

חלופות לאשפוז פסיכיאטרי

דניאל לואיס

הרצאה שניתנה בכנס התנועה הצרכנית השלישי בבריאות הנפש בדגש על תמיכת עמיתים בחסות עמותת לשמ"ה ומשרד הבריאות

על מנת להבין את הצורך באלטרנטיבות לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית יש להבין את מערכת ההנחות שבבסיס המודל הרפואי לעומת מערכת ההנחות של חלופות האשפוז. חשוב להבין שלא מדובר רק בשינוי תפאורה אלא בשינוי פרדיגמה: מדובר במעבר מתפישתם של מצבי נפש קיצוניים כמחלה כרונית לתפישתם כחוויה אנושית מורכבת שמתקיימת בהקשרים פסיכולוגיים, חברתיים ורוחניים רחבים.

משברים נפשיים ומצבי קצה סוערים, בעיקר אלו המוגדרים כפסיכוטיים, מעוררים באדם המתמודד עמם, במשפחתו ובחברה תחושות של איבוד שליטה, פחד וחוסר הבנה. בהעדר מענה אחר למצוקה המתעוררת אל מול מצבים אלו הפסיכיאטריה מפרידה את האדם מסביבת חייו הרגילה, מבודדת אותו בתוך מרחב קליני-רפואי ומפרשת מכלול ביטויים התנהגותיים, קוגניטיביים ורגשיים כסימפטומים של פתולוגיה שבסיסה בפעילות כימית לא מאוזנת במוח. על בסיס הנחת עבודה זו הקו הראשון ולעיתים הבלעדי של הטיפול הוא לנסות לתקן את הסטייה הביולוגית באמצעות תרופות כימיות שתפקידן לרסן, להרגיע או לדכא את התנהגותו, רגשותיו ואת תפישת העולם השגויה לכאורה בה הוא שרוי. תוכן החוויה הסובייקטיבית של מצב הקצה, היבטים הנוגעים בסיפורו האישי של האדם, מורכבות במערכות יחסים בין אישיים ורגישויות חושיות, סביבתיות או רוחניות אינם מקבלים התייחסות, לא בשלב המשבר ובדרך כלל גם לא לאחריו. מרגע התיגו הפסיכיאטרי דפוסי ההתנהגות, עולם הרגשות ותוכן מחשבותיו של האדם מקבלים פרשנות דרך פריזמת האבחנה הרפואית שקיבל.

בין אם הפנייה של האדם למערכת הפסיכיאטרית נעשתה מרצון, מחוסר ברירה או בכפייה, אנשים מגיעים למחלקות אשפוז במצבים הנפשיים הפגיעים והמבוהלים ביותר שניתן להעלות על הדעת. במצב הפגיע הזה המענה שהמערכת מספקת הוא התערבות כימית, הגבלת חופש התנועה, שלילת חופש ההגדרה העצמית של החוויה וביטול חופש הבחירה. השפה הרפואית ואנשי הצוות לא נותנים בדרך כלל מענה לצרכים הרגשיים אליהם האדם משווע. בחלק מהמקרים מאושפזים נענים בצייטנות לטיפול אך חלק ניכר מגיב באופן טבעי ולגיטימי בהימנעות ולעיתים אף בתוקפנות. התסכול הבלתי נמנע אל מול חווית הדיכוי והצמצום במפגש עם המרחב והשיח הרפואי נתפשים על ידי אנשי המקצוע בדרך כלל כהעדר תובנה, חוסר שיתוף פעולה או כסימפטום נוסף של המחלה. במקרים רבים מדי ביטויי מצוקה משנית זו נענים בריסון כימי, בידוד או קשירה פיזית. התערבויות אלו צורבות טראומה נוספת בנפשו של האדם ומעמיקות את משבר האמון שלו ברשת האנושית.

באופן זה המערכת הפסיכיאטרית מבססת במטופלים ומשפחותיהם מצב של חוסר אונים נרכש אשר מתבטא בתלות יתר מתמשכת בתרופות פסיכיאטריות, ביסוס זהות סטיגמטית של האדם כמקולקל, חסר שיקול דעת מהימן או מסוכן. גישה זו מקבעת דלת מסתובבת אשר מובילה רבים לאשפוזים חוזרים ונשנים. כרוניקה זו מרחיקה את האדם ואת משפחתו מתחושת הביטחון והאמון ביכולתם להבין מצוקה ומשבר נפשי כחוויה אנושית, להתוודע אל

המרכיבים האישיים, הבין אישיים, החברתיים והרוחניים ברקע למשבר ולגלות בתוכם כוחות של התמודדות וריפוי עצמי.

