

VÝVOJ DEPRESIVITY A ÚZKOSTI U PACIENTŮ S IMPLANTABILNÍMI KARDIOVERTERY-DEFIBRILÁTORY

původní práce

Lenka Lidová¹
Alena Kajanová¹
Martin Eisenberger¹

¹Katedra sociální práce ZSF JU,
České Budějovice

Korespondenční adresa:

Mgr. Lenka Lidová
Katedra sociální práce ZSF JU
Emy Destinové 46
370 05 České Budějovice
e-mail: lenkalidova@seznam.cz

Údaje uvedené v tomto článku
tvoří dílčí výstup projektu RVO ZSF:
BOV2012_001.

SOUHRN

Lidová L, Kajanová A, Eisenberger M.
Vývoj depresivity a úzkosti u pacientů s implantabilními kardiovertery-defibrilátory

Cíl: Literatura uvádí obecně zhoršený psychický stav u pacientů s implantabilními kardiovertery-defibrilátory (dále jen ICD) s příklonem především k depresivitě a anxiozitě. Jsou definovány rovněž rizikové faktory tento stav zhoršující. Cílem článku je popsat vztah úzkosti a depresivity u pacientů s ICD v závislosti na základních sociodemografických proměnných a dále popsat vývoj depresivity a anxiозity u pacientů s ICD v čase.

Materiál a metoda: Výzkum byl realizován za použití techniky standardizovaných dotazníků měřících depresivitu (Beckův inventář deprese) a anxiозitu (Beckův inventář úzkosti). Dotazník byl administrován den po operaci a pak devět měsíců po operaci formou retestu. Výzkumný soubor tvořilo 43 pacientů Kardiocentra v Českých Budějovicích s ICD, s převažující diagnózou ischemická choroba srdeční.

Výsledky: Výsledky ukázaly 34,9% depresivních pacientů v obou testech a 97,6% pacientů s anxiозitou. Byla zaznamenána silná korelace mezi skóre depresivity a anxiозity (sig. 0,000, BID $r = 0,831$, BIU $r = 0,554$). V rámci prvního testu ženy vykazovaly vyšší míru depresivity a anxiозity než muži (BID sig. 0,036, $F = 4,728$, BIU sig. 0,033, $F = 4,845$), dále osoby, které nebyly zaměst-

SUMMARY

Lidová L, Kajanová A, Eisenberger M.
Development of anxiety and depressiveness in patients with implantable cardioverters-defibrillators

Objective: Literature indicates a generally deteriorated mental condition of patients with ICD, which involves inclination to depressiveness and anxiety, in particular. It also defines risk factors deteriorating this condition. The objective of the article is to describe the relation of anxiety and depressiveness in patients with ICD depending on basic sociodemographic variables, and to describe development of depressiveness and anxiety in patients with ICD in the course of time.

Method: The research used the technique of standardized questionnaires measuring depressiveness (Beck depression inventory) and anxiety (Beck anxiety inventory). The questionnaire was administered a day after the surgery and then after nine months from the surgery as a retest. The research set consisted of 43 patients of the Cardio Centre in České Budějovice who had ICD and were mostly diagnosed with ischemic heart disease.

Results: The results showed 34.9% of depressive patients in both tests and 97.6% of patients with anxiety (sig. 0,000, BID $r = 0,831$, BIU $r = 0,554$). There was a strong correlation between the depressiveness and anxiety scores. In the first test, women showed a higher degree of depressiveness and anxiety than men (BID sig. 0,036, $F = 4,728$, BIU sig.

nány, vykazovaly vyšší skóre depresivity i anxiозity oproti zaměstnaným osobám (BID sig. 0,000, F = 8,082, BID2 sig. 0,010, F = 4,385; BIU sig. 0,008, F = 4,557 BIU2 sig. 0,014, F = 4,028). Naopak nebyla prokázána statistická souvislost psychických potíží s věkem.

Závěr: Článek popisuje vývoj depresivity a anxiозity v čase a (ne)závislost těchto psychických problémů na demografických ukazatelích. Nastavení správné intervence shledáváme jako relevantní řešení popisovaných psychických problémů.

Klíčová slova: ICD, depresivita, anxiозita, kvalita života, ischemická choroba srdeční.

