

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.895 + 616.8-085.851

В.Г. Безшейко

ПСИХОЛОГІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ ІЗ КОМОРБІДНИМИ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ З АКЦЕНТОМ НА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

vitaliybezsh@gmail.com

Актуальність. Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом часто мають також коморбідні симптоми тривожних розладів або депресивного епізоду. Крім того, разом з ПТСР часто спостерігається значне погіршення якості життя, обумовлене тяжкістю симптоматики, наявністю неефективних копінг-стратегій боротьби із симптомами, наявністю ресурсів, соціальною підтримкою тощо. Ці особливості, в свою чергу, вимагають від клініциста уважної оцінки наявності вказаних порушень та подальшої їх корекції.

Методи і матеріали. Ми представили клінічний випадок пацієнтки з ПТСР і коморбідною тривогою. Її обстеження проводили в рамках дослідження, присвяченого розробці моделі комплексної медико-психологічної допомоги пацієнтам з ПТСР після перебування в зоні бойових дій. Для оцінки стану ми використовували опитувальник за симптомами ПТСР (PTSD Checklist-5 або PLC-5), Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) і шкалу якості життя (SF-36). Після оцінки стану пацієнт пройшов курс короткострокової когнітивно-поведінкової терапії, модифікованої нами для лікування ПТСР.

Результати. Після курсу короткострокової когнітивно-поведінкової терапії ми відзначили у пацієнта істотне поліпшення симптомів ПТСР, зниження рівня тривоги до субпорогового (за HADS) і суттєве поліпшення якості життя, особливо в психологічних доменах. Поліпшення за шкалами PTSD Checklist і HADS (тривога) були клінічно значимими ($\geq 50\%$).

Висновки. Короткострокова когнітивно-поведінкова терапія, модифікована для застосування при постстресових розладах, є ефективним методом лікування як ПТСР, так і коморбідної тривожної симптоматики та поліпшення якості життя, що було продемонстровано нами на конкретному клінічному прикладі.

Ключові слова:

ПТСР, когнітивно-поведінкова терапія, якість життя, депресія, тривога, психологічні інтервенції, клінічний випадок.

Актуальність. Пацієнти із ПТСР мають високий ризик розвитку супутніх психічних розладів, з яких найпоширенішими є депресія, зловживання алкоголем і / або залежність та тривожні розлади. При обстеженні 108 підлітків, які пережили стихійне лихо, N. Kar та V.K. Bastia (2006) відзначили розвиток ПТСР у 21,7%, депресивного епізоду – також у 21,7%, генералізованого тривожного розладу – у 10%. При ПТСР дуже часто спостерігають коморбідні симптоми, а саме ангедонію (у 62,1%), підвищену втомлюваність (51,7%), суїцидальні ідеї (34,5%), тривогу (93,1%), труднощі із заспокоєнням (93,1%), дратівливість (57,9%). Ці симптоми при ПТСР спостерігають достовірно частіше, ніж у осіб без депресії [1].

Існують також дані про високу поширеність обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) у пацієнтів з ПТСР. ПТСР та ОКР мають подібні елементи в симптоматиці та етіології. Крім цього, і при ПТСР, і при ОКР спостерігають повторювані нав'язливі думки, що викликають стрес, які складно нейтралізувати, уникаючи поведінку, спрямовану на необхідність минути будь-які ситуації, що потенційно можуть заподіяти страждання. На додаток, ці розлади включають в себе моделі поведінки (ритуали), які виконуються для того, щоб зменшити занепокоєння [2]. ПТСР і ОКР також пов'язані з негативними думками і спогадами, які викликають і підсилюють тривогу, призводячи до маркування стимулів і ситуацій як загрозливих [3].

