

Asist. dr. med. Vukoslav Žvan
Klinična bolnišnica za psihiatrijo
Ljubljana-Polje

Podaljšana nevroleptična terapija shizofrenskih psihoz

UDK 616.895.8-08 : 615.214.21.065

POVZETEK. Članek informira o teoretičnih in praktičnih izhodiščih ter o klinični praksi in o nekaterih komplikacijah podaljšane nevroleptične terapije shizofrenskih psihoz. Poudarjeno je, da bi moral biti vsak shizofrenski bolnik s kronično ali s fazično obliko bolezni deležen vsaj poskusa te pravilno izvedene terapije, ki se je izkazala za učinkovito in je le ena od sestavin celostnega terapevtsko-rehabilitacijskega programa. Podaljšana nevroleptična terapija v večini primerov ravno omogoča tudi socioterapevtski in psihoterapevtski pristop do bolnika s to hudo boleznijo.

PROLONGED NEUROLEPTIC THERAPY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC PSYCHOSIS. *The paper gives information on the theoretical and practical starting points, clinical practice and some complications associated with a long-term neuroleptic therapy applied in schizophrenic psychosis. The author stresses that this rewarding therapy, which is but a composite part of the entire therapeutic and rehabilitation programme, should be at least attempted in each schizophrenic patient, regardless of his being affected either by a chronic or phasic form of the disease. In the majority of cases, prolonged neuroleptic therapy enables a socio- and psychotherapeutic approach to these severely affected patients.*

Revolucija, ki je pri terapiji psihoz nastala pred slabimi 30 leti z uvedbo psihofarmakov, je dokaj olajšala usodo psihotične populacije. Res je, da nestrpno čakamo na še uspešnejša zdravila, prav gotovo pa je zasluga dosedanjih v tem, da so se razmere v psihiatričnih bolnišnicah korenito spremenile. Predvsem to niso več pretežno azilske ustanove, ki so bolnike čvale, z raznimi »metodami« pomirjevanja blažile najhujše psihopatološke slike in potrpežljivo čakale na spontane remisije psihotične bolezni, ko je bil bolnik zrel za odpust včasih po dolgoletni hospitalizaciji, včasih pa je preždel v bolnišnici do konca življenja. Sedanja usoda psihotika je dosti svetlejša, čeprav še vedno ne v tolikšni meri, kot so v začetku novega obdobja pričakovali optimisti. Vsekakor pa psihotični bolnik lahko dandanes realno računa na včasih kar presenetljivo hitro medikamentozno skrajšanje psihotične faze. S pravilno indicirano in dobro izvedeno vzdrževalno, oziroma podaljšano nevroleptično terapijo pa lahko računa tudi na

bolj ali manj uspešno profilakso recidiv psihoze, za katere vemo, kako pogubno zavirajo vse bolnikove poskuse resocializacije in ki v mnogočem pogojujejo tako imenovano **psihiatrijo vrtljivih vrat**. Za to je značilno, da sicer dokaj hitro odpušča zazdravljene bolnike, vendar se ti ob recidivi kaj kmalu vračajo v bolnišnico. Podaljšana terapija torej poskuša reševati osnovni problem, kako shizofrenega bolnika obdržati čim dlje v remisiji in mu omogočiti čimbolj znosno življenje v njegovem naravnem okolju.

Ne bo odveč, če citiramo Hoffa (1956), ki je pripisoval elektrokonvulzivni terapiji sposobnost odpirati vrata do bolnika, ki so bila zaprta zaradi shizofrenskega procesa. Hoff nadalje slikovito pripominja, da samo to ni dovolj in da mora skozi odprta vrata nekdo priti, sicer se bodo spet zaprla. Prav isto lahko trdimo tudi za **medikamentozno terapijo**. Ta napravi bolnika dostopnega za socioterapevtska in psihoterapevtska prizadevanja v najširšem smislu.

Haase (1972) poudarja, da ni važna le kompleksna obravnava bolnikov po sprejemu v stacionarnih razmerah, ampak ista obravnava v najmanj enakem obsegu tudi po odpustu in še potem, ko je bolnik brez shizofrenskih doživljanj in je ponovno obremenjen s težavami vsakdanjega življenja.

