

## rozhovor

# ROZHOVOR S PROFESOREM KATSCHNIGEM



Profesor Heinz Katschnig ukončil studium na Vídeňské univerzitě v roce 1968, v letech 1974 až 1976 absolvoval stáž na Institutu psychiatrie na Londýnské univerzitě a na Londýnské vysoké škole hygieny a tropické medicíny. V roce 1988 se stal profesorem psychiatrie na Lékařské univerzitě ve Vídni, kde následně v letech 1991 až 2007 působil jako přednosta kliniky psychiatrie a psychoterapie. Od roku 1977 je ředitelem Ludwig Boltzmann institutu sociální psychiatrie ve Vídni. Mezi jeho oblasti vědeckého zájmu patří především výzkum na poli sociální psychiatrie, modelů zdravotních služeb, kvality života psychiatrických pacientů, a dále problematika schizofrenie, jakož i afektivních a úzkostných poruch. Profesor Katschnig je autorem více než 400 publikací, editorem několika odborných knih, mezi jinými „Životní události a duševní onemocnění – kontroverzní otázky“, „Kvalita života u duševních onemocnění“, dále je editorem časopisu „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology“ a zůstává i nadále aktivní v řadě organizací (Světová zdravotnická organizace, různé evropské instituce atd.) zabývajících se duševním zdravím.

*e-mail: heinz.katschnig@meduniwien.ac.at*

Pane profesore, v časopise *World Psychiatry* jste publikoval článek „Jsou psychiatři ohroženým druhem? Zamyšlení nad vnitřními a vnějšími výzvami v současné psychiatrii“,<sup>1</sup> který vzbudil velkou pozornost. Rádi bychom vám položili několik otázek k článku, ale nejprve bychom se chtěli zeptat na vaše začátky v oboru psychiatrie.

### Proč jste se rozhodl pro psychiatrii a čím byla tato Vaše volba ovlivněna?

O psychologii a sociální témata jsem se zajímal již v době dospívání v 50. letech. Dnes si myslím, že tento můj zájem ovlivnila skutečnost, že pocházím z rodiny uprchlíků a jako dítě jsem byl nucen často měnit sociální prostředí. Nějakou dobu jsem uvažoval o studiu sociologie, psychologie a filozofie, ale pak jsem dospěl k názoru, že bude lepší, když před tím poznám lidské tělo a jeho fungování po fyzické stránce. Proto jsem v šedesátých letech studoval medicínu na Univerzitě ve Vídni. V posledním ročníku jsem se zároveň zapsal ke studiu sociologie, kde jsem se seznámil s metodami empirického výzkumu ve společenských vědách. Zároveň jsem si uvědomil, že vědecká východiska psychiatrie jsou nedostačující, a velmi mě lákalo zapojit se do vědeckého výzkumu v tomto oboru. Přihlásil jsem se tedy na pozici asistenta na Psychiatrické a neurologické klinice Univerzity ve Vídni a byl jsem přijat.

### Jaké byly Vaše začátky?

Začátky byly typické pro klinickou praxi. Když jsem v roce 1968 nastoupil, byla Psychiatrická a neurologická klinika Univerzity ve Vídni pracovištěm, kam byli odesíláni všichni akutně nemocní psychiatrickí pacienti (včetně pokusů o sebevraždu) z celé Vídně, která měla 1,5 milionu obyvatel. To znamená asi 6000 přijatých pacientů za rok, takže jsem získal cenné zkušenosti s celou škálou akutních psychických onemocnění a jejich léčbou. Z tohoto solidního klinického základu čerpám po celý svůj profesní život. Zpočátku mi však chyběla zkušenost s pacienty žijícími v komunitě, protože v té době neexistovaly téměř žádné komunitní služby. Tyto zkušenosti jsem naštěstí získal později při práci mimo univerzitu. Během prvních let mé kariéry mě významně ovlivnily tři zkušenosti. Za prvé jsem byl požádán, abych připravil plán reformy psychiatrických služeb ve Vídni. Proto jsem se musel seznámit se zkušenostmi zahraničních institucí a navštívil jsem kvůli tomu řadu evropských zemí. Za druhé jsem získal dvouletý grant na studium na Institutu psychiatrie a Vysoké škole hygieny a tropické medicíny v Londýně, kde jsem studoval epidemiologii. A zatřetí jsem se stal dočasným poradcem Světové zdravotnické organizace pro projekty týkající se duševního zdraví. Díky těmto zahraničním zkušenostem se ve mně vyvinul smysl pro vnímání rozdílů mezi systémy péče o duševní zdraví v jednotlivých zemích a zároveň jsem byl schopen kriticky zhodnotit systém ve své vlastní zemi.

