

Stigmatizace a panická porucha

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.¹, PhDr. Tomáš Diveky¹, MUDr. Dana Kamarádová¹, MUDr. Daniela Jelenová¹,
MUDr. Aleš Grambal¹, MUDr. Barbora Mainierová¹, doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.¹,
MUDr. Zuzana Sigmundová¹, MUDr. Petr Šilhán²

¹Klinika psychiatrie FN Olomouc a LF UP v Olomouci

²Psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava

Stigma spojené s duševním onemocněním a psychiatrií vede k diskriminaci lidí postižených psychickým onemocněním, což se stává hlavní překážkou včasné a úspěšné léčby. Psychiatrickou péčí vůbec nevyhledá nebo zcela plně nevyužije řada lidí, kteří by z ní měli prospěch. V případě panických poruch se všichni raději zaměřují na somatické ekvivalenty úzkosti. Řada předsudků, emocí a chování vede k diskriminaci lidí označených jako psychicky nemocných. Veřejné předsudky a sebestigmatizace bohužel mohou vytvářet obdobně velkou bariéru při dosahování a využívání životních příležitostí. Rodina ze strachu ze stigmatu často brání pacientovi získat včasnou odbornou pomoc psychiatra. Nálepkování duševně nemocných se objevuje nezdědka u zdravotníků, obzvláště lékařů, kteří pak mohou přecenit nebo naopak podcenit závažnost poruchy. Lépe informovaní jedinci mají obecně méně předsudků vůči duševně nemocným. Edukace rodin i veřejnosti o skutečnostech a mýtech duševních onemocnění tak může napomoci ke snížení stigmatizace.

Klíčová slova: stereotyp duševní poruchy, heterostereotyp, autostereotyp, nálepkovací reakce, panická porucha, agorafobie, důsledky pro léčbu, protipřenos.

Stigmatization and panic disorder

The stigma attached to mental illness and psychiatry results in the discrimination of people with mental disorders which is the major obstacle to early and successful treatment. Many people which might have benefit from mental health services will not seek help or fail to fully participate. Patients with panic disorder are rather forced to concentrate on somatic aspects of anxiety. A lot of prejudicial beliefs, emotions, and behaviours cause the discrimination against people labelled as mentally ill. Unfortunately, public prejudice and self-stigma may provide equally large barriers to achieving and enjoying life opportunities. Families worrying from stigma often keep patient from early psychiatric intervention. Labelling mentally ill patients is quite often from health care workers, especially physicians, who can exaggerate or underestimate the level of problems. Individuals who have more information about mental illness are less prejudiced against the mentally ill. Destigmatization can be reached through educating the families and public about the realities and myths of mental illness.

Key words: mental illness stereotype, heterostereotype, autostereotype, labelling process, panic disorder, agoraphobia, implication for treatment, countertransference.

Psychiatr. praxi 2012; 13(3): 100–103

Úvod

Přibližně 25 % populace má někdy v životě tak velké psychické problémy, že vyhledá profesionální pomoc. Odhadem má psychické problémy někdy v životě i dalších 25 %, ale pomoc nevyhledají. Většina poruch má dočasný charakter a spontánně nebo při léčbě ustupuje. Přesto sociální distance zdravých od psychicky nemocných je výrazná. Psychická porucha může být současně vědeckou diagnózou nebo mimo rámec odborného světa a medicíny implicitní sociální nálepkou. Nevýhody pro diagnostikované vznikají ve chvíli, kdy diagnóza ztrácí funkci návodu na léčbu a změní se v sociální stereotyp s vpečetěnou újmou. Z diagnózy tak vzniká sociální stigma (1).

