

Nature Adventure Therapy

טיפול באמצעות טבע ואתגר לנפגעי טראומה

**עבודת סיכום במסגרת הסמינר:
גישות בהתערבות וטיפול בטראומה
פרופ' סולומון זהבה**

מגישה:

בלוה גל

ת.ז. 03323411

תאריך : 26/8/2012

ראשי פרקים:

מבוא

1. עקרונות הטיפול באמצעות טבע ואתגר
2. הבסיס התיאורטי של הגישה
3. מחקר בתחום הטיפול באמצעות טבע ואתגר
4. אינדוקציות וקאונטר-אינדוקציות לשימוש בשיטה
5. אתגריו של המטופל בגישה זו
6. אתגריו של המטפל בגישה זו
7. דרישות ההכשרה וההדרכה למטפלים

סיכום

כל פעולה ותנועה בשטח קיצוני הופכת לבעלת ערך קיומי והישרדותי.

באזורי קצה, כל פעולה שאינה נכונה, כמו אי שתייה מספקת, מאמץ לא מבוקר, או אי כניסה למחסה – מהווה סיכון חיים ממשי. מושגים כמו – מציאת דרך, ידיעת כיוון, חישוב משאבי כוח, בחירת ציוד חיוני מול תפל, הערכת זמנים, ההעזה ללכת לאיבוד ומציאת מיקום מחדש, מה אומרת הסביבה, כל אלו ועוד – הופכים לעשייה, הניתנת ללימוד וזיכרון, שיש לה ערך טיפולי, מאזן, מדייק, מפכח ומגלה פן נסתר לכל אחד. תמיד.

עלי לוותר על חלקים פרטיים שפיתחתי הכוללים צדדים של רפיון, רחמים עצמיים, רישול, חוסר אמון.

ידיעת הנכון, הלא נכון, תרגול ההחלטה – מה לבחור.

ללא ההגנות הרגילות שלנו, מחוץ לדפוס התנועה וההתנהגות הרגילים, אנו חייבים להיות ערים. אינני רוצה להיות ער בדרך כלל. זה מפחיד, זה כואב, זה לא נוח. עוד מעט, עדיין אינני מוכן, בפעם אחרת.

אלו הדברים שאני אומר כאשר שמיכת ההתנהגות הרגילה שלי נמשכת ונעלמת, ואני ממצמץ מול האור המסנוור של המציאות.

המציאות היא מסתורית. מה יש מאחורי הסלע הגדול? מה נמצא מאחורי העיקול בואדי?

מה מתחבא במים השחורים של הגב?

בדרך כלל הפחדים שלי, בדרך כלל ידיעת המוות והסופיות המשותפת לכולנו, שכה נוח להתעלם מהם.

האם אני יכול להיכנס לגב הקר עם מסכת הרפיון שלי? לא. עלי להשאיר בחוץ.

האם אני יכול לטפס על הסלע עם דפוס הרישול שלי? לא. עלי להשאירו מאחור.

האם אני יכול להשתמש בחבל עם תבנית חוסר האמון שלי? לא. עלי להשאיר מאחור.

כה קשה. כה קל.

כה נפלא.

(מיכאלי, 2001)

מבוא

טיפול באמצעות טבע ואתגר Nature Adventure Therapy הנו גישת טיפול המיועדת לטיפול במגוון בעיות נפשיות והתנהגותיות, בקרב אוכלוסיות שונות.

"מסעות הישרדות" היו חלק מחיי היומיום של האדם הקדמון. לצורך קיומם ירדו בני האדם בסירותיהם במפלי מים, טיפסו על הרים, ונמצאו במצבים שהיום היינו מגדירים כמסעות יחיד ("סולו") (Rainse,1989). מאוחר יותר החל האדם להשתתף בפעילויות מאתגרות (adventure activities) לצרכי פולחן, סיפוק סקרנותו הטבעית או חיפוש אחר ריגושים (רומי וכהן, 1998).

למדבר היה תפקיד חשוב אצל אנשי אמונה. לידת היהדות ומעמד הר סיני היו במדבר, לידת האסלאם היתה במדבר, האיסיים חיו במדבר, הנזירות הנוצרית הקימה מערות התבודדות במדבר. המדבר הוא מקום של חיפוש תשובות קיומיות, התקרבות לכוחות הבריאה. שם גדלו מנהיגים כגון משה ודוד, שם ניתנה התורה, ושם עבר עם ישראל ארבעים שנה עד שנכנס לארץ המובטחת, ארץ-ישראל. יש משהו מיוחד במדבר שמביא אנשים לחשיבה ולהרהורים ולחיפוש אחרי סודות החיים והיקום (ברגר, 2008).

קורט האן, שהיה אחד החלוצים בתחום החינוך ההתנסותי (Experiential learning), חרט על דגלו את הסיסמה "למד תוך כדי עשייה", ויישם את רעיונותיו לראשונה בבי"ס בגרמניה ב-1920 כאשר הקים תוכנית למידה בשטח, אשר לטענתו מובילה לצמיחה ספונטנית של ערכים אישיים וחברתיים כגון-התחשבות בזולת, שליטה עצמית, אומץ לב, והגשמת המטרה (רומי וכהן, 1998). המיסוד של "תוכניות הרפתקה" (Adventure program) החל בארה"ב במאה ה-19. מאז ועד היום השתכללו התוכניות ולבשו פנים וצורות שונים, תוך שמירה על מס' עקרונות בסיסיים. תוכניות אלו נשענות על מספר גופים תאורטיים שביניהם חינוך התנסותי, טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, טיפול קבוצתי, טבע-תרפיה, פסיכולוגיה חיובית, ואף תיאוריות פסיכואנליטיות שונות כגון תאוריית יחסי אובייקט, תאוריית ההתקשרות, פסיכותרפיה אקזיסטנציאליסטית ועוד.

במסגרת עבודה זו תוצג סקירה מקיפה של הגישה הטיפולית באמצעות שטח ואתגר על עקרונותיה, בסיסה התיאורטיים, מחקרי הערכה ועוד, תוך התמקדות בטיפול באוכלוסיית נפגעי טראומה, בחינת התאמתה לאוכלוסיה והאפקטיביות שלה.

1. עקרונות הטיפול באמצעות שטח ואתגר

Adventure Therapy הוגדרה ע"י Ringer (1994) כשם גנרי המתייחס לתוכניות טיפול קבוצתי המבוסס על הגישה התיאורטית של למידה התנסותית (Experiential learning) באמצעות פעילויות ספורט ואתגר (Hans,2000). התוכנית ממוקדת-שינוי ומייצרת הזדמנויות לצמיחה אישית, והיא כוללת שימוש באלמנט סיכון פיזיולוגי ופסיכולוגי מובנה כסוכן שינוי וכמקור לחקירה אישית וקבוצתית (Gelkopf,Hasson-Ohayon,Bikman,Kravez, in print).

תוכניות אלו מתקיימות בסביבות ישימון (Wilderness) מגוונות כמו – מחנות קבע, קרחונים, יערות, מדבריות, ביצות וכו'. הפעילויות בהן מגוונות, ומכילות מסעות, טיפוס וגלישת מצוקים, סקי, חתירה בכלי שייט שונים, שימוש בחבל, ניווט ועוד. בהתאם למטרות, נועדו התוכניות לאוכלוסיות שונות שביניהן בעלי תפקוד מלא, מפקדים ומנהלים, חולי נפש ומאושפזים, או מטופלים בקהילה בעלי צרכים שונים – נכויות פיזיות, ליקויי למידה, נוער עובר חוק, מכורי סמים, פגועי טראומה ועוד (רומי וכהן, 1998). מאפייני ההתערבויות באמצעות שטח ואתגר הנם (Russel & Hendee,2000 ; Hans,2000 ; Hyer & Boyd,1996 ; רומי וכהן, 1998 ; מיכאלי, 2007) :

- **ניתוק** - יציאה אל הישימון (Wilderness), מרחבי המדבר, לרוב מקומות מבודדים מישוב, כבישים וציביליזציה. ניתוק מטלפון ושאר אמצעי תקשורת. משך המסע שבוע עד 12 חודשים.
- **תנועה** - מסע נודד מתמשך ללא חזרה לבסיס קבע.
- **פשטות וצניעות** – התמודדות עם מזון וציוד בסיסי, לינת שטח, בישול על מדורה, מסע רגלי.
- **ניווט** – צורך בבחירת נתיב הליכה ע"י קריאת מפה, ניווט וקבלת החלטות.
- **אתגר** – התמודדות עם מכשולי הדרך והשטח (טיפוס, ירידה במפל, שימוש בחבל, חציית גבים וכדו'), מאמץ פיזי ומנטאלי גבוה (מיעוט שעות שינה, משא כבד עם הגב, מרחק רב), התמודדות עם פחד (המצאות לבד בשטח, הליכה בלילה, לינת בדד וכדו').
- **חוסר ודאות** – משתתפי המסע נמצאים במצב של חוסר וודאות – הם אינם יודעים כמה יתבקשו ללכת, ומתי ילכו לישון, מהי המשימה הבאה, ועם אילו קשיים עוד יצטרכו להתמודד.
- **חויית הצלחות** – המשימות מובנות באופן הדרגתי, מידת הקושי עולה, התמודדות עם האתגר בהכרח תזכה בחויית הצלחה.
- **מיקוד בכוחות** – הפעילות מחייבת עשייה אקטיבית תוך התמקדות במסוגלות ולא בפתולוגיה.
- **מסגרת העבודה** – קבוצה, חוליה, פרט – המשימות הטיפוליות נעשות בקבוצות של עד 15 מטופלים, כאשר חלק ניכר מהן מתבצעות במסגרת חולייתית (4-3 איש בחוליה), ומעט מהן מתבצעות באופן אישי.

