

בריאות נפש וטראומה בקרבת ישראלים מבוגרים¹

דב שמוטקי²

ישראל מהווה זירה ייחודית לחקר בריאות הנפש בחברה בעלת גיוון תרבותי, המתפתחת בתנאי לחץ בלתי רגילים. ניתוח נתוני SHARE-ישראל, הסוקרים את מצב הישראלים בגילאי אמצע החיים והזיקנה, מספק תיאור של המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים העיקריים של בריאות הנפש, כפי שזו באה לידי ביטוי בדיווחים רטרוספקטיביים על דיכאון ובדיווחים על סימפטומים דיכאוניים בהווה. ערבים ישראלים ועולים חדשים מברית המועצות לשעבר הציגו רמות גבוהות של סימפטומים דיכאוניים בהשוואה ליהודים ישראלים ותיקים, אך דיווחו על היארעות נמוכה יותר של תקופות דיכאון במהלך החיים. בקרב קבוצת הוותיקים נמצאו ילידי ישראל כבעלי הנטייה הנמוכה ביותר לסימפטומים דיכאוניים בהשוואה לישראלים שנולדו במקום אחר. בנוסף, תוצאות דו-משתניות הראו כצפוי על קשר בין דיכאון בעבר וסימפטומים דיכאוניים בהווה לבין השתייכות לקבוצות של נשים, זקנים מאוד, אלמנים/ות, בעלי מעמד סוציו-אקונומי נמוך ובעלי תפיסה שלילית של הבריאות האישית. בהתייחס לחוויות טראומטיות לאורך החיים, כפי שהצטברו עד לגילים מתקדמים בחיים, עסקו הנתונים המוצגים בזיהוי ובתיאור של קבוצת ניצולי השואה, וכן בהיארעות של 17 אירועים טראומטיים בכלל האוכלוסייה. יש לציין במיוחד, שטראומה מצטברת הסבירה באופן מובהק, ומעבר להשפעת מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, תקופות דיכאון במהלך החיים. מממצא זה ניתן להסיק, שעל סקירה אפידמיולוגית של בריאות הנפש לקחת בחשבון את ההקשר הביוגרפי ארוך הטווח של הפרט, במיוחד באוכלוסיות בעלות עבר טראומטי עשיר כמו זו של ישראל.

1 אני מביע את תודתי לרני אבנד על עזרתו בעיבודים הסטטיסטיים ובהכנה של מאמר זה.
2 חנוג לפסיכולוגיה ומכון הרצג לחקר הזיקנה, אוניברסיטת תל-אביב.

מבוא

מושגים שונים מתארים את בריאות הנפש בגיל מבוגר (Gatz & Zarit, 1999). הגישה הקלינית המסורתית מתמקדת על פי רוב בפסיכופתולוגיה ובדמנציה הקשורה לגיל, אלצהיימר למשל (Woods, 1996). אכן דמנציה נתפסת כאיום המשמעותי ביותר על בריאות הנפש בגיל המאוחר, ומכיוון שהסימפטומים המוקדמים שלה נוגעים ברובם לפגיעה קוגניטיבית, היא מושכת תשומת לב רבה לתהליכי הזדקנות תקינים ולא תקינים של ירידה קוגניטיבית (ראו מאמרה של איילון בחוברת זו). גישה שונה לגמרי גורסת, שבריאות נפשית אינה רק העדר סימפטומים נפשיים, אלא גם מצב של שלמות (well-being) ויכולת התמודדות (coping) עם הלחץ והאובדן, ההולכים ומתגברים, שהפרט חווה לאורך ההזדקנות (Keyes, 2007; Shmotkin, 1998).

מאמר זה מתמקד במצב בריאות הנפש דרך הרצף הרחב של תופעות דיכאוניות, שנעות ממחלה קלינית, המביאה על החולים סבל רב והעדר תפקוד, עד סימפטומים דיכאוניים נפוצים, המטרידים חלקים נרחבים של האוכלוסייה. דיכאון הוא האבחנה הפסיכיאטרית הנפוצה ביותר בקרב האוכלוסייה המבוגרת (Blazer, 2003), והוא שכיח במיוחד בקרב הזקנים ביותר (Stek et al., 2004). דיכאון בגיל מאוחר מתבטא, לעתים קרובות, בצורה שונה מאשר בגיל צעיר יותר (Roose & Devanand, 2006), ויכול לכלול צירופים שונים של אתיולוגיות ראשוניות ומשניות (Schneider, Reynolds, Lebowitz, & Friedhoff, 1994).

אחת המשימות העיקריות של סקרים אפידמיולוגיים היא תיאור מושגי היעד למחקר על פי קווי המתאר הסוציו-דמוגרפיים שלהם. כך מצאו מחקרים רבים שדיכאון וסימפטומים דיכאוניים נמצאים במתאם משמעותי עם מגדר (מופיעים יותר אצל נשים), מצב משפחתי (מופיעים אצל אלמנים יותר מאשר אצל נשואים) ומצב סוציו-אקונומי (מופיעים יותר אצל בעלי השכלה והכנסה נמוכות) (Brodaty et al., 2005; Evans, Heikkinen, & Kauppinen, 2003; Madden, Feldman, Barrett, & Pietromonaco, 2000; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997; Turner, Killian, & Cain, 2004). ככלל, הממצאים המפורטים לעיל משקפים הבדלים במשאבים האישיים ובנגישות למשאבים המתאפשרת בקבוצות חברתיות שונות. הבדלים אלה עלולים להתחדד, כשאנשים הופכים פגיעים יותר בגיל מבוגר יותר. על פי רוב, מחקרים אפידמיולוגיים בישראל מאששים את הממצאים העיקריים ממדינות מערביות, ובנוסף מדווחים על כך שעולים חדשים מועדים לדיכאון יותר מוותיקים (אייל ושמוטקין, 2001; קושנירוביץ, Lancu, Horesh, Lepkifker, & Drory, 2003; Ruskin et al., 2007; Shmotkin, Lomranz, Eyal, & Zemach, 1999).

ישראל היא זירה ייחודית לחקר השפעות רב תרבותיות והיסטוריות על הזדקנות. חלק נכבד מהישראלים המבוגרים עברו לאורך החיים שינויים בהקשרים שהיו טראומטיים לעתים קרובות. הם סבלו רדיפות, עקירה ממקום המגורים והגירה, קשיים כלכליים, הסתגלות תרבותית לחברה רב-עדתית הנבנית מחדש, מלחמות מרובות, טרור ושכול (Lomranz, 1990, 1995). בהקשר זה, לחוויית השואה ולנגזרותיה היו השפעות רחבות ועמוקות על חיי ישראלים מבוגרים רבים וצאצאיהם (Shmotkin, 2003). כפי הנראה, מסלולי חיים, המאופיינים באירועי לחץ וטראומה, מעצבים את בריאות הנפש וההזדקנות, במיוחד כשהם הופכים למצוקה מצטברת או, לחילופין, ליתרון מצטבר, ובכך מזינים שיווי משקל פסיכולוגי עדין בין פגיעות לעמידות (Kessler, 1997; Ryff, Singer,) מגוון מחקרים (Love, & Essex, 1998; Sadavoy, 1997; Turner & Lloyd, 1995) כבר הצביעו על ההשפעות המיוחדות של אירועי לחץ וטראומה על האוכלוסייה הזקנה בישראל (לדוגמה: Bleich, Gelkopf, Melamed, & Solomon, 2005; Litwin, 1995; Shmotkin, Blumstein, & Modan, 2003; Shmotkin & Lomranz, 1998; Solomon & Ginzburg, 1998). עם זאת, עדיין לא נחקרו דיין הטראומות שחולקים הערבים הישראלים, שחיייהם הושפעו ממעמדם כמיעוט מנוכר בתוך הסכסוך הפלשתיני-הישראלי הבלתי פתור. מכאן עולה שנקודות החיבור בין בריאות הנפש, טראומה, הזדקנות וגיוון חברתי הן רלוונטיות ביותר לישראל, ולכן דורשות חקירה מעמיקה.

פרוייקט SHARE-ישראל, כחלק מסקר הבריאות, ההזדקנות והפרישה באירופה (SHARE), מספק הערכה רחבת היקף של מצב הישראלים בגילאי אמצע החיים והזיקנה, כפי שהתקבלה במדגם ארצי במהלך 2005-2006 (לסקירה ראו את מאמרם של ליטוין וספיר בחוברת זו). מטרת המחקר המוצג במאמר זה, על פי SHARE-ישראל, היתה לתאר מאפיינים סוציו-דמוגרפיים עיקריים של בריאות הנפש, כפי שזו באה לידי ביטוי בשונות של הדיווחים הרטרוספקטיביים על דיכאון ושל סימפטומים דיכאוניים בהווה בנתונים המשוקללים של האוכלוסייה. מטרה אחרת היתה לערוך מיפוי של אירועים טראומטיים בחיי הפרט, כפי שנצטברו עד לגילאי אמצע החיים והזיקנה. הנחה מובילה בעבודה זו היתה, שמלבד תפקידו של הדיכאון כמדד גס של בריאות הנפש, גם חוויית הטראומה היא גורם חיוני המעצב באופן משמעותי את מצב בריאותו הנפשית של הפרט, במיוחד בחברה הישראלית. התוצאות הנוכחיות מתרכזות אפוא בעיקר בקווי המתאר הסוציו-דמוגרפיים של דיכאון וטראומה בתוך הגיוון שבקרב ישראלים במחצית השנייה של חייהם.

