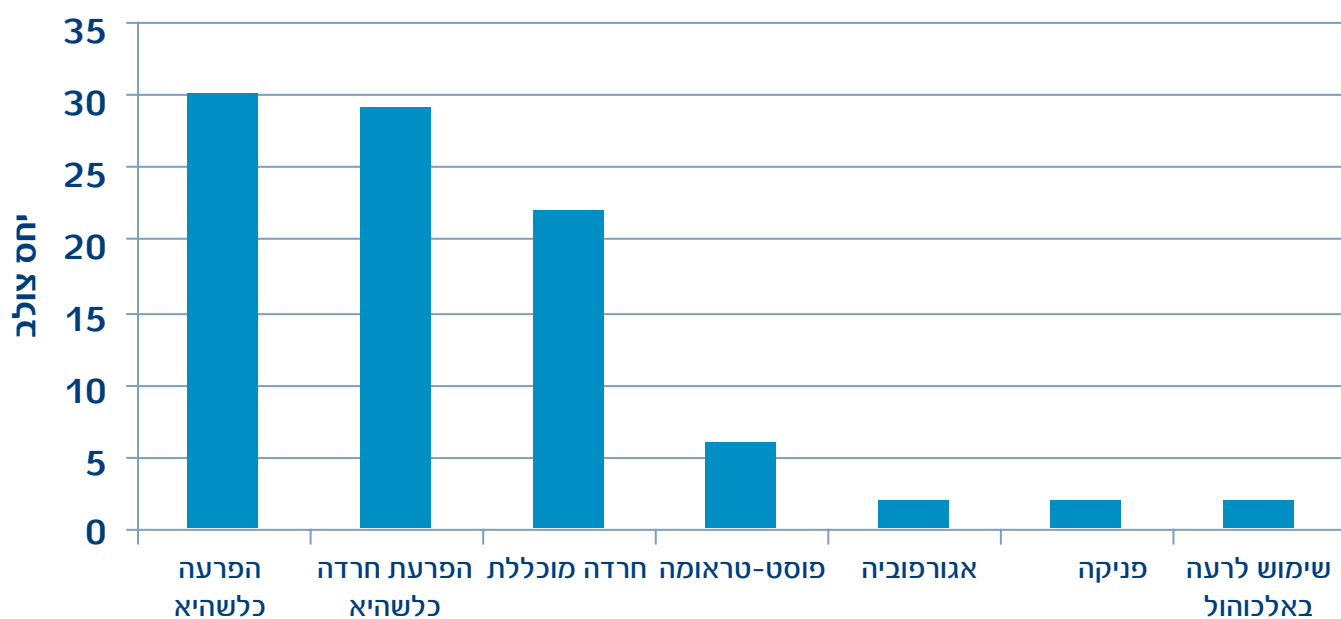
חשיפה להתעללות מינית או גופנית בילדות מהווה גורם סיכון משמעותי להפרעות דכאון וחרדה בחיים הבוגרים

הערה: הגרף מתאר עבור כל סוג ארוע, את רמת הסיכוי להפרעה ואת הרווח בר סמך סביב אותה רמה. בחישוב המוצג כאן נטרלו המשתנים גיל, מין, השכלה, עליה, מצב משפחתי, דתיות וחשיפה לארועים תלויי גורל בבגרות.

גל, ג. לבב, י. גרוס ר. (2010) התעללות בילדים: שכיחות והשלכות ארוכות טווח. ממצאים מסקר בריאות הנפש הלאומי חברה ורווחה, ל, 3-4: 359-376

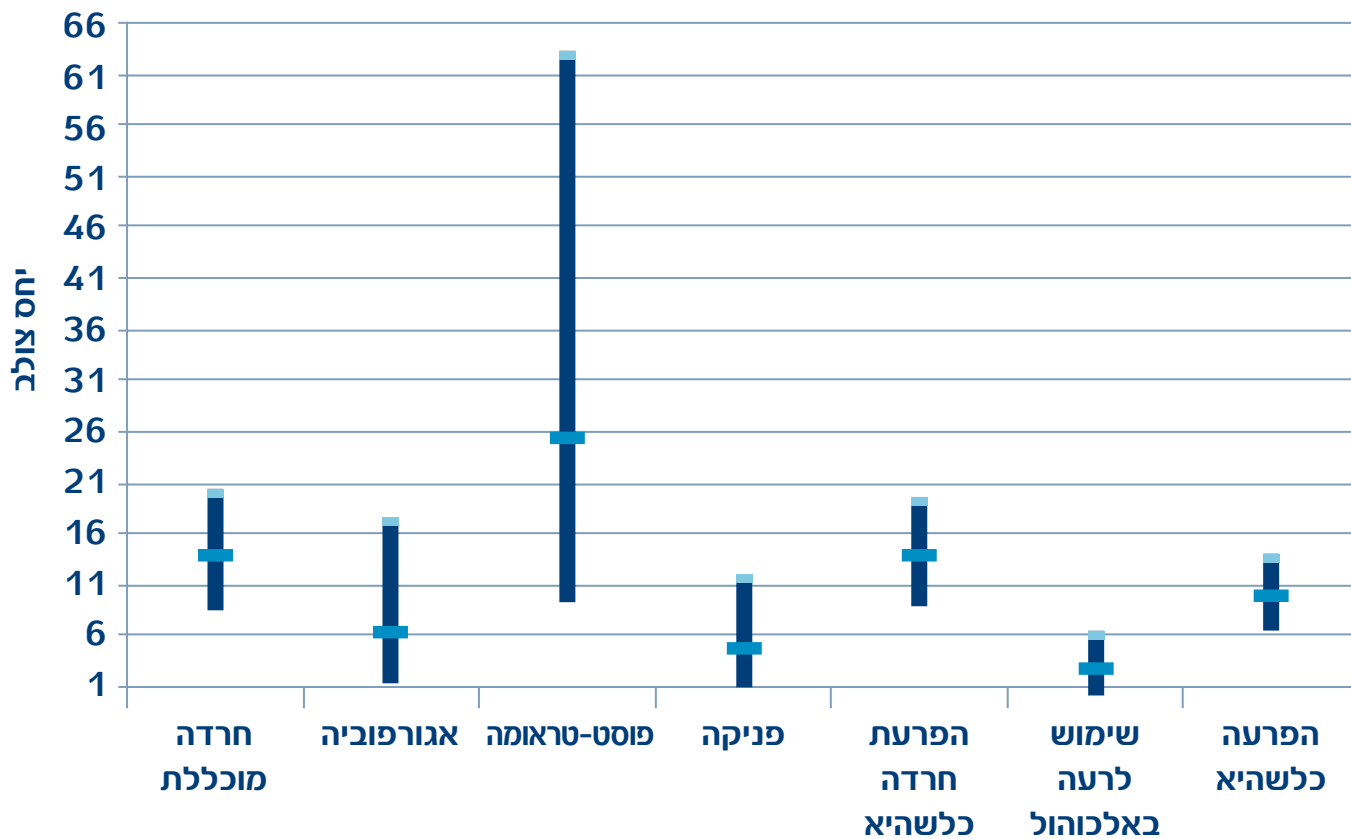
אפידמיולוגיה של הפרעות דכאון וחרדה בישראל

שכיחות דכאון והפרעות אחרות: אחוז הסובלים מדיכאון שיש להם הפרעה נפשית נוספת (ישראל) אחוזים



כ-30% מהסובלים מהפרעות דכאון סובלים גם מהפרעות נפשיות אחרות.

הקשר בין דכאון להפרעות אחרות: הסיכוי לנוכחות הפרעה נפשית נוספת (ישראל): יחס צולב ורווח בר סמך 95%

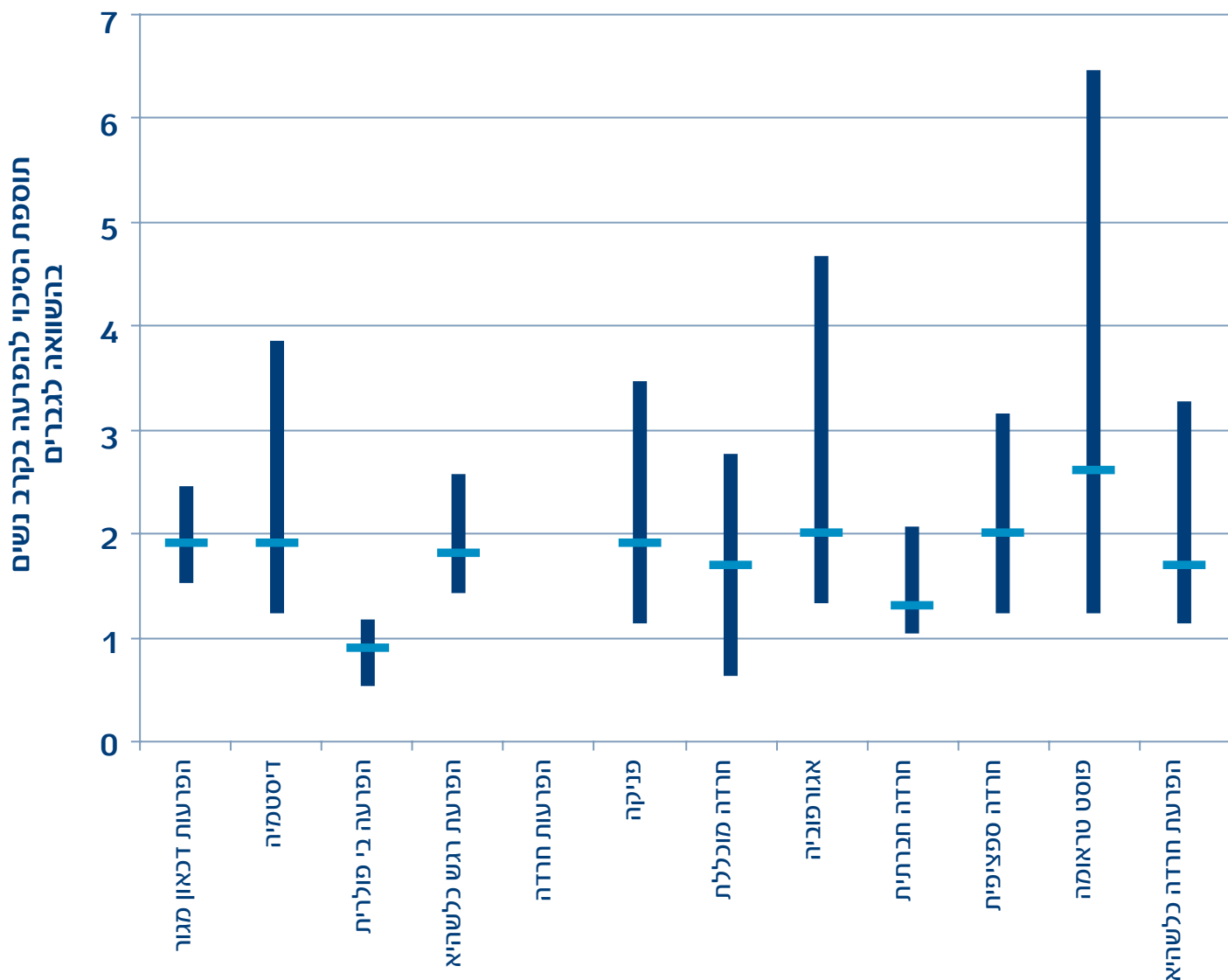


הפרעת דכאון מעלה את הסיכוי להפרעות כמו פוסט טראומה פי 25 ולהפרעה נפשית כלשהיא אחרת פי 10.

הערה: הגרף מתאר עבור כל סוג ארוע, את רמת הסיכוי להפרעה ואת הרווח בר סמך סביב אותה רמה החישוב המוצג כאן בוצע תוך התאמה למשתנים: מין, השכלה ומצב משפחתי

אפידמיולוגיה של הפרעות דכאון וחרדה בישראל

הבדלים בין נשים לגברים בסיכוי להפרעות דכאון או חרדה אי פעם בחיים במדינות הסקר : יחס צולב ורווח בר סמך 95%

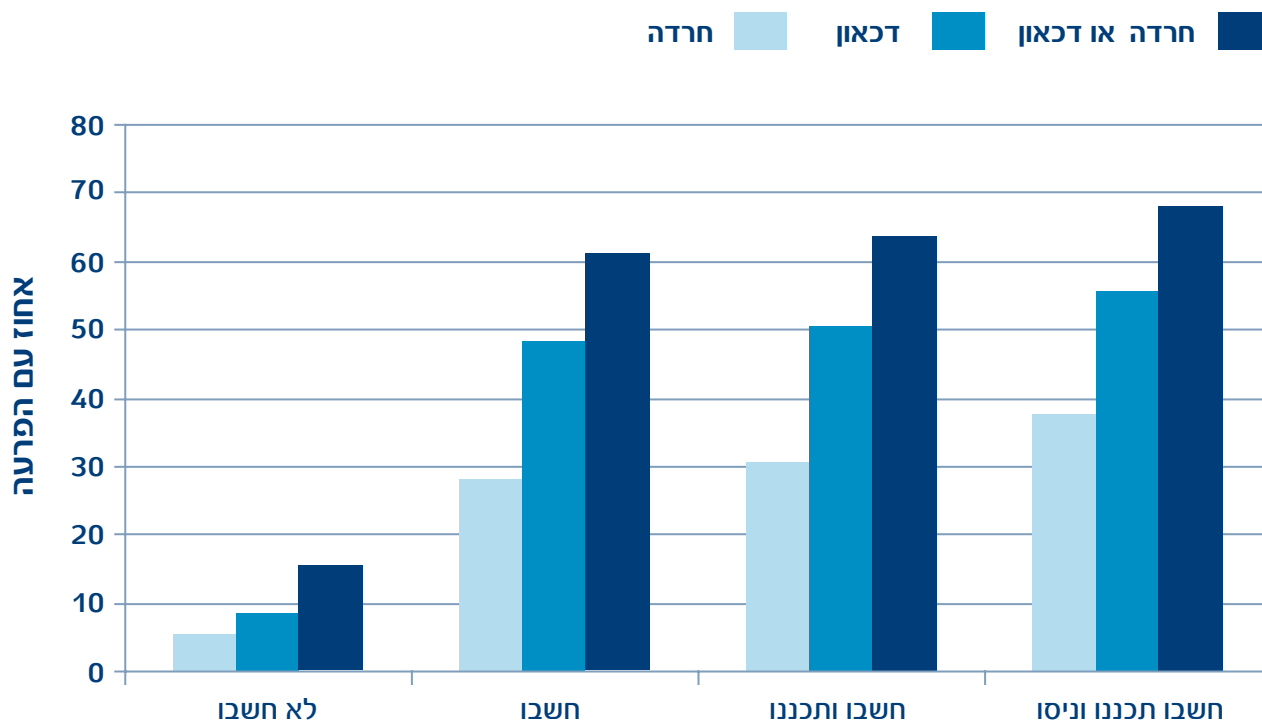


בכל המדינות, הסיכוי להפרעות דכאון או חרדה אי פעם בחיים גבוה יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים. בהפרעה בי פולרית, בכל המדינות אין הבדל בין גברים לנשים בסיכוי להופעת הפרעה.

