

# Gniew weterana jako następstwo traumy wojennej – opis przypadku

Aggressive behavior of veteran as a consequence of war trauma – a case study

**Sylwia Szymańska, Piotr Ilnicki, Radosław Tworus**

Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii CSK MON WIM w Warszawie;  
kierownik: płk dr n. med. Radosław Tworus

**Streszczenie.** W artykule przedstawiono historię leczenia oraz przebieg psychoterapii 38-letniego weterana Polskich Kontyngentów Wojskowych, uczestnika misji w Libanie i Afganistanie (VII zmiana), u którego kilka dni po przeżyciu traumatycznego doświadczenia (postrzał kulą w hełm) doszło do długotrwałej i nasilającej się zmiany w zachowaniu pod postacią zachowań agresywnych i przemocy. Śledząc klatka po klatce przebieg zdarzenia traumatycznego, autorzy omawiają mechanizm psychiczny dysocjacji. Opisują trudną próbę psychoterapii traumy wojennej zarówno po stronie pacjenta, jak i psychologa klinicznego/psychoterapeuty. W omówieniu podjęto próbę wyjaśnienia zachowań agresywnych u weteranów misji wojennych w oparciu o mechanizm obronny identyfikacji z agresorem. Na koniec autorzy dzielą się doświadczeniami klinicznymi w rozpoznawaniu zespołu stresu pourazowego u weteranów, u których występuje wysoki poziom zachowań agresywnych i gniewu.

**Słowa kluczowe:** agresja, gniew, PTSD, trauma wojenna

**Abstract.** The article presents a course of treatment and psychotherapy of a 38 y.o. veteran of the Polish War Contingent, who took part in military missions in Lebanon and Afghanistan (the sixth turn). Patient had a traumatic experience, i.e. he has been shot on the helmet. Since then he has had a history of a long-term and intensifying behavioral change, manifesting in aggressive behavior and violence. The authors, retracing the traumatic experience frame by frame, discuss the psychological mechanism of dissociation. The article describes attempts of a war trauma psychotherapy, which were demanding both for the patient and the clinical psychologist/psychotherapist. The article tries to explain aggressive behaviors in veterans based on the identification with the aggressor defense mechanism. At the end, the authors give a few remarks on the clinical experience in PTSD diagnosis in veterans with a high level of aggressive behavior and anger.

**Key words:** aggression, anger, PTSD, war trauma

Nadesłano: 30.11.2017. Przyjęto do druku: 13.12.2017

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2018; 96 (1): 38–41

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

**Adres do korespondencji**

mgr Sylwia Szymańska  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łomży  
ul. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża  
tel. + 48 695 208 441  
e-mail: kontakt@sylwiaszymanska.pl

## Wstęp

Gniew i agresja należą do problemów najczęściej zgłaszanych przez weteranów wojny w Iraku i Afganistanie po powrocie z misji do kraju. Artykuł jest kontynuacją cyklu publikacji dotyczących problematyki agresji w zaburzeniach stresowych pourazowych (*posttraumatic stress disorder* – PTSD), które w 2016 roku ukazały się w „Lekarzu Wojskowym” oraz w książce „Tufaczka Odyseusza. Powrót z wojny do domu” [6].

## Opis przypadku

Przypadek opisuje historię 38-letniego żołnierza zawodowego w stopniu sierżanta, weterana misji w Libanie i Afganistanie, dotychczas pięciokrotnie hospitalizowanego psychiatrycznie w Klinice Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii (KPSBiP) Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM) z rozpoznaniem zaburzeń adaptacyjnych z cechami PTSD oraz cech mieszanych zaburzeń osobowości. Jest żonaty, ma trzy córki, mieszkają razem w jednym z miast na południu Polski.

W czasie ostatniej hospitalizacji w KPSBiP pacjent był nadal żołnierzem czynnym zawodowo. Badanie MRI głowy wykluczyło organiczne podłoże zachowań agresywnych. Wywiad alkoholowy oraz używania substancji psychoaktywnych był negatywny.

Pacjent pochodzi z rodziny robotniczej. Był ostatnim dzieckiem w rodzinie, ma starszą o 3 lata siostrę. Był silnie związany emocjonalnie z matką, która umarła w wyniku choroby onkologicznej, gdy miał 19 lat. Od tamtej pory mówi: „Już nic nie było jak dawniej”. Wyrzuca sobie, że nie odważył się towarzyszyć jej w ostatnich chwilach. Określa to mianem swojej „dezercji w najważniejszej chwili życia”. Jego ojciec nadal żyje, jest na emeryturze. Z siostrą i jej rodziną od momentu powrotu z misji w Afganistanie utrzymuje sporadyczne i powierzchowne kontakty. W jego domu rodzinnym to matka była osobą wiodącą. Pracowała jako konwojentka. Gdy miał 6 lat, to ona po raz pierwszy pokazała mu broń, z której korzystała w pracy.