שיטה

המשתתפים והליך המחקר

כפי שהוסבר בסקירת השיטה של SHARE-ישראל (ראו את מאמרם של ליטווין וספיר בחוברת זו), עיבודי הנתונים טיפלו בשני מאגרים של משתתפים: (1) המדגם המלא של 2603 מרואיינים, המורכב מאנשים בני 50 ויותר בכל משקי הבית שנדגמו באופן ארצי וכן בני זוגם ללא התחשבות בגיל; (2) תת-מדגם ה-Drop-Off, הכולל משתתפים מהמדגם המלא, שענו על עוד שאלון והחזירו אותו למראיין בו במקום או מאוחר יותר בדואר למכון העורך את הסקר. מכיוון ש-878 משתתפים לא ענו כלל לשאלון ה-Drop-Off, ועקב השמטות של חלק מהמשיבים, נתוני תת-מדגם ה-Drop-Off מבוססים בפועל על 1,630-1,700 משיבים בפריטים או במדדים שונים. ב-SHARE-ישראל נעשתה הבחנה עיקרית בין שלוש קבוצות אוכלוסייה מרכזיות: יהודים ותיקים, הכוללים את אלה שנולדו בארץ לצד אלה שעלו לישראל, בחלקם המכריע לפני קום המדינה או במהלך שני העשורים הראשונים לקיומה (רואינו בעברית, $N=2049$); עולים מברית המועצות לשעבר, שהגיעו לישראל כחלק מגל העלייה הגדול של 1989 ואילך (רואינו ברובם ברוסית ומיעוטם בעברית, $N=196$); וערבים ישראלים (רואינו בערבית, $N=358$). בהבחנה משנית, שיושמה בעיבודים הנוכחיים כדי לשקף בצורה מדויקת יותר את הברדלי המוצא הגיאוגרפי בתוך האוכלוסייה, חולקה קבוצת היהודים הוותיקים לילידי ישראל, לילידי המזרח התיכון או צפון אפריקה וילידי אירופה או אמריקה. כל ילידי ברית המועצות לשעבר אוחדו לקבוצה אחת (מתוכה 64.1 אחוז עלו ארצה במהלך השנים 1989-2003, 24.5 אחוז בשנים 1971-1988, ו-11.4 אחוז לפני 1971), וקבוצת הערבים הישראלים נשארה ללא שינוי. מאמרם של ליטווין וספיר מספק פרטים על תבנית הדגימה, על שיעורי ההשתתפות בסקר, על הליכי איסוף הנתונים ועל בניית המשקלות היחסיות לאוכלוסייה עבור המדגם.

מדדים

מאפיינים סוציו-דמוגרפיים. העיבודים הנוכחיים טיפלו במשתנים האלה: קבוצת אוכלוסייה (ראו לעיל); גיל; מגדר; מוצא גיאוגרפי (ראו לעיל); השכלה; הכנסה למשק בית; מצב משפחתי. פירוט הקטגוריות השונות במשתנים אלה מופיע בלוח 1. כמו כן נעשה שימוש בסולם דירוג עצמי של מצב הבריאות, שנע מדרגה 1 (רע מאוד) עד דרגה 5 (טוב מאוד).

דיכאון במהלך החיים. המשיבים נשאלו בשאלה בודדת, שתשובותיה "כן" (1) או "לא" (0), אם היתה תקופה או היו תקופות בחייהם שבהן הם סבלו מסימפטומים של דיכאון שנמשכו לפחות שבועיים. המגבלה של שבועיים לפחות תואמת את קריטריון הזמן לדיכאון קליני כפי שהוא מוגדר במדריכי האבחון הפסיכיאטרי (DSM-ו ICD). המשיבים שענו בחיוב לשאלה זו נשאלו גם בנוגע לגיל שבו הופיעו הסימפטומים לראשונה, וכן אם אי פעם קיבלו טיפול נגד דיכאון מרופא משפחה או מפסיכיאטר ואם אי פעם אושפזו בבית חולים לחולי נפש או במחלקה פסיכיאטרית.

(Euro-D) European Depression scale. מדד זה, שאומץ בידי פרוייקט SHARE, פותח במקורו כדי לשלב נתונים ממספר מדדי דיכאון שונים שנאספו ב-11 מדינות אירופיות (Prince et al., 1999). המדד מכיל 12 פריטים, המתארים סימפטומים דיכאוניים בזמן האחרון (למשל: "האם בכית מתישהו בחודש האחרון?"). הציון בו מורכב מסכום התשובות המקודדות "כן" (1) או "לא" (0). חמישה פריטים נוסחו בעזרת מונחים חיוביים (למשל: "מה נהנית לעשות לאחרונה?") והקידוד בארבעה פריטים משלב תשובה לשאלת עזר נוספת. במחקר הנוכחי נדרש מינימום השלמה של 80 אחוז מהשאלון (10 פריטים) כדי לקבל ציון, כשציונים של 10-11 פריטים עברו אינטרפולציה. מקדם אלפא של קרונבאך במאגר הנתונים הישראלי היה 0.75.

גרסה מותאמת של **Center for Epidemiological Studies - Depression scale** (ACES-D). מדד זה, המבוסס על ה-CES-D הנפוץ, בעל 20 הפריטים (Radloff, 1977), הותאם לשימוש בשאלון ה-Drop-Off של פרוייקט SHARE על ידי שאילת 11 פריטים מה-CES-D המקורי והוספת שלושה אחרים, כשכל פריט מתאר סימפטום של דיכאון (למשל: "חשתי עצב"). המשיבים נתבקשו לדרג את התדירות שבה חוו כל פריט בשבוע האחרון בסולם של "כמעט בכלל לא" (0), "חלק מהזמן" (1), "רוב הזמן" (2) ו"כמעט כל הזמן" (3). ארבעה פריטים נוסחו בצורה חיובית, וסולם קידודם הופך. ציון המשיב היה סכום 14 הדירוגים. מינימום השלמה של 80 אחוז (11 פריטים) נדרש גם כאן לשם קבלת ציון, כשציונים של 11-13 עברו אינטרפולציה. מקדם אלפא של קרונבאך במאגר הנתונים הישראלי היה 0.87.

ה-Euro-D וה-ACES-D חולקים פריטים דומים, כמו תחושת דיכאון, קושי בשינה, תיאבון ירוד וחוסר אנרגיה. ואולם ה-Euro-D מכיל סימפטומים דיכאוניים שאינם מופיעים ב-ACES-D, בעיקר כאלה הנוגעים למחשבות ומוטיבציות (למשל: רצון למות, אשמה עצמית, העדר תקוות לעתיד). לעומת זאת, ה-ACES-D מכיל סימפטומים אחרים שאינם מופיעים ב-Euro-D, ונוגעים בעיקר לרגשות ולנושאים בין-אישיים (העדר תחושת שמחה, בדידות, תחושה שאנשים אינם ידידותיים).

סקר אירועים טראומטיים. במדד זה (Cohen & Shmotkin, 2007), שהותאם במיוחד עבור שאלון ה-Drop-Off הישראלי, נתבקשו המשיבים לסמן אילו מבין 17 אירועי חיים קשים הם חוו. כשמשיבים סימנו שחוו אירוע מסוים, הם נתבקשו לציין את הגיל שבו חוו אירוע זה לראשונה ולדרג את השפעתו על חייהם כמועטה, בינונית או רבה (ראו לוח 2). לנבדק ניתן ציון על פי מספר האירועים הטרומטיים שדיווח עליהם.

התנסויות שואה. השאלות הנוכחיות התבססו על מחקרים קודמים על ניצולי שואה (לדוגמה: Shmotkin & Lomranz, 1998; Shmotkin et al., 2003) והותאמו במיוחד לשאלון ה-Drop-Off הישראלי. המשיבים נתבקשו לסמן אם חיו במהלך מלחמת העולם השנייה במדינה תחת שלטון נאצי או פרו-נאצי. המשיבים "כן" נתבקשו לסמן כל שנה (מ-1939 עד 1945) שבה חיו תחת שלטון זה, כמו גם את הארץ (או הארצות) שבה (או בהן) היו. עוד הוצגה למשיבים רשימה של תשע התנסויות הקשורות לשואה, והם התבקשו לסמן בנוגע לכל אחת מהן "כן", אם חוו אותה, ו"לא", אם לא חוו אותה (ראו בפרק תוצאות את פירוט הרשימה). כמו כן נשאלו כל משיבי שאלון ה-Drop-Off על גורל הוריהם בשואה. היה עליהם לסמן אם אחד או שני ההורים חיו תחת שלטון נאצי או פרו-נאצי ואם הם נרצחו בידי אותו שלטון.

עיבוד הנתונים

נתונים משוקללים מוצגים בכל מצב שבו אומדנים אפידמיולוגיים (כגון עיבודים סוציו-דמוגרפיים של דיכאון וטראומה) של האוכלוסייה הישראלית היו מוקד ההתעניינות. תוצאות עבור המדגם המלא או עבור תת-מדגם ה-Drop-Off (לכל אחד מערכת משקלות משלו) מוצגות בהתאם לזמינות המדדים בשני מאגרי הנתונים האלה. עם זאת, כשהמטרה היא לבדוק מערכת קשרים בין משתנים על בסיס של שיקול עקרוני או אישוש השערות, עיבודי הנתונים הלא משוקללים הם המועדפים. העדפה זו נוגעת לבעיות הכרוכות בשקלול נתונים, כגון שונות מנופחת של אומדנים משוקללים וכן ההנחות שכל מערכת משקלות כופה על הנתונים ומגבילה את הכללתם (לדיון בנושאים אלה ראו Korn & Winship & Radbill, 1994; Pfeiffermann, 1996; Graubard, 1995).

