

Јасна Ј. Вељковић¹
Универзитет у Београду
Факултет политичких наука
Одељење за социјални рад и социјалну политику
Београд (Србија)

УДК 616.89-052:316.647.8
а616.89-085.851.6
615.851.6
Оригинални научни рад
Примљен 09/12/2019
Измењен 03/01/2020
Прихваћен 03/01/2020
doi: [10.5937/socpreg53-24354](https://doi.org/10.5937/socpreg53-24354)

КАКО ПРОТОВ СТИГМЕ И АУТОСТИГМЕ ОСОБА С ДИЈАГНОЗОМ ПСИХОЗЕ? ПРИКАЗ ТРЕТМАНА ПСИХОТИЧНИХ ПОРЕМЕЋАЈА У ДВА ДРУШТВЕНА КОНТЕКСТА

Сажетак: У овом раду, бавимо се приказом могућности примене психодрамске методе у раду са стигматизованом групом особа са психотичним поремећајем. И поред бројних достигнућа у области фармације и психотерапије, истина је да у западном свету и данас опстаје изразита стигма и дискриминација психијатријских пацијената. Наше истраживачко питање било је да ли исход може бити другачији, уколико се третман оболелих изводи на начин различит од оног који је уобичајен у западној психијатријској пракси? Да бисмо одговорили на ово питање, описали смо начин третирања и исходе лечења оболелих од психоза у Африци, а потом смо приказали на који начин се у психодрами постиже смањење стигме и аутостигме. Теоријска основа за то је Моренова теорија улога као и различита теоријска становишта о могућностима психотерапије психоза. Показало се да је овај третман извођен у „корацима” води учењу нових и адекватнијих образаца понашања, стицању до тада непрактикованих социјалних улога и коначно порасту самопоштовања, слично као и афричка психотерапија. Коначан исход и једног и другог приступа који међусобно наликују по ритуалима које користе и дозволама које дају пацијентима да буду аутентични у својој болести – без наметања „нормалности” са експертских позиција, низак су ниво релапса, висока социјална функционалност те ниска самостигматизација. Може се закључити да се кроз сагледавање значаја социјално-психолошких, социолошких али и социо-културолошких аспеката менталних поремећаја у значајној мери може допринети смањењу дискриминације и стигматизације ментално оболелих људи.

Кључне речи: психодрама, улоге, ментални поремећај, стигма, ауто стигма

¹ jasnapsi@gmail.com

Увод

Чињеница је да особа која „добие” дијагнозу шизофреније, за разлику од оних који су „без дијагнозе” нема исте могућности за свој животни развој. Познато нам је да даљи услови живљења особе којој је дијагностикована шизофренија не зависе само од манифестација и тежине ове болести, већ и од нивоа прихватања оболелог с таквом дијагнозом микро и макро социјалне средине. Упркос најновијим достигнућима третмана за оне који болују од шизофреније постоји значајна стигма која ограничава приступ лечењу и отежава пуну интеграцију у друштво особа који пате од овог поремећаја (Buizza, Schultze et. all, 2007, p.23).

Стигма је комплексан термин дефинисана као видљив и невидљив атрибут, ду-боко дискредитујући и дисквалификујући за пуно социјално прихватање и често за резултат има дискриминацију (Corbiere, et. all., 2012, Goffmann, 2009). Друштвена стигма носи веома тешке последице по ментално оболелог. Она води искључивању особе из различитих сфера социјалног функционисања и проузрокује код стигматизованог осећање кривице, стида, инфериорности и жељу за прикривањем (Corbiere, 2012, Stuart, 2004).

У једном скоријем истраживању у узорку од 428 испитаника добијени су занимљиви налази². Највећи број испитаника сматра да су искуство стигме стекли у току самог психијатријског лечења. Ово искуство се односи како на саме пацијенте, тако и њихове породице у сусрету с психијатром. Како овај налаз објаснити? Чини се да би се у разумевању ученога могли позвати на Мишела Фукоа (Foucault, 1988) који тврди да се управо кроз дијагнозе и класификационе системе обликује специфична врста идентитета психијатријског пацијента.³

Најчешћа наредна искуства стигматизације односе се на излазак из установе у спољашњу средину и негативне ставове и предрасуде од стране заједнице. Треће, можда најважније обележје стигматизације јесте аутостигматизација, чему је допринело социјално искључивање у виду губитка пријатеља, рођака и колега. То је појачано и негативним коментарима које нуде медији о ментално оболелим особама (Buizza, Schultze et. all, 2007, p. 27). Такође, утврђено је да је предиктор стигме женски пол, односно да бити жена с менталним поремећајем значи већу могућност интернализације стигме него имати исти поремећај а бити мушкарац; у овом истраживању дата је сугестија. Треба подвући да постоји потреба да се истраживање интернализације стигме прошири и повеже са социо-демографским факторима, јер су подаци аутостигматизација веома различити од једне до друге средине. Ове разлике се могу објаснити другачијим ставовима према менталном поремећају, као што је то шизофренија (Viksegn, et. all., 2018).

Недостатак знања о узроцима, симптомима и третману менталних поремећаја у јавности као и недостатак личног контакта са овим особама може да резултира

² Узорак је био сачињен од особа које су добиле дијагнозу шизофреније и чланова њихових најужих породица – партнер, отац, мајка, брат, сестра.

³ По Фукоу лудило се налази у друштву као један од његових нормалних ликова, а никако као болест. Са позиција социјалног конструкционизма, предлаже сасвим нови модел схватања психопатологије у којој је најважнија ствар у клиничком раду прављење великог корака са позиција патологије до позиција људских потенцијала.

предрасудама и негативним ставовима у односу према њима што за последицу има стигматизацију и дискриминацију. Поред тога, социопсихолошка и филозофска анализа препознавања ”чудноватости” код ментално оболелих од стране друштвене заједнице указује на то да је један од главних предиктора социјалне дистанце у односу према ментално оболелима управо препознавање различитости и одступања у обрацима социјалног функционисања (Baumann, 2007). Реч је о томе да је начин на који ће особа која има дијагностиковани психотични поремећај бити третирана у вези и са схватањима о нормалности и менталној патологији друштва коме особа припада, као и евентуалним предрасудама које се тичу менталних поремећаја (Кесмановић, 1989, р. 395; Goffman, 2009, р. 14).

У прилог овим тезама говоре и налази двеју домаћих студија. Налази прве у којој су се аутори бавили испитивањем ставова према особама оболелим од психоза, алкохолизма и наркоманије (Popović et al. 1988, према Dragišić Labaš, 2019, стр. 103), показали су не само да постоје одређени стереотипи о наведеним категоријама, већ и да су присутни снажни стигматизујући социјални ставови о оболелима. Наиме, свака од наведених категорија поремећаја добила је своје стигматизујуће карактеристике. Друга студија: пилот истраживање групе аутора, потврдило је присуство негативних ставова студената према особама с психичким проблемима, мада у мањем броју од претходног истраживања (које није укључило студентску популацију). За оболеле од психоза везују се: агресивност, непредвидљивост понашања и повученост/изолованост. Ипак, ваља приметити и да један број студената сматра да се оболели не разликују од других људи и препоручују лечење и хуманији однос друштва према њима (Ljubičić, Dragišić Labaš, Nastasić, 2013).

Једно истраживање на тему интернализације стигме код пацијената оболелих од менталних болести, у Јужној Етиопији указује на то да рана детекција менталне болести истовремено јесте превенција од стигме; да је социјална подршка уже и шире социјалне средине неопходна, да улога психијатријске институције не би требала да буде само у лечењу ових поремећаја већ и у промоцији социјалног живота њених пацијената; неадекватна породична подршка у овом истраживању је предиктор за интернализацију стигме и обрнуто, добра породична подршка смањује могућност интернализације стигме.

Кесмановић указује да разлика у значењу менталне болести међу припадницима различитих социјалних слојева лежи у домену различитог ефекта менталне болести на индивидуални и социјални престиж појединих друштвених слојева. Душевна болест на драстичан начин руши престиж а самим тим и идеализовану слику о себи, (до које им је много стало), виших друштвених слојева. Ментална болест, такође, својим непредвидивим облицима понашања у социјалној средини, врши атак на устаљени систем социјалних улога и статуса до кога је много више стало припадницима виших социјалних класа (Кесмановић, 1989, стр. 1554).

У наредном поглављу биће речи о културним и друштвеним специфичностима као и феномену стигматизације особа оболелих од психозе у једној сиромашној афричкој земљи, Уганди. Повод за приказивање третмана менталних поремећаја и односа околине у односу према леченима у овој земљи је податак да је стигма менталне болести присутна у занемарујућем степену, о чему сведоче истраживања психијатара из Уганде (Baguma, Madu, 1977).

Културне и друштвене специфичности у третману и стигматизацији оболелих од психоза – пример Африке

Лечење схизофреније у Уганди, не разликује се много од лечења овог поремећаја у осталим афричким земљама. Главна метода лечења менталних поремећаја је лечење традиционалном афричком медицином. У овом поглављу биће приказани начини којима сами ритуали врше антистигма дејство на леченог, али и на околину. Начини лечења схизофреније у Уганди, сведоче о значају социо-културне средине у интеграцији особа с менталним поремећајима у породичну и социјалну заједницу. Наша је теза, стога, да друштвени контекст даје дозволу и креира, доминатни третман особа с менталним поремећајима, с једне стране. Повратно, начин третмана обликује и став јавног мњења о ментално оболелом. На тлу Африке још увек доминира магијско-демонолошки тип мишљења, бар у вези са појавама које се тичу проблема у области менталног здравља. Традиционални излечитељи тако сматрају да је порекло већине болести, казна од Бога за неко учињено зло, које може потицати и од предака. Узрок схизофреније је човекова ненаученост да се носи са животним проблемима. Магијски начин мишљења, нема сумње утиче и на проценат суицида на подручју Уганде. Стопа суицида је изразито ниска. Влада убеђење уколико се то догоди да је „зао дух ушао” у целу продицу и тада породица самоубице бива сурово кажњена. Друштвена заједница у наредних шест генерација изопштава породицу, што траје око стотину година. Да сумирамо: иако су за западну психијатрију неприхватљиви, наведени „етиолошки фактори”, они представљају добар пример разумевања узрока болести у одређеном социјалном и друштвено-културолошком контексту, што може допринети укидању потенцијалне стигме и интеграцији особа с менталним поремећајима у друштво, после завршеног третмана.

Како изгледа лечење оболелих од схизофреније у Африци?

Третман укључује све рођаке оболелог. Породица има дужност да брине о свом ментално оболелом члану и чини све како би га „вратила” у нормалне токове живљења. У ритуалима које они изводе у циљу излечења ментално оболелог, улаже се велики труд да се оболелом помогне, јер се сама породица у огромној мери идентификује са оболелим чланом али и страхује од последица које његова болест или поремећај може да има по све њене чланове.

