

Тамара М. Чавић-Ђурић¹

Универзитет у Београду

Медицински факултет

Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић”

Одсек за психотерапију

Центар за ментално здравље „Београђанка”

Београд (Србија)

УДК 364-785-058.65:615.85(497.1)"19/20"

341.322.5(497.1)"1999"

Преједни научни рад

Примљен 17/02/2019

Измењен 23/04/2019

Прихваћен 26/04/2019

doi: 10.5937/socpreg53-20624

УЛОГА ДРУШТВА У ХРОНИФИКАЦИЈИ ТРАУМЕ: ИСХОДИ РАТНИХ ИСКУСТАВА У СРБИЈИ

Сажетак: Увод: Последице ратова огледају се на индивидуалном, породичном и колективном плану.

Циљ: Уочити друштвене механизме који обликују хроничан ток посттрауматских реакција и предложити превентивне мере и терапијске поступке.

Метода: Преглед публикација о исходима ратних искустава код војника, заробљеника, избеглица и цивила у Србији након ратова на тлу бивше СФРЈ и бомбардовања СРЈ.

Резултати: Изостанак друштвене интеграције жртава рата покреће хронификацију посттрауматског стресног поремећаја, пораст насиља и депресије.

Закључак: Социјална репарација може превенирати компликовање посттрауматског поремећаја, а разни облици групне психотерапије су лек избора за оваква стања.

Кључне речи: послератно друштво, рат, психолошка траума, социјална изолација, посттрауматски стресни поремећај, групна психотерапија

Увод

„Нама у зајрејашћујућој мери њреће ратиови и револуције који нису нишћиа друјо до њсихичке епидемије. Психичко је снажна сила која мнојосћуруко њревазилази све друје силе земље. Зајшо је душа не само лични, већ и свејћски њроблем.”

К. Г. Јуні

20. век био је век запањујућег технолошког прогреса, али истовремено и век ратова, а домете 21. века не можемо ни наслутити. Свакако, непрестани пораст насиља у многим земљама и различитим културама поставио је широку основу за проучавање психолошких последица трауме. Психичка траума је фундаментално друштвено искуство и један од најважнијих здравствених проблема данашњег света. Трауматски догађаји привремено или трајно мењају способност превладавања, биолошку перцепцију претње и концепт о себи самима. Трауматизоване особе че-

¹ cavic.tamara@gmail.com

сто развијају посттрауматски стресни поремећај (ПТСП), у којем сећање на трауматски догађај доминира свешћу жртава и којег карактеришу дугорочне психолошке, социјалне и биолошке секвеле. Још је Жане описивао ПТСП као „неспособност интеграције трауматских сећања“ и „губитак капацитета за асимилацију нових искустава“ (Janet, 1889), док ће Фројд касније користити термин “фиксирани” за трауму (Freud, 1918).

Психотрауматологија се временом померила са граница војне психијатрије, а ПТСП се све више дијагностикује међу цивилном популацијом. ПТСП подразумева претходну изложеност животни претећој ситуацији и непосредан интензивни субјективни дистрес, а манифестује се низом симптома из три кластера: поновно проживљавање трауме, перзистентно избегавање/отупелост и перзистентни симптоми повећане побуђености; трајање симптома дуже од три месеца говори у прилог хроничног тока болести, а вишегодишње перзистирање тегоба доводи до трајних промена личности после катастрофичног искуства (ICD-10, WHO, 1992) или компликованог ПТСП (DSM-IV, APA, 1994).

Током протеклих деценија, сукцесивне и масивне друштвене трауме, ратови, избеглиштво и бомбардовање на тлу Србије оставили су психичке секвеле, које се из индивидуалног преливају на друштвени план и обратно.

Циљ

Како у нашој земљи функционише овај резонантни феномен у којем друштвене околности попут ратова излажу појединце и групе трауматичним искуствима која их мењају, а затим индивидуалне трауме суптилно мењају и друштва у којима живе?

Траума патогенетски делује на више нивоа. Она мења механизме којима мозак утиче на понашање и структуру селфа. Затим, представља ометајући фактор развоју индивидуалних способности за блискост, интимност, љубав, сексуалност и самоостварење. Најзад, за нас овде најважније, она реорганизује културе и друштва (Wilson, 1993), као што се то догађало више пута у новијој историји: успон фашизма у Немачкој после пораза у Великом рату и потписивања Версајског споразума; дубоко неповерење између источних и западних Немаца присутно и данас као последица вишедеценијске блоковске поделе након Другог светског рата; процват исламског тероризма на тлу Европе и шире као бумеранг неинтеграцији миграната; појава „жутих прслука“ у Француској међу најсиромашнијим - досељеничким слојевима друштва; актуелно растући талас отпора мигрантима у европским државама које су под притиском избеглица из Сирије и других ратом захваћених држава итд.

Особе са историјом тешке трауме, поред ПТСП, имају вишеструко веће ризике за низ телесних болести (исхемичну болест срца, карцином, хроничну плућну болест, фрактуре костију, хепатитис, мождани удар, дијабетес и болести јетре), ризична понашања (пушење, злоупотреба дрога и алкохола, промискуитет и сексуално преносиве болести) и нездрав животни стил (физичку инактивност и гојазност), као и за развој депресије и покушај суицида (Stoşq, 2000).

Ако пођемо од чињенице да су многе заједнице бивале вишеструко погођене последицама психолошких траума појединаца, можемо ли у нашој средини да пре-

познамо социјалне обрасце који утичу на ток посттрауматског стресног поремећаја и придружених стања, као и на дугорочне промене у друштву?

Методологија

Прегледана су домаћа истраживања која су се бавила посттрауматским опоравком код истих циљних група: ратом трауматизованих избеглица, расељених лица, ратних ветерана са подручја бивших југословенских република и АП Косово и Метохија, као и цивила са територије Србије који су претрпели бомбардовање НАТО-а 1999. године. Увидом у налазе могу се уочити извесне правилности које се односе на утицај друштвених околности на ток болести код испитаника. Учињен је осврт на доступну литературу везану за међуоднос друштва и жртава рата и у другим заједницама и културама и забележене су одређене правилности.