Psychická porucha s sebou přináší psychické potíže a handicap, omezuje člověka v možnostech, jak dosahovat a naplňovat jeho životní cíle, a navíc ohrožuje jedince veřejnou reakcí na její zjištění. Veřejné předsudky a sebestigmatizace

mohou vytvářet bariéru pro dosahování a užívání životních příležitostí (2). Nálepka se stává vážnou překážkou časně a úspěšné léčby (3). Pacienti s úzkostnými poruchami se potýkají jak s nálepkováním ze strany okolí, tak se sebestigmatizací. Strach nemocného ze stigmatizace mu často brání vyhledat adekvátní pomoc u psychiatra. Psychickou stránku problémů proto obvykle popírá, snaží se najít somatické vysvětlení pro své potíže a vyhledává somatické odborníky. Řada pacientů hlídá svoje zevní projevy nervozity („aby ostatní nepoznali, že je blázen“), ty se však vymykají z kontroly a pacient se chová „nervózně“. Mívá výrazný strach ze zbláznění se, ale psychiatrovi se přesto vyhýbá, protože „ten by to poznal“. U panické poruchy se pozornost pacienta i okolí soustřeďuje hlavně na somatické projevy strachu a úzkosti. Somatické vyjádření bývá lépe tolerováno, vyvolává spíše soucit a potřebu pacienta chránit než odmítnutí. Projevy úzkosti u panické poruchy bývají tak dra-

matické, že i okolí snadno uvěří, že jde o vážné tělesné onemocnění. Psychiatrická diagnóza bývá zklamáním jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Pokud pacient rozvine agorafobii, okolí je k pacientovi tolerantní a on sám sobě mnohdy také „odpouští“ někdy i velmi extrémní vyhýbavé chování. Vyhýbání je hodnoceno jako „slabost“, „nedostatek odvahy“ a spíše se přičítá osobnosti nemocného; on to sám vnímá podobně („jsem neschopný to překonat“).

Slabost, nedostatek odvahy i stud jsou u žen lépe tolerovány než u mužů. Pacient vnímá své potíže podobně jako jeho okolí. Jeho autostereotyp mu v léčbě brání. „Mám prostě takovou povahu a ta se nedá změnit.“ Stigmatizace výrazně ovlivňuje cestu k pomoci na mnoha rovinách. Identifikovaný interní nebo chirurgický pacient si přichází a je odeslán ke zdrojům pomoci přímo. Identifikovat sebe coby psychiatrického pacienta je daleko obtížnější. Kvůli obavám ze stigmatizace zde výrazně fungují obranné

mechanizmy popření a potlačení. Postižený hledá jinou příčinu, zejména ze somatické oblasti. A dokonce ani pokud sám pacient nebo okolí identifikují potíže jako psychické, stále to neznamena, že se pacient k pomoci dostane. Rodina i sám pacient mají tendence nejdříve vyčkávat, zda potíže neodezní spontánně. Zda nepomůže dovolená, relaxace nebo cokoli „přirozeného“, „normálního“. Nedostaví-li se zlepšení, obvykle se vyčkává dál. Řada lidí s panickou poruchou a/nebo agorafobií se raději naučí poruše přizpůsobit svůj život a život rodiny, než by přišli k léčbě. Cestu k pomoci mohou však znesnadnit i samotní zdravotníci. Řada praktiků je velmi nejistá, když má sdělit pacientovi, že by bylo dobré vyhledat psychiatra. Protože sami vnímají potíže pacienta jako nálepku, bojí se mu je sdělit, aby se na ně nešťval. Raději to odloží nebo zkusí léčbu sami. Je otázkou, nakolik je tato léčba adekvátní. Řada pacientů s panickou poruchou se tak dostává do léčby s velkým zpožděním a často již chronifikovanou poruchou.

V populaci může být také „stigmatizován“ určitý druh léčby nebo léčebný postup. Rodina i pacient mohou mít různě označovanou i samotnou psychiatrickou léčbu. Léky mohou pokládat za jedy, které mění psychiku, psychoterapii za brain-washing. Postižený člen by se měl raději vzchopit, dobře jíst a mít hodně sexu; nervy obalené tukem jsou odolné proti vzniku duševní poruchy, proto postižený potřebuje vydatnou tučnou stravu... V populaci jsou určité druhy léčby preferovány a jiné zavrhovány.