בהמשך לטיפול הפסיכיאטרי, מערכת השיקום אשר אמונה על פי חוק להעניק תמיכה לשילוב האדם חזרה במעגלי החיים בקהילה לאחר משבר, נשענת באופן מודע חלקית על אותן הנחות יסוד של המודל הרפואי ובכך למעשה מנציחה את אותה כרוניקה של דיכוי. זו אחת הסיבות העיקריות לכך שאחוז נמוך ביותר של אנשים לאחר משבר נפשי ממצים את זכויותיהם לקבלת סל השיקום הממומן על ידי משרד הבריאות.

בין אם אדם מצליח להיעזר במודל הרפואי לתווך הקצר או הארוך, או לא, הסביבה האשפוזית ומערכת ההנחות עליה היא מתבססת בשום אופן אינה מותאמת למכלול הצרכים הרגשיים, הבין אישיים והרוחניים אשר נמצאים בבסיס החוויה של אדם במשבר.

הנחות היסוד של חלופות האשפוז

חלופות אלטרנטיביות לאשפוז כדוגמת בית סוטריה, דיאלוג פתוח ומרכזי הפוגה מייצרות מרחב דיאלוגי מכיל ומכבד. מודלים אלו מבוססים על הגדרה רחבה יותר של מצוקה נפשית, איכות שונה של יצירת קשר והיררכיה חדשה של סמכות, אחריות וקבלת החלטות. הנחת העבודה של אלטרנטיבות אלו היא שמצבי נפש קיצוניים מייצגים מערכת מסועפת שלרוב כוללת חוויות טראומטיות, קשיים במערכות יחסים בין-אישיים ורגישויות חושיות, סביבתיות ורוחניות אשר הודחקו, לא זוהו או לא טופחו כראוי.

עצם קיומן של חלופות אשפוז כאלטרנטיבות להתמודדות עם מצב משבר מאפשר אלמנט ראשוני של **בחירה** שמשאיר למתמודד ולמשפחתו ממד מסוים אך חשוב של **שליטה** אשר נלקחת מהאדם ברגע שדלת המחלקה האשפוזית ננעלת מאחוריו. כך שחלופות אשפוז אינן מפרידות את האדם מסביבתו באופן הרמטי ומאפשרות במידת הרצון והיכולת המשך קשר רציף עם סביבת החיים הטבעית.

חלופות האשפוז מאפשרות מעורבות שוויונית ודמוקרטית יותר בין האדם במשבר, המעגל החברתי הקרוב לו והצוות המטפל. אלמנט שוויוני זה וההקשבה לכל הקולות והתפקידים השונים מאפשרים תהליך שונה של **לקיחת אחריות**, כלומר פיתוח יכולות תגובה חדשות לסיטואציה.

חלופות אשפוז נמנעות מהגדרת החוויה ותיוגה במונחים קליניים או דיכוי באמצעים כימיים. הן מפנות את תשומת הלב אל החוויה הסובייקטיבית של האדם במשבר ואל המרכיבים הביוגרפיים, הבין-אישיים והרוחניים שעוררו את המשבר ונמצאים בבסיס החוויה.

הצוות המטפל בחלופות אשפוז מיומן בהכלה של מצבים כאוטיים וסוערים ומחליף את המאבק בכאוס וריסונו בהכלה סבלנית שחושפת מתוך הסערה משמעות, מודעות וסדר חדש אשר מבקש למצוא את מקומו בעולם.

מודלים חלופיים משמרים מודעות ותשומת לב למרכיבים הטראומטיים שלרוב נמצאים ברקע למשבר בעוד המערכת הפסיכיאטרית משרתת מנגנון השתקה והדחקה קולקטיבי שמוותר על לקיחת אחריות על החוויות הקשות שמתרחשות בחברה בה אנו חיים.