Medikamentozna terapija je torej tista, ki sploh omogoča izvedbo celotnega terapevtsko-rehabilitacijskega programa shizofrenega bolnika, nikakor pa ga ne sme nadomeščati. Vse to se tudi sklada s sodobnimi pogledi na etiologijo shizofrenije, ki upoštevajo biološke kakor tudi psihološke in socialne dimenzije tega problema.

Za strategijo uspešnega zdravljenja, kot tudi za oceno rezultatov je koristno vedeti, kakšen je dandanašnji potek shizofrenske bolezni in v čem se razlikuje od onega pred desetletji. Woggon in sod. (1975) citirajo rezultate transkulturalne študije Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1973, iz katere je razvidno, da poznajo shizofrenijo v vseh kulturah in v vseh družbenih sistemih ter da je njena jedrna simptomatika povsod ista in torej neodvisna od kulture. Določena simptomatika pa je od nje vsekakor odvisna in pri študiju potekov bolezni so prišli do sklepa, da ima v zadnjih desetletjih shizofrenija predvsem v industrijskih deželah boljšo prognozo, kar pripisujejo predvsem modernejšim terapevtskim prijemom. Tudi Bleuler (cit. Woggon 1975) je v veliki katamnestični študiji iz leta 1972 opazil ugodnejše poteke kot v času prvih študij in to pripisuje istim dejavnikom. Predvsem je sedaj več fazičnih in manj kroničnih potekov kot nekdaj. »Katastrofalnih« primerov sedaj skorajda ni več videti, 1/3 bolnikov lahko računa celo z ozdravljenjem, drugi pa seveda potrebujejo stalno obravnavo.

Klinične izkušnje podaljšane nevroleptične terapije

Za podaljšano nevroleptično terapijo štejemo terapijo, ki jo dajemo psihotičnemu bolniku še določen čas, tudi nekaj let — ali več potem, ko smo pri kroničnem bolniku utišali akutno fazo in potem še nadalje blažimo psihotične znake, ali pa jo dajemo bolniku s fazičnim potekom bolezni tudi v času remisije z namenom, da bi preprečili recidivo. Ločimo torej **terapevtske in profilaktične cilje** podaljšane nevroleptične terapije (Helmchen 1978). Pri prvi skupini bolni-

kov pri indiciranju te terapije najbrž ne bo večjih dilem. V drugi skupini, to je pri bolnikih v dobri remisiji, pa jo bomo indicirali tem prej, čim večja je možnost recidive (Davis, cit. Pietzker 1978). Isti avtor priporoča nekoliko večjo strpnost pri trajno hospitaliziranih bolnikih, kjer se vsaj blažja psihotična simptomatika lažje tolerira, kot pa pri ambulantnem bolniku v remisiji, za katerega predstavlja recidiva hude konsekvence glede na njegovo poklicno in sploh socialno integracijo.

Prepričljiva potrditev učinkovitosti podaljšane nevroleptične terapije so študije Davisa iz leta 1975 (cit. Pietzker 1978). Primerjal je 24 kontroliranih dvojno slepih študij na velikem številu bolnikov. Izkazalo se je, da je recidiviralo 65 % bolnikov ob placebo in le 30 % ob podaljšani terapiji.

Müller in sod. (1977) dokazujejo zanesljiv protirecidivni učinek podaljšane terapije v prvem letu pri bolnikih s paranoidno halucinatorno simptomatiko. 38 bolnikov so ob začetku remisije razdelili na dve skupini. 17 bolnikov je dobivalo nevroleptik, 21 pa placebo. V enem letu je iz prve skupine recidiviral le 1, iz druge pa kar 17 bolnikov.

Ob tem velja upoštevati še nadaljnje izkušnje, da nekateri bolniki recidivirajo kljub striktno izvedeni podaljšani terapiji. Hirsch (cit. Pietzker 1978) navaja ob depotni terapiji v prvem letu zdravljenja 8 % recidiv in Johnson (1976) po dveh letih 37 %.