העיבודים הדו-משתניים נועדו להשוות את הציונים במדדי הדיכאון ובמדד האירועים הטרומטיים על פני קטגוריות המשתנים הסוציו-דמוגרפיים. עיבודים אלה נעשו באמצעות ניתוח שונות חד-כיווני, שלאחריו נערכו מבחני פוסט-הוק של Scheffé למציאת זוגות של קטגוריות השונות ביניהן ברמת מובהקות של 0.05. העיבוד הרב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) נועד בעיקרו לבדוק את השפעתו של משתנה האירועים הטרומטיים לאחר בקרה על המשתנים הסוציו-דמוגרפיים.

תוצאות

היארעות (incidence) מדווחת של דיכאון

הנתונים המשוקללים של SHARE-ישראל מצביעים על כך שבין חמישית לרבע מהאוכלוסייה דיווחה שחוותה לפחות תקופת דיכאון אחת במהלך החיים, שנמשכה שבועיים או יותר (ראו לוח 1). אף שההיארעות הנמוכה ביותר של תקופת דיכאון בקבוצת הערבים הישראלים (18 אחוז) לא נמצאה שונה באופן מובהק מזו של היהודים הוותיקים (24 אחוז) או עולי ברית המועצות לשעבר (20 אחוז), למעשה תיקנו נתונים משוקללים אלה נטייה מובהקת של הקבוצה הראשונה לדווח על היארעות נמוכה בנתונים הלא משוקללים (7 אחוזים). בתוך קבוצת היהודים הוותיקים דיווחו משיבים ילידי ישראל על היארעות נמוכה באופן מובהק (19 אחוז) מזו של משיבים שנולדו מחוץ לישראל (26-27 אחוז). היארעות מדווחת גבוהה באופן מובהק נמצאה אצל אלה: זקנים מאוד בני 80-89 (35 אחוז); נשים (26 אחוז); בעלי רמת השכלה נמוכה-בינונית (37 אחוז בקרב בעלי השכלה יסודית בלבד); בעלי הכנסה נמוכה-בינונית (28 אחוז בקרב בעלי הכנסה בינונית); אנשים שאינם נשואים כעת (31 אחוז בקרב האלמנים/ות, 50 אחוז בקרב אלה שלא נישאו מעולם). בעיבוד שאיננו מוצג בלוח 1 נמצא, שדיווח היארעות של תקופת דיכאון עלה, ככל שמצב הבריאות נתפס כשלילי (42 אחוז בקרב המדרגים את מצב בריאותם כרע).

הנתונים המשוקללים הראו גם שהגיל החציוני, שבו החלו הסימפטומים להופיע אצל המשיבים שדיווחו על תקופת דיכאון אחת לפחות במהלך חייהם, היה 46 (בקבוצת עולי ברית המועצות לשעבר) או 47 (בקבוצת היהודים הוותיקים והערבים הישראלים), כשהטווח הוא 2-88. עם זאת נצפו בין המשיבים האלה הבדלים משמעותיים בין קבוצות האוכלוסייה השונות בנוגע לדיווח על קבלת טיפול רפואי לדיכאון: 52.1 אחוז בקרב היהודים הוותיקים, 36.3 אחוז בקרב עולי ברית המועצות לשעבר, ורק 13.7 אחוז בקרב הערבים הישראלים. עוד נתגלו אצל משיבים אלה הבדלים בנוגע לדיווח על אשפוז פסיכיאטרי: 13.5 אחוז בקרב היהודים הוותיקים, 2.1 אחוזים בקרב הערבים הישראלים ו-0 אחוזים בקרב עולי ברית המועצות לשעבר.

לוח 1
מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של היארעות מזדווחות של דיכאון במהלך ההזיה וטיפולם וריאונים
(Euro-D, ACES-D) (מדגם משוקלל)

ACES-D ²				Euro-D				ריכאון במהלך ההזיה ¹		מאפיין	
מבחני מזהקות והבולטים בין קבוצות	ש"ת	ממוצע	N	מבחני מזהקות והבולטים בין קבוצות	ש"ת	ממוצע	N	מבחני מזהקות והבולטים בין קבוצות	%		N
F(2,1612) = 78.97*** 1#2, 1#3	7.17	12.55	1160	F(2,2462) = 13.50*** 1#2, 1#3	2.68	2.92	1855	F(2,2454) = 2.97 (ns)	24	1840	קבוצת אופוסויה 1 יהודים ותוסים 2 ערבים ישראלים 3 עולי ברית"ע ליעבר מ-1989
	5.23	16.77	146		3.34	3.80	227		18	224	
	6.98	17.66	312		2.50	3.37	494		20	493	
F(3,1599) = 22.38*** 1#2, 1#3, 1#4, 2#4, 3#4				F(3,2442) = 67.29*** 1#2, 1#3, 1#4, 2#3, 2#4, 3#4				F(3,2435) = 12.36*** 1#4, 2#3, 2#4, 3#4	21	1139	ג'ע 59-50 1 69-60 2 79-70 3 89-80 4
	6.74	12.61	680		2.35	2.50	1140		24	659	
	7.14	14.06	494		2.70	2.86	666		16	489	
	7.37	14.78	313		2.72	3.73	497		35	257	
F(1,1613) = 25.56***				F(1,2463) = 80.05***				F(1,2455) = 25.33***	26	1392	מזר 1 אישה 2 גבר
	6.69	12.92	739		2.33	2.55	1166		18	1166	
F(4,1610) = 52.55*** 1#2, 1#4, 1#5, 2#3, 2#4, 3#4, 3#5				F(4,2460) = 38.22*** 1#2, 1#3, 1#4, 1#5, 2#3, 3#4, 3#5				F(4,2452) = 4.29** 1#2, 1#3	19	703	מוצא 1 ילידי ישראל 2 ילידי המזרח התיכון 3 ילידי אירופה או אמריקה 4 ילידי ברית"ע ליעבר 5 ערביי ישראל
	6.23	10.82	434		2.02	2.14	704		26	594	
	7.86	14.84	356		3.07	3.78	602		27	440	
	6.93	12.18	304		2.64	2.87	446		22	596	
	7.14	16.92	377		2.54	3.40	596		18	224	
F(6,1603) = 18.45***				F(6,2452) = 62.22***				F(6,2444) = 11.16***	21	106	השכלה 1 ללא השכלה פורמלית
	7.52	19.08	64		2.99	5.81	105				

מאפיין	ACEs-D ²				Euro-D				דיכאון במהלך החיים ¹		מאפיין
	מבחני מובהקות והבדלים בין קבוצות	ס"ר	ממוצע	N	מבחני מובהקות והבדלים בין קבוצות	ס"ר	ממוצע	N	מבחני מובהקות והבדלים בין קבוצות	%	
1 יסודית	0#2, 0#3, 0#4, 0#5, 0#6, 1#2, 1#3, 1#4, 1#5, 1#6	7.17	17.36	238	0#1, 0#2, 0#3, 0#4, 0#5, 0#6, 1#2, 1#3, 1#4, 1#5, 1#6, 2#5, 3#5, 4#5	3.06	4.79	394	0#1, 1#2, 1#3, 1#4, 1#5, 1#6, 3#5	37	381
		6.77	12.69	165	7.02	13.23	528	7.25	13.30	163	229
2 תוכנית חלקית		7.50	12.96	265		2.69	3.02	198		16	198
		6.61	12.76	189		1.94	2.19	502		15	503
3 תוכנית מלאה						2.23	2.55	268		19	267
4 לימודים לאחר תוכן											
5 טרדנות/יתאר ראשון											
6 תארים מתקדמים											
7 הכנסה בינוני לנשק רהי											
1 נמוכה	F(2,1610) = 82.86***	7.43	15.90	537	F(2,2457) = 92.98***	2.87	3.62	850	F(2,2449) = 25.44***	26	848
		7.52	15.07	539	1#3, 2#3	2.76	3.60	841	1#3, 2#3	28	832
2 ביניים	1#3, 2#3	5.84	10.80	539		2.22	2.08	879		14	873
3 גבוהה	F(3,1599) = 16.66***				F(3,2441) = 40.34***				F(3,2434) = 27.62***	50	92
מגזר משפחתי ⁴	2#4, 3#4	8.08	16.96	30	1#4, 2#4, 3#4	3.08	3.48	92	1#2, 1#3, 1#4, 2#3, 2#4	18	1862
		6.86	13.42	1255		2.59	2.83	1871		31	218
1 מעולם לא נישא		7.30	12.92	94		2.58	2.67	217		31	218
		8.91	16.86	222		2.89	4.47	373		31	363

הערה: מספר המשבים המזוהים הם אומנים יחסים למוגם על פי משקלות החזמים את האוכלוסייה הישראלית. לאחר ניתוח שונות הז-כוכוני, מבחן פוסט-הוק של Scheffe הצביע על זוגות של קטגוריות השונות ביניהן ברמה מובהקת של 0.05. הבדלים המלא (לא משוייב (ל) 35 משוייב לא ענו על שאלת הדיכאון במהלך החיים, 27 משוייב לא נכללו בעבודת Euro-D עקב מולי של פחות מ-80 אחוז פורטיש השאלון. יאב 3-7 משוייב סטרו נתונים על השכלה, מצב משפחתי והכנסה.

