

לפי שיטה: דיאלוג פתוח "מה שנוגע אלינו לא יקרה בלעדיו"

אסתי אהרונוביץ-יונגסטר

גישת הדיאלוג הפתוח התפתחה בבית חולים פסיכיאטרי בלפלנד, כשהצוות החליט לברר איך ניתן לקצר תקופות אשפוז ולטפל במשברים נפשיים בתוך הקהילה בעזרת המשפחה והחברים. מדינות רבות כבר אימצו אותה. איתי קנדר וסיוון בר און, עובדים סוציאליים בהכשרתם, הביאו אותה לישראל

"אף פעם אל תבזבזו משבר טוב!" יאקו סייקולה, מייסד הדיאלוג הפתוח

לאשפוז פסיכיאטרי בישראל, ובר און, תושבת יפו, בעלת תואר ראשון בפסיכולוגיה ותואר שני בעבודה סוציאלית, כתבה את התזה שלה בבית סוטריה בירושלים – בית המאפשר חלופה לאשפוז פסיכיאטרי. במסגרת התזה כתבה את המחקר הראשון בארץ על חלופות אשפוז. הרעיון להביא את גישת הדיאלוג הפתוח לארץ החל לרקום עור וגידים, כשנפגשו לפני שנתיים.

נפגשנו לריאיון בבית קפה בתל אביב. קנדר ובר און מגיעים מותשים לאחר יום של הכשרה שגם הם לוקחים בה חלק. גישת הדיאלוג הפתוח פותחה בשנות ה-80 בלפלנד. הרעיון המנחה הוא מתן טיפול למי שסובל ממשבר נפשי קשה דווקא בתוך מערכת התמיכה הטבעית שלו – משפחה, קהילה וחברים – דרך דיאלוג ומתוך תפיסת המשבר גם כחוויה בין אישית. אל המפגש, שייערך בדרך כלל בבית או במקום אחר שתבחר המשפחה, יגיעו תמיד שני אנשי טיפול לפחות, כדי לחלק את האחריות ולשמור על שיח שוויוני.

שני עקרונות היסוד של הגישה באים לידי ביטוי בשמה: "דיאלוג" – מתן

בערב ראש השנה סיימו 40 אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש הכשרה בת שבוע ימים של דיאלוג פתוח ישראל: ארגון קהילתי, אידיאולוגי, שמטרתו העיקרית הן לצמצם את היקפי האשפוז הפסיכיאטרי ולחזק עבודה משפחתית-דיאלוגית סביב מצבים של משבר נפשי קשה.

אין זה מובן מאליו שלצד מטופלים שחוו על בשרם את מערכת שיקום הנפש הציבורית – חלקם הפכו בבוא העת למטפלים – יישבו גם רופאים ופסיכולוגים מתוך הממסד הזה. כולם שם, ללא מחיצות, התנסו בגישה: ישבו במעגל, נחשפו, השמיעו קול, כאבו, ובעיקר למדו להקשיב זה לזה.

"את היום פתחנו בסדרת שאלות בנוגע ללהיות אורח ולהיות מארח. [...] לרוב המטפלים מיד קופצת ההקבלה שהם המארחים של אנשים בחדרי הטיפול שלהם, והשאלה איך אפשר לגרום לאורחים שלכם להרגיש שם יותר נוח היא שאלה חשובה מאוד. [...] אולם שאלה הרבה יותר רדיקלית בעיניי היא: האם חשבתם על עצמכם, קולגות יקרות ויקרים, כאורחים בחיי הפונים שלכם? האם דפקתם בדלת לפני

החזון של קנדר ובר און מרחיק לכת. הם שואפים לכך שהגישה תמצא את מקומה בתוך מערך בתי החולים הפסיכיאטריים, מוסדות השיקום ומרפאות בריאות הנפש. הרשת הדיאלוגית, הם קוראים לגוף שהם מדמינים בחזונם: רשת של מטפלים שיגיעו מתי שצריך לאן שצריך, והכול במימון המדינה

מקום לקולות השונים של כל הנוכחים במפגש; "פתוח" – קבלת ההחלטות אינה שמורה רק לצוות הרפואי או הטיפולי, אלא משותפת לכל הנוכחים במפגש, תוך הקפדה על פתיחות ושקיפות מלאות.