Povedne so tudi študije pri bolnikih, ki so podaljšano terapijo prekinili. Prien in Klett (cit. Woggon in sod. 1975) pravita, da je recidiviralo 40 % njihovih bolnikov v šestih mesecih po prekinitvi. Tudi Hogarty (cit. Pietzker 1978) opisuje bolnike, ki so 2—3 leta dobivali klorpromazin in so bili ves čas v remisiji, v prvem letu po prekinitvi zdravljenja pa jih je recidiviralo 65,8 %, 3/4 od teh med 3. in 7. mesecem. Zanimivo je, da je ta odstotek skoraj identičen z odstotkom bolnikov, ki jih je isti avtor videl v recidivi v prvem letu po nastopu remisije in ki so dobivali placebo. Johnson (cit. Pietzker 1978) je delal z depotnim preparatom in je pri svojih bolnikih po dveh oz. treh letih brez recidivnega obdobja že pol leta po prekinitvi terapije opazil 53 % oziroma 69 % recidiv.

Še širše je osnovana študija Hogartya in sod. (cit. Pietzker 1978). Gre za dvojno slepo študijo pri 347 shizofrenih bolnikih, ki so jih po odpustu razdelili v štiri skupine. Prva skupina je dobivala le kloprimazin, druga le placebo, tretja skupina je bila poleg klorpromazina deležna raznih socioterapevtskih ukrepov, četrta pa placebo in istih ukrepov. Po enem letu takega obravnavanja je recidiviralo 31 % bolnikov iz prve skupine in kar 67 % iz druge. Po dveh letih je bilo v prvi skupini skupaj 48 % recidiv, v drugi pa že 80 %. Najboljši uspeh je bil v tretji skupini, medtem ko je četrta skupina dosegla komaj nekoliko boljši uspeh kot druga skupina.

Vovin in sod. (1977) so opozorili, da medikamentozna terapija ne more biti edini ukrep. Opazovali so dve skupini kroničnih shizofrenikov, ki so dobivali depotni preparat. Prva skupina je bila poleg tega deležna še širokega izbora rehabilitacijskih ukrepov, druga pa ob zdravlilu le rednih ambulantnih kontrol. V obeh skupinah je bila sicer opažena približno enaka redukcija recidiv in nasploh znatna redukcija psihopatoloških pojavov, vendar so bili v prvi skupini jasno

pozitivnejši kazalniki resocializacije (splošna družbena aktivnost, družabnost, produktivnost).

Vitorović (1975) omenja naše dobre izkušnje na večjem številu bolnikov, ki so dobivali depotni preparat več let v ambulantnih, bolnišničnih in domskih razmerah.

Še nekaj besed o mestu in vrednosti psihoterapije. Pietzker (1978) pravi, da še ni bilo dokončno odgovorjeno, koliko velja psihoterapija kot edina metoda pri zdravljenju shizofrenije. Vendar zanj to vprašanje ne obstaja, ampak velja razpravljati le o optimalni kombinaciji nevroleptičnih, psihoterapevtičnih in socio-terapevtičnih metod, ki vsekakor niso konkurenčne.

Tudi Langen (1967), Petrilowitsch (1968) in Kielholz s sod. (1971) ugotavljajo, da se te metode med seboj ne izključujejo, ampak koristno dopolnjujejo.

Trajanje podaljšane nevroleptične terapije

Pritchard (cit. Woggon 1975) je mnenja, da podaljšana terapija izboljšuje kratkoročno prognozo, manj pa dolgoročno po treh letih trajanja. Engelhardt in sod. (cit. Woggon 1975) so pri 445 kroničnih bolnikih, ki so dobivali zdravilo 61 mesecev, prikazali, da je bilo zdravljenje v prvem letu zelo uspešno, potem pa se je potek bolezni vedno bolj približeval pričakovanim spontanim potekom. Po 30 mesecih terapije je bila skupina bolnikov ob podaljšani terapiji že na istem, če upoštevamo recidive, kot kontrolna skupina bolnikov s placebom.

Vitorović (1975) pa je mnenja, da ravno bolniki, ki so tri leta ob uspešni podaljšani terapiji z depotnim preparatom ostali brez recidive, nujno potrebujejo še nadaljnjo obravnavo v istem smislu.

Danes še ni povsem jasno, kako dolgo naj traja podaljšana terapija, predvsem po preteku treh let njenega izvajanja. Pri nas imamo že osemletne izkušnje, izvajamo pa jo pri kroničnih in pri fazičnih primerih. Načelno obravnavamo bolnika po prvem pojavu obolenja dve leti, po prvi recidivi pa 3—5 let, za več pa še nimamo jasnega stališča. Podobno priporoča Lehmann (1975) za bolnike, ki so nekajkrat recidivirali, dosmrtno izvajanje terapije.