חלופות אשפוז לוקחות בחשבון ממד רוחני בקיומו של האדם, ממד שנוכח באופן בולט במשברים רבים. הממד הרוחני הינו מפתח חשוב להבנת המשבר כמנגנון הגנה ושימור עצמי וכחיבור לממד המתעלה מעל הכאוס לכאורה שמשבר מביא עמו. כמו כן חלופות האשפוז מבינות שמצבים פסיכויטיים רבים מבטאים קול פנימי בתודעה הקולקטיבית שלא נוח לנו לשמוע. האפשרות לקיים חוויה זו באופן לא שיפוטי מאפשר לנתב מנגנון זה אל עבר חיבור חדש לעולם.

זהו למעשה הבסיס לכל חלופות האשפוז: החלפת המאבק בחוויה ודיכוייה, לעומת קבלתה וניסיון לראות בה מנוף ליצירת מערכת יחסים בריאה יותר של האדם עם עולמו הפנימי ועם המרקם החברתי-תרבותי בה בני אדם מתקיימים.

--

בית סוטריה, דיאלוג פתוח ומרכזי הפוגה הם מודלים נפרדים שאני מבקש להציג כאן כקשת שירותים שאפשר לשלבם והיא מותאמת לדרגות וצרכים שונים של מצבי קצה נפשיים. עם השקעה ראשונית בהקמת תשתיות ומערך הכשרה מקצועי עבור שלושת מודלים אלו ניתן יהיה עם הזמן לזמן לזמן על רוב האשפוזים במחלקות פסיכיאטריות, לחסוך עשרות אחוזים מעלויות הטיפול הרפואי ולהגדיל את מימוש שירותי השיקום בתחום התעסוקה, ההשכלה, הדיור והשילוב החברתי בעשרות אחוזים. כלומר, לממש בצורה מלאה את פוטנציאל ההחלמה בקהילה.

חשוב להדגיש שמודלים אלו אינם באים לייתר את תפקיד הפסיכיאטר או שימוש בתרופות פסיכיאטריות. הם ממקמים את נקודת המבט הרפואית וההתערבות התרופתית בקשת רחבה יותר של הנחות עבודה. ההתייחסות לתרופות פסיכיאטריות היא כאל עוד אפשרות לתמיכה בעת הצורך, ברמות מינון ומשך זמן הנמדדים בזירות, בשיקול דעת ובתהליך קבלת החלטות שנעשה יחד עם האדם במשבר, הקרובים לו וצוות רב-מקצועי.

כל המודלים שאציג מבוססים על מעורבות שוויונית של אנשים עם ניסיון חיים אישי בהתמודדות עם מצבי משבר וקצה נפשיים שהפכו את התמודדותם האישית למקצוע אינטגרלי במערכת בריאות הנפש. הערך המוסף של תמיכת עמיתים ושילוב של מומחיות מניסיון במערך הטיפול והשיקום מהווה גורם מכריע בהצלחתם של מודלים אלו.

דיאלוג פתוח OPEN DIALOGUE

מודל מצליח במיוחד עבור אנשים במשבר פסיכויטי ראשון תוך ליווי האדם במשבר ומשפחתו בבית. תוצאות מחקר מראים שב 85% מהמקרים ישנה החלמה מלאה ללא צורך בתיוג פסיכיאטרי וללא צורך בטיפול תרופתי אנטי-פסיכויטי. שיטת הטיפול מתאימה לא רק למצבים המוגדרים פסיכויטיים אם כי כלול מצבי מצוקה ומשבר נפשיים.

דיאלוג פתוח הוא מודל שמתפתח מאז שנות השמונים במערב פינלנד בהנהגתו של פרופ' לפסיכותרפיה יאקו סייקולה. המודל צמח ומצליח כיום בזכות "צירוף מקרים" שתחילתו במחקר כלל ארצי בשיתוף מספר בתי חולים פסיכיאטריים בפינלנד אשר ביקש לבחון תוצאות טיפול בפסיכודה ללא התערבות תרופתית אנטי-פסיכוטית והמשכו בהחלטה לסגור את מחלקות האשפוז בבית החולים הפסיכיאטרי בה עבדו סייקולה וצוותו לצד הזמנה לנסות תחתיהם מודל אחר.

הדיאלוג הפתוח מבוסס על התערבות בביתו של המתמודד בהנחיית צוות רב-מקצועי שיכול לכלול פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, אחים/יות, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק ועמיתים מומחים שכולם עברו הכשרה בטיפול משפחתי-מערכתי.