Налази

Избеглиштво је специфично по томе што представља спој трауматизације и искорењивања (Van der Veer, 1992) или, како би Ахтар рекао „трећу индивидуацију“ (Akhtar, 1992). Избеглице и расељена лица у Србији који су дужи низ година живели у колективним центрима ниско су оцењивали социјалну подршку. Продужени боравак је погоршавао ионако комплексне психосоцијалне проблеме ових људи, за које се може рећи да су били комбинација стресова присутних пре и после миграције (Џавић, 1999). Постмиграциони стресови били су социјална изолација, одсуство било каквих организованих активности и повезивања са локалном заједницом, као и етикетирање. Посттрауматске реакције су биле блаже, а адаптација боља код избеглица исламске конфесије и других група које су уживале подршку традиционалне породичне структуре, као и оних који су својом личном иницијативом превазилазили научену беспомоћност и предузимали кораке ка пуној интеграцији и самосталности (Џавић, 1999).

Истраживање међу избеглим и расељеним лицима више година после прогона са Косова утврдило је да је реч о мултитрауматизованој и стигматизованој популацији код које доминира депресија и научена беспомоћност као образац понашања (Џавић, 2002). Психосоцијални стрес преплављује особу и инхибира пројективне факторе, што се може превазићи јачањем породичног јединства, добре социјалне мреже или идеолошке/политичке/религијске свести (Џавић, 2002).

Испитивање најзначајнијих фактора ризика за појаву ПТСП код особа с борбеним искуством током ратова у бившој Југославији и на Косову и Метохији, жртава тортуре и избеглица, прогнаника и интерно расељених, као и особа изложених бомбардовању у Србији 1999. године, утврдило је да је подршка друштва међу неколико најзначајнијих ризикофактора који одређују појаву и ток ове болести, односно да ефикасна мрежа социјалне подршке, која укључује и друштвене организације, смањује ризик од обољевања од ПТСП-а како у периоду дејства трауме, тако и у периоду који му следи (Milosavljević, 2011).

У монографији Међународне мреже помоћи (IAN) „Живот у послератном друштву“ аутори наводе да психијатријски поремећаји, пре свега ПТСП, ометају прилагођавање новом окружењу и наставак живота у посттрауматским условима, па их, пре свега, треба схватити као апел за подршку и терапију, при чему нарочито избеглице захтевају дугорочну хуманитарну асистенцију која мора бити добро планирана и разноврсна (Jović et al., 2005).

Искуство хроничног дистреса код особа које су доживеле серију трауматичних и егзистенцијално угрожавајућих искустава и затим оболели од ПТСП-а, асоциран је с већим трошковима здравствене службе за лечење тих људи много година после завршетка рата (Lečić Toševski, Rejović Milovančević, 2006). Парадоксално, особе које су од ПТСП-а оболели након ратова деведесетих, дуго низ година нису лечени психијатријски (Janković, 2011), и то - због својих симптома избегавања, као и доживљаја да друштво и здравствена служба имају негативан став према њиховим тегобама. Социјална подршка спречава настанак ПТСП-а и смањује његово трајање (Milenković, 2010).

Бивши заробљеници и жртве тортуре нерадо су износили своја тешка искуства. Испитујући има ли разлике међу половима Шпирић и сар. (2010) утврдили су да су жене у односу на сексуално злостављање развијале веће скорове депресије, анксиозности, интерперсоналне сензитивности и опсесивно-компулзивних димензија, док су мушкарци чешће били жртве „заједничких“ и „садистичких“ тортура. Ратни ветерани и жртве тортуре у Србији су се радије јављали за помоћ невладиним организацијама, које су се бавиле њиховим здравственим проблемима и помагале им у судским поступцима ради накнаде нематеријалне штете (Čavić, 2002). Ратни ветерани доживљавају као немаран и одбацујући став државе и друштва према њима. У свеобухватној студији о жртвама ратне тортуре подвлачи се улога друштвених ставова према појединцима који су учествовали у рату (Špirić i sar, 2004). Утврђено је да је највећи ризико-фактор за одржавање симптома ПТСП-а била социјална изолација и доживљај неконтролабилности (Basoglu et al., 2007). Слични су налази утврђени и међу професионалним војницима који су трпели посттрауматске реакције много година после рата (Ћабаркара, 2004).

Код цивила који су претрпели бомбардовање или губитак неког блиског током НАТО агресије стопа анксиозно-депресивних поремећаја била је значајно мања, ако су имали неку мрежу подршке, без обзира на порекло и религију (Rejović, Čavić, 2000).

Код студената медицине са ПТСП, испитиваних годину дана после бомбардовања Србије које је спровео НАТО, утврђено је да су симптоми наметања (интрузије мисли, слика, осећања и др. сензација „као да“ се оригинална траума поново догађа) били директно условљени начинима превладавања ситуације, а они су подразумевали коришћење друштвених ресурса (Gavrilović i sar, 2003). У другој групи испитиваних цивила нађено је да личност има већи утицај на исход стресних реакција, што може бити од значаја за превентивне мере и терапијске приступе стресним реакцијама (Samaradžić & Špirić, 2005).

Два фактора одржавају психолошке посттрауматске реакције. Први фактор је образац мишљења назван „негативни монолози“. Други фактор је мањак социјалних контаката. Избеглице избегавају или беже из ситуација које им изазивају анксиоз-

ност. Ово се може елиминисати поступним излагањем анксиозно провоцирајућим ситуацијама, све док дистрес сасвим не ишчезне. Когнитивно реструктурисање у групи избеглица показало је значајан терапијски ефекат и предикторни потенцијал за опоравак код ПТСП-а (Ћавић, 2002).

Овај терапијски приступ и то, у групном сетингу, са трауматизованима у колективном смештају, први пут је примењен у нашем истраживању са избеглима са Косова који су живели у бившој психијатријској клиници на Авали. Он се показао као високо ефикасан у успостављању контроле над трауматским садржајем и освајању адаптивног репертоара стратегија превладавања (Ћавић, 2012).