- **שיחות טיפוליות** – המסע מלווה בטיפול וורבלי פרטני וקבוצתי. מטרת השיחות - עיבוד החוויה בשטח, הצפת רגשות ומחשבות, חיזוק חוויית ההצלחה, התייחסות לתהליכים אישיים וקבוצתיים, פיתוח יכולת להעברת החוויה מה"כאן ועכשיו" לחיי היומיום.
- **טכניקות טיפוליות נוספות** – התבודדות, זמן שקט לעיבוד החוויה, הרפיה, דמיון מודרך, משימות כתיבה יומיות, טכניקות פסיכו-חינוכיות.
- **צוות המסע** – מורכב מהצוות האינטגרציה של המסגרת הטיפולית (לדוג' מדריכים ועו"ס, ההוסטל) יחד עם מדריך שטח (מדריך הישרדות וטוילים) ומטפל שטח (עו"ס, פסיכולוג). הצוות משמש ככלי להעצמה, עימות ואמפתיה, ועם זאת – לא פותר את המשתתפים מהתמודדות עם המשימות.

2. הבסיס התיאורטי של טיפול באמצעות שטח ואתגר

עקרונותיה המנחים של הגישה הטיפולית הנם בעלי השפעה עוצמתית וניכרת על נפש האדם, כמו גם אופני החשיבה וההתנהגות. כאמור, הטיפול מכון שינוי, ובהיותו אינטנסיבי ומתמשך תהליך השינוי נראה לעין עוד במהלך המסע. ככל שהמטופלים חווים את הצלחותיהם כן גדלה המוטיבציה האישית והקבוצתית להתפתחות. הגישה הטיפולית מושתתת על מס' גופי ידע תיאורטיים, ביניהם - טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, למידה התנסותית, טיפול קבוצתי, טבע-טרפיה, פסיכולוגיה חיובית, גישת הכוחות, תאורית יחסי אובייקט, ופסיכותרפיה אקזיסטנציאליסטית.

בפרק זה אגע במשמעויות הטיפוליות של תוכניות טבע ואתגר ואציג כיצד הבסיס התיאורטי של השיטה מייצר אינטגרציה בין התחומים, ומבנה את המשימות והתהליך הטיפולי בהתאם לגישות השונות.

- **הפחתת התנגדויות** – השטח הפתוח הינו סביבה טיפולית שונה לחלוטין מסביבה מסורתית. היציאה אל הטבע מהווה עבור מרבית המטופלים יציאה מהמרחב הבטוח. הישימון מהווה דרך טבעית להפחית מנגנוני הגנה לא מתאימים. רמת הלחץ החברתי והפיזי, והרצון להצליח במטלות מקשים על המשך "העמדת הפנים" – כאשר אנשים עייפים ורעבים קשה להם להסתיר רגשות (מיכאלי, 2007; Russel & Hendee, 2000). גם הצוות שונה בהתייחסותו אל המשתתפים, ובראיתו את כוחותיהם ולא בעיותיהם. יש לכך השפעה על נכונות המטופלים להגיב בצורה חיובית לתוכניות הטיפוליות (שני, 2009). העוסקים בטיפול בטראומה מדגישים את הקושי ביצירת יחסי אמון בין המטפל למטופל, יותר מבכל אוכלוסיה אחרת (Hayer et. al, 1996; הרמן, 1994). Gelkopf ואחרים (in print) מציינים כי אנשי הצוות בתוכניות לטיפול באמצעות שטח ואתגר אינם מטפלים רשמיים, או נציגי הצבא והמדינה, מסגרת הטיפול אינה סטיגמטית, אלא מתרחשת בתפאורה של טיול בטבע, דבר שהוא כביכול נורמטיבי ומוצע לקהילה גם במסגרות שאינן טיפוליות. לכך יש חשיבות רבה בהקטנת התנגדות לטיפול.

- **העצמה** - הרמן (1994), בראש הפרק על שלבי ההחלמה מטראומה, מציינת כי גרעין חוויית הטראומה הנפשית הוא הנישול מכוח ולכן ההחלמה מבוססת על העצמה. על נפגעי הטראומה להיות

מחוללי החלמתם ומושליה. שום התערבות הנוטלת מן הנפגע את הכוח אינה יכולה לעודד את החלמתו. העיקרון המנחה בטיפול הוא השבת הכוח והשליטה, וביסוס תחושת ביטחון גופני, חברתי וסביבתי. כפי שצוין בתיאור שיטת הטיפול, אחד הדגשים במסעות ההישרדות הנו העצמה אישית וקבוצתית, המושגת באמצעות התמודדות המטופלים עם משימות מאתגרות, וקשיים פיזיים ומנטאליים מתמשכים, התגברות על מכשולים, והצלחות חוזרות ונשנות (רומי וכהן, 1998). גלקופף ואחרים (in print) מתארים כי התוכניות לטיפול באמצעות שטח ואתגר עבור נפגעי טראומת-קרב מובנות בצורה המזמנת צמיחה אישית. ההתמודדות עם סיכון פיזיולוגי ופסיכולוגי מהווה סוכן שינוי ומזמנת חקירת דפוסי התנהגות ואופני התמודדות עם קשיים. המטרה – העצמת המטופלים, יצירת דימוי עצמי חיובי, חיזוק תחושת המסוגלות העצמית, גיבוש יכולת לשליטה על סימפטומים, ושיפור מיומנויות חברתיות ורגשיות. ההצלחה והשותפות במסע מייצרת תחושה של תקווה, בקרב אנשים שפעמים רבות איבדו את היכולת לצפות לעתיד ולהאמין בעצמם. האתגרים בנויים כך שיראו בלתי פתירים או בעלי סיכון גבוה, אולם בפועל המשימות כולן ברות פתרון והסיכון אינו רב. המשתתפים מוכרחים להתגבר על המכשול בכדי לעבור הלאה. גם אם משתתף יתעכב בפתרון בעיה, בסופו של דבר יהיה מוכרח לבצעה. הצלחה בונה הצלחה. הצלחות קטנות בשלבים מוקדמים של התוכנית, מהוות יסוד להצלחות גדולות בשלבים מאוחרים יותר. מתוך החוויה של התמודדות עם אתגר אדיר, שקודם לכן נראה בלתי מושג, מרגיש עצמו המשתתף כבעל עוצמות שלא שיער שקיימות בו (רומי וכהן, 1998; Hans, 2000). גישה זו תואמת את עקרונות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, אשר פועל לשינוי דפוסי חשיבה והתנהגות לא אדפטיביים (הפרט, 2011, Fishman, Rego & Muller, 1992) כמו כן, יש כאן דגש על כוחותיו החיוביים ויכולותיו של המטופל להתמודד עם האתגר ולבצע את המשימה בהצלחה.

● **צוות הטיפול בשטח מדבר בשפה של CBT ומסייע למטופל לייצר מספר אופני חשיבה עיקריים**
: (Fishman, Rego & Muller, 1992)

- ✓ לחשוב התנהגות - הגדרת הבעיות בהקשר התנהגותי – "מטרתי להצליח להתגבר על החרדה ע"י כך שלא אסתכל למטה ואתן יד לחבר", במקום – "מטרתי להבין למה תמיד יש לי חרדות ופחדים".
- ✓ לחשוב פתרון -לסייע למטופל לחשוב "כיצד אני יכול לשפר את המצב?".
- ✓ לחשוב חיובי - לסייע למטופל לזהות את כוחותיו ולגלות את החיובי בכל אתגר וקושי.
- ✓ לחשוב בצעדים קטנים - הצבת מטרות מצומצמות המגבירה את סיכווי ההצלחה.
- ✓ לחשוב גמיש - לעזור למטופל לצפות לבלתי-צפוי ולהיות מוכל לתוכנית-גיבוי.
- ✓ לחשוב עתיד - להתמקד בעתיד ולעודד תכנון והצבת מטרות .

● **שינוי דפוסי חשיבה והתנהגות לא-אדפטיביים** – תאורית הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי גורסת כי פסיכופתולוגיה כוללת אסוציאציות בלתי-מסתגלות, הנעות בין התנהגויות, מחשבות ורגשות, ונשמרות או מתוחזקות באמצעות תהליכים קוגניטיביים (קשב, פרשנות וזיכרון) והתנהגותיים

(הימנעות, חיזוקים עצמיים לשימור ההפרעה ועוד). לכן, רוב ההתערבויות הטיפוליות נועדו לשינוי תהליכים קוגניטיביים, התנהגותיים, רגשיים ופיזיולוגיים, או לשינוי אמונות, רגשות והתנהגויות פתולוגיות (הפרט, 2011). המסע הטיפולי כולל משימות אתגריות המובילות לשינוי אמונות, התנהגויות ומחשבות לא-אדפטיביות. מחשבות כגון "אני לא מסוגל" "אני תמיד נכשל" "אני חלש" "רק דברים רעים קורים לי" עוברות שינוי חיובי באמצעות חוויות של הצלחה חוזרות ונשנות. Ehlers & Clark (2000) מציינים כי מטופלים עם PTSD אינם מסוגלים לראות את הטראומה כאירוע מוגבל בזמן. כך, הם בעלי חוויה תמידית שהאירוע הטראומטי הנו בעל השפעה המייצרת תחושה של איום עכשווי. האיום הנ"ל עלול להיות חיצוני (לדוג' העולם הנו מקום מסוכן) או, במרבית המקרים, פנימי (לדוגמה- "אני חסר יכולת להשיג מטרות חיים חשובות"). תחושת האיום התמידי נוצרת בעקבות הכללה של האירוע הטראומטי, וכתוצאה מכך מגוון רחב של פעילויות נורמטיביות מקבלות פירוש של סכנה. נפגעי הטראומה עלולים להקצין את הסכנה הקיימת לקטסטרופות נוספות, תוך חזרה על משפטים ומחשבות כגון: "אני מושך אסון", "דברים רעים כל הזמן קורים לי". משפטים שכאלו לא רק מעצימים ומייצרים פחד תמידי, אלא גם מעודדים הימנעות, המשמרת את ההכללה המוגזמת של הפחד. צוות המסע מסייע למטופלים לזהות את תבניות החשיבה וההתנהגות השליליות ולהחליפן בדפוסים מקדמים. עיקר העבודה נעשית ע"י המשימות עצמן בשטח, אשר שוב ושוב מוכיחות למטופל את יכולתו להצליח ולהתמודד. תהליכי עיבוד פרטני וקבוצתי מעודדים חיזוקן של מחשבות חיוביות (Gillis, 1992, רומי וכהן, 1998).