Problémem pro léčbu v širším slova smyslu může být i stigmatizace oboru. Psychiatrie v minulosti byla v některých systémech zneužívána (nacismus, komunismus), v každé společnosti kromě léčebné funkce má také funkci kontrolní (detence deviantních jedinců), a psychiatr je proto často vnímán jako „agent kontroly“. Další laické přesvědčení, že psychiatrické poruchy nejsou v pravém slova smyslu nemocemi, když je porovnáme se somatickými, vede k nedůvěře v možnosti psychiatrické léčby. Veřejnost často vyjadřuje nevoli vůči psychiatrům. Jsou ironicky značkováni jako „taky blázni“ a celkově mohou budit nedůvěru, zejména u méně vzdělaných lidí. Jak nedůvěra v možnosti pomoci, tak strach, že „moc do mě vidí“ a „ještě by na mně něco našel“, jsou postoje, které snižují pocit bezpečí v přítomnosti psychiatra. Jednou z možností, jak se nejistotě ubránit, je vysmát se jí. Proto jsou vtipy o psychiatrech vděčné. Ve filmech bývají často znázorňováni jako podivíni.

Stereotyp duševně nemocného a stigmatizace

Stereotypy v sociální psychologii jsou chápány jako rigidní, pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků (4). Stereotyp umožňuje rychlou kategorizaci a ovlivňuje očekávání i chování lidí, a to i v situacích, kdy vlastní zkušenosti jsou malé nebo vůbec žádné. Stereotypy v posuzování se týkají skupin lidí, tříd, nebo určitých představitelů obyvatel (tělesně handicapovaní, psychicky nemocní), popřípadě i celých národů a ras (Žid, černoch, Cikán apod.). Sociální psychologové rozlišují mezi tzv. *autostereotypy*, tj. představami a míněním, které mají příslušníci určité skupiny o sobě samotných (např. psychicky nemocní o psychicky nemocných), a *heterostereotypy*, které mají o členech skupin jiných (tzv. zdraví o psychicky nemocných). Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Dochází k zastírání i výrazných individuálních vlastností a odlišnosti u jednotlivých členů určité skupiny. Jedním z typických stereotypů je *stereotyp duševně nemocného*. Tento stereotyp může mít pro jedince pozitivní i negativní důsledky. Mezi pozitivní může patřit ochrana jedince, soucit s ním, osvobození od různých aktivit, kladení menších nároků na výkon a role v životě. Pozitivní důsledky zjevně nepřevažují. Typickým negativním důsledkem je stigmatizace.

Sociolog Erving Goffman (5) v klasické knize sociologie analyzuje stigma a ukazuje, že osoba se stigmatem je nejčastěji definována jako „horší než člověk“. Stigmatizace byla proto často zneužívána k ideologickým účelům. Stigmatizace se může manifestovat jak pocitem méněcennosti nositele, tak znehodnocujícím přístupem okolí. Běžně ve společnosti je nemoc jediná deviace, za kterou není nositel vnímán odpovědným a není sankciován. To však neplatí pro historicky stigmatizované nemoci (lepra, tuberkulóza, pohlavní choroby, psychické poruchy). U psychických poruch je odmítání teoreticky vázáno na pokračující odchýlné chování, které pro okolí vyjadřuje určitý stupeň ohrožení. Proč stigmatizace a tím i odmítání fungují i u poruch, kde takovéto odchýlné chování není vyjádřeno (např. u panické poruchy a agorafobie), je otázkou. Pravděpodobně zde funguje samotná nálepka – její účinnost může být v určitém období větší než další informace o jedinci. Navíc nálepka „duševní porucha“ nebo „duševní nemoc“ odhlíží od jejich různých typů. Funkci nálepky bohužel plní i informace o kontaktu s psychiatrickými institucemi, zejména informace o hospitalizaci. Jedinec, který nálepku