צוות של 2-3 אנשי מקצוע מגיע לביתו של המתמודד תוך 24 שעות מרגע הפנייה הראשונית. אותו צוות מלווה את האדם במשבר ואת משפחתו לכל אורך תקופת המשבר במתכונת של פגישות טיפוליות אשר כוללות את המעגל המשפחתי-חברתי של האדם במשבר. מפגשי הדיאלוג הפתוח מאפשרים לכלל הקולות והחוויית של המעורבים להישמע ומשרתים שתי מטרות עיקריות:

הראשונה היא לגלות שמאחורי החוויה הפסיכוטית מסתתר סיפור בעל משמעות שנוגעת ורלוונטית למערכת המשפחתית וקשורה בדרך כלל לאירועי חיים של בני המשפחה. גישה זו מתבססת על ההבנה שחוויה פסיכוטית מתקיימת במרחב שבין אנשים ולא רק בתוך מוחו של האינדיבידואל במצוקה. הצוות הטיפולי מיומן בניהול שיח שאינו נרתע מבלבול, חוסר וודאות ורגשות טעונים. סבלנות וכושר ההכלה של הצוות מאפשרים לסיפור המסתתר להתגלות תוך כדי יצירת שפה ומשמעות חדשה להבנת הסיטואציה. שפה ומשמעות חדשים אלו נוצרים מתוך הקשבה והכלה של נקודות המבט והחוויה של כולם, כולל הצוות המטפל.

השנייה היא הגדרת צרכים וקבלת החלטות בנוגע למענים טיפוליים של כל משתתפי המעגל המשפחתי-חברתי בשקיפות מלאה ובשיח משותף ושוויוני עם אנשי הצוות המטפל. ההתקדמות בתהליך המשפחתי מבוססת על Need-Adapted Approach כלומר התאמה של הטיפול על בסיס היענות לצרכים משתנים ודינאמיים של המערכת המשפחתית (להבדיל מהתאמת האדם/משפחה למודל אחד של עבודה).

המודל מתייחד בכך שהוא מצליח לגייס את המשפחה להבין את המשבר כחוויה בין-אישית ולמצוא בתוכה את הכוחות להכיל ולתמוך בתהליך באופן משותף. הצוות עוזר למשפחה לאתר משאבים תומכים בקהילה לצרכים המשתנים של כולם. המודל מייתר את הצורך בתיג פסיכיאטרי ופיתוח תלות בתרופות - במקרה הצורך מזמינים למפגש הטיפולי פסיכיאטר שעובד על פי גישת הדיאלוג הפתוח לייעץ לגבי שימוש זהיר וקצר מועד באמצעות תרופות.

ההצלחה של הדיאלוג הפתוח מעוררת תשומת לב נרחבת בעולם ויש כיום מרכזי הכשרה בארה"ב ובאנגליה שם המודל מיושם כפיילוט בתוך מערכת הבריאות הממשלתית יחד עם מעורבות של עמיתים מומחים. חשוב להבין שעקרונות הדיאלוג הפתוח ישימים בהקשרים שונים של אינטראקציה עם אדם במשבר בשיתוף צוותים רב-מקצועיים, גם בתוך מסגרות קיימות.

בארץ קבוצת פעילים אוהדי השיטה הקימה קבוצת לימוד להיכרות תיאורטית עם המודל וקיימה פעילות הסברה בקהילה שכללה הקרנה של סרט תיעודי על המודל בפינלנד ולאחריו שיח פתוח. כמו כן מרכז מרחבים מיישם מודל של התערבות ביתית המבוססת על טיפול משפחתי בגישת Systemic Analytical Therapy. הגישה מבוססת על יצירת מעטפת טיפולית אינטנסיבית שמהווה חלופת אשפוז. היוזמות החדשות להקמה של חלופות אשפוז בארץ מכירות בצורך לתמיכה במשפחה ומעוניינות ללמוד וליישם את עקרונות הדיאלוג הפתוח.