Треба казати и то да се већина људи који имају схизофренију не лечи у психијатријским институцијама (којима то име и не приличи), јер су услови лечења више него деградирајући. У таквим нехуманим условима, смртност резидената, нажалост, веома је висока. Уместо тога, ментално оболели се претежно лече у специјалним селима која су креирана за такве потребе. У њима је врач главни лекар, али он није маг нити надрилекар, већ је по професији лекар едукован најчешће у Западној Европи или Америци. Међутим, пацијенти се не лече лековима, већ афричком традиционалном медицином, која има вишевековну традицију а базирана је на биљкама и хомеопатским препаратима као и различитим социјално-магијским ритуалима.⁴

⁴ Та традиција лечења траје вековима и преноси се са оца на сина. Лекари традиционалне медицине, имају своја удружења-национална, локална, регионална. Биљка која се највише

Дневни живот људи који су на лечењу је искључиво колективан и налик је једној великој, непрекидној и врло кохезивној терапијској заједници⁵. Људи који су на лечењу сами прозводе храну коју такође заједно спремају. У контакту са странцима делују врло уљудно, али је по изгледу и понашању видљиво да су у различитим фазама лечења шизофреног поремећаја.

Психотерапијски приступ оболелом у Уганди поседује своје специфичности. Пацијент има два „велика” индивидуална третмана – разговор са својим терапеутом при пријему на лечење и разговор приликом отпуста са истог. Пријемни као и отпусни разговор морају бити започети у свитање када сунце почне да излази а да се заврши онда када сунце зађе. За то време пацијент и његов терапеут су на посту, конзумирају искључиво воду. Ако је пацијент некомуникативан терапеут ће седети с њим читав дан и поштоваће његове потребе и могућности.

Особе које су на лечењу остају онолико дуго колико врач процени да им је то потребно, али никако предуго. Циљ је што пре оспособити човека за повратак у заједницу.

Сваки новопридошли члан те привремене заједнице, мора поштовати извесна правила. По доласку на лечење, особа мора себи да сагради округлу кућу од трске и блага и у њој ће искључиво ноћити. Круг има магијскио значење целине и интеграције, како је објаснио врач. Када особа завршава своје лечење и одлази кући, срушиће своју кућу до темеља, „као да” тиме каже да је болест „срушена” и да не постоји више.

Ретко ко се поново враћа на лечење. За сваку особу која одлази са лечења, приређује се нека врста церемоније испраћаја кући, што се не дешава у западним културама, када пацијент излази са лечења из психијатријске болнице. Слави се оздрављење, пева се, игра се и радује повратку животу. Опорављени добија са собом „протективне лекове”, од врача који служе томе да се лакше адаптира на кућу и социјално окружење, али и да му „појачају” сигурност. Повратком кући особа наставља своје уобичајене животне активности, а околина га не избегава, јер га сматра излеченим.

Посебно занимљиво је питање релапса (Moss, 1982). Стопе успешности лечења менталних поремећаја афричким традиционалним лечењем врло су високе и релапс је релативно редак. То даље води питању – има ли менталних поремећаја у Африци? Одговор је да ментални поремећаји у Африци постоје али да се наводно успешно лече. У случајевима виолентне шизофреније, стопа успеха лечења је око 80% (Baguma, 1996). Они који су лечени на овај начин у потпуности се враћају свом нормалном животу. Иако су лечени до извесне мере стигматизовани, та стигматизација је привремена. Стигматизација је по мишљењу афричких лекара, високог степена за време периода акутне фазе болести оболелог и тада се дешава дискриминација, посебно у случајевима када треба да се донесу озбиљне одлуке (у случају склапања брака).

користи у лечењу менталних поремећаја назива се *Rauwolfia* (*Rauwolfia vomitoria*, https://en.wikipedia.org/wiki/Rauwolfia_vomitoria). Начини припреме лека од ове биљке су врло различити. Ова биљка која расте искључиво у тропским пределима Африке, Латинске Америке и Азије била један од основних састојака прве генерације антипсихотика.

⁵ Не заборавимо и то да је идеја терапијске заједнице управо потекла из религијских и политичких покрета као што су идеје Тукеа и „моралног учења”, с почетка 19. века (Tuke, 1813, по Štrkalj-Ivezić et al, 2014).

Међутим, по изласку из стања психотичне декомпензације и успостављању стабилне ремисије, особа наилази на безусловно прихватање своје средине, управо „као у Роџерсовој клијентом усмереној терапији”⁶ (Baguma, Madu, 1997, p. 245). Могли бисмо закључити да афричка психијатрија пружа врло специфичне информације о ментално оболелим лицима и њиховом третману. Оно што је изгледа реалност је то да је стигма менталне болести као и дискриминација ментално оболелих, највише присутна у Западној култури. У наредном делу рада бавићемо се приказом Мореновог психодрамског рада са особама оболелим од акутног психотичног поремећаја. Циљ нам је да повежемо ритуално лечење особа оболелих од психотичних поремећаја у Африци и Мореново лечење психотичних психодрама методом, која такође поседује неке своје специфичне ритуале.

Моренов рад са особама оболелим од психоза

Мало је позната чињеница да је Морено већи део професионалног века провео у сопственом Бикон санаторијуму у којем су лечене особе оболеле од психотичних поремећаја а да је главни метод лечења била психодрама. Не заборавимо да су почетак рада Мореновог санаторијума биле четрдесете године прошлог века, доба када није било антипсихотика, који су се појавили тек наредне деценије. Показало се да психодрама даје одличне резултате у раду с људима оболелим од психоза. Заправо, Моренова искуства су давала тако оптимистичне резултате, да се данас примена психодраме у раду с психотичнима практикује у психијатријским институцијама.⁷

Морено је говорио да психодрама није само терапијска метода већ и „лабораторија за истраживање људских односа у којој се преплићу многе науке као што су: филозофија, психологија, психијатрија, теологија, социологија и друге дисциплине (Moreno, 1972). Филозофска основа психодраме је филозофија људског сусрета, која пре свега потиче од зачетника егзистенцијалистичког филозофског правца, Мартина Бубера (Buber, 1967), као и Аристотеловог учења о универзалијама⁸, које је Морено допунио четвртм универзалијом – Космосом. Такође је Морено преузео Аристо-

⁶ „Клијентом усмерена терапија Карла Роџерса, психотерапеута хуманситичко-егзистенцијалистичке оријентације, настала је у другој половини двадесетог века у Америци. Нагласак у овој терапији је у томе што је однос између терапеута и његовог клијента такав, да терапеут није доминатни ауторитет, већ су клијент и терапеут и равноправном односу. Клијент је тај од кога зависи како ће терапија напредовати и које ће циљеве поставити у свом третману. Терапеут не запитује клијента, не похваљује га, нити изражава било какве вредносне ставове, он га само безусловно прихвата са свим његовим особеностима. Роџерс сматра да је много важније да терапеут свог клијента разуме него да му даје интерпретације, као што се то дешава у психоаналитичким терапијским приступима” (Stainer et. all., 1998, p. 6).

⁷ Евалуационе студије ефеката примене психодраме у раду са психотичнима базиране на критеријумима Десете класификације менталних поремећаја и поремећаја понашања утврдиле су да је психодрама инудикована у раду са психотичним поремећајима.

⁸ Аристотелове универзалије су представљене његовим начелом јединства ликова, времена и простора који се примењује у позоришту и у психодрамаи. Основна питања у психодрамаи су: ко, када и где. Одговори на ова питања доводе нас на почетак психодраме протагонисте која се одиграва у „безвременом несвесном”. У осећањима, недореченим мислима, недовршеним радњама, наслућивањима, директор и група откривају скривени свет протагонисте.

телово учење о катарзи⁹ и обогатио га сопственим учењем о катарзи интеграције или менталној катарзи која се дешава у психодрами (Moreno, 1975; Veljković, 2018). Спиритуални аспект на којем је базирана Моренова психодрама има важне делове који потичу из теологије¹⁰ и истражују се од стране савремених аутора (Özcan, 2018). Адам Блатнер (Blatner, 2000; Blatner, 2005) стога за психодраму с правом каже да је „мистично путовање”: она садржи кабалистичке, мистичке и архетипске елементе Морено личност никада не посматра одвојену од друштвеног миљеа у којем она функционише, већ увек у интеракцији с члановима група којима припада. Основа психодраме је конкретан људски однос, па је начин долажења до интерпсихичког, заправо преко посматрања интерперсоналног (Veljković, 2014, стр. 11).

Многи посленици менталног здравља запазили су да психотични поремећаји који носе са собом симптоматологију суманутости, идеје моћи и величине, нису у нескладу са друштвено-историјским и политичким тренуцима у којима та особа живи. Односно дешавања на друштвеној, политичкој и социјалној сцени утичу на врсту и облик психопатолошких манифестација код особа које испољавају ментални поремећај.

О једном оваквом случају сведочи и Морено. У доба Другог светског рата, у Бикон санаторијуму хоспитализован је човек, који је веровао да је Адолф Хитлер. Човека с малим брковима довела је његова супруга код Морена. Морено га је поздравио и питао за име. Човек је испољио љутњу што га Морено није „препознао” и запитао Морена: „Зар ме Ви не познајете?!” Морено је био у шоку али тада се присетио да га је неколико дана пре тога позвала супруга једног човека и казала му да је у великом проблему јер њен супруг мисли да је он Адолф Хитлер, лично. У том тренутку одлучио је да прихвати пацијентову делузију као реалност и одговорио му: „Наравно, сада Вас препознајем! Ви сте господин Адолф Хитлер!” Пацијент се тада смирио, јер је био задовољан овим препознавањем. Даље се доктору жалио да у Немачкој живи мушкарац који себе назива Адолофом Хитлером, који је узео све од њега: његову душу, инспирацију и енергију. Тај човек у Немачкој чак претендује да се представи као писац књиге „Mein Kampf”, и представља се његовим именом. Морено је позвао два болничара да дођу у собу и представи их овом пацијенту као господина Геринга и господина Гебелса. Пацијент је стигао у болницу управо у време када је Морено требало да одржи предавање својим студентима који су га чекали у амфитеатру. Спонтано је у тренутку ту видео сјајну шансу и позвао је пацијента да одржи говор студентима, што је он и учинио. Студенти су били фасцинирани аутентичношћу говора и понашања самозваног Адолфа Хитлера.

Овај пример лепо илуструје и чињеницу да је у психодрами присутна посебна димензија реалности коју је Морено назвао *вишком реалности* или *реалности изван реалности* (*surplus reality*)¹¹. То је уједно и једина психотерапија у којој су у истој сесанси увек присутне све три временске димензије: прошлост, садашњост и будућност. Без основне психодрамске технике – замене улоге, психодрама не би функционисала.

⁹ Аристотел је сматрао да катарза има естетско дејство али да осим тога има и етичко дејство” (Veljković, 2018, стр. 77).

¹⁰ Морено је завршио и студије теологије, што је обликовало и његов психодрамски приступ.

¹¹ Вишак реалности је реалност психодрамске ситуације и то је оно што се дешава на психодрамској сцени, док протагониста представља своју реалност, снове, фантазије, страхове (Moreno, 1975, р. 73; Veljković, 2018, стр. 21).

Психодрама има сцене које се одигравају, као у позоришту, на сцени се екстернализују унутрашњи доживљаји. Креативна, естетска и драмска „загревања” у психодрамском театару, трансформишу се у терапијско одигравање. Заправо, реч је о томе да се нови образаци понашања у животним ситуацијама одигравају управо на сцени (Howie & Vagnall, 2015; Özcan, 2018). Протагониста психодраме помоћу примене ове технике може да истражује потпуно друге потенцијалне улоге, искуства, мисли и понашања. Заправо, катарза која се дешава у психодрамаи јесте космичка катарза и има исцељујуће дејство (Moreno, 1961).

