

# מזון לנפש טיפול במסגרת בית ספר תיכון

## בנערה מתבגרת עם הפרעת אכילה

### אורית רדל

ה-Setting, הזמן והמקום שבו מתרחש הטיפול, המאפשר מרחב ביטחון ויציבות, משתנה לעיתים בבית ספר. יש שינויים בלוחות הזמנים (טיול, מבחן), לוח הזמנים כפוף ללוח השנה הבית ספרי ופוגע ברצף הטיפולי בעת חופשות, וכן הטיפול הפסיכולוגי בבית הספר הוא בהגדרתו ממוקד בזמן, ותם עם סיום לימודי התלמיד, גם אם המטופל זקוק להמשך טיפול.

מה לגבי פרטיות וסודיות, מאבני היסוד של הטיפול? המתבגר חשוף לעיני חבריו ומוריו כשהוא נכנס לחדר הפסיכולוג. כל הדגשים של פרטיות וסודיות מועצמים על רקע גיל ההתבגרות. הרגישות לדימוי העצמי, לפרטיות, לפער בין מה שמוצג כלפי חוץ ובין מה שקיים בפנים, וידיעת המבוגרים על מצבו של המתבגר, בפרט במצבי סיכון, נחוות לא אחת כחודרנית ומעוררת כעס. טיפול שמתרחש בין כותלי בית הספר חשוף לא פעם לתביעות מהחוץ. כך למשל במקרה של מורה שמתפלא שנער במשבר משפחתי מתפרץ בכיתה למרות שהוא כחודש בטיפול.



הבלעדיות על האמת שמביא המטופל אל חדר הטיפול אף היא עומדת במבחן, כשמוצג מידע סותר מהמורה או מהיועצת. הדבר דורש מהפסיכולוג יכולת להחזיק את המידע, ועם זאת לשמור על היכולת לראות את הדברים מנקודת מבטו של המטופל. פעמים רבות מטופלים אחרים הם חבריו לשכבה של המטופל, המספרים על ריב או התנהגות במסיבה שהמטופל לא העלה

### פסיכותרפיה בבית הספר. האם נחוצה? האם אפשרית? האם זה המקום המתאים?

המצדדים בטיפול בין כותלי בית הספר יטענו שבית הספר הוא המקום שבו מתקיימת מניעה פסיכולוגית ראשונית, הוא הסביבה הטבעית והמשמעותית של המתבגר ובו הפסיכולוג נוכח, זמין. הטיפול אינו כרוך בעלויות כספיות, והוא פחות סטיגמטי. הפסיכולוג מכיר את המלייה הלימודי והחברתי של המתבגר, והוא מהווה כתובת עבור תלמידים רבים. היות הפסיכולוג גורם טיפולי המעניק שירות לבית הספר, והיותו באינטראקציה עם האנשים שלהם יש השפעה ומגע משמעותי עם המתבגר, אלה מאפשרים לו להעריך הערכה מקיפה של שטחי התפקוד ומתן סיוע מקיף.

יתר על כן, פסיכותרפיה בבית הספר משמעותה העברת מסר שלא רק הצרכים הלימודיים והחברתיים נענים בתיכון, אלא שיש הבנה למורכבות המתבגר, להיותו אדם שלם שזקוק להתייחסות ושיש לו צרכים פסיכולוגיים בעת מצוקה שיש לתת עליהם מענה. המשמעות היא שהמתבגר מטופל בתוך בית הספר ולא נוצר פיצול בין סיפוק הצרכים הלימודיים לסיפוק הצרכים הרגשיים, דבר שמחזק את תחושת הביטחון והשייכות ומהווה פונקציה מכילה גם עבור ההורים והצוות החינוכי. מודלים אקולוגיים ומערכתיים מדגישים גם את חשיבות שיתוף הפעולה בין התרפיסט, בית הספר והמשפחה, ובכך את הרחבת המעגל התרפויטי (Sherman, Shumsky & Rountree, 1994).

