

Milica Mitrović, Jelena Opsenica Kostić, Jovana Jestrović Enser
KADA RODA NEĆE DA SLETI: PSIHOLOŠKI ASPEKTI NEPLODNOSTI



<https://doi.org/10.46630/pan.2024>

Operativna urednica
Dr Maja D. Stojković

Recenzenti
Prof. dr Bojana Cvejić
Prof. dr Marina Hadži Pešić
Doc. dr Snežana Svetozarević
Prof. dr Ivana Mihić

Milica Mitrović
Jelena Opsenica Kostić
Jovana Jestrović Enser

KADA RODA NEĆE DA SLETI: PSIHOLOŠKI ASPEKTI NEPLODNOSTI

-drugo izdanje-



Filozofski fakultet u Nišu
2024.



Фонд за науку

Републике Србије

Monografija je pripremljena uz podršku Fonda za nauku Republike Srbije, u okviru projekta broj 1568, Identity Crisis in Women Facing Infertility: Mixed Methods Approach – InsideMe (Kriza identiteta žena koje se suočavaju sa neplodnošću: mešoviti metodološki pristup)

SADRŽAJ

Uvod	9
1. Neplodnost – definisanje i obim problema	11
2. Neplodnost iz ugla psihologije	21
2.1. Model psihogene neplodnosti	21
2.2. Model psiholoških konsekvenci neplodnosti	26
2.2.1 Model psiholoških konsekvenci kao kontekst razvoja psihološke podrške i savetovanja u okviru tretmana neplodnosti	29
2.3. Ciklični model	32
3. Šta roditelje čini roditeljima	45
3.1. Roditeljstvo kao biološka povezanost, namera i/ili odgajanje dece	45
3.1.1. Značenje roditeljstva	49
3.2. Motivacija za roditeljstvo	50
4. Neplodnost u kontekstu razvoja odraslih – ne/postizanje uloge roditelja	55
4.1. Razvojna psihologija, razvojne promene i odraslo doba	55
4.1.1. Sistemi funkcionisanja i neka važna pitanja razvojne psihologije	57
4.2. Razvoj u kontekstu: ekološke teorije i neplodnost	63
4.2.1. Teorija ekoloških sistema	64
4.2.2. Teorija životnog toka	72
4.2.2.a. Paradigmatiski principi teorije životnog toka	80
4.2.3. Teorija životnog ciklusa	83
4.3. Područja razvoja i smisao života – Frojd (ili Erikson?) su bili u pravu: voleti i raditi ...	90
4.3.1. Smisao života kroz ljubav i rad	91
5. Psihološke reakcije na neplodnost	101
5.1. Emocionalne reakcije na neplodnost	101
5.1.1. Razlike u emocionalnim reakcijama na neplodnost između muškaraca i žena	106
5.1.2. Faze tretmana neplodnosti i emocionalne reakcije	108
5.1.3. Emocionalne reakcije na neuspešan tretman neplodnosti	110
5.1.4. Problem odustajanja od tretmana	112
5.2. Identitet i samopoštovanje osoba sa problemom neplodnosti	114
5.3. Neplodnost i kvalitet života	120
5.3.1. Razlika u kvalitetu života kod parova koji imaju i nemaju problem sa ostvarivanjem u roditeljskoj ulozi	121
5.3.2. Prediktori kvaliteta života	124

5.3.3. Instrument za merenje kvaliteta života osoba koje se suočavaju sa neplodnošću – FertiQol (Fertility Quality of life)	125
5.4. Neke od determinanti psiholoških reakcija na neplodnost	131
5.4.1. Socijalna podrška	131
5.4.2. Strategije prevladavanja stresa	137
5.4.3. Rezilijentnost	142
6. Partnerski odnosi i podrška partnera	165
6.1. Kako možemo objasniti pad kvaliteta odnosa kod nekih parova, dok su kod drugih prisutni benefiti po partnerski odnos od suočavanja sa ovim problemom?	166
6.2. Faktori koji doprinose efektu neplodnosti na partnerski odnos	166
6.3. Promene koje se dešavaju u različitim aspektima partnerskog odnosa	170
6.4. Iskustvo neplodnosti: kako ga vide muškarci, a kako žene?	172
6.5. Značaj podrške od strane partnera	173
7. Psihološko savetovanje i psihoterapija osoba koje se suočavaju sa neplodnošću ..	181
7.1. Psihodinamska psihoterapija	184
7.2. Kognitivno-biheviornalna terapija	186
7.2.1. Dijalektičko-biheviornalna terapija (DBT)	188
7.2.2. Terapija prihvatanja i posvećenosti (ACT)	189
7.3. Suportivna psihoterapija	191
8. Podrška stručnjaka – primena psiholoških znanja u pomoći pojedincima i parovima koji se suočavaju sa neplodnošću	197
8.1. Grupni pristup podršci: <i>Program za Podršku Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom - 3PS</i>	198
8.1.1. Proces kreiranja programa	201
8.1.2. Sadržaji svakog od susreta	208
8.1.3. Izazovi sprovođenja programa	219
8.1.4. Benefitni sprovođenja programa	221
8.2. Uloga psihologa pri klinici za vantelesnu oplodnju: Primer dobre prakse	222
8.2.1. Istorijat uloge psihologa	222
8.2.2. Pravilnici i zakoni koji regulišu ulogu psihologa	223
8.2.3. Obrazovanje stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja	224
8.2.4. Etičke dileme stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja	227
8.2.5. Potencijalni izazovi u radu sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću	228
8.2.6. Mesto psihologa pri klinici za vantelesnu oplodnju	229
8.2.7. Kome je sve potrebna psihološka podrška?	233
8.2.8. Primer dobre prakse – iskustvo iz uloge psihologa pri centru za vantelesnu oplodnju u Istanbulu (Turska)	234
8.3. Edukacija i pružanje podrške stručnjacima koji rade sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću: uloga psihologa	237
8.3.1. Modeli brige o pacijentima pri klinikama za vantelesnu oplodnju	237
8.3.2. Zadovoljstvo parova brigom od strane medicinskog osoblja	239
8.3.3. Kakvo je stanje u Srbiji?	240

8.3.4. Značaj edukacije medicinskog osoblja	242
8.3.5. Uloga psihologa u edukaciji i pružanju podrške medicinskom osoblju	244
8.4. Značajnost spajanja nauke i prakse: Izazovi sprovođenja istraživanja u domenu psiholoških aspekata neplodnosti	246
8.4.1. Izazovi sprovođenja istraživanja – uključivanje muškaraca	248
9. „Drugi“ putevi u roditeljstvo	267
9.1. 'Prvi' i 'drugi' putevi	267
9.2. Roditeljstvo uz pomoć donora gameta i embriona	269
9.2.1. Slon u sobi? Okolnosti začeća	272
9.2.1.a. Funkcionisanje porodica koje čuvaju tajnu u vezi sa začećem uz pomoć donora	277
9.2.1.b. Negde između tajne i otvorenosti – izbegavanje tema u porodici	282
9.2.1.c. Funkcionisanje porodica koje su otvorene u vezi sa začećem uz pomoć donora	285
9.2.1.d. Načini na koje roditelji govore svojoj deci o začeću uz pomoć doniranih gameta	289
9.2.2. Pitanje anonimnosti donora	297
9.2.3. Psihološko savetovanje nameravanih roditelja u vezi sa korišćenjem doniranih gameta	300
9.2.4. O donorima gameta i embriona	304
9.2.4.a. Selekcija donora iz ugla psihologa i savetovanje donora	307
9.3. Roditeljstvo uz pomoć surogat majki	312
9.3.1. Specifične okolnosti surogacije, iz ugla nameravanih roditelja	314
9.3.2. Istraživanja porodica nastalih uz pomoć surogat majki	315
9.3.3. Istraživanja surogat majki i njihovih porodica	319
9.3.4. Neke specifičnosti savetovanja tokom pripreme za surogaciju	321
9.4. Roditeljstvo usvojenjem	325
10. Nevoljno bez dece	337
10.1. Učestalost	337
10.2. Šta znači biti nevoljno bez dece?	338
Registar pojmova	349

UVOD

Neplodnost predstavlja ozbiljan problem savremenog čoveka koji osim pojedinca i para, pogađa i društvo u celini. Može se reći da je neplodnost globalni bio-psiho-socijalni problem, sa trendom porasta. Ozbiljnost i učestalost ovog problema ilustruje činjenica da Svetska zdravstvena organizacija (World health organisation – WHO) rangira neplodnost kao peti najveći uzročnik invaliditeta među svetskom populacijom mlađom od šezdeset godina. Svi statistički pokazatelji učestalosti neplodnosti različitih organizacija (WHO, UCLA Health, CDC, United Nations Population Fund)¹ su u najmanju ruku zabrinjavajući. Uzroci neplodnosti su brojni, od čega najveći procenat pripada medicinskim uzrocima. Međutim, porast stope neplodnosti u najvećoj meri se dovodi u vezu sa odlaganjem roditeljstva i zasnivanjem porodice u poznijim godinama. Većina izveštaja o prosečnoj starosti žena na području Evrope i Amerike u trenutku rađanja prvog deteta pokazuje trend porasta i iznosi oko dvadeset devet godina (EUROSTAT, National Center for Family & Marriage Research, The Human Fertility Database). Ova pojava se dovodi u vezu sa značajnim demografskim i društvenim promenama poslednjih godina dvadesetog veka, koje su značajno izmenile stil života muškaraca i žena. Obrazovanje postaje dostupnije ženama, one ulaze na tržište rada, postaju finansijski samostalne, angažuju se na radnim pozicijama koje su do početka ovog veka isključivo bile dodeljivane muškarcima. Veća kvalifikovanost i radna kompetentnost žena uz dostupnost kontracepcije vode ka odlaganju roditeljstva, a samim tim i do povećanja reproduktivne disfunkcije povezane sa starenjem kod muškaraca i žena.

Životni planovi većine mladih ljudi podrazumevaju decu, jer roditeljstvo predstavlja jednu od najvažnijih potreba i ciljeva odraslog doba. Međutim, određeni broj parova suočiće se sa problemom začeća, te će usled nemogućnosti postizanja ili održanja trudnoće biti prinuđen da potraži medicinsku pomoć. Veoma je važno osvrnuti se na činjenicu da većina, ako ne i svi mladi ljudi retko razmatraju mogućnost postojanja problema sa plodnošću. U mlađem reproduktivnom periodu mladi se više interesuju za sprečavanje začeća i korišćenje kontracepcije. Imajući ovo u vidu, očekivano je da situacija koja podrazumeva suočavanje sa dijagnozom neplodnosti može, u najmanju ruku, iznenaditi osobu, dovodeći u pitanje njena očekivanja i životne planove, što najčešće izaziva osećanja bespomoćnosti, krivice i doživljaj nedostatka kontrole nad sopstvenim životom. Problem sa plodnošću predstavlja veliki izazov za par. Svoju borbu sa neplodnošću većina opisuje kao veoma stresnu, i u medicinskom i u psihološkom pogledu. Veliki broj istraživanja pokazuje da se skoro tipično kod ovih osoba, kao posledica neplod-

¹ Više informacija na: <https://www.singlecare.com/blog/news/infertility-statistics/>. [27. 12. 2022.]

nosti i osujećenja želje da se ostvare kao roditelji, javlja čitav spektar negativnih emocija – ljutnja, tuga, bespomoćnost, krivica. Problem sa začecem vremenom postaje centralni deo identiteta osobe, kroz koji se prelamaju svi ostali aspekti odgovora na pitanje: *Ko sam ja?* Većina ljudi u stanju je da se nosi sa problemom neplodnosti, međutim, kod određenog broja ljudi dugotrajno prisustvo negativnih emocija i različitih vrsta osujećenja, prerasta u psihološki problem koji bitno utiče na subjektivno blagostanje i kvalitet života osobe. Samim tim, sve učestalija pojava problema sa začecem u reproduktivnom periodu života, postaje jedna od vodećih tema osoba koje se obraćaju za psihološku pomoć i podršku. Čini se da naučna literatura objedinjuje dovoljan broj rezultata koji skoro nedvosmisleno ukazuju na potrebu, čak i neophodnost pružanja psihološke podrške i pomoći osobama koje se suočavaju sa ovim problemom. Dakle, s obzirom na brojne studije psiholoških aspekata neplodnosti, očekivalo bi se da je psihološka pomoć i podrška sastavni deo lečenja neplodnosti, potpuno integrisani u tretman. Uloga psihologa bila bi podrška u procesu donošenja odluka na osnovu informacija kojima osoba raspolaže, psihološka procena, redukcija simptoma anksioznosti i drugih psihopatoloških fenomena, očuvanje psihološkog zdravlja i blagostanja kroz savetodavni i psihoterapijski rad sa osobama u različitim fazama tretmana neplodnosti. Poslednjih decenija razvijene su, proverene i usavršene brojne intervencije usmerene na umanjenje psiholoških konsekvenci neplodnosti. Međutim, u velikom broju zemalja, pa i u našoj, ovaj aspekt pomoći se potpuno zanemaruje ili stavlja u drugi plan. Ipak, neophodno je napomenuti da se u Srbiji poslednjih godina povećava senzibilitet za problem neplodnosti i potrebu pružanja organizovane podrške parovima koji se suočavaju sa ovim problemom. Sve češće se govori o ovom problemu, muška neplodnost nije više tabu tema, otvorene su brojne privatne klinike za lečenje neplodnosti. Priroda organizovane podrške je pre svega finansijska, što svakako nije zanemarljivo s obzirom na to da je većina tretmana neplodnosti skupa, i to može biti jedan od glavnih razloga izbegavanja tretmana. Svedoci smo i napretka u smislu pružanja stručne i organizovane psihološke podrške i pomoći u otvorenim centrima u pojedinim gradovima Srbije. Iako je ovakva vrsta „usluga“ u začetku, njihova organizacija predstavlja veliki korak ka ideji integrisanog psihološkog savetovanja i psihoterapije u postupak lečenja neplodnosti.

Ova knjiga posvećena je psihološkim aspektima neplodnosti, uz poseban osvrt na psihološke konsekvence dijagnostikovanja i medicinskog tretmana ovog problema i psihološke intervencije u radu sa osobama i parovima koji se suočavaju sa neplodnošću. Pored toga, osvrnućemo se i na pojedine aktuelne teme u vezi sa pitanjima neplodnosti i tretmanom neplodnosti, koje predstavljaju alternativne načine dolaska do potomstva – doniranje jajnih ćelija, spermatozoida i embriona, surogat majčinstvo i usvojenje.

1. NEPLODNOST – DEFINISANJE I OBIM PROBLEMA

Milica Mitrović

Neplodnost se definiše kao izostanak začeća nakon dvanaest meseci redovnih nezaštićenih seksualnih odnosa (Zegers-Hochschild et al., 2009). Neke kliničke definicije neplodnosti odnose se na žene od 35 godina i starije kod kojih izostaje trudnoća nakon šest meseci pokušaja začeća. Postoje različite vrste neplodnosti – *rešena neplodnost* (trudnoća se postiže nakon godinu dana pokušaja začeća, bez medicinskih intervencija), *primarna neplodnost* (trudnoća nikada nije ostvarena) i *sekundarna neplodnost* (nemogućnost začeća nakon trudnoće i rađanja deteta bez medicinskih intervencija namenjenih lečenju neplodnosti) (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Neplodnost predstavlja veoma rasprostranjen problem, koji prema prikupljenim podacima, pogađa oko 48,5 miliona ljudi na svetu (Verkuijlen et al., 2016). Jedna od šest osoba širom sveta će imati neki oblik problema sa plodnošću, makar jednom tokom svog reproduktivnog perioda. Na osnovu ovog podatka procenjuje se da neplodnost pogađa čak 25 miliona stanovnika Evropske unije (Fertility Europe & European Society for Human Reproduction and Embryology, 2017), odnosno 72,4 miliona parova u celom svetu (Boivin et al., 2007). Oko 9% muškaraca i 10% žena uzrasta od 15 do 44 godine imaju problem sa neplodnošću u Americi (CDC, 2013). Kada je reč o učestalosti problema neplodnosti kod muškaraca i kod žena, prevalencija isključivo muške neplodnosti utvrđena je u 20–40% slučajeva, prevalencija isključivo ženske neplodnosti utvrđena je u 30–50% slučajeva, dok je u 20–40% slučajeva reč o kombinaciji problema sa fertilitetom kod oba partnera (Bayasgalan et al., 2004; Philippov et al., 1998; Sohrabvand et al., 2013). U istraživanju Maskarenhasa i saradnika (Mascarenhas et al., 2012), koje je imalo za cilj ispitivanje globalnih trendova u prevalenciji neplodnosti u periodu od 1990. do 2010. godine, autori dolaze do sledećih rezultata: u 2010. godini procenat žena starosti od 20–44 godine, koje pogađa primarna neplodnost iznosi 1,9%, dok se sekundarna neplodnost javlja kod 10,5% žena koje imaju makar jedno živorođeno dete. Zastupljenost problema neplodnosti 1990. i 2010. godine bila je slična, tačnije primarna neplodnost je 2010. godine bila u padu u odnosu na 1990. za 0,1 procentni poen, dok je registrovan porast sekundarne neplodnosti za 0,4 procentna poena. Međutim, neophodno je napomenuti da je usled porasta stanovništva došlo do povećanja broja parova koji se suočavaju sa neplodnošću sa 42,0 miliona u 1990. godini na 48,5 miliona u 2010. godini. Prevalencija neplodnosti bila je najveća u Južnoj Aziji, Podсахarskoj Africi, Severnoj Africi/Bliskom istoku, Centralnoj/Istočnoj Evropi i Centralnoj Aziji. Boivinova i saradnici (Boivin et al., 2007) pregledom postojećih studija o preva-

lenciji neplodnosti i procenta parova koji zbog ovog problema traže medicinsku pomoć, dolazi do sledećih rezultata, koji su produkt analize podataka iz dvadeset pet istraživanja sprovedenih na 172 413 žena: dvanaestomesečna stopa prevalencije neplodnosti kreće se od 3,5% do 16,7% u razvijenijim zemljama i od 6,9% do 9,3% u manje razvijenim zemljama, odnosno prosečna prevalencija neplodnosti iznosi 9%. Kada je reč o traženju medicinske pomoći, autori su analizirali rezultate sedamnaest studija sprovedenih na ukupno 6410 žena i došli do zaključka da procenat parova koji traži medicinsku pomoć iznosi 56,1% u razvijenijim zemljama i 51,2% u manje razvijenim zemljama. Ipak, procenat ljudi koji su zaista dobili medicinsku pomoć bio je znatno niži i iznosio je 22,4%. Na osnovu rezultata analiza studija, autori zaključuju da se u datom trenutku 72,4 miliona žena suočava sa neplodnošću, od toga 40,5 miliona trenutno traži medicinsku pomoć radi lečenja neplodnosti. Ispitujući trendove promene stope neplodnosti u 195 zemalja od 1990. do 2017. godine, Sun i saradnici (Sun et al., 2019) izveštavaju o porastu stope neplodnosti u svim zemljama u ovom periodu. Standardizovana stopa prevalencije u navedenom periodu porasla je za 0,370% godišnje za žene i za 0,291% godišnje za muškarce. Najveći trend porasta neplodnosti primećen je kod žena u visoko razvijenim zemljama, dok je upadljiv trend porasta neplodnosti kod muškaraca uočen u nerazvijenim zemljama (prema socio-demografskom indeksu – SDI, koji predstavlja kompozitni indikator određen na osnovu prihoda po osobi, godina obrazovanja i plodnosti). Ova studija je takođe pokazala da je prevalencija neplodnosti kod žena veća u odnosu na prevalenciju muške neplodnosti. Ovakav nalaz ne iznenađuje i autori navode dva razloga dobijanja ovakvog rezultata. Prvi razlog je „prikriivanje” problema neplodnosti kod muškaraca, pa se ovaj problem iako postoji, ne prijavljuje, a samim tim i ne leči. Drugi razlog tiče se medicinskog uzroka neplodnosti, tačnije, istraživanja pokazuju da je neprohodnost jajovoda najčešći faktor neplodnosti (Larsen et al., 2006, prema Sun et al., 2019) tj. da je češća neplodnost uzrokovana problemima sa reproduktivnim organima žene. Utvrđeno je i da je prevalencija neplodnosti najviša u starosnoj grupi žena od 35 do 39 godina. Jedan od glavnih faktora povećanja prevalencije neplodnosti, na koji ukazuju brojni autori, jeste odlaganje zasnivanja porodice i rađanja dece (Schmidt et al., 2012). Sa godinama dolazi do smanjenja broja folikula i pada kvaliteta oocita kod žena (ESHRE 2005; Broekmans et al., 2007). Povećanje godina starosti muškarca povezano je sa smanjenjem nivoa androgena i pogoršanjem kvaliteta sperme (npr. De La Rochebrochard et al., 2003; Sartorius & Nieschlag, 2010). Pored direktnog opadanja plodnosti koje se dovodi u vezu sa godinama starosti, odlaganje začeca povećava rizik od uticaja oboljenja koja su takođe pretnja za plodnost, kao što je hlamidija, karcinom testisa, karcinom dojke. Osim malignih oboljenja, brojna oboljenja reproduktivnih organa, čiji se rizik javljanja povećava sa godinama starosti, bitno utiču na plodnost posebno kod žena (endometrioza, miomi i endometrijalni polip) (Schmidt et al., 2012). Prilikom razmatranja faktora rizika za pojavu neplodnosti, neizostavna tema su faktori koji se tiču savremenog stila života i

njegovih posledica. Posebnu pažnju privlače gojaznost i prekomerna težina² koji predstavljaju faktore sa negativnim efektom na reproduktivnu funkciju (Cong et al., 2016; Esmaeilzadeh et al., 2013). Značaj gojaznosti i prekomerne težine i prisustva ovog problema kod žena koje imaju problem sa fertilitetom ilustruju rezultati istraživanja Esmaeilzadeha i saradnika (Esmaeilzadeh et al., 2013) koji pokazuju da kod žena koje imaju problem neplodnosti postoji 4,8 puta veći rizik od gojaznosti i 3,8 puta veći rizik od prekomerne težine u odnosu na žene koje nemaju problem sa fertilitetom. Pored ovog faktora, kao značajan faktor rizika koji je povezan sa stilom života, pored telesne težine, izdvaja se i pušenje (Augood et al., 1998; Homan et al., 2007). Homen i sardanici (Homan et al., 2007) pregledom rezultata istraživanja faktora rizika koji se tiču životnog stila, pored telesne težine, godina starosti i pušenja, izdvajaju kao značajne još neke faktore, kakvi su stres, konzumiranje kofeina, konzumiranje alkohola i izloženost zagađenju i različitim zagađivačima, međutim, napominju da se, kada su u pitanju ovi faktori, dobijaju nekonzistentni rezultati. U kontekstu razmatranja faktora rizika koji su povezani sa stilom života interesantno je da rezultati istraživanja Rota i Tejlora (Roth & Taylor, 2001) u kome je učestvovalo 388 žena zaposlenih u bolnici, s ciljem da se ispita znanje žena o zdravstvenim rizicima povezanim sa pušenjem, pokazuju da je malo žena svesno posledica koje pušenje ima po reproduktivno zdravlje; te posledice su neplodnost (22% žena), rana menopauza (17%) i rak grlića materice (24%).

Kako su godine starosti potvrđeno najznačajnije kada je reproduktivna funkcija u pitanju neophodno je osvrnuti se na podatke koji ilustruju trenutnu situaciju u svetu, Prosek godina žene u trenutku rađanja prvog deteta u Evropskoj uniji u 2016. godini iznosio je 29 godina. Najmlađe majke bile su u Bugarskoj, Rumuniji i Letoniji (oko 26 godina), a najstarije u Italiji (31 godina) i Španiji (30,8 godina) (Eurostat, 2016). Kada je reč o USA, prosečna starost žene u trenutku rađanja prvog deteta 2014. iznosila je 26,3 godine. Od 2000. do 2014. godine procenat žena koje su rodile prvo dete u periodu od 25. do 29. godine, porastao je sa 24,3% na 27,7%. Takođe, porastao je i procenat žena koje rađaju prvo dete u četvrtoj deceniji života tj. od 30 do 34 godine – sa 16,5% na 21,1% (Mathews & Hamilton, 2016). Ovakav trend pripisuje se faktorima, kao što su: povećana dostupnost obrazovanja ženama, ulazak žene na tržište rada, pojava kontraceptivnih pilula, ali i pogoršanje ekonomskog položaja mladih što dovodi do odlaganja osamostaljenja i odlaska iz roditeljskog doma, pa samim tim i do odlaganja braka i roditeljstva (Adsera, 2005; Billari et al., 2006; Blossfeld & Huinink, 1991; Goldin, 2006; Goldin & Katz, 2002; Ignjatović, 2009; Kohler et al., 2002; Mills et al., 2011).

Treba imati na umu još jedan faktor koji je vrlo značajan kada je reč o plodnosti, a to je znanje o reproduktivnom zdravlju i fertilitetu. Rezultati istraživanja pokazuju da je ovo znanje u opštoj populaciji skromno. Na primer, ljudi imaju

² Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO): Indeks telesne mase (BMI – body mass index) veći ili jednak 30 – gojaznost; indeks telesne mase (BMI – body mass index) veći ili jednak 25 – prekomerna težina. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight?fbclid=IwAR3BI9-kb-KjHMrjN9odjQ2zJ4fD9s-huCYRtD08--2N0GYJh0MuacN0BDO> . [12. 1. 2023.]

malo znanja o naglom padu plodnosti žene nakon trideset četvrte godine starosti (Bretherick et al., 2010; Lampic et al., 2006). Takođe, izostaju znanja o tome kada je žena najplodnija (Byamugisha et al., 2006), kao i razumevanje šta je neplodnost i koliko je ovaj problem rasprostranjen (Hashiloni-Dolev et al., 2011). Rezultati istraživanja sprovedenog na uzorku od 10045 ispitanika iz sedamdeset devet zemalja, pokazuju da je znanje o plodnosti skromno i povezano sa polom (žene su pokazivale veći stepen znanja), obrazovanjem i zaposlenjem, kao i sa iskustvom suočavanja sa problemom neplodnosti, tj. sa odsustvom ovog iskustva (Bunting et al., 2013). Istraživanje znanja u vezi sa reproduktivnim zdravljem na uzorku studenata u Kanadi (772 studenta su učestvovala u istraživanju) pokazuje da više od 94% ispitanika ne zna da hlamidija i gonoreja mogu biti uzročnici neplodnosti. Studenti nižeg socio-ekonomskog statusa plasiraju manje znanja o temi fertiliteta i nije im poznata veza između seksualno prenosivih bolesti i neplodnosti (Quach & Librach, 2008). Kako je informisanje i slanje poruka prvi korak u sprovođenju primarne prevencije, većina autora koja se bavila ovim pitanjem napominje neophodnost informisanja i edukacije mladih o reproduktivnom zdravlju i fertilitetu, ali i faktorima rizika po reproduktivnu funkciju i neplodnost, koja postaje sve učestaliji problem (npr. Bunting & Boivin, 2008; Homan et al., 2007; Roth & Taylor, 2001; Quach & Librach, 2008).

Srbija, nažalost, ne zaostaje za svetskim trendovima kada je neplodnost u pitanju. Procenjuje se da problem sa začecem pogađa svaki šesti par u Srbiji³. Kada je reč o stopi završnog fertiliteta, podaci pokazuju da se u periodu od 2011. do 2020. godine stopa završnog fertiliteta u Srbiji kretala od 1,40 do 1,48 deteta po ženi (Statistički godišnjak RS 2021). U 2020. godini ukupna stopa fertiliteta u Evropskoj Uniji iznosila je 1,50 deteta po ženi⁴, pa i po ovom pokazatelju Srbija ne zaostaje za Evropom. Nivo stope fertiliteta koji je potreban za prostu reprodukciju stanovništva iznosi u proseku 2,1 živorođeno dete po ženi, tačnije ovo je prosečan broj živorođenih po ženi potreban da bi se broj stanovnika održao konstantnim u odsustvu migracija. Iz tog razloga osnovni cilj *Strategije podsticanja rađanja* formulisane od strane Vlade Republike Srbije 2018. godine, jeste da se u roku od deset do petnaest godina ponovo dostigne stopa završnog fertiliteta od 1,8 deteta po ženi. Prosečna starost majke prilikom rađanja prvog deteta u Srbiji iznosila je 2016. godine 29,6 (Strategija podsticanja rađanja, 2018), što je ponovo u skladu sa podacima iz Evropske Unije iz iste godine (Eurostat, 2016). Na inicijativu organizacija Fertility Europe (FE) i European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF), grupa eksperata sačinila je, na osnovu dostavljenih informacija iz evropskih zemalja, *Evropski atlas politike lečenja fertiliteta* (European Atlas of Fertility Treatment Policies, 2021). Naime, upitnik za prikupljanje podataka koji je sačinila grupa eksperata upućivan je kolegama u različitim evropskim zemljama, koji su njegovim popunjavanjem obezbeđivali podatke za izradu ovog atlasa. Priku-

³ Dostupno na: <https://sansazaroditeljstvo.org.rs/o-sterilitetu/> . [16. 2. 2023.]

⁴ Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics&stable=1#Total_fertility_rate_and_age_of_women_at_birth_of_first_child . [23. 2. 2023.]

pljani su podaci o postojanju Zakona o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, zatim postojanje registra donora, dostupnosti postupka VTO (vantelesna oplodnja) i ICSI (intracitoplazmatska injekcija spermatozoida) postupka, o tome da li se postupak sprovodi isključivo sopstvenim gametima ili postoji mogućnost lečenja doniranim reproduktivnim materijalom, o načinu finansiranja lečenja od strane države, postojanju psihološke podrške tokom lečenja neplodnosti, konsultovanju udruženja koja okupljaju osobe sa ovim problemom prilikom formulisanja javnih politika itd. Na osnovu ovih parametara prikupljenih iz svih država Evrope, Srbija zauzima deseto mesto i deli ga sa Slovenijom, Maltom i Švedskom, što predstavlja veliki uspeh i ukazuje na ozbiljno i sistematsko bavljenje ovim problemom. Posebno je važno istaći da je aprila 2017. godine u Republici Srbiji usvojen Zakon o biomedicinskoj potpomognutoj oplodnji (BMPO), koji, između ostalog, reguliše mogućnost doniranja reproduktivnog materijala. Povodom toga, otvorena je Banka reproduktivnih ćelija, tkiva i embriona. Formulisanje ovog zakona i otvaranje Banke reproduktivnog materijala pokrenulo je brojna pitanja, kako praktična, tako i istraživačka, koja se tiču doniranja. Doniranje reproduktivnih ćelija i embriona ima etičku, sociološku i psihološku dimenziju i sve su podjednako kompleksne. O stavovima studenata, potencijalnih donora, izvestila su istraživanja sprovedena na uzorku studenata Univerziteta u Nišu. Studenti, kao potencijalni donori reproduktivnog materijala, predstavljaju značajnu populaciju za istraživanje. Upoznavanje njihovih stavova u vezi sa doniranjem jeste dobar način sagledavanja, pre svega, informisanosti javnosti o svim aspektima doniranja. Istovremeno, to je i adekvatan način delimične anticipacije stepena zainteresovanosti potencijalnih donora da doniraju svoj reproduktivni materijal, kao i da tu proceduru zaista sprovedu, od početka do kraja. Rezultati pomenutih istraživanja pokazuju sledeće: većina studenata i studentkinja zapravo ne zna ništa o Zakonu o doniranju reproduktivnih ćelija i embriona; većina ima pozitivan stav prema doniranju i smatra da doniranje treba da bude dobrovoljan čin bez naknade; devojke su nesigurnije i manje spremne da doniraju reproduktivni materijal kako poznatom, tako i nepoznatom paru u odnosu na mladiće. Interesantno je da samo 1/3 mladića i 1/4 devojaka smatra da od žena koje se podvrgavaju VTO treba zatražiti doniranje neiskorišćenih jajnih ćelija. Takođe, manji procenat ispitanika je za propagiranje doniranja u medijima, što autori istraživanja povezuju sa tim da promovisanje u medijima dovodi do toga da reproduktivni materijal postaje vrsta robe. Visok procenat ispitanika je neodlučan po pitanju anonimnosti donora i para koji dobija donirani materijal. Ispitani su i stavovi mladića i devojaka po pitanju otvorenosti i čuvanju tajne genetskog porekla deteta i uočeno je prilično kolebanje ispitanika u vezi sa otvorenošću u smislu da ispitanici u većem procentu smatraju da dete ima pravo da sazna svoje genetsko poreklo, ali i da roditelji imaju prava da odluče da li će ovu informaciju saopštiti detetu, mada većina podržava iskrenost roditelja u vezi sa genetskim poreklom deteta (Opsenica Kostić i sar., 2019; Opsenica Kostić et al., 2021). Doniranje gameta i embriona je posebno privuklo pažnju javnosti krajem 2022. godine, kada je najavljen i započetak uvoz reproduktivnog materijala

iz inostranstva, jer u Srbiji i krajem 2022. godine donatora reproduktivnih ćelija još uvek nije bilo. Čini se da svaki sledeći korak dalje u ovoj proceduri jeste korak bliže parova potomstvu i ostvarenju u ulozi roditelja, ali i tačka otvaranja novih pitanja i pokretanja novih dilema. O doniranju i različitim aspektima ovog čina biće više reči u poglavljima koja slede.

Zaključak

Neplodnost se definiše kao izostanak začeća nakon dvanaest meseci redovnih, nezaštićenih seksualnih odnosa, dok se, ukoliko je u pitanju žena starosti preko trideset pet godina, ovaj period skraćuje na šest meseci redovnih, nezaštićenih seksualnih odnosa. Razlikuju se rešena, primarna i sekundarna neplodnost. Brojevi pokazuju da neplodnost predstavlja vrlo rasprostranjen problem koji pogađa oko 48,5 miliona ljudi u svetu, sa prosečnom prevalencijom oko 9%. Samim tim, možemo reći da brojevi nisu ohrabrujući, i da pokazuju porast učestalosti ovog problema. Jedan od glavnih faktora povećanja prevalencije neplodnosti jeste odlaganje zasnivanja porodice i rađanja dece, odnosno sa godinama starosti raste i šansa pojave problema sa začećem. U tom kontekstu, podaci pokazuju da se povećava broj žena u Evropskoj uniji koje prvi put postaju majke nakon tridesete godine. Ovakav trend povezan je sa brojnim faktorima, kao što su dostupnost obrazovanja ženama, njihov ulazak na tržište rada, pojava kontraceptivnih pilula, a u nekim zemljama i pogoršanje ekonomskog položaja mladih, pa samim tim i odlaganje samostalnog života i formiranja porodice, kao i nastavak života u roditeljskom domu. Pored navedenog, razmatraju se još neki faktori rizika koji se tiču savremenog načina života, kao što su gojaznost, prekomerna težina, pušenje, stres, konzumiranje kofeina, konzumiranje alkohola i izloženost zagađenju i različitim zagađivačima. Kada je plodnost u pitanju poseban značaj ima i znanje mladih ljudi o reproduktivnom zdravlju i fertilitetu koje se u više istraživanja pokazalo kao vrlo skromno.

Srbija ne zaostaje za svetskim trendovima kada je ovaj problem u pitanju, te i kod nas problem sa začećem pogađa svaki šesti par. Ohrabrujući su podaci u okviru *Evropskog atlasa politike lečenja fertiliteta* (Eurostat 2016) prikupljeni iz većine evropskih zemalja, a tiču se tiču različitih aspekata lečenja neplodnosti, na primer: o postojanju Zakona o biomedicinskoj potpomognutoj oplodnji, zatim o postojanju registra donora, dostupnosti postupka VTO (vantelesna oplodnja) i ICSI (intracitoplazmatička injekcija spermatozoida) postupka, o tome da li se postupak sprovodi isključivo sa sopstvenim gametima ili postoji mogućnost lečenja sa doniranim gametima, o načinu finansiranja lečenja od strane države, postojanju psihološke podrške tokom lečenja neplodnosti, konsultovanju udruženja koja okupljaju osobe sa ovim problemom prilikom formulisanja javnih politika itd. Na osnovu svih ovih podataka, Srbija zauzima deseto mesto u Evropi što ukazuje na ozbiljnost pristupa ovom problemu od strane države, pri čemu je najvažniji ishod posvećenosti ovom problemu, dostupnost različitih formi tretmana svim parovima koji se obraćaju za pomoć.

Literatura

- Adsera, A. (2005). Vanishing children: From high unemployment to low fertility in developed countries. *American Economic Review*, 95(2), 189–193. <https://doi.org/10.1257/000282805774669763>
- Augood, C., Duckitt, K., & Templeton, A. A. (1998). Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 13(6), 1532–1539. <https://doi.org/10.1093/humrep/13.6.1532>
- Bayasgalan, G., Naranbat, D., Tsedmaa, B., Tsogmaa, B., Sukhee, D., Amarjargal, O., Lhagasuren, T., Radnaabazar, J., & Rowe, P. J. (2004). Clinical patterns and major causes of infertility in Mongolia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 30(5), 386–393. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2004.00217>
- Billari, F. C., Liefbroer, A. C., & Philipov, D. (2006). The postponement of childbearing in Europe: Driving forces and implications. *Vienna Institute of Demography (VID) of the Austrian Academy of Sciences in Vienna*, 4(1), 1–17. https://epub.oeaw.ac.at/Oxc1aa500d_0x00144de8
- Blossfeld, H. P., & Huinink, J. (1991). Human capital investments or norms of role transition? How women's schooling and career affect the process of family formation. *American Journal of Sociology*, 97(1), 143–168.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem299>
- Bretherick, K. L., Fairbrother, N., Avila, L., Harbord, S. H., & Robinson, W. P. (2010). Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? *Fertility and Sterility*, 93(7), 2162–2168. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.064>
- Broekmans, F. J., Knauff, E. A., te Velde, E. R., Macklon, N. S., & Fauser, B. C. (2007). Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 18(2), 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2007.01.004>
- Bunting, L., & Boivin, J. (2008). Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction*, 23(8), 1858–1864. <https://doi.org/10.1093/humrep/den168>
- Bunting, L., Tsibulsky, I., & Boivin, J. (2013). Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the International Fertility Decision-making Study. *Human Reproduction*, 28(2), 385–397. <https://doi.org/10.1093/humrep/des402>
- Byamugisha, J. K., Mirembe, F. M., Faxelid, E., & Gemzell-Danielsson, K. (2006). Emergency contraception and fertility awareness among university students in Kampala, Uganda. *African Health Sciences*, 6(4), 194–200. <https://doi.org/10.5555/afhs.2006.6.4.194>
- Centers for Disease Control and Prevention, American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. *2011 Assisted Reproductive Technology National Summary Report*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2013.

- Centers for Disease Control and Prevention. *National Public Health Action Plan for the Detection, Prevention, and Management of Infertility*, Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; June 2014.
- Cong, J., Li, P., Zheng, L., & Tan, J. (2016). Prevalence and risk factors of infertility at a rural site of Northern China. *PLoS One*, *11*(5), e0155563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155563>
- De La Rochebrochard, E., Mcelreavey, K., & Thonneau, P. (2003). Paternal age over 40 years: the „amber light” in the reproductive life of men? *Journal of Andrology*, *24*(4), 459–465. <https://doi.org/10.1002/j.1939-4640.2003.tb02694.x>
- ESHRE Capri Workshop Group. (2005). Fertility and ageing. *Human Reproduction Update*, *11*(3), 261–276. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi006>
- Esmaelzadeh, S., Delavar, M. A., Basirat, Z., & Shafi, H. (2013). Physical activity and body mass index among women who have experienced infertility. *Archives of Medical Science*, *9*(3), 499–505. <https://doi.org/10.5114/aoms.2013.35342>
- European Atlas of Fertility Treatment Policies* (2021) dostupno na: <https://fertilityeurope.eu/atlas/>
- Eurostat (2016). Births and fertility in 2016 – Women in EU have first child on average at 29 – Over 5 million births in EU in 2016. Dostupno na: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/STAT_18_2665
- Eurostat (2021). Fertility statistics. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics&stable=1#Total_fertility_rate_and_age_of_women_at_birth_of_first_child
- Fertility Europe & European Society for Human Reproduction and Embryology. *A Policy Audit on Fertility Analysis of 9 EU countries*, March 2017.
- Goldin, C. (2006). The quiet revolution that transformed women’s employment, education, and family. *American Economic Review*, *96*(2), 1–21. <https://doi.org/10.1257/000282806777212350>
- Goldin, C., & Katz, L. F. (2002). The power of the pill: Oral contraceptives and women’s career and marriage decisions. *Journal of Political Economy*, *110*(4), 730–770. <https://doi.org/10.1086/340778>
- Hashiloni-Dolev, Y., Kaplan, A., & Shkedi-Rafid, S. (2011). The fertility myth: Israeli students’ knowledge regarding age-related fertility decline and late pregnancies in an era of assisted reproduction technology. *Human Reproduction*, *26*(11), 3045–3053. <https://doi.org/10.1093/humrep/der304>
- Homan, G. F., Davies, M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*, *13*(3), 209–223. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml056>
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, *9*(12), e1001356. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
- Ignjatović, S. (2009). Aktuelni problemi u istraživanju tranzicije u odraslost sa osvrtom na Srbiju. *Stanovništvo*, *47*(1), 7–22. <https://doi.org/10.2298/STNV0901007I>

- Kohler, H. P., Billari, F. C., & Ortega, J. A. (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, 28(4), 641–680. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2002.00641.x>
- Lampic, C., Svanberg, A. S., Karlström, P., & Tydén, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, 21(2), 558–564. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei367>
- Mathews, T. J. & Hamilton, B. E. (2009). Delayed childbearing: more women are having their first child later in life. NCHS Data Brief No. 21.
- Mills, M., Rindfuss, R. R., McDonald, P., & Te Velde, E. (2011). Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*, 17(6), 848–860. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr026>
- Opsenica Kostić, J., Panić, D. i Mitrović, M (2019). U susret doniranju gameta – stavovi studenata. U Krstić, M., Stanojević, D., i Pavićević, M. (ur.) *Psihološki, medicinski i obrazovni aspekti dobrobiti pojedinaca i grupa u procesu društvene tranzicije (Tematski zbornik)*, 147–170. Filozofski fakultet Univerziteta u Prištini.
- Opsenica Kostić, J., Mitrović, M. & Panić, D. (2021). Egg Donation: Exploring Attitudes of Students Towards Donation. *Teme*, 45(1), 247–263. <https://doi.org/10.22190/TEME1910310470>
- Philippov, O. S., Radionchenko, A. A., Bolotova, V. P., Voronovskaya, N. I., & Potemkina, T. V. (1998). Estimation of the prevalence and causes of infertility in western Siberia. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(2), 183–187.
- Roth, L. K., & Taylor, H. S. (2001). Risks of smoking to reproductive health: assessment of women's knowledge. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(5), 934–939. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.112103>
- Sartorius, G. A., & Nieschlag, E. (2010). Paternal age and reproduction. *Human Reproduction Update*, 16(1), 65–79. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp027>
- Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J. G., Nyboe Andersen, A., & ESHRE Reproduction and Society Task Force. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, 18(1), 29–43. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr040>
- Sohrabvand, F., Jafari, M., Shariat, M., Haghollahi, F., & Lotfi, M. (2015). Frequency and epidemiologic aspects of male infertility. *Acta Medica Iranica*, 53(4): 231–235.
- Statistički godišnjak Republike Srbije 2021*. Republika Srbija, Republički zavod za statistiku Beograd 2021. Dostupno na <https://publikacije.stat.gov.rs/G2021/Pdf/G20212054.pdf>
- Sun, H., Gong, T. T., Jiang, Y. T., Zhang, S., Zhao, Y. H., & Wu, Q. J. (2019). Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990–2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging (Albany NY)*, 11(23), 10952–10991. <https://doi.org/10.18632/aging.102497>
- Udruženje Šansa za roditeljstvo (2017). *O sterilitetu*. dostupno na: <https://sansazaroditeljstvo.rs/o-sterilitetu/>

- Verkuijlen, J., Verhaak, C., Nelen, W. L., Wilkinson, J., & Farquhar, C. (2016). Psychological and educational interventions for subfertile men and women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD011034. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011034>
- Vlada Republike Srbije (2018). *Strategija podsticanja rađanja*. <https://www.mdpp.gov.rs/doc/strategije/Strategija-podsticanja-radjanja-2018.pdf>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., [...] & Vanderpoel, S. (2009). International committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520-1524. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>
- Quach, S., & Librach, C. (2008). Infertility knowledge and attitudes in urban high school students. *Fertility and Sterility*, 90(6), 2099–2106. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.10.024>

2. NEPLODNOST IZ UGLA PSIHLOGIJE

Milica Mitrović

Napredak medicine je na polju ljudske reprodukcije i reproduktivnog zdravlja doneo značajne promene, posebno tokom dvadesetog i početkom dvadeset prvog veka. Rezultat napretka medicinske nauke i istraživanja u ovoj oblasti doveli su do toga da početkom dvadeset prvog veka medicina poznaje veliki broj načina začeća bez klasičnog seksualnog odnosa. Ovo je od velikog značaja za sve parove koji se suočavaju sa problemom neplodnosti. I dok bi nekada ovo bili parovi bez dece, sada postoji mogućnost da se i parovi sa ovim problemom ostvare u ulozi roditelja (Burns, 2007).

Svaki problem, pa i medicinski, najbolje se kontroliše ukoliko se upoznaju svi etiološki faktori. Neplodnost se u kontekstu etiologije dugo smatrala isključivo ženskim problemom. Usled nekada velikog broja slučajeva neplodnosti bez identifikovanog medicinskog uzroka, a u cilju objašnjenja upravo ove pojave, afirmirana je psihosomatska hipoteza neplodnosti (Yao & Schust, 2002). Interesovanje za psihološku „stranu“ neplodnosti i ideo psihološkog faktora u pojavi ovog problema javlja se tridesetih godina dvadesetog veka kao pokušaj objašnjenja nemogućnosti začeća kod onih parova kod kojih nije utvrđeno postojanje organske osnove neplodnosti. Od tada do danas menjalo se pre svega, shvatanje značaja i načina delovanja psiholoških faktora kada je reč o ovom problemu. Navedene promene dovodile su do izmena načina rada psihologa zaposlenih u klinikama za lečenje steriliteta (Boivin & Gameiro, 2015).

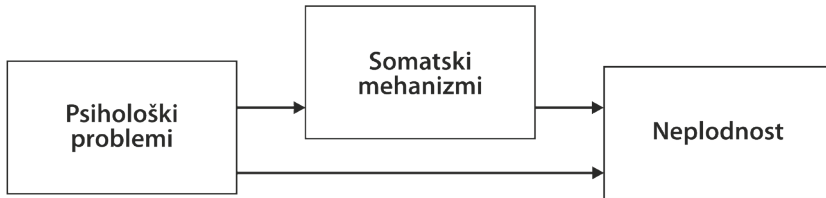
2.1. Model psihogene neplodnosti

Tridesetih godina prošlog veka predstavljen je model psihogene neplodnosti, nastao kao pokušaj nalaženja objašnjenja medicinski neobjašnjenoj neplodnosti (idiopatska neplodnost, u to vreme 30% slučajeva). Prema ovom modelu psihopatološke tendencije, nesvesni konflikti, dakle, isključivo psihološki faktori predstavljaju etiološki faktor neplodnosti. Ovo objašnjenje se, pre svega, vezivalo za žensku neplodnost. Zaključak da ženska neplodnost predstavlja posledicu nerazrešenog nesvesnog konflikta povezanog sa pretpostavkom o ulozi majke, izveden je, pre svega, iz psihoterapijskog (psihoanalitička psihoterapija) rada sa ženama koje su želele, ali nisu mogle da imaju decu (Wischmann, 2003). Dakle, praksa je upućivala na to da je „latentni psihološki konflikt uvek u osnovi neplodnosti“ (Bydlowski & Dayan-Lintzer, 1988, str. 139, prema Wischmann, 2003).

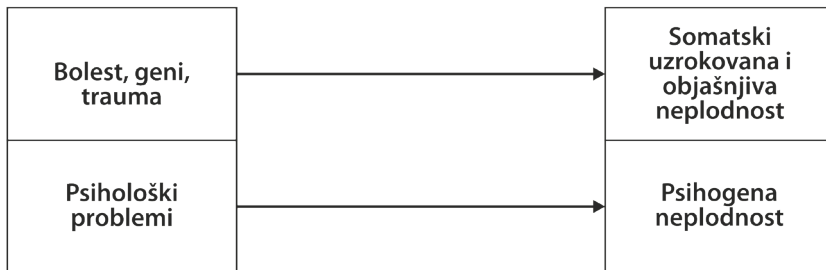
Model psihogene neplodnosti predstavlja pre svega psihoanalitičko shvatanje i objašnjenje neplodnosti koje je naročito bilo popularno pedesetih i šezdesetih godina prošlog veka (Leon, 2010). Zastupajući ovaj model, Dojčova (Deutch, 1947, prema Van Balen, 2002) je tvrdila da je najčešći uzročnik neplodnosti nesvesni strah. Opisala je šest tipova žena, kod kojih je izvestan problem neplodnosti: 1. fizički i psihički infantilna žena; 2. žena koja svoje majčinstvo usmerava na muža i ljubav prema mužu; 3. ženstveno-erotična žena koja se boji da će majčinstvo ugroziti njen bogat erotski život; 4. žena koja je posvetila život nekoj ideologiji ili nekom drugom emocionalno determinisanom interesu; 5. maskulino-agresivna žena; 6. emocionalno poremećena žena (prema Van Balen, 2002, str. 81). Neplodnost koja nije uzrokovana organskom patologijom, predstavlja odbranu ega od opasnosti koja proističe iz reproduktivne funkcije tj. fertiliteta (Benedek, 1952). Benedektova (Benedek, 1952), jedna od vodećih psihoanalitičarki u polju psihogenog infertiliteta, podvlači identifikaciju sa hostilnom majkom kao distinktivnu formu psihopatologije kod neplodnih žena. Prema tome, brojni autori su neplodnost posmatrali kao rezultat nerešenog konflikata oko uloge majke (Allison, 1979; Eisner, 1963), problema po pitanju seksualnog identiteta žene (Mai et al., 1972) ili ženske nezrelosti i neuroticizma (Sandler, 1968). Pojedini autori žene sa problemom neplodnosti opisuju ili kao slabe, emocionalno nezrele, ambivalentne prema svojim majkama ili kao ambiciozne, agresivne, dominantne i okrenute karijeri. Muška neplodnost, mada prilično skrajnuta, ipak dobija objašnjenje – to su sinovi dominantnih, zahtevnih, kontrolišućih i seksualno inhibiranih majki, koje su svojim ponašanjem izazivale visok stepen anksioznosti kod svojih sinova (Cooper, 1971; Fisher, 1952, prema Boivin & Gameiro, 2015; Wischmann, 2003). Saglasno sa ovom hipotezom uzročnika neplodnosti, kao etiološki faktori, pored unutrašnjeg konflikta i problema sa rodnim identitetom, razmatraju se i spoljašnji lokus kontrole, ambivalentnost oko rađanja dece, bračni problemi, psihijatrijski poremećaji i simptomi, posebno depresija i anksioznost, kao i seksualne disfunkcije (posebno psihogena erektilna disfunkcija i vaginizam) (Callan & Hennessey, 1988; Greil, 1997; Möller & Fällström; Notman et al., 1997). Mnogi psihoanalitički psihoterapeuti su dugo zastupali model psihogene neplodnosti u svom radu sa klijentima (npr. Allison, 1997; Pines, 1990 prema Leon, 2010). Alison (Alison, 1997) iznosi hipotezu da je psihogena neplodnost posledica sledećih elemenata: intenzivno potisnutog rivaliteta prema bratu, nesvesnog osećanja krivice prema bratu odgajanom od strane žene koja ima problem sa plodnošću, kao i osnovne krivice vezane za nesvesnu edipalnu pobedu. Svi ovi elementi vode u odricanje od majčinstva kao iskupljenja i bekstva od dalje krivice koja proizilazi iz mogućnosti uspeha (majčinstva) nedostižnog suprotnom polu. Dajući apsolutno poverenje modelu psihogene neplodnosti, Kuper (Cooper, 1971, str.719) piše: „Verovatno je istina da ni u jednoj grani medicine psiha ne doprinosi tako često i tako dramatično fiziološkoj disfunkciji kao u ginekologiji, tj. kod ginekoloških poremećaja.” Dalje, navodi da u slučaju psihogene neplodnosti, žena postaje neplodna ili zbog uticaja njenog emocionalnog stanja koje izaziva hronični spazam jajovoda ili zbog psihičkih faktora koji ometaju rad kortiko-hipotalamo-pituitarni osovine, što dovodi

do anovulacije. U osnovi psihogene neplodnosti jeste nesvestan strah od ženstvenosti i materinstva. Interesantno je da se u vreme pojave i dominacije modela psihogene neplodnosti ideja o psihološkom uzročniku primenjivala i onda kada je bilo moguće utvrditi fizičke smetnje, jer su se fizičke smetnje tretirale kao sekundarni uzročnici (Van Balen, 2002). Iz svega navedenog jasno je da se neplodnost smatrala psihosomatskim oboljenjem. Dakle, model psihogene neplodnosti pretpostavlja da su apsolutno svi slučajevi neplodnosti i steriliteta⁵ uzrokovani psihološkim faktorima i mehanizmima. Kasnije se ovaj model menja, te se psihološki uzročnici vezuju za neobjašnjivu (idiopatsku) neplodnost (videti Sliku 1).

1. Model psihogene neplodnosti



1. Psihogeno objašnjenje neobjašnjive (idiopatske) neplodnosti



Slika 1: Model psihogene neplodnosti (preuzeto iz Van Balen, 2002, str. 82)

Međutim, postoje brojne kritike ovog modela i zaključaka autora koji zastupaju ideju o psihogenoj neplodnosti. Kritike se pre svega tiču uzorka, koji je prigodan i vrlo često veoma mali. Tačnije, zaključci se izvode na osnovu pojedinačnih slučajeva ili malog broja ispitanika. Dalje, postoji tendencija da se žene koje imaju problem neplodnosti i leče se psihoterapijski smatraju reprezentativnim uzorkom svih žena sa ovim problemom. Vrlo često se u istraživanjima ne koriste sistematske mere uz preveliko oslanjanje na kliničku impresiju. Mehanizam kojim psihološki faktori utiču na fiziološko funkcionisanje nisu specifikovani i jasno opi-

⁵ U literaturi se neplodnost i sterilitet često tretiraju kao sinonimi. Međutim, medicinski se razlikuju. Sterilitet podrazumeva nemogućnost rađanja živog deteta, dok neplodnost podrazumeva nemogućnost začeća nakon godinu dana nezaštićenih, redovnih seksualnih odnosa (videti: Rochon, M. (1986). *Stérilité et infertilité: deux concepts. [Sterility and infertility: two concepts], Cahiers québécois de démographie, 15(1), 27-56.*)

sani. Takođe, u istraživanjima vrlo često ne postoji kontrolna grupa. Ovaj model je skoro potpuno posvećen ženskoj neplodnosti, pri čemu se muška neplodnost ne razmatra. Konačno, vrlo nesmotreno se zaključuje o kauzalitetu, bez jasnih dokaza (Greil, 1997). Još jedna zamerka jeste izjednačavanje idiopatske tj. medicinski *neobjašnjene neplodnosti* i psihogene neplodnosti, što je zapravo pogrešno jer termin neobjašnjena neplodnost obuhvata i neadekvatno dijagnostikovane organske poremećaje tj. često se dešava da se dijagnoza *neobjašnjena neplodnost* postavi u slučaju nekompletne i nekvalitetne dijagnostike (Gleicher & Bard, 2006; Siristatidis & Bhattacharya, 2007). Osim toga, ograničenost dijagnostičkih sredstava i metoda ne predstavlja opravdanje za ovakvo izjednačavanje. Dakle, nije opravdano pripisivati psihološku etiologiju svemu onome čemu postojeća znanja i tehnologija u ovom trenutku ne mogu naći objašnjenje (Kentenich & Siedentopf, 2002).

Jedan od argumenata modela psihogene neplodnosti jeste pojava trudnoće nakon usvojenja deteta. Međutim, neophodno je reći da i pored toga što su ovaj argument naučnici davno napustili, među laicima, pa čak i među nekim lekarima, i dalje postoji mit o „začeću nakon usvojenja“. Psihodinamski bi to značilo da odustajanje od želje za detetom može voditi u trudnoću, tj. jednostavno pustiti i prepustiti se situaciji, koja je visoko nekontrolabilna (Wischmann, 2003). Međutim, brojne studije nisu uspele da potvrde ovu pretpostavku o povećanoj stopi trudnoće nakon usvojenja tj. o vezi između usvojenja i trudnoće (npr. Arronet et al., 1976; Lamb & Leurgans, 1979; Tyler et al., 1960).

Pored ovih zamerki, brojna istraživanja pokazuju da nije moguće utvrditi razlike u ličnosti tj. karakteristikama ličnosti između osoba koje imaju problem sa neplodnošću i onih koji nemaju taj problem. Takođe, nisu utvrđene razlike u karakteristikama ličnosti i merama stresa između grupe sa utvrđenim medicinskim uzrokom infertiliteta i grupe kod koje nije utvrđen medicinski uzrok. Psihološke mere nisu mogle diferencirati ni parove sa problemom neplodnosti koji su ostvarili trudnoću od onih koji to nisu uspele (npr. Brand et al., 1982; Brinsmead et al., 1986; Sahaj et al., 1988; Schover et al., 1992; Wring et al., 1989 prema Greil, 1997). Iako rezultati istraživanja uglavnom ne potvrđuju model psihogene neplodnosti, pojedini autori smatraju da upitnici koji se koriste, tj. mere ličnosti ne ispituju nesvesnu motivaciju, te se iz tog razloga dobijaju negativni rezultati; samim tim rezultati istraživanja u kojima su korišćene ovakve mere zapravo ne opovrgavaju hipotezu o psihogenoj neplodnosti (Astor & Pawson, 1985).

Vremenom, napuštanju modela psihogene neplodnosti doprinosi, pored nedostatka empirijskih dokaza, i razvoj medicinske dijagnostike. Napredak medicine i dijagnostičke tehnologije omogućio je da se kod do sada idiopatske neplodnosti, otkrije organski uzročnik, te se broj slučajeva neplodnosti bez identifikovanog medicinskog uzroka drastično smanjuje (Boivin & Gameiro, 2015). Međutim, smanjenje dominacije ovog modela ne umanjuje interesovanje naučnika za ispitivanje psiholoških faktora značajnih za problem sa plodnošću. Dolazi do revidiranja psihosomatske hipoteze kako bi se prilagodila multifaktorskim mode-

lima etiologije bolesti, pa se pažnja istraživača pomera na vulnerabilnost osobe na psihološke uzročnike. Bolest ima različite biološke, sociološke, psihološke i ekološke determinante i posledice, dok je pojedinac manje ili više podložan u zavisnosti od njegove lične istorije (genetska osnova, učenje, životni događaji). Istraživanja posvećena psihološkim determinantama bolesti, sada počinju da se bave utvrđivanjem stepena direktnog ili indirektnog uticaja psiholoških faktora na nastanak, napredovanje i ishod bolesti (Gameiro & Boivin, 2017). Posebna pažnja posvećena je depresiji, anksioznosti i stresu. U vezi sa depresijom, Meler i saradnici (Meller et al., 2002) dolaze do rezultata da je veliki broj žena koje su depresivne i suočavaju se sa neplodnošću iskusio prvu depresivnu epizodu pre dijagnoze neplodnosti. Iako nije moguće tvrditi da su depresija i anksioznost uzročnici neplodnosti, pojedine studije pokazale su da ova negativna emocionalna stanja mogu dovesti do hiperprolaktinemije⁶, što dalje otežava začeće (Demyttenaere et al., 1989; Merari et al., 1992). Rezultati istraživanja Kraforda i saradnika (Crawford et al., 2016) pokazuju da depresivne žene koje imaju problem sa neplodnošću ređe pristupaju lečenju neplodnosti u odnosu na neplodne žene koje nisu depresivne. Takođe, u istraživanju Ejzenberga i saradnika (Eisenberg et al., 2010) depresija se pokazala kao značajan faktor odustajanja od tretmana nakon prve konsultacije sa lekarom. Analizom rezultata istraživanja Škođak i saradnici (Szkodziak et al., 2020) dolaze do zaključka da se depresija, anksioznost i antidepresivi mogu dovesti u vezi sa hormonalnim balansom, ovulacijom i pobačajem kod žena, kao i sa kvalitetom sperme i ejakulacionim poremećajima kod muškaraca, što sve zajedno treba imati u vidu u kontekstu plodnosti, odnosno lečenja neplodnosti.

Kada je stres u pitanju, Boivin i saradnici (Boivin et al., 2011) pretpostavljaju da veza između stresa i neplodnosti ne može biti direktna, tj. da stres ne može uticati direktno na reproduktivnu fiziologiju. Međutim, stres određuje stil života i navike koji mogu uticati na plodnost, kao na primer konzumiranje cigareta i alkohola. U istraživanju u kome su učestvovalе medicinske sestre, Gaskin sa saradnicima (Gaskin et al., 2015) nalazi vezu između rada u dužim smenama (preko četrdeset sati nedeljno) i produženog vremena začeća, što, prema autorima, potvrđuje vezu između umora i stresa sa jedne strane i smanjene plodnosti sa druge. Kod muškaraca stres je povezan sa kvalitetom sperme (Józków et al., 2017). Međutim, na osnovu uvida u rezultate studija Višman zaključuje „Rezultati sistematskih studija daju podršku *modelu psiholoških posledica* (npr. neplodnost izaziva psihološki distress), a ne *psihogenom modelu* (npr. distress izaziva neplodnost).“ (Wischmann, 2003, str. 487). Dakle, veća je verovatnoća, s obzirom na rezultate istraživanja, da su visoki nivoi stresa, anksioznosti i depresivnosti zapravo posledice, a ne etiološki faktori neplodnosti (Boivin & Gameiro, 2015; Wischmann, 2003). Pretpostavka o

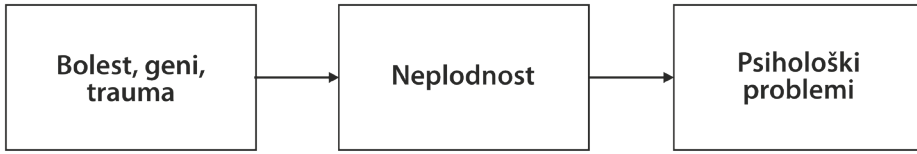
⁶ Predstavlja pojačano lučenje prolaktina koje može biti posledica stanja (npr. trudnoća, dojenje), lekova i bolesti. Prolaktin luči hipofiza. Pojačano lučenje ovog hormona može uticati na ovulaciju i biti uzrok neplodnosti jer inhibira lučenje FSH (folikulo-stimulirajućeg hormona) i GnRH (gonadotropin-oslobađajući hormon) koji omogućavaju rast i sazrevanje jajnih ćelija i tako sprečava ovulaciju. (preuzeto 4. 3. 2023. sa <https://www.stetoskop.info/zdravlje-zena/hiperprolaktinemija-i-prolaktinom>)

uticaju stresa na fertilitet razlikuje se od ranijih psihogenih hipoteza po tome što se uzroci neplodnosti, koji su ranije identifikovani u pojedincu (nesvesni konflikt, ambivalencija, psihopatologija pojedinca itd), sada pripisuju okruženju i psihološkim reakcijama pojedinca na izazove okruženja (Dunkel-Schetter & Stanton, 1991). Razmatrajući psihogenu neplodnost sa vremenske distance u odnosu na istorijski trenutak dominacije psihogenog modela neplodnosti i smatranja infertiliteta za psihosomatsku bolest, Štraus i saradnici (Strauß et al., 2000, prema Wishmann, 2003) napominju da je opravdano govoriti o psihološkim faktorima kao eventualnom uzročniku neplodnosti jedino u sledećim slučajevima: 1) uprkos želji da imaju dete i savetima lekara, par nastavlja sa ponašanjima i navikama koje imaju negativna efekat na plodnost (ishrana, prekomerna ili nedovoljna težina, konzumiranje alkohola, konzumiranje cigareta, zloupotreba tableta itd.); 2) par nema seksualne odnose tokom plodnih dana ili jedan od partnera ima neorgansku seksualnu disfunkciju; 3) par najpre pristane na medicinski tretman neplodnosti, međutim, ne uspeva da prođe kroz tj. dovrši tretman.

Model psihogene neplodnosti imao je, a možda još uvek ima brojne negativne posledice – bespotrebno odlaganje tretmana od strane parova vođenih „savetima“ da je potrebno samo da se opuste; insistiranje na ženskoj neplodnosti i fokusiranje na ženu, uz ignorisanje, samim tim i manje poznavanje muške neplodnosti; insistiranje na psihogenom poreklu neplodnosti samo je „otežalo“ u psihološkom smislu situaciju u kojoj su se našli ovi parovi, posebno žene, kod kojih je ovakvo objašnjenje uzroka problema indukovalo osećanja krivice i srama. Dakle, jasno je da je napuštanje psihogenog modela nužno. Međutim, ne treba zanemariti i njegove doprinose kao što su „ulazak“ psihologije na područje ginekologije i akušerstva i podsticanje brojnih istraživanja koja su doprinela boljem razumevanju multifaktorske prirode začeća i reprodukcije (Boivin & Gameiro, 2015).

2.2. Model psiholoških konsekvenci neplodnosti

Sa razvojem istraživanja u ovoj oblasti postaju evidentni nedostaci modela psihogene neplodnosti, kao i da psihološki problemi verovatno predstavljaju posledicu neplodnosti, a ne njen uzrok (npr. Lalos et al., 1985; Paulson et al., 1988). Model psiholoških konsekvenci neplodnosti bio je dominantan u razmatranjima i istraživanjima ovog problema krajem prošlog veka, ali se začeci ovog shvatanja javljaju tokom osamdesetih godina (npr. Mahlstedt et al., 1987; Domar et al., 1992). Prema ovom modelu kauzalnost je obrnuta. Neplodnost je izazvana genetski, traumatskim ili somatskim faktorima, dok su psihološki problemi, kao depresivnost, anksioznost, nisko samopoštovanje itd. zapravo posledice neplodnosti i tretmana neplodnosti, a ne njen uzrok (videti Sliku 2) (Van Balen, 2002). Na osnovu pregleda rezultata brojnih studija Grejl (Greil, 1997) zaključuje da je psihološki stres pre posledica nego uzrok neplodnosti.



Slika 2: Model psiholoških konsekvenci neplodnosti (preuzeto iz Van Balen, 2002, str. 82)

Boivinova i Gajmerova (Boivin & Gameiro 2015; Gameiro & Boivin, 2017) podstičaj i razlog za pomak od psiholoških problema kao uzroka ka psihološkim problemima kao posledicama neplodnosti nalaze u radu medicinske sestre Barbare Ek Mening, koja je napisala *Neplodnost: vodič za par bez dece* (Barbara Eck Menning, *Infertility: A Guide for the Childless Couple*) što je zapravo prva knjiga samopomoći namenjena parovima sa ovim problemom. Ova žena je, pored knjige, 1974. godine osnovala i prvu grupu za zastupanje pacijenata *Resolve*. Posebno značajan doprinos po pitanju psiholoških posledica neplodnosti Meningova je ostvarila ukazivanjem na emocionalne potrebe parova koji se suočavaju sa neplodnošću, podvlačeći da je neplodnost praćena grupom osećanja, koja se pojavljuju određenim redosledom i da ova skoro univerzalna reakcija liči na reakciju na gubitak. U pitanju su šok ili iznenađenje, poricanje, ljutnja, izolacija, krivica, tuga. Neplodnost je predstavila kao životnu krizu, ukazujući na značaj lekara (medicinskog osoblja) u smislu pružanja osnovne psihološke podrške ili makar kao nekoga ko će uputiti pacijente na profesionalce koji se bave psihološkim savetovanjem i psihoterapijom (Menning, 1980). U vezi sa tim Meningova navodi: „Naivno je od strane lekara koji se bave lečenjem infertiliteta da tvrde da osećanja nisu njihova oblast rada i nadležnost.” (Menning, 1980, str. 314). Analizirajući rezultate brojnih istraživanja, Grejl (Greil, 1997) navodi da neplodnost predstavlja veoma negativno iskustvo, posebno poražavajuće za žene. Autor identifikuje sledeće teme koje se pojavljuju u kvalitativnim istraživanjima neplodnosti i njenih posledica: neplodnost kao centralna komponenta identiteta, osećaj gubitka kontrole, doživljaj socijalne stigme, izopštenost iz „plodnog” sveta, poteškoće u nalaženju smisla, ulazak u proces lečenja, stresna priroda tretmana itd. (Greil, 1997, str. 1682).

Brojni su doprinosi rada Barbare Ek Mening (Barbara Eck Menning). Pre svega njen rad imao je efekat preusmeravanja psiholoških istraživanja ka ispitivanju negativnih posledica neplodnosti i tretmana neplodnosti na blagostanje i mentalno zdravlje pojedinaca i parova (Gameiro & Boivin, 2017). Sprovedena su brojna istraživanja koja su se bavila stresom, anksioznošću, depresijom, partnerskim odnosima itd. Borbu sa neplodnošću parovi opsuju kao jako stresnu kako u medicinskom, tako i u psihološkom pogledu i u tom smislu kao veliki izazov (Burns, 2007). Ljutnja, anksioznost, depresija, nisko samopoštovanje, bespomoćnost i krivica se skoro tipično javljaju kod ljudi sa ovim problemom (Greil, 1997; Greil et al., 2011; McQuillan et al., 2003). Većina osoba u stanju je da se nosi sa problemom neplodnosti i negativnim emocijama, ali postoje i oni kod kojih dugotrajno prisustvo negativnih emocija prerasta u psihološki problem koji može uticati na blagostanje osobe (Ramezanzadeh

et al., 2004). Problem neplodnosti u većoj meri pogađa žene nego muškarce. Doživljeni stres vezan za neplodnost intenzivniji je kod žena, nego kod muškaraca (Epstein & Rosenberg, 2005; Eugster & Vingerhoets 1999; Wichman et al. 2011). Pored toga, neplodnost kod žena pogađa njihov doživljaj selfa i praćena je osećajem neadekvatnosti i neostvarenosti u ulozi žene. To ne iznenađuje, s obzirom na to da je majčinstvo važan deo identiteta žene i njene socijalne uloge (Bielawska-Batorowicz, 2006, prema Malina & Pooley, 2017). Muškarci opisuju ovaj problem kao razočaravajući, ali ne i poražavajući (Greil et al., 1988). U odnosu na žene koje nemaju problem sa fertilitetom, žene u postupku vantelesne oplodnje (dalje u tekstu VTO) češće osećaju uznemirenost, sram, nervozu, neprijateljstvo (Burns, 2007; Fekkes et al., 2003; Mitrović et al., 2021; Monga et al., 2004). Rezultati istraživanja Sanbaja i saradnika (Sundby et al, 2007) pokazuju da dve od tri žene koje imaju ovaj problem, opisuju to iskustvo kao najgore i najstresnije u svom životu. Istraživanje sprovedeno na domaćem uzorku od 163 žene koje su u trenutku istraživanja bile u VTO postupku pokazuju da na pitanje *Da li biste rekli da je saznanje da imate problem sa plodnošću (Vi i/ili Vaš partner) najteži/najgori događaj u vašem životu?* čak 67,8% daje potvrđan odgovor. Za ostale ispitanice najgori događaj u životu jeste smrt bliske osobe (roditelja, brata ili sestre, pobačaj) (32,2%) (Opsenica Kostić et al., 2021). Jasno je da rezultati ovih istraživanja idu na ruku modelu psiholoških konsekvenci i istovremeno opovrgavaju model psihogene neplodnosti. Međutim, Van Balen (Van Balen, 2002) napominje da treba biti oprezan prilikom donošenja zaključaka jer neke studije nisu identifikovale razlike između neplodnih i fertilnih osoba na različitim psihološkim merama. Po mišljenju ovog autora, ovaj model može jedino biti dokazan kroz rigorozna longitudinalna istraživanja, koja bi počela da prate ispitanike pre odluke i pokušaja da se ostvare kao roditelji, pa nadalje, pri čemu bi najbolje bilo ujednačiti ispitanike po pojedinim parametrima, kako bi se eventualne razlike mogle pripisati infertilitetu. Jasno je da su ovo prilično visoki zahtevi i da je generalno mali broj istraživanja sa ovakvim dizajnom. Većina je i dalje usmerena na utvrđivanje razlika između već dijagnostikovano neplodnih osoba, najčešće onih koji su u postupku lečenja (npr. inseminacija, VTO) i osoba bez problema sa fertilitetom.

Osim ispitivanja posledica neplodnosti najčešće kroz utvrđivanje razlika između grupe fertilnih i grupe infertilnih parova, žena ili/i muškaraca, istraživačka pažnja usmerena je i na ispitivanje faktora koji ostvaruju efekat na intenzitet emocionalnih reakcija na neplodnost – bračni faktori, strategije prevladavanja stresa, etnička pripadnost, kulturne vrednosti. S posebnom pažnjom se ispituju socijalni aspekti i posledice neplodnosti na osobe iz nerazvijenih zemalja, kao što je stigmatizacija, gubitak statusa i pritisci od strane porodice i familije (Gameiro & Boivin, 2017). Jedna od karakteristika socio-kulturalnog konteksta koja se smatra posebno važnim za doživljaj neplodnosti i reakcije na neplodnost jeste pronatalizam⁷. Pored ovog faktora iskustvo neplodnosti oblikuje i patrijarhalnost društva, dominacija muškaraca i rodna uloga žene (Greil, 2010).

⁷ Verovanje koje zagovara ljudsku reprodukciju tj. promoviše trudnoću i roditeljstvo kao poželjne za društvo i obezbeđivanje trajanja čovečanstva. (preuzeto 23. 3. 2023. sa <https://sr.wikipedia.org/sr-el/natalizam>)

Sledeći doprinos rada Barbare Ek Mening (Barbara Eck Menning) i usmeravanja pažnje istraživača i kliničara na potencijalne posledice neplodnosti, suočavanja sa ovim problemom i lečenja, tiče se formiranja brojnih grupa podrške. Ove grupe čine osobe sa ovim problemom, koje se okupljaju radi pružanja pomoći drugim članovima grupe sa kojima dele isti problem u vidu zastupanja interesa i pružanja različitih vrsta podrške, pa i psihološke (Boivin & Gameiro, 2015). Istraživanja efekata onlajn grupa za podršku potvrđuju njihov značajan doprinos subjektivnom blagostanju članova (Aarts et al., 2011; Malik & Coulson, 2010), pri čemu Malik i Kalson (Malik & Caulson, 2010) kao najčešće delove poruka koji olakšavaju razvoj odnosa podrške ili pomoći među članovima onlajn grupe (mehanizmi samopomoći) identifikuju podršku i empatiju, kao i deljenje ličnog iskustva. Dakle, dolazi do formiranja i povećanja broja grupa podrške, koje „okupljaju“ ne samo one osobe koje se bore sa ovim problemom, već i one koje su odlučile da se ne podvrgavaju medicinskom tretmanu, pri čemu se u fokus stavlja subjektivno blagostanje ovih ljudi (Boivin & Gameiro, 2015).

Istraživanja neplodnosti nude nova saznanja koja omogućavaju organizovanje adekvatnije psihološke podrške i pomoći. Razvijaju se posebne psihološke intervencije za pomoć osobama da se nose sa teškoćama i psihosocijalnim posledicama izazvanim neplodnošću i tretmanom neplodnosti. Vremenom se podrška pacijentima diferencira u tri nivoa – rutinska psihosocijalna podrška, savetovanje i psihoterapija. Međutim, kao i prethodni model, i model psiholoških konsekvenci neplodnosti je, pored svih navedenih prednosti, imao i neke nedostatke – previše fokusiranja na emocionalnu podršku uz zanemarivanje praktične i edukativne podrške, kao i to što implicira da je svim osobama sa problemom neplodnosti potrebna psihološka podrška, odnosno činjenica da ovaj model nije uvažavao individualne razlike kada je u pitanju reakcija na neplodnost (Boivin & Gameiro, 2015; Gameiro & Boivin, 2017). Od vremena pojave ovog modela do danas psihoterapija i savetodavni rad sa ljudima koje se suočavaju sa neplodnošću, razvijali su se i menjali, pa samim tim i pozicija i uključenost profesionalaca koji se bave mentalnim zdravljem u sam postupak lečenja neplodnosti. U nastavku ovog poglavlja biće ukratko prikazan tok razvoja psihoterapije i savetovanja sa klijentima koji se suočavaju sa infertilitetom.

2.2.1. Model psiholoških konsekvenci kao kontekst razvoja psihološke podrške i savetovanja u okviru tretmana neplodnosti

Sa razvojem asistiranе reproduktivne tehnologije (u daljem tekstu ART) kao što je VTO javlja se potreba za angažovanjem profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja u klinikama za lečenje neplodnosti. Njihov zadatak najpre je bio selekcija parova za postupak VTO, tj. skrining pre ulaska u tretman. Kriterijumi selekcije bili su eventualno postojanje psihopatoloških manifestacija koje nisu zanemarljive i mogu uticati kako na reakciju konkretne osobe na tretman, tako i na njene roditeljske kompetencije. Za ovakvu procenu uglavnom su bili angažovani socijalni radnici sa iskustvom procene usvojitelja pre usvajanja i upoznati sa pitanjima

dobrobiti dece. Međutim, broj odbijenih parova zbog procenjenih psiholoških varijabli bio je jako mali (svega 2%), što generalno ukazuje na dobro mentalno zdravlje osoba koje se javljaju na tretman. Pored toga, i lekari su se opirali ideji o odabiru onih koji mogu ili ne mogu da budu roditelji, tj. nisu želeli da učestvuju u ovakvoj selekciji i budu na neki način „čuvari roditeljstva“. Zato dolazi do promene u smislu usmeravanja savetovanja na podršku pojedinaca i parova u razmatranju različitih tretmana, kao i u prepoznavanju različitih emocionalnih, bihevioralnih i kognitivnih potreba koje bi bilo dobro identifikovati i razmotriti pre ulaska u tretman. Takođe, pažnja se usmerava na ishode i efekte različitih tretmana, pa samim tim i na posledice odluka povezanih za tretman, kao i na aktivnu razmenu i diskusiju između pacijenata i medicinskog osoblja, što bi sve zajedno pomoglo pacijentima da izađu na kraj sa različitim problemima (Boivin & Gameiro, 2015; Gameiro & Boivin, 2017).

Zahvaljujući razvoju medicine i psihologije dolazi do povećanja broja istraživanja u ovoj oblasti. Njihovi rezultati kao i već stečeno iskustvo stručnjaka koji se bave psihološkim savetovanjem i psihoterapijom osoba sa problemom neplodnosti daju dalje smernice za dalji razvoj psiholoških intervencija u radu sa ovom grupom ljudi. Na primer, rezultati studija koje su ispitivale efekat savetovanja i pojedinih psiholoških intervencija pokazuju da su najdelotvornije grupne intervencije fokusirane na edukaciju i trening veština (Boivin, 2003). Stručnjaci u ovoj oblasti počinju da se interesuju za identifikaciju onih osoba kojima su psihološka podrška i/ili psihoterapija neophodne, te se sa ovim ciljem zadaju različiti upitnici kao na primer Minnesota multifazni personalni inventar (MMPI), Bekova skala depresivnosti itd. Takođe, u ovoj fazi osmišljavaju se intervencije koje se primenjuju u određenim etapama tretmana, koje, po proceni pacijenata, predstavljaju emocionalno najizazovnije delove lečenja. Pored toga, raste interesovanje za ispitivanje različitih aspekata, kao i posledica ART-a, poput ispitivanja štetnog efekta lekova koji se koriste u ovim postupcima. Sve više pažnje posvećuje se deci dobijenoj u postupku VTO, tačnije pitanju psihomotornog razvoja ove dece, njihovog mentalnog i somatskog zdravlja. Istraživači se interesuju za veštine roditeljstva parova koji su imali problem sa neplodnošću. Takođe, raste interesovanje za onu grupu ljudi sa problemom neplodnosti koji se nikada nisu ostvarili u ulozi roditelja (Boivin & Gameiro, 2015, Gameiro & Boivin, 2017).

Sledeći korak u razvoju jeste afirmacija nove paradigme i inoviranog pristupa profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja koji rade sa osobama sa problemom neplodnosti, nastale zahvaljujući uvidu u izazove i poteškoće sa kojima se ljudi sreću tokom tretmana neplodnosti (Boivin & Gameiro, 2015). Naime, uočen je visok postotak odustajanja od tretmana i on iznosi čak 22% (Gameiro et al., 2012). Pretpostavka je da ljudi odustaju od VTO tretmana samo iz dva razloga – zbog loše prognoze ili zbog nemogućnosti plaćanja daljeg lečenja (Cousineau & Domar, 2007). Međutim, čini se da je psihološki distres povezan sa tretmanom jedan od najvažnijih uzroka odustajanja parova (Olivius et al., 2004). U skladu sa tim, rezultati pokazuju da parovi vrlo često kao razlog odustajanja navode prirodu

samog medicinskog tretmana, ali i psihološke probleme, kao i probleme u vezi i odnosu sa partnerom. Takođe, određeni postotak parova kao razlog odustajanja navodi nezadovoljstvo odnosom medicinskog osoblja prema pacijentima (Gameiro et al., 2012). Postotak žena koje nakon jednog ili dva pokušaja VTO odustaju i odbijaju nastavak tretmana iznosi od 34% do 54% (Domar et al., 2010; Olivius et al., 2004). Rezultati istraživanja Smenka i saradnika (Smeenk et al., 2004) pokazuju da simptomi depresije predstavljaju značajne prediktore odustajanja žena od tretmana nakon samo jednog ciklusa. Ipak, ne treba izgubiti iz vida da jedna od pet žena odustaje od tretmana zbog spontane trudnoće (Olivius et al., 2004).

Ovakvi nalazi podstiču afirmaciju integrisanog pristupa problemu. Postaje jasno da se dobro mentalno zdravlje osoba koje su na lečenju neplodnosti ne vezuje samo za rad profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja, već značajnu ulogu imaju celokupno medicinsko osoblje klinika, što ukazuje na neophodnost investiranja u treninge i obuke koje bi osposobile zaposlene za pružanje psihosocijalne podrške. Intervencije usmerene ka klijentu jesu nužnost, a ne privilegija. Razmatraju se neki novi aspekti problema neplodnosti, kao što je odlaganje traženja stručne pomoći – čak 20% parova potraži pomoć tek nakon dve godine (Bunting & Boivin, 2007). Profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja sve više učestvuju u edukaciji i pomoći parovima u planiranju porodice i blagovremenom razmatranju pitanja plodnosti. Pored toga, postaje jasno da je parovima koji prolaze postupak VTO zapravo podrška potrebna ne samo tokom, već i nakon tretmana, naročito neuspešnog tretmana, što je pravi izazov, s obzirom na problem motivacije i teškoća održanja kontakta sa pacijentima nakon završetka postupka VTO. Sve u svemu integrisani pristup ovom problemu je nužnost koja bi sigurno doprinela poboljšanju brige o pacijentu. Zbog svega navedenog stručnjaci počinju da se bave organizacijom psihološke podrške na klinikama za lečenje neplodnosti (Boivin & Gameiro, 2015; Gameiro & Boivin, 2017). Pažnja se usmerava ne samo na ishod lečenja, već i na činjenicu da je lečenje neplodnosti proces koji traje i da je neophodno imati na umu upravo tu činjenicu, te sprovesti proces lečenja uzimajući u obzir očekivanja, preferencije, kvalitet života osoba na lečenju (Van Empel et al., 2010). Razvija se ka pacijentu centriran pristup u lečenju. Ovakav pristup mogao bi biti višestruko koristan. Pre svega, pacijentima, jer može rezultirati boljim i pozitivnijim iskustvom sa tretmanom i medicinskim osobljem, što, bez obzira na ishod tretmana, dovodi do poboljšanja kvaliteta života i manje stope odustajanja. Takođe, podaci pokazuju da pacijentima odgovara ovakav pristup i da više vrednuju one klinike koje ga primenjuju. Pored toga, postoje naznake da ovakav pristup može pomoći medicinskom osoblju, u smislu smanjenja opterećenja poslom i rizika od pojave sindroma sagorevanja. Posledično, i kod medicinskog osoblja bi moglo doći do povećanja kvaliteta života, jer bi populacija sa kojom rade, zahvaljujući ovom pristupu, bila pod manjim stresom. Takođe, korist ovakvog pristupa sagledava se i iz ugla klinike i uspeha lečenja, u smislu potencijalnog smanjivanja odustajanja od tretmana i povećanja komplijanse (Gameiro et al., 2013).

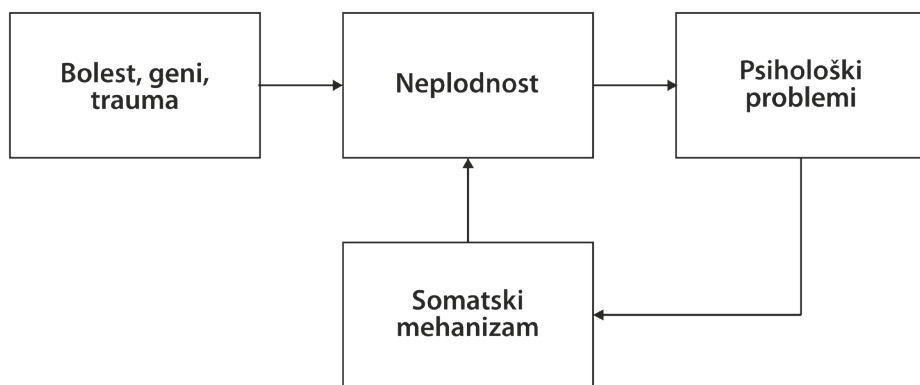
U kontekstu ovakvog pristupa sagledava se još jedna uloga specijalista za lečenje neplodnosti. Naime, osim usmerenosti na ishod lečenja, specijalisti u ovoj

oblasti bi, u pojedinim situacijama, imali ulogu u pružanju podrške u procesu mi-
renja para sa činjenicom da ne postoji mogućnost ostvarenja roditeljske uloge.
Kako ovaj ishod ima visoku verovatnoću, neophodno je nekada preuzeti ulogu
stručnjaka koji nudi podršku pacijentima u procesu okončanja lečenja i umanjenja
posledica lečenja, što nije identično ulozi stručnjaka koji sprovodi tretman i leči.
Ovo je veoma važno, jer je suočavanje sa činjenicom o nemogućnosti ostvariva-
nja u ulozi roditelja i prihvatanje ove činjenice veliki izazov za mentalno zdravlje.
Konačno, ovakav pristup afirmiše fokus na prevenciji neplodnosti kroz edukaciju
mladih i ispitivanje različitih tema važnih za prevenciju ovog problema, kao što
su znanje i svest o temi, očuvanje plodnosti i faktori rizika koji negativno utiču na
plodnost (Gameiro & Boivin, 2017).

Iz svega navedenog jasno je da bi bilo jako dobro u tretman neplodnosti
uključiti i psihološku podršku i, po potrebi, psihoterapiju. Modeli pružanja podrš-
ke su evoluirali od modela fokusiranog na tugu do programa usmerenih na edu-
kaciju, tj. sticanje znanja i veština. Pored toga, nekada su psihološke intervencije
bile usmerene ka pomoći pacijentu da se prilagodi lečenju i izazovima lečenja,
dok se danas neguje pretežno individualni pristup, uz sagledavanje specifičnih
potreba pacijenata. Iz toga proizilaze specifične intervencije prilagođene indivi-
dualnim potrebama ili fazama lečenja. Još jedna promena tiče se širenja polja de-
lovanja stručnjaka za mentalno zdravlje u ovoj oblasti, kao i edukacija i uključiva-
nja ostalog medicinskog osoblja u pružanje psihološke pomoći i podrške (Boivin
& Gameiro, 2015).

2.3. Ciklični model

Ovaj model opisuje Van Balen (Van Balen, 2002), uzimajući u obzir rezultate
brojnih istraživanja i saznanja u okviru dva prethodno opisana modela. Opšte je
poznato i prihvaćeno da je neplodnost negativni životni događaj visoko stresan
i za muškarca i za ženu. Podsećamo da rezultati istraživanja pokazuju da je za
parove borba za potomstvo izuzetno stresna, kako u medicinskom, tako i u psi-
hološkom smislu, da je doživljeni stres vezan za neplodnost intenzivniji kod žena,
kao i da mnoge žene opisuju ovo iskustvo kao vrlo negativno (Burns, 2007; Epste-
in & Rosenberg, 2005; Eugster & Vingerhoets 1999; Sundby et al, 2007; Wichman
et al. 2011). Procenjuje se da 25–60% žena izveštava o simptomima anksioznosti
i depresije (Rooney & Domar, 2018). Van Balen (Van Balen, 2002) navodi rezultate
holandske nacionalne studije (NIPO, 1996) u kojoj je ispitivan javni stav prema
nemogućnosti imanja deteta. Ovi rezultati pokazuju da 73% ispitanih žena i 50%
ispitanih muškaraca smatraju ovaj problem jednim od najozbiljnijih negativnih
iskustava sa kojim može da se suoči pojedinac. S druge strane, mnogi autori pret-
postavljaju da nivo stresa može uticati na ishod tretmana i postignutu trudnoću
(npr. Smeenk et al., 2005; Csemiczky et al., 2000), mada treba imati u vidu da do-
bijeni rezultati prilikom ispitivanja ovog problema nisu konzistentni. U kontekstu
navedenog, Van Balen predlaže ciklični model (Slika 3).



Slika 3: Ciklični model neplodnosti (preuzeto iz Van Balen, 2002, str. 82)

Prema ovom modelu, neplodnost je izazvana somatskim faktorima. Međutim, neplodnost, kao i u modelu psiholoških konsekvenci neplodnosti, ima čitav niz psiholoških posledica, u smislu povećanog stresa, anksioznosti, depresivnosti, pa i ozbiljnijih psihijatrijskih sindroma, što pokreće somatske mehanizme koji povratno utiču na plodnost. Dakle, somatski izazvana neplodnost jeste uzročnik visokog nivoa stresa koji dalje utiče na nivo pojedinih hormona i, samim tim, na mogućnost začeća (Van Balen, 2002). Odnos između stresa i ishoda lečenja neplodnosti je veoma važna tema, koja je bila predmet istraživanja u mnogim studijama.

Može se reći da neplodnost predstavlja i hroničan i akutni stresor. Hroničan, zato što se osoba suočava sa mogućnošću neostvarivanja u ulozi roditelja, a akutni zbog direktnog efekta tretmana. Nemogućnost začeća dovodi do toga da osoba preispituje svoj sistem verovanja i vrednosti, gubi poverenje u sopstveno telo, gubi nadu da će se ostvariti u ulozi roditelja, uz potencijalnu mogućnost nužnog odustajanja od pojedinih ciljeva i želja u životu. Pored toga, tretmani neplodnosti mogu biti dugotrajni, neki su i invazivni, zahtevaju stalne posete lekaru, injekcije, pa čak i hirurške intervencije. Pored svega navedenog, dodatni stresor predstavljaju troškovi lečenja, koji mogu biti jako visoki, a uspeh prilično neizvestan (Galst, 2018). Ispostavilo se da neplodnost izaziva jednak nivo stresa kao i dijagnoza hronične bolesti, poput raka, bolesti srca ili HIV-a (Domar et al., 1993). Sve navedeno nedvosmisleno ukazuje da neplodnost i suočavanje sa neplodnošću predstavljaju izvore veoma intenzivnog psihološkog stresa.

Studije koje se mogu navesti kao potvrda cikličnog modela zapravo povezuju stres, odnosno efekat fiziološke komponente stresa (koja je direktno povezana sa subjektivnim doživljajem uznemirenosti, tj. sa psihološkom komponentom stresa) na začeće i uspeh tretmana neplodnosti. Fiziološki stres jeste fiziološko stanje koje podrazumeva promene u radu simpatikusa i u lučenju hormona, a najčešća mera fiziološkog stresa jeste koncentracija kortizola u pljuvački (Bozović et al., 2013). Pojednim istraživanjima utvrđeno je da žene koje imaju problem

neploidnosti pokazuju više nivoe prolaktina i kortizola, koji su direktno povezani sa stresom (Csemiczky et al., 2000; Harlow et al., 1996). Međutim, glavno pitanje glasi: *Da li povišeni nivo psihološkog i fiziološkog stresa utiče na ishod tretmana neplodnosti?*

Istraživanja pokazuju da parovi koji se suočavaju sa ovim problemom procenjuju da su značajno i negativno pogođeni svojom neplodnošću (Wylie, 1993; Lieblum & Greenfeld, 1997), kao i da su povodom stresa i ostalih psiholoških simptoma zabrinuti da bi doživljeni stres mogao imati negativne efekte na ishod tretmana neplodnosti, tj. na plodnost uopšte (Lord & Robertson, 2005; Rooney & Domar, 2016).

Kada je reč o mehanizmima dejstva psihološkog stresa na plodnost i reprodukciju, u literaturi se navode sledeći mehanizmi: 1) ometanje lučenja gonadotropina; 2) imunološki procesi koji mogu poremetiti implantaciju; 3) lokalni uticaj kateholamina na matericu i funkciju jajovoda; 4) efekat na ponašanje – pušenje, konzumiranje alkohola, droga, pojava seksualnih problema (Reading et al., 1989). Međutim, rezultati istraživanja koja su ispitivala efekat stresa na ishod tretmana su nekonzistentni.

Neka od istraživanja koja su ispitivala efekat fiziološkog stresa na ishode tretmana potvrđuju značaj nivoa pojedinih hormona za uspešnost lečenja i postizanje željene trudnoće. Meta-analiza rezultata radova na ovu temu pokazuju da se i niski i visoki nivoi kortizola dovode u vezu sa pozitivnim ishodom tretmana. Autori ove analize izveštavaju o rezultatima osam istraživanja o vezi između nivoa kortizola i uspešnosti VTO. U pet studija rezultati pokazuju da je niži nivo kortizola povezan sa pozitivnim ishodom tretmana, dok rezultati ostale tri studije pokazuju da je viši nivo kortizola povezan sa željenim ishodom VTO (Massey et al., 2014). Šmenk i saradnici (Smeenk et al., 2005) izveštavaju o vezi između pozitivnog ishoda tretmana i nivoa adrenalina kod žena koje su u vreme uzimanja uzoraka urina bile u postupku VTO, dok rezultati iste studije ne potvrđuju vezu između nivoa kortizola i ishoda tretmana. Tačnije, rezultati ukazuju na to da su niže koncentracije adrenalina u vreme uzimanja oocita i embriotransfera i niži nivoi noradrenalina u vreme embriotranfera registrovani kod žena sa uspehom u lečenju, tj. postignutom trudnoćom iz VTO. Rezultati studije Meseja i saradnika (Massey et al., 2016) pokazuju da nivo kortizola utvrđen preko pljuvačke nije povezan sa stopom trudnoće nakon VTO. Međutim, nivo kortizola utvrđen preko dlake kose (na ovaj način se utvrđuje nivo kortizola u poslednjih tri do šest meseci) povezan je sa uspehom VTO, u smislu postizanja željene trudnoće. Ovakav nalaz saglasan je sa nalazima studija koje nisu detektovale vezu između fiziološkog stresa kod žena, merenog preko nivoa kortizola u pljuvački ili urinu, i stope postignutih trudnoća nakon tretmana (Butts et al., 2014; Miller et al., 2019; Nouri et al., 2011).

O postojanju, odnosno nepostojanju efekta psihološkog stresa na ishod VTO svedoče brojna istraživanja, tj. važno je istaći da se i u ovom slučaju dobijaju nekonzistentni rezultati. Studije sprovedene u poslednjih nekoliko decenija ukazuju da psihološki stres i uznemirenost mogu umanjiti šansu za začeće iz VTO

(Csemiczky et al., 2000; Demyttenaere et al., 1992; Klonoff-Cohen, 2005). Rezultati pokazuju da stres povezan sa neplodnošću i učestvovanjem u tretmanu neplodnosti, teškoće u partnerskoj vezi i ostali sredinski stresori umanjuju šansu za ostvarivanje trudnoće pomoću ART (Boivin & Schmidt, 2005; Ebbesen et al., 2009; Klonoff-Cohen et al., 2001). S druge strane, rezultati brojnih istraživanja ne potvrđuju vezu između stresa i ishoda tretmana (Anderheim et al., 2005; Cesta et al., 2018; Miller et al., 2019). Meta-analiza rezultata četrnaest radova ukazuju na nepostojanje veze između psihološkog stresa utvrđenog pre tretmana i ishoda tretmana ART (Boivin et al., 2011). Ronijeva i Domarova (Rooney & Domar, 2018) ovakvo nesaglasje rezultata pokušavaju da objasne mogućnošću da ispitanici ne izveštavaju tačno o svom nivou stresa prilikom popunjavanja psiholoških upitnika i testova, tj. da njihova procena nije objektivna i da potvrdu povezanosti stresa i ishoda tretmana daju nalazi o povezanosti fiziološkog stresa i stope trudnoće.

Što se tiče odnosa stresa i plodnosti kod muškaraca, pretpostavka je da će psihološki stres uticati na hipotalamusno-hipofizno-gonadalnu osovinu, što bi značilo da postoji mogućnost da dugotrajni stres može imati negativne efekte na produkciju sperme, kao i na produkciju muškog polnog hormona. Takođe, kroz dejstvo na periferni nervni sistem, stres bi mogao imati dejstvo i na zapreminu, broj i pokretljivost spermatozoida (Schneid-Kofman & Sheiner, 2005). Pojedina istraživanja potvrđuju vezu između stresa i pogoršanja kvaliteta sperme tokom VTO (Harrison et al., 1987; Clarke et al., 1999). U jednom novijem istraživanju Vellani i saradnici (Vellani et al., 2013) su prilikom ispitivanja 94 muškarca koji su prvi put bili u postupku VTO utvrdili vezu između povišene anksioznosti (i crte i stanja) sa nižim volumenom sperme, nižom koncentracijom, pokretljivošću i brojem spermatozoida, kao i sa povišenom fragmentacijom DNK spermatozoida. S druge strane, postoje istraživanja koja ne potvrđuju vezu između stresa i kvaliteta sperme (Hjollund et al., 2004; Nouri et al., 2014).

Iz svega navedenog možemo zaključiti da su rezultati nesaglasni i da ne postoji apsolutna potvrda cirkularnog modela neplodnosti. To bi, naravno, mogao da bude predmet istraživanja budućih studija koje bi eventualno uzele u obzir još neke varijable sa potencijalnim moderatorskim ili medijatorskim efektom na vezu između stresa i ishoda tretmana.

Zaključak

Napredak medicine na polju ljudske reprodukcije doneo je značajne promene, tako da medicina danas poznaje više načina začeća bez seksualnog odnosa, što pruža veliku šansu parovima koji se suočavaju sa neplodnošću da se ostvare u ulozi roditelja. Interesovanje za psihološki aspekt ovog problema i udeo psihološkog faktora u njegovom nastanku javilo se tridesetih godina prošlog veka. Od tada do danas menjalo se, pre svega, shvatanje značaja i načina delovanja psiholoških faktora. Tridesetih godina prošlog veka afirmisan je model psihogene

neplodnosti, koji, pre svega, predstavlja psihoanalitičko objašnjenje neplodnosti. Zastupnici ovog modela, uvereni u mogućnost da psihološki faktori predstavljaju jedine uzročnike neplodnosti, ističu sledeće: nesvesni konflikt, emocionalna nezrelost, potisnuti strah od majčinstva i ženstvenosti, ambivalentnost. Objašnjenja su se skoro isključivo ticala ženske neplodnosti, dok je muška neplodnost potpuno zanemarivana. Promene psihogenog modela neplodnosti išle su u pravcu sagledavanja psiholoških faktora kao jednih *od*, a ne kao jedinih etioloških faktora neplodnosti. U tom kontekstu se posebna pažnja posvećuje anksioznosti, depresiji i stresu. Ovakvo tumačenje neplodnosti imalo je svoje dobre i loše posledice. Krajem prošlog veka postaje dominantan Model psiholoških konsekvenci neplodnosti. Prema ovom modelu, neplodnost izazivaju genetski, traumatski ili somatski faktori, dok su psihološki problemi, kao depresivnost, anksioznost, nisko samopoštovanje itd., zapravo posledice neplodnosti i tretmana neplodnosti. Navedeni model podstakao je brojna istraživanja psiholoških posledica ovog problema. Paralelno sa istraživanjima, razvija se, i shodno tome, menja pristup i način rada profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja koji rade sa osobama i parovima sa problemom neplodnosti. Treći razmatran model je Ciklični model neplodnosti koji predlaže Van Balen (Van Balen, 2002). Prema ovom modelu, neplodnost je izazvana somatskim faktorima, međutim, njene psihološke konsekvence, u smislu povećanog stresa, anksioznosti, depresivnosti, pokreću somatske mehanizme, koji povratno negativno utiču na plodnost. Brojne studije su ispitivale efekat stresa na plodnost i ishod tretmana neplodnosti. Međutim, rezultati ovih istraživanja su nekonzistentni, tako da se ne može reći da je Ciklični model nedvosmisleno potvrđen. Njegova dalja provera ostaje kao izazov istraživačima i predmet budućih istraživanja.