הערה: הגרף מתאר עבור כל אבחנה, את רמת הסיכוי להפרעה אי פעם, ואת הרווח בר סמך סביב אותה רמה.

Seedat, S., Scott, K.M., Angermeyer, M.C., et. Al. (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

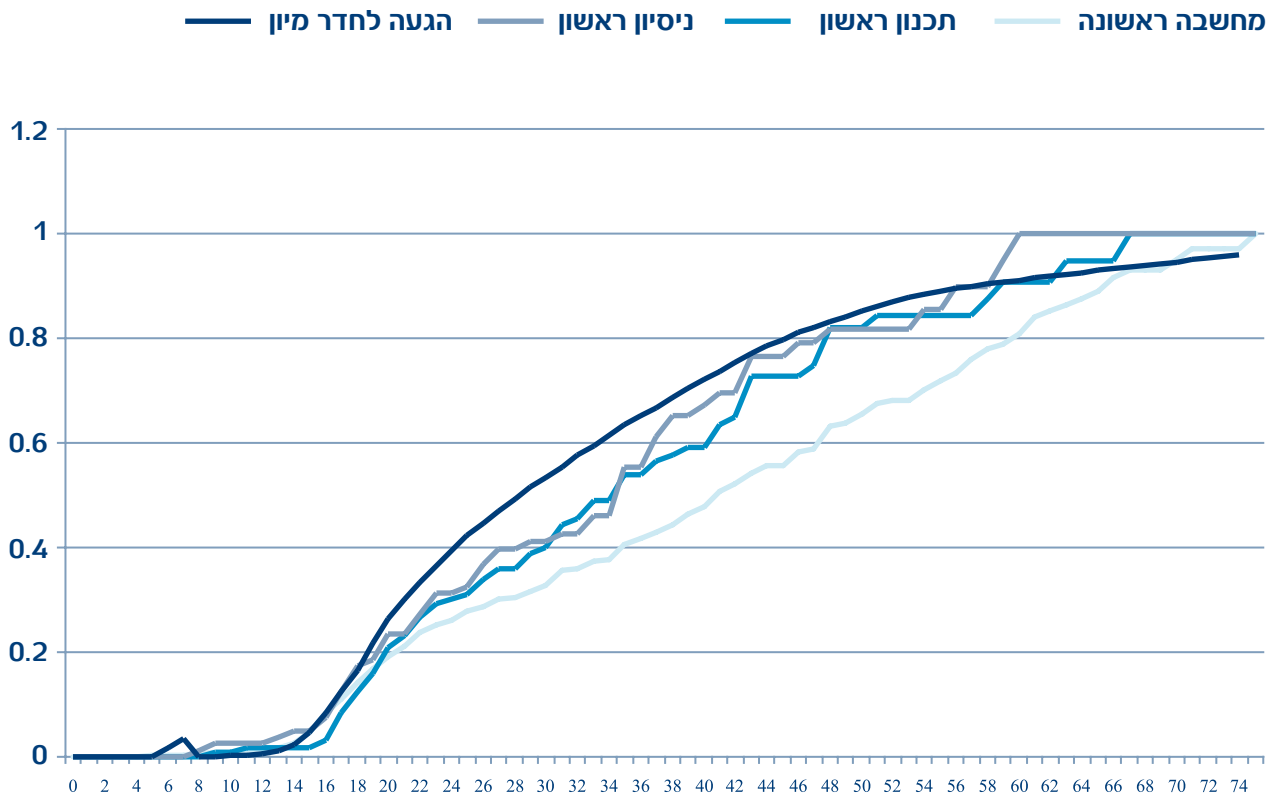
הפרעות דכאון או חרדה בקרב החושבים, המתכננים והמנסים להתאבד (ישראל): אחוזים



שכיחות ההפרעות של דכאון או חרדה גבוהה יותר בקרב אנשים החושבים, מתכננים או מנסים להתאבד.

מנתוני הסקר.

הסיכוי המצטבר לאירוע אובדני במהלך החיים (ישראל) אחוז מצטבר לפי גיל בקרב כלל החושבים, המתכננים והמנסים להתאבד. נתונים מהסקר ומחדרי מיון

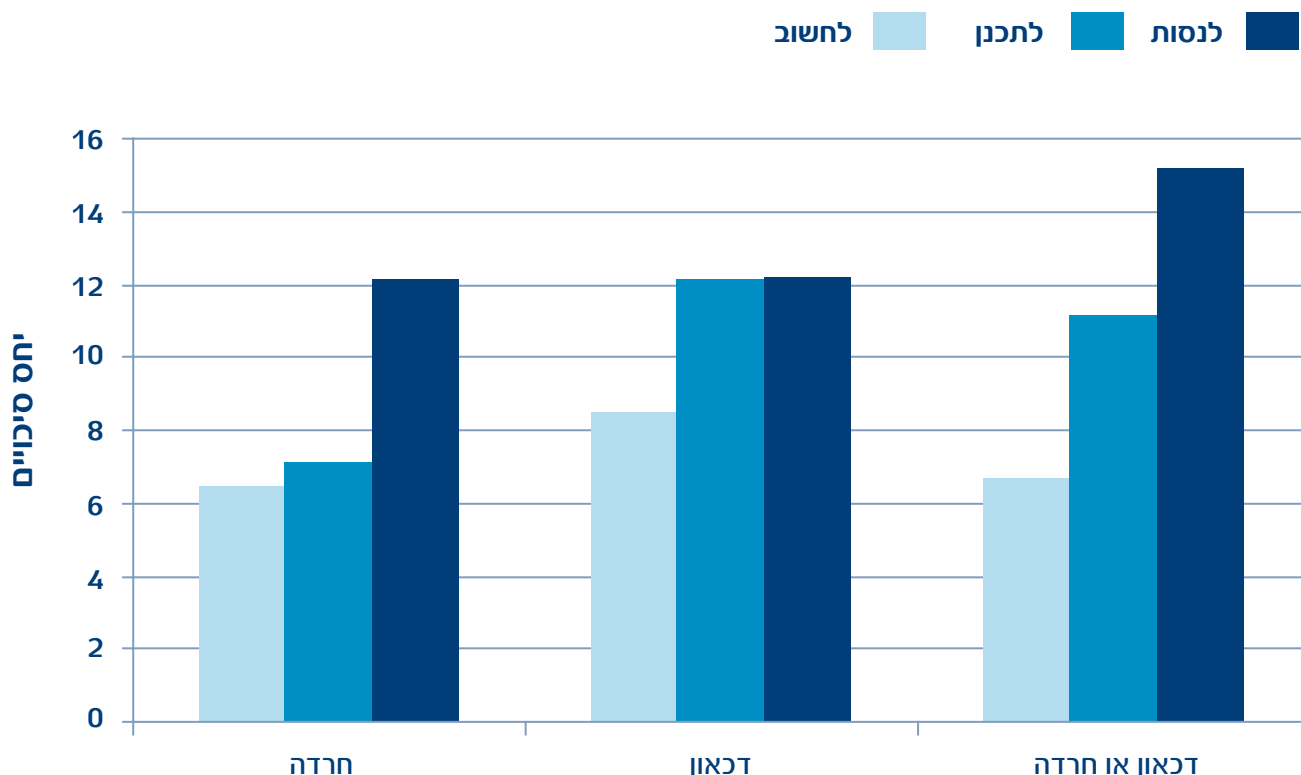


ב-60% מכל הדיווחים על התכנונים והניסיונות האובדניים היה גיל האירוע האובדני הראשון צעיר מ-35.

הערה: ההתפלגות מבוססת על נתוני הסקר ועל כלל הדיווחים מחדרי מיון ב-25 בתי חולים כלליים בשנת 2002.

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.

הסיכוי למחשבות, תכנונים וניסיונות אובדניים בקרב הסובלים מהפרעות דכאון וחרדה בהשוואה למי שלא סבלו מהפרעות אלה (ישראל) : יחס צולב

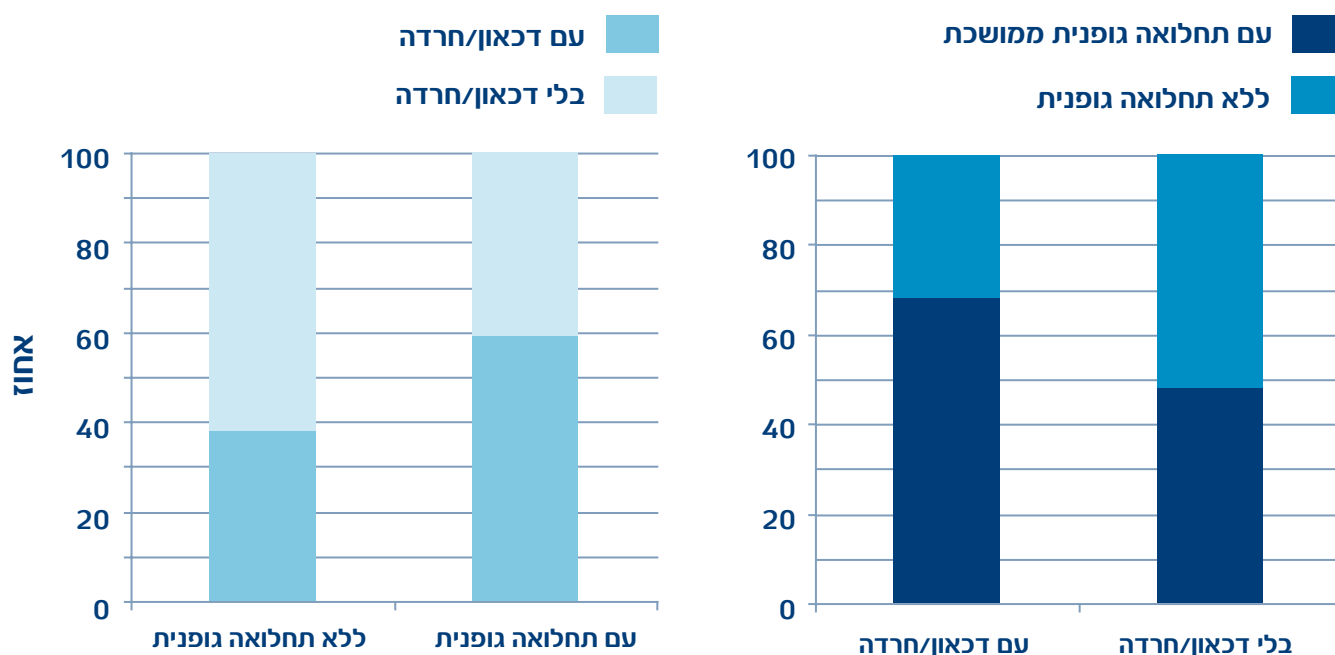


הנוכחות של הפרעות נפשיות מסוג חרדה או דכאון העלתה את הסיכויים למחשבות תכנונים או ניסיונות אובדניים. הסיכוי לניסיון אובדני היה גבוה פי 14 בקרב מי שסבלו מהפרעות דכאון או חרדה בהשוואה למי שלא סבלו מהפרעות אלה.

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.

הקשר בין תחלואה גופנית ונפשית

שכיחות תחלואה גופנית ממושכת באוכלוסיות עם ובלי הפרעות דכאון או חרדה (ישראל): אחוזים

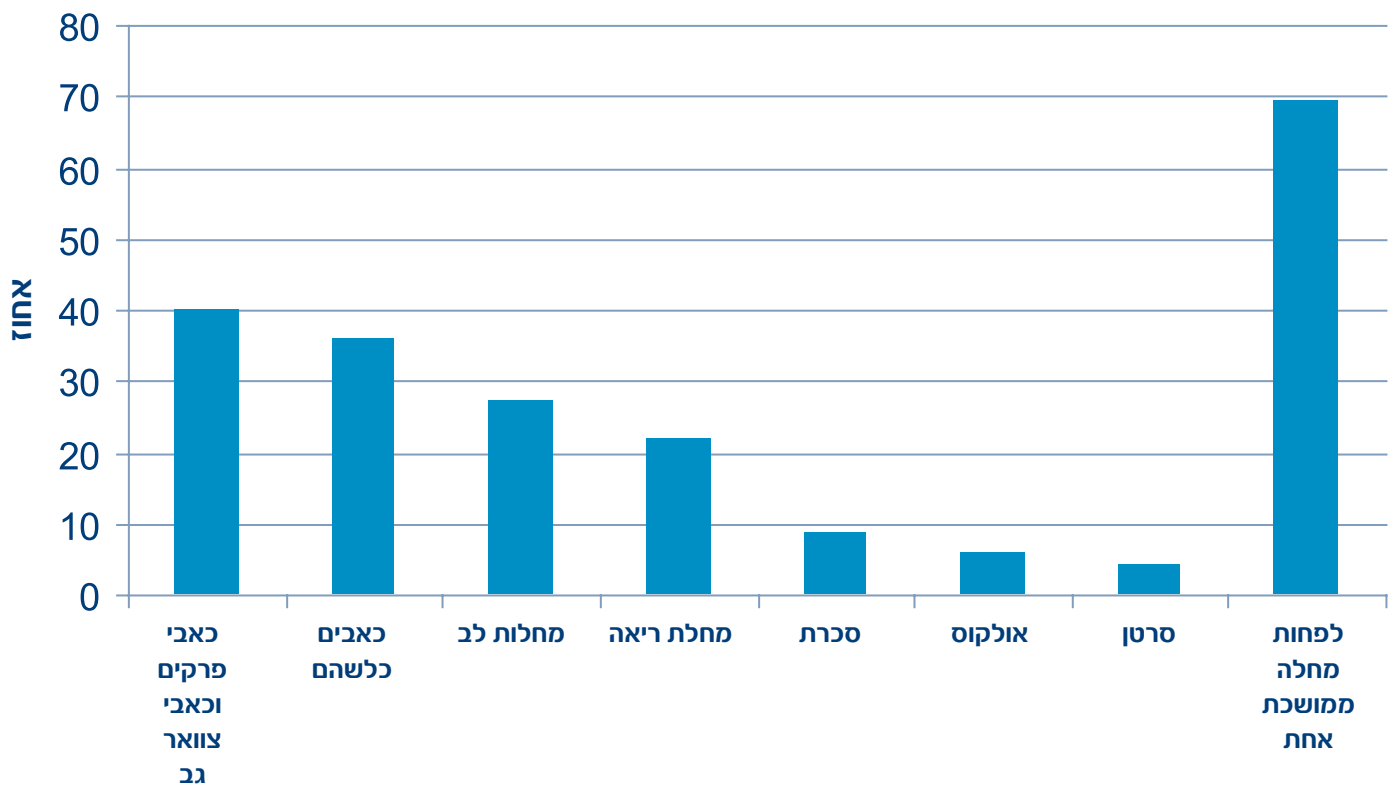


שיעור המדווחים בישראל על תחלואה גופנית ממושכת כלשהיא בקרב הסובלים מהפרעות דכאון או חרדה היה 66%, בהשוואה ל- 46% בקרב אלה שלא סבלו מהפרעות דכאון או חרדה. אצל הסובלים מתחלואה גופנית ממושכת, היה שיעור הסובלים מהפרעות דכאון או חרדה גבוה יותר מאשר בקרב מי שלא סבלו מתחלואה גופנית ממושכת.