<sup>1</sup> Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010; February; 9 (1): 21–28.

**Kdo byl Vaším učitelem a co nejdůležitějšího Vás naučil?**

Významně mě ovlivnili čtyři lidé. První z nich byl profesor Hans Strotzka, psychoanalytik, který v šedesátých letech přednášel sociální psychiatrii na Univerzitě ve Vídni. Ukázal mi, jak lze propojit medicínu, kterou jsem vystudoval, se sociologií, která byla mým koníčkem. Publikoval rozsáhlou studii týkající se sociálních a psychiatrických aspektů epilepsie a epidemiologickou studii zaměřenou na pacienty s duševními chorobami ve všeobecné lékařské praxi. Pracoval jako psychiatr pro úřad Vysokého komisaře OSN pro uprchlíky a na mezinárodní scéně byl zavedeným a uznávaným odborníkem (což bylo na rakouského psychiatra v té době velmi neobvyklé). Když se v roce 1972 stal přednostou nově založené kliniky psychoterapie na Vídeňské univerzitě, přesvědčil mě, abych na psychiatrické klinice prosazoval přístup zohledňující sociální aspekty psychologie, což se mi s jeho pomocí podařilo. Nejdůležitější věcí, kterou jsem se od něj naučil, bylo používat v psychiatrické praxi selský rozum. Moje chápání psychiatrie výrazně ovlivnily ještě tři další osobnosti. Byl to profesor Peter Berner, který mě vyučoval psychopatologii, a dále profesor Michael Shepherd a profesor John Wing z Londýna, kteří mě seznámili s epidemiologickými a sociologickými metodami výzkumu v psychologii. S podporou těchto svých učitelů jsem na Psychiatrické klinice ve Vídni založil Oddělení sociální psychiatrie. Jednalo se o klinické oddělení, které používalo farmakologickou léčbu a zároveň se zabývalo koncepty, jako je kvalita života, zátěž pro rodinu, životní události a výzkum v oblasti zdravotnických služeb. Zásadou používání zdravého rozumu jsem se řídil i v následujících letech, kdy jsem otevřel denní stacionář pro psychiatrické pacienty, několik ubytovacích zařízení pro klienty mimo prostory nemocnice, založil asociaci rodinných příslušníků duševně nemocných (HPE) a další služby fungující mimo psychiatrickou kliniku. V letech 1991 až 2007 jsem byl na této klinice přednostou a mohl jsem se tak vrátit ke svým počátkům a zabývat se otázkami sociální psychiatrie a veřejné zdravotní péče o duševně nemocné v rámci každodenní praxe na fakultní klinice, v době, kdy na psychiatrických klinikách po celém světě hrály hlavní roli biologické aspekty léčby duševně nemocných.

**Proč jste se přestal věnovat psychiatrii a začal se zabývat tématem financování péče o duševní zdraví?**

V roce 2007 jsem dosáhl důchodového věku. Mohl jsem dál provozovat svou soukromou ordinaci, ale chtěl jsem svou čtyřicetiletou zkušenost z psychiatrické praxe zúročit v jiné oblasti související se sociálními tématy. Ekonomický kontext péče o duševní zdraví je oblastí, ve které se spojují všechna sociální a psychologická témata, o která jsem se vždy zajímal. Můžeme si například položit otázku, jak ovlivňují různé způsoby plateb kvalitu psychiatrické péče nebo jaké důsledky má financování psychiatrických služeb z daní nebo z povinného či soukromého zdravotního pojištění. Abychom našli odpovědi na tyto a další podobné otázky, musíme vzít v úvahu psychologické, sociologické, politické a ekonomické aspekty. To je velice náročná, ale také neskutečně zajímavá práce, protože při ní musím propojovat celou řadu obecných politických témat (např. veřejné vs. soukromé zdroje, státní vs. osobní odpovědnost)

se svými mnohaletými zkušenostmi s potřebami osob trpících duševním onemocněním.