- 1 מוחלים אחוז משוייב שענו בחיוב נתונים זה מוחו סך המשוייב לפני 0 או 1.
 - 2 ניתוח שונות (ולא מבחן חי-בריכות) כאשר הפריט דיכאון במהלך החיים קיבל ציון של 0 או 1.
 - 3 שאלון ACEs-D יתן לוח-מדיגם ה-Drop-Of והתוצאות מבוטאות על משקלות החזמים לאוכלוסייה הישראלית לפי חת-מדיגם זה.
 - 4 הקטגוריה "90+" כלה 20 משוייב בלבד (מדיגם לא משוייב) ולא נכללה בעבודה.
 - 5 הקטגוריה "יש" כוללת משוייב המתגוררים עם בני זוג ללא נישואין (0=1), מדיגם לא משוייב.
- * p < .05
 ** p < .01
 *** p < .001

הימצאות (prevalence) של סימפטומים דיכאוניים

מדד היארעות הדיכאון במהלך החיים נמצא במתאם מתון בלבד עם שני המדדים של סימפטומים דיכאוניים בהווה: 0.28 עם מדד ה-Euro-D ו-0.18 עם מדד ה-ACES-D. המתאם בין שני המדדים האחרונים נמצא משמעותי: 0.60 (עבור כל המתאמים, $p < 0.001$). כפי שניתן לראות בלוח 1, ולא בהכרח בהתאם לנטיות שנצפו בדיווח הדיכאון במהלך החיים, היתה קבוצת היהודים הוותיקים הנמוכה ביותר באופן מובהק בדיווח הימצאות סימפטומים דיכאוניים בהווה, והחלוקה למוצא גיאוגרפי ייחסה את הרמה הנמוכה של סימפטומים אלה לילידי ישראל. רמה גבוהה של סימפטומים דיכאוניים נמצאה בקרב ערבים ישראלים גם במדד ה-Euro-D וגם במדד ה-ACES-D, כאשר ה-Euro-D הצביע במידה דומה על רמה גבוהה של סימפטומים אצל ילידי המזרח התיכון/צפון אפריקה, וה-ACES-D הראה במידה דומה על רמה גבוהה של סימפטומים אצל ילידי ברית המועצות לשעבר.

בהתאמה לתוצאות הדיכאון במהלך החיים כפי שדווחו לעיל, גם ה-Euro-D וגם ה-ACES-D הצביעו על רמת סימפטומים גבוהה באופן מובהק אצל אלה: זקנים מאוד בני 80-89, נשים, חסרי השכלה פורמלית או בעלי השכלה יסודית בלבד, בעלי הכנסה נמוכה-בינונית, אלמנים/ות ואלה שלא נישאו מעולם, וכן גם בקרב משיבים שהעריכו את בריאותם כגרועה או גרועה מאוד.

היארעות אירועים טראומטיים במהלך החיים

באופן כללי, האירועים הטראומטיים המדווחים ביותר היו הימצאות אדם קרוב בסכנת חיים עקב תאונה או מחלה, כמו גם טיפול לאורך זמן בקרוב משפחה פגוע או מוגבל (37.1 אחוז ו-35.6 אחוז במדגם הלא משוקלל המלא, בהתאמה; ראו לוח 2). עבור עשרה אירועים, הגיל הממוצע שבו התרחש לראשונה כל אירוע היה באמצע החיים (45-60), בעיקר מכיוון שאירועים אלה כרוכים בשכול ובמצב הבריאות, התופסים מקום מרכזי בשלב מאוחר יותר בחיים, או מכיוון שהאירועים התקשרו להשפעות החדשות יחסית של טרור. שבעת האירועים האחרים התרחשו בבגרות הצעירה (17-34), וכללו בעיקר השתתפות במלחמה או חוויות קשות הקשורות לאלימות. שבעה אירועים דורגו בידי 50 אחוז מהמשיבים ויותר כבעלי השפעה רבה על חייהם, וכללו בעיקר חוויות של שכול (כמו של בן-זוג או ילד), חולשה ונזקקות לעזרה (של המשיב או קרוב אליו) ומצבים אחרים של חוסר-אונים (מחסור כלכלי חמור, קורבן לאלימות).

אירועים טראומטיים מסוימים נבדלו ביניהם בהיארעותם היחסית בקבוצות המוצא השונות, ובכך הם משקפים את הגיוון הדמוגרפי בחברה הישראלית (ראו לוח 3). מבין

האירועים שיצרו הבדל של שלושה דירוגים ויותר בסדר היארעותם בנתונים המשוקללים היה אובדן אדם קרוב במלחמה, התדיר ביותר בקרב ילידי ישראל (26.5 אחוז) והפחות תדיר בקרב הערבים הישראלים (8.5 אחוזים). באופן דומה, היות עד לפגיעה קשה או להריגתו של אדם במלחמה היה התדיר ביותר בקרב ילידי אירופה/אמריקה או ישראל (25.3 אחוז ו-21.5 אחוז בהתאמה), והפחות תדיר בקרב הערבים הישראלים (2.8 אחוזים). לעומת זאת, פטירת ילד או נכד היתה התדירה ביותר בקרב הערבים הישראלים (21.8 אחוז) והפחות תדירה בקרב ילידי ישראל ואירופה/אמריקה (7.3 אחוזים ו-6.6 אחוזים בהתאמה). התדירות הנמוכה ביותר של מחסור כלכלי חמור נמצאה בקרב ילידי ישראל (17.7 אחוז), בעוד שבקרב יתר הקבוצות היא נעה בטווח תדירות של 22-31 אחוז.

לוח 2

קטגוריות ומאפיינים של אירועים טראומטיים (מדגם לא משוקלל)

אירוע	% (n)	גיל ממוצע (n)	דירוג עצמי של השפעת האירוע %		
			מועטה	בינונית	רבה
שכול					
נפטר בן/בת הזוג שלך	כן 14.3% (238) לא 85.7% (1422)	59.6 (163)	9.6% (22)	13.5% (31)	76.9% (176)
נפטר הילד שלך או הנכד שלך	כן 10.4% (172) לא 89.6% (1488)	49.3 (113)	28.4% (46)	17.3% (28)	54.3% (88)
מלחמה וטרור					
אדם קרוב לך ביותר נפל במלחמה או בפעילות צבאית בעת שירותו	כן 20.4% (338) לא 79.6% (1321)	27.6 (208)	31.0% (101)	27.6% (90)	41.4% (135)
אדם קרוב לך נפגע או מת באירוע טרור	כן 7.9% (132) לא 92.1% (1530)	49.6 (66)	34.4% (43)	24.8% (31)	40.8% (51)
לא נפגעת אישית, אך היית עד ראייה לאירוע טרור	כן 5.5% (91) לא 94.5% (1573)	45.2 (46)	47.1% (40)	20.0% (17)	32.9% (28)
היית עד/ה לפגיעה באדם או להריגתו במלחמה או בפעילות קרבית	כן 16.2% (268) לא 83.3% (1391)	23.6 (176)	46.1% (119)	24.4% (63)	29.5% (76)
נפגעת במלחמה או בפעילות קרבית	כן 5.9% (98) לא 94.1% (1560)	23.8 (58)	54.6% (53)	18.6% (18)	26.8% (26)
נפגעת באירוע טרור (פיגוע של מחבלים נגד אזרחים)	כן 1.4% (23) לא 98.6% (1637)	47.7 (6)	56.5% (13)	17.4% (4)	26.1% (6)

דירוג עצמי של השפעת האירוע % (n)			גיל ממוצע (n)	%(n)	אירוע
רבה	בינונית	מועטה			
תלאות ופגיעות בריאותיות בחיים					
60.6% (343)	24.0% (136)	15.4% (87)	45.5 (351)	כן 37.1% (611) לא 62.9% (1038)	אדם קרוב לך היה בסכנת חיים עקב תאונה או מחלה
55.9% (85)	19.7% (30)	24.3% (37)	55.5 (96)	כן 10.6% (176) לא 89.4% (1480)	נזקקת לטיפול ממושך בגלל קושי לטפל בעצמך
53.4% (287)	26.4% (142)	20.1% (108)	48.8 (87)	כן 35.6% (588) לא 64.4% (1066)	טיפלת במהלך פרק זמן ממושך בקרוב משפחה פגוע או מוגבל
52.6% (184)	28.9% (101)	18.6% (65)	25.8 (231)	כן 23.3% (386) לא 76.7% (1268)	עברת מחסור כלכלי חמור וקשה במיוחד
45.6% (109)	30.5% (73)	23.8% (57)	48.8 (139)	כן 15.4% (255) לא 84.6% (1400)	היית בסכנת חיים עקב מחלה או תאונה קשה
קורבנות					
52.3% (23)	15.9% (7)	31.8% (14)	23.6 (22)	כן 3.2% (53) לא 96.8% (1603)	היית קורבן לאלימות או להתעללות
43.8% (14)	18.8% (6)	37.5% (12)	16.8 (13)	כן 2.2% (36) לא 97.8% (1626)	עברת פגיעה מינית (אונס או הטרדה מינית)
30.9% (42)	23.5% (32)	45.6% (62)	34.1 (77)	כן 9.0% (150) לא 91.0% (1509)	היית עד ראייה לתאונה או למקרה אלימות שבו אדם נפגע קשה או נהרג
28.7% (41)	25.9% (37)	45.5% (65)	52.2 (107)	כן 9.6% (159) לא 90.4% (1501)	היית קורבן פשע (למשל, שוד, הונאה)

הערה: הנתונים המוצגים הם של 1665 משיבים אשר השיבו על לפחות 13 מתוך 17 פריטי טראומה בשאלון ה-Drop-Off. אחוזי ההיארות מחושבים מתוך מספר המשיבים לכל פריט. הפריטים מדורגים בכל קטגוריית תוכן בסדר יורד לפי דירוג השפעת האירוע.

