חשיפה ממושכת מותאמת-מלחמה (WBPE) למניעת PTSD בשורדי פסטיבל נובה

שם המאמר: Potential effectiveness of war-adapted brief prolonged exposure for PTSD prevention: preliminary study among Nova Festival survivors during ongoing conflict

כתב עת: BJPsych Open | **פורסם:** Open Access:12;2026 (doi:10.1192/bjo.2026.12116), e264, 1–9 | **Impact Factor:** נתון בלתי אחיד — מקור אחד מציג טווח כללי של 5–10, מקור אחר (OpenAlex) מציג "ציון מדדים" של 0.7 שאינו Impact Factor רשמי של JCR — לא נמצא נתון JCR רשמי מהימן, ראו דיסקליימר

מחברים: Nitsa Nacasch (מחברת ראשית וחוקרת עיקרית), Edna B. Foa , ... Hadas Afgin, Netta Shoenfeld (ז"ל — מפתחת שיטת Prolonged Exposure), Mark Weiser ו-Hagit Cohen (מחברים אחרונים, תרמו באופן שווה)

הערה: המאמר מוקדש לזכרה של פרופ' Edna B. Foa, מפתחת שיטת ה-Prolonged Exposure, שנפטרה וצוינה כאחת ממחברות המאמר. מדובר במחקר פרה-פוסט אמפירי (לא RCT) עם קבוצת בקרת רשימת-המתנה שלא הוקצתה באקראי — המחברים עצמם מציינים זאת במפורש כמגבלה מרכזית.

מבוא

ב-7 באוקטובר 2023 אירע פיגוע טרור בפסטיבל נובה בדרום ישראל, שגרם למותם של 364 בני אדם, חטיפת לפחות 40 בני אדם, ולחשיפה ממושכת ומסכנת חיים של אלפי שורדים. בשונה מרוב ההפרעות הפסיכיאטריות, PTSD בעל אירוע מזנק ברור, המאפשר אסטרטגיות מניעה פרוספקטיביות. טיפול בחשיפה ממושכת (Prolonged Exposure) מוכר כטיפול PTSD מבוסס-ראיות, אך יעילותו וישימותו בעת איום מתמשך (כגון מלחמה פעילה) אינן ברורות. המחברים פיתחו גרסה מותאמת-מלחמה של חשיפה ממושכת מקוצרת (WBPE) — חמש מפגשים בני 90 דקות, המשולבת עם עיבוד רגשי של אבל ואשמת-שורד בנוסף לפחד, כעס, עצב ובושה, ומתחשבת בכך שחשיפה in-vivo סטנדרטית אינה בטוחה/אפשרית כאשר האיום עדיין פעיל. מטרת המחקר: להעריך את הישימות וההשפעה הפוטנציאלית של WBPE על תסמיני PTSD, דיכאון וחרדה בשורדי נובה עם הפרעת סטרס חריפה (ASD).

שיטות

מתוך 143 שורדים שפנו למרכז הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי במרכז הרפואי שיבא בתוך חודש מהפיגוע, 92 עמדו בקריטריוני הכניסה: גיל 18+, אבחנת ASD מאושרת קלינית וציון PDS-5 ≥18, ומגורים במרחק 60 ק"מ לפחות מגבול עזה (עקב איום מתמשך/מגבלות בטיחות לחשיפה in-vivo באזור זה). קריטריוני החרגה: פגיעה פיזית חמורה (AIS≥3), אובדן קרוב משפחה מדרגה ראשונה בפיגוע, ואבחנת PTSD קודמת. 49 התחילו טיפול WBPE תוך חודש, 43 הוקצו לקבוצת רשימת המתנה (**ללא הקצאה אקראית** — הקצאה התבססה על פנייה/הפניה עצמית). 40 מתוך 49 השלימו את הפרוטוקול המלא (9 נשרו, 18.4%). ב-5 חודשים נותרו נתונים עבור 27 מטופלי WBPE (67.5%) ו-18 מבקרות (41.9%). כלי הערכה: PDS-5 (PTSD), PHQ-9 (דיכאון), GAD-7 (חרדה), בבדיקת בסיס, מיד לאחר טיפול (עבור קבוצת WBPE), ובמעקב 5 חודשים (עבור שתי הקבוצות). מטפלים: 21 קלינאים בעלי תואר שני, שהוכשרו בסדנת 4 ימים והדרכה שבועית (9 מהם מוסמכים רשמית לחשיפה ממושכת). ניתוח סטטיסטי: ANOVA כיוון-יחיד להבדלי בסיס, ANOVA דו-כיוונית עם מדידות חזרות (קבוצה × זמן) להערכת אפקט הטיפול, חישוב η^2 חלקי ו-Hedges' g עם תיקון למדגם קטן.