"כשאנשים מגיעים למצב משברי, אקוטי, מסביר קנדר, "הם יגיעו אל צוות מטפלים או רופאים, ומה שיתנו להם זה סט של דיאגנוזה, פרוגנוזה ויגידו להם מה צריך לעשות, הוראות. במפגש של דיאלוג פתוח זה לא יקרה. אנחנו מתרחקים מהמקום של אנשי צוות שמקבלים החלטה ועל פיה המערכת המטופלת צריכה להתיישר."

אז מה בעצם כן קורה במפגש כזה?

בר און: "בפגישה כזו מצפים מה לא נוח לאנשים, מה דחוף להם, איך להתנהל בסיטואציה כזו. אנחנו מביאים ניסיון להתנהלות בסיטואציה

שנכנסתם? האם לקחתם זמן להבין את מנהגי הבית (וכל עולם פנימי הוא בית) אליו אתם נכנסים? האם לקחתם לעצמכם חירות יתרה להרגיש בבית עוד לפני שהמארח נתן לכם רשות למידה כזו של אינטימיות? [...] אחת מחברותיי לקורס נתנה הקבלה יפיפייה לאחת התופעות הנפוצות בתחום הטיפול, פרשנות מוקדמת מדי. [...] הניסוח שלה היה: 'זה שנתתי לך רשות להיכנס לסלון, לא אומר שאתה כבר מוזמן לחדר השינה.' "#יומני_דפי, פייסבוק, עו"ס לילה חפר עוף החול)

דיאלוג פתוח ישראל (דפ"י) הוקם לפני שנתיים בידי שני עובדים סוציאליים: איתי קנדר (34) וסיוון בר און (30). קנדר, עובד סוציאלי בעל תואר MA במדיניות ציבורית, פרסם בשנת 2015 את דוח החלופות

זה שבסופה נחליט איפה ניפגש בפעם הבאה, ומי צריך להגיע. ואם נחליט שאין ברירה אלא אשפוז, אז יכול להיות שניפגש בפעם הבאה במחלקה."

קולות רבים

"אחד הדברים שלקחתי משם היום הוא מה המשמעות והחשיבות של 'להשמיע את הקול' בצורה פשוטה, ברורה ונקייה. כיצד זה יכול להיחווה בפני מי ששומע את הקולות האלה. [...] בחוויה הפסיכיאטרית, כל מה שאתה אומר הוא משל למשהו או נושא לדיון, וכך אנו מוצאים את עצמנו נאבקים על האמת שלנו, במקום שיהיה לנו מקום להשמיע אותה" (פייסבוק, שחף בן שלום, פסיכותרפיסט, מייסד סירות הצלה - קהילה יוזמת מוגנות).

כזו. כל ההחלטות מתקבלות ביחד בתוך הפגישה. העיקרון הוא nothing about us without us, כלומר 'מה שנוגע אלינו לא יקרה בלעדינו'. כאנשי מקצוע, אנחנו לא נצא מהמפגש הזה ונעשה בינינו ישיבה, נחליט לאן הטיפול הזה הולך ונודיע למשפחה. נקבל את ההחלטה ביחד." קנדר: "גם בתוך הפגישה המטפלים לא מדברים בשפה מקצועית, במונחים מעולם הרפואה או הפסיכולוגיה, כי אלה לא הדרכים שמתחברים בהן אל בני אנוש. זו לא הצורה שבה אנשים מדברים, ואנחנו לא רוצים להרחיק או לנכר." כשאני מבקשת לחדד במהלך השיחה איך נראית פגישה שכזו, ומציינת שצפה בי איזושהי תחושת אי־ודאות, הם מחייכים. זה בדיוק העניין. הם קוראים לזה "הסבילות לאי־ודאות". כמטפלים בשיטה, הם לומדים בעצמם, שזה בסדר להיות רגע בלא ידוע.

צילום: בן פלדמן



איתי קנדר (מימין) וסיוון בר און (משמאל), מייסדי דיאלוג פתוח ישראל, ובאמצע ד"ר איסולט טוואמלי ורייצ'ל וואדינגהאם, שהעבירו הכשרה למטפלים

אחד המושגים המרכזיים בגישה הוא הפוליפוניה - ריבוי קולות במפגש. בר און: "שכשנוצרת טלטלה כזו, האדם שבמשבר או משפחתו צריכים להשמיע את המילים שלהם, את הסיפור שלהם על מה שקרה; לא את המילים שלי כמטפלת, לא את ה-DSM [ספר האבחנות הפסיכיאטריות; אא"י]. התפקיד של הצוות המטפל הוא לדאוג שכל הקולות יישמעו במפגש כזה."