לוח 3

אורזענים טראומטיים לפי מוצא גיאוגרפי בסדר יורד של היארעות ככל קבוצה (מזגם משוקלל)

ערכים ישראלים N=143	ילידי ברי"מ/יז' לשעבר N=369	ילידי אירופה או אמריקה N=305	ילידי המזרח התיכון או צפון אמריקה N=349	ילידי ישראל N=424
טיפול נמושך בקרוב משפחה 31.0% (44)	אום קרוב בסגנת חיים 35.5% (129)	אום קרוב בסגנת חיים 42.7% (129)	אום קרוב בסגנת חיים 37.3% (129)	אום קרוב בסגנת חיים 42.2% (178)
מחסור כלכלי חמור 24.6% (35)	טיפול נמושך בקרוב משפחה 29.0% (107)	טיפול נמושך בקרוב משפחה 36.8% (111)	טיפול נמושך בקרוב משפחה 34.4% (119)	טיפול נמושך בקרוב משפחה 38.2% (161)
אום קרוב בסגנת חיים 23.4% (33)	מחסור כלכלי חמור 22.2% (82)	מחסור כלכלי חמור 30.6% (92)	מחסור כלכלי חמור 26.0% (90)	אובדן אום קרוב במלחמה 26.5% (112)
פשידת ילד/נכר 21.8% (31)	סגנת חיים עקב מחלה/תאונה 21.1% (78)	פשידת בן זוג 26.0% (79)	אובדן אום קרוב במלחמה 19.3% (67)	עד לפציעה/מוות במלחמה 21.5% (91)
סגנת חיים עקב מחלה/תאונה 11.3% (16)	אובדן אום קרוב במלחמה 20.9% (77)	עד לפציעה/מוות במלחמה 25.3% (77)	סגנת חיים עקב מחלה/תאונה 16.8% (58)	מחסור כלכלי חמור 17.7% (75)
ניקק לטיפול נמושך 9.9% (14)	פשידת בן זוג 17.4% (64)	אובדן אום קרוב במלחמה 24.4% (74)	פשידת בן זוג 16.7% (58)	סגנת חיים עקב מחלה/תאונה 15.9% (67)
אובדן אום קרוב במלחמה 8.5% (12)	עד לפציעה/מוות במלחמה 16.4% (60)	סגנת חיים עקב מחלה/תאונה 17.8% (54)	עד לפציעה/מוות במלחמה 14.7% (51)	עד לפציעה/מוות של אחרים 12.7% (54)
עד לפציעה/מוות של אחרים 7.0% (10)	ניקק לטיפול נמושך 12.7% (46)	קרובן פשע 14.6% (44)	ניקק לטיפול נמושך 14.4% (50)	פשידת בן-זוג 11.1% (47)
פשידת בן זוג 6.4% (9)	קרובן פשע 11.1% (41)	עד לפציעה/מוות של אחרים 10.9% (33)	פשידת ילד/נכר 12.1% (42)	אום קרוב נפגע באירוע טרור 10.0% (42)

ערכים ישראליים N=143	לידי בריחה לשעבר N=369	לידי ארוחה או אמריקה N=305	לידי המזרח התיכון או צפון אמריקה N=349	לידי ישראל N=424
אדם קרוב נפגע באירוע טרור 6.3% (9)	אדם קרוב נפגע באירוע טרור 8.7% (32)	נזקק לטיפול ממשך 10.6% (32)	קרובן פשע 10.9% (38)	קרובן פשע 9.2% (39)
קרובן אלימות/התעללות 3.5% (5)	עד לפציעה/מוות של אחרים 8.7% (32)	נפצע בהלחמה 8.2% (25)	אדם קרוב נפגע באירוע טרור 8.9% (31)	נזקק לטיפול ממשך 8.1% (34)
קרובן פשע 3.5% (5)	פטירת ילד/נכד 8.4% (31)	עד לאירוע טרור 6.9% (21)	עד לפציעה/מוות של אחרים 8.6% (30)	עד לאירוע טרור 7.8% (33)
נפצע בהלחמה 2.8% (4)	קרובן אלימות/התעללות 5.5% (20)	אדם קרוב נפגע באירוע טרור 6.6% (20)	עד לאירוע טרור 5.5% (19)	נפצע בהלחמה 7.6% (32)
עד לפציעה/מוות בהלחמה 2.8% (4)	נפצע בהלחמה 4.3% (16)	פטירת ילד/נכד 6.6% (20)	נפצע בהלחמה 5.5% (19)	פטירת ילד/נכד 7.3% (31)
נפצע באירוע טרור 2.1% (3)	עד לאירוע טרור 3.6% (13)	קרובן אלימות/התעללות 4.3% (13)	קרובן אלימות/התעללות 2.6% (9)	קרובן פגיעה מינית 3.8% (16)
עד לאירוע טרור 2.1% (3)	קרובן פגיעה מינית 1.9% (7)	קרובן פגיעה מינית 1.3% (4)	קרובן פגיעה מינית 1.7% (6)	קרובן אלימות/התעללות 3.3% (14)
קרובן פגיעה מינית 0.7% (1)	נפצע באירוע טרור 0.8% (3)	נפצע באירוע טרור 1.0% (3)	נפצע באירוע טרור 0.9% (3)	נפצע באירוע טרור 1.9% (8)

הערה: התחנים המוצגים הם של 1990 משיבים (מדגם משקלול) אשר השיבו על לפחות 13 מחוד 17 פריטי האירועים הטראומטיים בשאלון ה-Drop-Off. התוצאות המלאים של הפרטים מוצגים בלוח 2. האחוזים מוחשבים מחוד המספרים המשקלולים של המשיבים לכל פריט, בחוד כל קבוצה בנפרד. מספרי המשיבים בכל קבוצה וכן מספרי אלה המזוהים על האירועות של כל אירוע (מפיעים בסוגריים) הם אומדים משקלולים גם כן.

ההקשר הטראומטי המיוחד של התנסויות הקשורות לשואה

מאגר הנתונים של SHARE-ישראל זיהה 146 ניצולי שואה שדיווחו על כך שחיו בארצות שהיו נתונות תחת שלטון נאצי או פרו-נאצי במלחמת העולם השנייה (במהלך לפחות אחת מהשנים 1939-1945). ארצות המוצא של ניצולים אלה היו רומניה (42.5 אחוז), פולין (17.8 אחוז), הונגריה (12.3 אחוז), ברית המועצות לשעבר (7.5 אחוזים), צרפת (3.4 אחוזים), הולנד (3.4 אחוזים), בולגריה (2.7 אחוזים), גרמניה (2.1 אחוזים), צ'כוסלובקיה (2.1 אחוזים), יוגוסלביה (2.1 אחוזים) ואחרות (אוסטריה, איטליה, בלגיה וספרד, 4.2 אחוזים). הארצות שבהן שהו הניצולים במהלך מלחמת העולם השנייה תואמות במידה רבה את ארצות המוצא שלהם. הגיל הממוצע של הניצולים היה 75.1 (סטיית תקן 6.2, טווח 61-89), 53.4 אחוז מתוכם היו נשים, וחציון שנת העלייה שלהם לישראל היה 1949. ההתנסויות הקשורות לשואה שעליהן דיווחו הניצולים היו שהות במחנות ריכוז או השמדה (25.3 אחוז), שהות במחנות עבודה (28.8 אחוז), שהות בגטו (41.8 אחוז), שהות במקום מחבוא (32.2 אחוז), החזקת מסמכים מזויפים (14.4 אחוז), בריחה מפני השלטונות (21.2 אחוז), בריחה לאזור חופשי מכיבוש של הנאצים או תומכיהם (14.4 אחוז), החזקת אישור תושבות עם או בלי מגבלות אזרחיות (19.9 אחוז) והצטרפות לפרטיזנים (3.4 אחוזים). רוב הניצולים סימנו לפחות שתיים מההתנסויות המתוארות, אבל 17.7 אחוז לא סימנו אף התנסות. משקלות המדגם מצביעים על כך שהניצולים שהשיבו מייצגים 143,372 בני אדם בישראל. מכיוון שניצולים אלה חיו תחת שלטון נאצי או פרו-נאצי, אין הם כוללים פליטי שואה שברחו מארצות מגוריהם זמן קצר לפני או תוך כדי הכיבוש הנאצי (ברודסקי, שנור ובאר, 2006).

כדור שני לניצולי שואה אותרו 215 משיבים שנולדו משנת 1945 ואילך ודיווחו, שלפחות אחד מהוריהם חי תחת שלטון נאצי או פרו-נאצי באירופה במהלך מלחמת העולם השנייה. הגיל הממוצע של משיבים אלה היה 55.1 (סטיית תקן 3.5), 57.7 אחוז מתוכם היו נשים, ו-45.6 אחוז נולדו בישראל. על פי משקלות המדגם, משיבים אלה מייצגים 207,187 איש, המהווים את קבוצת גילאי 50-60 ומזוהים עם הדור השני בישראל.

מתוך הנתונים הנוכחיים ראויים לציון 12 משיבים ילידי צפון אפריקה, שדיווחו על כך שחיו תחת שלטון נאצי או פרו-נאצי במהלך מלחמת העולם השנייה בטוניס, בלוב או במרוקו. בעוד ש-50 אחוז מהם לא סימנו אף התנסות הקשורה לשואה, דיווחו אחרים על החזקת אישור תושבות, על שהות במקום מחבוא, על בריחה לאזור חופשי מכיבוש הנאצים או תומכיהם ועל בריחה מפני השלטונות. זאת ועוד, 20 משיבים, שמוצא משפחתם בצפון אפריקה ושנולדו ב-1945 או מאוחר יותר, דיווחו שלפחות אחד מהוריהם חי תחת שלטון נאצי או פרו-נאצי במהלך מלחמת העולם השנייה.

המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים הנלווים לטראומה מצטברת

מספר האירועים הטראומטיים הממוצע בקרב 1665 המשיבים, שהשלימו את פריטי הטראומה בשאלון ה-Drop-Off, היה 2.27 (סטיית תקן 2.28); 24.1 אחוז לא דיווחו על כל אירוע, בעוד ש-22.6 אחוז דיווחו שחוו ארבעה אירועים ויותר. מספר האירועים המדווחים, המסמן טראומה מצטברת לאורך החיים, היה תלוי במאפיינים סוציו-דמוגרפיים. כפי שלוח 4 מתאר בנתונים לא משוקללים ומשוקללים גם יחד, דיווחה קבוצת היהודים הוותיקים על המספר הגבוה ביותר של אירועים, ואילו קבוצת הערבים הישראלים דיווחה על המספר הנמוך ביותר. החלוקה לפי מוצא הראתה שהמספר הגבוה של אירועים בקבוצת היהודים הוותיקים נובע בחלקו מילידי אירופה/אמריקה. יש לציין שכ-40 אחוז מקבוצת ילידי אירופה/אמריקה הם ניצולי שואה, אשר דיווחו על המספר הגבוה ביותר של אירועים (ממוצע 3.45, סטיית תקן 2.20).

עוד ניתן לראות בלוח 4, שטראומה מצטברת עולה עם הגיל, כצפוי. הבדלי מגדר שנמצאו בנתונים הלא משוקללים נעלמו לאחר שקלול הנתונים. הבדלים לא מובהקים או לא חד-משמעיים נמצאו גם ביחס למדדים הסוציו-אקונומיים (השכלה והכנסה). לעומת זאת הצביעו הבדלים ברורים ומובהקים על טראומה מצטברת נמוכה יותר בקרב משיבים נשואים, במיוחד בהשוואה לאלמנים/ות (ייתכן שאפקט זה נובע בחלקו מהבדלי גיל בין הקבוצות). טראומה מצטברת גבוהה יותר נמצאה גם בקרב אלה שדירגו את בריאותם כרעה לעומת אלה שדירגו אותה כטובה.

מספר אירועים טראומטיים מדווחים לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

מדרגים משרוקלל				מדרגים לא משרוקלל				מאפיין
מבחני מובהקות והבדלים בין קבוצות	ס'ת	ממוצע	N	מבחני מובהקות והבדלים בין קבוצות	ס'ת	ממוצע	N	
$F(2,1586) = 7.24^{***}$ $1 \neq 2, 2 \neq 3$				$F(2,1662) = 20.12^{***}$ $1 \neq 2, 2 \neq 3$				קבוצת אובליטיות יחידים ותקנים
	2.35	2.49	1143		2.33	2.46	1293	
	2.11	1.68	143		1.87	1.52	297	
	2.70	2.31	304	2.75	2.28	75	3 עולי בוריה"ב לשעבר ב-1989	
$F(3,1573) = 20.62^{***}$ $1 \neq 2, 1 \neq 3, 1 \neq 4, 2 \neq 4, 3 \neq 4$				$F(3,1581) = 17.97^{***}$ $1 \neq 3, 1 \neq 4, 2 \neq 4, 3 \neq 4$				גילי 59-50 1 69-60 2 79-70 3 89-80 4
	2.16	1.93	669		2.09	1.94	670	
	2.70	2.50	485		2.50	2.31	487	
	2.22	2.67	304		2.30	2.65	309	
	2.35	3.58	123	2.40	3.45	119	מגזרי	
$F(1,1587) = 0.01$ (ns)				$F(1,1663) = 5.70^*$				1 אישה 2 גבר
	2.34	2.39	864		2.15	2.16	938	
	2.49	2.38	725		2.48	2.44	727	
$F(4,1584) = 5.06^{***}$ $1 \neq 5, 3 \neq 5$				$F(4,1660) = 11.96^{***}$ $1 \neq 5, 2 \neq 5, 3 \neq 5$				מוצא 1 ילידי ישראל 2 ילידי המזרח התיכון 3 ילידי אירופה או אמריקה 4 ילידי בוריה"ב לשעבר 5 ערביי ישראל
	2.51	2.45	424		2.50	2.42	491	
	2.23	2.36	349		2.17	2.31	385	
	2.32	2.75	305		2.30	2.72	345	
	2.58	2.29	369		2.37	2.22	147	
2.11	1.68	143	1.87	1.53	297			

מדרגם לא משוקלל				מדרגם משוקלל				מאפיין
מבחני מובהקות והבדלים בין קבוצות	ס"ת	ממוצע	N	מבחני מובהקות והבדלים בין קבוצות	ס"ת	ממוצע	N	
מבחני מובהקות והבדלים בין קבוצות $F(6,1577) = 2.64^*$ אין הבדלי פוסט-היזק מובהקים	2.59	2.72	64	$F(6,1653) = 1.41$ (ns)	2.30	2.44	91	השכלה
	2.10	2.11	233		2.22	2.00	334	1 ללא השכלה פורמלית
	2.28	2.67	161		2.02	2.34	190	2 יסודית
	2.46	2.31	516		2.39	2.28	537	3 תוכנית חלקית
	2.06	2.06	163		2.15	2.30	124	4 תוכנית מלאה
	3.08	2.73	260		2.67	2.52	236	5 לימודים לאתרי תוכן
	1.74	2.29	187		1.82	2.26	148	6 סטודנט/ותואר ראשון
$F(2,1584) = 1.43$ (ns)				$F(2,1613) = 1.51$ (ns)				7 תוארם מתקדמים
$F(3,1573) = 27.76^{***}$ $2^{\neq}4, 3^{\neq}4$	2.48	2.24	524	$F(3,1649) = 27.10^{***}$ $2^{\neq}4, 3^{\neq}4$	2.37	2.13	537	המפתח בדיטוי למשקן הבית
	2.49	2.48	532		2.28	2.31	538	1 נמורה
	2.25	2.43	531		2.23	2.36	541	2 ברייים
	3.54	3.07	31		3.99	3.15	28	3 גבורה
	2.31	1230			2.19	1338	מנצב משפחה ²	
	2.18	93			2.26	82	1 מעולם לא נשא	
	2.41	219			3.52	205	2 נשוי ³	
							3 גרוש	
							4 אלמן	

הערה: התחנים המוצגים הם של 1665 משיבים (לא משוקלל) אשר השיבו על לפחות 13 מתוך 17 פריטי טראומה בשאלון ה-Drop-Off 39 משיבי פנסי הטראומה השיבו על פחות מ-13 פריטי טראומה ולא נכללו בעבודים.

1. הקטגוריה "90+" כלה 12 משיבים בלבד (לא משוקלל) ולא נכללה בניתוח זה.
2. הקטגוריה "עשיר" או "מתווך בפורד" כלה 11 משיבים בלבד (לא משוקלל) ולא נכללה בניתוח זה.
3. הקטגוריה "עשיר" כוללת משיבים המתורגרים עם בני זוג ללא נישואין ($n=7$), ללא משוקלל, במדגם המלא (לא משוקלל) לא דווחו נתונים עבור מספר משתנים: השכלה ($n=5$), מנצב משפחה ($n=1$) והכנסה ($n=4$).

* $p < .05$
 ** $p < .01$
 *** $p < .001$

הקשר בין טראומה מצטברת לדיכאון

המתאם המרובה של מספר האירועים הטראומטיים ושלוש מדדי הדיכאון (דיכאון במהלך החיים, Euro-D, ACES-D) היה מובהק אך מתון: 0.19 ($p < 0.001$). מכיוון שמדד האירועים הטראומטיים ומדד הדיכאון במהלך החיים הסתמכו על דיווחים רטרוספקטיביים של חוויות לאורך כל החיים, בחנה רגרסיה לוגיסטית אם המדד הראשון תרם באופן ייחודי לניבוי המדרד השני לאחר התאמה למאפיינים הסוציו-דמוגרפיים. מכיוון שגם טראומה וגם דיכאון כרוכים לעתים קרובות בבעיות של בריאות, למשל כשארועי טראומה מסוימים פוגעים קשות בבריאות וכשתפיסה עצמית שלילית של הבריאות תורמת לדיכאון (Pinquart, 2001), הוכנס אף הדירוג העצמי של הבריאות כמשתנה בלתי תלוי בעיבוד זה.

כפי שמוצג בלוח 5, המודל הראשון בחן את התרומות היחסיות של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים לדיכאון במהלך החיים במדגם המלא. התוצאות הראו שלאחר התאמה למאפיינים האחרים, היתה הסבירות לדיווח על תקופת דיכאון נמוכה יותר באופן מובהק בגיל מבוגר יותר, גבוהה יותר בקרב נשים, נמוכה יותר בקרב ערבים ישראלים (לעומת יהודים ילידי ישראל), בקרב נשואים (לעומת אלמנים) ואצל אלה שנתנו דירוג חיובי לבריאותם. המודל השני שהוצג בלוח 5 הראה, שכאשר מספר האירועים הטראומטיים נכלל במשוואת הרגרסיה (אפשרי בתת-מדגם ה-Drop-Off בלבד), התקשר מדד זה באופן מובהק לסבירות גבוהה יותר של דיווח על דיכאון מעבר לכל שאר ההשפעות של המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים (ומצב הבריאות בכללם). יתר על כן, לאחר בחינת ההבדל בין מדדי הסבירות $-2 \log \text{likelihood}$, נמצא שהמודל השני שונה באופן מובהק מהראשון (כשנבדקו שניהם בתת-מדגם ה-Drop-Off, הבדל $\chi^2 = 18.08$, $p < 0.001$).