získal, je vystaven zvýšené společenské kontrole s tendencí vykládat každé (i domnělé) vybočení z normy ve smyslu získané nálepky (6). Odezvě sociálního prostředí, která vyústí do závěru „duševní porucha“, se říká *značkovací nebo nálepkovací reakce*. Na laické úrovni se používají tradiční nálepky (charakter, zhroucení, zbláznění), na odborné úrovni diagnostické nálepky. Nálepka může mít jak nápravný, tak stabilizující vliv na deviantní chování. Nápravný vliv funguje skrze identifikování poruchy a její léčbu. Mechanizmy *stabilizujícího* vlivu mohou být různé: (a) pacient mění obraz o sobě samotném a své chování pod vlivem nálepky nebo aby se jí zbavil; (b) retrospektivně interpretuje své chování ve smyslu deviace („vždy jsem byl úzkostný“); (c) pro okolí může sloužit jako status: neponechává místo pro jiné vlastnosti, než obsahuje stereotyp (jedinec je redukován na „hypochochondra“). Jednou osvojený obraz je odolný vůči modifikujícím vlivům, přestože má často fiktivní charakter. Tato stálost fiktivního obrazu v čase se označuje také jako „*stereotyp obrazu o duševně nemocném*“, u kterého je předpokládána „*kariéra duševně nemocného*“ (7). Často vůbec nezáleží na tom, o jaký typ duševního onemocnění se jedná, např. zda o psychózu nebo neurotické projevy. To, že se postižený léčí na psychiatrii, může pro něj znamenat, že je automaticky zařazen mezi „duševně choré“. Laická veřejnost tím označuje závažné a extrémní psychické poruchy. Proto se lidé trpící neurózou tak silně psychiatrické diagnózy obávají. Základním chováním laiků k označenému duševnímu nemocnému je „odstup“ a snaha postiženého jedince „pozorovat“, eventuálně izolovat. Laici si všímají především vnějších projevů postiženého – výrazu, pohybu, fyziognomie, postojů a řeči a registrují neobvyklé projevy. Pro intenzitu odmítání značkových jedinců je rozhodující způsob laické interpretace původu porucha.

Zatímco pojem „blázna“ zná laická veřejnost již dávno, nemá adekvátní pojem pro označení neurotického onemocnění (7). Pojem „nervozita“ vystihuje spíše iritabilitu u úzkostných poruch nebo poruch osobnosti. Řada poruch však není hodnocena jako duševní. Zejména u neurotických a úzkostných poruch, kde jsou průvodní somatické nebo vegetativní projevy jako palpitace, závratě, parestezie, dušnost, je předpokládána jasně somatická příčina. Předpokládaná somatická příčina pak umožňuje vyhnout se nálepkování duševní poruchou a jeho důsledkům. U panické poruchy se pacient často brání přijmout nálepku psychiatrického pacienta natolik, že potlačuje nebo vytěšňuje z uvědomění emoční změny a upíná se k somatickým příznakům (8).

Rodina a strach z nálepkování

Ze strachu ze stigmatizace někdy příbuzní odrazují svého člena od léčby na psychiatrii. Jakoby platilo, „*kdo se léčí na psychiatrii, je blázen*“. Rodina se obává jak toho, že bude označen za duševně nenormálního její člen, tak že „cejch“ dostane celá rodina. Snaží se ho tedy přesvědčit, „*aby se vzchopil*“, eventuálně mu pomáhají se zabezpečovacím chováním (příbuzní za něj vyřizují věci na úřadech, všude ho vozí, poskytují úlevy v oblastech, kde má pacient strach). Toto chování zpravidla zpevňuje příznaky poruchy (9). Rodina také často nevěří psychiatrům. Navíc může mít rodina svérázné postoje k léčbě a psychiatrickou intervenci pokládá za zbytečnou: „*Měl by se oženit či měla by se vdát, začít žít sexuálním životem, pořádně pracovat, obalit se tukem*“.

Sebeznačkování u pacienta

Označení člověka za duševně nemocného mívá velmi často za následek různé formy represe, sociálního i existenčního ohrožení. Není divu, že se lidé takovému označení brání, a pokud možno se psychiatrovi vyhnou nebo se snaží odstranit nebo zmírnit následky *značkovacího procesu*. Laický přístup k subjektivnímu prožívání duševních potíží samotným postiženým je rovněž svérázný. U neurotických poruch postižený často podléhá silné úzkosti „*aby se z toho nezbláznil*“ nebo už začíná věřit, „*že se zbláznil*“. Velmi často touží, aby to nikdo na něm nepoznal (pak nám říká, že „*před ostatními hraje, že mu je dobře*“). Proto se může izolovat od ostatních, „*aby to na něm nepoznali*“. Strach ze stigmatizace může být tak velký, že někteří pacienti dokonce mají strach o sobě více mluvit i před odborníkem a potíže bagatelizují (10). Jindy se snaží úzkost v sobě potlačit, nebo jí rozumí až jako důsledku tělesných potíží. To jim umožňuje subjektivně vyklouznout ze stereotypu duševní poruchy a dostat se do sociálně příznivějšího stereotypu tělesného onemocnění (neznačkováného, pro které mají všichni pochopení, jako je např. infarkt myokardu, nebo závažného, pro které se budou všichni snažit, jako je rakovina).