- **מיקוד שליטה פנימי** – המבנה של מסע ההישרדות מאפשר למשתתפים להעתיק את מיקוד השליטה ולהפכו מחיצוני לפנימי. זאת, הודות לכורח להיות אקטיביים ולשלוט בסביבתם (רומי וכהן, 1998). הרמן (1994) מציינת כי השליטה במצבי חיים אמיתיים כרוכה בבחירה מודעת להתייצב כנגד הסכנה. כאשר מדובר בחוויה הנעשית במודע, בדרך מתוכננת ושיטתית, יש לה סיכוי רב להצליח, ולטעת במטופל תחושת כוח ומסוגלות. בדומה לשיטות טיפול המלמדות נשים מוכות הגנה עצמית, בהן בוחרות הנשים "לטעום את טעם הפחד" ולהעמיד את עצמן במצב המשחזר תגובות גופניות נורמליות לסכנה. כך, הן בונות מחדש מערכת פעולה שהתנפצה לרסיסים בידי הטראומה, ומסוגלות להתייצב נוכח עולמן ביתר ביטחון. הרמן מציינת גם את יתרונותיהן של תוכניות טיפול המשלבות אתגר ופחד, כגון – טיולים בטבע. במצבים אלו הנפגע מציב את עצמו במצב המאפשר התנסות בתגובת "fight or flight", מתוך ידיעה שיבחר להילחם. כך, הוא מבסס שליטה על תגובותיו ומייצר תחושת כוח. הנפגע שב ולומד שיש דרגות של פחד. לא כל סכנה היא מוחצת; לא כל פחד הוא אימה. המטרה ללמוד כיצד לחיות עם הפחד, ואף להשתמש בפחד כמקור של כוח והבנה.

- **מסוגלות עצמית** – תחושת מסוגלות עצמית תלויה באמונה של הפרט שהוא מסוגל לבצע בהצלחה את המטלה שלקח על עצמו. כאשר הישג נתפס כגדול הוא נוטה להיות מוכלל ולהקיף מצבים אחרים. המסע עוזר למשתתף לשבור תבניות התנהגות של כישלון, אליהן הוא התרגל, ומספק הזדמנות לכתוב "תסריט חיים חדש", בו מתבססת חוויה חדשה של הצלחה, מסוגלות עצמית ואפילו תחושת גבורה (Bandura, 1997). גם ההתמודדות עם אי-הוודאות של המסע מפתחת את תחושת המסוגלות. המשתתפים מתגברים על הפחד מן העתיד, ולומדים לתפקד גם בתנאים

בהם לא הכל נמצא בשליטתם, ולעתים נאלצים להגיב באופן מיידי לגורם הפתעה בלתי-צפוי. סיטואציה זו בשטח מדמה את החיים, בהם שליטתנו מוגבלת, ופעמים רבות אנו עומדים אל מול אירועים בלתי צפויים. בהתאם לגישת הכוחות (כהן, 2000), ההתמקדות הטיפולית של הצוות הינה באיתור כוחותיהם של המטופל והקבוצה, תוך התמקדות בחלקים הבריאים ולא בפתולוגיות. כך, נוצר תהליך משותף של שינוי פרספקטיבת ההסתכלות, אשר מזין את עצמו- ככל שהמטופל "מגלה" יותר כוחות פנימיים, כך הוא חש יותר מסוגלות עצמית ומאפשר להצלחות וכישורים נוספים לצאת אל האור.

- **הערכה עצמית** – תחושת השייכות לקבוצת המסע, קשר בין-אישי משמעותי בין הצוות למשתתפים, שליטה בטכניקות הנדרשות לצורך ההישרדות (ניווט, שימוש בחבל, הדלקת אש, בישול), הכוח לחשוב באופן עצמאי ולקבל החלטות, ההתנסות באוטונומיה אישית במסע, גילויי מנהיגות, כמו נדיבות, הקרבה, התחשבות ועזרה לזולת. כל אלו ועוד מהווים פקטורים הגורמים לשיפור הערכה עצמית. רוב תוכניות ההישרדות מיועדות לענות על הצורך בבניית הערכה עצמית וערך עצמי חיובי (Russel & Hendee, 2000; רומי וכהן, 1998; Gill, 2006).

- **העברה והכללה** – התפיסה הטיפולית היא שהתנהגות, רגשות וקוגניציות הבאות לביטוי במסע ההישרדות הן ייצוג טיפוסי של אסטרטגיות המטופל בסביבתו הטבעית. בהתאם לעקרונות הלמידה התנסותית, ומעגל הלמידה של Kolb (1984), המטופל עובר תהליך מתמיד ומתמשך של למידה מתוך החוויה. התהליך מתחיל עם ניסיון ממשי (לדוגמה ירידת מצוק באמצעות חבל, אשר את קצהו אוחז חבר לקבוצה), המניע את הלומד לשקף אותו, לערוך ניתוח והבנת החוויה ע"י תהליך קבוצתי ואישי של רפלקציה (בשיחת קבוצה יערך תהליך עיבוד של החוויה, "כיצד חשתי עם התלות בחבר? האם סמכתי עליו?"). השיקוף מוביל לבחינת המושגים הקיימים "אני לעולם לא סומך על האחר", "אחרים רק רוצים לפגוע בי" וכו' ולניסוח מושגים חדשים הנותנים משמעות לעולם ("במצבים מסוימים ועם אנשים מסוימים אני מסוגל לתת אמון ויכול להיעזר באחר"). בהמשך, הלומד בוחן את המושגים החדשים ע"י ניסויים בעולמו, ומתחיל את מעגל הלמידה פעם נוספת, מנקודת מוצא גבוהה יותר. המיקרוקוסמוס של המסע מחיה את המאקרו-קוסמוס של חיי היומיום. בטכניקות של טיפול קבוצתי ופרטני מסייע הצוות בהעברת הלמידה מהשטח לחייו האמיתיים – המטפלים מפנים את המשתתף לבצע תהליך רפלקציה, להתבונן בהתנהגותו ולהבין את משמעותה בחיי היומיום שלו (רומי וכהן, 1998).

- **לכל בחירה יש תוצאה** – למידה התנסותית מיידידת של חוקיות החיים, לפיה – יש לי את היכולת לבחור ולכל בחירה שאעשה יש תוצאה. בשטח, כאשר צריך להמשיך להתקדם עוד מרחק לנקודת הלינה, אם משתתף "נשבר" ובוחר להפסיק ללכת, בסופו של דבר יהיה עליו "לאסוף את עצמו" ולבחור להמשיך. לבחירתו זו יש השלכות הכרוכות בהליכה בנפרד מהקבוצה, כניסה אל תוך הלילה, ניווט ומאמץ קשה יותר, לינה מועטה וכו'. גם ניווט ובחירת ציר הליכה מספקים חוויה של קושי, צורך בקבלת החלטות, לקיחת אחריות, העזה. המשתתף לומד כי ביכולתו לבחור מתי ולאן ללכת - בשטח ובחיים בכלל (מיכאלי, 2001).