Морено је креирао технику „помоћног света”, која третира оно што сматрамо централним поремећајима људи који имају психотични поремећај. Говорио је да је у терапији психотичних стања потребно да терапеут привремено заузме „транс-реални терапијски став”, док је пацијенту све време терапијског рада на психодрамској сцени потребан његов дубл¹² или помоћни его.

Применом психодраме омогућавао је да особе у стању психозе свој отуђени унутрашњи свет изведу напоље, постављајући га на психодрамску сцену, испред људи и да га таквог какав јесте доведу у реалност, међу људе. На сцени, уз подршку чланова групе особа постепено коригује сопствену реалност видевши је сада споља. С протоком времена, делузије се смањују а на сцени се постепено појављују људи реалног живота. Психодрамска група је сво време огледало реалности. Ово је управо и значајан аргумент социјалне психијатрије да је друштво то које обликује и креира психопатологију њених чланова.

Вратимо се случају самозваног Хитлера. Морено описује како је третирао овог пацијента психодрамом у периоду од три месеца. Групи су се придружили и други чланови особља, али и оболели. Овај пацијент се постепено мењао током третмана. На крају је сам себи обријао бркове, почео горко плакати и тражио да га зову његовим личним именом, а не Адолфом. После ове кризе био у стању да се потпуно реинтегрише на социјалном нивоу (Moreno, 1974, p. 473, po Kruger, 2011, p.1–3.). У наредном поглављу наш је циљ је да прикажемо начин примене психодраме у раду са особама које су оболеле од шизофреније. Такође у сврхе тога даћемо кратак приказ резултата који се односе на ефикасност примене психодраме особа оболелих од психотичних поремећаја.

Приказ психодрамске праксе и рад на смањењу стигме

Спроведено „пилот” истраживање било је плански вођено у временском периоду од десет година (1996–2006), на психијатријској клиници „Др Лаза Лазаревић”. Истраживање је вођено у циљу евалуације ефеката примене психодрамске методе у раду са психотичним поремећајима. Узорак је обухватио педесет пацијента који су били дијагностиковани као психотични поремећаји из шизофрениформног круга болести. Испитаници су били подељени у две групе, експерименталну у којој је било 30 учесника (учесници психодраме) и контролну у којој је било 20 учесника (они

¹² Подржавање телесног става, покрета и израза лица протагониста помаже дубли да се лакше вербално изрази „као да” је протагонист. Претварањем свог доживљаја у речи, дубл допуњује, открива скривено значење, коментарише, понавља, као у огледалу показује протагонисту како га он види” (Ђурић, Вељковић, Томић, 2004, p. 22).

који нису третиран психодрамом). Чланови ове две групе су били стари између 20 и 32 године. Сви су били психијатријски хоспитализовани у наведеној институцији једном или више пута. За време боравка на болничком лечењу учествовали су у социотерапијској социодрамској (великој) групи која је била сачињена од свих пацијената са одељења. То јесте била нека врста мотивационе припреме али и прве селекције за будући психодрамски групни рад. После изласка с болничког лечења, наставили су редован контакт са својим психијатром као и употребу прописаних психофармака. Током трајања овог истраживања били су психијатријски и психолошки праћени. Сви учесници су добровољно пристали на учешће у истраживању.

Током евалуације успеха третмана показало се да су адаптациони механизми особа са психотичним поремећајима који су били третиран психодрамом значајно побољшани у односу на групу оних пацијената који нису третиран психодрамом, већ само класичним психијатријским третманом. Код чланова експерименталне психотерапијске психодрамске групе на ретесту је добијен „псеудонеуротски” профил личности, за разлику од претходног, типично „психотичног” профила, који је доминирао пре уласка у психодрамску групу. То значи да су особе оболеле од шизофреније „научиле” да се у социјалној средини понашају „као да” су неуротични. Значајно је да су емоционална контрола и контрола импулса код наведене групе испитаника статистички значајно у порасту. Резултати такође указују на побољшан квалитет живљења у многим доменима живљења а посебно у области радног и социјалног функционисања (Veljković, 2007; Veljković, 2014).

Опис рада психодрамске групе

Експерименталну групу је чинило 5 до 8 чланова који су третиран психодрамом. Група се одвијала једном недељно у трајању од два пуна сата и била је полуотвореног типа. Ова група постојала је укупно осам година. У овој групи третирано је укупно тридесет пацијената. Током времена, формирало се релативно стабилно „језгро” групе. Неки чланови су остали у групи свих осам година, а остали у распону од најмање једне а највише седам година. Свако је на групи провео онолико времена колико је сматрао да му је то потребно, дакле боравак у групи је произлазио из њихове личне потребе а не притиска терапеута. Једно од правила групе је било да излазак са групе треба најавити групи и терапеуту најмање три месеца раније а да за то време особа која намерава изаћи са групе мора редовно долазити на групне састанке.

Казуистички приказ једне психодрамске сеансе

Одабрана сеанса нам илуструје рад на стигми и аутостигми чланице психодрамске групе. Овај приказ нам илуструје моћ коју психодрама као метода има у отклањању на првом месту аутостигме а потом и стигме код особа оболелих од шизофреније. У уговору о психодрамском раду, једна од чланица претходно описане групе, поставила је циљ да жели да „ради” на страху од тога да је напусти момак, уколико он сазна да она „пије” лекове „против” психозе.

Девојка Сара¹³ је особа код које је дијагностикован психотични поремећај. Пре уласка у групу, имала је две психијатријске хоспитализације. Њена болест се манифестовала, када јој је било 20 година. У доба дешавања ове психодрамске сеансе, била је студент Београдског универзитета, по трећи пут на другој години студија... са „добронамерном” сугестијом блиског окружења, да напусти студије, јер, зашто би се „мучила”, кад већ има довољно муке. С наступом психотичног поремећаја, она јесте „стала” са студијама, али је имала огромну жељу да их доврши. Имала је „сан”, да се бави професијом коју је изабрала. У доба одвијања ове сеансе, живела је са својом примарном породицом у којој су односи били компликовани. Од појаве њене болести, фокус родитеља који су били у хроничном брачном конфликту био је померен на њу и њену болест. То је додатно отежавало њено тадашње стање. У то доба, дуго времена није имала емоционалну везу а жудела је за њом. Видела је своју будућност у одвајању од примарне породице, реализацији у одабраној професији и, евентуално, у прављењу сопствене породице. Када се емоционална партнерска веза догодила, веома јој је било стало да сачува ту везу. Њен младић ју је позвао да пођу заједно на годишњи одмор, чему се обрадовала а одмах затим се појавио страх. Овај страх се временом увећавао у тој мери да је осећала велику анксиозност када год иде на сусрет са њим. Он тада није знао да се она психијатријски лечи, јер то није смела да му каже у страху да ће бити напуштена. Тада је размишљала је о томе да не прихвати предлог за заједнички пут, јер су је све више „опседале” страшне фантазије које су се односиле на то: шта би било кад би он видео које/какве лекове она узима. Желела је да му каже истину, а с друге стране то јој је изгледало „као да” га је све време лагала. .

Прва сцена:

У првој психодрамској сцени представља свог младића тако што улази у његову улогу а потом бира члана групе који ће бити у тој улози. Ова сцена нам приказује њихов леп емоционално обојен однос, пун разумевања и љубави. Срећна је и задовољна у том односу. Ни за шта не би мењала то осећање које има када се нађе са њим.

Друга сцена:

Ова сцена се никада није догодила, али се можда може догодити. Протагонисткиња Сара поставља сцену која се непрестано догађа у њеној фантазији, толико да је почиње битно ометати у свакодневном живљењу. Сцена се дешава у соби једног хотела у коме су она и њен младић одсели, а временски је лоцирана у будућности, месец-два унапред. Дан су провели дивно, шетали, пливали, уживали у мору. Вече је време када она пре заједничког одласка на вечеру треба да узме своје лекове. Попила их је и ујутру, тако што се потрудила да се раније пробуди, искрала се из собе у купатило и брзо их прогутала. Након тога се вратила у кревет и он је још спавао. Сакрила је лекове у кутијицу у којој држи шминку, а ту кутијицу не сме да одложи у купатило, већ је стално носи у својој торби за шминку. Увече, она одлази са несесером у купатило. Он јој каже да пожури, да не закасне на вечеру, да се храна коју обоје воле не разграби. Она му одговара, да ће брзо, јер само жели мало да се нашминка. Затвара врата од купатила али при том, заборавља да их закључа (јер код куће се никад не закључава,

¹³ Сара је измишљено име за потребе овога рада. Ово се догађало пре 14 година. Данас је „Сара”, запослена у својој струци с универзитетском дипломом.

родитељи су склонили све кључеве из брава). Вади своју кутијицу која јој пада на под и разбија се (занимљив детаљ фантазије, да је кутијица баш од стакла). Тај звук пада и разбијања посуднице она у психодрами произведе својим високим тоном гласа, што звучи веома непријатно. Терапеут тражи да овај тон, група понови, као пратећи хор. Све делује „као да“¹⁴ се заиста сада дешава. Емоционални набој у групи је висок. Он то ломљење бочице чује. Док она скупља стаклиће и мноштво лекова који се котрљају по поду врата од купатила се нагло отварају и њен партнер улази унутра запањеног израза лица. Даљи ток радње у њеној фантазији односи се на то да је он пита – шта је сад то? Она је збуњена и уплашена, јер нема одговор.

Трећа сцена:

Следећа њена фантазија коју је у наредној сцени показала је: да се он осећа превареним, изневереним, да јој каже да је она покварена јер је то скривала од њега, да је она наркоман, да је болесник и напушта је. Она горко плаче и осећа се ужасно кривом због тога. Катарза ужасне боли, боли због тога што је обележена дијагнозом, кроз тај плач излази напоље сва беспомоћност и очај ове младе жене.

Даљи шок психодрамског рада

Терапеуткиња саопштава да је сада она показала свој део који се тако осећа. Пита је да ли постоји и неки други део ње који се осећа другачије или који можда може да помогне овом тренутно угроженом и беспомоћном делу. Она каже да постоји и да је то **део који се противи томе да она буде обележена због тога што има психозу**. То је њен „инат“ али то је и све оно што је она била и пре болести и што и сада постоји али је потиснуто. Тај део је љут када види овај „сироти“ део, како је „јадан“, како скрива лекове, као дете, како се плаши, али **љут је и на оне људе који лоше третирају особе које користе психијатријске лекове**. Терапеуткиња пита да ли жели да буде у улози тог другог дела и да ли можда жели да га оснажи. Она на то пристаје и тај снажни део себе назива просто: „снажним делом“. Тада протагонисткиња позива на сцену **читаву групу у помоћ**, у циљу тога како би дали снагу том делу, јер она то не може сама. Чланови групе излазе на сцену, и дају своју енергију том потиснутом, снажном делу, кроз додир, пружањем руку на тело овог дела.