Izbor zdravila za podaljšano terapijo

Načelno lahko uporabimo za zdravilo v podaljšani terapiji vsak nevroleptik ali smiselno kombinacijo nevroleptikov, ki so pri bolniku »prijeli« in ki jih v primerno nižji dozi, kot v akutni fazi, dobro prenaša in ni znamenj, da bi mu škodovali.

Da se pri tej terapiji vse bolj uveljavljajo **depotni preparati**, je razumljivo. Razen tega, da dobro učinkujejo, je njihova prednost tudi v enostavnem in kontroliranem jemanju, česar pri peroralni rabi nikakor ni možno doseči. Znano je, da prav velik del kroničnih bolnikov, še posebno psihotičnih, neredno ali sploh ne jemlje priporočenih zdravil. Verjetno je nemalo recidiv potrebno pripisati ravno temu, mi smo pa prepričani, da je bolnik »pod terapijo«. Če torej

računamo na te nesodelujoče bolnike, pa še na kakih 10 % tistih, ki letno opustijo terapijo zaradi raznih drugih vzrokov (Goncalves 1978), je na dlani, da so depotni preparati za to indikacijo izvrstni, za vrednotenje učinkov pa skorajda edini zanesljivi. Nekateri pa jih postvljajo pri profilaksi recidiv tudi po učinkovitosti pred peroralne nevroleptike (npr. Johnson 1976).

Iz domačih izkušenj pa lahko povemo, da se med depotno terapijo vzpostavi med bolnikom, terapevtom in svojci pristnejši stiki in da je v tem ozračju dosti, dosti lažje ukrepati ob morebitnem poslabšanju. Vse to seveda velja za tiste stike, kjer injekcija ni nadomestilo za prijateljski pogovor in kjer ne velja mit o vsemogočnosti injekcije.

Komplikacije podaljšane nevroleptične terapije

Številne znane komplikacije bi le bežno omenili. Poudarili pa bi, da tako imenovani **šibki nevroleptiki povzročajo bolj vegetativne, močni pa bolj ekstrapiramidne motnje**.

Vegetativne komplikacije se kažejo kot komplikacije na krvnem obtoku, kar nas opozarja na previdnost pri bolnikih s kardiovaskularnimi boleznimi. Nadalje je nadležna za bolnika motnja akomodacije in izsušitev sluznice ust, včasih prebavne motnje in težave pri mikciji. V področju endokrinega sistema poznamo galaktorejo, amenorejo, nemalo bolnikov se začne rediti, pri nekaterih pa pride do motenj potence.

Ekstrapiramidni sindrom je najbolj znana in utegne biti zelo moteča komplikacija nevroleptične terapije. Izraža se z medikamentoznim parkinsonizmom z izraženim akinetičnim sindromom, nadalje velikokrat srečujemo akatizijo, ki zaradi bolnikovega nemira pri nepoučenem pobuja sum na poslabšanje psihoze, in končno poznamo rane in kasne (slednje delno ireverzibilne) diskinezije.

Ob huje izraženi ekstrapiramidni simptomatiki seveda ne bo šlo brez dodajanja antiparkinsonikov, svarijo pa pred avtomatičnim predpisovanjem teh zdravil, ker so lahko vir nadaljnjih komplikacij. Na antiparkinsonike se namreč lahko bolniki navadijo, lahko tudi sopovzročajo delirantna stanja ali celo kasne diskinezije (Johnson, cit. Pietzker 1978). Ekstrapiramidno simptomatiko je racionalneje preprečevati z ustreznjšo nižjo dozo nevroleptika ali z občasnimi premeri v terapiji.

Nekateri nevroleptiki povzročajo, čeprav redkeje, okvare organov. Zato pri dolgotrajnejših kurah moramo občasno kontrolirati predvsem teste jeter, ledvic in kostnega mozga. Velika previdnost je na mestu pri nosečnicah, nasploh se pa odsvetuje jemanje nevroleptikov v prvih treh mesecih nosečnosti.

