

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסכיופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

שירלי ורנר

אחד מגורמי הסיכון למחלת הסכיופרניה הוא מעמד חברתי-כלכלי, המתייחס לריבוד אנשים בחברה על פי התגמולים והמשאבים שבידיהם. המאמר מציג ובודק שתי תיאוריות המנסות להסביר את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיופרניה. האחת, תיאוריית ההתדרדרות והסלקציה החברתית, גורסת כי אנשים עם סכיופרניה מתדרדרים למעמדות חברתיים-כלכליים נמוכים יותר לאחר התפרצות המחלה. לעומתה, תיאוריית הסיבתיות החברתית מייחסת את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיופרניה למצוקות שחווים אנשים ממעמדות חברתיים-כלכליים נמוכים. המאמר הנוכחי דן בממצאי מחקרים שבדקו את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי לבין סכיופרניה, ובוחר את תמיכתם בתיאוריות הנדונות. כמו כן בוחן המאמר את הקשר שבין מוצא אתני לבין סכיופרניה, היות שלהשתייכות לקבוצת מיעוט אתנית יש אפיונים דומים כמו להשתייכות למעמד חברתי-כלכלי נמוך. לבסוף, המאמר דן בהשלכות יישומיות מבחינת מדיניות, פרקטיקה ומחקר עתידי בתחום.

מילות מפתח: סכיופרניה, מעמד חברתי-כלכלי (סוציו-אקונומי), שכבה חברתית, תיאוריית ההתדרדרות והסלקציה החברתית, תיאוריית הסיבתיות החברתית

מבוא

סכיופרניה נחשבת למחלת הנפש הקשה והמגבילה ביותר. המחלה מאופיינת בתסמינים כגון הלוצינציות, דלזיות, חוסר ארגון בתקשורת ובהתנהגות, תכנון לקוי, מוטיבציה לקויה, אפקט שטוח וחוסר תפקוד חברתי ותעסוקתי (Muntaner, Eaton, 2004). שכיחותה של הסכיופרניה בין 1.4 עד 4.6 מקרים לכל 1000 (Jablensky, 2000) והיא רעות המחלה הינה נמוכה יחסית ועומדת על חציון של 15.2 בכל 100,000 אנשים בשנה (McGrath, Saha, Welham, El Saadi, 2004). (MacCauley, & Chant, 2004).

סכיופרניה היא אחת המחלות המעיקות ביותר על הכלכלה העולמית ועל שירותי בריאות הנפש. ברמת הפרט גורמת הסכיופרניה לסבל בשל התמודדות עם תסמיני

המחלה ובשל אובדן הדימוי העצמי לנוכח הקושי להשתלב בפעילות של תעסוקה ופנאי. מבחינת המדינה, בנוסף לעומס הכלכלי הישיר של טיפול בחולים במחלה, נוצר גם עומס עקיף הקשור לאובדן היצרנות וכוח עבודה של הפרט בשל המחלה. נוצר גם עומס רגשי וכלכלי כבד על בני המשפחות המטפלות בשל תגובות רגשיות למחלה, תיוג, קושי בהתמודדות עם התנהגות בעייתית, הפרעה לשגרת היום-יום בבית והפרעות לפעילות פנאי משפחתית (Rossler, Salize, vanOs, & Riecher- (Rossler, 2005). עומס זה נוצר בשל שני מאפיינים עיקריים: פרוץ המחלה בגיל הבגרות הצעירה והמשכיות התסמינים בקרב כשני שלישים מהחולים, למרות הטיפול (American Psychiatric Association, 1994).

במערכת הבריאות ובמערכת שירותי בריאות הנפש מהווה הסכיוזופרניה נטל בכך שהיא צורכת את מרבית המשאבים הפסיכיאטריים הקיימים הן במדינות מתפתחות והן במדינות מפותחות. על כן אין זה מפתיע שארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) משתף פעולה עם מדינות שונות כדי להשיג הבנה מעמיקה יותר של גורמי המחלה ומהלכה (Jablensky et al., 1992). מחקרים רבים עסקו בגורמי הסיכון לסכיוזופרניה, והדעה הרווחת היא כי התפתחות המחלה נגרמת כנראה בשל שילוב של מספר גורמים (Andreasen, 1999; Bark, 2001; Byrne, Agerbo, & Murray & Fearon, 1999; Mortensen, 2002; Hafner, 1987; Kendler, 1998). אחד הגורמים המרכזיים אשר ארגון הבריאות העולמי מתמקד בו הינו מעמד חברתי-כלכלי. המטרה העיקרית היא להקטין את ההשפעה השלילית של המעמד החברתי-כלכלי הנמוך על אנשים החולים בסכיוזופרניה (World Health Organization, 2001). בעקבות כל זאת מתמקדים מחקרים רבים בקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיוזופרניה. מרביתם מצאו קשר שלילי בין מעמד חברתי-כלכלי וסכיוזופרניה (e.g., Byrne, Agerbo, Eaton W., & Mortensen, 2004; Timms, 1998; Turner & Wagenfield, 1967). המאמר הנוכחי מציג שתי תיאוריות שונות לעניין זה: תיאוריית הסיבתיות החברתית ותיאוריית הסלקציה החברתית. תיאוריות אלו חשובות ליחידות הטיפול, לפן הטיפולי ולהקצאת משאבים (Hudson, 2005), ועל כן חשוב מאוד להבין איזו תיאוריה מסבירה תופעה זו טוב יותר, או מהו המשקל היחסי של כל אחת מן התיאוריות ומהו תפקידה בהסבר התופעה.

המאמר סוקר, בוחן ומסכם את מכלול הממצאים שנאספו במשך השנים באשר לתפקידם של משתנים חברתיים-כלכליים כגורמי סיכון לסכיוזופרניה. בנוסף, המאמר מציג ממצאים המופיעים בספרות והעוסקים בקשר שבין השתייכות לקבוצת מיעוט אתני לבין סיכון לסכיוזופרניה. השתייכות לקבוצת מיעוט אתני עשויה להיות דומה להשתייכות למעמד חברתי-כלכלי נמוך. כלומר, בני קבוצת מיעוט אתני עשויים לחוות גורמי דחק דומים לאלו שחווים בני מעמד חברתי-כלכלי נמוך. הממצאים בספרות מוצגים כדי לבחון את תמיכת המחקר בתיאוריות המוצגות במאמר.

חשיבותו של המעמד החברתי-כלכלי למצב הבריאותי

מעמד חברתי-כלכלי מתייחס לריבוד אנשים בחברה על פי התגמולים והמשאבים אשר בידיהם, ומעמדו החברתי-כלכלי של הפרט מוגדר ביחס לאחרים על פי מיקומו בסולם החברתי (Eaton & Harrison, 2001). למעמד חברתי-כלכלי חשיבות רבה בשל הקשר בינו ובין הסיכון לחלות במחלות שונות, פיזיות ומנטליות (Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997). נמצא שהסיכון ללקות במחלות שונות גדל ככל שהמעמד החברתי-כלכלי נמוך יותר, בשל השפעת משתנים מתווכים הקשורים למעמד חברתי-כלכלי מצד אחד, ומגבירים את הסיכון למחלה מצד שני (Eaton & Harrison, 2001). על כן, אי שיויון חברתי הוגדר לא אחת כגורם בסיסי למחלות, כיוון שלא ניתן להימנע לחלוטין מאי שיויון, וכן בשל העובדה שמתווכים רבים מבטאים את הקשר שבין מעמד לסיכון לחלות במחלה (Link & Phelan, 1996). בתחום הבריאות הפיזית נמצא שמעמד חברתי-כלכלי גבוה עשוי להוות גורם מגן מפני חולי, בכך שהוא משפיע על מספר גורמים דוגמת סגנון חיים, התנהגות בריאותית, יכולת פתרון בעיות, ערכים ורכישת יכולות חברתיות, פסיכולוגיות וכלכליות חיוביות יותר (Winkleby, Jatulis, Frank, & Fortmann, 1992). בנוסף, בני מעמד חברתי-כלכלי גבוה הינם בעלי נגישות גבוהה יותר למשאבים העשויים לעזור למנוע סיכונים מחלה ולהפחית את תוצאותיה השליליות. משאבים אלו כוללים כסף, ידע, כוח, יוקרה ותמיכה חברתית (Link & Phelan, 1995). עוני, לעומת זאת, בולם את הגישה לצרכים הבסיסיים ביותר מבחינה בריאותית כגון דיור, תזונה ואפשרות להיות פעיל בחברה (Wilken & Furlong, 2002). יתרה מכך, בני מעמד חברתי-כלכלי נמוך חשופים יותר לגורמי דחק, ובהם אפיונים של סביבת העבודה, תנאים חברתיים מחוץ לעבודה (Marmot et al., 1997), בתי ספר צפופים, שירותים עירוניים דלים, גורמי סיכון סביבתיים כגון פסולת מסוכנת, זיהום אוויר ומים, רעש, צפיפות ואיכות דיור ירודה (Evans & Kantrowitz, 2002), ומשאביהם להתמודדות עם גורמי דחק אלו פחותים, ועל כן הם חשופים יותר לסיכון לחלות (Adler & Ostrove, 1999).

בתחום הבריאות הנפשית, כבר בשנות ה-60 נקבע כי קיים קשר שלילי בין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה (Cooper, 1961; Goldberg & Morrison, 1963; Hollinghead & Redlich, 1954). נציג שתי תיאוריות המסבירות קשר זה ונסקור ממצאים של מחקרים בתחום.