W 2000 roku wyjechał na misję do Libanu, a następnie w 2010 do Afganistanu. W połowie pełnienia misji w Afganistanie doszło do traumatycznego zdarzenia – przez około godzinę znajdował się pod ostrzałem wroga. Został postrzelony w hełm kulą, która na szczęście nie przebiła pancerza. Początkowo był całkowicie zdezorientowany, nie rozumiał w pełni, co się dookoła niego dzieje. „To tak, jakby nie docierało do mnie sens tego, co widzę, tego, co się stało”. Doświadczał w tym momencie derealizacji, która jest przejawem dysocjacji. Dysocjacja to najpotężniejszy sposób unikania bólu, mechanizm obronny, który pojawia się w sytuacji, gdy traumie nie można ani zapobiec, ani jej psychicznie przetrwać, ani przed nią uciec. Jeśli ciało nie może się wyrwać, robi to przynajmniej umysł i dusza [7].

Po pewnym czasie od postrzału, gdy razem z innymi żołnierzami przebiegał w kierunku helikoptera obok domostw afgańskiej wioski, poczuł, że nogi „się pod nim ugięły”, „po prostu odcięto mu nogi”. Jest to przejaw dysocjacji somatoformicznej, która zawiera objawy konwersji pod postacią zaburzeń równowagi. Opisywane one były w dawnej psychiatrii jako astazja-abazja histeryczna, którą stanowią zaburzenia neurologiczne, z reguły przejściowe i odwracalne, w których nie jest możliwe ujawnienie uszkodzenia nerwowego [1].

W tamtym momencie padł na ziemię, poczuł silny ból w plecach, bał się, że został postrzelony. Rzeczy wokół wydały mu się nierzeczywiste. Był zdezorientowany czasowo-przestrzennie (ponowny przejaw dysocjacji). Pamięta, że potem próbował się czołgać, będąc wciąż pod ostrzałem nieprzyjaciela, do helikoptera, który czekał zawieszony nieopodal wioski afgańskiej, by móc podjąć żołnierzy i odlecieć z nimi do bazy. W tamtej chwili czuł, że jest całkowicie bezradny i że nie ma już siły, by dalej walczyć o przeżycie. „To było poczucie strachu, że już po mnie i że już nie mam więcej siły. Wydawało mi

się, że jestem sam. Nie miałem sił”. Bał się, że nie zdąży się doczołgać do helikoptera. Gdy był już na pokładzie, rozplakał się. „Zdałem sobie sprawę, że było o włos od śmierci”. Wielu badaczy potrzebę ucieczki, z jednoczesnym spostrzeżeniem, że jest ona niemożliwa, uznaje za esencję traumy [7].

Zderzenie z traumatycznym doświadczeniem uruchamia w nim nadmiarowe nierozładowane emocje, które potem wyładowuje w zachowaniach agresywnych i przemocy. Kilka dni po tym zdarzeniu angażuje się na własną prośbę we współpracę z wojskiem amerykańskim przy przewożeniu ludności afgańskiej podejrzanej o współpracę z terrorystami. Znęca się nad tymi ludźmi. „Tak bardzo ich biłem, kopałem, że objali się o ściany. Kolega zwrócił mi uwagę, żebym przestał, i czy nie widzę, że oni się boją. Odpowiedziałem mu: a ja się k.... nie bałem? Ja nie miałem rodziny?” W zachowaniu wobec tych ludzi musiał być na tyle psychopatyczny, że za sugestią samych żołnierzy amerykańskich zostaje odsunięty od tych działań. Potem do końca misji wykorzystuje każdą sytuację, gdy może być brutalny wobec ludności afgańskiej. Mówi, że im większe przerażenie widział w oczach tych ludzi, tym bardziej czuł swoją siłę i pewność. Jest to klasyczny obraz mechanizmu obronnego identyfikacji z agresorem, który wystąpił u tego weterana, który zostanie nieco szerzej opisany w omówieniu. Misję pełnił do końca.