הערה: תחלואה גופנית ממושכת - מחלות לב (התקף לב, שבץ או מחלת לב, לחץ דם גבוה), מחלות נשימה (אסטמה, COPD), אמפידימה שחפת, או מחלת ריאות אחרת), סכרת, מחלת כליות, סרטן, מחלות מאורולוגיות, מחלה בכלוטת התריס, כאבים ממושכים (כאבי פרקים, כאבי צוואר-גב, כאבי ראש או כאבים כרוניים אחרים).

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.

שכיחות תחלואה גופנית בקרב מי שסובלים מדכאון (ישראל) אחוזים

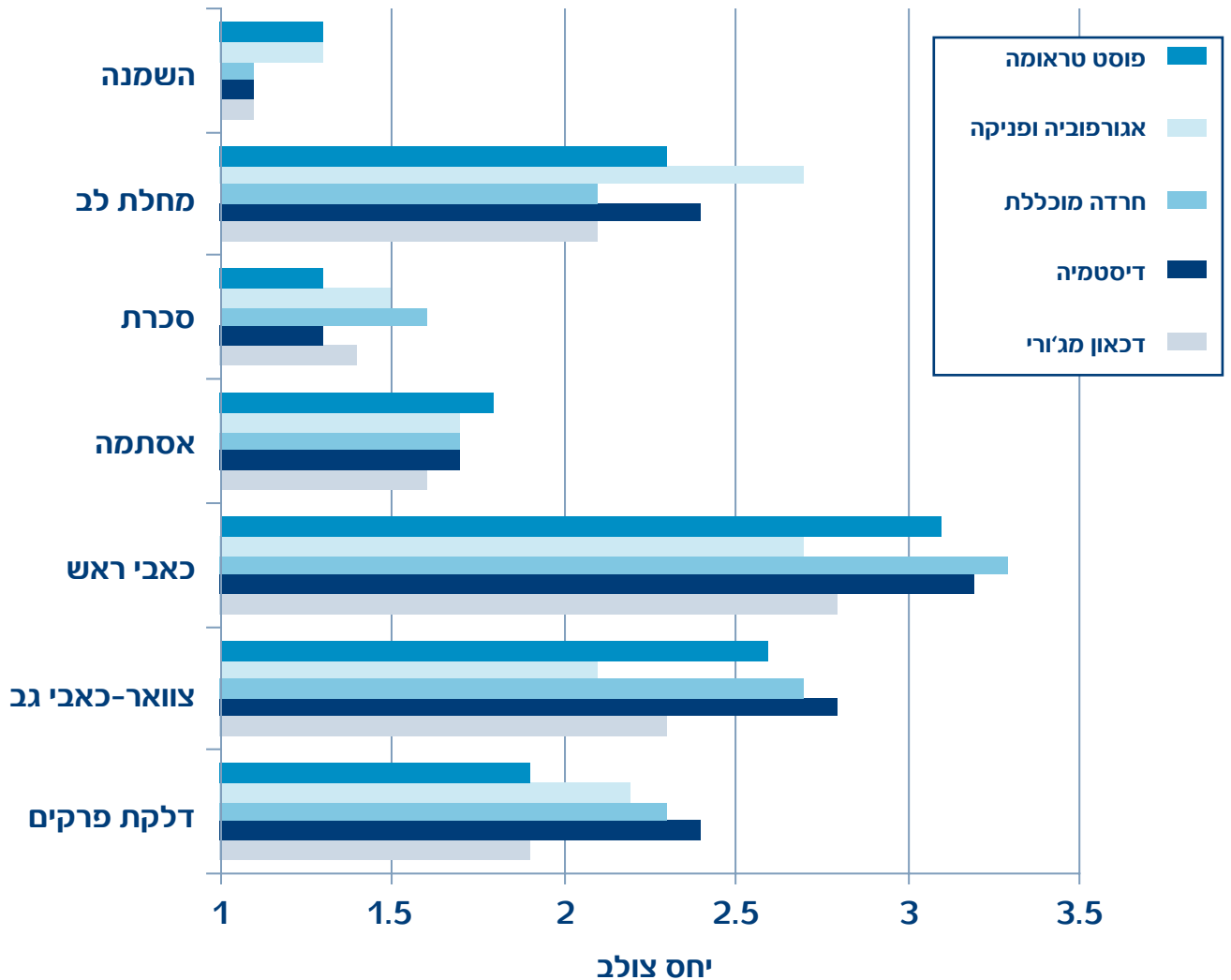


תחלואה נפשית מעלה את השכיחות של כאבים ממושכים ומחלות לב

מנתוני הסקר.

הקשר בין תחלואה גופנית ונפשית

הסיכוי להפרעה נפשית בשנה האחרונה אצל אנשים עם תחלואה ממושכת.
כלל מדינות הסקר: יחס צולב

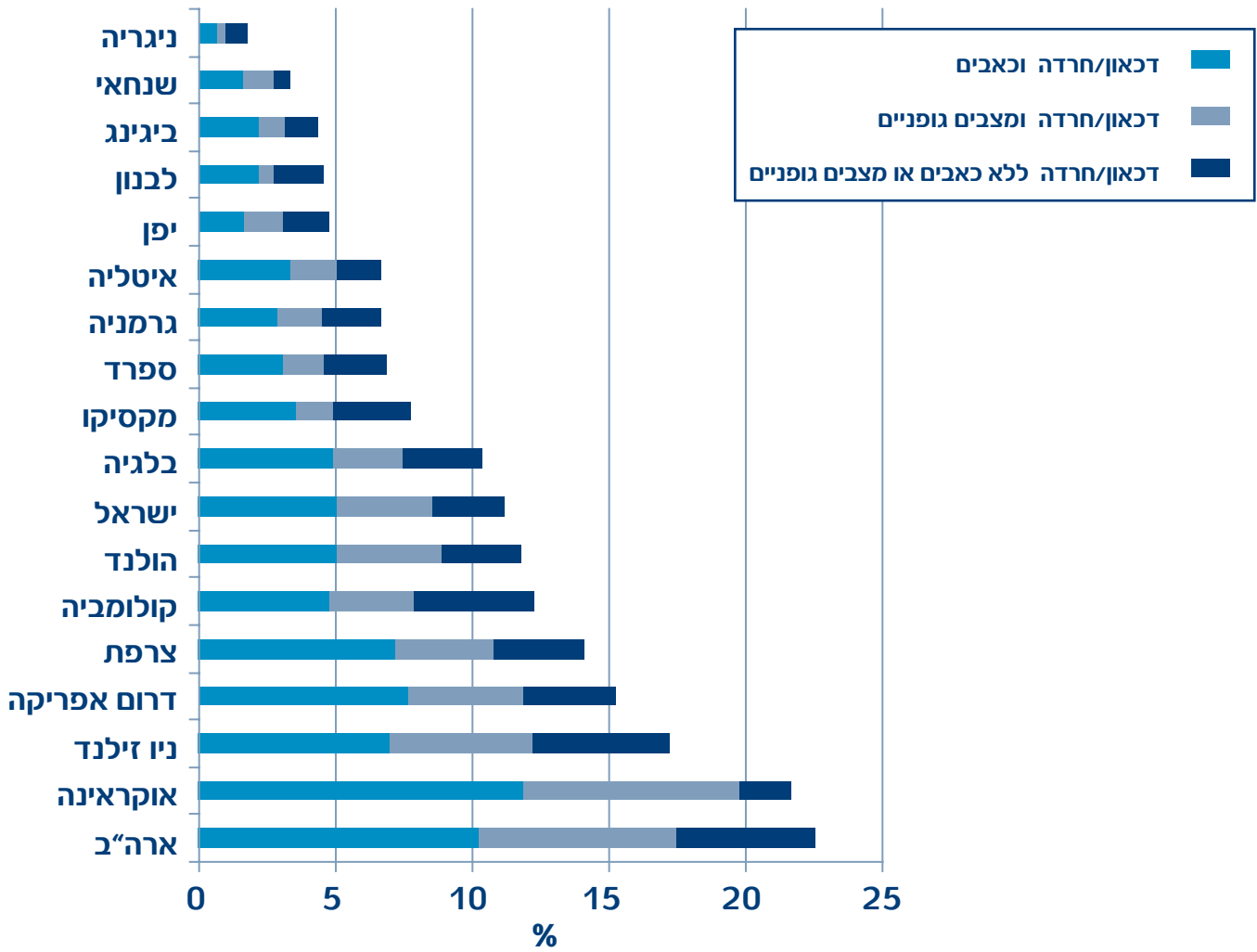


תחלואה גופנית ממושכת ובפרט כאבים ממושכים ומחלות לב, קשורה בעליה בהסתברות לנוכחות הפרעות נפשיות.

הערה: החישוב המוצג כאן בוצע תוך התאמה למשתנים: גיל ומין.

The Pattern and Nature of Mental-Physical Comorbidity: Specific or General? Gureje, O The Pattern and Nature of Mental-Physical Comorbidity: Specific or General? In: Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys, Von Korff, MR. Scott, KM. Gureje, O, Eds. Cambridge University Press, 2009.

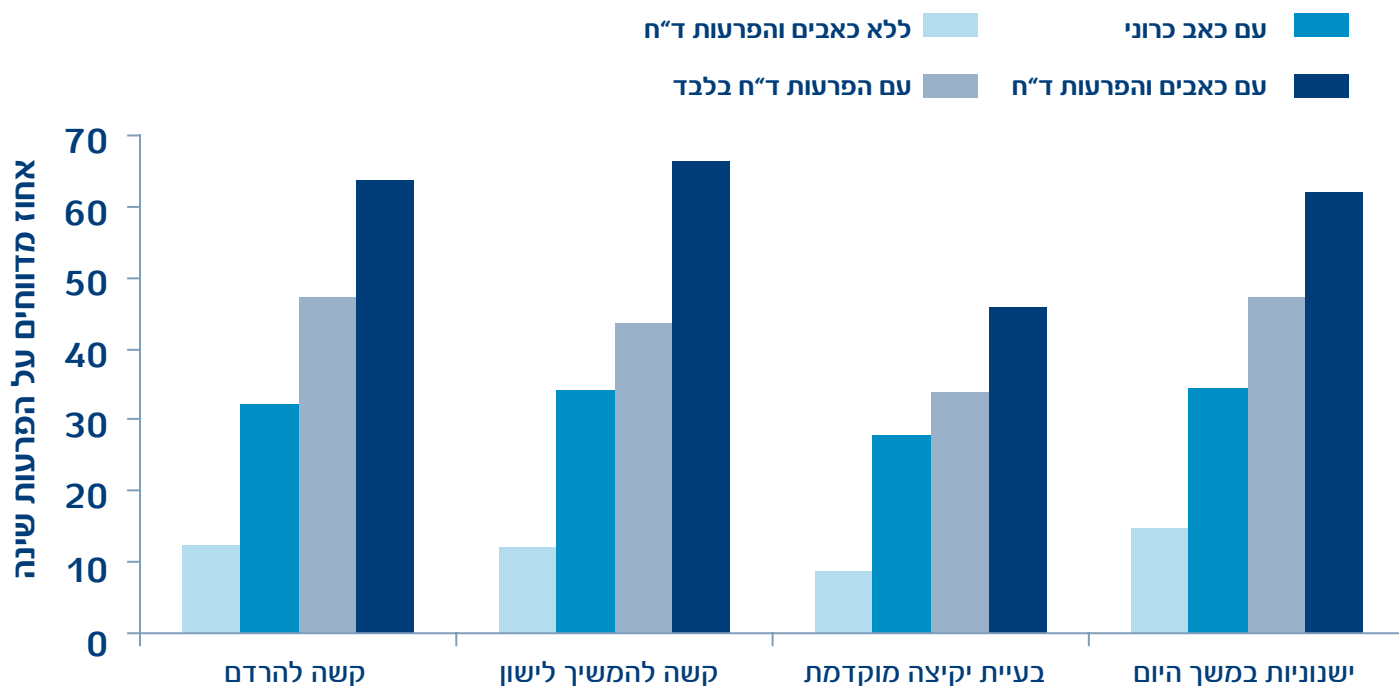
שכיחות הפרעות דכאון או חרדה אשר מלוות בתחלואה הגופנית - לפי מדינות: אחוזים



הפרעות דכאון או חרדה שאינן מלוות בתחלואה גופנית הן היוצא מהכלל. בכל המדינות הפרעות דכאון או חרדה אשר מלוות בתחלואה הגופנית היו שכיחות הרבה יותר מהפרעות דכאון או חרדה שאינן מלוות בתחלואה גופנית.

Scott, KM, Bruffaerts R, Tsang A. et.al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. Journal of Affective Disorders. 103: 113-120.