המתנגדים לפסיכותרפיה בבית הספר ישאלו: האומנם יכולה להתקיים פסיכותרפיה בבית ספר? אולי על פסיכולוג בית הספר לספק סיוע ראשוני בלבד, ולהפנות את המתבגר לטיפול חיצוני? כל הגישות הפסיכודינמיות מאז התפתחות הפסיכואנליזה היו מאוחדות בעמדתן ביחס לחשיבות ה-Setting כמכתיב את ההתרחשות הטיפולית. יש לבחון אפוא במה שונה פסיכותרפיה בבית הספר מפסיכותרפיה בקליניקה פרטית או ציבורית, אם בכלל, והאם טיפול בבית הספר מכתוב תנאים שונים מטיפול בהקשרים אחרים.

אורית רדל היא פסיכולוגית חינוכית מומחית, מדריכה, מנהלת יחידת תכנונים בשירות הפסיכולוגי-חינוכי-התפתחותי ברמת גן, לומדת בתוכנית הכשרה ללימודי פסיכולוגיית העצמי, בעלת קליניקה פרטית ברעננה. 052-2597000.

חיוניים לצורך התפתחות התהליך הטיפולי. שכן, למערך הטיפולי מיוחסות פונקציות פטרנאליות (הצבת חוקים וגבולות מבחינים ומארגנים, המעמית את המטופל עם הסביבה האובייקטיבית) ומטרנאליות ("החזקה", הגנה מפני פגיעות ותביעות מצד הסביבה המאפשרת התפתחות ה"עצמי האמיתי") כאחד.

קלנר (2000), רואה את המערך הטיפולי כמבנה הכולל מרכיבים רבים המתחלק לארבע קטגוריות:

1. מרכיבים פיזיים: מקום החדר ושייכותו הארגונית-חברתית.
2. מרכיבים חזיים: תדירות ומשך הפגישות, חובת הסודיות וגבולותיה.
3. מרכיבי היחס הטיפולי והטכניקה הטיפולית: אנונימיות המטפל, אקסקלוסיביות הקשר הטיפולי.
4. כללים התלויים בסגנון המטפל.

תנאים אלה מאפשרים יצירת מרחב בטוח שבו נרקמת מעטפת המגינה על התהליכים התוך נפשיים המתרחשים בטיפול. בתהליך זה מתאפשר למטופל לגלות ולפתח את חלקי העצמי שלו, לחוש ביטחון, לסיים את הקשר הטיפולי ולצאת לדרכו. ויניקוט סבר שהמטפל יכול לספק תנאים לגדילה ולהתפתחות שיאפשרו למטופל להיות הוא עצמו ולממש את הפוטנציאל שבו (מטרי, 2005).

אציג להלן טיפול בנערה הסובלת מהפרעת אכילה, שבאמצעות אדגים כיצד פועלים מרכיבי החוזה הטיפולי בטיפול המתקיים בתיכון. כל הפרטים המזהים, נתוני הרקע והאירועים המבחינים המתוארים במקרה שיוצג להלן שונו לצורך הסוואה ושמירה על חסיון המטופלת.

### סיפור מקרה

אמה של דנה (שם בדוי), תלמידת כיתה י' בתיכון, הופנתה אלי על ידי יועצת בית הספר לאחר שחברתה סיפרה ליועצת על ביטויים אובדניים שאמרה דנה. מהשיחה עם האם עלה כי לדנה מצב רוח ירוד, שקיימים ביניהן קונפליקטים רבים בלי שהמצוקה תיראה כלפי חוץ, ועם זאת דנה מתפקדת באופן מעולה בתחום הלימודי והחברתי. האם ציינה בפני כי דנה ירדה לאחרונה במשקל, וזה מספר חודשים שהיא מקיאה מדי פעם.

הרקע המשפחתי של דנה מורכב. דנה בת יחידה לאמה. אביה של דנה התגרש מאמה לאחר שהרתה לו וסירבה להפסיק את ההיריון. בהמשך התגלה לאם שהאב ניהל רומן באותה תקופה. האב ניתק מגע עם האם בטרם הולדתה של דנה, ועבר להתגורר בחו"ל. דנה ידעה על כך והפגינה, לדברי האם, כעס ומרירות כלפיו. האם התמודדה עם קשיים כלכליים ועם אביה הסיעודי, דבר שהכביד על משאביה הרגשיים של האם ועל זמינותה הרגשית בהתמודדות עם דנה.