- תהליך קבוצתי** – מסעות ההשרדות אינם תהליך של יחידים אלא של קבוצה. זוהי הסביבה בה מתרחשת הצמיחה הנפשית של הפרט. התהליך הקבוצתי מהווה מרכיב חשוב בטיפול באמצעות שטח ואתגר, שכן אישיות הפרט מעוצבת ונגזרת במידה רבה מתוך אינטראקציות עם האחרים, ויכולה להתעצב מחדש באמצעות מגעים אינטימיים כאלו. המטופל, אשר לרוב חש זרות בחברה (משפחה, ביי"ס, מסגרת טיפולית, תרבות עירונית מנוכרת), מוצא את עצמו חלק מקבוצה קטנה ואינטימית. לקבוצה נודע כוח כמאפשרת תהליכים של שיתוף, דיאלוג ופתרון קונפליקטים בין-אישיים ותוך-אישיים, כמו גם בהיותה מראה להתנהגותו, קשייו וכוחותיו של הפרט (Mackenzie & Livesley, 1983). בקרב נפגעי טראומה, קושי הנמצא בבסיס החוויה הנו הניתוק מן הזולת. לכן, ההחלמה יכולה להתנהל רק בתוך הקשר של יחסים; אין היא יכולה להתרחש בבידוד. בקשרים המחודשים עם הזולת שבים נפגעי הטראומה ובוראים את הכשרים הנפשיים שנפגעו או עוותו. כשרים אלו כוללים יכולות בסיסיות לאמון, לאוטונומיה, ליוזמה, לכשירות, לזהות ולאינטימיות (הרמן, 1994). במהלך מסע השרדות לא רק עוברים תוכנית אלא חיים ביחד. צרכים פיזיים, צרכי גדילה אישית, וכן הצלחות אחרות, נחווים בהקשר של האחרים ובתמיכתם. כאמור, תוכניות הטיפול באמצעות שטח ואתגר מתקיימות בקבוצות קטנות של עד-15 מטופלים, כאשר עיקר העבודה נעשית במבנה החולייתי המונה עד 5 משתתפים. החוויות האינטנסיביות שחברי הקבוצה והחוליה חולקים מייצרות פתיחות, בונות אמון, אינטימיות, שייכות, תמיכה הדדית ועוד. הקבוצה מסייעת ברכישת מיומנויות תקשורת, מאפשרת בחינת תפקידים בקבוצה ובחירה מחודשת שלהם. כדי לזכות בהישג, נוחות עצמית וביטחון בשימון דרוש שיתוף פעולה קבוצתי, דינאמיקה קבוצתית יעילה. המשתתפים מקבלים הזדמנות לעזור ולהיעזר, נבנית תלות הדדית ואחריות קבוצתית, שמייצרות בקרב המטופלים תחושה של משמעות לקיומם. יש לקבוצה כוח לסייע להתפתחות הפרט, והיא לומדת עם הזמן להעצים את כוחותיו ולהקטין את חולשותיו. המשתתפים מבינים שיכולת התמיכה של הקבוצה גדולה מסך כל הכוחות של הפרטים שבתוכה (Gelkopf et.al , in print ; רומי וכהן, 1998). גלקופף (in print) מציין כי קבוצות הוכחו ככלי טיפולי מוצלח עבור נפגעי טראומה, בהיותן מקור לסולידריות ושייכות, תמיכה ושיתוף, רפלקציה ויצירת רשת חברתית.

- מעבר מתלות לעצמאות** – כבכל מערכת יחסים תרפויטית, גם בטיפול באמצעות שטח ואתגר מתקיים תהליך של תלות ראשונית במטפל, אשר עם הזמן מטרתו לייצר עצמאות בקרב המטופל. עפ"י וויניקוט (1986), מתעוררים בקרב המטופל בתחילת התהליך רגשות הקשורים לחוויית הילדות של תלות בהורה. המטופל שחווה טראומה מקווה כי יוכל לקחת עמו את האדם המוכן להקשיב בחזרה אל רגע האובדן או אל התקופה שבה התגבש האובדן והיה למציאות שאין ממנה מנוס. הרמן (1994) מציינת כי ככל שגדלה חוויית חוסר הישע והנטישה של המטופל, כך גובר בו הצורך במושיע כל-יכול. במקרים מסוימים מיעד המטופל תפקיד זה למטפל, ומפתח ציפיות אידיאליות כלפיו, הוא חש שחיו תלויים במטפל, וציפיותיו ממנו בלתי ניתנות למימוש. במסע במדבר הקשר בין המשתתפים במסע למדריך השטח הנו משמעותי ביותר בתהליך הנפשי אותו הם עוברים. המדריך הנו המנהיג הטבעי, הודות לניסיונו ומומחיותו בטכניקות השונות של השרדות. המשתתפים נמצאים בסביבה זרה להם, וחווים תהליך רגרסיבי מאד. הם דומים לילדים קטנים שזה עתה נולדו, תלויים בניסיונו של המדריך ומצפים לסיועו. תלות זו של המשתתפים במדריך מקטינה התנגדויות, ומחייבת יצירת קשר קרוב, קבלת סמכות ובניית אמון. בתהליך המסע הצוות

לאט לאט מעביר יותר אחריות למשתתפים, מנחה ומכוון אותם פחות, ומאפשר להם להתנסות בעצמאות, אחריות, ואוטונומיה (Berger, 2008, מיכאלי, 2006).

- **אמון** – משתתפים אשר חוו פגיעה ביחסי האובייקט (וויניקוט, 1986, וסיגלו לעצמם דפוסי התקשרות נמנעים או מתנגדים (בולבי, 1980), חווים שינוי דרך היחסים הנרקמים בתוך הקבוצה ובין הקבוצה לצוות המסע. תנאי השטח האינטנסיביים, ומשימות חולייתיות וקבוצתיות שונות, מחייבים את המשתתפים לסמוך על חבריהם ועל הצוות, להיעזר בהם, לפעול במשותף, לחלוק רגשות וחששות וכו'. כאשר אדם תלוי על חבל מעל מפל גבוה, וחברו אחוז בקצהו העליון ושומר עליו מאובטח, הוא חווה שינוי בסכמות החשיבה הקיימות אצלו לגבי יחסי אמון. בנוסף, המרחב ההיררכי של מטפל-מטופל מיטשטש מאד כאשר הצוות שותף לאותם קשיים פיזיים כמו הקבוצה – הוא אוכל את אותו אוכל, סוחב אותו משקל בתרמיל, נתקל באותם מכשולים וסובל אותם תנאים קשים. דבר זה בונה יחסים מאד קרובים ופתוחים ומאפשר תחילתו של טיפול משמעותי (רומי וכהן, 1998; Hans, 2000).

- **הגברת מודעות עצמית** – השהות בטבע, חסר ההפרעות והגירוים החיצוניים, וההתמודדות המתמדת חסרת הוויתורים עם מצבי קצה, מסייעים למטופל בהיכרות עם עצמו. תפקיד השיחות הטיפוליות לשקף ולקבוצה את התנהגותם, לסייע להם בהתבוננות על אופן התנהלותם ותפקודם במצבי לחץ, עמימות, קושי. פעמים רבות המסעות מסייעים למטופל בגילוי כוחות שלא הכיר בעצמו, ובשינוי תפקידו בתוך הקבוצה, ובכך יציאה מדפוסי התנהגות ישנים ולא אדפטיביים (ברגר, 2004, שני, 2009).

- **ויסות רגשי ושליטה על סימפטומים פוסט-טראומטיים** – הקושי בויסות רגשי ואיבוד היכולת לשלוט על הסימפטומים מהווים קושי רב עבור נפגעי טראומה (הרמן, 1994). הטיפול באמצעות שטח ואתגר מתקיים בצורה מעגלית, במסגרתה המשתתפים חוזרים שוב ושוב על התמודדות עם אותם מכשולים וקשיים. הדבר מאפשר תרגול התגובות לקושי, שמהווה לעיתים מידה של חשיפה חוזרת, ועם הזמן – ויסות רגשי ושליטה בסימפטום (Hayer et.al, 1996 ; Gelkopf et.al, in print). מרחבי המדבר יכולים להכיל כל התנהגות, ובכך מאפשרים שחרור מתחים ותוקפנות בדרך לגיטימית, ורכישת טכניקות לשליטה בכעסים. במדבר יכול המטופל לצעוק, לזרוק אבנים, לקלל, לבכות...וההרים יספגו את הכל וישארו על עמדם. עם הזמן מבינים המשתתפים במסע שכעסם ותוקפנותם אינם מהווים גורם מקדם, ואף להיפך – פוגעים ביכולתם להתמודד עם המשימה. בשלב זה, יבקשו המשתתפים ללמוד כיצד לשלוט על התוקפנות ולבטא את תסכולם וכעסם באופן מקדם, כגון שיחה קבוצתית, כתיבה וכדו'. גם הפעילות הפיזית עצמה מסייעת בשחרור מתחים, ואף בעלת השפעה פיזיולוגית מרגיעה ע"י שחרור אנדרופינים, להם תפקיד חשוב בשליטה על התנהגויות רגשיות כמו חרדה וכאב (בן-שחר, 2009, אלטמן, 2009).

- **יתרונות הפעילות הפיזית** – פעילות ספורטיבית הולכת ומקבלת חיזוקים מחקריים ליעילותה בתחומים רבים – פיזיולוגיים, נפשיים, קוגניטיביים, חברתיים. הוכח כי ספורט מעלה את רמת האושר של האדם. בזמן הפעילות הספורטיבית נוצרים תאי מוח חדשים, המסייעים בשיפור

הזיכרון, היצירתיות, המיקוד והריכוז. עוד נמצאה עליה בהערכה העצמית, הביטחון העצמי ותחושת החוללות העצמית בעקבות פעילות ספורטיבית ממושכת ומאתגרת (בן שחר, 2009).

- **שינוי ותהליכי היטהרות** – הישימון מאפשר הזדמנות נדירה לחופש, במיוחד חופש להתנסות באסטרטגיות פסיכולוגיות חדשות, או בתודעה או זהות חדשה. לישימון יש גם מימד רוחני ומטפורי. הישימון בהיותו מקום "מקודש" קשור קשר תרבותי עמוק לאמונה שהוא המקום שבו מתרחשים שינוי ותהליכי היטהרות. לפיכך, המשתתפים בתוכניות הישרדות במדבר מצפים שיתרחש בהם שינוי כלשהו, הם פתוחים יותר לשינוי שיתרחש בתוכם (רומי וכהן, 1998).