 תיאוריות המסבירות את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה

במשך השנים הוצעו שתי תיאוריות עיקריות בניסיון להסביר את הקשר השלילי שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה: תיאוריית הסיבתיות החברתית (social causation) ותיאוריית הסלקציה וההתדרדרות החברתית (social selection and drift theories). תיאוריית הסיבתיות החברתית נתמכת לרוב על ידי תיאורטיקנים בעלי גישה סביבתית (Dohrenwend, 1990). תיאוריה זו מייחסת את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה למצוקות, לאירועי דחק ולמתחים כרוניים אשר חווים בני מעמדות חברתיים-כלכליים נמוכים (Eaton & Harrison, 2001; Eaton & Levav, 1982; Johnson, Cohen, Dohrenwend, Link, & Brook, 1999; Kohn, Dohrenwend, & Mirotznik, 1998; Ortega & Corzine, 1990; Rahav, Goodman, Popper, & Lin, Dohrenwend et al., 1986; Samele et al., 2001). על פי תיאוריה זו, המעמד החברתי-כלכלי הוא הגורם למחלה. לעומת תיאוריית הסיבתיות החברתית, תיאוריית הסלקציה וההתדרדרות החברתית זכתה לתמיכה של תיאורטיקנים רבים, התומכים יותר בבסיס הגנטיקה של המחלה כגורם עיקרי (Dohrenwend, 1990). תיאוריה זו מורכבת משתי תתי-תיאוריות: תיאוריית ההתדרדרות גורסת כי אנשים עם סכיזופרניה מתדרדרים למעמדות חברתיים-כלכליים נמוכים יותר לאחר התפרצות המחלה. השוואה תוך-דורית תוכל להראות, לדוגמה, ירידה של אדם בסולם החברתי בבחינת מקצועו לעומת השכלתו. תיאוריית הסלקציה החברתית מתייחסת לתהליך שבו הופעת המחלה מהווה מכשול עבור הפרט בכך שאינה מאפשרת הגעה למעמד חברתי-כלכלי שאליו יכול היה להגיע, כך שמעמדו נמוך יותר מזה של פרטים אחרים בעלי נתוני רקע דומים. בהשוואה בין-דורית מעמדו של הפרט יהיה נמוך מזה של הוריו (Dauncey, Giggs, Baker, & Harrison, 1993; Dohrenwend, 1990, 1998; Dohrenwend et al., 1992, 1998; Eaton & Levav, 1982; Timms, 1998). כלומר, על פי תיאוריה זו המחלה היא הגורם למעמד החברתי-כלכלי הנמוך. פרטים נוספים על יישומי תיאוריות אלה בטיפול ובהקצאת משאבים מובאים בפרק הדין.

במשך השנים התנהל ויכוח מדעי בין תומכי תיאוריות אלה. מחקרים ראשוניים תמכו בתיאוריית הסיבתיות החברתית, כיוון שמצאו התפלגות דומה במעמד החברתי-כלכלי של הפרט ושל משפחות המוצא. כלומר, הן הנבדקים חולי הסכיזופרניה והן משפחותיהם נמנו בשכיחות גבוהה יותר עם מעמד חברתי-כלכלי נמוך. מחקרים אלו הדגישו כי גורמים כמו רמת דחק גבוהה תורמים להתפתחות סכיזופרניה (Kohn, 1967; Roman & Trice, 1968).

לעומת ממצאים אלו, מחקרים אחרים תמכו בתיאוריית הסלקציה החברתית על

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסקיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

ידי ממצאים שהראו כי אומנם חולים בסקיזופרניה נמנים עם מעמד חברתי-כלכלי נמוך, אך הוריהם נמנים עם שכבות חברתיות דומות לאוכלוסייה הרחבה. לדוגמה, גולדברג ומוריסון (Goldberg & Morrison, 1963) השוו בין מקצועם של גברים בני 25–34 לאחר אשפוז ראשון בגין סקיזופרניה למקצוע של אביהם באותו גיל, ומצאו שכיחות גבוהה יותר של מעמד נמוך בקרב הילדים, אך התפלגות המעמד החברתי-כלכלי של האבות הייתה דומה לזו של האוכלוסייה הכללית. ממצאים דומים הגיעו ממחקרם של טרנר וונגפילד (Turner & Wangfield, 1967). המחקר הצביע על התדרדרות נוספת של הנבדקים מעבר למעמדו החברתי-כלכלי של האב. כלומר, גברים אלה לא סבלו מאי שיוויון חברתי בגיל צעיר אלא התדרדרו במעמדם בעיקר בסביבות גיל ההתבגרות והבגרות (Cooper, 2005).

העניין המחקרי בתיאוריות אלו נמשך, ומחקרים עדכניים תומכים בגורמים סביבתיים ובתיאוריית הסיבתיות החברתית בשל מציאת שכיחות גבוהה יותר של סקיזופניה באזורים עירוניים (Eaton, Mortensen, & Frydenberg, 2000), ובשל מציאת תמיכה לכך שמצוקה חברתית בגיל הילדות, כגון לידה באזורי מגורים ירודים, מהווה גורם סיכון למחלה (Harrison, Gunnell, Glazebrook, Page, & Kweicinski, 2001). העניין הגובר בסיבתיות החברתית הביא למחקרים אשר מצאו שכיחות גבוהה יותר של סקיזופרניה בקרב מהגרים וקבוצות מיעוט אתניות. מחקרים אלו תמכו בקיומם של גורמים סביבתיים המהווים גורמי דחק להתפתחות המחלה (Castle, Wessely, Der, & Murray, 1991; King, Coker, Leavey, Hoare, & Johnson-Sabine, 1994; Van Os, Castle, Takei, Der, & Murray, 1996). לנוכח חילוקי דעות אלו, נסקור באופן מובנה את ממצאי המחקרים בנושא הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסקיזופרניה תוך דיון בתמיכתם בתיאוריות שהוצגו.

סביבה חברתית וסקיזופרניה

אחד המדדים החברתיים-כלכליים העיקריים הקשורים לסקיזופרניה הינו מדד השכבה החברתית. הגדרת שכבה חברתית מתייחסת לריבוד אנשים על פי חלוקת משאבים המהווים סממן לסגנון חיים ולרמת חיים. שכבה חברתית נמדדת על פי שלושה מדדים עיקריים: השכלה, מקצוע והכנסה (Muntaner, Eaton, & Diala, 2000; Naidoo & Wills, 2000). מחקרים שבחנו את הקשר שבין שכבה חברתית לסקיזופרניה הבחינו בין שכבה חברתית נוכחית, שאליה משתייך הפרט טרם האשפוז הראשון או סמוך לו, שכבה חברתית במשפחת המוצא ושכבה חברתית בזמן הלידה (מידע מפורט אודות מחקרים בתחום זה ראו ורנר, 2005; Werner, Malaspina, & Rabinowitz, 2007).

מחקרים רבים התמקדו בשכבה חברתית שעמה נמנה הפרט בסמוך לפרוץ הסכיזופרניה או בעת האשפוז הראשון. מחקרים אלו (Aro, Aro, & Keskimaki, 1995; Byrne et al., 2004; Kendler, Gallagher, Abelson, & Kessler, 1996; Timms, 1998; Turner & Wagenfield, 1967) ובכללם מחקרים שנערכו בישראל (Dohrenwend et al., 1992, 1998; Eaton & Levav, 1982) שאנשים עם סכיזופרניה משתייכים לשכבות חברתיות נמוכות יותר. חלק ממחקרים אלו גם ערכו השוואה בין-דורית על ידי בדיקת הבדלים בין השכבה החברתית של אנשים עם סכיזופרניה לעומת השכבה החברתית של משפחת המוצא שלהם (Timms, 1998; Wiersma, Giel, De Jong, & Slooff, 1983).

מחקרים רבים לא מצאו קשר בין שכבת מוצא חברתית נמוכה לבין סיכון לסכיזופרניה (Malama, Papaioannou, Kaklamani, Katsouyanni, Koumantaki, 1983; Wiersma et al., 1983; Timms, 1998; Trichopoulos, 1988). לדוגמה, אף על פי שהשכלתם של נבדקים עם סכיזופרניה נמצאה דומה לזו של אבותיהם, הם הצליחו פחות מבחינה מקצועית, ורק מעטים הצליחו למצוא עבודה או לשמור על משרה יציבה (Wiersma et al., 1983). דבר זה מעיד על התדרדרות במעמד הנבדק לעומת אביו (Aro et al., 1995; Bland & Orn, 1981; Turner & Wagenfield, 1967). ייתכן שפגיעות רגשית או פסיכולוגית לפני פרוץ המחלה היא מכשול בפני השגת מעמד חברתי גבוה. במקרים אלו אנשים עם סכיזופרניה אינם נעים במעלה הריבוד החברתי ואף מתדרדרים למעמד חברתי נמוך יותר (Wiersma et al., 1983).