תוצאות

- **ניתוח 1 (מיד לאחר טיפול, N=40):** WBPE הפחית משמעותית תסמיני PTSD (ירידה של 15.4 נק', 35.6% שיפור, $p<0.0001$, $d=0.97$); שיעור PTSD סביר ירד מ-77.5% ל-42.5% ($p<0.0015$); דיכאון ירד (ירידה 3.8 נק', 27.8%, $p<0.004$, $d=0.69$); חרדה ירדה (ירידה 4.4 נק', 33.5%, $p<0.00045$, $d=0.85$)
- **ניתוח 2 (מעקב 5 חודשים, 18 + 27 WBPE — N=45 בקרה):** WBPE הראה הפחתה גדולה משמעותית יותר בחומרת PTSD ($g=-0.96$, $p<0.02$) ובדיכאון ($g=-0.96$, $p<0.0035$) בהשוואה לבקרה; לחרדה נמצא שיפור בשתי הקבוצות ללא הבדל משמעותי בין-קבוצתי בציון הרציף — מרמז על החמרה טבעית (spontaneous recovery) ולא אפקט טיפולי ספציפי
- **שיעורי קליניים ב-5 חודשים:** דיכאון קליני משמעותי — 48.15% ב-WBPE לעומת 77.78% בבקרה ($p<0.05$); חרדה קלינית משמעותית — 37.04% לעומת 72.22% ($p=0.021$); PTSD סביר — 48.15% לעומת 66.67%, **הבדל זה לא הגיע למשמעות**

סטטיסטית (הפרש של 18.5 נקודות אחוז, אך הרווח בר-סמך חצה את האפס; הספק הסטטיסטי לאיתור הבדל זה היה רק 24% — המחברים מציינים בעצמם שאין לפרש זאת כהיעדר אפקט קליני משמעותי)

- **שימוש בחומרים (ממצא מרכזי נוסף):** שימוש בחומרים (קנאביס, אלכוהול, MDMA) בתקופת המחקר היה נפוץ משמעותית יותר בקבוצת הבקרה (14/18, 77.78%) מאשר בקבוצת WBPE (9/27, 33.33%; $p<0.004$). בכל המדגם, משתמשי חומרים הראו הפחתת תסמינים קטנה יותר באופן משמעותי בכל שלושת התוצאים (PTSD, דיכאון, חרדה) בהשוואה ללא-משתמשים — בקבוצת ה-WBPE, הפחתה משמעותית ב-PTSD ובחרדה נמצאה רק בקרב הלא-משתמשים
- לא נמצאו הבדלי בסיס משמעותיים בין הקבוצות במאפיינים דמוגרפיים או קליניים; לא נמצא הבדל משמעותי בביקורים במרכזי תמיכה טיפוליים זמינים לשתי הקבוצות (אם כי מגמה לביקורים תכופים יותר בקבוצת הבקרה)

דיון

המחקר מספק עדות ראשונית (preliminary) לכך ש-WBPE עשוי להיות ישים ומועיל אפילו בתנאי מלחמה פעילה ואיום מתמשך (ירי רקטות, התרעות, הודעות אבל חברים) — "ממצא מעודד" לדברי המחברים, התואם את הטענה שחשיפה in-vivo ועיבוד רגשי ניתנים ליישום גם בתנאים קיצוניים. חלק משתתפים דיווחו (לא במדד פורמלי) שה-WBPE סיפק כישורי התמודדות ניתנים-להעברה להמשך ניהול לחץ מתמשך. הממצא על שימוש בחומרים ותוצאים גרועים יותר תומך בהשערת "ריפוי עצמי" (self-medication) — שימוש בחומרים כמנגנון התמודדות לא-מסתגל שעלול לפגוע בעיבוד רגשי ובכיבוי פחד (fear extinction) התורמים להחלמה טבעית ולתגובה לטיפול. המחברים מציינים כי שיעור שימוש גבוה יותר בקבוצת הבקרה (שלא קיבלה טיפול) עלול לרמז על מצוקה פסיכולוגית גבוהה יותר באין-טיפול — אך מדגישים שפרשנות זו היא ספקולטיבית בלבד, בשל העיצוב הלא-אקראי. בניגוד לספרות הוותיקה על "דה-בריפינג פסיכולוגי" (debriefing) שלא הראתה יתרון על פני בקרה (ואף חששות להפרעה לעיבוד רגשי מסתגל), המחברים מציינים ש-CBT ממוקד-טראומה מבני (הניתן שבועות לאחר הטראומה, ולא התערבות משבר מיידית) תומך בעקביות בספרות המחקרית הקודמת.