קשרים בין הפרעות דכאון או חרדה ובעיות שינה (ישראל): אחוז המדווחים על בעיות שינה



הסובלים מהפרעות דכאון או חרדה ומכאבים ממושכים מדווחים הרבה יותר על בעיות שינה מכל ארבעת הסוגים, בהשוואה למי שלא סובל מהפרעות דכאון או חרדה או כאבים

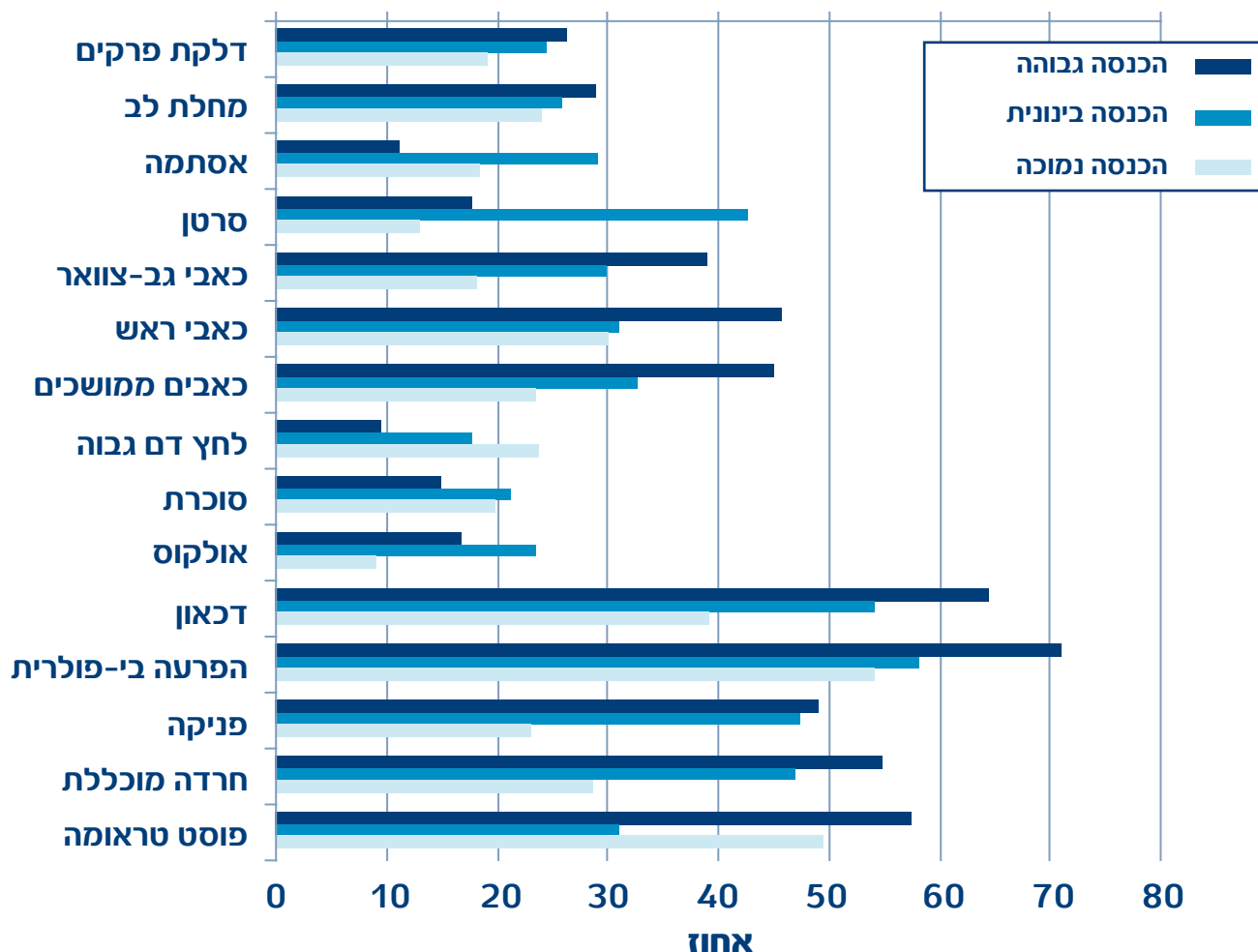
הערה: סוגי בעיות השינה:

בשנים-עשר החודשים האחרונים, האם היתה לך תקופה של שבועיים או יותר שבה היה לך קשה להרדם, כלומר כמעט בכל לילה עברו שעתיים או יותר עד שנרדמת?
 האם היתה לך תקופה של שבועיים או יותר שבה היה לך קשה להמשיך לישון, כלומר כמעט בכל לילה התעוררת ועברה שעה לפחות עד שנרדמת שוב?
 האם היתה לך תקופה של שבועיים או יותר שבה היתה לך בעיית יקיצה מוקדמת, כלומר כמעט בכל בוקר התעוררת לפחות שעתיים לפני השעה שרצית להתעורר?
 האם היתה לך תקופה של שבועיים או יותר שבה הרגשת ישנוני במשך היום?

Goral A, Lipsitz JD, Gross R

The relationship of chronic pain with and without comorbid psychiatric disorder to sleep disturbance and health care utilization: results from the Israel National Health Survey. J Psychosom Res. 2010 Nov;69(5):449-57

הפרעה בתפקוד היומיומי עקב תחלואה נפשיות או גופניות : אחוז מדווחים על הפרעה חמורה בכלל מדינות הסקר לפי רמת הכנסה של מדינה

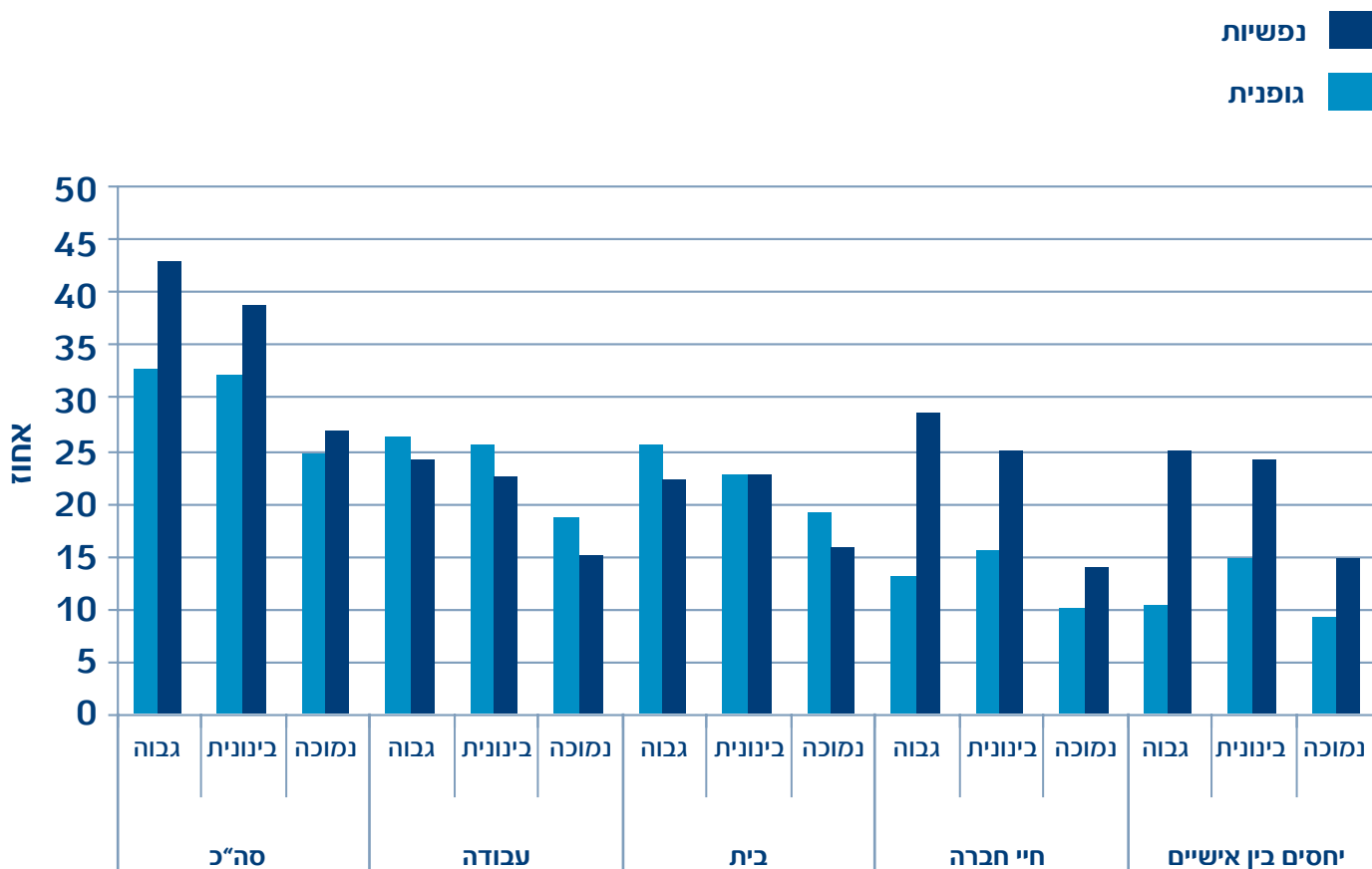


הפרעות נפשיות גרמו למוגבלות גבוהה יותר מבעיות גופניות בכל המדינות. מכין ההפרעות הנפשיות, הפרעות הרגש (הפרעה בי-פולרית ודכאון) היו המגבילות ביותר. מכין הבעיות הגופניות, הכאבים הממושכים (כאבי ראש, כאבי גב-צוואר וכאבים ממושכים אחרים) היו המגבילים ביותר.

הערה: המרוויינים נשאלו על מידת ההפרעה שחוו בארבעה תחומי חיים: פעילות כבית, עבודה, חיים חברתיים ויחסים עם קרובים. מידת ההפרעה דורגה באמצעות סולם מ-0 עד 10: אין הפרעה (0), הפרעה קלה (1-3), הפרעה בינונית (4-6), הפרעה חמורה (7-9) והפרעה חמורה מאוד (10).

מדד מידת ההפרעה חושב עבור כל תחום בנפרד. מידת ההפרעה הגבוהה ביותר מכין ארבעת תחומי התפקוד הוגדרה כמידת ההפרעה הכללית. בדיקת מידת המוגבלות באמצעות סולמות ה-SDS נערכה עבור כל אחד משאלוני האיכוון להפרעות הנפשיות ועבור מצב גופני אחד שנבחר באופן מקרי מכין המצבים הגופניים שמהם סבל המרוויינים ב-12 החודשים האחרונים שלפני הראיון. כלומר, הניתוח התבסס על מספר הערכות מוגבלות כמספר ההפרעות הנפשיות מהן סבל כל מרוויינין, אך רק על הערכת מוגבלות אחת למרוויינין לגבי מצב גופני, גם אם סבל ממספר מצבים.

מוגבלות בתפקוד עקב תחלואה גופנית ונפשית לפי תחומי תפקוד בכלל מדינות הסקר: אחוזים

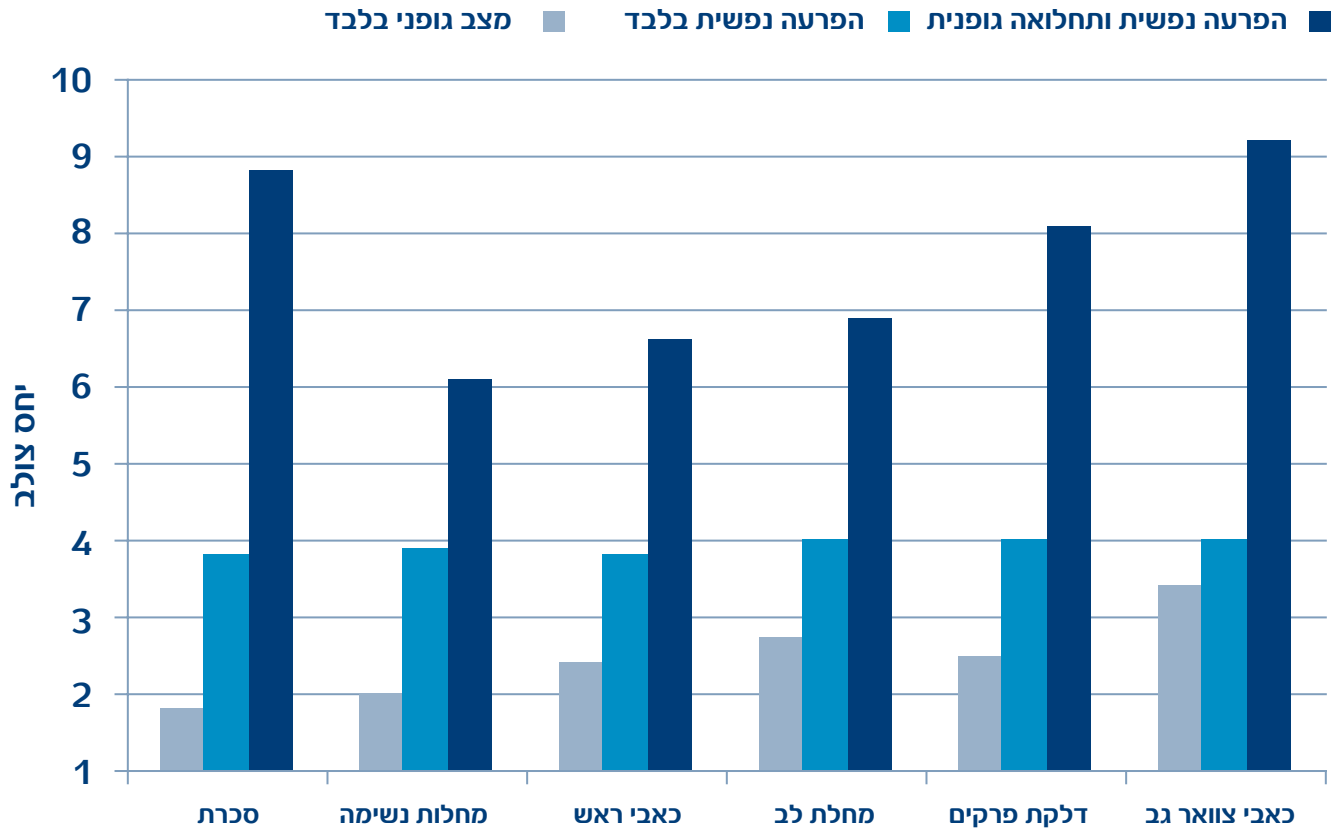


הפרעות דכאון או חרדה גורמות למוגבלות בעיקר בתחומים של יחסים חברתיים ויחסים בין אישיים. בתחומים של עבודות הבית או עבודה מחוץ לבית, אחוז המדווחים על מוגבלות גבוהה מסיבות נפשיות לא שונה מאחוז המדווחים על מוגבלות גבוהה מסיבות גופניות.