Кроз „магију“ одигравања психодраме, овај део наједном добија снагу и ојачава. Она је тада у стању да уђе у улогу тог ојачаног дела који зове „снажним делом“ себе. Њена телесна позиција се мења, она се усправља и испрси. Бира две особе које ће као „помоћни егo“, играти улоге ова два њена дела. Једну особу бира за **улогу снажног дела** који не прихвата скривање лекова, другу особу за улогу оног дела који скрива лекове и зове га **„нежним делом“**, који се скрива и осећа се кривим због употребе психијатријских лекова и озбиљне психијатријске дијагнозе. Обраћа се посебно сваком од ова два дела сопствене личности. Нежном делу који је плакао и каже: „Потре-

¹⁴ „Као да“ ситуација је облик симболичног мишљења на сцени. То је облик спонтаности који има велику практичну улогу у енергизовању и уједињавању нашег ја. На „као да“ начелу темеље се и дечје игре. Већина психодрамских техника темељи се на „као да“ ситуацији. Кад „као да“ ситуација не функционише, нема психодрамског рада. У психодрами се протагониста охрабрије да екстернализује своје унутрашње објекте. То је омогућено кроз „као да“ ситуацију. Она је *conditio sine qua non* психодраме (Djuric, et. all., 2004, стр. 21).

бан си ми, јер су све моје емоције у теби, али мораш да ојачаш. Не треба да скриваш своје лекове! А ако те он стварно воли, волеће те са твојим лековима или без њих.” После ове врло јаке поруке, следи можда њена најснажнија порука, сопственом нежном делу а од стране њеног снажног дела, која гласи: „Не дозволи да се осећаш лоше јер имаш психозу. Имаш право на то. Свако има неку своју болест”. „Снажном” делу упућује поруку: „У теби је мудрост и снага. Молим те, чувај овај мој нежни део и загрли га.” Тако се сцена и завршава. Снажни део стоји иза нежног дела и обргрлио га је дискретно, толико да нежни део може да се слободно креће у простору али уз пратњу снажног дела. То је био крај њеног психодрамског рада и интеграција ова два наизглед супротна а блиска дела њене личности на психодрамској сцени је начињена. То је управо и почетак рада на интеграцији селфа код Саре у реалности али и припрема за стварни живот у блиској будућности која је чека.¹⁵

После тога је уследила подела осећања¹⁶. Сви чланови групе говоре о својим лошим осећањима стида и срамоте, које су имали у односу на друге, њима важне људе, када су они сазнали за њихову дијагнозу. Једна чланица групе испричала је како јој се након њене хоспитализације, најбоља другарица никада није јавила. Једном ју је срела на улици, а она се направила „као да” страшно негде жури и одјурила је без речи од ње. Други члан групе, рекао је како му је било тешко по повратку с лечења да каже својим пријатељима и колегама с посла, да је болестан од психозе. Трећа чланица групе, казала је да она себи не замера више то што има психозу али да замера другима што је друкчије гледају због тога .

Пост ђесџум

Група је завршена када је психолог-водителјка групе напустила радно место у болници и прешла на рад у другу институцију. Завршетак групног рада је годину дана унапред најављен члановима групе. По завршетку групног рада формално није било могуће наставити праћење чланова групе. Међутим, праћење је обављано на један неформални начин, кроз повремене контакте и сусрете бившег терапеута с бившим члановима групе а на њихову изразиту иницијативу. Након више од десет година од завршетка ове групе, већина њених некадашњих чланова успешно радно функционишу и у стању су да самостално брину о себи. Углавном немају партнере. Изузетак су три чланице. Две од њих имају по једно дете. Што се здравственог статуса тиче, имају повремене кризе, а када их сами уоче (а ту способност да кризу уоче на време су током рада на групи стекли) одлазе на неопходно боловање и додатни третман код својих психијатара. Рехоспитализација се догодила само у једном случају. То је био члан групе у чијој примарној породици је постојала веома озбиљна патологија, која није разрешена, упркос иницијативама лекара, психолога и социјалних радника из психијатријске институције. Нажалост, овај члан групе, упркос својим креативним потенцијалима и капацитетима, није био подржаван од стране примарне породице за

¹⁵ После неколико година боравка у групи, уз значајан напор који је уложила, привела их је завршетку. Данас, у тренутку писања овог рада, Сара има факултетску диплому, запослена је у струци и у браку је у којем има једно дете о којем заједно са својим супругом брине.

¹⁶ „У подели осећања чланови групе говоре о томе како су се они осећали и шта су доживљававали или чега се сетили док је протагониста била на сцени” (Ђурџић ет. ал., 2004, стр. 19).

самосталан живот и одвајање. Доживео је стигматизацију од стране сопствене породице, забране сопственом осамостаљивању а на упорну иницијативу своје мајке, прекинуо је да долази у групу, коју је аутентично волео да похађа и чији је био омиљени члан. Интернализовао је стигму, јер је претња „остати без породице” била високог степена, те је развио „каријеру” психијатријског пацијента.

После завршетка групе, „језгро” групе, које је чинило пет пацијента, остало је у интензивном међусобном контакту и они функционишу успешно после толико времена „по потреби” као неформална група подршке. То су чланови групе, који су у групи провели пуних осам година. С осталим бившим члановима групе имају повремене, претежно телефонске контакте. Ти „остали” чланови групе, доживљавају их као неке своје „супервизоре” и духовне „вође”, с обзиром на то да су провели пуних осам година на групној психотерапији, реализовали се социјално и професионално и стекли значајна искуства и знања из области социјалних животних вештина.

Да закључимо: већина је успоставила контролу над својим симптомима, прихватили су себе с тешкоћама које су имали, али нису интернализовали стигму менталне болести. Изборили се за сопствену позицију у друштвеном окружењу. У почетку наступа поремећаја они су пасивно прихватили стигму, сматрајући да „просто то мора тако”, не схватајући да прихватање стигматизације води дискриминацији. Имали су доживљај да ће бити одбачени од својих терапеута, а можда чак и од породице, ако не прихвате стигму јер то би значило да не прихватају лечење или да не прихватају терапеуте. Плашили су се последица, односно одбацивања и били пасивни у рецепцији стигме током болничког лечења. По доласку с лечења, код куће су се осећали стигматизованим од стране сопствене породице а желели да их чланови породичне групе прихвате и стога се нису супротстављали стигми која је одатле потицала. Аутостигма је „долазила” спонтано и симултано са стигмом од стране психијатријске институције и породичне институције а касније и микросоцијалне средине. Невољно а у тим тренуцима неминовно прихватање стигме је носило са собом доживљај „ниже људске вредности” у односу на остале људе, а „остали” су били сви они који су наводно ментално здрави, односно они који нису имали дијагнозу коју су они добили.

У почетку су се њихови разговори и радови на психодрами првенствено тицали: лекова, односа према узимању лекова, односа с лекарима, односа родитеља према њима – који их прихватају „таквима с психозом”, у промењеном односу пријатеља и колега према њима са сазнањем о њиховом поремећају. Много касније, сталним „уласцима” у различите улоге на психодрами, остварењем односа како са члановима терапијске групе, тако и проширењем и продубљивањем односа са самим собом, они су „корак по корак”, почели да се мењају. Дозволили су себи, да мисле о сопственој самосталној будућности, да праве планове и да постављају циљеве а касније и да их кроз низ опрезних али планираних и добро смишљених корака, реализују. Тек са реализацијом првих циљева у својој животној средини, започели су мукотрпан пут ослобађања од аутостигме а самим тим и стигме менталне болести.

Закључак

Особе оболеле од психотичног поремећаја у погоршању свога стања нису спобне за адекватну експресију себе у свету реалности који им се чини чудан и стран.

Што дуже остају „затворени” у таквом стању, то је тежи њихов доживљај себе, других и читавог света око себе. Заправо, њихово искуство остаје нејасно, конфузно и затворено у унутрашњем свету, који постепено врши појачан притисак на спољашњи свет. У једном моменту они доживљавају да њихова унутрашња реалност јесте спољашња реалност и тада се дешава слом. Уз доживљени „слом” који наступа са психотичним поремећајем, јавља се додатни проблем повлачења и социјалне изолације оболеле особе. Социјална изолација и „различитост” од осталих, повлачи за собом стигму као и аутистичну, која почиње да се појављује при првом болничком лечењу. Очекивани животни исходи за особе оболеле од психотичних поремећаја (пре свега схизофреније) лоши су и поред тога што западна психијатрија у свом савременом концепту лечења нуди низ психосоцијалних интервенција и третмана савременим лековима који у релативно кратком року елиминишу манифестне симптоме психотичног поремећаја. Употреба савремених психофармака јесте неопходна у лечењу ових поремећаја али не гарантује нам избегавање аутистичне психотичног поремећаја. То зависи од „значајних других”, а то значи од породице и социјално-друштвене средине, као и од културе којој особа припада. Да је лечење ових поремећаја могуће и на други начин показују искуства афричке психијатрије и примене афричке традиционалне медицине.

На афричком континенту, чини нам се да је све једноставније. Стигматизација менталних поремећаја постоји, али само онда када су оболели у стањима кризе. Сам процес лечења, симболиком ритуала пружа велику подршку особи која је у стању кризе. Ритуали одласка с лечења на „магијски начин”, оснажују особу која је била у стању психотичне декомпензације. Улога породице у истинском прихватању особе с менталним поремећајем у Африци је велика, јер је и значај породице као институције која води бригу о својим члановима, још увек неприкосновен а нажалост прилично запостављен у друштвима Запада.

На крају, морамо се запитати о томе – постоји ли сличност између психодраме и ритуала афричке традиционалне медицине у лечењу менталних поремећаја? Слично афричкој психијатрији, и психодрама има своје ритуале. Она се примењује у целом свету, како с психотичним тако и с непсихотичним поремећајима као и проблемима живљења. Помаже нам да схватимо да имамо право да чинимо изборе у сопственим животима, да правимо грешке, али да их увиђамо и исправљамо, учи нас томе да аутентично изразимо сопствену осећања, да их поделимо с другима као и да поштујемо туђа осећања. Психодрама нам такође омогућава да разумемо да је „у реду” да будемо различити од других. У психодрамском раду са особама које пате од психотичних поремећаја, поента је екстернализовати субјективно искуство човека, ма какво оно било, испољити га у спољашњој реалности. Екстернализација се догађа онолико и у оној мери колико је то особи у том тренутку могуће као и потребно, како би се одигравале различите улоге и како би особа успоставила **однос** према тим различитим улогама. Слично као и у традиционалној афричкој методи лечења психоза **суд реалности постаје група**, која помаже свом протагонисти да изађе из своје делузије. Успостављањем односа с реалним члановима групе, особа се постепено враћа себи.

Психодрами и афричкој психијатрији је заједничко то да особа која је изашла из акутне декомпензације психотичног поремећаја постепено сагледава и прихвата себе с поремећајем над којим успоставља контролу. Самим тим све мање допушта

себи да се осећа као „психијатријски болесник”, односно да се осећа немоћним и зависним од других. Стицање поверења у себе и сопствене капацитете који се могу постепено исказати у реалности, ослабљује аутостигму код ових особа. На тај начин сужени идентитет особе се шири а каријера „психијатријског пацијента” се замењује с адекватнијим и реалности примеренијим социјалним улогама и достизањем сопственог живота са свим његовим предностима и ограничењима.