Po powrocie do kraju zaczęły się u niego pojawiać liczne zachowania agresywne, najpierw w miejscu pracy, potem w domu, wobec bliskich. Był agresywny słownie i czynnie wobec żołnierzy. Nie kontrolował swoich wybuchów agresji, był wulgarny, rzucał w żołnierzy przedmiotami. Wobec domowników podobnie, tu jednak poziom jego agresji słownej i czynnej wzrastał na sile. Najmłodszą z córek, niespełna dwuletnie dziecko, reagowała odruchem obronnym, chowając twarz za rękami, gdy widziała, że ojciec wraca do domu. On zaś niszczył przedmioty, meble. Podczas jednej z kłótni z żoną z trudem powstrzymał się, by nie uderzyć jej pięścią w głowę. Potrafił podczas wzburzenia wbić nóż w kuchenny mebel, kiedy obok stała jego małżonka. Do własnych córek krzyczał: „Wy małe k..... afgańskie upier..... wam łby!”

## Hospitalizacje i terapia

Dotychczas był pięciokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie. Pierwsza hospitalizacja miała miejsce w 2013 roku. Wypisał się na własne żądanie zaledwie po 2 tygodniach pobytu na oddziale. Ponownie zgłosił się do KPSBiP w 2014 roku. Wówczas obserwowano u niego wzrost zachowań agresywnych. Miał niechętny stosunek do oddziaływań psychoterapeutycznych. Został wypisany do planowego przyjęcia do KPSBiP w celu wdrożenia terapii indywidualnej, jednak nie zgłosił się

w wyznaczonym terminie. Dopiero podczas trzeciej hospitalizacji, w połowie 2015 roku, ujawnił ze szczegółami przebieg zdarzenia traumatycznego z Afganistanu i spektrum objawów PTSD. Poszerzono wówczas psychologiczną diagnostykę PTSD o wywiad kliniczny CAPS IV (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS), który od niemal 20 lat stanowi wzorcowy sposób oceny PTSD. Wynik badania metodą CAPS IV potwierdził osiowe objawy zaburzenia stresowego pourazowego, takie jak nadmierne pobudzenie i ponowne przeżywanie (niezależnie od jego woli wspomnienia dotyczące zdarzenia z Afganistanu natrętnie „wdzierały się” do jego świadomości w postaci intensywnych obrazów, dźwięku i zapachu). Za każdym razem, gdy w rozmowie indywidualnej aktywowano pamięć wspomnienia traumatycznego, mówił: „Czuję specyficzny zapach tamtej ziemi, masakra”. Analiza wspomnień pacjenta wskazywała na to, że ślad pamięciowy zdarzenia z Afganistanu został zapisany i funkcjonował w systemie pamięci emocjonalnej oraz w pamięci dostępnej sytuacyjnie, która ma wpływ na pojawienie się intruzji i zawiera zapis percepcyjnych procesów dotyczących traumatycznego zdarzenia [5]. Za każdym razem, gdy na płycie szpitalnego lotniska lądował helikopter Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, doświadczał wdzierających się wspomnień dotyczących zdarzenia. Unikał wszystkiego, co mogło mu przypominać tamte przeżycia. Za zgodą pacjenta wdrożono wówczas terapię indywidualną, którą kontynuowano podczas kolejnej długiej hospitalizacji na przełomie 2015 i 2016 roku.

Przez ostatnie lata od powrotu z Afganistanu pacjent śnił często ten sam sen, w którym stoi w przerażającym bezruchu pośrodku wioski afgańskiej i nie może wykonać żadnego ruchu, by się obronić albo uciec, co jest zapewne bezpośrednim przełożeniem do chwili zdarzenia traumatycznego, gdy „odjęto mu nogi”. Po pewnym czasie od rozpoczęcia sesji indywidualnych śnił mu się ten sam sen, z tą samą wioską afgańską, tym razem jednak mógł się poruszać („moje ciało mnie słuchało”), mógł się obronić i odzyskał symbolicznie poczucie wpływu oraz kontroli. W noc przed ostatnim wypisem z kliniki śnił mu się koszmar, w którym widział brutalnie poszarpane ciała ludności afgańskiej, do których podchodził i z bliskiej odległości strzelał im w głowę, w to samo miejsce, w które on sam został postrzelony w hełm. Traktowano to, wraz z pacjentem, jako zapowiedź jego dalszej pracy terapeutycznej i tego, z czym przyjdzie zarówno jemu, jak i jego psychoterapeucie zmierzyć się podczas następnej planowanej hospitalizacji – z traumą wojenną z perspektywy bycia nie tylko jej ofiarą, ale również sprawcą. Widocznie zabrakło mu do tego odwagi, ponieważ ponownie nie stawiał się w wyznaczonym terminie przyjęcia do KPSBiP.