Ormel, J. Petukhova, Von Korff M et. Al. Disorder-specific disability and treatment of mental and physical disorders. (In press)

מוגבלות הקשורה בהפרעות דכאון וחרדה

מוגבלות בתפקוד בחודש האחרון: הסיכוי להיות בעשירון העליון של התפלגות המוגבלות על פי ה-WHODAS: יחס צולב

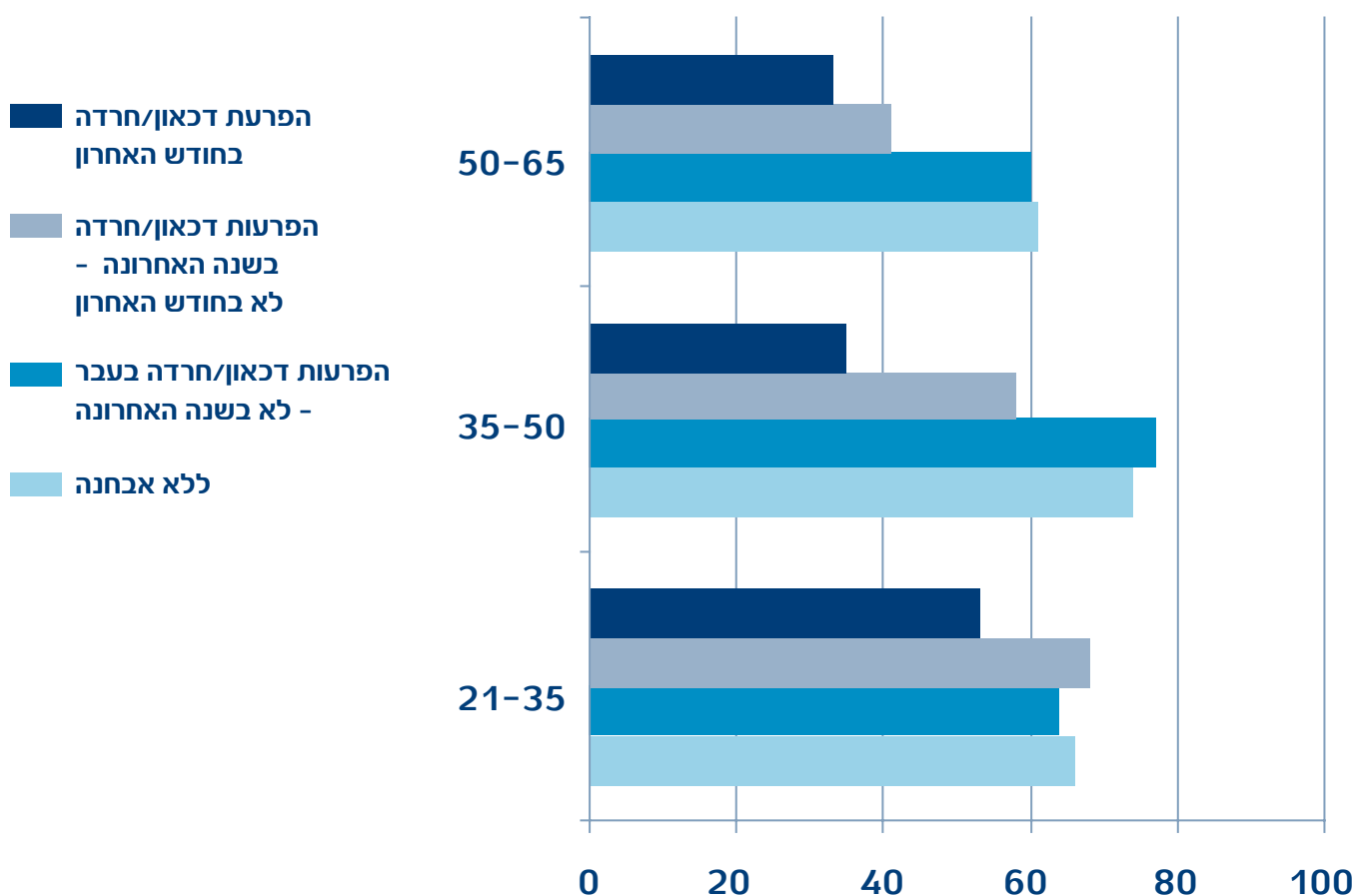


הסיכוי להשתייך לעשירון העליון של המוגבלים בתפקוד היה גבוה יותר בקרב מי שסבל מהפרעת דכאון/חרדה בלבד בהשוואה למי שסבל מתחלואה גופנית בלבד. הסיכוי היה גבוה עוד יותר כאשר האדם סבל מהפרעת דכאון/חרדה בנוסף לתחלואה הגופנית.

הערה: שאלון ה-WHODAS מתייחס לתפקוד בחודש האחרון ומכיל ששה פרקים: עבודה ותפקוד כללי, קוגניציה, נייחות, טיפול עצמי, אינטראקציה עם אנשים והשתתפות בפעילות חברתית. הציון הכולל בשאלון משקלל את מספר תחומי הירידה בתפקוד ואת משך (מספר ימים) הירידה בתפקוד.

Scott KM. The Joint Association of Mental and Physical Conditions with Disability
In: Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys,
Von Korff, MR, Scott, KM, Gureje, O., Eds. Cambridge University Press, 2009.

תעסוקה לפי מרחק הזמן מאפיזודת הפרעה בשלש קבוצת גיל (ישראל):
 אחוז מועסקים בחודש האחרון.

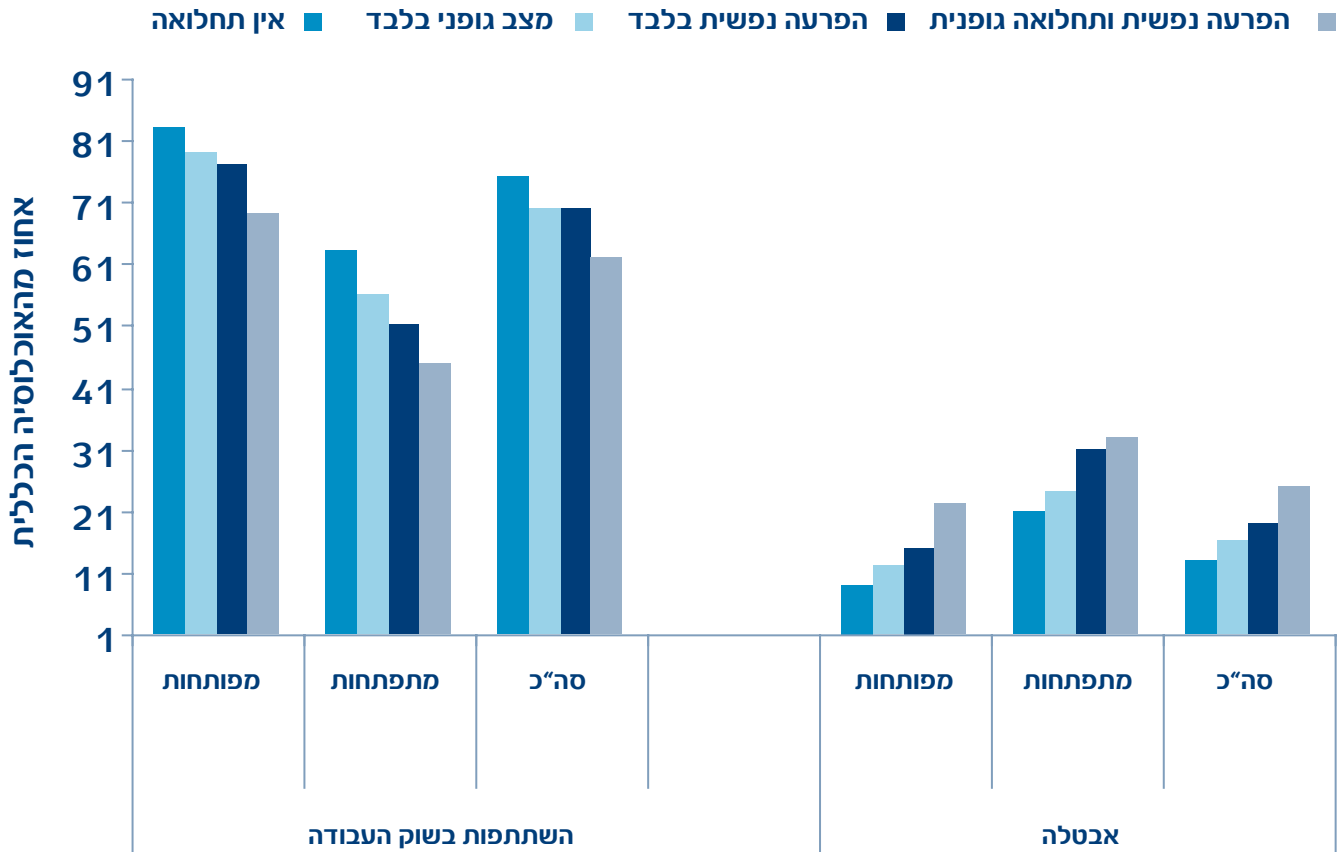


אחוז המועסקים היה הנמוך ביותר בקרב אלה שסבלו מהפרעות דכאון או חרדה בחודש שלפני הראיון. אחוז המועסקים בקרב מי שסבלו בעבר מהפרעות דכאון או חרדה אך לא סבלו מכך בשנה האחרונה לא היה שונה מאחוז המועסקים בקרב מי שלא סבלו מהפרעה נפשית אי פעם.

הערה: בניתוח רב משתני שהותאם למין, גיל, השכלה ותחלואה גופנית ממושכת היה הסיכוי להיות מועסק בקרב אנשים שסבלו מהפרעות דכאון או חרדה בעברם אך לא בחודש האחרון גבוה ב-80% מהסיכוי של אדם שסבל מהפרעה בחודש האחרון. סיכוי זה היה זהה לסיכוי של אדם שלא סבל מעולם מהפרעה נפשית.

מוגבלות הקשורה בהפרעות דכאון וחרדה

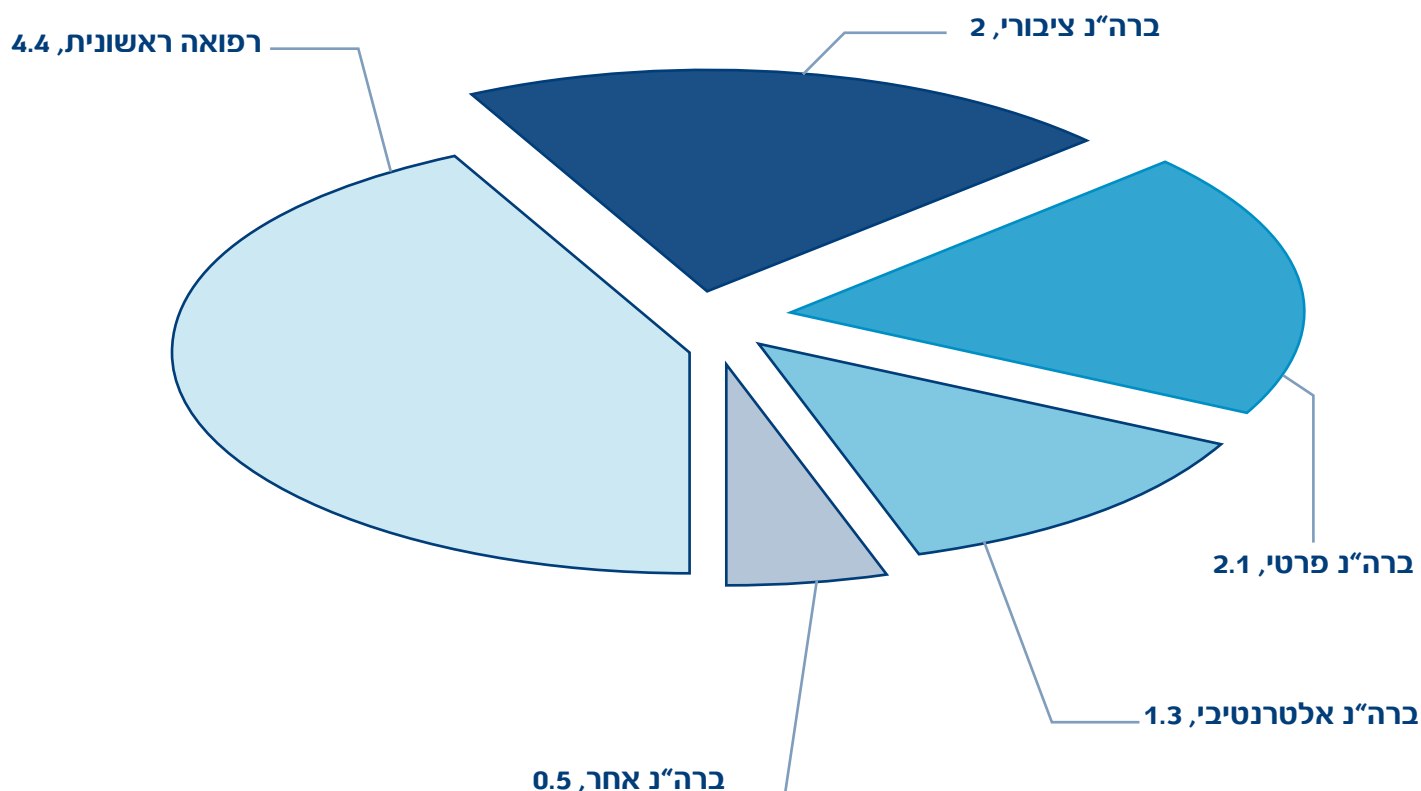
תעסוקה ואבטלה לפי סוג התחלואה, במדינות מתפתחות ומפותחות:
אחוזים



שיעורי התעסוקה היו נמוכים יותר, ושיעורי האבטלה היו גבוהים יותר באוכלוסיות עם הפרעות דכאון וחרדה ותחלואה גופנית, בהשוואה לאוכלוסיות עם תחלואה גופנית בלבד או תחלואה נפשית בלבד.

Von Korff, MR Labor Force Participation, Unemployment and Mental-Physical Comorbidity In: Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys, Von Korff, MR. Scott, KM. Gureje, O., Eds. Cambridge University Press, 2009.