Pacient (podobně jeho rodina) se ke svým psychickým problémům může vztahovat jinak, pokud je vnímá jako „nemoc“ (je její „obětí“ a očekává pomoc od druhých, hlavně od lékaře, léků, sám je pasivní a čeká, že nemoc se „vyléčí“), než pokud je vnímá jako „poruchu“ (většinou tomu rozumí jako dlouhodobému „stavu“, na který se musí adaptovat a pasivně jej přijmout) či jako „reakci na stres“ (nejčastěji očekává, že bude politován, pokud stresor trvá, někdo zařídí, aby byl odstraněn).

Nálepkování lékařem

Postoj lékaře a psychiatra k duševním poruchám je výrazně poplatný jednak názorům sociální skupiny, jednak medicínské výchově. Oproti normalizační reakci laiků mají odborníci větší pohotovost k nálepkovací reakci. Je to vysvětlováno vštěpovanou zásadou, že přehlédnutí nemoci je mimořádně vážná chyba, zatímco její mylné diagnostikování je závada menší (6). Může tedy být něco na laickém tvrzení, že „*psychiatr vidí bláznů všude*“. U odborníků se můžeme setkat jak s přeceňováním závažnosti poruchy – u méně srozumitelné symptomatologie – tak se zlehčováním závažnosti duševní poruchy pro postiženého i okolí („*jste jen přepracovaná*“). Lidé z nižších sociálních vrstev dostávají častěji závažnější diagnózu. Přeceňování bývá také spojeno s představou o převážně biologické, zlehčování o převážně psychologické srozumitelnosti etiologie.

To, jak bude pacient léčen, výrazně záleží na *terapeutickém vztahu*. Vnitřní postoj terapeuta k pacientovi je rozhodující pro terapeutovu angažovanost. Pokud si řekne, že jde o poruchu osobnosti, již předem terapeut očekává terapeutickou neovlivnitelnost a jeho snaha v terapii se minimalizuje (11). Pacienta ve svých očích stigmatizuje. K nálepkování pacienta dochází častěji v případech, kdy zdravotník počítá s *obtížnou léčbou*. Více bývají nálepkované osoby z nižších sociálních vrstev, než pochází terapeut, ty jsou také méně intenzivně léčeny (7). Rovněž však velmi často dává psychiatr *nálepku hůře léčitelné diagnózy* u pacientů, kteří jsou mu nesympatičtí nebo u kterých se mu nedaří navázat dobrou spolupráci, či kteří jej kritizují. Často k tomu používá před sebou i personálem hanlivého synonyma diagnostické nálepky (je to „*hysterka*“, „*psychopat*“, „*kverulant*“, „*paranoik*“, „*hypochondr*“, „*hraničář*“). *Hanlivé nálepky* zde často slouží jako obrana terapeuta, která zdůvodňuje vlastní neúspěch nebo také neochotu se mu intenzivněji věnovat (10). Ze zkušeností z výcviků a supervizí se mi zdá, že platí nepřímo úměrně: čím více terapeut své pacienty značkuje, tím méně je terapeuticky úspěšný a má užší okruh pacientů, kterým je schopen pomoci. Paradoxně nejvíce značkují profesionálové, kteří mají sami řadu maladaptivních neurotických nebo osobnostních rysů.

Destigmatizace

Postoje blízkých lidí, se kterými nemocný přichází do styku, mohou být pozitivně měněny edukačními programy nebo rodinnou terapií. Rodina obvykle dlouho vzdoruje možnosti, že její člen trpí duševní poruchou. Když takový závěr

přijme, je důležité podpořit její úsilí o reintegraci značkováného člena zpátky do skupiny.