מה קרה לך כששמעו אותך?

"זו חוויה עמוקה כששומעים אותך, ושומעים אותך מתוך תחושה של כבוד. וכשאתה מגיע טעון וזה מקבל את הכבוד הראוי, התחושות הקשות מתמוססות ומתפרקות. הרעיון הפשוט של מפגש אנושי, אותנטי, אמיתי - הוא מרפא. זה רעיון פשוט, אבל התרחקנו ממנו מאוד."

אדם שנמצא בפסיכוזא או דיכאון מסוגל לזה בכלל?

קלנר: "את המונחים 'פסיכוזא' או 'סכיזופרניה' אופפת עננה של 'הדבר הבלתי ניתן להבנה', דבר שנמצא מעבר לשכל האנושי. כשיש הזדמנות ליצוק משמעות לדברים מורכבים וסבוכים עם קהילה ומשפחה, זה מפתיע כמה מהר אפשר לטוות את קורי המשמעות האלה. ודברים שנראו מקודם מאוד ביזאריים מקבלים די מהר משמעות. זה חלק מהכוח המרפא הזה של לשבת ולפתוח ולהרחיב את המשמעות." את ההכשרה העבירו ד"ר איסולט טוואמלי, פסיכולוגית קלינית מאירלנד

קנדר: "במפגש כזה, כמטפל, אתה עומד מול סיטואציה מאוד קשה, שדורשת משאבים רגשיים ומנטליים. אתה עומד מול סיטואציה המכילה ריכוז של אי־ודאות. כולם מול מערבולת, כולם יושבים יחד מול הריק הזה." בר און: "בחיים יש אי־ודאות, ובטח שבעיתות משבר. הרבה פעמים הנטייה שלנו להגיע לתשובות מהירות היא מתוך הבעתה שזה מביא. השאלה היא אם נסכים לשהות עם האי־ודאות או שננסה לצמצם אותה על ידי כפייה של הסכמות מוכנות מראש. מתוך ההסכמה להיות עם האי־ודאות, נוצר קצב אחר של קבלת החלטות. נוצר מרחב שבו אפשר להשמיע את כל הקולות ולא רק קול אחד שאומר, למשל, שמדובר במחלה, שצריך לקחת את התרופה, שזו הפרוגנוזה..."

ואולי במקרים עם כזו מערבולת רגשית המשפחה כן צריכה עוגן וגבולות ברורים?

"אולי תתקבל החלטה שיש צורך בגבולות ברורים, אבל אולי גם לא. זו המשימה של הדיאלוג עם המערכת - לגלות למה הם זקוקים. התפקיד של אנשי המקצוע הוא לסייע להם להגיע לתשובות שלהם על השאלה הזו. האי־ודאות תהיה שם, השאלה היא כמה סבילות יש לנו על מנת להחזיק אותה."

פגישה כזו יכולה להסתיים בהחלטה שמכאן נוסעים לבית חולים פסיכיאטרי? בר און: "כן. הדבר היחיד שאנחנו יודעים כשאנחנו נכנסים לפגישה כזו

שני עקרונות היסוד של הגישה באים לידי ביטוי בשמה: "דיאלוג" – מתן מקום לקולות השונים של כל הנוכחים במפגש; "פתוח" – קבלת ההחלטות אינה שמורה רק לצוות הרפואי או הטיפולי, אלא משותפת לכל הנוכחים במפגש, תוך הקפדה על פתיחות ושקיפות מלאות

צילום: בן פלדמן



או בבית החולים, אנחנו עוטפים אותו במעטפת של משמעויות. אנחנו רוצים לפתוח את הדבר הזה ולתת להם לפתח את המשמעות שלהם."