בית סוטריה Soteria House

מודל התערבות מצליח במיוחד עבור אנשים צעירים במשבר פסיכוטי ראשון ושני. במקום להיכנס למחלקה סגורה עוברים המתמודדים את תקופת החוויה הפסיכוטית בבית הממוקם בקהילה, בגישה לא-תרופתית עם מעטפת אינטנסיבית של צוות שנבחר על פי יכולת יצירת קשר, סבלנות והכלה של מצבים סוערים ולא-רציונאליים. הפעילות בבית לא מתנהלת על בסיס התערבויות טיפוליות אלא שהייה יחד עם המתמודדים והחוויה שלהם (עקרון Being With), תוך דיאלוג וניהול משק בית משותף של הדיירים והצוות. שני בתים נפרדים נחקרו בארצות הברית במשך כשתיים עשר שנים, התוצאות הראו מדדי הצלחה שווים ואף גבוהים מקבוצת הביקורת במחלקה אשפוזית רגילה כאשר היתרון הבולט בבית סוטריה היה יציאה מהמשבר ללא טיפול תרופתי וללא טראומה משנית וסטיגמה הנגרמים בעקבות אשפוז רגיל.

בית סוטריה הראשון הוקם בשנות השבעים על ידי פרופסור לורנס מושר שניהן אז כראש המכון לחקר סכיזופרניה בארגון בריאות הנפש האמריקאי (NIMH). מושר טען שמצב פסיכוטי הינו מנגנון התמודדות עם מצב חיים מורכב ושניתן ורצוי להתייחס לתוכן החוויה ולאפשר הזדמנות לאדם לתווך את החוויה שלו בעזרת תמיכה אנושית על פי גישה פנמנולוגית-אינטרפרסונאלית. בבית סוטריה נמנעו משפה רפואית להגדרת החוויה. תקופת שהייה ממוצעת בבית הייתה כחצי שנה. סביב הבית נוצרה קהילה של תומכים, מטופלים לשעבר ובני משפחה שאפשרה שמירה על רצף עם המארג החברתי.

בארץ פרופסור פסח ליכטנברג הקים את עמותת סוטריה ישראל. לאחר הבטחות לא ממומשות להקמת פיילוט בתמיכת משרד הבריאות בשנת 2014 העמותה פועלת כיום להקמת בית סוטריה ראשון בירושלים במימון פרטי, בתקווה להתגייסות המערכת בהמשך. הצוות יכלול עמיתים מתוקף ניסיון ועקרונות מהדיאלוג הפתוח לשיתוף בני משפחה וגורמים בקהילה.

מרכזי הפוגה – Respite / hospital diversion centers

מרכזי הפוגה מבוססים על בתים בקהילה עבור אנשים על רצף פחות אקוטי אך שעדיין זקוקים לתמיכה ובהעדר אלטרנטיבה פונים לאשפוז. מרכזי הפוגה מאפשרים מעטפת תמיכה לשהות קצרת מועד למנוחה והערכה מחודשת של הקושי הנפשי.

ישנם שני סוגים של מרכזי הפוגה. האחד מופעל על ידי מוסדות נותני שרות בתחום בריאות הנפש. הסוג השני, בו אתמקד, מוקם ומנוהל באופן בלעדי על ידי עמיתים מומחים מתוקף ניסיון על פי מודל הכשרה הנקרא Intentional Peer-Support אותו פיתחה שרי מיד, עובדת סוציאלית בעלת ניסיון התמודדות אישית. מרכזי הפוגה הפועלים על פי מודל זה

מממשים באופן האולטימטיבי את עקרונות ההחלמה של תמיכת-עמיתים ומצליחים היום במיוחד בארצות הברית.

התמיכה הנפשית במרכזי הפוגה מבוססת על יצירת קשר אנושי, כבוד ואמון הדדי, הקשבה והעצמה של אחריות אישית. הגישה הפילוסופית של מרכזי הפוגה מאפשרת התייחסות למצוקה נפשית כהזדמנות לשינוי וצמיחה תוך בחינה של עמדות ואמונות מגבילות, הענקת משמעות, הבנה ודרכי התמודדות חדשות. מרכזי הפוגה בחו"ל ממומנים על ידי רשויות מקומיות, משרדים ממשלתיים וגורמים פרטיים.

בארץ עמותת לשמ"ה הקימה את קבוצת הלימוד תעל"ה (תמיכת עמיתים להחלמה) אשר מתעמקת בתיאוריה של המודל ושואפת להקים מערך חונכות אישית על פי עקרונות של תמיכת עמיתים. בצפון הארץ הוקמה קבוצה הנקראת מייסדים תקווה אשר פועלת להקמה של מרכז הפוגה בשיתוף עמיתים מומחים ואנשי מקצוע נוספים.