**V České republice bude brzy zaveden systém DRG. Jaké jsou Vaše zkušenosti s používáním systému DRG v psychiatrii v jiných zemích?**

Systém DRG používaný pro platby za nemocniční služby není ve všech zemích stejný. Nicméně obecně lze říci, že v případě psychiatrické péče nefunguje. Proč tomu tak je? Za prvé proto, že mezi mezinárodně uznávané principy léčby dnes patří komunitní a kontinuální péče. Nemocnice je pouze jednou z mnoha složek komplexního systému psychiatrické péče. Mechanismus financování je třeba přizpůsobit těmto principům. Je třeba financovat různé „zdroje péče“ a nikoli jednotlivé typy služeb, jako jsou například služby poskytované v nemocnicích. Systém DRG navíc nemocnice svým způsobem nutí pacienty propouštět co nejdříve a přijímat jich co nejvíce, aby si zajistily dostatečný příjem a byly schopny ekonomicky přežít. Takový přístup však nemusí být vždy v souladu s potřebami pacienta. Kromě těchto skutečností však ekonomická analýza prokázala ještě jeden významný fakt – systém plateb za nemocniční péči vycházející z psychiatrické diagnózy je sám o sobě problematický, protože výzkum prokázal, že psychiatrickou diagnózou lze přímo odůvodnit pouze malé procento péče poskytované pacientům psychiatrických klinik.

**Jakých největších chyb se podle Vás psychiatrie dopustila?**

Ve svém článku v časopise World Psychiatry, který jste zmínil na začátku našeho rozhovoru, jsem slovo „chyba“ záměrně nepoužil, ale předložil jsem v něm důkladnou analýzu několika problémů, které možná přispívají k celosvětovému poklesu počtu zájemců o naši profesi. Slovo „chyba“ je trochu tvrdé a navíc obviňující a pesimistické. Nicméně bych zde rád zmínil několik „chyb“ nad rámec toho, co už jsem napsal v článku. Zaprvé si myslím, že se psychiatrie až příliš pozdě otevřela nemedicínskému přístupu k duševním onemocněním a tento přístup se stal doménou jiných profesí (které nám nyní konkurují a veřejně nás obviňují z toho, že „jen předepisujeme léky“). Víím, že existuje i opačný názor, že psychiatrie by se měla více soustředit na medicínskou stránku věci, ale domnívám se, že v tom případě by zájem o naši profesi poklesl ještě více. Druhým problémem je, že pro psychiatrii již není středem zájmu požadavek důkladného posouzení psychopatologických jevů. K tomuto posunu paradoxně přispělo zavedení „provozních“ kritérií do diagnostických manuálů, které vyvolávají dojem, že stanovit diagnózu na základě strukturovaného rozhovoru může po krátkém zaškolení téměř kdokoli. A třetím problémem podle mého názoru je, že pro psychózy stále používáme diagnostický systém vytvořený na základě klinických zkušeností s psychiatrickými pacienty z druhé poloviny 19. a první poloviny 20. století. Navíc se jednalo o pacienty s velmi těžkými poruchami, se kterými většinu současných pacientů není možné porovnávat.

**Jste mimo jiné i šéfredaktorem časopisu Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (SPPE). Pozorujete**

**nějaké změny paradigmatu v sociální psychiatrii? Jak byste popsal vývoj pojmů deinstitucionalizace, reinstitucionalizace a trans-institucionalizace? A co to pro nás znamená?**

Je pravda, že sociální psychiatrie poukázala na negativní jevy týkající se dodržování lidských práv, stigmatizace a výsledků léčby ve velkých psychiatrických zařízeních. Stejně tak je pravda, že takzvaná deinstitucionalizace často znamenala pouhou přeměnu (trans-institucionalizaci) nemocnic na jiné typy zařízení, ale pro pacienty se toho příliš nezměnilo. Sociální psychiatrie klade velký důraz na komunitu a jejím cílem je začlenit psychiatrické pacienty do společnosti, jakmile to je jen trochu možné, a zabránit jejich vyloučení do zdravotnických zařízení. Sociální psychiatrie se však neomezuje jen na tyto koncepty a nelze ji vymezit pouze vztahem k institucím. Sociální psychiatrie se zabývá vlivem všech „sociálních“ faktorů a jejich interakcí s faktory individuálními (biologickými a psychologickými) v etiologii a patogenezi, v klinickém obrazu a průběhu onemocnění a při jejich léčbě. Sociální faktory jsou rozmanité a zahrnují jak prostředí pacienta, jeho rodinu, přátele a životní podmínky, tak instituce, jako jsou školy, pracovní prostředí a nemocnice, a makrosociální faktory na společenské a kulturní úrovni, mezi které spadají i otázky ekonomické a problematika stigmatizace a diskriminace. SPPE vydává články zabývající se všemi těmito aspekty. Institucionální péče a její alternativy jsou pouze jednou částí tohoto spektra.