יתר על כן, מחקר עדכני אחד אף מצא שדווקא השכלה גבוהה של ההורים קשורה לסיכון גבוה יותר לסכיזופרניה. ממצא זה עשוי להעיד על נטייה של הורים בעלי השכלה גבוהה לשלוח את ילדיהם לטיפול בשלב מוקדם יותר מאשר הורים בעלי השכלה נמוכה (Byrne et al., 2004), והוא נתמך על ידי מחקרים שהתבססו על מדגמים של גילאים צעירים יותר (Makikyro et al., 1997; Timms, 1998; Wiersma et al., 1983). ממצא זה נתמך גם על ידי מחקר שבחן את השכבה החברתית של הפרט, ומצא שמרבית המאפיינים החברתיים-כלכליים, מלבד השכלה, היו קשורים לסיכון רב יותר לסכיזופרניה. היות שלא סביר שהשכלה גבוהה יותר קשורה לסכיזופרניה, הוסק שבעלי השכלה נמוכה סובלים ממגבלות רבות יותר בגישה לשירותי בריאות הנפש (Drukker, Krabbendam, Driessen, & Van Os, 2006).

אכן נמצא שהגיל הממוצע לפנייה לקבלת טיפול בקרב נבדקים בני שכבה חברתית גבוהה יותר הוא 24.8, לעומת 33.1 בקרב נבדקים משכבה חברתית נמוכה יותר (Mulvany, O'Callaghan, Takei, Byrne, Fearon, & Larkin, 2001).

מן הממצאים לעיל ניכר כי מרבית המחקרים אשר בחנו את השכבה החברתית של משפחת המוצא וכן מחקרים שבחנו את השכבה החברתית של הפרט בעת פרוץ המחלה תומכים בתיאוריית הסלקציה וההתדרדרות החברתית, וזאת לאור התדרדרות

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסקיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

מעמדו החברתי של הפרט בהשוואה למעמדו לפני פרוץ המחלה. התדרדרות זו ברורה כאשר נעשה שימוש במדד של מקצוע לעומת השכלה, בשל העובדה שסקיזופרניה מתפרצת לרוב בגיל מאוחר יחסית, לאחר שהאדם כבר הספיק להשלים את השכלתו (Eaton & Levav, 1982), ומעמדו התעסוקתי הנוכחי נמוך יותר מרמת ההשכלה שהשיג. גם רמת התעסוקה של הפרט מתדרדרת בסמוך לפרוץ מחלת הסקיזופרניה ונמוכה יותר ממה שיכול היה להשיג (Brinks, Niehaus, Oosthulzen, Muller & Koen, 2004).

כאמור, קבוצה נוספת של מחקרים השתמשו בנתונים אודות השכבה החברתית של משפחת המוצא בזמן הלידה או בילדות המוקדמת. היתרון במחקר זה הינו כי השכבה החברתית בלידה תמיד קודמת להתפרצות המחלה ועל כן מספקת תמונה מלאה יותר של סביבת האדם ומשפחתו טרם התפתחות הסימנים הפרה-מורבידיים ובטרם פרוץ המחלה. בניגוד לממצאים העקביים במחקרים אשר בחנו שכבה חברתית שהפרט נמנה עימה, מחקרים אשר בדקו שכבה חברתית בלידה או בילדות המוקדמת העלו ממצאים שונים. מספר מחקרים מצאו קשר שלילי בין השכבה החברתית בלידה ובין סקיזופרניה (Castle, Scott, Wessely, & Murray, 1993; Harrison et al., 2001); במחקר אחד לא נמצא כל קשר (Jones, Rodgers, Murray, & Marmot, 1994), ומחקרים אחרים מצאו קשר חיובי (Isohanni et al., 2006; Makikyro et al., 1997; Mulvany et al., 2001).

חלק ממחקרים אלו תומכים בתיאוריית הסיבתיות החברתית, שהרי מעמד חברתי בלידה אינו יכול להיות מושפע מהמחלה. על כן יש סיכוי גדול יותר שאנשים עם סקיזופרניה יסבלו ממצוקה חברתית עוד בשלב העוברות ובשנים הראשונות לחיים (Castle et al., 1993). כמה מחקרים הציעו שייתכן שתיאוריות הסלקציה והסיבתיות החברתית עשויות לפעול יחדיו וכי אין ניגוד ביניהן. מחקרים אלו הציעו שהקשר הסיבתי בסקיזופרניה מתווך על ידי קשרים מורכבים בין הגנים לסביבה (Harrison et al., 2001; Werner et al., 2007). חיבור שתי התיאוריות מוסבר ביחסי גומלין בין נטייה גנטית, דחק ואירועי חיים הקשורים לשכבות החברתיות הנמוכות (Kohn, 1976).

צפיפות הדיור וסקיזופרניה

מאפיין חברתי-כלכלי נוסף הינו תנאי הדיור, ובעיקר צפיפות הדיור. מחקרים בתחום זה שיערו שהקשר שבין סקיזופרניה ומעמד חברתי-כלכלי נמוך עשוי להיות מתווך על ידי צפיפות הדיור כגורם סיכון ביולוגי (Torrey & Yolken, 1998). צפיפות הדיור

נבדקה במחקרים מועטים בלבד: בעת לידת הנבדק (ורנר, 2005; Kimhy et al., 2006), בגיל 4 (Jones et al., 1994), בגיל 7 (Wahlbeck, Osmond, Forsen, Barker, & Eriksson, 2001), בגיל 16 (Agerbo, Torrey, & Mortensen, 2001) ולאחר פרוץ המחלה (Harvey et al., 1996).

כל המחקרים הללו, מלבד המחקר שבחן את צפיפות הדיור לאחר פרוץ המחלה (Harvey et al., 1996), לא מצאו קשר עם סכיזופרניה (Wahlbeck et al., 2001). יחד עם זאת, במחקר אחד נמצא שמספר האחאים מהווה גורם סיכון לסכיזופרניה, וכל אח נוסף מעלה את רמת הסיכון ב-11%. כיוון שבנוסף לכך נמצא קשר בין מדד מסת הגוף למספר האחאים, הועלתה השערה שמספר אחאים עשוי להיות קשור לגורמים תזונתיים, סביבתיים ופסיכו-סוציאליים, ועלול להוות נתיב סיבתי להתפתחות סכיזופרניה (Wahlbeck et al., 2001). במחקר שמצא קשר בין צפיפות הדיור בבגרות לסכיזופרניה (Harvey et al., 1996) נמצאה תמיכה לשתי התיאוריות: יותר נבדקים חולי סכיזופרניה גרו בדירות צפופות יותר, אך גם יותר הורים גרו בדירות צפופות יותר.

רמה חברתית-כלכלית של שכונת המגורים וסכיזופרניה

נוסף למדדים ברמת הפרט (השכלה ומקצוע של הפרט) והמשפחה (השכלה ומקצוע של ההורים וצפיפות הדיור), מחקרים על גורמי סיכון חברתיים-כלכליים לסכיזופרניה בדקו גם מדדים ברמת המקרו או הסביבה החברתית. אלו כוללים מדדים של שכונת המגורים שבה הפרט נולד, גדל, או התגורר בעת פרוץ המחלה. בדיקה זו מלמדת על השפעת הסביבה בהפרעות הקשורות למספר גורמים ביחסי הגומלין שבין גנים לסביבה (Khoury, Beaty & Cohen, 1993). כלומר, יש להניח שגורמים גנטיים בסכיזופניה תלויים במידה רבה בסביבה, ולחלופין יש להניח שגורמים סביבתיים תלויים במידה רבה בסיכון גנטי (Van Os & Sham, 2003). על כן הבנת ההשפעות הסביבתיות של שכונת המגורים ועיר המגורים חשובה מאוד להבנת האטיולוגיה של סכיזופרניה.

מספר מחקרים מצאו שרמה חברתית-כלכלית נמוכה של שכונת המגורים או מצוקה סביבתית קשורות לסיכון לסכיזופרניה (Dauncey et al., 1993; Giggs & Cooper, 1987; Harrison et al., 2001; Van Os, Driessen, Gunther, & Delespaul, 2000; Werner et al., 2007). מרבית המחקרים אשר בדקו את שכונת המגורים השתמשו במדד של עירוניות (urbanicity). אזור עירוני הוא אזור מגורים שצפיפות הדיור בו גבוהה, והדבר נמדד על פי מספר כתובות מגורים לקילומטר רבוע, או על פי

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסקיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

מספר נפשות לקילומטר רבוע (Marcelis, Takei, & Van Os, 1999). צפיפות עירונית נחקרה רבות כגורם סיכון לסכיזופרניה, היות שאזורים עירוניים נתפסים לעיתים כאזורים בלתי נעימים למגורים, מפחידים, תזזיתיים וטראומטיים, ועל כן עלולים לפגוע בבריאות הפרט. זאת לעומת אזורי מגורים כפריים יותר, שנתפסים כלא מסובכים, רגועים ושמחים (Eaton, 1974).

מחקרים בתחום הצפיפות העירונית מצאו באופן עקבי שכוחות גבוהה יותר של סכיזופרניה בקרב אנשים שנולדו באזור עירוני יותר (e.g. Marcelis et al., 1999; Mortensen et al., 1999; Pedersen & Mortensen, 2001). מכך באה המסקנה כי גורמים סביבתיים הקשורים לצפיפות עירונית משפיעים על הסיכון לסכיזופרניה כבר בגיל צעיר בקרב אנשים עם נטייה גנטית (Marcelis et al., 1999). מחקרים אלו תמכו בתיאוריית הסיבתיים החברתית.