3. מחקר בתחום הטיפול באמצעות שטח ואתגר

היות ומדובר בשיטת טיפול אשר לרוב מיושמת בטיפול בנוער בסיכון, הרי שעיקר המחקר בתחום נעשה על אוכלוסייה זו. בישראל נעשה מחקר בודד בתחום הטיפול באמצעות שטח ואתגר בנפגעי טראומה, והוא טרם פורסם (גלקופף ואחרים). מחקר פעולה נוסף התקיים בקרב קבוצות של חסות הנוער, וגם אם היו בקבוצה מטופלים בעלי סימפטומים פוסט-טראומטיים, הרי שהטיפול לא התמקד בטיפול בטראומה וכך גם המחקר. בארה"ב, אוסטרליה ואירופה לעומת זאת, ישנם מספר מחקרי הערכה ממוקדים לטיפול בנפגעי טראומה באמצעות שטח ואתגר. אם כי עדיין קיים מחסור במחקרים איכותיים בקרב אוכלוסיית מבוגרים בעלי בעיות נפשיות, ובעלי PTSD במיוחד (Hyer & Boyd, 1996). להלן ממצאי המחקרים:

Gillis & Thomsen (1996) מציגים סקירה של מחקרים בתחום הטיפול באמצעות שטח ואתגר שנערכו בין השנים 1992-1995. ממצאי מחקר שנעשה בקרב בני נוער מעידים כי מתבגרים אשר השתתפו בתוכניות אלו היו במצב טוב יותר מ-62% מהאחרים בקבוצת הביקורת. אין בכך הפתעה, כי מובן שמי שזכה לטיפול כלשהו יהיה במצב טוב מאלו שלא טופלו כלל. מחקר נוסף עושה אבחנה בין סביבות הטיפול השונות ומשכי התוכניות ומידת האפקטיביות שלהם (Gass, 1993), אצל Gillis, 1996). קיימת אי בהירות באשר לסוגיות אלו, היות וארגונים שונים מעניקים שמות מגוונים לשיטת הטיפול (Adventure based therapy, Wilderness therapy, Long Wilderness expeditions, Long-term Residential camping), ואין אבחנה ברורה באשר למשמעויות, אפיוני הגישות השונות (אם בכלל) ולאילו אוכלוסייה מתאימה כל גישה. המחקר נערך כהשוואה בין השיטות השונות ובאוכלוסיות שונות – ילדים, נוער עובר-חוק, חולי סכיזופרניה, PTSD ועוד. ממצאי המחקר העלו תוצאות לא מובהקות – חלק מהתוכניות הצביעו על שיפור בדימוי העצמי, חיזוק כוחות האגו, הפחתת התנהגויות מסכנות, ובמקרה של נשים עם PTSD חלה העצמה ביכולת ליצור שינוי באורח החיים. מחקר שנעשה בקרב קבוצה של 100 סטודנטים אמריקאים מציע שטיפול באמצעות שטח ואתגר מפחית חרדה ולחץ פסיכולוגי (Richardson, 1998).

מחקר שבוצע בישראל ע"י לב-ויזל (2002) בקרב בני נוער עם בעיית התמכרות לסמים התייחס לחיזוק תחושת היכולת. הבדיקה נעשתה עפ"י מדד תחושת יכולת (Ben-Sira, 1985), אצל ויזל, 2002). מן הממצאים עולה כי תחושת היכולת המוגדרת כמידת השליטה העצמית, אמון ביכולת

העצמית, וכן ההערכה העצמית, גבוהים משל קבוצת הביקורת. בכל המדדים שנבדקו – תחושת יכולת, הערכה עצמית, אופטימיות ודימוי עצמי – חלה התדרדרות בקרב קבוצת הביקורת.

במחקר שהתבצע בקרב נפגעות אונס אשר טופלו בתוכנית בת 4 ימים בשטח, נמצאו שינויים ניכרים ברמות הפחד, תחושת המסוגלות העצמית והדימוי העצמי של המטופלות (Pfirman, 1988) אצל (Hayer, 1996).

מחקר ממוקד על אוכלוסיית מבוגרים בעלי טראומת קרב כרונית אשר טופלו בתוכנית Outwora Bound בת 5 ימים בשטח מעלה כי הטיפול נחוה כמהנה ומספק בעיני המטופלים, היחסים עם הצוות המטפל השתפרו, ונצפתה התקדמות קלינית מסוימת. עם זאת, לא הוכחה כל הפחתה בסימפטומים של PTSD בקרב המשתתפים (Hayer et.al, 1996). המחקר בדק שתי קבוצות שונות אשר טופלו במרכזים רפואיים צבאיים, ומתוצאותיו עולה כי שיטת הטיפול מתאימה יותר למטופלים אשר מלכתחילה הסימפטומטולוגיה של PTSD אצלם אינה גבוהה. כפי שהכותבים מציינים, הסיבות לכך טמונות באורכה המוגבל של התוכנית המגביל את הניסיון לטפל באוכלוסייה בעלת רמות גבוהות של חוסר תפקוד וסימפטומים כרוניים. מחקר נוסף (Ragsdale, Cox, Finn & Eisler, 1996) בחן שיפור בעקבות תוכנית טיפולית בשטח בקרב 24 נפגעי טראומת קרב, תוך השוואה לקבוצת ביקורת שטופלה במסגרת קבוצה טיפולית אחת לשבוע. שיפור משמעותי נרשם במדדים של תחושת-מסוגלות, תחושת אשמה ובושה, בדידות ומוצפות רגשית. במדדים אחרים של תפקוד פסיכולוגי, חרדה, כעס, וסימפטומים של PTSD לא נרשמו הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות. חשוב לציין כי בקרב המשתתפים בתוכנית השטח לא היתה כל נשירה מטיפול, בניגוד ל-8 משתתפים שנשרו מקבוצת הביקורת. כמו כן, ברוב המדדים, גם אם לא נצפה שינוי חיובי, הרי שבקבוצת הביקורת חלה התדרדרות. Erickson (2011) ערכה מחקר על שילובם של נפגעי טראומת קרב שלחמו בעיראק ואפגניסטן בתוכניות טבע ואתגר. ממצאיה מעלים כי התוכניות הנ"ל הן בעלות השפעה חיובית ניכרת על מדדים פסיכולוגיים, אינטלקטואליים, פיזיולוגיים וחברתיים. במחקרה נמצא שיפור חיובי במדדים, כמו גם בסימפטומים של PTSD (הפחתה של 6.6%), אך ללא מובהקות. 26 מתוך 29 נבדקים דיווחו על שיפור בבריאות הגופנית והנפשית, איש לא דיווח על השפעות שליליות.

ימי של נפגעי CR-PTSD כרונית. הקבוצה פעלה במהלך שנה שלמה, ומנתה 22 מטופלים במסגרת של פגישות חד-שבועיות, בשיתוף עמותת "אתגרים". זהו המחקר הראשון שמוכיח כי טיפול באמצעות שטח ואתגר הנו שיטה מבטיחה לטיפול בנפגעי טראומה כרונית וכי היא בעלת אפקט כוללני חיובי על הפרט. הממצאים הצביעו על שיפור ב-PTS, דיכאון, תקווה, איכות חיים סוציאלית ורגשית, תחושת שליטה על סימפטומים של PTSD, שינויים התנהגותיים ניכרים ושיפור משמעותי בתפקוד היומיומי. מבחינת סימפטומים של PTSD בלטה הפחתה בהימנעות ובדיסוציאציה. ממצא זה יכול להעיד כי טיפול באמצעות שטח ואתגר מעודד התמודדות עם קושי

וחרדה, לעומת הימנעות וניתוק. ערך נוסף להתערבות הוא בהיותה מעודדות את המטופלים "להפתח" בפני חוויות והתנסויות חיים חדשות, במקום הנטייה לצמצום ובידוד פיזי ורגשי.

4. אינדוקציות וקאונטר-אינדוקציות לטיפול באמצעות טבע ואתגר

סקירת התאוריה והמחקר בתחום הטיפול באמצעות טבע ואתגר מעלה מספר מורכבויות הגלומות בשיטה. לא נמצאו מחקרים המצביעים על החרפה במצבם של מטופלים מאוכלוסיות שונות. עם זאת, נמצאה השפעה חלקית בלבד על נפגעי טראומה. נראה כי ההשפעה החיובית הניכרת ביותר הינה בתחושת ההעצמה, המסוגלות והדימוי העצמי. כמו כן, לתוכניות ארוכות טווח ישנה השפעה על דפוסי חשיבה והתנהגות, התמודדות עם חרדה, הפחתת סימפטומים של PTSD ודיכאון.

מהספרות והמחקר לא עולה כל התייחסות לאוכלוסיות מסוימות שאינן ברורות לטיפול באמצעות שטח ואתגר. עם זאת, מדובר בתוכנית הדורשת תפקוד פיזי ומנטאלי ברמה גבוהה יחסית, יכולת התמודדות עם קושי ואתגר, יכולת קבלת החלטות, למידה ועיבוד רגשי. יתכן וניתן להתאים את התוכניות הטיפוליות בצורה יותר מדויקת עבור אוכלוסיות שונות ומגוונות.

לגבי טיפול בנפגעי טראומה, יש לשקול היטב מהו שלב ההתערבות המתאים עבור טיפול מסוג זה. חשיפה לקושי, פחד ואתגר בשלבים המוקדמים של הטיפול בטרומה נראית כלא מתאימה. בשלב זה המטופל זקוק לתחושת ביטחון פיזי, נפשי וסביבתי. הוצאתו אל מרחב רחוק ומנותק עלולה לפגוע ולייצר שחזור של הטרומה. הרמן (1994) מחלקת את תהליך ההחלמה לשלושה שלבים, ומציינת כי המשימה המרכזית של השלב הראשון הנה יצירת ביטחון. משימת ביסוס ביטחונו של המטופל קודמת לכל המשימות האחרות, שכן שום עבודה טיפולית לא תצליח כל עוד לא בוסס הביטחון כראוי. מטופלים שנפגעו מהתעללות מתמשכת, אשר החלה בגילאים צעירים, עלולים להתקשות מאד בהשגת תחושת ביטחון בסיסית זו, והתהליך יכול להימשך חודשים עד שנים. כחלק מהשבת הביטחון לגוף, ניתן להיעזר בהרפיה ופעילות גופנית נמרצת, כדי לשלוט בלחץ. אך, למטופלים בשלב ראשוני זה לא מתאים טיפול באמצעות טבע ואתגר, הדורש עמידות מתמשכת תחת אתגר וקושי.