Pri višjih in dolgotrajnih dozah je treba računati tudi na **oftalmološke komplikacije**. Gre za pigmentacije leče in kornee. Posebno je na slabem glasu klorpromazin (Rasmussen in sod. 1976). Tudi za **dermatološke komplikacije** — gre za fotosenzibilizacijo — je kriv predvsem klorpromazin, ni pa edini med nevroleptiki.

Zaradi znižanja praga za krče lahko med nevroleptično terapijo pride do pravih »grand mal« napadov, kar je pa redko.

Pri **psihičnih komplikacijah** nevroleptične terapije omenjamo somnolentnost, pri visokih dozah pa lahko pride do delirantnih epizod. Najbolj poznani zapleti s tega področja pa so depresivna stanja brezvoljnosti in utrujenosti, ki marsikateremu bolniku pod nevroleptično terapijo preprečujejo kolikor toliko znosno življenje, tudi če je v remisiji. Nemci imenujejo to stanje »postremisiver Erschöpfungszustand«. Heinrich (1969) navaja multikavzalnost tega sindroma. Pri etiologiji je treba namreč upoštevati dejavnike bolezni same, saj tudi v naravnem poteku shizofrenije srečujemo neredko depresivna stanja. Pri depresivnem sindromu v teku nevroleptične terapije je torej treba pomisliti na recidivo osnovne bolezni, ki pa je zaradi terapije transformirana v depresivni smeri (Helmchen in Hippus 1969). Ne smemo pa tudi spregledati, da lahko bolnik v remisiji reagira na preteklo psihozo in na aktualno dogajanje in gre nemalokrat torej za depresivno reakcijo. Prav lahko pa je sindrom pogojen tudi čisto farmakogeno.

Glede na povedano se ravna tudi terapija tega stanja. Včasih zadostuje korekcija doze, drugič zaležejo antidepresivi, velikokrat pa je na mestu psihoterapevtski in socioterapevtski pristop.

Sklep

Pogled v literaturo in domače izkušnje kažejo na ugoden vpliv podaljšane nevroleptične terapije na potek kronične shizofrenije in na profilakso recidiv pri fazičnih oblikah. Takega obravnavanja naj bi bil deležen vsak shizofreni bolnik, seveda po predhodni skrbni diagnostični oceni ter ob upoštevanju morebitnih posledic tega zdravljenja. **Bolnika je treba spremljati in ob komplikacijah takoj reagirati.** Samo skrbno zasnovana terapija se ne bo diskreditirala in bolniku ne bo v škodo, ampak bo važen element na njegovi poti k resocializaciji, ker bo omogočala tudi nepretrgano socioterapevtsko in psihoterapevtsko vodenje.

Literatura:

1. Goncalves N.: »Schwund« bei ambulant behandelten Schizophrenen. *Nervenarzt* 49 (1978), 58—64.
2. Haase H. J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten. Schattauer, Stuttgart—New York 1972, 150.
3. Heinrich K.: Zur Ätiologie des postremisiven Erschöfnugs-Syndrome bei Schizophrenen. V: *Pharmakopsychiatrische Probleme in Klinik und Praxis*, Schattauer, Stuttgart—New York 1969, 47—55.
4. Helmchen H.: Forschungsaufgaben bei psychiatrischer Langzeitmedikation. *Nervenarzt* 49 (1978), 534—538.
5. Helmchen H., Hippus: Erscheinungsweise depressiver Syndrome unter der Therapie mit Nevroleptika. V: *Pharmakopsychiatrische Probleme in Klinik und Praxis*, Schattauer, Stuttgart—New York 1969, 61—67.
6. Hoff H.: *Lehrbuch der Psychiatrie*, Band I. Benno Schwabe, Basel—Stuttgart 1956, 493.
7. Johnson D. A. W.: The duration of maintenance therapy in chronic schizophrenia. *Acta psychiat. scand.* 53 (1976), 298—301.
8. Kielholz P. et al.: *Psychiatrische Pharmakotherapie in Klinik und Praxis*, 2. izd. Huber, Bern 1971, 103—107.
9. Langen D.: *Psychotherapie und Psychopharmakotherapie in ihrer Wechselwirkung*. V: *Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie*. Georg Thieme, Stuttgart 1967, 44—49.