Інші автори вважають, що повторювані ідеї, думки й образи при ОКР перекривають поточні нав'язливі спогади ПТСР і не вказують на коморбідність цих двох захворювань [4, 5]. У нещодавно проведених дослідженнях була поставлена мета вивчити величину і значимість коморбідності ОКР і ПТСР після травматичної події. Серед пацієнтів з ОКР перехресні спостереження показали, що діапазон ПТСР становить від 12 до 75% [5].

ПТСР є комплексним полігенним психічним захворюванням, що залежить від впливу середовищних та генетичних факторів. Травматичні події, які можуть викликати ПТСР, включають масові сцени вбивства, міжнародні, громадянські, політичні, етнічні та релігійні війни, геноциди, природні та техногенні катастрофи, серйозні нещасні випадки, терористичні акти, позбавлення волі, торгівлю людьми, сексуальне насильство, серйозну медичну хворобу, травму, операцію, викрадення людей тощо. Для пацієнтів з ПТСР характерні тяжкий емоційний стан, різке зниження адаптивних можливостей і когнітивних функцій. Вони, як правило, складно соціалізуються, ізолюються від суспільства, мають високий ризик розвитку наркотичної та алкогольної залежностей.

Існують докази збільшення споживання алкоголю і сигарет після пережитого стресу [6]. Зростання вживання психоактивних речовин може свідчити про ранні стадії розвитку психічних розладів, пов'язаних з їх прийомом. Знання про чинники, які пов'язані зі збільшенням споживання психоактивних речовин, може допомогти виявити осіб, схильних до ризику, і розробити ранні превентивні заходи. Дослідження серед населення загалом показують, що ПТСР і депресія є потенційними факторами ризику для підвищення вживання психоактивних речовин [7].

Групу дослідників з Німеччини була вивчена кореляція між збільшенням щоденного вживання алкогольних напоїв та сигарет і зростанням симптомів ПТСР і депресії в період післявоєнної служби [8]. Усього 360 солдатів чоловічої статі були обстежені безпосередньо перед військовою службою і через 12 місяців. Для отримання даних використовували композитне міжнародне діагностичне інтерв'ю ВООЗ (WMH-CIDI) і стандартизовані анкети. Інформацію про споживання алкоголю і сигарет оцінювали в рамках комплексних розділів WMH-CIDI про прийом психоактивних речовин. Питання стосувалися кількості та частоти вживання алкоголю і сигарет впродовж попередніх 12 місяців, далі розраховували середнє добове споживання етанолу (в грамах) і сигарет (кількість). Для оцінки симптоматики ПТСР використовували анкету для діагностики ПТСР (PCL) і скринінговий опитувальник депресії (DSQ-34).

Були отримані наступні результати. Середня кількість щоденного прийому алкоголю склала 15,9 г (SD = 1,3 г), середня кількість сигарет в день – 8,8 (SD = 0,5 г). Загалом по вибірці щоденне вживання алкоголю скоротилося: середнє зниження – на 3 г (SD = 1,2 г), а щоденне споживання нікотину з часом збільшилося: середнє збільшення – на 1,1 сигарети (SD = 0,4).

Однак після корекції даних з урахуванням травматичного досвіду під час військової служби зростання показників за анкету PCL було пов'язано із середнім підвищенням на 0,6 г щоденного вживання спирту

($p = 0,005$) і з середнім збільшенням на 0,3 сигарети в день ($p = 0,009$). Обидві кореляції були статистично значущими. Зростання симптомів депресії не асоціювалося зі збільшенням споживання алкоголю чи сигарет у повсякденному житті ($p > 0,05$). Загальне зростання середньодобового прийому психоактивних речовин у контексті військової служби обмежується вживанням сигарет і є незначущим за величиною.

Таким чином, у ході дослідження було виявлено, що збільшення куріння і, особливо, вживання алкоголю відбувається тільки в тих підгрупах солдатів, у яких посилюються симптоми ПТСР у зв'язку з військовою службою.