מגבלה נוספת של התוכניות לטיפול באמצעות שטח ואתגר הנה במקרה בו למטופל יש קושי מנטאלי או פיזי עם היציאה אל השטח, ללא קשר לטרומה (מחלת ים, פחד גבהים, חרדה ברמה גבוהה או מגבלה פיזית כגון סוכרת, בעיות בלחץ הדם, אשר נפוצות בקרב נפגעי טראומה וכו').

באופן טבעי, ישנה חשיבות רבה להעברה והכללה של התחושות העולות במהלך המסע לחיי היומיום: לא פעם חווים המשתתפים במסעות במדבר תחושת התעלות ומסוגלות שלא האמינו שקיימת בהם. החזרה למציאות עלולה לייצר רגרסיה לדפוסים ישנים ותחושות של חוסר-אונים אל מול קשיי החיים. המסע מוכרח להכיל אלמנטים של שיחה על החיים שמחוץ לחוויית ה"כאן ועכשיו" כמו גם לשלב בתוכו את הצוות הטיפולי המלווה את המטופל במהלך חייו, ולאפשר המשכיות של התהליך המתרחש בשטח והכללתו אל המציאות. ישנה חשיבות גם לשיתוף המשפחה והסביבה הקרובה למטופל בחווייתו, כדי שיאפשרו לו להמשיך ולהתעצם. לכן, נוכחותה של מערכת תמיכה משפחתית-חברתית וטיפולית בחייו של המטופל המשתתף בתוכניות לטיפול באמצעות שטח

ואתגר חיונית להשלמת התהליך. לא בכל המקרים לסביבתו את המטופל יש יכולת להחזיקו והכילו לאחר תהליך אינטנסיבי שכזה. אמנם לקיומה של מערכת תמיכה ישנה חשיבות בכל הקשר של טיפול ושיקום, אך במקרה זה עצם הניתוק הראשוני מן הסביבה מקשה עוד יותר על חיבור מחדש.

יתרונה העיקרי של השיטה, בעיקר בקרב נפגעי טראומה, טמון בהיותה מסגרת פעילות "נורמטיבית", נטולת סטיגמה. בכך, מתגברת השיטה על מחסום ההתנגדות לטיפול, אשר נפוץ בקרב נפגעי טראומה. לכן, שיטה זו מתאימה למטופלים אשר רמות ההתנגדות שלהם לטיפול גבוהות, אך יכולים להיתרם מתהליך הטיפול בשטח.

5. אתגריו של המטופל באמצעות טבע ואתגר

בחרתי לקרוא לפרק זה ולפרק הבא בשם "אתגריו של המטופל", ולא "קשייו של המטופל" מתוך התפיסה הטיפולית הרואה בכל קושי הזדמנות, ונוטה להתייחס למכשולים כאל אתגרים, המזמנים התפתחות ושינוי. טיפול באמצעות שטח ואתגר הינו גישה תובענית המעמידה בפני המטופל אתגרים רבים. מרביתם פורטו בפרק הקודם, בהתייחס לאוכלוסיות עבורן קיימות מגבלות בקיום תוכניות שטח ואתגר. ברצוני להדגיש שני תחומים עיקריים:

בחירה בשינוי – כל תהליך טיפולי שהוא נובע מתוך תחושת מצוקה ורצון לפתור אותה, ומעמיד את המטופל בפני הבחירה לעשות שינוי. הטיפול באמצעות שטח ואתגר מחייב את המטופל לבחור בשינוי. למטופלים אין את היכולת או הרצון לעשות בחירה זו עבורו, ולכן – הבחירה לשים את התרמיל על הגב ולהתחיל ללכת נמצאת בידיו. פעמים רבות, המטופל בוחר להמשיך ולאחוז בדפוס הישן המכיל התנגדות וחוסר-אמון, ומסרב להתחיל במסע. אך, היות והוא מצוי בלב השימון, אין ביכולתו לוותר ולחזור כלעומת שבא. גם הצוות מעביר לו מסר ש"לא מוותרים לך, ולא מוותרים עליך". לעיתים ישב המטופל באותה נקודה שעה, שעתיים, אפילו יממה או מספר ימים. בסופו של דבר יהיה מוכרח לעשות את הבחירה להתקדם. אך, יש בבחירה זו הרבה מעבר לבחירה בהליכה – יש בכך בחירה בתהליך של לקיחת יוזמה על חייו ויצירת שינוי.

יציאה מהמרחב הבטוח – הריחוק מהבית, המשפחה, המיטה והאוכל המוכרים, וההגעה אל תנאי שטח לא ידוע המחייב התנהלות, מנהגים ותפקוד שונים ולא מוכרים מהווים יציאה מהמרחב הבטוח. כתוצאה מכך, המטופל מוצף בפחד וחרדה מפני הצפוי לו. עליו להיות מסוגל לתת אמון בסיסי בצוות השטח בכדי להצליח לתפקד. כמו כן, עליו להיות בעל מידה של יציבות נפשית, ויכולת לשאת במצבים של קושי וחרדה, בכדי שלא יתערער לחלוטין ויצא מתפקוד. בנוסף, מנגנוני התמיכה החברתיים בבית, הסביבה הקרובה, משפחה וחברים, הנם משמעותיים ביותר עבור נפגע הטראומה בתהליך שיקומו (הרמן, 1994). במקרה זה, התמיכה המתקיימת בשטח הנה של חברי הקבוצה והצוות, אשר במקרים רבים הנו חדש ולא מוכר. אמנם יש בכך פלטפורמה ליצירת שינוי, הנוצרת בעקבות ה"דף החלק" שנפתח וההזדמנות לבחור בתפקיד חברתי חדש. אך, עם זאת, חסרים מנגנוני תמיכה, בעיקר בשלבים הראשוניים של התהליך, שהם הקשים והתובעניים ביותר רגשית, טרם היקשרות לקבוצה ולמטופלים בשטח.

6. אתגריו של המטופל בשיטת טבע ואתגר

לא נמצאו מאמרים ומחקרים העוסקים בקשייו של המטפל באמצעות שטח ואתגר. ישנם מספר מאמרים ומחקרים העוסקים בשאלות הנוגעות באפיוני המטפל. גם בעבודת השדה, שאלות אלו עולות מדי יום – מי רשאי להיקרא "מטפל שטח ואתגר"? איזו הסמכה טיפולית צריכה להיות לו? כיום, השדה הטיפולי מעסיק מטפלי שטח ואתגר בעלי הכשרה בסיסית בפסיכותראפיה קלאסית, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים קליניים וחינוכיים. הגופים השונים העוסקים בתחום מפתחים כל אחד מנגנון מיונים והכשרה עצמאי, ללא תאום והכתבת הנחיות כלליות לטיפול באמצעות שטח ואתגר (Gillis & Thomsen, 1996).

מתוך התיאוריה על שיטת הטיפול ואפיוניה, סיכומי תוכניות טיפול שנעשו במסגרת רשות חסות הנוער, ומתוך ניסיוני האישי, ניתן להצביע על מס' אתגרים עיקריים הניצבים בפני המטפל:

התמודדות עם הקושי הפיזי והמנטאלי הגבוה - המטפלים, כמו גם המטופלים משתתפים במסע, תוך תנועה מתמדת בשטח, התמודדות עם מכשולים ואתגרים (מזג אויר, הליכה בתא שטח קשה, ביום ובלילה, מצוקים, מיעוט במזון, משקל כבד וכו'), מיעוט בשעות שינה ואינטנסיביות של עבודה בת כ- 20 שעות ביממה. מסיכומי תוכנית "עוצמה במדבר" של רשות חסות הנוער ועמותת ענ"ב, במסגרתה יצאה קבוצת נערים מהוסטל טבריה למסע בן 6 שבועות במדבר, עולים הקושי לתפקד, לשמור על סדר יום טיפולי, להיות ערים לצרכיהם של כלל המטופלים (מיכאלי, 2007). במסגרת התוכנית (בה השתתפתי כעו"ס), זכור לי כי האינטנסיביות היתה כ"כ גבוהה עד כי מצאתי עצמי מקיימת שיחות טיפול פרטניות במהלך שמירות הלילה של הנערים, מחצות ועד הבוקר. תנאים אלו מעמידים גם את המטפל ב"הלם שטח" ראשוני בכל מסע מחדש. ההסתגלות הפיזיולוגית והמנטאלית אורכת מס' שעות-ימים (תלוי מטפל וניסיונו), והדבר משפיע על יכולת ההתבוננות, ההערכה, ההתערבות וההנחיה (Gillis, 1992).

קו-הנחיה עם מדריך השטח - הטיפול בשיטת טבע ואתגר כולל עבודה דיאדית של מדריך שטח ומטפל. מדריך השטח הנו לרוב מומחה לתחומי ידיעת הארץ, טבע והישרדות, בעל אוריינטציה טיפולית והיכרות עם גוף הידע של טיפול באמצעות שטח ואתגר. עם זאת, הוא אינו מטפל, ותפקידו לדאוג להשגת המטרות וביצוע המשימות הפיזיות והטכניות (הגעה בזמן לחניון הלילה, התקדמות בתא השטח, הצבת משימות הישרדות וכו'). פעמים רבות קיים קונפליקט בין צרכיו של מדריך השטח למטרותיו של המטפל. ניתן לראות קונפליקט זה כ"התנגשות" בין ה- Being ל- Doing, כאשר המטפל יבקש לקיים שיחות עיבוד אישיות וקבוצתיות ומפגשים טיפוליים, גם אם הדבר כרוך בויתור על משימת שטח נוספת. ישנה חשיבות לקיומו של דיאלוג פתוח ומוזע בין המטפל ומדריך השטח. האחריות על קיום דיאלוג זה מוטלת גם היא על המטפל, אשר לרוב בנו בעל כלים להתבוננות ומודעות עצמית, ובעל הערכה כלפי חשיבות השיח הטיפולי. קושי עיקרי במסגרת "עוצמה במדבר" עלה מתוך קונפליקטים לא מדוברים בעבודה הדיאדית בין מדריכי השטח והמטפלים. כך, למשל, צוותים מטפלים מציינים לעיתים בדיעבד כי היצמדות לתוכנית המבצעת גבתה מחירים חינוכיים וטיפוליים (מיכאלי, 2007).