10. Lehmann H. E.: Psychopharmacological treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 13 (1975), 27—45.
11. Müller P. et al.: Die neuroleptische Rezidiv-Prophylaxe schizophrener Psychosen. *Vorläufige Mitteilung. Nervenarzt* 48 (1977), 560—561.
12. Petrilovitch N.: Psychiatrische Krankheitslehre und psychiatrische Pharmakotherapie. Karger, Basel—New York 1968, 121—125.
13. Pietzker A.: Langzeitmedikation bei schizophrenen Kranken. *Nervenarzt* 49 (1978), 518—533.
14. Rasmussen K., L. Kirk, A. Faurbye: Deposits in the lens and cornea of the eye during long-term chlorpromazine medication. *Acta psychiat. scand.* 53 (1976), 1—6.
15. Vitorović M.: Pet godina iskustva u primeni flufenazinadepto terapije. *Anali Zavoda za mentalno zdravljenje* 7 (1975), 57—62.
16. Vovin R. Y. et al.: O roli neyroleptikov predlennogo dejstvija v socialno-trudovom vosstanovlenii bolnih šizofreniej. V: *Sovremennije medikamentoznie metodi terapii nervnih psihičeskikh zabolovanij. Leningradskij naučno-issledovatel'skij psihonevrologičeskij institut im. Behtereva, Leningrad* 1977, 96—101.
17. Woggon B., J. Angst, N. Magoses: Gegenwärtiger Stand der neuroleptischen Langzeitbehandlung der Schizophrenie. *Nervenarzt* 46 (1975), 611—616.

DELAVCEM — PRISELJENCEM DAJATI DEJANSKO ENAKO VARSTVO KOT DOMAČINOM

V Evropi je sedaj približno 10 milijonov delavcev — priseljencev, od tega več kot $\frac{2}{3}$ v deželah EGS. Razumljivo je, da imajo poleg družbenoekonomske, tudi specifično psihosocialne in zdravstvene značilnosti. Delavci — priseljenci so medicinsko ranljiva populacija — pri njih se med seboj zelo kompleksno prepleta importirana patologija s patologijo dela in patologijo prilagajanja, kar zelo otežuje proučevanje njihovega duševnega in telesnega zdravja ter evalvacijo specifičnega zdravstvenega varstva.

Največja ranljivost in nevarnost grozi delavcem — priseljencem prvo in drugo leto emigracije in dela. V poklicni patologiji dominirajo poškodbe pri delu, poškodbe izven dela (predvsem tiste prometne) so redkejšje, kakor pri domačinih. Pnevmoniozije (poklicne boleznj dihal zaradi prahu) so pogostne, toda pri daljšem delovnem stažu v imigraciji — podcenjevanje bolezenskega učinka prahu je pri delavcih — priseljencih daleč večji kakor pri domačinih. Poklicne zastrupitve so redkejšje, pri delu s kemikalijami so delavci priseljenci bolj previdni, na vso srečo veliko kemikalij, ki so v tehnoloških postopkih, še vedno »smrdi«. Zaradi poklicnih fizikalnih škodljivosti (ropot, vibracija, sevanja) delavci — priseljenci praviloma ne obolevajo drugače kot domačini.

Poklicna patologija delavcev — priseljencev terja danes čim večje znanje o varstvu pri delu kot sestavnem delu poklicnega znanja. Geslo Svetovne zdravstvene organizacije »*Vzgoja je cepivo proti poklicnim poškodbam in boleznim*« posebej velja za delavce — priseljence. Toda, to geslo je težko izvesti tudi pri domačinih. Nizka poklicna izobrazba, drugačne družbene in kulturne navade, jezikovne ovire in dejstvo, da večina delavcev — priseljencev dela v manjših podjetjih, kjer je praviloma nižja raven varstva pri delu in medicine dela, zelo otežuje uspeh akcij na tem področju.

Delavci — priseljenci imajo teoretično povsod formalno enake pravice kot delavci — domačini. V praksi, pa delavci — priseljenci delajo pogosteje na delovnih mestih, kjer so delovne razmere slabše in kjer delovni in tehnološki postopki pomenijo večjo nevarnost za pojav poškodb pri delu in poklicnih boleznj, torej kjer je varstvo pri delu slabše. To velja posebej za manjša podjetja ter stopnjo tehničnega zdravstvenega, psihosocialnega in pravnega varstva delavcev — priseljecev.

Dr. Mario Kocijančič