У майбутніх дослідженнях необхідно вивчити основні механізми зв'язку між симптомами ПТСР і збільшенням споживання психоактивних речовин. Надалі ці знання можуть стати базою для розробки раннього втручання, а також для запобігання розвитку або загостренню проблем із прийомом психоактивних речовин, оскільки психічні розлади, пов'язані з їх вживанням, призводять до виникнення аутодеструктивної поведінки і підвищують суїцидальний ризик.

Крім того, в недавніх дослідженнях був виявлений значний рівень коморбідності між ПТСР і розладами харчової поведінки. ПТСР асоційований з такими проявами розладів харчової поведінки як ожиріння, недостатня вага, а також порушення звичок харчування, серед яких пропуск прийому їжі або збільшене вживання газованої води і їжі швидкого приготування. Також відзначали такі симптоми як почуття провини після переїдання або заїдання у відповідь на стрес [9].

У пацієнтів, які страждають на ПТСР, порівняно з людьми, що пережили травматичну подію, але без діагнозу ПТСР, було виявлено підвищення індексу маси тіла і рівня холестерину в крові. Ці зміни у вазі і харчовій поведінці, разом з низьким рівнем фізичних навантажень, зловживанням алкоголем і психоактивними речовинами, сприяють погіршенню загального стану здоров'я і показників серцевої діяльності, а також підвищують ризик виникнення метаболічних порушень у пацієнтів з ПТСР, на відміну від тих, у кого розлади харчової поведінки не виражені. Результати дослідження підтверджують справедливість даних про зниження якості життя щодо загального стану фізичного здоров'я в осіб із ПТСР [10].

ПТСР може бути однією з головних причин, яка впливає на якість життя загалом. Страждання, пов'язані з ПТСР, виходять за рамки ознак і симптомів психіатричного захворювання, поширюючись на галузі функціональної, професійної та соціальної адаптації в навколишньому середовищі.

Привертають увагу й коморбідні соматичні захворювання у осіб із ПТСР. Взаємозв'язок між ПТСР та різними параметрами фізичного здоров'я спостерігали на вибірці ветеранів війни у Перській затоці (у 1991 році), у дослідженні, в якому оцінювали різні домени соматичного здоров'я після демобілізації. Їх зниження спостерігали при ПТСР достовірно частіше, це стосувалося майже всіх досліджуваних соматичних симптомів, оцінки здоров'я загалом, фізичного і соціального функціонування [11].

Усі ці дані вказують на необхідність ранньої діагностики психічних розладів, які часто є коморбідними з ПТСР, включаючи депресивний епізод, тривожні розлади

та зловживання алкоголем / психоактивними речовинами. Необхідною є також оцінка якості життя пацієнта для ідентифікації доменів із найгіршими показниками для подальшої прицільної їх корекції, що відповідає клієнт-центрованої концепції надання медико-психологічної допомоги.

Клінічний випадок

Ми обстежили 78 пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, які пройшли курс короткотривалої когнітивно-поведінкової терапії або психологічного консультування із використанням фармакотерапії. За результатами обстеження ми виявили певні закономірності та тенденції, які відображає нижченаведений клінічний випадок. Пацієнт В., жінка середнього віку, звернулася за допомогою у відділення психоневрології ДКЛ № 1 зі скаргами на погане загальне самопочуття, поганий сон із жахіттями, постійне відчуття напруги та неможливість розслабитись. При збиранні анамнезу стало відомо, що пацієнтка 3 місяці тому переїхала із зони проведення АТО, де проживала декілька років. Причиною виїзду, із її слів, було проведення бойових дій поблизу місця її проживання. Також пацієнтка розповіла, що напередодні виїзду її будинок зазнав обстрілу та одна із куль мало не влучила в неї, після чого жінка спустилася у підвал, де провела близько доби. Після закінчення розповіді пацієнтка відмітила «сильне відчуття внутрішньої напруги та страху» і зазначила, що «картинка обстріляного будинку час від часу з'являється перед очима». Зі слів пацієнтки, цей образ часто супроводжується відчуттям, ніби вона знову переживає ту подію.