ראש פתוח

"מי שעשתה סדנאות ארוכות יודעת שהאמצע הוא הזמן בו החרא נוטה לצוף. חרא זו מילה לא יפה ולא מתוככמת, אבל גם הכאב שעלה אתמול הוא לא מהסוג היפה והרומנטי, אלא מהסוג המאיים להציף, להרוס, להטביע. [...] הקבוצה שלנו מורכבת ממטפלים עם ובלי ידע מניסיון. ידע מניסיון זו צורה מעודנת לומר שחלקנו נושאות חוויות כמו לקבל תרופות בכוח, לאבד את חופש התנועה והבחירה בגלל טיפול בכפייה, להיקשר, להיאנס ועוד חוויות שלא נעים לקרוא עם הקפה של הבוקר, וחלקנו חלק מהמערכת בה הדברים האלה קורים. [...] הייתי רוצה להתייחס לצורה שבה המנחות התנהלו מול הכאב, האשמה, הזעם והפיצול שהיו בחדר. הן לא ניסו לתווך אותו, לעבד אותו ובטח שלא לפתור אותו. הן כן ניסו לחבר אותו לריבוי הקולות שבתוכנו, לכך שאפילו בסיפור הכי כואב יש עוד קולות חוץ מהנרטיב הבולט מאוד. הן גם אפשרו לנו להקשיב לעוד קולות מבחוץ ולתת מקום גם לקולות הפחות פופולריים לעלות. ומעבר לכול, הכאב קיבל מקום כמשהו שפשוט ישנו, וייתכן שלא יעבור לעולם" (#יומני_דפי, פייסבוק, עו"ס לילה חפר עוף החול).

הדיאלוג הפתוח התפתח במדינה קרה, אפרורית ודיכאונית משהו – לפלנד. "המפתיע הוא, מספרת בר און, "שהגישה התפתחה דווקא בבית חולים פסיכיאטרי. בית החולים קרופודס (Keropudas) לא יכלו שלא לראות שתקופות האשפוז של החוסים היו ארוכות, ארוכות מדי. "זה סיפור אמיץ, מחמיא קנדר, "סיפור של צוות שמחליט לברר, לבדוק ולנסות דברים אחרים. לאט לאט זה התקדם והתפתח למה שאנחנו מכירים היום כגישת הדיאלוג הפתוח, והכול תוך כדי מחקר. "מייסד הגישה שהנהיג אותה בבית החולים היה יאקו סייקולה (Jaako Seikkula), פסיכולוג קליני ופרופסור לפסיכותרפיה.

בר און מוסיפה שבבית החולים התחוללו שני שינויים מהותיים: את ריאיון הקליטה המקובל והדיאגנוסטי החליפה שיחה עם המשפחה והאדם שסביבו המשבר, וצוות הרופאים שנהג להסתתר מאחורי מראה חד צדדי יצא לתוך המפגש. "בטיפול פסיכיאטרי קלאסי, מסבירה בר און,

ומורה להכשרת מטפלים בשיטת הדיאלוג הפתוח, ורייצ'ל וואדינגהאם, שהיא ממייסדי השיטה בבריטניה, המשלבת לצד הכשרתה כמטפלת בגישה גם את ניסיונה האישי כמי שחווה פסיכזה ואשפוזים; "השורדת", היא מכנה את עצמה.

השתתפו בהכשרה נציגים מהמרכז הרפואי לבריאות הנפש מזור שבועו ומהמרכז הירושלמי לבריאות הנפש כפר שאול. קלנר ובראון מציינים זאת כמשהו לא מובן מאליו, שלא לומר הישג. אליהם הצטרפו נציגים מארגון אנוש, מארגון צרכנים נותני שירות (תכנית המסייעת לאנשים שהתמודדו עם משבר נפשי להשתלב כמטפלים ואנשי שיקום) ומפרויקט אמ"ן – אדמת מרפא נשית של עמותת אוהלה, שמטרתו לספק מענה לנשים הסובלות מפוסט טראומה על רקע פגיעה מינית. בין המשתתפים היו פסיכיאטרית ושתי רופאות אונקולוגיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ואנשים שעברו משבר נפשי, עברו דרך המערכת הפסיכיאטרית ובסופו של דבר הפכו למטפלים, בעגה שלהם אנשים עם "ידע מניסיון".

המערכת הממסדית מוכנה בכלל להשטחה של ההיררכיה?