Literatura

- Aarts, J. W. M., Van Empel, I. W. H., Boivin, J., Nelen, W. L., Kremer, J. A. M., & Verhaak, C. M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*, 26(5), 1112–1118. <https://doi.org/10.1093/humrep/der051>
- Allison, G. H. (1997). Motherhood, motherliness, and psychogenic infertility. *The Psychoanalytic Quarterly*, 66(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/21674086.1997.11927521>
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Möller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization?. *Human Reproduction*, 20(10), 2969–2975. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei219>
- Arronet, G. H., Bergquist, C. A., & Parekh, M.C. (1974). The influence of adoption on subsequent pregnancy in infertile marriage. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 19(3), 159–62.
- Astor, J., & Pawson, M. (1986). The value of psychometric testing in the investigation of infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 5(2), 107–111. <http://dx.doi.org/10.3109/01674828609016747>

- Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility and Sterility*, 3(6), 527–541. [http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)31084-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282(16)31084-6)
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social science & medicine*, 57(12), 2325–2341. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00138-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00138-2)
- Boivin, J., & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*, 83(6), 1745–1752. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.12.039>
- Boivin, J., Griffiths, E., & Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BmJ*, 342 (d223). <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d223>
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104(2), 251–259. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.035>
- Bozovic, D., Racic, M., & Ivkovic, N. (2013). Salivary cortisol levels as a biological marker of stress reaction. *Medical Archives*, 67(5), 374–377. <https://doi.org/10.5455/med-darh.2013.67.374-377>
- Burns, L. H. (2005). Psychological changes in infertility patient. In: Rosen, A., & Rosen, J. (Eds.), *Frozen dreams: Psychodynamic dimensions of infertility and assisted reproduction*, (pp. 3-30). Routledge.
- Burns, L. H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689–716. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2007.08.001>
- Bunting, L., & Boivin, J. (2007). Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant. *Human Reproduction*, 22(6), 1662–1668. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dem057>
- Butts, C. D., Bloom, M. S., Frye, C. A., Walf, A. A., Parsons, P. J., Steuerwald, A. J., Ilonze, C., & Fujimoto, V. Y. (2014). Urine cortisol concentration as a biomarker of stress is unrelated to IVF outcomes in women and men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 31(12), 1647–1653. <https://doi.org/10.1007/s10815-014-0359-0>
- Callan, V. J., & Hennessey, J. F. (1988). The psychological adjustment of women experiencing infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 61(2), 137140. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02772.x>
- Cesta, C. E., Johansson, A. L., Hreinsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Olofsson, J. I., Holte, J., Wramsby, H., Wramsby, M., Cnattingius, S., Skalkidou, A., & Nyman Iliadou, A. (2018). A prospective investigation of perceived stress, infertility-related stress, and cortisol levels in women undergoing in vitro fertilization: influence on embryo quality and clinical pregnancy rate. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 258–268. <https://doi.org/10.1111/aogs.13280>
- Clarke, R. N., Klock, S. C., Geoghegan, A., & Travassos, D. E. (1999). Relationship between psychological stress and semen quality among in-vitro fertilization patients. *Human Reproduction*, 14(3), 753–758. <https://doi.org/10.1093/humrep/14.3.753>
- Csemiczky, G., Landgren, B. M., & Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetrica et*

- Gynecologica Scandinavica*, 79(2), 113–118. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2000.079002113.x>
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best practice & research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Cooper, H. (1971). Psychogenic infertility and adoption. *South African Medical Journal*, 45(26), 719–722.
- Crawford, N. M., Hoff, H. S., & Mersereau, J. E. (2017). Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. *Human Reproduction*, 32(3), 582–587. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew351>
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kiebooms, G., & Koninckx, P. R. (1989). The effect of a specific emotional stressor on prolactin, cortisol, and testosterone concentrations in women varies with their trait anxiety. *Fertility and Sterility*, 52(6), 942–948. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)53156-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)53156-2)
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kiebooms, G., & Koninckx, P. R. (1992). Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of in vivo fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinology*, 17(6), 655–665. [https://doi.org/10.1016/0306-4530\(92\)90024-2](https://doi.org/10.1016/0306-4530(92)90024-2)
- Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seibel, M., & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58(6), 1158–1163. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)55562-9](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)55562-9)
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, Suppl: 45–52.
- Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., & Alper, M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 94(4), 1457–1459. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.06.020>
- Dunkel-Schetter, C., & Stanton, A. L. (1991). Psychological adjustment to infertility: Future directions in research and application. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 197–222). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0753-0_10
- Ebbesen, S. M. S., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L., Petersen, T., & Ingerslev, H. J. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction*, 24(9), 2173–2182. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep185>
- Eisenberg, M. L., Smith, J. F., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Adler, N. E., Pasch, L. A., Katz, P. P., & Infertility Outcomes Program Project Group. (2010). Predictors of not pursuing infertility treatment after an infertility diagnosis: examination of a prospective US cohort. *Fertility and Sterility*, 94(6), 2369–2371 <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.03.068>
- Epstein, Y. M., & Rosenberg, H. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility and Sterility*, 83(6), 1882–1884. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.098>

- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. (1999). *Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. Social Science & Medicine, 48*(5), 575–589. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00386-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00386-4)
- Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H., Braat, D. D. M., Brewaeyns, A. M. A., Dolfing, J. G., Kortman, M., Leerentveld, R. A., & Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction, 18*(7), 1536–1543. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg276>
- Galst, J. P. (2018). The elusive connection between stress and infertility: A research review with clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration, 28*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/int0000081>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update, 18*(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Education and Counseling, 93*(3), 646–654. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.015>
- Gameiro, S., & Boivin, J. (2017). The Psychology of Infertility in Reproductive Medicine and Healthcare, c. 1940s–2000s. In: Davi, G. & Loughran, T. *The Palgrave Handbook of Infertility in History: Approaches, Contexts and Perspectives*, (pp.393–413), Springer Nature.
- Gaskins, A. J., Rich-Edwards, J. W., Lawson, C. C., Schernhammer, E. S., Missmer, S. A., & Chavarro, J. E. (2015). Work schedule and physical factors in relation to fecundity in nurses. *Occupational and Environmental Medicine, 72*(11), 777–783. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103026>
- Gleicher, N., & Barad, D. (2006). Unexplained infertility: does it really exist?. *Human Reproduction, 21*(8), 1951–1955. <https://doi.org/10.1093/humrep/del135>
- Greil, A. L., Leitko, T. A., & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and hers. *Gender & Society, 2*(2), 172–199. <https://doi.org/10.1177/089124388002002004>
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine, 45*(11), 1679–1704. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0)
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness, 32*(1), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Greil, A., McQuillan, J., & Slauson-Blevins, K. (2011). The social construction of infertility. *Sociology Compass, 5*(8), 736–746. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00397.x>
- Harrison, K. L., Callan, V. J., & Hennessey, J. F. (1987). Stress and semen quality in an in vitro fertilization program. *Fertility and Sterility, 48*(4), 633–636. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)59477-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)59477-1)
- Harlow, C. R., Fahy, U. M., Talbot, W. M., Wardle, P. G., & Hull, M. G. R. (1996). Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction, 11*(2), 274–279. <https://doi.org/10.1093/humrep/11.2.274>

- Hjollund, N. H. I., Bonde, J. P. E., Henriksen, T. B., Giwercman, A., Olsen, J., & Danish First Pregnancy Planner Study Team. (2004). Reproductive effects of male psychologic stress. *Epidemiology*, *15*(1), 21–27. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000100289.82156.8b>
- Józków, P. & Rossato, M. (2017). The Impact of Intense Exercise on Semen Quality. *American Journal of Men's Health*, *11*(3), 654–662. <https://doi.org/10.1177/1557988316669045>.
- Kentenich, H. & Siedentopf, F. (2002) Psychosomatics and reproductive medicine: a good relationship?, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *23*(1), 1–3, <https://doi.org/10.3109/01674820209093407>
- Klonoff-Cohen, H. (2005). Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. *Human Reproduction Update*, *11*(2), 180–204. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmh059>
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, *76*(4), 675–687. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(01\)02008-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(01)02008-8)
- Lalos, A., Lalos, O., Jacobsson, L., & Von Schoultz, B. (1985). The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *64*(7), 599–604. <https://doi.org/10.3109/00016348509156369>
- Lamb, E. J., & Leurgans, S. (1979). Does adoption affect subsequent fertility?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *134*(2), 138–144. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(79\)90877-9](https://doi.org/10.1016/0002-9378(79)90877-9)
- Leon, I. G. (2010). Understanding and treating infertility: Psychoanalytic considerations. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *38*(1), 47–75. <https://doi.org/10.1521/jaap.2010.38.1.47>
- Lord, S., & Robertson, N. (2005). The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *23*(4), 319–332. <https://doi.org/10.1080/02646830500273566>
- Mahlstedt, P. P., Macduff, S., & Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, *4*, 232–236. <https://doi.org/10.1007/BF01533762>
- Malik, S. H., & Coulson, N. S. (2010). Coping with infertility online: an examination of self-help mechanisms in an online infertility support group. *Patient Education and Counseling*, *81*(2), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.007>
- Malina, A., & Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization—Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *24*(4), 554–558. <https://doi.org/10.5604/12321966.1232085>
- Massey, A. J., Campbell, B., Raine-Fenning, N., Aujla, N., & Vedhara, K. (2014). The association of physiological cortisol and IVF treatment outcomes: a systematic review. *Reproductive Medicine and Biology*, *13*(4), 161–176. <https://doi.org/10.1007/s12522-014-0179-z>
- Massey, A. J., Campbell, B. K., Raine-Fenning, N., Pincott-Allen, C., Perry, J., & Vedhara, K. (2016). Relationship between hair and salivary cortisol and pregnancy in women undergoing IVF. *Psychoneuroendocrinology*, *74*, 397–405. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.08.027>

- McQuillan, J., Greil, A. L., White, L., & Jacob, M. C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family, 65*(4), 1007–1018. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.01007.x>
- Meller, W., Burns, L. H., Crow, S., & Grambsch, P. (2002). Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 23*(1), 27–30. <https://doi.org/10.3109/01674820209093412>
- Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility, 34*(4), 313–319. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)45031-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)45031-4)
- Merari, D., Feldberg, D., Elizur, A., Goldman, J., & Modan, B. (1992). Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. *Journal of Assisted reproduction and Genetics, 9*, 161–169. <https://doi.org/10.1007/BF01203757>
- Miller, N., Herzberger, E. H., Pasternak, Y., Klement, A. H., Shavit, T., Yaniv, R. T., Neumark, E., Eisenberg, M. M., Berkovitz, A., Shulman, A., & Wisner, A. (2019). Does stress affect IVF outcomes? A prospective study of physiological and psychological stress in women undergoing IVF. *Reproductive Biomedicine Online, 39*(1), 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.01.012>
- Mitrović, M., Opsenica Kostić, J. & Panić, D. (2021). Social support and relationship satisfaction as predictors of positive and negative affect in infertile woman during IVF treatment. *Facta Universitatis: Pshilosophy, Sociology, Psychology and History, 20*(2), 123–136. <https://doi.org/10.22190/FUPSPH2102123M>
- Möller, A., & Fällström, K. (1991). Psychological consequences of infertility: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 12*(1), 27–44. <https://doi.org/10.1080/21674086.1997.11927521>
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology, 63*(1), 126130. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015>
- Notman, M. T., Rosenthal, M. B., & Goldfarb, J. (1997). Infertility and assisted reproductive technology: an update for mental health professionals. *Harvard Review of Psychiatry, 5*(3), 169–172. <https://doi.org/10.3109/10673229709000301>
- Nouri, K., Litschauer, B., Huber, J. C., Buerkle, B., Tiringier, D., & Tempfer, C. B. (2011). Saliva cortisol levels and subjective stress are not associated with number of oocytes after controlled ovarian hyperstimulation in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertility and Sterility, 96*(1), 69–72. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.063>
- Nouri, M., Amani, R., Nasr-Esfahani, M., & Tarrahi, M. J. (2019). The effects of lycopene supplement on the spermatogram and seminal oxidative stress in infertile men: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Phytotherapy Research, 33*(12), 3203–3211. <https://doi.org/10.1002/ptr.6493>
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility, 81*(2), 258–261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>
- Opsenica Kostić, J., Mitrović, M. & Panić, D. (2021). The experience of infertility and quality of life of women undergoing the ivf process – a study in Serbia. *International Psychological Applications Conference and Trends – InPACT 2021, Proceedings, 22–26*. <https://doi.org/10.36315/2021inpact005>

- Paulson, J., Haarmann, B., Salerno, R., & Asmar, P. (1988). An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 27(3), 475–475. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(88\)90135-x](https://doi.org/10.1016/0020-7292(88)90135-x)
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*, 4(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>
- Reading, A. E., Chang, L. C., & Kerin, J. F. (1989). Psychological state and coping styles across an IVF treatment cycle. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 7(2), 95–103. <https://doi.org/10.1080/02646838908403580>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2016). The impact of stress on fertility treatment. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 198–201. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000261>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 41–47. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>
- Schneid-Kofman, N., & Sheiner, E. (2005). Does stress effect male infertility?--a debate. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 11(8), SR11–SR13.
- Siristatidis, C., & Bhattacharya, S. (2007). Unexplained infertility: does it really exist? Does it matter?. *Human Reproduction*, 22(8), 2084–2087. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem117>
- Smeenk, J. M. J., Verhaak, C. M., Vingerhoets, A. J. J. M., Sweep, C. G. J., Merkus, J. M. W. M., Willemsen, S. J., Van Minnen, A., Straatman, H., & Braat, D. D. M. (2005). Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Human Reproduction*, 20(4), 991–996. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh739>
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S., & Tanbo, T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 115–120. <https://doi.org/10.1080/01674820701447447>
- Szkodziak, F., Krzyżanowski, J., & Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *Journal of International Medical Research*, 48(6), 0300060520932403. <https://doi.org/10.1177/0300060520932403>
- Tyler, E. T., Bonapart, J., & Grant, J. (1960). Occurrence of pregnancy following adoption. *Fertility and Sterility*, 11(6), 581–589. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)33963-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)33963-2)
- Van Balen, F. (2002). The psychologization of infertility. In: Ingorn, M. c. & Van Balen, F. *Infertility around the Globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*, (pp.79–98), University of California Press.
- Van Empel, I. W., Aarts, J. W., Cohlen, B. J., Huppelschoten, D. A., Laven, J. S., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2010). Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Human Reproduction*, 25(10), 2516–2526. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq219>
- Vellani, E., Colasante, A., Mamazza, L., Minasi, M. G., Greco, E., & Bevilacqua, A. (2013). Association of state and trait anxiety to semen quality of in vitro fertilization patients: a controlled study. *Fertility and Sterility*, 99(6), 1565–1572. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.01.098>

- Wischmann, T. H. (2003). Psychogenic infertility—myths and facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 20*(12), 485–494. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JARG.000013648.74404.9d>
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., & Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility, 95*(2), 717–721. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.09.043>
- Wylie, K. R. (1993). Psychological morbidity in unexplained infertility. *Sexual & Marital Therapy, 8*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1080/02674659308404498>
- Yao, M., & Schust, D. (2002). Infertility. In Berek, J. (Ed.), *Novak's Gynecology* (pp. 973–1066). Lippincot Williams & Wilkins.

3. ŠTA RODITELJE ČINI RODITELJIMA?

Jelena Opsenica Kostić

U novom domaćem udžbeniku iz psihologije porodice, na početku poglavlja o roditeljstvu, stoji: „O porodici u pravom smislu reči možemo da govorimo tek kada u nju stignu deca (rođenjem, usvojenjem ili na neki drugi način), a do tada govorimo o braku, to jest o partnerskoj zajednici” (Svetozarević i Mitić, 2021, str. 153). Dakle, porodica nastaje kada partneri postanu roditelji. U ovom delu knjige ćemo pokušati da razmotrimo šta je to što roditelje čini roditeljima. To će nas pripremiti na razmatranje različitih načina na koje deca mogu da ‘stignu’ u porodicu, kojima ćemo se baviti u devetom poglavlju.

3.1. Roditeljstvo kao biološka povezanost, namera i/ili odgajanje dece

Ko su roditelji? Kako biste odgovorili na ovo pitanje? Ljudi koji su doneli dete na svet i odgajaju ga? Ove dve komponente najčešće idu zajedno: ljudi koji su doneli dete na svet su obično i oni koji čuvaju dete (ili ga, iz različitih razloga, čuva (bar) jedna od te dve osobe). A šta ako prokreaciju i odgajanje razdvojimo? Ko je ‘više’ roditelj? Osoba koja je biološki povezana sa detetom, od čijih ćelija je dete nastalo, osoba koja ga je nosila i rodila, ili ona osoba koja ga odgaja i brine se o njemu? Da li dete koje su biološki ‘stvorili’ jedni, a odgajaju drugi ljudi, ima više od dva roditelja? Ili ne? Šta ako ovi prvi, recimo, nisu imali nameru odgajanja, a ovi drugi su je svesno odredili i sprovode je? Možda ste razmišljajući o ovome imali na umu usvojenje, ali to danas nikako nije jedina situacija koja nas navodi da razmišljamo o suštini roditeljstva. Moderno doba i napredak tehnologija asistirane reprodukcije nas prosto teraju da još jednom preispitamo šta roditelja čini roditeljem. Da li komponentama biologije, namere i odgajanja u roditeljstvu umemo da odredimo konstantnu vrednost (važnost ili težinu), koja bi važila u različitim slučajevima? (Da li znamo da odredimo stabilne pondere ovih pokazatelja, ako volite statistiku.) Da li je nešto više, manje ili podjednako važno? Proći ćemo kroz neke nesvakidašnje situacije iz ‘stvarnog’ života, koje će nam pomoći da se suočimo sa stavovima i dilemama u vezi sa roditeljstvom.

Krenućemo od situacije koja bi trebalo da bude jednostavna. Maria i Veronika započinju razgovor u čekaonici lekarske ordinacije u San Huanu, Argentina

(Moschella, 2016⁸). Donele su svoje bebe – devojčice stare tri nedelje, na prvi pregled. Obe žene su se porodile istog dana, na istoj klinici. Maria je određene sumnje imala na izlasku iz bolnice: posle porođaja joj je rečeno da je njena beba teška tri kilograma, međutim, kada je pošla kući, dobila je devojčicu tešku oko tri i po kilograma. (U prvim danima se ne očekuje da beba dobija, već da gubi na težini – tzv. kaliranje, koje obično iznosi oko deset procenata težine, uobičajena je pojava.) Maria je tada reagovala i rekla osoblju klinike da nešto nije u redu, međutim, osoblje je zauzelo stav da je majka nešto pogrešno razumela. Ona svoje iskustvo deli sa Veronikom u čekaonici i pojavljuju se nove informacije: Veronikina beba je na rođenju bila teška 3 kilograma 600 grama, a kući je otišla sa bebom teškom oko tri kilograma. Majke zaključuju da su njihove ćerke zamenjene po rođenju. Maria pokreće tužbu i nalaže se testiranje DNK, koje potvrđuje zaključak majki. Nakon toga bebe su zamenjene još jednom – Maria i Veronika počinju da odgajaju decu koju su i rodile. Šta ste mislili i osećali dok ste čitali ovo? Oslušnite sebe pre nego što nastavite da čitate dalje. „Kada čuju priču poput ove, većina ljudi je šokirana činjenicom da je bolnica napravila takvu grešku, ali osećaju olakšanje što je greška brzo otkrivena i što je situacija razrešena na obostrano zadovoljstvo majki. Ono što je upadljivo je gotovo univerzalni stav da takva situacija zaista *zahteva* rešenje, da su biološke majke *prave* majke“ (u originalu: *rightful* mothers; italik je preuzet iz originala; Moschella, 2016, str. 21). Da li ste i vi reagovali kao ‘većina ljudi’? Inače, priča je prepričana što neutralnijim terminima. U novinskom članku stoji i sledeća rečenica: „Nastavile su da se brinu o *pogrešnim* bebama dok su čekale konačni *nalaz*“ (italik je moj). Zašto su to *pogrešne* bebe? Da li možete da zamislite da bi neko u našoj ili nekoj drugoj (postojećoj) kulturi reagovao na sledeći način: „Ali zašto bi se one trudile da zamene decu?“ Svaka majka je imala zdravu devojčicu i brinula se o njoj. Da se nisu srele tog dana u lekarskoj čekaonici, da li bi im zaista životi bili značajno drugačiji? „Zašto bi one, ili bilo ko drugi, brinuo o prisustvu ili odsustvu puke *biološke* povezanosti?“ (Moschella, 2016, str. 22). Ipak, brinemo. U ovom primeru *nešto* nam ne da da zaključimo da je svejedno koja majka odgaja koju bebicu. Uopšteno gledano, ljudi vrednuju biološku povezanost, ili, kako bi pravnici rekli, krvno srodstvo. Ipak, ni zakonu, a ni svakodnevnom životu, ne promiče da se neki (biološki) roditelji ne ponašaju kao roditelji, ne brinu o životu i zdravlju deteta, ne čuvaju ga i ne vaspitavaju. Pored preventivnog nadzora nad vršenjem roditeljskog prava, zakon predviđa i korektivni nadzor, a u ekstremnim slučajevima predviđa i mogućnost lišavanja roditeljskog prava (roditeljsko pravo nastupa

⁸ Originalni novinski članak iz kojeg je autorka Melisa Mošela saznala za slučaj je i dalje dostupan: Atkins, Nigel, „Baby girls switched at birth are reunited with mums after chance meeting at blundering hospital“, *Mirror*, October 24, 2013, www.mirror.co.uk/news/world-news/baby-girls-switched-birth-reunited-2487370 (Poslednji put posećeno 15. 1. 2023. godine.) Inače, Mošela se bavi filozofijom – biomedicinskom etikom, prirodnim zakonom, etičkim i političkim statusom porodice; u svojim radovima zastupa ideje o važnosti bioloških veza. Razmatranjem roditeljskog prava su se bavili (bave se) i drugi filozofi, ali ovaj ugao gledanja izlazi iz okvira kompetencija autora ovih redova i namene teksta – što vas svakako ne sprečava da sami istražujete u tom smeru.

odmah po rođenju deteta, za majku, kao i za oca⁹). Nezavisno od toga da li je do zakonskog lišavanja došlo, okolina može da prepozna i zaključi da X zapravo nikada nije bila (prava) majka ili nije bio (pravi) otac određenom detetu. Čini se da u situaciji kada nega izostaje (kada nema odgajanja deteta niti namere da se dete odgaja¹⁰), biološka povezanost počinje da gubi na značaju. Tada smo spremni da zaključimo da pravog roditelja pravim čini briga za dete. Ali smo u prethodnom primeru (najverovatnije) zadovoljni razrešenjem situacije.

Hajde da još malo testiramo određenje roditeljstva. Sledeća situacija je složenija i uključuje ideju o 'reprodukciji uz pomoć treće strane' (engl. third party reproduction), koja nije sprovedena ni kako je dogovorom planirano, a ni na zakonski regulisan način. Malo smo požurili sa uvođenjem termina; dovoljno je razumeti da reprodukcija uz pomoć treće strane ili reproduktivnih drugih (engl. reproductive others) obuhvata različite načine humane reprodukcije koji uključuje druge osobe osim nameranih roditelja: donore jajnih ćelija, donore spermatozoida ili donore embriona i osobe koje će izneti trudnoću – surogat majke. I za ovaj primer se saznalo jer je 'slučaj' završio na sudu u Kanadi, 2022. godine¹¹. J. i C. su zajedno deset godina, ali ne mogu da imaju dece. Oni su gej par. Ako će vam ovo uticati na razmišljanje, možete ih zamisliti kao heteroseksualni par¹². J. i C. imaju prijateljicu, B., koja je u novoj vezi sa svojim partnerom A. Prijatelji su se dogovarali da B. bude surogat majka za njih. Iako su pokušavali da izađu na kraj sa zakonskim aspektima surogacije, nikakav ugovor nije potpisan. (Članak naglašava da su svi akteri skromnog materijalnog statusa; Kanada ne zabranjuje surogaciju iz altruističkih razloga, ali svakako treba napraviti ugovor, odnosno uključiti advokata u ceo proces. To ovde nije učinjeno.) U međuvremenu B. nehotice, odnosno bez prave namere da odgaja dete, ostaje u drugom stanju sa svojim partnerom A. Inicijalni dogovor je bio da će se koristiti sperma C., ali kad je B. ostala trudna početni planovi za dete se nisu promenili. Međutim, sada više nije bilo moguće napraviti zvaničan, obave-

⁹ Dobro je upoznati se sa Porodičnim zakonom, ceo dokument je dostupan onlajn, na primer na: https://www.paragraf.rs/propisi/porodicni_zakon.html [16. 1. 2023.]. Lišenje i prestanak roditeljskog prava regulisano je članovima 81-84.

¹⁰ Roditelj može imati nameru da odgaja dete, ali ga trenutne okolnosti u tome sprečavaju. Te nepovoljne okolnosti mogu biti prevladane. Osim svakodnevnog života, ovo eksplicitno prepoznaje i Porodični zakon, Član 83: „Roditelju se može vratiti roditeljsko pravo kada prestanu razlozi zbog kojih je bio potpuno ili delimično lišen roditeljskog prava.“ Sa jedne strane, ovakav stav štiti roditelje (i njihovu decu) u slučajevima kada roditelji žele i mogu da povrate svoje roditeljsko pravo. Sa druge strane, u praksi se često događa da se ukidanje roditeljskog prava odlaže godinama, što onemogućava dugoročno adekvatno zbrinjavanje deteta (dete ostaje u instituciji ili kod hranitelja, umesto da bude usvojeno).

¹¹ Opis možete naći u tekstu *The Americas / Evolution of the family – The Importance of Biological Ties*, na sajtu Udruženja advokata Komonvelta <https://www.commonwealthlawyers.com/the-americas/evolution-of-the-family-the-importance-of-biological-ties/> [16. 1. 2023].

¹² U ovoj knjizi se nećemo baviti roditeljstvom u porodicama homoseksualnih parova. Ukoliko vas tema zanima, osnovne informacije možete dobiti iz knjige *Novi životni stilovi i forme porodice*: <https://izdanja.filfak.ni.ac.rs/monografije/2017/novi-zivotni-stilovi-i-forme-porodice>.

zujući ugovor, jer zakon zahteva da se takvi ugovori sklope pre trudnoće. Dok je B. bila u drugom stanju J. i C. su izvršili pripreme u svom domu za život sa bebom, prilagodili su svoj budući radni raspored da bi mogli samostalno da se brinu o bebi i učestvovali su u troškovima povezanim sa trudnoćom koje je imala B. Sama B. i njen partner A. nisu pravili nikakve pripreme. Kada je beba bila stara jedan dan (ne piše gde se B. porodila), B. i A. su predali bebu paru – J. i C. Kada je beba bila stara četiri meseca, B. i A. su je tražili nazad. Vredi pomenuti i da B. i A. nisu nijednom videli/posetili bebu nakon predaje. Mogli smo dati i jednostavniji, izmišljeni primer, ali вреди videti i neurednost stvarnog, savremenog života u ‘punom sjaju’. Šta mislite i osećate sada? Ko su roditelji? Ko ovde ima roditeljsko pravo? Da li verujete da znate šta je najverovatnija odluka suda? Sudija je odlučila da J. i C., iako nemaju bioloških veza sa detetom, treba da ostanu staratelji deteta i da donose sve važne odluke za njega. U obrazloženju presude je, između ostalog, izneto da beba ‘cveta’ zahvaljujući nezi J. i C. i da su oni spremni da omoguću održavanje odnosa B. i A. sa detetom. U današnjem (kanadskom, legalnom) sagledavanju porodičnih odnosa i najboljih interesa deteta puka biološka veza nije odlučujući faktor.

Treći primer koji ćemo izložiti je dilema (i još jedan sudski spor) iz 2002. godine. Događaj je, pored brojnih novinskih napisa, inspirisao tri reakcije, tri kratka članka o genetskim vezama i značenju roditeljstva u *Časopisu za medicinsku etiku (Journal of Medical Ethic; Fuscaldo, 2003; Murray & Kaebnick, 2003; Spriggs, 2003)*. Tekstovi su objavljeni u posebnoj odeljku pod naslovom „Kontroverze”. Šta se to dogodilo? Par iz Velike Britanije je ušao u proces VTO. Imali su svoje gamete i dosta sreće da se trudnoća ostvari i održi. Nisu se upuštali u improvizacije predviđene procedure, što smo imali u prethodnom primeru – sve je sprovedeno u odgovarajućoj klinici. Situacija, zapravo, izgleda vrlo dobro i povoljno za par. Kako su onda dospeli u novine i na sud? Žena je rodila zdrave, muške blizance. Deca su crna. Par je beo. Nešto nije kako treba? (Da li imate osećaj da nešto nije kako treba?) Što se zakona tiče, britanski zakon, kao i naš, majkom deteta smatra ženu koja je rodila dete. Oba zakona zakonskog partnera, muža žene koja je rodila dete, smatraju ocem. Ipak, deca nisu biološki njihova? Ili mogu biti? Da li vidite varijantu da oba ‘bela’ roditelja zapravo budu i biološki roditelji ovih beba tamne puti? Ta varijanta postoji. Biološke veze između roditelja i dece mogu biti genetske i gestacione (Di Nuci, 2016; Gheaus, 2017). Genetska veza označava da je dete začeto od polnih ćelija te određene osobe, a gestaciona veza znači da je osoba iznela trudnoću i rodila dete. U situaciji o kojoj govorimo, oba roditelja bele rase mogu biti biološki roditelji tamnoputih blizanaca ukoliko je muškarac genetski, a žena gestacioni roditelj. Doduše, ovo bi značilo da je klinika pogrešila i da su iskorišćene jajne ćelije druge žene. A postoji mogućnost i da je par dobio tuđi embrion. Da li se to dogodilo? Da li potencijalna greška znači da oni imaju tuđu decu? Iako nisu imali nameru da odustanu od (svoje) dece, par se jeste pitao šta se dogodilo i tražili su odgovor od klinike. Testiranjem DNK je ustanovljeno da je gestaciona majka i genetska majka dece, ali njen muž nije genetski otac. Greškom je iskorišćena sperma crnog para, koji je bio u procesu VTO na istoj klinici. (Nema informacija da li je taj

par postigao trudnoću.) Drugi par, u kojem je genetski otac blizanaca, sudski traži starateljstvo nad decom. Oni žele da dokažu (i da praktikuju) svoje roditeljsko pravo. Da li ga imaju? Oba para žele decu, imaju nameru da budu roditelji. Oba para su se podvrgla vrlo ozbiljnoj proceduri vantelesne oplodnje. Po jedna osoba iz oba para je biološki roditelj deteta. Da li je ovo 'nerešeno'? Ako jeste, da li je ta situacija u najboljem interesu dece? Opet, 'beli' par se, kroz trudnoću, pripremao za roditeljstvo, povezao se sa decom i pre i nakon porođaja. Oni nisu imali nameru da odustanu od dece, samo su želeli da dođu do istine u vezi sa događajima na klinici. Sa druge strane, muškarac iz drugog para nije imao nameru da bude donor sperme. S obzirom na biološku povezanost sa blizancima, moguće je da se on oseća kao otac dece. To jest, i crni par ima biološku povezanost i nameru odgajanja. Ko su roditelji ovih blizanaca? Beli par, par u kojem je biološka majka. Sud im nije oduzeo starateljstvo. Oni su ostali sa svojim blizancima, a drugi par, verovatno, sa gorčinom. Iako, pretpostavljam, osećate da bi bilo nepravedno oduzeti decu belom paru, verujem da osećate i da život nije bio fer prema crnom paru. A zakon je zakon, deca se, bez snažnog razloga, ne mogu oduzeti majci.

3.1.1. Značenje roditeljstva

Jedno značenje roditeljstva nalazi se u korenu samog termina – roditelj je prokreator deteta. (Vrlo slično je i u engleskom jeziku, koren je iz latinskog.) Ovo biološko određenje je često prvo koje se intuitivno pojavljuje kada pomislimo na 'roditelja', a i istorijski je najistaknutije (Fuscaldo, 2013). Kao što je malo ranije rečeno, biološke veze između roditelja i dece mogu biti genetske i gestacione (Di Nuci, 2016; Gheaus, 2017). Dete koje je nosila i rodila žena koja je i genetska majka (dete je začeto od njene jajne ćelije) biološki je roditelj i u gestacionom i u genetskom smislu. Zapravo, tek na kraju prošlog veka su stvorene mogućnosti da žena rodi dete začeto uz pomoć jajne ćelije donora – na ovo ćemo se još vratiti. (U tom slučaju je ona (samo) gestacioni roditelj.) Muškarac je biološki otac ukoliko je dete začeto od njegovih spermatozoida – u tom slučaju on ima genetske veze sa detetom. Ovo su činjenice koje se ne osporavaju. Međutim, kao što smo videli u prethodnim primerima, biološka veza nije dovoljna da bi nekog učinila roditeljem. U nekim slučajevima, kao što je napuštanje deteta od strane roditelja, začćeće uz pomoć doniranih ćelija ili usvajanje, verovatno ćemo ići dotle da kažemo da biološka veza nije ni presudna. Međutim, u drugim slučajevima, kao što je bila zamena beba iz našeg prvog primera, biološka veza igra veliku ulogu. Svakodnevni život nam govori da su za mnoge ljude genetsko i gestaciono roditeljstvo od velikog značaja, jer su ljudi spremni da ulažu vrlo velike količine energije, vremena i novca da takvo roditeljstvo ostvare. Da se kratko osvrnemo i na druga određenja, a biološkim vezama ćemo se još jednom vratiti kroz razmatranja motivacije za roditeljstvo.

Drugo značenje roditeljstva, suštinska karakteristika koja određuje roditelja, jeste namera (intencionalnost; Murray & Kaebnick, 2003). Partneri imaju nameru da postanu roditelji i svesno idu ka svom cilju. Ovo namerno ulaženje u ulogu

roditelja može da bude povezano sa biološkim roditeljstvom, ali i ne mora (setite se samog početka ovog poglavlja, dolazak dece u partnersku zajednicu). Danas je moguće biti roditelj deteta koje je doneto na svet uz pomoć reproduktivnih drugih – uz pomoć doniranih oocita, spermatozoida, uz pomoć surogat majke. Nameravani roditelji mogu imati delimičnu ili nikakvu biološku vezu sa detetom, a i dalje ćemo ih smatrati roditeljima. Pored toga, reproduktivni drugi mogu imati genetske i/ili gestacijske veze sa detetom, bez ikakve namere da budu roditelji¹³. I pre napretka asistirane reprodukcije bilo je moguće da partneri (namerno) postanu roditelji detetu ili deci sa kojom nemaju nikakve biološke veze – kroz usvojenje. Neki biološki roditelji ne planiraju roditeljstvo, bar ne u trenutku začeća, ali nakon saznanja o začeću formiraju nameru da budu roditelji. Opet, neki partneri neće biti spremni za tu doživotnu ulogu i odlučiće se za prekid trudnoće. Namera da se bude roditelj je značajna komponenta vršenja ove važne društvene uloge.

Treće određenje roditeljstva, ili treća komponenta značenja pojma roditelj, jeste odgajanje (Murray & Kaebnick, 2003). Biološke veze i namera koje je postojala u nekom trenutku ipak ne znače mnogo ako roditelji ne pokazuju brigu za dete, ako ga ne neguju. Odgajanje deteta je čvršće povezano sa namerom, nego sa biologijom. Ako prave namere nije bilo, ako je dete rođeno iz dominantno instrumentalnih razloga, vrlo je moguće da će fizička, emocionalna i finansijska briga za dete manjkati ili izostati. Nasuprot tome, ljudi mogu biti vrlo predani u odgajanju dece sa kojom nisu biološki povezani. Doduše, i dete rođeno da bi se ostvarila neka vrsta dobiti može biti odgajano na zadovoljavajući način. Uglavnom, odgajanje znači da roditelj, nezavisno od biološke veze ili početne namere, voli dete i brine o njemu.

Kada su sva tri značenja roditeljstva prisutna, onda nema dileme i nema potrebe za uključivanjem pravnog sistema ili za pozivanjem na etiku u odlučivanju da li je neko roditelj. Ako nekoj komponenti treba dati veću težinu, verovatno ćemo se odlučiti za komponentu odgajanja. Svakako ne treba izbegavati diskusiju o ovim pitanjima, jer je, vrlo verovatno, pred nama vreme u kojem ćemo se sve češće sretati sa roditeljstvom u kome biološka komponenta delimično ili potpuno izostaje.

3.2. Motivacija za roditeljstvo

U prethodnom tekstu smo krenuli od vrednovanja bioloških veza, od uznemirenosti sa zamenom beba, a završili smo isticanjem važnosti odgajanja. Sigurno je da bi se moglo naći još dosta primera koji bi stavili na muke naše razumevanje

¹³ Ukoliko potencijalni donori ili surogat majke veruju da su i oni roditelji deteta, to je, za njihovo subjektivno blagostanje, nepovoljna situacija i ne treba dozvoliti da te osobe budu uključene u proces reprodukcije uz pomoć treće strane (jer ta očekivanja neće biti ispunjena). U tim slučajevima ostaje otvorena mogućnost da se, kroz proces savetovanja, uspostavi drugačija ideja o ulozi donora/surogat majki u nastanku porodice. Cilj ne samo psihologa, već svih stručnjaka uključenih u proces reprodukcije uz pomoć reproduktivnih drugih, može da bude jedino uspostavljanje i/ili očuvanje blagostanja svih učesnika u procesu, uključujući i blagostanje deteta koje tek treba da bude začeto. Na ovo ćemo se vratiti u narednim temama, kada bude reči o porodicama nastalim uz pomoć donora i surogat majki.

roditeljskog prava i naše određenje roditeljstva. Između ostalog, izazov je odgovoriti na pitanje zašto se parovi godinama bore za dobijanje biološkog deteta, kad svoju želju za ostvarivanjem roditeljske uloge mogu ispuniti sa detetom sa kojim nisu biološki povezani. To jest, ako je suština odgajanje, odgajati se može i nebiološko, isto kao i biološko dete. Ipak, mnogi parovi istrajavaju u značajnim naporima da odgajaju biološko dete. Može se pretpostaviti da važan deo razloga za ovo istrajavanje možemo pronaći u razmatranjima motivacije za roditeljstvo. Ova motivacija je, kao i svaka druga, pod određenim uticajem shvatanja sredine – pod uticajem ekoloških sistema. Šta dosadašnja istraživanja pokazuju, koji su to *pozitivni* motivi za dobijanje dece¹⁴? Prva grupa motiva su emocionalni, psihološki motivi (Guedes et al., 2015). Par želi dete jer želi da ostvari poseban, roditeljski odnos sa detetom, odnos ispunjen toplinom. Takođe, dete se može želiti iz razloga ličnog rasta: osoba želi da se razvija kroz ulogu roditelja i da unese novo značenje u svoj život. Kod ove dve komponente psiholoških motiva, reklo bi se, ne igra veliku ulogu to da li postoji biološka povezanost sa detetom ili ne. Međutim, kod sledeće dve komponente dobijanje biološkog deteta bi, verovatno, olakšalo zadovoljenje potreba. Osnaživanje i rast partnerske veze kroz roditeljstvo je, možda, lakše postići ukoliko su partneri biološki roditelji. (Sa ovim se ne morate složiti; ovo je samo razmatranje u pokušaju da pronađemo odgovor na pitanje zašto ljudi godinama istrajavaju u nastojanjima da dobiju biološkog potomka.) Takođe, stvaranju i osnaživanju porodičnih veza pogoduje ostvarenje biološkog roditeljstva.

Druga grupa motiva obuhvata društvena, normativna očekivanja. Ove teženje ćemo upoznati u narednom poglavlju, sa razmatranjem društvenog značenja odraslog doba. Autori društvena usmeravanja prepoznaju kao pozitivne putokaze za put kojim putem treba ići kroz odraslost. Jedan deo normativnih očekivanja se može ostvariti odgajanjem deteta *per se*, ali postoji i set očekivanja koji je jasnije vezan za biološko dete, a dolazi iz pravca religijskih uverenja (ukoliko su ona važna osobi i/ili sredini) i iz potrebe za nastavljanjem porodične loze, porodičnog imena. Treća grupa motiva, ekonomsko-utilitaristički, mogu biti ostvareni nezavisno od postojanja bioloških veza (npr. ekonomska pomoć ili podrška u starosti). Četvrta grupa motiva je označena kao biološko-fizička i za zadovoljenje ovih potreba gotovo da je neophodno imati biološko dete. Autori ovde pominju biološki instinkt i biološki sat (Guedes et al., 2015). Ovde nije mesto za raspravu o tome da li su ti porivi zaista dominantno biološki ili socijalni. Međutim, čak i ako taj set motiva ostavimo po strani, drugi motivi iz grupe bioloških idu u prilog želje za biološkim potomkom: dokaz biološkog funkcionisanja, ispunjavanje polne uloge, uživanje u iskustvu trudnoće i porođaja, ostvarivanje genetske povezanosti sa detetom.

¹⁴ Svakako postoji i negativna motivacija za roditeljstvo – to su razlozi zbog kojih ljudi nemaju dece ili nemaju više dece. U članku Guedes et al. (2015) „Childbearing Motivations Scale: Construction of a New Measure and its Preliminary Psychometric Properties” postoji i spisak negativnih motiva, napravljen na osnovu pregleda literature, po istim kategorijama kao i spisak pozitivnih motiva. Članak nije slobodan, može se kupiti, međutim uvek možete pisati autorima na platformi ResearchGate i zamoliti za kopiju rada https://www.researchgate.net/publication/258235698_Childbearing_Motivations_Scale_Construction_of_a_New_Measure_and_its_Preliminary_Psychometric_Properties.

Motivacija za dobijanjem dece, motivacija za roditeljstvo, zaista je složena. Ipak, može se uočiti da je neke segmente (neke, ne sve) lakše postići ukoliko se ima biološko dete, a da postoji i manji broj potreba koje su direktno povezane sa dobijanjem biološkog deteta. Dakle, ne radi se o tome da parovi koji istrajavaju u lečenju neplodnosti imaju specifičnu motivaciju za roditeljstvo, već pre o tome da je neki motivi mogu biti lakše ili potpunije zadovoljeni kroz dobijanje i odgajanje biološkog deteta. Sledi tabela sa pozitivnim motivima, onako kako su oni dati u originalnom članku, pa možete i sami razmišljati o ovom pitanju. (Autori razmatraju i negativnu motivaciju za roditeljstvo, koja je vrlo važna o odlučivanju na ne/rađanje dece, ali nije relevantna za temu kojom se ovde bavimo.)

Tabela 1: Subdimenzije pozitivne motivacije za dobijanje dece (engl. childbearing motivation), identifikovane pregledom literature i kroz fokus grupe, prema Guedes et al. (2015)

Emocionalna/ psihološka motivacija	Odnos sa detetom	Ljubav, emocionalna povezanost, nega i podučavanje.
	Partnerski odnos	Ojačavanje i rast, stabilizacija veze, ispunjavanje želje partnera.
	Porodične veze	Porodični/generacijski kontinuitet (veza), 'društvo' za drugo dete.
	Lično postignuće/rast	Osećaj lične ispunjenosti, ličnog rasta i smisla života.
Društvena/ normativna	Društvena/moralna očekivanja	Društvene i porodične norme i pritisci (očekivanja), religijski i moralni zahtevi.
	Socijalni status/identitet odrasle osobe	Socijalno priznanje, potvrda autonomije i odgovornosti.
	Kontinuitet	'Besmrtnost', porodična loza, porodične vrednosti, odnosi i/ili nasleđe.
Ekonomska/ praktična (utilitarna)	Ekonomska podrška	Radna snaga, ekonomska pomoć, socijalne povlastice.
	Instrumentalna podrška	Pomoć/podrška u starosti.
Biološka/ fizička	Biološki instinkt/sat	Želja da se bude majka/otac, pritisak biološkog sata.
	Femininost/maskulnost/ plodnost	Dokaz biološkog funkcionisanja, ispunjavanje polne uloge.
	Trudnoća/rađanje	Uživanje u iskustvu trudnoće i procesu rađanja.
	Biološke veze	Genetska/biološka povezanost sa detetom

Kada je već reč o motivaciji za dobijanje dece, tj. o motivaciji za roditeljstvo, treba kratko pomenuti i Rejbinove motive (Rabin, 1965; Rabin & Greene, 1968).

Kao što možete videti iz samih referenci, ovo jeste staro razmatranje, ali će nam biti korisno. (Ispitivanje motivacije za roditeljstvo nije razvijeno polje u psihologiji.) Istraživanja Rejbina i saradnika su počela kao eksplorativna i projektivna: studenti su radili test nedovršenih rečenica, koji je konstruisan za proučavanje motivacije za roditeljstvo, stavova prema braku i podizanju dece. (Na primer: Muškarci žele decu jer... ; Žene žele decu jer...) Na osnovu rezultata izdvojen je određeni broj kategorija, na temelju kojih su na kraju definisane četiri poznate kategorije motivacije i za njihovo merenje je razvijen upitnik (Rabin & Greene, 1968).

Prvu kategoriju čine altruistički motivi – ovo je nesebična motivacija za roditeljstvo. Deca se žele zato što se prema njima oseća naklonost i ljubav, zato što postoji potreba da se iskaže nega u odnosu sa njima. Drugu grupu čine fatalistički motivi. Ove motive karakteriše shvatanje da su ljudi predodređeni da imaju decu, da muškarci i žene postoje radi ostvarivanja prokreacije. Dobijanje dece nije izbor, to je (neizbežna) sudbina ljudi. U treću grupu svrstana je narcistička motivacija. To su očekivanja da će dete povećati vrednost roditelja, da će biti dokaz roditeljeve maskuliniteti, odnosno femininosti, da će dokazati fizičku, biološku i psihološku adekvatnost roditelja (Rabin & Greene, 1968, str. 40). U četvrtoj grupi motiva za roditeljstvo nalaze se instrumentalni motivi. Tu je dete sredstvo za postizanje nekog specifičnog cilja, ne računajući ciljeve koji su svrstani u kategoriju narcističkih. U hrvatskoj adaptaciji Rejbinove skale instrumentalna motivacija je imala više komponenti: potvrđivanje selfa, produženje porodične loze, očuvanje stabilnosti braka i rodoljublje (Lacković-Grgin i Vitez, 1997; Lacković-Grgin, 2011). Ostaviću vas da razmišljate sami šta u ovom kontekstu znači (ne)dobijanje biološkog deteta. Sam Rejbin je isticao da ne poriče mogućnost postojanja drugih motiva kojih ljudi nisu svesni ili ih potiskuju (Rabin, 1965, str. 408). Sa napretkom asistiranе reprodukcije zaista postoji veća, a ne manja, potreba da upoznamo motive za roditeljstvo parova i pojedinaca (tehnike asistiranе reprodukcije mogu koristiti i osobe koje će biti namerno sami roditelji, to su većinom žene). „Motivacija za roditeljstvo, koja postoji pre rođenja deteta, u velikoj meri određuje roditeljske stavove. Stavovi roditelja mogu biti takvi da promovišu zdrav, ali i patološki razvoj deteta.” (Rabin, 1965, str. 410).

Zaključak

Roditeljstvo označava biološku povezanost sa detetom, nameru da se dete odgaja i sprovođenje te namere – odgajanje deteta. Kada su ove komponente razdvojene, možemo imati manju ili veću dilemu ko je roditelj deteta. Iako se može reći da odgajanje najbolje odslikava suštinu pojma roditelj, značaj bioloških veza nije zanemarljiv. Nije lako odgovoriti na pitanje zašto neki parovi godinama ulažu vrlo visoke napore da ostvare biološko roditeljstvo, ako mogu odgajati nebiološko dete. Deo odgovora možemo potražiti u motivaciji za roditeljstvo. Reklo bi se da zadovoljenju nekih motiva, kao što je osnaživanje partnerske veze i porodičnih

veza, ispunjavanje polne uloge, doživljavanje iskustva trudnoće, pogoduje dobijanje i odgajanje deteta sa kojim roditelji imaju genetsku i gestacionu povezanost.

Literatura

- Di Nucci, E. (2016). IVF, same-sex couples and the value of biological ties. *Journal of Medical Ethics*, 42(12), 784–787. <https://doi.org/10.1136/medethics-2015-103257>
- Fuscaldo, G. (2003). What makes a parent? It's not black or white. *Journal of Medical Ethic*, 29(2), 66-67. <https://jme.bmj.com/content/29/2/66>
- Gheaus, A. (2017). Biological Parenthood: Gestational, Not Genetic. *Australasian Journal of Philosophy*, 96(2), 225–240. <https://doi.org/10.1080/00048402.2017.1354389>
- Lacković-Grgin, K. i Vitez, S. (1997). Predikcija Rabinovih kategorija motivacije za roditeljstvo. *Radovi, FPSP*, 36(13), 43–62.
- Lacković-Grgin, K. (2011). Doživljaj i praksa roditeljstva u različitim životnim razdobljima. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 20(4), 1063–1083. <https://doi.org/10.5559/di.20.4.07>
- Moschella, M. (2016). *To whom do children belong? Parental rights, civic education and children's autonomy*. Cambridge University Press.
- Murray, T.H. & Kaebnick, G. E. (2003). *Journal of Medical Ethic*, 29(2), 68–69. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.29.2.68>
- Spriggs, M. (2003). IVF mixup: white couple have black babies. *Journal of Medical Ethic*, 29(2), 65. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.29.2.65>
- Svetozarević, S. i Mitić, M. (2021). *Osnove psihologije porodice*. Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet.
- Rabin, A. I. (1965.), Motivation for Parenthood. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 29(4): 405–413. <https://doi.org/10.1080/0091651X.1965.10120230>
- Rabin, A. I., & Greene, R. J. (1968). Assessing Motivation for Parenthood. *The Journal of Psychology*, 69(1), 39–46. <https://doi.org/10.1080/00223980.1968.10543447>

4. NEPLODOST U KONTEKSTU RAZVOJA ODRASLIH – NE/POSTIZANJE ULOGE RODITELJA

Jelena Opsenica Kostić

Da bismo smestili neplodnost u kontekst razvoja, krenućemo od samog početka – od definicije razvojne psihologije i razvojnih promena. Iako, verovatno, većina čitalaca ima osnovna znanja iz ove oblasti, dobro je da postoji kratak pregled osnovnih pitanja za one koji nisu učili razvojnu psihologiju (a onima koji su učili odavno neće škoditi kratko podsećanje!). Pokušaćemo da odredimo šta znači biti odrasla osoba, odnosno pred kojim se to razvojnim zadacima nalaze odrasli ljudi. To će neumitno pokrenuti pitanje da li postoje univerzalni razvojni zadaci (i jedan put razvoja) ili ne. Razvoj je moguće sagledati i iz ugla ekoloških teorija, kroz principe razvoja, što ćemo ovde učiniti imajući na umu prevladavanje neplodnosti. Ekološke teorije omogućavaju razumevanje uloge sredine u razvoju i objašnjavaju faktore koji dovode do razlika u životnim putevima ljudi. U razmatranju traganja za značenjem (ili smislom) sopstvenog života, biće nam vrlo korisna ideja o domenima razvoja, kojima ćemo takođe prići iz ugla specifičnog problema kojim se ova knjiga bavi. Cilj teksta je sklapanje slike o 'mestu' koje u životu odraslih ima uloga roditelja i omogućavanje razumevanja potencijalnih razvojnih efekata dugotrajnih teškoća u ostvarivanju, kao i efekata neostvarivanja ove uloge.

4.1. Razvojna psihologija, razvojne promene i odraslo doba

Razvojna psihologija se izdvojila kao zasebna disciplina krajem 19. veka, kroz proučavanje razvoja odojčadi, dece i adolescenata. Tek polovinom 20. veka postalo je jasno da postoji potreba za proučavanjem razvoja tokom odraslog i starog doba, a u novije vreme se sve više govori i o prenatalnom razvoju. Dakle, savremena razvojna psihologija proučava promene (fizičke, mentalne i promene u ponašanju) koje se odvijaju od začeća do starog doba¹⁵. Zahtevi za kompetencijama istraživača na ovom polju su zaista porasli tokom poslednjih decenija, jer se razvoj danas posmatra kao interakcija biološkog, psihološkog i socijalnog sistema (Newman & Newman, 2011). Najviše 'glavobolje' zadaje biološki sistem, zato što psiholozi tokom svog obrazovanja najčešće stižu samo bazična znanja o ovom aspektu funkcionisanja (te je tako i najzapostavljeniji u psihološkom proučavanju razvoja; možda je nepotrebno naglašavanje, ali ovo znači zapostavljanje fizičkih promena, odnosno za-

¹⁵ Iz definicije razvojne psihologije u Psihološkom rečniku Američke psihološke asocijacije – APA Dictionary of Psychology, dostupnom na <https://dictionary.apa.org/> [20. 1. 2023].

postavljanje fizičkog aspekta mentalnih promena i promena u ponašanju). Ono što savremena razvojna psihologija realno jeste uspela da prevaziđe jeste posmatranje ljudi izolovano od konteksta razvoja, izolovano od sredine u kojoj razvoj 'teče'. Razvoj se uvek odvija kroz interakciju individualnih karakteristika i sredinskih uslova i događaja. Ovakvo stanovište zastupaju ekološke teorije ljudskog razvoja (teorije Bronfenbrenera, Eldera i Baltsa, o kojima će kasnije biti reči). Ne možemo govoriti o razvoju neke uopštene, apstraktne osobe – to mora biti osoba u kontekstu, osoba posmatrana zajedno sa sredinskim uslovima svog života (Hendry & Kloep, 2012; Opsenica Kostić, 2017). Kada se govori o individualnim karakteristikama, one, kao pojam, mogu da obuhvate i specifičnosti funkcionisanja biološkog sistema, samo je pitanje da li znamo da prepoznamo i izmerimo one biološke specifičnosti koje su značajne za određeni (psihološki) fenomen. Kod součavanja sa neplodnošću, funkcionisanje u okviru biološkog sistema zaista ima veliki značaj. Nakon ovog kratkog razmišljanja o sistemima u kojima se razvojne promene odvijaju, biće jasnija sledeća rečenica iz definicije: razvojna psihologija proučava biološke, neurobiološke, genetičke, psihološke, socijalne, kulturalne i sredinske faktore koji utiču na razvoj tokom životnog veka^{16, 17}. Razvojna psihologija je vrlo kompleksna disciplina, a jedno istraživanje ne može da obuhvati sve faktore neke pojave (čak i ako verujemo da jesu svi identifikovani i da postoje načini merenja), ali možemo biti svesni koji faktori razvoja su uključeni, a koji izostavljeni iz određenog ispitivanja.

Sada ćemo se opet vratiti na početno, kratko određenje razvojne psihologije: proučavanje promena (fizičkih, mentalnih i promena u ponašanju) koje se odvijaju od začeca do starog doba. Te promene su, dakle, vezane za protok vremena, odnosno za odrastanje i starenje, za uzrast (Jerković i Zotović, 2010). Međutim, u funkcionisanju jedne osobe, tokom njenog života, događaće se brojne promene – kako određujemo koje su razvojne, a koje nisu? Možemo reći da razvojne promene odslikavaju (ne)ispunjavanje razvojnih zadataka određenog uzrasnog perioda. Ukoliko se radi o ranim periodima života, određenje razvojnih promena ne nosi velike dileme: to su promene u strukturi, funkciji i u obrascima ponašanja koje su relativno trajne i koje pokazuju sistematsku povezanost sa protokom vremena (prema definiciji razvoja iz APA psihološkog rečnika¹⁸ i prema određenju razvojnih i nerazvojnih promena u Jerković i Zotović, 2010). U ranim periodima života, kod odojčadi i dece, razvojne promene su najčešće tesno povezane sa procesom sazrevanja organizma, pa je uočljivo da su one sistematične, progresivne i da se događaju određenim redosledom. (U poznim godinama života razvojne promene će biti i regresivne.) Ujedno je i lakše identifikovati razvojne zadatke, na primer: razvoj fine motorike, razvoj pažnje ili pojava i razvoj inteligentnog

¹⁶ Iz definicije razvojne psihologije u Psihološkom rečniku Američke psihološke asocijacije – APA Dictionary of Psychology, dostupnom na <https://dictionary.apa.org/> [20. 1. 2023].

¹⁷ Razvoj osobe tokom životnog veka je ontogenetski razvoj. Istraživanja ontogenetskog razvoja su najčešća u razvojnoj psihologiji, mada treba pomenuti da razvojna psihologija proučava i razvoj vrste – filogenetski razvoj. Postavke Lava Vigotskog o nastanku viših mentalnih funkcija su odličan primer razmatranja filogenetskog razvoja.

¹⁸ <https://dictionary.apa.org/development> [20. 1. 2023].

ponašanja. Dobar primer bi bio i razvoj govora, tj. razvoj jezičkih sposobnosti, koji ima određene faze uslovljene kako sazrevanjem tako i interakcijom sa okolinom (Lukovac, 2012). Ideja da razvoj podrazumeva (relativno) univerzalne promene koje se odvijaju kroz određene razvojne faze – kroz savladavanje razvojnih zadataka, bile je prisutna, u drugoj polovini prošlog veka, i u psihologiji odraslih. Verovatno najpoznatija ilustracija ove ideje jesu faze psihosocijalnog razvoja Erika Eriksona (McLean, 2015), a tu spadaju i shvatanja razvoja Rodžera Gulda, Danijela Levinsona, Roberta Hajvighursta (Hendry & Kloep, 2012; Opsenica Kostić, 2017). Danas je jasno da univerzalnih razvojnih faza u odraslom i starom dobu nema, a do kraja ovog teksta će vam, nadam se, biti jasno zašto. Ovo, zapravo, znači i da ne postoji univerzalni set razvojnih zadataka vezanih za faze razvoja odraslih, niti jedan jedini razvojni put. Zato ćemo uskoro pokrenuti priču o principima (načelima) razvoja.

Kako se u psihologiji definiše odraslo doba? To je „period ljudskog razvoja u kojem je postignut puni fizički rast i zrelost i kada nastaju određene biološke, kognitivne, socijalne promene, promene u ličnosti, kao i druge promene povezane sa procesom starenja”¹⁹. Da li imate utisak da ova definicija ne daje mnogo konkretnih informacija? A kada počinje i koliko traje ovaj period ‘određenih promena’? Hoćete li se iznenaditi ako pročitate da nam je i to sve manje jasno? Uobičajena formulacija – da odraslo doba dolazi nakon perioda adolescencije, dovedena je u pitanje. Doduše, ne zato što adolescenciju kao životno razdoblje, opisano na osnovu iskustava mladih ljudi u industrijski razvijenim društvima, neke kulture ne prepoznaju (to zapostavljamo decenijama), već zato što se u razvijenim društvima pojavio nov razvojni period: odraslo doba u nastajanju (Arnett, 2000; Arnett, 2015; Opsenica Kostić 2017). Gornja granica ovog novog doba je bila uzrast od 25 godina, a danas se češće pominje granica od 29 godina. Onda i odraslo doba počinje kasnije – negde oko tridesete godine. Na osnovu čega je to određeno? Da bi se odraslo doba u nastajanju završilo, potrebno je da mladi ljudi ispune određene zadatke koji će ih odvesti u ‘stabilno odraslo doba’ (Arnett, 2015). Preuzete obaveze (engl. commitments) koje „strukturišu život u odraslom dobu su: brak (ili stabilno, dugotrajno partnerstvo), roditeljstvo i stabilan posao” (Arnett, 2015, str. 7). Odložićemo prigovore ovakvom određenju početka, sada nam je cilj samo da ‘omeđimo’ period i da vidimo kada je kraj odraslog doba. Oko ove hronološke granice postoji konsenzus – kraj je kada nastupi pozno doba, odnosno starost – oko 65. godine života. Dakle, između tridesete i šezdeset pete godine života, u odraslom dobu, očekuju se *određene* razvojne promene, koje će biti pokrenute kroz biološki, socijalni i psihološki sistem. Za sada ćemo ovu ‘određenu nedoumicu’ u vezi sa promenama ostaviti po strani i vrtićemo se sistemima funkcionisanja.

4.1.1. Sistemi funkcionisanja i neka važna pitanja razvojne psihologije

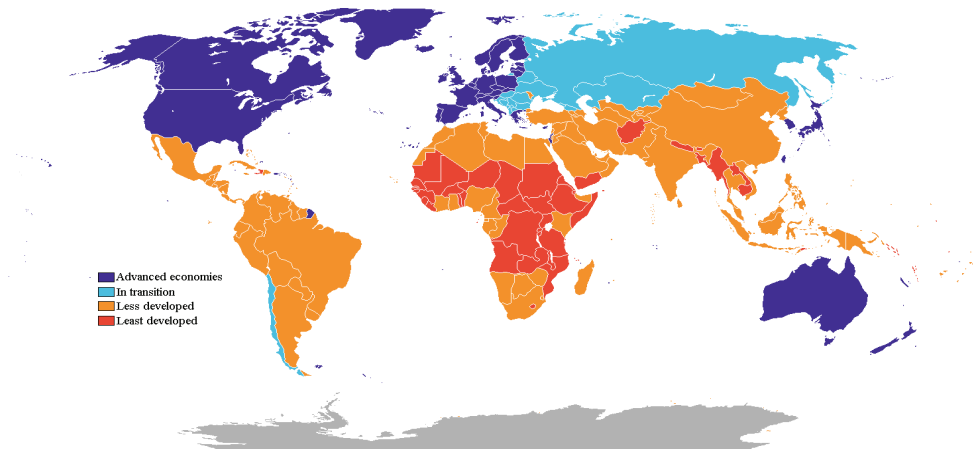
Biološki sistem uključuje sve procese koji su neophodni za fiziološko funkcionisanje organizma. Između ostalog, tu je funkcionisanje nervnog sistema i čula (neophodno

¹⁹ Iz definicije odraslog doba (adulthood) u *Psihološkom rečniku Američke psihološke asocijacije* <https://dictionary.apa.org/adulthood> [20. 1. 2023].

za mentalnu aktivnost) i funkcionisanje endokrinog i reproduktivnog sistema. Procesi u okviru biološkog sistema odvijaju se kao rezultat genetski određenog sazrevanja, sredinske stimulacije i resursa, izloženosti toksinima, nesreća i bolesti, i životnog stila (navike u vezi sa ishranom, spavanjem, fizičkom aktivnošću i slično) (Newman & Newman, 2011). Na odvijanje procesa koji pripadaju biološkom sistemu osoba ima relativno malo uticaja – jedino kroz životni stil. Sa druge strane, tokom odraslog doba se, generalno gledano, ne očekuju veći problemi u vezi sa fiziološkim funkcionisanjem. Verujem da shvatate šta je ovde važno za našu temu: osobe koje se suočavaju sa neplodnošću suočavaju se sa problemima u odvijanju procesa nad kojima imaju vrlo malo kontrole i koji se događaju manjem broju ljudi. To jest, ti problemi nisu očekivani, ne događaju se ‘svima’ (nasuprot, recimo, prirodnom biološkom opadanju u starom dobu). Istraživanja u razvojnoj psihologiji su često usmerena na utvrđivanje sličnosti koje postoje u razvoju pojedinaca – na normativni razvoj. Međutim, podjednako legitiman pristup je izučavanje uzroka individualnih razlika, činilaca koji proizvode raznolikost u razvojnim putevima dece i odraslih – to je proučavanje idiografskog razvoja (Bjorklund & Blasi, 2011; Jerković i Zotović, 2010; Vasta et al., 2005). Dakle, proučavanje osoba koje se suočavaju sa neplodnošću jeste pitanje (između ostalog i) razvojne psihologije, iz specifičnog ugla: identifikovanje i objašnjenje eventualnih individualnih razlika u njihovom razvoju, u odnosu na razvoj ljudi iste uzrasne grupe, u istom okruženju i istom trenutku u vremenu, koji nemaju probleme sa plodnošću. Sada je dobar trenutak da uvedemo još jedno važno pitanje (ili temu, problem razvojne psihologije; različiti autori različito nazivaju ove temeljne poglede na razvoj): to je stabilnost spram plastičnosti ljudskog ponašanja (Bjorklund & Blasi, 2011). Kada su određeni obrasci mišljenja i ponašanja uspostavljeni, da li će i pod kojim uslovima, biti izmenjeni? Obično se o ovom problemu govori u kontekstu (i)reverzibilnosti ranih, bilo povoljnih, bilo nepovoljnih, iskustava, ali se sam problem svakako odnosi na promenljivost ponašanja/doživljavanja uopšte. U kontekstu naše teme, pitanje glasi: da li iskustvo neplodnosti menja razvoj? Ako se, na primer, dobro prilagođena odrasla osoba suoči sa neplodnošću, da li će njen razvoj ostati stabilan ili možemo očekivati plastičnost i (privremeni?) prestanak prilagođenog funkcionisanja? Kakav god da je odgovor (a ne može biti jednostavan), sledi i pitanje – zašto? Postoji još jedno ‘veliko’ pitanje razvojne psihologije, koje ćemo predstaviti u okviru sledećeg, socijalnog, sistema funkcionisanja.

Socijalni sistem uključuje društvene uloge koje osoba treba/može da preuzme, socijalnu podršku, kulturu, koja obuhvata i određena socijalna očekivanja, religiju, etničke uticaje i uticaje subkulture, način funkcionisanja porodice, obrasce komunikacije, političku ideologiju i tip države (Newman & Newman, 2011). Značajni su i mnogi drugi uslovi sredine, koji mogu biti različiti za različite društvene grupe u okviru istog društva, kao što su ekonomski prosperitet ili siromaštvo, obrazovne (ne)mogućnosti. Značajne su, ekstremne, a i dalje aktuelne, razlike između življenja u uslovima rata i uslovima mira. Procesi koji se odvijaju u okviru socijalnog sistema podstiču (ili narušavaju) osećaj socijalne integracije i socijalnog identiteta. Elementi socijalnog sistema ne samo da oblikuju psihosocijalni razvoj aktuelne generacije, već menjaju i okvire životnih puteva budućih generacija. Procesi koji se odvijaju u okviru ovog sistema mogu da se promene tokom života jedne osobe.

Na primer, proces modernizacije²⁰ jednog društva može da donese više mogućnosti za edukaciju, nove tehnologije, susrete sa različitim grupama ljudi (ili bar svest o tome da različitosti postoje), nove, drugačije mogućnosti za radna angažovanja. Ovakve društvene promene mogu da dovedu do porasta individualističkih vrednosti življenja, promene prioriteta u vezi sa tim koje (životne) veštine su važne, kao i do promene načina i formi porodičnog života (Greenfield, 2009; Opsenica Kostić 2017). Društvo u kojem mi živimo je prošlo kroz proces modernizacije; trenutno aktuelan proces koji oblikuje (u određenoj meri) živote ljudi u mnogim (relativno) razvijenim zemljama, pa i u našoj, jeste kulturna globalizacija, sa svojim pozitivnim i problematičnim aspektima.²¹ Uglavnom, jasno je da uključenost u određeni socijalni sistem predstavlja značajan okvir razvoja pojedinca. O razvoju u kontekstu će detaljno biti reči; za sada je dovoljno da oformimo, makar i maglovitu, ideju o šarolikosti uslova u kojima žive i razvijaju se odrasli ljudi širom planete. Slika 4 se odnosi (samo) na ekonomsku razvijenost, ali će nam dobro poslužiti za ovu svrhu.



Slika 4: Zemlje sa različitim stepenom ekonomskog razvoja; preuzeto sa Wikimedia Commons, the free media repository https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Developed_and_developing_countries.PNG²²

²⁰ Modernizacija je, kratko rečeno, proces transformacije tradicionalnog, ruralnog društva u građansko, urbano i industrijalizovano. Pojam pripada sociologiji, a više možete pročitati na https://sr.wikipedia.org/sr-el/Теорија_модернизације ili https://en.wikipedia.org/wiki/Modernization_theory [20. 1. 2023].

²¹ Možete pročitati kratak članak na https://en.wikipedia.org/wiki/Cultural_globalization [20. 1. 2023], obratite pažnju na deo „Perspektive“, pogotovo na homogenizaciju i intenziviranje konflikata.

²² Naša država je, po ekonomskom razvoju, svrstana u grupu u tranziciji. Po indeksu humanog razvoja (Human Development Index, HDI), koji obuhvata više aspekata, nalazimo se na samoj granici između razvijenih zemalja i zemalja u razvoju: granični skor za svrstavanje u razvijene zemlje je 0.80 i više, a Republika Srbija je na 62. mestu sa skorom od 0.806 – <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/developed-countries>. [20. 1. 2023] Što se tiče prihoda, možda ne biste pretpostavili, ali RS spada u grupu ‘upper middle income’ – viši srednji prihodi, <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html>. [20. 1. 2023]

Na Slici 4, između ostalog, možete uočiti da stanovništvo razvijenih zemalja (tamnoljubičasta boja) ne čini većinu stanovništva na planeti, naprotiv. Većinu čini stanovništvo u slabo razvijenim i nerazvijenim zemljama. Ako govorimo o razvoju odraslih, zaista nije isto da li imamo na umu osobe koje žive u selu u Indiji ili u nekom gradu u Danskoj – sredinski uslovi za život su značajno različiti, različit je kontekst razvoja. Čak i ako se radi o razvijenim zemljama, socijalna očekivanja mogu biti dosta različita za osobe u različitim društvima, jer se radi o različitim kulturama – ono što *treba* ili *može* odrasla osoba u skandinavskim zemljama nije isto što treba i može odrasla osoba u Japanu, na primer. Takođe, u jednoj istoj zemlji mogu postojati velike razlike u socijalnom kontekstu razvoja u odnosu na, recimo, materijalni status ili etničku pripadnost. Razvoj odraslih se, u dobro poznatim i sada već starim, teorijama razvoja, kakve su teorije Eriksona ili Levinsona, posmatra iz perspektive relativno obrazovanog srednjeg sloja razvijenih, industrijalizovanih zapadnih društava. Stadijumi, sa pripadajućim razvojnim zadacima, koje ove teorije definišu, nikako ne mogu biti univerzalni. Osim toga što pripadaju jednom prošlom vremenu, oni su etnocentrični i, vrlo verovatno, odslikavaju tadašnje (takođe etnocentrično) shvatanje idealnog razvojnog puta (Hendry & Kloep, 2012; Opsenica Kostić, 2017). Socijalni kontekst razvoja je osnova ekoloških teorija i, kao što je rečeno, dobiće još prostora u tekstu koji sledi.

Obećano je razmatranje još jednog temeljnog pitanja razvojne psihologije: to je kontinuitet naspram diskontinuiteta, problem koji se ponekad naziva i 'rasprava o stadijumima' (Bjorklund & Blasi, 2011; Schaie & Willis, 2001; Vlasta et al., 2005). Model diskontinuiteta podrazumeva upravo postojanje razvojnih stadijuma. Stadijumi razvoja kroz koje osoba prolazi smatraju se kvalitativno različitim; možemo ih zamisliti kao niz metamorfoza (Bjorklund & Blasi, 2011). Diskontinuitet se ogleda u toj (pretpostavljenoj) različitosti: ponašanje, mišljenje, doživljavanje u okviru jednog stadijuma su jasno i suštinski različiti od konativnih, kognitivnih i/ili emocionalnih procesa u prethodnom, kao i u narednom stadijumu. Ovaj model razvoja se čini najmanje diskutabilnim ukoliko se koristi za prikaz razvoja na ranim uzrastima. Na primer, odojče, odnosno malo dete, koje se nalazi u senzomotornom stadijumu po Pijažeu, zaista se kvalitativno razlikuje od deteta iz preoperacionalnog stadijuma. Iako neće biti lako odrediti granicu kada je tačno dete prešlo iz jednog stadijuma u drugi, moglo bi se tvrditi da se radi o kvalitativno različitim nivoima funkcionisanja. Da biste prihvatili da stadijumi razvoja postoje i da je korisno prikazivati razvoj na ovaj način, ne morate bukvalno prihvatiti ideju da u razvoju postoji potpuni diskontinuitet – da se novi načini funkcionisanja javljaju odjednom, 'skokovito'. Jednostavno, radi se o modelu koji ističe kontrast između razvojnih perioda. Nasuprot ovom pogledu na razvoj stoji model kontinuiranog razvoja. Osnovna ideja ovog modela je ujedno i kritika diskontinuiteta: i unutar jednog stadijuma događaju se važne promene, i to ne samo u jednom, nego u više domena, te se opisivanjem razvoja kroz podeljene stadijume, koji su fokusirani na određene procese, dosta gubi, tj. na taj način se iskrivljuje slika razvojnog procesa (Schaie & Willis, 2001). Šta je sa razvojem odraslih? Da li je pogodnije opisivati ga kao kontinuiran ili kao diskontinuiran?

Ukoliko prihvatimo diskontinuitet, zapravo smo prihvatili model krize. Tu je razvoj predstavljen kao prolazak kroz niz stadijuma, od kojih je svaki definisan specifičnom krizom koju pojedinac doživljava i koju mora da razreši da bi uspešno napredovao do sledećeg stadijuma (da bi ušao u novu krizu!). Sada dolazi posebno važna premisa: krize se posmatraju kao normativni razvojni događaji koje doživljavaju svi pojedinci u određenim stadijumima razvoja (Schaie & Willis, 2001). Osim toga, svaki stadijum (i kriza, po pravilu jedna, koja ga odlikuje) vezan je za određeni hronološki uzrast. Osim Eriksonovih shvatanja, u ovaj model spadaju i ideje Danijela Levinsona, Rodžera Gulda i Gejl Šihi²³. Šta je alternativa ovom pristupu? Model prelaza. Sedamdesetih i osamdesetih godina prošlog veka, ideja da su krize normativni događaji dovedena je u pitanje (Schaie & Willis, 2001). Zašto? Sada konačno dolazimo do razloga za smeštanje ovog problema uz socijalni sistem funkcionisanja. Razvoj nije kriza, već niz prelaza, zbog toga što je razvoj predvidljiv. Osoba, koja je došla do odraslog doba u određenom socijalnom sistemu, vrlo verovatno ima usvojen vremenski raspored važnih životnih zbivanja. Na primer, osobu koja živi u razvijenim društvima neće iznenaditi, *zadesiti* zaposlenje, stupanje u brak, rođenje i odgajanje dece, odlazak dece od kuće, odlazak u penziju. Ideja modela prelaza je da se osoba pripremila na sve te važne životne događaje, upravo zato što su oni očekivani u određenoj kulturi i zato neće izazvati krizu. (Ako nećete zameriti nenaučno izražavanje, 'normalno je' da se ti određeni događaji odvijaju, a osoba to zna i prihvata; ovo ne znači da funkcionisanje osobe neće biti izmenjeno ključnim životnim događajima, već da neće biti poremećeno. Razvoj tokom odraslog doba, najvećim delom, upravo i jeste pokrenut postizanjem i gubljenjem određenih položaja i uloga.) Dakle, razlike u funkcionisanju osobe tokom različitih perioda razvoja se očekuju, ali se pretpostavlja značajniji kontinuitet sa prethodnim tokom razvoja i veruje se da će osoba imati dovoljno kapaciteta da se, bez doživljavanja krize, prilagodi odvijanju ključnih životnih događaja. Međutim, za razliku od teorija stadijuma, nema mnogo shvatanja koja prikazuju razvoj kao kontinuiran, odnosno kroz model prelaza. Najpoznatija je *teorija socijalnog sata* Bernisa Nojgarta (Neugarten, 1965, 1968; prema Ferraro, 2014; Schaie & Willis, 2001). Socijalni sat predstavlja očekivanja vezana za uvremenjenost određenih životnih događaja, koja su ukorenjena u jednom društvu. Članovi društva dobijaju (i usvajaju) eksplicitne i implicitne poruke o tome kada je prikladno, kada je 'pravo vreme', da se osoba zaposli, da stupi u brak, da dobije dete, ode u penziju. (Mladim osobama u razvijenim zemljama socijalni sat relativno jasno 'kaže' i kada je vreme da odu od kuće, što je važan korak ka nezavisnom životu

²³ Šihi nije psiholog, već spisateljica koja nije primenjivala naučnu metodologiju tokom uobličavanja svojih ideja o predvidljivim krizama u razvoju odraslih (sprovedla je oko 40 intervju sa parovima). Međutim, njena shvatanja (prvi put objavljena 1976. godine u knjizi *Passages: Predictable Crises of Adult Life*, koja je doživela veliku popularnost u SAD) skrenula su pažnju na razvoj odraslih osoba i tako našla put i do naučnih razmatranja razvoja (Schaie & Willis, 2001). U svakom slučaju je interesantno pročitati kakve ideje su bile toliko privlačne Amerikancima sedamdesetih godina 20. veka – šta su ljudi želeli da pričaju i da veruju o sebi, kakve 'dozvole' su im bile potrebne. Takođe, ako bismo isključivali starije teorije na osnovu zamerki metodološkom pristupu po današnjim standardima, verovatno ne bi 'preživelo' nijedno pomenuto shvatanje.

– ka odraslosti; ovo očekivanje nije izraženo u našem društvu.) Uglavnom, Nojgarten je utvrdila da većina pojedinaca ima socijalni sat koji im govori da li jesu ili nisu 'na vreme' postigli nešto. Ove norme i očekivanja mogu da deluju i kao podsticaj na ponašanje, ali i kao kočnica, tj. mogu i da ubrzavaju i da odlažu događaje (Neugarten, 1965; prema Ferraro, 2014). Na primer, iako su partneri u stabilnoj vezi i postoji trudnoća, osoba/osobe mogu proceniti da je 'rano' za zasnivanje porodice, tako da to neće učiniti (događaj će biti odložen). Isto tako, osobe kojima socijalni sat kaže da 'kasne' sa pronalaženjem stabilnog partnera i dobijanjem deteta mogu požuriti iako, pretpostavimo, svi uslovi za zasnivanje porodice možda ne postoje. Nojgarten ističe da su „muškarci i žene svesni ne samo socijalnih satova koji otkucavaju u različitim oblastima njihovog života, već i sopstvenog vremenskog rasporeda“ (ili sopstvenog 'tajminga'; Neugarten, 1965, str. 711; prema Ferraro, 2014). Ako razmislimo o ovome, lični vremenski raspored može, a i ne mora, da bude sličan socijalnom satu sredine u kojoj osoba živi. Takođe, možemo pretpostaviti da postoje značajne individualne razlike u doživljavanju diskrepance između socijalnog sata, sopstvenog vremenskog rasporeda i realnog životnog toka koji se odvija (ukoliko neslaganje postoji). Verujem da osećate koliko su ova pitanja značajna za osobe koje percipiraju da treba (socijalni sat) i žele (sopstveni raspored) da dobiju dete, a realni životni tok, u kojem se isprečila neplodnost, nikako da 'otkuca' taj događaj. (Roda nikako da sleti...) U okviru predstavljanja ekoloških teorija razvoja i u tekstu o područjima razvoja, pokušaćemo da odgovorimo na pitanje šta se dešava kada, za mnoge ljude, jedan od ključnih životnih događaja – dobijanje dece, kasni ili izostane. Takođe, doći će na red i razmatranje o tome da socijalni sat u modernim društvima danas više ne pokazuje 'tačno vreme'.

Za kraj smo ostavili sistem funkcionisanja koji se u (razvojnoj) psihologiji podrazumeva – psihološki. „Psihološki sistem uključuje one mentalne procese koji su ključni za sposobnost osobe da pridaje značenje iskustvima i da preduzima akciju“ (Newman & Newman, 2011, str. 7). Emocije, motivacija, mišljenje, jezik i druge simboličke sposobnosti, veštine samoregulacije i veštine prevladavanja, primeri su procesa koji se odvijaju u okvirima psihološkog sistema. Ovi procesi bi, u optimalnom slučaju, trebalo da budu integrisani tako da omogućavaju procesuiranje informacija, rešavanje (svakodnevnih, životnih) problema i snalaženje u realnosti. Psihološki procesi se, kao i procesi u okviru biološkog i socijalnog sistema, razvijaju i menjaju. Za jedan deo promena odgovorno je sazrevanje, što je najuočljivije kod kognitivnih procesa. Ostale promene u psihičkom funkcionisanju događaju se pod uticajem životnih iskustava i kroz inicijativu same osobe, na osnovu samopercepcije, uvida o sebi koje osoba stiče. Neplodnost, u najužem značenju, možemo vezati za procese u okviru biološkog sistema: to je bolest reproduktivnog sistema koju definiše nemogućnost začeća nakon dvanaest i više meseci nezaštićenih seksualnih odnosa²⁴. Međutim, kao što ste pročitali na samom početku, a i u ovom poglavlju – nemogućnost začeća, nemanje dece, ima efekte i na procese so-

²⁴ Na primer <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>, tekst na sajtu Svetske zdravstvene organizacije, objavljen 14. septembra 2020. godine.

cijalnog sistema – jedan od najznačajnijih je taj što osoba ne može da usvoji ulogu roditelja. Zato se neplodnost se može klasifikovati i kao invaliditet – to je fenomen koji zaista sadrži interakciju između individualnih bioloških karakteristika i (nemogućnosti) ispunjavanja društvenih uloga²⁵ (Khetarpal & Singh, 2012). Drugim rečima, neplodnost ima posledice po uključenost u socijalni sistem. Iz ovog smera dolazi i veliki deo efekata koje infertilitet ima na funkcionisanje psihološkog sistema: osoba može imati izmenjenu interakciju sa prijateljima, iz različitih razloga (npr. većina prijatelja ima dece, a osoba i/ili prijatelji ne mogu, ne umeju da pronađu adekvatne obrasce kontakata u kojima neće biti napetosti ili neprijatnosti). Izmeniće se interakcija sa partnerom, kao odgovor na novonastalu situaciju teškoća za začecem i lečenja neplodnosti. Ove izmene ne moraju biti negativne, partnere prevladavanje problema može i zbližiti, ali će se neke promene svakako dogoditi. Verovatno će biti, manje ili više, izmenjene i interakcije sa porodicom, rođacima, možda i sa kolegama. Sve poteškoće i promene sa kojima se osoba suočava (čak i ako se suočava izuzetno dobro), nužno će izazvati promene u odvijanju procesa psihološkog sistema – u emocijama, motivaciji, kapacitetima za učenje, razmišljanje i rešavanje problema, u samoregulaciji i tako dalje. Sada je razumljivo zašto Evropsko društvo za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE) neplodnost posmatra kao biopsihosocijalnu krizu (Van den Broeck et al., 2010). Neplodnost je životni događaj (ili stanje) koje se upadljivo, neizbežno i dalekosežno proteže kroz sva tri sistema razvoja, odnosno kroz sva tri sistema funkcionisanja.

4.2. Razvoj u kontekstu: ekološke teorije i neplodnost

Istraživači kojima najviše dugujemo u vezi sa razumevanjem značaja i uloge konteksta razvoja su Bronfenbrenner, Elder i Balts. Svoje ideje predstavili su gotovo u isto vreme – u ranim sedamdesetim godinama 20. veka. Koristeći drugačije termine, sva trojica pišu o sprezi između sredine i individue koja se razvija. Njihova shvatanja predstavljaju grupu ekoloških teorija razvoja, a u tekstu koji sledi pokušaćemo da predstavimo neplodnost kroz ove ekološke modele.

Koga to imamo na umu kada govorimo o osobi/osobama koje se suočavaju sa neplodnošću? Zaista postoje značajne razlike, i to samo kada je sterilitet i lečenje steriliteta²⁶ u pitanju, bez uzimanja u obzir drugih faktora (socio-demografskih, kao što su

²⁵ Definicija invaliditeta (disability) iz Merriam-Webster rečnika: fizičko, mentalno, kognitivno ili razvojno stanje koje narušava, ometa ili ograničava sposobnost osobe da obavlja određene zadatke i aktivnosti ili da učestvuje u tipičnim svakodnevnim aktivnostima i interakcijama <https://www.merriam-webster.com/dictionary/disability> [22. 1. 2023].

²⁶ Zapravo, leči se neplodnost, engl. infertility. U inostranstvu će ustanove koje se bave ovakvim lečenjem biti označene kao *fertility clinic* ili *fertility centre*. U našem zdravstvu, odeljenja koja se bave neplodnošću označena su kao Odeljenja steriliteta (npr. GAK Narodni front, Beograd <http://gakfront.org/sr/odeljenje/31/odeljenje-steriliteta>). U tekstu koji sledi ćemo pokušati da se držimo termina neplodnost, jer sterilitet u humano reprodukciji obično znači (definitivnu) nemogućnost da se reprodukcija ostvari, tj. termin sterilitet (engl. sterility) označava nemogućnost dobijanja biološkog deteta (Royfman et al., 2021).

materijalni status, mesto stanovanja, obrazovanje, ili faktora ličnosti, kao što su tolerancija na neizvesnost, emocionalna stabilnost i sklonost ka osećanju stida). Neki ljudi će se suočiti sa nemogućnošću začeca, koje će, srećom, biti postignuto u narednih nekoliko meseci od postavljanja dijagnoze, uz održanje trudnoće. Neke osobe će se suočavati sa neplodnošću kroz dugogodišnje pokušaje ostvarivanja trudnoće, koji mogu imati različite ishode (ako imamo na umu vantelesnu oplodnju, kao čest način postizanja trudnoće kod 'neplodnih' parova, ishodi neuspešnih pokušaja mogu biti prekid postupka (na primer zbog hiperstimulacije jajnika), izostanak embriotransfera (jer nema oplodjenih ćelija), embriotrasfer bez ostvarivanja trudnoće, trudnoća koja se završi spontanom prekidom). Pri tom će neki parovi biti otvoreni prema užoj i/ili široj socijalnoj sredini u vezi sa izazovima koje im neplodnost postavlja, neki će biti zatvoreni za takve interakcije. U nekim slučajevima sredina nikad neće saznati na koji način je trudnoća postignuta i koliko je proces bio stresan za partnere. Opet, i parovi koji nisu otvoreni za interakcije sa drugima u vezi sa neplodnošću, mogu biti suočeni sa zaključkom porodice, prijatelja, saradnika, da teškoće sa začecem postoje. Uglavnom, nije lako (a često nije ni posebno korisno) zamisliti 'prosečnu osobu', ali recimo da ćemo u tekstu koji sledi uglavnom imati na umu ljude koji se u dužem vremenskom periodu suočavaju sa neplodnošću – sa neuspešnim pokušajima ostvarivanja i održanja trudnoće. Šta je 'duži vremenski period' u ovom kontekstu? U dva novija domaća istraživanja na uzorcima žena koje su se, u trenutku ispitivanja, nalazile u postupku vantelesne oplodnje, odnosno kojima je postupak prekinut zbog virusa korona, aritmetička sredina dužine lečenja neplodnosti bila je 5,46, odnosno 4,9 godina (Mitrović et al., 2021; Mitrović, et al., 2022). Raspon je veliki, od godinu dana, pa do 10, čak i 12 godina, ali recimo da imamo u vidu stanje koje traje (od postavljanja dijagnoze) oko pet godina, u proseku. (Pri tom se radi o ispitanicama koje se i dalje nalaze u procesu lečenja.) Ovo je samo vremenska odrednica lečenja i suočavanja sa neplodnošću, a neke specifičnosti ćemo pokušati da uključimo onako kako svaka od teorija bude dozvoljavala.

4.2.1. Teorija ekoloških sistema

Juri Bronfenbrenner (1917-2005) je svoju (bio)ekološku teoriju razvoja uobličavao od sedamdesetih godina prošlog veka pa do kraja svog života²⁷. Tokom tog

Međutim, treba imati na umu da se, u domaćem kontekstu, zaista govori o lečenju steriliteta (odnosno, neplodnost i sterilitet se često koriste kao sinonimi, npr. Kopitović i sar., 2011 <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0025-8105/2011/0025-81051112565K.pdf>; možete potražiti i veb-prezentacije domaćih (privatnih) klinika koje se bave asistiranom reprodukcijom). Ova terminološka preklapanja u srpskom jeziku dolaze od naziva i prevoda zvanične dijagnostičke kategorije iz Međunarodne klasifikacije bolesti (MKD, odnosno International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD): *sterilitas feminae* – neplodnost žene (N97), sve kategorije 97-97.9 možete pogledati npr. na <https://www.stetoskop.info/medjunarodna-klasifikacija-bolesti/N80/N98>. Dakle, iako se na srpski jezik ova kategorija prevodi kao neplodnost, odomaćen je naziv sterilitet. (Inače, i kada probleme sa plodnošću ima muškarac, stanje je označeno kao *neplodnost žene uzrokovana muškarcem* – *sterilitas feminae propter marem* (N97.4), jer je žena ta koja ne može da ostane u drugom stanju.)

²⁷ Retko šta je slučajno, što važi i za Bronfenbrennerovo bavljenje kontekstom razvoja (kao i Eriksonovo zanimanje za identitet ili, na primer, Elderovo zanimanje za kontekst). Neke informacije

perioda u model su unošene određene izmene, pre svega razjašnjenja, sa većim fokusom na osobu nego na kontekst u poslednjoj fazi razvoja teorije. Bronfenbrennerova shvatanja su najpoznatija pod nazivom *ekološka teorija ljudskog razvoja* ili *teorija ekoloških sistema*, mada je u poslednjoj fazi (1993-2006) teorija nazvana bioekološkom (Rosa & Tudge, 2013). U ovom tekstu će pretežno biti korišćen stariji, poznatiji naziv.

Ekološka teorija je razvijena da bi objasnila kako se zaista ljudi razvijaju, pošto je Bronfenbrenner imao značajne, suštinske zamerke na tadašnje proučavanje razvoja. Najznačajnije su neuzimanje u obzir konteksta razvoja (uslova sredine) i proučavanje razvoja u veštačkim uslovima (eksperimentalni pristup i laboratorijska ispitivanja²⁸). Čak i kada su istraživanja sprovedena u sredini u kojoj osobe žive, istraživači su bili mnogo više fokusirani na osobu nego na kontekst – kao da sredinu smatraju statičnom i nepovezanom sa određenim sistemom vrednosti. Nedostatak adekvatnih istraživanja i znanja o kontekstu ljudskog razvoja su, velikim delom, rezultat nedostatka teorijskog okvira za analiziranje okoline u kojoj ljudi žive (Bronfenbrenner, 1979a²⁹). Tu svoje mesto nalazi ekološka teorija razvoja.

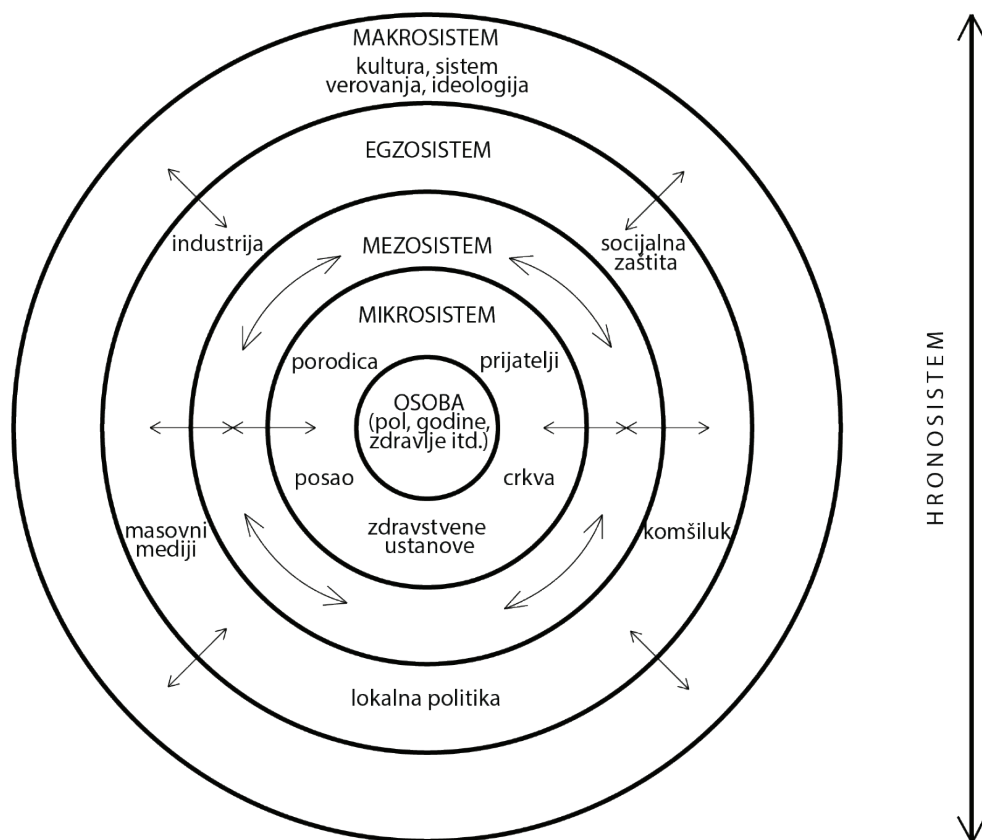
Termin ekologija pozajmljen je iz biologije, gde se odnosi na različite interakcije organizama i okoline, dok je ekosistem kompleksno jedinstvo živih bića i prostora u kojem ona žive (iz čega sledi da će se promena (samo) jednog elementa ekosistema odraziti na funkcionisanje sistema u celini). Šta ovo znači za ljudski razvoj? Bronfenbrenner smatra da su uslovi u kojima se ljudi razvijaju vrlo slični uslovima ekosistema. Ljudi su društvena bića i njihov razvoj zavisi od odnosa koje formiraju tokom života. Neki od ovih odnosa su bliski i neposredni, a drugi su dalji i indirektni. Osobe čak i ne moraju biti svesne svih odnosa unutar kojih žive. Odnosi mogu biti opisani kao različiti sistemi funkcionisanja, od kojih svaki nudi različite uloge (npr. vođa – sledbenik/član; roditelj – dete; lekar – pacijent), pravila i granice (npr. dozvoljeno – zabranjeno), kao i norme i očekivanja u odnosu na različite pojedince unutar sistema. Osobe su pod uticajem odnosa u kojima se nalaze, ali i one same utiču na odnose. Na primer, razvojni psiholozi su dugo bili

možete dobiti iz knjige *Novi životni stilovi i forme porodice* (Opsenica Kostić, 2017), a svakako je uvek interesantno potražiti i pročitati kratke biografije poznatih psihologa – danas, uz internet, to nije teško. Steći ćete zanimljive uvide!

²⁸ Bronfenbrenner predlaže određene uslove koji moraju biti ispunjeni da bi eksperiment u psihologiji bio prihvatljiv; njima se nećemo baviti; možete ih, kratko izložene, pročitati u članku *The Experimental Ecology of Education* (Bronfenbrenner, 1976).

²⁹ Treba reći da je Bronfenbrenneru ovo smetalo ne samo sa naučnog, teorijskog stanovišta, već i zbog vrlo praktičnih pitanja vezanih za adekvatnu socijalnu politiku, koja treba da bude usmerena na donošenje mera u cilju unapređenja sredine u kojoj deca odrastaju. Zato je neophodno da razvoj posmatramo i upoznamo kao interakciju individue i društvene okoline. Bronfenbrenner je jedan od osnivača poznatog Head Start programa, namenjenog upravo poboljšanju konteksta razvoja dece iz siromašnih porodica [https://en.wikipedia.org/wiki/Head_Start_\(program\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Head_Start_(program)); <https://news.cornell.edu/stories/2005/09/head-start-founder-urie-bronfenbrenner-dies-88>. Iako su u fokusu Bronfenbrennerovog interesovanja, brige i društvenog angažovanja bila deca, njegova teorija je izgrađena kao podjednako primenljiva na bilo koji uzrast.

usmereni na uticaj koji roditelji imaju na razvoj svoje dece. Prema Bronfenbrenneru, ovo je jednostrano gledište, jer ne uključuje i ne ispituje uticaj koji deca imaju na svoje roditelje i njihove dvosmerne interakcije. Takođe, sistemi odnosa u kojima se nalazimo su u interakciji jedni sa drugima. Odnosi se protežu kroz četiri ekološka sistema, koje možemo zamisliti kao da su se ugnezdili jedan unutar drugog, svaki je sadržan u sledećem (Bronfenbrenner, 1976), kao set babuški (engl. Russian dolls, Hendy & Kloep, 2012). Sam Bronfenbrenner iznosi da su termini koje koristi (imena sistema) adaptirani na osnovu naziva koje je koristio američki socijalni psiholog Orvil Gilbert Brim (Brim, 1975). Pogledajmo sisteme u okviru kojih osoba živi i razvija se (Slika 5), pa ćemo ih objasniti.



Slika 5: Grafički prikaz teorije ekoloških sistema Jurija Bronfenbrennera

Neposredno okruženje u kojem se osoba nalazi čini mikrosistem. Za odrasle osobe koje imamo na umu, mikrosistem će, najverovatnije, činiti porodica, prijatelji, kolege s posla, zdravstveni radnici – svi oni sa kojima osoba u razvoju dolazi u kontakt licem u lice (Rosa & Tudge, 2013). Bronfenbrenner okruženje definiše kao *mesto* na kojem se osoba angažuje u određenim *aktivnostima*, kroz određene *uloge*, u određenim *periodima vremena* (Bronfenbrenner, 1976). Mesto, vreme, ak-

tivnosti i uloge su konstitutivni elementi mikrosistema. Osobe koje se suočavaju sa neplodnošću mogu biti više godina u ulozi pacijenta, a neplodnost im onemogućava da preuzmu ulogu roditelja, što se od njih očekuje kako unutar mikrosistema, tako i unutar svih ostalih sistema razvoja. (Zapravo, očekivanje velikim delom dolazi 'odozgo', kroz makrosistem; na to ćemo se još vratiti.) Mikrosistem ima i određene fizičke karakteristike, na primer veličina/funkcionalnost kuće i naselja u kojem osoba živi, mogućnosti transporta, blizina i opremljenost zdravstvenih ustanova. Naravno, mikrosistem nije konstantan – čak i ako osoba nastavi da živi u mestu u kojem je odrasla, ako nikada ne promeni mesto boravka, njena neposredna okruženja, sa mestima, aktivnostima i ulogama, menjaće se tokom vremena. U zreloj fazi razvoja teorije Bronfenbrener ističe značaj psiholoških karakteristika svih osoba iz neposrednog okruženja u kojem se odvijaju interpersonalne interakcije. Mikrosistem (za osobu koju posmatramo, za dete ili odraslog) postaje obrazac međusobnih odnosa u određenom okruženju, koji sadrži druge osobe sa distinktivnim odlikama temperamenta, ličnosti i sistema verovanja (Bronfenbrener, 1989; prema Rosa & Tudge, 2013).

Mezosistem čine međusobni odnosi različitih neposrednih okruženja u kojima se osoba nalazi. Ovaj sistem treba da naglasi da se osoba ne razvija samo u jednom okruženju, već u više njih, pri čemu je od velikog značaja u kakvim odnosima ta okruženja stoje. Na primer, porodica može da podržava ili da odbacuje aktivnosti i uloge koje zdravstveni radnici preporučuju tokom lečenja neplodnosti. (Recimo, neki članovi porodice mogu da odbacuju potrebu za medicinskim intervencijama, mogu biti protiv vantelesne oplodnje, protiv korišćenja doniranih ćelija; ali mogu biti i podržavajući u odnosu na aktivnosti i napore nameranih roditelja i zdravstvenih radnika, usmerenih na postizanje trudnoće. Isto važi i za prijatelje, rođake, kolege s posla.) Odnosno, biće posebno značajno ukoliko mikrosistem osobe sadrži grupe koje imaju različite sisteme verovanja, što će se odraziti u mezosistemu – poruke koje različite grupe šalju našoj zamišljenoj 'neplodnoj osobi' u razvoju, načini podrške koje se nude, mogu biti međusobno suprotstavljeni, što će dodatno otežati prevladavanje situacije.

Egzosistem predstavlja konkretne društvene strukture, formalne i neformalne, koje obuhvataju neposredna okruženja u kojima se osoba nalazi ili imaju efekte na njih. Drugim rečima, strukture (ili elementi) egzosistema, oblikuju, određuju, ograničavaju razmene koje se odvijaju unutar mikro i mezosistema i time značajno utiču na razvojni put osobe. Na primer, lokalna politika predstavlja element egzosistema i do nedavno je bila dosta značajna osobama koje prevladavaju neplodnost, jer su neki gradovi u Srbiji finansirali više pokušaja vantelesne oplodnje u odnosu na Republički fond za zdravstveno osiguranje (od sredine 2022. godine žene do navršениh četrdeset pet godina starosti imaju pravo na neograničeni broj postupaka biomedicinski potpomognutog začeća). Neke (doduše retke) lokalne zajednice i (privatne) klinike imaju psihološka savetovališta za vantelesnu oplodnju; mnogim osobama to nije dostupno, tako da nemaju kome da se obrate ako osete potrebu, bar ne besplatno. Neformalne socijalne mreže po-

drške su takođe deo egzosistema, a, na sreću, uz internet, osoba može da učestvuje u njima nezavisno od lokalne zajednice u kojoj živi (na primer Fejsbuk grupa udruženja *Šansa za roditeljstvo*). Osim interneta i društvenih mreža, sva sredstva masovnih komunikacija mogu imati značajne efekte na razvoj osobe. U našem slučaju, predstave roditeljstva, kao i predstave neplodnosti, u masovnim medijima, imaju efekte na razvoj odrasle osobe koje se suočava sa infertilitetom. Egzozistemu pripada i distribucija dobara i usluga (Bronfenbrenner, 1976), pa će zbog toga, na primer, neke osobe imati širok, a neke ograničen izbor klinika za lečenje, možda i različit kvalitet usluga na klinici (bez ulaženja u strogo medicinski deo lečenja neplodnosti, jasno je da ne/postojanje psihološkog savetovanja čini razliku u kvalitetu usluga).

I na kraju sistem koji je 'iznad' ostalih sistema, koji ih natkriljuje i obuhvata – makrosistem (Bronfenbrenner, 1976). Makrosistem predstavljaju institucije kulture ili subkulture, kao što su ekonomski, socijalni, obrazovni, pravni i politički sistem. Mikro, mezo i egzosistem su konkretne manifestacije makrosistema – on snažno utiče na to kako će ovi sistemi funkcionisati (Bronfenbrenner, 1976; Rosa & Tudge, 2013). Ključno obeležje makrosistema je sistem verovanja ili ideologija (Bronfenbrenner, 1979b). Na sistemu vrednosti i stavova, karakterističnim za jednu kulturu (ili subkulturu), zasnovane su i norme i obrasci ponašanja. (Ako se sada setimo Bernis Nojgarten – određeni sistem verovanja je ono što 'navija' socijalni sat.) Sadržaji makrosistema će umnogome odrediti doživljavanje osobe da, na primer, jako kasni da postane roditelj, da je osoba kod koje nije moguće izlečiti neplodnost neadekvatan bračni partner, da je za ličnu sreću žene izuzetno važno da dobije dete ili, recimo, da neplodnost nije posebno ograničavajuće stanje, da je planeta na kojoj živimo već prenaseljena, na rubu (ekološke, ekonomske, političke...) katastrofe, pa možda i nije najodgovorniji izbor doneti dete na takav svet, a ima i mnogo dece bez roditeljskog staranja koju je moguće usvojiti, odnosno postoje drugi načini (van roditeljstva) da se osoba oseti 'ispunjeno', da doživi postojanje smisla sopstvenog života. Ovo poslednje će biti još jednom razmotreno kada na red dođu područja razvoja odraslih – na kraju poglavlja.

Bronfenbrener je tokom rane faze razvoja svoje teorije govorio i o ekološkim tranzicijama – to su normativne promene uloga i okruženja koje se događaju u životima ljudi (Bronfenbrenner, 1979b; Rosa & Tudge, 2013). Ekološke tranzicije pokreću uzajamna prilagođavanja osobe i okoline, što je suština ekologije ljudskog razvoja. Primer ekološke tranzicije je početak zajedničkog života partnera ili rođenje deteta. Tranzicija može biti i posledica razvojnog procesa (na primer, osoba, nakon određenog perioda sticanja iskustva u bliskim vezama, izgradi verovanje da je spremna za zajednički život) ili motiv, tj. pokretač razvojnog procesa (ako smo već pomenuli rođenje deteta, onda bi ovde primer mogao biti razvoj roditelja kroz roditeljstvo). Kao što je prethodno rečeno, ekološke tranzicije nemaju efekte samo na osobu koja se razvija, već i na neposredna okruženja u kojima se osoba nalazi – na porodicu, grupu prijatelja, kolege na poslu U kontekstu naše teme, neplodnost onemogućava normativnu promenu uloga, onemogućava oso-

bu da 'uđe' u ulogu roditelja, što će takođe imati efekte, manje ili više, na ceo mikrosistem, recimo: roditelji neplodnog para neće 'dobiti' uloge babe i dede ili, ako imaju unuke od druge dece, mogu svoje uloge roditelja/babe/dede, u nekim okolnostima koje uključuju i neplodni par, igrati sa nesigurnošću ili izmenjeno (na primer, prilikom većih porodičnih okupljanja). Sve ovo je vrlo značajno, jer se razvoj odvija kroz procese, koji su shvaćeni kao obrasci interakcija među ljudima, koji se održavaju tokom recipročnih odnosa između ljudi i ljudi i njihove okoline (Rosa & Tudge, 2013). Drugim rečima, sve što ima značajne efekte na obrasce interakcija (bilo da ih podstiče, bilo da ih remeti) ima potencijalno značajne efekte na razvoj. Ovo je osoba-proces-kontekst model, u kojem razvojni ishodi proizilaze iz interakcija osobe i konteksta.

Kroz razmatranja, kritike i razjašnjavanje ekološke teorije, uočena je potreba za (eksplicitnim) dodavanjem vremenske dimenzije – modelu je priključen hronosistem (Rosa & Tudge, 2013). Vreme označava da su promene koje se događaju tokom života osobe, izazvane događajima i iskustvima, značajne za razvoj. U ovoj fazi razvoja teorije (kasne osamdesete godine prošlog veka) govori se o tome da promene mogu biti normativne, kao što su pomenute ekološke tranzicije, gde je promena očekivana, ali mogu biti i nenormativne, neočekivane, kao što je suočavanje sa sopstvenim biopsihosocijalnom problemom – teškoćama sa začecem. Osnovna odlika iskustava ili događaja značajnih za razvoj (normativnih i nenormativnih) jeste to što „oni menjaju postojeće odnose između osobe i okruženja i tako stvaraju dinamiku koja može podstaći razvojnu promenu” (Bronfenbrenner, 1989, str. 201; prema Rosa & Tudge, 2013, str. 250). Istraživanja koja uključuju dimenziju vremena su dosta zahtevna – trebalo bi pratiti osobu koja se razvija *pre* i nakon događaja za koji pretpostavljamo da će imati efekte na razvoj (Bronfenbrenner, 1989; prema Rosa & Tudge, 2013). Razumljiv je značaj prethodnog praćenja, ali je ono gotovo neizvodljivo u vezi sa nenormativnim događajima. Uglavnom, ovako dolazimo do osoba-proces-kontekst-vreme modela (engl. PPCT model, Process-Person-Context-Time), koji predstavlja adekvatan nacrt istraživanja prema ekološkoj, odnosno bioekološkoj teoriji ljudskog razvoja (Rosa & Tudge, 2013). Sva četiri elementa simultano utiču na razvoj, a, kao što je više puta naglašeno, interakcija među elementima se podrazumeva (ne radi se o nekim izolovanim efektima koji se 'sabiraju').

Podsticajne karakteristike i proksimalni procesi

U drugoj fazi razvoja teorije, kada je dodat hronosistem, učinjen je i napor da se razjasni uloga koju sama osoba ima u razvoju, a u trećoj fazi uveden je pojam proksimalnih procesa (Rosa & Tudge, 2013). I jedno i drugo je važno za razumevanje i istraživanje neplodnosti, tako da ćemo se kratko upoznati i sa tim idejama. Dakle, osoba ima niz odlika, i sve one su važne za razvoj, ali neke ipak imaju veći značaj od drugih. Na mnogim grafičkim modelima ekoloških sistema (koje i sami možete potražiti onlajn), osoba je predstavljena kroz odlike biološkog razvojnog sistema – pol, godine, odnosno uzrast, i zdravlje (nakon čega, kao po pravilu, stoji „i tako dalje”). Kao što je već pomenuto, tokom odraslog doba se ne očekuje

da zdravlje pokrene *normativne* događaje, bar ne u ranom i srednjem odraslom dobu. Međutim, značajniji i dugotrajniji problemi sa zdravljem će kod osobe bilo kog uzrasta svakako pokrenuti izmenjene interakcije u neposrednim okruženjima, što su onda i efekti na tok razvoja. Ovo su razmišljanja autora, Bronfenbrenner je, tokom razrade teorije, imao na umu nešto drugo. On je želeo da istakne posebnu važnost odlika koje je nazvao „podsticajne karakteristike“ (Bronfenbrenner, 1989, 1993; prema Rosa & Tudge, 2013). Jedan set podsticajnih karakteristika su one osobine koje olakšavaju ili obeshrabruju reakcije okruženja, koje pozivaju ili odbijaju članove mikrosistema (a reakcije mogu biti podsticaji ili ‘otežavajuće okolnosti’ razvoja, te je vrlo značajna njihova učestalost i kvalitet). Kao primer takvih podsticajnih karakteristika obično se uzimaju ‘laka’ i ‘teška’ deca, no, mi se bavimo razvojem odraslih. I odrasle osobe mogu biti pretežno dobrog raspoloženja, mogu umeti da pokažu zadovoljstvo, mogu biti fleksibilne, kako u svakodnevnim tako i u novim, neočekivanim situacijama – sa tim osobama je lako (lakše) družiti se i pružiti im socijalnu podršku nego sa osobama koje ne poseduju ovakve podsticajne karakteristike. Odnosno, ako osoba često deluje iritirano, nervozno, ako deluje kao da se od nje teško može dobiti pozitivan fidbek, ako ne pokazuje sposobnost da se prilagodi neposrednom okruženju – možemo reći da su prisutne karakteristike koje obeshrabruju reakcije okoline. Drugi set podsticajnih karakteristika su osobine koje uključuju aktivnu orijentaciju i interakciju sa okolinom – na primer, inicijativa osobe da održi recipročne interakcije, nasuprot izostanku takvih nastojanja. Kada se razvojno podsticajne karakteristike manifestuju tokom vremena u određenom okruženju, one će izazvati komplementarne obrasce reakcija okruženja. Na primer, osoba koja počne da se povlači i da odbija interakcije, jer joj lečenje neplodnosti izaziva niz neprijatnih emocija sa kojima teško izlazi na kraj, biće suočena, nakon nekog vremena, sa komplementarnim obrascima reakcija okoline – porodica, prijatelji, možda i partner, će se povući. Ovakvi odnosi sa neposrednim okruženjem, izmenjeni kroz prevladavanje neplodnosti i ne/podsticajne karakteristike, predstavljaju otežavajuće okolnosti razvoja. Naravno da je moguće zamisliti i suprotan primer.

Proksimalni procesi mogu biti shvaćeni kao dalja razrada interakcija, razmena između osobe i okruženja; u ranijim fazama teorije označavani su jednostavno kao ‘proces’, bez ‘proksimalni’ (setite se osoba-proces-kontekst-vreme modela). Bronfenbrenner ove procese smatra centralnim konstruktom zrele faze teorije – bioekološkog modela (Bronfenbrenner & Moris, 2003). Najkraće objašnjeno, proksimalni procesi su određene forme interakcije između osobe i okoline, odvijaju se tokom vremena i predstavljaju primarne mehanizme ljudskog razvoja. „Međutim, pretpostavlja se i pokazano je da snaga uticaja na razvoj ovih procesa značajno varira kao funkcija karakteristika osobe koja se razvija, karakteristika neposrednih i udaljenih sredinskih *konteksta*, i perioda *vremena*, u okviru kojih se proksimalni procesi odvijaju.“ (Bronfenbrenner & Moris, 2003, str. 795; kurziv je preuzet iz originala). Definicija procesa – određenje bioekološkog modela i postavljanje procesa u kontekst dve su osnovne teorijske (testabilne) pretpostavke koje model nudi.

Videćete da sadržaj tih pretpostavki nije suštinski drugačiji od svega što je do sada rečeno o interakcijama i kontekstu, ali ćemo ih ipak eksplicitno prikazati, jer je to, kod nas, manje poznat deo Bronfenbrennerove teorije. Uz to ćemo još jednom razmisliti šta te pretpostavke znače za razvoj osobe koja se suočava sa neplodnošću.

Pretpostavka I. Ljudski razvoj se, naročito u ranim fazama, ali i tokom čitavog života, odvija kroz procese progresivno sve kompleksnijih recipročnih interakcija aktivnog, biopsihološkog ljudskog organizma koji se razvija i osoba, objekata i simbola u njegovom neposrednom okruženju. Da bi imale efekta, interakcije se moraju javljati relativno redovno, tokom dužih vremenskih perioda. Ovakve trajne (odnosno trajnije) forme interakcija u neposrednom okruženju nazivaju se proksimalni procesi (Bronfenbrenner & Moris, 2003). Kao primere trajnih obrazaca proksimalnih procesa Bronfenbrenner navodi interakcije iz ranih perioda razvoja (recimo obrasci prilikom hranjenja ili tešenja bebe, interakcije tokom igre sa detetom, interakcije tokom zajedničkih šetnji ili izostanak interakcija, ukoliko roditelji redovno više gledaju u svoj telefon nego u dete – ovaj poslednji primer, pretpostavljate, nije Bronfenbrennerov). Primer iz ugla naše teme: specifični proksimalni procesi za osobe/parove koji prevladavaju neplodnost su, između ostalih, razmene sa medicinskim osobljem. Ovakve interakcije će se, vrlo verovatno, javljati relativno redovno i trajaće duže vreme. Proksimalni procesi koji su značajni, a nedostaju, ne samo u našoj sredini, već i u mnogim drugim, jesu razmene sa savetnikom – stručnjakom za mentalno zdravlje na polju infertiliteta (Opsenica Kostić & Mitrović, 2022). Proces lečenja, kao što ste čitali u prethodnim poglavljima, može biti povezan sa nizom negativnih emocija, može biti ispunjen takozvanim 'nevidljivim gubicima', što sve jeste deo procesa lečenja, ali onda mora biti i tretiran u sklopu istog. Potrebna je edukacija medicinskog osoblja o intervencijama u krizi, a neophodno je da svaka klinika za lečenje neplodnosti ima psihološkog savetnika (čije usluge nisu dodatne i ne naplaćuju se dodatno, već su deo tretmana). Izostanak adekvatnih interakcija na tom važnom mestu/u značajnom kontekstu, sa važnim osobama (tokom dužih perioda vremena) vrlo verovatno neće imati povoljne ishode za osobu koja se razvija. Ovaj nedostatak mogu da nadoknade proksimalni procesi koji se odvijaju između partnera ili u bliskim prijateljskim vezama, ukoliko osobe uspeju da pronađu zadovoljavajući način komunikacije. O ovakvim varijacijama govori druga pretpostavka.