הפונים לטיפול נפשי בשנה (ישראל): אחוזים

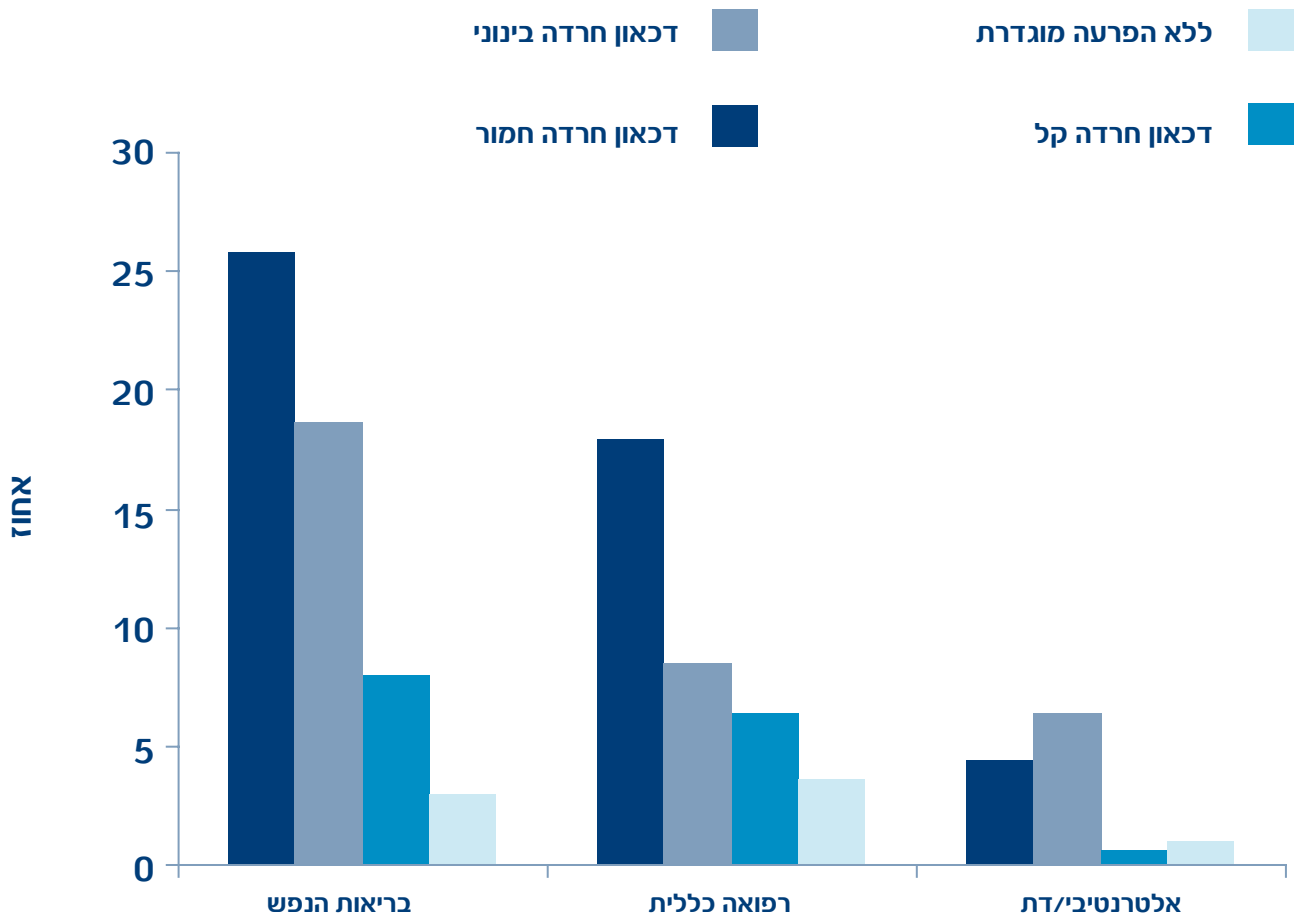


במהלך שנה אחת כ- 10% מכלל הבוגרים פונים להתייעצות בנושאים רגשיים/נפשיים. כ- 4.6% פונים לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש. 4.4% פונים לרופאי משפחה או רופאים אחרים ו-1.3% פונים לאנשי דת או רפואה אלטרנטיבית. מבין הפונים לאנשי מקצוע בבריאות הנפש, כמחצית פנו למסגרות טיפול ציבוריות (מרפאות בריאות נפש, מרפאות בבתי חולים וכו') והמחצית האחרת פנתה לטיפול פרטי (שיתכן ואצל חלק מהפונים היה מסובסד באמצעות קופה).

הערה: פונים אשר פנו למספר מסגרות טיפול במקביל שויכו רק למסגרת אחת לפי הסדר הבא: מי שפנה למסגרת בריאות נפש ולמסגרת כלשהיא אחרת, שויך לקבוצת הפונים לבריאות נפש. מי שפנה לרפואה ראשונית ולמסגרת כלשהיא אחרת, שויך לקבוצת הפונים לרפואה ראשונית.

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.

פונים לטיפול בשנה לפי מידת חומרה וגורם מטפל (ישראל): אחוזים

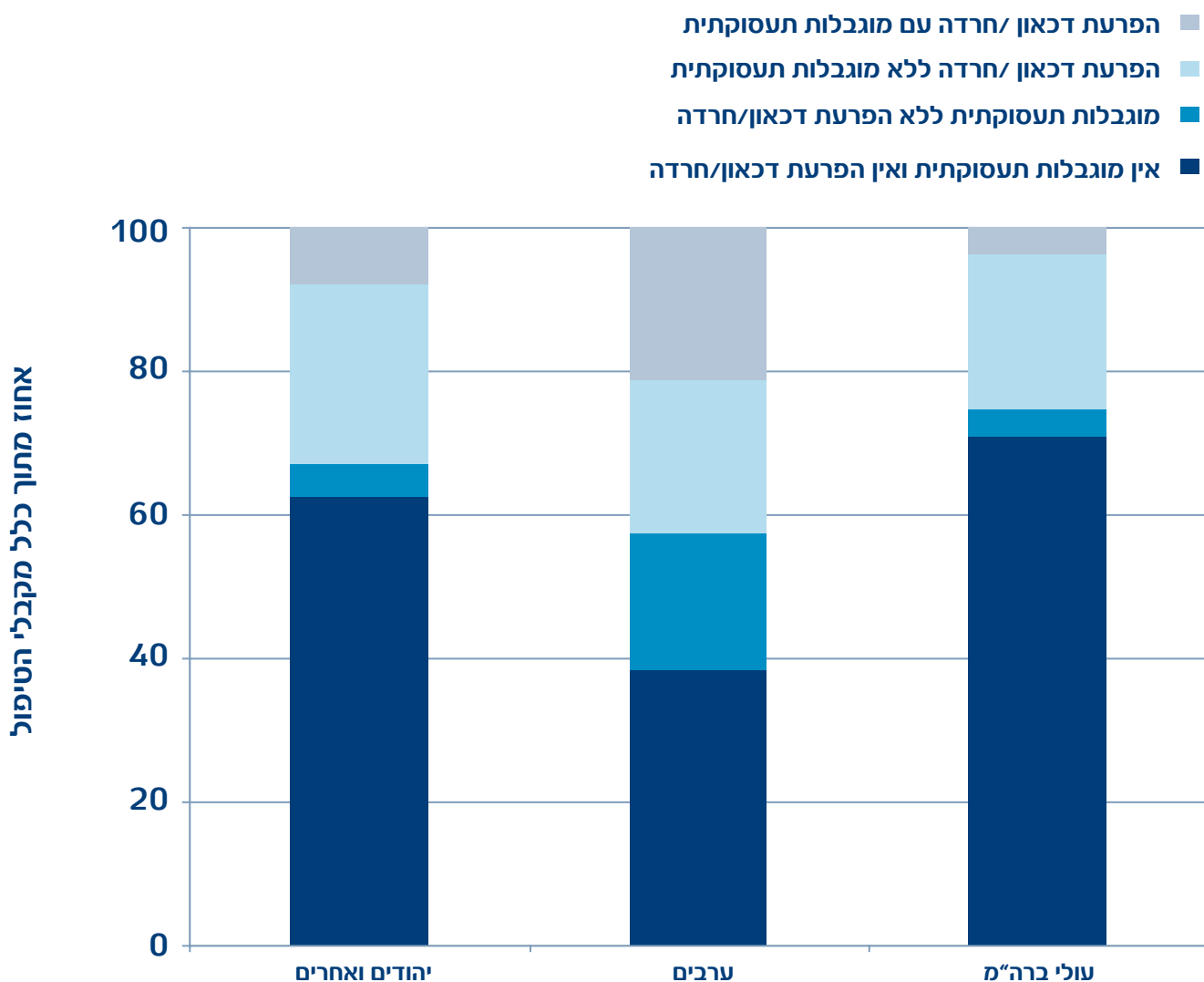


שיעורי הפניה לטיפול היו קשורים באופן בולט בדרגת החומרה של המקרים, בכל סוגי המסגרות אליהן פנו לטיפול. מבין המוגדרים כסובלים מדכאון חמור, 48% פנו לטיפול: 26% פנו לטיפול במסגרות בריאות נפש, 18% פנו לרפואה ראשונית ועוד 4% פנו לטיפולים אחרים.

הערה: פונים אשר פנו למספר מסגרות טיפול במקביל שויכו רק למסגרת אחת לפי הסדר הבא: מי שפנה למסגרת בריאות נפש ולמסגרת כלשהיא אחרת, שויך לקבוצת הפונים לבריאות נפש. מי שפנה לרפואה ראשונית ולמסגרת כלשהיא אחרת, שויך לקבוצת הפונים לרפואה ראשונית.

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.

מאפייני הפונים לטיפול כלשהוא בשלש תת-קבוצות בישראל



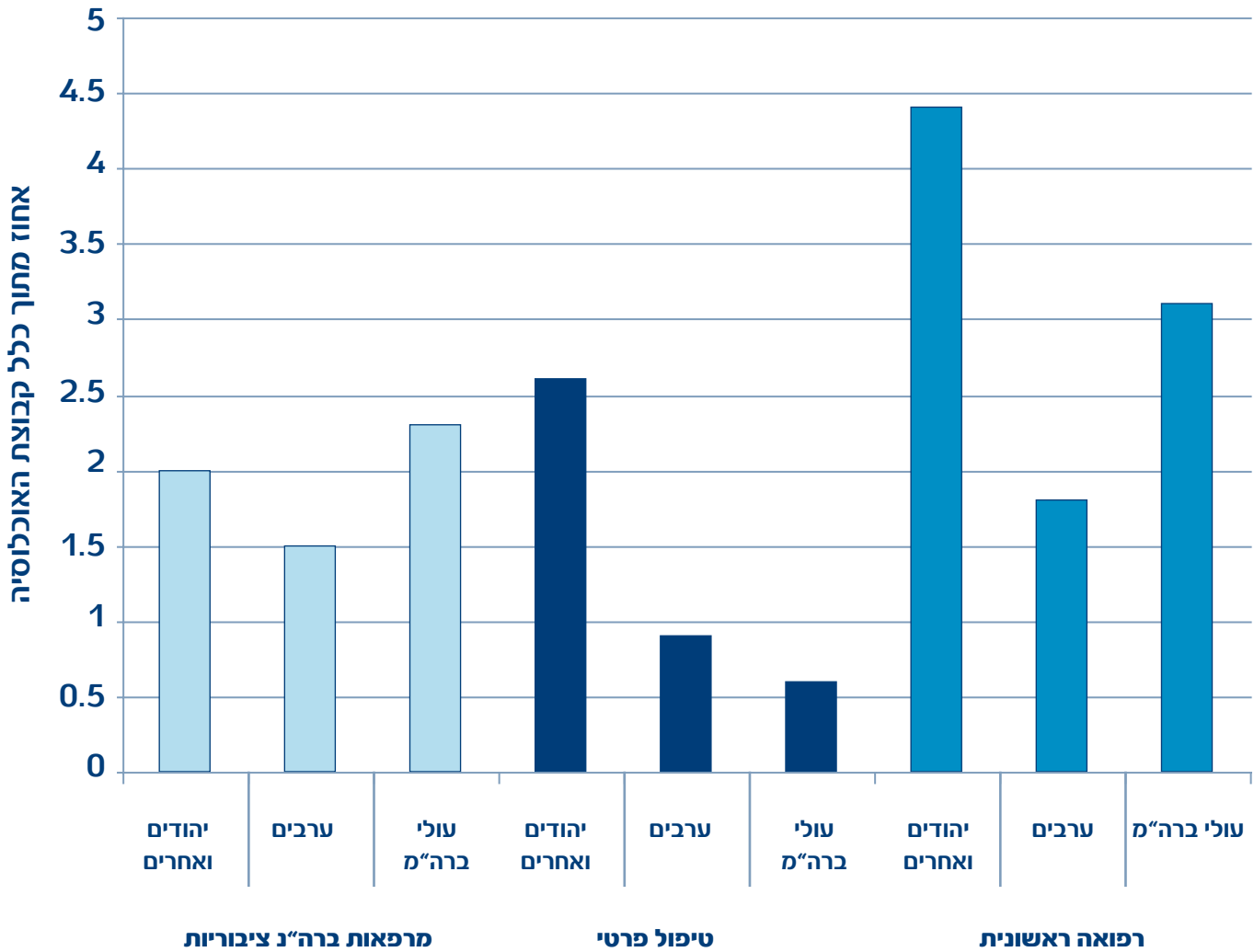
לאחוז ניכר מהפונים בכל שלש תת הקבוצות לא היתה אבחנה של דכאון או חרדה ולא דווח כי סבלו ממוגבלות בתעסוקה בשל סיבות נפשיות. השיעור הנמוך ביותר של פונים לטיפול שלא היתה להם אבחנה ולא היתה להם מוגבלות תעסוקתית מסיבות נפשיות נמצא בקרב הערבים.

הערה: הגדרת קבוצות אוכלוסייה

- ערבים - לפי רישום במרשם האוכלוסין.
- עולים - מי שעלו ממדינות ברית המועצות לשעבר משנת 1990 ואילך.
- יהודים ואחרים - כל מי שאינם כלולים בקטגוריות ערבים ועולים.

Levinson D, Lerner Y, Zilber N. Estimating the changes in demand for public mental health services following changes in eligibility: analysis of national survey data. J Ment Health Policy Econ. 2009 Mar;12(1):19-25.