Дискусија

*“Живимо у својој техничкој сјаја и културној варварској”
Ерик Де Марс (1983)*

Данашња глобална култура може се слободно назвати културом насиља. Многи аутори о томе говоре на сличан начин. Сејом Браун (Seym Brown, 1994) помиње „културу рата“, где појединци узимају учешће у сукобима под утицајем геополитичке ситуације и система веровања неке земље. Кеџмановић (Kezmanović, 2000) је дефинише као „културу жртве“ где у сваком човеку дејствују и притисци колектива (ставови, веровања, прописи, забране), а Хју је назива „културом жалби“ (Robert Hughes, 1992). Оно што је заједничка окосница свих гледишта јесте да оваква друштвена атмосфера спречава раст, развој и напредак и појединца и заједнице. А основна функција људског друштва и јесу: традиција, институције и системи вредности који своје чланове могу заштитити од стресних искустава.

Свака катастрофа има лично значење, индивидуалну реакцију. Лични значај трауме условљен је друштвеним контекстом у којем се дешава. Свака велика економска промена, било на боље или на горе, је дислокација из постојећег система и изазива проблеме прилагођавања с пратећим скоком стопе суицида.

Прихватљивост трауме за друштво увек је пребојена друштвеном или политичком динамиком, а медији значајно моделују друштвени став према жртвама. Жртве трауме често су политички и друштвено инструментализоване - или су пригрљене/идеализоване или одбачене/стигматизоване. Они су морално и финансијско бремене. Поставља се питање да ли је одговорност за њихову судбину индивидуална или подељена? Потискивање, дисоцијација и порицање - феномени су друштвене и индивидуалне одговорности (Judith Herman, 1992). Групе, институције и други хумани системи показују стресне реакције директно узроковане трауматским догађајима или серијама догађаја. Трауматизовани појединци подсећају друштво колико сигурност може бити фрагилна. Друштво је у отпору. Уздрмана је његова илузија о сигурности и предвидивости.

Групе под стресом су у регресији, у њима делује примарни процес и принцип делегиране одговорности. Описујући феномен „жртвоног јарца“ (scapegoating), Бион говори о томе да се један члан или део групе сагледавају као узрок групног или организационог проблема, а већина има илузију да ће искључење тог члана решити проблем (Bion, 1961). Немар друштва према трауматизованим грађанима, узрок је

феномена познатог као „терцијарна трауматизација“. Он је резултат конзервативних импулса у служби одржања уверења да је свет базично праведан, да добри људи управљају својим животима, односно, како каже Ван дер Колк „да се лоше ствари дешавају само лошим момцима“ (Van der Kolk). Оваква динамика учвршћује симптоме посттрауматског стресног поремећаја и отвара пут другим компликацијама болести попут трајних промена личности, алкохолизма, депресије и суицида.

Кумулативна траума, скорији стрес и мањак социјалне подршке увећавају вероватноћу егзацербације ПТСП и његове хронификације.

Мањак социјалне подршке појављује се као највећи фактор ризика за појаву ПТСП-а. Подршка друштва има функцију трауматске мембране, афилијација делује као заштита од трауме. Многа истраживања су потврђивала ово становиште из различитих перспектива. Тако, на пример, знамо да социјална подршка и локус контроле моделују праг толеранције на стрес (Kobassa & Pucseti, 1983), да интактна социјална подршка штити од катастрофичних догађаја (Quarantelli, 1985; Holen, 1990), да је породица за децу ефикасна заштита од трауматизације (Wender, 1989; Van der Kolk, Perry & Herman, 1991; McFarlane, 1988), као и да је у акутним кризним интервенцијама приоритет пружање и обнова социјалне подршке (Lystad, 1988; Raphael, 1986; Mitchell, 2000).

За избеглице и расељена лица једино интеграција може бити дугорочно, трајно решење, а то, према Српском савету за избеглице (Нови Сад), обухвата: информацију, информисаност, учешће у решавању сопствених проблема заједно са друштвеним структурама, стална реevaluација шта је постигнуто и како у законским оквирима поспешити укључивање у друштво, уз уважавање протеклих искустава (Korać Mandić, 2006).

Друштвени положај ратних ветерана је незадовољавајући, због недостатка механизма за њихово укључивање у мирнодопско друштво. Они су незадовољни нерешеним статусом у систему социјалне заштите и нерегулисаним правом на здравствену заштиту, мало учествују у политици и јавно се не ангажују, усмеравају контакте на људе са истим искуством, иако желе да друштвено партиципирају и допринесу изградњи мира. Огроман број њих живи ван заједнице, због недостатка интеграцијских мера. На најширем друштвеном плану и у свакодневним интеракцијама нотирана је стигматизација која ову друштвену групу маргинализује. (Marković-Savić, 2012).

Човеком изазвана траума има своје посебности. Неправедност чини трауму тежом. То рађа потребу да се не прихвати и не заборави. Због тога, симптоми трају и отпорни су на терапију. Оваква траума досеже ниво колективног значаја, па и лечење мора бити колективно.

Емоционално везивање је прва спонтана заштита од трауматизације. Људи су се увек окупљали у друштва и организације да би себи помогли да се носе са спољним изазовима. Тражимо блиске емоционалне везе са другима да би нам они помогли да антиципирамо, прихватимо и интегришемо тешка искуства. Савремена истраживања показују да све док је социјална подршка интактна, људи су релативно заштићени чак и од катастрофичних стресова. Људи се такође ослањају на своје породице, колеге и пријатеље да би обезбедили тзв. трауматску мембрану. Препознавањем ове потребе за афилијацијом (груписањем) као заштитом од трау-

ме, постало је општеприхваћено да је основно у акутним кризним интервенцијама - пружање и обнова социјалне подршке.

На темељу овога, може се рећи да је групна терапија метода избора за пацијенте са трауматичним искуством. То је и прилика да се лична траума трансформише у помоћ другима. Групна терапија делује као платформа за исцељење и социјалну репарацију.

Групна арт терапија показала је добре резултате код ратних ветерана лечених на ВМА у Београду, који су кроз цртеже/асоцијације лакше говорили о неоткривеним траумама и спремније изражавали своја осећања према борбама и сведочења рањавању или страдању сабораца – а касније у групи дискутовали у сигурном сетингу (Mandić Gajić, Špirić, 2015).