Pretpostavka II. Forma, snaga, sadržaj i smer efekata proksimalnih procesa na razvoj sistematski variraju kao zbirna funkcija karakteristika osobe koja se razvija, okruženja u kojima se procesi odvijaju (neposrednih i udaljenih), prirode mogućih razvojnih ishoda i društvenih događaja (koji uključuju i stabilnost i promenu) tokom života osobe, odnosno tokom istorijskog perioda u kojem osoba živi (Bronfenbrenner & Moris, 2003). Dakle, značajan broj faktora utiče na razvoj svake osobe, pa i osobe koja prevladava neplodnost. Ne podrazumeva se da osoba neće naći adekvatne načine prevladavanja, čak i ako joj neki od proksimalnih procesa 'ne idu na ruku'. Međutim, ono što bi trebalo da se podrazumeva u razvijenim društvima jeste postojanje (različitih) sistema podrške svim članovima društva kojima je podrška potrebna.

Širi kontekst i vreme

U ovom kratkom prikazu (bio)ekološke teorije najviše informacija bilo je vezano za *osobu i procese*. O najširem *kontekstu i vremenu* konkretnije možemo govoriti samo ako imamo na umu određenu kulturu, sa sistemom vrednosti, koji je, najčešće, vremenski stabilan. To, naravno, ne znači da se kultura ne menja, već da su obično potrebni duži vremenski periodi da se to dogodi. Društvenim kontekstom razvoja ćemo se više baviti u okviru teorija životnog toka (engl. life course) i životnog ciklusa (engl. life span), čiji prikazi slede.

4.2.2. Teorija životnog toka

Teoriju životnog toka postavio je američki sociolog i psiholog Glen Elder (1934 –). I Elder je, kao Bronfenbrenner, smatrao da akumulirana saznanja nedvosmisleno ukazuju na postojanje velikih ograničenja konvencionalnih ideja o ljudskom razvoju (pod konvencionalnim idejama Elder podrazumeva, pre svega, fokusiranje na rani razvoj, zapostavljanje idiografskog u korist nomotetskog pristupa, ignorisanje socijalnog konteksta). Po njemu, postoje tri osnovna izazova koje su empirijske studije sprovedene do, otprilike, šezdesetih godina prošlog veka, postavile pred razvojnu psihologiju, pred „buduće studije ponašanja” (Elder & Shanahan, 2006, str. 667). Prvi izazov je zamena modela razvoja centriranih na dete i na rast modelima primenljivim na razvoj tokom čitavog životnog toka (dakle, i na starenje i na opadanje). Drugi izazov je razumevanje kako su ljudski životi organizovani i kako se menjaju tokom vremena, sa uočavanjem obrazaca postojanosti i promena. Treći izazov je povezivanje života sa stalno promenljivim društvom, sa naglaskom na razvojne efekte društvenih promena i tranzicija. Odgovor na ove izazove koji predlaže Elder jeste teorijska orijentacija, ili paradigma, „koja ohrabruje proučavanje promenljivih života u promenljivim kontekstima” – *životni tok* (Elder & Shanahan, 2006, str. 667).

Životni tok, kao koncept, označava sekvencu društveno definisanih i uzrastom određenih događaja i uloga, koji, u velikoj meri, isrtavaju biografiju osobe – određuju njenu životnu istoriju ili životnu priču. Sociokulturna perspektiva, koju zauzima Elder, ističe socijalno značenje uzrasta. „Rođenje, pubertet ili smrt su biološke činjenice, ali njihova značenja u životnom toku su socijalne činjenice ili konstrukcije” (Elder & Shanahan, 2006, str. 667). Razlike u uzrastima su izražene kroz očekivanja o vremenu i redosledu javljanja određenih događaja, odnosno o javljanju tranzicija ka određenoj ulozi. Ovakve ‘definicije uzrasta’ biće različite u različitim istorijskim periodima, kao i u različitim generacijama. Ovo je osnovni razlog za odabir predstavljanja teorije životnog toka pre teorije životnog ciklusa – pruža se odlična prilika da se, sa svim dosadašnjim saznanjima, vratimo na određenje ‘odrasle osobe’.

Društveno značenje odraslog doba

Naredne strane teksta su, najvećim delom, digresija u odnosu na predstavljanje Elderovih shvatanja, a povod je socijalno značenje uzrasta. (Elderova razmatranja razvoja su značajno šira i kompleksnija od onog što je odabrano za ovo poglavlje

– za predstavljanje neplodnosti u okviru razvojne psihologije, ali se Elder nije bavio bukvalno određenjem odraslog doba, do čega mi u ovom poglavlju (između ostalog) pokušavamo da dođemo. Međutim, njegove ideje pružaju odličan okvir za razmišljanje o tom određenju, zato odmah pravimo ovu digresiju.) Na samom početku poglavlja je, kod definicije odraslog doba, rečeno da se u tom periodu očekuju *određene* promene. Koje tačno – to je ostala nedoumica kojom ćemo se pozabaviti sada. Zašto to nije učinjeno ranije? Zato što je bilo neophodno istaći značaj sredine u kojoj se osoba razvija. Zato što sada i sami možda shvatate da je sadržaj pojma 'odrasla osoba', njegovo značenje, socijalna konstrukcija. Odraslo doba je određeno kroz postizanje određenih (društvenih) uloga, čiji su vreme i redosled javljanja drugačiji u različitim istorijskim periodima, odnosno drugačiji su i u ovom istorijskom trenutku u odnosu na sredinu u kojoj osoba živi ili subkulturu kojoj pripada. Životi ljudi su društveno organizovani. Sa druge strane, postoje i obrasci postojanosti, relativno stabilne uloge i ciklusi, povezani sa uzrastom – njih ćemo pokušati da pronađemo, u odnosu na saznanja koja postoje za razvijena društva (setite se Slike 1).

Najpre ćemo se kratko vratiti kroz vreme, na vrlo poznate i često navođene razvojne zadatke Roberta Hejvighursta (Havighurst, 1900–1991). U sklopu svojih istraživanja, čiji je cilj bio unapređenje obrazovanja, Hejvighurst je identifikovao šest razvojnih stadijuma koji pokrivaju period od rođenja do starosti i formulisao razvojne zadatke unutar njih (Berk, 2008; Schaie & Willis, 2001). Razvojni zadatak je za Hejvighursta bio „zadatak koji se pojavljuje u određenom trenutku u životu individue, čije uspešno postizanje vodi osobu ka sreći i uspehu u kasnijim zadacima, dok neispunjavanje zadatka vodi ka ličnom osećanju nezadovoljstva, neodobravanju društva i teškoćama u kasnijim zadacima” (Havighurst, 1972, str. 2; prema Manning, 2002). Razvojne zadatke pokreću tri grupe činilaca: fizičko sazrevanje, lične vrednosti i društvena sredina. S obzirom na to da je sistem vrednosti, najverovatnije, upravo i usvojen iz/u, određenoj društvenoj sredini, teško je potpuno razdvajanje zadataka koje osoba postavlja/ispunjava jer su oni izraz njenih autentičnih ličnih vrednosti i onih koji su postavljeni pod pritiskom društva. Uglavnom, polovina prošlog veka predstavlja trenutak kada su istraživači razvoja prepoznali značaj društvenih uloga. Društvena uloga je obrazac ponašanja definisan i očekivan od grupe ljudi koja zauzima određeni položaj u društvu (Havighurst, 1956). Ako je određena socijalna uloga očekivana od ljudi, kada osoba dođe do (socijalno) odgovarajućeg uzrasta, postizanje te uloge postaće razvojni zadatak. „Na primer, uloga supruge je generalno očekivana za mlade muškarce, pa se onda kao razvojni zadatak postavlja 'stupanje u brak'.” (Havighurst, 1956, str. 216). Hejvighurst izdvaja šest razvojnih perioda; tri su vezana za ranije uzraste, a tri za odraslo doba: rano odraslo doba (19 do 30 godina); srednje doba (od 30 pa do 60 godina); i 'kasna zrelost', staro doba (nakon šezdesete godine života). Nas sada najviše zanimaju razvojni zadaci koje je ovaj istraživač iz SAD izdvojio pedesetih godina XX veka kao normativne za rano odraslo doba³⁰. Mlada osoba koja ulazi u svet odraslih treba da

³⁰ Prostor na kojem živimo sada (teritorija RS) u vreme kada je Hejvighurst pisao o razvoju bio je u sastavu druge države – Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije. Iako možda deluje neočekivano, vrednosti tog društva su bile prilično 'nagnute ka zapadu', tj. Jugoslavija se značajno

postigne sledeće: razvijanje stabilne partnerske veze, 'učenje', odnosno privikavanje na zajednički život s partnerom, zasnivanje nezavisnog domaćinstva, zasnivanje porodice, briga za porodicu, zapošljavanje, tj. započinjanje karijere i integrisanje u određenu društvenu grupu, uz preuzimanje građanskih odgovornosti (Seiffge-Krenke & Gelhaar, 2008). Dakle, dobijanje i odgajanje dece – zadaci 'zasnivanje porodice' i 'briga za porodicu' – treba da se dogode u ranom odraslom dobu, kao deo optimalnog razvojnog puta, prema Hejvighurstu. To je ono što društvo očekuje od ljudi i ono što, posledično, ljudi očekuju od sebe. U srednjem dobu (između tridesete i šezdesete godine života) osoba, prema Hejvighurstu, između ostalog, treba da pomogne deci-adolescentima da postanu odgovorne i srećne odrasle osobe (Schaie & Willis, 2001).

Pedesetih godina prošlog veka, takođe u SAD, svoju teoriju psihosocijalnog razvoja predstavio je Erik Erikson (Erikson, 1902-1994). Iako početno psihoanalitičke orijentacije, Erikson je mnogo više značaja dao interakcijama osobe sa socijalnim okruženjem nego unutrašnjim pokretačima (Hendry & Kloep, 2012), što je bilo u skladu sa 'duhom vremena' (tzv. zeitgeist). Još jedna razlika u odnosu na psihoanalizu, i novina za to vreme, koju je zagovaralo sve više istraživača, jeste ideja da se osobe razvijaju tokom čitavog života. Razvoj se, po Eriksonu, odvija kroz suočavanje sa sekvencom ličnih i društvenih zadataka, koje osoba treba da ispuni da bi dalji razvoj bio moguć. Svaki od razvojnih zadataka izazvaće krizu kod osobe. Odnosno, osoba treba da pronađe adekvatan (društveno prihvatljiv) način prevladavanja krize i ispunjenja zadatka. Cilj je postizanje ravnoteže između dva moguća ishoda svake krize; približavanje bilo kom ekstremu može da ima negativne posledice po psihički život i razvoj (Hendry & Kloep, 2012). Dakle, razvoj je diskontinuiran – ovo je dobar primer modela krize koji je spomenut ranije u tekstu. Erikson predviđa osam stadijuma, a nas zanimaju stadijumi i zadaci odraslog doba: šesti (intimnost naspram izolacije) i sedmi stadijum (generativnost naspram stagnacije). Treba primetiti da se adolescencija po Eriksonu (Hejvighurstu i drugim istraživačima/teoretičarima tog doba) završavala dosta rano – na uzrastu od 18 do 20 godina. Opet, nije stvar u hronološkom određenju, nego u odigravanju određenih događaja i postizanju uloga. Ovo je istorijski period u kojem još uvek nije bio izražen fenomen odraslog doba u nastajanju – odrastanje i prelaz iz adolescencije u odraslo doba odigrali su se brže nego danas. Erikson podrazumeva da je osoba, pre nego što uđe u odraslo doba, uspostavila socijalni, seksualni i profesionalni identitet i da, u idealnom/optimalnom slučaju, nema konfuziju po pitanju svojih uloga. Vrlo slično pretpostavlja i Hejvighurst (Seiffge-Krenke & Gelhaar, 2008). Sa današnje vremenske pozicije ovo je važno, jer proces uspostavljanja identiteta, bar u razvijenim društvima, poslednjih decenija traje značajno duže (setite se odraslog doba u nastajanju). Uglavnom, psihosocijalna teorija podrazumeva da je na ulasku u mlado odraslo doba (okvirni uzrast 20 do 40 godina) osoba imala veliki broj prijateljstava, da je imala iskustvo u

razlikovala od drugih socijalističkih zemalja. O ovome, na primer, možete čitati u vrlo interesantnoj knjizi Radine Vučetić *Koka-kola socijalizam – amerikanizacija jugoslovenske popularne kulture šezdesetih godina XX veka*. Danas smo zahvaćeni već pomenutom kulturnom globalizacijom, ali ni u drugoj polovini prošlog veka nismo bili neuporedivi sa 'razvijenim kapitalističkim društvima'. Daleko od toga da je kontekst (razvoja) isti, ali nije ni neuporediv, kako, možda, mlađi čitaoci pretpostavljaju.

ljubavnim vezama i da je prošla kroz period seksualnog eksperimentisanja, tako da u ovom periodu oseća potrebu da se 'smiri' i da doživi pravu intimnost. Intimnost je želja osobe da se posveti odnosu i može imati različite forme, tj. može se ispoljiti kroz prijateljstva, kroz ljubav, kroz partnerstva – čak i sa samim sobom (Kroger, 2015). Seksualnost je važan izraz intimnosti, ali nije ono što je određuje. Nasuprot intimnosti je izolacija, stanje u kojem je osoba izdvojena ili uključena u stereotipne i visoko formalne odnose, u kojima ima malo emocionalne topline i spontanosti. Optimalno razrešenje krize ovog stadijuma je postizanje sposobnosti za ljubav, iskustvo obostrane odanosti i poštovanja u odnosu na partnera i na odbrane druge, kao i prema sebi (Kroger, 2015). Ima autora koji smatraju (bolje rečeno, tumače) da posebnu važnost u ovom stadijumu ima obavezivanje i posvećivanje partneru sa kojim osoba ima nameru da provede život i dobije decu (Hendry & Kloep, 2012). U toku srednjeg odraslog doba (40 do 65 godina) za većinu ljudi život je, prema psihosocijalnoj teoriji, relativno miran i stabilan. Erikson smatra da je za ljude u ovom periodu osnovni zadatak briga za druge – generativnost. Generativnost može biti ostvarena kroz podizanje (sopstvene) dece, ali i kroz takve doprinose društvu od kojih će koristiti imati i naredne generacije. Ukoliko osoba ne može da ispuni ovaj zadatak, rizikuje stagnaciju i preterano udovoljavanje sebi. Teorija ne dopušta izmenjeni redosled ili simultano odvijanje 'kriza', na primer, ne može se dogoditi da osoba razvije identitet kroz generativnost, pa da nakon toga postigne intimnost. Iako dobijanje i podizanje dece jeste povezano i sa postizanjem intimnosti i sa generativnošću, iz opisa stadijuma ne sledi nužno da osoba koja ima teškoća sa začecem (ili koja nema dece) neće moći da prevlada razvojne krize. Mada, Erikson smatra da će odrasle osobe bez dece svakako biti izložene određenoj dozi frustracije. „Ovo posebno važi za žene, čija su tela namenjena odgajanju potomstva. Ali osećaj nege i generativnosti je i dalje moguć.“ (Erikson u Evans, 1969; prema Crain, 2014).

Ideje Danijela Levinsona (1920–1994) o stadijumima razvoja i razvojnim zadacima nećemo prikazivati, jer ne donose ništa novo – ulazak u odraslo doba obeležava stabilan partnerski odnos, zasnivanje porodice i posvećivanje zanimanju, tj. odabranoj profesiji (Aktu & İlhan, 2017; Bentley, 2007). Značajno mesto tokom celog odraslog doba ima, pored konkretnih uloga, i 'san' (engl. the dream) – vizija budućnosti koju osoba želi i planira za sebe, čak i ako nije potpuno svesna toga. Ključne komponente sna (životni ciljevi koji se odnose na karijeru, partnersku vezu ili nešto drugo) trebalo bi da budu ostvarene do trenutka kada osoba dođe u tridesete godine života (Bentley, 2007).

Između razvojnih zadataka koje pretpostavljaju Erikson i Hejvighurst ima značajnih sličnosti; između ostalog, u oba seta zadataka se pominju odnosi sa stabilnim partnerom i deca – u označenom istorijskom trenutku, u razvijenim društvima, to je bio deo društvenog značenja odraslog doba. S obzirom na to da je Hejvighurst bio usmeren na 'popisivanje' društvenih uloga, obaveza, koje osoba treba da preuzme, njegovi opisi razvojnih zadataka su vrlo konkretni. Eriksonove snage ličnosti, vrline, osoba može da postigne na više načina – u tom smislu su opisi stadijuma fleksibilniji. Njegovo shvatanje je više psihološko značenje odra-

slog doba, ali ga možemo sagledati i kao društveno – kao sliku o optimalnom razvoju odraslih ljudi, u razvijenim zemljama, u ranijem, prethodnom, istorijskom periodu. Teškoće sa začecem ili nemogućnost dobijanja dece predstavljaju značajnije prepreke u Hejvighurstovom nego u Eriksonovom viđenju razvoja – ali to jesu izvesne prepreke u obe teorije. Ukoliko osoba nema dece, ili percipira da nije postala roditelj 'na vreme', ta životna situacija, to stanje, može biti, da se poslužimo Hejvighurstovim rečima, izvor ličnog osećanja nezadovoljstva, neodobravanja društva i teškoća u daljem razvoju.

Da li imamo noviji 'popis zadataka' odraslog doba? Do pred kraj prošlog veka u psihologiji, sociologiji i demografiji znak ulaska u odraslo doba predstavljalo je „velikih pet“ socijalnih uloga: završetak školovanja, zapošljavanje – finansijska nezavisnost, iseljavanje iz roditeljske kuće – nezavisno stanovanje, formiranje stabilne partnerske veze i postajanje roditeljem (Jager et al., 2022; Schaie & Willis, 2001). Te uloge zapravo pominje i većina teorija razvoja koje obuhvataju ceo životni vek, ali ovoga puta radi se o 'zadacima bez teorijske pozadine'. Jednostavno, do osamdesetih godina prošlog veka statistički podaci (doduše za SAD) pokazivali su da je put u odraslo doba jasno označen (Settersten & Ray, 2010). Prva stanica bila je završetak obrazovanja, sledeća posao. Sledio je brak, deca, a između sklapanja braka i dobijanja dece par je kupovao kuću. Sve ovo je većina ljudi postizala do dvadeset pete godine (Settersten & Ray, 2010). Bilo je izuzetaka i zaobilaznih puteva za neke, ali za većinu Amerikanaca, verovatno i za većinu mladih ljudi iz razvijenih zemalja, prelazak iz adolescencije u odraslo doba bio je relativno kratak i izvodljiv. U poslednjih nekoliko decenija dogodile su se (da opet naglasimo – za mlade u razvijenim zemljama) mnoge promene, na polju ekonomije i obrazovanja, po pitanju dostupnih poslova, po pitanju shvatanja lične sreće, na primer. Sve te promene „su iscepale staru knjigu pravila kada otići od kuće, koliko dugo studirati, kada stupiti u brak“ (Settersten & Ray, 2010, str. 11). Da li to znači da novu 'knjigu pravila' za ulazak u odraslo doba nemamo? Zavisi kako posmatrate čašu u kojoj je voda do pola. Šalu na stranu, od početka ovog veka postoji slaganje istraživača iz oblasti društvenih nauka da se dogodila deinstitucionalizacija društvenih uloga (Jagger et al., 2022). To znači da su uvremenjenost, neophodnost i prihvatljivost postizanja društvenih uloga postali sve manje vođeni normativnim, pravnim i drugim pravilima – pojedinci sada imaju veću odgovornost za svoje životne puteve i veću kontrolu nad njima. Kao rezultat tog procesa, tokom poslednjih nekoliko decenija, životni tok je postajao sve više individualizovan, pogotovo u industrijski razvijenim zemljama (Jagger et al., 2022). Individualizacija životnog toka je tesno povezana sa destandardizacijom i destabilizacijom uloga. Destandardizacija znači da su vreme i redosled postizanja određenih društvenih uloga postali vrlo heterogeni, što vodi do značajne interindividualne varijabilnosti u obrascima tranzicije u određene uloge. (Zbog ovoga je ranije u tekstu napisano da je socijalni sat u modernim društvima prestao da pokazuje 'tačno vreme'.) Na primer, jedna osoba može da nastavi svoje profesionalno usavršavanje i u svojim tridesetim godinama, dok će neke osobe, u istom društvu, svoje obrazovanje završiti sa devetnaest

godina – i ni jedno ni drugo neće biti društveno neprihvatljivo. U istom društvu, neke osobe će postati roditelji u dvadesetim, neke u tridesetim, a neke i u četrdesetim godinama; neki od tih roditelja su završili svoje planirano školovanje, neki nisu; neki su zaposleni, neki ne. Jednostavnije rečeno, destandardizacija uloga znači da su društvena očekivanja šta i kada treba da se postigne postala vrlo fleksibilna. To ne znači da je mladim ljudima u modernim društvima danas lakše. Uloge koje su očekivane, normativne za određeni uzrast suočavaju ljude sa setom normativnih očekivanja i neformalnih sankcija (npr. osuđivanje okoline), koji pokazuju pravac kojim treba ići. Stabilni obrasci uloga pružaju dobru osnovu za osećaj lične stabilnosti, jer „sam ulazak u takve odnose može da stabilizuje život osobe i da minimizuje uključenost u nekonvencionalne i opasne aktivnosti” (Elder & Shanahan, 2006, str. 672). Recimo, podizanje uzrasne granice za zasnivanje stabilne zajednice i dobijanje dece povezani su sa (uzrasno očekivanim) teškoćama sa začecem i sa manje vremena da se te teškoće prevaziđu pre nego što partneri izađu iz okvira reproduktivnog perioda. Takođe, većina mladih odraslih ljudi koji žive sami to vide kao period, kao izgrađivanje nezavisnosti koja prethodi partnerskoj vezi, ali taj period lako može odvesti u navikavanje na nezavisnost, slobodu i mir – na nemogućnost prilagođavanja budućem partneru, pa i odgajanju dece. Dug ‘samački život’ može da dovede i do snažne idealizacije partnerskog odnosa, u koju se kasnije neće uklopiti nijedan realni odnos (Opsenica Kostić, 2017). Drugi fenomen povezan sa individualizacijom životnog toka je destabilizacija društvenih uloga – povećanje nestabilnosti uloga kroz vreme, odnosno od druge polovine prošlog veka do danas. Od pomenutih pet markera ulaska u odraslo doba, jedino je roditeljstvo ostalo relativno stabilno, u smislu da ljudi retko napuštaju ulogu roditelja (Jager et al., 2022). O ovome bi se moglo diskutovati, jer nisu ni tako retki slučajevi da roditelj, naročito posle raskida zajednice, napusti svoju roditeljsku ulogu. To se događa iz različitih razloga (nekad i ne voljom (tog) roditelja), ali se događa da ljudi ‘izađu’ i iz te uloge. No, ostavićemo to po strani, jer je roditeljska uloga zaista stabilnija u odnosu na ostale pokazatelje odraslog doba. Za ostale uloge iz „velikih pet” (formiranje stabilne veze, obrazovanje, nezavisno stanovanje i zaposlenje) u savremenim razvijenim društvima se sve češće događaju ponavljani ulasci i izlasci iz uloge tokom odraslog doba – u tome se ogleda destabilizacija. Dakle, ulazak u odraslo doba u modernim društvima više nije (relativno) jasno označen put. Vreme i redosled postizanja, za pojedinca i društvo, važnih uloga su destandardizovani – postali su individualni, a same uloge nestabilne. Iako ove promene svakako možemo posmatrati kao pozitivne – kao povećanu mogućnost traganja za ličnom srećom, one u isto vreme nose i rizike, jer oduzimaju osećaj stabilnosti, ‘razgrađuju’ referentni okvir koji je pomagao osobi da doživi sebe kao adekvatnog, kompetentnog aktera svoje životne priče³¹.

³¹ Neka vrsta ‘sve može i ništa ne mora’ situacije, *lesez fer* (franc. *laissez-faire*) upravljanje sopstvenim životom. Međutim, jedna od osnovnih ljudskih potreba je i potreba za strukturom (Bern, 1976, 1988). Bern je pisao o strukturisanju vremena, ali je lako zamisliti kako ova savremena ‘ekscesivna sloboda’ uskraćuje stabilne transakcije i time otežava postizanje ‘priznanja’, dolaženje do potvrda vrednosti sopstvenog postojanja. Življenje u takvim uslovima može dovesti do stalnog preispitivanja da li

Kako onda savremeni autori opisuju razvojne zadatke odraslog doba? Ovaj poduhvat nije nimalo lak, jer, kao što je više puta rečeno, životi odraslih su se promenili i konceptualni okvir zadataka odraslog doba treba, u pozitivnom smislu, da obuhvati i nove životne stilove i nove forme porodice, na primer namerno same roditelje, nevenčane parove, ponovo sklopljene brakove (sa decom iz prethodnih i/ili aktuelnog braka), homoseksualne parove i njihove porodice, kao i muškarce i žene svih uzrasta koji ne žive u partnerskoj zajednici (McGoldrick et al., 2014, Opsenica Kostić 2017). Jednu varijantu formulisanja novih razvojnih zadataka nude autorke iz SAD, uz potpunu svesnost da postoje velike kulturne (i istorijske) varijacije (McGoldrick et al., 2014). Ove autorke se duži niz godina bave razmatranjima životnog ciklusa porodice, ali su normativni zadaci koje nude primenljivi i na osobe koje žive same, kao i na partnere bez dece³². Za osobe na pragu odraslog doba (ovde engl. *emerging young adults*) ključni princip tranzicije u odraslo doba je prihvatanje emocionalne i finansijske odgovornosti za sebe (McGoldrick et al., 2014, str. 16). Promene drugog reda, koje su neophodne da bi se ova tranzicija odigrala, jesu sledeće: diferencijacija selfa u odnosu na porodicu porekla; razvoj bliskih odnosa sa osobama iz iste uzrasne grupe; pronalaženje svog mesta u svetu rada i finansijska nezavisnost; pronalaženje svog mesta u lokalnoj i široj društvenoj zajednici. Postoji i peta promena/događaj kod koga su same autorke stavile upitnik – za neke osobe će ovo biti aktuelno, za neke neće: postizanje duhovnosti³³ (engl. *spirituality*). Duh vremena u modernim društvima ne ide na ruku razvoju ove odlike. Autorke individualni životni ciklus u kontekstu (engl. *individual life cycle in context*) prikazuju kroz devet životnih faza, od kojih prve četiri obuhvataju detinjstvo, peta faza je adolescencija, nakon čega slede razdoblja odraslog doba, do devete faze – do starosti. Razvojni zadaci u pojedinim fazama životnog ciklusa formulisani su onoliko kulturno nepristrasno koliko je to moguće. (A nikako nije moguće u potpunosti, jer se konteksti ljudskog razvoja, koliko god da imaju suštinskih sličnosti, ipak i značajno razlikuju. Razvoj i socijalni kontekst, kao što se sve vreme naglašava, nije moguće razdvojiti.) Pogledajmo koje razvojne zadatke

je osoba ostvarila dovoljno, da li je dovoljno vredna. (A jasnog odgovora nema, jer su razgrađena obeležja 'dovoljnog' u životu odrasle osobe.)

³² Vrlo je interesantan prikaz vertikalnog i horizontalnog toka stresa tokom života (McGoldrick et al., 2014, grafički predstavljeno na Figuri 1, strana 8). Setite se Bronfenbrennerovih sistema – figura je vrlo slična, sa osobom u centru, dok su kultura i društvo poslednji, najveći krug koji obuhvata ostale. Vertikalni tok stresa predstavlja istorijske teme i činjenice koje se pružaju kroz porodično stablo (npr. biološko nasleđe – genetika, obrasci ponašanja u porodici – mitovi, tajne, zaveštanja, religijska ili običajna uverenja i ponašanja). Horizontalni tok stresa čine razvojni i akcidentni događaji tokom života osobe (npr. razvojni stres bi bilo emocionalno i finansijsko osamostaljivanje, akcidenti stres hronična bolest ili nezaposlenost, uz šire istorijske, ekonomske i političke događaje – npr. rat i ekonomska kriza). U životu svake osobe se na jedinstven način kombinuju elementi iz vertikalnog i horizontalnog toka stresa. Sve ovo i te kako ima veze sa neplodnošću; verujem da ste kod pominjanja hronične bolesti prepoznali da stresor iz te grupe može biti neplodnost.

³³ Duhovnost može, ali ne mora, da uključuje religioznost. Pogledajte npr. <https://sr.m.wikipedia.org/sr/Duhovnost:„Biti duhovna osoba znači stavljati duhovno, metafizičko, i nematerijalno ispred prolaznog, svetovnog i materijalnog.“>

ranog odraslog doba (okvirno između 21. i 30. godine života) predlažu autorke iz SAD: povećana sposobnost osobe da izađe u susret svojim finansijskim, emocionalnim, seksualnim i duhovnim potrebama (da se pobrine za njih); povećana disciplina u pogledu fizičkog i intelektualnog rada, kao i socijalnih odnosa, uz sposobnost odložene gratifikacije radi postizanja ciljeva; razvijanje sposobnosti fokusiranja na dugoročne ciljeve vezane za rad, bliske odnose, porodicu i zajednicu; razvoj sposobnosti brige za druge na fizičkom, emocionalnom i seksualnom nivou; dalji razvoj poštovanja i zalaganja za pomoć marginalizovanim, odnosno socijalno ugroženim pojedincima i grupama; razvoj sposobnosti za prilagođavanje promenama koje nastaju u odnosima sa roditeljima, vršnjacima, decom i zajednicom u celini, uključujući i odnose na radu (McGoldrick et al., 2014, str. 36³⁴). Ovo bi bio dobar primer savremenog društvenog značenja odraslog doba. Naravno, i ovde je opisan idealan razvoj, pre svega sa aspekta odrasle osobe u razvijenom industrijskom društvu. Ono što je izbegnuto jeste eksplicitno pominjanje stupanja u brak, a deca se pominju u okviru poslednjeg zadatka (prilagođavanje promenama u različitim interpersonalnim odnosima). Autorke same naglašavaju da postoje „velike razlike u ovoj fazi, u zavisnosti od rase, pola, klase i seksualne orijentacije” odrasle osobe (McGoldrick et al., 2014, str. 41). Ipak, u opisu razdoblja ranog odraslog doba pominje se da je ovo period u kojem mlade odrasle osobe treba (samostalno) da brinu ne samo za sebe, već i da „preuzmu odgovornosti brige za druge, kroz pronalaženje sebe na polju rada, partnerstva i roditeljstva” (McGoldrick et al., 2014, str. 42). U svakom slučaju, bez obzira na to koliko se autori trude da formulišu razvojne zadatke koji obuhvataju različite životne stilove i forme porodice, ipak ostaje činjenica da je pronatalizam vrlo istaknuta društvena vrednost u svim društvima – nemoguće ga je zaobići. Dobijanje i negovanje dece je (i dalje) visoko vrednovano u različitim kulturama širom sveta. Pritisak pronatalističkih vrednosti na odrasle osobe koje nemaju potomstvo verovatno nije tako snažan u ovom veku kao što je bio u prošlim, ali nije ni zanemarljiv. Zasnivanje stabilnog partnerstva i odgajanje dece jeste deo društvenog značenja odraslog doba i danas. A društveno značenje je sadržaj konteksta koji iscrtava (socijalne) putanje kojima kojima ljudi mogu da krenu – ovim se vraćamo shvatanjima Glena Eldera. Ove socijalne putanje (engl. social pathways) i kumulacija iskustva jedne osobe predstavljaju vremenski osetljive odrednice konteksta odrastanja. Elder koristi i termine trajektorija (engl. trajectory), tranzicija (engl. transition) i prekretnica (engl. turning point) da označi elemente socijalne putanje jedne osobe (Elder & Shanahan, 2006). Trajektorija je određena, ustanovljena, staza kojom je osoba krenula i na kojoj se očekuju određene tranzicije (npr. ako je osoba krenula putem zasnivanja bračne zajednice, očekivana tranzicija je ona u ulogu roditelja). Trajektorije mogu da pretrpe suštinske promene, najčešće tokom tranzicija, što onda može da predstavlja prekretnicu razvoja – nastavljanje života u ‘drugom

³⁴ Autor ovih redova ne poseduje izdanje iz 2016. godine, ali noviji domaći udžbenik, *Osnove psihologije porodice*, navodi razvojne zadatke iz McGoldrick et al., 2016. (Svetozarević i Mitić, 2021, str. 105–108). Može se zaključiti da suštinske izmene u zadatke nisu unete.

smeru' (Elder & Shanahan, 2006³⁵). Za ovaj tekst značajan je upravo primer koji smo započeli: osobe (partneri) kreću ustanovljenom putanjom bračnog života. Tokom tog puta očekuju se određene tranzicije vezane za rođenje i odrastanje dece. Ono što se ne očekuje i što može biti prekretnica razvoja, jesu značajne teškoće sa začecem ili nemogućnost dobijanja (sopstvene, biološke) dece.

4.2.2.a. Paradigmatski principi teorije životnog toka

Objašnjavajući koncept celoživotnog razvoja Elder se poziva i na postavke Pola Baltsa. Imajući u vidu da je to sledeća teorija koju ćemo predstaviti, ove postavke će ubrzo dobiti svoje mesto. Glen Elder i Pol Balts su svoja suštinski slična shvatanja razvili nezavisno, sedamdesetih godina prošlog veka, a u svojim radovima su navodili i uvažavali jedan drugog. Odabir čije će ideje biti prve predstavljene je, čak i sa razlogom navedenim ranije (pogodan okvir za razmatranje društvenog značenja odraslog doba), dosta nezahvalna situacija. (Idealan 'čitalački tok' bi bio da se celom poglavlju vratite još jednom nakon prvog čitanja.) Paradigmat-ske principe specifične za teoriju životnog toka Elder predstavlja na sledeći način (prema Elder & Shanahan, 2006):

Princip celoživotnog razvoja: Ljudski razvoj i starenje su celoživotni procesi.

Kroz dug period proučavanja razvoja životni tok je bio sagledavan kao sekvencu životnih stadijuma, od perioda odojčeta i detinjstva do starog doba. Jedna od posledica ovakvog stanovišta je usmeravanje istraživanja i specijalizovanje istraživača samo za jedan životni period, tj. uzrasti su postali odvojeni domeni proučavanja. Pred kraj prošlog veka prepoznato je da se razvojni procesi mogu najbolje sagledati iz perspektive celoživotnog razvoja. „Na obrasce ponašanja u srednjem životnom dobu ne utiču samo trenutne okolnosti i anticipacija budućnosti, već i prenatalna iskustva i iskustva iz ranog detinjstva.“ (Elder & Shanahan, 2006, str. 692) Kako se ova ideja može povezati sa prevladavanjem neplodnosti, videćemo u okviru sledećeg principa. Preferirana metoda istraživanja celoživotnog razvoja je longitudinalna, a ne transferzalna. Međutim, u longitudinalnom pristupu ozbiljan rizik predstavlja mogućnost da se u rezultatima ispolje tzv. efekti generacije, a ne razvoja. Elder ovo formuliše kao rizik od 'zahvatanja' socijalne (a ne razvojne) promene. Zbog toga longitudinalna istraživanja treba da uključe i podatke o promenama u društvu.

Princip ljudske aktivnosti: Osobe konstruišu svoj životni tok kroz izbore i akcije koje čine unutar mogućnosti i ograničenja istorijskih i socijalnih okolnosti.

Ljudi čine određene izbore čak i u ograničavajućim situacijama, što im omogućava da zadrže osećaj kontrole nad svojim životnim tokom. Suočavanje sa neplodnošću je dobar primer ograničavajućih okolnosti, međutim, i tu ima moguć-

³⁵ Ovo je razrađen deo teorije, gde se, između ostalog, govori o višestrukim trajektorijama vezanim za važne životne uloge koje osoba ima; ove trajektorije zahtevaju strategije koordinacije ili sinhronizacije (Elder & Shanahan, 2003, str. 685). Dalja razmatranja izlaze iz okvira namene ovog teksta, a čitalac se ohrabruje da dalje traga sam – svakako ima još dosta toga da se otkrije.

nosti za izbor. Osoba može da *odluči*, na primer, da nastavi lečenje, da ga prekine, da usvoji dete, da pokuša začecé sa doniranim ćelijama ili da izgradi novi životni tok bez dece, bez ulaženja u ulogu roditelja. Ljudi nisu pasivni produkti sredine i uslova života. Sa druge strane, odluke koje osoba donosi jesu pod uticajem prethodnih iskustva i odlika osobe (ne postoji, za konkretnu osobu, 'pun spektar' svih mogućih odluka u datoj situaciji; neke će biti unapred isključene, iz različitih razloga). U našem primeru biće važna, između ostalog, prethodna iskustva sa zdravstvenim sistemom i sistemom socijalne zaštite, znanje o tome šta rade drugi ljudi u sličnoj situaciji, šta je sve moguće preduzeti (zakonski okviri); od osobina ličnosti biće posebno značajne, na primer, netolerancija na neizvesnost, samopouzdanje i stid pred drugima; od socio-demografskih karakteristika obrazovanje, materijalni status/finansijske mogućnosti, mesto stanovanja. Sve ove odlike će odrediti ličnu aktivnost, odrediće učinjene izbore, koji će imati posledice u budućnosti (dovešće osobu u specifične okolnosti, koje bi bile drugačije da je odabran drugačiji put u tom trenutku razvoja). Dakle, koliko god da je situacija ograničavajuća, uvek ima mesta i za izbor. Koliko god da su situacije u kojima se osobe nalaze slične, ista aktivnost, isti izbor, ne moraju i neće biti jednako adekvatni i jednako bliski svima.

Princip uvremenjenosti (engl. the principle of timing): Razvojni antecedensi i konsekvensi životnih tranzicija, događaja i obrazaca ponašanja variraju u odnosu na vreme pojavljivanja u životnom toku

Elder ovde daje primere efekata tranzicije u jednoroditeljsku porodicu za decu, nakon rastave roditelja i efekte hapšenja, odnosno odlaženja u zatvor, na život mladih odraslih. U oba slućajaja, pored drugih faktora, nije svejedno kada se u životu osobe desio taj konkretni događaj. Princip uvremenjenosti se može objasniti i preko događaja koji nisu rizićni. Na primer, roćenje deteta je, najćešće, radostan i ne posebno rizićan životni događaj. Međutim, ukoliko se ovaj događaj pojavi rano u životnom toku, recimo u adolescentnim godinama majke, u sredini/subkulturi u kojoj socijalni sat pokazuje da to nije vreme za rađanje, onda može biti rizićan (jer nije uvremenjen, između ostalog). U kontekstu neplodnosti, saznavanje za teškoće sa začecém će imati drugaćije efekte za par koji je u kasnim dvadesetim ili ranim tridesetim godinama, nego za par koji se nalazi u ćetrdesetim godinama života (sa aspekta subjektivne percepcije vremena, a i realnog vremena, koje je na raspolaganju za lećenje). Možemo zamisliti i drugaćiji primer koji uključuje 'tajming': efekti saznavanja za teškoće sa začecém ili efekti lećenja će biti drugaćiji ukoliko se dogode u vreme emocionalne ili materijalne krize partnerske veze, u vreme kada se odigrava znaćajna tranzicija (npr. zaposlenje ili ostajanje bez posla), u odnosu na saznavanje u periodu emocionalne i materijalne stabilnosti ili blagostanja.

Princip povezanih života: Životi se žive međuzavisno i kroz ovu mrežu odnosa se prenose (izražavaju) društveno-istorijski uticaji

Isticanje međuzavisnosti smo sreli i u mezosistemu Bronfenbrenera, s tim što se ovde misli konkretno na ulogu znaćajnih drugih (pojedinaća) u oblikovanju životnih puteva ljudi. Kakve god planove da osoba ima ili šta god da doživljava,

značajni drugi mogu da pokrenu tranziciju u životu te osobe ili da dožive njene tranzicije tako da budu pokrenute promene u životu značajnog drugog. Na primeru je ovo mnogo jednostavnije nego što zvuči u apstraktnoj rečenici: recimo, osoba ne planira da u aktuelnom trenutku svog životnog toka započne partnerski/bračni život, ali značajni drugi mogu da ubrzaju ili da isforsiraju donošenje takve odluke. To se može dogoditi kroz eksplicitne pritiske porodice (da je 'pravo vreme' ili čak 'kasno') ili kroz implicitne pritiske vršnjaka koji ulaze u bračne veze (doživljavanje 'tuđe' tranzicije na način koji pokreće sopstvenu). Tako se kroz mrežu odnosa u kojima se osoba nalazi prenose i izražavaju društveno-istorijski uticaji na razvoj. Uglavnom, očekivanja drugih i njihove potencijalne neformalne sankcije mogu navesti osobu da usmeri svoj životni tok u određenom smeru. Perspektiva drugih može biti naročito značajna za osobe koje se suočavaju sa neplodnošću, na različite načine. Na primer, perspektiva drugih može značajno odrediti koliko dugo treba/mora da se istraje u lečenju ili koje opcije u prevladavanju steriliteta, i u daljem životu, 'dolaze u obzir', koje su prikladne. (Međuzavisni životi očigledno utiču na ljudsku aktivnost, drugi princip.) Neplodnost će najviše pogoditi par koji se sa njom suočava, ali ovakvi značajni događaji imaju efekat i na osobe iz okoline (kao krugovi koji se pojavljuju kada se kamen baci u vodu – engl. ripple effect). Osobe koje su najbliže paru, koje su najpovezanije sa njim, osetiće i najviše efekta (npr. roditelji i bliski prijatelji).

Princip vremena i mesta u istoriji: Individualni životni tok je utkan u istorijsko vreme i mesto u kojem se odvija i oblikovan je njime

Ovaj princip je mogao biti i prvi, jer je to jedna od osnovnih postavki ekologije ljudskog razvoja (Elder ga ostavlja za kraj, pa je tako učinjeno i ovde; Elder & Shanahan, 2006). Ova ideja se ponavlja od prvih stranica poglavlja koje čitate: nije svejedno na kom mestu, u kojoj sredini i u kojem (istorijskom) vremenu osoba živi. S obzirom na to da je kratko predstavljena deinstitutionalizacija i destabilizacija uloga, jasno je da, u današnje vreme, uloga roditelja nije obavezna za odraslu osobu u razvijenim društvima (iako jeste očekivana). Ipak, ne žive svi ljudi (zapravo – većina ljudi ne živi) u razvijenim zemljama, tako da se od mnogih mladih odraslih i danas jasno očekuje dobijanje i odgajanje potomstva. Ovo 'mesto' u kojem se odvija individualni životni tok je vrlo značajno i za određivanje prikladnog ponašanja u slučaju nemogućnosti začeca partnera i u pogledu dostupnih opcija prevladavanja neplodnosti. Možemo još jednom pomenuti i da na 'istom mestu', u istom društvu, različite subkulture mogu značajno različito shvatati neplodnost.

Dakle, vrlo je nezahvalno zamišljati prosečnu osobu, muškarca ili ženu, ili prosečan par, koji se suočava sa neplodnošću. Postoji mnoštvo značajnih varijabli konteksta, koje, uz (ne)postojanje podsticajnih karakteristika osobe (Bronfenbrenner), proizvode mnoštvo varijacija. S jedne strane, ovakva situacija otežava istraživanja jer postavlja velike zahteve u pogledu uzorka ispitanika, do kojih inače nije lako doći. S druge strane, na šarolikost doživljavanja i prevladavanja neplodnosti možemo gledati sa poštovanjem različitih formi suočavanja, koje su funkcionalne za određene osobe, u određenom vremenu i mestu življenja.

4.2.3. Teorija životnog ciklusa³⁶

Kao što je rečeno, otprilike u isto vreme kada je Glen Elder formulisao svoju teoriju životnog toka, i Pol Balts (Paul Baltes, 1939–2006) razvijao je specifičan pristup razvojnoj psihologiji celokupnog životnog veka.³⁷ U časopisu *American Psychologist* Balts je opisan kao naučnik koji je bio predan ustanovljavanju i promovisanju razvojne psihologije kao discipline koja proučava celokupan život čoveka, a tu disciplinu su, u moderno vreme, oblikovala njegova shvatanja više nego bilo čija druga (Nesselroade, 2006).

Ideje i istraživanja Baltsa i saradnika su mnogo šira i bogatija nego što će ovde biti predstavljeno. Nas, s obzirom na svrhu teksta, najviše zanimaju osnovne postavke razvoja koje teorija nudi i model regulacije razvoja. Kao ilustraciju složenosti i širine teorije pobrojaćemo pet nivoa analiza, pet sekvencionalnih, ali međusobno povezanih koraka, od kojih svaki vodi bliže formulacijama specifičnih teorija životnog ciklusa (Baltes et al., 2006). Prvi nivo analiza odnosi se na biološke i kulturno-evolucionarne perspektive. Ovim pristupom „dobijamo informacije o tome šta možemo očekivati u pogledu opšteg obima i forme celoživotnog razvoja, bazirane na evolucionim, istorijskim i interdisciplinarnim saznanjima, koja se odnose na interakciju biologije i kulture tokom ontogeneze“ (Baltes et al., 2006, str. 574). Koraci/analize koji slede su pomak ka psihološkim teorijama ljudskog razvoja. Drugi nivo analize označen je kao ‘dinamika dobitaka i gubitaka’. Ovde se proučavaju promene koje se tokom životnog veka događaju u vezi sa dostupnim resursima razvoja. Same promene mogu biti u funkciji rasta, održavanja/rezlijenčnosti ili u funkciji regulacije gubitaka. Treći nivo analize predstavlja skup meta-teorijskih postavki o prirodi razvoja tokom životnog ciklusa. Četvrti nivo analize je konkretna ilustracija/primer, opšte teorije celoživotnog razvoja, koja se bazira na tri procesa: na selekciji, optimizaciji i kompenzaciji. Uspešan razvoj tokom životnog ciklusa vođen je selektivnom optimizacijom uz kompenzaciju (ovo je regulacija razvoja). I na kraju, peti nivo analiza predstavlja teorije razvoja životnog ciklusa vezane za specifične funkcije i domene: inteligenciju, kognicije, ličnost i

³⁶ Rani i pun naziv teorije je glasio ‘razvojna psihologija životnog ciklusa’, kasnije su sam Balts i njegovi najbliži saradnici prihvatili skraćeni naziv – ‘psihologija životnog ciklusa’. Međutim, odrednica ‘razvojna’ je takođe značajna, mada se u vezi sa životnim ciklusom ona podrazumeva, pa se mogu pročitati i naslovi tipa ‘Teorija životnog ciklusa u razvojnoj psihologiji’. S obzirom da se radi o teoriji koja je postala vrlo poznata, danas se termin *life span* (ovde *životni ciklus*) automatski vezuje za teoriju i ime Pola Baltsa, kao što se termin *life course* (ovde *životni tok*) vezuje za teoriju i ime Glena Eldera. (Danas) Nema potrebe naglašavati da se radi o teorijama razvoja.

³⁷ Pol Balts je doktorirao u Nemačkoj 1967. godine, nakon što je proveo godinu dana na razmeni u SAD. U Americi je saradivao sa čuvenim razvojnim psihologom i gerontologom K. W. Schaie-om. Na njegov poziv se, nakon doktoriranja, vratio u SAD i proveo dvanaest godina kao univerzitetski predavač iz oblasti psihologije i ljudskog razvoja, pre nego što se vratio u Nemačku, 1980. godine. Oblikovanje teorije životnog ciklusa započeo je već tokom rada u Sjedinjenim Državama, a nastavio u Berlinu. Radio je na čuvenom Maks Plank (Max Planck) institutu, gde je, između ostalog, bio direktor Centra za proučavanje životnog ciklusa, inicirao interdisciplinarnu studiju starenja (Berlin Aging Study, BASE), pokrenuo istraživanja mudrosti (Berlin Wisdom Project). Elder i Balts nisu samo savremenici, u jednom periodu života živeli su i na ‘istom mestu’.

self (Baltes et al., 2006, str. 574). Kao što je najavljeno, reći ćemo nešto više (samo o) trećem i četvrtom nivou analiza, mada metateorijske pretpostavke sadrže postulate vezane za sve nivoe.

Metateorijske postavke teorije razvoja tokom životnog ciklusa

U vreme kada je formulisana teorija životnog ciklusa bilo je od velikog značaja artikulirati koncept razvoja koji prevazilazi jednodimenzionalne i jednosmerne modele nastale po uzoru na biološke koncepte rasta i fizičkog sazrevanja. U tradicionalnim modelima (kakav je, na primer, Eriksonov), koncepti kao što je kvalitativna promena, sekvencionalnost, ireverzibilnost i određivanje krajnjeg cilja razvoja igraju ključnu ulogu. Osnovne postavke teorije životnog ciklusa su drugačije i od njih možete, verovatno, i sami pretpostaviti osnovu svega što ste pročitali u ovom poglavlju. (Ovo nije prva kritika tradicionalnih modela razvoja koju susrećete u tekstu.)

Razvoj i životni ciklus – ontogenetski razvoj se odvija tokom čitavog životnog veka. Razvoj pojedinca predstavlja proces koji je „ko-konstrukcija biologije i kulture“ (Baltes et al., 2006, str. 581). Nijedan uzrasni period nije dominantan u odnosu na druge kada je u pitanju određenje toka, ili kako Balts kaže, nije dominantan u regulaciji prirode razvoja. Celoživotni razvoj je rezultat adaptivnih procesa koji se odvijaju tokom celog životnog ciklusa; neki procesi su kumulativni i kontinuirani, dok druge karakteriše diskontinuitet i novina.

Razvoj tokom životnog veka se menja kroz dinamične odnose biologije i kulture. Balts ovde misli, pre svega, na rascep, ili razliku, između bioloških potencijala i ciljeva osobe, odnosno ciljeva kulture, koji je sa godinama sve veći. Ovaj rascep je neodvojivi deo ontogeneze i neminovno vodi ka gubitku sposobnosti za adaptivno funkcionisanje i ka smrti.

Tokom životnog veka odvija se preusmeravanje resursa na pojedine funkcije razvoja: rast – održavanje – regulacija gubitaka. Usmeravanje na ove funkcije razvoja je koordinisano i međuzavisno. Tokom života menja se profil usmeravanja resursa: u ranim periodima razvoja osoba je usmerena na rast, dok se kasnije u životu značajno više resursa troši na održavanje, koje uključuje i oporavak (rezilijentnost), kao i na regulaciju gubitaka. Ako sada povežemo prethodnu i ovu postavku sa konkretnom temom kojom se bavimo, parovi koji se suočavaju sa neplodnošću će dosta rano u životu naići na rascep između sopstvenih bioloških potencijala sa jedne strane, i svojih očekivanja i očekivanja kulture, sa druge strane. Ova inkompatibilnost mogućnosti i očekivanja je izazov za adaptivno funkcionisanje i može se dogoditi da osoba gotovo sve resurse koje poseduje (do kojih može da dođe) usmerava na oporavak i regulaciju gubitaka u ovom specifičnom polju. Balts ne govori o blagostanju i ne određuje idealne/optimalne ishode razvoja (termin koji koristi je 'adaptivno funkcionisanje'), ali dugotrajno ulaganje značajnih resursa u regulaciju gubitaka u mlađem odraslom dobu predstavlja razvojni rizik – rizik za javljanje maladaptivnih načina funkcionisanja.

Razvoj se može posmatrati kao selekcija (specijalizacija) i selektivna optimizacija kapaciteta za adaptaciju. Nijedna osoba nema pred sobom neograni-

čene mogućnosti za funkcionisanje, za razvoj – uvek je prisutan proces selekcije, određen biološkim, psihološkim, kulturnim i sredinskim faktorima. Napredak u razvoju događa se kroz optimizaciju procesa adaptacije. Daćemo vrlo jednostavan primer i povezaćemo se sa našom osnovnom temom: selekcija sa kojom se u razvoju, u životu, suočavaju neplodni parovi je relativno neočekivana, u odnosu na druga ograničenja sa kojima se osobe mogu suočiti. Na primer, osobi dosta rano u životu može biti jasno da nema nikakve biološke predispozicije da se bavi pevanjem, iako joj je to velika želja, ili da nema osobine ličnosti koje su važne za uspeh u svetu šou biznisa, i/ili da kultura i sredina takav životni put ne podržavaju/ne pružaju realne mogućnosti, pa će se dogoditi selekcija i (kao rezultat selekcije) specijalizacija za bavljenje nečim drugim. U ovom i sličnom primerima/situacijama je važno to što i dalje postoje (manje ili više) brojne opcije unutar istog domena, koje osoba može odabrati ili na koje može pristati i potom se za njih specijalizovati. Problem kod selekcije sa kojom su suočeni parovi, naročito oni koji će ostati bez dece, pored neočekivanosti, jeste dosta sužen izbor, da se grubo izrazimo, 'zamenskih aktivnosti'. Ova primoranost na selekciju otežava optimizaciju adaptacije, ali, naravno, ne znači nužno da osoba/par neće uspostaviti zadovoljavajuće funkcionisanje.

Razvoj kao dinamika dobitaka i gubitaka. „U onotogenetskom razvoju nema dobitka bez gubitka, niti gubitka bez dobitka” (Baltes et al., 2006, str. 581). Selekcija i selektivna adaptacija su (uvek) vezane za određeni kontekst i vreme. Kao što je malo pre rečeno, kroz selekciju se ostvaruje optimizacija procesa adaptacije – to je dobitak. Međutim, istovremeno se gube kapaciteti za adaptaciju na alternativne puteve/životne opcije i izazove. Sve što je dosad pomenuto u principima prikazuje **razvoj kao multidimenzionalni, višesmerni i multifunkcionalni** fenomen. Da se nadovežemo na primer iz prethodnog principa: recimo da je par ostao nevoljno bez dece i da je proces adaptacije na tu životnu okolnost uspešno okončan. Nemogućnost postizanja željenog cilja – dobijanje dece je svakako gubitak. Međutim, sama uspešna adaptacija, kroz, recimo, prilagođavanje para na zajednički život bez dece, uspostavljanje zadovoljavajućih partnerskih interakcija i usmeravanje na druge, npr. profesionalne, aktivnosti, predstavlja dobitak. Sa druge strane, taj dobitak je gubitak nečega, na primer, neće se odigrati razvoj osobe kroz roditeljstvo, neće biti iskustava i uvida koji se mogu steći kroz negovanje, uspostavljanje autoriteta, interpretaciju sveta detetu i osposobljavanje deteta za samostalni život. Osoba, odnosno par, može izgubiti kapacitete za prilagođavanje života potrebama 'treće osobe', pa, na primer, iskustvo dobijanja deteta nakon dugog perioda lečenja neplodnosti ili usvajanjem može biti vrlo stresno za par. Uglavnom, u ontogenetskom razvoju dobici i gubici 'idu ruku pod ruku' (i pokreću nove cikluse selekcije, zahteve za adaptaciju, nove dobitke i gubitke). *Panta rei*. I koliko god da su nam tokovi slični iz biološke i evolucione perspektive, čim unesemo kulturu pomole se prve razlike, a kada stupimo na drugi nivo analize po Baltsu, i na dalje, svaki životni tok postaje individualan.

Značajna odlika razvoja je plastičnost. Ovde se misli na intraindividualnu plastičnost, na sposobnost prilagođavanja unutar osobe. Važno je upoznati ras-

pon plastičnosti i promene u plastičnosti vezane za uzrast. Balts i saradnici su intenzivno proučavali osobe u starom životnom dobu, a plastičnost je tu posebno značajna za objašnjavanje razlike između onoga što osoba može da uradi i onoga što bi mogla da uradi kada bi imala obuku ili pomoć. U okviru naše teme je jasno da (sve) osobe imaju određene kapacitete za prilagođavanje na neplodnost i lečenje neplodnosti (ili za prilagođavanje na druge opcije, kao što je usvajanje ili život bez dece). Ti su kapaciteti, koja god da je opcija u pitanju, različiti, a svakako bi se mogli povećati kroz programe podrške i savetovanja – treba iskoristiti plastičnost razvoja.

Ontogeneza i istorijski kontekstualizam kao paradigma. „U principu, biološka i kulturalna arhitektura ljudskog razvoja je nedovršena i podložna stalnim promenama pod uticajem bioloških i kulturnih faktora, uslova, koji ko-konstruišu i modifikuju jedni druge” (Baltes et al., 2016, str. 581). Ovo znači, kao što ističu sve ekološke teorije razvoja, da je ontogenetski razvoj određen istorijsko-kulturnim uslovima, tj. ontogenetski razvoj varira u zavisnosti od njih. Balts koristi i termin biokulturni kontekstualizam. Ovaj skup faktora razvoja može se razložiti na tri sistema bioloških i sredinskih uticaja, a razvoj može biti shvaćen kao ishod interakcija tih sistema. Malo drugačije rečeno, razvojne promene tokom životnog veka jesu rezultat delovanja tri grupe bioloških i sredinskih faktora (Schaie i Willis, 2001³⁸). Prvu grupu čine **normativni uzrasni uticaji**. To su svi oni biološki i sredinski činioci koji visoko koreliraju sa uzrastom. Ove varijable su tradicionalno proučavali razvojni psiholozi. Primeri bioloških uzrasnih uticaja koji su normativni (događaju se svima) jesu pubertet ili menopauza. Sredinski normativni uzrasni uticaji vezani su za socijalizaciju i prihvatanje normativnih uzrasnih uloga, kao što je polazak u školu ili odlazak u penziju (Opsenica Kostić, 2021; Schaie i Willis, 2001). Uloga roditelja više ne korelira sa tako jasno određenim uzrastom, ali, kao što smo videli ranije kod razmatranja društvenog značenja odraslog doba, to jeste uloga koju (većina) sredinskih konteksta ‘traži’ od odrasle osobe. Drugu grupu uticaja na razvoj odraslih čine **normativni istorijski uticaji**. To su događaji koji su deo iskustva mnogih ljudi u određenoj kulturi u određenom vremenu. Oni mogu biti sredinski, kao što je ekonomska kriza, rat ili politička nestabilnost (nažalost, sve ovo opisuje situaciju u Evropi i kod nas, u vreme pisanja ovog teksta), a mogu biti i biološki, kao što je zagađenje sredine (npr. zagađenje vazduha u (nekim) gradovima, nukleara katastrofa), ili epidemije širokih razmera (npr. pandemija virusa korona). Sredinski i biološki događaji su često međuzavisni – za ovu povezanost imamo istorijski svež primer, gde je pandemija virusa korona – biološki događaj, pokrenula seriju nepovoljnih sredinskih dešavanja. Ako ovakvi događaji pogode samo jednu generaciju, onda se u istraživanjima najčešće nazivaju efektima generacije, a ako pogode celu populaciju koja im je izložena, onda je reč o efektima vremena merenja, odnosno razdoblja (Schaie i Willis, 2001). Autori iz SAD kao primer efekta generacije često navode Vijetnamski rat, a kao primer efekta razdoblja Veliku de-

³⁸ Prvi autor, Schaie, jeste ranije pomenuti K. W. Schaie sa kojim je Balts sarađivao u SAD. Citirana referenca je udžbenik koji se koristi i kod nas (hrvatski prevod) *Psihologija odrasle dobi i starenja*.

presiju (sam Vijetnamski rat je trajao dugo, ali je najviše pogodio generaciju koja je bila regrutovana, a Velika depresija je pogodila celu populaciju SAD, bez obzira na uzrast). Takve primere možemo naći i kod nas: inflacija u Srbiji početkom devedesetih predstavlja efekat razdoblja. Fenomen odliva mozgova je započeo uglavnom kao efekat generacije, ali se čini da je prerastao u efekat razdoblja – sada, na različite načine, pogađa celu populaciju. Normativni istorijski uticaji koji pogađaju generacije ogledaju se i u nekim široko prihvaćenim terminima: generacije X, Y ('milenijalci' i prvi 'digitalni urođenici', engl. digital natives) i Z (zumeri, engl. zoomers). Treću grupu uticaja na razvoj odraslih čine **ne-normativni (idiosinkratski) uticaji**. To su činioци koji mogu da budu vrlo značajni za razvoj određene osobe, ali ne predstavljaju događaje koje doživljavaju svi ljudi. Primer bi mogle biti česte selidbe porodice dok je osoba bila dete, teža povreda ili bolest, značajan dobitak na lutriji i slični, kako pozitivni tako i negativni, događaji (Opsenica Kostić, 2021). Kao što pretpostavljate, osobe koje imaju problem sa plodnošću razlikuju se od svoje generacije i opšte populacije upravo po značajnom idiosinkratskom uticaju na razvoj sa kojim se suočavaju. Opet, ovaj nenormativni uticaj imaće drugačije efekte u različitim konstelacijama ostalih činilaca (jer je razvoj, kao što je napred rečeno, ishod interakcija sistema). Na primer, problemi sa plodnošću će biti drugačije doživljeni ukoliko kraj reproduktivnog perioda nije blizu (normativni uzrasni uticaj) i ukoliko osoba živi u ekonomski i politički stabilnoj sredini, koja podržava različite načine prevladavanja steriliteta (normativni istorijski uticaji), u odnosu na suprotan primer, koji lako možete zamisliti.

Ka opštoj, funkcionalističkoj teoriji razvoja: efikasna koordinacija selekcije, optimizacije i kompenzacije

Po Baltsu, uspešan razvoj može biti definisan kao (subjektivna i objektivna) maksimizacija dobitaka i minimizacija gubitaka. Ovakav ishod se postiže koordinacijom selekcije, optimizacije i kompenzacije. Izazovi usklađivanja ovih procesa postaju veći sa godinama (sa starenjem). Model selektivne optimizacije sa kompenzacijom (engleski akronim SOC – Selective Optimization with Compensation) je opšti, u smislu da je za primenu na specifično polje funkcionisanja potrebna dalja razrada modela na osnovu saznanja koja postoje u tom domenu. Model SOC predstavlja jedan mogući način sagledavanja razvoja, teoriju proaktivnog i adaptivnog razvoja (Baltes et al., 2016, str. 591). Međutim, i u ovoj najopštijoj varijanti, model je pogodan da opiše osnovne izazove sa kojima se suočavaju ljudi sa neplodnošću. Prvi element modela je selekcija: to je postojanje direkcije, ciljeva, specifikacija željenih ishoda. Selekcija može biti namerna i izazvana gubitkom (engl. loss-based). Namerna selekcija uključuje usmerenost koju je odredila sama osoba i koja se doživljava kao poželjna – u našem slučaju to je namera osobe da dobije dete i da istraje u lečenju. Selekcija izazvana gubitkom je, kao što samo ime kaže, posledica gubitka u funkcionisanju i (treba da) uključuje prilagođavanje, kao što su promene u nivou aspiracije ili promena (prioriteta) cilja. Jasno je da se osobe/parovi koji ne mogu da izleče neplodnost suočavaju sa selekcijom izazvanom gubitkom. Međutim, suočavanje sa definitivnim ishodom može olakšati dalje korake – optimizaciju i kompenzaciju. Parovi koji se suočavaju sa nizom

neuspešnih pokušaja lečenja neplodnosti mogu godinama ostati na koraku selekcije unutar istog polja – dobijanje dece, dok god percipiraju šansu da gubitak koji su doživeli nije definitivan. Ovo može (ali i ne mora) da dovede do ‘iscrpljivanja’ optimizacije. Suština procesa optimizacije je obezbeđivanje relevantnih sredstava i resursa koji su u funkciji odabranog cilja. Dakle, sam odabir cilja (selekcija koja je napravljena sa ciljem maksimizacije dobitaka i minimizacije gubitaka) nije dovoljan za uspeh, nije dovoljan uslov za pokretanje razvoja u željenom pravcu – potrebna je optimizacija. Optimizacija može biti shvaćena i kao skup uslova i proceduralnih mehanizama, načina, za postizanje cilja. Odabir cilja je najčešće tesno povezan sa dostupnim resursima i načinima za njegovo postizanje – iz tog razloga se može govoriti o procesu selektivne optimizacije. Da se opet vratimo na našu temu – ponavljani neuspesi lečenja steriliteta mogu značiti i da osoba/par ne može da dođe do adekvatnih resursa (npr. nema mogućnosti za dolaženje do doniranih gameta) ili da su iscrpljeni postojeći resursi (kako materijalni, tako i emocionalni). Ukoliko se ne dogodi promena cilja (npr. orijentisanje na začecje uz pomoć donora, na usvajanje ili na privikavanje na život bez dece), onda je neophodna sistematska podrška – u terminima teorije životnog toka to bi bila podrška u domenu optimizacije. Uglavnom, istrajavanje na postizanju cilja u vezi sa kojim osoba doživljava ponavljane gubitke je izazovno za adaptirano funkcionisanje. Da nije reč o tako značajnom i teško zamenljivom cilju kao što je dobijanje deteta, adaptivni izbor u situaciji dugogodišnjih ponavljanih neuspeha/gubitaka bio bi promena cilja. Ovakvim razmišljanjem dolazimo do kompenzacije. Kompenzacija, u okviru teorije životnog ciklusa, predstavlja funkcionalni odgovor na gubitak sredstava za postizanje cilja (Baltes et al., 2016, str. 593). Kompenzacija se javlja u dva tipa situacija. U jednom slučaju, ona je posledica selekcije i optimizacije. Kada osoba jednom odabere određeni cilj, ona ulaže vreme i trud u postizanje tog cilja, što istovremeno predstavlja gubitak sredstava za postizanje nekog drugog cilja (i razvoj je uvek dinamika dobitaka i gubitaka). Na primer, ukoliko se osoba posveti karijeri modela, a upiše i fakultet, vreme i trud uloženi u modeling predstavljaju gubitak sredstava za uspešno studiranje. SOC model ne pretpostavlja poželjne ishode u razvoju; kompenzacija je uspešna dok god osoba funkcionalno reaguje na to što je selekcija i optimizacija vode u jednom smeru, istovremeno je ograničavajući u tome koliko daleko može ići u drugom smeru, ka drugim ciljevima. (Kao što je ranije rečeno, Balts ne govori o idealnom ili poželjnom životnom toku, on govori o adaptivnom funkcionisanju.) Drugi tip situacija predstavlja kompenzaciju koja je provocirana negativnim promenama u biološkim, socijalnim i sredinskim resursima koji predstavljaju uslove razvoja. Na primer, preseljenje u drugu zemlju može značiti gubitak značajnih socijalnih i sredinskih resursa koje je osoba imala/na koje je navikla, ali osoba može reagovati funkcionalno: ono što je izgubila može kompenzovati na različite načine. Recimo, zadovoljstvo uslovima obavljanja posla, platom i političkom/ekonomskom stabilnošću u novoj zemlji mogu da podrže adaptivno funkcionisanje u izmenjenim uslovima (tj. da kompenzuju izgubljeno). Najčešći primer za biološki pokretač kompenzacije jeste proces starenja, koji se nužno odvija uz opadanje funkcija organizma (odvija se i uz gubitke položaja i uloga, to je socijalni aspekt). U vezi sa našom temom, negativne promene u biološkim resursima

funkcionisanja su različiti problemi u funkcionisanju reproduktivnog sistema povezani sa neplodnošću. Neki resursi se mogu prevazići lečenjem steriliteta, neki ne. Recimo, neki onkološki pacijenti, koji se suočavaju sa kancerom u mladom odraslom dobu, mogu se kasnije naći u situaciji potpunog gubitka kapaciteta za proizvodnju gameta (bilo jajnih ćelija, bilo spermatozoida³⁹). Terminima teorije životnog ciklusa, u određenom trenutku života dogodila se selekcija bazirana na gubitku – osoba je, vođena željom da živi, pristala na određenu terapiju, koja je imala značajan dobitak – život, ali i značajan gubitak – plodnost. U nekom razdoblju je, recimo, bila prisutna optimizacija, i osoba je vodila sasvim zadovoljavajući (funkcionalan) život, zahvaljujući dostupnim resursima (na primer, osoba je mogla da bude aktivna u svojoj socijalnoj i fizičkoj sredini, sa dovoljno socijalnih i materijalnih resursa za funkcionisanje). Ovo bi bio period uspešne kompenzacije. S obzirom na to da je razvoj dinamičan, koordinacija selekcije, optimizacije i kompenzacije može biti narušena – u našem primeru, to bi se moglo dogoditi kada osoba poželi da zasnuje porodicu. Opet, i u tom slučaju je moguća kompenzacija (uz pomoć različitih postupaka asistiranе reprodukcije, usvajanje ili prihvatanje života bez dece). Možemo zamisliti i drugačiju varijantu ovog primera, gde osoba kasnije ne uspeva da održi/uspоставi adaptivno funkcionisanje uz gubitak sredstava za postizanje cilja koji se dogodio ranije u životu – to bi značilo da nailazi period neuspešnog kompenzovanja. Sami možete zamisliti i drugačije primere, gde ponašanje koje je nekad značilo uspešnu selektivnu optimizaciju počinje, manje ili više jasno, da postaje nefunkcionalno. Recimo, snažno fokusiranje na lečenje neplodnosti i korišćenje svih resursa u tom cilju može predstavljati optimalnu selektivnu optimizaciju tokom određenog vremenskog perioda, npr. nekoliko godina, ali nakon toga može postati i smetnja (globalnom) adaptivnom funkcionisanju osobe. Ono što je važno jeste da čak i suočavanje sa nepovratnim biološkim gubicima ne mora da vodi u neuspešnu kompenzaciju i neadaptivno funkcionisanje, ali svakako predstavlja rizik, pogotovo u razvojnem periodu i domenu u kojem biološki gubitak nije očekivan – u mladom odraslom dobu, u domenu plodnosti. Ako razmišljamo o podršci procesima optimizacije i kompenzacije vezanim za prevladavanje neplodnosti, korisno je setiti se Bronfenbrennerovih sistema. Optimizaciju, pre svega, podržava egzosistem i tu se čak i za kraće vreme mogu postići promene u dostupnim resursima i načinima. S druge strane, šta će biti doživljeno kao zadovoljavajuća kompenzacija zavisi od vrednosnog sistema osobe i sredine⁴⁰. Ukoliko bismo želeli da ostvarimo promene u ovom domenu, potrebna su kontinuirana dugoročna delovanja, jer zapravo želimo da me-

³⁹ Postoji cela nova oblast u medicini, onkofertilitet, koja predstavlja interdisciplinarni pristup onkologije i reproduktivne medicine sa ciljem da se sačuva i produži fertilitet kod žena i muškaraca obolelih od malignih bolesti. I u našoj zemlji postoje stručnjaci i organizacije koje se bave pitanjima onkofertiliteta, pogledajte <https://www.onkofertilitetsrbija.rs/nas-tim/> ili članak dr Vesne Kesić „Cancer, fertility, and psychological distress“, dostupan na: <http://casopisi.junis.ni.ac.rs/index.php/FUPhilSocPsyHist/article/view/7091> [12. 2. 2023].

⁴⁰ Od vrednosnog sistema kulture zavisi i percepcija (prihvatljivih) načina za prevladavanje steriliteta, tj. i proces optimizacije zavisi od kulture. Iako neki načini/resursi mogu biti formalno dostupni, ukoliko ih kultura kojoj pojedinca pripada označava kao neprikladne, oni će, vrlo verovatno, biti isključeni iz selektivne optimizacije.

njamo makrosistem. Intervencije usmerene samo na osobu (na 'centar kruga') mogu biti neophodne, ali ne smeju biti jedine. Ovo je odličan trenutak da se pozabavimo poslednjom obećanom temom ovog poglavlja: područjima razvoja i smislom života.

4.3. Područja razvoja i smisao života Frojd (ili Erikson?) su bili u pravu: voleti i raditi

U svom interesantnom i duhovitom članku „Apokrifni Frojd: Najpoznatiji 'citat' Sigmunda Frojda i njihovi pravi izvori“, Elms (2001) se bavi, kako sam kaže, Frojdivim „najvećim hitovima“, među kojima je i izjava o tome za šta psihološki zdrava osoba treba da bude sposobna: „Da voli i da radi“. Ova popularna krilatica često nalazi svoj put do različitih tekstova o mentalnom zdravlju, gde su ljubav i rad temelji funkcionalnosti, normalnosti ili mentalnog zdravlja, kako god vam zvuči bolje. Stručnjaci kažu da u Frojdivim radovima nema traga ovakvoj izjavi; nju Frojdu pripisuje Erik Erikson u svojoj knjizi *Detinjstvo i društvo*, objavljenoj 1950. godine (Elms, 2001). Bez obzira na to koji je Eriksonov udeo u ovoj jednostavnoj formuli srećnog, smislenog života, to što je ona preživela do danas govori mnogo.

Kao što ste mogli videti iz prethodnog teksta, i ekološke teorije razvoja, koje su postavljene tako da budu kulturno-nepriistrasne, ipak se vraćaju na neka saznanja iz ranih perioda psihologije – na značaj područja ljubavi i rada u životu ljudi (ovo je najlakše uočiti kod Eldera). Put u odraslost i kroz odraslo doba obeležen je postizanjem (i gubljenjem) određenih društvenih uloga. Iako nesumnjivo postoji i destandardizacija i destabilizacija uloga, društveno značenje odraslosti je i dalje ispunjeno postizanjem bliskih odnosa i uspostavljanjem obrazaca rada koji osobu čine materijalno nezavisnom. Da se inspirišemo Baltsom: ako pogledamo životni tok odrasle osobe iz biološke i kulturno-evolucionere perspektive, videćemo polja ljubavi i rada. Izraženo terminima iz domena psihologije ličnosti, za doživljavanje sebe kao odrasle osobe, za formiranje identiteta u odraslom dobu, fundamentalna su ta dva životna domena: ljubav i rad (Arnett & Tanner, 2006; Schwartz et al., 2005). U oblasti bliskih odnosa i oblasti rada mlade odrasle osobe definišu i/ili usvajaju svoje životne ciljeve. Normativni razvojni zadaci odraslih osoba, i u savremenim društvima, vezani su za njih. Jeste značajno manje jasno šta konkretno i kada treba postići, ali se od mlade odrasle osobe očekuje razvijanje kapaciteta za intimnost, kako u prijateljstvima, tako i u ljubavnim odnosima (Doherty & Feeney, 2004; Keren & Mayselless, 2013). Koliko god da je nezaposlenost uzela maha i kod nas i u svetu, od odrasle osobe se očekuje određeni nivo generativnosti, produktivnosti, sposobnosti da se obezbede sredstva za sopstveni život. Područje rada, kojim se u ovom tekstu do sada nismo bavili, važan je izvor osećaja kompetentnosti – rad pruža značajne mogućnosti za istraživanje, ovladavanje veštinama i gratifikaciju kod odraslih osoba (Hazan & Shaver, 1990; Shirmer & Lopez, 2001). Polje rada svakako postoji i u neindustrijalizovanim društvima, samo što nije vezano za preduzeća i ustanove. Dakle, možemo reći da zadaci odraslog doba (ipak

postoje, da su vezani za područja ljubavi i rada, ali će konkretan sadržaj zadataka biti kulturno (i istorijski) specifičan.

4.3.1. Smisao života kroz ljubav i rad

Osećaj svrhe i smisla života je izuzetno važan za razvoj i blagostanje osobe. Međutim, definisanje svrhe i smisla postaju izazov u postmodernim (razvijenim) društvima. Pored toga, kako smatraju Mejsles i Keren (2013), suštinska ljudska potreba za smislenim životom postaje intenzivnija nego ikada ranije. Otvorenost i kompleksnost savremenog sveta dovodi u pitanje prenošenje (i kontinuitet) tradicionalnih obrazaca. Na primer, za osobu koja je rođena početkom prošlog veka u našoj zemlji, pitanje ljubavi i rada, a i smisla života, bili su, vrlo često, snažno i jasno definisani. U odabiru pogodnog životnog (uz malo sreće i ljubavnog) partnera učestvovala je porodica; to je, sa određenim izuzecima, bio partner za ceo život; sa njim je trebalo imati dece; a osoba bi, najverovatnije, nastavila da radi ono čime se porodica inače bavi. Ukoliko su ovi zadaci ostvareni, život osobe je ispunjen smislom. Možda nam ovo, iz današnje perspektive, zvuči grubo. Međutim, naša perspektiva nije postojala u to vreme (princip vremena i mesta u istoriji!). Naše prababe i pradede su mogli da budu istinski srećni živeći život u skladu sa jasnim kulturno određenim pravilima i vrednostima. Već je bilo reči o destandardizaciji i destabilizaciji uloga: danas mlade odrasle osobe žive u otvorenom i eklektičnom razvojnom kontekstu, koji poziva na istraživanja i isprobavanja širokog spektra verovanja, stavova i uloga (Maysesless & Keren, 2013). U ovom mnoštvu mogućnosti, u društvenom kontekstu bez jasnih i koherentnih odgovora, ljudi moraju da nađu i da definišu (specifično) značenje svog života. U tom smislu je definisanje i ostvarivanje razvojnih zadataka mladih ljudi danas složeniji i duži proces od ostvarivanja razvojnih zadataka ranijih generacija. Više nema jasnih 'receptata' za ljubav i rad. Ovi domeni su i dalje važni, ali sada svako unutar njih treba da pronađe 'svoju sreću' – svoj put koji daje osećaj smisla životu. I dalje je značajno imati bliske, intimne odnose sa drugima, ali, ako posmatramo partnerske veze, sa koliko partnera, kog pola, sa ili bez dece tokom (eventualnog) života u nekoj vrsti zajednice – to više nije tako jasno određeno (bar ne u razvijenim društvima). I dalje je značajno raditi, jer to obezbeđuje finansijsku nezavisnost, a time i samostalnost, ali biranje, pronalaženje i menjanje zanimanja mogu ostati otvorena pitanja kroz dobar deo života odrasle osobe, možda i do kraja života. S druge strane, zaista treba još jednom ponoviti da ovo važi za postmoderna, industrijalizovana, ekonomski razvijena društva; u mnogim delovima sveta ljubav i rad, a uz njih i smisao života, i dalje su definisani kroz tradicionalne obrasce i vrednosti. Zapravo, možda je ispravnije reći da se u industrijalizovanim zapadnim zemljama izdvojio nov zadatak odraslog doba u nastanju – *pronalaženje* smisla života (Maysesless & Keren, 2013). Ovakva formulacija ističe da smisao više ne dolazi sa postizanjem jasno određenih uloga. Sada mladi ljudi smisao života moraju pronaći sami. Predstavićemo osnovne ideje u vezi sa postizanjem smisla kroz područja ljubavi i rada, a onda ćemo ih povezati sa neplodnošću.

U vezi sa pronalaženjem smisla života u ljubavi i radu, Mejsles i Keren (2013) izdvajaju dva važna pitanja koja treba uzeti u obzir. Prvo – koliki značaj određeno društvo pridaje domenu ljubavi, odnosno domenu rada? Da li je jedan domen primarni izvor smisla života ili su domeni sagledani kao podjednako važni? Ovo je izuzetno značajno za osećaj ispunjenosti osobe. Na primer, ukoliko društvo više vrednuje domen ljubavi (koji se, recimo, dobrim delom sagledava kroz zasnivanje tradicionalne porodice), a osoba ima visoka postignuća u domenu rada, ali se nije ostvarila u domenu bliskih veza na način određen kulturom – njen osećaj smisla života može biti ugrožen. U društvu drugačijih vrednosti, ovakva osoba može imati, i u svojim očima i u očima okoline, život ispunjen smislom. Drugo važno pitanje se odnosi na autonomiju – koliku slobodu osoba zaista ima za donošenje odluka unutar domena, naspram povinovanja društvenim normama? Iako su domeni ljubavi i rada fundamentalni za razvoj odraslih, osoba može odabrati da investira značajno više u jedan nego u drugi domen – pogotovo ako je jedan domen manje društveno vrednovan, te samim tim pruža manje mogućnosti za osećaj smislenog življenja. Mejsles i Keren formulišu četiri pretpostavke u vezi sa ulogom društva i kulture u omogućavanju mladim odraslim osobama da pronađu smisao života u ljubavi i radu:

- U društvima, odnosno u kulturama, u kojima se određeni domen sagledava (vrednuje) kao manje značajan, mlade odrasle osobe će imati tendenciju da manje ulažu u taj domen nego njihovi vršnjaci u drugim društvima.
- U društvima gde određeni domen ne dopušta slobodu izbora i autonomiju, koji su, prema ovim autorkama, neophodni za osećaj smisla, mlade odrasle osobe će manje ulagati u taj domen u odnosu na svoje vršnjake u drugim društvima.
- Domen u koji je uloženo najviše, onaj koji je primarni izvor smisla života, biće i domen koji najviše doprinosi opštem blagostanju.
- U društvima u kojima osobe mogu naći smisao u oba, odnosno u više domena, zadovoljstvo svakim biće pod izvesnim uticajem zadovoljstva drugim domenima (ali će i dalje biti razlika, npr. zadovoljstvo ljubavnom vezom može imati efekta na zadovoljstvo poslom, ali to neće biti 'preslikano' zadovoljstvo sa jednog domena na drugi) (Maysesless & Keren, 2013, str. 68–69).

Druga pretpostavka zaslužuje malo razmatranja. Kulture se razlikuju u stepenu autonomije, u slobodi odlučivanja koju mlade odrasle osobe imaju u određenim oblastima. U tradicionalnim, kolektivističkim kulturama stepen slobode u biranju ljubavnog partnera i isprobavanje različitih statusa veze (npr. zajednički život tokom 'zabavljanja') mogu biti izrazito ograničeni i pod uticajem porodice porekla. U tom kontekstu, mladi ne grade ista očekivanja u pogledu ljubavne/bračne veze kao mladi iz kultura gde je slobodno biranje (i traženje 'pravog' partnera) moguće. Drugim rečima, uz prihvatanje da autonomije nema, idu i drugačija očekivanja, u ovom slučaju od partnerske veze. U dokumentarnim emisijama koje

se bave ugovorenim brakovima često možete čuti izjave: „Zavoliš kasnije“, „Ljubav ne mora da postoji na početku, dođe posle“. Da se vratimo pretpostavci: manje autonomije će usloviti manje ulaganje u domen; ako autonomije nema, onda taj domen neće biti izvor smisla života. Zamislimo sada suprotni primer: mladi odrasli, koji imaju dosta slobode u biranju partnera, često grade idealizovane ideje o ljubavi, partneru i onome što veza treba da pruži – mnogo ulažu u domen, što može voditi većem osećaju smisla ukoliko se pronađe partner koji odgovara, ali može odvesti i u krizu, jer se partner teže bira i prihvata – mnogo je očekivanja koja on treba da ispuni. Možda bismo mogli dodati: mnogo nejasnih, slabo definisanih očekivanja. Međutim, autonomija koju osoba ima daje velike šanse za crpljenje smisla života iz domena ljubavi. Cela pretpostavka se lako može dovesti u sumnju. Dakle, polazi se od toga da će osećaj samoostvarenja i smisla života biti niži ukoliko osoba nema autonomiju (pogotovo ako je nema ni u jednom domenu), tj. da domen bez slobodnog izbora ne može biti domen iz kojeg se crpi smisao života. U ranijem primeru, sa ugovorenim brakom, odnosno partnerom kojeg bira cela porodica, vrlo verovatno neće biti ni autonomije u pogledu izbora zanimanja. Iz toga proizilazi da će odrasle osobe u tim situacijama svoj život doživljavati kao, manje ili više, besmislen. (To bi značilo da čitave populacije vode živote koje sami doživljavaju kao besmislene.) Međutim, to se ne događa. Prvo, i očekivani stepen autonomije je kulturno određen. Osoba koja je socijalizovana u sredini koja ne podržava autonomija po pitanju odabira partnera (ili zanimanja) doživljava taj specifični obrazac ulaženja u ulogu kao optimalan, kao 'pravi način'. Drugo, u tim sredinama, u tim subkulturama, biće prisutne drugačije ideje o tome kako nastaje ljubav između muža i žene i koje su manifestacije te ljubavi (ili koje su manifestacije uspeha u radu). Odnosno, i osobe koje, iz naše kulturne perspektive, nemaju slobodu izbora, mogu značajno ulagati u domen, na način određen kulturom u kojoj žive, i mogu postići smisao života. Čini se da ulaganje u domen i potencijalni doprinos domena smislu života ne treba povezivati sa autonomijom. Čak možemo razmisliti i o sledećem pitanju: da li preveliki stepen autonomije, bez jasnog određenja šta je uspeh u domenu, može otežati postizanje smisla života? Druga pretpostavka nameće još jedno pitanje: šta se događa ukoliko društvo dopušta podjednaku slobodu oba polja? Verovatno da odgovor zavisi od važnosti domena (prva pretpostavka). Ukoliko je sloboda podjednaka, ali jedan domen je vrednovan više – u njega će se više i ulagati. Ukoliko su i autonomija i vrednovanje podjednaki, onda važi četvrta pretpostavka: osoba će ulagati i crpeti smisao života iz oba domena, a zadovoljstva domenima će, u određenom stepenu, biti međuzavisna (i ova situacija može izazvati značajne konflikte, jer treba uskladiti ulaganja, ali ćemo ovaj problem ostaviti po strani, on je van naše sadašnje teme). Naravno, sve ovo su uopštena razmatranja. Za svaku konkretnu osobu pojaviće se još mnogo značajnih faktora za određivanje ulaganja i osećaja smisla života kroz ljubav i rad.

Sada je trenutak da se vratimo prevladavanju neplodnosti. Razmatranja o postizanju smisla života su vrlo značajna za razvoj jer su direktno povezana sa proce-

sima selekcije, optimizacije i kompenzacije (teorija životnog ciklusa, Balts). Jasno je da selekcija ciljeva velikim delom zavisi od vrednosti društva, a optimizacija (takođe značajnim delom, ali ne u potpunosti) od mogućnosti koje to društvo pruža. Rečeno je da se i kompenzacija može povezati sa Bronfenbrennerovim makrosistemom i upravo taj deo se može bolje razumeti kroz razmišljanje na osnovu pretpostavki Mejsles i Keren (2013). Istraživanja u našoj zemlji pokazuju da je motivacija za roditeljstvo kod parova u postupku vantelesne oplodnje altruistička, ali i snažno obojena stavom da je dobijanje potomstva ispunjenje biološke funkcije žene, kao i da je to jedan od osnovnih ciljeva/svrha braka (Bilinović Rajačić i Kričković Pele, 2019). Istraživanja na trudnicama koje su začele prirodnim putem daju slične rezultate: motivacija je altruistička (želja da se odgaja dete), ali postoji i doživljavanje socijalnog pritiska (Jestrović i Mihić, 2018). Možemo pretpostaviti da socijalni pritisak, fatalistički motivi (ispunjenje funkcije) i instrumentalni motivi (npr. svrha braka) postaju izraženiji sa saznanjem da se osobe suočavaju sa neplodnošću, mada je ovo teško proverljivo. Zašto pominjemo motivaciju i stavove? Naše društvo se već decenijama označava kao društvo 'u tranziciji', tako smo označeni i na Slici 1 sa početka ovog poglavlja. Odredište do kojeg ne uspevamo da stignemo je grupa razvijenih zemalja. Između ostalog, u razvijenim društvima, generalno gledano, nisu dominantne tradicionalne rodne norme, a jesu prihvaćeni novi životni stilovi i nove forme porodice.⁴¹ Mogli bismo ovo da shvatimo kao stavove u polju ljubavi, u području bliskih partnerskih odnosa. U ovom polju zaista jesmo 'u tranziciji'. Reklo bi se da se uloga majke u Srbiji i dalje vrlo često sagledava kao ultimativna uloga žene. Manje je jasno do koje mere se postizanje uloge oca očekuje od muškarca, tako da ćemo se u razmišljanjima koja slede 'držati žena', što vas, naravno, ne sprečava da razmišljate sami o mogućnostima kompenzacije kod muškaraca⁴². Ako pratimo pretpostavke Mejsles i Keren, prvo treba razmisliti o vrednovanju domena. U našoj kulturi se sve više vrednuje uspeh u području rada i za žene, međutim, reklo bi se da važnost tradicionalne uloge žene kao supruge i majke i dalje 'preteže' nad značajem profesionalne uloge. Takođe, kao što primećuju domaći sociolozi, detradicionalizacija i individualizacija biografija mladih ljudi se vrlo često odvija u kontekstu velike zavisnosti od resursa porodice, kako materijalnih, tako i psiholoških (Tomanović,

⁴¹ Detradicionalizacija, u svom punom začenju, predstavlja umanjeni značaj strukturalnih faktora (društvene klase, roda, porekla, etničke ili rasne pripadnosti) prilikom kreiranja izbora u životu. Drugim rečima, detradicionalizacija je oslabljavanje od vezanosti za tradicionalne grupe – porodicu, klasu, društveni sloj (Tomanović, 2012).

⁴² Kultura određuje i ideje o tome šta je najveći izvor stresa. Jedno dosta staro istraživanje, sprovedeno 1987. godine u našoj zemlji, prikazuje listu stresnih događaja, gde je na prvom mestu smrt deteta, a na drugom mestu smrt bračnog druga (na trećem mestu je smrt bliskog člana porodice). Ovi događaji su (bili) univerzalno stresni, bez obzira na pol ispitanika i bez obzira na ispitivane socio-demografske varijable (npr. uzrast, bračni status, obrazovanje, materijalni status; Vlajković, 1992). Stresori vezani za posao, u tom istorijskom trenutku, na ovom mestu, nisu ušli u vrh liste. Inače, originalna verzija skale, iz još daljeg vremenskog perioda (1967. godina) i udaljenog mesta (SAD) pokazuje drugih 'top tri' po pitanju količine stresa: smrt bračnog druga, razvod braka i odvajanje od bračnog druga (Hudek-Knežević i Kardum, 2006; Vlajković, 2001). Novije istraživanje rangiranja stresnih događaja na domaćoj populaciji odraslih autor ovih redova nije uspeo da pronađe.

2012; ovde nismo izuzetak, ovo je čest slučaj u postsocijalističkim zemljama jugoistočne Evrope). Dakle, čak i ako bi mlade odrasle žene možda procenile da su područje rada i područje ljubavi podjednako važni za njih, sa ovim se, vrlo verovatno, ne bi potpuno složili roditelji i druge značajne (starije) osobe iz neposrednog okruženja. Ovde ćemo se osmeliti da zaključimo da kontekst odrastanja – naša kultura, naš makrosistem, vrednuje i područje rada za žene, ali naglašava područje ljubavi i bliskih veza, kako se to često čuje i odslikava u sintagmi 'ostvarivanje u ulozi majke'. Ako prihvatimo (makar za potrebe sadašnjeg razmatranja) ovu pretpostavku, to bi značilo da će mlade žene iz Srbije ulagati dosta u domen ljubavi u smeru zasnivanja porodice, tj. ulagaće više nego mlade žene iz društava u kojima su razgrađene tradicionalne rodne uloge. Druga pretpostavka kaže da će domen u kojem postoji autonomija biti domen u koji se ulaže više. Ovu pretpostavku smo kritički razmatrali; u našem društvu nepostojanje autonomije na polju ljubavi jeste karakteristično za neke subkulture, ali ćemo pokušati da se držimo dosta nezahvalnog pristupa: da zamislimo (većinski) prosečnu mladu ženu iz Srbije. Na polju ljubavi postoji sloboda izbora i mlade odrasle žene jesu značajno angažovane u pronalaženju 'pravog partnera' i u zasnivanju porodice – 'ulažu u domen'. Ako ovo sada povežemo sa prvom pretpostavkom: domen ljubavi/porodice i jeste značajniji za ženu, dolazimo do treće pretpostavke: onda je to domen koji predstavlja primarni izvor smisla života, tj. domen koji najviše doprinosi opštem blagostanju. Ukoliko problemi sa plodnošću kroz duži period ometaju ili potpuno osujete postizanje uloge majke, to, generalno gledano, vodi preispitivanju smisla života. Čak bismo se mogli izraziti i oštrije: pomenuta situacija ugrožava osećanje smisla života i subjektivno blagostanje žene. To i dalje ne znači da osoba svoju životnu krizu neće prevladati uspešno, ali će se, gotovo sigurno, naći u njoj. Četvrta pretpostavka kaže da će, u društvima u kojima osobe mogu naći smisao u oba, odnosno u više domena, zadovoljstvo svakim biti pod izvesnim uticajem zadovoljstva drugim domenima. Bez obzira na eventualne razlike u vrednovanju domena, žene u našem društvu zaista mogu naći smisao života u oba domena – sada i eksplicitno stižemo do kompenzacije. Dakle, kompenzacija kroz polje rada jeste društveno podržana, ali se mogu predvideti određeni efekti preliivanja (ne)zadovoljstva iz polja ljubavi. U mogućnosti za ostvarivanje kompenzacije, koja je posebno značajna za osobe koje će ostati nevoljno bez dece, upliće se mnogo faktora vezanih za osobu, tako da je jako nezahvalno davati opšte procene. Uglavnom, naša kultura, 'u tranziciji' između tradicionalnih i modernih obrazaca i vrednosti življenja, ostavlja ženama otvoren prostor za postizanje smisla života na polju rada. Opet, ne treba zaboraviti da u našoj zemlji postoje i ruralna područja i subkulture u kojima je polja rada žene najneposrednije povezano sa poljem ljubavi/porodice. U tim okolnostima će biti zaista izazovno održati osećaj smisla života bez dece. Odnosno, saznanje o postojanju problema sa začecem i svest o mogućnosti ostajanja bez dece će biti doživljeni različito i u odnosu na to koliko žena ima mogućnosti da se ostvari u drugim domenima, pre svega na polju rada, kao i na to koliko ona sama ta 'druga' angažovanja smatra vrednim.

Zaključak

Da rezmiramo još jednom: uprkos destandradizaciji društvenih uloga i individualizaciji životnog toka u modernim društvima, moguće je uočiti obrasce postojanosti. Društveno značenje odraslosti je (i dalje) vezano za napredovanje na polju bliskih odnosa – ljubavi i na polju rada. Područje ljubavi je za savremene odrasle osobe vrlo često određeno upadljivo slično kao i za ljude u ranijim istorijskim periodima: u tom polju životni put ‘prolazi’ kroz zasnivanje (stabilne) partnerske zajednice i dobijanje dece. Postoje odstupanja koja su u vezi sa stepenom razvijenosti društva i sa kulturom/subkulturom/društvenim slojem kojima osoba pripada, ali postajanje roditeljem, generalno gledano, jeste normativno uzrasno očekivanje. Biće da je to deo našeg biološkog i kulturno-evolucionog okvira postojanja. Osobe koje se suočavaju sa neplodnošću sučeljavaju se i sa izazovom (re) definisanja sebe kao odrasle osobe i sa pronalaženjem svog mesta u društvenoj zajednici, sa pronalaženjem smisla življenja. To suočavanje može biti uspešno. Ljudi, bez obzira na probleme sa plodnošću, jesu aktivni akteri svojih života i (oduvek) čine izbore unutar mogućnosti i ograničenja okolnosti u kojima žive. Razvoj je za sve ljude stalna dinamika dobitaka i gubitaka. Razvoj je i plastičan; postoje manje ili više brojne mogućnosti za prevladavanje (kompenzovanje) puteva na kojima se osoba našla nevoljno, na koje je stupila zbog selekcije izazvane gubitkom. Mi smo prilagodljiva vrsta. Međutim, suočavanje sa mogućnošću da osoba, odnosno par, ostane nevoljno bez dece, potencijalno nosi značajne rizike za adaptivno funkcionisanje, za razvoj. Obaveza društva koje brine o svim svojim članovima je obezbeđivanje (besplatne i najbolje moguće) biopsihosocijalne podrške osobama koje se suočavaju sa neplodnošću.

Literatura

- Aktu, Y., & İlhan, T. (2017). Individuals' Life Structures in the Early Adulthood Period based on Levinson's Theory. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 17(4), 1383–1403. <https://doi.org/10.12738/estp.2017.4.0001>
- Arnett, J. J. (2010). Emerging adulthood: A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The windidng road from late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Arnett, J. J., & Tanner, J. L. (2006). *Emerging adults in America: Coming to age in the 21st century*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner (Ed.) *Handbook of child psychology, Vol. 1. Theoretical models of human development*, 569–664. Editors-in-chief: W. Damon & R. M. Lerner. John Wiley & Sons, Inc.

- Bentley, E. (2007). *Adulthood*. Routledge.
- Bern, E. (1988). *Koju igru igraš?* Ne&Bo, Liberetto.
- Berne, E. (1976). *Sex in human loving*. Penguin Books.
- Berk, L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.
- Bilinović Rajačić, A. i Kričković Pele, K. (2019). Sociokulturna obeležja neplodnosti i prakse asistirane reprodukcije. U: I. Mihić i M. Zotović (ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za pružanje podrške parovima*, str. 9–29. Filozofski fakultet, Novi Sad.
- Bjorklund, D. F., & Blasi, C. H. (2011). *Child and adolescent development: an integrative approach*. Wadsworth, Cengage Learning.
- Brim, O. G., Jr. (1975). Macro-structural influences on child development and the need for childhood social indicators. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45(4), 516–524. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1975.tb01182.x>
- Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental Research, Public Policy, and the Ecology of Childhood. *Child Development*, 45(1), 1. <https://doi.org/10.2307/1127743>
- Bronfenbrenner, U. (1976). The Experimental Ecology of Education. *Educational Researcher*, 5(9), 5. <https://doi.org/10.2307/1174755>
- Bronfenbrenner, U. (1979a). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.844>
- Bronfenbrenner, U. (1979b). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2003). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.) *Handbook of child psychology, Vol. 1. Theoretical models of human development*, 793–828. Editors-in-chief: W. Damon & R. M. Lerner. John Wiley & Sons, Inc.
- Crain, W. (2014). *Theories of development: Concepts and applications*. Pearson Education Limited.
- Doherty, N. A., & Feeney, J. A. (2004). The composition of attachment networks throughout the adult years. *Personal Relationships*, 11, 479–488
- Elder, G. H., & Shanahan, M. J. (2006). The life course and human development. In R. M. Lerner (Ed.) *Handbook of child psychology, Vol. 1. Theoretical models of human development*, 665–715. Editors-in-chief: W. Damon & R. M. Lerner. John Wiley & Sons, Inc.
- Elms, A. C. (2001). Apocryphal Freud: Sigmund Freud's Most Famous „Quotations“ and Their Actual Sources. *The Annual of Psychoanalysis*, 29, 83–104.
- Ferraro, K. F. (2013). The Time of Our Lives: Recognizing the Contributions of Mannheim, Neugarten, and Riley to the Study of Aging. *The Gerontologist*, 54(1), 127–133. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt048>
- Greenfield, P. M. (2009). Linking social change and developmental change: Shifting pathways of human development. *Developmental Psychology*, 45(2), 401–418. <https://doi.org/10.1037/a0014726>
- Havighurst, R. J. (1956). Research on the Developmental-Task Concept. *The School Review*, 64(5), 215–223.

- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270–280.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Stres i tjelesno zdravlje*. Naklada Slap.
- Jerković, I. i Zotović Kostić M. (2010). *Razvojna psihologija*. Futura.
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2018). Motivacija za roditeljstvo i funkcionalnost braka – razlike u zavisnosti od trimestra trudnoće. *Psihološka istraživanja*, 20(2), 115–133.
- Keren, E., & Mayseless, O. (2013). The freedom to choose secure attachment relationships in adulthood. *The Journal of Genetic Psychology*, 174, 271–290.
- Khetarpal, A., & Singh, S. (2012). Infertility: Why can't we classify this inability as disability? *Australasian Medical Journal*, 5(6), 334–339. <http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2012.1290>
- Kopitović, V., Milatović, S., Trninić Pjević, A., Bjelica, A., Bujas, I., Tabš, N. (2011). Rezultati i iskustva nakon hiljadu ciklusa vantelesne oplodnje na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu. *Medicinski Pregled*, LXIV (11-12), 565–569. <https://doi.org/10.2298/MPNS1112565K>
- Kroger, J. (2015). Adulthood: The move toward „wholeness“. In K. C. McLean & M. Syed (Eds.) *The Oxford handbook of identity development*. Editor-in-chief: P. E. Nathan. Oxford University Press.
- Lerner, R. M., Easterbrooks, M. A., & Mistry, J. (2003). Introduction: Dimensions of developmental psychology. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, & J. Mistry (Eds.), *Handbook of psychology*, vol. 6. *Developmental psychology*, 1–10. John Wiley & Sons, Inc.
- Lukovac, T. (2012). *Progovorilica*. Logopedski centar Higia Logos.
- Manning, M. L. (2002). Havighurst's Developmental Tasks, Young Adolescents, and Diversity. *The Clearing House*, 76(2), 75–78. <http://www.jstor.org/stable/30189796>
- Mayseless, O., & Keren, E. (2013). Finding a Meaningful Life as a Developmental Task in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 2(1), 63–73. <https://doi.org/10.1177/2167696813515446>
- McGoldrick, M., Carter, E. A., & Garcia-Preto, N. (Eds.) (2014). *The expanded family life cycle: Individual, family, social perspectives* (4th ed.). Pearson.
- McLean, K. (2015). *The Oxford handbook of identity development*. Oxford University Press.
- Mitrović, M., Opsenica Kostić, J., & Panić, D. (2021). Social support and relationship satisfaction as predictors of positive and negative affect in infertile woman during IVF treatment. *Facta Universitatis: Pshilosophy, Sociology, Psychology and History*, 20(2), 123–136. <https://doi.org/10.22190/FUPSPH2102123M>
- Mitrović, M., Opsenica Kostić, J., Ristić, M. (2022). Intolerance of uncertainty and distress in women with delayed IVF treatment due to the COVID-19 pandemic: The mediating role of situation appraisal and coping strategies. *Journal of Health Psychology*, 1–14. <https://doi.org/10.1177/13591053211049950>
- Nesselroade, J. (2006). Paul B. Baltes (1939–2006). *American Psychologist*, 62(7), 696.
- Newman, B., & Newman, P.R. (2011). *Development through life: a psychosocial approach*. Wadsworth, Cengage Learning.
- Opsenica Kostić, J. (2017). *Novi životni stilovi i forme porodice*. Filozofski fakultet Niš.

- Opsenica Kostić, J., Mitrović, M. (2022). Identifying women with psychological problems during the in vitro fertilization process: the Psychological Evaluation Test (PET). *Facta Universitatis: Philosophy, Sociology, Psychology and History*, 21(2), 87–100. <https://doi.org/10.22190/FUPSPH22020870>
- Opsenica Kostić, J. (2021). Celoživotni razvoj: odraslo i staro doba. U: D. Todorović (Ur.), *Pedeset godina Filozofskog fakulteta u Nišu – retrospektive, praktične implikacije i vizija za buduće generacije psihologa i socijalnih radnika*, 113–127. Filozofski fakultet Niš. <https://doi.org/10.46630/pgp.2021>
- Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology. *Journal of Family Theory & Review* 5(4), 243–258. <https://doi.org/10.1111/jftr.12022>
- Richardson, R. A. (2011). Developmental Contextualism. In: Levesque, R.J.R. (Eds.) *Encyclopedia of Adolescence*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_11
- Royfman, R., Shah, T.A., Sindhvani, P., Nadiminty, N., & Avidor-Reiss, T. (2021). Sterility, an Overlooked Health Condition. *Women*, 1(1), 29–45. <https://doi.org/10.3390/women1010003>
- Schaie, K. W., & Willis, S.L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Naklada Slap.
- Seiffge-Krenke, I., & Gelhaar, T. (2008). Does successful attainment of developmental tasks lead to happiness and success in later developmental tasks? A test of Havighurst's (1948) theses. *Journal of Adolescence*, 31(1), 33–52. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.04.002>
- Settersten, R. A., & Ray, B. E. (2010). *Not quite adults: Why 20-somethings are choosing a slower path to adulthood, and why it's good for everyone*. Bantam Books.
- Shirmer, L. L., & Lopez, F. G. (2001). Probing the social support and work strain relationship among adult workers: Contributions of adult attachment orientations. *Journal of Vocational Behavior*, 59, 17–33.
- Svetozarević, S. i Mitić, M. (2021). *Osnove psihologije porodice*. Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet.
- Tomanović, S. (2012). Od omladine do socijalnih biografija mladih u postsocijalističkoj transformaciji društva Srbije: konceptualni i kontekstualni okvir istraživanja. U: S. Tomanović i sar. (ur.), *Mladi – naša sadašnjost. Istraživanje socijalnih biografija mladih u Srbiji*, str. 9–42. Institut za sociološka istraživanja Beograd.
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 422–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009>
- Vasta, R., Haith, M. M., & Miller, S.A. (2005). *Dječja psihologija*. Naklada Slap.
- Vlajković, J. (2001). *Teorija i praksa mentalne higijene*. Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.
- Vlajković, J. (1992). *Životne krize i njihovo prevazilaženje*. Nolit, Beograd.
- Vučetić, R. (2015). *Koka-kola socijalizam: amerikanizacija jugoslovenske popularne kulture šezdesetih godina XX veka* (3. izd). Službeni glasnik.

5. PSIHOLOŠKE REAKCIJE NA NEPLODOST

Milica Mitrović

5.1. Emocionalne reakcije na neplodnost

Neplodnost predstavlja pre svega medicinski problem koji onemogućava paru da se ostvari u ulozi roditelja, odnosno osujećuje jednu od najvažnijih potreba odraslog doba, što ovaj problem usložnjava psihološkim, pre svega emocionalnim konsekvencama. Već je bilo reči o tome da problem sa plodnošću predstavlja veliki izazov za par, kako u medicinskom, tako i u psihološkom pogledu, te da se kod ovih osoba tipično javljaju ljutnja, bespomoćnost, sniženo samopoštovanje, depresivnost, krivica (Burns et al., 2005; Greil, 1997; Greil et al., 2011; McQuillan et al., 2003). Sumirajući rezultate istraživanja, Greil (Greil, 1997) izdvaja sledeće: osećanje izolacije, gubitak kontrole, doživljaj nekompetentnosti, socijalna stigma. Pri tome, problem sa začecem postaje centralni deo identiteta osobe. Suočavanje sa dijagnozom neplodnosti i postupak lečenja mogu indukovati stanje stresa visokog intenziteta koje parovi doživljavaju i opisuju kao životnu krizu (Verkuijlen et al., 2016; Wischmann et al., 2001), odnosno psihološke konsekvence neplodnosti mogu imati karakteristike životne krize (Berghuis & Stanton, 2002). Pojedini autori smatraju da najtežu psihološku posledicu neplodnosti predstavlja doživljaj gubitka kontrole nad sopstvenim životom, pri čemu neplodnost postaje nuklearni problem, dok ostali aspekti života postaju manje bitni (Cousineau & Domar, 2007).