Destigmatizaci je potřeba zaměřit také na pacienty samotné, kteří jsou obětí svých starých či nově získaných stereotypů myšlení. Návrat do „*zdravého světa*“ může u pacientů vyvolávat značnou úzkost a být spojen se silnými pocity minority. Proti těmto dopadům mohou velmi dobře posloužit *svépomocné skupiny*. Existence svépomocných skupin má jasný účel – poskytnout psychickou podporu lidem trpícím psychickou poruchou a jejich rodinám. Svépomocné skupiny pomáhají vyrovnat se jak s psychickými problémy, tak se stigmatizovaným postavením ve společnosti.

Důležitou roli v procesu proměny postojů k duševně nemocným má *zdravotnická osvěta a výchova*. Informovanost současné populace o problematice neuróz, úzkostných a somatoformních poruch je relativně malá. Nedostatečná informovanost pomáhá udržovat nepříznivý stigmatizovaný stereotyp duševně nemocného s celou řadou předpokladů o jeho chování a léčbě. Aby byla změna v této oblasti možná, je potřeba nejdříve dobře *porozumět procesu stigmatizace, utváření stereotypu a jeho udržování* v populaci, u pacientů i zdravotníků. Stigmatizace sama vzniká pravděpodobně z pocitů ohrožení odlišností. Pokud vnímáme skupinu lidí jen podle odlišnosti, zdá se nám být více cizí a tím pádem nás více ohrožuje.

Při konkrétní práci s pacientem je konečně důležité sledování vlastních myšlenkových pochodů (kognicí), které ve vztahu k němu máme. Práce s protipřenosem je kontinuální proces v průběhu celé terapie. Značkování znamená vždy negativní protipřenos, který používáme jako obranný mechanismus u pacientů, kteří se neléčí dost rychle na to, aby saturovali naši potřebu úspěchu, nebo kteří nám nejsou dostatečně vděční (či dokonce nás kritizují), chtějí více naší péče, než jsme jim ochotní dopřát, kterým závidíme (pokud jsou v životě úspěšnější než my). Značkování nám dává falešný pocit, že jsme hodnotnější než ten, koho značujeme.

Závěr

Panická porucha, přestože z psychiatrického hlediska nepatří mezi nejzávažnější psychické poruchy, může samotným faktem, že se jedná o psychickou poruchu, vést ke stigmatizaci pacienta nebo k jeho sebestigmatizaci. Zejména sebestigmatizace pak vede k oddalování nebo odmítání účinné psychiatrické léčby, protože pacient se stigmatizace obává.

Podpořeno grantem
IGA MZ ČR NS 10301-3/2009.

Literatura

1. Praško J, Grambal A. Sociální psychiatrie. In: Praško J (ed). Obecná psychiatrie. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. Olomouc 2011: 351–382.
2. Corrigan PW, Rowan D, Green A, et al. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. Schizophr Bull. 2002; 28(2): 293–309.
3. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. World Psychiatry 2008; 7(3): 185–188.
4. Hyhlík F, Nakonečný M. Malá encyklopedie současné psychologie. Státní pedagogické nakladatelství Praha 1977: 340.
5. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Penguin, Harmondsworth 1963: 320.
6. Chromý K. Duševní nemoc. Sociologický a sociálně psychologický pohled. Avicenum Praha 1990: 84.
7. Janík A. Veřejnost a duševně nemocný. Avicenum, Praha 1987: 190.
8. Shape M, Wessley S. Chronic fatigue syndrom. In: Gelder MG, López – Ibor JJ, Andreasen A (eds.): New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press 2000: 1112–1121.
9. Praško J, Sigmundová Z. Stigmatizace a autostigmatizace. In: Praško J (ed): Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. Olomouc 2010: 79–89.
10. Praško J. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. Psychiatrie 2001; 5(1): 32–37.
11. Praško J. Léčba poruch osobnosti. In Praško (ed): Poruchy osobnosti. Portál. Praha 2003.

Článek doručen redakci: 10. 10. 2011

Článek přijat k publikaci: 23. 1. 2011

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie FN Olomouc
a LF UP v Olomouci

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
jan.praskopavlov@fnol.cz