0,033, F=4,845), and unemployed persons showed a higher score of depressiveness and anxiety than employed persons (BID sig. 0,000, F=8,082, BID2 sig. 0,010, F=4,385; BIU sig. 0,008, F=4,557 BIU2 sig. 0,014, F=4,028). By contrast, no statistic connection between mental problems and age was proven.

Conclusion: This article describes the process of development of depression and anxiety at the time and (in)dependence of these psychological problems on demographic indicators. Setting the proper interventions we find as a relevant solution of described mental problems.

Keywords: ICD, depressiveness, anxiety, quality of life, ischemic heart disease.

ÚVOD

Psychický stav je jedním z hlavních determinant kvality života člověka.¹ Zhoršení psychického stavu, například v důsledku úzkosti (anxiозity) a depresivity, může vést ke zhoršení stavu fyzického, a naopak. Psychické obtíže, včetně úzkosti a depresivity, se nacházejí častěji u pacientů s implantabilními kardiovertery-defibrilátory (ICD).²

Cílem tohoto článku je popsat vztah úzkosti a depresivity u pacientů s ICD v závislosti na základních sociodemografických proměnných, jako je pohlaví, věk, či pracovní stav. Tyto souvislosti nebyly dosud dostatečně popsány. Dalším cílem studie je popsat vývoj depresivity a anxiозity u těchto pacientů v čase, jež je v dostupných studiích nekonkluzivní.

IMPLANTABILNÍ KARDIOVERTER-DEFIBRILÁTOR

ICD je zařízení, které se používá pro sledování a následnou léčbu poruch srdečního rytmu či náhlé srdeční smrti. ICD se skládá z vlastního přístroje a elektrod, které se většinou zavádějí do srdce žilním systémem podobně jako u klasického kardiostimulátoru. Implantabilní defibrilátor neustále monitoruje srdeční rytmus a v případě potřeby je schopen buď rychlou stimulací, nebo elektrickým výbojem vzniklé arytmie léčit.³ Z provedených výzkumů^{4,5} je zřejmé, že implantace ICD u vhodně zvolených pacientů významně prodlužuje život. Nejčastěji se léčba pomocí ICD indikuje jedincům, kteří jsou vysoce ohroženi vznikem vážných arytmií, tedy kteří prodělali závažný infarkt myokardu, nebo trpí vrozenou poruchou srdečního rytmu.^{3,5}

DEPRESE A ÚZKOST U PACIENTŮ S ICD

Z dostupných výzkumů^{6,7} je zřejmé, že psychický stav pacientů s ICD je zhoršený. Nejčastěji se setkáváme s depresemi a úzkostmi, dále jsou pacienti náchylnější ke stresu a stěžují si na další obtíže, jako nespavost, smutek, absenci zájmů a emocí, nebo také strach, že by mohli být pro rodinu přítěží.^{8,9} Jednotlivé studie zabývající se depresivitou a anxiозitou u pacientů s ICD uvádějí různou míru zátěže, která se pohybuje mezi 25 a 33 %.¹⁰⁻¹² Na aktuálním psychickém stavu pacientů se podílí celá řada faktorů, jde např. o osobnosti typu D či nízkou mírou edukace. Na základě dostupné literatury lze konstatovat, že anxiозita a depresivita se u pacientů s ICD obvykle vyskytují současně⁷, avšak nutno zmínit, že podobné psychické problémy se objevují také u pacientů trpících jinou formou kardiovaskulárních onemocnění.¹³ Mezi zdroje psychických obtíží pacientů s ICD můžeme hlavně zařadit strach z elektrického výboje přístroje. Ten bývá často bolestivý, náhlý a nepředvídatelný.¹⁴ Pacienti se mohou dostat do začarovaného kruhu, kdy strach z výbojů paradoxně zvyšuje jejich počet i bolestivost.^{15,16} Dalším možným zdrojem psychické nepohody pacientů bývá naopak strach z toho, že přístroj nebude správně fungovat (nedá srdci potřebný výboj) a pacient zemře; dalším zdrojem psychických obtíží může být také velikost samotného přístroje.¹⁷

Jedním z interních faktorů, který se podílí na vývoji psychického stavu pacientů s ICD, je doba po implantaci. Zde se výsledky různých studií liší. Van den Broek et al.² popisují poměrně stabilní hladinu anxiозity a depresivity během dvou, dvanácti a osmnácti měsíců po implantaci. Naproti tomu Sears et al.¹⁸ uvádějí, že psychický stav pacientů se šest měsíců po implantaci zlepšuje,

a dokonce jeden rok po operaci a více je toto zlepšení významné.