Добит од лечења и у једном и у другом случају имају и појединац, али и читава група, било она психодрамска или незванична терапијска заједница лечених психотичних поремећаја у афричком селу, као и друштво у целини. Оно што је најмањи заједнички именоватељ у ова два тако различита социјално-културална контекста је то да се добија „друга прилика”, као и „право на различитост”. После завршеног званичног лечења, људи настављају свој живот, без стида и осећања кривице због сопственог поремећаја с којим уз помоћ подржавајуће социјалне средине (која као у случају „терапијске групе”, може „играти улогу” подржавајуће породице) успостављају такав однос да сами почињу да контролишу болест а не болест њих. Успостављањем контроле над сопственом болешћу, особа упоставља контролу и над сопственим понашањем а тиме шаље поруку свом „микро и макро” космосу, да је власник сопственог живота, те да не допушта стигматизацију.

Реалност је да је стигма менталног поремећаја у неразвијеним земљама мања, јер је толеранција на болест виша. Осим тога породица у неразвијеним подручјима сачувала је функцију заштите и подршке своји чланова, не само у детињству, већ и одраслом добу, што је све ређе у породицама Запада. Бићемо слободни да саопшtimo сопствени став да се вредности једног друштва огледају између осталог у томе, колико води бригу о фрагилним популацијама које су садржане у њему а то су: деца, млади људи, особе с менталним поремећајима, болесни, напуштени. Ментални поремећај се код африканаца доживљава као продукт „виших сила” и оболели се не осећа „кривим” због своје болести. Материјалистичка оријентисаност Запада условљава, до извесне мере, амбивалентан став према ментално оболелом, јер ментална болест носи са собом смањене материјалне, егзистенцијалне могућности оболелог, што, такође, за собом повлачи – стигму.

Jasna J. Veljković¹
University of Belgrade
Faculty of Political Sciences
Department of Social Work and Social Policy
Belgrade (Serbia)

HOW TO FIGHT AGAINST STIGMA AND AUTO-STIGMA OF PERSONS DIAGNOSED WITH PSYCHOSIS? PRESENTATION OF THE TREATMENT OF PSYCHOTIC DISORDERS IN TWO SOCIAL CONTEXTS

(Translation In Extenso)

Abstract: In this paper, we discuss the possibility of applying the psychodrama method in dealing with the stigmatized group of people with psychotic disorders. Despite many advances in pharmacy and psychotherapy, it is true that in the Western world there is still a marked stigma and discrimination against psychiatric patients. Our research question was whether the outcome could be different if the treatment of patients was performed in a manner different from that which is common in Western psychiatric practice? To answer this question, we describe the treatment and treatment outcomes for psychosis patients in Africa, and then outline how to reduce stigma and auto-stigma through psychodrama. The theoretical basis for this is Moreno's theory of roles as well as various theoretical views on the possibilities of the psychotherapy of psychoses. This "step-by-step" treatment has been shown to lead to learning new and more appropriate patterns of behavior, acquiring previously unpracticed social roles, and ultimately to increasing self-esteem, much like African psychotherapy. The final outcome of both approaches is similar to each other by the rituals they use and the permissions they give to patients to be authentic in their illness – without imposing "normality" from expert positions, low relapse rates, high social functionality and low self-stigma. It can be concluded that by considering the importance of social-psychological, sociological as well as socio-cultural aspects of mental disorders, it can significantly contribute to reducing discrimination and stigmatization of mentally ill people.

Keywords: psychodrama, role, mental illness, stigma, auto – stigma

Introduction

It is a fact that a person who is "diagnosed" with schizophrenia, unlike those who are "undiagnosed," does not have the same opportunity for their life development. We know that future living conditions of a person diagnosed with schizophrenia depend not only on the manifestations and severity of the disease, but also on the level of acceptance of the patient with such a diagnosis by the micro and macro social environment. Despite the latest advances in the treatment of people with schizophrenia, there is a significant stigma that

¹ jasnapsi@gmail.com

limits access to treatment and impedes full integration into the society of people suffering from the disorder (Buizza, Schultze et. all, 2007, p.23).

Stigma is a complex term defined as a visible and invisible attribute, deeply discrediting and disqualifying for full social acceptance and often resulting in discrimination (Corbiere, et. all., 2012; Goffmann, 2009). Social stigma has very serious consequences for the mentally ill. It leads to the exclusion of a person from different spheres of social functioning and causes a sense of guilt, shame, inferiority and a desire to hide the condition (Corbiere, 2012; Stuart, 2004).

In a recent study conducted on 428 subjects, interesting findings were obtained². The majority of respondents believed that they had acquired the experience of stigma during their psychiatric treatment. This experience applied to both patients themselves and their families when meeting with a psychiatrist. How to explain this finding? It seems that in understanding the observed finding, we could refer to Michel Foucault (Foucault, 1988), who argues that it is precisely through diagnoses and classification systems that a specific type of identity of a psychiatric patient is formed.³

The most frequent subsequent experiences of stigmatization relate to going outside the institution and negative attitudes and prejudices on the part of the community. Third, perhaps most important characteristic of stigmatization is auto-stigmatization, contributed by social exclusion in the form of loss of friends, relatives and colleagues. This is reinforced by the negative comments offered by the media about the mentally ill (Buizza, Schultze et all, 2007, p. 27). Also, it was found that the predictor of stigma was female sex, i.e. being a woman with a mental disorder means a higher possibility of internalizing stigma than having the same disorder and being a man; a suggestion is made in this research. It should be emphasized that there is a need to expand and integrate the study of stigma internalization with socio-demographic factors, since data on auto-stigmatization are very different from one environment to another. These differences can be explained by different attitudes towards mental disorders, such as schizophrenia (Biksegn, et. all., 2018).

The lack of knowledge about the causes, symptoms and treatment of mental disorders by the public as well as the lack of personal contact with these persons can result in prejudice and negative attitudes towards them, resulting in stigmatization and discrimination. In addition, a sociopsychological and philosophical analysis of the recognition of “oddity” of the mentally ill by the social community indicates that one of the main predictors of social distance in relation to the mentally ill is precisely the recognition of differences and deviations in patterns of social functioning (Baumann, 2007). It means that a person diagnosed with a psychotic disorder will be treated in a way which is in connection with the understanding of normality and mental pathology of the society to which the person belongs, as well as any prejudices concerning mental disorders (Kecmanović, 1989, p. 395 Goffman, 2009, p. 14).

² The sample was made up of individuals who were diagnosed with schizophrenia and members of their immediate family-partner, father, mother, brother, sister.

³ According to Foucault, madness is found in society as one of its normal faces, and by no means as a disease. From the point of view of social constructionism, he proposes a completely new model of understanding psychopathology, in which the most important thing in clinical work is to take a big step away from the position of pathology and towards the position of human potential.

The findings of two domestic studies support this thesis. The findings of the first, in which the authors examined attitudes towards persons with psychosis, alcoholism and drug addiction (Popović et al.1988, according to Dragišić Labaš, 2019, p. 103), have shown not only that there are certain stereotypes about these categories, but also that there are strong stigmatizing social attitudes about the ill. Namely, each of these categories of disorders has its own stigmatizing characteristics. Another study: a pilot study conducted by a group of authors confirmed the presence of students' negative attitudes toward people with mental health problems, albeit to a lesser extent than previous research (which did not include the student population). The following characteristics are associated with psychotic patients: aggression, unpredictability of behavior and withdrawal/isolation. However, it should be noted that a number of students believe that patients are no different from other people and recommend treatment and a more humane attitude of society towards them (Ljubičić, Dragišić Labaš, Nastasić, 2013).

One study on the internalization of stigma in patients with mental illness in Southern Ethiopia suggests that early detection of mental illness is simultaneously a prevention of stigma; that social support of the narrow and wider social environment is necessary, that the role of a psychiatric institution should not only be the treatment of these disorders but also the promotion of social life of its patients; in this research, inadequate family support is a predictor of stigma internalization and conversely, a good family support reduces the possibility of stigma internalization.

Kecmanović points out that the difference in the meaning of mental illness among members of different social strata lies in the domain of different effects of mental illness on the individual and social prestige of particular social strata. Mental illness drastically destroys the prestige and thus the idealized image people of higher social classes have of themselves (which they care about).Mental illness, through its unpredictable behaviors in the social environment, also attacks an established system of social roles and the status that is much more cared for by the members of the higher social classes (Kecmanović, 1989, p.1554).

The next chapter will discuss the cultural and social specificities as well as the phenomenon of stigmatization of people with psychosis in a poor African country, Uganda. The reason for presenting the treatment of mental disorders and the relation of the environment to the treatment in this country is the fact that the stigma related to mental illness is present to a negligible degree, as evidenced by a research conducted by a psychiatrist from Uganda (Baguma, Madu, 1977).

Cultural and social specificities in the treatment and stigmatization of patients with psychosis – the example of Africa

Treating schizophrenia in Uganda is not much different than treating this disorder in other African countries. The main method of treatment for mental disorders is treatment with traditional African medicine. This chapter will outline the ways in which the rituals themselves exert anti-stigmatizing effects on the person being treated as well as on the environment. The ways of treating schizophrenia in Uganda testify to the importance of the socio-cultural environment in integrating people with mental disorders into the family and social community. Our thesis, therefore, is that the social context permits and creates

the dominant treatment of persons with mental disorders, on the one hand. Conversely, the treatment also shapes public opinion about the mentally ill. Africa is still dominated by magical-demonological way of thinking, at least in relation to mental health issues. Traditional healers thus consider that the origin of most illnesses is a punishment from God for some evil done, which may also originate from ancestors. The cause of schizophrenia is a person's lack of ability to cope with life's problems. The magical way of thinking undoubtedly also affects the percentage of suicides in the Uganda area. Suicide rates are extremely low. There is a conviction, if this happens, that an "evil spirit" has entered the whole family and then the family of the person that committed suicide is severely punished. For the next six generations, the community shuns the family, which lasts for about a hundred years. To summarize: although "etiological factors" are unacceptable for Western psychiatry, they are a good example of understanding the causes of illness in a particular social and socio-cultural context, which can contribute to the elimination of potential stigma and the integration of persons with mental disorders into society after the completion of treatment.

What is the treatment of schizophrenia in Africa like?

The treatment includes all relatives of the patient. The family has a duty to take care of its mentally ill member and do everything to "restore" him/her to the normal course of life. In the rituals they perform to cure the mentally ill, a great effort is made to help the ill, because the family itself greatly identifies with the ill member, but also fears the consequences that his/her illness or disorder may have on all its members.

It should be noted that most people who have schizophrenia are not treated in psychiatric institutions (whose name is not even appropriate), because the treatment conditions are more than degrading. In such inhumane conditions, the mortality of residents is, unfortunately, very high. Instead, the mentally ill are mostly treated in special villages designed for such needs. In them, a witch doctor is the chief physician, but he is neither a mage nor a quack doctor by profession, but a physician educated most commonly in Western Europe or America. However, patients are treated not with drugs, but with traditional African medicine, which has a centuries-old tradition and is based on herbs and homeopathic remedies as well as various socio-magical rituals⁴.

The daily life of people being treated is purely collective and resembles one large, continuous and very cohesive therapeutic community⁵. People who are on treatment produce the food themselves and they also cook together. They appear to be very courteous in contact with strangers, but by appearance and behavior they are clearly at different stages of treatment for schizophrenic disorder.

⁴ Let us not forget that the idea of a therapeutic community has originated from religious and political movements such as the ideas of Tuke and "moral teaching" from the beginning of the 19th century (Tuke, 1813, by Štrkalj-Ivezić et al, 2014)..