Појам групни рад односи се на рад са већом групом људи. Величина групе одређује и карактер процеса у групи. Велика група пружа могућност да се доживи социјално искуство и осећање припадности. Ипак, атмосфера у групи добрим делом зависи и од терапеута и његове личности. Свака добро интегрисана, кохезивна група представља снажну одбрану од негативних осећања.

Да би жртва трауме могла успешно да функционише, она мора да интегрише своја трауматска искуства у реално виђење себе и света. Управо зато, репетиција трауматских искустава представља когнитивни процес, тј. покушај да се нова информација успешно обради. Неки аутори сматрају да особа у кризи која се фокусира на сопствену неспособност, није успешна у решавању проблема. Тада су немоћ, љутња и жалост доминантне емоције. Анализом начина на који трауматизована особа објашњава проблеме, терапеут усмерава његову пажњу на позитивне аспекте ситуације, што је полазна тачка за промене у понашању, а касније и начина експланације уопште. Терапеут треба да покуша да замени глобални начин објашњења специфичним начином, након чега се реалније и адаптивније посматра ситуација. Самооптуживање које се активира код жртава трауме представља трагање за личним доприносом и максимизира смисаоност њиховог искуства. Позитивна реevaluација трауматског догађаја следи после самооптуживања, чиме се особа приближава старом свету удобних уверења. Многи трауматизовани долазе у фазу када виде муке као извор нове алтруистичке оријентације у свом животу, као добитак за себе у смислу важних научених лекција, које их подсећају на праве вредности и уливају осећај снаге и способности. У периодима стреса врло су корисне оптимистичке црте, као што су: потрага за информацијама, активно превладавање и планирање, стављање чињеница у позитиван оквир, тражење добити, коришћење хумора, прихватање. Поред тога, нада и понашање усмерено на проблем и даље су темељи успешног превладавања. Управо због тога процес превладавања представља реконструкцију наших претпоставки.

Предности групне терапије су бројне. Најпре, у групи клијент има осећај универзалности схватајући да није сам у својој патњи. Даље, група обезбеђује делегирано учење слушањем како други људи решавају проблеме. Учествовањем у групи сваки клијент први пут се јавно обавезује на промену. Група је прилика да се добије помоћ у борби са ирационалним мислима. Циљ борбе са ирационалним мислима је да се алогичне и маладаптивне мисли замене позитивним и логичним.

Без обзира на природу трауме или структуру групе, циљ групне терапије је помоћи људима да активно прате захтеве тренутка, без интрузија протеклих искустава. Групна терапија се сматра као метода избора за пацијенте са трауматичним искуством.

У групи људи која је прошла кроз слично искуство већина трауматизованих људи коначно постаје способна да нађе прикладне речи да изрази оно што им се десило. Групна терапија нуди широк спектар решења за психосоцијалне проблеме пацијента. Иако различити, пацијенти се окупљају око сличности везаних за трауму што их отвара један према другоме да слободно говоре о својим страховима, губицима и могућностима налажења нових разлога за живот и оптимизам. Група је најпогодније окружење које може да држи и апсорбује велику количину агесије и депресије. Неопходно је да ове групе води едуковани терапеут под супервизијом, јер је то изузетно напоран посао у којем је терапеут изложен различитим пројекцијама, агресивним тенденцијама или идеализацијама.

Траума захтева поновни процес учења. Обновљање наших претпоставки у процесу превладавања одиграва се између две крајности: једна је стари свет са удобним уверењима која више нису валидна, али су пријатна; с друге стране су претпоставке о недобронамерности, бесмислу и личној неадекватности, које се чине исправним, али су емоционално веома узнемирујуће. Социјална интеграција је потврда да је свет добар, а појединац вредан.

Закључак

Не постоји социјална евиденција о ратним ветеранима и другим жртвама рата, недостају системске мере интеграције, степен друштвене подршке у превазилажењу проблема насталим као последица учешћа у рату је низак.

Ратом трауматизовани, болан су подсетник за друштвену заједницу да се мора понети одговорност за изборе, као и да заједница мора да води бригу о својим жртвама. Друштвени системи су инертни системи, који пружају отпор променама и ружној слици сопственог одраза у огледалу. Трауматизовани трпе стално наметање мисли и слика о трауми, покушавају да их избегну, узнемирени су, депресивни и, у немоћи, ауто- и хетероагресивни. Одбачени су од друштва, јер га подсећају да у животу „не цветају руже“. Друштво пориче проблеме и избегава их, одлаже њихово решавање, чиме жртвама потврђује отровне сумње да је свет неправедан. Трауматизовање трауматизованог представља терцијарну трауматизацију. Траума се продубљује, време пролази, жртве су маргинализоване и обележене, симптоми хронифицирају.

Неопходно је да се друштво промодно, организовано и мултидисциплинарно суочава са психичким последицама трауматских догађаја кроз мрежу психосоцијалне подршке и терапијских група у циљу превенције посттрауматских стања, пораста насиља и депресије.

„Ни за једној њојединца ма колико он био изолован у њросџору и времену, не може се смаџрати да је изван њрује или да нема акџивних манифесџација њрујне њсихолоџије... њојединца има каракџерисџишке чије деловање њосџаје јасно само ако се џражи у разумљивом њољу њроучавања - у овом случају у џруји.“

Bion (1961).

Tamara M. Čavić-Đurić¹
University of Belgrade
Faculty of Medicine
Clinic for Psychiatric Illness “Dr Laza Lazarević”
Department of Psychotherapy
Center for Mental Health “Beogradanka”
Belgrade (Serbia)

THE ROLE OF SOCIETY IN THE TRAUMA CHRONIZATION: THE OUTCOMES OF WAR EXPERIENCES IN SERBIA

(Translation In Extenso)

Abstract: Introduction: The consequences of wars are reflected on the individual, family and collective plans.

Aim: To perceive social mechanisms that shape the chronic course of posttraumatic reactions and to propose preventive measures and therapeutic procedures.

Method: A review of publications on the outcomes of war experiences among soldiers, prisoners, refugees and civilians in Serbia after the wars on the territory of the former SFRY and the bombing of the FRY.

Results: The lack of social integration among victims of war triggers the chronization of post-traumatic stress disorder, increased violence and depression.

Conclusion: Social reparation can prevent the complication of posttraumatic disorders and different forms of group psychotherapy are a cure of choice for these conditions.