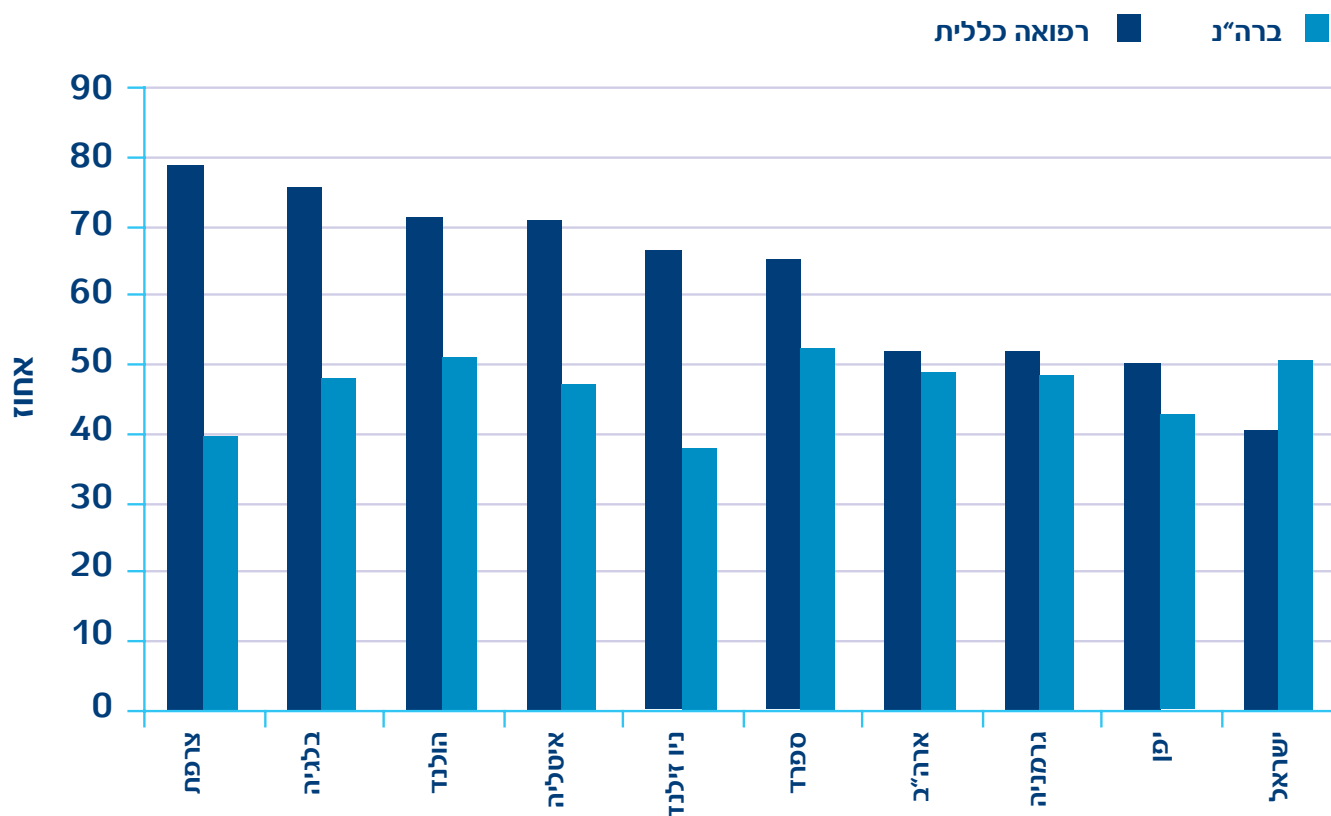
הפניה לטיפול בשלש תת-קבוצות בישראל: אחוזים



אחוז הפונים לרפואה ראשונית גבוה משיעור הפונים לבריאות הנפש, בכל תת-הקבוצות. שאר הפונים בקרב העולים והערבים פנו יותר לטיפול בריאות נפש ציבורי מאשר לטיפול פרטי. בקבוצת ה"יהודים והאחרים" פנו יותר לטיפול פרטי מאשר לטיפול הציבורי.

Levinson D, Lerner Y, Zilber N. Estimating the changes in demand for public mental health services following changes in eligibility: analysis of national survey data. J Ment Health Policy Econ. 2009 Mar;12(1):19-25.

פניה לטיפול ברפואה כללית ובמסגרות בריאות הנפש, בקרב מי שפנו לטיפול כלשהוא במדינות מפותחות: אחוזים

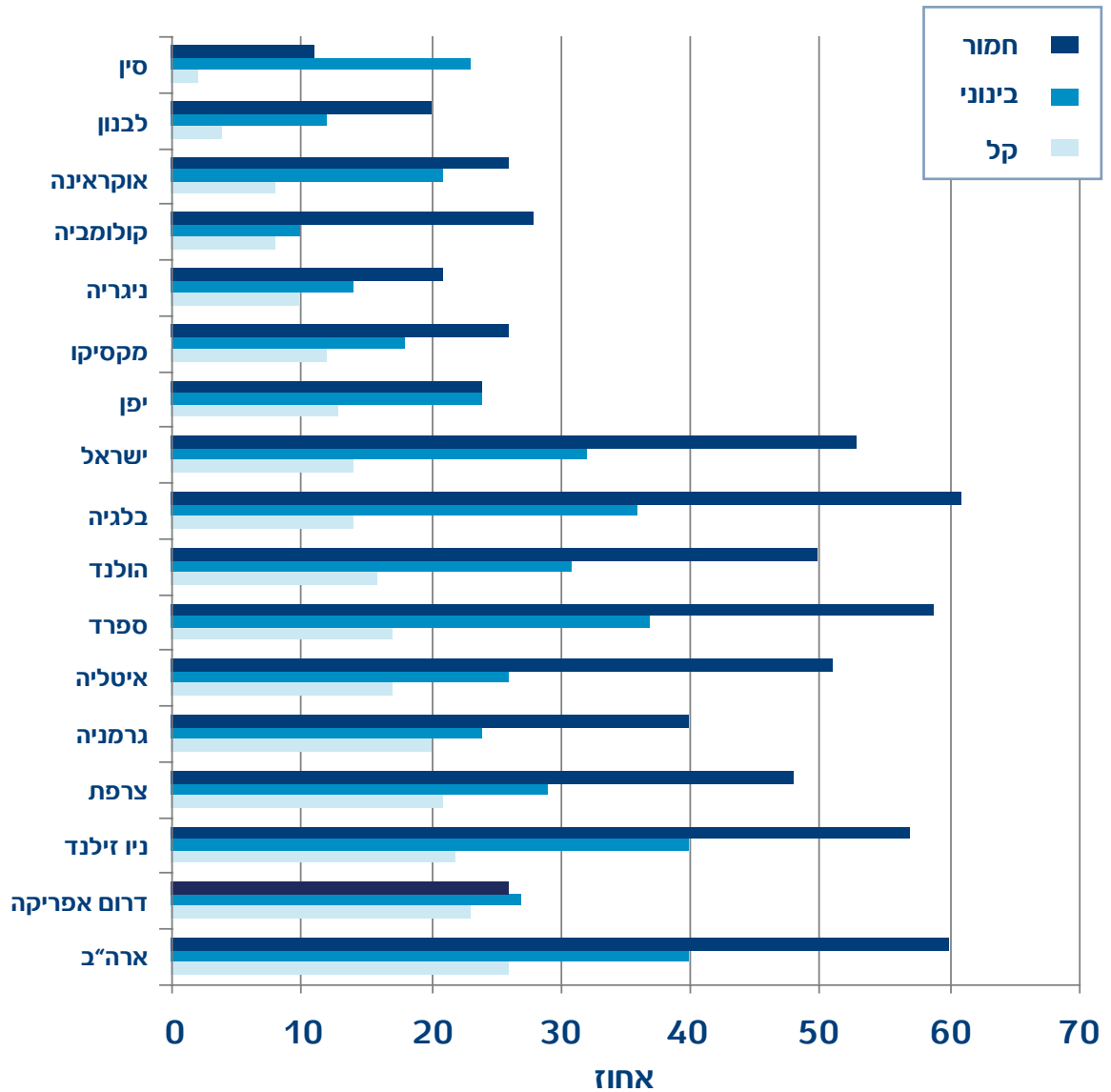


בניגוד לשאר המדינות, בישראל רוב הפונים לטיפול נפשי פנו לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש.

הערה: קימת אפשרות לפניה לרפואה כללית ולמסגרות בריאות נפש במקביל. נתוני ישראל בעיבוד הנוכחי אינם כוללים פניה לצורך מעקב תרופתי בלבד.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O. et. Al. (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, 2011

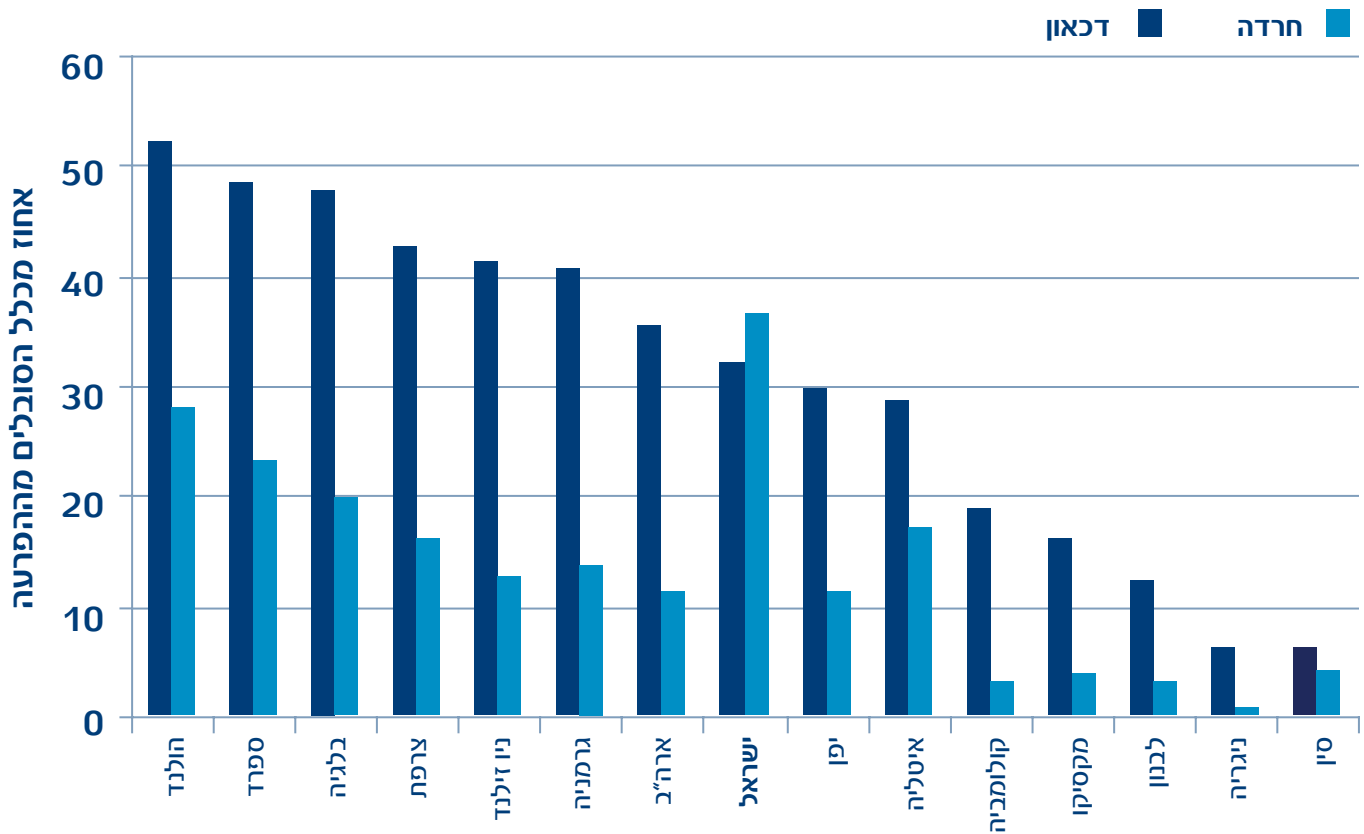
טיפול בידי אנשי מקצוע בבריאות הנפש בקרב מי שפנו לטיפול כלשהוא, לפי דרגות החומרה של המקרים, במדינות הסקר: אחוזים



בכל המדינות נמצא קשר בין חומרת המקרה לבין אחוז הפניה לטיפול, אך בכולן, לא עלה אחוז הפניה לטיפול בקרב המקרים החמורים על 60%.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O. et. Al. (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, 2011.

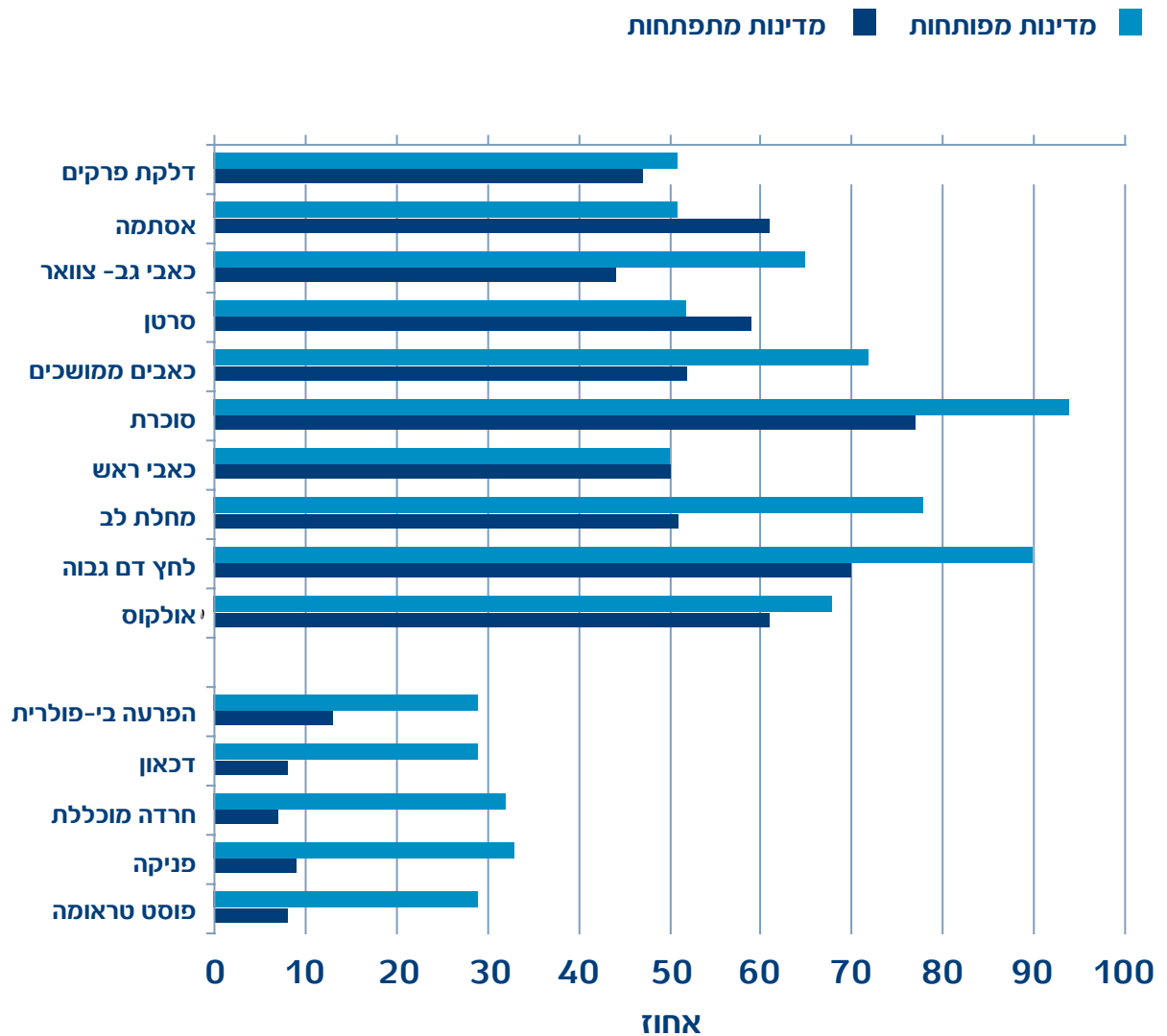
פניה לטיפול בשנה הראשונה להופעת הפרעה, במדינות הסקר: אחוזים



בישראל, אחוז הפונים לטיפול בגלל הפרעות חרדה היה הגבוה ביותר בהשוואה לשאר המדינות. בהפרעות דכאון, אחוז הפונים לטיפול בישראל היה נמוך מהאחוז ברוב המדינות.