"חשוב לנו שהביקורת שלנו על המערכת הממסדית תהיה מאוזנת, אומרת בר און. "יש מקומות בעולם שהדיאלוג הפתוח היה מאוד שנוי במחלוקת, ואנחנו לא רוצים את זה ככה פה. אנחנו בעד להגמיש, להתאים ולעבוד ביחד. אנחנו מחזיקים מאוד חזק בביקורת, אבל היא לא אישית כלפי אף אחד, וזה לא ימנע ממני לנסות לבוא במגע ולשנות מבפנים. " תקופת ההכשרה הייתה עמוסה ומטלטלת. הדגש היה על פיתוח מיומנויות שיח, תוך כדי התנסות בעצמם. הם נשאלו שאלות אישיות על חייהם ונחשפו במקומות הכואבים ביותר. "זכינו לסוג של הדהוד שאנחנו אמורים לתת לאחרים, מספרת בר און. "אחד הדברים שחזרו על עצמם בחוויה שלי זו תחושה של נראות וקבלה. מקבלים אותי עם הרגשות שלי, כמו שאני רוצה לספר וכמו שלא היה לי בשום טיפול פסיכולוגי שהייתי בו בעבר. "

מה עומד בבסיס הרעיון שהמפגש יהיה דווקא במגרש הביתי של המטופל? לא אחת אנחנו דווקא רוצים לגרום למטופל להתאמץ, לצאת מאזור הנוחות, לצאת אל מקום הטיפול.

קנדר: "הרעיון של גמישות ותנועה אל עבר האדם שבמשבר הוא עוד עיקרון מרכזי שעומד בבסיס הגישה. המפגש יכול להיות בכל מקום שיבחר: בבית שלו, בבית הוריו או בבית הספר, אם מדובר בתלמיד. בדרך כלל, כשאנחנו אוספים את המשפחה או האדם לתוך הקליניקה



צילום: בן פלדמן

בספרו שהאדם הסכיזואידי פוצל לשניים: לחלק פנימי המתקשר רק עם עצמו ולחלק חיצוני המתקשר עם הסביבה. האם ניתן לגשר על השסע הפנימי? לאינג היה פסימי, ולא התווה דרך טיפולית לגישור. "הספר ממש שינה את האישיות שלי", מספר קנדר, "והיום אני מרגיש שסגרת מעגל. שאלות ששאלתי את עצמי לפני 15 שנה, דרך הדברים שלאינג כתב, קיבלו עכשיו את המענה בדיאלוג הפתוח."

בר און מצאה מענה לשאלותיה במחקר שערכה על חלופות האשפוז הפסיכיאטרי. "המחקר עסק בחוויות של אנשי הצוות שעובדים בבית סוטר, מתוך הבנה שהם פיתחו כלים וידע אחרים ממה שאנחנו מכירים, בתוך סביבה שהיא דיאלוגית." בשנתיים האחרונות היא עובדת בארגון דיאלוגיה שנותן טיפול ביתי במצבי משבר. "אני מלווה באופן פרטני את מי שחווה את המשבר. זה שונה מטיפול. 'ליווי' הוא מילה שאני מאוד מתחברת אליה, כי אתה מלווה את האדם בדרך שהוא צריך לעבור." על עבודתה כמלווה היא מדברת בהתרגשות רבה. "במצבים פסיכויטיים, שבהם השפה מתפרקת, צריך עדינות וסבלנות והבנה שיש שפה. היא פשוט לא השפה שלי כרגע. אני צריכה להתאים את עצמי לקצב, שהוא לפעמים קטוע. אבל בסופו של דבר אני יודעת שהאנשים האלה יודעים שהייתי איתם, גם אם זה היה לא ברור, גם אם זה היה מבוהל ומפחד. הרבה פעמים כשעוברים תהליך ארוך והשפה חוזרת למילים ולשיחה, אני מגלה שהרבה דברים שעשיתי וחשבתי שעברו מתחת לראדאר היו שם." החזון של קנדר ובר און מרחיק לכת. הם שואפים לכך שהגישה תמצא את מקומה בתוך מערך בתי החולים הפסיכיאטריים, מוסדות השיקום ומרפאות בריאות הנפש. הרשת הדיאלוגית, הם קוראים לגוף שהם מדמיינים בחזונום: רשת של מטפלים שיגיעו מתי שצריך לאן שצריך, והכול במימון המדינה.