הייתה השערה מנוגדת, שלא העירוניות עצמה גורמת לשכיחות גבוהה יותר של סכיזופרניה, אלא שאנשים בעלי מטען גנטי לסכיזופרניה עוברים לגור באזורים עירוניים, ועל כן תיאוריית הסלקציה החברתית מתאימה יותר להסבר קשר זה. אולם בחינה נוספת של המחקרים מעלה שהסבירות של השערה זו אינה גבוהה. אם מטען גנטי הינו ההסבר האמיתי מאחורי הקשר שבין עירוניות לסכיזופרניה, היינו מצפים ששינוי בחשיפה לעירוניות בילדות, כלומר מעבר דירה לאזור שאינו עירוני, לא ישפיע על הסיכון לסכיזופרניה בבגרות, כי הסיכון הגנטי יישאר קבוע (Krabbendam & Van Os, 2005); שני מחקרים אשר התמקדו בשינויים בחשיפה לעירוניות מצאו גם שינוי בסיכון לסכיזופרניה (Marcelis et al., 1999; Pedersen & Mortensen, 2001). מכאן המסקנה שסלקציה חברתית אינה הגורם העיקרי לשכיחות גבוהה יותר של סכיזופרניה באזורי מגורים עירוניים. כמו כן, היות שאנשים רבים מתגוררים באזורים עירוניים, אך רק מעטים מהם מפתחים סכיזופרניה, יש להניח שההשפעות הסביבתיים באזורים העירוניים תלויות ומשפיעות במקרים שבהם יש גם גורמי סיכון גנטי למחלה (Krabbendam & Van Os, 2005). ההשערה כי שתי התיאוריות פועלות יחדיו נתמכת בממצא שקיימת התדרדרות לפני הופעת המחלה, אך גם נקודת ההתחלה מוטה, שכן נבדקים רבים גם נולדים באזורי מצוקה (Dauncey et al., 1993).

מחקרים מעטים יחסית השתמשו במדדים חברתיים-כלכליים שכונתיים אשר לא הוגבלו לצפיפות עירונית, לדוגמה, סיווג שכונות בהתאם לרמת מצוקה לפי אחוז הנתמכים בהבטחת הכנסה; לפי שירותי רווחה; לפי סבסוד לדיור; לפי אחוז לא בוחרים; לפי אחוז מהגרים; לפי מספר בתים חדשים ולפי ניידות מהשכונה (Van Os et al., 2000). נמצא שסיכון ברמת השכונה הוסבר על ידי משתנים ברמת הפרט (Drukker et al., 2006). כמו כן, נבדקה רמת אי השוויון בשכונה על ידי בדיקת פיזור רמת המצוקה בתוך השכונה. בשכונות מצוקה נמצאה שכיחות גבוהה יותר של סכיזופרניה ככל שאי השוויון עלה. יחד עם זאת, לא ניתן לדעת אם כל מי שגר

בשכונות אלו נמצא בסיכון גבוה יותר, או אלה שמצוקתם רבה ביותר. ייתכן שאי השוויון בתוך השכונה משפיע על ירידה באינטגרציה חברתית, ירידה בתמיכה חברתית, בידוד וחוסר אמון רב יותר (Boydell, Van Os, McKenzie, & Murray, 2004). חוקרים הסיקו שהנטייה הפרה-מורבידית לסכיזופרניה עשויה להתפתח למחלה גלויה בסביבות מגורים שיש בהן בידוד חברתי רב יותר (Van Os et al., 2000). מחקרים בודדים בלבד השתמשו במשתנים ברמה השכונתית אשר לא היו מצומצמים לעירוניות בלבד ונמדדו בזמן הלידה. במחקרים אלו נעשה שימוש במדדים של מצוקה חברתית (Dauncey et al., 1993); הכנסה, אבטלה, פשע ודיור (Harrison et al., 2001); הגדרת אזורים תת-תקניים ותשלום ארנונה אשר נקבע על פי טיב הכבישים, שירותי העירייה, שירותי התחבורה, בתי ספר ובתי כנסת; סוג הבנייה; מרחק השכונה ממרכז העסקים, והרכב האוכלוסייה (Werner et al., 2007). מחקרים אלו מצאו שמצוקה חברתית-כלכלית של שכונת הלידה קשורה לסיכון רב יותר לסכיזופרניה (Castle et al., 1993; Dauncey et al., 1993; Harrison et al., 2001); כלומר, ייתכן שתיאוריית הסיבתיות החברתית מסבירה שגורמי דחק הקשורים למגורים באזורי מצוקה מעלים את רמת הסיכון למחלה (Castle et al., 1993; Dauncey et al., 1993; Harrison et al., 2001).

גורמים מתווכים בקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה

עד כה הוצגו ממצאים המצביעים על קשר בין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה, אך כדי לעזור לאנשים לשפר את איכות חייהם ולהפחית את ההשפעות השליליות של המעמד החברתי-כלכלי, יש להבין טוב יותר כיצד מעמד נמוך מגביר את הסיכון למחלה. כלומר, חשוב מאוד להבין מהם הגורמים המתווכים הקשורים למעמד נמוך ולסיכון לסכיזופרניה אשר עשויים להוביל לפגיעות באיכות החיים. מעמד חברתי-כלכלי מהווה בדרך כלל מדד פרוקסי בלבד לגורמים אחרים העשויים להיות קשורים לסכיזופרניה באופן ישיר יותר, כאשר הקשר הסיבתי עשוי לנבוע מן המעמד עצמו או מהגורמים האחרים (Harrison et al., 2001). יש טענה שהקשר העקבי בין מעמד חברתי-כלכלי ומחלות נובע מכך שבמעמד חברתי-כלכלי גבוה יש לפרט משאבים חשובים כגון ידע, כוח, כסף ויוקרה, והוא יכול להשתמש בהם כדי להגן על עצמו מפני הסיכונים למחלה (Link & Phelan, 1995). במעמד חברתי-כלכלי נמוך יש לאנשים משאבים כלכליים פחותים, ולכן פוחתת יכולתם לקבל טיפול טוב לפני הלידה ואחריה, וזה עשוי להשפיע על תפקוד המשפחה (Brown, Susser, Jandorf, & Bromet, 2000). בנוסף, השתייכות למעמד

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסקיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

חברתי-כלכלי נמוך עשויה להיות קשורה לחשיפה לגורמי פגיעות התפתחותיים רבים יותר כגון תזונה לקויה בהיריון; שימוש האם בסמים ובאלכוהול בזמן ההיריון; אירועי דחק מוקדמים (Castle et al., 1993); בריאות לקויה (Dauncey et al., 1993); וחשיפה לזיהומים ולחומרים רעילים (Harrison et al., 2001).

אפשר להסביר שאנשים משכבות חברתיות-כלכליות נמוכות יותר הינם בעלי מאפיינים קוגניטיביים ואישיים מסוימים הקשורים להשתייכות למעמד נמוך, ומגבירים את הסיכון להתפתחות המחלה (Weyerer, 1994). כמו כן, ייתכן שבמעמד זה מתקיימים אירועי דחק רבים יותר במהלך החיים ולא רק בשלבים מוקדמים של החיים.

אפשר להסביר את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסקיזופרניה גם בתנאי דיור גרועים יותר וצפופים יותר ובאזורי מגורים צפופי אוכלוסין (Marcelis et al., 1999). ייתכן שגורמים סביבתיים מוקדמים באזורי מגורים אלו משפיעים על התפתחות המוח, וכך חושפים את האדם לסיכון גבוה יותר להתפתחות פסיכוזה בגיל מבוגר יותר (Lewis, David, Andreasson & Allenbeck, 1992). גורמי סיכון מוקדמים הקשורים למגורים באזור עירוני כוללים חשיפה לזיהומים במהלך ההיריון, מצוקה תזונתית, טראומה מוחית וחשיפה לגורמים מזהמים כגון עופרת, ואירועי חיים מלחיצים כגון רעש עירוני, תחושת חוסר ביטחון ופשע (Brown, Susser, Lin, Neugebauer, & Gorman, 1995; Brown & Prudo, 1981; Takei, Sham, O'Callaghan, Glover, & Murray, 1995; Wilcox & Nasrallah, 1987). מאוחרים יותר של החיים, מגורים בצפיפות עירונית עשויים להוביל לשכיחות גבוהה יותר של אירועי חיים מלחיצים וכווניים (Brown & Prudo, 1981).

גם גורם חברתי, כגון הדרה, הוא סיכון נוסף הקשור במעמד חברתי-כלכלי נמוך. הדרה חברתית יכולה להוביל לבדידות ולבידוד, למצבי חיים דוחקים ולמערכות תמיכה חברתית פחותות. בקרב אנשים עם נטייה גנטית, גורמי דחק אלו עשויים להוביל להתפתחות המחלה (Wicks et al., 2005). דחק חברתי ודחק פסיכולוגי תורמים לתחושת השבירות החברתית ולהון חברתי פחות (Hare, 1956; Van Os et al., 2000). כמו כן, מבחינת המערכת המשפחתית, חשוב לגייס מערכות תמיכה חברתיות בניסיון להתמודד עם העומס היומיומי. אולם יש להניח שהיכולת לגייס מערכות תמיכה חברתיות יעילות היא נמוכה יותר בקרב משפחות שמעמדן החברתי נמוך (Cohen, 1993).