Wang, PS, Angermeyer M, Borges G. et. Al. (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.

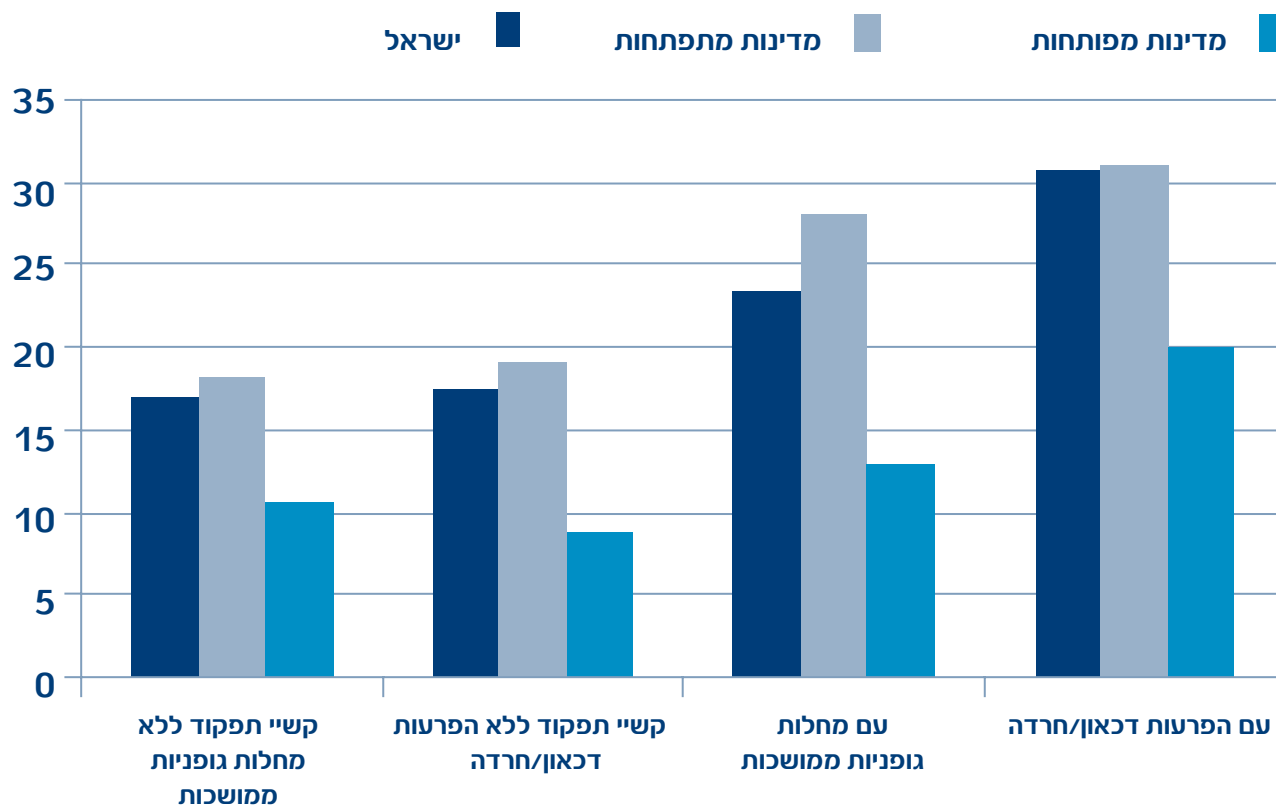
פניה לטיפול נפשי בהשוואה לפניה לטיפול בבעיות גופניות,
במדינות מפותחות ומתפתחות: אחוזים



שיעורי הפניה לטיפול נפשי בקרב מי שזקוקים לו נמוכים מאוד משיעורי הפניה לטיפול בתחלואה גופנית. ההבדל בשיעורים מאפיין את כלל המדינות.

Ormel J, Petukhova M, Von Korff M Disorder-specific disability and treatment of mental and physical disorders in Alonso J, Chatterji S, He Y,(Eds.) The Burdens of Mental Disorders in the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge University Press (in press)

רמת ה"סטיגמה" המורגשת בקרב הסובלים מהפרעות דכאון או חרדה בהשוואה לזו המורגשת בקרב הסובלים ממחלות גופניות: אחוזים



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

הערה: ההבדלים ברמת ה"סטיגמה" נבדקו בקרב משיבים שדיווחו על קשיים בתפקוד בחודש שלפני הסקר בלפחות אחד מתחומי התפקוד: טיפול בעצמי, נייודות תפקוד קוגניטיבי או תפקוד חברתי.

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

Alonso J, Buron A, Bruffaerts R et. Al. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys. Acta Psychiatr Scand. 2008 Oct;118(4):305-14

1. Asaf, S., Levav, I., Jenny, B., Shemesh, A.A., Kohn, R. (in press). A community study of psychiatric disorders and other health dimensions among Holocaust survivors six decades later. *British Journal of Psychiatry*.
2. Gal, G., Kaplan, G., Gross, R., Levav, I. (2008). Status inconsistency and common mental disorders in the Israel-based World Mental Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 999-1003.
3. Gal, G., Levav, I., Gross, R. (2011) Psychopathology Among Adults Abused During Childhood or Adolescence: Results from the Israel-based World Mental Health Survey. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 199(4), 222–229.
4. Gal, G., Goldberger, N., Kabaha, A., Haklai, Z., Gerasy, N., Gross, R., Levav, I. (epub 2011). Suicidal Behavior among Muslim Arabs in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. PubMed Abstract
5. Goral, A., Lipsitz, J.D., Gross, R. (2010). The relationship of chronic pain with and without comorbid psychiatric disorder to sleep disturbance and health care utilization: results from the Israel National Health Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 449-457.
6. 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):356-63.
7. Levav, I., Al-Krenawi, A., Ifrah, A., Gerasy, N., Grinshpoon, A., Khwaled, R., Levinson, D. (2007). Common Mental Disorders among Arab-Israelis: Findings from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry*: 44(2); 104-113.
8. Levav, I., Levinson, D., Radomislensky, I., Shemesh, A.A., Kohn, R. (2007). Psychopathology and Other Health Dimensions among offspring of Holocaust Survivors: Results from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry*: 44(2); 144-151.
9. Lerner, Y., Levinson, D. (epub 2011). Dropout from outpatient mental health care: results from the Israel National Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
10. Lerner Y, Levinson D. (2012) Who gets mental health treatment from the general practitioner? Results from the Israel National Epidemiological Mental Health Survey *Family Practice*. [in press]
11. Levinson, D., Levav, I., Bin Nun, G., Polakiewicz, J. (2007). Editorial: Israel National Health Survey: New Data for Planners, Clinicians, Researchers and the Public at Large. *Israel Journal of Psychiatry*: 44(2); 79-80.
12. Levinson, D., Paltiel, A., Nir, M., Makovski, T. (2007). The Israel National Health Survey: Issues and Methods. *Israel Journal of Psychiatry*: 44(2); 85-93.
13. Levinson, D., Zilber, N., Lerner, Y., Grinshpoon, A., Levav, I. (2007). Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the Community: Results from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry*: 44(2); 94-103
14. Levinson, D., Lerner, Y., Zilber, N., Grinshpoon, A., Levav, I. (2007). Twelve-month Service Utilization Rates for Mental Health Reasons: Data from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry*: 44(2); 114-125
15. Levinson, D., Haklai, Z., Stein, N., Polakiewicz, J. (2007). Suicide Ideation, Planning and Attempts: Results from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry*: 44(2); 136-143.
16. Levinson, D., Karger, C.J., 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.
17. Levinson, D. & Lerner, Y. (2009 epub). Employment among persons with past and current mood and anxiety disorders in the Israel National Health Survey. *Psychiatric Services*, 60(5).
18. Levinson, D. Lerner, Y., Zilber, N. (2009). Estimating the changes in demand for public mental health services following changes in eligibility: analysis of national survey data. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12, 19-25.

19. 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* 2009 Jun 10
20. Mirsky, J, Kohn, R, Levav, I, Grinshpoon, A, Ponizovsky, AM (2008). Psychological distress and common mental disorders among immigrants: Results from the Israel-based component of the World Mental Health Survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1715-1720.
21. Mirsky, J., Kohn, R., Dolberg, P., Levav, I. (epub 2010). Suicidal behavior among immigrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
22. Nakash,O, Shemesh,A, Nagar,M, Levav,I. Cancer and Common mental disorders in the community: Results of the Israel-world mental health survey. *THE EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHIATRY* [in press]
23. Neumark, Y.D., Lopez-Quintero, C., Grinshpoon, A., Levinson, D. (2007). Alcohol Drinking Patterns and Prevalence of Alcohol-Abuse and Dependence in the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry*: 44(2); 126-135.
24. Ponizovsky AM, Grinshpoon A. (2009).Mood and anxiety disorders and the use of services and psychotropic medication in an immigrant population: findings from the Israel national health survey .*Can J Psychiatry*. Jun;54(6):409-19.
25. 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].
26. Sharon, A., Levav, I., Brodsky, J., Shemesh, A.A., Kohn, R. (2010). Psychiatric disorders and other health dimensions among Holocaust survivors 6 decades later. *British Journal of Psychiatry*, 195, 331-335.

1. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., et.al. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129(3), 332-342
2. Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., et.al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *World Psychiatry*: 6; 168-176.
3. Ormel, J., Von Korff, M., Burger, H., et.al. (2007). Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. *General Hospital Psychiatry*, 29(4), 325-334.
4. Scott, K.M., Von Korff, M., Ormel, J., et.al (2007). Mental disorders among adults with asthma: Results from the World Mental Health Survey. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 123-133.
5. Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, E., Alonso, J., et.al. (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.
6. Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G., et.al (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
7. Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R et.al (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305-314.
8. Gureje, O., Von Korff, M., Kola, L et.al, (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 135, 82-91.
9. He, Y., Zhang, M., Lin, E. H. B., et.al., (2008) Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 38(11), 1639-50.
10. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et.al (2008). Lifetime Prevalence and Age of Onset Distributions of Mental Disorders in the World Mental Health Survey Initiative. In: Ronald C. Kessler & T. Bedirhan Üstün, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008. pp. 511-521.
11. Lee, S., Tsang, A., Ruscio, A.M., et.al (2008). Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. *Psychological Medicine*. 39(7): 1163-1176.
12. Lin EH, Korff MV, Alonso J, et.al Mental disorders among persons with diabetes--results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 571-80
13. Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J et.al (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192: 98-105.
14. Scott KM; Von Korff M; Alonso J , et.al (2008). Age patterns in the prevalence of depressive/anxiety disorders with and without physical comorbidity. *Psychological Medicine*, 38(11), 1659-1669
15. Scott, K.M., Bruffaerts, R., Simon, G.E., et.al., (2008). Obesity and mental disorders in the general population: Results from the World Mental Health Surveys. *International Journal of Obesity*, 32(1), 192-200.
16. Seedat, S., Stein, D.J., Herman, A., et.al Sonnega, J., Heeringa, S., Williams, S., Williams, D. (2008). Twelve-month Treatment of Psychiatric Disorders in the South African Stress and Health Survey (World Mental Health Survey Initiative). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11), 889-897.
17. Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., et.al (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.

18. Von Korff, M., Crane, P.K., Alonso, J., et.al (2008). Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(11), 1132-1143.
19. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et.al (2008) Delay and Failure in Treatment Seeking after First Onset of Mental Disorders in the World Mental Health Survey Initiative. In: Ronald C. Kessler & T. Bedirhan Üstün, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008. pp. 522-533.
20. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et.al, In: Ronald C. Kessler & T. Bedirhan Üstün, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008. pp. 541-552.
21. Lee, S., Tsang, A., Ruscio, A.M., et.al (2009). Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. *Psychological Medicine* 39(7), 1163-1176.
22. Lee, S., Tsang, A., Breslau, J., et.al, (2009). Mental disorders and termination of education in high-income and middle-income countries: epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 411-417
23. Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., et.al (2009). Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6 (8):e1000123.
24. Scott, K.M., Von Korff, M., Alonso, J., et.al (2009). Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39(1), 33-43.
25. Seedat, S., Scott, K.M., Angermeyer, M.C et.al (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.
26. Stein, D.J., Chiu, W.T., Hwang, I., et.al.,(2010) Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS ONE*, 13, 5(5):e10574.
27. Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., et.al (2010). Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Molecular Psychiatry*,
28. Borges, G., Nock, M.K., Haro, J.M., et.al, (2010). Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617-1628
29. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., et.al (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 197 (1), 20-27.
30. de Graaf, R., Radovanovic, M., van Laar et.al, (2010). Early cannabis use and estimated risk of later onset of depression spells: epidemiological evidence from the population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *American Journal of Epidemiology*, 172, 149-159.
31. Degenhardt, L., Dierker, L., Chiu, W.T et.al. (2010). 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 and Alcohol Dependence*, 108, 84-97.
32. Karam, E.G., Andrews, G. Bromet, E. et.al (2010). The role of Criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 68 (5), 465-73.
33. Kessler, R.C., Birnbaum, H., Shahly, V., et.al (2010). Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression & Anxiety*, 27(4), 351-364.

34. Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., et.al., (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry* 197, 378-385
35. Gureje, O., Oladeji, B., Hwang, I., et.al, (2010). Parental Psychopathology and the Risk of Suicidal Behavior in their Offspring: Results from the World Mental Health Surveys. *Molecular Psychiatry*.
36. Levinson, D., Lakoma, M.D., Petukhova et.al (2010). Associations of serious mental illness with earnings: Results from the WHO World Mental Health surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197, 114-121
37. Scott, K.M., Wells, J.E., Angermeyer, et.al (2010). Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychological Medicine*, 40,1495-1505
38. Scott, K.M., Hwang, I., Chiu, W.T, et.al (2010). Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the World Mental Health Surveys. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 712-719.
39. Alonso, J., Vilagut, G., Chatterji, S., et.al,, (2011). Including information about co-morbidity in estimates of disease burden: results from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 41(4), 873-86
40. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et.al, (2011) Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011 Jul 26;9:90
41. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., et.al, (epub 2011). Treatment of Suicidal Persons around the World. *British Journal of Psychiatry*.
42. Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., et.al (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1234–1246.
43. Gureje, O., Oladeji, B., Hwang, I et.al,, (2011). Parental psychopathology and the risk of suicidal behavior in their offspring: Results from the World Mental Health Surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1221-1233.