ההתפתחות של דנה תוארה באופן סכמטי, כשהאם מדגישה

אותם כלל בטיפול. ממש כמו בטיפול בבני משפחה אחת. לעיתים קיימת קנאה ותחרות ביניהם.

כפסיכולוגית בית הספר, לפעמים אני רואה את המתבגר במצבים שונים, בהפסקה, בטקסים. גם הפסיכולוג בבית הספר אינו דמות אנונימית. כחלק מהעולם האקטואלי שלו, המתבגר רואה אותי באינטראקציה עם מורים ושומע אמירות לגבי ממתבגרים נוספים שבטיפול.

השאלה היא איך כל התנאים שנוצרו מעצם קיום פסיכותרפיה בבית הספר משפיעים על המתרחש בטיפול? האם הם מכתיבים סוג אחר של קשר, של מהלך ושל תוכן בטיפול? מה זה אומר על טכניקת העבודה, על תהליך קבלת ההחלטות ביחס לטיפול במתבגר זה או אחר? כיצד זה משפיע על הדרך שבה המטפל מתמודד עם חדירת המציאות הבית ספרית לטיפול ועם התייחסות בין פנים לחוץ?

## רגישות לדימוי העצמי, לפרטיות, לפער בין מה שמוצג כלפי חוץ ובין מה שקיים בפנים, וידיעת המבוגרים על מצבו של המתבגר, בפרט במצבי סיכון, נחווית לא אחת כחודרנית ומעוררת כעס

תיאורטיקנים שונים דנים בחשיבות האספקטים של המערך הטיפולי היוצרים מעטפת טיפול בין החוץ לפנים. ויניקוט (1995) מגדיר את המרחב הפוטנציאלי כמקום שבו מתקיים אזור הביניים של החוויה, השוכן בין המציאות הנפשית הפנימית ובין המציאות הממשית החיצונית. המרחב האנליטי הוא מרחב שבין המטופל לאנליטיקאי, שבו נוצרת החוויה האנליטית הכוללת את אשליית ההעברה באמצעות מסגרת הטיפול ובאמצעות מתן פרשנות למסגרת חשיבה ומתן תנאים שבהם המטופל עשוי להעז וליצור משמעויות אישיות שניתן לשחק עימן (אוגדן, 2003; ויניקוט, 1995).

על פי ויניקוט (1995) קיימת הקבלה בין מה שקורה בטיפול לבין יחסי הורה-ילד. בטיפול, כמו ביחסי הורה-ילד, יש Holding שמהווה תנאי בסיסי להתקיימות טיפול ויצירת מרחב, ויש חשיבות גם ל-Handling, טיפול ומניעת פגיעות פיזיות בילד.

ה-Setting בטיפול כולל מקום ושעה קבועים. חוקים ברורים של מקום וזמן נותנים יציבות לטיפול. כאשר יש הפרעות ב-Setting יש התקפות על דבר בסיסי. קלנר (2009, עמ' 37) מציינת כי "רוב הגישות הטיפוליות רואות את המערך הטיפולי כממלא תפקידים

או מקיאה, היא אומרת "לא" ומבטאת את הכעס והניסיון לנפרדות מהאם, אבל דרך האוכל והמחלה והגרסיה שחלה בעקבותיה, תלותה באם מתחזקת ומונעת נפרדות (בכר, 2002). החוויה העצמית של דנה פגיעה ומלווה בפערים. מחד גיסא, תפקודה מפואר כלפי חוץ, ומאידך גיסא, בנפשה תהומות של כעס, הרס עצמי, דיכאון, ייאוש ותחושת אובדן. בבסיס הפרעת האכילה עולים חרדה וכאב נפשי. נטישת האב מעסיקה את מחשבותיה, ונראה כי יוצרת בדנה אמביוולנציה לגבי קיומה.