U razmatranju emocionalnih reakcija na neplodnost i tretman neplodnosti nezaobilazan je rad medicinske sestre Barbare Ek Mening (Barbara Eck Menning). Kao što je već pomenuto u drugom poglavlju, jedan od najvećih doprinosa ove žene jeste ukazivanje na emocionalne potrebe parova koji se suočavaju i prolaze kroz tretman ovog problema. Meningova (Menning, 1980) je ukazivala da se kod parova javlja grupa osećanja, istim redosledom, i da ova reakcija zapravo ima sličnosti sa reakcijom na gubitak i smrt. Smatrala je da neplodnost predstavlja životnu krizu i da se kao reakcija javljaju sledeća osećanja, ovim redosledom: šok ili iznenađenje, poricanje, ljutnja, izolacija, krivica i tuga. Ovo izjednačavanje sa krizom, Meningova, argumentuje definicijom krize kao perioda poremećaja postignute ravnoteže usled pojave stresnog događaja koji predstavlja pretnju i nerešiv je u bliskoj budućnosti; činjenice da ovaj stresni događaj prevazilazi adaptacione kapacitete i strategije prevladavanja stresa osobe; takođe, događaj predstavlja ozbiljnu pretnju po lične ciljeve i aspiracije osobe; mogućnosti da reaktivira nereše-

ne probleme iz prošlosti. Prvo osećanje koja Meningova opisuje jeste iznenađenje izazvano nemogućnošću začeća. Ni jedna osoba nije pripremljena na vest o tome da ima problem sa plodnošću. Neplodnost posebno pogađa one ljude koji su visoko usmereni ka dostignuću i koji veruju da je moguće savladati svaku prepreku ukoliko se uloži dovoljno truda i napora. Sledeće se javlja poricanje. Ono ima svoju funkciju, a to je adaptacija na novonastalu situaciju, da bi se, u jednom trenutku, kada je osoba spremnija, prihvatila situacija. Međutim, adaptivna vrednost poricanja sagledava se samo ukoliko poricanje nije dugotrajno, odnosno samo u situacijama kada je vremenski ograničeno. Upravo one osobe koje, bez obzira na evidentan problem sa začećem, poriču ovaj problem i odbijaju lečenje, pripadaju grupi onih kojima je, po mišljenju Meningove, neophodna psihoterapija. Sledeća emocija u ovom nizu jeste ljutnja. To je očekivana reakcija na gubitak kontrole, usled prepuštanja odlukama medicinskog osoblja. Ljutnja može biti racionalni odgovor na različite socijalne pritiske, neprijatne situacije i neprijatne medicinske procedure. Međutim, može predstavljati i iracionalnu reakciju usmerenu na različite grupe ljudi (npr. zagovornike abortusa, medicinsko osoblje itd.), i tada je zapravo paravan za mnogo dublja osećanja kao što je na primer intenzivna tuga. Sledeća je izolacija, koja podrazumeva izolaciju para u odnosu na svoje socijalno okruženje. Neplodnost je sama po sebi teška tema, koju mnogi parovi ne žele i ne mogu da razmatraju sa drugima. Zato se često dešava da parovi ovaj problem ne dele sa bliskim ljudima. Ovakvo ponašanje je razumljivo, međutim, ono sa sobom donosi dve posledice – pritisak okoline u formi pitanja ili komentara o prinovi, deci itd., kao i odsustvo mogućnosti da upravo bliski ljudi pruže podršku paru koji se suočava sa ovako teškim problemom. Kada je reč o izolaciji, pored izolacije para u odnosu na svoje socijalno okruženje, teža forma izolacije jeste izolacija partnera jednog u odnosu prema drugom, što vodi u odsustvo komunikacije i povećanje bračnog stresa, kao i problema u seksualnim odnosima. Sledeća emocija koju razmatra Meningova jeste krivica. Osećanje krivice je vrlo često prisutno kod ljudi koji se suočavaju sa neplodnošću, pa je ova emocija još jedan od razloga držanja u tajnosti postojećeg problema. Krivica nastaje iz sveprisutne tendencije ljudi da traže razloge i uzroke svog problema, da pronađu razlog zašto su na ovaj način kažnjeni. Meningova navodi sledeće izvore krivice sa kojima se susrela u praktičnom radu sa parovima: upotreba kontracepcije, predbračni seksualni odnosi, polne bolesti, abortus, vanbračne veze, homoseksualne misli ili radnje, masturbacija. Brojni su oni koji će učiniti sve kako bi se iskupili. Osobe sa niskim samopoštovanjem su posebno sklone doživljavanju krivice. Krivica može toliko uzeti maha da osoba oseća nedovoljnost i neadekvatnost u svim aspektima života. I na kraju, Meningova opisuje tugu kao emociju koja se javlja kada se osoba suoči sa gubitkom, a kada je neplodnost u pitanju možemo govoriti o mnogim gubicima – gubitku planova i snova, gubitku potomstva, gubitku mogućnosti za proširenje porodice, produžetak loze; gubitku plodnosti, seksualnosti, mogućnosti da se iskusi trudnoća. Meningerova navodi da je nemogućnost ili neuspeh procesa tugovanja u slučaju neplodnosti najčešći problem sa kojim se susretala u radu sa parovima sa

ovim problemom. Ovde je reč o gubitku ne onoga što osoba već ima, već onoga što želi (Menning, 1980). Menningova navodi reči jedne pacijentkinje:

„Smrt. Smrt mnogih stvari. To je kraj porodice Bowes i ovog prezimena. Prezime umire sa nama, zbog mene. Moj suprug je poslednje muško dete u svojoj porodici. Smrt pre života... pre nego li smo upoznali svoje dete, jer naše dete nikada nije bilo živo, nikada nije postojalo. Najteži deo ove smrti je taj što je to smrt sna. Ne postoje sećanja, nema slika, nema stvari i događaja za pamćenje. Ne možete da se sećate plave kose svoga deteta, ili smeđih očiju, ili omiljene igračke ili načina na koji se smejalio ili kako ste se osećali tokom trudnoće. Dete nikada nije postojalo” (Menning, 1980, str. 316. i 317).

Anksioznost i depresivnost

Pitanje negativnih emocija tokom lečenja neplodnosti posebno dobija na značaju ukoliko se podsetimo da istraživanja nedvosmisleno pokazuju da žene u visokom procentu (svaka druga ili treća) problem neplodnosti ocenjuju kao najteži ili najgori događaj u svom životu (Burns, 2007; Epstein & Rosenberg, 2005; Eugster & Vingerhoets 1999; Opsenica Kostić et al., 2021; Sundby et al., 2007; Wichman et al., 2011). Shodno tome, očekivano je da su se studije najčešće bavile ispitivanjem negativnih emocija, posebno anksioznosti i depresivnosti, kod parova koji imaju problem sa plodnošću, naročito kod žena. Kao stresan događaj, neplodnost može izazvati brojne simptome depresije, što je normalna reakcija na ovu životnu krizu (Volgsten et al., 2008). Tuga predstavlja čestu i uobičajenu emociju kod neplodnih muškaraca i žena, međutim, sam proces tugovanja jeste veoma značajan za rešavanje krize koju izaziva ovaj problem (Williams & Zappert, 2006). U domaćem istraživanju u kome su upoređivane žene koje su u trenutku učešća u studiji bile u postupku VTO sa ženama koje nisu imale problem sa začecem i ostvarene su u ulozi majke, u učestalosti pozitivnog i negativnog afekta dobijeni su rezultati koji ukazuju na veću učestalost negativnog afektiviteta kod žena u VTO postupku. Kada je reč o pozitivnom afektu, kod žena u kontrolnoj grupi se detektuje veća frekvencija pozitivnog afekta, međutim, registrovana razlika je na granici statističke značajnosti. Prilikom tumačenja dobijenih rezultata autorke se pozivaju, pre svega, na prosek godina lečenja neplodnosti grupe žena u VTO postupku, koji iznosi 5,46 godina, što je, prema autorkama, nezanemarljiv vremenski interval izloženosti stresu. Navodeći rezultate prethodnih istraživanja, koja pokazuju da se emocionalni problemi javljaju odmah nakon započinjanja VTO postupka (npr. Edelman & Connolly, 2000), autorke rezultate svoje studije ocenjuju kao očekivane, s obzirom na to da su sve ispitanice u njihovom istraživanju u trenutku testiranja bile u postupku VTO. Zaključak autorki jeste da žene u postupku VTO češće doživljavaju negativne emocije poput straha, srama, nervoze, napetosti, krivice itd., pri čemu VTO može biti razlog učestalijeg javljanja navedenih negativnih emocija. Kada je reč o pozitivnom afektu, autorke rezultate ocenjuju kao ohrabrujuće, jer pokazuju da pozitivne i negativne emocije mogu da se jave istovremeno čak i u visoko stresnim situacijama i da ne isključuju jedne druge (Mitrović et al., 2021a). Slično istraživanje sprovedeno u Mađarskoj, na uzorku parova u postupku VTO, pokazalo

je da se u poređenju sa grupom osoba koje su se javljale lekaru zbog somatskih tegoba, kod muškarca i žena u VTO tretmanu registruje statistički značajno viši nivo pozitivnog afekta i niži nivo negativnog afekta. Pored navedenih rezultata, u ovom istraživanju autori izveštavaju da je nivo depresivnosti u grupi ispitanika koja je u postupku VTO značajno niži u odnosu na prosečni nivo depresivnosti u opštoj populaciji. Kada je reč o anksioznosti, crta anksioznosti je manje izražena u grupi u postupku VTO nego li u opštoj populaciji, dok su u slučaju stanja anksioznosti razlike između navedenih grupa detektovane samo u slučaju žena, dok se muškarci po izraženosti stanja anksioznosti u ove dve grupe ne razlikuju. Interesantno je da rezultati sugerišu, prema mišljenju autora istraživanja, da se problem neplodnosti ne povezuje sa stanjem bolesti, uprkos činjenici da je neplodnost medicinska dijagnoza i da se leči u zdravstvenim ustanovama. To bi značilo da ispitanici u ovom istraživanju svoj problem posmatraju kao specijalnu situaciju, a ne kao bolest (Gabnai-Nagy et al., 2020).

Rezultati navedenog istraživanja, kada je reč o anksioznosti i depresivnosti ne iznenađuju, s obzirom na to da se po pitanju simptoma anksioznosti i depresivnosti dobijaju oprečni rezultati. Pojedine studije ukazuju na viši nivo anksioznosti kod ispitanika sa problemom plodnosti u odnosu na kontrolnu grupu (Kahyaoglu Sut & Balkanli Kaplan, 2014; Schaller et al., 2016), kao i u odnosu na grupu sa ozbiljnih hroničnim bolestima, npr. HIV, kancer, bolesti srca itd. (Kainz, 2011), dok pojedine studije ovo ne potvrđuju (Baldur-Felskov et al., 2013; Rostad et al., 2014). Važno je napomenuti da se viši nivo anksioznosti i distresa registruje kod parova koji su u prvom ART u odnosu na one parove koji su već prošli ART i aktuelni tretman im nije prvi (Reis et al., 2013). Pored toga, parovi sa više krugova tretmana, izveštavaju da je nivo anksioznosti bio veći u prvom i poslednjem krugu lečenja (Price, 1988). Kada je reč o konkretnim anksioznim poremećajima, utvrđeno je da 23% neplodnih žena ispunjava kriterijume za generalizovani anksiozni poremećaj, što je veća stopa u odnosu na opštu populaciju (Csemiczky et al., 2000). Čen sa saradnicima (Chen et al., 2004) izveštava da je generalizovani anksiozni poremećaj najčešća dijagnoza među osobama sa problemom neplodnosti, nakon koje, po učestalosti, sledi major depresija, pa distimija. U jednom istraživanju sprovedenom u Italiji u kome su učestvovalе 872 žene i 859 muškaraca, dobijeni su rezultati koji ukazuju da 14,7% žena ima simptome anksioznosti, 17,9% pokazuje simptome depresije, dok 4,5% muškaraca ima simptome anksioznosti i 6,9% simptome depresije. Važno je napomenuti da su autori utvrdili da su žene sa simptomima anksioznosti i depresije mlađe, sa dužom istorijom neplodnosti i imaju anksiozne partnere. Sa druge strane, muškarci kod kojih su utvrđeni simptomi depresije i anksioznosti su imali privremene poslove, anksioznu partnerku i najčešće im je aktuelni ciklus VTO bio prvi (Chiaffarino et al., 2011).

Kada je reč o depresivnosti, već smo pomenuli da je neplodnost stresan životni događaj, da je tuga emocija sa kojom se parovi sa ovim problemom često susreću i da u tom smislu pojedini simptomi depresije predstavljaju očekivan odgovor na ovu životnu krizu (Volgsten et al., 2008). Kao što smo već napomenuli

većina osoba uspeva da izađe na kraj sa stresom i negativnim emocijama koje donosi neplodnost i njeno lečenje. Ipak, kod izvesnog broja osoba dolazi do pojave psihičkih problema koji mogu uticati na blagostanje osobe (Ramezanzadeh et al., 2004). Saglasno tome, kod određenog broja muškaraca i žena tuga prerasta u patološku tugu, što prema dijagnostičkim kriterijumima odgovara teškoj depresiji (Williams & Zappert, 2006). U svom istraživanju, Domarova sa saradnicima (Domar et al., 1992) izveštava o tome da se među neplodnim ženama kod približno 37% registruju simptomi depresije na Bekovom Inventaru Depresivnosti (BDI). Još jedna studija pokazuje da je teška depresija najčešći poremećaj iz grupe poremećaja raspoloženja i registruje se kod 10,9% ispitanih žena i 5,1% muškaraca, te na osnovu ovih podataka autori zaključuju da su poremećaji raspoloženja uobičajeni kod muškaraca i žena koji su uključeni u VTO (Volgsten et al., 2008). Istraživanje Reisove i saradnika (Reis et al., 2013) pokazuje da parovi koji su uključeni u prvi ciklus ART pokazuju niži nivo depresivnih simptoma u odnosu na parove kojima aktuelni tretman nije prvi, za razliku od stepena anksioznosti koja je, kako smo već i naveli, u ovom istraživanju viša kod parova u prvom ciklusu ART u odnosu na parove sa dužom istorijom lečenja. Žene su u poređenju sa muškarcima pokazivale viši stepen depresije. Međutim, treba imati u vidu da postoje studije koje nisu detektovale razliku u izraženosti anksioznosti i depresivnosti između parova koji imaju problem sa plodnošću i parova bez ovakvog problema. Na primer, studija Roustedove i saradnika (Rostad et al., 2014) sprovedena u Norveškoj (N=9200) ne utvrđuje značajne razlike u stepenu depresivnosti između neplodnih žena i žena koje nemaju problem sa plodnošću, kao i između neplodnih žena bez dece i neplodnih žena koje su dobile decu.

Stid

Nezaobilazna tema kada je reč o depresivnosti i negativnim osećanjima jeste osećanje stida, koje se intenzivnije ispituje u poslednjih deset godina u grupi osoba koje se suočavaju sa neplodnošću. Stid je veoma značajna i moćna emocija koja se tiče samovrednovanja. Naime, autori razlikuju eksternalni i internalni stid. Eksternalni stid tiče se socijalnog okruženja i našeg uverenja da nas drugi ljudi procenjuju na negativan način, kao inferiorne, neadekvatne i manjkave. Internalni stid tiče se naših unutrašnjih, privatnih negativnih procena sebe, odnosno sopstvenih karakteristika i sposobnosti (Gilbert, 1998, 2003). Ovo osećanje je od značaja upravo zbog nalaza pojedinih istraživanja koji pokazuju da stid i sklonost ka doživljavanju ove emocije može uticati na početak i tok depresije kako u kliničkim, tako i u nekliničkim uzorcima (Andrews et al., 2002; Matos & Pinto-Gouveia, 2010). Ovakva veza pronađena je i između stida i anksioznosti (Gilbert & Irons, 2005; Matos & Pinto-Gouveia, 2010). U istraživanju koje se bavilo stidom i samoosudivanjem neplodnih parova autori dolaze do rezultata koji ukazuju da parovi koji se suočavaju sa neplodnošću pokazuju veći stepen spoljašnjeg i unutrašnjeg stida, kao i samoosudivanja u odnosu na ostale dve ispitivane grupe – grupa parova bez problema sa plodnošću i grupa parova koja je aplicirala za usvojenje deteta zbog problema sa plodnošću. I u ovom istraživanju potvrđena je veza između

depresije i stida i samoosušivanja. Autori zaključuju da parovi koji prolaze kroz medicinski tretman imaju tendenciju da osećaju više stida, da budu u većoj meri samokritični, da osećaju izolovanost i nepovezanost sa drugima, kao i tendenciju da se preterano identifikuju sa svojim negativnim emocijama. Važno je napomenuti da su razlike po polu u grupi koja se suočava sa neplodnošću utvrđene kada su u pitanju stepen depresivnosti, unutrašnji stid i samoosušivanje, koji su bili izraženije kod žena (Galhardo et al., 2011). U kontekstu razmatranja stida pomenućemo rezultate istraživanja sprovedenog na 155 žena iz Srbije, koje su u trenutku testiranja bile uključene u VTO. U istraživanju su bili ispitivani psihološki problemi izazvani neplodnošću, pozitivni i negativni afektivitet, socijalna podrška i eksternalni stid, odnosno bila je ispitana posrednička uloga eksternalnog stida i socijalne podrške između psiholoških problema izazvanih neplodnošću i pozitivnih i negativnih emocija doživljenih u poslednjih mesec dana. Rezultati pokazuju da su psihološki problemi izazvani neplodnošću značajan prediktor i pozitivnog i negativnog afektiviteta, pri čemu je veza sa negativnim afektivitetom delimično posredovana eksternalnim sramom. Eksternalni sram ostvaruje svoj efekat na pozitivne emocije preko socijalne podrške, pri čemu ova negativna emocija umanjuje socijalnu podršku, dok percipirana socijalna podrška povećava učestalost doživljavanja pozitivnih emocija. Autorke zaključuju da su socijala podrška i eksternalni sram značajni kada je reč o doživljavanju pozitivnih i negativnih emocija. Doživljene emocije određene su i psihološkim problemima izazvanim neplodnošću. Dalje, rezultati pokazuju da socijalna podrška predstavlja zaštitni faktor, dok je eksternalni sram faktor koji umanjuje socijalnu podršku, a preko socijalne podrške i doživljavanje pozitivnih emocija. Eksternalni sram takođe predstavlja faktor koji povećava učestalost doživljavanja negativnih emocija (Mitrović et al., 2021b).

5.1.1. Razlike u emocionalnim reakcijama na neplodnost između muškaraca i žena

Ukoliko se obrati pažnja na navedene podatke, tj. rezultate pomenutih istraživanja, izvodi se zaključak da žene suočene sa neplodnošću postižu više rezultate na testovima namenjenim proceni negativnih emocija u odnosu na muškarce sa istim problemom. Ponovićemo rezultate istraživanja Sanbaja i saradnika (Sundby et al., 2007), u kome je pokazano da dve od tri žene, učesnice istraživanja, neplodnost opisuju kao najgore i najstresnije iskustvo u svom životu. Pojedina istraživanja dolaze do rezultata o tome da je doživljeni stres po pitanju problema sa neplodnošću intenzivniji kod žena, nego kod muškaraca (Epstein & Rosenberg, 2005; Eugster & Vingerhoets 1999; Wichman et al., 2011). To ne iznenađuje, s obzirom na to da je majčinstvo važan deo identiteta žene i njene socijalne uloge, te shodno tome, neplodnost kod žena pogađa njihov doživljaj selfa i polnog identiteta, odnosno praćena je osećajem neadekvatnosti i neostvarenosti u ulozi žene (Bielawska-Batorowicz, 2006, prema Malina & Pooley, 2017). Žene se u većoj meri osećaju tužno u vezi sa svojom neplodnošću u odnosu na muškarce, pri čemu je

neplodnost centralnija i dominantnija tema u životu žena u odnosu na muškarce (Abbey, 2000). Ovakvim razlikama između muškaraca i žena sigurno doprinosi činjenica da je ispitivanje plodnosti i tretman neplodnosti komplikovanija i neprijatnija medicinska procedura za žene nego za muškarce (Jordan & Revenson, 1999). Žena se po pitanju reprodukcije tradicionalno smatra odgovornim partnerom (Greil et al., 2011). Čak i onda kada je u pitanju muška neplodnost, mnoga društva zapravo krive ženu (Wischnann & Thorn, 2013). Tek u poslednje dve decenije muška neplodnost postaje predmet istraživanja većeg broja studija, dok je do tada, po rečima Lija, „donekle ostala u mračnom dobu” (Lee, 1996, prema Wischnann & Thorn, 2013). Godinama unazad su rezultati istraživanja ukazivali na to da neplodnost izaziva mnogo veću patnju kod žena nego kod muškaraca (Jordan & Revenson, 1999). Muškarci na drugačiji način pristupaju ovom problemu, opisujući ga kao nešto što je razočaravajuće, ali ne i poražavajuće (Greil et al., 1988). Naime, muškarci neplodnost posmatraju kao i ostale probleme, dok žene ovaj problem smatraju većim u odnosu na ostale probleme (Andrews et al., 1992). Čak se i iskustvo žena sa neplodnošću naziva „direktnim”, pri čemu je efekat neplodnosti na muškarce „indirektan” odnosno efekat neplodnosti se na muškarce ostvaruje preko njihove veze sa partnerkom (Greil, 1997). Međutim, studije koje su se bavile ispitivanjem razlika u različitim psihološkim varijablama povezanim sa mentalnim zdravljem i subjektivnim blagostanjem, između muškaraca sa problemom neplodnosti i muškaraca koji nemaju ovaj problem, ukazuju da ne može biti reči o tome da muškarce ovaj problem ne pogađa. Na primer, Njuton sa saradnicima (Newton et al., 1990) izveštava da i žene i muškarci mušku neplodnost opažaju kao stresniju u odnosu na žensku. Reakcije muškaraca na sopstveni problem sa plodnošću mogu podrazumevati sniženje samopoštovanja, socijalnu izolaciju, anksioznost, osećanje seksualne neadekvatnosti, pa i impotenciju (Lee et al., 2001). Muškarci su zapravo skloni da poistovećuju problem sa neplodnošću sa seksualnim problemima, što snažno utiče na njihovo samopoštovanje (Glover et al., 1999). Istraživanja pokazuju da muškarci sa problemom neplodnosti pokazuju viši nivo anksioznosti i stresa, veću učestalost somatskih tegoba, veću učestalost seksualnih disfunkcija, niži nivo samopouzdanja i niži kvalitet života u odnosu na muškarce koji nemaju ovaj problem (Ahmadi et al., 2011; Gao et al., 2013; Glover et al., 1999; Kedem et al., 1990; Klemetti et al., 2010). Važna za proces savetovanja i psihoterapije jeste utvrđena činjenica da muškarci, za razliku od žena, nisu spremni da puno pričaju o sopstvenom problemu sa neplodnošću, kao i o sopstvenim emocijama povezanim s nemogućnošću začeca, što je jedna od možda najistaknutijih razlika između polova kada je reč o suočavanju sa problemom neplodnosti (Bielawska-Batorowicz, 2006, prema Malina & Pooley, 2017; Greil, 1997). Dakle, muškarci i žene će tugu ispoljiti na stereotipno drugačiji način – žene će otvoreno izražavati tugu i o tome opširno pričati, dok će muškarci izbegavati da ispolje emocije i preuzeti ulogu smirenog i neuzrujanog partnera (Jaffe and Diamond, 2010, prema Wischnann & Thorn, 2013). Muškarci povedeni svojom ulogom muškarca zaštitnika imaju tendenciju da potiskuju svoje emocije i pruže podršku svo-

jim partnerkama (Hudson & Culley, 2013). Zato pojedini istraživači sugerišu da utvrđene razlike u psihološkoj reakciji na neplodnost između muškaraca i žena treba posmatrati ne kao izdvojenu reakciju na specifičan problem, već kroz već utvrđene razlike u generalnoj reakciji na stres, intenzitetu i učestalosti negativnih emocija između muškaraca i žena (Edelmann & Connolly, 2000; Fisher et al., 2010).

5.1.2. Faze tretmana neplodnosti i emocionalne reakcije

Pri razmatranju ove teme ne može se zanemariti činjenica da postoji čitav niz faza lečenja neplodnosti. Svaka od tih faza ima svoje specifičnosti. Tretman neplodnosti se često opisuje kao emocionalni rolerkoster koga čine ciklusi nade i razočarenja. (Van den Broeck et al., 2010; Wischmann et al., 2001). Neverica, poricanje, tuga, strah, nepoverenje, pa čak i neprijateljstvo predstavljaju reakcije na dijagnozu neplodnosti. Treba imati u vidu da pre nego li se parovi uopšte odluče i započnu VTO, većina njih je godinama unazad na neki način tretirala problem neplodnosti, što zapravo govori o tome da stres postaje hronična pojava (Mazure & Greenfeld, 1989, prema Monga et al., Newton et al., 1999). Dalje, faza donošenja odluke o početku lečenja neplodnosti kroz proces VTO predstavlja stresnu fazu, jer podrazumeva suočavanje i mirenje sa činjenicom o nemogućnosti prirodnog začeća, kao i prepuštanje odlukama medicinskog osoblja o važnom i intimnom delu života svakog pojedinca (Szamatowicz, 2007, prema Malina & Pooley, 2017). Rezultati istraživanja ukazuju na značajne efekte postupka VTO na psihički život osoba koje mu se podvrgavaju (Podolska & Bidzan, 2001, prema Malina & Pooley, 2017). Još jedna napomena je posebno važna kada je doživljavanje negativnih emocija u pitanju. Tretman neplodnosti predstavlja stresan događaj koji je visoko nekontrolabilan. Parovi mogu da učine vrlo malo kako bi povećali svoje šanse da ostvare trudnoću i dođu do deteta (Campbell et al., 1991). Samim tim, dugotrajni stres, uz nizak stepen kontrole, čini da je neplodnost prema stepenu izazvanog stresa slična nekoj hroničnoj bolesti (Domar et al., 1993). Kako smo ovde pomenu-li kontrolabilnost situacije, dobro je navesti istraživanja Bendžeminove i saradnika (Benyamini et al., 2005; Benyamini et al., 2015), u kojima su autori koristili Self-regulacioni model (SRM; Leventhal et al., 1980) za ispitivanje žena koje se suočavaju sa neplodnošću. Naime, ovaj model nudi okvir za razumevanja odnosa između načina na koji ljudi organizuju razumevanje sopstvenog zdravstvenog statusa i raznih psihičkih i fizičkih posledica. Odnosno, naša subjektivna percepcija i tumačenje bolesti u velikoj meri određuju psihičke i fizičke posledice te bolesti (Hagger & Orbell, 2003). SRM predlaže pet glavnih komponenti reprezentacije bolesti: vrsta bolesti (šifra bolesti i simptomi), trajanje bolesti odnosno vremenska dimenzija (akutna/hronična/epizodična), posledice (ozbiljnost posledica i koji su aspekti života zahvaćeni – somatski, lični, socijalni, ekonomski), uzroci i mogućnost kontrole. Bendžeminova sa saradnicima, izveštava o sledećim rezultatima: uočene posledice bolesti direktno doprinose distresu i blagostanju. Od tri ispitane mere kontrole (samokontrola u odnosu na problem, samokontrola u odnosu na tretman i samokontrola u odnosu na samu proceduru i smer tretmana) isposta-

vilo se da jedino samokontrola u odnosu na proceduru i smer tretmana pozitivno doprinosi većem blagostanju.

Kada je reč o samom tretmanu i njegovim fazama, istraživanja pokazuju da se neposredno pre početka postupka VTO parovi ne razlikuju u izraženosti negativnih emocija od parova koji nemaju ovaj problem. Ovo može biti posledica entuzijazma i visokih očekivanja od tretmana (Malina & Pooley, 2017). Pored toga, može biti posledica doživljaja da su učinili nešto da reše svoj problem. Međutim, odmah po ulasku u postupak kod određenog broja dolazi do pojave emocionalnih problema (Edelmann & Connolly, 2000). Istraživanje pokazuje da žene izveštavaju o povišenom nivou anksioznosti i depresije pre tretmana, što se pojačava do kraja stimulacije i aspiracije folikula i zadržava visok nivo u periodu embriotransfera i čekanja ishoda (Boivin & Lancaster, 2010; Edelmann & Connolly, 2000; Ying et al., 2016). Jong i saradnici (Yong et al., 2000) izveštavaju o sličnim nivoima anksioznosti kod žena pre embriotransfera i pre testa za utvrđivanje trudnoće. Tarnerova sa saradnicima (Turner et al., 2013) izveštava o tome da je niži nivo stanja anksioznosti dan pre aspiracije jajnih ćelija u pozitivnoj vezi sa uspehom postupka i ostvarenom trudnoćom. Potrebno je napomenuti da žene, generalno, u odnosu na muškarce pokazuju pojačanu tendenciju ka doživljavanju negativnih emocija u svim fazama VTO ciklusa (Eugster & Vingerhoets, 1999). Kod muškaraca se registruje viši nivo depresije pre tretmana, koja dostiže svoj pik tokom čekanja ishoda VTO. Uglavnom većina parova fazu čekanja rezultata (faza koja najčešće traje četrnaest dana nakon embriotransfera) ocenjuju kao najstresniju (Boivin & Lancaster, 2010; Edelmann & Connolly, 2000; Ying et al., 2016). U jednoj skorašnjoj studiji autori su ispitivali nivoe anksioznosti, depresivnosti i pozitivnog i negativnog afektiviteta u različitim fazama VTO i poredili skorove sa opštom populacijom i populacijom somatskih pacijenata (o ovim poređenjima je već bilo reči), ali su, pored ovoga, poredili nivoe emocionalnih reakcija u tri merenja između parova koji su postigli trudnoću i onih parova za koje je postupak bio neuspešan. Merenja su realizovana na početku VTO (T1), pre embriotransfera (T2) i pre testa trudnoće (T3). Rezultati pokazuju da je pozitivan afektivitet u grupi žena sa pozitivnim ishodom VTO nešto veći u sva tri merenja, u odnosu na žene koje nisu ostvarile trudnoću. Interesantno je da se pozitivne emocije smanjuju između prvog i drugog merenja kod obe grupe žena. Takođe, u grupi žena kod kojih je tretman bio uspešan postoji tendencija povećanja pozitivnih emocija između drugog i trećeg merenja, dok je ova promena neznatna kod grupe žena čiji je tretman bio neuspešan. Negativne emocije pokazuju tendenciju porasta između prvog i drugog merenja kod grupe sa uspešnim tretmanom, dok se kod druge grupe uočava trend blagog sniženja negativnih emocija. U tom smislu, u drugom merenju detektuje se statistički značajna razlika u negativnim emocijama između grupe žena koje su ostvarile trudnoću ($AS = 17,66$) i grupe žena koje nisu ostvarile trudnoću ($AS = 15,51$). Dalje, kod prve grupe negativne emocije se polako snižavaju, dok u slučaju druge grupe negativne emocije rastu. Kada su u pitanju muškarci, obe grupe muškaraca (uspešna i neuspešna VTO) pokazuju povećanje pozitivnih emocija u

drugom merenju, tj. pre embriotransfera. Dalje, u grupi muškaraca čije su partnerke ostale u drugom stanju, pozitivne emocije ostaju na istom nivou i u trećem merenju, dok kod grupe muškaraca čiji je tretman bio neuspešan dolazi do pada pozitivnih emocija. Važno je reći da se u trećem merenju dobijaju statistički značajne razlike u izraženosti pozitivnog i negativnog afektiviteta između dve grupe muškaraca u korist onih sa pozitivnim ishodom VTO. Konačno, kada je reč o negativnim emocijama u grupi muškaraca čije su partnerke ostvarile trudnoću iz VTO, negativne emocije beleže blago sniženje u drugom merenju u odnosu na prvo, i blago povišenje u trećem merenju u odnosu na drugo, ali ne dostižu nivo registrovan u prvom merenju. Interesantno je da kod grupe muškaraca sa negativnim ishodom VTO negativne emocije pokazuju trend pada od prvog do trećeg merenja (Gabnai-Nagy et al., 2020). U sličnom istraživanju u kome su učestvovali parovi u Kini, autori dolaze do rezultata da je anksioznost kod žena u postupku VTO najviša na dan početka stimulacije hormonima u odnosu na registrovan nivo anksioznosti na dan početka tretmana i četiri dana nakon embriotransfera. U poslednjem merenju kod žena anksioznost je najmanjeg intenziteta. Muškarci su manje anksiozni od žena i njihov stepen anksioznosti je najviši na samom početku tretmana, s tendencijom opadanja kako tretman napreduje. Što se tiče depresivnosti, muškarci i žene postižu slične skorove na upitniku. Depresivnost i muškaraca i žena je najviša na početku tretmana, a zatim pokazuje trend blagog sniženja, skoro zanemarljivog između poslednja dva merenja – merenja na dan početka stimulacije i četvrtog dana nakon embriotransfera (Liu et al., 2021). Baveći se sličnom temom, Boivinova i Lankasterova (Boivin & Lancaster, 2010) navode da u periodu stimulacije hormonima dominiraju pozitivne emocije i anksioznost, dok period od dve nedelje čekanja pre primene testa za utvrđivanje trudnoće karakteriše povećanje anksioznosti i pojava tuge i frustriranosti, bez obzira na relativno nepromenjen nivo pozitivnog afekta. Nakon testa trudnoće, kod žena kod kojih nije došlo do trudnoće (85%) dolazi do naglog pada anksioznosti i zadržavanja nivoa depresivnosti, tj. dominantno osećanje je depresija.

5.1.3. Emocionalne reakcije na neuspešan tretman neplodnosti

Tema negativnih reakcija i emocija vezanih za neplodnost i tretman neplodnosti posebno je važna u kontekstu uspešnosti VTO, odnosno u kontekstu reakcije na neuspešan ciklus VTO. Brojke jasno pokazuju da je procenat uspešnosti manji u odnosu na procenat neuspešnosti. Naime, posle jednog ciklusa VTO samo 20% žena ostvari trudnoću i rodi, dok se posle tri ciklusa u istoj grupi žena njih 50% i dalje suočava sa neuspehom. Posle tri neuspešna ciklusa šansa za trudnoću opada, te se žena prilagođava na ovu činjenicu koja izaziva umanjevanje nada da će ikada ostati u drugom stanju (Stolwijk et al., 1996). Kada je reč o uspešnosti tretmana, istraživanja pokazuju da je jedan od najznačajnijih faktora uspešnosti tretmana zapravo starost žene (npr. Devroey et al., 1996; Spandorfer et al., 2000; Spandorfer et al., 2004). Utvrđeno je da godine starosti žene predviđaju čak 80% uspešnosti VTO (Spandorfer et al., 2000). Seng i saradnici (Seng et al., 2005) izve-

štavaju o sličnim brojkama kada je uspešnost VTO u pitanju. U grupi žena mlađih od 40 godina uspešnost VTO evidentno je veća i procenat živorođene dece iz VTO iznosi 24%, dok je u grupi žena iznad 40 godina ovaj procenat upadljivo manji i iznosi 6,7%. Ovi podaci su značajni jer govore zapravo o tome da se mnogo veći broj parova suočava se neuspehom VTO, te se postavlja pitanje – *kakve su reakcije ljudi na neuspešan tretman?*

Istraživanja i u slučaju neuspele VTO pokazuju da ova situacija u većoj meri pogađa žene nego muškarce (Newton et al., 1990; Slade et al., 1997). Posle prve neuspešne VTO dolazi do povećanja situacione anksioznosti i depresivne simptomatologije u prvom mesecu nakon neuspešnog tretmana kod žena, ali i kod muškaraca (Newton et al., 1990). Kako su istraživanja muške neplodnosti ređa, manji je i broj podataka, ali rezultati istraživanja Gloverove i saradnika (Glover et al., 1996) pokazuju da distres nastao kao posledica problema sa plodnošću kod muškaraca može trajati osamnaest meseci nakon konsultacije na klinici za lečenje neplodnosti. Za razliku od ovih nalaza, u još jednom istraživanju rezultati pokazuju da žene nakon neuspešnog tretmana pokazuju porast anksioznosti i depresivnosti, dok se kod muškaraca ne registruju promene u anksioznosti i depresivnosti bez obzira na uspešnost, tj. neuspešnost tretmana. I nakon šest meseci žene ne pokazuju poboljšanje, tačnije 20% njih pokazuje subklinički nivo anksioznosti i/ili depresije (Verhaak et al., 2005). Pregledom literature, Eugster u Vingerhets (Eugster & Vingerhoets, 1999) izvode zaključak da su negativne emocionalne posledice neuspelog tretmana generalno izraženije kod žena nego kod muškaraca i najčešće podrazumevaju bespomoćnost, osećanje krivice, ljutnju, tugu. Međutim, bez obzira na to što su žene sklonije doživljavanju ovih emocija, i muškarci izveštavaju o porastu negativnih osećanja nakon neuspelog tretmana. Takođe, tri godine nakon neuspele VTO kod većine pacijenata je prisutan nerazrešen proces tugovanja (Volgsten et al., 2010). Tugovanje predstavlja normalnu reakciju na gubitak, a neplodnost se može poistovetiti sa gubitkom na mnogo načina – gubitak plodnosti i reproduktivne sposobnosti, gubitak mogućnosti ostvarivanja u ulozi roditelja odnosno gubitak potomstva (Volgsten et al., 2010), simbolični gubitak snova i budućnosti, fizički gubitak kontrole nad sopstvenim telom (Hooyman & Kramer, 2006) i razvojni gubitak (roditeljstvo i uloga baba i deda) (Wirtberg et al., 2007). Međutim, kada je gubitak potencijalan, ali ne i stvaran, može se desiti da par ne shvati da je tugovanje sasvim normalna i očekivana reakcija (Mening, 1980). Iz tog razloga proces tugovanja može biti ometen ili produžen, što može prerasti u komplikovano tugovanje (Volgsten et al., 2010). Dakle, neuspešna VTO znači završetak tog ciklusa u medicinskom smislu, ali očigledno ne znači završetak emocionalne patnje (Verhaak et al., 2007). Značajno je napomenuti da su u jednom istraživanju dobijeni rezultati koji ukazuju da negativne emocionalne posledice iskustva VTO mogu trajati godinama kasnije. Naime, utvrđeno je da su žene koje su prošle kroz VTO nakon 20 godina pokazivale veće prisustvo depresivnih, opsesivno-kompulsivnih i somatizacionih simptoma (Vikström et al., 2015). Istraživanja koja su koristila samoopisne instrumente za procenu subjektivnog blagostanja i

pratila žene sa problemom neplodnosti deset godina izveštavaju da su one žene koje su ostale bez dece u povećanom riziku od pojave anksioznosti, depresije i stresa (Johansson et al., 2010; Verhaak et al., 2007) u odnosu na one žene koje su nakon tretmana dobile decu. Posle navođenja svih ovih rezultata neophodno je izneti zaključak Verhaka i saradnika (Verhaak et al., 2007), izveden na osnovu pregleda literature, da je većina žena ipak u stanju da izađe na kraj sa negativnim emocijama koje su posledica neuspelog ciklusa tretmana i da se adaptira na pomenute okolnosti, ali da treba imati u vidu da postoji manja grupa onih koje će razviti emocionalne probleme.

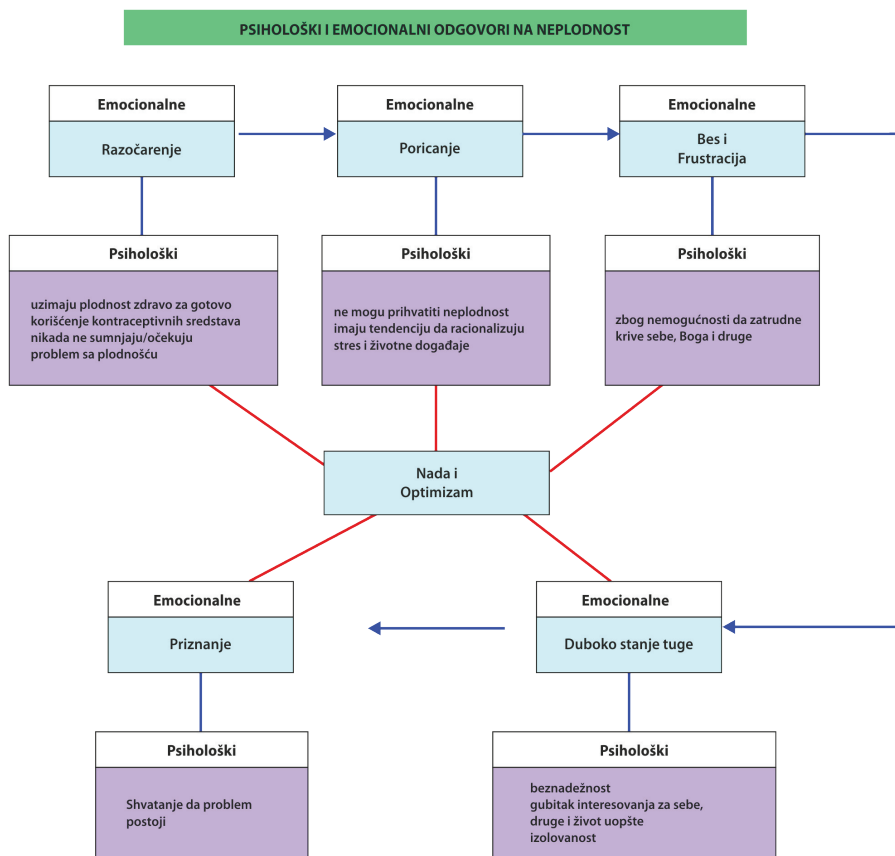
5.1.4. Problem odustajanja od tretmana

Uspešnost tretmana nije uvek garancija odsustva psihološkog distresa. Istraživanja pokazuju da parovi koji su začeli u postupku VTO pokazuju veći nivo anksioznosti tokom trudnoće žene u odnosu na parove koji su začeli prirodnim putem (Hjelmstedt et al., 2004). Dalje, negativna osećanja povezana sa slikom o sebi mogu postojati kod ovih osoba i nakon trudnoće i rođenja deteta (Pasch et al., 2012). Navedeni podaci ukazuju na jasnu potrebu za programom psihološke podrške parovima tokom i nakon VTO, naročito neuspele VTO. O potrebi implementacije znanja iz psihologije i znanja i iskustva iz psihoterapije svedoči i podatak dobijen pregledom rezultata dvadeset dva istraživanja o razlozima odustajanja parova od postupka VTO. Očekivano je da će parovi kojima je na raspolaganju postupak VTO (misli se i na finansijsku dostupnost) biti u tretmanu do postizanja uspeha ili do trenutka u kome je odustajanje preporuka lekara. Međutim, rezultati pokazuju da parovi vrlo često kao razlog odustajanja navode psihološko opterećenje koje osećaju zbog tretmana, lične probleme ili probleme u partnerskoj vezi (Gameiro et al., 2012). Malsted i saradnici (Mahlstedt et al., 1987) navode da je glavni razlog odustajanja od VTO upravo zahtevnost prethodnog ciklusa VTO u emocionalnom smislu. Prilikom poređenja parova koji su prolazili kroz VTO i parova čiji je tretman podrazumevao intrauterinu inseminaciju (IUI)⁴³, došlo se do rezultata da su parovi uključeni u VTO tretman imali manje šanse da postignu željenu trudnoću u odnosu na parove uključene u IUI tretman, i to dominantno zbog toga što su ovi parovi češće prekidali lečenje pre maksimalnog mogućeg broja ciklusa, za razliku od druge grupe parova (IUI grupa) (Goverde et al., 2000). Procenat žena koje nakon jednog ili dva pokušaja VTO odustaju i odbijaju nastavak tretmana iznosi od 34% do 54% (Domar et al., 2010; Olivius et al., 2004). Smenk i saradnici (Smeenck et al., 2004) ukazuju da su simptomi depresije povezani sa odustajanja žena od tretmana nakon samo jednog ciklusa. Sa druge strane, potrebno je imati u vidu da jedna

⁴³ Intrauterina inseminacija predstavlja tehniku koja se koristi u lečenju neplodnosti i podrazumeva ubacivanje obrađenog uzorka sperme u uterus žene. Reč je o neinvazivnoj, jeftinijoj terapiji, koja predstavlja terapiju izbora za pojedine grupe pacijenata. Indikacije su: muška neplodnost, idiopatska neplodnost, cervikalni faktori kao uzrok neplodnosti, ejakulacioni problemi, očuvana funkcija jajovoda, imunološki faktori. Stopa postizanja trudnoće iz jednog ciklusa iznosi 10 do 20%. (videti: Allahbadia, G. N. (2017). Intrauterine insemination: Fundamentals revisited. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 67(6), 385-392.)

od pet žena odustaje od tretmana zbog spontane trudnoće (Olivius et al., 2004). Dakle, psihološki pritisak, anksioznost, depresivnost često se navode kao razlog prekida lečenja neplodnosti nakon neuspešne VTO (Domar et al., 2010; Olivius et al., 2004; Smeenk et al., 2004). Pojedini autori smatraju da je odustajanje i prekid tretmana neplodnosti zapravo pokušaj žene da povрати kontrolu nad svojim životom (Peddie et al., 2005). Utvrđeno je da kod parova sa problemom neplodnosti nakon završetka tretmana dominira doživljaj napuštenosti (Boden, 2007). Na kraju razmatranja reakcije parova na neuspeli ciklus VTO, pomenućemo istraživanje Lija i saradnika (Lee et al., 2009) o tome kakvo značenje parovi u Kini pripisuju svojoj neplodnosti i na koji način rekonstruišu svoje živote nakon neuspele VTO. Autori istraživanja izveštavaju o tome da je registrovan rast i razvoj kroz iskustvo neplodnosti u svim grupama – onih koji su ostali bez dece, onih koji su usvojili dete i onih koji su prirodno začeli i dobili dete. Na tom putu bilo je brojnih poteškoća posebno onih vezanih za napore da se odvoji društveno konstruisana veza između plodnosti i sopstvene vrednosti, odnosno onih vezanih za napore koji se tiču rekonstrukcije sopstvenog identiteta i sopstvene vrednosti nezavisno od reproduktivne sposobnosti. Naravno, način na koji osmišljavamo iskustva i probleme uvek je i u velikoj meri određen društveno-kulturnim kontekstom i vrednostima, pa je tako i ovom istraživanju detektovan veliki uticaj kineskih kulturnih i duhovnih vrednosti i uverenja na same rezultate istraživanja. Međutim, značaj ovog istraživanja, odnosno ono što se može generalizovati na sve one ljude koji se suočavaju sa neplodnošću, neprijatnim i neuspešnim tretmanima jeste korisnost fokusiranja na mogućnost dobitka kroz gubitak, što predstavlja i jasnu smernicu u radu onih koji se bave psihološkim savetovanjem ove grupe ljudi. Savetovanje ne treba usmeriti samo na gubitak i tugovanje, već je potrebno pomoći klijentima da istraže i pozitivne aspekte aktuelnih okolnosti i da mobiliju svoje unutrašnje snage i spoljašnje resurse kako bi konstruktivnije prišli i procenili situaciju u kojoj se nalaze. Tugovanje, tj. zadatak tugovanja jeste proces rasta kroz gubitak i prihvatanje života uz činjenicu da se gubitak desio i da postoji. Prolazeći kroz ovaj proces uz eventualnu podršku i pomoć stručnjaka, osobe sa ovim problemom bi mogle rekonstruisati značenje svog iskustva i iskoristiti ga za lični rast i razvoj, što prevazilazi plodnost, odnosno neplodnost kao jedan aspekt života.

Na kraju ovog poglavlja, a u cilju boljeg razumevanja reakcija na neplodnost, dajemo sliku kojom su autori Pedro i Andipatin (Pedro & Andipatin, 2014) prikazali psihološke i emocionalne reakcije na neplodnost. Ovako prikazana, čini se jasnijom sva složenost ljudskih reakcija na neplodnost.



Slika 6: Psihološke i emocionalne reakcije na neplodnost (preuzeto iz Pedro & Andipatin, 2014, str. 334).

5.2. Identitet i samopoštovanje osoba sa problemom neplodnosti

Ovim delom lagano se udaljavamo od individualnog i ulazimo u domen socijalnog. Na koji način? Konstrukti *identitet* i *samopoštovanje* formiraju se pod uticajem osoba iz okruženja i socio-kulturnog konteksta u kome jedinka živi. Odnosno, postoji teorijski okvir koji identitet određuje kao društveni i kontekstualni fenomen, relaciono konstruisan (Burkitt, 1994; Chodorow, 1996; Gilligan, 1982; Spencer, 2000, prema Todorova & Kotzeva, 2006). Ukoliko tome dodamo neplodnost, neophodno je da se osvrnemo na to da je i ovaj problem napustio domen privatnog, jer se u početku posmatrao kao privatni problem para i počeo da se posmatra kao zdravstveni problem, a zdravlje i bolest su zapravo društveno kon-

struisane kategorije o kojima pregovaraju profesionalci i oboleli u okviru jednog društvenog konteksta. Posebno je u slučaju neplodnosti društvena konstrukcija ove nazovimo bolesti izražena, za razliku od drugih zdravstvenih stanja i bolesti. Kao prvo, bez obzira na to što lekari mogu i jesu definisali neplodnost na stručan i precizan način i što postoji šifra za ovu bolest u šifrniku bolesti, parovi neće sebe dati dijagnozu neplodnosti ako ne prihvate roditeljstvo kao socijalnu ulogu koju žele. Pored toga, problem neplodnosti nikada ne pogađa samo pojedinca i ne uključuje pregovore samo između pojedinca i zdravstvenog radnika. Ovaj problem pogađa par, njihovo neposredno okruženje, posebno širu porodicu i zajednicu u celini. Treća specifičnost ovog stanja jeste odsustvo željenog stanja, a ne prisustvo simptoma. I na kraju, ovde se nude brojne mogućnosti rešavanja problema – ne samo lečenje, već i odustajanje od dece, usvojenje, hraniteljstvo, doniranje itd. Dakle, potrebno je doneti važne odluke. Može se reći da neplodnost predstavlja socijalno konstruisan proces u kome pojedinac svoju nemogućnost da se ostvari u ulozi roditelja treba da shvati, definiše i razume kao problem, da odredi prirodu tog problema i donese odluke o načinima delovanja (Greil et al., 2011).

Kada je identitet u pitanju treba imati na umu da žene neplodnost doživljavaju kao direktan udarac na sopstveni identitet (Greil, 1991, prema Alamin et al., 2020). Već je na više mesta napomenuto da neplodnost pogađa doživljaj selfa i polnog identiteta žene i praćena je osećanjem neadekvatnosti i neostvarenosti u ulozi žene, što je i očekivano, jer je majčinstvo važan deo identiteta žene i njene socijalne uloge (Bielawska-Batorowicz, 2006, prema Malina & Pooley, 2017). Majčinstvo u pojedinim, moglo bi se reći i u većini kultura, predstavlja suštinu identiteta žene, te pokušaji dolaska do deteta, odnosno ostvarivanja u ulozi roditelja zapravo predstavljaju pokušaje oblikovanja normativnog identiteta (Pashigian, 2002). Vilijams (Williams, 1997) identifikuje nekoliko dominantnih tema kod žena koje se suočavaju sa problemom neplodnosti. Dominantna tema je negativni identitet i identifikovanje i predstavljanje sebe kao neplodne. Ovo se dešavalo čak i u slučajevima kada su žene dobijale jasnu informaciju od lekara da je u pitanju muška neplodnost. Čak i nakon dobijanja deteta zahvaljujući lečenju, ove ispitanice su sebe doživljavale kao neplodne. Blisko povezano sa negativnim identitetom jeste osećanje nedovoljnosti, neadekvatnosti, odnosno nisko samopoštovanje. Ovo je proizilazilo iz doživljaja da ne mogu da postignu ono što je bazična biološka funkcija većine ljudi. Onda se dalje dešavala generalizacija ovog doživljaja na ostale aspekte života. Čak su se pribojavale svoje kompetentnosti za ulogu majke, ukoliko lečenje uspe. Ostale identifikovane teme bile su nedostatak kontrole, ljutnja, ozlojeđenost, tuga, depresija, anksioznost, niže zadovoljstvo životom, zavist. Kada je samopoštovanje u pitanju, kasnija istraživanja potvrđuju nalaze koje navodi Vilijams (Williams, 1997). Naime, utvrđena je razlika u stepenu samopoštovanja između grupe muškaraca i žena koji imaju problem sa neplodnošću i grupe koja nema ovaj problem u korist druge grupe, odnosno osobe bez problema sa neplodnošću pokazuju više nivoa samopoštovanja u odnosu na osobu koje se suočavaju sa ovim problemom (Edelmann & Connolly, 2000). Takođe,

utvrđeno je da kada je reč o parovima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti, žene pokazuju niže nivoe samopoštovanja u odnosu na muškarce (Anderson et al., 2003; Pasch et al., 2002).

Bez obzira na težinu prihvatanja neplodnosti, istraživanje Vajta i saradnika (White et al., 2006) pokazuje da je prihvatanje sebe sa problemom plodnosti veoma važno, posebno zbog sopstvene veze sa traženjem medicinske pomoći i lečenja. Međutim, u ovom istraživanju osim utvrđene pozitivne veze, nisu mogli da zaključe da li prihvatanje neplodnosti vodi u traženje pomoći ili lečenje dovodi do prihvatanja ovog problema. Na ovo se nadovezuju rezultati istraživanja Bantina i Boivinove (Bunting & Boivin, 2007), koji pokazuju da one žene koje više strepe da će biti označene kao neplodne pokazuju manju šansu da će se obratiti lekaru. Ovako Grejl (Greil, 2002) sumira iskustvo sa tretmanom kroz tri paradoksa: 1) doživljaj gubitka kontrole ženu nagoni da započne lečenje, pri čemu tokom lečenja ona još više gubi na doživljaju kontrole; 2) gubitak telesnog integriteta ih dovodi na lečenje, pri čemu lečenje jeste invazivno u odnosu na telo; 3) doživljaj gubitka identiteta ih takođe dovodi na lečenje u okviru koga imaju doživljaj da nisu tretirane kao ostali ljudi.

U kvalitativnom istraživanju koje je imalo za cilj da ispita upravo doživljaj identiteta žena koje se suočavaju sa neplodnošću, Todorova i Koceva (Todorova & Kotzeva, 2006) izveštavaju o sledećim temama koje se pojavljuju u odgovorima ispitanica: 1) kada su razmišljale o tome ko su, žene koje su učestvovalе u ovom istraživanju govorile su o doživljaju sebe kao nepotpune, čak i neprisutne. Ovaj doživljaj povezan je sa doživljajem praznine i bezuspešnim pokušajima popunjavanja te praznine. Takođe, autori identifikuju nemogućnost integrisanja statusa *nevoljno bez deteta* u koherentan doživljaj sebe. Žene su opisivale i doživljaj besmislenosti života bez dece. 2) Žene učesnice ovog istraživanja sebe su opisivale i kao odvojene i udaljene od drugih. Nedostatak dece doveo je do toga da se identifikuju kao druge i različite. U pojedinim slučajevima doživljaju sebe se pored različitosti, dodaje i oštećenje, defekt i nenormalnost. Jedna od žena se zahvalila istraživačima što su sprovedli istraživanje i razgovarali sa njima – obeleženima. Potreba za distanciranjem u odnosu na druge ljude, parove, prijatelje bila je opšteprisutna. U sklopu doživljaja različitosti od drugih, pojavljuje se tema lečenja i upornosti ovih žena da istraju, ponekad potpuno same, u procesu lečenja neplodnosti. Žene su često podvlačile snagu svoje volje da prođu tretman. Doživljavale su sebe kao autonomnog agenta u kontekstu traženja lečenja i pokazale vrlo izraženu tendenciju da internalizuju problem neplodnosti, čak i onda kada je jasno da je u pitanju muška neplodnost. Što se tiče partnera i njegove uloge u procesu lečenja, on je opisan kao odsutan ili pasivan u procesu lečenja i donošenja odluka. Vrlo često partneri nisu ni spontano pominjani u izlaganju ispitanica. Ukoliko je i bio deo priče, partner je najčešće predstavljan kao slaba ličnost, inertna, čak i nestabilna. Ovakvom statusu muškaraca u postupku lečenja dodatno doprinosi stav medicinskog osoblja, koje često vrlo eksplicitno ulogu muškarca u postupku VTO ili inseminacije izjednačava sa ulogom onog koji doprema materijal. 3) Ne-

mogućnost ostvarivanja u ulozi roditelja dovodi u pitanje i društveni i profesionalni identitet, odnosno ova nemogućnost bitno utiče i na druge aspekte identiteta. Praznina se proširila i na doživljaj profesionalnog identiteta. Mnoge žene se zbog ovog problema ne usuđuju da potraže novi posao ili da očekuju da napreduju na poslu koji rade. Neplodnost je takođe dovela do toga da neke od ispitanica dovedu u pitanje svoju ravnopravnost sa drugima – ovaj utisak se tiče toga da u prodavnici treba sve da puste ispred sebe u redu, jer nemaju decu; da prilikom sakupljanja donacija one treba prve da daju novac, jer nemaju decu; da prilikom prekovremenog rada, one prve treba da rade prekovremeno, jer nemaju decu.

„Kada bih imala dete, imala bih i veće samopoštovanje. To bi dalo opravdanje nekim mojim željama.” (Iskra) (Todorova & Kotzeva, 2006, str. 133)

4) Jedan deo doživljaja sebe ovih žena neodvojiv je od medicinskog konteksta i tretmana. Ono što dominira ovim delom jeste pasivnost i depersonalizacija, u smislu da iz odnosa lekara prema pacijentu proizilazi suvišnost identiteta, koji se gubi u poziciji pasivnog pacijenta – „[...] samo sledeća neplodna žena koja čeka” (Todorova & Kotzeva, 2006, str. 134). U okviru ovog aspekta doživljaja sebe, dolazimo do odnosa između tela i selfa, koji je kod žena koje se suočavaju sa neplodnošću prilično složen (Greil, 2002). Neuspeh tela je doveo do obezvređivanja selfa u celini. Ovo dodatno potencira učešće u medicinskom tretmanu u okviru koga se telo tretira kao jedino prisutno, pri čemu je postojanje ličnosti suvišno i nepotrebno (Todorova & Kotzeva, 2006). Greil (Greil, 2002) izveštava da žene uglavnom izjednačavaju neuspešno telo i neuspešan self. Čini se da je neplodnost stvar neuspeha u ispunjenju uloge žene, a ne samo neuspeha tela. Neke od ispitanica u Greilovom istraživanju posmatraju svoje telo kao mašinu u službi selfa, ali i kao integralni deo selfa. Pored metafore *telo kao mašina*, Greil (Greil, 2002) navodi metaforu *telo kao amblem selfa*. Ova metafora je upravo ona koju su identifikovale Todorova i Koceva (Todorova & Kotzeva, 2006) u svom istraživanju – širenje doživljaja pokvarenosti tela na self, neuspeh tela dovodi do obezvređivanja selfa u celini. Greil (Greil, 2002) ovu tendenciju objašnjava internalizovanom stigmom, koja zapravo proizilazi iz internalizacije društvene procene neplodnosti i posledičnog doživljaja ovih žena da nisu uspele da ostvare i zadovolje standarde normalnosti, što je izvor vrlo intenzivne patnje. Još jedna metafora koja se pojavljuje u odgovorima žena koje su učestvovala u Greilovom istraživanju (Greil, 2002) jeste *telo kao svojina*. Žene su opisivale svoje telo kao nešto o čemu su vodile računa, a sada ih je to telo izdalo, okrenulo se protiv njih, nešto u šta nemaju poverenje. Telo kao svojina je i metafora koja se pojavljuje u opisivanju sopstvene autonomije kada je lečenje u pitanju tj. žene su se pozivale na mogućnost da rade šta žele sa sopstvenim telom kada je lečenje neplodnosti u pitanju. Ovo je na neki način vraćalo ženama autonomiju i doživljaj kontrole situacije.

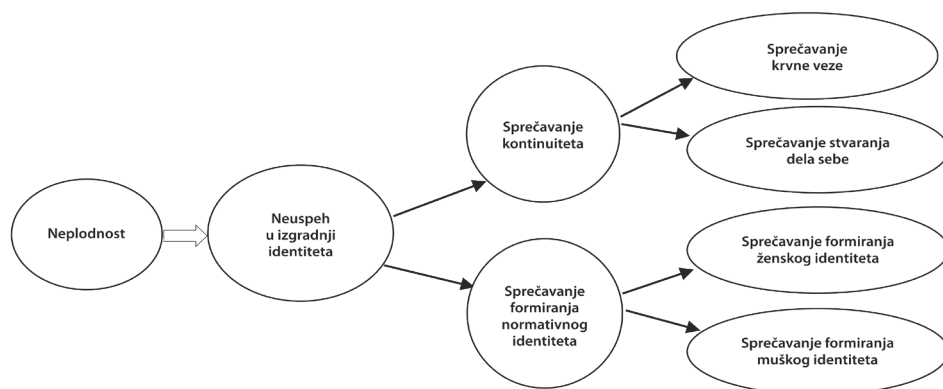
Ispitujući doživljaj tela muškaraca i žena koji se suočavaju sa neplodnošću, Klarkova i saradnici (Clarke et al., 2006) u kvalitativnoj analizi odgovora učesnika istraživanja identifikuju sledeće teme: kod žena – telo kao disfunkcionalna mašina, uz izražavanje snažnog osećanja otuđenosti i neprijateljstva prema sopstvenom

telu. Ovakav doživljaj tela snažno se odražava na doživljaj selfa, pa tako nedostaci tela postaju nedostaci selfa – self, kao i telo, postaje razbijena mašina. Za razliku od žena, muškarci svoja tela ne opisuju u terminima da im je potrebna popravka. Takve opise koriste za tela svojih partnerki. Kada su žene u pitanju „potreba za lečenjem neplodnosti i reproduktivna slabost tela kulminiraju u percepciji otelotvorenog selfa kao devijantnog, sramnog i neadekvatnog” (Clarke et al., 2006, str. 103). Neke žene navode kako ih je telo izdalo, kako ih ne sluša. Neke izjavljuju da su taoci svog tela, neplodnosti i lečenja neplodnosti. Neplodnost muškarci opisuju kao udarac na sopstvenu maskulinitet, muževnost i seksualnost. Neplodnost se vrlo često izjednačava sa seksualnom disfunkcijom, što je dalje povezano sa osećanjem neadekvatnosti i srama. I kod muškaraca, kao i kod žena ugrožen je osećaj potpunosti i zrelosti (Clarke et al., 2006). Ovi rezultati upravo pokazuju značaj problema neplodnosti za doživljaj selfa pojedinca i uopšte „poziciju” i važnost ovog problema u životima ljudi koji se bore za potomstvo – njegova sržna uloga za samopoimanje je, s obzirom na rezultate istraživanja, nesporna.

Vraćamo se ponovo na istraživanje Todorove i Koceve (Todorova & Kotzeva, 2006) u kome autorke identifikuju još jednu temu u doživljaju identiteta neplodnih žena. U pitanju je 5. tema – *ja koja neguje i koja je negovana*. Pre svega se ova tema tiče trenutaka kada se žena povlači, najčešće nakon neuspeha, u ulogu onoga koga neguje partner, majka, sestra. Međutim, čak i tokom intervjua, žene se ne zadržavaju previše u ovom doživljaju sebe, već brzo prelaze u identitet onoga ko je odlučan, asertivan, ambiciozan. Takođe, žene su tokom intervjua brzo prelazile iz sopstvenog doživljaja samopouzdanja, autonomije i odvojenosti od partnera u doživljaj para zatvorenog u sebe i odvojenog od drugih. Par ujedinjen i inkapsuliran u sebe. U okviru ovog odnosa žena neguje i štiti svog supruga od posledica stigmatizacije povezane sa muškom neplodnošću. Identitet onoga koji neguje pojavljuje se u odnosu na decu rođaka, ali i u odnosu na mlađe generacije, u smislu obrazovanja i informisanja o neplodnosti. Prisutno je i osećanje povezanosti sa drugim ženama sa sličnim iskustvom kada su plodnost i trudnoća u pitanju. Čak i učešće u istraživanju doživljeno je kao način da se promene stvari, da se pomogne drugima sa iskustvom lečenja neplodnosti.

U nedavnom istraživanju identiteta osoba koje se suočavaju sa problemom neplodnosti u Iranu, autori (Alamin et al., 2020) dolaze do rezultata koji pokazuje da se neplodnost definiše kao neispunjenje identiteta. Kod pojedinih ispitanika, posebno onih koji pokazuju veću psihološku patnju, neplodnost postaje centralni i primarni identitet. Za žene je imati dete bilo neophodno za razvoj rodnog identiteta. U zemljama u razvoju rađanje deteta predstavlja dobijanje statusa odrasle osobe i ispunjenje svoje društvene uloge, odnosno prihvatanje te osobe od strane društva kao odrasle žene. Neplodna žena sebe identifikuje kao neplodnu, pri čemu neplodnost oblikuje i utiče na sve ostale aspekte identiteta. Neplodni muškarci takođe prijavljuju doživljaj nepotpunog identiteta kao muškarca, muža i oca. Iz straha da će biti ismejani i odbačeni od strane društva kriju svoj problem. Osobe koje se suočavaju sa ovim problemom dovode u pitanje svoju kompetentnost,

adekvatnost i sposobnost. Zapravo, neplodne osobe mogu doživeti krizu identiteta, jer roditeljstvo se često tumači kao ulazak u odraslo doba. Stoga neostvarenost u ulozi roditelja može dovesti do značajnog poraza u izgradnji identiteta. Rezultati istraživanja pokazuju da se pojedinci i parovi bez dece često ocenjuju kao nezreli, sebični, orijentisani na karijeru, nezadovoljni brakom (Lampman et al., 1995; Al-e-Ahmad, 2008, prema Alamin et al., 2020). Dakle, društvo šalje jasnu poruku koliko je roditeljstvo važno. Dalje, stigma kao društvena reakcija izaziva oštećenje i destrukciju identiteta pojedinaca. Svoju istraživačku paradigmu, autori su predstavili na ovaj način:



Slika 7: Problemi u formiranju identiteta osoba koje se suočavaju sa neplodnošću (preuzeto iz Alamin et al., 2020, str. 53)

Kao što se na Slici 7 može videti problem formiranja identiteta se razlaže na sprečavanje kontinuiteta, u smislu sprečavanja imanja biološkog deteta sa kojim ste u krvnom srodstvu i samim tim sprečavanja kreiranja dela sebe, koji će kroz biološko dete da živi i nakon smrti roditelja. Druga komponenta jeste sprečavanje formiranja normativnog identiteta, u smislu formiranja rodnog identiteta koji je zastupljen u društvu i kulturi u kojoj pojedinac živi.

Na kraju ovog dela možemo reći da sva navedena istraživanja nedvosmišleno ukazuju na veoma intenzivan uticaj nemogućnosti ostvarenja u ulozi roditelja i neplodnosti na identitet žena i muškaraca. Rezultati prikazuju kako tema neplodnosti postaje centralna u doživljaju sebe i glavna determinanta odgovora na pitanje – ko sam ja? U tom smislu razmatranje teme neplodnosti iz ugla psihologije svakako podrazumeva razmatranje doživljaja sebe i načina na koji osobe sa ovim problemom definišu sebe. Ovo poglavlje je samo još jedno u nizu poglavlja koje treba da pruži jasne smernice u radu profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja upućenih na saradnju sa ljudima koji se suočavaju sa neplodnošću. Rad na doživljaju sebe, jačanje drugih aspekata identiteta, rad na samopoštovanju sa ili bez dece, prihvatanje neplodnosti ne kao dokaza nedovoljnosti i neadekvatnosti, već kao problema koji niko nije želeo, samo su neke od tema koje se nameću iz

razmatranja teme identiteta i samopoštovanja osoba koje se bore za potomstvo i istrajavaju u toj borbi ili se nose mišlju da odustanu, jer je veoma teško. Sigurno je da je izazov veliki i da je teško naći način za očuvanje psihološke ravnoteže.

5.3. Neplodnost i kvalitet života

Ukupna procena ljudskog iskustva u većem broju disciplina poput medicine, psihologije, ekonomije i sociologije najčešće se izražava pojmom kvalitet života (QoL). Razumevanje, merenje i poboljšanje kvaliteta života predstavlja jednu od glavnih aspiracija i ciljeva pojedinaca i istraživača, ali i celokupnih zajednica i vlada. Kvalitet života u globalu predstavlja nivo zadovoljenja ljudskih potreba, odnosno ocenjeni stepen zadovoljstva ili nezadovoljstva pojedinca ili grupe u različitim životnim domenima (Costanza et al., 2007).

U pokušaju da formulišu integrativnu definiciju ovog koncepta, Kostanca i saradnici (Costanza et al., 2007) najpre opisuju subjektivne i objektivne indikatore kvaliteta života, a zatim nude sledeću definiciju: kvalitet života proizilazi iz odnosa između objektivnog stepena zadovoljenja ljudskih potreba i subjektivnog, procenjenog zadovoljstva stepenom njihovog zadovoljenja (subjektivno blagostanje). Ovaj odnos može biti određen individualnim karakteristikama pojedinca, kulturnim kontekstom, stepenom obrazovanja itd. Osnovne potrebe koje navode autori su potreba za životom, reprodukcijom, sigurnošću i zaštitom, emocionalnom vezanošću itd. Subjektivno blagostanje predstavlja procenu pojedinca ili grupe po pitanju sreće, blagostanja, zadovoljstva životom. Štaviše, odnos između objektivnog stepena zadovoljenja potreba i subjektivnog blagostanja je pod uticajem značaja koji pojedinac, grupe ili zajednice daju zadovoljenju svake kategorije ljudskih potreba u odnosu na druge kategorije, tj. pod uticajem je stepena značaja različitih kategorija ljudskih potreba. Svetska zdravstvena organizacija na sledeći način definiše kvalitet života: „Kvalitet života predstavlja percepcija pojedinca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrednosti u kome živi, kao i u odnosu na sopstvene ciljeve, očekivanja, standarde i interesovanja” (Kuyken et al., 1995). Predstavlja širok koncept koji je na vrlo kompleksan način određen fizičkim zdravljem osobe, psihološkim stanjem, stepenom nezavisnosti osobe, njenim socijalnim relacijama i odnosom prema značajnim karakteristikama okoline u kojoj živi (WHOQoL Group, 1993). Kao što se iz navedenih definicija može videti, kvalitet života se u velikoj meri dovodi u vezu sa psihičkim i fizičkim zdravljem. Pored toga, definisan kroz zadovoljenje potreba, kvalitet života je determinisan i zadovoljenjem potrebe za reprodukcijom. Potreba za reprodukcijom, tj. ostvarenjem u ulozi roditelja jedna je od najvažnijih potreba odraslog doba. Deca i roditeljstvo se visoko vrednuju iz socio-kulturoloških i ekonomskih razloga, pa nemogućnost ostvarenja u ulozi roditelja često dovodi do psihičkih, socijalnih i ekonomskih opterećenja, posebno kada su u pitanju žene (Dyer et al., 2005). Nemogućnost ostvarenja u ulozi roditelja, posebno u zemljama u razvoju, u velikoj

meri određuje ne samo subjektivno blagostanje para, već u još jačem intenzitetu ostvaruje efekat na status žene unutar para, proširene porodice i zajednice u celini (Van Balen & Gerrits, 2001). Dete i rođenje deteta se tradicionalno vezuju za ulogu majke, odnosno jednu od najznačajnijih uloga žene, pa zato ne iznenađuje što se neplodnost često tretira od strane društva i laika kao ženski problem (Hasanpoor-Azghady et al., 2019). Kao što smo već pomenuli, žena se tradicionalno smatra odgovornom za reprodukciju (Carrell & Urry, 1999), te i u situacijama kada je reč o muškoj neplodnosti, društvo odgovornost pripisuje ženi (Wischmann & Thorn, 2013). Iz tog razloga ne iznenađuje što neplodnost više pogađa žene u odnosu na muškarce (npr. Abbey, 2000; Epstein & Rosenberg, 2005; Eugster & Vingerhoets 1999; Greil et al., 1988; Jordan & Revenson, 1999; Wichman et al., 2011), što je već i pomenuto u delu u kome su razmatrane emocionalne reakcije na neplodnost, kao i da se kod osoba koje se suočavaju sa ovim problemom češće javljaju negativne emocije, poput anksioznosti, tuge, krivice, depresivnosti (npr. Burns, 2007; Greil, 1997; Greil et al., 2011; Lee, 2003; McQuillan et al., 2003; Menning, 1980; Monga et al., 2004). Kako je emocionalnost bitan deo kvaliteta života, potpuno su očekivani rezultati dobijeni u istraživanjima o nižem kvalitetu života osoba koje se suočavaju sa problemom neplodnosti i prolaze kroz tretman neplodnosti u odnosu na osobe koje nemaju problem sa plodnošću (Alizadeh et al., 2018; Chachamovich et al., 2010; Direkvand-Moghadam et al., 2014; Fekkes et al., 2003; Makara-Studzinska et al., 2022).

5.3.1. Razlika u kvalitetu života kod parova koji imaju i nemaju problem sa ostvarivanjem u roditeljskoj ulozi

U razmatranju kvaliteta života, Fekes sa saradnicima (Fekkes et al., 2003) najpre se osvrće na činjenicu da su parovi koji planiraju VTO već iskusili emocionalno izazovne i ekstenzivne metode dijagnostikovanja i tretmana, kao i da su za većinu parova opcije tretmana limitirane, u smislu da je VTO poslednja šansa dolaska do potomstva. Iz tog razloga autori su u istraživanje uključili upravo parove koji planiraju VTO i ispitali kvalitet života povezan sa zdravljem. Merili su četiri domena ovog konstrukta – percipiranu emocionalnu, fizičku, kognitivnu i socijalnu funkcionalnost. Rezultati su pokazali da mlađe žene (21–30 godina starosti) koje planiraju VTO izveštavaju o većem stepenu problema u emocionalnom i socijalnom domenu u odnosu na žene iz opšte populacije, koje nemaju problem sa plodnošću. Ista je situacija i sa muškarcima iz ove starosne kategorije u poređenju sa opštom populacijom, ali su ove razlike bile nešto manje kod muškaraca nego kod žena. Kada su u pitanju stariji muškarci, razlike nisu utvrđene između grupe koja planira VTO i opšte populacije u ovim domenima funkcionisanja. Takođe, kada je reč o drugim domenima – fizičkom i kognitivnom, nisu utvrđene značajne razlike između poređenih grupa. Autori podvlače da mlađe žene (21–30 godina starosti) koje planiraju VTO pokazuju najniži nivo kvaliteta života povezanog sa zdravljem. Ovaj nalaz smatraju delimično neočekivanim, zbog činjenice da mladi parovi koji se suočavaju sa ovim problemom imaju više vremena da reše ovaj problem. Međutim, s druge strane,

kako autori napominju, ne treba zanemariti da se stariji parovi duže vreme nose sa ovim problemom i da su verovatno u međuvremenu, zahvaljujući svom iskustvu, razvili adaptibilnije načine suočavanja sa neplodnošću. Pored toga, ovakav nalaz autori dovode u vezu sa činjenicom da je VTO poslednja u nizu terapijskih intervencija i da su svi ovi parovi pre trenutka testiranja duži niz godina svoju neplodnost lečili na drugačije načine. To bi značilo da žene starosti od 21 do 30 godina više godina unazad pokušavaju da se ostvare u ulozi roditelja. Dakle, ovim mladim ženama je očigledno ostvarivanje u ulozi majke prioritet u životu na mnogo mlađem uzrastu u odnosu na stariju grupu žena koje planiraju ulazak u postupak VTO. Kao važan podatak autori ističu da je mlađa grupa žena nižeg obrazovnog nivoa. Na to se nadovezuje nalaz da mlađa grupa koja planira VTO pokazuje veću učestalost iracionalnih kognicija kada je roditeljstvo u pitanju, što sve zajedno može odrediti rezultate. Autori posebno podvlače značaj iracionalnih uverenja koja su povezana sa nižim nivoom funkcionisanja, naročito u emocionalnom i socijalnom domenu. Iz tog razloga napominju da bi psihološko savetovanje osoba sa ovim problemom trebalo usmeriti na identifikaciju i izmenu iracionalnih uverenja koja se tiču roditeljstva, poput uverenja da je za srećan život neophodno imati dete. U još jednom istraživanju u kojem su poređene grupe žena sa i bez problema sa fertilitetom u različitim domenima koji se odnose na kvalitet života – fizičko funkcionisanje, ograničenja u ispunjenju socijalnih uloga usled fizičkih problema, telesni bolovi, opšte zdravlje, socijalno funkcionisanje, ograničenja u ispunjenju socijalnih uloga usled emocionalnih problema i mentalno zdravlje, autori dolaze do nalaza da se ove dve grupe žena statistički značajno razlikuju u svakom domenu osim u onom koji se odnosi na telesne bolove, i na osnovu dobijenih rezultata izvode zaključak da žene sa problemom fertiliteta imaju niži kvalitet života (Direkvand-Moghadam et al., 2014). Koristeći istu skalu kvaliteta života (SF-36; Short Form Health Survey, Ware et al., 1998), Rašidi sa saradnicima (Rashidi et al., 2008) ispituje razlike u navedenim aspektima života između muškaraca i žena koji planiraju VTO i dolazi do rezultata koji pokazuju da postoje značajne razlike po polu u svim navedenim domenima na osnovu kojih se procenjuje kvalitet života, odnosno da muškarci pokazuju viši kvalitet života u odnosu na žene. Ženski pol i niži obrazovni nivo izdvojili su se kao značajni prediktori kvaliteta života povezanog s fizičkim zdravljem. Kada je u pitanju kvalitet života vezan za mentalno zdravlje, pored navedenih varijabli, izdvojila se još jedna varijabla – mlađi uzrast. Dužina neplodnosti i uzročnik neplodnosti nisu se pokazali značajnim za kvalitet života povezan sa zdravljem. Kada je reč o poređenju kvaliteta života muškaraca i žena koji se suočavaju sa problemom neplodnosti, pomenućemo i rezultate istraživanja Agostinija i saradnika (Agostini et al., 2017) koji su saglasni sa većinom istraživanja na ovu temu i koji pokazuju da žene imaju značajno niži kvalitet života u svim merenim domenima (SF-36) u odnosu na njihove partnere u svim fazama ART procedure, bez obzira na uzrok neplodnosti. Takođe, rezultati pokazuju da se kvalitet života u svim domenima smanjuje kod žena tokom ART procedure za razliku od njihovih partnera, čije su vrednosti u različitim domenima uglavnom bile stabilne tokom procedure.

De Paskalis sa saradnicima (De Paskalis et al., 2012) upoređivao je kvalitet života parova u kojima je trudnoća ostvarena prirodnim putem i parova koji su do željene trudnoće došli zahvaljujući ART-u. I u ovom istraživanju korišćena je skala SF-36. Rezultati pokazuju da žene generalno imaju niži kvalitet života u odnosu na muškarce, bez obzira na način začeća. Žene takođe pokazuju sniženje u fizičkom i socijalnom domenu kvaliteta života tokom trudnoće, za razliku od muškaraca. Kao poseban nalaz ovog istraživanja izdvaja se onaj koji ukazuje na niži kvalitet života parova koji su začeli zahvaljujući ART-u u fizičkom i socijalnom domenu. Rezultati većine istraživanja u kojima je korišćen navedeni instrument (SF-36) pokazuju da je kvalitet života parova sa problemom neplodnosti niži u pojedinim domenima u odnosu na parove bez ovog problema, što posebno važi za žene (npr. Ashraf et al., 2014; Drosdzol & Skrzypulec, 2008; Kissi et al., 2014; Sezgin et al., 2016, prema Hubens et al., 2018).

Slična je situacija i sa rezultatima istraživanja u kome je primenjen upitnik kvaliteta života koji je konstruisan od strane Svetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF (WHOQOL group, 1998) i koji ispituje četiri domena – fizički, psihološki, domen socijalnih relacija i domen koji se tiče odnosa sa okruženjem. Autori izveštavaju da žene koje imaju problem sa plodnošću i koje su u trenutku testiranja bile uključene u postupak VTO pokazuju niži kvalitet života u odnosu na grupu žena bez problema sa fertilitetom, odnosno postižu niže skorove u psihološkom domenu i domenu socijalnih relacija (Alizadeh et al., 2018). I u većini ostalih istraživanja koja su koristila instrument WHOQOL-BREF utvrđena je razlika u kvalitetu života parova sa problemom neplodnosti i parova bez ovog problema u korist druge grupe (npr. Aduloju et al., 2018; Masoumi et al., 2016; Pinar & Zeyneloglu, 2012; Sani & Tamannaefifar, 2017, prema Hubens et al., 2018). Dva istraživanja u kojima su se autori bavili ispitivanjem kvaliteta života muškaraca i žena u Poljskoj i u tu svrhu, između ostalog, koristili WHOQOL-BREF dolaze do sledećih rezultata (Makara-Studzińska et al., 2022; Wdowiak et al., 2021). Kada je reč o muškarcima, u istraživanju je učestvovalo 1200 muškaraca sa problemom neplodnosti i od toga 400 muškaraca koji nisu podvrgnuti ART tretmanu, 400 muškaraca koji su podvrgnuti IUI i 400 muškaraca koji su u postupku VTO. Takođe, ispitana je i kontrolna grupa koju je činilo 100 muškaraca bez problema sa fertilitetom. Utvrđeno je da je procenat muškaraca u kontrolnoj grupi koji svoj kvalitet života opisuju kao dobar ili veoma dobar statistički značajno viši u odnosu na muškarce sa problemom infertiliteta. Muškarci u svim grupama svoje fizičko zdravlje ocenjuju kao najniže u odnosu na ostale domene kojima se procenjuje kvalitet života. U grupi muškaraca koji imaju problem sa plodnošću, muškarci koji su u postupku VTO izveštavaju o statistički značajno nižem nivou fizičkog zdravlja u odnosu na ostale dve podgrupe muškaraca sa problemom fertiliteta. Domen koji se odnosi na životnu sredinu značajno je niži kod ispitanika koji imaju problem sa neplodnošću (sve tri podgrupe) u odnosu na kontrolnu grupu (Makara-Studzińska et al., 2022). U sličnom istraživanju koje je imalo za cilj da ispita kvalitet života, ali žena, ispitan je uzorak iste strukture kao u prethodno navedenom istraživanju, s tim

da su ga činile žene. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je procenat žena u kontrolnoj grupi koje svoj kvalitet života opisuju kao dobar ili veoma dobar statistički značajno viši u odnosu na žene koje se suočavaju sa infertilitetom. I u ovom istraživanju žene iz svih grupa kao najniži u odnosu na druge procenjuju domen fizičkog zdravlja. Žene sa problemom fertiliteta statistički značajno niže procenjuju svoje psihičko zdravlje i socijalne relacije u odnosu na žene iz kontrolne grupe. Domeni psihičkog zdravlja i životne sredine su značajno niži kod žena iz dve podgrupe – podgrupa podvrgnuta IUI i podgrupa u postupku VTO, u odnosu na kontrolnu grupu. Takođe, u ova dva domena se značajno razlikuju i navedene dve podgrupe žena sa problemom neplodnosti u odnosu na žene sa problemom neplodnosti koje nisu podvrgnute ART tretmanu (Wdowiak et al., 2021).

5.3.2. Prediktori kvaliteta života

Pored ovakvih ispitivanja u kojima su dominantno upoređeni rezultati osoba koje imaju problem sa plodnošću i grupe osoba koje nemaju ovaj problem, izvestan broj istraživanja se bavio prediktorima kvaliteta života kod ljudi sa problemom infertiliteta. Pregledom rezultata studija, Čačamovićeva i saradnici (Chachamovich et al., 2010) dolaze do toga da su niži obrazovni nivo, jaka želja za roditeljstvom, prethodni VTO i dužina lečenja neplodnosti značajni prediktori kvaliteta života kod muškaraca. Kada su žene u pitanju, prethodni VTO, niži obrazovni nivo, manje godine starosti predstavljaju značajne prediktore nižeg kvaliteta života. Istraživanje Marofizadefa i saradnika (Maroufizadeh et al., 2016) u Iranu identifikuje slične faktore koji ostvaruju efekat na kvalitet života žena suočenih sa neplodnošću. Naime, autori izveštavaju da mlađi uzrast ostvaruje negativnu korelaciju sa *emocionalnim domenom* (u kojoj meri osoba doživljava negativne emocije povezane sa iskustvom problema sa plodnošću) i *um-telo domenom* (u kojoj meri osoba zbog problema sa plodnošću doživljava negativne somatske simptome i probleme sa kognicijom i ponašanjem) kvaliteta života, dok (stariji) uzrast ostvaruje negativnu korelaciju sa domenom *relacije* (da li problem neplodnosti pogađa partnersku ili bračnu relaciju). Identifikovani su i niži obrazovni nivo, nepoznat uzrok neplodnosti i prethodni neuspešni tretmani kao značajni faktori koji doprinose umanjenju kvaliteta života.

Pomenućemo još jedno istraživanje sprovedeno u Nemačkoj čiji su rezultati saglasni sa već pomenutim nalazima. Naime, rezultati ovog istraživanja pokazuju da je niži kvalitet života kod muškaraca u pozitivnoj vezi sa većim godinama starosti, nižim obrazovanjem i dugogodišnjom željom za detetom. Kod žena, kvalitet života određen je u većoj meri razlozima nemogućnosti imanja deteta i da li već imaju dete (da li je u pitanju primarna ili sekundarna neplodnost). Žene koje leče sekundarnu neplodnost prijavljuju viši kvalitet života u emocionalnom i fizičkom domenu (Sexty et al., 2018). Zurlova sa saradnicima (Zurlo et al., 2018) utvrdila je da je povećanje starosti povezano sa smanjenjem ukupnog kvaliteta života i kod muškaraca i kod žena. Stariji muškarci u odnosu na mlađe imaju niži lični i interpersonalni kvalitet života i veću anksioznost. Starije žene u odnosu na mla-

de imaju niži kvalitet života koji je povezan sa karakteristikama tretmana i veći nivo depresivnosti. Kada je reč o strategijama prevladavanja stresa, rezultati ovog istraživanja pokazuju da je prevladavanje usmereno na traženje socijalne podrške povezano sa višim kvalitetom života i višim nivoom psihičkog zdravlja kod žena, dok je kod muškaraca prevladavanje usmereno na rešavanje problema povezano sa višim kvalitetom života i višim nivoom psihičkog zdravlja. Prevladavanje koje podrazumeva izbegavanje i distanciranje povezano je sa višim kvalitetom života i kod muškaraca i kod žena. Trajanje problema sa plodnošću duže od tri godine povezano je sa redukcijom protektivne funkcije svih strategija prevladavanja. Viši nivo obrazovanja, kao i u svim do sada navedenim istraživanjima, u vezi je sa većim kvalitetom života i kod muškaraca i kod žena. Viši nivo obrazovanja indikuje i viši socio-ekonomski status i bolje finansijske mogućnosti, što sa sobom automatski povlači veću dostupnost tretmana i veće mogućnosti lečenja. Istraživanje sprovedeno u Kini u kome su učestvovalе žene sa ponovljenim implementacionim neuspehom (repeat implantation failure – RIF) ističe sledeće faktore kao značajne za kvalitet života: mesto boravka, muški faktor kao uzrok neplodnosti, finansijske poteškoće, indeks telesne mase (BMI), stepen depresije i podrška porodice (Ni et al., 2021). Na uzorku Amerikanki sa problemom plodnosti Swiftova sa saradnicima (Swift et al., 2021) podvlači značajan doprinos personalnog, bračnog i socijalnog stresa na kvalitet života. I na uzorku žena iz Srbije utvrđena je veza između stresa povezanog sa neplodnošću i kvaliteta života (Batinić et al., 2021). Nedavno istraživanje u Japanu pokazalo je da su pojedini aspekti zaposlenja i uslova rada značajni za kvalitet života povezan sa neplodnošću. Rezultati ovog istraživanja sprovedenog na 721 ženi pokazuju da su samozapošljavanje, podrška kolega i saradnika, u smislu zadovoljavajuće komunikacije i razumevanja, i jednostavnost korišćenja slobodnih dana kako na sopstvenom poslu, tako i na poslu partnera značajni pozitivni prediktori kvaliteta života povezanog sa neplodnošću. Zahtevi posla (preveliki zahtevi u smislu obima posla i vremena utrošenog na odrađivanje raznih zadataka) i broj radnih sati partnera predstavljaju negativne prediktore kvaliteta života. Autori napominju da bi ovi nalazi mogli poslužiti kao smernice poslodavcima u formulisanju radnih zadataka i uslova kada je reč o zaposlenima koji se suočavaju sa ovim problemom i prolaze kroz tretman neplodnosti (Maeda et al., 2022).

5.3.3. Instrument za merenje kvaliteta života osoba koje se suočavaju sa neplodnošću – FertiQoI (Fertility Quality of life)

Merenje kvaliteta života parova koji se suočavaju sa problemom neplodnosti važno je pre svega radi identifikacije onih aspekata ovog problema koji u bitnoj meri određuju kvalitet života. Identifikacija ovih aspekata problema važna je iz dva razloga. Prvi razlog tiče se poboljšanja kvaliteta života ove grupe ljudi, odnosno ukoliko identifikujemo aspekte problema koji određuju kvalitet života, onda će postojati jasne smernice na čemu treba raditi u cilju njegovog poboljšanja. Drugi razlog tiče se istraživanja čiji je predmet evaluacija zdravstvenih uslu-

ga i u tom kontekstu korišćenje standardnog mernog instrumenta (Saxena et al., 2001). Vremenom je postalo jasno da je neophodno kreirati instrument koji će biti isključivo namenjen proceni kvaliteta života muškaraca i žena koji se suočavaju sa problemom neplodnosti. Iz tog razloga Evropsko društvo za humanu reprodukciju i embriologiju (European Society of Human Reproduction and Embryology; ESHRE), Američko društvo za reproduktivnu medicinu (American Society of Reproductive Medicine; ASRM) i farmaceutska kuća *Marck Serono* (Merck S.A. Geneva-Switzerland, an affiliate of Merck KGaA Darmstadt, Germany) udružili su se kako bi konstruisali novi instrument za procenu kvaliteta života neplodnih muškaraca i žena – FertiQol (Fertility Quality of life, 2002–2009), koji je namenjen specifičnoj populaciji i može se koristiti bez obzira na društveno-kulturni kontekst tj. u pitanju je internacionalno primenljiv instrument (Boivin et al., 2011). Ovaj instrument se sastoji iz trideset šest stavki. Prve dve stavke se ocenjuju zasebno i obuhvataju ukupnu procenu fizičkog zdravlja (Kako biste ocenili svoje zdravlje?) i kvaliteta života (Da li ste zadovoljni kvalitetom svog života?). Preostale trideset četiri stavke namenjene su proceni ličnog i interpersonalnog kvaliteta života („Core FertiQol”) i proceni kvaliteta života u odnosu na tretman neplodnosti („Treatment FertiQol”). Core FertiQoL obuhvata dvadeset četiri stavke odnosno obuhvata četiri subskale – subskala *emocionalnost* namenjena je proceni efekta neplodnosti na emocije tj. procenjuje u kojoj meri osoba doživljava negativne emocije povezane sa iskustvom neplodnosti (npr. tuga, depresija, ljubomora, ljutnja itd.); subskala *um-telo* procenjuje u kojoj meri osoba zbog problema sa plodnošću doživljava negativne somatske simptome (npr. bol, umor) i probleme sa kognicijom i ponašanjem (npr. loša koncentracija, odlaganje planova, poremećene dnevne aktivnosti); subskala *relacije* namenjena je proceni da li su i u kojoj meri različiti aspekti partnerske ili bračne relacije pogođeni problemom neplodnosti (npr. komunikacija, seksualnost, posvećenost); poslednja, četvrta subskala procenjuje domen socijalnih odnosa, odnosno namenjena je proceni efekta neplodnosti na socijalne odnose i interakcije (npr. socijalna uključenost, socijalna podrška, očekivanja, stigma). Sledeća grupa ajtema (deset ajtema) odnosi se na kvalitet života povezan sa procenom tretmana i karakteristika tretmana („Treatment FertiQol”). Obuhvata dve subskale: subskala *okruženje u kome se realizuje* tretman, namenjena je proceni dostupnosti i kvaliteta tretmana, kao i interakcije sa medicinskim osobljem. Druga subskala je *podnošljivost tretmana* i namenjena je proceni doživljaja fizičkih i mentalnih smetnji i simptoma koji su posledica tretmana neplodnosti⁴⁴. Boivinova sa saradnicima (Boivin et al., 2011) izveštava o dobrim metrijskim karakteristikama ovog instrumenta. Autori napominju da postoji mogućnost njegove upotrebe kako od strane kliničara, tako i od strane istraživača. Posebna vrednost instrumenta jeste u mogućnosti identifikacije osoba koje su pod rizikom od narušavanja kvaliteta života, pri čemu se jasno identifikuju problematični aspekti na kojima je potrebno raditi.

⁴⁴ Dostupno na: <http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/description/instrument-description> [2. 4. 2023.] i videti: Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, 26(8), 2084-2091.

Takođe, jedna od pozitivnih strana instrumenta jeste procena kvaliteta života povezanog sa karakteristikama tretmana. Ovo je veoma značajno, jer se pokazalo da kvalitet tretmana i njegova podnošljivost utiču na spremnost da se nastavi sa lečenjem (Boivin et al., 2011).

FertiQol instrument, od konstruisanja do danas, široko je primenjivan i korišćen u brojnim istraživanjima širom sveta. Ovde ćemo pomenuti rezultate samo nekih od njih. U jednom od prvih istraživanja u kome je korišćen FertiQol utvrđeno je postojanje negativne korelacije između anksioznosti i depresivnosti i kvaliteta života. Takođe, jedan od rezultata jeste da osobe koje postižu skorove na instrumentu za merenje anksioznosti i depresivnosti više od graničnog skora od osam poena, što zapravo upućuje na klinički nivo anksioznosti i depresije, pokazuju statistički značajno niži kvalitet života u svim domenima u odnosu na grupu ispitanika koji imaju niže nivoe anksioznosti i depresije (manje ili jednako osam). Autori upućuju na specifičnost instrumenta, ukazujući da on, kao takav, može poslužiti za primarnu detekciju problematičnog domena, a da potom identifikovani, problematičan domen treba ispitivati specifičnim instrumentima. U ovom istraživanju nisu utvrđene statistički značajne razlike u kvalitetu života osoba koje su podvrgnute ART tretmanu i onih koji se suočavaju sa neplodnošću, ali nisu uključeni u ART, što, prema autorima, znači da ne treba potcenjivati negativan uticaj neplodnosti na kvalitet života, bez obzira na lečenje i tretman kome se osoba podvrgava. Autori takođe predlažu određivanje graničnog (eng. cut-off) skora za celokupnu skalu, ali i za svaki pojedinačni domen, što bi obezbedilo identifikovanje onih osoba kojima je potrebna veća podrška, ali i specifikovalo vrstu te podrške, odnosno domen u kome je potrebna podrška ili aspekt ka kome je potrebno usmeriti psihosocijalne intervencije (Aarts et al., 2011).

U sličnom istraživanju sprovedenom u Turskoj u kome su učestvovalе žene sa problemom neplodnosti, autori dobijaju slične rezultate. Kvalitet života je u negativnoj korelaciji sa anksioznošću i depresivnošću. Subskala *um-telo* FertiQol-a, koja je namenjena proceni somatskih i kognitivnih simptoma povezanih sa neplodnošću, kao i proceni problema sa svakodnevnom funkcionalnošću, ostvaruje najjaču negativnu korelaciju sa skalama namenjenim proceni anksioznosti i depresivnosti, dok subskala FertiQol-a *relacije* ostvaruje najniže korelacije sa skorovima na skali anksioznosti i depresivnosti. Srednje vrednosti na subskalama *um-telo* i *socijalni odnosi*, kao i totalni skor na FertiQol-u statistički su značajno viši kod žena sa sekundarnim neplodnošću u odnosu na one sa primarnom (Dural et al., 2016). Prilikom poređenja muškaraca i žena sa problemom infertiliteta Hsu i saradnici (Hsu et al., 2013) dolaze do rezultata da muškarci u značajnoj meri imaju viši kvalitet života u domenu *um-telo* i *emocionalnost*, kao i opštem ličnom i interpersonalnom kvalitetu života – Core FertiQoL i u kvalitetu života povezanom sa tretmanom neplodnosti – Treatment FertiQol. Identične rezultate kada je reč o razlikama u kvalitetu života po domenima između muškaraca i žena dobijaju Seksti i saradnici (Sexty et al., 2018). Ovi autori dalje navode da žene koje su učestvovalе u njihovom istraživanju pokazuju viši kvalitet života u domenu *relacije*

(domen koji se odnosi na partnersku vezu) u odnosu na muškarce. Polne razlike u kvalitetu života u korist muškaraca registruje i Zurlova sa saradnicima (Zurlo et al., 2018) i kada je u pitanju lični i interpersonalni kvalitet života i kada je u pitanju kvalitet života povezan sa percipiranim karakteristikama tretmana. Već smo pomenuli dve poljske studije, od kojih je jedna sprovedena na 1200 muškaraca (400 muškaraca koji nisu podvrgnuti ART tretmanu, 400 muškaraca koji su podvrgnuti IUI i 400 muškaraca koji su u postupku VTO) (Makara-Studzińska et al., 2022), dok je druga studija sprovedena na 1200 žena (ista struktura uzorka kao u prethodno navedenoj studiji – 400 žena koje nisu podvrgnute ART tretmanu, 400 žena koje su podvrgnute IUI i 400 žena koje su u postupku VTO) (Wdowiak et al., 2021). U oba istraživanja pored WHOQOL-BREF upitnika, zadat je i FertiQoL. Utvrđene razlike na WHOQOL-BREF upitniku su već navedena u prethodnom tekstu. Kada je reč o FertiQoL-u i subskalama ovog upitnika, prilikom poređenja ove tri grupe muškaraca dobijeni su sledeći rezultati: grupa koja nije podvrgnuta ART tretmanu u odnosu na grupu koja je podvrgnuta IUI ima statistički niži totalni skor na FertiQoL upitniku, kao i u slučaju ukupnog ličnog i interpersonalnog kvaliteta života (Core FertiQoL). Značajno sniženje ova grupa ima i na subskalama *emocionalnost*, *um-telo* i *relacije*. Istovremeno grupa koja nije podvrgnuta ART tretmanu pokazuje niže vrednosti na subskali *emocionalnost* u odnosu na grupu podvrgnutu VTO, pri čemu je ova razlika na granici statističke značajnosti. Takođe, između ove dve grupe registruju se i statistički značajna razlika na subskali *okruženje u kome se realizuje tretman* u korist grupe koja je u postupku VTO. Konačno, prilikom poređenja grupe koja je podvrgnuta IUI i grupe muškaraca koja je u postupku VTO, većina statistički značajnih razlika koja se dobija na subskalama u korist je grupe podvrgnute IUI – razlike se dobijaju na ukupnom skoru koji se tiče ličnog i interpersonalnog kvaliteta života (Core FertiQoL) i subskalama *um-telo* i *relacije* (Makara-Studzińska et al., 2022). Dakle, rezultati pokazuju da je po pitanju kvaliteta života u najboljoj poziciji grupa muškaraca podvrgnuta IUI, zatim grupa u postupku VTO i na kraju grupa koja nije podvrgnuta ART tretmanu.

Kada je reč o ženama, dobijeni su nešto drugačiji rezultati. Grupa koja nije podvrgnuta ART tretmanu u odnosu na grupu podvrgnutu IUI postiže statistički značajno niže rezultate samo na subskali *Relacije*. Prilikom poređenja žena podvrgnutih IUI i žena u postupku VTO dobijaju se statistički značajne razlike na dve subskale: *emocionalnost* u korist grupe u VTO tretmanu i *relacije* u korist grupe žena podvrgnutih IUI. Žene u postupku VTO u odnosu na žene koje nisu podvrgnute ART tretmanu postižu statistički značajno više rezultate na ukupnom skoru na FertiQoL-u, kao i na subskali *emocionalnost*. Dva rezultata poređenja su na granici statističke značajnosti – ukupan lični i interpersonalni kvalitet život (Core FertiQoL) i rezultat na subskali *um-telo* u korist grupe žena u postupku VTO (Wdowiak et al., 2021). Upoređujući ispitanice koje su podvrgnute ART tretmanu i one koje imaju problem sa plodnošću, ali nisu podvrgnute ART tretmanu Swiftova sa saradnicima (Swift et al., 2023) dobija rezultate koji ukazuju na statistički značajno veći lični i interpersonalni kvalitet života (Core FertiQoL) onih žena koje su podvrgnute

ART tretmanu u odnosu na one koje nisu podvrgnute ovoj vrsti tretmana. Takođe, značajne razlike se dobijaju i na subskalama *emocionalnost*, *socijalni odnosi* i *okruženje u kome se odvija tretman* u korist grupe žena podvrgnutih ART tretmanu u odnosu na grupu žena sa problemom fertiliteta koje nisu uključene u ovakav tretman. Sviftova sa saradnicima (Swift et al., 2022) poredila je u još jednom istraživanju, kvalitet života žena sa problemom plodnosti sa i bez reproduktivne traume. Reproductivna trauma podrazumeva pobačaj tokom lečenja neplodnosti. Sami autori podvlače da gubitak trudnoće nakon teškoća sa začecem može biti emocionalno vrlo iscrpljujuć za žene koje leče neplodnost, te ga zato i nazivaju traumom. Utvrđeno je da se ove dve grupe žena razlikuju u skorovima na subskali *emocionalnost* u korist žena bez reproduktivne traume. Na ostalim subskalama koje pripadaju ličnom i interpersonalnom kvalitetu života, žene sa reproduktivnom traumom postižu niže rezultate, međutim, ne i statistički značajne. Konačno, ispitivanje kvaliteta života kod žena iz Srbije u postupku VTO je pokazalo da žene u okviru ličnog i interpersonalnog kvaliteta života (Core FertiQoL) postižu najniže rezultate na subskali *emocionalnost*, a najviše na subskali *socijalni odnosi*. Autorke ovog istraživanja zapažaju da srednja vrednost na Core FertiQoL-u, odnosno na ukupnom ličnom i interpersonalnom kvalitetu života na ispitivanom uzorku iznosi $48,88 \pm 12,02$ i da je niža u odnosu na rezultate istraživanja sprovedenih na uzorcima žena iz drugih zemalja (Opsenica Kostić et al., 2021). Iz tog razloga, prikazaćemo u sledećoj tabeli neke od rezultata dobijenih primenom FertiQoL-a na različitim uzorcima (žene iz različitih zemalja).

Tabela 2: Rezultati ispitivanja opšteg ličnog i interpersonalnog kvaliteta života (Core FertiQoL) na uzorcima žena iz različitih zemalja

Autori	Zemlja	N (žene)	Core FertiQoL (lični i interpersonalni kvalitet života) M (SD)
Aarts et al., 2011.	Holandija	472	70,8 (13,9)
Abbasi & Kausar, 2016.	Pakistan	100	52,2 (13,3)
Priangga et al., 2016	Indonezija	129	70,1 (13,4)
Sexty et al., 2018	Nemačka	362	72,6 (12,8)
Zurlo et al., 2018	Italija	206	53,5 (12,9)
Li et al., 2019	Kina	498	64,5 (16,9)
Wu et al., 2020.	Tajvan	707	66,7 (13,7)
Sziget et al., 2020	Mađarska	320	68,7 (16,6)
Opsenica Kostić et al., 2021.	Srbija	149	48,9 (12,0)
Suleimenova et al., 2022	Kazahstan	453	56,9 (14,1)
Maeda et al., 2022	Japan	721	52,5 (16,3)
Swift et al., 2023.	USA	97	49,1 (15,3)

Pojedina istraživanja su bila usmerena na istraživanje samo nekih domena kvaliteta života. Recimo, Donareli i saradnici (Donarelli et al., 2016) u svom istraživanju posebnu pažnju su posvetili domenu *relacije* FertiQoL-a – FertiQoL-RE i došli do zaključka da ova subskala ostvaruje značajne korelacije sa drugim merama namenjenim proceni različitih aspekata partnerskih odnosa, kao što je zadovoljstvo brakom, posvećenost braku, prilagođenost para i stres povezan sa seksualnim odnosima. Takođe, u istraživanju nisu utvrđene statistički značajne razlike između muškaraca i žena u ovom domenu kvaliteta života i to je bio jedini domen u kome nisu registrovane razlike po polu. Pored toga, rezultati pokazuju da u okviru relacionog domena ispitanici postižu najviše rezultate. Autori napominju da su nalazi u skladu sa prethodnim istraživanjima i da osim što pokazuju jednake nivoe ovog domena kvaliteta života i kod muškarca i žena, ukazuju i da su partneri koji ulaze u ART postupak prilično posvećeni jedan drugom, da je to obostrano i da je zato ovaj domen kvaliteta života manje ugrožen datim okolnostima u odnosu na druge domene.

Na kraju ovog izlaganja rezultata studija u kojima je korišćen FertiQol, pomenućemo istraživanje Vua i saradnika (Wu et al., 2020), u kome je utvrđeno da je skor na subskali *emocionalnost* FertiQoL-a pre embriotransfera značajan prediktor pozitivnog ishoda VTO, ne samo u smislu postizanja trudnoće, već i održanja trudnoće i rađanja deteta.

Do sada smo razmatrali opšti lični i interpersonalni kvalitet života i njegove aspekte. Međutim, deo FertiQol upitnika posvećen je proceni kvaliteta života koji je povezan sa procenom tretmana i karakteristika tretmana, odnosno sa dostupnošću i kvalitetom tretmana, interakcijom sa medicinskim osobljem, kao i sa doživljajem fizičkih i mentalnih smetnji i simptoma koji su posledica tretmana. Zato redove koji slede posvetićemo zadovoljstvu tretmanom osoba koje leče neplodnost. Istraživanja pokazuju da je većina osoba uključenih u tretman neplodnosti relativno zadovoljna tretmanom, odnosno različitim aspektima tretmana (dostupnost, komunikacija, profesionalnost, stav, odnos sa pacijentima, komunikacija, podrška), ali da postoji prostor za napredak (Gonen et al., 2016; Halman et al., 1993; Leyser-Whalen et al., 2022; Mourad et al., 2010; Shandley et al., 2020). U istraživanju Halmana i saradnika (Halman et al., 1993) ispitanici su kao najznačajnije aspekte tretmana koji su određivali njihov stepen zadovoljstva navodili tehničke veštine lekara (temeljnost, kompetentnost, posvećenost – 89% muškaraca i 76% žena) i emocionalne reakcije lekara (npr. topao, smiren, podržavajući, nesaoosećajan – 27% muškaraca i 47% žena). Kao predlog poboljšanja rada, i muškarci i žene su navodili povećanje saosećajnosti i deljenje informacija u većem stepenu. U istraživanju Maurada i saradnika (Mourad et al., 2010) generalno zadovoljstvo ispitanika brigom bilo je visoko. Čak 94% ispitanika navelo je da je zadovoljno tretmanom. U istraživanju su detektovane pojedine determinante zadovoljstva tretmanom – tri koje se tiču samih pacijenata (demografske karakteristike, vrsta tretmana i opšte mentalno zdravlje) i jedna koja se tiče klinike, a to je organizacija tretmana i nege pacijenata. Potrebno je pomenuti interesantan nalaz Gonena i

saradnika (Gonen et al., 2016) u kome su autori, između ostalog, dobili rezultat da su pacijenti državne klinike bolje ocenili učinak i rad lekara od samih lekara. Autori ovaj nalaz interpretiraju u svetlu uspeha tretmana. Odnosno, postoji mogućnost da lekari pretpostavljaju da pacijenti njihov rad procenjuju na osnovu uspešnosti tretmana, a s obzirom na to da je uspešnost tretmana prilično niska (od 20 do 25%), lekari su uvereni da shodno tome pacijenti negativnije procenjuju njihov rad. Istraživanje sprovedeno na 7,456 žena pokazuje da je najjači i najznačajniji prediktor pozitivnog iskustva pacijenata, pored ostvarene trudnoće (koja je na prvom mestu) odnos i komunikacija između pacijenta i lekara. Takođe, kao značajni prediktori izdvojili su se lakoća zakazivanja, kraće vreme čekanja, zadovoljstvo sistemom naplate (Shandley et al., 2020). O odnosu i značaju odnosa i komunikacije između lekara i pacijenata u domenu *tretman neplodnosti* biće više reči u poglavljima koji slede.