עבודה עם המטפלים בקהילה – תוכנית טיפול באמצעות שטח ואתגר הנה לרוב קצרת מועד, ומאופיינת בניתוק מוחלט מהסביבה הטבעית של המטופל. אחד האתגרים טמון בתהליך השימור וההכללה של מה שהושג בשטח לחיי היומיום של המטופל. לכן, ישנה חשיבות רבה ליכולתו של המטפל לעבוד יחד עם המטפלים בקהילה ועם משפחתו של המטופל. במקרים בהם המטפלים

מהקהילה לוקחים חלק במסע, תפקידו של מטפל השטח להנחות אותם כיצד ביכולתם להשתמש בשטח כפלטפורמה לשינוי, חיזוק אמון בקשר עם המטופל, והשגת מטרות טיפוליות, ולסייע להם לקדם תהליכים טיפוליים. לעיתים נתקל מטפל השטח בהתנגדות מצד המטפל בקהילה, אשר אינו מכיר את הכלי הטיפולי, עלול להירתע מעוצמתו, ולחוש איום לחייו, למצבו הנפשי של המטופל ולקשר הטיפולי עליו עמל זמן רב. תפקידו של מטפל השטח בסיטואציה שכזו הינו להצליח לתרגם עבור המטפל מהקהילה את המשימות בשטח לשפה טיפולית, להכיל את קשייו של המטפל ולא לחוש מאויים ולהיכנס למאבק "כוחות" מולו. צוות הוסטל טבריה, אשר השתתף במסע "עוצמה במדבר" העיד על קונפליקטים רבים שנבעו מחוסר הבנה בין מטפלי ומדריכי השטח לבין צוות הוסטל. בנוסף, מדריכי הוסטל העידו כי חוו קושי רב "לשחרר" את הנערים מהתלות הקיימת בחיי היומיום בהוסטל לעצמאות הנדרשת בתהליך השטח. גם במקרים בהם אין המטפל מהקהילה מצטרף לתוכנית בשטח, על מטפל השטח מוטלת האחריות ליצור המשכיות של התהליך ביומיום, לסייע לקהילה להבין ולהעריך את הישגיו והצלחותיו של המטופל, ולמצוא דרכים להעצימן ביומיום. גם כאן, עלול להיווצר פער בין תפיסתו של מטפל השטח לזו של המטפל בקהילה, תוך קושי להאמין בתהליך ולקבל את השינוי הדרמטי שמטופל חווה. עמדתו הצנועה של מטפל השטח והבנתו כי ללא המשך טיפול בקהילה הישגיו של המטופל יתמוססו עם הזמן, הינה חיונית לצורך שלב זה.

התמודדות עם תהליכי העברה והעברה נגדית – תהליכי ההעברה וההעברה הנגדית הנחווים עם קורבנות טראומה והמתרחשים במסגרת הקשר הטיפולי הנם עוצמתיים לאין שעור. בקשר הטיפולי מתקיימים יחסי העברה קיצוניים, המגזימים עוד יותר את אי-איזון הכוחות ביחסים והופכים את המטופלים נוחים לניצול (הרמן, 1994). בסביבה המוקצנת בלאו הכי של הישימון, המהווה יציאה מהמרחב הבטוח של המטופל, התהליך מתבסס על מידה מסוימת של יחסי תלות. בתחילתה של התוכנית תלות זו מפורשת כעניין של חיים או מוות – ההקשבה לצוות השטח והלמידה ממנו הנה חלק בלתי נפרד מהתהליך. אחריותו של המטפל היא להשתמש בכוח שנמסר לידי רק לשם קידום החלמתו של המטופל ולעמוד בכל פיתוי להשתמש בו לרעה (הרמן, 1994). ההעברה עלולה להיות מפוררת ומקוטעת ונתונה לתנודות תכופות, שהן סימן ההיכר של התסמונת הטראומטית. גם תהליך של העברה טראומטית עלול להעניק ליחסי המטפל-מטופל צביון של אלימות וכוח הרסני המתערב בטיפול. כאשר מתעורר משבר, המהווה חלק אינהרנטי מהתהליך הטיפולי בשטח, עשוי המטופל לחוש אכזבה מהמטפל, אשר אינו מסייע לו בפתרון המשבר, ולהביע זעם רב כלפיו. זעם זה יש בו גם משום העברת הזעם הקיים במטופל כלפי המפגע באירוע הטראומטי. על המטפל לדעת לעשות הפרדה וניתוק רגשי בכדי לא להיגרר לתוך יחסי העברה אלו. עדויות מתוכניות טיפול שטח ואתגר חושפות מקרי אלימות רבים, אשר בחלקם קשורים בקושי של הצוות להתמודד עם האלימות מתוך עמדה של הכלה ואמפתיה, ובהיגררות לקונפליקטים עם המטופלים (מיכאלי, 2007).

הזדהות עם המטופל – קשייו הפיזיים והמנטאליים של המטפל בשילוב עם קשייו של המטופל עלולים להעצים את תחושת ההזדהות של המטפל עם המטופל, ולהקשות על התהליך הטיפולי. כאמור, המשימות המוטלות על המטופלים, נועדו להראות בלתי ניתנות להשגה וביצוע ואף מסוכנות. ברגעים של חולשה עלול המטפל לחוש חוסר אמון ביכולתו של המטופל לעמוד במשימה, ולשדר את ספקותיו אל הקבוצה. המטופלים, אשר זקוקים לחיזוקיו של המטפל ולאמונתו בכוחותיהם, יחוו את הספק ויתקשו בביצוע המשימה. מטופלים רבים, הסובלים מתחושת חוסר-

אונים נרכש, עלולים להשליך את תחושותיהם הקשות כלפי המטפל. תוכנית השטח אינה ניתנת לביצוע ללא אמונה של צוות השטח בצדקת הדרך ובכוחותיהם של המטופלים לעמוד בסדנה. **טראומטיזציה משנית** – בדומה לכל מפגש עם נפגעי טראומה, גם בטיפול באמצעות שטח ואתגר נחשף המטפל לסיפורים קשים, ולסימפטומים רגשיים והתנהגותיים הנובעים מהאירוע הטראומטי. גם בשטח, עלול המטפל לחוות קושי אל מול הזוועות המועברות אליו דרך המטופלים. עם זאת, היות ומדובר בשיטת טיפול הממוקדת בכוחות ולא בפתולוגיות, ואשר עוסקת בעיקר בתחושות העולות "כאן ועכשיו" נוכח ההתמודדויות בשטח, הרי שהתכנים הקשים של הטראומה אינם נמצאים במוקד ההתערבות. לא נמצא חומר המתאר תהליכים של טראומטיזציה משנית בקרב מטפלי שטח, ומהיכרותי עם מטפלים בתחום לא ידוע לי על מקרים שכאלו. בנוסף, מניסיוני האישי, עוצמתו המרפאה של הטבע, כפי שהיא משפיעה על המטופל, משפיעה גם על המטפל ומסייעת לו בהכלת רגשותיו ועיבודם. לתחושותי, אל מול מרחבי המדבר יש לכאב ולצרות יכולת להתגמד ולקבל פרופורציות מציאותיות יותר.

7. דרישות ההכשרה וההדרכה למטפלים

בשנת 1996 כתבו Gillis & Thomsen כי קשה להשיב על שאלת ה"על ידי מי?" היות ואין בנמצא "ספר הנחיות" להכשרת מטפלי שטח, כמו גם מחקר הבוחן קומפלטיות של המטפלים בתחום. פרט להתייחסות זו לנושא, לא מצאתי כל מסמך העוסק בהגדרת תהליך הכשרת והסמכת המטפלים וההדרכה הנדרשת עבורם. בישראל לא קיים כל איגוד מקצועי למטפלי שטח, אם כי בארה"ב ואוסטרליה ישנם מספר גופים המאגדים את הפעילים בתחום, ומסגרות המכשירות מטפלים. מרבית מטפלי שטח הנם בעלי הכשרה בפסיכותרפיה קלאסית ובעבודה סוציאלית, אשר מסתמכים על לימוד עצמי והרחבת הידע, תוך התבססות על אמונה בהיותו של השטח פלטפורמה טובה לטיפול, ואהבה כלפי התחום. ההתמקצעות נבנית ע"י התנסות בשטח, ללא בקרה כלשהי על הצלחות או כישלונות. ישנן שתי תוכניות הכשרה (לימודי תעודה) המתקיימות במכללות בישראל, אשר מגדירות עצמן כתוכניות להכשרת מדריכי ומטפלי שטח. לא קיימים תנאי סף לקבלה לתוכניות או מבחני סיום כלשהם בסופן, ומסיימי התוכנית כביכול מוכשרים להיות הן מדריכי שטח והן מטפלים, ללא הפרדה בין הדיסציפלינות.