דנה יצרה איתי קשר משמעותי במפגשים הראשונים, ומאחר שלא הייתה אפשרות לקבלת טיפול פסיכולוגי במסגרת המרפאה, ביקשה להמשיך בטיפול עימי. נוכח נסיבות אלו, הובנה מערך טיפולי שכלל פיקוח דיאטני ומעקב פסיכיאטרי במרפאה, טיפול משפחתי לדנה ואמה מחוץ למרפאה וטיפול פסיכולוגי שנמשך בבית הספר. התקיים קשר רציף בין המטפלים.

במסגרת בית הספר נקבע טיפול אחת לשבוע, במשך שנתיים, עד לסיום י"ב. יש לציין, שבמרפאה הוחלט לא לתת לדנה טיפול תרופתי, ולהמשיך במעקב פסיכיאטרי. מעבר לטיפול הפרטני בדנה, כפסיכולוגית בית הספר נשארתי Case Manager ודאגתי לקיום קשר פעיל בין הגורמים המטפלים. דבר זה דורש מודעות מתמדת לכלל התפקידים, והבנה שכדי לקיים את המרחב הנפשי שדורש הטיפול, ואת ההתכוונות לצרכיה הרגשיים של דנה, יש צורך בהחזקת מעטפת טיפולית תומכת שתאפשר לשמור על גבולות הטיפול ותיתן מענה למצב הרפואי והגופני המורכב שבו הייתה נתונה דנה, וכן לסיכון המתלווה להפרעת האכילה (בכר, 2002).

## הבלעדיות על האמת שמביא המטופל אל חדר הטיפול אף היא עומדת במבחן, כשמוצג מידע סותר מהמורה או מהיועצת

קיום קשר עם הגורמים המטפלים מנע מצב שבו אסתמך יתר על המידה בהתבוננות הפנימית של דנה ולא אהיה ערה להתקדמות או לנסיגה גופנית, ומנע מצב שבו אהיה עסוקה יתר על המידה במציאות החיצונית (בכר, 2002), קרי, מצבה הרפואי והגופני של דנה, ואפגע בברית הטיפולית ובמרחב הטיפולי.

במהלך הטיפול ליוויתי את דנה ואת אמה במשברים שלוו בדילמות מורכבות. דוגמא לדילמה הייתה כאשר לאחר כחצי שנה של טיפול, עקב נסיגה במצבה הגופני, דנה אושפזה במסגרת אשפוז יום, וכשיצאה מהאשפוז סירבה בתוקף

את התפעלות הסביבה מיופייה ומהישגיה של בתה. בחוויות האם, עד שדנה הגיעה לגיל 14 הכול היה מושלם. הקונפליקטים ביניהן החלו להתעורר אחרי המעבר לתיכון. האם הייתה מוצפת דאגה וחוסר אונים, והתקשתה להבין את המקור למצוקתה של דנה ולקונפליקטים ביניהן. חודרניות האם ניכרה גם בהצצה לטלפון הנייד של דנה. נראה כי האם מתקשה להתמודד עם הצורך בנפרדות של בתה.



ההתרשמות שלי מהשיחה עם האם, ולאחר מכן מפגישה עם דנה, הייתה שדנה סובלת מאנורקסיה נברוזה מסוג מעורב (American Psychiatric Association, 2013), הכולל בולמוס וסילוקו (במקרה של דנה על ידי הקאה). המלצתי על מעטפת טיפולית שתכלול: דיאטנית, מעקב רפואי, טיפול משפחתי, הערכה פסיכיאטרית וטיפול פסיכולוגי. דנה ואמה הופנו למרפאה להפרעת אכילה ונערך חוזה זמני שבו הוחלט שאפגש עם דנה אחת לשבוע בבית הספר עד לקבלתה לטיפול הפסיכולוגי במרפאה. מעבר להפרעת האכילה, רמת התפקוד של דנה הייתה גבוהה מאוד. דנה הייתה תלמידה מצטיינת ומקובלת חברתית.