⁵ This healing tradition has lasted for centuries and has been passed down from father to son. Traditional medicine doctors have their own associations – national, local, regional. The herb most used in the treatment of mental disorders is called *Rauvolfia* (*Rauvolfia vomitoria*, https://en.wikipedia.org/wiki/Rauvolfia_vomitoria). The ways of preparing the remedy with this herb are very different. This herb, which grows exclusively in the tropics of Africa, Latin America and Asia, was one of the basic ingredients of the first generation of antipsychotics.

The psychotherapy approach to the ill in Uganda has its own specificities. A patient has two “great” individual treatments – talking to his/her therapist on admission to treatment and again on discharge from the treatment. The admission as well as the discharge conversation must start at dawn when the sun begins to rise and to end when the sun goes down. During this time, the patient and the therapist are fasting, consuming only water. If the patient is non-communicative, the therapist will sit with him/her all day and respect his/her needs and capabilities.

The persons being treated remain as long as the witch doctor believes they need it, but not for too long. The goal is to train a person to return to the community as soon as possible.

Every newcomer to this temporary community must follow certain rules. Upon arrival for treatment, a person has to build a round house made of reeds and mud and will sleep exclusively there. The circle has the magical meaning of wholeness and integration, as explained by the witch doctor. When a person completes his or her treatment and goes home, he or she will tear down this house to the ground, “as if” the disease was “destroyed” and no longer existed.

Rarely anyone returns to treatment again. For each person leaving the treatment, a sort of a home discharge ceremony is organized, which does not happen in Western cultures when the patient leaves treatment at a psychiatric hospital. Healing is celebrated, people sing, dance and rejoice about returning to life. The recovered person takes “protective remedies” home from the witch doctor, which serve to more easily adapt to the home and social environment, but also to “enhance” security. On returning home, the person resumes his or her usual life activities and is not shunned by the environment because they are considered healed.

The issue of relapse is particularly interesting (Moss, 1982). Success rates for treatment of mental disorders by the traditional African treatment are very high and relapse is relatively rare. This further leads to the question – are there any mental disorders in Africa? The answer is that mental disorders exist in Africa but are supposedly successfully treated. In cases of violent schizophrenia, the success rate of treatment is about 80% (Baguma, 1996). Those who are treated in this way are fully restored to their normal lives. Although the treated are stigmatized to some extent, this stigmatization is temporary. Stigmatization, in the opinion of African doctors, is high during the acute phase of the illness and that is when discrimination occurs, especially in cases where serious decisions need to be made (in the case of marriage). However, upon leaving the state of psychotic decompensation and establishing a stable remission, one finds unconditional acceptance of his or her environment, just “as in Rogers’ person-centered therapy”⁶ (Baguma, Madu, 1997, p. 245).

⁶ “Person-centered therapy of Carl Rogers, a psychotherapist with a humanistic-existentialist orientation, originated in the second half of the twentieth century in America. The emphasis in this therapy is that the relationship between the therapist and the client is such that the therapist is not the dominant authority, instead the client and the therapist are on an equal footing. It the client decides how the therapy will progress and what goals they will set in the treatment. The therapist does not question the client, praise him/her or express any value attitudes, the therapist just accepts him/her unconditionally with all the characteristics. Rogers believes that it is much more important for a client’s therapist to understand than to give interpretations, as is the case in psychoanalytic therapeutic approaches” (Stainer et al., 1998, p. 8).

We could conclude that African psychiatry provides very particular information on the mentally ill and their treatment. What seems to be the reality is that the stigma related to mental illness, as well as discrimination against the mentally ill, is most prevalent in the Western culture. In the next part of the paper we will deal with Moreno's psychodrama work with persons suffering from acute psychotic disorder. We aim to link the ritual treatment of persons with psychotic disorders in Africa and Moreno's treatment of psychosis through psychodrama by the method which also possesses some of its specific rituals.

Moreno's work with people suffering from psychosis

It is a little-known fact that Moreno spent most of his professional life in his Beacon Sanatorium, in which treated persons were suffering from psychotic disorders and that the main method of treatment was psychodrama. Let us not forget that the beginning of Moreno's sanatorium was in the 1940s, an era when there were no antipsychotics, which only emerged in the following decades. Psychodrama has been shown to produce excellent results in dealing with people with psychosis. In fact, Moreno's experiences have yielded such optimistic results that the application of psychodrama in the treatment of psychotic disorders is practiced in psychiatric institutions today.⁷

Moreno used to say that psychodrama was not only a therapeutic method but also "a laboratory for the study of human relations in which many sciences such as: philosophy, psychology, psychiatry, theology, sociology and other disciplines intertwine" (Moreno, 1972). The philosophical basis of psychodrama is the philosophy of human encounter, which comes primarily from the originator of the existentialist philosophical direction, Martin Buber (1967), as well as Aristotle's teaching on universals⁸, which Moreno supplemented with the fourth universality – the Cosmos. Moreno also took Aristotle's teaching on catharsis⁹ and enriched it with his own teaching on the catharsis of integration or mental catharsis that occurs in psychodrama (Moreno, 1975; Veljković, 2018). The spiritual aspect on which Moreno's psychodrama is based has important parts derived from theology¹⁰, which are studied by contemporary authors (Özcan, 2018). Adam Blatner (Blatner, 2000; Blatner, 2005), therefore, psychodrama is rightly said to be a "mystical journey": it contains Kabbalistic, mystical and archetypal elements. Moreno never viewed personality as separate from the social milieu in which it operates, as it always interacts with the members of the groups to which it belongs. The basis of psychodrama is a concrete human relationship, so the way to reach the interpsychic is actually through the observation of the interpersonal (Veljković, 2014, p.11).

⁷ Evaluation studies on the effects of psychodrama in the treatment of psychotic disorders based on the criteria of the Tenth Classification of Mental Disorders and Behavioral Disorders found that psychodrama is indicative in the work with psychotic disorders.

⁸ Aristotle's universals are represented by his principle of unity of characters, time and space, which is applied in theater and in psychodrama. The basic questions in psychodrama are: who, when and where. The answers to these questions lead us to the beginning of the protagonist's psychodrama, which takes place in the "timeless unconscious". In feelings, incomplete thoughts, unfinished actions, conjectures, the director and the group discover the hidden world of the protagonist.

⁹ Aristotle believed that catharsis had both aesthetic and ethical effects (Veljković, 2018, p. 77).

¹⁰ Moreno also completed studies in theology, which shaped his psychodrama approach.

Many mental health professionals have observed that psychotic disorders with symptomatology of delusions, ideas of power and magnitude are not inconsistent with the socio-historical and political moments in which that person lives. The events in the social, political and social scene influence the type and form of psychopathological manifestations in persons who exhibit a mental disorder.

Moreno also testifies to one such case. During World War II, a man, who believed to be Adolf Hitler, was hospitalized at the Beacon Sanatorium. A man with a small mustache was brought to Moreno by his wife. Moreno greeted him and asked for his name. The man expressed anger that Moreno did not “recognize” him and asked Moreno: “Do you not know me?!” Moreno was shocked but remembered that, a few days before, a woman called him to say that she had a big problem because her husband thought he was Adolf Hitler, personally. At that moment, he decided to accept the patient’s delusion as a reality and replied: “Of course, I recognize you now! You are Mr. Adolf Hitler!” The patient then calmed down as he was pleased with this recognition. He further complained to the doctor that there was a man in Germany who calls himself Adolf Hitler, who took everything away from him: his soul, inspiration and energy. This man in Germany even presents himself as the writer of the book “Mein Kampf” and uses his name. Moreno invited two paramedics to come to the room and introduced them to this patient as Mr. Göring and Mr. Goebbels. The patient arrived at the hospital just at the time Moreno was scheduled to give a lecture to his students who were waiting for him in the amphitheater. He spontaneously saw a great chance at that moment and invited the patient to give a speech to the students, which he did. The students were fascinated by the authenticity of the speech and behavior of the self-proclaimed Adolf Hitler.

This example nicely illustrates the fact that there is a special dimension of reality in psychodrama which Moreno called surplus reality¹¹. It is also the only psychotherapy in which all three temporal dimensions are present in the same session: past, present and future. Without the basic psychodrama technique – role reversal, the psychodrama would not work. Psychodrama has scenes, as the theater, internal experiences are externalized on the stage. Creative, aesthetic and dramatic “warm-ups” in psychodrama theater are transformed into therapeutic play. In fact, new patterns of behavior in life situations are played out on stage (Howie & Bagnall, 2015; Özcan, 2018). By applying this technique, the protagonist of psychodrama can explore completely different potential roles, experiences, thoughts, and behaviors. In fact, catharsis that occurs in psychodrama is cosmic catharsis and has healing effects (Moreno, 1961).

Moreno has created an “auxiliary world” technique that treats what we consider to be the central disorder of people with psychotic disorder. He said that in the treatment of psychotic conditions, the therapist needed to temporarily take a “trans-real therapeutic attitude”, while the patient needed his double¹² or auxiliary ego throughout his therapy work on the psychodrama.

¹¹ The surplus reality is the reality of the psychodrama situation and that is what happens in the psychodrama scene, while the protagonist represents his/her own reality, dreams, fantasies, fears. (Moreno, 1975, p. 73; Veljković, 2018, p. 21).

¹² Copying the protagonist’s body posture, movements and facial expressions helps the double to more easily verbally express himself “as if” he/she were the protagonist. By turning the experience

By applying psychodrama, he made it possible for persons in a state of psychosis to bring their alienated inner world to the outside, placing it on the psychodrama scene, in front of people, and bringing it into reality among people. On stage, with the support of the members of the group, he/she gradually corrects their own reality by seeing it from the outside. With the passage of time, delusions diminish, and real-life people gradually appear on the scene. The psychodrama group is a mirror of reality all throughout the process. This is also a significant argument of social psychiatry, that it is society that shapes and creates the psychopathology of its members.

Let's return to the case of the self-proclaimed Hitler. Moreno describes how he treated this patient with psychodrama over a period of three months. The group was joined by other staff members, but also other patients. This patient gradually changed during treatment. Eventually, he shaved his mustache on his own, began to weep bitterly, demanding that they call him by his first name, not Adolf. After this crisis, he was able to completely reintegrate at the social level (Moreno, 1974, p. 473; according to Kruger, 2011, p. 1–3). In the next chapter, our goal is to show how psychodrama can be used in dealing with people with schizophrenia. Also, for this purpose, we will provide a brief overview of the results related to the effectiveness of psychodrama when it comes to persons with psychotic disorders.

An overview of psychodrama practice and work on reducing stigma

The “pilot” research was conducted in a planned manner over a period of ten years (1996–2006) at the psychiatric clinic “Dr. Laza Lazarević”. The research was conducted to evaluate the effects of applying the psychodrama method in dealing with psychotic disorders. The sample included fifty patients who had been diagnosed as having psychotic disorders from the schizophreniform circle of the disease. The subjects were divided into two groups: the experimental group, which had 30 participants (participants in psychodrama) and the control group, which had 20 participants (who were not treated with psychodrama). The members of the two groups were between 20 and 32 years old. All were psychiatrically hospitalized at the institution one or several times. During their hospitalization, they participated in a (large) socio-therapeutic sociodrama group consisting of all patients from the ward. It was a kind of a motivational preparation but also the first selection for future psychodrama group work. After leaving the hospital, they maintained regular contact with their psychiatrist and continued using prescribed psychopharmaceuticals. They were monitored psychiatrically and psychologically for the duration of this research. All participants voluntarily agreed to participate in the research.