Na kraju podvlačimo da je zadovoljstvo pacijenata tretmanom i negom veoma značajno, kako u lečenju svih bolesti, tako i u lečenju neplodnosti. Procena iskustva i zadovoljstva pacijenata tretmanom može biti od pomoći zdravstvenom osoblju kao smernica u radu i u ostvarivanju što boljeg kontakta sa osobama sa kojima zdravstveni radnici rade. Osim zadovoljstva tretmanom, kvalitet života osoba koje se suočavaju i podvrgavaju tretmanu neplodnosti ne sme biti zanemaren. Upravo sva navedena istraživanja u ovom poglavlju svedoče o značaju kvaliteta života i o tome da profesionalci u oblasti mentalnog zdravlja nisu nemoćni. Odnosno, psihosocijalne intervencije mogu i treba da se usmere ne samo na otklanjanje simptoma pojedinih mentalnih bolesti, već i na unapređenje mentalnog zdravlja i kvaliteta života. Osim toga, navedeni rezultati istraživanja i razmatranje ove teme u globalu svedoče da najbolja praksa brige o fertilitetu treba da podrazumeva holistički pristup što bi značilo da je intervencije usmerene ka poboljšanju kvaliteta života neophodno uključiti u kliničku praksu.

5.4. Neke od determinanti psiholoških reakcija na neplodnost

5.4.1. Socijalna podrška

Koncept socijalne podrške je višedimenzionalni koncept, koji zajedno sa socijalnom mrežom pripada širem konceptu – socijalni kapital. Strukturalni aspekt socijalne podrške odnose se na postojanje i veličinu socijalne mreže, povezanost osobe sa drugima u okviru mreže i karakteristike interpersonalnih razmena. Funkcionalni aspekt socijalne podrške odnosi se na to kako osoba procenjuje socijalnu podršku koju dobija, odnosno koliko je integrisana u svoju društvenu mrežu. Kada kažemo *socijalna podrška* više mislimo na njene funkcionalne aspekte, odnosno na sadržaj i dostupnost odnosa sa drugim ljudima. Istraživači prave razliku između percipirane i primljene socijalne podrške. Percipirana socijalna podrška se odnosi na subjektivnu procenu osobe o tome da li je podrška primljena ili data u vreme potrebe. Primljena socijalna podrška se odnosi na konkretnu podršku, npr. savet

koji je realno pružen (Kent de Grey et al., 2018; Rostila, 2011; Taylor, 2011, prema Drageset, 2021). Percipirana socijalna podrška odnosi se na percepciju pojedinca da mu je na raspolaganju pouzdana društvena mreža kojoj se može obratiti i da će u trenucima potrebe biti zbrinut. Izvori socijalne podrške mogu biti različiti. To može biti porodica, prijatelji ili značajna osoba iz okruženja (Taylor, 2011). Postoje različiti tipovi socijalne podrške – emocionalna (slušanje, empatija, pružanje sigurnosti), informaciona (davanje saveta i vođenje kroz pružanje informacija), podrška samopoštovanju (povećanje doživljaja kompetentnosti osobe) i opipljiva podrška (misli se na materijalnu podršku) (Drageset, 2021). Ova podela bi mogla da se svede na emocionalnu i instrumentalnu socijalnu podršku (Behar, 1986). Razmatranja socijalne podrške u kontekstu neplodnosti tiču se, pre svega, emocionalne podrške. Centralna teza, kada je socijalna podrška u pitanju, jeste da ona ima zaštitnu ulogu u odnosu na stres i pozitivno doprinosi zdravlju (Behar, 1986). Jedna od glavnih uloga socijalne podrške jeste pružanje mogućnosti pojedincu da razgovara o svojim osećanjima (Zakowski et al., 2004). Hipoteza o baferovanju stresa predstavlja jedan od ključnih teorijskih modela u vezi sa socijalnom podrškom. Ovaj model zastupa stanovište da će u slučaju stresnog iskustva osobe koje imaju socijalnu podršku manje patiti od potencijalno negativnih efekata te situacije, tj. tog iskustva, te će im samim tim adaptacija biti olakšana (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985, prema Martins et al., 2014). Dakle, moglo bi se reći da socijalna podrška igra ključnu ulogu u tome kako se pojedinac prilagođava na životne krize (Martins et al., 2014), tako da se ona identifikuje kao zaštitni faktor, koji u značajnoj meri određuje psihološku reakciju i prilagođenost na VTO postupak. Ovo posebno važi za žene, odnosno socijalna podrška može biti kritična komponenta načina prilagođavanja žene na neplodnost i nošenja sa stresom koji izaziva neplodnost, jer su žene sklonije od muškaraca da o ovom problemu razgovaraju sa bliskim osobama (Schmidt et al., 2005a; Slade et al., 2007; Peterson et al., 2006). Pored socijalne podrške (Martins et al., 2012; Verhaak et al., 2005), još neki od zaštitnih faktora, kada je prilagođavanje na neplodnost u pitanju jesu sigurni stil afektivne vezanosti (Lowyck et al., 2009), strategija prevladavanja stresa fokusirana na problem (Hynes et al., 1992; Verhaak et al., 2004), optimizam i prihvatanje situacije (Verhaak et al., 2005). Istraživanja su pokazala da je socijalna podrška u vezi sa nižim nivoom stresa povezanim sa neplodnošću (Schmidt et al., 2005a; Slade et al., 2007). kao i sa nižim nivoom depresivnosti i anksioznosti (Lechner et al., 2007; Slade et al., 2007; Verhaak et al., 2005). Kada su žene u pitanju, kao što smo već naveli, socijalna podrška za njih može imati ključnu ulogu, što i potvrđuju rezultati istraživanja koji pokazuju da se žene bolje prilagođavaju na stres koji izaziva neplodnost ukoliko imaju veću socijalnu podršku od strane partnera, porodice i prijatelja (Gibson & Myers, 2002; Martins et al., 2011). Interesantno je i važno napomenuti da rezultati istraživanja Kroemeka i Kubika (Kroemeka & Kubicka, 2018) pokazuju da muževi žena koje percipiraju veću primljenu socijalnu podršku, izveštavaju o nižim nivoima depresivnosti, dok istovremeno percipirana podrška od strane muškarca nije u korelaciji sa nivoom depresivnosti kod žene.

Dakle, percipirana socijalna podrška od strane žena ima zaštitni efekat ne samo na mentalno zdravlje žena, već i na mentalno zdravlje njihovih partnera. Činjenica je da su žene te koje pokazuju veću brigu i empatiju u odnosu na druge ljude i očekuju da drugi uzvrate istom merom, tj. da brinu o njima, pa samim tim ne iznenađuje što potreba za socijalnom podrškom kod žena raste sa dužinom suočavanja sa neplodnošću (Jirka et al., 1996).

U domaćem istraživanju sprovedenom na uzorku od 163 ispitanice koje su u trenutku testiranja bile uključene u VTO tretman i 129 ispitanica koje su činile kontrolnu grupu, dobijeni su rezultati koji ukazuju da je socijalna podrška značajan prediktor prisustva pozitivnih emocija kod ispitanica koje su u postupku VTO, dok kod kontrolne grupe to nije bio slučaj. Takođe, utvrđeno je da socijalna podrška doprinosi učestalosti doživljavanja pozitivnih emocija, dok smanjuje frekvenciju javljanja negativnih emocija. Autorke podvlače značaj socijalne podrške za emocionalni status žena koje se suočavaju sa neplodnošću, tokom VTO postupka (Mitrović et al., 2021a). Lund i saradnici (Lund et al., 2009) izveštavaju o vezi između socijalne podrške partnera i nižih nivoa depresivnosti kod muškaraca. Koliko je socijalna podrška važna potvrđuje istraživanje Vasarda i saradnika (Vassard et al., 2012), koje pokazuje da niska socijalna podrška predstavlja značajan prediktor prekida lečenja nakon godinu dana i za žene i za muškarce. Još jedno istraživanje na domaćem uzorku pokazalo je da je kod žena koje se suočavaju sa neplodnošću najzastupljenija podrška značajne osobe, zatim porodice, i na kraju prijatelja (Jestrović & Mihić, 2020). Identične rezultate o zastupljenosti različitih izvora socijalne podrške dobija Martinsova sa saradnicima (Martins et al., 2011), napominjući da socijalna podrška pomaže ženama da izađu na kraj sa samim tretmanom. U pomenutom istraživanju Jestrovićeve i Mihićeve (Jestrović & Mihić, 2020) prilikom poređenja tri grupe žena formirane prema dužini suočavanja sa neplodnošću (0–2 godine, 2–5 godina i preko pet godina) dobijene su statistički značajne razlike u percepciji podrške porodice i prijatelja, ali ne i značajne osobe. Naime, ispitanice koje se najkraće suočavaju sa ovim problemom su podršku od strane prijatelja i porodice percipirale zastupljenijom u odnosu na ostale dve grupe ispitanica. Interesantno je i što se u ovom istraživanju pokazalo da je percipirana podrška od strane porodice i prijatelja značajna kada je u pitanju globalni stres povodom neplodnosti, dok se podrška značajne osobe nije pokazala značajnim prediktorom globalnog stresa. Ovakvi rezultati nisu saglasni sa nalazima Martinsonove i saradnika (Martins et al., 2014), čije istraživanje pokazuje da je stres povezan sa neplodnošću u korelaciji sa niskom porodičnom podrškom i niskom podrškom partnera kod žena, dok je kod muškaraca povezan samo sa niskom podrškom partnera. Podrška prijatelja nije se pokazala značajnom u kontekstu stresa koji izaziva neplodnost. Interesantno je da je za ovu vrstu stresa kod muškaraca od značaja podrška porodice koju dobijaju njihove partnerke. Ovakav nalaz potkrepljuje ideju da muškarci mogu doživeti neplodnost indirektno, preko partnera, odnosno kroz uticaj koji neplodnost ima na njihove partnerke (Greil, 1991, prema Martins et al., 2014). Stres povezan sa neplodnošću kod muškaraca umanjuje percepcija da partnerka dobija podršku svoje porodice.

U istraživanju Čua i saradnika (Chu et al., 2021) dobijeni su rezultati koji pokazuju da socijalna podrška ostvaruje direktni efekat na zadovoljstvo životom, ali i indirektni efekat preko samosaosećanja, odnosno, samosaosećanje je medijator (delimični) u odnosu između percipirane socijalne podrške i zadovoljstva životom kod žena koje se suočavaju sa problemom neplodnosti i koje su trenutno uključene u tretman. Autori ovaj nalaz objašnjavaju time da postojanje podrške od strane drugih ljudi kod žena sa ovim problemom može povećati empatiju i brigu za sebe, i olakšati da sebi na neki način oprostite sopstvene nedostatke, što sve zajedno dovodi do povećanog samosaosećanja. Rezultati ovog istraživanja pokazali su i da je samoefikasnost po pitanju neplodnosti – percepcija pojedinca o sopstvenoj sposobnosti izlaženja na kraj sa neplodnošću i tretmanom neplodnosti, moderator odnosa između percipirane socijalne podrške i samosaosećajnosti, što predstavlja očekivani rezultat. U istraživanju Mitrovićeve i saradnika (2021b) pokazalo se da eksternalni stid posreduje u odnosu između psiholoških problema izazvanih neplodnošću i percipirane socijalne podrške i da ostvaruje negativan efekat na percipiranu socijalnu podršku. Rezultati ovog istraživanja ukazuju i da je socijalna podrška značajan medijator odnosa između eksternalnog stida i pozitivnog afektiviteta, odnosno da socijalna podrška umanjuje negativni efekat eksternog srama na učestalost doživljavanja pozitivnih emocija. Istraživanje Truonga i saradnika (Truong et al., 2022) pokazuje da socijalna podrška ima direktan efekat na izbor strategija prevladavanja stresa, kada je stres povezan sa neplodnošću u pitanju. Žene koje su izveštavale o višim nivoima percipirane socijalne podrške češće su pribegavale sledećim strategijama prevladavanja stresa: aktivno konfrontiranje i suočavanje zasnovano na značenju.

Svi do sada navedeni rezultati istraživanja potvrđuju da socijalna podrška predstavlja zaštitni faktor u izlaženju na kraj sa problemom neplodnosti, odnosno sa stresom koji ovaj problem izaziva. Međutim, Ronijeva i Domarova (Rooney & Domar, 2018) napominju da bez obzira na zastupljenost problema sa fertilitetom, veliki broj žena koje se suočavaju sa ovim problemom izbegava da podeli svoju priču sa članovima porodice ili prijateljima, što doprinosi njihovoj psihološkoj vulnerabilnosti. Autorke pretpostavljaju da se ovo dešava zbog osećanja krivice, niskog samopoštovanja i stida, prisutnih usled nemogućnosti ostvarivanja u ulozi majke. Rezultati kvalitativne studije Jingove i saradnika (Ying et al., 2015) pokazuju da su pojedini parovi koji se suočavaju sa problemom neplodnosti ambivalentni po pitanju socijalne podrške, bez obzira na to što izveštavaju da je dobijaju i imaju na raspolaganju. Ambivalentnost se pre svega vezuje za podršku koju dobijaju od strane roditelja, tako da su neki od ispitanika izveštavali da podrška roditelja za njih predstavlja dodatni stresor zbog prisutnog osećanja krivice, jer opažaju da na neki način dodatno opterećuju roditelje. Pored toga, neki izražavaju kajanje što su određene informacije u vezi sa ovim problemom podelili sa bliskim ljudima iz okruženja. Interesantno je da jedan broj ispitanika izveštava da krije svoj problem od ljudi iz okruženja, kako bi izbegao nenamerne beskorisne komentare koji samo doprinose višem nivou stresa. U prilog tome da socijalna podrška može

da bude zapravo izvor stresa svedoče rezultati Truonga i saradnika (Truong et al., 2020, prema Truong et al., 2022), koji pokazuju da se nakon neuspešnog tretmana žene osećaju obezvređeno kada prime podršku porodice svojih muževa. Takođe, istraživanje Patela i saradnika (Patel et al., 2018) pokazuju da je distres tri puta veći kod onih žena koje imaju problem neplodnosti i čiji su članovi porodice duboko uključeni u ovaj problem. Analizom kvalitativnih studija Jankovićeve i Todorovićeve (2021) izveštavaju da postoje žene koje izveštavaju o pozitivnim reakcijama i adekvatnoj podršci porodice i prijatelja, međutim, postoji i određeni broj žena koje su se distancirale u odnosu na bliske prijatelje zbog nedostatka adekvatne podrške. Ove žene smatrale su da niko ne razume kroz šta prolaze (Fernandes et al., 2006; McBain & Reeves 2019, prema Janković & Todorović, 2021). Tema (o) nemogućnosti razumevanja borbe za potomstvo ukoliko je niste iskusili jedna je od najčešćih tema identifikovanih u odgovorima ispitanika koji se suočavaju sa neplodnošću, u istraživanju Borovcakove i Rotolijeve (Borowczak & Rotoli, 2022). Ovo su neki od odgovora: „Ne možete znati kako izgleda neplodnost dok ne prođete kroz to.“; „Prijatelji i porodica ne razumeju zaista, osim ako to nisu lično doživeli, što ograničava njihovu sposobnost da pomognu, bez obzira na najbolje namere.“ (Borowczak & Rotoli, 2022, str. 3 i 4). Nedostatak iskustva sa ovim problemom rezultirao je neretko beskorisnim, pa čak i štetnim komentarima (na primer: „Samo se opustite“).

Interesantno je da je osećanje usamljenosti bilo prisutno bez obzira na dostupnost podrške drugih ljudi. Navedeni rezultati u skladu su sa analizama pregleda rezultata kvalitativnih studija koje su sprovele Jankovićeve i Todorovićeve (2021) i koji pokazuju da mnoge žene tvrde da su najveću podršku zapravo dobile od osoba koje imaju isti problem ili u okviru organizovanih grupa podrške za žene koje se suočavaju sa ovim problemom. I u istraživanjima koje su autorke analizirale, žene su se susretale sa nepotrebnim i neadekvatnim komentarima ljudi iz okoline, zbog kojih su se osećale loše (isto se odnosi na to da je potrebno da se opuste i da uživaju ili da svim parovima treba vremena da se ostvare u ulozi roditelja). Žene su takođe izveštavale o tome da su često bile ignorisane ili isključene iz pojedinih aktivnosti (npr. dečiji rođendani), kao i da su na poslu bile tretirane na drugačiji način zbog toga što nemaju dece.

Važna tema koja je povezana sa ponašanjem bliskih ljudi i socijalnom podrškom jeste reakcija ovih žena na neadekvatne komentare i ponašanja drugih. Neke od njih su se povlačile u tišinu i izolaciju, neke su poricale ovakve komentare i ponašanja drugih, druge su bile sklone da se apsolutno prilagode društvenim normama, kako ne bi izazvale reakcije sredine (konformizam), neke su bile sklone sprovođenju direktnog pristupa koji podrazumeva direktne odgovore na neprikladna pitanja i komentare. Takvi odgovori imaju moć da zaustave neprimerene komentare i ponašanja okoline. Konačno, neke žene pribegavale su humoru prilikom susretanja sa neadekvatnim pitanjima i komentarima.

Kada je reč o nepodržavajućim socijalnim interakcijama, neophodno je napomenuti da istraživanja sugerišu da su socijalna podrška i nepodržavajuće in-

terakcije nezavisni konstrukti, a ne suprotni krajevi jednog te istog kontinuuma (Rook, 1992; Shinn, Lehmann, & Wong, 1984, prema Mindes et al., 2003). Mindsova i saradnice (Mindes et al., 2003) u svom istraživanju utvrdile su postojanje pozitivne korelacije između nepodržavajućih, za neplodnost specifičnih komentara i reakcija ljudi iz okruženja, i problema u prilagođavanju osoba koje se suočavaju sa ovim problemom. Autorke takođe napominju da su ovakvi odgovori okruženja prilično učestali. Longitudinalna analiza u ovom istraživanju pokazala je da su nepodržavajuće socijalne reakcije (merene na početku istraživanja) povezane sa depresivnim simptomima i ukupnim psihološkim stresom samo kod onih žena koje su u drugom trenutku merenja (nakon šest do dvanaest meseci od prvog merenja) i dalje imale ovaj problem. Povodom komunikacije sa osobama iz neposrednog okruženja i socijalne podrške Šmit sa saradnicima (Schmidt et al., 2005a) razlikuje tri strategije komunikacije u vezi sa neplodnošću – prva strategija bi podrazumevala deljenje kako formalnih informacija u vezi sa neplodnošću, tako i informacija koje se tiču emocionalne reakcije na neplodnost sa drugim ljudima; druga strategija podrazumeva deljenje isključivo formalnih informacija (npr. datum embriotransfera, broj izvađenih jajnih ćelija); treća strategija se odnosi na držanje u tajnosti neplodnosti i nedeljenje ovih informacija sa drugim ljudima. Ono što se u ovom istraživanju pokazalo jeste da držanje neplodnosti u tajnosti nije povezano sa nivoom stresa ni kod žena ni kod muškaraca. Upoređujući rezultate svog istraživanja sa rezultatima ranijih sličnih istraživanja, autori zaključuju da je čuvanje informacije o problemu neplodnosti zahtevnije sa prolaskom vremena. Takođe, nepovezanost strategije komunikacije sa nivoom stresa autori objašnjavaju mogućnošću da su ispitanici o svom problemu sa okruženjem komunicirali na način koji je odgovarao njihovim potrebama. U kontekstu ove tvrdnje autori navode rezultate svog istraživanja na temu ispitivanja intervencija usmerenih na poboljšanje komunikacije i na upravljanje stresom. Prednost pojedinih intervencija ticala se pomaganja ljudima da donesu odluku o načinu komunikacije, odnosno o tome koje informacije, u kom obimu i kome će otkriti u kontaktu sa ljudima iz neposrednog okruženja (Schmidt et al., 2005b). To bi značilo, prema autorima, da možda nije od prioritetnog značaja strategija, već da li konkretna strategija odgovara konkretnoj osobi.

Svi navedeni rezultati i zaključci izvedeni iz tih rezultata ukazuju na značaj socijalne podrške u kontekstu neplodnosti. Njena važnost posebno se sagledava iz zaključka Vonga i saradnika (Wong et al., 2015), koji napominju da je skrining percipirane socijalne podrške osoba tokom procene i tretmana neplodnosti veoma značajan jer je na ovaj način moguće identifikovati osobe koje su pod povećanim rizikom za pojavu psihološkog stresa.

Prilikom ispitivanja socijalne podrške očigledno je veoma važno ispitati i njenu adekvatnost. To nam pokazuju istraživanja koja su se bavila reakcijama neplodnih osoba na nenamerne bespotrebne i neprimerene komentare okoline. Pored toga, navedeni rezultati ukazuju na značaj načina na koji ljudi koji se suočavaju sa ovim problemom o njemu komuniciraju sa ljudima iz okruženja. Ovo po-

slednje daje prostor da osoba može makar delimično da prilagodi komunikaciju sopstvenim potrebama, što je i potvrđeno u istraživanju koje se bavilo intervencijama čiji je cilj poboljšanje komunikacije i upravljanje stresom (Schmidt et al., 2005b). Dakle, osoba pogođena ovim problemom nije bespomoćna kada je reč o komunikaciji sa osobama iz okruženja. Zaključak o značaju socijalne podrške se sam nameće – nije samo važno da socijalna podrška bude dostupna, već i da ona bude pravovremena i adekvatna za osobu kojoj je potrebna.

5.4.2. Strategije prevladavanja stresa

Razmatranje strategija prevladavanja stresa predstavlja logičan nastavak razmatranja zaštitnih faktora, nakon socijalne podrške, jer pored toga što strategije prevladavanja mogu delovati direktno na stres, mogu, takođe, biti medijatori odnosa između socijalne podrške i stresa (Martins et al., 2011). Strategije prevladavanja stresa predstavljaju seriju kognitivnih i bihevioralnih pokušaja umanjavanja problema i intenziteta psihofizičke reakcije u okviru stresnog procesa i njihovo aktiviranje zavisi od procene situacije i resursa kojima osoba raspolaže u datom trenutku (Lazarus & Folkman, 1987). Samim tim, socijalna podrška, pored ostalih faktora, a u okviru procene sopstvenih resursa, može uticati na procenu situacije i zajedno sa strategijama prevladavanja ostvariti efekat na nivo stresa. Da bi suočavanje bilo efikasno, važno je da bude primereno stresogenom događaju, odnosno da se menja. Suočavanje na stres utiče na dva načina: 1) menjanjem odnosa osobe prema okruženju pod uticajem neke aktivnosti potencijalno se smanjuje nivo stresa; ovde je reč o suočavanju usmerenom na problem, što podrazumeva akcije koje predstavljaju pokušaj menjanja odnosa osobe i okoline i obuhvata definisanje problema, stvaranje alternativnih rešenja, procenu dobitka i gubitka svake alternative, odabir alternative i akciju; 2) menjanjem interpretacije događaja; reč je o suočavanju usmerenom na emocije, koje uključuje izbegavanje, minimiziranje, distanciranje, poređenje, izvođenje pozitivnih vrednosti iz negativnih događaja (Lazarus, 1993; Vlajković, 2005, prema Hadži Pešić & Žikić, 2014). Pojedini autori u strategije prevladavanja stresa ubrajaju i izbegavanje, navodeći da ono obuhvata distrakciju i socijalnu diverziju, koja podrazumeva okretanje ljudima u cilju preusmeravanja pažnje sa stresora i/ili traženja pomoći od drugih ljudi, odnosno u strategije prevladavanja ubrajaju i socijalnu podršku (Carver et al., 1989; Endler & Parker, 1990; Tobin, 1984, prema Hadži Pešić & Žikić, 2014), što ukazuje na povezanost socijalne podrške i strategija prevladavanja stresa.

Istraživanja pokazuju da su strategije prevladavanja povezane sa kvalitetom života i subjektivnim blagostanjem (npr. Mitrović et al., 2013; Skowroński, 2018), kao i sa anksioznošću i depresijom (Gullone et al., 2000; Leandro et al., 2010). Utvrđeno je da depresivne osobe koriste maladaptivne strategije prevladavanja, odnosno najčešće koriste strategije usmerene na emocije i ne prihvataju izazove za koje je potrebno koristiti strategiju fokusiranu na problem, tj. rešavanje problema (Billings & Moos, 1984, prema Hadži Pešić & Žikić, 2014).

U slučaju da se stresor opaža kao značajan, Lazarus i Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) napominju da se pored primarne procene, koja podrazumeva procenu zahteva, aktivira i sekundarna procena, koja se sastoji od procene sopstvenih resursa, kao i procene mogućnosti da se kontroliše stresor. Ovde je reč o proceni situacije sa kojom se suočavamo, kao i o proceni ličnih kapaciteta i sposobnosti da se primeni adekvatan stil suočavanja (Hadži Pešić & Žikić, 2014). Dakle, strategije prevladavanja kojima se pribegava u određenoj stresnoj situaciji zavisice i od procene situacije sa kojom se suočavamo. Kada je reč o neplodnosti, može se reći da se radi o stresoru koji je gotovo nemoguće kontrolisati, tj. osoba koja ima ovaj problem malo toga može preduzeti kako bi došla do poželjnog ishoda situacije. Neplodnost se može definisati kao hroničan, nepredvidiv i nekontrolabilan stresor koji može prevazići kapacitete suočavanja i prevladavanja stresa osobe. Pored toga, izbor strategije prevladavanja može biti presudan za donošenje odluke o lečenju očuvanje emocionalne ravnoteže i komunikaciju među partnerima (Jordan & Reverson, 1999). O značaju strategija prevazilaženja stresa svedoče rezultati istraživanja koji pokazuju da ove strategije predstavljaju medijatore odnosa između stresa i mentalnog zdravlja (npr. Aldwin & Reverson, 1987, prema Jordan & Reverson, 1999). Prethodne studije, koje su ispitivale stresne, nisko kontrolabilne situacije, utvrdile su vezu između socijalne podrške i strategija prevladavanja stresa, tj. da je prevladavanje olakšano, u smislu korišćenja delotvornih strategija, ukoliko osoba ima veću socijalnu podršku (Boehmer et al., 2007; Holahan et al., 1997; Luszczynska et al., 2005). Ovo je potvrđeno i u istraživanju Martinsonove i saradnika (Martins et al., 2011) sprovedenom na 252 žene uključene u tretman neplodnosti. Autori su utvrdili da strategije prevladavanja stresa posreduju u odnosu između socijalne podrške i različitih domena stresa povezanog sa neplodnošću. Podrška partnera i podrška porodice ostvaruje i direktan efekat na stres povezan sa neplodnošću, ali i indirektan efekat preko suočavanja zasnovanog na traženju značenja (drugog smisla), na aktivnom suprotstavljanju i na aktivnom izbegavanju (pozitivne i negativne veze). Podrška prijatelja ostvaruje samo indirektan efekat na pojedine domene stresa povezanog sa neplodnošću preko strategije suočavanja zasnovanog na aktivnom suprotstavljanju. Pri tome, strategija aktivnog izbegavanja ostvaruje pozitivnu vezu sa različitim domenima stresa, dok strategija traženja značenja (smisla) i strategija aktivnog konfrontiranja ostvaruju negativnu vezu sa stresom u vezi sa neplodnošću.

Procena kontrolabilnosti situacije je jako važna, što je Folkmanova sa saradnicima (Folkman, 2011; Folkman et al., 1986) i isticala. Naime, reč je o tome da je procena kontrole centralna za efikasno suočavanje i da delotvornost strategije prevladavanja u velikoj meri zavisi od usklađenosti strategije i procene mogućnosti kontrole nekog događaja. Ovo bi dalje značilo da ukoliko osoba u nisko kontrolabilnim situacijama pribegava strategiji prevladavanja koja podrazumeva aktivno upravljanje okolnostima (suočavanje orijentisano na problem), može se desiti da ovakva strategija ima negativne efekte, jer napori bez efekta mogu izazvati frustraciju i razočarenje, dok bi istovremeno pribegavanje strategijama pre-

vladavanja orijentisanim na emocije moglo biti adaptivnije zbog osećanja bezna-
dežnosti, tipično izazvanog stresorom niske mogućnosti kontrole (Roth & Cohen,
1986; Masel et al., 1996; Wortman & Brehm, 1975, prema Terry & Hynes, 1998). U
pokušaju da provere ove tvrdnje, Terijeva i Hjunsova (Terry & Hynes, 1998) ispitale
su vezu između strategija prevladavanja i prilagođenosti u kontekstu neplodno-
sti, koja spada u nisko kontrolabilne situacije. Dobijeni rezultati bili su u skladu sa
pretpostavkama autorki. Strategije koje podrazumevaju izbegavanje i upravljanje
problemom povezane su sa niskom adaptacijom na problem, dok su strategije
koje se odnose na procenu problema i upravljanje emocijama u pozitivnoj vezi
sa stepenom adaptacije u konkretnoj situaciji. U kontekstu razmatranja značaja
procene kontrole situacije, važno je napomenuti da nekontrolisani stresor izazi-
va viši nivo anksioznosti nego kontrolisani, što u slučaju parova koji se suočavaju
sa neplodnošću, situacijom jako teškom za kontrolisanje, može dovesti do slabi-
jeg rezultata tretmana neplodnosti i većeg rizika od pobačaja (Rooney & Domar,
2018; Qu et al., 2017).

Ispitujući emocionalne reakcije i strategije prevladavanja stresa kod žena u
postupku VTO, tokom sedam dana hormonske stimulacije, sedam dana čekanja
do utvrđivanja da li je trudnoća postignuta i četiri dana nakon odrađenog testa
za utvrđivanje trudnoće, Boivinova i Landkasterova (Boivin & Lancaster, 2010) na-
vode sledeće rezultate: u periodu stimulacije dominiraju sledeće strategije pre-
vladavanja – distrakcija i traženje emocionalne podrške; u fazi čekanja testa za
utvrđivanje trudnoće žene koriste sve strategije prevladavanja ispitivane u ovom
istraživanju – distrakciju, pozitivno redefinisavanje, fokusiranje na problem, traženje
emocionalne podrške i prihvatanje; nakon testa trudnoće, kod žena kod kojih nije
došlo do trudnoće (85%) izdvajaju se traženje emocionalne podrške i prihvatanje,
kao dominantne strategije prevladavanja stresa. U istraživanju Jinga i saradnika
(Jing et al., 2021) ispitivana je posrednička uloga strategija prevladavanja stresa u
odnosu između stigme i kvaliteta života kod žena koje imaju problem sa neplod-
nošću. Utvrđeno je da su sve merene strategije medijatori odnosa između stigme
i kvaliteta života, s tim što aktivno izbegavanje, aktivno suočavanje i pasivno izbe-
gavanje ostvaruju negativan efekat na kvalitet života, dok suočavanje zasnovano
na značenju predstavlja medijator koji pozitivno doprinosi kvalitetu života. Istraži-
vanje sprovedeno u Srbiji tokom vanrednog stanja proglašenog zbog pandemije
virusa korona, tj. bolesti Covid-19, imalo je za cilj da ispita posredničku ulogu stra-
tegija prevladavanja stresa i procene aktuelne situacije, odnosno procene pretnje
koju Covid-19 predstavlja za tretman neplodnosti, u odnosu između netolerancije
na neizvesnost i distresa. U istraživanju je učestvovalo 176 žena kojima je postu-
pak VTO prekinut i/ili odložen zbog pandemije korona virusa (kriterijum selekcije).
Dotadašnja istraživanja su pokazala da su zatvaranje klinika za lečenje neplod-
nosti i prekid i odlaganje tretmana visoko stresni događaji za osobe koje su na
lečenju i da ova situacija potencira osećanje bespomoćnosti, što pojačava uzne-
mirenost kod ovih osoba (npr. Boivin et al., 2020; Ben-Kimhy et al., 2020, prema
Mitrović et al., 2022). Rezultati istraživanja pokazali su da suočavanje usmereno

na rešavanje problema ostvaruje značajan negativan efekat na doživljeni distres. Strategija koja se zasniva na izbegavanju je parcijalni medijator odnosa između negativne procene situacije i distresa, pri čemu ova strategija ostvaruje pozitivan doprinos doživljenom distresu. U ovom istraživanju, strategija prevladavanja koja se zasniva na traženju socijalne podrške ne ostvaruje vezu ni sa jednom drugom varijablom. Autorke zaključuju da traženje socijalne podrške nije efektivna strategija za umanjeње distresa u konkretnoj situaciji. Takođe, one napominju da treba imati na umu insistiranje na socijalnoj distanci tokom pandemije, što prebacuje socijalnu podršku sa neposrednog kontakta uživo u online prostor ili razgovor preko telefona, a to može, za neke osobe, predstavljati pre izvor frustracije, nego podrške (Mitrović et al., 2022).

Kvalitativne studije u kojima su, između ostalog, ispitivane strategije prevladavanja stresa, izveštavaju o sličnim rezultatima. Na primer, u istraživanju sprovedenom na ženama sa ovim problemom iz Turske, autori dobijaju rezultate koji ukazuju da su najzastupljenije strategije prevladavanja deljenje problema sa suprugom i drugim ženama koje se suočavaju sa problemom neplodnosti, okretanje religiji, izbegavanje socijalnih kontakata i korišćenje tradicionalnih metoda lečenja neplodnosti (Karaca & Unsal, 2015). U još jednom skorašnjem kvalitativnom istraživanju utvrđeno je da su dominantne strategije prevladavanja stresa okretanje religioznosti i socijalna podrška. Neki od ispitanika su pre odlaska u kliniku za lečenje neplodnosti koristili različite čajeve i biljke (fitoterapiju) u nadi da će na taj način rešiti problem (Annan-Frey et al., 2023), što se delimično poklapa sa tradicionalnim metodama lečenja neplodnosti, pomenutim u prethodno navedenom istraživanju. Još jedno kvalitativno istraživanje u kome su učestvovalе žene čiji su supruzi imali problem sa neplodnošću pokazuje da ove žene pribegavaju emocionalnom suočavanju, kao što je pripisivanje neplodnosti sebi i drugima, selektivno otkrivanje informacija drugim ljudima, okretanje religiji i molitvi, traženje emocionalne podrške. Takođe, koristile su i strategije aktivnog suočavanja, koje podrazumevaju pokušaje verifikovanja dijagnoze, traženje informacija, prihvatanje neplodnosti, pridržavanje tretmanu, korišćenje alternativnih načina lečenja i promenu životnog stila (Taghipour et al., 2020).

Bez obzira na to što se neplodnost smatra problemom para, muškarci i žene se mogu nositi sa ovim problemom na drugačije načine, što je zapravo i očekivano, iz više razloga. Pre svega, dijagnostika i tretman neplodnosti su u slučaju žena invazivniji, nego u slučaju muškaraca. Pored toga, socijalna konstrukcija neplodnosti usko je povezana sa rodnim ulogama, što, očekivano, za posledicu ima veći psihološki pritisak koje žene doživljavaju u odnosu na muškarce. U meta-analitičkoj studiji Džordanove i Revensonove (Jordan & Revenson, 1999) ispitivane su razlike u strategijama prevladavanja između muškaraca i žena koji se suočavaju sa neplodnošću. Rezultati pokazuju da žene u odnosu na muškarce u većoj meri koriste sledeće strategije: traženje socijalne podrške, izbegavanje, i pozitivno reukviravanje. Jedno od navedenih objašnjenja rezultata od strane autorki jeste da su oni zapravo dokaz da su žene pod većim stresom u odnosu na muškarce, jer se

pokazalo da veći psihološki stres dovodi do iscrpljivanja adaptacionih potencijala osobe, a to dovodi do većeg pribegavanja suočavanju izbegavanjem, traženjem pomoći od drugih i ponovnoj proceni situacije (Felton and Revenson, 1984, prema Jordan & Revenson, 1999). Na kraju autorke ipak zaključuju da su žene i muškarci po pitanju strategija prevladavanja stresa izazvanog neplodnošću u većoj meri slični nego različiti (zapravo razlikuju se u tri, a ne razlikuju u pet strategija prevladavanja). Istraživanje sprovedeno od strane Petersona i saradnika (Peterson et al., 2006) pokazuje da žene u odnosu na muškarce češće koriste konfrontativno suočavanje, izbegavanje, traženje socijalne podrške i prihvatanje odgovornosti. Muškarci u većoj meri u odnosu na žene koriste distanciranje, samokontrolu i plansko rešavanje problema. Pored toga, analize dobijenih podataka su pokazale da su kod žena traženje socijalne podrške i distanciranje značajni negativni prediktori stresa povezanog sa neplodnošću, dok su prihvatanje odgovornosti i izbegavanje značajni pozitivni prediktori ovog kriterijuma. U slučaju muškaraca, negativni prediktori stresa povezanog sa neplodnošću su distanciranje i plansko rešavanje problema, dok se kao pozitivni, statistički značajni prediktori izdvajaju izbegavanje i prihvatanje odgovornosti, kao i kod žena. Međutim, postoje studije koje nisu utvrdile značajne razlike u strategijama prevladavanja stresa povezanog sa neplodnošću između muškaraca i žena (npr. Musa et al., 2014).

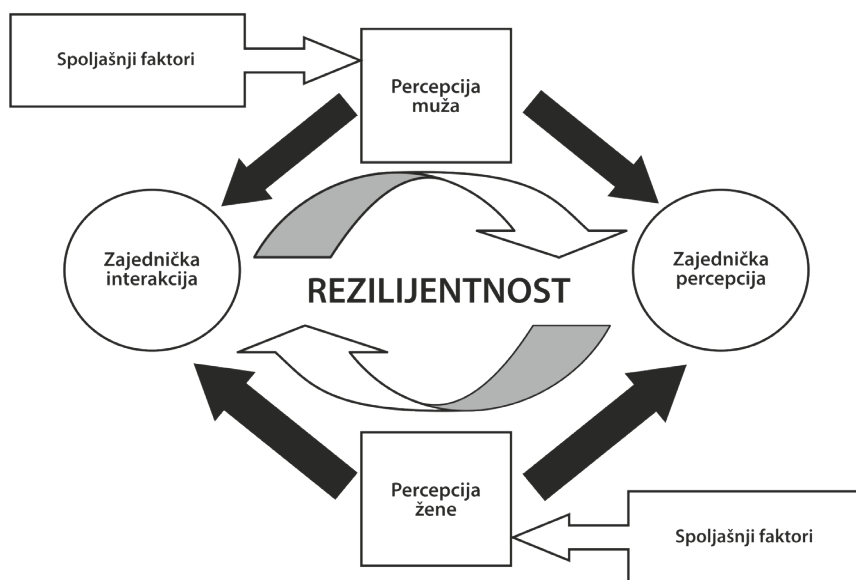
Razmatranje ove teme dovodi nas do zaključka da su strategije prevladavanja stresa veoma značajne za mentalno zdravlje i kvalitet života. Neplodnost, odnosno suočavanje sa ovim problemom predstavlja visoko stresnu situaciju, koju karakteriše niska kontrolabilnost. Procena da kontrolišemo situaciju predstavlja centralni faktor od koga zavisi delotvornost strategija prevladavanja, odnosno delotvornost strategija zavisi od usklađenosti između konkretne strategije i procene mogućnosti kontrole neke situacije. Zato se napominje da je jako važno da u situacijama kao što je neplodnost (niska kontrola) osoba poveća svoju fleksibilnost u korišćenju strategija prevladavanja i samim tim koristi različite strategije. Ono što su istraživanja pokazala jeste da u slučaju suočavanja sa neplodnošću, kao i kod ostalih stresnih situacija, različite osobe koriste različite strategije, pri čemu, generalno žene više pribegavaju suočavanju usmerenom na emocije, dok muškarci češće primenjuju suočavanje usmereno na problem. Na kraju, o značaju strategija prevladavanja svedoči pregled rezultata, odnosno efekata psihosocijalnih intervencija, koji pokazuje da uspešnije intervencije podrazumevaju rad na strategijama prevladavanja stresa u smislu obuke u korišćenju onih koje su delotvornije u situaciji suočavanja sa neplodnošću. Od svih strategija posebno se izdvajaju suočavanje zasnovano na značenju i aktivno suočavanje čiji se pozitivni efekti odnose na smanjenje društvene brige i prihvatanje života bez dece (Boivin, 2003; Martins et al., 2011).

5.4.3. Rezilijentnost

U daljem razmatranju zaštitnih faktora kada je reakcija i adaptacija na neplodnost u pitanju dolazimo do teme rezilijentnosti, koja se logički nadovezuje na deo o strategijama prevladavanja, jer se rezilijentnost definiše kao sposobnost individue da se suoči sa stresom i da ga efektivno prevlada, odnosno da koristi efektivne strategije prevladavanja stresa (Wagnild & Young, 1993). „Rezilijentnost predstavlja dinamički proces koji obuhvata pozitivnu adaptaciju u kontekstu značajnih nedaća” (Luthar et al., 2000, str. 543). Može se reći da predstavlja poželjnu ili afirmativnu paralelu vulnerabilnosti (Herrmann et al., 2011). Kada se za nekoga kaže da je rezilijentan to podrazumeva da veruje u sopstvenu samoefikasnost, ima samopoštovanje i veštine za rešavanje problema, uspostavlja i održava zadovoljavajuće interpersonalne odnose sa ljudima iz okruženja (Rutter, 2000; Wagnild & Young, 1993). Međutim, potrebno je imati u vidu da rezilijentnost nije nešto određeno isključivo pojedincem, već u velikoj meri zavisi i od samog stresora, odnosno situacije koja izaziva stres. Rezilijentnost proizilazi iz interakcije karakteristika stresora, tj. stresne situacije i kapaciteta osobe da izađe na kraj baš sa tom, konkretnom situacijom (Ali et al., 2018). Shodno tome, rezilijentnost ćemo ovde razmatrati u kontekstu neplodnosti i suočavanja sa neplodnošću. Pretpostavlja se da će se zahvaljujući ovom zaštitnom faktoru, rezilijentne osobe, prilikom prevladavanja stresa specifičnog za neplodnost, fokusirati na pozitivne emocije i pokazati kognitivnu fleksibilnost što zapravo obezbeđuje posttraumatski rast⁴⁵ (Posttraumatic growth; PTG) (Manne et al., 2015; Ragins, 2013, prema Kong et al., 2018). U tom smislu, rezilijentnost je značajan faktor suočavanja sa stresom izazvanim neplodnošću, jer predstavlja jedan od najznačajnijih prediktora posttraumatskog rasta kod žena koje imaju ovaj problem, što bi značilo da rezilijentnost može da olakša posttraumatski rast (Kong et al., 2018; Yu et al., 2014). Istraživanje Hermanove i saradnika (Herrmann et al., 2011) pokazuje da je kod muškaraca i žena koji imaju problem sa neplodnošću rezilijentnost povezana sa višim skorovima na upitniku namenjenom proceni kvaliteta života, kao i sa nižim rezultatima na upitniku koji meri probleme u vezi sa neplodnošću. Utvrđeno je i da će rezilijentne osobe češće koristiti veštine aktivnog prevladavanja stresa (Sexton et al., 2010).

U pokušaju razumevanja iskustva parova koji se suočavaju sa neplodnošću, Rajdnor je sa saradnicima (Ridenour et al., 2009) formulisao *Model rezilijentnosti na neplodnost* (Infertility Resilience Model; IRM). Ovaj model integriše individualne, relacione i spoljašnje faktore. Predstavlja integraciju teorije porodičnog stresa i porodične rezilijentnosti. Konkretno, porodični stresori utiču na percepciju, resurse i strategije prevladavanja, koji zajedno dovode do porodične adaptacije ili ishoda rezilijentnosti.

⁴⁵ Posttraumatski rast podrazumeva pozitivan odgovor na traumatske događaje, kao što su prirodne nepogode, dijagnoza teške i smrtonosne bolesti, hronična bolest. To je iskustvo rasta i razvoja proisteklo iz suočavanja i borbe sa visoko stresnim životnim događajima. (videti: Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.)



Slika 8. Model rezilijentnosti na neplodnost (Infertility Resilience Model; IRM)
(preuzeto iz Ridenour et al., 2009, str. 36)

Kompleksnost iskustva koje se tiče neplodnosti prikazana je u modelu spoljašnjim, relacionim i individualnim faktorima. U najširem smislu postoje spoljašnji faktori koji utiču na rezilijentnost para. Ovo se odnosi na faktore koji utiču istovremeno na individualnu procenu neplodnosti i procenu neplodnosti od strane para u smislu uticaja na procenu stresora i raspoloživih resursa (u modelu *zajednička percepcija*). Međutim, postoje i spoljašnji uticaji koji se vezuju isključivo za pojedinca (muškarca i ženu koji čine par), odnosno postoje specifični spoljašnji uticaji koji su oblikovali način na koji pojedinac percipira i interpretira događaje i suočava se sa stresnim situacijama (u modelu *percepcija žene* i *percepcija muškarca*). Model obuhvata još jedan element – rezilijentnost para, koja se može definisati kao proces, kakav je kohezija ili pozitivna komunikacija. Na primer, rezilijentnost para se može opisati očuvanjem bliskosti, bez obzira na neuspele tretmane ili činjenicu da se nikada neće ostvariti u ulozi roditelja.

U spoljašnje faktore spadaju socijalna podrška, kultura i religioznost, medicinski faktori i sociodemografski faktori. O socijalnoj podršci i njenom značaju bilo je do sada reči u poglavlju posvećenom ovom važnom (najčešće) zaštitnom faktoru. Ovde ćemo se osvrnuti na preostale spoljašnje faktore koji određuju rezilijentnost.

Kultura, kao produkt čoveka, koji predstavlja deo našeg okruženja, svoj efekat ostvaruje kroz socijalizaciju, tj. kroz prenos pravila, vrednosti i uloga što dalje oblikuje misaone obrasce, stavove i ponašanja pojedinca, pripadnika konkretne

kulture (Eliasoph & Lichterman, 2003). Tako su i indikatori zdravlja i bolesti ili abnormalnosti oblikovani kulturom i samim tim sadrže kritične kulturne varijacije. U skladu s tim, neplodnost se u zapadnim zemljama smatra bolešću, dok u mnogim nezapadnim zemljama predstavlja tabu (Keith, 2019; Napier et al., 2014, prema Husain & Imran, 2020). Već su pomenuti faktori koji su posebno važni za doživljaj neplodnosti; to su pronatalizam, patrijarhalnost društva, dominacija muškarca i rodna uloga žene (Greil, 2010). Bez obzira na to što su zapravo sva društva pronatalna, u nekima se više insistira na značaju majčinstva za identitet žene. U tom kontekstu potrebno je napomenuti da u industrijski razvijenijim zemljama status *voljno bez dece* predstavlja socijalno prihvaćen status, te se za žene bez dece često pretpostavlja da nemaju decu svojom voljom (Kerr, 1999, prema Greil, 2010). U individualnim kulturama roditeljstvo se posmatra kao lična odluka para, a neplodnost kao lični gubitak, dok motivaciju za roditeljstvo zapravo predstavlja lična sreća i zadovoljstvo. Samim tim, socijalni pritisak na pojedince da se ostvare u ulozi roditelja je manji. Istovremeno, u kolektivističkim kulturama, neplodnost se sagledava kao nemogućnost ispunjenja socijalne uloge (Hynie & Burns, 2006, prema Jestrović, 2021). Na Zapadu je neplodnost i nemogućnost ostvarivanja u ulozi roditelja povezana sa novim asistiranim reproduktivnim tehnologijama (ART). To, naravno, ne umanjuje patnju ovih parova zbog ovog problema, ali im povećava šansu da se ostvare u ulozi roditelja i dobiju dete. U nezapadnim zemljama, koje su uglavnom siromašnije u odnosu na zemlje Zapada, situacija se bitno razlikuje. Parovi koji nemaju decu se ne računaju u parove, žene bez dece su često loše, pa čak i surovo tretirane, ART su dostupne samo višoj društvenoj klasi (Van Balen, 1999). U tradicionalnim patrijarhalnim društvima status i vrednost žene je u neraskidivoj vezi sa njenom plodnošću (De et al., 2017; Satheesan et al., 2018). U Južnoj Africi rođenje deteta daje ženi pravo na muževljevo bogatstvo i imovinu (Sundby & Jacobus, 2001), dok u Kamerunu neplodnost može biti uzrok siromaštva žene (Feldman-Savelsberg, 2002). U Indiji je rođenje i odgajanje deteta suština moći i dobrobiti žene (Riessman, 2000). Istraživanje u Iranu pokazuje da su žene sa problemom neplodnosti dva puta češće izložene nasilju partnera u odnosu na žene koje nemaju ovu vrstu problema. Najčešće je to psihološko, odnosno emocionalno nasilje, koje prate fizičko i seksualno (Ardabily et al., 2011). Kvalitativna studija sprovedena na ispitanicima sa problemom neplodnosti u Pakistanu pokazuje da neplodnost predstavlja veliku sramotu i lošu reputaciju ne samo za par, već za celokupnu porodicu. Žene podnose veću žrtvu kada je neplodnost u pitanju u odnosu na muškarce. Čak i traženje saveta od lekara ili psihoterapeuta označeno je kao nešto sramno (Husan & Imran, 2020).

Sledeći značajan spoljašnji faktor jeste **religija**. Već je pomenuto da je okretanje religiji česta pojava kod parova koji se suočavaju sa neplodnošću (videti poglavlje *Strategije prevladavanja stresa*). Ljudi se okreću religiji da bi objasnili životne okolnosti i događaje, posebno one van domena njihove kontrole. U zavisnosti od nečijeg shvatanja Boga i procena sebe, religija može biti izvor snage i utehe, ali i izvor intenzivnog stresa i krivice. Najčešće teme koje se pojavljuju u razmatranju

odnosa religije i neplodnosti kod žena iz Afrike i Indije su sledeće: 1) neplodnost kao odmazda za loša dela; 2) neplodnost kao sudbina koja priprema pojedinca za višu svrhu u životu; 3) neplodnost je prilika za preispitivanje sopstvenog života i vrednosti, kao i svog odnosa sa Bogom; 4) neplodnost je izvan ljudskog razumevanja; 5) neplodnost se ne može pripisati Bogu, jer je posledica biološke „greške“ (Sewpaul, 1999). Kako religija pomaže? Sejbald i Hil (Sejbald & Hill, 2001) pretpostavljaju da je jedan od mehanizama pozitivnog doprinosa religije na mentalno zdravlje zapravo društvena uključenost. Astrov i saradnici (Astrow et al., 2001) podvlače značaj pozitivnog mišljenja koje proizilazi iz religioznih uverenja i relaksacije i utehe koju pruža molitva, kao medijatora odnosa između religije i mentalnog zdravlja. Takođe, ovi autori naglašavaju da disciplina i nada koja se vezuje za stil života religioznih osoba može uticati pozitivno na komplijansu tokom lečenja neplodnosti. U istraživanju koje je sprovedla Domarova sa saradnicima (Domar et al., 2005), na 195 žena sa problemom neplodnosti, različite veroispovesti, dobijeni su rezultati koji ukazuju na negativnu povezanost između spiritualnog blagostanja s jedne strane, i simptoma depresije i stresa povezanog sa neplodnošću s druge strane, te autori zaključuju o važnosti duhovnosti za psihološko blagostanje žena koje se suočavaju sa ovim problemom. Međutim, treba imati u vidu ono što je naglasio Pargament sa saradnicima (Pargament et al., 2004), a to je da različite forme korišćenja religioznosti u suočavanju sa stresnom situacijom mogu imati različite efekte. Prema ovim autorima, potrebno je razlikovati pozitivne (npr. traženje podrške, učestvovanje u verskim aktivnostima radi skretanja pažnje sa stresora itd.) i negativne (definisane stresora kao božje kazne, odbacivanje vere u Boga itd.) strategije prevladavanja stresa. Pozitivne strategije rezultiraju unapređenjem zdravlja, dok su negativne strategije povezane sa emocionalnim stresom, psihopatološkim ispoljavanjima i niskim kvalitetom života.

Pored kulture i religioznosti, neki **sociodemografski faktori** su se pokazali značajnim kada je rezilijentnost na neplodnost u pitanju. Tu pre svega spadaju socio-ekonomski status i obrazovanje. Već je pomenuto da osobe višeg obrazovanja, poseduju veća znanja o plodnosti i potencijalnim faktorima rizika (npr. Bunting et al., 2013)⁴⁶, što svakako može biti jedan od zaštitnih faktora. Do sličnog rezultata došle su Sviftova i Liuova (Swift & Liu, 2014) u svom istraživanju koje je pokazalo da je stepen obrazovanja povezan sa znanjima u vezi sa neplodnošću (prevalencija problema neplodnosti, uzroci i lečenje). Autorke su, pored navedenog, utvrdile da su žene koje su manje informisane o neplodnosti, sklone da odlažu traženje pomoći i tretman čak dve i više godina, što je u kontekstu neplodnosti i suočavanja sa ovim problemom veoma bitan nalaz. Zurlova sa saradnicima (Zurlo et al., 2018)⁴⁷ utvrdila je da je više obrazovanje povezano sa višim kvalitetom života, pri čemu viši nivo obrazovanja pretpostavlja i viši socio-ekonomski status i samim tim, bolje finansijske mogućnosti, što obezbeđuje dostupnost tretmana, koji su najčešće vrlo skupi. Istraživanje Landove i saradnika (Land et al., 1997)

⁴⁶ Videti poglavlje *Neplodnost – definisanje i obim problema*.

⁴⁷ Videti poglavlje *Neplodnost i kvalitet života*.

ukazuje na značaj finansijskog aspekta problema neplodnosti. Naime, u trenutku sprovođenja istraživanja u Holandiji su parovima sa ovim problemom finansirana tri postupka, tj. ciklusa VTO od strane države. Rezultati istraživanja pokazuju da je stopa odustajanja u grupi ispitanika kojima je aktuelna VTO bila treća po redu (neuspela) čak 66,1%, pa autori zaključuju o značaju ovog faktora za nastavak lečenja. Istraživanja pokazuju da finansijski aspekt problema nije zanemarljiv i da predstavlja značajan faktor u suočavanju sa neplodnošću, što se sagledava kroz rezultat istraživanja – da su parovi koji imaju manja primanja, manje i skloni da traže tretman ili traže samo osnovni tretman, što verovatno podrazumeva i manju cenu (Becker et al., 2006, prema Jestrović, 2021).

Konačno, u spoljašnje faktore spadaju i **medicinski faktori**, kao što su uzroci neplodnosti, dužina suočavanja sa ovim problemom, interakcija sa medicinskim osobljem, geografska blizina i dostupnost klinika za lečenje neplodnosti. Kako su neki od ovih faktora već pomenuti u prethodnim poglavljima, dok će o zadovoljstvu parova brigom od strane medicinskog osoblja biti više reči u osmom poglavlju, ovde ćemo se osvrnuti na značaj **geografskog faktora**. Sami autori *Modela rezilijentnosti na neplodnost* ističu značaj ovog faktora obrazlažući to činjenicom da u urbanim sredinama, gde živi veći broj ljudi, postoji i veći broj klinika za lečenje neplodnosti. Samim tim, parovima koji žive u urbanim sredinama lečenje je dostupnije. Oni su na neki način pošteđeni odsustvovanja s posla, putovanja i napora potrebnog za održanje stalnog kontakta sa osobljem, za razliku od parova koji žive u ruralnim sredinama i koji su, pored svih ostalih faktora, izloženi i ovim teškoćama (Ridenour et al., 2009). Istraživanje Lazarijeve i saradnika (Lazzari et al., 2022) ukazuje na značajnu vezu između udaljenosti klinike od mesta stanovanja i verovatnoće podvrgavanja ART tretmanu, odnosno, rezultati istraživanja ukazuju na to da je verovatnoća podvrgavanja lečenju žena koje žive dalje od klinike za lečenje neplodnosti (više od 60km) manja u odnosu na verovatnoću lečenja žena koje žive bliže klinikama (u krugu od 15km), bez obzira na socio-ekonomski status.

U individualne faktore obuhvaćene *Modelom rezilijentnosti na neplodnost* spadaju strategije prevladavanja stresa izazvanog neplodnošću, značenje koje osoba pridaje stresoru i uticaj stresora na sliku o sebi. Ove faktore na ovom mestu nećemo dodatno razmatrati s obzirom na to da je o njima detaljno bilo reči u prethodnim delovima petog poglavlja⁴⁸. Pored toga, šesto poglavlje *Značaj podrške od strane partnera* posvećeno je relacionim faktorima koje ističu autori *Modela rezilijentnosti na neplodnost* i razmatranju značaja različitih aspekata partnerskog odnosa.

Nakon svega navedenog u ovom delu možemo reći da rezilijentnost zapravo obuhvata i objedinjuje skoro sve faktore razmatrane u petom poglavlju ovog rukopisa. *Model rezilijentnosti na neplodnost* (Ridenour et al., 2009) obuhvata individualne, relacione i spoljašnje faktore značajne za način na koji osoba izlazi na kraj sa ovim problemom, koji predstavlja pravi izazov za mentalno zdravlje. Autori

⁴⁸ Videti poglavlja *Identitet i samopoštovanje osoba sa problemom neplodnosti* i *Strategije prevladavanja stresa*.

modela posebno ističu njegov značaj za rad profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja, u smislu smernica u radu na povećanju psihološke otpornosti na ovaj neočekivan životni događaj. Ne izostaje ni preporuka za nastavak istraživanja svakog pojedinačnog faktora, jer ključ prevencije negativnih reakcija na neplodnost kakve su psihičke smetnje, jeste u dobrom poznavanju kako faktora rizika, tako i zaštitnih faktora.

Zaključak

U ovom poglavlju pokušali smo da, uz svu kompleksnost individualnih razlika kada je reč o reakcijama na neplodnost, obuhvatimo neke zajedničke, odnosno tipične odgovore na ovu situaciju, kao i pojedine determinante ovih reakcija. Neplodnost nesumnjivo predstavlja intenzivan stresni događaj, koji osujećuje zadovoljenje jedne od najvažnijih potreba odraslog doba – ostvariti se u ulozi roditelja. Samim tim, ne iznenađuje što parovi ovaj problem opisuju kao životnu krizu. U istraživanjima je često dobijen podatak da ispitanici neplodnost ocenjuju kao najgori događaj u svom životu. Zato nije neočekivana prisutnost intenzivnijih negativnih emocija, kao što su anksioznost, tuga, ljutnja i sram kod osoba koje se suočavaju sa ovim problemom. Rezultati istraživanja jasno pokazuju da muškarci i žene, kada su emocije u pitanju, različito reaguju na neplodnost, tretman neplodnosti, kao i na neuspešan tretman. Žene neplodnost doživljavaju kao udarac na svoj identitet, odnosno neplodnost pogađa doživljaj selfa žene i praćena je osećanjem neadekvatnosti i nedovoljnosti. Muškarci neplodnost doživljavaju kao udarac na muževnost i seksualnost. Sve u svemu, neplodnost ima potencijal da postane centralna tema odgovora na pitanje: *Ko sam ja?* Na temu identiteta i samopoštovanja nadovezuje se razmatranje kvaliteta života osoba sa problemom neplodnosti, tačnije, sagledavanje efekata koje neplodnost ima na kvalitet života. Većina rezultata istraživanja pokazuje da suočavanje sa neplodnošću i tretman neplodnosti imaju negativne posledice po kvalitet života. Kada je reč o faktorima koji određuju reakciju pojedinca ili para na neplodnost, poseban značaj pridaje se socijalnoj podršci. Međutim, potrebno je imati na umu da samo adekvatna (bez nenamernih bespotrebnih i neprimerenih komentara okoline) i pravovremena socijalna podrška predstavlja zaštitni faktor u psihološkoj adaptaciji para na ovaj problem. Strategije prevladavanja stresa izazvanog neplodnošću predstavljaju, takođe veoma značajan faktor i determinantu psihološke adaptacije. Korišćenje pojedinih strategija prevladavanja u vezi je sa kvalitetom života, mentalnim zdravljem i nivoom stresa. Utvrđeno je da kada je u pitanju stres povezan sa neplodnošću, žene generalno više pribegavaju suočavanju usmerenom na emocije, dok muškarci češće primenjuju suočavanje usmereno na problem. Tema rezilijentnosti razmatrana je kroz *Model rezilijentnosti na neplodnost* (Ridenour et al., 2009) koji obuhvata individualne, spoljašnje i relacione faktore, odnosno između ostalih, objedinjuje druge razmatrane faktore u ovom poglavlju – strategije

prevladavanja stresa i socijalnu podršku. Na kraju, možemo reći da sadržaj ovog poglavlja u neku ruku daje smernice za rad profesionalcima u oblasti mentalnog zdravlja koji rade sa parovima sa problemom neplodnosti time što ističe one teme i aspekte života i funkcionisanja na kojima je potrebno raditi i unaprediti ih, kako bi osobe sa navedenim problemom što lakše prošle kroz ovu životnu krizu i iz nje izašle osnažene.

Literatura

- Aarts, J. W. M., Van Empel, I. W. H., Boivin, J., Nelen, W. L., Kremer, J. A. M., & Verhaak, C. M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*, 26(5), 1112–1118. <https://doi.org/10.1093/humrep/der051>
- Abbasi, S., & Kousar, R. (2016). The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Pakistani infertile women. *Journal of Bahria University Medical and Dental College*, 6(3), 170–173.
- Abbey, A. (2000). Adjusting to infertility. In Harvey, J. H. & Miller, E. D. (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (pp. 331–344). Brunner-Routledge.
- Agostini, F., Monti, F., Andrei, F., Paterlini, M., Palomba, S., & La Sala, G. B. (2017). Assisted reproductive technology treatments and quality of life: a longitudinal study among subfertile women and men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(10), 1307–1315. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-1000-9>
- Ahmadi, H., Montaser-Kouhsari, L., Nowroozi, M. R., & Bazargan-Hejazi, S. (2011). Male infertility and depression: a neglected problem in the Middle East. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 824–830. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02155.x>
- Alamin, S., Allahyari, T., Ghorbani, B., Sadeghitabar, A., & Karami, M. T. (2020). Failure in identity building as the main challenge of infertility: a qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 21(1), 49–58.
- Ali, W. K., Ibrahim, H. I., & Ibrahim, H. S. (2018). Resilience, distress and hope among infertile women undergoing In vitro Fertilization (IVF) Treatment: A correlation study. *World Journal of Nursing Sciences*, 4(3), 98–110. <https://doi.org/10.5829/idosi.wjns.2018.98.110>
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 353–355. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00398-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00398-7)
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1992). Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*, 57(6), 1247–1253. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)55082-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)55082-1)
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29–42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
- Annan-Frey, L., Boateng, E. A., Lomotey, A., Lartey, C., & Dzomeku, V. (2023). Lived experiences and coping strategies of persons seeking infertility treatment in the Kumasi metropolis: a descriptive phenomenological study. *BMC Women's Health*, 23(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02194-6>

- Ardabily, H. E., Moghadam, Z. B., Salsali, M., Ramezanzadeh, F., & Nedjat, S. (2010). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *112*(1), 15–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.07.030>
- Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. (2001). *The American Journal of Medicine*, *110*(4), 283–287. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(00\)00708-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(00)00708-7)
- Baldur-Felskov, B., Kjaer, S. K., Albieri, V., Steding-Jessen, M., Kjaer, T., Johansen, C., & Jensen, A. (2013). Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Human Reproduction*, *28*(3), 683–690. <https://doi.org/10.1093/humrep/des422>
- Batinić, B., Milovanović, J., & Dragojević-Dikić, S. (2021). Correlation between perceived infertility-related stress and fertility quality of life in women diagnosed with primary infertility. *European Psychiatry*, *64*(S1), S600–S601. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1602>
- Behar, J. (1986). Social support: Theory, research and applications. *Social Science & Medicine*, *22*(12), 1369–1370. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90104-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90104-8)
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, *83*(2), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014>
- Benyamini, Y., Nouman, H., & Alkalay, Y. (2015). Perceived control over the medical procedure and its association with adjustment to a low-control situation: the case of infertility. *Psychology, Health & Medicine*, *21*(4), 476–482. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1123816>
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 433–438. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.433>
- Boden, J., & Boden, J. (2007). When IVF treatment fails. *Human Fertility*, *10*(2), 93–98. <https://doi.org/10.1080/14647270601142614>
- Boehmer, S., Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, & Coping*, *20*(1), 61–75. <https://doi.org/10.1080/10615800701195439>
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, *57*(12), 2325–2341. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00138-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00138-2)
- Boivin, J., & Lancaster, D. (2010). Medical waiting periods: imminence, emotions and coping. *Women's Health*, *6*(1), 59–69. <https://doi.org/10.2217/whe.09.79>
- Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, *26*(8), 2084–2091. <https://doi.org/10.1093/humrep/der171>
- Borowczak M, Rotoli S (September 29, 2022) A Qualitative Exploration of Social Support in Males and Females Experiencing Issues With Infertility. *Cureus* *14*(9): e29763. <https://doi.org/10.7759/cureus.29763>
- Burns, L. H. (2005). Psychological changes in infertility patient. In: Rosen, A., & Rosen, J. (Eds.), *Frozen dreams: Psychodynamic dimensions of infertility and assisted reproduction*, (pp. 3–30). Routledge.

- Burns, L. H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689–716. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2007.08.001>
- Bunting, L., & Boivin, J. (2007). Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant. *Human Reproduction*, 22(6), 1662–1668. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem057>
- Bunting, L., Tsibulsky, I., & Boivin, J. (2013). Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the International Fertility Decision-making Study. *Human Reproduction*, 28(2), 385–397. <https://doi.org/10.1093/humrep/des402>
- Campbell, S. M., Dunkel-Schetter, C., & Peplau, L. A. (1991). Perceived control and adjustment to infertility among women undergoing in vitro fertilization. *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research*, 133–156. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0753-0_7
- Carrell, D.T. & Urry, R. L. (1999). Male Infertility, in A. Burfoot (Ed) *Encyclopedia Of Reproductive Technologies*, Routledge.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 101–110. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2010.481337>
- Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313–2318. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh414>
- Chiapparino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D’Orsi, C., Torretta, R., Bonizzoni, M., & Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158(2), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.04.032>
- Chu, X., Geng, Y., Zhang, R., & Guo, W. (2021). Perceived Social Support and Life Satisfaction in Infertile Women Undergoing Treatment: A Moderated Mediation Model. *Frontiers in Psychology*, 12, 651612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.651612>
- Clarke, L. H., Martin-Matthews, A. N. N. E., & Matthews, R. (2006). The continuity and discontinuity of the embodied self in infertility. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 43(1), 95–113. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2006.tb00856.x>
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., [...] Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267–276. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2006.02.023>
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. Best practice & research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 21(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Csemiczky, G., Landgren, B. M., & Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(2), 113–118. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2000.079002113.x>

- De Pascalis, L., Agostini, F., Monti, F., Paterlini, M., Fagandini, P., & La Sala, G. B. (2012). A comparison of quality of life following spontaneous conception and assisted reproduction. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(3), 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.04.020>
- Description of FertiQoL structure, dostupno na [http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/description/instrument description/](http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/description/instrument%20description/)
- De, D., Roy, P. K., & Sarkhel, S. (2017). A psychological study of male, female related and unexplained infertility in Indian urban couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(4), 353–364. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2017.1315632>
- Devroey, P., Godoy, H., Smits, J., Camus, M., Tournaye, H., Derde, M. P., & Van Steirteghem, A. (1996). Female age predicts embryonic implantation after ICSI: a case-controlled study. *Human Reproduction*, 11(6), 1324–1327. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019380>
- Direkvand-Moghadam, A., Delpisheh, A., & Direkvand-Moghadam, A. (2014). Effect of infertility on the quality of life, a cross-sectional study. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(10), OC13-5. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8481.5063>
- Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seibel, M., & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58(6), 1158–1163. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)55562-9](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)55562-9)
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, Suppl:45–52.
- Domar, A. D., Penzias, A., Dusek, J. A., Magna, A., Merarim, D., Nielsen, B., & Paul, D. (2005). The stress and distress of infertility: Does religion help women cope?. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 3(2), 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.sram.2005.09.007>
- Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., & Alper, M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 94(4), 1457–1459. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.06.020>
- Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Salerno, L., Marino, A., Sammartano, F., & Allegra, A. (2016). The Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQoL) Relational subscale: psychometric properties and discriminant validity across gender. *Human Reproduction*, 31(9), 2061–2071. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew168>
- Drageset, J. (2021). Social Support. In: Haugan, G., Eriksson, M. (Eds) *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. (pp. 137–144). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_11
- Dural, O., Yasa, C., Keyif, B., Celiksoy, H., Demiral, I., Yuksel Ozgor, B., Gungor Ugurlucan, F., & Bastu, E. (2016). Effect of infertility on quality of life of women: a validation study of the Turkish FertiQoL. *Human Fertility*, 19(3), 186–191. <https://doi.org/10.1080/14647273.2016.1214754>
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., Lombard, C. J., & Van der Spuy, Z. M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20(7), 1938–1943. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh845>

- Edelmann, R. J., & Connolly, K. J. (2000). Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British Journal of Health Psychology*, 5(4), 365–375. <https://doi.org/10.1348/135910700168982>
- Eliasoph, N., & Lichterman, P. (2003). Culture in Interaction. *American Journal of Sociology*, 108(4), 735–794. <https://doi.org/10.1086/367920>
- Epstein, Y. M., & Rosenberg, H. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility and Sterility*, 83(6), 1882–1884. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.098>
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. (1999). *Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. Social Science & Medicine*, 48(5), 575–589. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00386-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00386-4)
- Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H., Braat, D. D. M., Brewaeys, A. M. A., Dolfing, J. G., Kortman, M., Leerentveld, R. A., & Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18(7), 1536–1543. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg276>
- Feldman-Savelsberg, P. (2002). Is Infertility an Unrecognized Public Health and Population Problem? The View from the Cameroon Grassfields. In: Inhorn, M. C. & Balen, F. V. (Eds.) *Infertility around the Globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies* (pp. 215–232). University of California Press.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. Oxford University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Gabnai-Nagy, E., Bugán, A., Bodnár, B., Papp, G., & Nagy, B. E. (2020). Association between emotional state changes in infertile couples and outcome of fertility treatment. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 80(02), 200–210. <https://doi.org/10.1055/a-0854-5987>
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, 26(9), 2408–2414. <https://doi.org/10.1093/humrep/der209>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Shi, K., Hao, Z., ... & Liang, C. (2013). Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1935–1942. <https://doi.org/10.1111/jsm.12207>
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(1), 68–80.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3–38). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1353/sor.2003.0013>

- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly*, 70(4), 1205–1230.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Compassionate mind training, for shame and self-attacking, using cognitive, behavioral, emotional and imagery interventions. In Gilbert, P. (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research, and use in psychotherapy*, (pp. 263–325). Brunner-Routledge
- Glover, L., Gannon, K., Sherr, L., & Abel, P. D. (1996). Distress in sub-fertile men: a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14(1), 23–36. <https://doi.org/10.1080/02646839608405856>
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J. M., Katz, M., & Abel, P. D. (1999). Development of the fertility adjustment scale. *Fertility and Sterility*, 72(4), 623–628. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00304-0)
- Gonen, L. D. (2016). Satisfaction with in vitro fertilization treatment: patients' experiences and professionals' perceptions. *Fertility research and practice*, 2(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40738-016-0019-4>
- Goverde, A. J., McDonnell, J., Vermeiden, J. P., Schats, R., Rutten, F. F., & Schoemaker, J. (2000). Intrauterine insemination or in-vitro fertilisation in idiopathic subfertility and male subfertility: a randomised trial and cost-effectiveness analysis. *The Lancet*, 355(9197), 13–18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)04002-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)04002-7)
- Greil, A. L., Leitko, T. A., & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and hers. *Gender & Society*, 2(2), 172–199. <https://doi.org/10.1177/089124388002002004>
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679–1704. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0)
- Greil, A. L. (2002). Infertile Bodies: Medicalization, Metaphor, and Agency. In: Inhorn, M. C. & Balen, F. V. (Eds.) *Infertility around the Globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*, (pp. 101–118). University of California Press.
- Greil, A., McQuillan, J., & Slauson-Blevins, K. (2011). The social construction of infertility. *Sociology Compass*, 5(8), 736–746. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00397.x>
- Gullone, E., Jones, T., & Cummins, R. (2000). Coping styles and prison experience as predictors of psychological well-being in male prisoners. *Psychiatry, Psychology and Law*, 7(2), 170–181. <https://doi.org/10.1080/13218710009524983>
- Hadži Pešić, M., & Žikić, O. (2014). *Stres – Prevladavanje i kontrola*. Scero print Niš.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141–184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Halman, L. J., Abbey, A., & Andrews, F. M. (1993). Why are couples satisfied with infertility treatment?. *Fertility and sterility*, 59(5), 1046–1054. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)55926-3](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)55926-3)
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(4), 409–420. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4181>

- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., Von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28, 1111–1117. <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9637-2>
- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81(5), 1254–1264. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.09.061>
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 918–928. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.4.918>
- Hooyman, N. R. & Kramer, B. J. (2006). *Living through loss: Interventions across the life span*. Columbia University Press.
- Hsu, P. Y., Lin, M. W., Hwang, J. L., Lee, M. S., & Wu, M. H. (2013). The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 52(2), 204–209. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2013.04.009>
- Hubens, K., Arons, A. M., & Krol, M. (2018). Measurement and evaluation of quality of life and well-being in individuals having or having had fertility problems: a systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23(6), 441–450. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1539161>
- Hudson, N., & Culley, L. (2013). 'The bloke can be a bit hazy about what's going on': men and cross-border reproductive treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(3), 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.007>
- Husain, W., & Imran, M. (2021). Infertility as seen by the infertile couples from a collectivistic culture. *Journal of Community Psychology*, 49(2), 354–360. <https://doi.org/10.1002/jcop.22463>
- Hynes, G. J., Callan, V. J., Terry, D. J., & Gallois, C. (1992). The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: The effects of coping. *British Journal of Medical Psychology*, 65(3), 269–278. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01707.x>
- Janković, I., & Todorović, J. (2021). Lived experiences of woman in relation to infertility – a review of the qualitative research. *Facta Universitatis, series: Philosophy, Sociology, Psychology and History*, 20(2), 137–148. <https://doi.org/10.22190/FUPSP-H2102137J>
- Jestrović, J., & Mihić, I. (2020). Socijalna podrška i stres povodom neplodnosti: značajnost različitih izvora podrške. *Primenjena psihologija*, 13(2), 169–189. <https://doi.org/10.19090/pp.2020.2.169-189>
- Jestrović, J. (2021). *Prilagođavanje na stres izazvan neplodnošću: perspektiva žena iz Srbije*, (neobjavljena doktorska disertacija), Filozofski fakultet Univerziteta u Novom Sadu.
- Jing, X., Gu, W., Zhang, L., Miao, R., Xu, X., Wang, M., Ramachandran, H. J., & Wang, W. (2021). Coping strategies mediate the association between stigma and fertility quality of life in infertile women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC Women's Health*, 21(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01525-9>

- Jirka, J., Schuett, S., & Foxall, M. J. (1996). Loneliness and social support in infertile couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(1), 55–60. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02513.x>
- Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Janson, P. O., Sogn, J., & Hellström, A. L. (2010). Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4–5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(5), 683–691. <https://doi.org/10.3109/00016341003657892>
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999) Gender differences in coping with infertility: A meta analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341e358. <https://doi.org/10.1023/A:1018774019232>
- Kahyaoglu Sut, H., & Balkanli Kaplan, P. (2015). Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing & Health Sciences*, 17(1), 84–89. <https://doi.org/10.1111/nhs.12167>
- Kainz, K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's Health Issues*, 11(6), 481–485. [https://doi.org/10.1016/s1049-3867\(01\)00129-3](https://doi.org/10.1016/s1049-3867(01)00129-3)
- Karaca, A., & Unsal, G. (2015). Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nursing Research*, 9(3), 243–250. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.007>
- Kedem, P., Mikulincer, M., Nathanson, Y. E., & Bartoov, B. (1990). Psychological aspects of male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 63(1), 73–80. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1990.tb02858.x>
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being—a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(5), 677–682. <https://doi.org/10.3109/00016341003623746>
- Kong, L., Fang, M., Ma, T., Li, G., Yang, F., Meng, Q., Li, Y., & Li, P. (2018). Positive affect mediates the relationships between resilience, social support and posttraumatic growth of women with infertility. *Psychology, Health & Medicine*, 23(6), 707–716. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1447679>
- Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PLoS One*, 13(6), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>
- Kuyken, W., Orley, J., Power, M., Herrman, H., Schofield, H., Murphy, B., [...] & Vandam, F. (1995). The world-health-organization quality-of-life assessment (Whoqol) – position paper from the world-health-organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Land, J. A., Courtar, D. A., & Evers, J. L. (1997). Patient dropout in an assisted reproductive technology program: implications for pregnancy rates. *Fertility and Sterility*, 68(2), 278–281. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81515-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81515-4)
- Lazarus, R. S. and Folkman S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1(3). 141–169. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>

- Lazzari, E., Baffour, B., & Chambers, G. M. (2022). Residential proximity to a fertility clinic is independently associated with likelihood of women having ART and IUI treatment. *Human Reproduction*, 37(11), 2662–2671. <https://doi.org/10.1093/humrep/deac205>
- Leandro, P. G., & Castillo, M. D. (2010). Coping with stress and its relationship with personality dimensions, anxiety, and depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1562–1573. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.326>
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(8), 1762–1767. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.8.1762>
- Lee, G. L., Hui Choi, W. H., Chan, C. H., Chan, C. L., & Ng, E. H. (2009). Life after unsuccessful IVF treatment in an assisted reproduction unit: a qualitative analysis of gains through loss among Chinese persons in Hong Kong. *Human Reproduction*, 24(8), 1920–1929. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep091>
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2006). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288–294. <https://doi.org/10.1093/humrep/del327>
- Leyser-Whalen, O., Bombach, B., Mahmoud, S., & Greil, A. L. (2022). From generalist to specialist: A qualitative study of the perceptions of infertility patients. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 204–215. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.10.003>
- Li, Y., Zhang, X., Shi, M., Guo, S., & Wang, L. (2019). Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1099-8>
- Liu, Y. F., Fu, Z., Chen, S. W., He, X. P., & Fan, L. Y. (2021). The analysis of anxiety and depression in different stages of in vitro fertilization-embryo transfer in couples in China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 649–657. <https://doi.org/10.2147/NDT.S287198>
- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D’Hooghe, T., Buyse, E., & Demyttenaere, K. (2009). Well-being and relationship satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection procedure: a multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertility and Sterility*, 91(2), 387–394. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.052>
- Lund, R., Sejbaek, C. S., Christensen, U., & Schmidt, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction*, 24(11), 2810–2820. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep257>
- Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 10(4), 365–375. <https://doi.org/10.1080/13548500500093738>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

- Mahlstedt, P. P., Macduff, S., & Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 4, 232–236. <https://doi.org/10.1007/BF01533762>
- Maeda, E., Hiraike, O., Sugimori, H., Kinoshita, A., Hirao, M., Nomura, K., & Osuga, Y. (2022). Working conditions contribute to fertility-related quality of life: a cross-sectional study in Japan. *Reproductive BioMedicine Online*, 45(6), 1285–1295. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.07.006>
- Makara-Studzińska, M., Limanin, A., Anusiewicz, A., Janczyk, P., Raczkiewicz, D., Wdowiak-Filip, A., Filip, M., Bojar, I., Lukaszuk, K., & Wdowiak, A. (2022). Assessment of Quality of Life in Men Treated for Infertility in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2950–2963. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052950>
- Malina, A., & Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization—Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 554–558. <https://doi.org/10.5604/12321966.1232085>
- Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., & Omani Samani, R. (2016). Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile women undergoing IVF. *Psychology, Health & Medicine*, 22(2), 145–151. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1153681>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113–2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Costa, P., Costa, M. E., Lund, R., & Schmidt, L. (2012). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(4), 371–388. <https://doi.org/10.1177/0265407512456672>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimaraes, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83–89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299–312. <https://doi.org/10.1002/cpp.659>
- McQuillan, J., Greil, A. L., White, L., & Jacob, M. C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 1007–1018. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.01007.x>
- Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34(4), 313–319. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)45031-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)45031-4)
- Mindes, E. J., Ingram, K. M., Kliewer, W., & James, C. A. (2003). Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Social Science & Medicine*, 56(10), 2165–2180. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00221-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00221-6)
- Mitrović, M., Hadži Pešić, M. i Mitić, P. (2013). Strategije suočavanja sa stresom i subjektivno blagostanje studenata. *Nastava i vaspitanje*, 62(2), 318–330.
- Mitrović, M., Opsenica Kostić, J., & Panić, D. (2021a). Social support and relationship satisfaction as predictors of positive and negative affect in infertile woman during IVF treatment. *Facta Universitatis: Pshilosophy, Sociology, Psychology and History*, 20(2), 123–136. <https://doi.org/10.22190/FUPSPH2102123M>

- Mitrović, M., Opsenica Kostić, J., & Panić, D. (2021b). Psychological problems and emotionality in women during ivf treatment: the mediating role of social support and external shame. *17th International Conference Days of applied psychology, Niš, Serbia, September 24th-25th, Book of Abstracts*, 30–31. <https://doi.org/10.46630/awb.2021>
- Mitrović, M., Opsenica Kostić, J., & Ristić, M. (2022). Intolerance of uncertainty and distress in women with delayed IVF treatment due to the COVID-19 pandemic: The mediating role of situation appraisal and coping strategies. *Journal of Health Psychology*, *27*(11), 2515–2528. <https://doi.org/10.1177/13591053211049950>
- Mourad, S. M., Nelen, W. L., Akkermans, R. P., Vollebergh, J. H., Groel, R. P., Hermens, R. P., & Kremer, J. A. (2010). Determinants of patients' experiences and satisfaction with fertility care. *Fertility and Sterility*, *94*(4), 1254-1260. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.07.990>
- Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A. W. A., Khadijah, M. B. S., Hayati, M. Y., Midin, M., Ruzyanei, N., Jaafar, N. Das, S., Sidi, H., & Ravindran, A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, S65–S69. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.01.00>
- Newton, C. R., Hearn, M. T., & Yuzpe, A. A. (1990). Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, *54*(5), 879–886. [https://doi.org/10.1016/S00150282\(16\)53950-8](https://doi.org/10.1016/S00150282(16)53950-8)
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, *72*(1), 54–62. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00164-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8)
- Ni, Y., Tong, C., Huang, L., Zhou, W., & Zhang, A. (2021). The analysis of fertility quality of life and the influencing factors of patients with repeated implantation failure. *Health and Quality of Life Outcomes*, *19*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01666-3>
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, *81*(2), 258–261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>
- Opsenica Kostić, J., Mitrović, M., & Panić, D. (2021). The experience of infertility and quality of life of women undergoing the ivf process – a study in Serbia. *International Psychological Applications Conference and Trends – InPACT 2021, Proceedings*, 22–26. <https://doi.org/10.36315/2021inpact005>
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, *9*(6), 713–730. <https://doi.org/10.1177/1359105304045366>
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, *77*(6), 1241–1247. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(02\)03097-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)03097-2)
- Pashigian, M. J. (2002) Conceiving the happy family: infertility and marital politics in northern Vietnam In: Inhorn, M. C. & Balen, F. V. (Eds.) *Infertility around the Globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies* (pp. 134–151). University of California Press.

- Patel, A. S., Leong, J. Y., & Ramasamy, R. (2018). Prediction of male infertility by the World Health Organization laboratory manual for assessment of semen analysis: A systematic review. *Arab Journal of Urology*, *16*(1), 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2017.10.005>
- Peddie, V. L., Van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, *20*(7), 1944–1951. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh857>
- Pedro, A., & Andipatin, M. (2014). A qualitative exploration of South African women's psychological and emotional experiences of infertility. *Open Journal of Preventive Medicine*, *4*(5), 327–337. <http://dx.doi.org/10.4236/ojpm.2014.45040>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, *21*(9), 2443–2449. <https://doi.org/10.1093/humrep/del145>
- Priangga, M. D., Pratama, G., Maidarti, M., Harzif, A. K., & Wiweko, B. (2016). Validity of the Fertility Quality of Life (FertiQoL) questionnaire in Indonesian infertile women. *KnE Medicine*, 202–206. <https://doi.org/10.18502/kme.v1i1.642>
- Price, F. V. (1988). The risk of high multiparity with IVF/ET. *Birth*, *15*(3), 157–163. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1988.tb01097.x>
- Qu, F., Wu, Y., Zhu, Y.-H., Barry, J., Ding, T., Baio, G., Muscat, R., Todd, B. K., Wang, F., & Hardiman, P. J. (2017). The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, *7*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-01792-3>
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*, *4*(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>
- Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, *8*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-186>
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *171*(1), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.034>
- Reissman, C. K. (2002). Positioning Gender Identity in Narratives of Infertility: South Indian Women's Lives in Context. In: Inhorn, M. C., & Balen, F. V. (Eds.) *Infertility around the Globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies* (pp. 152–170). University of California Press.
- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2008). The Infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors. *Contemporary Family Therapy*, *31*(1), 34–51. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9077-z>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2022). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*, *20*(1), 41–47. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>

- Rostad, B., Schmidt, L., Sundby, J., & Schei, B. (2014). Infertility experience and health differentials – a population-based comparative study on infertile and non-infertile women (the HUNT Study). *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(8), 757–764. <https://doi.org/10.1111/aogs.12404>
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651–682). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.030>
- Satheesan, S. C., & Satyanarayana, V. A. (2018). Quality of marital relationship, partner violence, psychological distress, and resilience in women with primary infertility. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(2), 734–739.
- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R., & Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*, 10, 711–721. <https://doi.org/10.1023/a:1013867826835>
- Schaller, M. A., Griesinger, G., & Banz-Jansen, C. (2016). Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 293, 11371145. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4033-x>
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., & Boivin, J. (2005a). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20(11), 3248–3256. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei193>
- Schmidt, L., Tjørnhøj-Thomsen, T., Boivin, J., & Nyboe Andersen, A. (2005b). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 252–262. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.013>
- Seng, S. W., Yeong, C. T., Loh, S. F., Sadhana, N., & Loh, S. K. E. (2005). In-vitro fertilisation in women aged 40 years and above. *Singapore Medical Journal*, 46(3), 132–136.
- Sewpaul, V. (1999). Culture religion and infertility: A South African perspective. *The British Journal of Social Work*, 29(5), 741–754. <https://doi.org/10.1093/bjsw/29.5.741>
- Sexton, M. B., Byrd, M. R., & Von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of psychiatric research*, 44(4), 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.06.007>
- Sexty, R. E., Griesinger, G., Kayser, J., Lallinger, M., Rösner, S., Strowitzki, T., Toth, B., & Wischmann, T. (2018). Psychometric characteristics of the FertiQoL questionnaire in a German sample of infertile individuals and couples. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1058-9>
- Seybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 21–24. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00106>
- Shandley, L. M., Hipp, H. S., Anderson-Bialis, J., Anderson-Bialis, D., Boulet, S. L., McKenzie, L. J., & Kawwass, J. F. (2020). Patient-centered care: factors associated with reporting a positive experience at United States fertility clinics. *Fertility and sterility*, 113(4), 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.12.040>

- Skowroński B. Ł., Talik E. (2018). Coping with stress and the sense of quality of life in inmates of correctional facilities. *Psychiatria Polska*, 52(3), 525–542. <https://doi.org/10.12740/PP/77901>
- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 12(1), 183-190. <https://doi.org/10.1093/humrep/12.1.183>
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8), 2309–2317. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem115>
- Smeenk, J. M. J., Verhaak, C. M., Vingerhoets, A. J. J. M., Sweep, C. G. J., Merkus, J. M. W. M., Willemsen, S. J., Van Minnen, A., Straatman, H., & Braat, D. D. M. (2005). Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Human Reproduction*, 20(4), 991–996. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh739>
- Spandorfer, S. D., Chung, P. H., Kligman, I., Liu, H. C., Davis, O. K., & Rozenwaks, Z. (2000). An analysis of the effect of age on implantation rates. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17(6), 303–306. <https://doi.org/10.1023/A:1009422725434>
- Spandorfer, S. D., Davis, O. K., Barmat, L. I., Chung, P. H., & Rosenwaks, Z. (2004). Relationship between maternal age and aneuploidy in in vitro fertilization pregnancy loss. *Fertility and Sterility*, 81(5), 1265–1269. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.09.057>
- Stolwijk, A. M., Zielhuis, G. A., Hamilton, C. J. C. M., Straatman, H. M. P. M., Hollanders, J. M. G., Goverde, H. J., Van Dop, P. A., & Verbeek, A. L. M. (1996). Pregnancy: Prognostic models for the probability of achieving an ongoing pregnancy after in-vitro fertilization and the importance of testing their predictive value. *Human Reproduction*, 11(10), 2298–2303. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019092>
- Suleimenova, M., Lokshin, V., Glushkova, N., Karibayeva, S., & Terzic, M. (2022). Quality-of-Life Assessment of Women Undergoing In Vitro Fertilization in Kazakhstan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13568–13577. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013568>
- Sundby, J., & Jacobus, A. (2001). Health and Traditional Care for Infertility in The Gambia and Zimbabwe. In: Boerma, J. T. & Magala, Z. (Eds). *Women and infertility in Sub-Saharan Africa: A Multi-disciplinary Perspective*. (pp. 258–268), Royal Tropical Institute.
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S., & Tanbo, T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 115–120. <https://doi.org/10.1080/01674820701447447>
- Swift, B. E., & Liu, K. E. (2014). The Effect of Age, Ethnicity, and Level of Education on Fertility Awareness and Duration of Infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(11), 990–996. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(15\)30412-6](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30412-6)
- Swift, A., Reis, P., & Swanson, M. (2021). Infertility stress, cortisol, coping, and quality of life in US women who undergo infertility treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(3), 275–288. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.12.004>

- Swift, A., Reis, P., & Swanson, M. (2022). Infertility-related stress and quality of life in women experiencing concurrent reproductive trauma. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 171–176. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.2008901>
- Swift, A., Reis, P., & Swanson, M. (2023). Comparing infertility-related stress, coping, and quality of life among assisted reproductive technology and non-assisted reproductive technology treatments. *Human Fertility*, 1–8. Published online: 04 Jan 2023. <https://doi.org/10.1080/14647273.2022.2163465>
- Szigeti F, J., Grevenstein, D., Wischmann, T., Lakatos, E., Balog, P., & Sexty, R. (2020). Quality of life and related constructs in a group of infertile Hungarian women: a validation study of the FertiQoL. *Human Fertility*, 114. <https://doi.org/10.1080/14647273.2020.1824079>
- Taghipour, A., Karimi, F. Z., Latifnejad Roudsari, R., & Mazlom, S. R. (2020). Coping strategies of women following the diagnosis of infertility in their spouses: A qualitative study. *Evidence Based Care*, 10(1), 15–24. http://ebcj.mums.ac.ir/article_15306.html
- Taylor, S. E. (2011). Social support: a review. In: Friedman, H. S. (Ed) Oxford Library of Psychology. *The Oxford Handbook of Health Psychology*, (pp. 189–214). Oxford University Press.
- Terry, D. J., & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1078–1092. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.1078>
- Todorova, I. L., & Kotzeva, T. (2006). Contextual shifts in Bulgarian women's identity in the face of infertility. *Psychology and Health*, 21(1), 123–141. <http://dx.doi.org/10.1080/14768320500143354>
- Truong, L. Q., Luong, T. B., Tran, T., Dang, N. H., Nguyen, L. H., Nguyen, T. T., & Nguyen, P. T. (2022). Infertility-related stress, social support, and coping of women experiencing infertility in Vietnam. *Health Psychology Report*, 10(1), 129–138. <https://doi.org/10.5114/hpr.2022.113437>
- Turner, K., Reynolds-May, M. F., Zitek, E. M., Tisdale, R. L., Carlisle, A. B., & Westphal, L. M. (2013). Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: a pilot study. *PloS one*, 8(5), e63743. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063743>
- Van Balen, F., & Gerrits, T. (2001). Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Human Reproduction*, 16(2), 215–219. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.2.215>
- Van Balen F. & Inhorn M. C. (2002) Interpreting infertility, a view from the social sciences. In: Inhorn M. C., & Van Balen, F., (Eds). *Interpreting infertility: Childlessness, gender, and reproductive technologies in global perspective*. (pp. 3–32), UCLA-press.
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 422–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009>
- Vassard, D., Lund, R., Pinborg, A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2012). The impact of social relations among men and women in fertility treatment on the decision to terminate treatment. *Human Reproduction*, 27(12), 3502–3512. <https://doi.org/10.1093/humrep/des353>

- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Van Minnen, A., & Kraaijmaat, F. W. (2004). Neuroticism, preattentive and attentional biases towards threat, and anxiety before and after a severe stressor: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 36*(4), 767–778. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(03\)00131-4](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00131-4)
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Van Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction, 20*(8), 2253–2260. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei015>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human reproduction update, 13*(1), 27–36. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
- Verkuijlen, J., Verhaak, C., Nelen, W. L., Wilkinson, J., & Farquhar, C. (2016). Psychological and educational interventions for subfertile men and women. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, CD011034. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011034>
- Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M., & Sydsjö, G. (2015). Mental health in women 20–23 years after IVF treatment: a Swedish cross-sectional study. *BMJ Open, 5*(10), e009426. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009426>
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction, 23*(9), 2056–2063. <https://doi.org/10.1093/humrep/den154>
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., & Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 89*(10), 12901297. <https://doi.org/10.3109/00016349.2010.512063>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165178.
- Wdowiak, A., Anusiewicz, A., Bakalczuk, G., Raczkiwicz, D., Janczyk, P., & Makara-Studzinska, M. (2021). Assessment of quality of life in infertility treated women in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(8), 4275–4288. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084275>
- White, L., McQuillan, J., & Greil, A. L. (2006). Explaining disparities in treatment seeking: the case of infertility. *Fertility and Sterility, 85*(4), 853–857. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.11.039>
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research, 2*, 153–159. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Williams, M. E. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice, 16*(3), 7–26. https://doi.org/10.1300/J294v16n03_02

- Williams, K. E. & Zappert, L.N. (2006). Psychopathology and psychopharmacology in the infertile patient. In: Covington, S.N. & Hammer Burns, L. (eds). *Infertility Counselling*. (97–116). Cambridge University Press
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., & Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization, *Fertility and Sterility*, 95(2), 717–721. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.09.043>
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S. E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598–604. <https://doi.org/10.1093/humrep/del401>
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16(8), 1753–1761. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.8.1753>
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2013). (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 236–243. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.002>
- Wong, J. M., Lawson, A., Lanham, M., Fisseha, S., & Moravek, M. B. (2015). A cry for help: the relationship between perceived social support and quality of life in infertility patients. *Fertility and Sterility*, 104(3), e360. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.07.112>
- Wu, M. H., Su, P. F., Chu, W. Y., Huey, N. G., Lin, C. W., Ou, H. T., & Lin, C. Y. (2020). Quality of life and pregnancy outcomes among women undergoing in vitro fertilization treatment: A longitudinal cohort study. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(1), 471–479. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.06.015>
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). The experience of Chinese couples undergoing in vitro fertilization treatment: perception of the treatment process and partner support. *PloS One*, 10(10), e0139691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139691>
- Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2016). The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 33, 689–701. <https://doi.org/10.1007/s10815-016-0690-8>
- Yong, P., Martin, C., & Thong, J. (2000). A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective check list. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17(10), 553–556. <https://doi.org/10.1023/a:1026429712794>
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry research*, 215(2), 401–405. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.032>
- Zakowski, S. G., Ramati, A., Morton, C., Johnson, P., & Flanigan, R. (2004). Written Emotional Disclosure Buffers the Effects of Social Constraints on Distress Among Cancer Patients. *Health Psychology*, 23(6), 555–563. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.6.555>
- Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2018). Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility. *Quality of Life Research*, 27(4), 945–954. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1781-4>

6. PARTNERSKI ODNOSI I PODRŠKA PARTNERA

Jovana Jestrović Enser

Neplodnost je kriza koja pogađa pojedinca, par i porodicu (Burns & Covington, 2006). Ono što neplodnost razlikuje od drugih dijagnoza odnosi se na to da, bez obzira ko je nosilac dijagnoze, i jedan i drugi član para ne mogu da ispune cilj, odnosno da se ostvare u ulozi roditelja, te je zapravo nosilac dijagnoze par, a neplodnost sve češće posmatrana kao tzv. dijadni problem (Johnson & Johnson, 2009). Tokom suočavanja sa neplodnošću neminovno dolazi do promene u partnerskom funkcionisanju. Rezultati istraživanja, pak, u velikoj meri se razlikuju. Dok neki ukazuju na opadanje zadovoljstva partnerskim odnosom (Onat & Beji, 2012) i njegove stabilnosti (Wang et al., 2007; Šakotić-Kurbalija i sar., 2018), povećan broj razvoda (Kjaer et al., 2014) i bračnog nasilja (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015), drugi govore o relativno stabilnim partnerskim odnosima ovih parova dvadeset godina nakon tretmana neplodnosti, bez obzira na to da li su se ostvarili u ulozi roditelja ili ne (Sydsjö et al., 2011), dok postoji sada već veliki broj autora koji čak govore o neplodnosti kao krizi koja dovodi do zbližavanja među partnerima (Pash et al., 2002) i donosi bračne benefite (Schmidt et al., 2005). Ukoliko se detaljnije pozabavimo ovom temom, vidimo da pitanje zapravo nije da li odnos postaje „gori” ili „bolji”, već kada, pod kojim uslovima i kod kojih parova dolazi do benefita po odnos kroz suočavanje sa neplodnošću, a kod kojih, pak, do pada kvaliteta istog.

Iako je kroz istraživanja dobijano da ne postoji razlika u procenjenom kvalitetu braka parova koji se suočavaju sa neplodnošću i onih koji nemaju ovaj problem (Jestrović i sar., 2016), kao i da je zadovoljstvo brakom generalno ocenjeno visokim na uzorku ispitanica iz Srbije, četvrtina ispitanica procenjuje da su se odnosi u braku pogoršali nakon saznanja za neplodnost i započinjanja suočavanja sa ovim stresorom (Kričković Pele i Zotović Kostić, 2018). Takođe, rezultati istraživanja sprovedenog u našoj zemlji ukazuju na to da ispitanice izveštavaju o većoj zastupljenosti stresa u partnerskom domenu u odnosu na ispitanice iz stranih istraživanja (Milovanović, 2018). Pored toga, ispitanice koje se suočavaju sa neplodnošću stabilnost braka procenjuju nižom u odnosu na kontrolnu grupu (Šakotić-Kurbalija i sar., 2018), što ukazuje na važnost bavljenja ovom temom, kako istraživački, tako i u praktičnom kontekstu pružanja podrške parovima koji se suočavaju sa neplodnošću.

6.1. Kako možemo objasniti pad kvaliteta odnosa kod nekih parova, dok su kod drugih prisutni benefiti po partnerski odnos od suočavanja sa ovim problemom?

Neplodnost je nerazvojna kriza, koja pogađa otprilike svaki šesti par na svetskom nivou (SZO, 2012) i na nivou naše države (*Šansa za roditeljstvo*, 2017). Pre suočavanja sa ovom krizom, parovi su izgradili neke obrasce funkcionisanja i suočavanja sa stresnim situacijama, budući da je svaki od njih imao, ako ne nerazvojne, a onda svakako razvojne krize poput upoznavanja roditelja, početka zajedničkog života i usaglašavanja, braka itd. (Havighurst, 1956).

Prema Duplom ABC-X modelu (McCubbin & Patterson, 1983), parovi način na koji su se suočavali sa prethodnim izazovima, bili oni razvojni ili nerazvojni, unose u proces suočavanja sa svakim narednim. Prema ovom modelu, pre nastanka krize, par na neki stresor (A) reaguje postojećim resursima i snagama (B), od kojih zavisi kako će percipirati izvor stresa (C), a interakcija ova tri elementa dovodi do stresa ili krize (X). U narednom periodu, par se susreće sa nakupljenim izvorima stresa, što predstavlja dupli A faktor. Pored postojećih resursa para (B), dupli B faktor čine i resursi za suočavanje sa stresorom koji su nastali ili ojačali tokom reakcije na prvobitni stresor ili krizu. Percepcija inicijalnog stresora ne uključuje više samo doživljaj stresora i njegove štetne posledice, već i nagomilane stresne događaje nakon inicijalnog stresnog događaja, pa značenje koje par pripisuje stresoru predstavlja dupli C faktor. Dupli X faktor odnosi se na reakciju para na krizu, prilagođavanje na novonastalu situaciju, kao i konačnu prilagođenost na promenu (Price et al., 2010). Tako posmatrano, u zavisnosti od „materijala kojim raspolažu“, odnosno iskustva suočavanja sa prethodnim stresorima, parovi se sa ovim stresorom mogu suočavati tako da to bude nepovoljno po njihov odnos i dovodi do opadanja njegovog kvaliteta i stabilnosti ili povećanog broja konflikata i rezultira krizom odnosa, ili pak tako što kroz proces suočavanja postaju jači i otporniji, što se u psihologiji naziva rezilijentnost (Bickel, 2011).

6.2. Faktori koji doprinose uticaju neplodnosti na partnerski odnos

Komunikacija

U ove mehanizme mogu spadati razni bračni procesi, a jedan od njih je svakako komunikacija. Istraživanja dosledno pokazuju da komunikacija ima protektivnu ulogu u očuvanju rezilijentnosti i bračne prilagođenosti parova koji se suočavaju sa neplodnošću (Onat & Beji, 2012), a ovi nalazi potvrđeni su i na našem uzorku. Naime, na uzorku od preko trista žena koje se suočavaju sa neplodnošću dobijeno je da pozitivna razmena u komunikaciji, koja podrazumeva upućivanje lepih reči i komplimenata partneru, iskazivanje pozitivnih emocija i uvažavanje onoga što radi za nas i naš odnos, ima protektivnu ulogu u odnosu između stresa

povodom neplodnosti i bračne prilagođenosti (Jestrović, 2021). Nadalje, i sami parovi prepoznaju značaj postojanja lepog i funkcionalnog odnosa pre suočavanja sa neplodnošću – njime opisuju manje izazovan prolazak kroz težak period suočavanja, te navode da su otvorena i iskrena komunikacija i pokazivanje emocija, izražavanje interesovanja za razumevanje partnera, njegovih emocija i potreba i generalno negovanje odnosa doprineli da lakše prebrode sve izazove na ovom putu (Ying et al., 2105). Ipak, rezultati istraživanja koja su se bavila ispitivanjem komunikacije među parovima koji se suočavaju sa ovim problemom su kontradiktorni. Dok neki parovi govore o zastupljenijoj komunikaciji, koja posledično vodi većoj intimnosti i dovodi do tzv. bračnog benefita (Schmidt et al., 2005), drugi pak govore o smanjenoj zastupljenosti komunikacije sa povećanjem stresa povodom neplodnosti (Van der Merwe, 2010). Pad u komunikaciji i smanjenje zadovoljstva istom mogu se objasniti i rodnim razlikama u procesu suočavanja sa neplodnošću. Dok su žene te koje vole da govore o negativnim emocijama i dele iskustva sa bliskim ljudima, muškarci ne preferiraju da govore o svome bolu. Ovaj obrazac može dovesti do osećaja otuđenosti i nerazumevanja među partnerima, budući da su žene te koje se osećaju zanemareno i napušteno od strane svog partnera, kao da se same nose sa problemom, a muškarci se mogu osećati anksiozno usled stalnog iniciranja razgovora od strane supruga (Williams et al., 1992). Takođe, u želji da ispune društvena očekivanja od uloge muškarca, neretko se dešava da potisnu svoje emocije i budu podrška svojim partnerkama, bez obraćanja pažnje na svoje lične procese (Van den Broeck et al., 2010). Iako ovo rade „iz najbolje namere“, često se dešava da supruge ovo potiskivanje i nepričanje o vlastitim emocijama doživljavaju kao nedovoljnu uključenost, koja povećava osećaj da su u celom procesu same.

Istraživanja pokazuju da su veštine komunikacije i donošenja odluka tokom suočavanja sa neplodnošću ključne u procesu upravljanja stresom i minimiziranju negativnih efekata koje suočavanje sa problemom ima na partnersko funkcionisanje (Sydsjo et al., 2005). Bolja komunikacija među partnerima, generalno, povezana je sa boljom bračnom prilagođenošću, dok slabija komunikacija na nju negativno utiče (Van der Merwe, 2010). Partneri koji tokom procesa suočavanja razgovaraju o problemu i emocijama koje se javljaju ostaju povezani i imaju osećaj da su tim koji se zajedno bori i da nisu sami (Bedard, 2019). Ne samo tokom procesa suočavanja, rezultati istraživanja ukazuju da ove veštine utiču na funkcionisanje parova i nakon prestanka borbe sa neplodnošću i ostvarenja u ulozi roditelja (Asazawa, 2015). Koliko su komunikacija i deljenje među partnerima tokom procesa suočavanja sa neplodnošću bitni pokazuju i rezultati kvalitativne studije sprovedene na ženama koje su pre dvadeset godina prolazile kroz tretman neplodnosti. Na pitanje: „Šta biste savetovali parovima koji prolaze kroz tretman neplodnosti?“, najčešći odgovori su bili upravo uključivanje muškaraca u čitav proces i deljenje celokupnog iskustva sa partnerom (Wirtberg et al., 2007). Potom, ako krenemo korak dalje, značaj komunikacije ogleda se i u efektima koje ostvaruje i u drugim aspektima braka, kao što je, recimo, zadovoljstvo seksualnim odnosom i intimnošću (Van der Merwe, 2010).

Navedeni rezultati dodatno ukazuju na značaj rada na razvijanju i jačanju ovih vještina kod parova koji se obrate za psihološku podršku tokom procesa suočavanja sa neplodnošću. Autori sugerišu da su neke od najbitnijih vještina kojim je neophodno opremiti ove parove upravo vještine komunikacije – deljenje emocija, korišćenje „ja govora” i aktivno slušanje (Van den Broeck et al., 2010).

Zajedništvo

Još jedan od značajnih faktora je zajedništvo među partnerima i deljenje iskustva neplodnosti. Pokazano je da žene koje svoje partnere doživljavaju jednako uključenim u proces suočavanja i iskustvo neplodnosti imaju osećaj da su u tome zajedno sa partnerom, kao i osećaj ispunjenosti, koji vodi do povećanja skora na percipiranoj bračnoj prilagođenosti (Vedes et al., 2013). Takođe, parovi koji su intervjuisani u kvalitativnoj studiji navode značaj zajedničkog donošenja odluka o tretmanu i deljenja odgovornosti kao jedan od ključnih faktora u očuvanju mentalnog zdravlja i kvalitetnog partnerskog odnosa (Ying et al., 2015). Nasuprot navedenom, u odnosima žena koje uključenost partnera percipiraju niskom dominira hostilnost (Jenkins, 2019), a ove žene izveštavaju i o većem stepenu bračnog i seksualnog nezadovoljstva (Pepe & Byrne, 1991). Takođe, žene koje svoje partnere procenjuju neuključenim i kojima nedostaje podrška ostvaruju više skorove na stresu povodom neplodnosti (Martins et al., 2011). Značaj zajedništva, pre svega pri donošenju odluka tokom iskustva suočavanja sa neplodnošću i tretmana iste, pokazana je i na uzorku žena iz Srbije, pri čemu zajedništvo smanjuje efekat stresa izazvanog neplodnošću na bračnu prilagođenost (Jestrović, 2021). Ohrabrujući rezultati jesu i oni koji ukazuju da je, na našem uzorku, zajedništvo prilikom donošenja odluka generalno percipirano visokozastupljenim od strane ispitanica, pri čemu je procenjeno najvišim u domenu donošenja odluke o započinjanju tretmana (Jestrović i Mihić, 2020), što govori u prilog sve prisutnijem viđenju neplodnosti kao dijadnog problema, bez obzira na to ko je nosilac dijagnoze (Molgora et al., 2019).