כבר בפגישה הראשונה חשתי בפערים הקיימים אצל דנה. דנה היא נערה יפהפייה, אינטליגנטית ומרשימה, שפתה עשירה וחשיבתה מאורגנת. היא החלה לספר על הקונפליקטים בינה לבין אמה, על החודרניות של אמה כשלדבריה מתלווה אפקט רגזני, ועוצמת הזעם והמרירות משתקפים בתווי פניה. בהמשך מספרת שנשבר לה מהכול, אך שוללת אובדנות. מספרת על ההקאות, העיסוק באוכל, אולם מפחיתה בחומרת הדבר וטוענת שמצליחה לשלוט בכך. אביה לא הוזכר במהלך הפגישה. דנה חשה שעליה להיענות לציפיות האם ולמלא את צורכי הזולת עצמי של האם, בעוד היא מבטלת את עצמיותה ומתכחשת לצרכיה הבסיסיים כמו מזון ותפיסת מקומה בעולם. מבחינה פסיכודינמית ההבנה הייתה שנוצר קונפליקט בגיל ההתבגרות בין הקשר ההדוק עם האם ובין רצונה הנואש להיות עצמאית, דבר שיצר תחושת אשמה ופחד מן הניתוק. דרך המאבק סביב האוכל, הדחייה שלו, השליטה במה שהיא אוכלת

כתגובה ללחצים אחרים.

נושאים נוספים נכנסו לשיח הטיפול, ובהם דימוי הגוף שלה, קשריה עם חברותיה ועם בנים, הצורך שלה בשליטה והחשש מדחייה. עם התקדמות הטיפול דנה העזה ודיברה על נטישת האב, על הכאב שבה, על שדחה אותה ובגד באמה, על כך שלא רצה בקיומה, ועל הפנטזיה שלה להתעמת איתו ולפגוע בו.

בשיח התרפויטי עלו האמביוולנציה בין החיים והמוות, הפער בין המשאלה של האב, שלא תהיה קיימת, לבין האם שמולה תפסה מקום טוטלי, והפכה למרכז עולמה. איך תתאים למשאלות של האם? האם עליה להיות מושלמת כדי שתהיה לה זכות קיום? מי שולט בחייה, בבריאותה? עד כמה היא זקוקה לאם, ואיך, ככל שהיא מונעת מעצמה מזון, היא הופכת להיות נזקקת ותלויה בה יותר ויותר? האם חלקים שהיא דוחה באישיותה של האם משתקפים לה במראה? מי היא: הנערה היפה והמקובלת, או הנערה שמקיא את נשמתה בשירותים? האם היא עצמאית ובטוחה בעצמה, או חסרת ביטחון ומלאת חרדה בקשריה הזוגיים?

במהלך הטיפול ניסיתי להקשיב לרווחים שבין המילים. למנגינה בין השורות. בדומה לתהליך שמתקיים בין האם לתינוק בשלב ה- primary maternal pre-occupation (ויניקוט, 1956; פלגי-הקר, 2003), ניסיתי להוות עבורה self object. נדרשתי לכוון את עצמי אליה, להיות איתה בכאב ובפחד, לאהוב אותה, כפי שהיא, להתפעל מכוחותיה ומתבונתה, לחוש את הבורות בתוכה, להחזיק אותה, גם כשהיא נופלת, ולא לוותר, לחוש את ההרס העצמי והשנאה העצמית שבה, להכיל את הזעם ולחשוש שאולי תעזוב את הטיפול.

חוויתי עוצמות עזות של העברה והעברה נגדית, רגעי סיפוק והצלחה לנוכח התקדמותה ורגעי דאגה וחרדה לגורלה וספק ביכולתי לסייע לה. בהמשך הטיפול חשתי את התמורות שחלו בדנה. בהדרגה התייצב מצבה הגופני ודנה החלה לגלות מודעות להתנהגותה ולדינמיקה הנפשית שלה. היא החלה לאסוף כוחות, שלב אחרי שלב.



להמשיך ולהיות מטופלת במרפאה. דנה הופנתה למקומות טיפול ציבוריים חלופיים, ללא הצלחה. בשלב זה עלתה דילמה לגבי עצם המשך הטיפול הפסיכולוגי והאחריות הכרוכה בכך. לאחר היוועצות עם הנהלת השירות הפסיכולוגי הוחלט להמשיך בטיפול ולבנות מערך טיפולי אינטגרטיבי אחר שכלל התערבות רופא המשפחה, דיאטנית המתמחה בהפרעות אכילה, המשך טיפול משפחתי ומעקב פסיכיאטרי.