During the evaluation of treatment success, it was shown that the adaptation mechanisms of persons with psychotic disorders treated with psychodrama were significantly improved compared to the group of patients not treated with psychodrama, but only with conventional psychiatric treatment. Members of the experimental psychotherapy psychodrama group received a “pseudoneurotic” personality profile at the retest, unlike the prior, typically “psychotic” profile, which predominated before joining the psychodrama group. This means that people with schizophrenia have “learned” to behave socially “as if” being neurotic. It is significant that emotional and impulse control in the mentioned group

into words, the double complements, reveals a hidden meaning, comments, repeats, and shows the mirror image of the protagonist as he/she sees him/her (Đurić, Veljković, Tomić, 2004, p. 22).

of respondents was statistically significantly increased. The results also indicate an improved quality of life in many domains of life, especially in the area of work and social functioning (Veljković, 2007; Veljković, 2014).

Description of the work of the psychodrama group

The experimental group consisted of 5 to 8 members treated with psychodrama. The group met once a week for two full hours and was semi-open. This group existed for a total of eight years. A total of thirty patients were treated in this group. Over time, a relatively stable “core” of the group formed. Some members remained in the group for all eight years, while others ranged from at least one to seven years at most. Everyone spent as much time on the group as they thought they needed, so staying in the group stemmed from their personal need, not pressure from the therapist. One of the rules of the group was that leaving the group should be announced to the group and the therapist at least three months in advance, and during that time the person intending to leave the group had to regularly attend group meetings.

A casuistic account of a psychodrama session

The selected session illustrates work on the stigma and self-stigma of a psychodrama group member. This account illustrates the power that psychodrama, as a method, has in eliminating auto-stigma in the first place and then stigma of people with schizophrenia. In a contract for psychodrama work, one of the members of the group described above set a goal of wanting to “work” on her fear of being abandoned by her boyfriend if he found out she was “taking” medication “against” psychosis.

Sara¹³ is a person who has been diagnosed with psychotic disorder. Prior to joining the group, she had two psychiatric hospitalizations. Her illness manifested itself when she was 20 years old. At the time of this psychodrama session, she was a student at Belgrade University, for the third time in her second year of study ... with a “well-intended” advice of her close environment to quit studies, because why would she “suffer” when she was already sufficiently distressed. With the onset of the psychotic disorder, she “halted” the studies, but had a great desire to complete them. With the onset of psychotic disorder, she “stopped” the studies, but had a great desire to complete them. She had a “dream” to pursue the profession she had chosen. At the time of this session, she was living with her primary family where relationships were complicated. Since the onset of her illness, the focus of the parents who had been in a chronic state of marital conflict shifted to her and her illness. This further aggravated her current state of affairs. At the time, she had not been in a romantic emotional relationship for a long time, and she longed for it. She saw her future in separation from her primary family, realization in her chosen profession, and possibly in creating her own family. When an emotional partnership happened, she was very anxious to preserve that relationship. Her boyfriend invited her to go on vacation together, which she was looking forward to, but immediately there was fear. This fear increased over time to the extent that she felt great anxiety whenever she went to meet him. At the time, he did not know that she was being treated, because she did not want to tell him for fear of abandonment. At that time, she thought about not accepting the proposal for a vacation together, as she was increasingly

¹³ Sara is a fictitious name for the purposes of this paper. This happened 14 years ago. Today, Sara is employed in her profession and holds a university degree.

“obsessed” with the horrible fantasies that pertained to her: what if he saw what medicines she was taking. She wanted to tell him the truth, but on the other hand, it seemed to her “as if” she had been lying to him the whole time.

Scene One:

In the first psychodrama scene, she presents her boyfriend by entering his role and then selecting a member of the group to be in that role. This scene shows us their beautiful emotionally colored relationship, full of understanding and love. She is happy and content in that relationship. She would not change the feeling she has when she meets him in favor of any other.

Scene Two:

This scene never happened, but it might happen. The protagonist Sara sets up a scene that is constantly happening in her fantasy, so much so that it begins to significantly disturb her daily life. The scene takes place in the room of a hotel where she and her boyfriend are staying and is temporarily located a month or two in the future. They spent a wonderful day together, walking, swimming, enjoying the sea. Evening is the time when she needs to take her medicines before going out to dinner together. She also took them in the morning, trying to wake up early, running from their room to the bathroom and swallowing them quickly. After that, she went back to bed and he was still asleep. She hid the medicines in a case in her makeup bag, and she must not put that case in the bathroom but carry it in her makeup bag all the time. In the evening, she goes with her bag to the bathroom. He tells her to hurry, not to be late for dinner, before the food they both love is all gone. She replies that she will be quick, because she just wants to add a little makeup. She closes the bathroom door, but forgets to lock it (because she never locks it at home, her parents removed all the keys from the locks). She pulls out her case, which falls to the floor and breaks (an interesting fantasy detail, that the box is made of glass). She imitates the sound of the case crashing and smashing with a high tone of voice, which sounds very unpleasant. The therapist asks the group to repeat this tone, as an accompanying chorus. Everything looks “as if”¹⁴ it were happening now. The emotional charge in the group is high. He hears the case being broken. As she collects glass from the floor and a multitude of medicines rolling across the floor, the bathroom door suddenly opens, and her partner enters with a stunned look on his face. The further course of action in her fantasy is that he asks her – what is this? She is confused and scared because she has no answer.

Scene Three:

The next fantasy she shows in the following scene is of him feeling cheated, betrayed, he tells her that she is horrible because she hid this from him, that she is a drug addict, that she is sick and he leaves her. She cries bitterly and feels terribly guilty about it. The catharsis

¹⁴ The “as if” situation is a form of symbolic thinking on stage. It is a form of spontaneity that plays a great practical role in energizing and uniting the self. Children’s games are also based on the “as if” principle. Most psychodrama techniques are based on “as if” situations. When the “as if” situation doesn’t seem to work, there is no psychodrama. In psychodrama, the protagonist is encouraged to externalize his inner objects. This is made possible through an “as if” situation. It is the *conditio sine qua non* of psychodrama (Djurić et al., 2004, p. 21).

of horrible pain, the pain of being labelled by her diagnosis, all the helplessness and despair of this young woman is out in the open through this cry.

Further course of psychodrama work

The therapist reports that she has now shown this part of her that feels this way. She asks if there is any other part of her that feels differently or that may be able to help this currently vulnerable and helpless part. She says that there is also a **part that opposes her being labeled for having psychosis**. It is her “spite” and all that she used to be before the illness and that still exists but is suppressed. That part is angry when it sees this “poor” part, how “miserable” it is, how it hides drugs, like a child, how scared it is, but it is also **angry at people who treat people who use psychiatric medicines badly**. The therapist asks if she wants to be in the role of that other part and if she might want to empower it. She agrees to that, and calls that strong part of herself simply: “the strong part”. Then the protagonist calls the **whole group to help** on the scene, to give strength to that part, because she can’t do it alone. The members of the group take the stage, giving their energy to that suppressed, powerful part, through touch, by extending their hands to the body of this part.

Through the “magic” of psychodrama, this part suddenly gains strength and grows more powerful. She is then able to take on the role of that strengthened part of herself that she calls the “strong part”. Her body position changes, she improves her bodily posture. She chooses two people who will play the role of these two parts of her as “auxiliary egos”. She chooses one person for the **role of the strong part** which does not accept hiding medication, another person for the role of the one which conceals medication and calls it her “**gentle part**”, which hides and feels guilty for using psychiatric medications and for having a serious psychiatric diagnosis. She addresses each of these two parts of her own personality separately. To the gentle part which cried she says, “I need you, because all my emotions are in you, but you have to strengthen. You don’t have to hide your medication! If he really loves you, he’ll love you with or without your medicine”. This very strong message is followed by perhaps her strongest message, to her own gentle part by her strong part, which reads: “Don’t let yourself feel bad because you have psychosis. You have a right to that. Everyone has their own illness”. To the “strong” part, she sends the message: “There is wisdom and strength in you. Please guard this gentle part of mine and embrace it.” That’s how the scene ends. The strong part stands behind the gentle part and hugs it discreetly, so that the gentle part can move freely in space but accompanied by the strong part. It was the end of her psychodrama work and the integration of the two seemingly opposite but close parts of her personality was made in the psychodrama scene. This is also the beginning of the work on integrating Sara’s self in reality, and preparing her for the real life that awaits her in the near future ¹⁵.

This was followed by sharing feelings¹⁶. All members of the group talk about their feelings of shame and embarrassment in relation to other important people when they found out about their diagnosis. One member of the group said that after hospitalization, her best friend never contacted her again. She met her once on the street, and she made it

¹⁵ After several years of being in the group, with considerable effort, she brought this work to an end. Today, at the time of writing this paper, Sara has a college degree, works in the profession and is married with one child who she and her husband care for together.

¹⁶ “While sharing their feelings, group members talk about how they felt and what they experienced or remembered while the protagonist was on stage” (Đurić et al., 2004, p. 19).

seem “as if” she was in a hurry somewhere and ran off without saying a word to her. Another member of the group said that, upon returning from treatment, it was difficult for him to tell his friends and work colleagues that he was suffering from psychosis. A third member of the group said that she no longer blamed herself for having psychosis, but that she blamed others for seeing her differently because of it.

Post festum

The group ended when the group psychologist-leader left the hospital and moved to another institution. The completion of the group work was announced one year in advance to the group members. Upon completion of the group work, it was not formally possible to continue monitoring the group members. However, a follow-up was done in an informal way, through occasional contacts and meetings of the former therapist with former group members, at their explicit initiative. After more than ten years of this group work, most of its former members are successfully working and are able to take care of themselves independently. Most have no partners, with the exception of three members. Two of them have one child each. As for their health status, they have occasional crises, and when they see it coming (the ability to spot the crisis in time was acquired while working in the group), they take the necessary sick leave from work and additional treatment with their psychiatrists. Rehospitalization occurred in one case only. It was a member of the group whose primary family had a very serious pathology, which was not resolved, despite the initiatives of doctors, psychologists and social workers from the psychiatric institution. Unfortunately, despite his creative potential and capacities, this group member was not supported by the primary family for independent living and separation. He experienced stigmatization by his own family, a ban on his own independence, and at the persistent initiative of his mother, stopped coming to group meetings he authentically loved to attend and of which he was a favorite member. He internalized the stigma because the threat of “losing his family” was high, and he developed the “career” of a psychiatric patient.

After the work of the group finished, the “core” of the group, consisting of five patients, remained in intense contact with each other and they functioned successfully as an informal support group “when needed”. These are the members of the group who spent eight full years in the group. They have occasional, mostly telephone contacts with other former members of the group. These “other” members of the group perceive them as their “supervisors” and spiritual “leaders”, having spent eight years in group psychotherapy, realizing themselves socially and professionally and gaining significant experience and knowledge in the field of social life.