U stranoj literaturi zajedništvo je definisano kao partnerstvo (engl. partnership), a postoji i programi podrške za parove koji uključuju rad na razvijanju i jačanju ovog konstrukta među partnerima. Jedan od njih je *Program jačanja partnerstva* (Partnership Support Program), koji je u Japanu razvio Asazava. Ovaj program se sastoji od svega jedne sesije, koja traje šezdeset minuta, pri čemu je polovina tog vremena posvećena predavanju, odnosno edukaciji o pripremi za tretman, rodnom razlikama, emocijama koje se javljaju kod muškaraca i žena, saradnji među članovima para tokom tretmana i nakon testa za trudnoću i gledanju videa o funkcionalnoj komunikaciji unutar para (Art of communication for couples), dok je druga polovina susreta namenjena vežbama i diskusiji. Nalazi istraživanja u kome se grupa koja je prošla program poredi sa kontrolnom grupom ukazuju da je program efikasan, posebno u domenu razgovora sa partnerom, razumevanja tereta sa kojim se on nosi i međusobnog pružanja podrške ili saveta (Asazawa, 2015). Ovi rezultati govore u prilog tome da je podrška parovima u ovom domenu neophodna i da je zapravo moguće postići dosta sa ne tako puno ulaganja, pre

svoga vremenskog, budući da se u slučaju ovog programa radi o vremenskom periodu od svega sat vremena, što je, zaista smatramo, moguće izdvojiti u svakom od konteksta lečenja i tretmana neplodnosti. Naravno, za jedan ovakav program neophodno je imati stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja ili medicinsko osoblje obučeno da edukuje parove o navedenim temama, o čemu će biti više reči u nekom od narednih poglavlja.

Strategije prevladavanja

Prema rezultatima istraživanja, još jedan protektivni faktor u očuvanju bračne funkcionalnosti jeste korišćenje strategija prevladavanja koje su usmerene na davanje značenja, kao što su pozitivni rast ličnosti ili definisanje životnih ciljeva i vrednosti odvojeno od roditeljstva, te fokusiranje na pozitivne aspekte iskustva suočavanja (Peterson et al., 2011). U navedenom istraživanju dobijeno je da parovi koji koriste ove strategije imaju više benefita po partnerski odnos od iskustva neplodnosti, u odnosu na parove koji koriste neke druge strategije, u periodu od pet godina. Ovaj nalaz potvrđen je i na uzorku žena iz Srbije, pri čemu se strategije usmerene na druge ciljeve, u koje spadaju prihvatanje, pozitivna reinterpretacija, traženje podrške partnera, kompenzacija i ulaganje u sebe, izdvajaju kao značajan medijator u odnosu između stresa povodom neplodnosti, sa jedne, i bračne prilagođenosti, sa druge strane (Jestrović, 2021). Pored toga, strategije iz seta izbegavajućih se kroz istraživanja pokazuju kao najsnažniji prediktor pada u bračnoj prilagođenosti (Peterson et al., 2006). Ovi nalazi potvrđeni su i u longitudinalnoj studiji u kojoj su parovi praćeni tokom pet godina. Naime, parovi koji su na početku studije više koristili strategije izbegavanja i samookrivljavanja, a manje aktivnog rešavanja problema, nakon pet godina češće su izveštavali o prisustvu bračnog distresa ili su se nalazili u kategoriji razvedenih (Bodenmann & Cina, 2000).

Isti autor otišao je korak dalje od individualnog kopinga i njegovog efekta na partnerske odnose. Bodenmann i saradnici govore o postojanju tzv. dijadnog kopinga, koji može biti pozitivan i negativan. U pozitivne forme dijadnog kopinga spadaju podržavajući dijadni koping (npr. pomaganje u svakodnevnim obavezama, razumevanje i empatija, podrška partneru da reuokviri situaciju, iskazivanje verovanja u njegove sposobnosti ili solidarnost sa partnerom), zajednički dijadni koping (npr. zajedništvo u rešavanju problema, traženju informacija, deljenje emocija, posvećenost ili zajednička relaksacija) i delegirani dijadni koping (kada je jedan partner eksplicitno upitan od strane drugog za podršku, što rezultira novom podelom zadatka). Nabrojani načini suočavanja sa problemom neplodnosti ostvaruju pozitivan efekat na odnos i dovode do bračnog benefita. S druge strane, u negativni dijadni koping spadaju hostilni dijadni koping (podrška koja je praćena distanciranjem, sarkazmom, umanjivanjem značaja partnerovih osećanja, nedostatkom interesovanja), ambivalentni dijadni koping (kada jedan partner drugog podržava nevoljno) i površan dijadni koping (podrška koja nije iskrena, kao što je npr. pitanje partnera kako se oseća i neslušanje njegovog odgovora ili podržavanje partnera bez empatije). Ovi oblici suočavanja nisu poželjni i ukazuju da postoji problem u komunikaciji među partnerima (Bodenmann & Stantinath, 2004).

6.3. Promene koje se dešavaju u različitim aspektima partnerskog odnosa

Upravljanje finansijama

Kako je navedeno, sa neplodnošću se menjaju razni aspekti partnerskog funkcionisanja. Pored prethodno spomenute komunikacije, koja, neminovno, postaje više usmerena na ovu temu i prpratne preglede, tretmane, odluke, emocije i sl., neplodnost je stresor koji dovodi do crpljenja finansijskih resursa, bez obzira na politiku države i broj pokušaja vantelesne oplodnje sa sopstvenim ili doniranim polnim ćelijama (Olivius et al., 2004). Nije redak slučaj da parovi uzimaju kredite za lečenje neplodnosti i stavljaju svoju imovinu pod hipoteku, naročito oni kod kojih vantelesna oplodnja sa sopstvenim jajnim ćelijama i spermatozoidima nije dovoljna i kojima je neophodan neki od skupljih tretmana, poput donacije ili surogatstva (Hajela et al., 2016). Nadalje, koliko god da je pokušaja pokriveno osiguranjem, činjenica je da se tu nalazi još dosta više ili manje prikrivenih troškova, koje za parove mogu predstavljati finansijsko opterećenje i zahtevati reorganizaciju finansija, što svakako utiče na kvalitet života para, njihovo slobodno vreme, ali može predstavljati i novo tlo za razvoj ili povećane konflikte.

Slobodno vreme

Slobodno vreme parova se takođe u velikoj meri menja. Činjenica je da parovi puno vremena provode istražujući tretmane, lekove, posećujući doktore i klinike. Pored toga, neretko se dešava da se partneri osećaju izolovano od strane svog društva, budući da ne prate njihov razvojni tok, te se i broj tema za razgovor smanjuje i osećaju se kao da su sami i da ih niko ne razume, te biraju da izbegavaju određene aktivnosti, naročito one koje uključuju decu - dečiji rođendani, proslave, porodična okupljanja itd. (Peterson et al., 2012). Upravo zbog ovih promena u socijalnom životu i interakcijama s prijateljima, žene u kvalitativnim studijama odustajanje od tretmana opisuju kao iskustvo „vraćanja u život“, kada se ponovo osećaju kao da negde pripadaju (Peddie et al., 2005). Takođe, u skladu sa prethodno navedenim, nije retko da parovi novac koji bi inače odvojili za godišnji odmor ili neke druge aktivnosti u slobodnom vremenu „odvajaju sa strane“ za medicinski tretman. Na ovaj način, slobodno vreme parova menja se, ne samo u smislu kvaliteta i kvantiteta slobodnog vremena koje provode sa prijateljima, već i u domenu kvaliteta vremena koje provode njih dvoje sami kao par.

Odnosi sa porodicama porekla i prijateljima

Jedna od izazovnih oblasti za par koji se suočava sa neplodnošću jesu i odnosi sa porodicama porekla, budući da je, kako je na početku navedeno, stresor koji pogađa pojedinca i par, ali i širu porodicu (Burns & Covington, 2006). Iskustvo neplodnosti dovodi do nemogućnosti prelaska u narednu razvojnu fazu kako par koji se suočava sa ovim iskustvom, tako i njihove roditelje (Daly & Kerry, 1999). Upravo zbog ovog nedostatka iskustva roditeljstva za parove sa jedne strane, ali i iskustva ostvarivanja u ulozi babe i dede, tetke, ujaka itd., obe strane se suočavaju sa mnoštvom negativnih emocija i gubitaka, koji ponekad otežavaju međusobno

razumevanje. Parovi, ponekad, zbog iskustva s kojim se sami suočavaju i stresa povodom neplodnosti, nisu u mogućnosti da vide stres koji doživljavaju njihovi roditelji i drugi članovi porodice i da prepoznaju njihove negativne emocije. S druge strane, iskustvo gubitka mogućnosti da se ostvare u određenim ulogama druge članove porodice ponekad ograničava u pružanju „prave“, odnosno adekvatne podrške parovima. Upravo zbog navedenog, neki parovi deljenije iskustva neplodnosti sa porodicama porekla mogu videti kao nekorisno, ili pak štetno, budući da nemaju osećaj da dobijaju podršku koja im je potrebna, pri čemu neki od njih imaju osećaj da ih oni pritiskaju, ne razumeju dovoljno, ili pak, s druge strane, da nisu dovoljno zainteresovani i uključeni.

Još jedan izazov za ove parove jeste dogovor oko informacija koje će deliti sa bliskim osobama, prijateljima i porodicama porekla. Ponekad se dešava da partneri imaju različite ideje o tome koliko bi trebalo podeliti, a šta bi trebalo zadržati u okviru para, što može biti dodatno polje za razvoj konflikta. U takvim situacijama, od presudnog je značaja prethodno spomenuta otvorena, asertivna komunikacija, u kojoj svako od partnera može direktno i jasno da iznese svoj stav, bez straha da će ga drugi osuditi ili neće dovoljno razumeti njegove strepnje i strahove. Pored toga, značajno je aktivno slušanje, odnosno slušanje bez prekidanja, s ciljem razumevanja partnera i razloga koji stoje iza njegovog viđenja situacije (Rogers & Farson, 2007).

Seksualni odnosi

U radovima koji se bave ispitivanjem promena u partnerskim odnosima prilikom suočavanja sa ovom krizom jedna od najčešće spominjanih tema jesu definitivno seksualni odnosi. Istraživanja dosledno pokazuju da se odnosi menjaju, da su ređi i više „ciljani“, odnosno tempirani u vreme ovulacije, kao i da parovi vremenom seksualne odnose vide samo kao alat za ostvarenje cilja, dok se gubi perspektiva istih kao jednog od pokazatelja bliskosti u odnosu (Burns, 2006). Parovi svoje odnose opisuju „robotizovanim“, „mehaničkim“ (Glover et al., 2009), a u literaturi je čak imenovan i sindrom koji opisuje ovu promenu, nazvan „to je ta noć“ sindrom, i odnosi se na upražnjavanje odnosa isključivo u vreme ovulacije (Kričković-Pele, 2014). Nadalje, u kvalitativnoj studiji sprovedenoj u Švedskoj na četrnaest žena, dvadeset godina nakon što su bile uključene u tretman neplodnosti, samo jedna od njih ne navodi negativan efekat neplodnosti na seksualni život (Wirtberg et al., 2007). Takođe, u studiji sprovedenoj na parovima deset godina nakon prolaska kroz tretman neplodnosti nešto više od polovine parova (53%) navodi da je neplodnost negativno uticala na seksualni aspekt veze, dok 10% ispitanika navodi da se seksualni život u vremenu proteklom od tretmana do trenutka sprovođenja istraživanja nije vratio na zadovoljavajući nivo (Sundby et al., 2007). Ovaj podatak u velikoj meri govori o značaju bavljenja ovom temom u okviru savetovanja i programa podrške pojedincima i parovima koji se suočavaju sa neplodnošću. Neki autori smatraju i predlažu da je za određene parove kao vid psihološke podrške u ovom domenu korisno razdvajanje tzv. seksa za pravljenje bebe ili seksa usmerenog na zadatak, koji će se odvijati tokom plodnih dana, i

seksa za zabavu, odnosno seksa orijentisanog na uživanje, koji bi bio rezervisan za ostale dane u toku meseca (Van den Broeck et al., 2010).

6.4. Iskustvo neplodnosti: kako ga vide muškarci, a kako žene?

Rezultati istraživanja ukazuju na razlike između muškaraca i žena prilikom suočavanja, ali i prilikom samog saznanja o neplodnosti. Dok su žene te koje su sklonije da od samog početka pokazuju razočaranje i beznadežnost, muškarci su na početku više optimistični i u tretman lečenja ulaze puni nade, dok negativne emocije dolaze kasnije prilikom neuspelih tretmana (Meyers et al., 1995). Ovo je još jedan od izazova za parove da se razumeju i budu jedno drugom adekvatna podrška prilikom suočavanja sa krizom neplodnosti. Takođe, istraživanja dosledno ukazuju da se socijalni život žene u većoj meri menja nego što je to slučaj kod muškaraca (Ying et al., 2015), tako da je potrebno i ove rezultate imati u vidu kada se govori o procesu suočavanja i podršci među partnerima. Kako neki autori navode, žene svaki dan tokom procesa suočavanja doživljavaju visoku zastupljenost emocionalnog bola, koji smatraju dominantnijim od fizičkog bola koji postoji tokom terapije i tretmana (Redshaw et al., 2007). Bitno je napomenuti da su visoki skorovi žena na stresu povodom neplodnosti i svim njegovim pojedinačnim aspektima (socijalni i seksualni aspekt, partnerski odnos, potreba za roditeljstvom i odbijanje života bez dece) negativno povezani sa bračnom prilagođenošću, odnosno da, što je stres izraženiji, to je bračna prilagođenost manja (Newton et al., 1999). Osim što stres povodom neplodnosti oblikuje percepciju bračne prilagođenosti kod žena, on takođe može imati i negativan efekat na sposobnost pribavljanja socijalne podrške i podrške partnera koja je ovim ženama neophodna tokom procesa suočavanja (Ulbrich et al., 1990). Pored toga, bitan rezultat je da oba člana para bračnu funkcionalnost procenjuju višom ukoliko su njihove procene stresa usaglašene, kao i da žene koje potrebu za roditeljstvom vide jednako važnom kao i njihovi partneri procenjuju bračno zadovoljstvo višim, što autore navodi na zaključak da je usaglašenost u percepcijama još jedan od značajnih faktora u procesu suočavanja sa neplodnošću (Peterson et al., 2003). Takođe, neki autori ističu da su supružnici zapravo vrlo slični u proceni bračne prilagođenosti, ali da su putevi kojim dolaze do te procene različiti (Ulbrich et al., 1990), što je izuzetno važno imati na umu prilikom rada sa parovima koji se suočavaju sa ovim problemom. Zadatak stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja u tom kontekstu ogleda se u približavanju razlika, ali i isticanju sličnosti koje parovi vrlo često nisu u mogućnosti da sami uoče, budući da su pod stresom više fokusirani na negativne aspekte i razlike.

Prema mišljenju nekih autora, neplodnost predstavlja veliki izazov za većinu parova upravo zbog toga što se saznanje o tome uglavnom javlja na početku braka ili zajedničkog života, dok parovi nisu imali još puno vremena da razviju prethodno nabrojane kapacitete (Eunpu, 1995). Baš ovo rano pojavljivanje stresora sa

kojim je neophodno nositi se, a koji je ugrožavajući za jedan od najvećih ciljeva i jednog i drugog partnera, čini ovaj stresor jednim od najstresnijih iskustava u životu parova (Paul et al., 2010), a prema mišljenju čak 50% žena iz stranog uzorka (Robinson & Stewart, 2001) i skoro 70% žena iz naše zemlje (Opsenica Kostić i sar., 2021) i najtežim. Takođe, kada se susretnu sa neplodnošću, od oba člana para se očekuje da istovremeno regulišu svoje emocije i izađu na kraj sa distresom, izađu u susret emocionalnim potrebama svog partnera, budu senzitivni na potrebe njihovog odnosa, odnosno svesni istih, kao i da odgovore na praktične zahteve situacije (Newton, 2006). Složićemo se da je svaki od navedenih aspekata sam po sebi izazovan, a potreba da istovremeno budu „na visini zadatka“ u svakom od pobrojanih polja zaista može činiti da ovo iskustvo bude iscrpljujuće i preplavljujuće za svakog od članova para ponaosob, kao i za njihov partnerski odnos.

U skladu sa tim, prema preporukama nekih autora, savetovanje parova koji se suočavaju sa neplodnošću bi trebalo da obuhvata ove tri oblasti:

- *savetovanje koje se odnosi na tretman neplodnosti* – povećanje svesti o implikacijama tretmana, motivisanje para da se uključi zajednički u proces donošenja odluke, rad na poboljšanju komunikacijskih veština neophodnih za odnos sa medicinskim osobljem itd.;
- *savetovanje u domenu nošenja sa iskustvom neplodnosti* – osveščivanje razlika u motivaciji za roditeljstvo, nošenju sa stresorom svakog od partnera i problema u međusobnoj komunikaciji;
- *podrška stručnjaka pri izlaženju na kraj sa efektima stresora koje neplodnost i njen tretman imaju na partnerski odnos* – podršku u tugovanju i pomaganje parovima da identifikuju alternative koje su za njih prihvatljive i nove životne perspektive (Strauss et al., 2002).

6. 5. Značaj podrške od strane partnera

Dok su žene te koje se oslanjaju na socijalnu podršku i dele iskustvo neplodnosti i emocije povodom toga sa svojom okolinom, muškarci o ovom problemu gotovo po pravilu pričaju samo sa svojim suprugama (Gerrity, 2001). Ova činjenica pred žene stavlja dodatni izazov, posebno uzimajući u obzir da su i one te kojima je potrebna podrška i da vrlo verovatno ne mogu u svakom momentu biti spremne da je pruže svom partneru, ili makar ne na onaj način koji je njemu potreban, ili na koji očekuje. Upravo zbog ovoga, prilikom psihološke podrške parovima važno je da jedna od tema bude i značaj socijalne podrške i postojanja različitih resursa podrške, kao i tehnike za traženje ove podrške od svog okruženja. Zatim, iako su žene te koje se oslanjaju na socijalnu podršku, kroz istraživanja je potvrđeno da je i za pripadnice ženskog pola koje se suočavaju sa neplodnošću ipak primarni izvor podrške upravo partner (Kroemeke & Kubicka, 2018). Ovi rezultati ukazuju na značaj obrađivanja teme međupartnerske podrške i učenja parova kako da jedno od drugog traže podršku, ali i kako da prepoznaju da je partneru ona po-

trebna i da mu je pruže (Wallach & Mahlstedt, 1985). Dalje, žene češće izveštavaju o započinjanju komunikacije o problemu sa suprugom nego muškarci sa svojim partnerkama. Takođe je pokazano da žene procenjuju zastupljenijom podršku od strane partnera nego muškarci od partnerki (Berg et al., 1991). Navedeni rezultati nisu iznenađujući, ako imamo u vidu da je veća verovatnoća da ćemo podršku dobiti ukoliko je potražimo, pa ćemo, samim tim biti zadovoljniji; ovo samo potvrđuje značaj postojanja prethodno navedene teme o edukaciji parova o načinima traženja/dobijanja partnerske podrške, u okviru programa psihološke podrške. Pored toga, iako istraživanja ukazuju da čak 80% parova podršku od strane partnera procenjuje dostupnom i korisnom (McGrade & Tolor, 1981), ipak je u radu sa parovima bitno skrenuti im pažnju na to da možda partner neće uvek biti u stanju da pruži podršku koja je njima potrebna i da je to sasvim u redu. Usled negativnih iskustava koje imaju sa podrškom od strane okoline, parovi kao osnovnu, a često i jedinu podršku percipiraju partnera (Jenkins, 2019), što zaista može predstavljati izazov u momentu kada i oni prolaze kroz stresno iskustvo i kada je i njima potrebna podrška (Wallach & Mahlstedt, 1985). Žene intervjuisane u kvalitativnoj studiji podršku partnera ne vide samo kroz emotivnu podršku, već i kroz pratnju do klinike, obavljanje kućnih poslova, kao i brigu o njima, naročito u periodu nakon embriotransfera, koji najveći broj žena opisuje najstresnijim (Ying et al., 2015).

Podrška od strane partnera izdvaja se kao najbitnija u snižavanju stresa povodom tretmana, bitnija od podrške primarne porodice. Ovi pozitivni efekti podrške partnera ne ogledaju se samo u sopstvenoj proceni stresa. U istraživanjima je dobijeno da i partneri žena koje podršku partnera percipiraju više zastupljenom stres povodom neplodnosti procenjuju nižim (Martins et al., 2014). Osim pozitivnih efekata koje ostvaruje na individuu, u vidu sniženog nivoa stresa, u istraživanju sprovedenom u našoj zemlji dobijena je i pozitivna povezanost podrške od strane partnera i bračne prilagođenosti (Jestrović i sar., 2016).

Kao što je navedeno, prilikom suočavanja sa neplodnošću neminovno dolazi do promena u različitim aspektima partnerskog funkcionisanja i generalno života para koji se suoči sa ovom krizom. Osim toga, neplodnost je kriza koja ostavlja efekte na život pojedinca i para i nakon završetka medicinskog tretmana, bez obzira na ishod istog (Sundby et al., 2007), a način na koji se par suočava sa ovom krizom u velikoj meri oblikuje ove efekte. U skladu s tim, programi podrške za parove koji se suočavaju sa neplodnošću, pored standardnih tema koje se grupišu oko emocija i strategija za nošenje sa neplodnošću, trebalo bi da sadrže i rad na partnerskom odnosu i opremanje partnera da kroz ovaj proces prođu sa što više otvorene komunikacije o emocijama, mislima, idejama, što više uzajamnog razumevanja i podrške, uz shvatanje neplodnosti kao zajedničkog iskustva i izazova i zajedničkog zadatka s kojim treba da se nose, bez obzira na krajnji ishod. Na ovaj način, nakon iskustva suočavanja sa neplodnošću, parovi mogu ostvariti bračni benefit i imati odnos kojim su u velikoj meri zadovoljni, uprkos stresoru sa kojim su se susreli (Schmidt et al., 2005).

Literatura

- Asazawa, K. (2015). Effects of a partnership support program for couples undergoing fertility treatment. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 354–366. <https://doi.org/10.1111/jjns.12074>
- Bedard, C. (2019). *Religious Couples' Share Meanings of Infertility: A Phenomenological Inquiry* (Doctoral dissertation). Texas Tech University, Texas.
- Berg, B. J., Wilson, J. F., & Weingartner, P. J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Social Science & Medicine*, 33(9), 1071–1080. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90012-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90012-2)
- Bickel, J. (2011). Review: Families & Change: Coping With Stressful Events and Transitions. *Journal of Family Strengths*, 11(1), 1–3.
- Bodenmann, G., & Cina, A. (2000). Stress und Coping als Prädiktoren für Scheidung: Eine prospektive Fünf-Jahre-Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Familienforschung*, 12(2), 5–20.
- Bodenmann, G., & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53(5), 477–484. <https://doi.org/10.1111/j.0197-6664.2004.00056.x>
- Burns, L. H. (2006). Sexual counseling and infertility. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 212–235). New York: The Cambridge University Press.
- Burns, L. H., & Covington, S. N. (2006). Psychology of infertility. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 1–19). New York: The Cambridge University Press.
- Daly, K. J., & Kerry, J. (1999). Crisis of genealogy: Facing the challenges of infertility. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, et al. (Eds.), *Resiliency in Families* (pp. 139.). California: SAGE Publications, Inc.
- Eunpu, D. L. (1995). The impact of infertility and treatment guidelines for couples therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 23(2), 115–128. <https://doi.org/10.1080/01926189508251343>
- Gerrity, D. A. (2001). Five medical treatment stages of infertility: Implications for counselors. *The Family Journal*, 9(2), 140–150. <https://doi.org/10.1177/1066480701092008>
- Glover, L., McLellan, A., & Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401–418. <https://doi.org/10.1080/02646830903190896>
- Hajela, S., Prasad, S., Kumaran, A., & Kumar, Y. (2016). Stress and infertility: A review. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(4), 940–943. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20160001>
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(4), 409–420. <https://doi.org/10.22074/2Fijfs.2015.4181>
- Havighurst, R. J. (1956). Research on the Developmental-Task Concept. *The School Review*, 64(5), 215–223.

- Jenkins, E. (2019). *A qualitative content analysis of the perceptions of the meanings & experiences of infertile African American couples* (Doctoral dissertation). Denton, Texas Woman's University.
- Jestrović, J. (2021). *Prilagođavanje na stres izazvan neplodnošću: perspektiva žena iz Srbije* (doktorska disertacija). Novi Sad, Filozofski fakultet.
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2020). Zajedništvo pri donošenju odluka kod suočavanja sa neplodnošću – perspektiva žena. U: Zotović, M., & Oros, M. (ured.) (2020). *Efekti egzistencijalne nesigurnosti na pojedinca i porodicu u Srbiji*. Novi Sad: Filozofski fakultet. 135–151.
- Jestrović, J., Mihić, I., & Radovanović, M. (2016). Tranzicija u roditeljstvo: razlike u kvalitetu braka parova koji su začeli prirodnim putem i onih koji su začeli vantelesnom oplodnjom. *Godišnjak za psihologiju*, 13(15), 55–69.
- Johnson, K. M., & Johnson, D. R. (2009). Partnered decisions? US couples and medical help-seeking for infertility. *Family Relations*, 58(4), 431–444. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00564.x>
- Kjaer, T., Albieri, V., Jensen, A., Kjaer, S. K., Johansen, C., & Dalton, S. O. (2014). Divorce or end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(3), 269–276. <https://doi.org/10.1111/aogs.12317>
- Kričković-Pele, K. (2014). *Vantelesna oplodnja: rodne i društvene kontroverze*. Novi Sad: Zavod za ravnopravnost polova.
- Kričković Pele, K., & Zotović Kostić, M. (2018). Nove reproduktivne tehnologije u Srbiji- ko su žene u nacionalnom programu vantelesne oplodnje? *Sociologija*, 60(1), 96111. <https://doi.org/10.2298/SOC1801096K>
- Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PloS One*, 13(6), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M. & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113–2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83–89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(1-2), 7–37. https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02
- McGrade, J. J., & Tolor, A. (1981). The reaction to infertility and the infertility investigation: A comparison of the responses of men and women. *Infertility*, 4(1), 7-27.
- Meyers, M., Weinshel, M., Scharf, C., Kezur, D., Diamond, R., & Rait, D. S. (1995). An infertility primer for family therapists: II. Working with couples who struggle with infertility. *Family Process*, 34(2), 231–240. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00231.x>
- Milovanović, J. (2018). *Problem steriliteta u kontekstu teorije stresa: značaj rezilijentnosti i samoefikasnosti za odnos mehanizama prevladavanja, stresa i kvaliteta života* (Nepublikovana doktorska disertacija). Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd.

- Molgora, S., Fenaroli, V., Acquati, C., De Donno, A., Baldini, M. P., & Saita, E. (2019). Examining the role of dyadic coping on the marital adjustment of couples undergoing assisted reproductive technology (ART). *Frontiers in Psychology, 10*, 415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00415>
- Newton, C. R. (2006). Counseling the infertile couple. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 143–155). New York: The Cambridge University Press.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility, 72*(1), 54–62. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00164-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8)
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility, 81*(2), 258–261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>
- Onat, G., & Beji, N. K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability, 30*(1), 39–52. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9233-5>
- Opsenica Kostić, J., Mitrović, M., i Panić, D. (2021). The experience of infertility and quality of life of women undergoing the IVF process – a study in Serbia. *Psychological Applications and Trends – Virtual Conference: Book of abstracts*, 22–26. April 24th–26th 2021. <https://doi.org/10.36315/2021inapct005>
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility -International Edition-*, *77*(6), 1241–1247. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03097-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03097-2)
- Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S., & Malave, A. F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction, 25*(1), 133–141. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep367>
- Peddie, V. L., Van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction, 20*(7), 1944–1951. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh857>
- Pepe, M. V., & Byrne, T. J. (1991). Women's perceptions of immediate and long-term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Family Relations, 40*(3), 303–309. <https://doi.org/10.2307/585016>
- Peterson, B., Boivin, J., Norre, J., Smith, C., Thorn, P., & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics, 29*(3), 243–248. <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9701-y>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process, 42*(1), 59–70. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction, 21*(9), 2443–2449. <https://doi.org/10.1093/humrep/del145>

- Peterson, B. D., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, *95*(5), 1759–1765. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.01.125>
- Price, S. J., Price, C. A., & McKenry, P. C. (2010). *Families & change: Coping with stressful events and transitions (4th. ed.)*. Sage Publications.
- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, *22*(1), 295–304. <https://doi.org/10.1093/humrep/del344>
- Robinson, G. E., & Stewart, D. E. (2001). Infertility and new reproductive technologies. *Review of Psychiatry*, *14*, 1994–1997.
- Rogers, C., & Farson, R. E. (2007). *Active listening*. Gordon Training International.
- Schmidt, L., Tjørnhøj-Thomsen, T., Boivin, J., & Andersen, A. N. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*, *59*(3), 252–262. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.013>
- Strauss, B., Hepp, U., Stading, G., & Mettler, L. (2002). Focal counseling for women and couples with an unfulfilled desire for a child: a three-step model. In B. Strauss (Ed.), *Involuntary Childlessness: Psychological Assessment, Counseling, and Psychotherapy*. (pp. 79–103). Ashland, OH: Hogrefe and Huber Publishers.
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S., & Tanbo, T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *28*(2), 115–120. <https://doi.org/10.1080/01674820701447447>
- Svetska zdravstvena organizacija (World Health Organization). Dostupno na: <https://www.who.int>
- Sydsjo, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjo, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: A prospective follow-up study. *Human Reproduction*, *20*(7), 1952–1957. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh882>
- Sydsjö, G., Svanberg, A. S., Lampic, C., & Jablonowska, B. (2011). Relationships in IVF couples 20 years after treatment. *Human Reproduction*, *26*(7), 1836–1842. <https://doi.org/10.1093/humrep/der131>
- Šakotić-Kurbalija, J., Trifunović, B., & Zotović, M. (2018). Značaj bračne neplodnosti za doživljaj kvaliteta bračnog odnosa i potencijal za razvod kod žena. U I. Mihić & M. Zotović (Ur.), *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima* (pp. 49–68). Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Šansa za roditeljstvo (2017). O sterilitetu. Dostupno na: <https://sansazaroditeljstvo.org.rs/o-sterilitetu/>
- Ulbrich, P. M., Coyle, A. T., & Llabre, M. M. (1990). Involuntary childlessness and marital adjustment: His and hers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *16*(3), 147–158. <https://doi.org/10.1080/00926239008405261>
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient education and counseling*, *81*(3), 422–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009>
- Van der Merwe, E. (2010). *Infertility-related stress and specific aspects of the marital relationship* (Doctoral dissertation). University of Stellenbosch, Stellenbosch.

- Vedes, A., Nussbeck, F., Bodenmann, G., Lind, W., & Ferreira, A. (2013). Psychometric properties and validity of the Dyadic Coping Inventory in Portuguese. *Swiss Journal of Psychology, 72*(3), 149–157. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000108>
- Wallach, E. E., & Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility, 43*(3), 335–346. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)48428-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48428-1)
- Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility, 87*(4), 792–798. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.07.1534>
- Williams, L., Bischoff, R., & Ludes, J. (1992). A biopsychosocial model for treating infertility. *Contemporary Family Therapy, 14*(4), 309–322. <https://doi.org/10.1007/BF00891868>
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S. E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction, 22*(2), 598–604. <https://doi.org/10.1093/humrep/del401>
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). The experience of Chinese couples undergoing in vitro fertilization treatment: perception of the treatment process and partner support. *PloS One, 10*(10). 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139691>

7. PSIHOLOŠKO SAVETOVANJE I PSIHOTERAPIJA OSOBA KOJE SE SUOČAVAJU SA NEPLODNOŠĆU

Milica Mitrović

Neplodnost predstavlja nerazvojnu, biopsihosocijalnu krizu, što upućuje na neophodnost negovanja multidisciplinarnog pristupa ovom problemu i integrisanja psihološkog savetovanja u tretman neplodnosti (Van den Broeck et al., 2010). Na više mesta smo u prethodnim poglavljima ukazivali na značaj psiholoških intervencija i na razloge zbog kojih ih je korisno uključiti u standardni tretman neplodnosti. U Srbiji, psihološko savetovanje i/ili psihoterapija još uvek ostaju van okvira lečenja neplodnosti, koje, za sada, ne izlazi iz domena medicine i medicinskih intervencija. Da li će osoba ili par potražiti pomoć savetnika ili psihoterapeuta predstavlja njihovu ličnu odluku, a ovakve usluge podrazumevaju dodatne troškove. U drugom poglavlju bilo je reči o razvoju psihološke podrške. Modeli pružanja podrške menjali su se i razvijali od modela fokusiranog na tugu do programa usmerenih na edukaciju, odnosno sticanje znanja i veština. Razvoj psihološkog savetovanja i podrške u oblasti neplodnosti odvijao se od angažovanja profesionalaca radi selekcije parova koji će biti uključeni u VTO, preko angažovanja i širenja polja delovanja stručnjaka za mentalno zdravlje u ovoj oblasti, do edukacije i uključivanja ostalog medicinskog osoblja u pružanje psihološke podrške i pomoći (Gameiro & Boivin, 2015). Veliki doprinos primeni i razvoju psiholoških intervencija u oblasti infertiliteta imao je rad Barbare Ek Mening (Barbara Eck Menning), koja je ukazala na tipične emocionalne reakcije na ovaj problem, odnosno na psihološke konsekvence neplodnosti i insistirala na edukaciji i uključenosti medicinskog osoblja u pružanju osnovne psihološke podrške pacijentima (Menning, 1980). Dakle, u ovoj oblasti ide se ka tome da primena psiholoških intervencija ne spada samo u domen rada psihologa i psihoterapeuta, već da su intervencije usmerene ka klijentu deo rutinskih usluga u okviru klinika za lečenje neplodnosti. To bi značilo da ovakvu vrstu „brige o pacijentu“ sprovodi celokupno osoblje klinike na čelu sa lekarom, pružajući pacijentima dovoljno informacija o postupku lečenja i njegovim prednostima i nedostacima, tako da pacijenti mogu da donesu odluke zasnovane na objektivnim činjenicama. Naravno, za primenu ovih intervencija neophodne su dobre komunikacione veštine, dok edukacija iz osnova savetovanja može samo doprineti uspostavljanju boljeg odnosa sa pacijentima. Savetovanje, u koje spada suportivno savetovanje, intervencije u krizi i psihoterapija sprovode stručnjaci edukovani za pružanje ovakve vrste pomoći. Naravno, svim pacijentima nije neophodno savetovanje, kao ni psihoterapija (Boivin et al., 2003; Peterson et al., 2012). Neki od faktora koji povećavaju verovatnoću da će osobi ili paru

biti neophodna pomoć savetnika i/ili psihoterapeuta su sledeći: faktori koji se tiču ličnosti (već postojeća psihopatološka ispoljavanja, neadekvatne reakcije na stres, u smislu preterane upotrebe strategije izbegavanja u stresnim situacijama, sagledavanje roditeljstva kao najvažnijeg cilja odraslog doba i generatora smisla života); situacioni ili socijalni faktori (siromašna društvena mreža, loš partnerski odnos itd); faktori povezani sa tretmanom (nuspojave lekova, neuspešno lečenje, pobačaj itd) (Boivin, 2002, prema Peterson et al., 2012). Pored toga, treba imati u vidu da mnoge osobe i parovi bez obzira na dostupnost psihološke podrške, neće želeti i prihvatiti ovaj vid pomoći, iako im je možda neophodna (Opsednica Kostić & Mitrović, 2022). Ipak, pre svega je najvažnije odgovoriti na pitanje: *kako identifikovati osobe kojima je potrebna psihološka podrška, savetovanje, pa i psihoterapija?*

Jedan od načina jeste prepustiti odluku o traženju psihološke podrške i pomoći pojedincu, odnosno osloniti se na samoprocenu potrebe određene osobe za ovim vidom pomoći. Rezultati istraživanja u kome su učestvovala 163 žene iz Srbije, uključene u postupak VTO u trenutku testiranja, pokazuju da 95% ovih žena na pitanje – *Da postoji mogućnost psihološkog savetovanja/podrške u toku priprema za vantelesnu oplodnju, pa i nakon nje, da li biste je prihvatili?* odgovara potvrdno (Opsenica Kostić et al., 2021). Salakos i saradnici (Salakos et al., 2004) izveštavaju da 32,5% od ukupno 235 žena koje su bile uključene u VTO potrebu za emocionalnom podrškom isticalo je kao najvažniju. Rezultati još jednog istraživanja sprovedenog u Srbiji koje se bavilo ispitivanjem potreba žena koje se suočavaju sa neplodnošću za psihološkom podrškom, pokazuju da ispitanice procenjuju da bi im psihološka podrška bila korisna u radu sa osećanjima u svim fazama suočavanja sa neplodnošću, naročito nakon neuspele VTO. Takođe, podrška im je bila potrebna u svim oblastima partnerskog života, pri čemu se ističu razgovor o izazovima i teškoćama, razgovor o emocijama i razgovor o finansijama tokom lečenja. Više od polovine ispitanica ističe potrebu za razgovorom o tome kako bi izgledao njihov život ukoliko bi odustali od roditeljstva. Ispitanice takođe ukazuju na značaj komunikacije sa parovima koji se suočavaju sa istim problemom (Jestrović & Mihić, 2018). Ovi rezultati predstavljaju potvrdu rezultata istraživanja Rida i saradnika (Read et al., 2014) u kome je intervju na temu psiholoških potreba obavljen sa 32 para sa problemom neplodnosti koji su uključeni u tretman. Rezultati su pokazali sledeće: jedna od najčešćih potreba bila je razmatranje uticaja neplodnosti na partnersku vezu (mnogi su navodili da žele da poboljšaju komunikaciju). Pored toga, navodili su da im je potrebna pomoć da izađu na kraj sa emocionalnim i fizičkim stresom tokom tretmana. Kao razlog potrebe za grupnim savetovanjem ili psihoterapijom navodili su osećanje izolovanosti i nerazumevanja od strane osoba koje nemaju ovu vrstu problema. Susrete sa psihologom pojedini ispitanici koristili su radi poboljšanja strategija suočavanja sa stresom i rešavanja problema u partnerskim odnosima. Većina parova smatrala je da su susreti sa ostalim parovima korisni, naročito sa onima koji imaju iskustvo sa postupkom lečenja neplodnosti, u cilju razmene iskustava i informacija. Pojedini parovi smatrali su da je vršnjačko mentorstvo (proces u kome dve osobe sličnog uzrasta i iskustva rade

zajedno kako bi pomogle jedna drugoj u ličnom rastu i razvoju) najbolja opcija. Potrebno je napomenuti da je u uzorku bilo i onih sa negativnim stavom prema psihološkom savetovanju.

Međutim, oslanjanje na samoprocenu i odluku osobe o tome da potraži psihološku pomoć predstavlja problematičan način ukoliko skoro sigurno postoje osobe koje imaju poteškoće u svakodnevnom funkcionisanju zbog suočavanja sa neplodnošću i iz tog razloga predstavljaju grupu kojoj je psihološka pomoć neophodna, ali je jednostavno ne razmatraju kao opciju (Opsenica Kostić & Mitrović, 2022). Jedna od glavnih uloga profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja jeste sprovođenje skrininga parova pre uključivanja u VTO (Peterson et al., 2012), što ne predstavlja jedini zadatak, ali ukazuje na odgovornost posla i na neophodnost, tamo gde već to nije urađeno, uključivanja psihologa, savetnika ili psihoterapeuta u tim koji se bavi lečenjem neplodnosti (Sax & Lawson, 2022). Još jedan od načina identifikovanja onih osoba kojima je psihološka podrška i pomoć potrebna, jeste upotreba testova i upitnika, pa iz tog razloga ESHRE (List of Tools to Detect the Needs of Patients) nudi grupu testova namenjenih kako proceni psiholoških potreba pojedinaca koji se suočavaju sa ovim problemom, tako i proceni pojedinih simptoma čije prisustvo može ukazivati na ozbiljniju psihopatologiju (Opsenica Kostić & Mitrović, 2022). Jedan sa liste testova jeste *Test za psihološku evaluaciju parova koji se suočavaju sa neplodnošću* (Psychological Evaluation Test for Infertile Couple: PET, Franco et al., 2002). Ovaj test namenjen je proceni različitih domena života u kojima bi osoba koja se suočava sa neplodnošću mogla imati problem. Autori su odredili rezultat od trideset poena kao granični skor (cut-off), što zapravo znači da skor iznad ovog broja poena ukazuje na prisutnost psiholoških problema i potrebu za psihološkim savetovanjem. Radi utvrđivanja mogućnosti upotrebe ovog testa u identifikaciji osoba kojima je psihološka podrška i pomoć potrebna, sprovedeno je istraživanje na uzorku žena iz Srbije, uključenih u postupak VTO. Rezultati su pokazali da grupa ispitanica koja postiže skor na PET-u veći od 30 pokazuje manju učestalost pozitivnih i veću učestalost negativnih emocija, veći intenzitet spoljašnjeg stida i manju rezilijentnost u odnosu na depresiju i bespomoćnost. Interesantno je da se žene sa skorom na ovom testu manjim od trideset poena nisu u navedenom razlikovale od žena koje su imale makar jedno dete začeto prirodnim putem (kontrolna grupa), osim što su pokazivale veću otpornost na naučenu bespomoćnost. Ovakvi rezultati podržavaju pretpostavku da se PET može uključiti u proces identifikacije žena sa značajnim psihološkim problemima, odnosno rezultat na testu može predstavljati pokazatelj potrebe za psihološkom podrškom tokom VTO (Opsenica Kostić et al., 2022).

U oblasti psihološkog savetovanja i psihoterapije primenjuju se različiti psihoterapijski modaliteti, tačnije intervencije i tehnike koje proističu iz tih modaliteta, koje se zapravo oslanjaju na posebne teorijske okvire. Različite psihoterapije usmerene su na promenu različitih aspekata psihološkog funkcionisanja (Appelghart, 2006). Savetnik ili psihoterapeut će u radu sa pojedincima, parovima ili grupom osoba koje imaju problem sa neplodnošću primenjivati tehnike i oslanjati

se na principe proizašle iz terapijskog modaliteta u okviru koga se edukovao ili se edukuje (rad pod supervizijom). Međutim, u ovoj oblasti rada savremeni je trend osmišljavanje posebnih programa za rad sa ovom specifičnom populacijom, koji su prilagođeni potrebama klijenata i okolnostima (faza lečenja) u kojima se trenutno nalaze. Ovde ćemo posvetiti pažnju različitim psihoterapijskim orijentacijama, dok će u sledećem poglavlju biti reči o posebnom programu kreiranom za podršku parovima koji se suočavaju sa neplodnošću.

7.1. Psihodinamska psihoterapija

Eklektička psihodinamska orijentacija koja je usmerena na mehanizme odbrane, nagone, self i objektne odnose, odnosno podrazumeva rad sa ovim sadržajima shodno individualnoj psihodinamici klijenta i prisutnoj psihopatologiji, može biti korisna u radu sa klijentima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti (Leon, 1992; Pine, 1990, prema Leon, 2010). Dakle, jasno je da su ciljevi psihoterapijskog rada određeni prirodom problema, te iz tog razloga Leon (Leon, 2010, str. 65) skreće pažnju da u slučaju neplodnosti „[...] najdublje i kumulativne posledice iskustva neplodnosti se ne dešavaju u domenu objektnih odnosa ili nagona, već u domenu selfa.” Autor dalje navodi da osobe koje se suočavaju sa ovim problemom doživljavaju česte talase narcističkih povreda, kao što su udarci na samopoštovanje, identitet, gubitak kontrole itd.⁴⁹ Upravo iz navedenih razloga klasična primena modela ego-nagoni bila bi u neku ruku nekorisna. U tom kontekstu toga Apfelova i Kejlorova (Apfel & Keylor, 2002) skreću pažnju na specifičnosti rada sa ovom grupom klijenata. Autorke napominju da osećanja i uverenja psihoterapeuta o tome šta bi bilo najbolje u aktuelnim okolnostima može često biti u suprotnosti sa onim što par želi, tako da ovakva situacija zahteva veliku uzdržanost psihoterapeuta u odnosu na želju da ponudi mudar savet ili previše određene formulacije. Ono što se preporučuje jeste upravo ova uzdržanost i zadržavanje na terenu ambivalentnih emocija, uz neosuđivački stav i pristup. Autorke dalje napominju: „Za ove veoma ranjive pacijente psihodinamske formulacije namenjene tumačenju nesvesnih konflikata ili sticanje uvida u mehanizme odbrane, mogu biti destruktivne ili konfliktne” (Apfel & Keylor, 2002, str. 93). Postoji još jedan problematičan faktor u radu sa osobama koje se suočavaju sa neplodnošću koji se tiče samog psihoterapeuta. U pitanju je psihoterapeutova „reproduktivna situacija”. Ukoliko se psihoterapeut takođe suočava sa problemom neplodnosti, to može stvarati teškoće u radu. S druge strane ukoliko je psihoterapeut zadovoljan svojom „reproduktivnom situacijom”, može se desiti da oseća krivicu u odnosu na klijente ili da žarko želi da se klijenti ostvare u ulozi roditelja, što zapravo otežava psihoterapijski rad i proces. Svi ovi razlozi upućuju da rad psihoterapeuta sa ovom grupom klijenata mora da izađe iz granica tradicionalnog. U tom smislu, kratkoročni psihoterapijski ciljevi usmereni na ublažavanje disforije i povećanje samopoštovanja postaju

⁴⁹ Videti peto poglavlje.

prihvatljivi (Apfel & Keylor, 2002). Dakle, psihodinamska psihoterapija u radu sa klijentima koji se suočavaju sa neplodnošću može biti delotvorna u „zacementiranju narcističke rane” i izlaženju na kraj sa gubitkom objekta. Uloga psihoterapeuta jeste da bude dosledna empatička figura koja će se u najvećoj meri baviti artikulisanjem i reflektovanjem svesnih i predsvesnih afektivnih stanja. Još jedna od bitnih odlika psihodinamske psihoterapije jeste dužina trajanja. Psihodinamska psihoterapija spada u terapije koje traju duže. Međutim, generalno čini se da dugotrajna psihoterapija nije terapija izbora u slučaju suočavanja sa neplodnošću, jer ova karakteristika psihoterapije nije u skladu sa potrebama klijenata. Imajući ovo na umu, čini se da su kratkotrajne dinamske psihoterapije, u ovom slučaju, dobar izbor, pri čemu bi mogle klijentima sa problemom neplodnosti ponuditi reflektivnu eksploraciju i traganje za smislom u iskustvu (Applegarth, 2006).

Od primarnih psihodinamskih modela najkorisniji u razumevanju i tretmanu posledica neplodnosti po narcizam osobe je, prema Leonovom mišljenju (Leon, 2010), model psihoterapijskog rada proistekao iz Kohutove self psihologije. Međutim, ovaj autor napominje da rigidna primena ovog modela, u slučaju rada sa klijentima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti, nije moguća. Naime, self psihologija ističe empatiju terapeuta kao veoma važnu, u smislu saznanja unutrašnjih doživljaja i iskustva klijenata i u smislu sredstva izlečenja kroz transmutirajuću internalizaciju. Obradom empatijskih neuspeha, kojom upravlja terapeut, dolazi do izgradnje novih psihičkih struktura koje omogućavaju klijentu da reguliše samopoštovanje i kohezivnost (Kohut, 1984; Wolf, 1988, prema Leon, 2010). Leon empatiju posmatra jednostavnije, kao terapijski cilj, i smatra da empatija zapravo predstavlja „[...] sintezu i artikulaciju unutrašnjeg sveta pacijenta, koji čine misli i osećanja, omogućavajući njoj ili njemu da se oseća duboko shvaćeno i prihvaćeno” (Leon, str. 65). Iskustvo neplodnosti dovodi do destabilizacije narcističke ravnoteže. Ova neravnoteža može biti ublažena potvrđujućim ogledanjem klijentovog iskustva i selfa, kao i samoregulacijom i smirivanjem intenzivnih emocija kroz prisvajanje psihoterapeuta kao smirenog idealizovanog self-objekta. Potrebno je imati u vidu da je ovde reč o blažem narcističkom poremećaju, što omogućava da tretman bude kraći i ređi. Autor dalje ukazuje na korisnost i smislenost integracije self-psihologije i teorije afektivnog vezivanja. Vrednost optimalnog reagovanja terapeuta i njegove/njene empatičke usklađenosti sa klijentom (self-psihologija), bliski su načinu na koji se majka afektivno prilagođava i optimalno odgovara na emocionalne potrebe svoje bebe (teorija afektivnog vezivanja). Prema rečima Leona, terapeutovo empatisko razumevanje obezbeđuje formiranje sigurne baze (u terminima *teorije afektivne vezanosti*), što dalje omogućava bolju samoregulaciju, doprinosi povećanju samopoštovanja i održanju sigurne vezanosti. Glavni cilj ovakvog pristupa jeste ponovno uspostavljanje narcističke ravnoteže. Smanjenjem značaja reprodukcije i ostvarivanja u ulozi roditelja, definisanje sebe i pronalaženje alternativnih izvora sopstvene vrednosti omogućava povratak samopoštovanja. Povećanje svesti klijenta o tome da je on/ona zapravo aktivno involviran/involvirana u situaciju i da je problem zapravo njegov/njen,

povećava šansu prelaska iz pasivne pozicije i doživljaja da je prepušten/prepuštena na milost i nemilost drugih ljudi u aktivnu poziciju i spremnost da donosi odluke. Tugovanje zbog gubitka fantazije o besmrtnosti i onipotentnosti koja se vezuje za trudnoću, zapravo povećava prihvatanje i realnije sagledavanje narcističkih ograničenja. Dekonstrukcijom internalizovane stigme umanjuje se narcistička bol prilikom suočavanja sa predrasudama o neplodnosti. Seksualni odnosi počinju ponovo da predstavljaju izvor zadovoljstva i intimnosti, jer oplodnja više nije njihov jedini cilj (Leon, 2010). Pored toga, psihodinamski pristup „[...] pruža mogućnost da klijent ozdravi od fragmentacije i umrtvljujućeg iskustva proisteklog iz tretmana neplodnosti, da se oporavi, na primer, da povрати doživljaja da je telo deo selfa, a ne stvar kojom se može manipulirati ili čak protivnik koga treba mrzeti” (Apfel & Keylor, 2002, str. 99). Činjenica je da se posledice neplodnosti ne mogu apsolutno prevazići i nestati, međutim, zahvaljujući psihoterapiji one više nisu dominantne i ne ometaju svakodnevno funkcionisanje. Kroz empatičko razumevanje dolazi do integracije zajednički (od strane klijenta i terapeuta) obrađenih aspekata iskustva sa neplodnošću, što omogućava validaciju i upravljanje njegovim najširim i ličnim značenjima (Leon, 2010).

7.2. Kognitivno-bihevioralna terapija

Savremena kognitivno-bihevioralna terapija (u daljem tekstu KBT) nije monolitna struktura, već predstavlja širok pokret koji se i dalje razvija. Nastala je kao sinteza bihevioralne i kognitivne terapije, te se zasniva na njihovim principima. I kognitivna i bihevioralna terapija nastale su kao reakcija na Frojđovu psihoanalitičku paradigmu. Bihevioralni terapeuti formulisali su tehnike koje se zasnivaju na teorijama učenja. Kognitivni psihoterapeuti zastupaju mišljenje da su ponašanje i emocije determinisani kognicijom (mišljenje, uverenja i tumačenja), odnosno naše reakcije su određene načinom na koji procenjujemo situaciju i sebe. Pristaice ovog terapijskog modaliteta (KBT) ističu da su tehnike empirijski proverene i da u tome, između ostalog, leži vrednost ovog terapijskog pravca (Westbrook et al., 2007). Za razliku od psihodinamske psihoterapije, KBT usmerena je na procenu i smanjenje aktuelne simptomatologije putem brojnih empirijski zasnovanih tehnika, što dovodi do realizacije zajednički formuliranih ciljeva (Applegarth, 2006). KBT pomaže klijentu da sagleda svoje kognitivne obrasce i disfunkcionalne forme ponašanja, pri čemu su intervencije u okviru KBT-a usmerene ka promeni kognicije (Golshani et al., 2021).

Lehman i Salovej (Lehman & Salovey, 1990) ističu primarne ciljeve ovog pristupa i podvlače važnost saradnje između klijenta i terapeuta. Navode sledeće:

- sagledavanje cene i dobiti za specifične probleme;
- menjanje klijentovih interpretacija sebe i okruženja kroz promenu ponašanja, kognicije ili okruženja;
- povećanje repertoara strategija prevladavanja klijenata;

- povećanje verovatnoće da se terapijski učinak održi nakon završetka terapije. (Lehman & Salovey, 1990, str. 245)

Većinu tehnika i intervencija koje se koriste u KBT moguće je koristiti i prilagoditi radu sa klijentima koji se suočavaju sa neplodnošću. Neke od tehnika su: self-monitoring (klijent beleži događaje i misli koje izazivaju ti događaji u trenucima kada doživljava negativne emocije. Cilj ove tehnike je osveščivanje automatskih misli, sagledavanje povezanosti misli, emocija i ponašanja, analiza racionalnosti misli i prepoznavanje kognitivnih distorzija, sagledavanje mogućih alternativa u proceni iste situacije), relaksacija i upravljanje stresom (klijent uči niz strategija za upravljanje stresom i anksioznošću, kao što su mišićna relaksacija, vežbe disanja, meditacija), asertivni trening (učenje veština komunikacije, radi postizanja doživljava lične efikasnosti i poštovanja sebe) i veštine rešavanja problema (ove tehnike omogućavaju klijentu da identifikuje problem, napravi razliku između činjenica i pretpostavki, sagleda moguće alternativne načine tumačenja situacije i rešavanja problemske situacije, napravi izbor jedne strategije i primeni je uz kasniju evaluaciju uspešnosti) (Applegarth, 2022).

Imajući u vidu navedene ciljeve, vrlo jasno definisane tehnike i kraće trajanje ove terapije u odnosu na terapije drugih terapijskih modaliteta, ne iznenađuje široka upotreba KBT-a u radu sa osobama koje se suočavaju sa neplodnošću (Applegarth, 2006). Istraživanja su pokušala da ispitaju efektivnost KBT-a kada su osobe koje se suočavaju sa ovim problemom u pitanju. U istraživanjima je najčešće ispitivan efekat terapijskih intervencija na redukovanje stresa, anksioznosti, depresije i povećanje kvaliteta života i subjektivnog blagostanja. U jednom od istraživanja upoređivan je efekat KBT-a, lekova i odsustva intervencija. Ispitano je osamdeset devet žena koje su se suočavale sa problemom neplodnosti i koje su imale dijagnozu blage do umerene depresije. Uzorak je podeljen u tri grupe. Jedna grupa je bila na medikamentoznoj terapiji antidepresivima. Druga grupa prošla je deset terapijskih seansi u kojima su primenjivane tehnike iz KBT-a. Treća grupa je bila kontrolna – nisu primenjene nikakve intervencije. Uspeh u lečenju depresije izražen procentima bio je u grupi koja je koristila lekove 50%, u kontrolnoj grupi 10% i u grupi koja je prošla kroz program iz KBT-a 79,3%. Autori zaključuju da se efekti psihoterapije mogu meriti sa efektima farmakoterapije (Faramarzi et al., 2008). Još jedno istraživanje svedoči o pozitivnom efektu KBT-a u smislu smanjenja stresa, anksioznosti i depresije, kao i povećanja psihološke otpornosti (Mosalanjad et al., 2012). Pored smanjenja depresije, odnosno negativnih emocija i uopšte psiholoških problema (Talaie et al., 2014), pokazalo se da su pozitivni efekti primene KBT-a u grupi žena koje se suočavaju sa neplodnošću poboljšanje svih aspekata psihološkog blagostanja, uključujući samoprihvatanje, nalaženje svrhe i smisla, pozitivne odnose, lični rast i razvoj i upravljanje okruženjem (Marashi et al., 2021). Takođe KBT doprinosi poboljšanju sopstvene slike o telu (skup doživljava, misli i osećanja vezanih za sopstveno telo) žena koje se suočavaju sa neplodnošću (Ahmadi et al., 2017).

Međutim, treba biti oprezan, jer apsolutno verovanje u neku tehniku ili metodu može dovesti do neuspeha. Savetnici i psihoterapeuti već ovo znaju, pa se

sa iskustvom okreću eklektičkom pristupu. Pokazalo se da je i u radu sa osobama koje se suočavaju sa neplodnošću ista situacija. U kvalitativnoj studiji u kojoj je vođen intervju sa savetnicima i psihoterapeutima dobijeni su podaci koji pokazuju da svi ispitanici koriste eklektički pristup, odnosno u radu koriste tehnike iz različitih terapijskih pravaca: KBT, dijalektičke bihevioralne psihoterapije (DBT), suportivne terapije, terapije prihvatanjem i posvećenošću (ACT), psihodinamske terapije itd. Najčešće su koristili KBT, DBT i pristup koji se oslanja na majndfulness (eng. mindfulness), mada uvek u kombinaciji sa drugim pristupima. Međutim, dobijeni su i sledeći odgovori:

„Povremeno bih mogao posegnuti za KBT-om...ali moram biti veoma oprezan jer... distress koji žena doživljava...jeste normalan odgovor na abnormalnu situaciju.”

„Ne postoji ništa više obezvređujuće za ženu koja je doživela višestruke gubitke nego kada sedneš sa njom i kažeš: *Pa, šta su to kognitivne distorzije?*... To je obezvređujuće.” (Dube et al., 2021, str. 8)

Neki ispitanici su smatrali da je KBT u kontekstu neplodnosti neprimenjiva, čak beskorisna (Dube et al., 2021). U nastavku treba pomenuti nalaz o ograničenoj efikasnosti kognitivne restrukturacije, meditacije zasnovane na majndfulnessu i progresivne mišićne relaksacije, kada je populacija osoba koje se suočava sa neplodnošću u pitanju (Frederiksen et al., 2015).

Navedeno nas upozorava da je zapravo neophodan individualni pristup i primena tehnika shodno prirodi problema i prirodi samog klijenta. Ne postoji univerzalno dobar način rada, posebno u radu sa osetljivom populacijom, kao što su osobe koje se obraćaju za pomoć savetniku ili psihoterapeutu. U kontekstu rečenog KBT će kod nekih klijenata biti delotvorna, dok kod nekih neće imati značajne efekte. Drugačije ne bi ni bilo moguće, s obzirom na svu kompleksnost individualnih razlika.

7.2.1. Dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT)

Dijalektičko-bihevioralna terapija (u daljem tekstu DBT) predstavlja oblik KBT-a, odnosno spada u treći talas KBT-a. Osmislila ju je Marša Linehan (Linehan, 1993a; Linehan 1993b, prema McKay et al., 2019). Njen primarni cilj bio je „[...] naći način da pomogne visoko suicidalnim osobama da nauče da izgrade život koji je vredan življenja.” (Chapman & Dixon-Gordon, 2020, str. 7) Glavni cilj ove terapije jeste pomoć ljudima da prevladaju preplavljujuće negativne emocije, odnosno da prevladaju stres bez gubljenja kontrole i destruktivnog ponašanja. Ovaj cilj se postiže kroz učenje klijenta različitim veštinama koje omogućavaju održanje emocionalne ravnoteže. U te veštine spadaju tolerancija distresa, majndfulness (eng. mindfulness, veštine pune svesnosti), veštine regulisanja emocija i veštine interpersonalne efikasnosti (McKay et al., 2019). Dakle, DBT se fokusira na emocionalne i socijalne komponente i namenjena je klijentima koji pokazuju ekstremnu emocionalnu nestabilnost i štetne forme ponašanja. Česta dijagnoza ovakvih osoba jeste granični poremećaj ličnosti. Brojna istraživanja potvrđuju uspešnost ove terapije, posebno kada je reč o samopovređivanju (Applegarth, 2022).

Na više mesta u petom poglavlju napomenuto je da neplodnost može biti izvor stresa visokog intenziteta i da ovo iskustvo zapravo predstavlja životnu krizu. U zavisnosti od strukture ličnosti pojedinca, ovakvo negativno iskustvo može dovesti do vrlo intenzivnih emocionalnih reakcija⁵⁰, pa i suicidnosti u pojedinim, mada retkim, slučajevima. DBT pokušava da integriše četiri ključna elementa – biološki, ekološki, duhovni i bihevioralni element ljudske borbe, u sveobuhvatnu celinu. Podučava klijente da su njihova iskustva stvarna, pri čemu je veliki akcenat na samoprihvatanju, bez obzira na težinu iskustva. Cilj je napraviti ravnotežu između potrebnih promena osobe i potpunog prihvatanje sebe u datom trenutku (Applegarth, 2022). Neke od tehnika DBT koje imaju za cilj poboljšanje tolerancije na distress mogu pomoći ženama koje se suočavaju sa problemom neplodnosti tokom stresnih medicinskih procedura i faza lečenja ili nakon uznemiravajućih i nepovoljnih vesti i informacija. Pored toga, veštine interpersonalne efikasnosti takođe mogu biti od pomoći ovim osobama, posebno u slučaju suočavanja sa (ne-namernim) beskorisnim savetima i komentarima okruženja⁵¹ (Dube et al., 2021). Nema mnogo dokaza o uspešnosti DBT na polju suočavanja sa neplodnošću, međutim, rezultati studija koje su se bavile ispitivanjem učinka ove terapije kod pojedinih grupa pacijenata obolelih od hroničnih bolesti pokazuju njenu uspešnost. Naime, pokazalo se da je DBT uspešna u redukciji anksioznosti i poboljšanju socijalnih performansi kod osoba koje boluju od dijabetesa (Nourizadeh & Hajalizadeh, 2018, prema Bahrami Kerchi et al., 2021). Pored toga, pokazala se čak uspešnijom od KBT-a u redukciji stresa nakon infarkta miokarda (Nourisaeed et al., 2020). Takođe, primenjene tehnike iz DBT-a umanjile su rizično ponašanje, stres, anksioznost i depresiju kod osoba obolelih od HIV-a (Briler et al., 2018, prema Bahrami Kerchi et al., 2021). Konačno, u jednoj od retkih studija koje su ispitivale efekte primene DBT kod osoba koje se suočavaju sa neplodnošću, dobijeni su rezultati koji pokazuju da je ova terapija uspešno redukovala anksioznost, međutim, nije imala značajni efekat na povećanje seksualnog zadovoljstva (Bahrami Kerchi et al., 2021).

7.2.2. Terapija prihvatanja i posvećenosti (ACT)

Terapija prihvatanja i posvećenosti (Acceptance and Commitment Therapy; ACT u daljem tekstu) pripada trećem talasu KBT-a i jedna je od novih kognitivno-bihevioralnih terapija orijentisanih na prihvatanje i punu svesnost, kao između ostalih, i DBT. Umesto da se fokusiraju direktno na promenu psihološkog doživljaja, ove intervencije zapravo nastoje da promene funkciju koju taj doživljaj ima i odnos pojedinca prema njemu. Dakle, terapeuti koji primenjuju ACT neće u radu biti usmereni na promenu forme privatnog iskustva klijenta, već na promenu funkcije iskustva kroz promenu društvenog i verbalnog konteksta u kome su neki oblici aktivnosti (npr. osećanja i misli) povezani sa nekim drugim (npr. ponašanje). U tom

⁵⁰ Videti peto poglavlje.

⁵¹ Videti poglavlje *Socijalna podrška*.

smislu, ACT se usmerava na psihološku nefleksibilnost, iskustveno izbegavanja i napore od strane klijenta da smanji i upravlja neželjenim i neprijatnim iskustvima. Iskustveno izbegavanje odnosi se na nastojanje osobe da promeni učestalost i oblik privatnog iskustva, odnosno misli, sećanja, telesnih senzacija itd. (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2012) i povezano je sa visokim nivoima anksioznosti, depresije i psihosocijalne disfunkcionalnosti (Hayes et al., 2006). U kontekstu iskustvenog izbegavanja može se, prema Petersonu i Eifertu (Peterson & Eifert, 2011), videti korisnost primene ACT u radu sa osobama koje se suočavaju sa problemom neplodnosti. Ovi autori napominju da bi ACT mogao pomoći ovim osobama da prihvate osećanja razočarenja, tuge, strepnje i odustanu od ponašanja koje ima za cilj oslobađanje od ovakvih negativnih emocija. Upravo je prihvatanje suprotno iskustvenom izbegavanju – prihvatanje misli i osećanja bez pokušaja sprovođenja bilo kakve promene. Prihvatanje predstavlja način povećanja mogućnosti sprovođenja akcije u skladu sa sopstvenim vrednostima. Ono nije pasivno, već uključuje aktivni stav radoznalosti, interesovanja i namernog istraživanja sopstvenih unutrašnjih doživljaja. Sve opisano ima za cilj povećanje psihološke fleksibilnosti pojedinca (Hayes et al., 2012). Dalje, Peterson i Eifert (Peterson & Eifert, 2011) napominju da bi ACT mogao pomoći osobama koje se suočavaju sa neplodnošću da okončaju svoju borbu sa negativnim osuđujućim mislima i procenama u vezi sa nemogućnošću začeca ili nemogućnošću održavanja trudnoće. U vezi sa ovim, jedan od ciljeva ACT jeste umanjenje kognitivne fuzije. Kognitivna fuzija predstavlja proces čija je posledica izjednačavanje unutrašnje sa spoljašnjom realnošću, tj. verujemo da ono što mislimo u potpunosti odgovara realnosti. ACT pokušava da umanjí fuziju tako što menja odnos pojedinca prema sopstvenim mislima. Tehnike kognitivne defuzije i pune svesnosti se koriste da bi se stvorila veća fleksibilnost u prisustvu negativnih misli, što se zapravo delimično postiže isticanjem činjenice o protočnosti misli (misli dođu i prođu; tretirati misli kao oblake koji plove po nebu) (Hayes et al., 2012). Krajnji cilj defuzioniranja jeste smanjenje negativnih emocija podstaknutih negativnim mislima, što je upravo ono što je ponekad potrebno osobama koje se suočavaju sa problemom neplodnosti.

Prema ACT perspektivi, stres prisutan kod osoba koje se suočavaju sa neplodnošću potiče od nedostatka volje da se prihvate sopstvene emocionalne reakcije na stres, dok se istovremeno ulažu naporí u sprovođenje emocionalne kontrole i strategije izbegavanja misli i osećanja povezanih sa neplodnošću. Sve ovo zahteva velike količine vremena i energije i najčešće rezultira osećanjem bespomoćnosti i doživljajem odsustva kontrole. Iskustveno izbegavanje povezano je sa kognitivnom fuzijom. Misli vezane za neplodnost, negativne najčešće, postaju istine, a osoba sve vreme pokušava da ih promeni. Svi ovi procesi dovode do još veće patnje. ACT pomaže osobama koje se suočavaju sa problemom neplodnosti da na misli, čiji je sadržaj povezan sa problemom, reaguju fleksibilnije i da ih u manjoj meri tretiraju kao verbalne formulacije istine ili stvarnosti. Misli se jednostavno i samo opserviraju, bez pokušaja bilo kakve intervencije u cilju promene ili osporavanja (Peterson & Eifert, 2011).

Pored prihvatanja i defuzioniranja, u okviru ACT-a radi se i na punoj svesnosti i usmerenosti na sadašnji trenutak, razvijanju posmatračkog selfa, koji obezbeđuje siguran psihološki prostor za suočavanje sa negativnim emocijama (Hayes, 1984, prema Hayes et al, 2012), na usmerenosti na vrednosti i povezivanju ponašanja sa vrednostima, odnosno posvećenoj akciji. Posvećena akcija podrazumeva preusmeravanje ponašanja i povećanje obrazaca efikasnog delovanja koji su u vezi sa vrednostima pojedinca, čime se omogućava život u skladu sa sopstvenim vrednostima (Hayes et al., 2012). Sve ove intervencije zapravo su usmerene ka povećanju psihološke fleksibilnosti. U tom smislu bi ACT mogao pomoći i osobama koje se suočavaju sa problemom neplodnosti da razviju i posvete se akciji i ponašanju povezanom sa vrednostima koje ističu u svom životu. Ovo je za ove osobe posebno važno, jer problem neplodnosti dovodi do nedoslednosti između onoga što je osobi važno i realnosti njene životne situacije. Zapravo, ključna vrednost – biti roditelj, kod ovih osoba je osujećena (Peterson & Eifert, 2011).

Rezultati istraživanja ukazuju da primena ACT-a kod osoba koje se suočavaju sa neplodnošću ima pozitivne efekte u smislu povećanja kvaliteta života, subjektivnog blagostanja, optimizma, unapređenja mentalnog zdravlja i smanjenja stresa (Haji-Adineh et al., 2019; Hosseinpanahi et al., 2020; Peterson & Eifert, 2009; Rahimi et al., 2019). Međutim, većina ovih istraživanja sprovedena je na Srednjem istoku, te je neophodno navedene rezultate proveriti u drugim kulturnim i društvenim kontekstima (Dube et al., 2021).

7.3. Suportivna psihoterapija

Individualna suportivna psihoterapija predstavlja terapijski modalitet usmeren ka smanjenju simptoma, povećanju samopoštovanja i uvećanju adaptacionih kapaciteta (Winston et al., 2004). Ključni elementi suportivne terapije jesu pažljivo slušanje i podsticanje ekspresije emocija i misli u cilju postizanja boljeg razumevanja sopstvene situacije i prepoznavanja mogućih alternativa od strane klijenta. Po nekim autorima, ova terapija predstavlja najzastupljeniju terapiju u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja i na psihijatrijskim klinikama. Bazira se na teorijama učenja i principima psihodinamske psihoterapije i KBT-a (Applegarth, 2022). Prema nekim praktičarima, suportivna terapija je neopravdano zanemarena i često se izjednačava sa „biti fin prema klijentu“ ili „držati klijenta za ruku“ (Markowitz, 2014). Zato Winston i saradnici (Winston et al., 1986) naglašavaju razliku između suportivnog odnosa, koji bi trebalo da bude jedan od ključnih elemenata svake psihoterapije, i suportivne terapije. Suportivna terapija se zasniva na dijagnostičkoj proceni, a terapijske intervencije su promišljene, planirane i usmerene ka postizanju terapijskih ciljeva (Winston et al., 2004). Ova terapija može se koristiti za dve grupe klijenata. Prvu grupu čine one osobe kod kojih bi cilj terapije bio povećanje adaptabilnosti i promene u ličnosti zasnovane na samorazumevanju. Drugu grupu čine osobe sa kojima bi terapeut radio na poboljšanju samopoštovanja,

povećanju ugodnosti i na prevenciji pogoršanja. Kao što je već napomenuto, i u suportivnoj terapiji, mada je ne možemo izjednačavati sa suportivnim odnosom, relacija između terapeuta i klijenta veoma je važna. Upotreba specifičnih tehnika zasniva se na proceni problema i samog klijenta. Na primer, u cilju izgradnje terapijskog saveza koristiće se izrazi interesovanja za klijentove unutrašnje doživljaje, pokazivanje empatije i specifičan stil komunikacije koji je prijateljski, ali uvek sa ciljem i svrhom. Ukoliko je cilj izgradnja samopoštovanja klijenta, mogu se koristiti sledeće tehnike: razuveravanje, normalizacija i ohrabivanje. Razuveravanje je najefikasnije kada je povezano sa klijentovim ciljevima i prošlim uspesima. Naravno, razuveravanje ne podrazumeva poricanje neprijatne stvarnosti ili govorenje prijatnih neistina. Izgradnja veština uključuje podučavanje, savete i vođenje kroz anticipaciju. Normalizacija i reuokviravanje mogu biti od koristi u redukciji anksioznosti. U cilju povećanja svesti klijenta o svom problemu mogu se koristiti klarifikacija, konfrontacija i interpretacija, mada se interpretacija u suportivnoj terapiji koristi mnogo ređe nego u psihodinamskoj i na mnogo širi i indirektniji način. U okviru primene suportivne terapije klijenti mogu biti ohrabreni da traže dodatne resurse i da razvijaju strategije za korišćenje novih resursa. Ciljevi suportivne terapije, bez obzira na stepen suportivnosti, uvek su sledeći: povećanje svesnosti klijenta o odnosu između njegovog ponašanja i odgovora drugih ljudi, povećanje sposobnosti da sistematizuje uzročno-posledične odnose i povećanje njegovog uvažavanja, na svesnom nivou, veze između prošlosti i sadašnjosti (Applegarth, 2022; Winston et al., 1986).

Iz svega navedenog jasno je da suportivna terapija može imati široku primenu u okviru rada profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja koji rade sa osobama suočenim sa problemom neplodnosti. Suportivna terapija je zapravo izbor mnogih savetnika i psihoterapeuta koji rade sa ovom specifičnom populacijom, zbog toga što se manje fokusira na nesvesne nagone i konflikte, a više na aktuelne probleme i svesne psihološke potrebe, te je zbog ovoga češće u skladu sa željama i očekivanjima onih koji traže pomoć. Pomoću ove terapije savetnici pomažu osobama sa problemom neplodnosti da nastave svoj put i donesu odluke koje su neophodne da bi se prilagodili na promene, bilo hronične ili akutne, a obe vrste promena neplodnost i lečenje neplodnosti donose osobi (Applegarth, 2022).

Zaključak

U drugom poglavlju bilo je reči o razvoju psihološke podrške i savetovanja u okviru Modela psiholoških konsekvenci neplodnosti. U ovom poglavlju razmatrali smo, pre svega, potrebu osoba koje se suočavaju sa neplodnošću za psihološkom podrškom. Većina istraživanja pokazuje da značajan broj žena suočenih sa ovim problemom smatra psihološku podršku korisnom, pre svega zbog mogućnosti rada na osećanjima, ali i zbog mogućnosti razmatranja uticaja neplodnosti na partnersku vezu. Kada je reč o psihološkoj podršci, veoma je važno identifikovati

osobe kojima je podrška potrebna, jer se zapravo ispostavilo da nije svima neophodna. U postupku identifikacije možemo se osloniti na samoprocenu. Međutim, postoji i izvestan broj osoba kojima je psihološka podrška neophodna, ali je one ne uzimaju u obzir niti razmatraju, te takvi primeri pokazuju da oslanjanje na samoprocenu nije najpouzdanija metoda. Sledeći način jeste procena stručnjaka. Na kraju, moguće je koristiti brojne upitnike koji nam mogu biti od pomoći u identifikovanju osoba sa značajnim psihološkim problemima. Dalje su razmatrani neki od psihoterapijskih modaliteta koji se primenjuju u radu sa osobama koje se suočavaju sa neplodnošću. Ovde su pomenuti samo neki od modaliteta – psihodinamska psihoterapija, KBT i u okviru KBT-a razmatrane su DBT i ACT, i na kraju suportivna psihoterapija. Jasno je da je svaka od ovih vrsta terapije primenljiva u radu na pojedinim aspektima problema. Međutim, praktičari se sve više okreću eklektizmu, jer ga prepoznaju kao najbolji i najdelotvorniji način rada. Takođe, danas se neguje pretežno individualni pristup zasnovan na sagledavanju specifičnih potreba klijenata. Savetnici i psihoterapeuti su često pozvani da osmisle i evaluiraju intervencije prilagođene određenim fazama lečenja neplodnosti. U kontekstu savremenih nastojanja, a na osnovu prikupljenih saznanja kroz praksu i istraživanja, sve češće se osmišljavaju posebni programi koji se zasnivaju na određenim intervencijama, namenjeni osobama sa problemom neplodnosti. U sledećem poglavlju biće reči upravo o jednom takvom programu kreiranom u Srbiji – **Programu podrške parovima koji se suočavaju sa sterilitetom** - 3PS.

Literatura

- Ahmadi, Z., Abbaspoor, Z., Behroozy, N., & Malehi, A. S. (2017). The effects of cognitive behavioral therapy on body image in infertile women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(10). <https://doi.org/10.5812/ircmj.14903>
- Apfel, R. J., & Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and infertility myths and realities. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(1), 85–104. <https://doi.org/10.1516/0020757021601702>
- Applegarth, L. D. (2006). Individual Counseling and Psychotherapy. In: Covington, S. N. & Burns, L. H. (Eds). *Infertility Counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. (pp. 129–142). Cambridge University Press.
- Applegarth, L. D. (2022). Fertility Counseling for Individuals. In: Covington, S. N. *Fertility Counseling: Clinical Guide*, (pp. 39–48). Cambridge University Press.
- Bahrami Kerchi, A., Manshaee, G. R., & Keshtiaray, N. (2021). The Effect of the Psychological Empowerment and Dialectical Behavior Therapy on Infertile Women's Anxiety and Sexual Satisfaction in Pretreatment Phase of In Vitro Fertilization. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 9(3), 2805–2816. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2021.53830.1658>
- Belir, S., Ansari Shahidi, M., & Mohammadi, S. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on risky behaviors, depression, anxiety and stress in patients with AIDS. *Health Research Journal*, 3(3), 155–162.

- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social science & medicine*, 57(12), 2325–2341. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00138-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00138-2)
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104(2), 251–259. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.035>
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordno, K. L. (2020). *Dialectical Behavior Therapy*. American Psychological Association.
- Dube, L., Nkosi-Mafutha, N., Balsom, A. A., & Gordon, J. L. (2021). Infertility-related distress and clinical targets for psychotherapy: a qualitative study. *BMJ open*, 11(11), e050373. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050373>
- Faramarzi, M., Kheirkhah, F., Esmaelzadeh, S., Alipour, A., Hjiahmadi, M., & Rahnema, J. (2008). Is psychotherapy a reliable alternative to pharmacotherapy to promote the mental health of infertile women? A randomized clinical trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 141(1), 49–53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.07.012>
- Franco, J. G., Baruffi, R. L. R., Mauri, A. L., Petersen, C. G., Felipe, V., & Garbellini, E. (2002). Psychological evaluation test for infertile couples. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 19, 269–273. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1015706829102>
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(1), e006592. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>
- Haji-Adineh, S., Rafeian, S., Tavakoli, S. M., & Farisat, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on optimism about life and psychological well-being in infertile women. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 6(4), 201–208. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v6i4.178>
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hosseinpahani, M., Mirghafourvand, M., Farshbaf-Khalili, A., Esmaeilpour, K., Rezaei, M., & Malakouti, J. (2020). The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy on mental health and quality of life among infertile couples: A randomized controlled trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 9. http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_512_20
- Golshani, F., Hasanpour, S., Mirghafourvand, M., & Esmaeilpour, K. (2021). Effect of cognitive behavioral therapy-based counseling on perceived stress in pregnant women with history of primary infertility: a controlled randomized clinical trial. *BMC psychiatry*, 21, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03283-2>

- Jestrović J. i Mihić, I. (2018). Kakve su potrebe za psihološkom podrškom žena koje se suočavaju sa neplodnošću?. U: Mihić, I. i Zotović, M. (ur) *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima*, (str. 122–142). Filozofski fakultet Univerziteta u Novom Sadu.
- Lehman, A. K., & Salovey P. (1990). An introduction to cognitive behavior therapy In: Wells, R. A. & Gianetti, V. J. (Eds.). *Handbook of the Brief Psychotherapies*. New York. (pp. 239–259). Plenum.
- Leon, I. G. (2010). Understanding and treating infertility: Psychoanalytic considerations. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), 47–75. <https://doi.org/10.1521/jaap.2010.38.1.47>
- Marashi, Z., Behroozi, N., Haghighi-Zadeh, M. H., Nikbakht, R., & Abbaspoor, Z. (2021). Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on Psychological Well-being in Infertile Women: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Infertility & Fetal Medicine*, 12(2), 25–30. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10016-1220>
- Markowitz, J. C. (2014). What is supportive psychotherapy?. *Focus*, 12(3), 285–289. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.12.3.285>
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2019). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance*. New Harbinger Publications.
- Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34(4), 313–319. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)45031-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)45031-4)
- Mosalanejad, L., Koolaee, A. K., & Jamali, S. (2012). Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 10(5), 483–488.
- Nourisaeed, A., Ghorban-Shiroudi, S., & Salari, A. (2021). Comparison of the effect of cognitive-behavioral therapy and dialectical behavioral therapy on perceived stress and coping skills in patients after myocardial infarction. *ARYA Atherosclerosis Journal*, 17(1), 2188. <http://dx.doi.org/10.22122/arya.v17i0.2188>
- Opsenica Kostić, J., Mitrović, M., & Panić, D. (2021). The experience of infertility and quality of life of women undergoing the ivf process – a study in Serbia. *International Psychological Applications Conference and Trends – InPACT 2021, Proceedings*, 22–26. ISSN: 2184-2205 e-ISSN: 2184-3414 ISBN: 978-989-54815-5-2 <http://inpactpsychoconference.org/wp-content/uploads/2021/04/InPACT-2021-Proceedings.pdf>
- Opsenica Kostić, J., & Mitrović, M. (2022). Identifying women with psychological problems during the in vitro fertilization process: the Psychological Evaluation Test (PET). *Facta Universitatis: Philosophy, Sociology, Psychology and History*, 21(2), 87–100. <https://doi.org/10.22190/FUPSPH22020870>
- Peterson, B., & Eifert, G. (2009). Treating infertility stress in patients undergoing in vitro fertilization (IVF) using acceptance and commitment therapy (ACT). *Fertility and Sterility*, 91(3), S18. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.041>
- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577–587. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.03.004>

- Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P., & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 29*(3), 243-248. <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9701-y>
- Rahimi, E., Attarha, M., & Majidi, A. (2019). Effect of acceptance and commitment therapy on the quality of life in infertile women during treatment: a randomized control trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, 7*(4), 483–489. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.80>
- Read, S. C., Carrier, M. E., Boucher, M. E., Whitley, R., Bond, S., & Zekowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: what do couples really want?. *Patient education and counseling, 94*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.025>
- Salakos, N., Roupa, Z., Sotiropoulou, P., & Grigoriou, O. (2004). Family planning and psychosocial support for infertile couples. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 9*(1), 47–51. <https://doi.org/10.1080/13625180410001698735>
- Sax, M. R., & Lawson, A. K. (2022). Emotional support for infertility patients: integrating mental health professionals in the fertility care team. *Women, 2*(1), 68–75. <https://doi.org/10.3390/women2010008>
- Talaei, A., Kimiaei, S. A., Borhani Moghani, M., Moharreri, F., Talaei, A., & Khanghaei, R. (2014). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in infertile women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 17*(94), 1–9. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.96715>
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling, 81*(3), 422–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009>
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.
- Winston, A., Rosenthal, R. N., & Pinsker, H. (2004). *Introduction to supportive psychotherapy*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Winston, A., Pinsker, H., & McCullough, L. (1986). A review of supportive psychotherapy. *Psychiatric Services, 37*(11), 1105–1114. <https://doi.org/10.1176/ps.37.11.1105>

8. PODRŠKA STRUČNJAKA – PRIMENA PSIHOLOŠKIH ZNANJA U POMOĆI POJEDINCIMA I PAROVIMA KOJI SE SUOČAVAJU SA NEPLODNOŠĆU

Jovana Jestrović Enser

Autorka ovog poglavlja se više godina unazad bavi temom psiholoških aspekata neplodnosti i doprinosa psihologa u ovoj oblasti, kako kroz istraživački rad, tako i u privatnoj praksi. Od samog početka postojala je želja za pronalaženjem takvog modela ili formule podrške koja će ovim parovima zaista olakšati put kroz krizu, koja crpi kapacitete i dovodi do promena u funkcionisanju u svakom životnom domenu. Iako je u poslednjih nekoliko godina, pa i decenija, prisutno viđenje da je neplodnost biopsihosocijalni fenomen, te da najbolji pristup predstavlja onaj koji se bazira na nuđenju sveobuhvatne podrške, iz svakog od domena, čini se da u praksi to i dalje ne izgleda sasvim tako. Većina pokušaja pružanja psihološke podrške, barem u našoj zemlji, uglavnom je ograničena na privatni kontekst i podrazumeva obraćanje parova za tu podršku, a mahom se odnosi na savetovanje ili psihoterapiju. Strana istraživanja pokazuju da je mnogo drugih načina, pored savetovanja i psihoterapije, koji mogu biti od pomoći ovim parovima na putu suočavanja sa neplodnošću.

Stičući uvid u rezultate aktuelnih istraživanja, kao i sprovođenjem istih u našoj zemlji, autorka se trudila da sazna šta je ono što je ovim ljudima zaista potrebno. Ovo nastojanje, uz saradnju sa koleginicama iz Centra *Harmonija* u Novom Sadu, rezultiralo je kreiranjem *Programa Podrške Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom – 3PS*. Ovaj program predstavlja grupni program podrške koji je, kako samo ime kaže, namenjen parovima. Dakle, pored savetodavnog i psihoterapijskog rada sa pojedincima i parovima u privatnoj praksi, još jedan vid podrške za ove parove bio je i spomenuti program. Pored toga, jedan od velikih zadataka psihologa jeste približavanje značaja i važnosti postojanja psihološke podrške, kako parovima koji se suočavaju sa ovim problemom, tako i stručnjacima, članovima medicinskog tima klinika. Imajući navedeno u vidu, autorka je učestvovala na brojnim događajima u vidu predavanja, tribina, diskusija, koji su povezani sa ovom temom. Nadalje, jedna od značajnih stvari jeste saradnja sa relevantnim udruženjima iz oblasti, a to je u našoj zemlji svakako Udruženje *Šansa za roditeljstvo*, koje se od 2016. godine bavi skretanjem pažnje na značaj ovog problema i obezbeđivanjem bolje podrške i uslova za parove koji se suočavaju sa neplodnošću u svakom domenu. Učestvujući na tribini koje je organizovalo ovo Udruženje, kao i na tzv. *Festivalima potpomognute oplodnje*, autorka je takođe radila na razvijanju svesti o značaju uloge psihologa prilikom suočavanja sa neplodnošću. Nešto kasnije iskustvo rada pri klinici za vantelesnu oplodnju upotpunilo je sliku uloge psihologa u ovoj oblasti i autorkinu ideju o tome kako bi psihološka podrška ovim parovima trebalo da izgleda i sprovodi se u praksi.

U poglavlju koje sledi, namera autorke je da vam prenese svoja iskustva, sa osvrtom na rezultate istraživanja i postojeća viđenja, kao i neke od prednosti i izazove svakog od prethodno spomenutih segmenata. Rad sa pojedincima i parovima u privatnoj praksi omogućio je autorki da shvati da zaista nije lako obratiti se za podršku, naročito ako ona podrazumeva dodatni angažman, u smislu traženja psihologa koji se u privatnoj praksi bavi ovim problemom, namesto rada sa psihologom pri klinici koju posećuju zbog medicinskog tretmana. Isto tako, jedan veliki deo rada sa parovima predstavlja tema medicinske podrške, odnosno adekvatnosti pristupa medicinskog osoblja, što je, gotovo sigurno, tema koju lakše otvaraju imajući u vidu izostanak veze sa klinikom, odnosno da ne postoji mogućnost da neke od informacija dođu do osoblja sa klinike. Sa druge strane, iskustvo rada pri klinici za vantelesnu oplodnju bilo je dragoceno u smislu sticanja uvida u to da podrška dobro dođe i onima koji nisu imali nameru da je traže i da prisutnost psihologa kao člana tima zaista ume biti velika prednost u smislu odlučivanja na ovaj korak od strane parova. Zahvaljujući procesu prikupljanja parova i sprovođenja programa za podršku autorka je shvatila da su izazovi koji se navode u stranoj literaturi zaista prisutni i da pretpostavka da se u kontekstu ovog problema žene češće obraćaju za psihološku podršku nije mit. Ipak, ovo otvara pitanje zbog čega je tako teško dopreti do muškaraca, na koje je zadatak nas psihologa da damo odgovor. Isto pitanje prisutno je i u kontekstu istraživanja u ovoj oblasti i činjenice da većina objavljenih istraživanja uključuje samo žene, ili pak žene u puno većem broju od muškaraca. Na samom kraju, učestvujući na tribinama i predavanju koje se odnosi na značaj edukacije medicinskih stručnjaka iz domena psiholoških aspekata neplodnosti, autorka stiče utisak da, iako se to postepeno menja, i dalje postoji dosta prostora za unapređenje u ovom domenu i približavanja značaja psiholoških aspekata prilikom suočavanja sa neplodnošću medicinskim radnicima, kako bi saradnja među stručnjacima, a posledično i usluga i podrška koju parovi dobijaju, bila bolja.

U skladu sa prethodno navedenim, u poglavlju koje sledi bavićemo se sledećim temama:

- Grupni pristup podršci: *Program za Podršku Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom - 3PS*;
- Uloga psihologa pri klinici za vantelesnu oplodnju: Primer dobre prakse;
- Edukacija i psihološka podrška stručnjacima koji rade sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću: Uloga psihologa;
- Važnost spajanja nauke i prakse: izazovi sprovođenja istraživanja u domenu psiholoških aspekata neplodnosti.

8.1. Grupni pristup podršci: *Program za Podršku Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom - 3PS*

Psihološkim aspektima neplodnosti pažnja se polako posvećuje od tridesetih godina prošlog veka, kada se uglavnom verovalo da je kod otprilike trećine parova, za koje se nije znalo šta je u osnovi nemogućnosti začeca, neplodnost posledica nekih psiholoških smetnji, a zadatak psihologa je bio da otkrije kojih

tačno i radi, s parovima, na njihovom otklanjanju (Patel et al., 2018). Skoro trideset godina kasnije beleže se prve ideje o grupnom pristupu radu sa ljudima koji se suočavaju sa ovom krizom. Abarbanel i Bah, 1959. godine, predlažu dodavanje i kratke grupne psihoterapije medicinskom tretmanu neplodnosti (Abarbanel & Bach, 1959). Tek deset godina kasnije ovaj predlog o psihološkoj podršci u svoju praksu uključila je već pominjana Barbare Ek Mening (Barbara Eck Menning), medicinska sestra vizionar; ona započinje ovaj proces, pozivajući žene koje se suočavaju sa neplodnošću da međusobno dele iskustva. Kao rezultat ove zamisli nastaje Nacionalno udruženje za neplodnost *Resolve* (engl: *Resolve: The National Infertility Association*), koje predstavlja prvi korak u uključivanju psihološke podrške u tretman neplodnosti (Wallach & Menning, 1980). Iako se bazirala na podršci od strane ljudi koji se suočavaju sa istim problemom, njen rad postaje dobra osnova za razvoj grupa za podršku parovima koji se suočavaju sa neplodnošću koje vode profesionalci (Zaki & Rabinor, 2022).

Razvijajući se, ovi grupni pristupi dobijaju različite forme i odvijaju se u različitim kontekstima, od domova zdravlja i bolnica, preko centara za vantelesnu oplodnju, do privatne prakse stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja. Oblasti neplodnosti i teme koje su obuhvaćene su raznovrsne, a grupe mogu biti otvorenog ili zatvorenog tipa. Bilo o kom tipu grupa da se radi, osnovni cilj je smanjivanje distresa i osećaja izolovanosti i razmena informacija i podrške između parova koji se suočavaju sa istim problemom, kao i jačanje funkcionalnih strategija prevladavanja (Zaki & Rabinor, 2022).

Generalno gledano, većina grupnih pristupa podrške osobama koje se suočavaju sa neplodnošću, može se svrstati u jednu od sledeće tri kategorije:

1. Grupe podrške

Ovaj vid grupnog rada je najčešće zastupljen u radu sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću. Fokus u ovim grupama je najčešće na emocionalnoj razmeni i diskusiji o mislima i emocijama koje se javljaju kao reakcija na problem, na specifične teme, koje obično iniciraju polaznici. One su manje direktivne i obično otvorenog tipa, a mogu biti vremenski ograničene ili ne, vođene od strane osobe koja prolazi kroz neplodnost ili profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja.

2. Psihoedukativne grupe

Za razliku od grupa podrške, ove grupe su uvek vođene od strane profesionalca i vremenski ograničene, i pre svega se odnose na opremanje polaznika informacijama, edukaciju i obogaćivanje resursa vezanih za neku specifičnu temu ili teme u domenu neplodnosti.

3. Kognitivno-bihevioralne grupe

Ove grupe su takođe vođene od strane profesionalca, više strukturirane, direktivne i orijentisane na cilj. Odnose se na proširenje znanja i učenje veština, zatvorenog su tipa i obično imaju unapred definisan broj susreta. Voditelji ovih grupa moraju posedovati specifične edukacije i kliničko iskustvo u korišćenju kognitivno-bihevioralnih tehnika (Covington, 2006a).

Primeri grupnih programa podrške za parove koji postoje u inostranstvu

Iako su grupni pristupi psihološkoj podršci osobama koje se suočavaju sa neplodnošću u inostranstvu prisutni gotovo nekoliko decenija u različitim formama, bitno je naglasiti da je većina ovih programa namenjena pojedincima, preciznije ženama koje se suočavaju sa neplodnošću, te da je veoma mali broj onih koji uključuju i muškarce (Boivin, 2006). Prilikom pretraživanja baze radova koji se odnose na grupne programe podrške parovima sa infertilitetom, u najvećem broju naslova se nalazi sintagma „žene koje se suočavaju sa neplodnošću“, što takođe ukazuje na manju zastupljenost programa koji su namenjeni parovima i manje učešće muškaraca u sličnim grupama. Nadalje, čak i autori i voditelji programa koji jesu namenjeni parovima često naglašavaju neophodnim učešće makar jednog od članova para, upravo uzimajući u obzir činjenicu da su muškarci ti koji pokazuju manje interesovanja za učestvovanje u ovakvim grupama (Lentner & Glazer, 1991; McNaughton-Cassill et al., 2002), što dovodi do teškoća prilikom formiranja grupe. Istraživanja pokazuju da su u okviru programa namenjenih pojedincima koji se suočavaju sa ovim problemom često izostavljene teme koje se tiču partnerskog i seksualnog funkcionisanja parova (Arpin et al., 2019), što bi trebalo svakako da se nađe u okviru programa podrške, budući da rezultati istraživanja ukazuju na negativne efekte procesa suočavanja sa neplodnošću na seksualni život parova (Wischmann, 2010).

Među grupnim programima podrške najpoznatiji su kognitivno-bihevioralni i tzv. body-mind pristupi, koji su uglavnom namenjeni ženama koje se suočavaju sa neplodnošću (Zaki & Rabinor, 2022). Jedan od grupnih programa podrške namenjen parovima nastao je kao adaptacija upravo jednog od body-mind programa. Radi se o programu kreiranom od strane autora iz Belgije, koji pored body-mind pristupa uključuju i art psihoterapiju i grupnu porodičnu terapiju; kreiraju program od šest susreta namenjenih parovima koji se suočavaju sa neplodnošću i do sada su imali najmanje tri neuspela tretmana. Voditelj programa je bio terapeut sa edukacijom iz oblasti body-mind pristupa, u saradnji sa medicinskom sestrom – koordinatorom tretmana iz centra za vantelesnu oplodnju i porodičnim terapeutom, a susreti se odvijaju na klinici jednom u mesec dana. Prvi susret u okviru programa namenjen je upoznavanju parova i stvaranju grupne kohezije, kao i razgovoru o temama koje će slediti, dok se na drugom otvara priča o emocijama sa kojima se susreću tokom suočavanja. Treći susret dominantno je posvećen efektu koji suočavanje sa neplodnošću ostvaruje na partnerski odnos, a četvrti reakcijama drugih ljudi. Na petom susretu bavili su se mestom koje zauzima želja za detetom u njihovom životu, dok se na poslednjem, šestom, obrađuje tema granica i limita tretmana i alternativa koje su parovima prihvatljive. Iako su parovi bili veoma zadovoljni učešćem u programu, on nije empirijski evaluiran, te nisu poznati njegovi efekti na mentalno zdravlje svakog od članova para, njihov partnerski odnos i druge socijalne odnose (Lemmens et al., 2004).

Ipak, postoje primeri grupnih programa iz inostranstva koji su namenjeni parovima, a čije evaluacije ukazuju na korisnost istih za parove u domenu mental-

nog zdravlja i partnerskih odnosa. Jedan od njih je i program koji su kreirali autori iz Kanade, baziran na kognitivno-bihevioralnom pristupu, koji se sastoji od šest susreta u trajanju po devedeset minuta, sa dinamikom od jednog susreta u dve nedelje. Prvi susret posvećen je upoznavanju članova grupe i uvodu u temu neplodnosti. Na drugom susretu učesnici imaju priliku da se bave emocijama koje se javljaju u procesu suočavanja sa neplodnošću, najčešćim reakcijama i polnim razlikama. Treći susret posvećen je učenju o različitim opcijama tretmana neplodnosti, dok se na četvrtom susretu bave izvorima stresa i učenjem veština za nošenje sa njim. Peti susret posvećen je partnerskom odnosu, jačanju podrške među partnerima i razvijanju komunikacijskih veština, dok na poslednjem susretu parovi imaju priliku da razgovaraju o alternativama roditeljstvu. Rezultati evaluacije programa ukazuju da su učesnici, nakon pohađanja programa, pokazivali manje simptoma depresije, bolju prilagođenost i kvalitet života, kao i manje odbijanje života bez deteta. Pored toga, kada se radi o partnerskom domenu, i muškarci i žene govore o povećanju bračnog benefita, kroz učenje komunikacijskih veština za bolje nošenje sa stresom i pružanje podrške partneru. Na samom kraju, svi učesnici su procenili program veoma korisnim, ističući da je ovaj vid grupne intervencije bio u potpunosti u skladu sa njihovim potrebama za podrškom (Arpin et al., 2019).

8.1.1. Proces kreiranja Programa

Bez obzira na sve pomake u istraživačkom smislu navedene u prethodnim poglavljima, kao i programe i primere dobre prakse iz inostranstva, pružanje psihološke podrške parovima koji se suočavaju sa neplodnošću u Srbiji i dalje je mahom zasnovano na savetovanju i psihoterapijskom pristupu. Ova, ne tako ohrabrujuća istina bila je motivacija za kreiranje *Programa za Podršku Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom - 3PS* (Jestrović i sar., 2017). Nakon pregleda strane literature, primera programa podrške (Lemmens et al., 2004), i, tada, prilično malobrojnih rezultata istraživanja sprovedenih u našoj zemlji, autorke su došle do osnovne ideje o tome šta bi program trebalo da uključuje i šta je ono što bi parovi mogli videti kao korisno. Osnovna ideja oko koje se većina autora slaže jeste da bi ovakve grupe trebalo da se baziraju na deljenju iskustava i emocija, dobijanju informacija, unapređenju komunikacijskih veština, tehnikama relaksacije i drugim strategijama suočavanja, kao i na obezbeđivanju drugih oblika psihološke podrške (Boivin et al., 2001). Nadalje, rezultati kvalitativnih istraživanja u kojima su parovi ispitivani o podršci koja im je potrebna tokom procesa suočavanja sa neplodnošću ukazuju na značaj uključivanja oba partnera i fokus na jačanju zajedništva među partnerima, učenju pružanja podrške jedno drugom i komunikacijskih veština za nošenje sa problemom, kao i fleksibilnost u prihvatanju drugih ishoda i potencijalnog života bez dece (Ying et al., 2015b). Ipak, kako bi upotpunile ove ideje i bile sigurne da će kreirani program zaista biti baziran na potrebama naših ljudi koji se suočavaju sa ovim problemom, a u skladu sa smernicama stranih istraživača (Van den Broeck et al., 2010), autorke su sprovele istraživanje o oblicima podrške koja je neophodna, kao i o temama koje smatraju važnim za obradu u okviru Programa.

Za potrebe istraživanja kreiran je *Upitnik za procenu potreba za podrškom osoba sa neplodnošću* (Jestrović i sar., 2017) koji se sastoji od 21 stavke, koje su podeljene na pet oblasti:

- *Potreba za razgovorom o osećanjima koja su se javljala* (usled neuspehlikih pokušaja trudnoće, tokom ispitivanja i dijagnostike, prilikom saznanja za neplodnost, tokom odlučivanja o vantelesnoj oplodnji, tokom postupka vantelesne oplodnje, nakon neuspehlikih pokušaja vantelesne oplodnje i koja su prisutna sada)
- *Potreba za razgovorom o značenju dijagnoze neplodnosti* (za mene kao pojedinca i za nas kao par)
- *Potreba za razgovorom o alternativama biološkom roditeljstvu* (karakteristikama, prednostima i nedostacima svake od njih i tome kako bi izgledao naš život ukoliko bismo odustali od roditeljstva)
- *Potreba za radom na kvalitetu partnerskog odnosa* (jačanje partnerskog odnosa, otvorena komunikacija o krizi, razgovor o emocijama, razgovor o izazovima i teškoćama, konstruktivno rešavanje konflikata, razgovor o značenju seksualne bliskosti i razgovor o finansijama tokom lečenja)
- *Potreba za uključivanjem u socijalni život i otvorenim razgovorom o problemu sa bliskim ljudima.*

Na kraju upitnika ostavljen je prostor da ispitanici upišu ukoliko im je potrebna podrška u nekoj od oblasti koja se ne nalazi u upitniku.

Na osnovu odgovora devedeset ispitanica koje se, u različitom vremenskom trajanju, suočavaju sa neplodnošću, dobijeno je da je ispitanicama važno da razgovaraju o osećanjima sa kojima se nose u svim etapama borbe sa neplodnošću, da zajedno kao par razgovaraju o emocijama i teškoćama, alternativama i mogućnosti života bez dece, kao i o uključivanju u socijalni život van neplodnosti i o socijalnoj podršci. Interesantno je da su ispitanice dodale da bi im bilo od koristi da razgovaraju sa drugim parovima koji se suočavaju sa istom krizom i saznaju o njihovom načinu borbe sa socijalnim pritiscima u vidu pitanja poput ovih: „Kada će beba?“, „Šta čekate?“ i sl. (Jestrović i Mihić, 2018). Ovaj nalaz može se objasniti značajem grupnog rada, koji pojedincima i parovima nudi priliku da dele sa ostalima koji se suočavaju sa istim stresorom i dobiju normalizaciju svojih osećanja, ali i priliku da nauče nove strategije koje mogu biti od pomoći pri suočavanju sa specifičnim emocijama i situacijama, ili pak u domenu regulacije odnosa sa prijateljima i porodicama porekla (Van den Broeck et al., 2010).

U skladu sa preporukama Boivinove, koja govori o značaju kombinovanja naučnih istraživanja i praktičnog iskustva u kreiranju najadekvatnije podrške (Boivin, 2006), strana literatura, rezultati prethodno opisanog istraživanja o potrebama žena koje se suočavaju sa neplodnošću, kao i praktično iskustvo iz direktnog rada sa pojedincima i parovima koji se suočavaju sa ovim problemom, bili su osnova za kreiranje 3PS-a.

Ovaj program predstavlja prvi strukturisani program podrške parovima koji se suočavaju sa neplodnošću koji je empirijski zasnovan, kako na rezultatima dobija-

nim od strane stranih istraživača (za pregled: Boivin, 2003), tako i na osnovu ispitivanja potreba stanovnika naše zemlje koji se suočavaju sa ovim problemom (Jestrović i Mihić, 2018). Ukoliko se osvrnemo na podelu grupnih pristupa podršci osobama koje se suočavaju sa neplodnošću, ovaj program bi spadao u psihoedukativne, budući da je vođen od strane profesionalaca (psihologa), zatvorenog tipa, unapred određenog trajanja, usmeren na podršku, ali i sticanje znanja i veština neophodnih za nošenje sa ovom krizom (Zaki & Rabinor, 2022). Među empirijski zasnovanim pristupima, psihoedukativni pristupi su se pokazali jednim od najefikasnijih, s obzirom na to da uključuju informacije o dijagnozi, ali i alate za efikasnije suočavanje sa situacijom u kojoj se polaznici nalaze (Lukens & McFarlane, 2004). U istraživanju koje je 2003. godine sprovela Boivinova dobijeno upravo navedeno – bez obzira na neosporiv značaj postojanja grupa podrške, psihoedukativne grupe, na kojima parovi imaju mogućnost učenja veština za bolje suočavanje sa problemom, ostvaruju veće pozitivne efekte. U prilog postojanju programa kakav je 3PS govori još jedan od značajnih nalaza ovog istraživanja; naime, pored postojanja edukativne komponente, bitno da pristup bude grupni, budući da grupa kao takva parovima sa neplodnošću pruža validaciju i normalizaciju iskustva sa kojim se suočavaju (Boivin, 2003). Pozitivni efekti grupnih pristupa podrške ovim parovima ogledaju se u poboljšanju socijalne podrške, mentalnog zdravlja pojedinca, partnerskog funkcionisanja, kao i upravljanju stresom sa kojim se suočavaju (Boivin, 2006).

Kako je prethodno navedeno, parovima su dostupni različiti oblici podrške u procesu suočavanja sa ovim problemom. Osnovna prednost ovog programa ogleda se u činjenici da on predstavlja kombinaciju tri različita izvora podrške:

- *Podrška od strane stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja – psihologa*
Kako je već ranije spomenuto, na značaj psihološke podrške prilikom suočavanja sa neplodnošću skrenula je pažnju još Barbara Ek Mening (Barbara Eck Menning) davnih sedamdesetih godina prošloga veka (Wallach & Menning, 1980). Od tada, do danas, psihološka podrška u ovoj oblasti je napredovala u velikoj meri i dijapazon podrške koja se nudi se proširio toliko da parovi ili pojedinci kojima je ona potrebna gotovo sigurno mogu naći nešto „po svojoj meri“, odnosno pristup koji im odgovara na putu suočavanja. Zadatak voditelja-psihologa u okviru ovog programa jeste moderiranje grupe, normalizovanje emocija, misli i ponašanja, uočavanje i ukazivanje na sličnosti među parovima u procesu suočavanja, izvlačenje procesa i strategija koji mogu biti korisni ostalim učesnicima, učenje parova funkcionalnim strategijama (Van den Broeck et al., 2010), ali i veštinama koje im mogu biti korisne u procesu nošenja sa ovom krizom, poput veštine asertivne komunikacije (sa partnerom, socijalnim okruženjem, medicinskim osobljem) i aktivnog slušanja (Sydsjö et al., 2005).
- *Podrška od strane ljudi koji se suočavaju sa istim problemom*
U navedenom istraživanju koje je poslužilo kao osnova za kreiranje programa (Jestrović i Mihić, 2018), kao dopunu upitniku ispitanice navode

značajnost razmene iskustava sa ljudima koji prolaze kroz sličnu krizu. Ovaj podatak nije začuđujući, s obzirom na to da istraživanja dosledno ukazuju na značaj podrške među ovim parovima, i to kroz normalizaciju i pružanje osećaja da „nisu sami“ i da je to kako se osećaju očekivano, s jedne strane, ali i kroz mogućnost učenja drugačijih strategija suočavanja, koje do sada nisu probali, s druge (Boivin, 2003).

- *Podrška od strane partnera*

Tokom procesa suočavanja sa neplodnošću podrška partnera se pokazala značajnijom od ostalih vidova socijalne podrške (Martins et al., 2014). Upravo zbog prepoznavanja njenog značaja, kao i posmatranja neplodnosti kao dijadnog problema, nasuprot problema pojedinca (Burns & Covington, 2006), u ovaj program podrške uključeni su parovi, a ne pojedinci. Vežbe koje su obuhvaćene programom neguju podršku među članovima para i uče ih kako da jedno drugo bolje razumeju i podrže kada je potrebno, budući da su jedno drugom osnovni, a ponekad i jedini izvor podrške na putu suočavanja sa neplodnošću (Jenkins, 2019).