Жінці було запропоновано пройти обстеження за допомогою опитувальника симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5), Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та Шкали якості життя (SF-36). Усі шкали є надійними та валідними згідно із результатами досліджень [12–14].

Обстеження за допомогою шкали HADS показало, що пацієнтка має вищий за норму рівень тривоги при відсутності клінічно значимої депресії, оскільки сума набраних балів за цими субшкалами склала 12 та 5 балів відповідно (8 балів – порогове значення).

Обстеження з використанням шкали SF-36 продемонструвало, що пацієнтка має порівняно низьку якість життя. Обстежена набрала 67 балів із 156 можливих (більше – краще). Це обумовлено насамперед низькою оцінкою психологічного компонента здоров'я, включаючи загальне психічне здоров'я, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, соціальним функціонуванням та життєвою активністю. Що стосується фізичного компонента здоров'я, пацієнтка за результатами опитування за 4 субшкалами низько оцінила тільки загальний стан здоров'я.

Згідно із результатами оцінювання за допомогою PTSD Checklist, у пацієнтки виявлено суттєві порушення у всіх 4 доменах ПТСР – симптомах інтрузії (домен В), униканні стимулів, пов'язаних із травматичною подією (домен С), негативних переконаннях та емоціях, пов'язаних із травматичною подією (домен D), змінах активності та реактивності, пов'язаних із травматичною подією (домен Е). Ці симптоми на момент огляду мали тривалість 15 тижнів та виникли після травматичної

події. Вони призводили до суттєвого порушення у соціальному та трудовому функціонуванні та не були спричинені фізіологічними ефектами вживання психоактивних речовин і алкоголю або іншим медичним станом. Отже, у пацієнтки наявні всі діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.

Для лікування пацієнтки ми використали короткотривалу модифіковану когнітивно-поведінкову терапію. Курс лікування склав 6 сесій, які проводились 1 раз на тиждень. На першому занятті (після оцінки стану пацієнтки, симптомів та мішеней лікування) була надана інформація стосовно формули АВС, де А – активуюча подія у вигляді життєвої ситуації, емоції або думок, В – переконання, пов'язані із цією активуючою подією, її оцінка, та С – наслідки переконань та оцінки у вигляді емоцій та поведінки. Пацієнтку також поінформували стосовно найтипівіших логічних помилок, з акцентом на ті, які часто зустрічаються при ПТСР. Разом із пацієнткою спробували виявити деякі ірраціональні переконання, які призводять до надмірних емоційних реакцій та проблем із адаптацією. Також її навчили проводити прогресивну м'язову релаксацію за Джекобсоном для корекції високого рівня тривоги. Домашнє завдання включало ведення щоденника за формулою АВС з ідентифікацією ірраціональних переконань.

На 2–5 заняттях пацієнтці була надана інформація стосовно найтипівіших неефективних копінг-стратегій боротьби зі стресом, проведена їх ідентифікація та запропонована заміна на ефективні стратегії. Найбільший пласт роботи стосувався зміни ірраціональних переконань, які найчастіше спостерігались у пацієнтки та були пов'язані із симптомами, на раціональні. Для цього використовували метод сократівських запитань та різні техніки оспорювання / диспуту ірраціональних переконань. Після кожного заняття пацієнтці пропонували домашнє завдання у вигляді ведення щоденника за формулою АВС з ідентифікацією та оспорюванням ірраціональних переконань, виконання поведінкових завдань (позитивне / негативне підкріплення, пошук ресурсів тощо) та ефективних копінг-стратегій. Останнє, заключне завдання, включало обговорення досягнутих результатів, ідентифікацію нових цілей та способів їх самостійного досягнення та рекомендацію додаткової літератури для самостійного ознайомлення.