To conclude: most had control over their symptoms, they accepted themselves with the difficulties they had, but did not internalize the stigma of mental illness. In the onset of the disorder, they passively embraced stigma, thinking that “it simply had to be that way” without realizing that accepting stigmatization leads to discrimination. They had the experience that they would be rejected by their therapists, and perhaps even by the family if they did not accept the stigma because it would mean that they did not accept treatment or therapists. They feared consequences, or rejection, and were passive in the reception of stigma during the hospital treatment. Upon arrival from treatment, at home, they felt stigmatized by their own family and wanted to be accepted by family members, and therefore did not oppose the stigma that originated from it. The auto-stigma “came” spontaneously

and simultaneously with the stigma of the psychiatric institution and the family institution and later of the microsocial environment. A reluctant but in those moments imminent acceptance of stigma brought the experience of “lower human value” compared to other people, and “others” were all people who were supposedly mentally healthy, or people who were undiagnosed.

Initially, their conversations and work in psychodrama were primarily concerned with: medication, attitude to drug-taking, attitude towards doctors, parents’ attitudes towards them – accepting them “as they are, with psychosis”, the changed attitude of friends and colleagues towards them upon finding out about their illness. Much later, by steadily entering into different roles in psychodrama, establishing relationships with members of the therapy group as well as expanding and deepening relationships with themselves, they began to change step by step. They allowed themselves to think about their own independent future, make plans and set goals, and later, through a series of cautious but planned and well-thought out steps, to realize them. It was only with the realization of the first goals in their environment that they began the painful journey of getting rid of auto-stigma and thus the stigma of mental illness.

Conclusion

People suffering from psychotic disorder whose condition is worsening are incapable of adequately expressing themselves in a world of reality that seems strange and foreign to them. The longer they remain “imprisoned” in such a state, the more difficult their experience of themselves, of others and of the whole world around them gets. In fact, their experience remains vague, confusing and closed in the inner world, which gradually exerts increased pressure on the outside world. At one point, they experience that their inner reality is an external reality, and that’s when the breakdown happens. Along with the “breakdown” that occurs with a psychotic disorder, there is an additional problem of withdrawal and social isolation of the ill person. Social isolation and the fact of being “different” than others entails stigma as well as auto-stigma, which begins to reveal itself at the first hospital treatment. Expected life outcomes for people with psychotic disorders (primarily schizophrenia) are poor, despite the fact that Western psychiatry, in its modern treatment concept, offers a range of psychosocial interventions and treatments with modern drugs that eliminate the manifest symptoms of psychotic disorder in the short term. The use of modern psychopharmaceuticals is necessary in the treatment of these disorders but does not guarantee the avoidance of auto-stigma of psychotic disorders. It depends on the “significant others”, which means the family and the social environment, as well as the culture to which the person belongs. The experience of African psychiatry and the application of traditional African medicine show that the treatment of these disorders is also possible in another way.

On the African continent, it seems to us that everything is simpler. The stigmatization of mental disorders exists, but only when the ill are in a state of crisis. The healing process itself, through the symbolism of rituals, provides great support to the person in crisis. The ritual of leaving the treatment in a “magic way” empowers a person who has been in a state of psychotic decompensation. The role of the family in truly accepting a person with a mental

disorder in Africa is great, as the importance of the family as an institution caring for its members is still unrivaled and unfortunately quite neglected in the societies of the West.

Lastly, we have to ask ourselves – is there a similarity between psychodrama and the rituals of African traditional medicine in the treatment of mental disorders? Similar to African psychiatry, psychodrama has its own rituals. It is applied worldwide, with both psychotic and non-psychotic disorders and the problems of living. It helps us to understand that we have the right to make choices in our own lives, to make mistakes, but to see and correct them, it teaches us to express our feelings authentically, to share them with others, and to respect the feelings of others. Psychodrama also allows us to understand that it is “okay” to be different from others. In psychodrama work with persons suffering from psychotic disorders, the point is to externalize a person’s subjective experience, whatever it may be, to express it in an external reality. Externalization happens as much as is necessary and to the extent possible to the person at that moment in order to play different roles and to establish a relation to these different roles. Similar to the traditional African method of healing psychosis, the **group becomes the court of reality**, which helps its protagonist to emerge from his/her delusion. By establishing relationships with real group members, the person gradually returns to themselves.

Psychodrama and African psychiatry both have in common that a person who has emerged from an acute decompensation of psychotic disorder gradually perceives and accepts himself or herself with the disorder over which he or she gains control. As a result, the person allows themselves to feel like a “psychiatric patient” less and less, that is, to feel powerless and dependent on others. Gaining confidence in oneself and own capacities, which can be gradually expressed in reality, weakens the auto-stigmatization of these individuals. In this way, the narrowed identity of a person expands and the career of a “psychiatric patient” is replaced with more adequate and realistically appropriate social roles and the fulfillment of one’s own life with all its advantages and limitations.

The benefits of treatment in both cases are shared by the individual as well as the entire group, whether it may be the psychodrama group or the unofficial therapeutic community for treating psychotic disorders in the African village, as well as society as a whole. The least common denominator in these two very different socio-cultural contexts is that one is given a “second chance” as well as a “right to diversity”. Upon completing the formal treatment, people resume their lives without shame and guilt over their disorder with which, through a supportive social environment (which, in the case of a “therapy group”, can “play the role” of a supportive family), they establish such a relationship that they begin to control the illness, compared to the situation being vice versa. By establishing control over one’s own illness, one also controls one’s own behavior, thereby sending a message to one’s “micro and macro” cosmos, that he or she owns their own life, and does not allow stigmatization.

The reality is that the stigma related to mental disorders is less developed in underdeveloped countries because the tolerance to illness is higher. In addition, families in underdeveloped areas have maintained the function of protecting and supporting their members, not only in childhood but also into adulthood, which is becoming increasingly rare in Western families. We shall feel free to communicate our own view that the values of a society are reflected, among other things, in the care of its fragile populations: children, young people, people with mental disorders, the sick, the abandoned. Mental disorder is seen by Africans as a product of “higher forces” and the patient does not feel “guilty”

about his/her illness. The materialistic orientation of the West causes, to a certain extent, an ambivalent attitude towards the mentally ill, because mental illness entails the reduced financial, existential capacities of the ill, which also entails – stigma.

REFERENCES/ ЛИТЕРАТУРА:

- Bauman, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a 'stranger'. *International review of Psychiatry*, 19 (2), 131–135.
- Bion, W. R. (1961). *Experience in Groups*. London: Tavistock Publications
- Bion, W. R. (1962). Theory of thinking. *Inter. Journ. of Psychoanaly*, 43, 306–310.
- Blatner, A. (2000). *Foundations of Psychodrama*. NY: Springer Publishing Co.
- Blatner, A. (2005). *Morenian Approaches: Recognizing Psychodrama's Many Facets*. Available at <https://www.fepto.com/publications-projects/articles/morenian-approaches-by-adam-blatner>
- Buber, M. (1967). *You and me*. Beograd: Vuk Karadžić [In Serbian]
- Buizza, C. et al. (2007). The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: A pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. *Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health* 3, 23. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2173890/>
- Biksegn, A., Alem, E., Tenaw, Y. (2018). Internalized Stigma among Patients with Mental Illness Attending Psychiatric Follow-Up at Dilla University Referral Hospital, Southern Ethiopia. *Psychiatry Journal*, Volume 2018. Article ID 1987581, <https://doi.org/10.1155/2018/1987581>
- Đuric, Z., Veljković, J., Tomić, M. (2004). *Psychodrama*. Zagreb: Alinea. [In Croatian]
- Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., Pelletier, J. F. (2012). Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. *The Scientific World Journal*. Vol. 2012. Article ID 516358. <http://dx.doi.org/10.1100/2012/516358>
- Goffman, E. (2009). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Novi Sad: Mediteran Publishing [In Serbian]
- Federn, P. (1943). *Ego-psychology and the Psychoses*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (2003). *Rat man*. Beograd: Čigoja štampa. [In Serbian]
- Foucault, M. (1988). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. NY: Vintage
- Klein, M. (1975). Notes of some schizoid mechanisms, 2nd.ed. In M. Klein, *Envy and Gratitude*, 236–248. London: Hogarth Press
- Klein, M. (1950). *Contribution to Psycho Analysis 1921–1945*. London: The Hogarth Press LTD
- Kecmanović, D. (1989). Sociology and psychiatry. In: D. Kecmanovic (ed) *Psychiatry*, 1st part, 394–408. Beograd: Medicinska knjiga; Zagreb: Svijetlost [In Serbo-Croatian]
- Moreno, J. L. (1945). *Psychodramatic Treatment of Psychoses*. NY: Beacon House
- Moreno, J. L. (1972). *Psychodrama*, vol. 1. NY: Beacon House
- Moreno, J. L. (1977). *Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy, and Sociodrama*. NY: Beacon House

- Moreno, J. L. (1975): *Psychodrama: Foundations of Psychotherapy*, Vol 2. 2nd ed. Beacon NY: Beacon House
- Moreno, J. L. (1961). The role concept, a bridge between psychiatry and sociology. *American Journal of Psychiatry*, 118 (6), 518–523.
- Moreno, J. L. (1971). *Words of the Father*. New York: Beacon House
- Moss, R. H. (1982) .Copping with acute crisis. In: J. Million, C.Green and R. Meagher (eds). *Handbook of Clinical Health*. New York:Plenum.
- Madu, S. N., Baguma, P. K., Pritz, A. (eds). *African traditional healing, psychoterapeutic investigations*. Kampala (Uganda): Access Communications Ltd.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Krueger,. R. (2011).*Why learning to play is important: an up-to-date “Disoder –Specific Psychotherapy” for People with Psychosis according to Moreno*. (This was a lecture given on August 29, 2009, at the IAGP congress in Rome. Posted on Adam Blatner’s website with the author’s permission, 6/30/2011). Available at <https://www.blatner.com/adam/pdntbk/psychosiskrueger09.html>
- Ljubičić, M., Dragišić Labaš, S., Nastasić, P. (2013). Student’s attitudes on person suffering from psychological malfunctions: addition to stereotype researche. *Alcoholism*, 49 (2), 85–100.
- Ogden, T. (1992).*Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. London: Maresfield Library.
- Rosenfeld, H. (1965). *Psychotic states: A Psychoanalytic Approach*. London: The Hogarth Press.
- Stuart, H. (2004). Stigma and work, *Healthcare Papers*, 5 (2), 100–111
- Sullivan, H. S. (1974). *Schizophrenia as a Human Process*. New York: N.N.Norton.
- Štrkalj-Ivezić, S., Jendričko,T., Pisk, Z., Martić-Biočina, S.(2014). Therapeutic Community. *Soc. psihijat.*, 42 (3), 172 – 179 [In Croatian]
- Štajner,T., Kondić, K, Vlajković, J. (1998). *I listen to you, understand you, accept you. Non - directive psychotherapy of Carl Rogres*. Beograd:I.P.Žarko Albulj. [In Serbian]
- Veljković, J., Đurić, Z. (1997). Application of Psychodrama in a work with psychoticpatients. *Engrami*, 19, (1–2), 95–103. [In Serbian]
- Veljković, J. (2007). *Psychodrama as an integrative approach in improving the Life Quality in psychotic disorders and populations at risk*. Doctoral dissertation. Beograd: Institut za multidisciplinarne studije Univerziteta u Beogradu. [In Serbian]
- Veljković, J.(2014). *Psychodrama changes*. Beograd: ZadužbinaAndrejević [In Serbian]
- Veljković, J.(2015). Application of psychodrama in integration of self in adolescents. *Sociologija*, 57 (2), 314–330. [In Serbian]
- Veljković, J. (ed) (2018). *Through Labyrinth of Psychodrama*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju. [In Serbian]