אפשרות נוספת התומכת בתיאוריית הסלקציה החברתית היא שהורים עם נטייה גנטית לסקיזופרניה התדרדרו למעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר. כתוצאה מכך, ילד עם סיכון גנטי נולד וגדל במעמד חברתי-כלכלי נמוך, ושם הוא נשאר בעוד המחלה מתפתחת. כלומר, הורים עם סכיזופרניה שאינה מאובחנת מעבירים סיכון גנטי ששווה לסיכון הגנטי אשר מעבירים הורים עם סכיזופרניה מאובחנת

(Mortensen et al., 1999). המטען הגנטי של הורים אלו גורם לילדיהם להיות פחות "תחרותיים" במונחים חברתיים-כלכליים (Castle et al., 1993).

מוצא אתני וסכיזופרניה

משתנה חשוב נוסף הוא המוצא האתני (Muntaner et al., 2004). ייתכן שלהשתייכות לקבוצת מיעוט אתני יש השלכות והשפעות הדומות לאלו שיש להשתייכות למעמד חברתי-כלכלי נמוך. ההבדל העיקרי הינו שהקבוצה האתנית נקבעת בלידה ואינה יכולה להיות מוסברת כתוצאה או כהתדרדרות בעקבות מחלת הסכיזופרניה, ועל כן בדיקת משתנה זה מאפשרת בדיקה נוספת בעיקר לתיאוריית הסיבתיות החברתית. ריבוד אתני הוא ריבוד חברתי-כלכלי על פי התגמולים והמשאבים של הקבוצה האתנית (Dohrenwend, 1975; Eaton, 1980; Eaton & Harrison, 2000, 2001) והחסר היחסי במשאבים בקרב בני קבוצת מיעוט אתני (Eaton & Harrison, 2001). כלומר, בני קבוצת מיעוט אתני, בדומה לבני מעמד חברתי-כלכלי נמוך, הינם חסרי שיויון ביוקרה, בכוח ובהון (Eaton & Levav, 1982) והדבר משפיע על סיכוייהם לקבל עבודה, טובין ושירותים בחברה (Dohrenwend et al., 1992). השתייכות לקבוצת מיעוט אתני מסבירה גם היא את השונות בשכיחות סכיזופרניה בקרב בני מוצא שונה. כלומר, בקרב קבוצות מיעוט אתני יש ציפייה לשכיחות גבוהה יותר של בעיות בריאות, כמו בקרב בני מעמד חברתי-כלכלי נמוך. אולם, בשונה מהמעמד החברתי-כלכלי אשר נקבע על פי מקצוע והשכלה, מעמד אתני נקבע כבר בלידה, ואינו מושפע מפסיכופתולוגיה (Dohrenwend et al., 1992; Eaton & Levav, 1982), ולכן חשוב להתמקד במשתנה זה. מרבית המחקרים שבדקו את הקשר שבין מוצא אתני וסכיזופרניה מצאו באופן עקבי שכיחות גבוהה יותר של סכיזופרניה בקרב בני קבוצות מיעוט אתני בארצות שונות, ובכללן אנגליה (Bhugra, Leff, Mallett, Der, Corridan, & Rudge, 1997; Castle et al., 1991; King, et al., 1994; Van Os et al., 1996; Wessely, Castle, Der, Schrier, Van de Wetering, Mulder, & Selten, 2001; & Murray, 1991), הולנד (Selten, Slaets & Kahn, 1997), ארצות-הברית (Kendler et al., 1996) וישראל (ורנר, 2005), ברמת סיכון של עד פי 10.1 (Harrison et al., 1997). מחקרים שבחנו את הקשר שבין מוצא אתני וסכיזופרניה תומכים, כמעט באופן גורף, בקיומה של תיאוריית הסיבתיות החברתית. מחקרים אלו טוענים לקיומו של גורם סביבתי, פיזי, חברתי (Selten et al., 1997; Wessely et al., 1991), או של גורם דחק אישי (King et al., 1994), הקשור להשתייכות לקבוצות מיעוט אתני, אשר גורם

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסקיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

לשכיחות גבוהה יותר של סכיזופרניה בקרב קבוצות אלו (Bhugra et al., 1997; Van Os et al., 1996), לדוגמה: גורמי דחק כגון הסתגלות תרבותית, אפליה וגזענות (Van Os et al., 1996). בני מיעוטים אתניים חשופים לטווח רחב של מצוקות חברתיות כגון אבטלה, דיור לא הולם, מעמד חברתי-כלכלי נמוך, חוסר תפקוד משפחתי, טיפול לקוי במהלך ההיריון ולאחר הלידה וסיבוכים לאחר הלידה (Wessely et al., 1991); גורמי דחק אישיים וחברתיים (King et al., 1994); ושילוב של גורמי סיכון הקשורים לחוויית ההגירה, כגון אירועי חיים אקוטיים ומצוקה חברתית כרונית (Harrison et al., 1997).

נקודת מבט נוספת על התיאוריות מושגת כאשר מתמקדים בשכיחות המחלה בארץ המוצא או בקרב מהגרים בני דור שני. לעומת רמת הסיכון הגבוהה בקרב בני קבוצות מיעוט אתני, נמצא ששכיחות הסכיזופרניה בארצות המוצא הינה נמוכה. הדבר מצביע על כך שאי אפשר להסביר את השכיחות הגבוהה יותר של סכיזופרניה בהסבר גנטי בקרב קבוצות מיעוט אתני. כמו כן, שכיחות הסכיזופרניה בקרב מהגרים בני דור שני הינה גבוהה אף היא, דבר המצביע על כך שהלחצים הקשורים להגירה עצמה אינם ההסבר הבלעדי. על כן ניכר שמהו הקשור למעמדה של קבוצת המיעוט האתני בחברה מעלה את הסיכון לסכיזופרניה (Muntaner et al., 2004).

לעומת הממצאים העקביים בארצות אחרות, בישראל הממצאים אינם עקביים, ומעוררים שוב את הדיון בתיאוריות. מרבית המחקרים שנעשו בארץ בתחום המוצא ערכו השוואה בין שכיחות הסכיזופרניה בקרב ילידי הארץ ממוצא ספרדי לבין ילידי הארץ ממוצא אשכנזי (ורנר, 2005; Eaton & Dohrenwend et al., 1992, 1998; Levav, 1982). בשנים שבהן נערכו מרבית המחקרים הללו, אנשים ממוצא אשכנזי נחשבו בעלי יתרון חברתי לעומת אנשים ממוצא ספרדי שנמצאו מעוטי יכולת בשנים אלו, ועל כן, לעיתים קרובות, אנשים ממוצא ספרדי סבלו מאפליה ומדעות קדומות ללא קשר למעמדם החברתי-כלכלי (Dohrenwend et al., 1992).

מבין המחקרים שנערכו בארץ, מחקר אחד מצא שכיחות גבוהה יותר של סכיזופרניה בקרב אנשים ממוצא ספרדי, מלבד בקרב גברים בני 15–24, שם נעשה שימוש בהגדרה מחמירה יותר של סכיזופרניה (Eaton & Levav, 1982) – בקבוצה זו נמצאה שכיחות גבוהה יותר בקרב גברים ממוצא אשכנזי. הבדלים ברמת הסיכון בקבוצות אתניות שונות בהתאם להגדרת הסכיזופרניה מצביעים על כך שתיאוריית הסיבתיות החברתית רלוונטית יותר להגדרה רחבה של סכיזופרניה, בעוד שתיאוריית הסלקציה החברתית, התומכת בגורמים גנטיים, מתאימה יותר כאשר נעשה שימוש בהגדרה מחמירה של סכיזופרניה (Eaton & Levav, 1982).

במחקר ישראלי נוסף נעשה פיקוח על המשתנה מעמד חברתי-כלכלי. הפיקוח חשוב כי אתניות ומצוקות חברתיות קשורות בקשר חזק, וקשה מאוד להפריד בין ההשפעות השונות (Wessely et al., 1991). במחקר זה נמצאה שכיחות גבוהה יותר

של סכיזופרניה בקרב יהודים ממוצא אשכנזי כאשר נעשה פיקוח על מעמד חברתי-כלכלי, ובכך תמך בתיאוריית הסלקציה החברתית. כלומר, בשל הסלקציה החברתית, יותר אנשים בריאים ממוצא ספרדי נשארים במעמדות חברתיים-כלכליים נמוכים יותר, ויותר אנשים ממוצא אשכנזי החולים בסכיזופרניה נשארים במעמדות הגבוהים (Dohrenwend et al., 1992, 1998). מחקר דומה על אשפוזים ראשונים בירושלים מצא גם הוא סיכון גבוה יותר לסכיזופרניה בקרב אנשים ממוצא אשכנזי ותמך גם הוא בתיאוריית הסלקציה החברתית (Levav, Zilber, Danielovich, Aisenberg, & Turetsky, 1987). ולבסוף, מחקר עדכני אחרון מצא שכיחות גבוהה יותר של סכיזופרניה בקרב ילידי הארץ ממוצא ספרדי ותמך בתיאוריית הסיבתיות החברתית (ורנר, 2005),

הממצאים באשר לקבוצות מיעוט אתני הינם חזקים וחד-משמעיים יותר מאשר הממצאים בנוגע לשכבה חברתית. ההבדלים בין הממצאים הקשורים לקבוצות מיעוט אתניות ובין הממצאים הקשורים לשכבה חברתית מרמזים ששני סוגי המצוקה החברתית אינם שווים, ושמצוקה חברתית הקשורה להשתייכות לקבוצת מיעוט אתנית מהווה גורם סיכון נוסף לסכיזופרניה (Eaton & Harrison, 2001).