**Dva roky působíte v Rumunsku jako poradce pro reformy v oblasti psychiatrické péče. Jakou nejceněnější zkušenost jste tam získal?**

Za prvé jsem už ze zkušeností se zdravotnictvím ve své vlastní zemi věděl, že změnit systém péče o duševní zdraví, který prošel určitým historickým vývojem, má specifický právní rámec a zavedené instituce, a navíc čelí problému stigmatizace pacientů i celého oboru, není jednoduché. Všechny tyto faktory spolu souvisí. Dále je klíčové spojit se s uživateli a poskytovateli péče a společně se snažit přimět ke spolupráci novináře a politiky (někteří z nich mají psychicky nemocného pacienta v rodině, takže je snazší si je získat). A konečně musíme najít vhodný a oboustranně výhodný způsob spolupráce s ostatními profesemi v oboru péče o duševní zdraví.

**Kdybyste se stal rakouským ministrem zdravotnictví, jaké tři věci byste se pokusil změnit jako první?**

Samozřejmě bych byl nucen se zabývat všemi zdravotnickými obory. Pokud jde o psychiatrickou péči, snažil bych se zdůrazňovat, že péče o psychiatrické pacienty vyžaduje odborníky se skutečným zájmem o věc a je finančně náročná. Ve všeobecné medicíně dnes využíváme velmi drahé přístroje (jako je např. MRI), proč tedy nevyakládáme stejné množství prostředků na to, abychom zaplatili větší počet odborníků a jejich kvalitní vzdělávání? Za druhé by měl být vytvořen jednotný mechanismus plateb a měly by být vyvinuty nové způsoby financování, například z krajských a individuálních rozpočtů, aby se zabránilo tomu, že jednotliví poskytovatelé služeb a instituce budou pracovat tak, aby především zvýšili svůj vlastní příjem (jako je tomu v případě systému DRG). Za třetí bych usiloval o spolu-

práci s kolegy z jiných ministerstev, zejména s ministerstvem práce a sociálních věcí, abychom společně zajistili maximální začlenění psychiatrických duševně nemocných do společnosti.

**Tím se dostáváme k Vašemu článku „Jsou psychiatrii ohroženým druhem? Zamyšlení nad vnitřními a vnějšími výzvami v současné psychiatrii“. Proč jsou podle Vás psychiatrii ohroženým druhem?**

Odpověď je jednoduchá: protože počet psychiatrů celosvětově klesá. Je tomu tak proto, že klesá počet zájemců o práci v tomto oboru. V článku jsem se pokusil analyzovat důvody tohoto poklesu a popsat problémy vycházející zevnitř našeho oboru (rostoucí pochybnosti ohledně znalostní báze, neexistence jednotné teoretické základny) a problémy vnější (sílicí kritika ze strany pacientů a jejich blízkých, konkurenční profese, stigmatizace psychiatrie a psychiatrů). Když to shrnu, lze říct, že psychiatrie ztratila svou jednoznačnou identitu. Psychiatr dnes nemá jasně vymezený profil a naše profese je rozštěpená do řady specializací, a dokonce lze říci, že je pohlcována neurologií na jedné straně a na psychoterapii na straně druhé. Takže se může stát, že psychiatrie časem zanikne a stane se součástí jiných oborů.