MATERIÁLY A METODY

Výzkum byl realizován za použití standardizovaných dotazníků měřících depresivitu a anxiozitu. Konkrétně se jednalo o Beckův inventář deprese (BID), který se skládá z 21 otázek. Respondent volí na čtyřstupňové škále, které tvrzení odpovídá jeho aktuálnímu psychickému stavu. Dále byl použit Beckův inventář úzkosti (BIU), který sestává ze seznamu 21 běžných symptomů úzkosti (bušení srdce, pocit horka, panika, pocení... atd.), z nichž respondent opět volí na čtyřstupňové škále symptomy, jež jej obtěžovaly během uplynulého týdne.

Bez deprese jsou respondenti hodnoceni, pokud dosáhnou skóre pod 10 bodů. Skóre 10 bodů a více svědčí pro depresi. Depresi různí autoři rozdělují do několika různých kategorií. Konkrétně se dle BID rozděluje deprese na mírnou, mírnou až střední, střední až těžkou a těžkou. Úzkost dle BIU dělíme na minimální, lehkou, středně těžkou a těžkou.^{19,20}

V rámci našeho šetření jsme z důvodu hodnocení vývoje depresivity a úzkosti v čase prováděli tzv. retest, kdy jsme po devíti měsících požádali stejné respondenty o opětovné vyplnění stejných dotazníků.

Výzkumný soubor tvořilo 43 pacientů Kardiocentra v Českých Budějovicích, kterým byl implantován kardioverter-defibrilátor (tab. 1). Respondenti byli dotazováni první den po implantaci a znovu pak po devíti měsících při ambulantní kontrole v kardiostimulační ambulanci. Celkem se šetření zúčastnilo 33 mužů (76,7 %) a 10 žen

Tab. 1. Základní charakteristiky

Počet respondentů (n)	43
Věk	60 ± 8
	Z toho muži průměrný věk 59,2 ženy průměrný věk 63,2
Pohlaví	
muži	33 (76,7 %)
ženy	10 (23,3 %)
Ejekční frakce měř. u celé skupiny (%)	32 ± 8
Základní diagnóza	
ICHS	24 (55,8 %)
Dilatační kardiomyopatie	10 (23,3 %)
Jiná diagnóza	9 (20,9 %)
Typ ICD	
Jednodutinový	23 (53,5 %)
Dvoj dutinový	8 (18,6 %)
Biventrikulární	12 (27,9 %)
Zaměstnanost	
důchodci	22 (51,2 %)
zaměstnaní	18 (41,9 %)
OSVČ	2 (4,7 %)
nezaměstnaní	1 (2,3 %)

Tab. 2. Vývoj depresivity po výkonu a 9 měsíců po něm

	Beckův inventář deprese			
	BID		BID2	
	N	%	N	%
bez deprese	28	65,1	28	66,6
mírná	8	18,5	8	19,0
mírná až střední	3	7,0	2	4,6
střední až těžká	2	4,6	3	7,1
těžká	2	4,6	2	4,6
celkem	43	100	43	100

(23,3 %). Průměrný věk respondentů byl 60 ± 8 let, medián 62 let. Většina pacientů měla ischemickou chorobu srdeční, menšina dilatační kardiomyopatii anebo některou z vrozených vad. Většina pacientů měla zavedený jednodutinový defibrilátor. Z pohledu pracovního stavu bylo 22 respondentů invalidních nebo starobních důchodců, 18 respondentů zaměstnaných, dva respondenti byli OSVČ a jeden respondent byl nezaměstnaný.

Získaná data byla statisticky zpracována v programu SPSS 16.0 za použití testu ANOVA a korelace (Spearmanův korelační koeficient) u metrických proměnných.

VÝSLEDKY

Míra depresivity a anxioty u pacientů s ICD byla hodnocena dle skóre, kterého pacienti dosáhli v testech BID a BIU. Bez deprese bylo 65,1 % pacientů. Mírnou depresi naplnilo 18,5 % respondentů, dále mírnou až střední 7 %, střední až těžkou 4,6 % a těžkou rovněž 4,6 % respondentů. V rámci retestu (BID2) byl bez deprese stejný počet respondentů jako při prvním testování (66,6 %). Mírnou depresi trpělo 19 % respondentů, mírnou až střední depresi naplnilo 4,6 % a střední až těžkou depresi splňuje 7,1 % respondentů. Těžkou depresi devět měsíců po výkonu mělo 4,6 % respondentů (tab. 2).