מתודולוגיות מחקריות לבחינת הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה

יחד עם הממצאים שהוצגו כאן, יש לקחת בחשבון מספר בעיות מתודולוגיות אשר התעוררו בחלק גדול מן המחקרים שצוינו, ואשר ייתכן שהשפיעו על הממצאים. בעיות מתודולוגיות אלו כללו מדגמים קטנים (כגון Makikyro et al., 1997), מספר קטן של מדדים לדחק, כמו שימוש במדד אחד בלבד – מקצוע האב – כמדד למעמד חברתי-כלכלי (לדוגמה Mulvany et al., 2001; Makikyro et al., 1997) וחוסר פיקוח על משתנים מסבירים אחרים כגון הגירה, פסיכוזה בקרב אחד ההורים ולידה באזור מגורים עירוני (Wicks et al., 2005).

מחקרים עדכניים יותר שניסו להתגבר על בעיות מתודולוגיות אלו השתמשו במאגרי רישומי לידה של כלל האוכלוסייה תוך מעקב אחר מאגר הרישום הפסיכיאטרי ואיחוד מספר מדדים למעמד חברתי-כלכלי (Werner et al., 2007; Wicks et al., 2005). השימוש במספר משתנים נפרדים למעמד חברתי-כלכלי מאפשר להפריד ולהבחין בין ההשפעות של גורמים שונים (Wicks et al., 2005). מעבר לכך, מחקרים שונים, אשר ממצאיהם הובאו כאן, הצביעו על כך שמעמד חברתי-כלכלי קשור לסכיזופרניה הן על פי משתני מעמד חברתי-כלכלי של רמת

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסכיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

הפרט והן על פי משתני מעמד חברתי-כלכלי של שכונת המגורים שבה התגורר הפרט בזמן הלידה או בסמוך לזמן התפרצות המחלה. אף על פי שקיים קשר בין מעמד הפרט ומעמד השכונה, מרבית המחקרים שנערכו במשך השנים לא לקחו בחשבון את שני המרכיבים באותו ניתוח סטטיסטי. מחקרים אחדים (Eaton, 1974; Jones et al., 1983; Wiersema et al., 1997; Makikyro et al., 1994) לא הבחינו בין משתנים מרמת הפרט לבין משתנים מרמת השכונה, ובמקום זה התייחסו למשתנים מרמת השכונה בתור מדדי פרוקסי למשתנים ברמת הפרט (Drukker et al., 2006). בשנים האחרונות הדגישו חוקרים במחקרים אפידמיולוגיים את החשיבות הרבה של הכללת משתנים מרמת המקרו יחד עם משתנים מרמת המיקרו (Van Kroff, 1992). אף על פי שהתפתחות המחלה הינה בעיקרה הליך ביולוגי, ייתכן שישנם גורמים למחלה שלא ניתן להגדירם באופן מלא ברמת הפרט (Morgenstern, 1995). בעקבות זאת היו ניסיונות להתיר את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי ברמת הפרט ומעמד חברתי-כלכלי ברמת השכונה על ידי שימוש בשיטות מחקר מסוג רגרסיה רב-שכבתית (Drukker et al., 2006; Werner et al., 2007). ניתוחים מסוג זה לוקחים בחשבון מבנה רב-שכבתי שבו יש להניח כי נבדקים שנולדו באותן שכונות דומים יותר זה לזה מאשר נבדקים בני שכונות שונות. כלומר, השונות בסיכון לסכיזופרניה בין השכונות קטנה יותר מאשר אילו לא התייחס הניתוח לשכבות ניתוח שונות. על כן ניתוחים רב-שכבתיים מתקדמים אלו משתמשים במבנה היררכי של פרטים בתוך קבוצות, כדי שהניתוח יהיה מהימן ומדויק.

דיון ויישום

אחת המסקנות שמתקבלת מסקירה מובנית זאת היא כי הן תיאוריות הסיבתיות החברתית והן תיאוריית הסלקציה החברתית חשובות בהסבר מחלות נפש. מעבר לכך, ייתכן שאף אין צורך להכריע בין התיאוריות, וייתכן ששתי התיאוריות פועלות יחד בהסבר הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה. כלומר, סכיזופרניה מוסברת על ידי קשרים מורכבים בין גנים לבין סביבה; תיאוריית הסלקציה מסבירה את המרכיב הגנטי ותיאוריית הסיבתיות מסבירה את ההשפעה הנוספת שיש לגורמי דחק שונים על אנשים עם נטייה גנטית למחלה.

הקשר שנמצא בין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה מדגיש עד כמה חשוב מרכיב זה למדיניות, לפרקטיקה ולטיפול. כפי שניתן לראות מהממצאים שהוצגו, יש לשתי התיאוריות גם יחד חשיבות רבה בהסבר הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסכיזופרניה. משקלן של שתי התיאוריות הינו בעל חשיבות, היות שהוא עשוי

להשפיע על מדיניות ציבורית, על בריאות הציבור ועל האופן שבו מוקצים משאבים על פי אבחון נכון של צורכי פרטים ואוכלוסיות.

אף על פי שכל אחת משתי התיאוריות עשויה להשפיע מבחינה יישומית, התמונה המתקבלת הינה שגם אם תיאוריית הסלקציה או הסיבתיות החברתית מתאימה יותר, בכל מקרה לא ניתן להתעלם מהסביבה החברתית בטיפול. ללא קשר לכיוון הסיבתיות, נמצא שבני מעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר עוברים אשפוזים ארוכים יותר, מועדים לאשפוז חוזר בשלב מוקדם יותר ונמצאים בסיכון רב יותר לאשפוז כרוני מאשר בני מעמד חברתי-כלכלי גבוה יותר (Cooper, 1961). על כן יהיה קשה מאוד לטפל בסכיזופרניה מבלי לקחת בחשבון מרכיבים סביבתיים כמו עוני ואפליה. חשוב מאוד שהמעמד החברתי-כלכלי יקבל תפקיד משמעותי בטיפול ולא רק יבדק כגורם סיכון. ללא קשר לתיאוריה הנתמכת חשוב מאוד לטפל באותם גורמי דחק חברתיים כדי למנוע התדרדרות, כמו על ידי לימודים או הכשרה מחודשת, ועל ידי מציאת סביבת עבודה מתאימה (Ponizovsky, Grinshpoon & Sasson, Levav, 2004).

התמיכה שקיבלה תיאוריית הסלקציה החברתית, והעובדה שלסכיזופרניה בסיס ביולוגי ברור, מצביעות עד כמה חשוב להתמקד ברמת הפרט בטיפול ובחלוקת משאבים (Allardyce & Boydell, 2006). תיאוריה זו חשובה במיוחד הטיפול במניעת התדרדרות בסולם החברתי, היות שהתדרדרות זו עשויה להוביל את הפרט לסבל משולש: הסבל הכרוך במחלה עצמה, סבל מהסטיגמה הכרוכה במחלה וסבל מהתנאים הירודים של המעמד החברתי-כלכלי הנמוך. יחד עם איתור בעלי נטייה גנטית בטרם התפרצות המחלה או בשלבים ראשוניים, ניתן להפנות משאבים לשמירת מעמדם בסולם החברתי ולמניעת התדרדרות פוטנציאלית. מבחינה פרקטית, שירותי בריאות הנפש ושירותים ציבוריים אחרים צריכים להגן על הפרט על ידי הפניית משאבים למניעת התדרדרות אפשרית. לדוגמה, הפניית משאבים לתוכניות של השכלה נתמכת ותוכניות תעסוקה נתמכת המתפתחות כיום, ובכך לבלום את התדרדרות הפרט בסולם החברתי ואף להביא להתקדמותו.

מצד שני, התמיכה שקיבלה תיאוריית הסיבתיות החברתית מצביעה על החשיבות הרבה במתן מענה לגורמים הסביבתיים או החברתיים הקשורים למחלה. תיאוריה זו חשובה לבחינת גורמי הדחק העשויים לתרום להתפתחות הסכיזופרניה, ולמיקוד הטיפול בשיפור גורמים אלו. אפשר להעביר משאבים לטיפול בגורמי דחק אלו, להביא לשיפור חיי היום-יום, ובכך להפחית את רמת הסיכון להתפתחות המחלה. לדוגמה, ניתן ליצור תוכניות להפחתת האבטלה; להביא להסברה ציבורית לצורך הפחתת אפליה וגזענות ויצירת מערכות תמיכה חברתיות; להעביר תקציב לשיפור תנאי דיור; וליצור תוכניות למציאת מקומות עבודה מתאימים ותנאי עבודה משופרים עבור אנשים בסיכון (Cohen & Saraceno, 2002; Ponizovsky, et al., 2004; Saraceno, Levav, & Kohn, 2005).