**Dovolte nám nyní položit Vám Vaši vlastní otázku, kterou jste ve svém článku ponechal nezodpovězenou. Jak máme udržet rovnováhu mezi svou vlastní identitou a dalšími profesemi – psychology, psychoterapeuty, neurology –, na poli, kde dochází ke stále běžnějším a zvětšujícím se přesahům. A jak má být realizována uspokojivá spolupráce?**

Pokud má psychiatrie jako profese přežít, musí vzniknout nová profese všeobecného psychiatra (pro dospělé pacienty), s adekvátním vzděláním, kontinuálním vzděláváním a supervizí. Toto vzdělání musí zahrnovat všechny aspekty psychopatologie, komunikační dovednosti, biologické základy psychických poruch, psychoterapeutický výcvyk a dobré porozumění pro potřeby pacientů a jejich rodin. Kromě této profese všeobecného psychiatra už podle mého názoru potřebujeme jen dvě další profese – dětského a soudního psychiatra. Se všemi těmi dalšími profesemi, které jste jmenovali, bude samozřejmě obtížné definovat přesně jeho pozici. Musejí být vyřešeny otázky konziliárních postupů, týmové práce a adekvátního ohodnocení. V dobách až přílišné specializace nepochybně bude poptávka po všeobecném psychiatrovi, který neposkytuje jen jeden způsob řešení problému, jak to specialisté často dělávají v duchu „Mám odpověď, máte otázku?“

**Jak by podle Vás měli čtenáři článek číst – jako skutečně vážné zamyšlení, s obavami, že konec naší profese je předvídatelný a nevyhnutelný, nebo jako prezentaci názorů, jejichž cílem je trochu provokovat?**

Vlastně sám nevím. Očekává se, že potřeba odborníků v oblasti péče o duševní zdraví poroste, ale není mi jasné, kdo bude tuto potřebu v budoucnu pokrývat. Napsáním článku mě pověřil bývalý prezident Světové psychiatrické společnosti Mario Maj. Šlo o jednu z mnoha iniciativ, jejichž cílem bylo pomoci definovat profil naší profese a připravit ji na další vývoj. Na druhé straně v mnoha zemích



přebírají úkoly psychiatrie jiné profese, a to nejen v oblasti psychoterapie a sociální psychiatrie, ale také pokud jde o předepisování léků (v řadě států USA mají psychologové oprávnění předepisovat léky). A opravdu si netroufám odhadnout, kam tento vývoj povede.

**Existuje podle Vás možnost, jak překonat paralelní existenci dvou klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV? Nezdá se, že by k tomu docházelo.**

Tato situace existuje od poloviny minulého století. APA publikovala DSM v r. 1952 nedlouho poté, co WHO poprvé ve své historii zahrнула duševní poruchy do své mezinárodní klasifikace ICD 6 v roce 1949. Musíme ovšem zdůraznit, že v té době existovalo mnoho národních klasifikačních systémů, například francouzský, německý nebo ruský a mnohé další. Jediný národní systém, který přežil, je americký DSM, a to díky významnému úspěchu, kterým bylo zavedení operacionalizovaných kritérií v jeho třetí revizi. A nejenže přežil, ale stal se i metodologickým modelem pro MKN-10, i když s různými změnami. Takže tu máme tento nešťastný dualismus, vedoucí k dalším verzím DSM-V a MKN-11, ukazující celému světu, že se psychiatrie nedokážou na svých diagnózách shodnout. A můžeme předpokládat, že APA se nebude chtít svého systému vzdát, mimo jiné i proto, že zisky z prodeje a překladů tohoto manuálu představují značný ekonomický příjem.

**Ve svém článku se tážete, zda psychiatrie dokážou rozlišovat mezi skutečnými duševními poruchami a reakcemi na nepříznivé životní události. Co si myslíte, že vede k psychiatrizaci různých problémů, a mohou si za to psychiatrie sami?**

Je to komplexní problém související s nedostatkem biologických markerů psychických diagnóz. Jedním důvodem je, že psychiatrie od poloviny minulého století postupně rozšiřuje své kompetence (což je charakteristické pro všechny profese). Děje se tak především rozvolňováním definic jednotlivých diagnostických kategorií; například nedávnými návrhy na zařazení hráčství mezi návykové poruchy v DSM-V. V New York Times se nedávno pozastavovali nad tím, co by to znamenalo pro zdravotnické pojišťovny (11/5/2012). Takže se nejedná pouze o neschopnost rozlišit skutečné psychické poruchy od prostých reakcí na životní potíže, ale také o politiku našich profesních organizací. A pak je tu také přání společnosti mít odborníky, kteří „objasní“ různé společenské problémy.