V rámci hodnocení míry úzkosti trpělo při prvním testování minimální úzkostí 37,2 % respondentů. Lehkou úzkost vykazuje 39,6 % respondentů. Hodnocení středně těžké úzkosti naplnilo 13,9 % respondentů a 6,9 % pacientů odpovídalo těžké míře úzkosti. Při retestování po devíti měsících mělo minimální úzkost 54,7 % respondentů, lehkou úzkost 27,5 %, středně těžkou 11,9 % a těžkou úzkost 9,5 % respondentů (tab. 3).

Tab. 3. Vývoj úzkosti po výkonu a 9 měsíců po něm

	Beckův inventář úzkosti			
	BIU		BIU2	
	N	%	N	%
minimální úzkost	16	37,2	23	54,7
lehká	17	39,6	11	27,5
středně těžká	7	13,9	5	11,9
těžká	3	6,9	4	9,5
celkem	43	100	43	100

Statistická analýza dat za pomoci Spearmanova koeficientu ukázala signifikantní vztah na úrovni podstatné až velmi silné korelace mezi skóre depresivity a anxiozity, a to hodnocenými jak následující den po operaci, tak i za devět měsíců (sig. 0,000, BID $r = 0,831$, BIU $r = 0,554$).

Mezi pohlavím a skóre BID a BIU byl prokázán signifikantní vztah jen v případě prvního měření (BID sig. 0,036, $F = 4,728$, BIU sig. 0,033, $F = 4,845$), kdy ženy vykazovaly vyšší míru depresivity a anxiozity než muži. Devět měsíců po implantaci ICD však již nebyla mezi pohlavími zjištěna žádná statistická souvislost (BID sig. 0,134, BIU sig. 0,375).

Proměnná pracovní stav byla v signifikantním vztahu s prvními i retestovými skóre depresivity i anxiozity (BID sig. 0,000, $F = 8,082$, BID2 sig. 0,010, $F = 4,385$; BIU sig. 0,008, $F = 4,557$ BIU2 sig. 0,014, $F = 4,028$), kdy osoby, které nebyly zaměstnány (tedy důchodci spolu s nezaměstnanými), vykazovaly vyšší skóre depresivity i anxiozity oproti zaměstnaným osobám a OSVČ.

Testování vztahu mezi věkem a skóre BID a BIU neprokázalo statistickou souvislost mezi těmito proměnnými, a to ani bezprostředně po výkonu a ani 9 měsíců po zavedení ICD (BID sig. 0,608, BID2 sig. 0,673; BIU sig. 0,409, BIU2 sig. 0,588).

DISKUSE

V závislosti na zvolené výzkumné strategii (byla použita technika pro subjektivní hodnocení psychického stavu) je nutno zmínit, že zjištěné výsledky nehovoří o konkrétních objektivních a klinicky ověřených lékařských diagnózách. Ze zdravotnické dokumentace všech pacientů repositentů jsme zjistili, že pouze jeden z nich byl v minulosti vyšetřen psychiatrem a užívá předepsanou medikaci.

Tento článek se zabývá vývojem depresivity a úzkosti u pacientů s ICD. Zajímalo nás, zda ve vývoji depresivity a úzkosti v čase a mezi základními sociodemografickými proměnnými (věk, pohlaví a pracovní stav) existují statisticky významné vztahy.

Jedním ze zjištění je silná korelace mezi skóre depresivity a anxiozity druhý den po implantaci ICD a pak za devět měsíců. Ačkoliv se jedná o dvě různé klinické jednotky a k jejich hodnocení se používá odlišných dotazníků, vyskytují se oba tyto faktory u pacientů s ICD společně. Důležitým zjištěním také je, že při statistickém testování vztahů mezi proměnnými vyšly v některých případech signifikantní vztahy jen v rámci prvního testování. Tento jev může být způsoben retestovou spolehlivostí.^{21,22} Otázkou zůstává, zda je depresivita a úzkostnost spíše stav, nebo osobnostní rys. S ohledem na to, že respondenti nebyli testováni osobnostním dotazníkem a dále že nebylo zjišťováno, zda například v minulosti byli s depresivitou/

anxiózitou léčeni, nelze vyloučit, že určitá část mohla trpět těmito psychickými problémy již před implantací ICD.