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסקיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

למרות הידע רב על הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסקיזופרניה, יש מקום רחב להמשך המחקר בתחום. כאמור, מעמד חברתי-כלכלי הינו משתנה פרוקסי בלבד, אשר מייצג גורמים רבים אחרים הקשורים למחלה. לפיכך חשוב שמחקרים בעתיד ינסו להפריד בין הגורמים השונים למצוקה ולמעמד חברתי-כלכלי נמוך, וינסו להתיר את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי וסקיזופרניה. יתר על כן, מחקרים עתידיים צריכים לבחון את כלל גורמי הסיכון בסכיזה החברתית הנובעים מרבדים שונים. כיום הטכניקה הסטטיסטית המובילה לבדיקת קשר בין גורמים משכבות שונות הינה ניתוח נתונים רב-מפלסי על ידי תוכנה מתאימה לניתוח מסוג זה, כגון תוכנת MLwiN (Rasbash, Fiona, Browne & Prosser, 2003).

כדי לרכוש הבנה מעמיקה יותר באשר למשקל היחסי של כל אחת מהתיאוריות, מחקרים עתידיים צריכים לפקח על גורמים גנטיים הקשורים בסקיזופרניה. כלומר, מעבר לידע על מחלת הפרט, יש לאסוף נתונים על היסטוריה פסיכיאטרית משפחתית. נתונים אלו יאפשרו לחוקרים לדעת אלו נבדקים הינם בעלי נטייה גנטית, ועל ידי כך לערוך השוואה בין נבדקים בעלי רקע ונטייה גנטיים לסקיזופרניה לבין נבדקים שאין להם רקע קודם למחלה בתוך המשפחה. באופן זה אפשר יהיה להפריד ולהסביר באופן מקיף יותר את התיאוריות הנדונות. כלומר, אם ימצא כי למרבית הנבדקים יש נטייה גנטית למחלה, הדבר יספק תמיכה רבה לתיאוריית הסלקציה החברתית, ולחלופין, נבדקים שאין להם נטייה גנטית עשויים להיות מושפעים מגורמי הדחק הסביבתיים בלבד, כלומר, סיבתיות חברתית. כמו כן, חשוב כי מחקרים עתידיים יבחינו בין השפעות של שכבה חברתית נמוכה לבין השפעות של אפליה וגזענות הקשורות להשתייכות לקבוצות מיעוט אתניות. לצורך זה, על מחקרים עתידיים לערוך פיקוח קדמי על המשתנה מוצא אתני.

בשל הכרוניות שבמחלת הסקיזופרניה, ברורה החשיבות בחקר הגורמים למחלה. רק לאחר הבנה מלאה של הגורמים הקשורים לסקיזופרניה אפשר יהיה ביתר קלות לנסות להפחית את ההסתברות להתפרצות המחלה בקרב בעלי נטייה גנטית, ולהקטין את השלכותיה השליליות.

מקורות

ורנר, ש. (2005). הקשר בין מעמד סוציו-אקונומי בלידה והסיכון לסקיזופרניה. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בר-אילן.

Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3–15.

Agerbo, E., Torrey, E. F., & Mortensen, P. B. (2001). Household crowding in early

- adulthood and schizophrenia are unrelated in Denmark: A nested case-control study. *Schizophrenia Research*, 47, 243–246.
- Allardyce, J., & Boydell, J. (2006). Review: The wider social environment and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 592–298.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Andreasen, N. C. (1999). Understanding the causes of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 340, 645–647.
- Aro, S., Aro, H., & Keskimaki, I. (1995). Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 166, 759–767.
- Bark, N. (2001). Risk factors for schizophrenia and implications for prevention: Conclusion and summary. *International Journal of Mental Health*, 30, 104–117.
- Bhugra, D., Leff, J., Mallett, R., Der, G., Corridan, B., & Rudge, S. (1997). Incidence and outcome of schizophrenia in Whites, African-Caribbeans and Asians in London. *Psychological Medicine*, 27, 791–798.
- Bland, R. C., & Orn, H. (1981). Schizophrenia: Sociocultural factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 186–188.
- Boydell, J., Van Os, J., McKenzie, K., & Murray, R. M. (2004). The association of inequality with the incidence of schizophrenia: An ecological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 597–599.
- Brinks, S., Niehaus, D. J. H., Oosthuizen, P., Muller, J., & Koen, L. (2004). Occupation and schizophrenia in a Xhosa population: A variant of the social drift theory? *South African Medical Journal*, 94, 42.
- Brown, G. W., & Prudo, R. (1981). Psychiatric disorders in a rural and urban population: 1. Aetiology of depression. *Psychological Medicine*, 11, 581–599.
- Brown, A. S., Susser, E. S., Lin, S. P., Neugebauer, R., & Gorman, J. M. (1995). Increased risk of affective disorders in males after second trimester prenatal exposure to the Dutch Hunger Winter of 1944-1945. *British Journal of Psychiatry*, 166, 601–606.
- Brown, A. S., Susser, E. S., Jandorf, L., & Bromet, E. J. (2000). Social class of origin and cardinal symptoms of schizophrenic disorders over the early illness course. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 53–60.
- Byrne, M., Agerbo, E., Eaton, W. W., & Mortensen, P. B. (2004). Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia: A Danish national register based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 87–96.
- Byrne, M., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Family history of psychiatric disorders and age at first contact in schizophrenia: An epidemiological study. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 19–25.
- Castle, D. J., Scott, K., Wessely, S., & Murray, R. M. (1993). Does social deprivation during gestation and early life predispose to later schizophrenia? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 1–4.
- Castle, D., Wessely, S., Der, G., & Murray, R. M. (1991). The incidence of operationally defined schizophrenia in Camberwell, 1965–84. *British Journal of Psychiatry*, 159, 790–794.

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסקיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

- Cohen, A., & Saraceno, B. (2002). The risk of freedom: Mental health services in Trieste. In A. Cohen, A. Kleinman, & B. Saraceno (Eds.), *World mental health casebook: Social and mental programs in low-income countries* (pp. 191–220). New York: Kluwer/Plenum.
- Cohen, C. I. (1993). Poverty and the course of schizophrenia: Implications for research and policy. *Hospital and Community Psychiatry, 44*, 951–958.
- Cooper, B. (1961). Social class and prognosis in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 34*, 157–162.
- Cooper, B. (2005). Immigration and schizophrenia: The social causation hypothesis revisited. *British Journal of Psychiatry, 186*, 361–363.
- Dauncey, K., Giggs, J., Baker, K., & Harrison, G. (1993). Schizophrenia in Nottingham: Lifelong residential mobility of a cohort. *British Journal of Psychiatry, 163*, 613–619.
- Dohrenwend, B. P. (1975). Sociocultural and social-psychological factors in the genesis of mental disorders. *Journal of Health and Social Behavior, 16*, 365–392.
- Dohrenwend, B. P. (1990). Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders: Are the issues still compelling? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 41–47.
- Dohrenwend, B. P. (1998). Overview of evidence for the importance of adverse environmental conditions in causing psychiatric disorders. In B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress and psychopathology* (pp. 523–538). New York: Oxford University Press.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., Skodol, A. E., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science, 255*, 946–951.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., Skodol, A. E., & Stueve, A. (1998). Ethnicity, socioeconomic status, and psychiatric disorders: A test of the social causation-selection issue. In B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress and psychopathology* (pp. 285–318). New York: Oxford University Press.
- Drukker, M., Krabbendam, L., Driessen, G., & van Os, J. (2006). Social disadvantage and schizophrenia: A combined neighbourhood and individual-level analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 595–604.
- Eaton, W. W. (1974). Residence, social class, and schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior, 15*, 289–299.
- Eaton, W. W. (1980). *The sociology of mental disorders*. New York: Praeger Publishers.
- Eaton, W. W., & Harrison, G. (2000). Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 38–43.
- Eaton, W. W., & Harrison, G. (2001). Life chances, life planning, and schizophrenia: A review and interpretation of research on social deprivation. *International Journal of Mental Health, 30*, 58–81.
- Eaton, W. W., & Levav, I. (1982). Schizophrenia, social class and ethnic disadvantage. A study of first hospitalization among Israeli-born Jews. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 19*, 289–302.
- Eaton, W. W., Mortensen, P. B., & Frydenberg, M. (2000). Obstetric factors, urbanization and psychosis. *Schizophrenia Research, 43*, 117–123.

- Evans, G. W., & Kantrowitz, E. (2002). Socioeconomic status and health: The potential role of environmental risk exposure. *Annual Review of Public Health, 23*, 303–331.
- Giggs, J. A., & Cooper, J. E. (1987). Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychoses in Nottingham. *British Journal of Psychiatry, 151*, 627–633.
- Goldberg, E. M., & Morrison, S. L. (1963). Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry, 109*, 785–802.
- Hafner, H. (1987). Search for the causes of schizophrenia: Summary and outlook. In H. Hafner, W. F. Gattaz, & W. Janzarik (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia* (pp. 366–376). Berlin, Germany: Springer Verlag.
- Hare, E. H. (1956). Family setting and the urban distribution of schizophrenia. *Journal of Mental Science, 102*, 753–760.
- Harrison, G., Glazebrook, C., Brewin, J., Cantwell, R., Dalkin, T., Fox, R., Jones, P., & Medley, I. (1997). Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom. *Psychological Medicine, 27*, 799–806.
- Harrison, G., Gunnell, D., Glazebrook, C., Page, K., & Kweicinski, R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: Case-control study. *British Journal of Psychiatry, 179*, 346–350.
- Harvey, C. A., Pantelis, C., Taylor, J., McCabe, P. J., Lefevre, K., Campbell, P. G., & Hirsch, S. R. (1996). The Camden schizophrenia surveys II. High prevalence of schizophrenia in an inner London borough and its relationships to socio-demographic factors. *British Journal of Psychiatry, 168*, 418–426.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1954). Schizophrenia and social structure. *American Journal of Psychiatry, 110*, 695–701.
- Hox, J. (1995). *Applied multilevel analyses*. Amsterdam: TT-Publikaties.
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: Tests of the social causation and selection hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 3–18.
- Isohanni, M., Miettunen, J., Maki, P., Murray, G. K., Ridler, K., Lauronen, E., Moilanen, K., Alaraisanen, A., Haapea, M., Isohanni, I., Ivleva, E., Tamminga, C., McGarh, J., & Koponen, H. (2006). Risk factors for schizophrenia: Follow-up data from the Northern Finland 1966 birth cohort study. *World Psychiatry, 5*, 168–171.
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 250*, 274–285.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., Day, R., & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement, 22*, 2, 1–97.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Dohrenwend, B. P., Link, B. G., & Brook, J. S. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 490–499.
- Jones, P., Rodgers, B., Murray, R., & Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *The Lancet, 344*, 1398–1402.