Program 3PS namenjen je isključivo parovima i neophodno je učešće oba člana para, što, s jedne strane, predstavlja izazov za voditelje prilikom formiranja grupe parova, ali s druge strane donosi dodatni benefit za parove, budući da, osim grupne podrške i podrške od strane psihologa, uključuje i podršku partnera. Takođe, pohađanje programa od strane parova omogućava ženama i muškarcima da čuju pripadnike suprotnog pola, osim svojih supružnika, da izražavaju slična osećanja ili pokazuju slična ponašanja kao njihovi supružnici, što dovodi do normalizacije razlika među polovima u procesu suočavanja sa ovom krizom (Covington, 2006a). O'Donelova sprovodi istraživanje o razlikama u iskustvima žena koje su same pohađale *Mind-body workshop* i onih koje su ovaj program pohađale sa svojim partnerima. Dobijeni nalazi ukazuju na to da je i jednoj i drugoj grupi žena od velikog značaja postojanje grupe i podrške i razumevanja od strane ljudi koji se suočavaju sa istim problemom, ali žene iz druge grupe, koje su prisustvovala programu zajedno sa svojim partnerom, naglašavaju i značaj njegovog prisustva, i toga što su kroz iskustvo programa prošli zajedno, imajući priliku da uvide druge perspektive i nauče veštine komunikacije neophodne da se kao par bolje nose sa ovim iskustvom (O'Donnell, 2006); ovo govori u prilog pravljenju programa namenjenih isključivo parovima koji se suočavaju sa neplodnošću, kakav je 3PS. Takođe, uključivanje oba člana para krucijalno je za obraćanje pažnje na psihološke potrebe muškaraca, kao i njihovih partnerki, ali i učenje načina kako mogu biti od pomoći jedno drugom prilikom suočavanja sa stresom, što je u literaturi nazivano *dijadni koping* (Sexton et al., 2010). Pored toga, zajedničko učestvovanje u programu može biti od koristi za jačanje koncepta zajedništva i benefita po partnerski odnos (Hi-Kwan Luk & Loke, 2016), posebno uzimajući u obzir to da neplodnost jeste stresor zbog koga i jedno i drugo ne mogu da se ostvare u ulozi roditelja, bez obzira na to da li se zna ko je nosilac dijagnoze (Ying et al., 2015a). Odluka muškaraca da se sa svojim partnerkama uključe u neki od grupnih programa podrške za

žene može biti pokazatelj njigove posvećenosti procesu i pomoći im da se osećaju sigurnije po pitanju svojih partnerskih odnosa, a efekat neplodnosti na taj odnos vide značajno manjim (Arpin et al., 2019).

Inicijalni intervju i selekcija parova za grupu

Program za Podršku Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom - 3PS predstavlja grupni program podrške parovima koji imaju teškoće sa ostvarivanjem potomstva. Programu se mogu pridružiti parovi koji se nalaze u bilo kojoj od „faza” suočavanja:

- oni koji su tek saznali da imaju teškoće sa začećem,
- oni koji razmatraju uključivanje u proces vantesne oplodnje,
- oni koji su trenutno u procesu vantelesne oplodnje ili
- oni koji su već imali iskustva neuspele vantelesne oplodnje / neuspelih vantelesnih oplodnji.

Pre početka programa oba ili jedan od voditelja programa obavljaju inicijalni intervju sa parom. Tokom ovog intervjuja, važno je da upoznamo par, da saznamo koliko su dugo zajedno, koliko dugo pokušavaju da se ostvare u ulozi roditelja, istoriju lečenja infertiliteta, eventualno postojanje psihopatologije, ali i njihovo svakodnevno funkcionisanje, resurse podrške koji su im dostupni, načine na koji razgovaraju o problemu i na koji su jedno drugome podrška i sl. (Belar & Deardorff, 1999). Inicijalni intervju bi trebalo da bude jedan prijatan i opušten razgovor upoznavanja, u kome se stiče osnovna slika o paru, njihovom funkcionisanju i načinima suočavanja sa ovom krizom.

Pored toga, parovi bi tokom inicijalnog intervjuja trebalo da dobiju ideju o tome kako program izgleda, kako grupa funkcioniše, koje teme su obrađene i šta je ono što se od njih očekuje tokom trajanja programa. Zadatak voditelja je da na ovom susretu razjasni nedoumice, potencijalne strahove i nerealna očekivanja budućih učesnika, da odgovori na sva njihova pitanja i stvori realistična i pozitivna očekivanja od grupnih susreta u okviru 3PS programa, te ih na taj način pripremi za učestvovanje u njemu. Na taj način voditelj umanjuje nesigurnost i anksioznost koja se često javlja povodom učestvovanja u grupnom programu (Yalom & Leszcz, 2005). Istraživanja pokazuju značaj ove pripreme, pa je tako dobijeno da klijenti koji su prošli proces pripreme za grupni rad jesu bili motivisaniji za učešće (Lieberman & Snowden, 1993), imali su više vere u to da će im pomoći i više se uključivali tokom susreta (Bolton et al., 2003).

Tokom prvog susreta, parovi popunjavaju i bateriju upitnika koja je važna kao dopuna kliničkom intervjuu (Stanton & Burns, 1999). Pretpostavlja se da bi neke značajne stvari poput nestabilnog partnerskog osnosa, nezadovoljstva njime ili pak postojanja psihopatologije kod nekog od partnera vrlo lako „isplivale” tokom samog razgovora, ali ipak je značajno da imamo sigurnost u vidu testa, ukoliko se dogodi da savetniku nešto promakne ili da članovi para ne spomenu. Baterija koji su autori koristili sastoji se od seta pitanja o demografskim karakteristikama, istoriji neplodnosti i njenog lečenja, emocijama koje su zastupljene,

kao i *Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa (Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995)* i *Skale bračne prilagođenosti (Dyadic Adjustment Scale – DAS; Spanier, 1976)*. Za procenu mentalnog zdravlja svakog od članova para i njihovog partnerskog funkcionisanja autori su odabrali ova dva upitnika, koja pružaju dovoljno informacija o neophodnim parametrima. Skala bračne prilagođenosti predložena je za procenu i od strane stranih autora, jer može pružiti dovoljno informacija o partnerskom funkcionisanju (Peterson et al., 2003). Ipak, kada se radi o proceni stresa, sugestije nekih stranih autora se odnose na to da se precizniji skorovi dobijaju kada se koriste pokazatelji koji se specifično odnose na stres povodom neplodnosti, te predlažu korišćenje drugih upitnika, kao što je recimo *Upitnik problema sa plodnošću (Fertility Problem Inventory – FPI; Newton et al., 1999)*, namenjen merenju distresa, uverenja i stavova povezanih sa neplodnošću. Ovaj upitnik sastoji se od pet subskala: socijalni aspekt, seksualni aspekt, partnerski odnos, potreba za roditeljstvom i odbijanje života bez dece (Newton et al., 1999). Prema nekim autorima, ovaj upitnik bi zapravo pružio kompletan uvid u način suočavanja parova sa ovom krizom i njihov odnos, što bi predstavljalo dovoljno informacija o tome da li bi parove bilo dobro uključiti u program ili ne. Ipak, važno je naglasiti da su se i upitnici koji se ne odnose specifično na suočavanje sa neplodnošću pokazali dovoljno dobrim za kliničku upotrebu i da je specifičnost stresora bitnija u istraživačkom kontekstu (Stanton & Burns, 1999).

Zbog čega nam je ovo važno? Program 3PS je program namenjen svim parovima koji se suočavaju sa ovim problemom i, iako predstavlja program podrške ljudima koji imaju neki medicinski problem, baziran je, pre svega, na prevenciji. Parovi za koje se pokaže da imaju probleme u partnerskom funkcionisanju ili pak da jedan ili oba člana para imaju narušeno mentalno zdravlje u značajnijoj meri, pre uključivanja u program bilo bi dobro da dobiju podršku u vidu individualne ili partnerske psihoterapije (Covington, 2006a). Uključivanjem ovih parova u program bez prethodnog rada na aktuelnim problemima, bavimo se nečim što je možda, u datom momentu, za ove parove sporedno, dok postoji nešto goruće. Takođe, ukoliko bismo ovakav par uključili u grupu, postoji rizik da bi imali potrebu da iznose previše ličnog sadržaja vezanog za aktuelne probleme, što bi ometalo rad grupe, otežavalo posao voditelju i proizvelo osećaj nezainteresovanosti kod drugih parova, budući da se pokazalo da niko od parova ne želi da sluša previše sadržaja drugih učesnika (Yalom & Leszcz, 2005).

Važan deo susreta u kome se sprovodi inicijalni intervju i primenjuju psihološki testovi je i popunjavanje informisane saglasnosti od strane budućih učesnika. Ukoliko će susreti biti snimani i materijal biti korišćen u svrhe istraživanja, poboljšanja prakse i sl., važno je da učesnici o tome budu unapred informisani i da daju saglasnost za to (Yalom & Leszcz, 2005). Informisana saglasnost bi trebalo da se sastoji od opisa onoga što se od parova očekuje tokom procesa – dakle, počevši od inicijalnog intervjuja i popunjavanja psiholoških testova, preko prisustva i učestvovanja na svakom od šest susreta Programa, do popunjavanja evaluacionog upitnika na kraju učešća i davanja povratne informacije voditeljima. Pored toga,

ovaj dokument bi mogao da sadrži i kratku pripremu za učestvovanje u grupi u pisanoj formi.

Formiranje grupe

Na osnovu kriterijuma za efektivan grupni rad, smatra se da ne bi bilo poželjno da grupa ima manje od pet i više od deset učesnika. Idealna veličina grupe koja se spominje u literaturi je sedam–osam učesnika (Yalom & Leszcz, 2005). Rezultati istraživanja funkcionisanja grupa potvrđuju ovo pravilo i pokazuju da grupe od pet do osam članova pružaju najbolju priliku za potpuno učešće i interakciju među klijentima (Ravindran et al., 1999). Takođe, neki autori ukazuju da ukoliko se radi o grupi parova, ona bi trebalo da se sastoji od tri do pet parova i da sve preko toga predstavlja izazov za praćenje procesa (kako u paru, tako i na grupi), te se preporučuje da se ne prelazi taj broj (Coche & Coche, 1990).

Uzimajući u obzir ove parametre, Program 3PS namenjen je sprovođenju u grupi od tri do pet parova i vođenju od strane dva voditelja – psihologa. Postojanje kovoditeljskog para neophodno je kako bi se ispratili svi procesi i bolje koordinisalo grupom, aktivnostima i procesima. Kada govorimo o kovoditeljskom paru, članovi mogu biti istog ili sličnog iskustva, psihoterapijske orijentacije, mogu podeliti uloge tako da je jedan dominantan, a drugi više u svojstvu posmatrača/pomagača ili pak nastupati ravnopravno. Ono što je preporučljivo za svaku grupu parova, a posebno kada se radi o grupi parova koji se suočavaju sa neplodnošću, gde muškarci i žene imaju različite strategije suočavanja sa ovim problemom (Donarelli et al., 2012), jeste da voditeljski par čine muškarac i žena (Wischmann et al., 2002). Naravno, jasno je da ovo nije uvek izvodljivo, pogotovo imajući u vidu činjenicu da je među psiholozima puno više pripadnica ženskog pola. Ukoliko su, pak, voditelji dve žene, bilo bi dobro da stalno imaju na umu polne razlike u procesu suočavanja, prepoznaju ih i imenuju. Još jedan od razloga zašto je važno da ovu grupu vode dva voditelja jeste postojanje njihovog odnosa kao modela parovima – korišćenjem iskrene, asertivne komunikacije, uvažavajućeg tona i parafraziranjem onoga što je kovoditelj rekao, voditeljski par nudi mogućnost parovima da iz njihovog ponašanja nauče kako bi trebalo da se obraćaju jedno drugom. U tom smislu, kovoditeljski par igra krucijalnu ulogu u procesu učenja i promene kod polaznika (Isaac et al., 2019).

Kako da znamo koji parovi mogu biti zajedno u grupi? Prilikom vođenja ovakve vrste programa važno je imati na umu da formiranje grupe ima veliki značaj i utiče na njeno funkcionisanje. Osnovni princip grupnog rada je da svako od učesnika može nešto da dobije od grupe i istovremeno da grupi nešto ponudi. U tom smislu, bilo bi dobro da polaznici grupe budu parovi sa sličnim iskustvom (u smislu godina, dužine suočavanja sa problemom neplodnosti, broja prethodnih tretmana itd.), ali da postoje različitosti u smislu pristupa i strategija koje koriste. Iskustva iskusnih voditelja grupa ukazuju na prednosti homogenih grupa u situacijama kada je cilj grupe pružanje podrške u domenu zajedničkog problema i učenja i razvijanja veština za nošenje sa stresorom, kao što je slučaj kod 3PS programa. Ukoliko se u grupi nađe, npr. jedan par koji se značajno duže suočava sa ovim

problemom od drugih, on može da ponudi neke korisne strategije, ali postoji rizik da ne može ništa da dobije od grupe. Takođe, još jedan od rizika je da se ostali parovi „uplaše“ i krenu da se preispituju i razmišljaju u kontekstu toga da će i oni toliko dugo ostati bez potomstva, što može biti preplavljajuće i ponekad dovesti do povlačenja i odustajanja od grupnog rada (Yalom & Leszcz, 2005).

Dinamika sastajanja grupe

Program podrazumeva realizaciju ukupno šest susreta u trajanju od po sat i po vremena i susreti se odvijaju jednom nedeljno. Na osnovu pregleda strane literature, kratkotrajni, strukturirani programi psihološke podrške osobama koje se suočavaju sa neplodnošću ovog tipa obično se sastoje od od četiri do deset susreta (Covington, 2006a). Ipak, rezultati nekih istraživanja ukazuju da programi koji duže traju (šest ili više susreta) imaju više efekta od onih sa kraćim trajanjem (Hämmerli et al., 2009). Prilikom planiranja broja susreta u okviru programa u obzir su uzeta strana istraživanja i obuhvatanje svih tema od značaja, ali je takođe vođeno računa i o vremenskoj ekonomičnosti programa i činjenici da je bitno da parovi pohađaju svaki susret u okviru programa. Navedeno trajanje i dinamika susreta u skladu su sa preporukama koje ukazuju da je idealno trajanje grupnog susreta od 80 do 90 minuta i da ne bi trebalo da prelazi dva sata, a dinamika koja se preporučuje jednom nedeljno (Yalom & Leszcz, 2005).

8.1.2. Sadržaji svakog od susreta

Susret 1: Kako smo planirali i videli roditeljstvo

Prvi susret u okviru *Programa za Podršku Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom* - 3PS dominantno je posvećen razgovoru o motivaciji za roditeljstvo i njegovom planiranju. Dakle, vremenski period pokriven ovim susretom odnosi se na period pre trudnoće, odnosno pokušavanja začeca. Kako je navedeno u prethodnim poglavljima, prema nekim teorijskim okvirima, preuzimanje roditeljske uloge je razvojna faza koja je univerzalna za gotovo sve parove (osim onih koji biraju da nemaju decu) i koja bi po razvojnom ciklusu porodice trebalo da dođe nakon sklapanja braka, odnosno početka zajedničkog života (Havighurst, 1956). Priprema za ovu razvojnu fazu u porodici parova sa neplodnošću bi trebalo da je pratila isti razvojni trend kao kod svih drugih parova.

Zašto smo izabrali da baš ovo bude pokriveno prvim susretom? Kako je prethodno navedeno, grupni rad može probuditi neke strahove i osećaj anksioznosti kod učesnika (Yalom & Leszcz, 2005), te su autorke smatrale da ne bi bila dobra odluka odmah krenuti sa otvaranjem priče o neplodnosti i emocijama sa kojima se susreću. Nasuprot tome, za ovaj susret izabrana je tema koja se pretpostavlja da bi kod učesnika evocirala neke pozitivne emocije i učinila da se malo opuste dok se ne razvije grupna kohezija, koja je bitna za otvaranje članova. Ova odluka u skladu je sa preporukama MekKalumove i saradnika, koji ukazuju na značajnost prvog susreta za učestvovanje i pohađanje narednih. Naime, kako autori navode, stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja neretko imaju tendenciju da se fokusiraju na negativne emocije i iskustvo gubitka, a da je parovima za dalje učestvovanje u

programu neophodno da imaju pozitivan utisak i osećaju se dobro u grupi (Mc-Callum et al., 2002).

Ciljevi ovog susreta su sledeći:

- Otvaranje priče o roditeljstvu kao normativnom životnom događaju koji većina ljudi vidi kao razvojni sled;
- Usmeravanje učesnika da prepoznaju univerzalnosti koje su karakteristične za većinu parova koji se nalaze u ovoj razvojnoj fazi;
- Usmeravanje učesnika ka uvidu da su ove univerzalnosti bile prisutne i kod njih, odnosno da je ova faza izgledala isto ili slično kao kod većine parova;
- Ispitivanje načina pružanja podrške među članovima para tokom bitnih životnih događaja – resursa koji postoje u okviru para.

Prvi susret Programa zapravo predstavlja uvod u priču o tome kako je suočiti se sa tim da celokupan prethodni razvoj ne vodi narednom događaju i da očekivanja koja se grade tokom celog života zapravo ne budu ispunjena, ili bar ne onda kada bismo mi to želeli ili kako bismo želeli. Većina ljudi ulazi u brak očekujući da će jednog dana imati biološko dete, a pitanje koje se postavlja nije „Da li?” već „Kada?” (Peterson, 2002). Očekivanja se ogledaju u tome da kada budu pronašli odgovarajućeg partnera i budu želeli da se ostvare u ulozi roditelja, to će se jednostavno i desiti. Ipak, za otprilike svaki šesti par, ovaj scenario se ne ispuni, a put dobijanja bebe bude daleko od jednostavnog. Veliki broj parova koji se suočavaju sa neplodnošću zapravo se tek nakon niza neuspehlih pokušaja i ispitivanja suoči sa idejom da postoje teškoće sa začećem. Ovaj susret predstavlja uvod u priču o roditeljstvu i procesu suočavanja sa neispunjenim očekivanjima što sa sobom nosi iskustvo neplodnosti.

Sadržaj susreta. Nakon upoznavanja učesnika i razgovora o grupnim pravilima, sledi vežba *Strip film linija* – priča o paru od trenutka upoznavanja do zajedničkog života/braka i planiranja trudnoće. Učesnici dobijaju papir sa strip film linijom koju je potrebno da popune upisujući događaje iz njihovog zajedničkog života, od momenta upoznavanja, do planiranja porodice i roditeljstva. Instrukcija koju dobijaju je da priča bude što bogatija njihovim planovima, emocijama i očekivanjima od roditeljstva.

Nakon ove vežbe, sledi diskusija na nivou grupe u kojoj voditelji ispituju njihova očekivanja, usaglašenost istih i emocije koje su se javljale prilikom planiranja roditeljstva. Ideja jeste da je ovo razvojna faza koja kod većine parova izgleda dosta slično i sadrži određene emocije i očekivanja od buduće uloge roditelja. Voditelji nakon ove vežbe izdvajaju koja se sve očekivanja i emocije mogu javiti u ovom periodu, sa ciljem prepoznavanja ključnih elemenata ove razvojne faze i njihove univerzalnosti.

Druga vežba u okviru ovog susreta je vežba *Skala događaja*. U okviru ove vežbe, svaki od parova dobija skalu, na čijem jednom kraju se nalazi trenutak upoznavanja, a na drugom sadašnji trenutak. Oko skale navedeni su neki važni događaji, kao što su recimo upoznavanje sa porodicama, odluka o zajedničkom životu

i sl., i ostavljena im je mogućnost da sami dopišu neke događaje. Zadatak svakog para je da ove događaje pozicioniraju na skali, što rade zajednički, u paru. Nakon toga, zadatak svakog pojedinca u okviru para je da proceni koliko mu je partner prilikom svakog od navedenih događaja bio podrška i kako. Posle ovog dela, potrebno je da u paru prodiskutuju o tome, nakon čega sledi diskusija na nivou cele grupe. U okviru diskusije na grupi, voditelji postavljaju pitanja koja vode izdvajanju potencijalnih načina pružanja podrške partneru, kao i njenog traženja (npr. *Kako Vam je partner bio podrška tokom važnih događaja do sada?; Šta je radio pa ste imali osećaj da Vam je podrška?; Koliko Vam je ta podrška bila dovoljna?; Kako ste Vi tražili podršku od partnera?* i sl.). Glavna ideja ove vežbe jeste ponuditi parovima više potencijalnih načina za pružanje i traženje podrške u okviru partnerskog odnosa, ali i skrenuti pažnju na univerzalnost tih načina – vrlo verovatno je ova podrška dosta slično izgledala kod svakog od bitnih događaja koji su naveli na skali.

Na samom kraju sledi rezimiranje susreta, sa isticanjem univerzalnosti planiranja roditeljstva – očekivanja i emocija koje se javljaju u ovom periodu kod većine parova, kao i rezimiranje načina pružanja i traženja podrške u okviru para. Ideja ovog, kao i svakog narednog susreta, jeste da par dobije iskustvo normalizacije, s jedne strane, ali i mogućnost učenja novih strategija, s druge (Van den Broeck et al., 2010), ovde konkretno u domenu pružanja i traženja podrške.

Nakon svakog susreta parovima se daje tzv. *poruka za poneti*, koja predstavlja neku vrstu pisanog rezimea onoga što je obrađeno u okviru susreta i nudi parovima mogućnost da se prisete glavnih zaključaka između dva susreta. Pokazano je da parovi generalno pozitivno evaluiraju i cene postojanje informacija u formatu "za po kući". Naime, pisani materijal o strategijama prevladavanja, emocijama koje se javljaju i drugim temama može biti koristan kako za prisećanje, tako i za deljenje sa ljudima iz njihove okoline (Boivin & Kentenich, 2002).

Susret 2: Kako nismo postajali roditelji iako smo planirali

Od ovog susreta do kraja programa teme koje su obuhvaćene direktno su povezane sa iskustvom neplodnosti i suočavanjem sa tim iskustvom. Pretpostavlja se da su se parovi na prethodnom susretu upoznali i malo opustili, te da bi trebalo da budu slobodniji u deljenju koje je povezano sa aktuelnom krizom neplodnosti sa kojom se suočavaju. Glavna tema ovog susreta odnosi se na emocije, misli i ponašanja koja su se javljala kod parova kada su saznali da imaju teškoće sa začecem. U literaturi se za proces suočavanja sa neplodnošću često koristi sintagma „emocionalni rolerkoster“ (engl. *emotional rollercoaster*). Razlog tome je osećaj ovih parova da nisu sposobni da izađu iz rolerkosteru koji se pokreće i da njegova brzina zapravo daje osećaj izostanka kontrole, što je slučaj i sa suočavanjem sa neplodnošću. Ovaj osećaj kod parova dovodi do emocionalne krize, za koju je važno da bude prepoznata od strane savetnika – voditelja programa (Wischmann et al., 2002). Tema vezana za emocionalne reakcije koje su se javljale tokom suočavanja podeljena je na dva susreta, pri čemu se na prvom od njih, kako je navedeno, bavimo onima koje su se javljale po saznanju o neplodnosti, dok je tema narednog susreta definisana kroz emocije, misli i ponašanja koja su se

javljala u kasnijim fazama tokom suočavanja. Važno je naglasiti da, dok god postoji želja za detetom, postoji i ovaj osećaj, i da parovi mogu da smanje brzinu, ali da ne mogu u potpunosti da savladaju rolerkoster (Wischmann et al., 2002). Upravo ova činjenica, kao i rezultati istraživanja koji ukazuju na to da su ženama razgovor i podrška u ovom domenu najpotrebniji (Jestrović i Mihić, 2018), bili su razlog za ovu poddelu i detaljnije bavljenje emocijama, mislima i strategijama kroz dva susreta 3PS programa. Psihološkom podrškom i aktivnim prorađivanjem emocija iz svakog aspekta procesa lečenja zapravo se radi na mentalnom zdravlju pojedinca i para, te se tako smanjuje verovatnoća da psihološka uznemirenost bude faktor vulnerabilnosti u procesu lečenja ili postupka vantelesne oplodnje.

Dakle, drugim susretom pokriven je period od kada su pokušavali da se ostvare u ulozi roditelja prirodnim putem i nisu uspevali, do ispitivanja i saznanja o neplodnosti. Ovim susretom, znači, ulazimo u priču o nerazvojnoj krizi. Ciljevi ovog susreta su sledeći:

- Proraditi gubitak slike o roditeljstvu kao normativnom životnom događaju;
- Osvestiti i proraditi osećanja sa kojima su se susretali nakon neuspehlikih pokušaja trudnoće;
- Osvestiti i proraditi osećanja sa kojima su se susretali tokom ispitivanja i odlazaka kod lekara;
- Osvestiti i proraditi osećanja sa kojima su se susreli nakon saznanja o neplodnosti;
- Osvestiti i proraditi misli koje su se javljale nakon neuspehlikih pokušaja trudnoće;
- Osvestiti i proraditi misli koje su se javljale tokom ispitivanja i odlazaka kod lekara;
- Osvestiti i proraditi misli koje su se javljale prilikom saznanja o neplodnosti;
- Naučiti principe asertivne komunikacije i aktivnog slušanja i značaj njihovog postojanja tokom procesa suočavanja.

Sadržaj susreta. Svaki od susreta počinje osvrtom na ključne procese sa prethodnog susreta, razgovorom o utiscima i porukama za poneti, sa ciljem da se obrađeni procesi ponovo naglase i da se učesnicima omogućiti da ih analiziraju i „smeste“ u lično iskustvo. Nakon toga, sledi gledanje klipa o Karlu i Eli (Carl & Ellie)⁵², junacima iz crtanog filma *Up*, i razvoju njihovog odnosa od stupanja u brak. U ovom momentu, voditelji učesnicima puštaju klip do momenta kada Karl i Eli saznaju da se suočavaju sa neplodnošću. Ovaj klip služi otvaranju priče o neplodnosti kao nerazvojnoj krizi i reakcijama koje se javljaju prilikom suočavanja. Nakon gledanja klipa sledi diskusija na nivou grupe, pri čemu voditelji postavljaju

⁵² Animirani film *Up* (srpski naziv *Nebesna*), u Disney-Pixar produkciji, govori o 78-godišnjem Karlu i njegovim pustolovinama sa dečakom Raselom (Russell). Video koji je korišćen u okviru ovog Programa zapravo se odnosi na Karlov život pre upoznavanja sa dečakom i na njegov odnos sa suprugom Eli. Video *Carl & Ellie: Through the Years UP* možete pogledati na sledećem linku <https://www.youtube.com/watch?v=TT0aDbafK-I>, a za potrebe ovog susreta učesnicima je puštan do 1 minut i 30 sekundi, odnosno momenta kada odu kod doktora i saznaju da imaju problem. Isti klip, sa nastavkom, učesnici imaju prilike da odgledaju na poslednjem susretu u okviru 3PS programa.

pitanja prvo o samom klipu (npr. *Koje emocije je klip pobudio kod Vas?; Koje emocije vidite kod Karla i Eli?*), a zatim prelaze na iskustva učesnika Programa i sličnosti u odnosu na junake klipa (npr. *Koliko su te emocije slične ili različite onome što ste Vi osetili kada ste se prvi put suočili sa time da imate problem?; Kako ste se osetili kada ste pokušavali da zatrudnite prirodnim putem i niste uspevali?; Kako ste tada razmišljali?; Kako ste reagovali?*).

Nakon otvaranja priče o emocijama i reakcijama, pred učesnicima se nalazi zadatak da dopune rečenice – uverenja o sebi i partneru/partnerki, životu i njihovom braku, emocije koje su se javljale, reakcije, emocije koje su se javile kod partnera/partnerke i mišljenje koje on/ona ima o njima. Nakon završetka ove vežbe, zadatak je da u okviru para podele ono što su zapisali, sa posebnom instrukcijom za svakog od njih. Najpre je jedan govornik, a drugi slušalac. Zadatak govornika je da sa svojim partnerom podeli ono što je napisao na papiru, trudeći se da bude što jasniji, dok je zadatak slušaoca da sluša svog partnera, sve dok ne bude siguran da ga je u potpunosti razumeo. U tu svrhu, služiće se dodatnim pitanjima, a na samom kraju je potrebno da proveri ono što je partner govorio tako što će ponoviti i pitati partnera da li je to ono što je želeo da kaže, kako bi bio siguran da su se razumeli. Po završetku, menjaju uloge – onaj ko je bio govornik, sada je slušalac, i obrnuto.

Ideja autorki Programa je bila da u okviru ove vežbe parovi identifikuju emocije, misli/uverenja i ponašanja, ali isto tako i nauče veštinu asertivne komunikacije i aktivnog slušanja, sa idejom da je mogu „poneti sa sobom” sa susreta i koristiti u budućnosti kako bi poboljšali kvalitet komunikacije. Kao što je dobijano u brojnim istraživanjima, kako u inostranstvu (Ridenour et al., 2009), tako i kod nas (Jestrović, 2021a), komunikacija predstavlja jedan od ključnih faktora koji doprinose boljem suočavanju sa iskustvom neplodnosti i adaptacijom na to iskustvo. Iako je tema četvrtog susreta u okviru ovog programa specifično jačanje partnerskog odnosa, stav autorki je da je korisno raditi na razvijanju ovih veština i negovati ih tokom celog trajanja Programa, kako bi parovi imali više prilike da ih uvrste u svoje svakodnevno funkcionisanje.

Nakon što parovi završe sa popunjavanjem i razmenom u paru, voditelji najpre postavljaju pitanja svakom ponaosob (npr. *Kako Vam je bilo da razmišljate o sebi?; Koja osećanja su se pojavila?*), a zatim o iskustvu razmene u okviru para (npr. *Kako vam je bilo da na ovaj način razgovarate o tome – da slušate, da govorite?; Kako Vam je bilo da Vas partner sluša?; Koliko je dobro video kako se osećate?; Šta je doprinelo tome?; Šta to znači za podršku?* itd.).

Na samom kraju voditelji rezimiraju susret ističući univerzalnost emocija, misli i ponašanja koja se javljaju kao reakcija na ovaj neočekivani, nerazvojni stresor. Takođe, voditelji ističu da su sve ove reakcije normalne kada se susrećemo sa nečim što nije u skladu sa našim očekivanjima i na šta nas niko nije pripremio, kao i značajnost postojanja jasne, direktne i otvorene komunikacije i aktivnog slušanja među partnerima za podršku u procesu suočavanja (Sydsjö et al., 2005). Poruka za poneti koju učesnici dobijaju nakon ovog susreta sadrži upravo navedeno, imenu-

jući neplodnost kao nerazvojnu krizu, naglašavajući emocije i misli koje se mogu javiti kao reakcija na istu i značaj podrške partnera na ovom putu.

Susret 3: Kako iznova nismo postajali roditelji

Treći susret 3PS programa predstavlja nastavak bavljenja emocijama, mislima i ponašanjima, ali ovoga puta dalje u procesu suočavanja sa neplodnošću, odnosno suočavanja sa time da je neplodnost kriza koja traje i nastavlja da pogađa pojedinca i par. Celokupan ovaj proces ume biti veoma iscrpljujući za parove, zah-teva od njih ponovno suočavanje sa „neuspehom“ i smanjuje kapacitete za borbu. Tokom ovog perioda emocije postaju dosta dublje, izraženije, a parovi neretko imaju osećanje bespomoćnosti i gubitka borbe (Alesi, 2005). Upravo zbog toga je psihološka podrška parovima u domenu prorade emocija koje se javljaju u ovom periodu veoma je značajna. Pored toga, jedna od tema koja je obuhvaćena ovim susretom je i razmatranje alternativnih oblika roditeljstva. Cilj otvaranja priče o alternativama je sprečavanje parova da ostanu u „jednosmernom tunelu“ različitih medicinskih tretmana i njihovo podsticanje da razmišljaju u pravcu alternativnih scenarija, koji otvaraju pozitivne resurse i strategije suočavanja (Van den Broeck, 2010). U skladu sa navedenim, ciljevi ovog susreta su sledeći:

- Prorada osećanja koja u ovoj fazi postaju još intenzivnija, sa posebnim akcentom na osećanje bespomoćnosti nastalo usled borbe koja ne do-vodi do željenih rezultata;
- Prorada misli koje se javljaju u ovoj fazi kao rezultat trajanja krize;
- Navođenje strategija suočavanja koje parovi koriste tokom celokupnog procesa;
- Razgovor o alternativama biološkom roditeljstvu.

Sadržaj susreta. Nakon razgovora o utiscima sa prethodnih susreta i poruci za poneti, sledi vežba *Puzzle*⁵³. Voditelji svakom od parova daju po jedan paket puzli i zadatak da ih slože u određenom vremenskom periodu. Pre susreta, vodi-telji iz svakog paketa izvade centralni deo. Ova aktivnost služi relaksiranju parova i uvođenju priče o emocijama, mislima i ponašanjima kada se suoče sa tim da ne-plodnost traje. Nakon isteka vremena za slaganje, voditelji učesnicima postavljaju pitanja o samoj aktivnosti i njihovom zajedničkom pristupu rešenju ovog proble-ma (npr. *Kako vam je bilo kada smo vam dali ovaj zadatak?; Kako vam je bilo da re-šavate?; Kako ste se dogovorili o načinu rešavanja?; Šta se događalo kako je vreme slaganja odmicalo?* itd.).

Nakon ove diskusije, voditelji navode analogiju između ovog zadatka, po-četne ushićenosti kada su ga dobili i pristupili rešavanju, i planiranja roditeljstva. Kao i kod ovog zadatka, prilikom planiranja roditeljstva parovi su takođe verovali da će taj cilj relativno jednostavno postići (Peterson, 2002). Ipak, sa protokom vre-

⁵³ U savetodavnom i psihoterapijskom radu sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću autorke Programa često su se susretale sa ovakvim rečenicama: „Mi se jako lepo slažemo i sve nam je u životu kako treba, nedostaje nam, eto, samo još ta jedna puzla kako bi sve bilo kompletno.“ Prilikom biranja aktivnosti za obrađivanje ove teme, autorke su upravo ove narative i analogiju koju parovi navode imale na umu.

mena i shvatanjem da nedostaje (centralni) deo, parovi gube početni entuzijazam. Voditelji dalje vode diskusiju koristeći ovu analogiju i postavljajući pitanja o samom zadatku i osećanjima povodom nemogućnosti rešavanja (npr. *Šta bi bilo da se ovo rešavanje zadatka nastavilo, da ste imali još vremena i niste uspevali da ga rešite?; Kako biste se osećali Vi, Vaš partner?; Šta biste mislili?; Šta biste uradili? itd.*), a zatim o iskustvu trajanja neplodnosti i suočavanja sa tim, uzimajući u obzir svaku od faza suočavanja ponaosob (npr. *Kako ste se osećali kada ste se suočili sa tim da neplodnost traje?; Kako ste reagovali?; Kako ste razmišljali?; Koje strategije su Vam pomagale da se osećate bolje? itd.*).

Posle ovog dela, voditelji diskusiju vode u smeru razgovora o alternativama biološkom roditeljstvu kao jednom od načina suočavanja sa neplodnošću, kroz pitanja o tome da li su razmišljali o nekom od njih, šta vide kao pozitivne, šta kao negativne strane i sl. U ovom delu je važno da voditelji prate potrebe učesnika i otvaraju temu u skladu s tim koliko su učesnici spremni da o tome razgovaraju. Ukoliko se grupa sastoji od parova koji se relativno kratak vremenski period suočavaju sa neplodnošću, pokretanje ove teme može biti preplavljujuće i još uvek daleko za njih, budući da je pokazano da parovi koji su na početku tretmana odbijaju da razgovaraju o „planu B” (Van den Broeck et al., 2010).

Na samom kraju susreta, voditelji zaokružuju priču o mislima, ponašanjima i emocijama koje se tokom procesa suočavanja smenjuju i intenziviraju i još jednom ističu značaj podrške među partnerima. Takođe, voditelji izdvajaju strategije koje mogu biti korisne u nošenju sa negativnim emocijama i svim izazovima koji se javljaju tokom čitavog procesa suočavanja, sa idejom da parovi mogu da izaberu one koje se njima čine primenljivim i nastave da ih koriste tokom borbe sa neplodnošću.

Sadržaj poruke za poneti koju parovi dobijaju na kraju ovog susreta tiče se cikličnosti i smenjivanja emocija tokom procesa suočavanja (Alesi, 2005). Parovima se nudi napisano koje emocije u ovoj fazi mogu očekivati, kao i koje strategije bi potencijalno mogle biti korisne, sa ponovnim isticanjem značajnosti razgovora i podrške partnera.

Susret 4: Kako se menjao naš odnos tokom procesa saznanja i lečenja neplodnosti

Tokom četvrtog susreta akcenat je na partnerskom odnosu i promenama koje se dešavaju tokom trajanja neplodnosti. Procesi u odnosu među partnerima menjaju se posredstvom ove nerazvojne krize, počevši od komunikacije i razmene bliskosti, koja je sada dominantno fokusirana na temu neplodnosti, do upravljanja finansijama, slobodnog vremena i seksualne razmene (Van der Merwe & Greeff, 2015). Kako parovi navode, seksualna bliskost je pod uticajem snažne želje za ostvarivanjem potomstva, što dovodi do dominantnog posmatranja takve bliskosti kao sredstva za postizanje cilja, pri čemu odnosi postaju „programirani” i „robotizovani”, pri čemu se potpuno zanemaruje da se radi o jednom od aspekata bliskosti i intimnosti u partnerskom odnosu (Glover et al., 2009). Ipak, važno je

naglasiti da rezultati istraživanja ne govore samo o negativnim promenama u partnerskim odnosima parova koji se suočavaju sa neplodnošću. Naime, u narativima dobijenim u kvalitativnim studijama koje su se bavile ovom tematikom, ispitanici govore o iskustvu neplodnosti kao prilici za jačanje zajedništva među partnerima i unapređenju komunikacijskih veština (Daniluk, 2001). Zajedništvo i razgovor o problemu čini neplodnost zajedničkim iskustvom, kod parova stvara osećaj da su tim i rezultira jačanjem veze među partnerima (Pash et al., 2002). Zajedništvo među partnerima i intimnost, koji podrazumevaju otvorenu komunikaciju i deljeenje, kao i stavljanje partnerskog odnosa na prvo mesto, izdvajaju se kao najznačajniji faktor u prilagođavanju na neplodnost i među ženama iz Srbije, što govori u prilog posvećivanju pažnje ovoj temi i jačanju zajedništva i bliskosti partnera kroz programe podrške namenjene parovima koji se suočavaju sa neplodnošću (Jestrović i sar., 2021). U skladu sa navedenim, ciljevi ovog susreta odnose se na sledeće:

- Opažanje i imenovanje promena u odnosu sa partnerom;
- Identifikovanje aspekata u kojima se opaža promena;
- Identifikovanje potreba para za poboljšanjem odnosa;
- Podsticanje otvorene komunikacije i razmene emocija u paru;
- Usmeravanje na pozitivnu razmenu u komunikaciji kao protektivni faktor.

Neki od parova koji se suočavaju sa neplodnošću se na kraju procesa suočavanja odluče na život bez dece. Za ove parove jako je važno da kvalitet i funkcionalnost partnerskog odnosa budu visoki, kako bi bili osnova za nastavak funkcionalnog života. Pored toga, funkcionalan partnerski odnos predstavlja osnovu za stvaranje zdravog koroditeljskog saveza, koji se formira rođenjem deteta (Volling & Belsky, 1991). Partnerski odnosi parova koji se suočavaju sa neplodnošću su u velikoj meri iscrpljeni, te je rad na poboljšanju njihovog kvaliteta jedna od ključnih tačaka podrške porodici. Važno je imati na umu da će, čak i da prirodnim ili alternativnim putem uspeju da se ostvare u roditeljskoj ulozi, zadatak ovih parova nakon odrastanja deteta u jednom momentu biti da se vrate na dominantno partnersko funkcionisanje, što se, i kod parova koji nisu imali teškoće sa začecem, pokazalo kao izazovno (Mihić i Jestrović, 2016), pa se postavlja pitanje koliko njih bi to zaista uspelo sa kapacitetima iscrpljenim problemom neplodnosti.

Sadržaj susreta. Nakon razgovora o prethodnom susretu i poruci za poneti, sledi vežba *10 stvari koje volim kod svog partnera*. Cilj ove vežbe jeste fokusiranje na pozitivne aspekte odnosa i usmeravanje parova da misle na ovaj način, kao i uvod u razmatranje promena u partnerskom odnosu koje sledi. Nakon vežbe, diskusija na nivou grupe vođena je pitanjima poput: *Šta Vam je značila ova vežba?; Koliko često razmišljate o onome što je dobro u vašem odnosu? i Šta je ono što biste izdvojili kao dobro?.*

Nakon ove vežbe, voditelji svakom od članova para daju tabelu sa nabrojanim nekim od temelja partnerskog odnosa – oblasti odnosa, sa zadatkom da ispišu promene koje su se dešavale u svakom od ovih segmenata tokom procesa suočavanja. Kolone tabele predstavljaju oblasti partnerskog odnosa, dok su u redovima

navedeni vremenski periodi – početak braka, saznanje o teškoćama sa začecem, priprema za prvu vantelesnu oplodnju, proces vantelesne oplodnje, suočavanje sa neuspelom vantelesnom oplodnjom, planiranje naredne vantelesne (periodi između dve vantelesne oplodnje) i sada, odnosno odnosi u trenutku popunjavanja tabele. Oblasti partnerskog odnosa obuhvaćene ovom vežbom su komunikacija, slobodno vreme, odnosi sa porodicama porekla, odnosi sa prijateljima, finansije i seksualna bliskost. Na samom kraju, parovima je ostavljena mogućnost da dopišu neku od oblasti koju smatraju značajnom, a da se ne nalazi u tabeli. Zadatak svakog od polaznika je da najpre za sebe popuni tabelu, a zatim da sa partnerom razmeni ono do čega je došao koristeći prethodno naučene principe jasne, direktne i otvorene komunikacije i aktivnog slušanja. Nakon toga, voditelji usmeravaju diskusiju, najpre ispitujući parove o samom iskustvu vežbe i o tome kako im je bilo da popunjavaju tabelu, dele sa partnerom svoj sadržaj i slušaju njega, a zatim konkretno o promenama koje opažaju u odnosu (npr. *U kom aspektu odnosa vidite najveću promenu, u kom najmanju?; Kako izgledaju promene u svakom od aspekata?; Koliko su Vaša i partnerova procena usaglašene?; Šta taj nivo usaglašenosti znači za Vas?*). Osnovni cilj ove vežbe je identifikovanje promena koje nastaju u svakoj od oblasti odnosa, kao i trenutaka tokom suočavanja u kojima nastaju, podsticanje razmene u paru, korišćenja asertivne komunikacije i aktivnog slušanja. Rad na jačanju komunikacijskih veština dovodi do osećaja povezanosti između članova para (Van den Broeck et al., 2010). Ipak, ponekad je razgovor o emocijama, sa akcentom na bol i nesigurnost koju osećaju, za parove, posebno za muškarce, zaista izazovan. Izbegavanje ovog razgovora, jer je bolan, možda će ih privremeno rešiti neprijatnosti, ali neće dovesti do unapređenja odnosa među parovima. Upravo zato je izuzetno važno postojanje edukacije o asertivnoj komunikaciji i aktivnom slušanju u razmeni među partnerima (Peterson, 2015).

Na samom kraju susreta, voditelji navode da se promene dešavaju u gotovo svakom od aspekata partnerskog odnosa tokom procesa suočavanja, ali da to kako će one izgledati zavisi od para, njihovih strategija suočavanja i podrške koju pružaju jedno drugom tokom ovog ponekad vrlo dugotrajnog perioda. Upravo navedeno predstavlja sadržaj poruke za poneti koju parovi dobijaju nakon četvrtog susreta.

Susret 5: Kako se borimo sa pritiskom okoline

Ovaj susret posvećen je interakcijama para sa socijalnom sredinom, bilo da se radi o bliskim osobama (porodici, rođacima, prijateljima), ili o ljudima sa kojima su ređe ili češće u kontaktu, a ne doživljavaju ih bliskim. Kroz istraživanja je dosledno pokazan značaj socijalne podrške koju parovi procenjuju kao adekvatnu u snižavanju stresa povodom neplodnosti i u boljoj adaptaciji na krizu (Hinton et al., 2010; Jestrović i Mihić, 2020a). Nažalost, ne znaju svi ljudi iz bliske okoline da pruže podršku koja je ovim parovima potrebna i na način na koji bi oni voleli. Ponekad, njihov zadatak je upravo da ih usmeravaju i da sami traže podršku koja im odgovara (Jenkins, 2019), a priprema parova za to bila je ideja u osnovi ovog susreta. Takođe, drugi deo susreta posvećen je socijalnim pritiscima, budući da se

kao posebna potreba žena koje se suočavaju sa neplodnošću izdvojila pomoć u domenu emocija koje se javljaju pri susretanju parova sa decom (Jestrović i Mihić, 2018). Na važnost bavljenja ovom temom ukazuju i rezultati istraživanja u kojima je dobijeno da negativne emocije koje se tada javljaju ponekad kod parova dovedu do izbegavanja ovih dešavanja (Peterson et al., 2012), što može delovati kao dobro rešenje za izbegavanje bola koji se javlja kao reakcija, ali je činjenica da je kratkotrajno (Peterson et al., 2009), kao i da vodi socijalnoj izolaciji i povećanju utiska da su sami (Abraham, 2019). Ciljevi ovog susreta su sledeći:

- Identifikovanje načina na koje su parovi do tog trenutka izlazili na kraj sa okolinom i pritiscima;
- Usvajanje načina koji bi mogli biti korisniji;
- Ispitivanje resursa socijalne podrške (porodice, prijatelja, kolega);
- Usvajanje funkcionalnih načina za traženje podrške koja je za njih adekvatna;
- Osveščivanje i prorada emocija koje se javljaju u prisustvu parova sa decom.

Sadržaj susreta. Nakon razgovora o prethodnom susretu i poruci za poneti, sledi vežba *Mapa podrške*. Svaki od parova dobija papir na kome su oni (par) predstavljeni kao centralni krug. Zadatak je da oko tog kruga pozicioniraju ostale krugove – značajne i manje značajne druge – tako što će one koji im više pružaju podršku nacrtati bliže krugu koji predstavlja njih i veće, a one koji im manje pružaju podršku dalje i manje. Osnovni cilj ove vežbe je podsticanje parova da razmišljaju o resursima koje imaju u vidu socijalne podrške, kao i o tome kako je došlo do baš takve raspodele. Nakon završetka, sledi diskusija na nivou grupe u kojoj voditelji postavljaju pitanja o dostupnoj socijalnoj podršci, podršci koja im je potrebna od bliskih osoba i načinu na koji je traže (npr. *Koji vid podrške vam je najpotrebniji?; Zašto baš taj?; Kako tražite podršku od ovih ljudi?; Od koga Vam je najlakše da tražite?; Ko najbolje odgovara na Vaše potrebe?; Šta mislite zbog čega baš oni? i sl.*). Na samom kraju, voditelji navode koji sve načini socijalne podrške postoje, odnosno šta sve parovi mogu videti kao podršku, kao i koji su sve načini na koje parovi ovu podršku mogu da traže od drugih, pri čemu parovi imaju priliku da steknu nove veštine za traženje, sa idejom da počnu neke od njih da primenjuju. Takođe, jedan od zadataka voditelja odnosi se i na pomaganje parovima da formiraju realistična očekivanja od svoje okoline, odnosno da procene šta je ono što mogu da očekuju i od koga, a šta ne (Wischmann et al., 2002).

Druga vežba u okviru susreta odnosi se na ispitivanje emocija koje se javljaju prilikom susretanja sa parovima sa decom. Zadatak za svaki par je da opišu neku situaciju u kojoj su se susreli sa roditeljima sa decom (npr. dečiji rođendan) i nakon toga u paru razgovaraju o tome kako su se u toj situaciji osećali. Po završetku ovog dela, sledi diskusija na grupi, pri čemu voditelji postavljaju pitanja o emocijama i razmišljanjima koja su se tada javila (npr. *Kako ste se tada osećali?; Kako ste razmišljali?; Šta ste uradili?; Zbog čega mislite da ste se tako osećali, koji aspekt Vas je pogodilo?*), a zatim pitanja o razmeni među partnerima, koja još jednom ističu značaj njihove međusobne podrške (npr. *Koliko ste svoja osećanja podelili sa partnerom?; Šta bi Vam pomoglo?; Šta biste mogli da tražite od svog partnera?; Šta biste dobili kada biste u takvim situacijama više tražili od njega/nje?*).

Na samom kraju, voditelji rezimiraju susret ističući značaj socijalne podrške (osim podrške partnera) i potencijalne načine za njeno traženje/obezbeđivanje, kao i strategije za nošenje sa negativnim emocijama koje se javljaju prilikom nekih situacija susretanja sa roditeljima sa decom, sa akcentom na značaj oslanjanja na partnera, deljenja i partnerske podrške. Ovo je ujedno i sadržaj poruke za poneti koju dobijaju nakon pretposlednjeg susreta u okviru programa.

Susret 6: Kako da živimo i aktivno učestvujemo u socijalnom životu čak i kada nismo roditelji?

Poslednji susret u okviru programa nadovezuje se na prethodni, sa osnovnom temom značaja uključivanja parova u socijalni život, nasuprot zastupljenoj socijalnoj izolaciji (Abraham, 2019), i otvaranju priče o neispunjavanju roditeljske uloge i redefinisanoj ciljeva. Prvi deo susreta posvećen je razgovoru o nevoljnom neroditeljstvu, odnosno odluci para da prekine borbu pre nego što se ostvare u ulozi roditelja. Za ove parove od posebnog je značaja uključivanje u socijalni život i posvećivanje pažnje aspektima života koji nisu povezani sa neplodnošću (Van den Broeck et al., 2010), i ovaj susret parovima nudi podršku upravo u razmatranju takvih opcija. Jedan od najvažnijih zadataka parova koji se suočavaju sa ovom krizom jeste mogućnost viđenja identiteta pojedinca i para nezvezano za iskustvo neplodnosti – dakle, da, radi se o paru koji se suočava sa neplodnošću, ali taj par nije samo neplodnost (Garthwaite, 2015). Ipak, veliki broj parova koji se suočava sa ovim problemom navodi da je ono što im je najteže upravo bavljenje drugim stvarima, usled osećanja nedovoljne uključenosti i posvećenosti u proces koji je za njih najvažniji, a to je lečenje neplodnosti (Jensen, 2016). Paradoksalno, upravo bavljenje nekim drugim stvarima u kojima uživaju može ostvarivati pozitivne efekte na proces suočavanja, kao i snižavanje stresa povodom neplodnosti i postizanje željene „opuštenosti“ (Gourounti et al., 2012). Ciljevi ovog susreta odnose se na:

- Ispitivanje uključenosti u socijalni život (druženje sa prijateljima, posećivanje pozorišta, koncerata, bioskopa, hobiji...);
- Povećanje stepena uključenosti sa akcentom na tome zašto je to važno;
- Ispitivanje stepena prihvatanja ideje o životu bez deteta;
- Značenje identiteta para bez deteta;
- Redefinisanoj ciljeva i ispitivanje alternativnih oblika funkcionisanja koji su parovima prihvatljivi.

Sadržaj susreta. Prva aktivnost tokom poslednjeg susreta je ponovno gledanje istog dela klipa o Karlu i Eli. Nakon toga, voditelji parovima daju zadatak da u paru završe njihovu priču, tako da junaci budu srećni i zadovoljni. Ideja ove vežbe jeste dolazak do toga koje opcije su parovima prihvatljive i sa kakvim ishodom sopstvene borbe bi oni bili srećni i zadovoljni. Nakon osmišljavanja priče, sledi gledanje preostalog dela klipa o Karlu i Eli⁵⁴, kao uvod u priču o redefinisanoj ciljeva

⁵⁴ Junaci ovog animiranog filma biraju da redefinišu ciljeve i životni fokus prebace na druge stvari, kao što je uživanje u zajedničkom životu i putovanja.

va i životu bez dece kao jednoj od alternativa. Voditelji ih nakon toga najpre pitaju kako im se dopao nastavak i kako su se osećali dok su gledali, a zatim slede pitanjima o sličnostima sa pričom koju su oni smislili, kao i razgovor o redefinisaniu ciljeva (npr. *Koliko vam je ovo redefinisanje ciljeva blisko?; Da li ste nekada razgovarali o tome?; Ako jeste, kako je to izgledalo?; Ako ne, zašto ne?*). Ovim pitanjima voditelji polako, u sada već sigurnom okruženju, otvaraju priču o životu bez deteta kao jednoj od alternativa.

Drugi deo susreta posvećen je diskusiji o učestvovanju u socijalnom životu i aktivnostima koje nisu povezane sa iskustvom neplodnosti. Psiholozi vode diskusiju koristeći se pitanjima poput: *Koliko procenjujete da učestvujete u aktivnostima koje nisu vezane za krizu sa kojom se suočavate?; Kada učestvujete u tim aktivnostima, kako se osećate?; Ko inicira učestvovanje u ovim aktivnostima?; Kako se onaj drugi oseća kada ovaj inicira?* itd. Nakon toga, diskusija se direktnije usmerava u pravcu mogućnosti da se ne ostvare u roditeljskoj ulozi i toga kako bi izgledao njihov život u toj situaciji (npr. *Šta mislite, kako bi izgledao vaš život ukoliko ne biste postali roditelji?; Kako biste provodili vreme?; Kako biste funkcionisali vi kao par?; Ko bi to bolje prihvatio od vas dvoje?; Zašto tako mislite?; Kako biste izabrali ciljeve kojima biste bili posvećeni?; Šta mislite, šta bi to bilo?*), kao i kako bi im bilo da se nose sa pritiskom okoline i šta bi im u tome bilo od pomoći. Voditelji u ovom delu još jedanput ističu protektivnu ulogu učestvovanja u drugim aktivnostima, bez obzira na to da li se par do kraja borbe ostvari ili ne u roditeljskoj ulozi (Van den Broeck et al., 2010). Upravo navedeno, kao i značaj otvaranja razgovora o redefinisaniu ciljeva predstavljaju osnovne tačke poruke za poneti sa poslednjeg susreta.

Kraj susreta posvećen je rezimiranju ovog susreta i ponovnom isticanju značaja uključivanja u socijalni život, kao i razgovoru o redefinisaniu ciljeva, ali takođe i celokupnog Programa i svega onoga o čemu se razgovaralo, kao i veština koje bi trebalo da su poneli sa programa. Voditelji još jednom ističu značaj deljenja emocija sa partnerom, postojanja podrške među njima, asertivne komunikacije, mobilisanja socijalne podrške i strategije za nošenje sa pritiscima iz okoline.

Na samom kraju programa učesnici popunjavaju evaluacionu anketu, kako bi voditelji stekli uvid u to koji aspekti Programa su im bili korisni, a u kojima bi još možda imalo prostora za unapređenje.

8.1.3. Izazovi sprovođenja Programa

Iako se većina savetnika pita kako će se snaći u ulozi voditelja i da li je dovoljno spremna za vođenje grupe parova ukoliko nemaju prethodnog iskustva u tome, moguće je da ćete se sa jednim od najvećih izazova za sprovođenje ovog programa susresti puno pre nego što se nađete u ulozi voditelja. Naime, iskustvo autorki Programa, ali i strana literatura (Arpin et al., 2019), ukazuju na mogućnost nedovoljnog odaziva parova. Činjenica je da se o neplodnosti danas puno više priča nego pre samo jednu deceniju, ali se i dalje radi o iskustvu koje dovodi do socijalne izolacije i stigme. Upravo ovo može biti razlog zbog koga se parovi ne osećaju dovoljno komforno da se prijave za učešće u jednom ovakvom programu,

naročito ukoliko se radi o malom gradu, gde postoji mogućnost da se sretnu sa nekim koga poznaju ili da neko od učesnika deli informacije sa ljudima van grupe, koji poznaju par (Covington, 2006a). Jedan od načina da se spreči strah od otkrivanja informacija koje dele na grupi jeste naglašavanje da sadržaj sa grupnih sastanaka ostaje u okvirima grupe unapred, kao i detaljno razrađivanje grupnih pravila sa učesnicima na prvom sastanku u okviru programa. Takođe, kako istraživanja pokazuju, muškarci ne vole da previše pričaju o iskustvu neplodnosti i dele emocije sa drugima (Williams et al., 1992). Čak i kada učestvuju u programima podrške ili intervjuima o iskustvu neplodnosti, njihova uloga je uglavnom podrška supruzi, bez previše izraženog iskazivanja ličnog stava i emocija sa kojima se susreću prilikom suočavanja (Ying et al., 2015b). Jedan od otežavajućih faktora pri formiranju grupe može biti to što se radi isključivo o grupi parova, te je neophodno da oba člana para prisustvuju susretima. Ove informacije trebalo bi uzeti u obzir prilikom kreiranja setinga za sprovođenje, kao i samog reklamiranja Programa od strane voditelja. Jedna od dobrih strategija, osim standardnih reklama na društvenim mrežama, može biti pisanje tekstova ili organizovanje predavanja na ovu temu, koja bi bila besplatna, a koristila, osim davanju informacija i upoznavanju parova, takođe i predstavljanju Programa. Kao sastavni deo ovakve promocije Programa, kako bi i muškarce motivisali na učešće, pojedina istraživanja pokazuju da bi bilo poželjno pripremiti neku vrstu edukativnog materijala, u kome je naglašeno šta je ono što mogu očekivati tokom Programa i zašto je korisno da učestvuju oba partnera (Mirghavamedin, 2013). Ovo bi moglo dovesti do većeg interesovanja muškaraca, budući da se pokazalo da je često nedostatak informacija i pripreme ono što ih sprečava da se uključe, a ne nedostatak volje (O'Donnell, 2007). Takođe, kako je neplodnost interdisciplinarna tema, bilo bi korisno sarađivati sa nekim od lekara, bilo ginekologa iz domova zdravlja i privatnih ordinacija, bilo specifično specijalista infertiliteta, koji bi svojim pacijentima mogli predstaviti Program i približiti ovu ideju. U ovom slučaju poželjno je da postoje flajeri ili prospekti na kojima je opisan program, budući da je pokazano da parovi bolje reaguju na pisane informacije nego na one dobijene samo usmenim putem (Covington, 2006b). Takođe, činjenica je da parovi bolje reaguju na ovakve programe ukoliko preporuka dolazi od strane lekara u koji imaju poverenja (Bruhat, 1992). Nažalost, neće se svi parovi kojima je potrebno psihološko savetovanje javiti na isto, te je stoga značajna aktivnija uloga lekara, koji bi savetovanje ili neki ovakav program podrške parovima mogli predstaviti kao nešto što bi dodatno koristilo u procesu suočavanja, zajedno sa medicinskim tretmanom (Boivin & Kentenich, 2002). Nadalje, prema mišljenju autora, jedan od najboljih setinga za sprovođenje ovog Programa jesu upravo klinike za vantelesnu oplodnju. Na ovaj način, parovima se dati vid psihološke podrške predstavlja kao nešto što je sastavni deo tretmana, te su preispitivanja manja, a samim tim i broj zainteresovanih parova potencijalno veći (Haley et al., 2004).

Pored ovog izazova, svakako postoji izazov osipanja grupe, kao i mogućnost da neko od parova tokom sprovođenja programa ostvari svoj cilj i žena ostane u

drugom stanju (što autorke programa imaju u iskustvu sa prvom grupom koja je pohađala 3PS program). Kako bi se mogućnost osipanja grupe svela na minimum, važno je da postoji grupna kohezija i da voditelji za parove stvore „prostor“ gde se osećaju psihološki bezbedno da se otvore, ali i dobiju iz iskustva otvaranja drugih članova (Yalom & Leszcz, 2005). Kao praktično rešenje, za slučaj da ipak dođe do osipanja grupe, bez obzira na to da li parovi jednostavno odustanu (iz bilo kog razloga) ili dođe do (kao što je spomenuto) začeca kod nekog od njih, kako bi preostali parovi mogli neometano da nastave sa radom, bilo bi dobro da se grupa sastoji od najmanje četiri para (pod pretpostavkom da osipanje ne bi bilo veće od jednog para).

Naravno, na samom kraju, ostaje izazov vođenja grupe parova, koja podrazumeva dinamiku na više nivoa koju je neophodno pratiti – svakog od pojedinaca, pojedinaca između sebe, dinamiku unutar para, kao i grupnu dinamiku među parovima. Ovo ponekad ume biti izazovno i za iskusnije psihologe, a naročito je izazovno za one koji nemaju puno iskustva, ili pak nemaju prethodnog iskustva u vođenju grupa. Upravo zbog toga je važno postojanje kovoditelja, te da je makar jedan član kovoditeljskog para neko ko ima prethodnog iskustva sa vođenjem grupa, na bilo koju temu (Isaac et al., 2019). Pored kovoditelja, olakšavajući faktor je svakako i činjenica da je Program jasno definisan, te da su struktura i ciljevi svakog od susreta poznati voditelju, što smanjuje osećaj anksioznosti povodom vođenja grupe (Zaki & Rabinor, 2022).

8.1.4. Benefiti sprovođenja Programa

Ovakav oblik podrške koristan je za sve uključene strane – profesionalce iz oblasti mentalnog zdravlja, parove koji se suočavaju sa neplodnošću, kao i klinike za vantelesnu oplodnju. Benefiti koje voditelji programa mogu imati odnose se na mogućnost da u jednakom vremenskom periodu pomognu većem broju klijenata, sa različitim specifičnim problemima, kao i da potencijalno zarade više novca. Za klijente, kako je prethodno navedeno, ovakvi programi predstavljaju vid različitih tipova socijalne podrške, ne samo profesionalnu psihološku podršku; pored toga predstavljaju i mogućnost dobijanja psihosocijalne podrške koju je uglavnom moguće priuštiti finansijski, što predstavlja važan faktor imajući u vidu finansijske troškove tokom tretmana (Zaki & Rabinor, 2022). Na kraju, benefiti koje klinike imaju od postojanja ovakvih programa ogledaju se u potencijalnom smanjenju odustajanja od tretmana usled psihološkog distresa, koji se pokazao kao jedan od najčešćih razloga za preuranjeno odustajanje od tretmana neplodnosti (Domar et al., 2018). Na samom kraju, ali ne i najmanje važno – osim ovih praktičnih dobiti za svaku od uključenih strana, glavna prednost ovakvih programa ogleda se u iskustvu normalizacije razlika, smanjivanja osećaja izolacije, sramote i stigme kod parova koji se suočavaju sa ovom krizom, kao i u povećanju osećaja da ih neko razume, da postoji empatija (Zaki & Rabinor, 2022).

8.2. Uloga psihologa pri klinici za vantelesnu oplodnju: Primer dobre prakse

8.2.1. Istorijat uloge psihologa

Dugo se neplodnost posmatrala isključivo kao medicinski problem, a lekari kao jedini koji mogu biti od pomoći na putu ostvarivanja potomstva. Zajedno sa razvojem asistiranih reproduktivnih tehnologija, pojavila se ideja o neplodnosti kao biopsihosocijalnom fenomenu i počelo se govoriti o važnosti postojanja ne samo medicinske podrške za ove parove, već i psihološke podrške (Omu & Omu, 2010).

Jedna od prvih formalno identifikovanih uloga stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja u okviru klinika za vantelesnu oplodnju ticala se procene koji parovi su podobni za vantelesnu oplodnju, kako sa sopstvenim, tako i sa doniranim reproduktivnim materijalom, kao i procene donora reproduktivnih ćelija (Patel et al., 2018). Radom Barbare Ek Mining (Barbara Eck Menning) i skretanjem pažnje na emocionalne aspekte suočavanja sa ovim problemom, osamdesetih godina prošlog veka sve više se posvećuje pažnja mentalnom zdravlju parova koji prolaze kroz neki od tretmana neplodnosti i uloga psihologa počinje da se sastoji i od pružanja emocionalne podrške parovima (Lawson, 2016). U ovom periodu počela su u velikom broju da se sprovode istraživanja sa ciljem otkrivanja povezanosti između distresa i neplodnosti, što je dodatno doprinelo posvećivanju pažnje potrebama pacijenata u domenu mentalnog zdravlja (Patel et al., 2018).

Vremenom, uloga psihologa osim procene pre tretmana odnosila se i na psihološko savetovanje pre tretmana, sa idejom da se razviju modeli za pružanje emocionalne podrške parovima u svim fazama tretmana. Nešto kasnije, uloga psihologa podrazumeva pružanje emocionalne podrške, ali i rad na razvijanju funkcionalnih strategija prevladavanja i strategija za pribavljanje medicinske i socijalne podrške sa parovima. U radu sa pacijentima sa visoko izraženim distresom, za koje se i pokazalo da su skloniji traženju ove vrste podrške, ili pak da su češće upućeni na podršku psihologa, zadatak stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja ogleda se u podsticanju „ventiliranja“ pacijenata, razumevanju činilaca koji su doveli do aktuelnog nivoa distresa, u redukciji stresa i upravljanju njime, kao i radu na suočavanju sa ponovljenim neuspesima u ostvarivanju trudnoće (Boivin et al., 2011).

Pored uloge u direktnom radu sa pacijentima klinika, odnosno parovima koji se suočavaju sa neplodnošću, vremenom se u opisu posla psihologa nalazi i pružanje podrške medicinskom osoblju koje radi sa ovim parovima. Ovaj oblik podrške, pored razvijanja veće senzitivnosti osoblja i boljih odnosa sa pacijentima, usmeren je i na njihovo mentalno zdravlje i zadovoljstvo poslom, odnosno brigu o članovima tima (Poleshuck & Woods, 2014).

U periodu od devedesetih godina prošlog veka do danas, prepoznata je potreba za definisanjem uloge stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja pri klinici za vantelesnu oplodnju, kao i pronalaženje adekvatnog modela podrške baziranog na intervencijama koje su se kroz istraživanja pokazale efikasnim. Na ovom putu

identifikovana su tri različita izvora stresa kod parova koji se suočavaju sa neplodnošću za koje im je prilikom prevladavanja potrebna podrška stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, a to su:

- 1) *stresori povezani sa pacijentom* (npr. niska tolerancija na različite emocije, psihološka vulnerabilnost, kao i stresori iz domena individualnog i partnerskog stava);
- 2) *stresori povezani sa klinikom* (npr. povezani sa timom klinike i brigom o pacijentima, tehnologijom ili okruženjem) i
- 3) *stresori povezani sa tretmanom* (npr. fizički bol, efekti na socijalni život i posao, niske prognoze uspeha).

U skladu sa navedenim, smatra se da je zadatak stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja da kreira uslove u kojima će pacijenti biti zadovoljniji i optimizuje stope uspeha tretmana pri klinikama za vantelesnu oplodnju (Patel et al., 2018).

Ukoliko se osvrnemo na sve prethodno navedeno, možemo reći da se uloga stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja pri klinici za vantelesnu oplodnju odnosi na sledeće:

- 1) primena intervencija zasnovanih na dokazima (engl. *evidence-based*), odnosno onih čije su koristi potvrđene kroz istraživanja, kojih je danas u ovoj oblasti sve više, za podršku pri nošenju sa emocionalnim izazovima i teretima tretmana;
- 2) podrška pacijentima u donošenju odluka zasnovanih na informacijama, koje su u skladu sa njihovim individualnim potrebama i preferencijama;
- 3) podrška prilikom suočavanja sa periodom čekanja na test na trudnoću;
- 4) pomaganje pacijentima da se pripreme za različite specifične faze tretmana, kao što su davanje uzorka, transfer embriona i sl.;
- 5) nuđenje posebnih usluga u slučaju kompleksnih programa kakvi su npr. surogat programi;
- 6) razvijanje modela za samopodršku koji su dostupni pacijentima, kao što su npr. aplikacije za mobilne telefone;
- 7) razvijanje i validacija alata koji mogu biti od pomoći pri donošenju odluka;
- 8) obezbeđivanje konsultacija i treninga za osoblje, kao što su recimo trening komunikacijskih veština, empatije, saopštavanja loših vesti pacijentima itd.;
- 9) obezbeđivanje podrške za članove osoblja koji se suočavaju sa sindromom izgaranja;
- 10) rad sa pacijentima na suočavanju sa kritičnim situacijama kakvi su ponovljeni neuspesi, završavanje tretmana i prilagođavanje na život bez dece;
- 11) razvijanje programa podrške za vulnerabilne pacijente (Patel et al., 2018).

8.2.2. Pravilnici i zakoni koji regulišu ulogu psihologa

Što se tiče formalnog regulisanja uloge psihologa, vidljive su promene u pravilnicima i preporukama koje daju relevantna udruženja. Publikacija Etičkog komiteta Američkog društva za reproduktivnu medicinu (engl. *American Society*

for Reproductive Medicine; ASRM) iz 2009. godine uključuje stavku koja u slučaju vrlo loših prognoza za tretman neplodnosti navodi „potrebu za konsultacijama sa stručnjakom iz oblasti mentalnog zdravlja”, što nije bio slučaj u dokumentu izdatom 2004. godine (Sax & Lawson, 2022). Takođe, dokument komiteta Američkog društva za reproduktivnu medicinu koji se odnosi na minimalne standarde prilikom pružanja tretmana asistiranih reproduktivnih tehnologija iz 2021. godine uključuje postojanje „konsultanta/stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja sa ekspertizom u oblasti reproduktivnih pitanja”, što takođe nije bio deo starijih izdanja.⁵⁵ S druge strane, pak, Evropsko udruženje za humanu reprodukciju i embriologiju (engl. *European Society of Human Reproduction and Embryology; ESHRE*) je uspostavilo smernice za psihosocijalnu podršku parovima koji se suočavaju sa neplodnošću, ali uključivanje stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja se ne nalazi u okviru ponuđenih smernica, već se navodi da psihosocijalnu brigu može pružiti medicinsko osoblje, bez posebnog treninga iz oblasti mentalnog zdravlja i psiholoških aspekata neplodnosti (Gameiro et al., 2015). Dakle, prema preporukama ESHRE regulisana je tzv. osnovna psihosocijalna briga, dok je parovima ostavljeno da donose odluku o neophodnosti podrške od strane stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, koja podrazumeva savetovanje ili psihoterapijski rad.

Prethodno navedene prakse iz SAD-a i Evrope nisu do kraja prisutne u našoj zemlji. Naime, bez obzira na velike promene koje se tiču medicinskog tretmana neplodnosti od prvog zakona koji je izdat 2009. godine do danas, kada parovi imaju pravo na neograničen broj pokušaja vantelesne oplodnje ukoliko ispunjavaju zadate uslove do ženine 45. godine, kao i sprovođenje vantelesne oplodnje donacijom reproduktivnih ćelija, koja je pokrivena Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje (RFZO), promene u domenu psihološke podrške parovima nisu prisutne. Naime, prema Zakonu o biomedicinski potpomognutoj oplodnji iz 2017. godine,⁵⁶ predviđeno je upućivanje na psihološku podršku samo parova koji su u postupku donacije, ali ne i onih koji kreću u tretman vantelesne oplodnje sa sopstvenim genetskim materijalom. Takođe, klinike u kojima se sprovodi vantelesna oplodnja sopstvenim ili doniranim materijalom prema zakonu nisu u obavezi da imaju zaposlenog psihologa, odnosno stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja. Ukoliko se pozabavimo ovom činjenicom, stiže se uvid da je primarna uloga psihologa zapravo uloga evaluatora, odnosno procena podobnosti parova da uđu u postupak donacije i potencijalnih donora, dok je savetovanje i psihoedukacija ostavljena sa strane, kao deo ličnog izbora parova koji se suočavaju sa ovom krizom.

8.2.3. Obrazovanje stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja

Ono oko čega se većina autora slaže jeste da bi stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja trebalo da buduiskusni, visokokvalifikovani terapeuti, koji imaju znanja u domenu medicinskih i psiholoških aspekata iz oblasti reproduktivne medicine. Pored

⁵⁵ Originalni naziv tela koje je izdalo dokument je *Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, a naziv dokumenta je *Minimum standards for practices offering assisted reproductive technologies: a committee opinion* (2021).

⁵⁶ Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, „Sl. glasnik RS”, br. 40/2017 i 113/2017.

toga, potrebno je da se radi o stručnjacima koji su zainteresovani i spremni na stalno edukovanje iz oblasti savetovanja u domenu neplodnosti, budući da su stalne inovacije prisutne u ovoj oblasti (Covington, 2006b). Ipak, i pored slaganja o tome da bi stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja koji radi na klinici za vantelesnu oplodnju trebalo da poseduje navedene karakteristike, njegovo formalno i neformalno obrazovanje nije jasno definisano, te je samim tim odgovor na pitanje o tome ko može biti stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja na klinici za vantelesnu oplodnju i dalje nedovoljno poznat.

Jedan od prvih pokušaja odgovora na prethodno navedeno pitanje bio je odgovor Profesionalne grupe za mentalno zdravlje (engl. *Mental Health Professional Group; MHPG*) Američkog društva za reproduktivnu medicinu 1995. godine. Prema vodiču, odnosno pravilniku koji izdaje ovo udruženje, stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja koji se bavi savetovanjem u domenu neplodnosti bi trebalo da:

- 1) Ima diplomu master ili doktorskih studija akreditovanog programa iz oblasti psihijatrije, psihologije, socijalnog rada, medicinske sestre ili bračnog ili porodičnog terapeuta, koji treba da pokriva određene oblasti i studentima obezbeđuje neophodna znanja;
- 2) Dozvolu ili licencu za rad;
- 3) Završen trening iz medicinskih i psiholoških aspekata neplodnosti.

Pritom, trening iz oblasti medicinskih aspekata neplodnosti trebalo bi da uključuje sledeće:

- osnove reproduktivne fiziologije;
- upoznavanje sa testovima, dijagnostikom i tretmanom reproduktivnih problema;
- etiologiju muške i ženske neplodnosti i
- informacije o asistiranom reproduktivnim tehnologijama.

Trening iz oblasti psiholoških aspekata neplodnosti trebalo bi da uključuje sledeće:

- bračna i porodična pitanja povezana sa neplodnošću, efekat na seksualno funkcionisanje para;
 - znanja iz psihologije relevantna za pristup parovima koji se suočavaju sa neplodnošću, uključujući psihološku procenu, znanja o gubitku, posttraumatskom stresu, krizne intervencije, kao i tipične i atipične reakcije na stres povodom neplodnosti;
 - alternative biološkom roditeljstvu, kao što su usvojenje, donacija, surrogat programi ili život bez deteta;
 - individualno i partnersko savetovanje i
 - legalna i etička pitanja vezana za tretmane neplodnosti.
- 4) Minimum godinu dana kliničkog iskustva u domenu savetovanja iz oblasti neplodnosti, poželjno pod supervizijom iskusnog savetnika i
 - 5) Kontinuiranu edukaciju, u smislu pohađanja kurseva i treninga organizovanih od strane udruženja.⁵⁷

⁵⁷ Originalan naziv spomenutog dokumenta je *Qualification Guidelines for Infertility Counselors*, izdat od strane *American Society for Reproductive Medicine i Mental Health Professional Group* (1995).

Navedeno predstavlja samo jedan od primera preciziranja neophodnih kvalifikacija i karakteristika kako bi osoba ispunila kriterijume za savetnika iz oblasti mentalnog zdravlja u domenu neplodnosti, a ovi kriterijumi se razlikuju od zemlje do zemlje. Ukoliko se osvrnemo na Evropu, ESHRE je izdala svoj pravilnik kojim je definisano neophodno obrazovanje, ali se kriterijumi u velikoj meri razlikuju od zemlje od zemlje (Haase & Blyth, 2006). Jedan od primera je Nemačka, u kojoj ne postoji formalno definisana uloga stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, ali je organizacija formirana 2001. godine koja se bavi ovim pitanjima odredila osnovne predušlove za sticanje zvanja sertifikovanog savetnika za neplodnost, koji su po nekim segmentima slični, a po nekim se, pak, razlikuju od prakse iz Amerike. Naime, prema ovom pravilniku se navodi da savetnik mora imati diplomu iz psiholoških disciplina, završen trening za savetnika ili psihoterapeuta, najmanje dve godine kliničkog iskustva, od čega je najmanje jedna u oblasti psiholoških aspekata neplodnosti, potom imati znanje o psihološkim implikacijama neplodnosti i pohađati treninge i supervizijske sastanke koje organizuje ovo udruženje (Thorn & Wischnmann, 2009).

Ukoliko bi trebalo ugrubo definisati kriterijume, nezavisno od zemlje u kojoj se psihološka podrška sprovodi, oni se uglavnom odnose na postojanje diplome iz neke od relevantnih oblasti, odgovarajuće licence za rad, treninga iz oblasti medicinskih i psiholoških aspekata neplodnosti, minimalnog kliničkog iskustva u savetovanju u oblasti neplodnosti i kontinuirane profesionalne edukacije (Blyth, 2012).

U većini zemalja pravilnike o ulozi i obrazovanju savetnika iz oblasti mentalnog zdravlja definišu upravo organizacije oformljene od strane stručnjaka iz različitih oblasti u domenu neplodnosti, sa ciljem pružanja što adekvatnije podrške ovim parovima (Haase & Blyth, 2006). U našoj zemlji, nažalost, ovakva organizacija ili udruženje ne postoji, te samim tim do sada nisu poznate nikakve smernice o tome ko se može baviti savetovanjem u domenu neplodnosti. Zbog upravo navedenog, kao i činjenice da većina klinika nema psihologa zaposlenog kao deo tima za vantelesnu oplodnju, veliki deo savetovanja u ovom domenu se sprovodi u privatnoj praksi stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, koja se bazira pre svega na postojanju diplome iz oblasti neke od humanističkih nauka ili psihijatrije i/ili sertifikata o završenom najmanje dvogodišnjem kursu iz nekog od psihoterapijskih pravaca. Ovo predstavlja plodno tlo za brojne propuste i nedovoljno dobru brigu i podršku parovima koji se suočavaju sa ovom krizom.

S obzirom na to da se radi o maloj zemlji, sa relativno malim brojem klinika za vantelesnu oplodnju (iako znatno većem od početka sprovođenja asistiranog reproduktivnog tehnologija), nije neobično da i broj stručnjaka iz različitih naučnih disciplina koji su specijalizovani za ovu oblast mali. U navedenom se krije jedan od razloga i izazova za formiranje udruženja poput navedenih i pravilnika za njihov rad. U tom smislu, rešenje za Srbiju i zemlje poput nje svakako bi moglo biti i razvijanje međunarodno prihvaćenog, uzajamno dogovorenog okvira za rad stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja, koji se bez većih problema može implementirati u različitim zemljama (Blyth, 2012).

8.2.4. Etičke dileme stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja

Kako je prethodno nabrojano, uloga psihologa ili stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja pri klinikama za vantelesnu oplodnju je vrlo obuhvatna, a zadaci koji se stavljaju pred njega vrlo širokog raspona. Ova uloga uglavnom se u globalu može podeliti na *ulogu edukatora* i *ulogu evaluatora*. Prva uloga, uloga edukatora, odnosi se, pre svega, na edukaciju parova o očekivanim ponašajnim i emocionalnim reakcijama na stres povodom neplodnosti i njenog tretmana, na edukaciju o funkcionalnim strategijama prevladavanja i pribavljanja podrške, ali i edukaciju medicinskog osoblja o psihološkim aspektima tretmana neplodnosti i komunikacijskim veštinama neophodnim za uspostavljanje boljeg odnosa sa pacijentima. S druge strane, uloga evaluatora odnosi se na procenu budućih roditelja, kao i procenu donora. Ovako navedeno, deluje da se radi o ulogama koje su nezavisne i ne ometaju jedna drugu. Ipak, brojne su situacije kada se stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja može naći u dilemi koju ulogu bi trebalo da aktivira u određenoj situaciji i šta je tačno njegov zadatak. U nastavku teksta sledi jedan takav primer.

Zaposleni ste kao psiholog pri klinici za vantelesnu oplodnju. Jedna buduća majka (žena koja je došla na kliniku kako bi se ostvarila u ulozi roditelja uz pomoć doniranih jajnih ćelija) Vam saopštava da je depresivna, ali da to nije podelila sa doktorom i drugim medicinskim osobljem, kako bi bila sigurna da će se proces donacije nastaviti, tj. da neće biti prekinut.

Da li biste ovu informaciju podelili sa članovima medicinskog tima? Šta je, u ovoj situaciji, uloga psihologa – da li biste se bavili psihoedukacijom klijentkinje ili biste pristupili evaluaciji potencijalnog efekta depresije na trudnoću i roditeljstvo?

Primer je preuzet iz rada Brejvermenove (Andrea Mechanick Braverman), koja govori upravo o konfliktu i nedovoljno jasno definisanim granicama među raznolikim ulogama koje psiholog ima pri klinici za vantelesnu oplodnju.

Nadalje, u nekim situacijama se može dogoditi da psiholog misli da je svrha susreta, odnosno razgovora sa parom, psihoedukacija i savetovanje, dok predstavnici klinike pri kojoj je zaposlen mogu misliti da je cilj skrining, odnosno procena podobnosti para za ulazak u tretman. U ovoj situaciji, predstavnici klinike mogu biti razočarani jer nisu ispunjena njihova očekivanja, dok stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja može biti uvređen jer od njega očekuju procenu, odnosno skrining, a nije mu obezbeđeno dovoljno vremena za sprovođenje istog i očekivanja nisu dovoljno jasno izrečena. Sve navedeno rezultat je nedovoljno definisane uloge psihologa, što ostavlja prostor i za psihologa, i za predstavnike klinike, da je svako u određenoj situaciji razume na svoj način (Braverman, 2015).

Kako bi se izbegle slične situacije, neophodna je jasna, direktna i otvorena komunikacija među svim članovima tima, a možda bi bilo korisno i da postoji dokument kojim bi formalno bila definisana uloga i zaduženja psihologa, sa što jasnijim smernicama za konkretne situacije, koje bi bile poznate svim uključenim stranama. Ovaj dokument mogao bi biti specifično vezan za određenu kliniku ili neki univerzalni dokument primenljiv u svim klinikama.

8.2.5. Potencijalni izazovi u radu sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću

Rad sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću može biti veoma izazovan i iscrpljujući, kako za sve zaposlene u timu, tako i za savetnika iz oblasti mentalnog zdravlja (Covington, 2006b). Jedan od simptoma koji se može javiti kod zaposlenih pri klinikama za vantelesnu oplodnju je tzv. saosećajni zamor (engl. *compassion fatigue*), koji podrazumeva kumulativno stanje stresa i tenzije koja nastaje kao rezultat rada sa traumatizovanim ljudima koji pate, i do koga može doći iznenada. Razlikuje se od sindroma sagorevanja i predstavlja stanje duboke brige i empatije za tuđu patnju i nesreću, a može biti otežano ukoliko je i sam savetnik prošao kroz isto ili slično iskustvo. Svakako, u situaciji kada parovi govore o svom traumatskom iskustvu, savetnikova traumatska iskustva koja ne moraju biti ista kao ovo takođe mogu biti „isprovocirana“, što povećava rizik od pojave saosećajnog zamora. Nadalje, terapijski odnos sam po sebi predstavlja plodno tlo za razvoj ovog stanja, budući da empatija predstavlja glavni resurs terapijske relacije, te može doći do zamora ukoliko savetnik ne može da postavi jasne granice u odnosu na profesionalno, čak i u situacijama kada nema lična iskustva koja bi mogla biti dodatni okidači za njegovu pojavu (Fritgley, 2013).

Ipak, postoje neke situacije koje mogu činiti rad sa parovima dodatno izazovnim za savetnika. Jedna od takvih svakako je i prethodno spomenuto lično iskustvo neplodnosti (Covington & Marosek, 1999). Paradoksalno, nije retka situacija da se psiholozi koji se i sami suočavaju sa iskustvom neplodnosti odluče da stvaraju ekspertizu upravo u ovoj oblasti. Iz ličnog iskustva neplodnosti mnogi savetnici uče o potrebama i stresorima sa kojim se parovi sa neplodnošću suočavaju. Neretko upravo ovo iskustvo bude razlog ulaska u ovu oblast i odabira da se usavršavaju u okviru nje: neki od njih ulaze sa željom da ovo iskustvo iskoriste za nešto pozitivno, u smislu pomoći ljudima koji se suočavaju sa istim problemom, neki pak žele da iz ličnog iskustva rastu na profesionalnom i ličnom planu. Ipak, bitno je napomenuti da ovo iskustvo sa sobom nosi kako benefite, u smislu lakšeg razumevanja pacijenata i ostvarivanja empatije koja je neophodna za kvalitetan rad, tako i izazove sa kojima se savetnici suočavaju. Naravno, važno je napomenuti da je jedan od preduslova za rad sa parovima koji se suočavaju sa ovom krizom za savetnike koji su imali lično iskustvo neplodnosti da su obradili svoje iskustvo i doneli određene odluke pre nego što se upuste u rad (Covington, 2006b).

Još jedna od ovih situacija može biti ona upravo suprotna – kada savetnik ženskog pola ostane u drugom stanju. Jedan od najvećih izazova koji parovi navode na putu suočavanja sa neplodnošću za koji im je potrebna podrška psihologa je susretanje sa ljudima sa decom i trudnicama (Jestrović i Mihić, 2018). Ukoliko i u situaciji u kojoj se obraćaju za podršku naiđu na savetnika koji je u drugom stanju, to za parove može biti dodatni izazov, a može i buditi sumnje u domenu toga koliko je taj savetnik zaista sposoban da ih razume, s obzirom na to da će se on sam ostvariti u ulozi roditelja. Takođe, ovaj događaj i za savetnika ume biti veoma izazovan i dovesti do brojnih ličnih preispitivanja, a može se javiti i potreba

za traženjem supervizije (Applegarth, 2006). Važno je naglasiti da je u ovoj situaciji najvažnija otvorenost savetnika, kao i proveravanje sa parovima kako se oni osećaju povodom toga i da li im je u redu da nastave sa zajedničkim radom ili bi se lagodnije osećali sa nekim drugim savetnikom.

Neki od izazova ne tiču se odnosa i rada sa pacijentima, odnosno parovima sa iskustvom neplodnosti, već se odnose na rad u timu i odnose sa kolegama, odnosno medicinskim osobljem. Ponekad savetnici iz oblasti mentalnog zdravlja potroše zaista dosta vremena kako bi drugim zaposlenima na klinici približili šta je ono što je njihov posao i stvorili zaista dobru saradnju sa njima. Ne tako retko lekari sami donose odluke koje se tiču psiholoških aspekata neplodnosti, bez uključivanja psihologa, iako je zaposlen na klinici i čini deo tima. U ovakvim situacijama, psiholog se može osećati skrajnuto, kao da njegova znanja i oblasti kompetencije nisu dovoljno važni i jednako značajni kao medicinski tretman, a ponekad čak i potpuno obezvređeno i ignorisano. Zbog upravo navedenog bilo bi dobro da postoji saradnja sa drugim stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja koji rade na polju reproduktivne medicine, koja bi se ogledala u razmeni iskustava i znanja, supervizijskim sastancima, ali i grupama podrške za suočavanje sa izazovima koje ova uloga nosi sa sobom. Takođe, još jedan od načina borbe sa ovim izazovom svakako jeste i praćenje aktuelnih istraživanja iz oblasti psiholoških aspekata neplodnosti, kao i njihovo sprovođenje, kako bi se na osnovu rezultata istih jasnije definisala uloga psihologa pri klinici, ali i članovima tima predstavio značaj postojanja stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja kao ravnopravnog člana njihovog tima (Covington, 2006b).

8.2.6. Mesto psihologa pri klinici za vantelesnu oplodnju

Od osamdesetih godina prošlog veka, kada je konačno dat veći značaj psihološkom aspektu neplodnosti i ulozi psihologa i drugih profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja u ovoj sferi (Matthews & Matthews, 1986), postoje debate ne samo o tome šta su zadaci psihologa, već i gde je njegovo mesto. Ove debate, i danas, posle više od četrdeset godina nisu zastarele i naučnici i praktičari još uvek nisu uspeli da dođu do jednog „tačnog odgovora“.

Psihologe koji rade sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću generalno možemo svrstati u tri kategorije:

- 1) psiholog kao zaposleni na klinici za vantelesnu oplodnju,
- 2) psiholog kao spoljni saradnik klinike za vantelesnu oplodnju angažovan po potrebi i
- 3) psiholog nezavisan od klinike za vantelesnu oplodnju, koji se psihološkim aspektima neplodnosti i pružanjem psihološke podrške pojedincima i parovima u ovom domenu bavi u svojoj privatnoj praksi.

Kao što vidimo iz nabrojanog, podela je definisana prema stepenu zavisanosti, odnosno povezanosti savetnika iz oblasti mentalnog zdravlja od klinike za vantelesnu oplodnju, počevši od opcije gde je u potpunosti zavistan od klinike i predstavlja člana njenog tima, do poslednje opcije gde ne postoji nikakva po-

vezanost. Naravno, svaka od navedenih opcija ima svoje prednosti i nedostatke, kojima ćemo se detaljnije pozabaviti u nastavku (Covington, 2006b).

Psiholog kao zaposleni na klinici za vantelesnu oplodnju

U ovom slučaju, psiholog je formalno zaposlen na klinici za vantelesnu oplodnju i predstavlja deo tima klinike. Jedna od osnovnih prednosti ove opcije odnosi se na integritet brige koji se nudi parovima – na ovaj način, psihološka podrška predstavlja sastavni deo medicinskog tretmana, što za parove može biti olakšavajuća okolnost prilikom obraćanja za podršku (Gameiro et al., 2013). Osećaj da je podrška prilikom suočavanja sa ovim stresorom iz svih domena obezbeđena na jednom mestu parovima olakšava pristup psihološkoj podršci, ali takođe i stvara osećaj da je traženje podrške „normalno“ i ne govori ništa negativno o njima i njihovim sposobnostima za suočavanje sa ovom krizom (Sax & Lawson, 2022). Pored toga, parovima je lakše da se odluče na ovaj korak ukoliko znaju da im je lekar preporučio nekoga koga poznaje i ko je član tima (Prom et al., 2021). Lak pristup stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja omogućuje pravovremenu reakciju u smislu pružanja psihološke podrške u slučaju kriza sa kojima se pacijenti suočavaju na samoj klinici, poput paničnih napada ili saznanja o gubitku trudnoće (Poleshuck & Woods, 2014). Takođe, još jedna od prednosti ovakvog uključivanja psihologa jeste njegovo ravnopravno članstvo u timu, te mogućnost da i on sam donosi odluke kao član etičke komisije i učestvuje u kreiranju globalnih politika klinike, što kasnije može olakšati proces za sve uključene strane – psihologa, medicinsko osoblje i parove koji su korisnici usluga klinike. Na ovaj način, potencijalno se mogu izbeći neslaganja i nerazumevanja među članovima tima, kao i prethodno navedene dileme psihologa. Zahvaljujući obezbeđivanju medicinske i psihološke podrške na jednom mestu, ne pristupa im se kao da su jedna drugoj konkurencija, pri čemu je psihološka podrška obično ona koja je „manje bitna“ od medicinske, već kao da se radi o dva jednako bitna segmenta brige (Pash et al., 2016). Još nešto je važno naglasiti – za razvoj poverenja kod parova, bitno je da psiholog koji radi na klinici za vantelesnu oplodnju zaista bude tretiran kao deo tima klinike (Sax & Lawson, 2022).

U prilog postojanju psihologa u okviru klinike za vantelesnu oplodnju govore i rezultati novijih istraživanja koji ukazuju da pacijenti navode da su njihova iskustva sa tretmanom pozitivnija ukoliko u okviru klinike postoji i stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja (Shandley et al., 2020). Nadalje, kao jedan od najznačajnijih argumenata u prilog postojanja psihološke podrške pri klinikama za vantelesnu oplodnju, kao i informisanja pacijenata o tome, navode se podaci dobijeni u istraživanjima prema kojima jedan od najčešće navođenih razloga odustajanja od tretmana neplodnosti predstavljaju upravo psihološki faktori (Brandes et al., 2009). Pored toga, rezultati istraživanja pokazuju da su skorovi na Upitniku o zdravlju pacijenata (engl. *Patient Health Questionnaire-9; PHQ-9*) duplo smanjeni nakon integracije stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja u klinike (Balasubramanian et al., 2017).

U tekstu pobrojani benefiti prikazani su u Tabeli 3 gde su razdvojeni benefiti za parove koji se suočavaju sa neplodnošću, odnosno pacijente, i medicinsko

osoblje koje je u interakciji sa pacijentima. Prikazana tabela preuzeta je iz rada Saksove i Lavsonove o integraciji stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja u klinike za vantelesnu oplodnju (Sax & Lawson, 2022).

Tabela 3: Benefiti za pacijente i medicinsko osoblje od uključivanja profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja u tim klinike za vantelesnu oplodnju

Benefiti za pacijente	Benefiti za medicinsko osoblje
Veća verovatnoća da dobiju psihološku podršku kada je potrebna	Poboljšanje razumevanja potreba pacijenata
Smanjena stigma povodom obraćanja za psihološku podršku	Lakše davanje preporuka – poznavanje stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja
Smanjeno vreme čekanja na preporuku i pronalazak stručnjaka	Smanjen vremenski pritisak – lakše zakazivanje termina
Poboljšanje ishoda tretmana	Brže vreme od upućivanja do zakazivanja
Kontinuitet brige u okviru istog tima	Veća verovatnoća ostanka pacijenata na klinici do kraja tretmana

Ipak, koliko god ovako pobrojano delovalo idilično, prisutni su i neki nedostaci u situaciji kad je psiholog deo tima na klinici za vantelesnu oplodnju. Jedan od osnovnih se odnosi na to da, s obzirom na to da je formalno zaposlen na klinici, i tu prima platu, parovi mogu razumeti kao da psiholog radi „u interesu klinike“, a ne u njihovom najboljem interesu i sa željom da njima pruži podršku. Takođe, parovi se upravo iz ovog razloga nekada mogu osećati nedovoljno slobodno da podele svoja razmišljanja i emocije, a posebno ukoliko postoji nezadovoljstvo nekim aspektom usluge koju pruža klinika, iz straha da će savetnik to podeliti sa timom (Covington, 2006b). Ovo može biti veliki nedostatak, s obzirom na to da bi psihološka podrška pre svega trebalo da se zasniva na poverenju i osećaju klijenata da je terapeut sigurna baza, a terapijski kontekst sigurno mesto u kome mogu podeliti sve što žele, bez straha da će to biti podeljeno sa bilo kim ili u bilo kom momentu biti iskorišćeno protiv njih (Yalom & Leszcz, 2005). Jedno od potencijalnih rešenja za ovaj nedostatak ogleda se u jasno definisanim etičkim standardima, kao i profesionalnim granicama i principima koji bi trebalo da budu jasno predloženi i poznati svim uključenim stranama (Covington, 2006b).

Psiholog kao spoljni saradnik klinike za vantelesnu oplodnju

Ovaj oblik angažovanja psihologa predstavlja sredinu između formalno zaposlenog i potpuno vezanog za poslovanje i politiku klinike i potpuno nezavisnog savetnika koji parove viđa u svojoj privatnoj praksi. Plaćanje je uglavnom po broju seansi ili prema unapred ugovorenem procentu, a sa pojedincima i parovima se susreće u svom privatnom prostoru ili u nekoj od prostorija klinike, u zavisnosti od dogovora sa njom. Osnovna karakteristika je ta da zaposleni u klinici – kada prepoznaju da je određenom paru potrebna psihološka podrška ili kada se par samostalno o toj podršci informiše - upućuju na ovog psihologa. Takođe, klinika može angažovati psihologa i za posebne usluge, kao što je, recimo, priprema za

proces vantelesne oplodnje, procena donora ili, pak, organizovanje grupa podrške (Covington, 2006b).

Imajući u vidu činjenicu da se nalazi na sredini, ovaj pristup delimično ima prednosti i jednog i drugog pristupa. Naime, s obzirom na to da su usluge integrisane, za pacijente je normalizovano iskustvo psihološke podrške. Takođe, ukoliko je dogovor takav da se savetovanje sprovodi u prostorijama klinike, to može biti još jedna olakšavajuća okolnost za parove, budući da odlazak na dodatno nepoznato mesto može dovesti do još izraženije anksioznosti i stresa (Sax & Lawson, 2022). Pored benefita za parove koji su korisnici usluga, članovi tima klinike se takođe mogu osećati slobodnije da se konsultuju sa psihološkim savetnikom povodom nekih pitanja. Brojni autori ukazuju na značaj edukacije medicinskog osoblja i ulogu psihologa u njenom pružanju (Grill, 2015). Upravo ovakvi neformalni razgovori i konsultacije često mogu biti ključni u procesu edukacije medicinskog osoblja o psihološkim aspektima neplodnosti.

S druge strane, jedan od osnovnih nedostataka ove pozicije ogleda se u nedovoljno jasno definisanim ulogama i granicama. Takođe, kao i u slučaju prethodno opisane opcije, kada je psiholog formalno zaposlen na klinici, ukoliko se savetovanje odvija u prostorijama klinike, parovi se takođe mogu osećati zabrinuto povodom deljenja informacija i iskustava sa psihologom, budući da se može desiti da nemaju poverenja da će ono što podele ostati između njih i savetnika (Covington, 2006b).

Psiholog nezavisan od klinike za vantelesnu oplodnju

U ovom slučaju, psiholog je potpuno nezavisan od bilo koje klinike za vantelesnu oplodnju i pruža podršku parovima u kontekstu svog savetovališta i privatne prakse. Rad sa pojedincima i parovima sa infertilitetom može biti samo jedan manji deo njegove prakse, ili se pak može raditi o psihologu koji je usko specifikovan u ovom polju i dominantno pruža podršku u domenu psiholoških aspekata neplodnosti.

Najveća prednost ovog pristupa odnosi se na izostanak komunikacije između savetnika i medicinskog osoblja, što kod parova dovodi do većeg poverenja da bez straha mogu podeliti sve što žele o svom iskustvu neplodnosti, pa makar ono uključivalo i negativne komentare i iskustva sa medicinskim osobljem klinike koju posećuju. Ovo, istovremeno, s druge strane može biti posmatrano i kao nedostatak, budući da nema kontinuiteta brige i deljenja relevantnih informacija među stručnjacima i da dolaženje do nekih informacija i kada je neophodno može biti u velikoj meri otežano.

Takođe, osnovni nedostatak ovog pristupa odnosi se na izostanak normalizacije traženja psihološke podrške – u ovom slučaju parovi sami prepoznaju da im je potrebna podrška i idu na neko drugo mesto u potrazi za njom (Covington, 2006b). Upravo to za neke parove može biti i razlog netraženja podrške, čak i kada im je potrebna, i posledično – ostajanje bez adekvatne brige koja im je neophodna. U prethodno navedenim opcijama, psihološka podrška je nešto „što im je na dohvat ruke“ i zahteva dosta manji angažman od njih samih, što zaista u slučaju kada su preplavljeni stresom iz različitih izvora može biti olakšavajuća okolnost.

8.2.7. Kome je sve potrebna psihološka podrška?

Pored pitanja o mestu psihologa ili drugog stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja na klinici za vantelesnu oplodnju i njegovim zadacima, još jedno pitanje koje se nameće jeste i da li je svim parovima neophodna ova podrška ili samo određenim pojedincima.

Značaj postojanja stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja na klinikama za vantelesnu oplodnju je višestruko potvrđen (Pash et al., 2016), ali pitanje na koje još nije do kraja sa sigurnošću odgovoreno je ko su pojedinci ili parovi koji ostvaruju benefite od ovakve vrste podrške. Veliki je broj debata o tome da li je zaista neophodno da svi parovi koriste psihološku podršku, s obzirom na to da je pokazano da veliki broj parova zaista može da se izbori sa stresom povodom neplodnosti bez takve podrške (Boivin et al., 1999). U tom smislu, na klinikama za vantelesnu oplodnju bilo bi poželjno sprovesti nekakvu vrstu procene, odnosno skrininga parova kojima je ovaj vid podrške neophodan (Gameiro et al., 2013). Benefiti od ovakvog skrininga uključuju identifikaciju parova sa većom potrebom za dodatnom psihološkom podrškom, njihovo ranije upućivanje na stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja, povećanje svesnosti osoblja o potrebama pacijenata i obezbeđivanje brige usmerene na pacijenta (El Kissi et al., 2013).

Bez obzira na navedeno, prema rezultatima istraživanja, većina pacijenata navodi da im u okviru klinike za vantelesnu oplodnju nisu obezbeđene informacije o postojanju stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja i psihološke podrške – štaviše, od ukupnog broja učesnika istraživanja svega oko četvrtina njih izveštava da su informisani o postojanju psihološke podrške (Pash et al., 2016). Na značaj postojanja psihologa pri klinici i informisanja o mogućnosti pristupu ovakvom vidu podrške ukazuju i rezultati istraživanja u kome je dobijeno da su žene četiri puta sklonije da se obrate za podršku ukoliko je ona dostupna na istom mestu gde i medicinska (Smith et al., 2009). Zatim, još jedan podatak vredan pomena glasi da, u okviru prethodno spomenutog istraživanja, nisu dobijene razlike u dostupnosti informacija o psihološkoj podršci između pacijenata koji su u većem i manjem riziku. Pored toga, značajna razlika nije dobijena ni između parova kojima je tretman vantelesne oplodnje bio uspešan, odnosno rezultirao trudnoćom, i onih kod kojih nije došlo do začeća, iako se pretpostavlja da su parovi kod kojih tretman nije bio uspešan oni koji i dalje ostaju u procesu suočavanja, te im je podrška potrebija (Pash et al., 2016). Ipak, dobijene podatke potrebno je uzeti sa rezervom, budući da postoji mogućnost da parovima jesu bile pružene informacije o postojanju psihološke podrške, ali da ih oni, usled velikog broja informacija, veoma izraženog stresa ili nekog drugog razloga, nisu primili. Naravno, ostaje otvoreno pitanje je da li je moguće da je ovo zaista bio slučaj kod većine parova, odnosno da je većina njih zaboravila da im je bila ponuđena opcija pristupa psihološkoj podršci.

8.2.8. Primer dobre prakse – iskustvo iz uloge psihologa pri centru za vantelesnu oplodnju u Istanbulu (Turska)

Iako uključivanje psihologa kao člana tima na klinikama za vantelesnu oplodnju u većini zemalja nije obavezno, pa samim tim i nije praksa, postoji nekoliko primera koji ukazuju na značaj tog prisustva i predstavljaju pozitivna iskustva. Jedan od njih datira još od 1995. godine, a to je iskustvo sa Severozapadnog univerziteta u SAD-u (engl. *Northwestern University*).⁵⁸ U okviru ovog centra za vantelesnu oplodnju sada rade tri psihologa, na različitim lokacijama svake od klinika. Svako od pacijenata ko se odluči na vantelesnu oplodnju sa svojim ili doniranim reproduktivnim ćelijama, ko je iskusio slabu reakciju na stimulaciju, gubitak trudnoće ili neko drugo stresno iskustvo, upućuje se da zajedno sa partnerom prisustvuje pedesetominutnom psihoedukativnom sastanku sa stručnjakom iz oblasti mentalnog zdravlja. Pored toga, svi članovi tima, medicinsko osoblje, imaju priliku da se konsultuju sa njima u slučaju da rade sa tzv. *teškim pacijentima*, ili se, pak, nose sa nekim drugim stresom u okviru svoje profesionalne uloge. Podaci ukazuju na to da je program konstantno dobro ocenjivan od strane svih uključenih strana – pacijenata, odnosno parova koji se obraćaju klinici za tretman neplodnosti, stručnjaka koji obezbeđuju navedenu podršku – psihologa, kao i celokupnog medicinskog osoblja (Sax & Lawson, 2022).

U nastavku teksta biće prikazano iskustvo autorke na poziciji psihologa u privatnoj klinici za vantelesnu oplodnju koja se nalazi u Istanbulu, Turskoj. U Republici Turskoj donacija nije dozvoljena, tako da se na klinici na kojoj je autorka radila sprovodio tretman vantelesne oplodnje samo sa sopstvenim reproduktivnim materijalom, što je u velikoj meri oblikovalo i zadatke autorke kao psihologa, u smislu izostanka procene budućih roditelja i potencijalnih donora, i fokus prvenstveno na psihološku podršku parovima prilikom suočavanja sa stresom povodom iskustva neplodnosti i njenog tretmana. Takođe, relevantna informacija je i da je autorka radila pri internacionalnom departmanu navedene klinike, pri čemu su klijenti uglavnom bili parovi koji su dolazili zbog tretmana iz različitih delova sveta, što u celu priču uključuje i potrebu za kulturološkom senzitivnošću, kao i izazove razlika među kulturama prilikom suočavanja sa ovim stresorom, budući da je autorkino prethodno iskustvo isključivo bazirano na radu sa parovima iz Srbije, odakle je i sama (Jestrović, 2021b).

S obzirom na to da na navedenoj klinici prethodno nije bio zaposlen psiholog ili drugi stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja, autorka je u određenoj meri imala slobodu prilikom kreiranja svoje pozicije, uloga i radnih zadataka, koje je dogovarala sa vlasnikom klinike i jednim od lekara specijalista infertiliteta. Ideje o implementaciji svoje uloge pri klinici pronalazila je u primerima iz inostranstva, poput prethodno opisanog iskustva iz SAD-a, na osnovu rezultata sada već mnogobrojnih istraživanja u ovoj oblasti, ali i iz svog dugogodišnjeg iskustva u radu sa parovima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti.

⁵⁸ Pun originalni naziv klinike za vantelesnu oplodnju je *Northwestern Medicine Center for Reproductive Medicine*, pri Severozapadnom univerzitetu (engl. *Northwestern University*) u SAD-u.

Čitav koncept podrazumevao je sledeće:

Nakon što zakažu prve konsultacije i dođu na kliniku, parove dočekuje koordinator, koji ih upućuje u dalje korake i upoznaje sa psihologom. Nakon toga, prvim konsultacijama sa doktorom psiholog prisustvuje zajedno sa parovima (ukoliko se oni slože sa tim, naravno), gde ima priliku da stekne uvid u medicinsku istoriju lečenja neplodnosti i trenutne izazove i planove. Nakon završenih konsultacija i određenog plana tretmana sa lekarom, psiholog parovima nudi razgovor psihoedukativnog karaktera, u trajanju od četrdesetak minuta, koji je uključen u cenu tretmana i podrazumeva neku vrstu pripreme za tretman, razgovora o tome šta ih očekuje, ispitivanja emocija, strategija prevladavanja i mreže podrške, sa davanjem kratkih saveta za njihovo unapređenje. Ovaj inicijalni razgovor ponuđen je svim parovima, dok im se nakon njega ostavlja mogućnost da se tokom procesa tretmana, ukoliko osete potrebu, u bilo kom momentu jave za dodatni razgovor. Osim toga, lekari specijaliste infertiliteta su parove za koje procene da su u većem riziku dodatno podsećali o postojanju psihološke podrške i podsticali na razgovor sa psihologom.

Navedeni koncept uključivanja psihologa prati neke od osnovnih smernica za praktični rad psihologa pri klinici za vantelesnu oplodnju, koje su date od strane Haleja i saradnika (Haley et al., 2004). Naime, jedna od osnovnih smernica ticala se toga da psiholog ne bi trebalo da čeka parove da dođu do njega. Najvažniji preduslov da se parovi obrate za psihološku podršku jeste njena stalna prisutnost, dostupnost i normalizacija njenog traženja. Ukoliko se obraćanje za podršku osloni isključivo na preporuku lekara, neretko se može dogoditi da i neki parovi kojima je podrška potrebna ne dođu do psihologa. Na ovaj način, upoznavanjem sa psihologom i njegovim postojanjem u okviru klinike i uslugom kao sastavnim delom tretmana neplodnosti, parovima se pruža upravo pomenuto iskustvo normalizacije i povećava se verovatnoća obraćanja za podršku. Nadalje, prema mišljenju ovih autora, jedan od važnih elemenata za proces savetovanja i pružanja psihološke podrške jeste poznavanje celokupne medicinske istorije i okruženja iz kojeg par dolazi, što je na ovaj način obezbeđeno kroz inicijalno upoznavanje, ali i prisustvom psihologa na prvim konsultacijama para sa lekarom, što smanjuje potrebu za dodatnim trošenjem vremena koje bi odlazilo na konsultacije između dva stručnjaka. Takođe, prisustvom medicinskim konsultacijama, psiholog ima priliku da stiče dodatna znanja iz oblasti reproduktivne medicine, koja mu jesu potrebna za bolje razumevanje i rad sa parovima. Ipak, stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja nije lekar specijalista infertiliteta i važno je da prepozna svoje granice. Ovakav vid saradnje omogućuje bolju i češću komunikaciju između psihologa i lekara, te mu istovremeno daje mogućnost da sa lekarom proveri sve one stvari za koje nije siguran, koje se tiču medicinskog aspekta tretmana, a koje parovi pominju tokom zajedničkog rada. Prethodno navedena distanca i neki vid omalovažavanja i ignorisanja stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja ovakvom organizacijom su u velikoj meri predupređeni (Covington, 2006b).