Identifikovaná vyšší míra depresivity a úzkosti u žen ve srovnání s muži je v souladu s výsledky různých studií pacientů s ICD, které hovoří o vyšší náchylnosti žen k úzkostným a depresivním poruchám.^{23,24} Stejně tak i ženy běžné populace vykazují častější výskyt těchto psychických poruch.²⁵ Na základě našich výsledků, kdy je vyšší depresivita a úzkost pouze bezprostředně po operačním výkonu, se lze domnívat, že pacientky s ICD se na rozdíl od mužů během devíti měsíců na život s přístrojem adaptují. Sears et al.¹⁸ uvádějí, že s dobou po implantaci klesá výskyt negativních psychických pocitů, a z našeho výzkumu se zdá, že toto platí pouze v ženské populaci.

Výsledky našeho výzkumu dále ukazují, že pracovní stav pacientů s ICD ovlivňuje výskyt depresí nebo úzkostí. Konkrétně jsme zjistili, že důchodci a nezaměstnaní dosahují vyšších hodnot výskytu depresivity a anxiozity než zaměstnaní pacienti. Dostupné zdroje^{22,23} ale docházejí k výsledkům, že neexistuje vztah mezi pracovním zařazením pacientů a jejich psychickým stavem. Ačkoliv nevhodná pracovní činnost může být zdrojem stresu, anxiozity a deprese, vhodně zvolená aktivita u pacientů s ICD může naopak vést ke zvýšení sebevědomí, seberealizace a ke zlepšení psychické pohody. Je velmi pravděpodobné, že vhodná intervence v podobě opětovného zařazení do pracovního procesu může snížit deprese a úzkost.

Obecně platí, že starší pacienti jsou náchylnější k psychickým onemocněním již z podstaty fyziologických procesů stárnutí, např. v důsledku chybění některých působků či obecného zhoršování zdraví.²⁶ Avšak paradoxně se to netýká pacientů s ICD, jejichž psychická pohoda na věku závislá není. Podobné výsledky uvádějí i některé další studie.^{23,24} Vysvětlením je zřejmě relativně vysoká míra depresivity a anxiozity i u mladších pacientů s ICD, jež se v dalším průběhu dále nezvyšuje. Možné je také to, že starším pacientům dává ICD pocit jakési „záchranné vesty“, která je v případě nebezpečné arytmie vrátí zpět do života.

ZÁVĚR

Naše studie popisuje vývoj depresivity a úzkosti u pacientů s implantovaným ICD v čase a v závislosti na základních sociodemografických parametrech. Ženy jsou oproti mužům s ICD depresivnější, avšak po určité době se na život s ICD adaptují. Významně vyšší výskyt deprese a úzkosti lze nalézt u pacientů v důchodu oproti pacientům zaměstnaným. Důležité je zjištění, že anxióza a deprese nejsou závislé na věku pacientů s ICD. Vhodná intervence, např. v podobě zvýšené zaměstnanosti pacientů s ICD, by mohla vést ke zlepšení psychické pohody těchto jedinců.