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסכיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

- Kendler, K. S. (1998). Adversity, stress, and psychopathology: A psychiatric genetic perspective. In B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress and psychopathology* (pp. 477–485). New York: Oxford University Press.
- Kendler, K. S., Gallagher, T. J., Abelson, J. M., & Kessler, R. C. (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 1022–1031.
- Khoury, M. J., Beaty, T. H., & Cohen, B. H. (1993). *Genetic epidemiology*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Kimhy, D., Harlap, S., Fennig, S., Deutsch, L., Draiman, B. G., Corcoran, C., Goetz, D., Nahon, D., & Malaspina, D. (2006). Maternal household crowding during pregnancy and the offspring's risk of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *68*, 23–29.
- King, M., Coker, E., Leavey, G., Hoare, A., & Johnson-Sabine, E. (1994). Incidence of psychotic illness in London: Comparison of ethnic groups. *British Medical Journal*, *309*, 1115–1119.
- Kohn, M. L. (1968). Social class and schizophrenia: A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, *6*, 155–173.
- Kohn, M. L. (1976). The interaction of social class and other factors in the etiology of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *133*, 177–180.
- Kohn, R., Dohrenwend, B. P., & Mirotznik, J. (1998). Epidemiological findings of selected psychiatric disorders in the general population. In B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress and psychopathology* (pp. 235–283). New York: Oxford University Press.
- Krabbedam, L., & Van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: A major environmental influence conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bulletin*, *31*, 795–799.
- Levav, I., Zilber, E., Danielovich, E., Aisenberg, E., & Turetsky, N. (1987). The etiology of schizophrenia: A replication test of the social selection vs. the social causation hypotheses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *75*, 183–189.
- Lewis, G., David, A., Andreasson, S., & Allenbeck, P. (1992). Schizophrenia and city life. *The Lancet*, *340*, 137–140.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*, 80–94.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (1996). Understanding sociodemographic differences in health: The role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, *86*, 471.
- Makikyro, T., Isohanni, M., Moring, J., Oja, H., Hakko, H., Jones, P., & Rantakallio, P. (1997). Is a child's risk of early onset schizophrenia increased in the highest social class? *Schizophrenia Research*, *23*, 245–252.
- Malama, I. M., Papaioannou, D. J., Kaklamani, E. P., Katsouyanni, K. M., Koumantaki, I. G., & Trichopoulos, D. V. (1988). Birth order sibship size and socio-economic factors in risk of schizophrenia in Greece. *British Journal of Psychiatry*, *152*, 482–486.
- Marcelis, M., Takei, N., & Van Os, J. (1999). Urbanization and risk for schizophrenia: Does the effect operate before or around the time of illness onset? *Psychological Medicine*, *29*, 1197–1203.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. (1997). Social

- inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44, 901–910.
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2, 13.
- Morgenstern, H. (1995). Ecologic studies in epidemiology: Concepts, principles, and methods. *Annual Review of Public Health*, 16, 61–81.
- Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Westergaard, T., Wohlfahrt, J., Ewald, H., Mors, O., Andersen, P. K., & Melbye, M. (1999). Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 340, 603–608.
- Mulvany, F., O'Callaghan, E., Takei, N., Byrne, M., Fearon, P., & Larkin, C. (2001). Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: Case-control study. *British Medical Journal*, 323, 1398–1401.
- Muntaner, C., Eaton, W. W., & Diala, C. C. (2000). Social inequalities in mental health: A review of concepts and underlying assumptions. *Health*, 4, 89–113.
- Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R., & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26, 53–62.
- Murray, R. M., & Fearon, P. (1999). The developmental “risk factor” model of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 497–499.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health promotion: Foundations for practice* (2nd ed.). London: Bailliere Tindal.
- Ortega, S. T., & Corzine, J. (1990). Socioeconomic status and mental disorders. *Research in Community and Mental Health*, 6, 149–182.
- Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2001). Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: A replication and reanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 179, 46–52.
- Ponizovsky, A., Grinshpoon, A., Sasson, R., & Levav, I. (2004). Stress in adult students with schizophrenia in a supported education program. *Comparative Psychiatry*, 45, 401–407.
- Rahav, M., Goodman, A. B., Popper, M., & Lin, S. P. (1986). Distribution of treated mental illness in the neighborhoods of Jerusalem. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1249–1254.
- Rasbash, J., Fiona, S., Browne, W., & Prosser, B. (2003). *A users guide to MLwiN version 2.0*. London: Centre for Multilevel Modelling.
- Roman, P. M., & Trice, M. H. (1967). *Schizophrenia and the poor*. Ithaca, NY: New York State School of Industrial and Labor Relations.
- Rosler, W., Salize, H. J., van Os, J., & Riecher-Rosler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 399–409.
- Samele, C., Van Os, J., McKenzie, K., Wright, A., Gilvarry, C., Manley, C., Tattan, T., & Murray, R. (2001). Does socioeconomic status predict course and outcome in patients with psychosis? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 573–581.
- Saraceno, B., Levav, I., & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי, מוצא אתני וסכיזופרניה: הממצאים ובחינת תיאוריות מסבירות

- research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*, 4, 181–185.
- Schrier, A. C., Van de Wetering B. J. M., Mulder, P. G. H., & Selten, J. P. (2001). Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam: Data from outpatient facilities. *European Psychiatry*, 16, 162–166.
- Selten, J. P., Slaets, J. P. J., & Kahn, R. S. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to the Netherlands: Evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, 27, 807–811.
- Takei, N., Sham, P., O'Callaghan, E., Glover, G., & Murray, R. (1995). Schizophrenia: Increased risk associated with winter and city birth – a case control study in 12 regions within England and Wales. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 106–109.
- Timms, D. (1998). Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Social Science and Medicine*, 46, 1235–1247.
- Torrey, E. F., & Yolken, R. H. (1998). At issue: Is household crowding a risk factor for schizophrenia and bipolar disorder? *Schizophrenia Bulletin*, 24, 321–324.
- Turner, R. J., & Wagenfield, M. O. (1967). Occupational mobility and schizophrenia: An assessment of the social causation and social selection hypotheses. *American Sociological Review*, 32, 104–113.
- Van Os, J., Castle, D. J., Takei, N., Der, G., & Murray, R. M. (1996). Psychotic illness in ethnic minorities: Clarification from the 1991 census. *Psychological Medicine*, 26, 203–208.
- Van Os, J., Driessen, G., Gunther, N., & Delespaul, P. (2000). Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia: Evidence for person-environment interaction. *British Journal of Psychiatry*, 176, 243–248.
- Van Os, J., & Sham, P. (2003). Gene-environment interactions. In R. M. Murray, P. B. Jones, E. Susser, J. Van Os, & M. Cannon (Eds.), *The epidemiology of schizophrenia* (pp. 235–254). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Von Korff, M. (1992). Multi-level research in epidemiologic research on health behaviors and outcomes. *American Journal of Epidemiology*, 135, 1077–1082.
- Wahlbeck, K., Osmond, C., Forsen, T., Barker, D. J., & Eriksson, J. G. (2001). Association between childhood living circumstances and schizophrenia: A population-based cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 356–360.
- Werner, S., Malaspina, D., & Rabinowitz, J. (2007). Socioeconomic status at birth is associated with risk of schizophrenia: Population-based multilevel study. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1373–1378.
- Wessely, S., Castle, D., Der, G., & Murray, R. (1991). Schizophrenia and Afro-Caribbeans: A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 159, 795–801.
- Weyerer, S. (1994). Social risk factors in schizophrenia. *Psychological Reports*, 74, 795–800.
- Wicks, S., Hjern, A., Gunnell, D., Lewis, G., & Dalman, C. (2005). Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: A national cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1652–1657.

שירלי ורנר

- Wiersma, D., Giel, R., De Jong, A., & Slooff, C. J. (1983). Social class and schizophrenia in a Dutch cohort. *Psychological Medicine, 13*, 141–150.
- Wilcox, J. A., & Nasrallah, H. A. (1987). Childhood head trauma and psychosis. *Psychiatry Research, 21*, 303–307.
- Wilken, M., & Furlong, B. (2002). Poverty and health disparities: Lessons and solutions for health care providers. *Social Inequalities, Health and Health Care Delivery, 20*, 201–217.
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health, 82*, 816–820.
- World Health Organization. (2001). *Mental health: A call for action by world health ministers*. Geneva: World Health Organization.