לוח 5

תוצאות רגרסיה לוגיסטית לניבוי הסבירות לדיווח דיכאון במהלך החיים לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (מדגם מלא, לא משוקלל) ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומספר אירועים טראומטיים (תת-מדגם Drop-Off, לא משוקלל)

תת-מדגם Drop-Off			מדגם מלא			מאפיין
CI 95%	OR	B	CI 95%	OR	B	
0.97-0.99	0.98	* -.02	0.97-0.99	0.98	** -.02	גיל ¹
						מגדר
1.06-1.79	1.38	.32*	1.06-1.60	1.30	* .26	1 אישה
						2 גבר ²
						מוצא
						1 יליד ישראל ²
0.99-1.93	1.38	.32	0.83-1.43	1.09	.09	2 יליד המזרח התיכון
0.70-1.43	0.99	-.00	0.83-1.49	1.11	.11	3 יליד אירופה או אמריקה
0.77-1.91	1.21	.19	0.60-1.20	0.85	-.17	4 יליד ברי"מ לשעבר
0.10-0.36	0.19	*** -1.65	0.15-0.39	0.24	*** -1.43	5 ערבי ישראלי
0.90-1.09	0.99	-.01	0.88-1.02	0.95	-.05	השכלה ¹
1.00-1.00	1.00	.00	1.00-1.00	1.00	.00	הכנסה ברוטו למשק הבית ¹
						מצב משפחתי
1.07-5.95	2.52	* .92	0.68-2.46	1.29	.23	1 מעולם לא נישא
0.43-0.91	0.62	* -.47	0.37-0.68	0.50	*** -.69	2 נשוי
0.61-1.92	1.09	.08	0.64-1.57	1.01	.01	3 גרוש
						4 אלמן ²
0.67-0.87	0.76	*** -.27	0.64-0.79	0.71	*** -.34	דירוג עצמי של בריאות ¹
1.06-1.18	1.12	*** .11	---	---	---	מספר אירועים טראומטיים ¹

הערה: $N=2542$ במדגם המלא (לא כולל 61 משיבים עם נתונים חסרים, מתוכם 35 שלא ענו לשאלת הדיכאון במהלך החיים). $N=1637$ בתת-מדגם ה-Drop-Off (לא כולל 28 משיבים בעלי ציון במספר האירועים הטראומטיים אך נתונים חסרים במשתנים אחרים). OR = odds ratio; CI = confidence interval. כל המנבאים הוזנו בו-זמנית לתוך המשוואה.

- 1 משתנה רציף.
- 2 קטגוריית ייחוס.
- * $p < .05$
- ** $p < .01$
- *** $p < .001$

דיון

המאמר הנוכחי מתאר מאפיינים בסיסיים של בריאות הנפש אצל אנשים בגילאי אמצע החיים והזיקנה באוכלוסייה הישראלית באמצעות בחינת דיווחים רטרוספקטיביים על דיכאון ושני מדדים מקבילים של סימפטומים דיכאוניים. בנוסף לשימוש בדיכאון כמדד גם לבריאות נפש כללית נבדקו גם אירועים טראומטיים בעברו של הפרט. לטראומה יוחסו תפקיד משמעותי בעיצוב מצב בריאות הנפש בחברה הישראלית. התוצאות הנוכחיות מתרכזות בעיקר בקווי המתאר הסוציו-דמוגרפיים של דיכאון וטראומה בתוך המגוון שבקרב הישראלים המבוגרים.

מדד הדיכאון במהלך החיים מספק דיווח עצמי גס (כן/לא) על היארעות של תקופות דיכאון במהלך החיים. תוקף סביר למדד זה הופגן דרך יכולתו לשחזר מתאמים ידועים ומבוססים עם מאפיינים של דיכאון, כגון מגדר (להיות אישה), גיל (זקן מאור), מצב משפחתי (לא להיות נשוי בהווה), מצב סוציו-אקונומי (נמוך) ומצב בריאותי כפי שנתפס אצל המשיב (שלילי). כפי שנמצא, היארעות של תקופת דיכאון קליני אחת לפחות בקטגוריות סוציו-דמוגרפיות אלה נמצאת על פי רוב בטווח של 25-40 אחוז. בתוך מערך רגסיה אינטגרטיבי, כמתואר בבירור בניתוח הלוגיסטי (לוח 5), הפכה השפעת חלק מהמאפיינים הקשורים לדיכאון לעודפת בנוכחות האחרים (בעיקר השכלה והכנסה בעיבוד הנוכחי). יתרה מזאת, הקשר החיובי שבין גיל לדיכאון הפך את כיוונו בהתאמה עם תוצאות מחקרים המצביעים על כך שדיכאון גבוה לא מושפע מהגיל כשלעצמו, אלא מהמאפיינים הנלווים אליו, כגון אלמנות ובריאות לקויה (Blazer & Hybels, 2005; Litwin, 2002; Riedel-Heller, Busse, & Angermeyer, 2006).

ההבדלים במדדי הדיכאון בין קבוצות המוצא השונות היו משמעותיים ביותר. בתוך כך התבלט הפער בקבוצת הערבים הישראלים בין דיווח על היארעות נמוכה של דיכאון בעבר לבין דיווח על הימצאות גבוהה של סימפטומים דיכאוניים. בעוד שהנטייה בקרב הערבים הישראלים לדיווח הנמוך ביותר של היארעות דיכאון עומעמה בנתונים המשוקללים, הרגסיה הלוגיסטית הראתה, לאחר בקרה על המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים האחרים, שהסתברות שערבים ישראלים ידווחו על היארעות תקופת דיכאון במהלך חייהם היתה נמוכה ב-76 אחוז מזאת של מקביליהם היהודים, ילידי ישראל. ממצא זה לא תואם לכאורה את התוצאות שהראו שקבוצת הערבים הישראלים, כמו גם זו של עולי ברית המועצות לשעבר, מאופיינות ברמה גבוהה באופן מובהק של סימפטומים דיכאוניים, כפי שנמדדו על ידי ה-Euro-D וה-ACES-D. במיוחד יש לציין שמשיבים מקבוצות אלה, שדיווחו על תקופת דיכאון אחת לפחות, דיווחו גם על שיעורים נמוכים ביותר של טיפול רפואי בדיכאון לעומת קבוצת היהודים הותיקים. ניתן לפרש ממצאים אלה בשתי דרכים לפחות: (א) קבוצת הערבים הישראלים (ובמידה מסוימת גם זו של עולי ברית המועצות

לשעבר) אכן מתייחסת בגלוי לקשיים פסיכולוגיים בעזרת סימפטומים דיכאוניים, אך נראה שחלקים בתוכה נמנעים מלהודות בכך שהם סובלים מדיכאון (או מטפלים בו רפואית) בשל הסטיגמה התרבותית המיוחסת למחלה זו. (ב) למרות היכולת לזהות סימפטומים של מצוקה עצמית, אפשר שהמודעות לדיכאון כמצב נפשי בקבוצת הערבים הישראלים אינה מפותחת במידה רבה, אולי גם בשל ההיקף המצומצם של שירותי בריאות הנפש העומדים לרשות מגזר זה.

השימוש המקביל ב-Euro-D וב-ACES-D, המבוססים על מדדים נפוצים במחקר הבינלאומי, סיפק תיקוף צולב לתיאור הסימפטומים הדיכאוניים בחברה הישראלית. שני המדדים הבחינו בצורה ברורה בקבוצות הסוציו-דמוגרפיות שהוזכרו כרגישות במיוחד למצוקה פסיכולוגית. בכל הנוגע להרכב החברה הישראלית, מעבר להדגשת הפגיעות המיוחדת לסימפטומים דיכאוניים בקבוצות הערבים הישראלים ועולי ברית המועצות לשעבר, יצרו ה-Euro-D ו-ACES-D הבחנות מובהקות בתוך קבוצת היהודים הוותיקים. כך הראתה החלוקה על פי מוצא, שבתוך קבוצה זו הפגינו ילידי ישראל את הרמה הנמוכה ביותר של סימפטומים דיכאוניים, ילידי המזרח התיכון/צפון אפריקה את הרמה הגבוהה ביותר, וילידי אירופה/אמריקה ביניהם. ממצא זה מאשר שהיהודים הוותיקים אינם קבוצה אחידה מבחינת הפגיעות הפסיכולוגית.

סקר הטראומה הנוכחי ב-SHARE-ישראל מספק נקודת מבט חדשנית ברמה הארצית על המרכיבים הטראומטיים בביוגרפיות רבות של ישראלים מבוגרים. בנוסף לטראומות אוניברסליות, כגון שכול, קורבנות ופגיעות בריאותית, התנסויות השואה והסבל שמסכים מלחמה וטרור הם טראומות ייחודיות למרקם הפסיכולוגי הישראלי. בהקשר זה, SHARE-ישראל הוא המעודכן בקרב הניסיונות המועטים לתאר את קבוצת ניצולי השואה על בסיס של סקר ארצי מייצג. כפי שמתואר במאמר הנוכחי, קבוצה זו עדיין מאופיינת בטווח גילאים של כמעט 30 שנה ובמגוון של התנסויות שואה קשות, ובכך מאפשרת בחינת מספר שאלות מחקר בדבר הגורמים המרכיבים את ההשפעה של טראומה קיצונית בגיל צעיר על בריאות הנפש בגיל מבוגר. התנסויות אחרות הקשורות לשואה, שיש לחקור יותר לעומק במאגר הנתונים הנוכחי, הן מצוקת פליטי השואה שנמלטו מאזורים שהיו תחת כיבוש נאצי, המקרה המיוחד של יהודים שחיו תחת שלטון נאצי או פרו-נאצי בצפון אפריקה והדור השני לניצולי שואה.