מגבלות (כפי שמצוין במפורש במאמר)

המחברים מדגישים: (1) **היעדר הקצאה אקראית** — ההקצאה הסתמכה על הפניה/פנייה עצמית, מה שמעלה סיכון משמעותי להטיית בחירה (למשל, מי שפנה מוקדם יותר/היה פנוי לטיפול עלול להיות שונה באופן שיטתי ממי שהוקצה לרשימת ההמתנה); (2) שיעורי מעקב שונים בין הקבוצות (67.5% ב-WBPE לעומת 41.9% בבקרה) עלולים להשפיע על אומדני האפקט; (3) המדגם מוגבל לשורדי אירוע טראומה אזרחי-המוני ספציפי אחד, המגביל הכלליות לאנשי צבא, קבוצות גיל מבוגרות יותר, או אוכלוסיות החשופות לטראומה כרונית/חזרתית; (4) שימוש בחומרים הוערך בדיווח-עצמי בלבד (לא בכלים מתוקפים), והמדגם הקטן ושימוש מרובה-חומרים (פולידראג) מנעו ניתוח ספציפי-לחומר או תגובה-למינון; (5) שימוש בלעדי בכלי דיווח-עצמי, ללא ראיונות קליניים מבניים או מעריכים מוסווים (blinded), מגביל את הדיוק האבחנתי; (6) הספק סטטיסטי נמוך (24%) לאיתור הבדלים קטגוריאליים ב-PTSD סביר. המחברים מסכמים באופן ברור: "ממצאים אלו צריכים להיחשב כמקדמיים ומצריכים אישוש במחקרים אקראיים-מבוקרים (RCT) בעלי עוצמה סטטיסטית מתאימה".

שורה תחתונה ומשמעויות קליניות

במחקר מקדים זה בשורדי פסטיבל נובה, פרוטוקול חשיפה ממושכת מקוצרת מותאם-מלחמה (WBPE) נראה ישים ופוטנציאלית מועיל בהפחתת תסמיני PTSD ודיכאון, אפילו תחת תנאי מלחמה פעילה ואיום מתמשך — אפקטים שנשמרו גם במעקב 5 חודשים. ממצא משמעותי נוסף: שימוש בחומרים (ללא קשר להקצאת הטיפול) נלווה לתוצאים גרועים יותר באופן עקבי. עם זאת, זהו מחקר מקדים עם עיצוב לא-אקראי ומגבלות מתודולוגיות מהותיות, ולא RCT.

משמעויות קליניות / למחקר המשך: הממצאים תומכים בהיתכנות מתן התערבות מוקדמת מבוססת-חשיפה בתנאי לחימה פעילה, ומצביעים על הצורך הקליני להעריך ולטפל באופן שיטתי בשימוש בחומרים כחלק בלתי נפרד מהטיפול הפוסט-טראומטי (ולא כשיקול משני) — שילוב התערבות מוקדמת לשימוש בחומרים עם אסטרטגיות רגולציה רגשית חלופיות עשוי לשפר תוצאים. המחברים קוראים במפורש למחקרי RCT גדולים ובעלי עוצמה מתאימה כדי לבסס יעילות, לבהיר קשר סיבתי, לשפר את הפרוטוקול להקשרי טראומה מגוונים, ולזהות מתווכי תגובה (כולל דפוסי שימוש בחומרים). אין לראות במחקר זה בסיס מספק לשינוי מדיניות טיפולית רחבה בשלב זה.

סיכום זה נערך באמצעות תהליך אוטומציה מבוסס בינה מלאכותית (Claude, Anthropic), בפיקוח מנהל/ת תוכנית ההתמחות בפסיכיאטריה. יש לאמת את התוכן מול המאמר המקורי לפני הסתמכות עליו קלינית או אקדמית. ייתכנו שגיאות או השמטות בתהליך הסיכום האוטומטי. **מימון:** המחקר לא קיבל מענק ספציפי מכל גוף מימון, מסחרי או ללא-מטרות-רווח. **ניגודי עניינים:** המחברים מצהירים "None" — אין ניגודי עניינים מוצהרים. **הערת שקיפות מתודולוגית:** המחברים מציינים כי נעשה שימוש בכלי בינה מלאכותית (Grok 4.6, xAI) ליצירת תרשים הזרימה (CONSORT) של המחקר (איור 1) ולאיתור שגיאות ניסוח — לא לניתוח נתונים או להפקת מסקנות מדעיות; כל הפלט נבדק ואושר על ידי המחברים, שנושאים באחריות המלאה לתוכן. **הערה חשובה למשתמש הקליני:** זהו מחקר מקדים (preliminary) ולא RCT — קבוצת הבקרה לא הוקצתה באקראי, ושיעורי המעקב נפלו בצורה לא-שוויונית בין הקבוצות; יש לפרש את התוצאות בזהירות יתרה, בדיוק כפי שהמחברים עצמם ממליצים. נתון ה-Impact Factor של BJPsych Open לא נמצא באופן ברור ועקבי במקורות החיפוש (טווח כללי 5–10 במקור אחד, ציון שונה-במהותו של 0.7 במקור אחר שאינו JCR) — מומלץ בהחלט לאמת ישירות מול מקור רשמי (Clarivate JCR) ולא להסתמך על הנתון בסיכום זה.