Keywords: post-war society, war, psychological trauma, social isolation, posttraumatic stress disorder, group psychotherapy

Introduction

“To a quite terrifying degree we are threatened by wars and revolutions which are nothing other than psychic epidemics. This is a World Power that vastly exceeds all other powers on earth. This is why the psyche is not only a personal but a world problem.”

C. G. Jung

The 20th century was a century of astounding technological progress, but at the same time a century of wars, and we cannot even guess what the reach of the 21st century would be. Certainly, the constant rise in violence in many countries and different cultures has laid a broad foundation for studying psychological consequences of trauma. Psychic trauma is a fundamental social experience and one of the most important health problems of today's world. Traumatic events temporarily or permanently alter the ability of overcoming, the biological perception of threats and the concept of oneself. Trau-

¹ cavic.tamara@gmail.com

matized individuals often develop the post-traumatic stress disorder (PTSD), in which remembering the traumatic event dominates the consciousness of victims and which is characterized by long-term psychological, social and biological consequences. Janet has described PTSD as “an inability to integrate traumatic memories” and “a loss of capacity to assimilate new experiences” (Janet, 1889), while Freud later used the term “fixed” for trauma (Freud, 1918).

Over time, psychotraumatology has moved from the boundaries of military psychiatry, and PTSD has been diagnosed with the civilian population more frequently. PTSD implies prior exposure to a life-threatening situation and an immediate intense subjective distress, and is manifested by a series of symptoms from three clusters: traumatic re-traumatism, persistent avoidance/numbness and persistent symptoms of increased excitation; the duration of symptoms for more than three months suggests a chronic flow of the disease, while the persistence of the symptoms for several years after the disastrous experience leads to permanent changes in one’s personality (ICD-10, WHO, 1992) or a complicated PTSD (DSM-IV, APA, 1994).

Over the past decades, successive and massive social traumas, wars, refugee waves and bombing in Serbia have left psychological sequences, which are transferred from the individual to the social plan and vice versa.

Aim

How does this resonant phenomenon work in our country in which social circumstances like wars exposed individuals and groups to traumatic experiences that changed them, and then the individual traumas subtly changed the societies?

The trauma works pathogenetically on multiple levels. It changes the mechanisms by which the brain affects the behavior and the structure of the self. It is a hindering factor in the development of individual abilities for closeness, intimacy, love, sexuality and self-realization. Finally, most importantly for us, it reorganizes cultures and societies (Wilson, 1993), as it happened many times in recent history: the rise of fascism in Germany after the defeat in the Great War and the signing of the Versailles Agreement; a deep distrust between eastern and western Germans that is still present as a consequence of the decennial Bloc division after the Second World War; the blooming of Islamic terrorism on the ground of Europe and the wider region as a boomerang of the non-integration of migrants; the “yellow vests” appearing in France among the poorest - immigrant strata of society; the current growing wave of resistance to migrants in European countries under the pressure of refugees from Syria and other war-affected countries, etc.

People with a history of severe trauma, besides PTSD, are under substantially higher risk of developing a number of physical diseases (ischemic heart disease, cancer, chronic lung disease, bone fractures, hepatitis, stroke, diabetes and liver disease), risky behaviors (smoking, drug abuse and alcoholism, promiscuity, and sexually transmitted diseases) and unhealthy lifestyles (physical inactivity and obesity), as well as depression and attempted suicide (Crocq, 2000).

If we start from the fact that many communities have been severely affected by the consequences of individual psychological trauma, can we recognize social patterns that

affect the course of post-traumatic stress disorder and associated conditions in our community, as well as long-term social changes?

Methodology

A review of domestic research was conducted on post-traumatic recovery of the following target groups: refugees traumatized by war, displaced persons, war veterans from from the territory of the ex - Yugoslav republics and Autonomous Province of Kosovo & Metohija, and civilians from the territory of Serbia who suffered NATO bombardment in 1999. By examining the findings, certain regularities were perceived regarding the influence of social circumstances on the course of respondents' disease. A review was made of available literature related to the interdependence of society and war victims in other communities and cultures, and certain regularities were recorded.

Findings

Being a refugee is specific in that it is a combination of traumatization and eradication (Van der Veer, 1992), or, as Akhtar would say, "the third individuation" (Akhtar, 1992). Refugees and displaced persons in Serbia who had lived in collective centers for a number of years testified to a low social support. The prolonged stay worsened the already complex psychosocial problems of these people, which can be said to be a combination of stress before and after migration (Čavić, 1999). The postmigration stress was due to social isolation, the absence of any organized activities, links with the local community and the labeling. Posttraumatic reactions were milder, and the adaptation was better for refugees of the Islamic confession and other groups that enjoyed the support of the traditional family structure, as well as those who overcame the learned helplessness by their own initiative and took steps towards full integration and independence (Čavić, 1999).

A study of refugees and displaced persons years after their persecution from Kosovo found that it is a multi-traumatized and stigmatized population dominated by depression and learned helplessness as a pattern of behavior (Čavić, 2002). The psychosocial stress overwhelms the person and inhibits protective factors, which can be overcome by strengthening the family unity, good social network or ideological/political/religious awareness (Čavić, 2002).

The study of the most significant risk factors for the occurrence of PTSD in persons with combat experience during the wars in the former Yugoslavia and in Kosovo and Metohija, victims of torture and refugees, displaced persons and internally displaced persons, as well as persons subjected to bombing in Serbia in 1999, found the social support to be among the few most important risk factors that determine the occurrence and the course of this disease, that an effective social support network, including social organizations, reduces the risk of PTSD both in the period of trauma and in the later period (Milosavljević, 2011).

In the monograph of the International Aid Network (IAN) "Living in Post-war Communities", the authors state that psychiatric disorders, primarily PTSD, interfere with adapting to the new environment and continuing lives in post-traumatic conditions,

and that they, above all, should be understood as an appeal for support and therapy, with refugees requiring long-term humanitarian assistance, which must be well-planned and diverse (Jović et al., 2005).