LITERATURA

1. Heřmanová E. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: Sociologické nakladatelství 2012: 239.
2. Van den Broek KC, Kupper N, van der Voort PH et al. Trajectories of Perceived Emotional and Physical Distress in Patients with an Implantable Cardioverter Defibrillator. *International Journal of Behavioral Medicine* 2012; 21 (1): 149–159.
3. Dickstein K, Vardas PE, Aurichio A et al. Focused Update of ESC Guidelines on device therapy in heart failure. *European Heart Journal* 2010; 31: 2677–2687.
4. Moss AJ, Zareba W, Hall WJ et al. Prophylactic Implantation of a Defibrillator in Patients with Myocardial Infarction and Reduced Ejection Fraction. *New England Journal of Medicine* 2002; 346 (12): 877–883.
5. Bardy GH, Lee KL, Mark DB et al. Amiodarone or an Implantable Cardioverter-Defibrillator for Congestive Heart Failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 352 (3): 225–237.
6. Irvine J, Firestone J, Ong L et al. A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy Tailored to Psychological Adaptation to an Implantable Cardioverter Defibrillator. *Psychosomatic Medicine* 2011; 73 (3): 226–233.
7. Pedersen SS., van den Broek KC, Sear SF. Psychological intervention following implantation of an implantable defibrillator: a review and future recommendations. *Pacing and Clinical Electrophysiology* 2007; 30 (12): 1546–1554.
8. Sears SF, Lewis TS, Kuhl EA, Conti JB. Predictors of duality of life in patients with implanted cardioverter defibrillators. *Psychosomatics* 2005; 46 (5): 451–457.
9. Heller SS. Ormont MA, Lidagoster L, Sciacca RR, Steinberg S. (1998). Psychosocial outcome after ICD implantation: a current perspective. *Pace* 1998; 21 (6): 1207–1217.
10. Pedersen SS, Van den Broek KC, Theuns DA et al. Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: a multicenter study. *International Journal of Cardiology* 2011; 147 (3): 420–423.
11. Van den Broek KC, Nyklicek I, Van der Voort PH, Alings M, Denollet J. Shocks, personality, and anxiety in patients with an implantable defibrillator. *Pacing Clin Electrophysiol* 2008; 31 (7): 850–857.
12. Thomas SA, Friedmann E, Gottlieb SS et al. Changes in psychosocial distress in outpatients with heart failure with implantable cardioverter defibrillators. *Heart Lung*. 2009; 38 (2): 109–20.
13. Kitzlerová E, Anders M, Kautzner J, Dohnalová A. Evaluation of psychopathology in patients with paroxysmal supraventricular tachycardia. *Experimental and Clinical Cardiology* 2007; 12(1): 42–45.
14. Francis, JL, Weinstein AA, Krantz DS, Haigney MC et al. Association between symptoms of depression and anxiety with heart rate variability in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatic Medicine* 2009; 71 (8): 821–827.
15. Lampert R, Joska T, Burg MM et al. Emotional and physical precipitants of ventricular arrhythmia. *Circulation* 2002; 106 (14): 1800–1805.
16. Baumert J, Schmitt C, Ladwig KH. Psychophysiological and affective parameters associated with pain intensity of cardiac cardioverter defibrillator shock discharges. *Psychosomatic Medicine* 2006; 68 (4): 591–597.
17. Bourke JP, Turkington D, Thomas G, McComb JM, Tynan M. Florid psychopathology in patients receiving shocks from implanted cardioverter-defibrillators. *Heart* 1997; 78 (6): 581–583.
18. Sears SF, Todaro JF, Lewis TS, Sotile W, Conti JB. Examining the psychosocial impact of implantable cardioverter defibrillators: A literature review. *Clinical Cardiology* 1999; 22 (7): 481–489.
19. Beck AT, Steer RA and GK Brown. BDI-II, Beck depression inventory: manual. Boston: Harcourt Brace 1996: 38.
20. Beck AT, Steer RA. BAI, Beck anxiety inventory: manual. San Antonio: Harcourt Brace Jovanovich 1990: 22.
21. Kurpius SE, Stafford ME. Testing and measurement: a user-friendly guide. Thousand Oaks: Sage Publications 2006: 183.
22. Kaplan RM, Saccuzzo DP. Psychological testing: principles, applications, and issues. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning 2009: 715.
23. Lang S, Becker R, Wilke S et al. Anxiety Disorders in Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators: Frequency, Course, Predictors, and Patients' Requests for Treatment. *Pacing and Clinical Electrophysiology* 2013; 37 (1): 35–47.
24. Bilge AK, Beste O, Demircan S et al. Depression and Anxiety Status of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator and Precipitating Factors. *Pacing and Clinical Electrophysiology* 2006; 29 (6): 619–626.
25. Willerton J. The psychology of relationships. New York, NY: Palgrave Macmillan 2010: 196.
26. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet* 2005; 365 (9475): 1961–1970.

inzerce

Dlouhodobě zaběhlá psychiatrická ordinace na Praze 10 hledá do svého týmu PSYCHIATRA NA JEDEN PRACOVNÍ DEN V TÝDNU.

Ideální termín pondělí 8–15 h, lze domluvit i další alternativy.

Požadujeme otevřenost, jistou klinickou zkušenost, možno ještě před atestací. Psychoterapeutická erudice či započatý psychoterapeutický výcvik výhodou.

Platové podmínky dohodou dle domluvy, možno procenty z výkonů.

Můžete nás kontaktovat ideálně s krátkým CV na e-mail: psordinace@gmail.com