Після проведеного лікування виконали повторне обстеження за допомогою шкал PTSD Checklist, HADS та SF-36. За шкалою HADS після лікування виявлено зниження тривоги до субпорогового рівня (з 12 до 6 балів). За шкалою SF-36 відмічено покращення якості життя, особливо його психологічного компонента, а саме рольового функціонування, обумовленого емоційним станом, соціального функціонування та загального психічного стану. Загальна кількість балів збільшилась із 67 до 111.

Згідно із обстеженням з використанням PTSD Checklist помічено зниження загальної кількості балів за доменами В, С, D, Е з 53 до 24 балів, що відповідає критеріям клінічно значимого покращення (≥ 50 балів). Значимого залишилася симптоматика тільки в домені В (інтрузії), де відмічалось 2 із 5 питань, в яких пацієнтка відмітила помірну інтенсивність симптому.

Висновки

Використання короткострокової модифікованої когнітивно-поведінкової терапії дозволило поліпшити стан пацієнта із клінічно значимим зниженням балів за шкалою оцінки симптомів ПТСР. Окрім того, така терапія допомогла знизити інтенсивність коморбідних симптомів тривоги згідно із обстеженням за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії, причому зниження симптоматики також було клінічно значимим ($\geq 50\%$). Це саме стосується і якості життя, яку оцінювали з використанням шкали SF-36 – покращення спостерігали у доменах рольового, соціального функціонування та загального психічного стану. В подальших дослідженнях ми плануємо проаналізувати ефективність методу на вибірці близько 100 пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом із встановленням статистичної достовірності порівняно із стандартним лікуванням, що включає психологічне консультування та використання фармапрепаратів.

Список використаної літератури / References

1. Kar N. Post-traumatic stress disorder, depression and generalized anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity [electronic publication] / N. Kar, B. K. Bastia // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2006. – Vol. 2 (17). – retrieved from: www.biomedcentral.com.
2. De Silva P. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder / P. de Silva, M. Marks // *Behavior Research and Therapy*. – 1999. – Vol. 37. – P. 941–951.
3. Dinn W. M. Posttraumatic Obsessive-Compulsive Disorder: A Three-Factor Model / W. M. Dinn, C. L. Harris, R. C. Raynard // *Psychiatry: Interpersonal and Bioloical Processes*. – 1999. – Vol. 62. – P. 313–324.
4. Post-traumatic stress disorder: Issues of co-morbidity / Z. Solomon, A. Bleich, M. Kolsowsky [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 1991. – Vol. 25. – P. 89–94.
5. The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples / J. D. Hupper, J. S. Moser, B. S. Gershuny [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2005. – Vol. 19 (1). – P. 127–136.
6. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey / J. Swendsen, K. P. Conway, L. Degenhardt [et al.] // *Addiction*. – 2010. – Vol. 105. – P. 1117–1128.
7. Consumption of cigarettes, alcohol, and marijuana among New York City residents six months after the September 11 terrorist attacks / D. Vlahov, S. Galea, J. Ahern [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2004. – Vol. 30. – P. 385–407.
8. Increase in PTSD but not depression symptoms is associated with increases in alcohol and cigarette consumption after military deployment / S. Trautmann, S. Schönfeld, S. Behrendt, H. U. Wittchen // *European Neuropsychopharmacology*. – 2014. – Vol. 24. – P. 700–701.
9. Post-traumatic stress disorder and health: a preliminary study of group differences in health and health behaviors / K. M. Godfrey, L. A. Lindamer, S. Mostoufi, N. Afari // *Ann. Gen. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 12. – P. 30.
10. Impairment in eating habits among 512 earthquake survivors: role of gender and DSM-5 PTSD / C. Bertelloni, C. Carmassi, C. Manni [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2014. – Vol. 24. – P. 604–605.
11. Self-reported illness and health status among Gulf War veterans: a population-based study / The Iowa Persian Gulf War veterans: a population-based study // *JAMA*. – 1997. – Vol. 277. – P. 238–245.
12. The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale / D. D. Blake, F. W. Weathers, L. M. Nagy, D. G. Kaloupek [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 1993. – Vol. 8 (1). – P. 75–91.
13. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review / I. Bjelland, A. A. Dahl, T. T. Haug, D. Neckelmann // *J. Psychosomatic Res.* – 2002. – Vol. 52 (2). – P. 69–77.
14. Failde I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease / I. Failde, I. Ramos // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2000. – Vol. 53. – P. 359–365.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ С КОМОРИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ С АКЦЕНТОМ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