**Tvrdíte, že důvěra ve výsledky léčebných intervenčních studií upadá. Jedním z důvodů je konflikt zájmů ve vztahu lékařů a průmyslu. Co se s tím dá udělat?**

Musíme si uvědomit, že regulační agentury (např. FDA v USA) požadovaly po dlouhou dobu k zavedení nové léčby přesně specifikovanou diagnózu. Takže spolupráce mezi průmyslem na straně jedné (který má finanční zdroje, jež může investovat do vývoje nových léků, a který pochopitelně chce tyto náklady zpět) a lékaři, kteří jsou erudovaní v diagnostice a léčbě duševních onemocnění, na straně druhé, byla ke klinickým studiím a následné popularizaci jejich výsledků na konferencích nezbytná. I velice známí psychiatrie tomu propůjčovali svá jména. A pochopitelně, vždy jsou ve hře peníze, i když nová le-

gislativa v některých státech se tomu snaží zabránit. Navzdory tomu ale psychiatrie zůstávají mezi všemi lékaři číslem jedna na výplatní listině farmakologických firem (<http://projects.propublica.org/docdollars>). Denní tisk také referoval o podepisování výsledků, na nichž se autoři nepodíleli (tzv. ghostwriting), což podlamuje důvěru veřejnosti k naší profesi. Důvěra ve výsledky terapeutických intervencí je otřesena i z jiných důvodů: metody, jakými jsou tyto důkazy získávány, tj. pomocí randomizovaných, kontrolovaných studií na vysoce selektované populaci, vedou k výsledkům, kterých pak v reálné praxi dosáhnout nelze. Nejedním lékem proto musel být v posledních dvou dekáдах stažen z trhu. To se ovšem týká i jiných oborů medicíny.

**Důvod, proč psychiatrie nejsou bráni politiky dostatečně vážně a mají problémy se zlepšením psychiatrické péče a jejím financováním, je podle Vás v absenci koherentních teoretických základů. Ale není existence biologických, psychologických a sociálních komponent v naší disciplíně spíše přidanou hodnotou nežli slabinou? Nebo to jen neumíme „prodat“?**

Integrace biologických, psychologických a sociálních komponent se dá obtížně implementovat a často zůstává jen na papíře. Jsou mezi námi určité skupiny, které se kloní buď výhradně k tomu, či onomu konceptu. Já se ale nevzdávám naděje, že integrace je možná. V současnosti existují snahy o profilaci profese tzv. všeobecného psychiatra, která by integrovala všechny tyto aspekty.

**Pacient, klient, uživatel péče, přeživší psychiatrickou péčí... Co nám říká tato sekvence?**

Reflektuje to nevratnou změnu ve vztahu lékaře a pacienta v průběhu posledních desetiletí. Odklon od paternalistického modelu péče, který tu dominoval po staletí. Podobné posuny jsou i v ostatních oborech lékařství, vzdělávání a jiných společenských oborech. Tato posloupnost ale také reflektuje kritiku (někdy nepřiměřenou) z řad pacientů a pečovatелů, kteří často vidí, že jejich zájmy a potřeby nejsou psychiatry adekvátně vyslyšeny.

**Jak uvádíte ve svém článku, mimo své profesní kruhy se často setkáváte s otázkou „Co? Vy jste psychiatr?“ Jak na takovou otázku reagujete a co můžeme udělat proto, abychom snížili tyto negativní předsudky, spojené s psychiatrií a psychiatry?**

To je problematická otázka. Když se lidé ptají „Co? Vy jste psychiatr?“, ptám se sám sebe: A jak si u všech čertů představují, že má psychiatr vypadat a vystupovat? Záleží na situaci, někdy o tom diskutuji, ale nejčastěji to nechám být. Obecně bych řekl, že psychiatrické ústavy jsou jedním z kořenů těchto předsudků. Maximum péče se musí přesunout z těchto nemocnic ven a nemocnice musí sloužit jen jako záloha, když léčba v ostatních zařízeních selže. A pak samozřejmě zavedení profese všeobecného psychiatra, jak jsme o tom už hovořili.

*Ptali se MUDr. Alexander Nawka  
a doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.*