The experience of chronic distress with people who had experienced a series of traumatic and existentially endangering experiences, and then suffered from PTSD, is associated with higher costs of the health service for the treatment of these people for many years after the end of the war (Lečić Toševski, Pejović Milovančević, 2006). Paradoxically, people who suffered from PTSD after the wars in the 1990s have not received psychiatric treatment for many years (Jankovic, 2011), due to their avoidance, as well as the experience that society and the health service have a negative attitude towards their problems. Social support prevents the occurrence of PTSD and reduces its duration (Milenković, 2010).

Former prisoners and victims of torture reluctantly talked about their difficult experiences. Examining whether there were differences between the genders, Špirić and associates (2010) found that women had developed greater levels of depression, anxiety, interpersonal sensitivity, and obsessive-compulsive dimensions in relation to sexual abuse, while men were more often victims of “common” and “sadistic” torture. War veterans and victims of torture in Serbia were more likely to contact NGOs dealing with their health problems and assisting them in court proceedings to compensate for non-pecuniary damage (Čavić, 2002). War veterans perceived the attitude of the state and society towards them as being negligent and rejecting. A comprehensive study on the victims of war torture underlines the role of social attitudes towards individuals who participated in the war (Špirić et al., 2004). It was found that the greatest risk factor for maintaining the symptoms of PTSD was social isolation and the experience of uncontrollability (Basoglu et al., 2007). Similar findings were found among professional soldiers who suffered posttraumatic reactions many years after the war (Čabarkapa, 2004).

The rate of anxiety-depressive disorder was significantly lower in the case of civilians who suffered bombardment or loss of someone close during the NATO aggression, if they had a support network, regardless of their origin and religion (Pejović, Čavić, 2000).

With the students of medicine with PTSD surveyed a year after the NATO bombardment of Serbia, it was found that the symptoms of imposition (intrusion of thoughts, images, feelings, and other sensations “as if” the original trauma was occurring again) were directly conditioned by the ways of overcoming the situation, and they implied the use of social resources (Gavrilović et al., 2003). In the second group of studied civilians, it was found that the personality has a greater influence on the outcome of stress reactions, which can be of importance for preventive measures and therapeutic approaches to stress reactions (Samaradžić and Špirić, 2005).

Two factors maintain psychological posttraumatic reactions. The first factor is the pattern of thought called a “negative monologue”. The second factor is the lack of social contacts. Refugees avoid or escape situations that cause them anxiety. This can be eliminated by a gradual exposure to anxiety-provoking situations, until distress completely disappears. Cognitive restructuring in the refugee group showed significant therapeutic effects and a predictive potential for recovery with PTSD (Čavić, 2002).

This therapeutic approach, in the group setup, with traumatized people in collective accommodation, was first applied in our research with refugees from Kosovo who lived in

the former Psychiatric Clinic at Avala. It proved to be highly efficient in establishing control over traumatic content and gaining an adaptive repertoire of strategies for overcoming (Čavić, 2012).

Discussion

"We live in a world of technical brilliance and cultural barbarism."
Eric De Mare (1983)

Today's global culture can be freely called the culture of violence. Many authors speak about this in a similar way. Seyom Brown (1994) mentions the "war culture", where individuals take part in conflicts under the influence of the geopolitical situation and the country's belief system. Kecmanović (Kecmanović, 2000) defines it as the "victim culture" where the pressure of the collective (attitudes, beliefs, regulations, prohibitions) also active in each person, and Hughes calls it the "culture of complaint" (Robert Hughes, 1992). What is the common backbone of all standpoints is that such a social atmosphere prevents the growth, development and progress of both individuals and communities. The basic functions of human society are: tradition, institutions and value systems that can protect their members from stressful experiences.

Each disaster has a personal meaning, an individual reaction. The personal nature of trauma is conditioned by the social context in which it occurs. Any major economic change, for the better or for worse, is dislocation from the existing system and causes adjustment problems with the accompanying increase in the suicide rate.

The acceptance of trauma by society is always influenced by social or political dynamics, and the media significantly model the social attitude towards victims. Trauma victims are often politically and socially instrumentalized - they are either embraced/idealized or rejected/stigmatized. They are a moral and financial burden. The question arises as to whether the responsibility for their fate is individual or shared? Suppression, dissociation and denial - are the phenomena of social and individual responsibility (Judith Herman, 1992). Groups, institutions and other human systems show stress reactions directly caused by traumatic events or series of events. Traumatized individuals remind the society how fragile security can be. Society is in resistance. Its illusion of safety and predictability is shaken.

Stressed groups are in regression, the primary process and the principle of delegated responsibility is active in them. Describing the scapegoating phenomenon, Bion says that one member or part of the group is viewed as a cause of the group or organizational problem, and most are under an illusion that the exclusion of that member would solve the problem (Bion, 1961). The negligence of societies towards traumatized citizens is the cause of the phenomenon known as "tertiary traumatization". It is the result of conservative impulses in maintaining the belief that the world is basically just, that good people manage their lives, that is, as Van der Kolk says, "that bad things only happen to bad guys" (Van der Kolk). This dynamics strengthens the symptoms of posttraumatic stress disorder and opens the way to other complications of illness, such as permanent changes in personality, alcoholism, depression, and suicide.

Cumulative trauma, recent stress and the lack of social support increase the likelihood of PTSD exacerbation and its chronization.

The lack of social support appears as the highest risk factor for the occurrence of PTSD. Social support has the function of a traumatic membrane, affiliation acts as a protection against trauma. Many studies have confirmed this view from different perspectives. For example, we know that social support and the locus of control model the threshold of stress tolerance (Kobassa and Pucceti 1983), that intact social support protects from catastrophic events (Quarantelli, 1985; Holen, 1990), that the family is an effective protection against traumatization of children (Wender, 1989; Van der Kolk, Perry & Herman, 1991; McFarlane, 1988), and that in acute crisis intervention, priority is given to providing and restoring social support (Lystad, 1988; Raphael, 1986; Mitchell, 2000).

For refugees and displaced persons, only integration can be a long-term lasting solution, and this, according to the Serbian Refugee Council (Novi Sad), includes: information, informedness, participation in solving own problems together with social structures, constant reevaluation of what has been achieved and how to promote social inclusion in legal frameworks, while respecting past experiences (Korać Mandić 2006).