העובדה שלא כל משתתפי תת-מדגם ה-Drop-Off הסכימו להתייחס לשאלות המפורטות יותר על אירועי הטראומה שחוו (גילם בעת האירועים והשפעת האירועים על חייהם) מרמזת על כך שסקר מקיף עלול להיות מוגבל ביכולתו לחקור נושאים עדינים ורגישים בחיי המשיבים. עם זאת, המשתתפים בסקר הגיבו כראוי לעצם רשימת אירועי הטראומה. לכן התוצאות המובאות כאן ביחס למספר אירועי הטראומה המדווחים מראות, שציון טראומה מצטברת מהווה כלי שימושי לחשיפת קבוצות סוציו-דמוגרפיות פגיעות

במיוחד. העובדה שקבוצות אלה נמצאו רגישות גם לדיכאון מצביעה על הזיקה בין התנסות טראומטית לבריאות נפשית לאורך שנות חיים רבות. זיקה זו מופיע בבירור בממצא המראה שטראומה מצטברת מסבירה באופן מובהק תקופות דיכאון במהלך החיים, וזאת מעבר להשפעה של שורת מאפיינים סוציו-דמוגרפיים. ניתן להסיק מממצא זה, שמבט אפידמיולוגי על בריאות נפש צריך לקחת בחשבון את ההקשרים הביוגרפיים ארוכי הטווח של הנבדקים, במיוחד באוכלוסיות בעלות עבר טראומטי עשיר.

יש לשים לב למגבלות של תוצאות המחקר הנוכחי. מכיוון שמטרת מאמר זה היתה בעיקרה אקספלורציה ותיאור של הנתונים, המשתנים מוצגים על פי רוב בצורה חד-משתנית או דו-משתנית. עם זאת, כפי שגם הודגם במאמר זה, על מחקרים אחרים לבדוק השפעות של חפיפה ואינטראקציה בעיבודים רב-משתניים. בדיקות אלה התבררו כחשובות במיוחד, למשל, לצורך הסרת ההשפעות המתערבות בקשר שבין הגיל למצב הבריאות הנפשית.

עוד מתבקשת השוואה בין הנתונים הנוכחיים לאלה של מדינות אחרות באירופה השותפות ל-SHARE. מכיוון שהשאלות הנוגעות להתנסויות של טראומה ושואה ייחודיות לסקר הישראלי, ניתן למקד את ההשוואה בהימצאות הקלינית של דיכאון, כפי שבאה לידי ביטוי דרך ציוני סף מסוימים של ה-Euro-D (לדוגמה, 4 ומעלה). בדיקות ראשוניות בכיוון זה כבר גילו שההסתברות לדיכאון קליני עכשווי באוכלוסייה הישראלית בגיל 50 ויותר יכולה להגיע ל-35 אחוז בקירוב, שיעור הדומה לאומדנים הגבוהים ביותר בקרב החברות האירופיות ב-SHARE, כגון ספרד (37 אחוז), איטליה (34 אחוז) וצרפת (33 אחוז). לשם השוואה, אומדן הסתברות זו נע בטווח 18-20 אחוז באוסטריה, בגרמניה, בשוודיה, בהולנד, בדנמרק ובשווייץ. תוצאות אלה תואמות אומדנים קודמים המבוססים על מדד ה-CES-D המקורי בסקר ארצי של ישראלים בגיל 75 ויותר שנערך בשנים 1989-1992, ובו נמצא שהסתברות לדיכאון קליני עכשווי היתה כפולה מזו שנמצאה בקרב אוכלוסיות בגיל דומה בארצות הברית ובאירופה (Shmotkin et al., 1996; Ruskin et al., 2003). אף שייחון שממצאים אלה משקפים בחלקם תלויי תרבות בדיווח על תופעות סובייקטיביות, הדבר מדגיש את הצורך לבדוק את התפקיד של חומר ביוגרפי רלוונטי, כמו טראומה מצטברת, ביצירת הבדלים כה בולטים בין אוכלוסיות ברמות הבריאות הנפשית.

לבסוף, הנתונים המוצגים כאן ממתנים לשילוב עם מדדים חיוביים לבריאות נפשית, כגון שלומות סובייקטיבית (subjective well-being), שביעות הרצון מהחיים (life satisfaction) ואופטימיות (Shmotkin, 1998). לאחר הצגת התפיסות העצמיות החיוביות בתוך מאגר הנתונים של ה-SHARE-ישראל (ראו מאמרה של זלצר-זוכידה בחוברת זו), יש לחקור לעומק את התפקיד הממתן של שביעות הרצון מהחיים לנוכח תלאות חיים מהעבר ומההווה (Shmotkin, 2005). כיוון מחקר זה מצטרף לניסיונות להבין כיצד

אנשים מזדקנים מקיימים את הכורח לשמור על בריאותם הנפשית ועל שביעות רצונם למרות הדעיכה הביולוגית והפסיכו-חברתית המתגברת שהם חווים עם הזיקנה.

מקורות

- אייל, נ', שמוטקין, ד' (2001). שאלון הרת"ד (רשימת תארים דיכאוניים) והתאמתו למדידת מצב רוח דיכאוני בקרב מבוגרים וזקנים בישראל. גרונטולוגיה, כ"ח (3-4), 119-132.
- ברודסקי, ג', שנוור, י', באר, ש' (2006). קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2005. ירושלים: הוצאת מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואגודת אשל.
- קושנירוביץ, נ' (עורכת). (2007). שנתון העולים בישראל 2006. עמק חפר: המרכז האקדמי רופין.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, 249-265.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1241-1252.
- Bleich, A., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Solomon, Z. (2005). Emotional impact of exposure to terrorism in young-old and old-old Israeli citizens. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 155-60.
- Brodsky, H., Cullen, B., Thompson, C., Mitchell, P., Parker, G., Wilhelm, K., et al. (2005). Age and gender in the phenomenology of depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 589-96.
- Cohen, K., & Shmotkin, D. (2007). *Cumulative traumatic life events and the role of their subjective evaluations in predicting happiness in old age*. Unpublished Paper .
- Evans D. A. Heikkinen, R. L., & Kauppinen, M. (2003). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-50.

- Gatz, M., & Zarit, S. H. (1999). A good old age: Paradox or possibility. In V. L. Bengtson, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 396-416). New York: Springer.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Lancu, L., Horesh, N., Lepkifker, E., & Drory, Y. (2003). An epidemiological study of depressive symptomatology among Israeli adults: Prevalence of depressive symptoms and demographic risk factors. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 40, 82-89.
- Litwin H. (1995). *Uprooted in old age: Soviet Jews and their social networks in Israel*. Westport, CT: Greenwood.
- Litwin, H. (2002). Examination of the association of age, disability and mood among Jewish older adults in Israel. *Aging and Mental Health*, 6, 397-401.
- Lomranz, J. (1990). Long-term adaptation to traumatic stress in light of adult development and aging perspectives. In M. P. Stephens, J. Crowther, S. E. Hobfoll, & D. Tennbaum (Eds.), *Stress and coping in later-life families* (pp. 99-121). New York: Hemisphere.
- Lomranz, J. (1995). Endurance and living: Long-term effects of the Holocaust. In S. E. Hobfoll & M. W. de Vries (Eds.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (pp. 325-352). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Madden, T. E., Feldman Barrett, L., & Pietromonaco, P. R. (2000). Sex differences in anxiety and depression: Empirical evidence and methodological questions. In A. H. Fischer (Ed.), *Gender and emotion: Social psychological perspectives* (pp. 277-298). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44, 901-910.

- Pfeffemann, D. (1996). The use of sampling weights for survey data analysis. *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 239-261.
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T. F., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L. et al. (1999). Development of the Euro-D scale – A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry*, 174, 330-338.
- Pinquant, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16, 414-426.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Riedel-Heller, S. G., Busse, A., & Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old-age across the 'old' European Union - A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 388-401.
- Roose, S. P., & Devanand, D. P. (2006). Geriatric mood disorders. In D. J. Stein, Kupfer, D. J., & Schatzberg, A. F. (Eds), *The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders* (pp. 603-619). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ruskin, P. E., Blumstein, Z., Walter-Ginzburg, A., Fuchs, Z., Lusky, A., Novikov, I., et al. (1996). Depressive symptoms among community-dwelling oldest-old residents in Israel. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 208-217.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (pp. 69-99). New York: Plenum.
- Sadavoy, J. (1997). A review of the late-life effects of prior psychological trauma. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 287-301.
- Schneider, L. S., Reynolds, C. F., Lebowitz, B. D., & Friedhoff, A. J. (Eds.). (1994). *Diagnosis and treatment of depression in late life*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Shmotkin, D. (1998). Declarative and differential aspects of subjective well-being and implications for mental health in later life. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (pp. 15-43). New York: Plenum.
- Shmotkin, D. (2003). Vulnerability and resilience intertwined: A review of research on Holocaust survivors. In R. Jacoby & G. Keinan (Eds.), *Between stress and hope: From a disease-centered to a health-centered perspective* (pp. 213-233). Westport, CT: Praeger.
- Shmotkin, D. (2005). Happiness in face of adversity: Reformulating the dynamic and modular bases of subjective well-being. *Review of General Psychology*, 9, 291-325.
- Shmotkin, D., Blumstein, T., & Modan, B. (2003). Tracing long-term effects of early trauma: A broad-scope view of Holocaust survivors in late life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 223-234.
- Shmotkin, D., & Lomranz, J. (1998). Subjective well-being among Holocaust survivors: An examination of overlooked differentiations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 141-155.
- Shmotkin, D., Lomranz, J., Eyal, N., & Zemach, M. (1999). The contribution of personal resources to physical and mental health: Looking into age and gender effects. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125, 5-25.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., van-Tilburg, W., & Westendorp, R. G. J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: The Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*, 78, 193-200.
- Turner, M. J., Killian, T. S., & Cain, R. (2004). Life course transitions and depressive symptoms among women in midlife. *International Journal of Aging and Human Development*, 58, 241-265.
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1995). Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 360-376.

- Winship, C., & Radbill, L. (1994). Sampling weights and regression analysis. *Sociological Methods and Research*, 23, 230-257.
- Woods, R. T. (1996). Mental health problems in late life. In R. T. Woods (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 197-218). Chichester, England: Wiley.