В.Г. Безшейко

Актуальность. Пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством часто испытывают коморбидные симптомы тревожных расстройств или депрессивного эпизода. Кроме того, часто вместе с ПТСР у пациентов наблюдается значительное ухудшение качества жизни, обусловленное тяжестью симптоматики, наличием неэффективных копинг-стратегий борьбы с симптомами, наличием ресурсов, социальной поддержкой и пр. Эти особенности, в свою очередь, требуют от клинициста внимательной оценки и последующей их коррекции.

Методы и материалы. Мы представили клинический случай пациента с ПТСР и коморбидной тревогой. Обследования пациента проводили в рамках исследования, посвященного разработке модели комплексной медико-психологической помощи пациентам с ПТСР после пребывания в зоне боевых действий. Для оценки состояния мы использовали опросник по симптомам ПТСР (PTSD Checklist-5 или PLC-5), Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и шкалу качества жизни (SF-36). После оценки состояния пациентка прошла курс краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии, модифицированной нами для лечения ПТСР.

Результаты. После курса краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии у пациентки отмечали существенное улучшение симптомов ПТСР, снижение уровня тревоги до субпорогового (по HADS) и существенное улучшение качества жизни, особенно в психологических доменах. Улучшение по наблюдаемым шкалам PTSD Checklist и HADS (тревога) были клинически значимыми ($\geq 50\%$).

Выводы. Краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия, модифицированная для применения при постстрессовых расстройствах, является эффективным методом лечения как ПТСР, так и коморбидной тревожной симптоматики и улучшения качества жизни, что продемонстрировано нами на конкретном клиническом примере.

Ключевые слова: ПТСР, когнитивно-поведенческая терапия, депрессия, тревога, качество жизни, психологические интервенции, клинический случай.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY FOR IMPROVING QUALITY OF LIFE

V.H. Bezsheiko

Background. Patients with PTSD often experience symptoms of comorbid anxiety disorders or depressive episode. In addition often with PTSD there is a significant deterioration in the quality of life, due to the severity of symptoms, the presence of ineffective coping strategies to deal with symptoms, availability of resources, social support, etc. These features, in turn, require from clinician the careful evaluation and their subsequent correction.

Methods and materials. We presented a clinical case of a patient with PTSD and comorbid anxiety. This patient was observed according to our study on the development of an integrated model of medical and psychological care for patients with PTSD after war zone stress. For psychological assessment we used PTSD Checklist-5 (or PLC-5), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Quality of Life Scale (SF-36). After baseline assessment patient underwent the course of brief cognitive-behavioral therapy, which has been modified for the PTSD treatment.

Results. After a brief cognitive-behavioral therapy we noted a significant improvement in the patients' symptoms of PTSD, anxiety reduction level to sub-threshold levels (according to HADS) and a significant improvement of quality of life, especially in the psychological domains. The improvement observed in the PTSD Checklist and HADS (anxiety) were clinically significant ($\geq 50\%$).

Conclusions. Short-term cognitive-behavioral therapy, modified for use in post-stress disorder, is an effective treatment for both PTSD and comorbid anxiety symptoms and improve quality of life, as demonstrated by us on a specific clinical case.

Key words: PTSD, cognitive-behavioral therapy, anxiety, depression, psychological interventions, clinical case, quality of life.