The social position of war veterans is unsatisfactory, due to the lack of mechanisms for their inclusion in peacetime society. They are dissatisfied with the unresolved status in the social protection system and the unregulated health care, they are little involved in politics and do not publicly engage, directing contacts to people with the same experience, although they want to participate socially and contribute to peace building. A huge number of them live outside the community, due to the lack of integration measures. On the broadest social plane and in everyday interactions, there is a noted stigmatization that marginalizes this social group. (Marković-Savić, 2012).

Man-caused trauma has its own peculiarities. The injustice makes the trauma harder. This gives rise to the need to not accept and not to forget. Therefore, the symptoms last and are resistant to therapy. Such trauma reaches the level of collective significance, so treatment must be collective.

Emotional bonding is the first spontaneous protection against traumatization. People have always gathered in societies and organizations to help cope with external challenges. We are looking for close emotional relationships with others to help us anticipate, accept and integrate difficult experiences. Modern research shows that as long as social support is intact, people are relatively protected even from catastrophic stress situations. People also rely on their families, colleagues and friends to provide the so-called traumatic membrane. Recognizing this need for affiliation (grouping) as a protection against trauma, it has become widely accepted that the essential thing in acute crisis interventions is - the provision and renewal of social support.

Based on this, it can be said that group therapy is a method of choice for patients with traumatic experiences. It is also an opportunity to transform personal trauma to help others. Group therapy acts as a platform for healing and social reparation.

Group art therapy showed good results with war veterans treated at the MMA in Belgrade, who found it easier to speak through the drawings/associations about undetected traumas and more willingly express their feelings about the fighting and speak about the wounding or the suffering of their peers - later discussed in the group in a safe setting (Mandić Gajić, Špirić, 2015).

The term group work refers to working with a larger group of people. The size of the group determines the character of the processes within the group. A large group provides

the opportunity to have social experience and a sense of belonging. Nevertheless, the atmosphere in the group largely depends on the therapist and his/her personality. Every well-integrated, cohesive group represents a strong defense against negative feelings.

In order for the trauma victim to function successfully, he/she must integrate their traumatic experiences into a realistic view of oneself and the world. For this reason, the repetition of traumatic experiences is a cognitive process, i.e., an attempt to process new information successfully. Some authors believe that a person in a crisis that focuses on his/her own inability is not successful in solving the problem. Then, powerlessness, anger and sadness are dominant emotions. By analyzing the way in which a traumatized person explains problems, the therapist directs the attention to the positive aspects of the situation, which is the starting point for behavioral changes, and the general way of explaining later. The therapist should try to replace the global method of explanation with a specific one, after which the situation is seen in as more realistic and more adaptive. Self-blame activated by trauma is a quest for personal contribution and maximizes the meaningfulness of the experience. A positive re-evaluation of the traumatic event follows after self-blame, bringing the person closer to the old world of comfortable beliefs. Many traumatized people come to the stage when they see troubles as the source of a new altruistic orientation in their lives, as a gain for themselves in terms of important lessons learned, which remind them of the true values and impart a sense of strength and abilities. In periods of stress, optimistic features are very useful, such as: search for information, active overcoming and planning, putting facts into a positive frame, seeking benefit, using humor, accepting. In addition, hope and behavior-oriented problems remain the basis for successful overcoming. For this reason, the process of overcoming is the reconstruction of our assumptions.

The benefits of group therapy are numerous. First, in the client group, there is a sense of universality, realizing that he/she is not alone in their suffering. Furthermore, the group provides delegated learning by listening to other people's problems. By participating in the group, each client publicly commits to change for the first time. The group is an opportunity to get help in dealing with irrational thoughts. The goal of fighting with irrational thoughts is to replace illogical and maladaptive thoughts with positive and logical thoughts.

Regardless of the nature of the trauma or the structure of the group, the goal of group therapy is to help people actively follow the demands of the moment, without the intrusions of past experiences. Group therapy is considered a method of choice for patients with traumatic experiences.

In a group of people who have gone through similar experiences, most traumatized people are finally able to find suitable words to express what happened to them. Group therapy offers a wide range of solutions for psychosocial problems. Although different, patients gather around trauma-related similarities that open them up to one another to talk freely about their fears, losses, and the possibilities of finding new reasons for life and optimism. The group is the most suitable environment that can hold and absorb a large amount of aggression and depression. It is necessary that these groups are led by an educated therapist under supervision, because it is an extremely hard work in which the therapist is exposed to various projections, aggressive tendencies or idealizations.

Trauma requires a re-learning process. Restoring our assumptions in the process of overcoming takes place between two extremes: one is the old world with comfortable beliefs that are no longer valid, but are pleasant; on the other hand, there are assumptions about incompetence, pointlessness and personal inadequacy, which seem right, but are emotionally very disturbing. Social integration is a confirmation that the world is good and the individual is valuable.

Conclusion

There is no social record of war veterans and other war victims, systemic integration measures are lacking, the level of social support in overcoming problems arising as a result of participation in the war is low.

People traumatized by war are a painful reminder to the community that there is responsibility for the choices made, and that the community must take care of the victims. Social systems are inert systems that provide resistance to change and an ugly image of their own mirror image. Traumatized people suffer from continuous persistent thoughts and images of trauma, try to avoid them, are disturbed, depressed, and helpless, auto- and hetero-aggressive. They are rejected by society, because they remind it that everything is not perfect in life. The society denies the problems and evades them, postpones their resolution, thereby confirming victims' toxic suspicions that the world is unjust. Traumatization of the traumatized person is the tertiary traumatization. The trauma deepens, the time passes, the victims are marginalized and labelled, the symptoms are chronicized.

It is necessary for the society face the psychological consequences of traumatic events in a prompt, organized and multidisciplinary way, through a network of psychosocial support and therapeutic groups in order to prevent posttraumatic conditions, increase in violence and depression.

“No individual, however isolated in time and space, can be regarded as outside a group or lacking in active manifestations of group psychology there are characteristics in the individual whose real significance cannot be understood unless it is realized that they are part of his equipment as a herd animal and their operation cannot be seen unless it is looked for in the intelligible field of study—which in this instance is the group.”
Bion (1961).