גם לגבי הדרכה מדובר בתחום פרוץ, וקבלת ההדרכה תלויה באישיות המטפל והבנתו את חשיבות תהליך ההדרכה.

סיכום

הפרעה פוסט טראומטית מהווה אתגר טיפולי משמעותי. כמו מסע במדבר, היא טומנת בחובה הפתעות רבות, חרדות ופחדים, קשיים ומחסומים. על המטופל והמטפל לצעוד יחדיו במסע ארוך ומפרך, בגשם ובשמש, ביום ובלילה, במרחבי הישימון, בכדי להגיע אל נווה המדבר, שיאפשר שלוה, ביטחון וצמיחה.

טיפול באמצעות שטח ואתגר (Nature Adventure therapy) הנו בעל פוטנציאל להתגברות על חלק מהמכשולים, ולהתאים לטיפול ב- PTSD. עיקר כוחותיו ביצירת מסגרת טיפולית לא

סטיגמטית, מניעת התנגדויות, יצירת אפשרות לתהליך קבוצתי אינטימי ואינטנסיבי, ועיסוק בכוחות המטופל והצלחותיו במקום בפתולוגיות. הפרדיגמה עליה נשענת שיטת הטיפול הנה אקלקטית, המתייחסת למטופל בפרספקטיבה של גישת הכוחות, ועושה שימוש בגופי הידע של למידה התנסותית, טיפול קוגניטיבי התנהגותי בעל אלמנטים של חשיפה חוזרת, טיפול קבוצתי, תאורית יחסי אובייקט, טבע טרפיה (Russel, Gelkopf, et.al, in print, 2001).

למרות ששיטת הטיפול בטבע ואתגר קיימת כבר מספר עשורים, אין היא מבוססת דיה מבחינת תיאוריה ומחקר, ואף אין לה שם אחד המאגד תחתיו את עקרונות הטיפול. יתכן ועובדה זו טמונה בכך שתחום הטיפול התפתח ע"י אנשי שטח ומדבר ולא אנשי ספר, ורק מאוחר יותר גובשה הלמידה התיאורטית סביבו.

גם אני התחלתי את אהבתי ואמונתי בטיפול באמצעות שטח ואתגר. מתוך החוויה האישית של העצמה וצמיחה, מתוך הלמידה של הכוח המרפא הטמון במדבר, רק לאחר שגמעתי מרחקים רבים, והזרתי ילדים במדבר – הלכתי ללמוד עבודה סוציאלית במטרה לשלב בין העולמות. העיסוק בטיפול קיצוני כטיפול בשטח ואתגר מחייב אהבה גדולה. ואכן, רוב המטפלים בסביבתי הנם "משוגעים לדבר". הם אינם בהכרח תיאורטיקנים או חוקרים בולטים, אך ליבם מלא כוונה טובה והם מבצעים עבודת חייל. בכל מסע מחדש אני נדהמת לגלות את עוצמת המדבר, ולראות כיצד נער או נערה עברו שינוי דרמטי במהלך 5 ימים, כאילו הפכו אדם חדש. בסוף מסע אני תמיד מזכירה לעצמי, שעם החזרה למציאות צפויה "נפילה", שהמסעות האלו אינם "הוקוס פוקוס". פה, עדיין קיימת אוזלת יד של השיטה הטיפולית – טרם החכמנו ביישומה ביומיום של המטופלים, בקיומן של קבוצות המשך, בתהליך עיבוד ושימור.

המסע לעולם לא מסתיים באמת, ויש לטיפול באמצעות שטח ואתגר דרך ארוכה לעשות בכדי להפכו לשיטה מוכחת, מקצועית ואפקטיבית.

בבליוגרפיה

אלטמן ישראל (2009). קשרים בין מודלים של לחץ והתמודדות ובין התערבות אתגר. הורד מהרשת מתוך <http://www.yamyabasha.com/38541/> ממשק_בין_לחץ_לאתגר

בן שחר, ט. (2008). באושר ובאושר. ת"א, ישראל : מטר.

הפרט, ד. י., (2011), יסודות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. בתוך : מרום, צ., שכטמן, ש.ג., מור, נ., מאירס, י. (עורכים), *טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במבוגרים*, תל אביב : דיונון.

הרמן, ג.ל., (1992), *טראומה והחלמה*, ת"א, ישראל : עם עובד.

ויניקוט, ד.ו. (1986), *הכל מתחיל בבית*, ישראל: דביר (1995)

כהן, ב. (2000). "גישת הכוחות בעבודה סוציאלית", *חברה ורווחה*, כ, 291-300.

כהן י., (1997), *השפעת מסעות הישרדות על מוקד שליטה, הערכה עצמית ותחושת מסוגלות עצמית של נערים מטופלים ביחידות של קידום נוער*. עבודת M.A., ביה"ס לחינוך, אוניברסיטת בר אילן:רמת גן.

לב-ויזל, ר., (2002), *חיזוק תחושת יכולת בקרב מתבגרים בסיכון- מחקר פעולה*, בתוך : מיכאלי, ד., (2007) (ע"י), *גלות, מסע, בחירה – טיפול דרך שטח*, גבעתיים : מדף הוצאה לאור.

מיכאלי, ד., (2001), *זמן המדבר*, גבעתיים : הוצאת הצב הרוקד.

מיכאלי, ד. (עורך) (2008), *גלות, מסע, בחירה – טיפול דרך שטח*, גבעתיים: מדף הוצאה לאור.

רומי, ש., כהן, י. (1998), *השפעות מסעות הישרדות על משתני אישיות, של נוער מנתק בישראל, דו"ח מחקר מס' 12*. המכון לחקר ולחינוך קהילתי, ביה"ס לחינוך, אוניברסיטת בר אילן : רמת גן.

שני, ט. (2009), *פסיכולוגיה חיובית – החתירה לאושר : ספורט ימי וקיאקים ימיים כבעלי השפעה על אושרו של האדם כדרך חיים וככלי טיפולי*. המרכז הבינתחומי הרצליה ; ביה"ס החדש לפסיכולוגיה.

Bandura, A.,(ed.) (1997), *Self-efficacy : the exercise of control*, N.Y: W.H Freeman.

Berger.R.(2008), *Nature therapy: developing a framework for practice*, Thesis submitted for the degree: Doctor of Philosophy, University of Abertay,Dundee:USA.

Bowlby J., (1980), *Attachment and loss 3: loss, sadness and depression*, London: Hogarth press.

Ehlers A., & Clark, D.M., (1999), *A Cognitive model of posttraumatic stress disorder*, *Behavior research & therapy*, Department of psychiatry, University of Oxford: UK.

Erickson, D., (2011), *Exploring the possibility of using outdoor recreation to promote mental health in veterans with PTSD. Mental Health CATs. Paper 23.*

Fishman, D.B., Rego, S.A., & Muller K.L.,(1992) Behavioral theories of psychotherapy, in: Norcross, J.C., VandenBoss, G.R.,Freedheim, D.K.,(ads) *History of psychotherapy : A continuity & change, 2nd add.*

Gelkopf, M., Hasson-Ohayon, I., Bikman, M., Kravetz, S., (in print), *Nature-adventure rehabilitation for combat-related Posttraumatic chronic stress disorder : A randomized controll trial*, Department of community mental health, faculty of social welfare & health sciences, University of Haifa; Israel. (המחקר הסתיים אך טרם פורסם,)
נתונים הועברו ישירות ע"י המחבר ואינם לפרסום)

Gill ,A.,(2006), *A Wilderness therapy intervention for violent, gang-involved Latino adolescents*, Chicago; USA; University of Chicago

Gillis,H.L. & Thomsen, D.,(1996), *A research update of adventure therapy : challenge activities & ropes courses; wilderness expeditions & residential camping programs*, USA: US department of education

Hans,T.A.(2000), A meta-analysis of the effects of adventure programming on Locus of Control, *Journal of contemporary psychotherapy*, 30 (1),33-60.

Hyer,L.,Boyd,S.,Scurfield,R.,Smith,D.,Burke,J.,(1996),Effects of outward bound experience as an adjunct to inpatient PTSD treatment of war veterans, *Journal of clinical psychology*, vol 52 (3),263-278.

Kolb, D.A. (1984), *Experiential learning: experience as the source of learning & development*. Engelwood Cliffs NJ : Prentice hall.

Mackenzie, R.K., Livesley, W.J.,(1983), A developmental model for brief group therapy, *Advances in group psychotherapy monograph*, International universities press.

Neill, J.T., (1997), *Outdoor education in the school : what can it achieve?* A paper presenter to the 10th outdoor education conference, Sydney; Australia.

Ragsdale, K.G., Cox, R.D., Finn, P., & Eisler, R.M., (1996), Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A roll for adventure-based counseling & psychodrama,*Journal of traumatic stress*, vol 9 (2), 269-283.

Richardson,E.D.,(1998), *Adventure-based therapy & Self-efficacy theory : test of a treatment model for late adolescents with depressive symptomatology*. Dessirtation for the degree : doctor of philosophy in psychology, Virginia polytechnic institute & state University;USA.

Russel K., (2001), What is Wilderness Therapy,. *Journal of Experiential Education* 2001(24).

Russel,K.C.,Hendee,J.C. (2000), *Outdoor behavioral healthcare;definitions, common practice, expected outcomes, & a nationwide survey of programs*, Idaho, USA:University of Idaho – wilderness research center.

Voruganty,L.,Watham,J.,Bard,E.,Parker,G.,Babbey,C.,Ryan,J.,Lee,S.,MacCrimon,D.J .,(2006), Going beyond: an adventure & recreation-based group intervention promotes well-being & weight loss in schizophrenia, *Canadian journal of psychiatry*, 51 (9),575.