## איך כל התנאים שנוצרו מעצם קיום פסיכותרפיה בבית הספר משפיעים על המתרחש בטיפול? האם הם מכתיבים סוג אחר של קשר, של מהלך ושל תוכן בטיפול? ... כיצד זה משפיע על הדרך שבה המטפל מתמודד עם חדירת המציאות הבית ספרית לטיפול ועם התיחום בין פנים לחוץ?

התהליך שליווה את יצירת המעטפת הטיפולית הנחוצה והצורך בהיענות של דנה ובשיתוף פעולה מצידה היה סוער, והשפיע על תהליכי ההעברה בטיפול. בתחילתו התהליך נחווה ככשל אמפתי ועורר כעס רב, אך הברית הטיפולית האיתנה שנוצרה אפשרה שמירה על הטיפול. המאבק שהתנהל במציאות החיצונית על קיום קשר עם גורמים מטפלים שיפקחו על מצבה הגופני והרפואי של דנה תורגם למציאות הפנימית של דנה, לאמביוולנציה שלה אם לחיות או למות, להחלים או להישאר חולה, לאכול את המזון הרגשי המוגש לה או להקיא ולהישאר רעבה...

אתאר בקצרה את התכנים שהופיעו במהלך הטיפול בדנה, שרובם אופייניים לדינמיקה העולה בהפרעות אכילה (דנה ולורנס, 1999). בתחילת הקשר, עלתה התעסקות אינטנסיבית בנושא האוכל, ובקונפליקטים עם האם סביב האוכל. בהתחלה, האוכל היה הערוץ שדרכו היה אפשר לדון בעולמה. מה היא מוכנה לקבל ממה שהאם מכינה לה, עד כמה המזון טוב דיו? האם לבלוע או להקיא? תחושת הבחילה והשנאה העצמית כשאכלה יתר על המידה.

בהמשך דנה הבינה שהיא מבטאת את הכעסים על האם דרך האוכל, ואיך האוכל וההקאות מהווים בסיס לתקשורת ביניהן. בהדרגה דנה החלה להביע את תסכוליה באופן מילולי ולאו דווקא דרך האוכל, אך עדיין, בעיתות משבר, הייתה מקיאה גם



## קושי בתיחום בין פנים לחוץ

אחת המורכבויות המיוחדות של טיפול כזה בבית הספר, נובע מהקושי בתיחום בין פנים לחוץ. אדגים זאת בהצגת מספר אירועים מהטיפול.

מצב שהמחיש קושי זה היה כאשר דנה סיפרה בכעס על ריב בינה לבין חברתה, שבה טיפולי בעבר. דנה ידעה על כך, ובאופן סמוי ריחפה בחלל החדר השאלה לצד מי אני. העובדה שהכרתי לעומק את חברתה, הקשתה על קריאת החומר שדנה הביאה לטיפול באופן נקי ולא מוטה. לצד הפיכת הדיאלוג הסמוי לגלוי ועיבודו, היה צריך להחזיק את המידע וההבנות בתודעתי ועם זאת להקשיב לדנה, ולראות את הדברים דרך עיניה.

באירוע נוסף, דנה סיפרה שהיא נתונה בלחץ רב בפזיקה, עד כדי כך, שהקיא לפני המבחן. דנה הייתה אמביוולנטית לגבי העברתה מ-5 יחידות לימוד ל-4. מעבר לכך הרגישה שאינה מסוגלת לאכזב את המורה, והתלבטה האם לספר למורה על מצבה. מעבר לדיאלוג שזימן העניין על הפרפקציוניזם שלה והתחושה שעליה להיות מצטיינת עם הרגשה שרק רוצה לקרוס, דנה ביקשה שאשוחח עם המורה ואכן שוחחתי עימה בנוכחותה. התערבות זו מעלה מורכבות נוספת, והיא השאלה לגבי סוג ההחזקה התרפויטית שהייתה דרושה לדנה ומשמעותה. התערבות במציאות הקונקרטי בבית הספר נעשתה תוך שמירה על היכולת של דנה לעבוד בתוך הקשר שלנו ולהשתמש בחומרים שעולים לצרכים תרפויטיים. השיחה עם המורה לפזיקה אפשרה החזקה מקיפה לדנה, בדומה להחזקה אמהית המזהה את הצרכים של ילד צעיר ומתייחסת אליהם גם בהיבטים של המציאות.