REFERENCES / ЛИТЕРАТУРА

- Akhtar, S. (1995). A third individuation: Immigration, identity, and the psychoanalytic process. *JAPA*, 43 (4), 1051-1084. <https://doi.org/10.1177/000306519504300406>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4. Washington.: American Psychiatric Association
- Basoglu, M. et al. (2007). Torture vs Other Cruel, Inhuman, and Degrading Treatment: Is the Distinction Real or Apparent? *Archives of General Psychiatry* 64(3), 277 -285. [DOI:10.1001/archpsyc.64.3.277](https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.3.277)
- Bion, W. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications.

- Brown S. (1994). *The Causes and Prevention of War*. 2nd Edition. New York : St. Martin`s Press,
- Crocq, M.(2000). Posttraumatic Stress Disorder. *Dialogues in clinical neuroscience* 2 (1)
- Čabarkapa, M. M. (2004). Most frequent syndromes at soldiers in the war. *Vojnosanitetski Pregled* 61(6), 675-682. [\[doi:10.2298/VSP0406675C\]](https://doi.org/10.2298/VSP0406675C) [In Serbian].
- Čavić, T. (1999). *Specific psychosocial problems of refugees in collective accommodation*. Master thesis. Beograd. [In Serbian].
- Čavić, T. (2001). *On exile, psychosocial aspects*. Beograd: Zadužbina Andrejević. [In Serbian].
- Čavić, T. (2002). *Cognitive restructuring with psychotraumatized refugees*. Doctoral thesis. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. [In Serbian].
- Čavić, T. (2012). *Trauma and psychotherapy*. Beograd: Zadužbina Andrejević [In Serbian].
- Freud S. (1921). *Psychoanalysis and the war neuroses* (The International Psychoanalytic Library No 2). London: International Psychoanalytic Press.
- Gavrilović, J. et al. (2003). Coping strategies in civilians during air attacks. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38 (3), 128-133. [\[DOI 10.1007/s00127-003-0612-9\]](https://doi.org/10.1007/s00127-003-0612-9)
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Oxford University Press.
- Hughes, R. (1993). *Culture of Complaint: The Fraying of America*. New York : Oxford University Press.
- Janet, P. (1889). *Psychological automatism*. Paris: Balliere. [In French].
- Jović, V., Opačić, G., Špeh-Vujadinović, S. and Vidaković, I. (2005). Refugees and Mental Health–Implications for the Process of Repatriation and Integration. In G. Opačić, I. Vidaković, B. Vujadinović (eds) *Living in Post-war Communities*, 147-179. Beograd: IAN International Aid Network
- Kecmanović, D. (2000). *Violence of our everyday life*. Beograd: Svet knjige [In Serbian].
- Kobasa, S.C., Puccetti, M.C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology* 45(4), 839-850.
- Korać Mandić, D. et al. (2006). Integration as a long-term solution for refugees and displaced persons in Serbia. *Analytical report*. Novi Sad: Srpski savet za izbeglice [In Serbian].
- Janković, J. et al (2011). Reasons for Not Receiving Treatment in People With Posttraumatic Stress Disorder Following War. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (2), 100-105. [\[doi: 10.1097/NMD.0b013e3182083db5\]](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182083db5).
- Lečić-Toševski, D., Pejović-Milovančević, M. (2006). Stressful life events and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (2), 184-189. [\[DOI: 10.1097/01.yco.0000214346.44625.57\]](https://doi.org/10.1097/01.yco.0000214346.44625.57)
- Lystad, M. (1988). Mental health response to mass emergencies. *Brunner/Mazel psychosocial stress series*, No. 12. Theory and practice. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Mandić-Gajić, G. and Špirić, Ž. (2016). Posttraumatic stress disorder and art group therapy: self-expression of traumatic inner world of war veterans. *Vojnosanitetski Pregled* 73(8): 757–763 [\[doi:10.2298/VSP150512083M\]](https://doi.org/10.2298/VSP150512083M)
- Marković-Savić, O. (2012). *The position of war veterans in Serbia- Case study*. Doctoral thesis. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet [In Serbian].
- McFarlane, A. C. (1988). The aethiology of posttraumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221-228.

- Milenković, T. et al. (2010). The impact of social support on a severity of Posttraumatic stress disorder. *Acta Medica Medianae* 49(4), 31-35.
- Milosavljević, M. (2011). Assesment of the risk factors for posttraumatic stress disorder at the war veterans in ex-Yugoslavia. *Psychiatry today* 43(2), 141-153.
- Mitchell, J.T. Everly, G.S.Jr. (2000). *Critical incident stress management and critical incident stress debriefings: Evolutions, effects and outcomes*. In B. Raphael & J. P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 71-90). New York, NY, US: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511570148.006>
- Pejović, M., Čavić, T. (2000). The most common psychopathological entities of refugees. *The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 15, Suppl, 437s.
- Quarantelli, E. L. (1985). Social support systems: some behavioral patterns in the context of mass evacuation activities. *University of Delaware Disaster Research Center*. Article 178.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: A handbook for the caring professions*. Ajw Taylor, 27.
- Samardžić, R. and Špirić, Ž. (2005). Predictive factors of psychosomatic reactions during air raids. *Vojnosanitetski Pregled* vol. 62 (2): 113-117. [doi:10.2298/VSP0502113S](https://doi.org/10.2298/VSP0502113S) [In Serbian].
- Špirić, Ž., Opačić, G., Jović, V. and Samardžić R. (2010). Gender differences in victims of war torture: Types of torture and psychological consequences. *Vojnosanitetski Pregled* 67(5): 411-418. [doi:10.2298/VSP1005411S](https://doi.org/10.2298/VSP1005411S) [In Serbian].
- Špirić, Ž., Knežević, G., Jović, V. and Opačić, G. (2004). *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims: Yugoslav experience*. Belgrade: International Aid Network. [In Serbian].
- Van der Kolk, B.A, Perry, J.C, Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American journal of Psychiatry*. 148(12), 1665-1671 [DOI: 10.1176/ajp.148.12.1665](https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665)
- Van der Kolk, B.A. McFarlane, A.C, Weisaeth, L. (eds, 1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York : Guilford.
- WHO, (1990). *ICD-10, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO Division of Mental Health.
- Wilson, Raphael (1993). *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York, London.: Plenum Press.