## Omówienie

Podczas wojny wielu weteranów nauczyło się, że ujawnianie innych emocji niż wrogość czy agresja to słabość, która może ich kosztować życie. Złość i gniew pozwalała im przetrwać w walce. Kiedy więc stają twarzą w twarz z poczuciem bezradności, paraliżującego przerażenia i świadomością własnej śmiertelności, radzą sobie z tym poprzez wzbudzanie w sobie gniewu. Gniew jest obroną przed lękiem i bezradnością. Wydaje się, że nie ma nic bardziej przerażającego dla człowieka, niż poczucie, że nie ma się wpływu na własne życie i że jest skazany na przypadkowość szczęścia żołnierskiego lub łaskę czy niełaskę nieprzyjaciela. Podstawowym mechanizmem obronnym, który za tym stoi, jest mechanizm identyfikacji z agresorem, opisany przez Annę Freud. Uważała ona identyfikację z agresorem za jeden z najsilniejszych sposobów radzenia sobie z zagrożeniem [2]. Identyfikacja jest uwewnętrznieniem cech innej osoby poprzez upodobnienie się do niej. W przypadku identyfikacji z agresorem osoba stosująca ten mechanizm obronny uwewnętrznia cechy agresywne innej osoby, by stając się w ten sposób podobną do agresora, uzyskać od niego choć minimum ochronnej bliskości. Ten paradoksalny styl relacyjny obserwuje się na przykład u dzieci, które doznały traumy wewnątrzrodzinnej, ale też u dorosłych ofiar przemocy interpersonalnej w okresie rozwoju (np. relacja ze współmałżonkiem, pracodawcą, ale też strażnikami więziennymi w przypadku długiego więzienia), wówczas gdy ofiara nie ma innych osób, ku którym mogłaby skierować silną tendencję do poszukiwania ukojenia u innego członka grupy społecznej. Takie zniekształcenie percepcji agresora powoduje często tendencję do ponownej wiktyimizacji, tj. do wchodzenia w nowe ryzykowane sytuacje relacyjne i powtarzanie krzywdzenia [1].

Doświadczenia pracy klinicznej z weteranami hospitalizowanymi w KPSBiP pokazują, że często stosowana przez nich przemoc jest częścią flashbacków, kiedy weteran jest nieświadomy swoich czynów ani tego, przeciwko komu je kieruje. Flashbacki są stanami dysocjacyjnymi, które trwają od kilku sekund do kilku godzin, podczas których osoba zachowuje się tak jak podczas przeżywania zdarzenia traumatycznego [4]. Wiele życiowych partnerek weteranów hospitalizowanych w KPSBiP było bitych w nocy, kiedy weteran doświadczał koszmarów. W trakcie koszmarów nocnych weterani mogą kopać, uderzać, rzucać się, podduszać swoje partnerki. Zdarza się, że śpią z nożem pod poduszką, zmuszając całą rodzinę nocą do czotkania się po podłodze, by uniknąć przeczuwanego przez nich niebezpieczeństwa. Jeżeli akty przemocy pojawiają się tylko w trakcie koszmarów nocnych, a w trakcie normalnych godzin dziennych nie występują żadne akty agresji, to może to być odosobniony objaw PTSD. Impulsywna,

nieplanowana agresja może być rozumiana jako przejaw agresji w PTSD, natomiast agresja zaplanowana i celowa, często instrumentalna, wskazuje na inne niż PTSD zaburzenia psychiczne.

### Wnioski

- Mechanizm obronny identyfikacji z agresorem jest pomocny w zrozumieniu zachowań agresywnych i przemocy u weteranów Polskich Kontyngentów Wojskowych w przebiegu psychoterapii traumy wojennej.
- Impulsywna, nieplanowana agresja może być przejawem agresji w PTSD, natomiast celowa i zaplanowana wynika z innych niż PTSD zaburzeń psychicznych.

### Piśmiennictwo

1. Giovanni L, Benedetto F. Traumatyczny rozwój. Etiologia, klinika i terapia wymiary dysocjacyjnego. Fundacja Przyjaciele Martyńki, 2016
2. Freud A. Ego i mechanizmy obronne. PWN, Warszawa 2007
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1998
4. American Psychiatric Association. Kryteria Diagnostyczne z DSM V. Wydawnictwo Urban i Partner, Wrocław 2015
5. LeDoux J. Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego. Media Rodzina of Poland, Poznań 2000
6. Szumańska S (ed). Tułaczka Odysusza. Powrót z wojny do domu. PWN, Warszawa 2017
7. Zdankiewicz-Ścigała E. Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2017