היו מקרים נוספים שפרצו את גבולות חדר הטיפול ודרשו התערבות במציאות החיצונית הבית ספרית. כמו, למשל, השאלה האם לספר על הפרעת האכילה למורה לספורט כשלא יכלה להתעמל. מצב זה הציף את שאלת ההסתרה של הפרעת האכילה, את החוויה של החודרנות מהחוץ והפגיעה בפרטיותה. בהקשרים אלה עלו על הפרק שאלות שנחסכות מהמטפל בהקשר הקליני הרגיל.

דנה נחשפה בפני באירועים שונים בבית הספר, מחוץ לכותלי חדר הטיפול, ואף ציפתה לפידבק מצדי באירועים אלה. היכולת לראות את דנה, כשהיא מתפקדת במציאות, הוסיף ממד נוסף להבנתי את דנה, אבל גם הכביד על היכולת שלי להיות בעמדה של צופה משתתפת ולשמור על מרחב הטיפול והמתח העדין שבין החוץ לפנים. לאורך כל הטיפול הייתה קיימת דיאלקטיקה בין הקונקרטי והמציאותי לבין המופנם.

העובדה שהטיפול התנהל בבית הספר אפשרה החזקה טובה יותר, תפקוד כאם סביבה (אוגדן, 2003), כי אפשר היה להחזיק

את ההתקפות מהחוץ, קרי, לחצים בבית הספר. גם העובדה כי כפסיכולוגית בית הספר הייתי חלק מהמסגרת התפקודית, ובמקרה של נפילה משמעותית בתפקוד הייתי מיודעת, דבר חשוב בעיקר בטיפול בהפרעת אכילה, שהכחשה של חומרת המצב היא חלק ממנה. יתרון משמעותי נוסף היה הזמינות שלי, במידת הצורך.

## סיכום

פרויד (2013) הוא זה שמיסד את החשיבה על טיפול והדגיש את חשיבות ה-Setting על מרכיביו השונים כחינוכי לביסוס מצע שיאפשר העלאת אסוציאציות כחומר טיפולי ובו תוכל להתרחש אשליית ההעברה. גישות שונות בפסיכותרפיה יצרו וריאציות של טיפול ושל ה-Setting בטיפול בהתאם להתפתחות התיאוריה. עם זאת, ההבנה ביחס לחשיבות ה-Setting בסיטואציה הטיפולית משותפת לכל הגישות הפסיכודינמיות (ברקן, 2002). בטיפול בתוך בית הספר, הדבר המרכזי שמשנתנה הדורש התאמות הוא ה-Setting. נשאלת השאלה האם ניתן להצביע על וריאציה נוספת של פסיכותרפיה שעל המטפל להביא בחשבון ולהיות ער לתנאים החדשים, למורכבותם ולהשלכותיהם, ולהתאים את העבודה התרפויטית אליהם. אם כן, המשמעות היא שפסיכותרפיה בבית הספר אכן אפשרית.

בהיבט זה נעוץ השוני המרכזי הכרוך בטיפול פסיכולוגי בבית הספר. נראה שיהיה צורך בכל מקרה לשקול איך משפיעה הסיטואציה המיוחדת הזו של ה-Setting על תהליכי ההעברה. דמות המטפל האנונימי אינה אפשרית מאחר שהמטפל הוא גם דמות קונקרטית ששייכת למוסד מסוים ובכוחו להשפיע על המציאות. במודל זה ניתן להצביע על תהליכים דומים שקיימים גם בעבודה טיפולית במסגרות אשפוזיות שבהן המטפל הוא גם חלק מהצוות הקובע חופשות, הגבלות וכדומה. ייתכן שבמקרים שבהם נחוצה החזקה אינטנסיבית וכוללת, אך אין צורך באשפוז, טיפול במסגרת בית הספר מקנה יתרון משמעותי ומאפשר התאמה רבה יותר לצורכי המטופל. בית הספר כארגון מוסדי ונורמטיבי יכול לשמש רשת תמיכה, מעין alter ego, תוך מינימליזציה של הסטיגמה ויצירת ערוצים של בקרה ואחזקה שיכולים לתמוך בערוץ הטיפול.