"האדם שבמשבר או משפחתו מצלצלים למרכז ופוגשים בצד השני של הטלפון אדם אחר, שמאותו רגע מופקד על המקרה", מתאר קנדר. "הצד שענה אחראי לארגון צוות הכולל שני אנשי טיפול מכל דיסציפלינה, והאדם שבמשבר צריך לענות על השאלות 'מי מצד המערכת המטופלת יהיה נוכח בפגישה הראשונה והיכן היא תתקיים?'"

קצת אוטופי, לא?

קנדר: "זה החזון. אנחנו רואים שזה קורה באנגליה ובפינלנד ובעוד מדינות. המערכת כן הוכיחה את עצמה, שיש לה את הגמישות לתנועה הזאת. ההוכחה לכך היא הבתים הפתוחים שקמו בשנים האחרונות ומשמשים היום חלופת אשפוז. בוגרי ההכשרה שיצאו היום הם מבחינתי הזרעים שאנחנו טומנים באדמה, והם יתחילו את התנועה ויתפתחו לכל הכיוונים."

"יש צוות שיושב עם האדם והמשפחה, ויש צוות שיושב מאחורי מראה חד צדדית ועוקב אחרי מה שקורה בחדר. אחת התנועות המשמעותיות שנעשו בבית החולים זו ההחלטה שגם הצוות השני ייכנס לתוך החדר." במדינות שבהן הוטמעה השיטה – דנמרק, שבדיה, נורבגיה, פינלנד, בריטניה, איטליה ועוד – ניתן למצוא בשנים האחרונות שפע מאמרים ומחקרים. המחקר הממושך ביותר נערך במערב לפלנד. לאורך 19 שנה בחנו החוקרים את המאפיינים של אנשים שטופלו בגישת הדיאלוג הפתוח בהשוואה לאנשים שטופלו במערכת בריאות הנפש הציבורית ובגישה הסטנדרטית. המסקנות לא השאירו מקום לספק. מי שטופל בשיטת הדיאלוג הפתוח אושפז לתקופות קצרות יותר, נזקק פחות לתרופות פסיכיאטריות, וקצבת הנכות שלו הייתה נמוכה יותר. בתום תקופת המחקר הארוכה נמצא ש-81% מהמטופלים במערכת הציבורית המשיכו לקחת תרופות, לעומת 36% מהמטופלים בשיטת הדיאלוג הפתוח. 90% מהמטופלים במערכת הציבורית, לעומת 45% בלבד מקבוצת הדיאלוג הפתוח, הגיעו לאשפוזים חוזרים.

איך מסבירים את זה?

קנדר: "זה פשוט פועל יוצא של דיאלוג. כשמקיימים דיאלוג כמו שצריך, אלו התוצאות. לא קופצים למסקנות, לאשפוזים, לתרופות."

בלי תרופות קסם

"שיגעון קיים במרחב בין אנשים, היה המשפט שפתח את סדנת המבוא לפני שבוע, וכך אני בוחר לפתוח את סיכומי של היום אחרון" (שחף בן שלום, פייסבוק, פסיכותרפיסט משפחתי).

איתי קנדר גדל ברעננה, נער בודד שבילה שעות מול המחשב. "הייתי ילד מסוגר ודיכאוני", הוא מספר. לצבא לא התגייס על רקע נפשי. "אלו היו שנים משבריות במיוחד. עברתי טיפולים פסיכולוגיים. היה לי מזל מאוד גדול; נפגשתי בתקופה הזאת עם מטפלים, אבל תמיד ידעתי מה להגיד ואיך לדבר, כדי לא למצוא את עצמי באשפוז פסיכיאטרי. בחרתי את המילים שלי בקפידה." הוא מעיד על עצמו שהתנגד בתוקף לתרופות פסיכיאטריות, גם כשאנשי מקצוע המליצו לו ליטול אותן.

איך הצלחת לצאת מהמקום הזה?

קנדר: "זה היה מסע מאוד ארוך ולא פשוט, עם אפס תרופות קסם. היום אני יכול להגיד שהקסם היחיד נמצא בחיים עצמם, שאפשרו לי את המסע הזה." אחד הספרים שהשפיעו על חייו והביאו אותו למקום שהוא נמצא בו היום הוא **האני החצוי** של הפסיכיאטר הסקוטי ר"ד לאינג. לאינג טען

משתתפי ההכשרה של דיאלוג פתוח ישראל. תקופה עמוסה ומטלטלת.



צילום: בן פלדמן