לסיכום

החשיפה בתקשורת ובמדיה החברתית בעת האחרונה שפכה אור על הכשלים שמתקיימים במערכת הפסיכיאטרית. סוף סוף נשמעה זעקת משבר האמון של מתמודדים, בני משפחה וארגוני זכויות אדם במערכת הפסיכיאטרית. האפשרות לרתום גל מודעות חדש זה באופן בונה תלוי ביצירת מרחב שיח שמכיל ומכבד את כל הקולות השונים במערכה. בסופו של דבר גם המטפלים וגם המטופלים הם תוצר של אותה מערכת חברתית.

מול התרעומת הציבורית כלפי המערכת הפסיכיאטרית התגובות שעולות מצד אנשי המקצוע הן שהכשלים הם תוצאה של העדר משאבים, שעושים למקצוע ולאנשים שעומדים בראשה משפט אופי ודמוניזציה. רווחתם של אנשי המקצוע ותנאי עבודה נאותים הם קריטיים למתן שירות ראוי, יחד עם זאת יש להבין שהביקורת השיפוטית, חוסר ההבנה וההזרה שחלק מאנשי המקצוע חווים הם טיפה בים בו מתמודדים ומשפחות רבות טובעות לתקופות חיים שלמות. כמו כן יש לזכור שביחסי הכוחות מול מטופלים שמגיעים אליהם במצב מוחלש יש לצוות הרפואי הרבה יותר כוח להשפיע ולשנות. בהקשר זה חשוב גם לציין שהפסיכיאטריה מטפלת באנשים על רצף חוויה שאנחנו כקהילה נכשלים מלהבין ולהכיל. אנחנו כחברה מעבירים את האחריות להתמודדות עם קושי זה למערכת הרפואית והרופאים עושים את מה שהם יודעים. מכאן שהאחריות על הקמת חלופות היא משותפת למערכת הבריאות ולקהילה.

הפתרון המתבקש כיום לא יכול בשום אופן להיות רק הגדלת תקציבים לחיזוק המערכת הקיימת, אלא מוכרח לבנות תשתית של חלופות אשפוז. **חלופות אשפוז אינן נידוד של טיפול רפואי החוצה לקהילה:** מדובר בשיטת עבודה שונה שאינה מבוססת על "סמכות הידע" של הרפואה המודרנית. שיטה זו דורשת מאנשי רפואת הנפש לגלות הבנה רחבה יותר להגדרה של בריאות הנפש ולתמוך בקשת רחבה יותר של מענים.

חלופות האשפוז מזמינות אותנו לשחרר את הדיכוטומיה הקלינית הקלאסית של יחסי מטפל/מטופל והגדרות של חולה/בריא. מכאן עלינו להבין שחווית הריפוי אינה בהכרח תיקון פתולוגיה במוחו של האדם ושילובו מחדש בחברה כי אם יצירה של קשר בין אנשים החיים

יחד בקהילה. לא האנשים שמבטאים מצוקה הם אלו בהכרח שזקוקים לתיקון אלא הקהילה היא זו שצריכה ללמוד להכיל מגוון רחב יותר של חוויות נפשיות על מנת לגדול ולהתפתח. זאת בשאיפה שיבוא יום בו נצליח לייתר את הצורך בבידוד, תיוג, דיכוי, הרחקה, ריסון והשתקה של שברון הלב וכאבי הגדילה של הרגישים והפגיעים בתוכנו.

דניאל לואיס עוסק שנים רבות בליווי אנשים במצבי משבר המוגדרים פסיכויים ומשפחותיהם, בעל ניסיון בעבודה עם עמותות שונות בתחום בריאות הנפש וכמטפל עצמאי בעל הסמכה בפסיכולוגיה תהליכית מטעם הארגון העולמי של פסיכולוגיה תהליכית IAPOP. מנחה קורסים ומרצה על גישות טיפול אלטרנטיביות וחלופות לאשפוז פסיכיאטרי במסגרות טיפול ושיקום ועבור ארגוני מתמודדים ומשפחות.

danny.hachlama@gmail.com

052-6492140