למרות שטיפול בקליניקה מחוץ לבית הספר מאפשר שמירה מלאה על ה-Setting, ובעיקר על גבולות הפרטיות והסודיות, ואינו מאיים על תהליכי ההעברה, טיפול בבית הספר מאפשר מתן מענה תרפויטי בעיקר עבור מתבגרים שלא יפנו לטיפול חיצוני משלל סיבות, אם בשל התנגדות, העדר כוחות, חשש מתיוג, אילוצים כלכליים וקושי בהתגייסות הורים, ואם מעצם היותם מתבגרים הזקוקים למטפל שגם רואה את החיים המציאותיים שלהם ואת תפקודם בפועל.



## מקורות

1. אוגדן, ת"ה (2003). האם, התינוק והמצע בעבודתו של דונלד ויניקוט. מצע הנפש. ישראל: תולעת ספרים. עמ' 136-160.
2. אוגדן, ת"ה (2003). מרחב החלום והמרחב האנליטי. מצע הנפש. ישראל: תולעת ספרים. עמ' 181-189.
3. בכר, א' (2002). אנורקסיה ובולימיה: אבחון והיסטורית הטיפול. הפחד לתפוס מקום אנורקסיה ובולימיה: טיפול לפי גישת הפסיכולוגיה של העצמי. ירושלים: הוצאת מגנס האוניברסיטה העברית. עמ' 11-23.
4. בכר, א' (2002). העברה, העברה נגדית וניהול הטיפול. הפחד לתפוס מקום אנורקסיה ובולימיה: טיפול לפי גישת הפסיכולוגיה של העצמי. ירושלים: הוצאת מגנס האוניברסיטה העברית. עמ' 68-73.
5. ברקן, א' (2002). הרבדים השונים של ה-setting או של מי השעון. שיחות י"ז (1), עמ' 39-46.
6. דנה, מ' ולורנס מ' (1999). נשים אוכלות את עצמן - על אנורקסיה, בולימיה ואכילה כפייתית. תל אביב: מודן.
7. ויניקוט, ד"ו (1956). מושקעות אימהית ראשונית. עצמי אמיתי, עצמי כוזב (2009). תל אביב: עם עובד. עמ' 145-153.
8. ויניקוט, ד"ו (1995). המקום בו אנו חיים. משחק ומציאות. תל אביב: עם עובד. עמ' 122-127.
9. ויניקוט, ד"ו (1995). משחק. משחק ומציאות. תל אביב: עם עובד. עמ' 66-78.
10. ויניקוט, ד"ו (1995). תפקיד הראי של האם במשפחה בהתפתחותו של הילד. משחק ומציאות. תל אביב: עם עובד. עמ' 128-134.
11. מטרי, י' (2005). להיות ברחם, להיוולד. בית לנפש. מושב בן שמן: הוצאת מודן. עמ' 159-179.
12. פלגי-הקר, ע' (2003). דונלד וודס ויניקוט ו"האם הטובה דיה". מאי-מהות לאימהות. תל אביב: עם עובד. עמ' 192-230.
13. פרויד, ז' (2013). על פתיחת הטיפול. הטיפול הפסיכואנליטי. תל אביב: עם עובד. עמ' 99-113.
14. קלנר, נ' (2000). החוזה הטיפולי בפסיכותרפיה פסיכואנליטית. שיחות, י"ד (2), 93-106.
15. קלנר, נ' (2009). החוזה הטיפולי בפסיכותרפיה פסיכואנליטית. דבשת הגמל. מושב בן שמן: הוצאת מודן. עמ' 34-54.
16. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
17. Sherman, R., Shumsky, A. & Rountree, Y.B. (1994). Enlarging the Therapeutic Circle, The Therapist's Guide to Collaborative Therapy with Families and Schools. New York, NY: Brunner-rs