U okviru ove klinike, dominantna uloga psihologa je uloga psihoedukatora i savetnika i pre svega se odnosi na edukaciju i podršku pacijenata, dok rad sa medi-

cinskim osobljem, u smislu podrške i treninga razvijanja veština neophodnih za bolju brigu o pacijentima, nije bio uključen. Takođe, s obzirom na to da u opisu posla psihologa nije bila nikakva procena i skrining pacijenata, nije bilo prostora za etičke dileme i ostajanje „na pola puta” između dve uloge (Braverman, 2015). Ipak, tokom razgovora sa parovima, ponekad su do psihologa stizale informacije o nezadovoljstvu određenim aspektima usluge i pre svega stavom medicinskog osoblja, na šta je psiholog naređenima skretao pažnju radi unapređenja kvaliteta usluge, bez navođenja imena pacijenata koji su govorili o tome i otkrivanja bilo kakvih ličnih podataka. Na ovaj način, istovremeno čuvajući privatnost i garantujući anonimnost susreta sa parovima, ali i ukazujući na propuste i mesto za unapređenje, psiholog se, poštujući obe strane, trudio da doprinese kvalitetu usluge i svim uključenim stranama obezbedi bolje uslove, što, kako je prethodno navedeno, obuhvata domen uloge stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja pri klinici za vantelesnu oplodnju (Patel et al., 2018). S druge strane gledano, sloboda parova da sa psihologom dele ovakve informacije i iznose svoja nezadovoljstva ponašanjem nekog od članova tima ili uslugom, ukazuje na izostanak potencijalnog nedostatka uključivanja psihologa kao dela tima klinike za vantelesnu oplodnju koji se odnosi na nedovoljnu slobodu za deljenje informacija i zapitanost parova o tome šta je zapravo uloga psihologa i „na čijoj je on strani” (Covington, 2006b). Na početku razgovora sa svakim parom, savetnik je, u skladu sa preporukama stranih autora koji su se bavili istraživanjem ove teme (Klock, 2006), sa parovima delio šta je ono što mogu da očekuju da će dobiti od njega i naglašavao da će sve što budu izneli ostati između savetnika i para, da njihova imena neće biti navođena nigde, a da je cilj pružanje što adekvatnije podrške parovima koji prolaze kroz ovo iskustvo i dolaze na kliniku, kao i unapređenje usluge u svim domenima rada. Upravo navedenom, ali i razvijenom odnosu poverenja između savetnika i parova, može se pripisati njihova sloboda da otvoreno dele utiske o usluzi i zaposlenima na klinici.

Naravno, pored svih navedenih prednosti i truda uključenih strana da podrška koja je obezbeđena parovima zaista bude najbolja moguća, postojali su i neki izazovi u njenoj implementaciji, a jedan od njih se svakako odnosio i na ograničeno vreme boravka parova u Istanbulu (budući da su oni dolazili isključivo zbog tretmana i da su se, u najvećem broju slučajeva, po njegovom završetku vraćali u svoje zemlje), što je onemogućilo duži savetodavni rad sa parovima kojima je bio neophodan, ali možda i sprečilo neke od parova da se odluče za ovakav vid podrške u tom momentu. Upravo navedeno nije nimalo začuđujuće, ukoliko se uzme u obzir da je i ranije to navođeno kao jedan od osnovnih nedostataka pružanja podrške „reproduktivnim turistima”, odnosno parovima koji zarad nekog od tretmana asistiranje reproduktivne tehnologije odlaze u inostranstvo, bilo zbog boljih uslova, povoljnijih cena ili tretmana koji zakonom nisu dozvoljeni u zemlji u kojima žive (Hynie & Burns, 2006).

Ipak, navedeni primer bi svakako mogao poslužiti klinikama koje posećuju parovi iz mesta ili zemlje u kojoj se klinika nalazi, za šta je autorka ubeđena da bi dalo bolje rezultate, u smislu adekvatnije brige o parovima, ali i boljeg odaziva za psihološku podršku.

8.3. Edukacija i pružanje podrške stručnjacima koji rade sa parovima koji se suočavaju sa neplodnošću: uloga psihologa

8.3.1. Modeli brige o pacijentima na klinikama za vantelesnu oplodnju

U oblasti reproduktivne medicine pružanje najbolje moguće brige parovima koji dolaze na klinike za vantelesnu oplodnju je ultimativni, ali istovremeno i veoma izazovan cilj. U svim oblastima medicine efikasnost i sigurnost su dimenzije kvaliteta koje se najčešće spominju. Ipak, iako ove dve dimenzije jesu ključne, važno je napomenuti da zaista kvalitetna briga o pacijentima ide izvan njihovih okvira (Van Empel et al., 2011).

Penings i Ombelet 2007. godine napuštaju aktuelni pristup u domenu asistiranog reproduktivnog tehnologija, koji je dominantno usmeren na stope uspeha i procenat ostvarenih trudnoća, i uvode tzv. prijateljski pristup pacijentu (engl. *patient-friendly*), koji se bazira na četiri osnovna principa: jednaka pristupačnost za sve parove, ekonomičnost, minimizacija rizika i minimizacija emocionalnog i fizičkog distresa (Pennings & Ombelet, 2007). Kao odgovor na ovaj predlog, Van Empelova i saradnici navode da predloženi termin zvuči suviše privlačno, što nije u skladu sa prirodom ovog tretmana, koji nije nimalo prijatan. Zbog svega navedenog, ova grupa autora umesto ovog predlaže termin *visokokvalitetan tretman*, navodeći da je ovaj termin manje zbunjujući za pacijente, te da je jasno da se odnosi na dobro organizovanu brigu, bez ukazivanja na atraktivnost tretmana (Van Empel et al., 2008). Istovremeno, termin *visokokvalitetan tretman* za lekare bolje opisuje cilj samog koncepta i fokusiran je na kvalitet i unapređenje kvaliteta tretmana i celokupne usluge (Nelen et al., 2007). Pored četiri dimenzije koje su obuhvaćene pristupom koji zastupaju Penings i Ombelet, ovaj koncept uključuje još dva aspekta – uvremenjenost i usmerenost na pacijenta. Osim toga, važno je naglasiti da autori ističu značaj prisutnosti svih šest dimenzija istovremeno kako bi tretman zaista bio visokokvalitetan (Van Empel et al., 2008).

Briga usmerena na pacijenta (engl. *patient-centered care*) odnosi se na poštovanje i odgovaranje na individualne potrebe svakog pacijenta, kako bi se osiguralo da su odluke vezane za tretman bazirane na vrednostima pacijenta (Wolfe, 2001). Dakle, ona se ne odnosi samo na lepo ophođenje prema pacijentima, već se fokusira na njegovo iskustvo bolesti, odnosno suočavanja sa postojanjem neke teškoće i medicinsku brigu o njoj (Van Empel et al., 2008). Jedna od osnovnih karakteristika ovog pristupa odnosi se na pomeranje fokusa sa bolesti na pacijenta (Harkness, 2006), što je posebno značajno imajući u vidu činjenicu da lekari i pacijenti obično vrednuju različite aspekte tretmana – dok su lekari više usmereni na tehničke i fizičke aspekte brige, pacijenti su više zabrinuti oko psiholoških aspekata. U tom smislu, ovakvo pomeranje fokusa predstavlja zaista značajan pomak za pacijente. Ipak, važno je napomenuti da usmerenost na pacijenta ne podrazumeva ispunjavanje svih njegovih zahteva, nauštrb tretmana. Jedan od najsveobuhvatnijih modela *pristupa usmerenog na pacijenta* nastao je u okviru Picker instituta (engl. *Picker Institute*) i sastoji se od osam komponenti: koordinisanost brige, fizički

komfor, emocionalna podrška, kontinuitet, uključenost porodice i prijatelja, dostupnost informacija, komunikacija i edukacija (Van Empel et al., 2008).

Primenjivanje principa *brige usmerene na pacijenta* tokom rutinskog tretmana neplodnosti je povezano sa višim kvalitetom života i manjim distresom tokom tretmana (Aarts et al., 2012), a rezultati istraživanja pokazuju da zadovoljstvo kvalitetom usluga tokom tretmana može uticati na nameru pacijenta za kompletiranje tretmana, odnosno ostajanje na istoj klinici dok se ne iscrpu sve mogućnosti koje predlažu lekari (Boivin et al., 2011). S druge strane, rezultati istraživanja pokazuju da je jedan od najčešćih razloga nezavršavanja tretmana na odabranoj klinici upravo nezadovoljstvo kvalitetom brige, odnosno nedostatak empatije od strane medicinskog tima i nedostatak kontinuiteta brige (Gameiro et al., 2012). Pokazano je da lekari neretko imaju tendenciju da potcene značaj pacijentove percepcije kvaliteta brige koju dobijaju na klinici za vantelesnu oplodnju (Van Empel et al., 2011), čime se može objasniti i prethodno navedeno, odnosno to zbog čega pacijenti određene segmente brige vide kao problematične, pre svega one koji se odnose na komunikaciju između osoblja i pacijenata (Huppelschoten et al., 2013). Takođe, bez obzira na rezultate koji ukazuju da je redosled prioriteta za pacijente i lekare isti, i da je na prvom mestu i kod jednih i kod drugih stopa uspešnosti tretmana, a zatim stav lekara, informacije o tretmanu, vreme putovanja i kontinuitet, razlike su dobijene u značajnosti procenjenih aspekata – pacijenti usmerenost na pacijente, odnosno stav lekara procenjuju značajnijim nego što to vide lekari, dok je za lekare stopa uspešnosti, odnosno ostvarenih trudnoća, značajnija nego za pacijente (van Empel et al., 2011).

Prema rezultatima istraživanja, kvalitet brige direktno i indirektno utiče na završavanje tretmana. U prilog direktnom efektu govore prethodno navedena istraživanja koja pokazuju da su pacijenti zadovoljni brigom od strane medicinskog osoblja oni koji su skloniji završavanju tretmana (Boivin et al., 2011), kao i da su oni koji govore o neadekvatnoj brizi i izostanku empatije od strane osoblja u većoj meri skloni tome da napuste kliniku pre završetka tretmana (Gameiro et al., 2012). Što se tiče indirektnih efekata koje ostvaruje, autori pretpostavljaju da pacijenti koji su zadovoljni brigom procenjuju tretman kao lakši za tolerisanje, što dovodi do veće šanse da ga završe na istoj klinici. Jedan od primera za navedeno može biti dobra organizacija i jasan plan tretmana, koji smanjuju broj poseta klinici i dužinu vremena čekanja, što tretman za pacijente čini lakšim za tolerisanje, a ovo je povezano sa jačom namerom za završetak istog (Boivin et al., 2011). U skladu sa navedenim, najbolji način za obezbeđivanje završetka tretmana na klinici bio bi obezbeđivanje lakog i brzog pristupa profesionalcima, koji imaju dobro razvijene komunikacijske veštine i uključuju parove u proces donošenja odluke o koracima tretmana (Pedro et al., 2013). Ovo je veoma značajno i zbog činjenice da završetak započetog tretmana povećava stopu uspešnosti tretmana, odnosno ostvarenih trudnoća iz ciklusa vantelesne oplodnje (Gameiro et al., 2013). Ipak, bez obzira na prethodno navedene rezultate, kao i činjenicu da su oni dosledni u većini sprovedenih istraživanja, *pristup usmeren na pacijenta* i dalje nije prihvaćen

kao deo uobičajene prakse svuda, pa i u oblasti reproduktivne medicine (Van Empel et al., 2008). Tradicionalno, briga u ovom domenu pre svega je fokusirana na efikasnost i bezbednost, iako bi, zbog emocionalnog stresa koji prati suočavanje sa ovim problemom, bilo značajno primenjivati *pristup usmeren na pacijenta*, što navodi na zaključak da su inovacije u ovoj oblasti neophodne (Dancet et al., 2010).

Indikatori kvaliteta medicinske brige mogu se podeliti u tri kategorije: indikatori procesa (npr. procenat lekara koji informiše pacijente o efektu cigareta na smanjenje njihovog reproduktivnog potencijala), strukture (npr. procenat klinika koje imaju akreditovane laboratorije) i ishoda (procenat živorođene dece po ciklusu). Pokazano je da, navodeći indikatore kvaliteta brige u domenu reproduktivnog zdravlja, dominantnu ulogu imaju indikatori koji se odnose na ishod (Min et al., 2004). Pored drugih nedostataka koje ima ovakav pristup, bitno je naglasiti da fokus samo na indikatore ishoda može dovesti do odbijanja pacijenata sa lošim prognozama za uspeh tretmana, a rešenje za ovaj problem je veće oslanjanje i na druge indikatore, odnosno indikatore procesa i strukture (Nelen et al., 2007). Suprotno uobičajenim praksama, istraživači iz ove oblasti sugerišu da bi, osim stope uspešnosti, odnosno ostvarenih trudnoća iz ciklusa, klinike trebalo da za pacijente učine dostupnim i informacije o prisustvu *pristupa usmerenog na pacijenta* i drugih parametara, kako bi se parovima omogućila bolja informisanost pri donošenju odluke o izboru klinike (Van Empel et al., 2011).

8.3.2. Zadovoljstvo parova brigom od medicinskog osoblja

Uprkos sve većoj svesti o značaju dobre komunikacije u kontekstu medicinskih usluga, značajni problemi kao što su dezinformacije, nedostatak informacija i izostanak odgovora nalaze se i dalje među najčešćim odgovorima na koje istraživači nailaze ispitujući zadovoljstvo pacijenata brigom koju dobijaju od medicinskog osoblja (Baker et al., 2005); ovo govori u prilog potrebi za unapređenjem komunikacijskih veština medicinskog osoblja zaposlenog na klinikama. Istraživanja pokazuju da su iskustva parova sa medicinskim osobljem raznolika – iako je većina u suštini zadovoljna podrškom koju dobija od medicinskog osoblja (Sabaurin et al., 1991), postoje i oni parovi koji navode da im nije posvećeno dovoljno pažnje i da se osećaju „kao na pokretnoj traci“ (Ridenour et al., 2009). Istraživači iz ove oblasti skreću pažnju na značaj ispitivanja pojedinačnih aspekata medicinske brige, budući da se ispitivanjem generalnog zadovoljstva potencijalno dobija veštački optimistična slika i izostaju smernice za to u kojim segmentima je potrebno njeno unapređenje (Haagen et al., 2008).

Zašto je toliko važno baviti se ovim aspektom tretmana? Istraživanja pokazuju da je upravo podrška osoblja jedan od značajnih faktora u mogućnosti para da se nosi sa stresom povodom neplodnosti (Daniluk, 2001). Kako je prethodno navedeno, rezultati istraživanja ukazuju na raskorak u važnosti određenih segmenata brige za lekare, s jedne strane, i pacijente, odnosno parove koji se suočavaju sa ovim problemom, s druge (Dancet et al., 2010). Značajnost postojanja odnosa sa lekarom kojim su zadovoljni dobijena je i u kvalitativnoj studiji, u kojoj su ispitanici

ce češće govore o odnosu sa lekarima i drugim medicinskim osobljem i njihovoj posvećenosti, nego o ishodu tretmana. U ovoj studiji, upitane za najpozitivnije iskustvo tokom tretmana neplodnosti, žene značajno češće govore o odnosu sa medicinskim osobljem, njihovoj posvećenosti, dostupnosti kada su im potrebni i iskrenosti u pristupu, nego o ishodu. S druge strane, kao neka od najnegativnijih iskustava navode odnos osoblja prema njima u kome dominira nezainteresovanost, nepoštovanje i izostanak empatije (Malin et al., 2001). I rezultati drugih istraživanja pokazuju da se najčešće zamerke na račun medicinskog osoblja odnose na izostanak empatije, način na koji se nose sa negativnim emocijama pacijentkinja koje se javljaju u različitim fazama tretmana (Peddie et al., 2005), kao i izostanak skretanja pažnje na potencijalne emocionalne rizike tretmana i na ono što mogu da očekuju u tom domenu (Rauprich et al., 2011), potom nedostatak veština savetovanja i nedovoljna psihološka podrška (Van den Broeck et al., 2009). Nadalje, pored rezultata koji govore da ima prostora za unapređenje u domenu osnovne psihološke podrške koju bi medicinsko osoblje trebalo da pruža, pacijenti ukazuju i na izostanak informacija o tome gde mogu potražiti psihološku podršku stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja (Van Empel et al., 2010).

8.3.3. Kakvo je stanje u Srbiji?

Istraživači iz naše zemlje počinju da se interesuju za psihološke aspekte neplodnosti tek pre otprilike jednu deceniju. Kada govorimo konkretno o zadovoljstvu medicinskom podrškom, pored ankete koju je sproveo Udruženje *Šansa za roditeljstvo*⁵⁹, postoje svega dva istraživanja koja su se bavila ovim domenom podrške. Na osnovu dobijenih rezultata, situacija u Srbiji ne razlikuje se od one u inostranstvu. Naime, žene koje se suočavaju sa neplodnošću generalno su više zadovoljne nego što nisu podrškom koju dobijaju od medicinskog osoblja – na deset od trinaest merenih aspekata skorovi se kreću između 3 i 4, na skali od 1 do 5. Ipak, važno je naglasiti koji su to domeni podrške gde ispitanice pokazuju najveće, a u kojima pak najmanje zadovoljstvo. U prilog rezultatima iz inostranstva govori podatak da su ispitanice najzadovoljnije aspektom brige koji se odnosi na tehničke veštine i kompetentnost za izvođenje tretmana, dok su najmanje zadovoljne segmentima koji se tiču emocionalne podrške u procesu tretmana i informisanja o propratnim emocionalnim efektima koji se javljaju tokom i nakon tretmana (Jestrovic i Mihic, 2020b). U drugom istraživanju, koje je uključivalo značajno veći broj ispitanica, uz primenu istog instrumenta, dobijeni prosečan skor na zadovoljstvu podrškom od strane medicinskog osoblja je 2.97, što ukazuje na to da ispitanice dobijenom podrškom nisu ni zadovoljne ni nezadovoljne i da ima puno prostora za njeno unapređenje. Ovo je posebno značajno ukoliko uzmemo u obzir da je u istom istraživanju dobijeno i da ispitanice koje su manje zadovoljne podrškom koju dobijaju od medicinskog osoblja procenjuju višim stres povodom

⁵⁹ Spomenuta anketa postavljena je na stranicu zarad prikupljanja podataka o zadovoljstvu koji su izlagani na ESHRE konferenciji. Više o samom udruženju dostupno je na web sajtu <https://sansazaroditeljstvo.org.rs/> [25.03.2023].

neploidnosti, češće koriste izbegavajuće strategije prevladavanja i bračnu usaglašenost procenjuju kao nižu (Jestrović, 2021a).

Bez obzira na značajnost ovog aspekta brige koja je pokazana i kroz istraživanja na našem uzorku, parovi i dalje ne dobijaju nivo brige koja im je potrebna u medicinskom kontekstu. Radeći sa parovima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti, često sam imala prilike da čujem rečenice poput ovih: „Tamo smo kao na pokretnoj traci.“; „Čekam dva sata da dođem na red, a onda još deset minuta da se doktor/doktorica priseti ko sam, kao da to ne može da uradi pre nego što me primi.“; „Osećam se loše ako imam nešto da pitam jer sam im uzela još jedan minut vremena.“ i sl. Sve ove rečenice u skladu su sa rezultatima sprovedenih istraživanja. Pitanje koje se, pak, postavlja, jeste – zbog čega je situacija gotovo bez izuzetka takva i šta treba promeniti da bi parovi bili zadovoljniji?

Bez obzira na zaista ogromne pomake u broju tretmana koje finansira Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO) za ove tri decenije od sprovođenja prvog postupka vantelesne oplodnje u Srbiji do danas, kao i na činjenicu da je Srbija jedna od zemalja koja svojim građanima obezbeđuje najbolje uslove u smislu broja plaćenih tretmana i starosne granice⁶⁰, činjenica je da postojeće uređenje nije idealno ni za jednu od uključenih strana i da ima puno prostora za unapređenje.

Jedan od velikih izvora stresa za parove koji se suočavaju sa neplodnošću jesu finansije i činjenica da su ovi tretmani veoma skupi (Olivius et al., 2004). U tom smislu, obezbeđivanje neograničenog broja pokušaja za parove je zaista veliko finansijsko olakšanje, koje samim tim dovodi do snižavanja stresa, makar u ovom domenu. Ipak, da li je sve u tome šta je obezbeđeno (odnosno, koliko tretmana) ili pak ima nešto i u tome kako ti tretmani izgledaju? Naime, sa promenom pravilnika i uvođenjem neograničenog broja postupaka, nažalost, nisu se istovremeno dogodile promene koje su neophodne za implementaciju ovog pravilnika u praksi. Novim pravilnikom zaista velikom broju parova koji ranije nisu imali pravo na besplatne postupke su oni sada omogućeni, što zapravo pred lekare i celokupno medicinsko osoblje stavlja znatno veći teret i obim posla. U našoj zemlji još uvek nisu sprovedena istraživanja o zadovoljstvu poslom i odnosu sa pacijentima u kojima bi ispitanici bili lekari i drugo medicinsko osoblje u oblasti reproduktivne medicine. Ipak, rezultati istraživanja iz inostranstva dosledno ukazuju na veću vulnerabilnost ovih zaposlenih i mogućnost pojave sindroma izgaranja, povezanog sa zadovoljstvom poslom (Norre & Wischmann, 2011). Nije začuđujuće da medicinsko osoblje koje je preopterećeno poslom i konstantno umorno i iscrpljeno nije u stanju da pruži adekvatnu podršku i brigu pacijentima u svim njenim domenima. Takođe, pokazano je da su zaposleni koji su manje zadovoljni poslom manje otvoreni za učenje novih veština i edukacije u oblasti psiholoških aspekata i komunikacijskih veština i empatije koje bi trebalo da primenjuju u odnosu sa pacijentima (Grill, 2015).

⁶⁰ Nacionalni program finansiranja medicinski potpomognute oplodnje pokrenut je 2006. godine. U proteklih sedamnaest godina, učinjeni su veliki pomaci. Od postojanja jednog finansiranog postupka do ženinih navršenih 38 godina starosti došlo se do neograničenog broja postupaka do 45 godina starosti, koje mogu raditi u jednoj od šest državnih ili jedanaest privatnih klinika koje imaju potpisane ugovore sa RFZO.

U skladu sa navedenim, kako bi se parovima obezbedila što bolja podrška, važno je krenuti od obezbeđivanja boljih uslova rada za zaposlene na klinikama za vantelesnu oplodnju. U ovom kontekstu, značajno bi bilo postojanje psihološke podrške za zaposlene, kako bi se lakše nosili sa obimom posla i stresorima koji su njegov sastavni deo. Naredni korak bi trebalo svakako da bude sprovođenje edukacija u oblasti psiholoških aspekata neplodnosti i naglašavanje njihovog značaja za samu uspešnost tretmana, kao i praktikovanje treninga veština komunikacije i empatije, neophodnih u odnosu sa pacijentima.

8.3.4. Značaj edukacije medicinskog osoblja

Lekari i medicinske sestre koji su prošli trening iz oblasti komunikacijskih veština izveštavaju o značajnom porastu samoefikasnosti u domenu izlaženja u susret potrebama za komunikacijom pacijenata, koja je neophodna tokom rutinskog tretmana, a ovaj porast je stabilan i tokom šest meseci nakon treninga. Spomenuti trening uključivao je tri osnovna elementa, a to su:

- *struktura* – postojanje strukture konsultacija kao vid garancije da su obuhvaćeni svi relevantni aspekti,
- *tehnike komunikacije* – naučiti medicinsko osoblje kako da sluša, kako da pomogne pacijentima da formulišu problem, kako da na pravi način postavi pitanja itd. i
- *usmerenost na pacijenta* – razumevanje pacijentovih preferencija i potreba, uz postizanje zajedničkog razumevanja problema i odluke o tretmanu.

Dobijeni rezultati ukazuju na značaj postojanja ovakvih treninga u kojima bi zaposleni na klinikama imali mogućnost da steknu veštine potrebne za rad i bolju brigu o pacijentima (Ammentorp et al., 2007).

Dalje, nisu samo lekari i medicinske sestre ti koji izveštavaju o značaju postojanja edukacija i treninga iz domena komunikacijskih veština namenjenih medicinskom osoblju. U istraživanju u kom je čak 2146 pacijenata procenjivalo performans trinaest lekara pre i nakon završenog dvodnevno treninga o veštinama empatije, zabeležen je porast u zadovoljstvu pacijenata kvalitetom primljenih informacija, komunikacijskim veštinama i vremenom odvojenim za prve konsultacije sa parom (Garcia et al., 2013).

Takođe, pokazano je da lekari i medicinske sestre imaju teškoće sa procenom sopstvenog performansa, pri čemu su generalno više kritični prema sebi od pacijenata. Naime, u istraživanju u kom je poređena evaluacija brige od strane pacijenata i lekara dobijeno je da lekari dimenzije dostupnost, komunikacija, uključivanje pacijenata i kompetencija procenjuju manje pozitivno od pacijenata. S druge strane, dimenzija u kojoj „procenjuju“ svoj učinak je kontinuitet brige, što se može objasniti time da se ovaj aspekt više odnosi na samu organizaciju i politike klinike (Aarts et al., 2011). Ipak, ovaj podatak je svakako značajan i trebalo bi se fokusirati na unapređenje brige u ovom domenu, budući da ga pacijenti navode kao jedan od najvažnijih. Takođe, lekari veruju da im je potrebna detaljna, kon-

kretna i jasna povratna informacija o njihovoj trenutnoj praksi, kako bi mogli da je unaprede (Huppelschoten et al., 2013). U prethodno spomenutom istraživanju percepcije medicinskih sestara koje rade na klinikama za vantelesnu oplodnju i lekara specijalista infertiliteta se razlikuju – dok medicinske sestre precenjuju svoj učinak na dimenzijama informacije i poštovanje vrednosti pacijenata, lekari su u većoj meri skloni da potcene svoj učinak, pre svega u domenu komunikacije sa pacijentima i veština empatije. U ovim oblastima, medicinske sestre, suprotno lekarima, precenjuju svoj učinak, pa su tako njihovi odgovori na nekim stavkama pozitivniji od odgovora pacijenata, kao što su stavke: „Osoblje obraća pažnju na emocionalni efekat neplodnosti” ili „Lična pažnja i podrška od strane medicinskih sestara” (Aarts et al., 2011). Jedan od načina rešenja ovog problema takođe moglo bi biti sprovođenje treninga za medicinsko osoblje, koji bi uključivao razvijanje introspekcije i poverenja u svoje komunikacijske veštine, odnosno samosvesnost, kao osnova daljeg napretka (Stewart et al., 2013). Investiranje klinika u unapređenje zadovoljstva pacijenata brigom od strane medicinskog osoblja može dovesti do snižavanja emocionalnog distresa i fizičkog bola tokom tretmana neplodnosti, koji parovima stoje na putu ostvarivanja trudnoće (Mourad et al., 2009). Nadalje, ovo nije bitno samo iz ugla pacijenata. U istraživanjima je pokazano da veći stepen brige usmerene na pacijenta dovodi do većeg nivoa zadovoljstva profesionalnom ulogom kod lekara i medicinskih sestara (Hayes et al., 2010).

Bez obzira na prethodno navedeno, ponekad može doći do izostanka motivacije zaposlenih za pohađanjem dodatnih edukacija i treninga. U tim situacijama motivacija na promenu kod članova medicinskog osoblja može biti promovisana najpre kroz identifikovanje onih aspekata tretmana koji u najvećoj meri izazivaju stresnu reakciju i nezadovoljstvo, kako kod pacijenata tako i kod članova tima. Implementacija promena trebalo bi da bude praćena kako bi se pokazao postignuti napredak, ali i stekao uvid u oblasti gde još uvek ima prostora za unapređenje (Gameiro et al., 2013). Sprovođenjem istraživanja o zadovoljstvu pacijenata stiće se uvid u kvalitet brige, kako ga oni percipiraju, što medicinskom osoblju pruža mogućnost boljeg razumevanja preferencija, želja i potreba pacijenata (Coulter & Ellins, 2006). Pored toga, rezultati ovih istraživanja predstavljaju važnu komponentu unapređenja kvaliteta medicinske brige (Black & Jenkinson, 2009) i posebno su značajni u situacijama kada medicinsko osoblje ovu brigu ne vidi na jednak način kao njihovi pacijenti. Ipak, važno je naglasiti da, iako se većina evaluacija isključivo fokusira na pacijente i njihovo zadovoljstvo, optimalne intervencije bi trebalo da donesu koristi ne samo za pacijente, već i za medicinsko osoblje. Ukratko, negativne interakcije između parova i osoblja mogu biti izbegnute treningom osoblja u domenu komunikacijskih veština, u kome se zastupa otvorena komunikacija i zajedničko donošenje odluka, uz davanje prioriteta intervencijama koje se bave onim aspektima brige koji su jednako problematični za pacijente i osoblje i praćenje efekata promena na pacijente, članove medicinskog tima i rezultate klinike (Gameiro et al., 2013).

8.3.5. Uloga psihologa u edukaciji i pružanju podrške medicinskom osoblju

Uloga psihologa na klinici za vantelesnu oplodnju ne bi trebalo da bude limitirana samo na individualne (jedan na jedan) ili grupne kontakte sa pacijentima. Naprotiv, ona bi trebalo, kako je u prethodnom poglavlju i navedeno, da uključuje i psihoedukaciju i podršku osoblju klinike, kako bi se poboljšalo iskustvo pacijenata i smanjila verovatnoća za pojavu sindroma izgaranja kod zaposlenih na klinici (Grill, 2015).

U literaturi se nailazi na izraze „težak pacijent” ili „problematičan pacijent”. To su oni pacijenti koje osoblje klinike vidi kao manipulativne, zavisne, zahtevne, samodestruktivne i sl., što dovodi do izazova u pristupu, zahteva dodatno vreme i pažnju osoblja i može dovesti do pojave intenzivnih negativnih emocija poput anksioznosti, frustracije, krivice, nedopadanja. Ipak, istraživanja pokazuju da uzrok tome ne mora uvek biti pacijent. Naime, nekad se može desiti da lekari pacijente okarakterišu kao „teške” usled sopstvene frustracije odnosom ili neadekvatnim treningom za izlaženje na kraj sa određenim izazovnim situacijama koje se mogu javiti tokom rada na klinici (Gillette, 2000). U ovoj situaciji, odgovornost stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja zaposlenog na klinici nije samo pokazivanje razumevanja za patnju pacijenata, već i edukovanje zaposlenih kako da se nose sa „teškim pacijentima” ili pak onima koje percipiraju kao takve. Od pomoći svakako mogu biti grupe u kojima razmenjuju iskustva o interakcijama sa ovim pacijentima (tzv. *peer grupe*) ili pak edukacija medicinskog osoblja da se često ispod besa koji pacijenti ponekad ispoljavaju prema njima kriju zapravo osećaj bola, bespomoćnosti, straha, srama, izolacije itd. Ovo je važno, jer je jedna od emocija pacijenata sa kojom osoblje najteže izlazi na kraj upravo bes; kada razumeju da bes obično podrazumeva mnoštvo drugih emocija koje se kriju iza njega, zaposleni lakše mogu da ponude parovima podršku, odnosno mogućnost da se, pre svega, oslobode nakupljenih emocija, kako bi se lakše nosili sa tretmanom. Takođe, još jedna karakteristika pacijenata koja može predstavljati izazov za osoblje je anksioznost. Pacijenti koji su anksiozni i depresivni mogu imati dobiti od ponavljanja istih informacija više puta i potvrde da su dobro razumeli. U tim situacijama korisno bi bilo ponuditi i podršku stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, ali je veoma važno biti pažljiv sa načinom na koji to čine, što je takođe dobro uvrstiti u program edukacije medicinskog osoblja o psihološkim aspektima neplodnosti (Grill, 2015).

Rezultati istraživanja govore u prilog tome da parovi koji se suočavaju sa neplodnošću daju prednost pristupu koji uključuje zajedničko donošenje odluka o koracima i daljem toku tretmana (Peddie et al., 2004), te je jedan od načina za unapređenje kvaliteta interakcija između pacijenata i zaposlenih na klinikama upravo ovakvo pristupanje. Ukoliko lekari adekvatno informišu pacijente o dijagnozi i opcijama za tretman, oni će biti u mogućnosti da donesu bolju odluku, biće zadovoljniji interakcijom sa lekarom i samim tim će želeći da kompletiraju tretman. Uloga psihologa u ovom slučaju ogleda se u edukaciji lekara i drugog

medicinskog osoblja boljim veštinama komunikacije kada je reč o iskazivanju predloga, ali i razumevanju želja pacijenata (Grill, 2015).

Iako se unapređenje komunikacijskih veština ne dešava nužno sa iskustvom, formalno obrazovanje i treninzi iz oblasti komunikacijskih veština za medicinsko osoblje mogu biti od pomoći u izbegavanju ili makar smanjivanju zastupljenosti negativnih interakcija između njih i parova koji dolaze na klinike. Navedeno je posebno značajno ukoliko se uzme u obzir da većina nezadovoljstava i loših procena od strane pacijenata dolazi upravo iz domena komunikacije, a ne kompetencija osoblja (Halpern, 2007). Idealna briga o pacijentima koji dolaze na klinike za vantelesnu oplodnju podrazumevala bi da svako od članova osoblja, od zaposlenog na prijemu, preko medicinskih sestara i tehničara, do lekara, ima razvijene dobre komunikacijske veštine i sposobnost empatije (Grill, 2015). Ipak, istraživanja pokazuju da ovo baš i nije slučaj i da neki zaposleni zaista ne znaju kako da postupaju sa zahtevima pacijenata, njihovim potrebama i preferencijama (Huppelschoten et al., 2013). Osoblje koje zna kako da se postavi u teškim interakcijama, kao što je recimo saopštavanje loših vesti, doživljava manje stresa u odnosu na ono koje nema jasnu ideju i protokol koji bi trebalo da prati u navedenim situacijama (Simpson & Bor, 2001). U skladu sa tim, uloga psihologa bi se ogledala u edukaciji o načinu saopštavanja loših vesti i naglašavanju potencijalnih koraka u ovom procesu, koji bi osoblju omogućili da se oseća sigurnije. Prema nekim predlozima, jedan od potencijalnih načina mogao bi biti da nakon saopštavanja vesti zajedno sa pacijentima diskutuju implikacije, slože se oko narednih koraka, praćenja, i, ukoliko je potrebno, predlože dodatne usluge, kakvo je recimo psihološko savetovanje ili psihoterapija, ili pak neki drugi vid psihološke podrške dostupan na njihovoj klinici (Grill, 2015).

Mnogi pacijenti bivaju upućeni na psihološku podršku od strane medicinskog osoblja samo kada su u kriznoj situaciji (Wischmann, 2008), što ih navodi na zaključak da se radi o vidu „kazne” jer nešto ne rade dobro i da bi trebalo pozitivnije da izlaze na kraj sa tretmanom (Domar, 2004). Ovaj doživljaj može biti posledica načina na koji medicinsko osoblje upućuje na podršku, te bi zapravo jedan od segmenata edukacije o komunikacijskim veštinama trebalo da obuhvata, pored načina za saopštavanje loših vesti pacijentima, i adekvatne načine za upućivanje na psihološku podršku. U prilog navedenom govori i činjenica da je motivacija para da potraži psihološko savetovanje visoko uslovljena načinom na koji im njihov lekar specijalista infertiliteta predstavi ovu ideju ili ponudi uslugu savetovanja (Norre & Wischmann, 2011). Dalje, rezultati istraživanja pokazuju da parovi i zaposleni na klinici različito procenjuju dostupnost informacija o psihološkoj podršci, pri čemu stručnjaci procenjuju performans klinike kada je ova tema u pitanju (Aarts et al., 2011).

Pored adekvatnog načina na koji stručnjaci upućuju na psihološku podršku, značajno bi bilo edukovati medicinsko osoblje i u domenu pružanja osnovne emocionalne podrške parovima, budući da je pokazano da pacijenti vrednuju svako dodatno vreme i minimalan napor koji osoblje uloži u njeno pružanje. Na-

ime, najjednostavnije rečenice poput: „Želim da ti pomognem da se nivo stresa koji osećaš smanji.“, posvećivanje više vremena tokom konsultacija, davanje informacija o tretmanu i ispitivanje o drugim iskustvima pravi značajnu razliku između zadovoljnih i nezadovoljnih pacijenata (Leite et al., 2005).

Negativne interakcije između medicinskog osoblja i parova koji dolaze na klinike za vantelesnu oplodnju kako bi započeli neki od tretmana nisu stresne samo za parove, naprotiv, osoblje takođe izveštava o stresnoj prirodi posla (Gerson et al., 2004), kao i o povezanosti sa sindromom izgaranja i nižim zadovoljstvom poslom (Norre & Wischmann, 2011). U drugom istraživanju 20% osoblja navodi da se oseća nedovoljno obučeni da se nosi sa pritužbama pacijenata, istovremeno navodeći da su svesni da je pojačan fokus na pacijente povezan sa većom uspešnošću tretmana. Takođe, percepcija nedovoljne i neadekvatne obučeniosti istovremeno sa sobom nosi veći rizik za pojavu sindroma izgaranja (Hupelschoten et al., 2013). Važno je napomenuti i specifičnost tretmana neplodnosti koja se odnosi na veliki broj tretmana koji se ne završe uspešno, odnosno u kojima ne dođe do trudnoće, što pred medicinsko osoblje često stavlja zadatak saopštavanja loših vesti parovima; to za posledicu ima izloženost negativnim emotivnim reakcijama sa kojima ponekad ne znaju kako da se nose. Ovo posebno važi za medicinske sestre i tehničare koji su zbog prirode posla u češćem kontaktu sa pacijentima. Ponekad zahtevi pacijenata i pritisci na osoblje mogu dovesti do frustracije i sindroma izgaranja kada članovi medicinskog osoblja nisu u stanju da pruže onakvu brigu kakvu žele (Simpson & Bor, 2001).

Na samom kraju, zadatak stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja jeste pomaganje medicinskom osoblju zaposlenom na klinici za vantelesnu oplodnju da prihvate da je karijera u ovoj oblasti svakodnevni rolerkoster, stalno kretanje između nade i razočaranja i balans između dobrih i loših vesti. Zadatak psihologa je da pomogne zaposlenima da izađu na kraj sa osećajem neuspeha i nedostatka kontrole, koji se javlja kako kod pacijenata, tako i kod zaposlenih. Pored toga, jedan od zadataka psihologa svakako je da nauči medicinsko osoblje da prepozna kada je vreme da uspori i da vodi računa o svom mentalnom zdravlju (Grill, 2015).

8.4. Važnost spajanja nauke i prakse: izazovi sprovođenja istraživanja u domenu psiholoških aspekata neplodnosti

Namera autora je bila da, čitajući ovo poglavlje, možete da steknete jasniju sliku o tome kako mi, psiholozi, možemo doprineti tome da se parovi koji prolaze kroz proces suočavanja sa neplodnošću, kao i profesionalci koji rade sa njima, osećaju bolje i imaju podršku koja im je neophodna u ovom procesu. Dotakli smo se programa podrške, uloge i zadataka psihologa, značaja edukacije medicinskog osoblja o psihološkim aspektima neplodnosti, kao i važnosti da mu se pruži psihološka podrška. U ovom, poslednjem delu poglavlja, govorićemo o još jednoj važnoj temi koja predstavlja doprinos dostupnoj podršci, a to je spajanje nauke i prakse. *Šta ovo konkretno znači?* U redovima koji slede govorićemo o značajnosti implementiranja naučnih saznanja iz domena psiholoških aspekata neplodnosti

u rad zaposlenih na klinikama za vantelesnu oplodnju, kao i važnosti otvorenosti zaposlenih za sprovođenje istraživanja, kako bi se došlo do saznanja koja će olakšati tretman kako parovima koji se na njega odluče, tako i, posledično, „pružiocima usluga“, odnosno zaposlenima. Takođe, biće reći o nekim izazovima sprovođenja istraživanja, kao i smernicama za njihovo potencijalno rešenje, ili makar manju zastupljenost.

U delu u kom smo govorili o ulozi psihologa zaposlenog na klinici za vantelesnu oplodnju, ukazali smo na važnost primenjivanja intervencija za koje je kroz istraživanja potvrđeno da ostvaruju značajne efekte u procesu pružanja psihološke podrške parovima koji se suočavaju sa neplodnošću (Haase & Blyth, 2006). Iako bi stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja trebalo da nađu način da integrišu rezultate istraživanja u svakodnevnu praksu, ispostavlja se da su oni skloni posmatranju istraživanja kao „manje bitnog aspekta“ od kliničke prakse, a istraživačke literature kao irelevantne za profesionalnu praksu (Corrie & Callanan, 2001). Ukoliko malo bolje razmislite, dosta je veći broj psihologa koji postaju praktičari „bežeći od statistike“, nego onih koji se trude da pomire nauku i praksu (ipak, čini se da je ovaj broj u poslednje vreme u blagom porastu).

Prema preporukama Boivinove, dve su osnovne smernice za unapređenje prakse u oblasti savetovanja u sferi infertiliteta:

- 1) evaluacija psihosocijalnih intervencija koje se koriste u ovoj oblasti i
- 2) integracija ovih i drugih istraživanja u kliničku praksu.

U skladu sa navedenim, potrebno je primeniti sledeća dva teorijska okvira – model psihoterapeutskog ishoda (engl. *psychotherapeutic outcome model*) i model naučnik-praktičar (engl. *scientist-practitioner model*). Model ishoda psihoterapije pruža pristupe za evaluaciju intervencija koje se primenjuju u radu sa osobama koje se suočavaju sa neplodnošću, dok model naučnik-praktičar opisuje okvir principa u skladu sa kojim će se primenjivati nalazi istraživanja u praksi (Boivin, 2006).

Model ishoda psihoterapije naglašava dva pristupa u sprovođenju evaluacionih studija. Prvi je fokusiran na intervenciju i podrazumeva da je ona efikasna u proizvodnji benefita zbog jedinstvene tehnike izvedene iz jedinstvene teorijske perspektive. Pitanja kojima se ovaj pristup bavi tiču se utvrđivanja nivoa efikasnosti intervencija, a najčešće korišćen dizajn istraživanja je randomizirano kontrolisano ispitivanje (engl. *randomized controlled trial; RCT*), gde su ispitanici nasumično raspoređeni u eksperimentalne i kontrolne uslove (Khan et al., 2001; prema Boivin, 2006).

Drugi pristup u evaluativnim studijama stavlja fokus na to šta intervencije čini sličnim i kako to objašnjava pozitivne promene. Ovaj pristup proizilazi iz paradoksalnih nalaza nekoliko meta-analiza koje pokazuju da, uprkos tehničkoj raznolikosti i različitim teorijskim polazištima, sve psihoterapijske intervencije daju sličan nivo korisnosti (Shadish et al., 2000), što autore navodi na zaključak da nije jedinstvenost intervencije ta koja dovodi do korisnosti, već skup opštih kliničkih faktora koji su usmereni na pomoć ljudima. Pristup zajedničkih faktora (engl.

common-factors approach) nastoji da otkrije osnovne elemente koje dele različite terapijske škole, kako bi se razvili efikasniji tretmani zasnovani na njima. Nasuprot prethodno navedenom, praktičari koji sprovode evaluaciona istraživanja primenom ovog pristupa češće koriste kvalitativna istraživanja i istraživanja procesa, u kojima istraživača zanima fenomenologija terapijskog odnosa, a u fokusu istraživanja je kako elementi tog odnosa doprinose dobiti koju pacijent ostvaruje kroz savetovanje ili psihoterapiju (Raimy, 1950).

Kada je u pitanju savetovanje u domenu neplodnosti još uvek se ne može utvrditi koji pristup od ova dva bi trebalo da dominira prilikom sprovođenja evaluacionih studija. Svaki od navedenih pristupa nudi, zasigurno, određene benefite i dovodi do korisnih saznanja.

Drugi, naučnik-praktičar model, najčešći je model obuke u kliničkoj psihologiji, a od svog nastanka davne 1949. godine usvojen je u mnogim profesijama iz domena mentalnog zdravlja (Baker & Benjamin, 2000). Od stručnjaka sa obukom u ovoj oblasti očekuje se da ispune određene zadatke koji će obezbediti praksu zasnovanu na dokazima, odnosno ispunjavanje druge smernice koja je predložena od strane Boivinove. Ti zadaci se odnose na sledeće:

- 1) redovno čitanje i primenjivanje nalaza istraživanja u praksi;
- 2) vođenje naučnim pristupom u kliničkom odlučivanju i praksi;
- 3) redovno evaluiranje svoje prakse i
- 4) sprovođenje klinički značajnih istraživanja, bilo samostalno ili u saradnji sa istraživačima (Rodolfa et al., 2005); „Klinički značajno istraživanje” trebalo bi da razvije bolje razumevanje ljudskih bića i unapredi efikasnost i pouzdanost dijagnostičkih procedura, intervencija i metoda za unapređenje mentalnog zdravlja (Baker & Benjamin, 2000).

U skladu sa navedenim, od „dobrog” praktičara se ne očekuje samo efikasnost u domenu pružanja podrške pojedincima i parovima, već i otvorenost ka saznanjima iz oblasti nauke, njihovo primenjivanje u praksi i sprovođenje istraživanja. Pretpostavljamo da bi, na ovaj način, spajanjem nauke i prakse u oblasti neplodnosti, bilo postignuto veće zadovoljstvo parova koji ulaze u proces i obraćaju se za psihološku podršku, ali i zaposlenih na klinikama za vantelesnu oplodnju⁶¹.

8.4.1. Izazovi sprovođenja istraživanja – uključivanje muškaraca

Rezultati većine sprovedenih istraživanja potvrđuju pretpostavku da je distres povodom neplodnosti izraženiji kod žena nego kod muškaraca (npr. Chachamovich et al., 2010). Kao jedno od više nego očiglednih objašnjenja ovih rezultata nameće se postojanje razlika u socijalizaciji muškaraca i žena u domenu načina nošenja sa negativnim emocijama, te manje pokazivanje i postojanje razgovora o istim među muškarcima (Wischmann & Thorn, 2013). Ne možemo zanemariti

⁶¹ O povezanosti zadovoljstva parova i zaposlenih, ukoliko već niste, možete više pročitati u okviru poglavlja 8.3. koje se odnosi na edukaciju i pružanje podrške stručnjacima zaposlenim pri klinikama za vantelesnu oplodnju.

činjenicu da se medicinski tretmani sprovode (uglavnom) samo na telu žena i da su one te koje se vode kao „pacijenti“, bez obzira na to ko je nosilac dijagnoze u okviru para. Kao rezultat navedenog, muškarci su često isključeni iz konsultacija sa lekarom, a neretko i od strane svojih suprug, pa čak i na osnovu svoje procene viđeni kao neko ko „radi to za svoju suprugu“ i tu je da bude podrška za sve što ona želi (Throsby & Gill, 2004). Takođe, upravo navedeno je jedan od logističkih izazova za uključivanje muškaraca u istraživanja o neplodnosti, budući da su, zbog fokusa pre svega na žene i njihovo telo, ređe prisutni na klinikama za vantelesnu oplodnju, koje uglavnom predstavljaju mesto sprovođenja istraživanja ili makar način da se dođe do ispitanika u istraživanjima neplodnosti (Culley et al., 2013).

Ipak, rezultati postojećih studija ukazuju na to da je neplodnost stresor koji pogađa oba partnera. U kvalitativnoj studiji sprovedenoj na dvadeset sedam muškaraca koji se suočavaju sa neplodnošću prilikom njihove prve posete klinici za vantelesnu oplodnju svega njih trojica navode da se ne osećaju posebno pogođeno time što nemaju decu, dok ostali učesnici vremenom počinju da govore o svojim emocijama, koje zapravo obuhvataju čitav spektar – od tuge, bola i praznine, preko besa i frustracije do bespomoćnosti, iako je istraživanje sprovedeno u Africi, gde se na (ne)plodnost gleda kao na „posao“ i odgovornost žene (Dyer et al., 2004). Postajanje ocem posmatra se kao mera uspeha i dominantnosti maskuliniteta (Crawshaw, 2013), tako da je i u socijalnom kontekstu – iako se roditeljstvo više povezuje sa ulogom žene, a muškarci obično jesu „nevidljivi akteri“ (Hinton & Miller, 2013) – značajno posmatrati efekat neplodnosti na muškarce koji se sa njom suočavaju. Rezultati istraživanja pokazuju da ovi muškarci izveštavaju o značajno nižem kvalitetu života od onih koji se nisu susreli sa ovakvom krizom (Klemetti et al., 2010). Ipak, bez obzira na to što su emocionalni odgovori na neplodnost često slični između muškaraca i žena (Peterson et al., 2007), čini se da su iskustva muškaraca manje prikazivana i da je o njima manje izveštavano u kliničkoj literaturi (Cousineau & Domar, 2007).

U studiji u kojoj su istraživači kombinovali kvantitativni i kvalitativni metod istraživanja (engl. *mixed-method*), sprovedenoj na muškarcima sa dijagnozom azospermije koji su podvrgnuti TESE metodi lečenja,⁶² dobijeno je da su, među ostalim bitnim činionicima, muškarcima značajne praktične informacije o tretmanu, kao i o procesu oporavka nakon njega, po mogućstvu date u pisanoj formi (Dancet et al., 2010). Vrednovanje praktičnih informacija od strane muškaraca dobijeno je i u istraživanju koje je imalo za cilj da ispita benefite od grupe podrške za muškarce i žene. Naime, suprotno očekivanom, i muškarci i žene grupe za podršku procenili su u jednakoj meri kao korisne, samo su kao korisni viđeni njihovi različiti aspekti – dok su za žene to osećaj pripadnosti i validacija reakcija koje dobijaju u grupi, muškarci su kao korisne videli praktične informacije i savete (Lentner & Glazer,

⁶² Testikularna ekstrakcija (TESE) ili biopsija testisa predstavlja operativnu proceduru koja se koristi kod muškaraca sa dijagnozom azospermije za prikupljanje spermija iz tkiva testisa (Donoso et al., 2007). Više o samoj proceduri možete pročitati na internet stranici bilo koje klinike za vantelesnu oplodnju.

1991). Nalazi ovih istraživanja predstavljaju značajnu smernicu za organizovanje tretmana i psihološke podrške na klinikama za vantelesnu oplodnju, s jedne strane, ali i za istraživače, s druge, o tome kako da postignu veću uključenost muških ispitanika u istraživanja.

Takođe, pokazano je da pol istraživača i ispitanika u kvalitativnim istraživanjima oblikuje dinamiku i informacije koje ispitanici dele (Herod, 1993); stoga bi jedan od koraka u uključivanju muškaraca u istraživanja u oblasti psiholoških aspekata neplodnosti mogao biti uključivanje intervjuera muškog pola, naročito s obzirom na to da se radi o delikatnoj temi kakva je (ne)plodnost, koju ljudi i dalje doživljavaju kao dosta intimnu i imaju teškoće sa deljenjem iskustava sa drugim ljudima. Složićete se da ovo nije moguće baš uvek, naročito imajući u vidu prethodno navedenu činjenicu da je među psiholozima (koji se uglavnom bave istraživanjima u ovoj oblasti) većina pripadnica ženskog pola. Ipak, bilo bi korisno razmotriti kao opciju angažovanje intervjuera muškog pola, koji ne mora biti deo istraživačkog tima. Prethodno navedeno potvrđuju i Džon Olif i Lorens Mroz, na osnovu svog iskustva u intervjuisanju sto muškaraca po pitanju zdravlja i bolesti (Oliffe & Mroz, 2005). Navedeni autori daju i nekoliko smernica koje mogu biti značajne prilikom intervjuisanja ispitanika muškog pola. Prva se odnosi na to da se muškarci vrlo retko dobrovoljno prijavljuju za istraživanja, te da je potrebno pronaći adekvatan put regrutacije muških ispitanika, pri čemu se kao jedan od načina navodi predstavljanje istraživača preko prijatelja, kolega ili partnera. *Šta nam ova informacija znači za kontekst neplodnosti?* Naime, jedan od načina „lakšeg“ dolaska do ispitanika muškog pola mogao bi biti kontakt sa lekarima, koji bi parovima sa kojima rade predstavili istraživača (slično kao što smo opisivali u delu o dostupnosti psihološke podrške i značajnosti saradnje u ovom domenu sa medicinskim osobljem). Takođe, još jedan način mogao bi biti uzorak „snežne grudve“⁶³, pri čemu bi muškarci koji su već učestvovali u istraživanju govorili o ovom iskustvu svojim prijateljima/poznancima/kolegama koji ispunjavaju kriterijume i pozivali ih da se uključe. U literaturi se često nailazi na to da muškarci, za razliku od žena, nisu skloni deljenju emocija povodom iskustva neplodnosti⁶⁴. Ovo može dovesti do toga da se ponekad, kako autori navode, intervju pre završi nego što počne. Ipak, važno je pokazati strpljenje i zainteresovanost za to šta imaju da kažu – iskustvo pokazuje da većina muškaraca zapravo uživa u tome da neko pažljivo sluša njihovu stranu priče. Takođe, ponekad je, zbog prethodno navedenog sveprisutnog fokusa na žene, kako u medicinskom, tako i u psihološkom aspektu suočavanja sa ovim problemom, muškarcima zaista teško da zauzmu poziciju da su i njihove emocije važne i da bi trebalo da govore o njima. U ovom delu, autorka

⁶³ Kratko podsećanje iz metodologije: Metoda uzorkovanja snežne grudve (engl. *snowball*) je neprobabilistička metoda uzorkovanja u kojoj postojeći ispitanici u istraživanju istraživača upućuju na druge ispitanike koje mogu uključiti u studiju. Grupa raste kao snežna grudva, po čemu i nosi naziv (Goodman, 1961).

⁶⁴ Ukoliko već niste, možete pročitati poglavlje 6 o partnerskim odnosima i značaju podrške partnera, u kome ćete pronaći detaljniji prikaz navedenog.

će kratko navesti iskustvo u radu sa jednim parom, kako bi čitaoci stekli bolji uvid u to kako to zapravo izgleda. U nastavku teksta sledi primer:

Psiholog, muškom članu para: *Kako se vi osećate povodom započinjanja tretmana?*

Muškarac: *Meni je samo bitno da je ona dobro.*

Psiholog: *Razumem da Vam je stalo do toga kako se Vaša supruga oseća, odlično je što ima podršku od Vas. Kako se Vi osećate?*

Muškarac: *Vidite kako joj sijaju oči od sreće.*

Ovo je jedan od primera koji ukazuje na to da se dominantni fokus na žene preslikava i na ponašanje muškaraca i njihovo razumevanje uloge koju bi trebalo da imaju u čitavom procesu (primarno podrška partnerki). Ovaj primer, takođe, ukazuje i na to koliko je potrebno da budemo strpljivi prilikom razgovora sa muškim članovima para i da nađemo metodu kako da ih „otvorimo“. Potencijalno rešenje ovog problema moglo bi biti intervjuisanje muškaraca nasamo, bez prisustva njihovih partnerki, s obzirom na njihovu potrebu da na neki način zaštite partnerke od distresa koji oni doživljavaju (Throsby & Gill, 2004). U skladu sa tim je i naredna smernica prethodno spomenutih autora (Oliffe & Mroz, 2005), koja se odnosi na sklonost muškaraca davanju kratkih, ne previše informativnih odgovora. Rešenje koje ovi istraživači predlažu (a sa kojim se i autorka ovog teksta u potpunosti slaže) jeste postavljanje pitanja otvorenog tipa, umesto da/ne pitanja. Takođe, jedan od načina na koji možemo dobiti više od ispitanika jeste da im, ukoliko postoji mogućnost, pošaljemo neka od pitanja nekoliko dana pre intervjuja, kako bi mogli da razmisle i pripreme se. Ovo je u skladu i sa prethodno navedenim nalazima istraživanja koji ukazuju na važnost prisustva praktičnih informacija za muškarce. Naravno, ono što je posebno važno jeste i da nekad naučimo da „prihvatimo tišinu“ i ne forsiramo da govore više nego što je njima prihvatljivo. Ipak, treba imati na umu i to da, kako neki istraživači navode, efekat pola može biti značajan za način predstavljanja priče (engl. *storytelling*), ali ne može uticati na priču samu po sebi, odnosno na doživljeno iskustvo (Dancet et al., 2010).

Zbog čega nam je važno uključivanje muškaraca u istraživanja o psihološkim aspektima neplodnosti? Rezultati istraživanja pokazuju da muškarci mogu imati jednake koristi od psihološkog savetovanja prilikom suočavanja sa neplodnošću kao i žene, ali im je neophodna edukacija i neka vrsta pripreme za savetovanje, kao i više strukturisan pristup (Ogrodniczuk, 2006). Pitanja ili izazovi koji se stavljaju pred profesionalce iz oblasti mentalnog zdravlja odnose se na identifikovanje pojedinaca i parova koji mogu imati najviše benefita od savetovanja, tipa savetovanja koji je najefikasniji za koga, kao i promocije savetovanja u parovima, nasuprot uključivanja isključivo žena (Englar-Carlson & Shepard, 2005). Kako bi se ovo postiglo, pored angažovanja zaposlenih na klinikama za vantelesnu oplodnju, (kako medicinskog osoblja, tako i savetnika iz oblasti mentalnog zdravlja), u promociji psihološke podrške i njenih potencijalnih prednosti, neophodno je sprovođenje istraživanja o potrebama pacijenata, pre svega na muškarcima (jer o njihovim iskustvima imamo relativno ograničena znanja). Rezultati bi se mogli

implementirati u rad kliničara i kao rezultat dati bolju podršku i zadovoljnije i parove i zaposlene.

Zaključak

Naš cilj bio je da u ovom poglavlju govorimo šire o svim aspektima podrške parovima, odnosno o svim domenima u kojima je uloga nas psihologa značajna. Kako je prethodno spomenuto, u Srbiji je, nažalost, i pored svih pomaka u nekim drugim sferama ovog problema, oblast psihološke podrške i dalje gotovo potpuno ograničena na privatni kontekst savetovanja i psihoterapije. Kao prvi korak približavanja ostalih domena podrške koju možemo pružiti pojedincima i parovima suočenih sa problemom neplodnošću prikazan je *Program za Podršku Parovima koji se suočavaju sa Sterilitetom - 3PS*, kao i potencijalni izazovi i benefiti sprovođenja ovakvog i sličnih programa. U drugom delu poglavlja bavili smo se ulogom psihologa zaposlenog na klinici za vantelesnu oplodnju, kao i nekim specifičnostima koje ta pozicija /uloga nosi sa sobom. Pored toga, prikazan je i primer dobre prakse, odnosno implementacija saznanja do kojih su došli istraživači u domenu uloge psihologa u praksi i neki izazovi i prednosti. Naredni deo poglavlja posvećen je posebnom segmentu ove uloge koji se ne odnosi na pojedince i parove koji dolaze na klinike zbog tretmana, već na medicinsko osoblje koje radi sa njima, njegovu edukaciju i pružanje psihološke podrške prilikom suočavanja sa izazovnim situacijama koje ovaj posao svakodnevno donosi sa sobom.

Na samom kraju treba reći da, ukoliko nam je zajednički cilj pružanje što bolje podrške parovima koji prolaze kroz iscrpljujuće iskustvo suočavanja sa neplodnošću, a pretpostavljamo da jeste, važno je da imamo na umu i značaj saradnje među istraživačima i praktičarima, kao i uzajamno uvažavanje domena kojima se oni drugi bave, što predstavlja završni deo ovog poglavlja. Olakšavajuća okolnost je činjenica da su mnogi istraživači koji se bave ovom oblašću istovremeno i praktičari. S druge strane, kada govorimo o praktičarima koji nemaju iskustva u sprovođenju istraživanja, jedno od praktičnih rešenja bi moglo biti formiranje mreža stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja zainteresovanih za psihološke aspekte neplodnosti i razvijanje svesti o značaju istraživanja (Boivin, 2006). Nadamo se da će ovo poglavlje kod praktičara u čije ruke ova knjiga dospe makar delimično promeniti stav prema istraživanjima i motivisati ih da se uključe u njihovo sprovođenje. Takođe, s obzirom na to da je neplodnost biopsihosocijalni fenomen (Taymor & Bresnick, 1979), te da u njenom tretmanu učestvuju profesionalci iz različitih oblasti, važan je interdisciplinarni pristup, kako u sprovođenju tretmana, tako i u istraživanjima (Gray, 2008). Jedino tako možemo postići potpunije (namerno ne kažemo apsolutno jer verujemo da bi to u svakom slučaju bio neostvariv cilj) razumevanje ove krize, a time i ljudi koji se suočavaju sa njom.

Iako je do sada sproveden veliki broj istraživanja u ovoj oblasti i znamo puno o tome koje intervencije su korisne a koje ne, i dalje ne znamo šta je ono što ih čini

korisnim, i obrnuto - beskorisnim. Takođe, malo je podataka ko tačno ima koristi od određenih intervencija, što nam takođe ukazuje na značaj implementiranja nalaza istraživanja u praksu stručnjaka, ali i važnost nastavka njihovog sprovođenja. Kao jedan od najvećih izazova, kako u domenu istraživanja tako i u sferi praktičara, navodi se uključivanje muškaraca. U ovom poglavlju predstavljeni su neki od načina podsticanja uključivanja i njegovi benefiti. Pored ovog, važno je napomenuti i da su istraživanja koja se sprovode u ovoj oblasti uglavnom kvantitativna, i da se u njima koriste standardizovani merni instrumenti. Zaposleni na klinikama za vantelesnu oplodnju koje bi želele da unaprede brigu usmerenu na pacijente trebalo bi da razmotre značaj sprovođenja kvalitativnih istraživanja, kako bi stekli bolji uvid u potrebe pacijenata (Dancet et al., 2010). Sprovođenjem većeg broja kvalitativnih istraživanja dobili bismo potpunije podatke o ovom iskustvu, kao i smernice za kreiranje instrumenata, ali i otvaranje tema za nova, buduća istraživanja (Culley et al., 2013). Takođe, jedan od najvećih izazova svakako je dolazak do pojedinaca i parova koji se suočavaju sa ovim problemom, ali se ne obraćaju za medicinski tretman. Ukoliko se istraživanja sprovode isključivo na onima koji se obrate za neku vrstu medicinskog tretmana, pri razmatranju dobijenih nalaza nameće se pitanje koji deo distresa dolazi kao rezultat iskustva suočavanja sa neplodnošću, a koji je pak deo činjenice da prolaze kroz medicinski tretman (Greil et al., 2010). Nadalje, većina istraživanja u ovoj oblasti je transferzalnog dizajna (što opet, možemo razumevati iz konteksta činjenice da se ispitanicima uglavnom pristupa tako što se obrate za tretman i medicinsku uslugu, te je teško predvideti koliko njih i kada će biti dostupno za ponovljena merenja, što otežava sprovođenje longitudinalnih studija), što nam onemogućava razumevanje dinamike neplodnosti kao procesa (Culley et al., 2013). Takođe, malobrojne studije koje uključuju parove, nasuprot pojedinaca (pretežno samo žena), često ne uključuju dijadni kontekst stresa i suočavanja sa njim (Schmidt, 2009). Sve prethodno navedeno podrazumeva naredne korake za istraživače i praktičare koji se bave ovom oblašću na putu dolaženja do „receptata“ za bolju podršku parovima.

Literatura

- Aarts, J. W. M., Faber, M. J., Van Empel, I. W. H., Scheenjes, E., Nelen, W. L. D. M., & Kremer, J. A. M. (2011). Professionals' perceptions of their patients' experiences with fertility care. *Human Reproduction*, 26(5), 1119–1127. <https://doi.org/10.1093/humrep/der054>
- Aarts, J. W. M., Huppelschoten, A. G., Van Empel, I. W. H., Boivin, J., Verhaak, C. M., Kremer, J. A. M., & Nelen, W. L. (2012). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 27(2), 488–495. <https://doi.org/10.1093/humrep/der386>
- Abarbanel, A. R., & Bach, G. (1959). Group psychotherapy for the infertile couple. *International Journal of Fertility*, 4, 151–155.

- Abraham, A. D. (2019). *Perceptions of social support in infertility* (Doctoral dissertation). Chestnut Hill College, Philadelphia.
- Alesi, R. (2005). Infertility and its treatment: an emotional roller coaster. *Australian Family Physician*, 34(3), 135–138.
- Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P. E., & Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 66(3), 270–277. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.12.012>
- Appelgarth, L. (2006). Individual counseling and psychotherapy. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 129–142). New York: The Cambridge University Press.
- Arpin, V., Brassard, A., El Amiri, S., & Péloquin, K. (2019). Testing a New Group Intervention for Couples Seeking Fertility Treatment: Acceptability and Proof of Concept. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(4), 303–316. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1526836>
- Baker, D. B., & Benjamin Jr, L. T. (2000). The affirmation of the scientist-practitioner: A look back at Boulder. *American Psychologist*, 55(2), 241. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.2.241>
- Baker, L. H., O'connell, D., & Platt, F. W. (2005). „What else?“ Setting the agenda for the clinical interview. *Annals of Internal Medicine*, 143(10), 766–770. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00033>
- Balasubramanian, B. A., Cohen, D. J., Jetelina, K. K., Dickinson, L. M., Davis, M., Gunn, R., [...] & Green, L. A. (2017). Outcomes of integrated behavioral health with primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 30(2), 130–139. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.02.160234>
- Belar, C. D., & Deardorff, W. W. (1999). *Clinical Health Psychology in Medical Settings: A Practitioner's Guide*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Black, N., & Jenkinson, C. (2009). Measuring patients' experiences and outcomes. *BMJ*, 339–346. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2495>
- Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility counselling in different countries: is there an emerging trend?. *Human Reproduction*, 27(7), 2046–2057. <https://doi.org/10.1093/humrep/des112>
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2325–2341. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00138-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00138-2)
- Boivin, J. (2006). Evidenced-based approaches to infertility counseling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 544–557). New York: The Cambridge University Press.
- Boivin, J., Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., [...] & Kantenich, H. (2001). Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human Reproduction*, 16(6), 1301–1304. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.6.1301>
- Boivin, J., Griffiths, E., & Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BmJ*, 342–351. <https://doi.org/10.1136/bmj.d223>
- Boivin, J., & Kantenich, H. (2002). *Guidelines for counselling in infertility: ESHRE Special Interest Group on Psychology and Counselling*. Oxford: Oxford University Press.

- Boivin, J., Scanlan, L. C., & Walker, S. M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling?. *Human Reproduction*, *14*(5), 1384–1391. <https://doi.org/10.1093/humrep/14.5.1384>
- Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, *26*(8), 2084–2091. <https://doi.org/10.1093/humrep/der171>
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdeli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P., [...] & Weissman, M. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *Jama*, *289*(23), 3117–3124. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3117>
- Brandes, M., Van der Steen, J. O., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J., de Bruin, J. P., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, *24*(12), 3127–3135. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep340>
- Braverman, A. M. (2015). Mental health counseling in third-party reproduction in the United States: evaluation, psychoeducation, or ethical gatekeeping?. *Fertility and Sterility*, *104*(3), 501–506. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.06.023>
- Bruhat, M. A. (1992). Recommendations of the French College of Obstetricians and Gynaecologists for the diagnosis, treatment, cost and results of the treatment of infertility in the health services. *Human Reproduction*, *7*, 1335–1337. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a138211>
- Burns, L. H., & Covington, S. N. (2006). Psychology of infertility. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 1–19). The Cambridge University Press.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *31*(2), 101–110. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.481337>
- Coche, J., & Coche, E. (1990). *Couples group psychotherapy: A clinical practice model*. Le-vittown: Brunner/Mazel.
- Corrie, S., & Callanan, M. M. (2001). Therapists' beliefs about research and the scientist-practitioner model in an evidence-based health care climate: A qualitative study. *British Journal of Medical Psychology*, *74*(2), 135–149. <https://doi.org/10.1348/000711201160858>
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions: a review of the evidence* (Vol. 1). London: Health Foundation.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best practice & research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *21*(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Covington, S. N. (2006a). Group approaches to infertility counseling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 156–168). The Cambridge University Press.

- Covington, S. N. (2006b). Infertility counseling in practice: A collaborative reproductive healthcare model. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 493–507). The Cambridge University Press.
- Covington, S. N., & Marosek, K. (1999). Personal infertility experience among nurses and mental health professionals working in reproductive medicine. In *meeting of American Society for Reproductive Medicine, September, Toronto*.
- Crawshaw, M. (2013). Male coping with cancer-fertility issues: putting the 'social' into biopsychosocial approaches. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(3), 261–270. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.04.017>
- Culley, L., Hudson, N., & Lohan, M. (2013). Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(3), 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.009>
- Dancet, E. A., Nelen, W. L., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467–487. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq004>
- Dancet, E. A., Spiessens, C., Blocquiaux, L., Sermeus, W., Vanderschueren, D., & D'Hooghe, T. M. (2010). Testicular biopsy before ART: the patients' perspective on the quality of care. *Human Reproduction*, 25(12), 3072–3082. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq262>
- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 439–449. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01991.x>
- Domar, A. D. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, 81(2), 271–273. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.08.013>
- Domar, A. D., Rooney, K., Hacker, M. R., Sakkas, D., & Dodge, L. E. (2018). Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 109(6), 1121–1126. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.02.130>
- Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A., & Allegra, A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Human Reproduction*, 27(11), 3215–3225. <https://doi.org/10.1093/humrep/des307>
- Donoso, P., Tournaye, H., & Devroey, P. (2007). Which is the best sperm retrieval technique for non-obstructive azoospermia? A systematic review. *Human Reproduction Update*, 13(6), 539–549. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmm029>
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., & Van der Spuy, Z. M. (2004). 'You are a man because you have children': experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Human Reproduction*, 19(4), 960–967. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh195>

- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K. A., Khairi, H., & Ali, B. B. H. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014>
- Englar-Carlson, M., & Shepard, D. S. (2005). Engaging men in couples counseling: Strategies for overcoming ambivalence and inexpressiveness. *The Family Journal*, 13(4), 383–391. <https://doi.org/10.1177/1066480705278467>
- Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203777381>
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., De Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., [...] & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Gameiro, S., Boivin, J., & Domar, A. (2013). Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertility and Sterility*, 100(2), 302–309. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.015>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Gameiro, S., Verhaak, C. M., Kremer, J. A., & Boivin, J. (2013). Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. *Human Reproduction Update*, 19(2), 124–135. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms045>
- García, D., Bautista, O., Venereo, L., Coll, O., Vassena, R., & Vernaev, V. (2013). Training in empathic skills improves the patient-physician relationship during the first consultation in a fertility clinic. *Fertility and Sterility*, 99(5), 1413–1418. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.12.012>
- Garthwaite, K. (2015). Becoming incapacitated? Long-term sickness benefit recipients and the construction of stigma and identity narratives. *Sociology of Health and Illness*, 37(1), 1–13. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12168>
- Gerson, S. C., Kemp, D. E., Balsler, D. P., Masler, S. N., Hart, B., Bubka, A., & Bonato, F. (2004). Infertility practice management. I. Leadership and management style: results from the 2002 survey of 374 Society for Assisted Reproductive Technology member centers. *Fertility and Sterility*, 82(4), 780–787. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.03.038>
- Gillette, R. D. (2000). 'Problem Patients': A Fresh Look at an Old Vexation. *Family Practice Management*, 7(7), 57–62.
- Glover, L., McLellan, A., & Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401–418. <https://doi.org/10.1080/02646830903190896>
- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *The annals of mathematical statistics*, 148–170.

- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L., & Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive Biomedicine Online*, 24(6), 670–679. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.002>
- Gray, B. (2008). Enhancing transdisciplinary research through collaborative leadership. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), S124–S132. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.03.037>
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Grill, E. (2015). Role of the mental health professional in education and support of the medical staff. *Fertility and Sterility*, 104(2), 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.027>
- Haagen, E. C., Hermens, R. P., Nelen, W. L., Braat, D. D., Kremer, J. A., & Grol, R. P. (2008). Subfertile couples' negative experiences with intrauterine insemination care. *Fertility and Sterility*, 89(4), 809–816. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.04.005>
- Haase, J. M., & Blyth, E. (2006). Global perspectives on infertility counseling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 544–557). New York: The Cambridge University Press.
- Haley, W. E., McDaniel, S. H., Bray, J. H., Frank, R. G., Heldring, M., Johnson, S. B., Lu, E. G., Reed, G. M., & Wiggins, J. G. (2004). Psychological practice in primary care settings: Practical tips for clinicians. In R. G. Frank, S. H. McDaniel, J. H. Bray, & M. Heldring (Eds.), *Primary care psychology* (pp. 95–112). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10651-005>
- Halpern, J. (2007). Empathy and patient–physician conflicts. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 696–700. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0102-3>
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*, 15(3), 279–295. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp002>
- Harkness, J. (2006). The future of healthcare is patient-centred. 2050: A Health Odyssey—Thought Provoking Ideas for Policy Making. *Health First Europe*, 16–19.
- Havighurst, R. J. (1956). Research on the Developmental-Task Concept. *The School Review*, 64(5), 215–223.
- Hayes, B., Bonner, A. N. N., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 804–814. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x>
- Herod, A. (1993). Gender issues in the use of interviewing as a research method. *The Professional Geographer*, 45(3), 305–317. <https://doi.org/10.1111/j.0033-0124.1993.00305.x>
- Hi-Kwan Luk, B., & Loke, A. Y. (2016). A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(6), 515–533. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1074133>

- Hinton, L., Kurinczuk, J. J., & Ziebland, S. (2010). Infertility; isolation and the Internet: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 436–441. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.023>
- Hinton, L., & Miller, T. (2013). Mapping men's anticipations and experiences in the reproductive realm:(in) fertility journeys. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.008>
- Huppelschoten, A. G., Aarts, J. W., Van Empel, I. W., Cohlen, B. J., Kremer, J. A., & Nelen, W. L. (2013). Feedback to professionals on patient-centered fertility care is insufficient for improvement: a mixed-method study. *Fertility and Sterility*, 99(5), 1419–1427. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.12.024>
- Hynie, M., & Burns, L. H. (2006). Cross-cultural issues in infertility counseling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 61–82). New York: The Cambridge University Press.
- Isaac, S., Stubbe, D., & Kishore, A. R. (2019). Cotherapy. *Supervision in Psychiatric Practice: Practical Approaches Across Venues and Providers*, 113–118.
- Jenkins, E. (2019). *A qualitative content analysis of the perceptions of the meanings & experiences of infertile African American couples* (Doctoral dissertation). Denton, Texas Woman's University.
- Jensen, R. E. (2016). *Infertility: Tracing the History of a Transformative Term*. Pennsylvania, SAD: Penn State University Press.
- Jestrović, J. (2021a). *Prilagođavanje na stres izazvan neplodnošću: perspektiva žena iz Srbije* (doktorska disertacija). Novi Sad, Filozofski fakultet.
- Jestrović, J. (2021b). Infertility counseling: The role of culture. *International virtual-online conference 17th days of applied psychology: Book of abstracts*, 32. September 24th–25th 2021. <https://doi.org/10.46630/awb.2021>
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2018). Kakve su potrebe za psihološkom podrškom žena koje se suočavaju sa neplodnošću? U: Mihić, I., & Zotović, M. (ured.) (2018). *Društveno, porodično i lično značenje neplodnosti: implikacije za planiranje podrške parovima*. Novi Sad: Filozofski fakultet. 122–142.
- Jestrović, J. i Mihić, I. (2020a). Socijalna podrška i stres povodom neplodnosti: značajnost različitih izvora podrške. *Primenjena psihologija*, 13(2), 169–189. <https://doi.org/10.19090/pp.2020.2.169-189>
- Jestrović, J., & Mihić, I. (2020b). Procena zadovoljstva podrškom od strane medicinskog osoblja u procesu suočavanja sa neplodnošću. *Psihološka istraživanja*, 23(2), 141–159. <https://doi.org/10.5937/PSISTRA23-26474>
- Jestrović, J., Mihić, I., & Karić, T. (2021). Factors contributing to better adaptation to infertility. *Facta Universitatis. Series: Philosophy, Sociology, Psychology and History*, 20(2), 113–121. <https://doi.org/10.22190/FUPSPH2102113J>
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being—a nationwide survey. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(5), 677–682. <https://doi.org/10.3109/00016341003623746>
- Klock, S. C. (2006). Psychosocial evaluation of the infertile patient. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 83–96). New York: The Cambridge University Press.

- Lawson, A. K. (2016). Psychological Stress and Infertility. In E. Stevenson & P. Hershberger (Eds.), *Fertility and Assisted Reproductive technology (ART): Theory, Research, Policy and Practice for Health Care Practitioners* (pp. 65–86). Springer Publishing.
- Leite, R. C., Makuch, M. Y., Petta, C. A., & Morais, S. S. (2005). Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation. *Patient Education and Counseling*, *59*(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.09.006>
- Lemmens, G. M. D., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., D'Hooghe, T., & Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: a body–mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, *19*(8), 1917–1923. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh323>
- Lentner, E., & Glazer, G. (1991). Infertile couples' perceptions of infertility support-group participation. *Health Care for Women International*, *12*(3), 317–330. <https://doi.org/10.1080/07399339109515954>
- Lieberman, M. A., & Snowden, L. R. (1993). Problems in assessing prevalence and membership characteristics of self-help group participants. *The Journal of applied behavioral science*, *29*(2), 166–180. <https://doi.org/10.1177/0021886393292003>
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, *4*(3), 205–225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Malin, M., Hemminki, E., Rääkkönen, O., Sihvo, S., & Perälä, M. L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social Science & Medicine*, *53*(1), 123–133. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00317-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00317-8)
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, *29*(1), 83–89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- Matthews, R., & Matthews, A. M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family*, *48*(3), 641–649. <https://doi.org/10.2307/352050>
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2002). Early process and dropping out from short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, *6*(3), 243–254. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.6.3.243>
- McNaughton-Cassill, M. E., Bostwick, J. M., Arthur, N. J., Robinson, R. D., & Neal, G. S. (2002). Efficacy of brief couples support groups developed to manage the stress of in vitro fertilization treatment. *Mayo Clinic Proceedings* *77*(10), 1060–1066. <https://doi.org/10.4065/77.10.1060>
- Mihić, I., & Jestrović, J. (2016). Emocionalna klima u brakovima u Srbiji- razvojna perspektiva. *Teme*, *40*(1), 381–403.
- Min, J. K., Breheny, S. A., MacLachlan, V., & Healy, D. L. (2004). What is the most relevant standard of success in assisted reproduction? The singleton, term gestation, live birth rate per cycle initiated: the BESST endpoint for assisted reproduction. *Human Reproduction*, *19*(1), 3–7. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh028>
- Mirghavamedin, N. S. (2013). Evaluate The Supportive Role of Spouse in Infertile Couples Training. *International Journal of Fertility & Sterility*, *7*(1), 141.

- Mourad, S. M., Nelen, W. L., Akkermans, R. P., Vollebergh, J. H., Grol, R. P., Hermens, R. P., & Kremer, J. A. (2010). Determinants of patients' experiences and satisfaction with fertility care. *Fertility and Sterility*, *94*(4), 1254–1260. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.07.990>
- Nelen, W. L. D. M., Hermens, R. P. M. G., Mourad, S. M., Haagen, E. C., Grol, R. P. T. M., & Kremer, J. A. M. (2007). Monitoring reproductive health in Europe: what are the best indicators of reproductive health? A need for evidence-based quality indicators of reproductive health care. *Human Reproduction*, *22*(4), 916–918. <https://doi.org/10.1093/humrep/del459>
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, *72*(1), 54–62. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00164-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8)
- Norré, J., & Wischmann, T. (2011). The position of the fertility counsellor in a fertility team: A critical appraisal. *Human Fertility*, *14*(3), 154–159. <https://doi.org/10.3109/14647273.2011.580824>
- O'Donnell, E. (2006). *Facing Infertility: Design and Evaluation of a Mind-body Program for Effective Emotional Support* (Doctoral dissertation). Cleveland, Cleveland State University.
- O'Donnell, E. (2007). Making room for men in infertility counseling. *The Journal of Family Practice*, *5*, 28–32.
- Ogrodniczuk, J. S. (2006). Men, women, and their outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *16*(4), 453–462. <https://doi.org/10.1080/10503300600590702>
- Oliffe, J., & Mroz, L. (2005). Men interviewing men about health and illness: Ten lessons learned. *Journal of Men's Health and Gender*, *2*(2), 257–260. <https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2005.03.007>
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, *81*(2), 258–261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>
- Omu, F. E., & Omu, A. E. (2010). Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nursing*, *9*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-9-5>
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility -International Edition*, *77*(6), 1241–1247. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03097-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03097-2)
- Pasch, L. A., Holley, S. R., Bleil, M. E., Shehab, D., Katz, P. P., & Adler, N. E. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services?. *Fertility and Sterility*, *106*(1), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.03.006>
- Patel, A., Sharma, P. S. V. N., & Kumar, P. (2018). Role of mental health practitioner in infertility clinics: A review on past, present and future directions. *Journal of Human Reproductive Sciences*, *11*(3), 219. https://doi.org/10.4103%2Fjhrs.JHRS_41_18
- Peddie, V. L., Van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2004). Ending in-vitro fertilization: women's perception's of decision making. *Human Fertility*, *7*(1), 31–37. <https://doi.org/10.1080/1464727042000198069>

- Peddie, V. L., Van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction, 20*(7), 1944–1951. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh857>
- Pedro, J., Canavarro, M. C., Boivin, J., & Gameiro, S. (2013). Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Human Reproduction, 28*(9), 2462–2472. <https://doi.org/10.1093/humrep/det259>
- Pennings, G., & Ombelet, W. (2007). Coming soon to your clinic: patient-friendly ART. *Human Reproduction, 22*(8), 2075–2079. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem158>
- Peterson, B. D. (2002). *Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression* (Doctoral dissertation). Blacksburg, Virginia Tech.
- Peterson, B. (2015). Fertility counseling for couples. In: Covington, S. N. (Ed.). *Fertility Counseling: Clinical Guide and Case Studies* (pp. 60–73). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Peterson, B., Boivin, J., Norre, J., Smith, C., Thorn, P., & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics, 29*(3), 243–248. <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9701-y>
- Peterson, B. D., Gold, L., & Feingold, T. (2007). The experience and influence of infertility: Considerations for couple counselors. *The Family Journal, 15*(3), 251–257. <https://doi.org/10.1177/1066480707301365>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process, 42*(1), 59–70. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x>
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human reproduction, 24*(7), 1656–1664. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep061>
- Poleshuck, E. L., & Woods, J. (2014). Psychologists partnering with obstetricians and gynecologists: Meeting the need for patient-centered models of women's health care delivery. *American Psychologist, 69*(4), 344–354. <https://doi.org/10.1037/a0036044>
- Prom, M. C., Canelos, V., Fernandez, P. J., Gergen Barnett, K., Gordon, C. M., Pace, C. A., & Ng, L. C. (2021). Implementation of integrated behavioral health care in a large medical center: Benefits, challenges, and recommendations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 48*, 346–362. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09742-0>
- Raimy, V. C. (1950). *Training in Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rauprich, O., Berns, E., & Vollmann, J. (2011). Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany. *Human Reproduction, 26*(9), 2382–2391. <https://doi.org/10.1093/humrep/der207>
- Ravindran, A. V., Anisman, H., Merali, Z., Charbonneau, Y., Telner, J., Bialik, R. J., [...] & Griffiths, J. (1999). Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1608–1617. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1608>

- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy, 31*, 34–51. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9077-z>
- Rodolfa, E. R., Kaslow, N. J., Stewart, A. E., Keilin, W. G., & Baker, J. (2005). Internship training: Do models really matter?. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(1), 25. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.36.1.25>
- Sabourin, S., Wright, J., Duchesne, C., & Belisle, S. (1991). Are consumers of modern fertility treatments satisfied?. *Fertility and Sterility, 56*(6), 1084–1090. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)54721-9](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54721-9)
- Sax, M. R., & Lawson, A. K. (2022). Emotional support for infertility patients: integrating mental health professionals in the fertility care team. *Women, -2*(1), 68-75. <https://doi.org/10.3390/women2010008>
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction—what are the research priorities?. *Human Fertility, 12*(1), 14–20. <https://doi.org/10.1080/14647270802331487>
- Sexton, M. B., Byrd, M. R., O'Donohue, W. T., & Jacobs, N. N. (2010). Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Archives of Women's Mental Health, 13*(4), 347–358. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0142-x>
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*(4), 512. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.126.4.512>
- Shandley, L. M., Hipp, H. S., Anderson-Bialis, J., Anderson-Bialis, D., Boulet, S. L., McKenzie, L. J., & Kawwass, J. F. (2020). Patient-centered care: factors associated with reporting a positive experience at United States fertility clinics. *Fertility and Sterility, 113*(4), 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.12.040>
- Simpson, R., & Bor, R. (2001). 'I'm not picking up a heart-beat': Experiences of sonographers giving bad news to women during ultrasound scans. *British Journal of Medical Psychology, 74*(2), 255–272. <https://doi.org/10.1348/000711201160867>
- Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Wang, H., Poschman, K., & Yonkers, K. A. (2009). Success of mental health referral among pregnant and postpartum women with psychiatric distress. *General Hospital Psychiatry, 31*(2), 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.10.002>
- Stanton, A. L., & Burns, L. H. (1999). Behavioral medicine approaches to infertility counseling. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians, 129–147*.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Boca Raton, Florida: CRC press.
- Sydsjö, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Human reproduction, 20*(7), 1952–1957. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh882>
- Taymor, M. L., & Bresnick, E. (1979). Emotional stress and infertility. *Infertility, 2*(1), 39–47.
- Thorn, P., & Wischmann, T. (2009). German guidelines for psychosocial counselling in the area of gamete donation. *Human Fertility, 12*(2), 73–80. <https://doi.org/10.1080/14647270802712728>

- Throsby, K., & Gill, R. (2004). „It's different for men” masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6(4), 330-348. <https://doi.org/10.1177/1097184X03260958>
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient education and counseling*, 81(3), 422–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009>
- Van den Broeck, U., Holvoet, L., Enzlin, P., Bakelants, E., Demyttenaere, K., & D'Hooghe, T. (2009). Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 68(1), 58–64. <https://doi.org/10.1159/000214839>
- Van der Merwe, E., & Greeff, A. P. (2015). Infertility-Related Stress within the Marital Relationship. *International Journal of Sexual Health*, 27(4), 522-531. <https://doi.org/10.1080/19317611.2015.1067275>
- Van Empel, I. W., Aarts, J. W., Cohlen, B. J., Huppelschoten, D. A., Laven, J. S., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2010). Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Human Reproduction*, 25(10), 2516–2526. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq219>
- Van Empel, I. W., Dancet, E. A., Koolman, X. H., Nelen, W. L., Stolk, E. A., Sermeus, W., [...] & Kremer, J. A. (2011). Physicians underestimate the importance of patient-centredness to patients: a discrete choice experiment in fertility care. *Human Reproduction*, 26(3), 584–593. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq389>
- Van Empel, I. W., Nelen, W. L., Hermens, R. P., & Kremer, J. A. (2008). Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Human Reproduction*, 23(6), 1242–1245. <https://doi.org/10.1093/humrep/den094>
- Volling, B. L., & Belsky, J. (1991). Multiple determinants of father involvement during infancy in dual-earner and single-earner families. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 461–474. <https://doi.org/10.2307/352912>
- Wallach, E., & Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34(4), 313–319. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)45031-4](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)45031-4)
- Williams, L., Bischoff, R., & Ludes, J. (1992). A biopsychosocial model for treating infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14(4), 309–322. <https://doi.org/10.1007/BF00891868>
- Wischmann, T. (2008). Implications of psychosocial support in infertility – a critical appraisal. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 83–90. <https://doi.org/10.1080/01674820701817870>
- Wischmann, T. H. (2010). COUPLES'SEXUAL DYSFUNCTIONS: Sexual Disorders in Infertile Couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1868-1876. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x>
- Wischmann, T., Stammer, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2002). Couple counseling and therapy for the unfulfilled desire for a child—the two-step approach of the „Heidelberg infertility consultation service”. *Involuntary childlessness: psychological assessment, counseling, and therapy*. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 127–149.
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2013). (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive biomedicine online*, 27(3), 236–243. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.002>

- Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(3), 233–235. <https://doi.org/10.1177/152715440100200312>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of GROUP PSYCHOTHERAPY*. NY: Basic Books.
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015a). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1640–1652. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015b). The experience of Chinese couples undergoing in vitro fertilization treatment: perception of the treatment process and partner support. *PloS one*, 10(10), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139691>
- Zaki, L., & Rabinor, R. (2022). Fertility Counseling with Groups. In S. N. Covington (Ed.), *Fertility Counseling: Clinical Guide* (pp. 59–67). New York: The Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009030151>

9. "DRUGI" PUTEVI U RODITELJSTVO

Jelena Opsenica Kostić

Ukoliko partneri, ili osoba koja živi sama, ne postanu roditelji na tradicionalan način, otvara se više mogućih životnih puteva. U ovom poglavlju najviše ćemo se baviti se onim putevima koji su vezani za asistiranu reprodukciju i koji nameravanim roditeljima omogućavaju postizanje delimičnog biološkog roditeljstva – to je roditeljstvo ostvareno uz pomoć donacija gameta i embriona i roditeljstvo ostvareno uz pomoć surogat majki. Više prostora dato je temama vezanim za roditeljstvo uz pomoć reproduktivnih donacija, jer je to, trenutno, nova i značajna mogućnost u Republici Srbiji. U našoj zemlji, za sada, surogacija nije dozvoljena. Na kraju ćemo se osvrnuti i na jedan stari put, koji omogućava roditeljstvo, ali ne i biološke veze – na usvojenje.

9.1. 'Prvi' i 'drugi' putevi

Osoba može postati roditelj na tradicionalan način: kada na svet dođe dete (ponekad i više dece odjednom!), začeto na 'prirodan način', bez teškoća, u braku sklopljenom sa osobom suprotnog pola. Ovo bi bio 'prvi', tradicionalni put u roditeljstvo. Međutim, danas je značajan broj dece začet uz pomoć tehnologija asistiranе reprodukcije, mnoga deca ne žive u porodicama u sa oba biološka roditelja, a sve je više dece koju odgajaju homoseksualni parovi. Iako nas sada ne zanimaju ne-tradicionalne, a ni sve nove forme porodice, ipak moramo reći nekoliko rečenica i o njima. Jer porodica postaje porodica kada deca 'stignu' u nju, a neki drugi putevi kojima deca 'stižu' su tesno povezani sa prevladavanjem neplodnosti.

Ne-tradicionalne forme porodice su uglavnom nastale kroz rastavu ili razvod partnera, nakon čega se formiraju novi odnosi (Golombok, 2015; Opsenica Kostić, 2017a). Ovde spadaju jednoroditeljske porodice nastale nakon prekida veze i porodice koje formiraju partneri koji su prethodno bili u braku/kohabitaciji. U srpskom jeziku nemamo jednostavan termin kojim bismo mogli da prevedemo engleski naziv *stepfamily* - to je porodica koju formiraju partneri od kojih jedan ili oba partnera imaju decu iz prethodnih brakova/veza. Ovakva 'ponovo sklopljena porodica' može biti jednostavna, ukoliko samo jedan partner ima decu iz prethodne veze i u sadašnjoj vezi nema (nove) dece. Ponovo sklopljena porodica može biti i složena ili izmešana (engl. complex or blended), ukoliko porodicu čine dete/deca iz prethodnih veza i zajedničko dete iz aktuelne partnerske veze. Sa stanovišta

sadašnje teme značajan je sledeći aspekt ovih porodica: neke odrasle osobe će ući u roditeljstvo kao 'novi' ili 'drugi' roditelji dece svog partnera, tj. biće roditelji dece sa kojom nemaju biološke veze. Iz različitih razloga, za neke osobe iz jednostavnih ponovo sklopljenih porodica ovo će ostati i jedini put u roditeljstvo. Ovaj način postajanja roditeljem nije nužno povezan sa prevladavanjem neplodnosti, tako da se njime dalje nećemo baviti. (Ali to svakako jeste 'drugi' put u roditeljstvo.)

Nove forme porodice predstavljaju značajniji zaokret u odnosu na ne-tradicionalne forme, koje su nastale prekidanjem i sklapanjem uobičajenih, tradicionalnih veza. Autorka Suzan Golombok, koja se godinama bavila proučavanjem porodica u okviru vrlo poznatog Centra za istraživanje porodice Univerziteta u Kembridžu, u nove forme porodice ubraja i porodice nastale vantelesnom oplodnjom (Golombok, 2015). Možda je danas diskutabilno da li je to (još uvek) nova forma. Postupak VTO je u savremenom svetu postao regularna opcija prevazilaženja neplodnosti. Ovaj put u roditeljstvo više ne izaziva podozrenje, bar ne u modernim zemljama; iako ga mnogi ljudi, koji nemaju problema sa plodnošću, u potpunosti ne razumeju, ipak ga prihvataju. U porodicama nastalim pomoću VTO specifične su samo okolnosti začeća, sve drugo u vezi sa začetom, trudnoćom i roditeljstvom je isto kao i u tradicionalnoj porodici. Međutim, prva uspešna VTO i rođenje Luiz Braun 1978. godine, prvog 'deteta iz epruvete' (engl. test-tube baby) izazvali su oprečne reakcije u javnosti. Sam termin, koji se, na sreću, više ne koristi, odslikava nerazumevanje i ambivalenciju u vezi sa VTO postupkom. Robert Edwards i Patrik Stepto, koji su razvili proceduru VTO, prošli su težak put neodobravanja i odbijanja dozvole za istraživanja, a napadani su ne samo od strane medija i katoličke crkve, već i od strane svojih kolega, lekara. Krajem XX veka, za jedan deo javnosti, VTO je, izgleda, bila ne samo nov, već i nepoželjan put u roditeljstvo. Sam za sebe govori i podatak da je Robert Edwards dobio Nobelovu nagradu za razvijanje VTO, kao terapije neplodnosti, tek 2010. godine⁶⁵. Patrik Stepto je umro 1988. godine i nije posthumno uključen u ovo priznanje. Dakle, koje porodice se ubrajaju u tzv. nove forme? Jedan deo novih formi predstavljaju porodice sa novim sastavom roditeljskog para: to su porodice majki lezbejki, porodice gej očeva, porodice majki samih po izboru (engl. single mothers by choice). U nastanak ovih porodica mogu, ali i ne moraju, da bude uključene tehnike asistiranje reprodukcije. Homoseksualni partneri mogu postati roditelji kroz jednostavne ponovo sklopljene porodice (to je bio relativno čest slučaj sa prvim porodicama majki lezbejki) ili putem usvajanja deteta. I namerno same majke mogu, ali ne moraju, začeti na klinici, uz pomoć donora. Ostale nove forme porodice jesu jasno vezane za asistiranu reprodukciju – tu je nov način dolaženja do potomstva, ostvarivanja začeća. Ovde se ubrajaju porodice nastale putem procesa vantelesne oplodnje, porodice nastale doniranjem jajne ćelije, doniranjem spermatozoida, doniranjem embriona (ili kraće rečeno – porodice nastale uz pomoć reproduktivnih donacija) i porodice nastale surogacijom, odnosno uz pomoć surogat majki. Parovi koje se suočavaju sa neplodnošću kroz doniranje ili surogaciju mogu ostvariti delimičnu

⁶⁵ <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2010/press-release/> [15. 3. 2023.].

biološku vezu sa detetom i mnogi se odlučuju na izdvajanje značajnih sredstava za tzv. reproduktivno lečenje u inostranstvu (engl. cross border reproductive care) ili, grublje rečeno, fertilitetni turizam (engl. fertility tourism; Salama et al., 2018), da bi tu mogućnost ostvarili, ukoliko je zakon ne dozvoljava u njihovoj zemlji (oba pomenuta termina se legitimno koriste u naučnoj literaturi).

U tekstu koji sledi biće reči najpre o putevima u roditeljstvo koji (najčešće) omogućavaju delimičnu biološku vezu sa detetom, a na kraju i o 'drugom' putu na kojem biološke veze nema – o usvojenju.

9.2. Roditeljstvo uz pomoć donora gameta i embriona

U nekim slučajevima teškoće sa začecem se mogu prevazići ukoliko postoji mogućnost korišćenja doniranih gameta. Postoje sledeće opcije:

Korišćenje doniranih spermatozoida – ovde nameravani otac neće biti i biološki otac deteta. Donirani spermatozoidi mogu biti upotrebljeni u postupku vantelesne oplodnje, ali postoji mogućnost i za upotrebu najstarije i najjednostavnije tehnike asistirane reprodukcije – za intrauterinu inseminaciju. Inseminacija se obično izvodi uz određenu hormonsku stimulaciju ovulacije, ali se sama oplodnja jajne ćelije, ukoliko do nje dođe, odvija prirodno, unutar tela žene, nakon što se, posebnim kateterom, 'ubaci' određena količina spermatozoida. Prva poznata uspešna inseminacija spermom supruga izvedena je 1770. godine, a prva poznata, i prilično problematična, inseminacija spermom donora izvedena je 1884. godine (žena nije bila obavestena o suštini postupka; Ombelet & Robays, 2010). U savremenoj reproduktivnoj medicini inseminacija je, u zapadnim zemljama, postala šire prihvaćena tokom sedamdesetih godina prošlog veka (Breaweys, 2001).

Korišćenje doniranih oocita (jajnih ćelija) – ovde nameravana majka neće biti genetska majka deteta, ali će postojati gestaciona veza sa detetom. U tom smislu će oba roditelja biti biološki roditelji. Ovakvo shvatanje biološke povezanosti se ne mora poklopiti sa uverenjima koje nameravana majka (nameravani roditelji) imaju. Začecje uz pomoć doniranih jajnih ćelija omogućeno je razvijanjem postupka VTO i prvi put je izvedeno 1984. godine (Lutjen et al., 1984).

Dupla donacija ili korišćenje doniranih embriona – ovde nameravani roditelji neće imati biološke veze sa detetom, te se ova opcija naziva i 'usvajanje embriona' (Ehrensaft, 2005) ili 'prenatalno usvojenje' (Golombok, 2015). Embrion⁶⁶ može

⁶⁶ Ponovićemo neke činjenice, kao podsećanje ili za one čitaoce koji su najpre otvorili tekst o doniranju. Embrion je najranija faza razvoja višćelijskih organizama – faza prenatalnog razvoja. Embrion se razvija iz zigota, oplodjene jajne ćelije nastale uspešnim spajanjem spermatozoida i jajne ćelije. Period embriona kod ljudi traje od oplodnje do 8. nedelje trudnoće, nakon čega se za plod koristi naziv fetus. Postoji još jedan važan termin iz perioda ranog razvoja, poznat parovima uključenim u proces VTO – blastocista. To je naziv za skup ćelija koji se formira u najranijoj fazi razvoja embriona, najčešće petog dana od oplodnje (za faze pre blastociste koriste se drugi nazivi). Na osnovu rasta u ovoj fazi moguće je rangiranje i izdvajanje embriona koji se najbolje razvijaju. Ovakvo praćenje je važno, jer najbolje razvijeni embrioni imaju i najviše šansi za implantaciju (implantacija je usađivanje embriona u zid materice, što označava početak trudnoće), a, iz par

nastati od ćelija nezavisnih donora ili se mogu koristiti embrioni (drugih) partnera koji su prošli VTO proces i koji su se saglasili sa doniranjem određenog broja svojih embriona. Nije potpuno sigurno kada se dogodila prva donacija embriona. Za doniranje kakvo poznajemo danas potrebna je krioprezervacija⁶⁷, međutim, nije isključeno da se prva donacija embriona dogodila nezavisno od toga, tako što su sinhronizovani ciklusi žene iz donorskog para, koja je prolazila kroz VTO sa svojim embrionima, i žene-primaoca, koja je dobila jedan deo tih embriona. Uglavnom, negde između 1986. i 1990. godine i doniranje embriona je postalo jedna od dostupnih tehnika asistiranе reprodukcije (Devroey et al., 1989; Sauer et al., 1990; Steirteghem et al., 1987).

Dakle, roditeljstvo uz pomoć doniranih gameta je, u nekim zemljama sveta, moguće duže od trideset godina. Vantelesna oplodnja se u Srbiji praktikuje od kasnih osamdesetih, 'naša' prva beba začeta uz pomoć VTO rođena je u junu 1987. godine - Miloš Trajković (Luiz Braun je rođena 1978. godine). Možda vam se najlogičnije čini postavljanje pitanje „kada su kod nas počele VTO sa doniranim gametima?“, ali pravo pitanje počinje sa „da li“.

U Republici Srbiji, u skladu sa neophodnom pronatalitetnom politikom, aprila 2017. godine je donet Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji (dalje Zakon o BMPO, Službeni glasnik RS, 40/2017⁶⁸). Ovaj zakon, kao što samo ime kaže, reguliše delatnost BMPO koja „obuhvata testiranje, dobijanje, obradu, zamrzavanje, odmrzavanje, očuvanje, skladištenje i distribuciju reproduktivnih ćelija, zigota i embriona, kao i uvoz, odnosno izvoz reproduktivnih ćelija“ (Član

razloga, ne bi trebalo vratiti u matericu više od dva embriona – dve blastociste. Informativan tekst o rangiranju embriona napisan za širu publiku možete pročitati na <https://sansazaroditeljstvo.org.rs/rangiranje-embriona/>. Tokom prirodnog začeca embrion dospeva u matericu petog dana od oplodnje. Tokom VTO postupka embrion se takođe (najčešće) smešta u matericu petog dana – to je tzv. embriotransfer. Dakle, čekanjem na peti dan omogućava se izdvajanje najbolje razvijenih embriona i imitira se prirodni tok procesa. (U ovom periodu se može uraditi i preimplantaciona dijagnostika, odnosno preimplantaciono genetsko testiranje. Na ovaj način se neminovno otkriva i pol embriona. Međutim, na rezultate testiranja se čeka par nedelja, tako da će embrioni morati da budu zamrznuti.) Ukoliko do implantacije nakon embriotrasfera ne dođe, to znači da trudnoća nije ostvarena. U slučaju začeca prirodnim putem, partneri neće biti svesni izostanka implantacije, ali u slučaju VTO par ili namerno sama majka će, zajedno sa lekarom, pomno pratiti ceo proces i postojaće jasna svest o neuspešnom ishodu. To je dobar primer 'tihog gubitka' o kojem se govori u vezi sa lečenjem neplodnosti. Tih gubitak (tih za sredinu u kojoj osoba živi) je, npr. i nepostojanje blastocisti - nijedna ćelija se nije oplodila ili se nije uspešno razvila, tako da ne postoje uslovi za embriotransfer. Da bi se sprovedla naredna VTO potrebna je pauza, tokom koje će se nivo hormona i jajnici posle stimulacije vratiti 'u normalu'. Ta neophodna pauza neće predstavljati isti vremenski period za sve žene. Da biste stekli sliku koliko treba čekati (bez obzira da li se koriste sopstvene ili donirane ćelije) recimo da je to period od oko šest meseci.

⁶⁷ Krioprezervacija podrazumeva čuvanje gameta ili embriona na vrlo niskim temperaturama, u tečnom nitrogenu. Prve uspešne krioprezervacije embriona izvedene su 1983. godine, sa živorođenom decom u 1984. godini (prema Estudillo et al., 2021). Ovi slučajevi nisu uključivali doniranje.

⁶⁸ Tekst zakona možete pogledati npr. na <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SIGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2017/40/1>.

13 Zakona o BMPO). Zakon dozvoljava korišćenje reproduktivnih ćelija donora „u slučaju kada lečenje neplodnosti drugim postupcima nije moguće ili ima značajno manje šanse za uspeh, uključujući i slučajeve preteće neplodnosti kao posledice razvoja ili lečenja bolesti“ (Član 4 Zakona o BMPO). Takođe, dozvoljeno je korišćenje ‘darovanih embriona’, partnera nastalih u postupku homologne oplodnje⁶⁹, kada supružnici, odnosno vanbračni partneri od kojih potiču embrioni ne žele da ih koriste za sopstvenu oplodnju, uz njihov izričit pismeni pristanak“ (Član 29; zakon *ne* predviđa opciju ‘stvaranja’ embriona od doniranih ćelija). Donošenje ovog zakona bila je vrlo ohrabrujuća vest za sve parove iz Srbije, jer je za VTO sa doniranim gametima jedina opcija bila reproduktivno lečenje u inostranstvu, koje se finansira sopstvenim sredstvima⁷⁰. Međutim, najpre se dve godine čekalo na Pravilnik o državnom registru postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje (Službeni glasnik RS, 27/2019). Nakon toga je u maju 2019. godine otvorena Banka reproduktivnih ćelija, koja se nalazi u Ginekološko-akušerskoj klinici Kliničkog centra Srbije (u Beogradu). Banka je godinama bila prazna. Zakon izričito zabranjuje sticanje koristi od postupaka BMPO (Član 32) - ideja je bila da će ljudi dobrovoljno davati spermatozoide, jajne ćelije i embrione, otuda izraz ‘darovani’ koji se u Zakonu koristi. U tom duhu, Zakon zabranjuje i reklamiranje u vezi sa BMPO (Član 33), da bi se izbeglo sticanje „materijalne ili nematerijalne koristi“. Međutim, isti član kaže: „Zabrana oglašavanja, odnosno reklamiranja iz stava 1. ovog člana ne odnosi se na promociju dobrovoljnog davalatstva reproduktivnih ćelija i tkiva, odnosno BMPO koja se organizuje i sprovodi u skladu sa zakonom.“ Promocija je izostala. Potencijalni donori i šira javnost u RS nisu dovoljno obavešteni ni o postojanju zakona, ni o proceduri doniranja, a vrlo verovatno ni procena mogućnosti dobrovoljnih (neplaćenih) reproduktivnih donacija u RS u početku nije bila adekvatna. Sudeći po izjavama predstavnika Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, od osnivanja Banke do prvih dana 2023. godine ćelije je doniralo pet muškaraca i nijedna žena⁷¹. Ne samo da godinama nismo uspevali, kao društvo, da sprovedemo deo zakona koji se odnosi na domaće donore, već sve do samog kraja 2022. godine nije sprovedena ni opcija koja u zakonu postoji od 2017. godine – uvoz reproduktivnih ćelija (Član 54). Uvoz je najavljivan od oktobra 2022. godine, a planirano je da bude realizovan u januaru 2023. (ovaj tekst nastaje na samom početku 2023. godine). Poznavanje zakona u (svakoj) oblasti kojom se bavimo je neophodno – to je jedan od elemenata makrosistema. U ovom konkretnom slučaju, društvo nije bilo pripremljeno za sprovođenje Zakona o BMPO. Pravnici znaju da je takva situacija daleko od idealne – zakon koji nema uporište u

⁶⁹ Homologna oplodnja znači da su korišćene polne ćelije partnera, nameravanih roditelja.

⁷⁰ Neke klinike imaju i onlajn sadržaje na srpskom jeziku i ohrabruju naše parove ističući da imaju medicinsko osoblje koje govori srpski jezik. Možete razgledati npr. <https://www.pragueivf.com/sr/donation-programmes> ili <https://europeivf.com/sr/>.

⁷¹ Izjavu direktorke Fonda Sanje Radojević Škodrić možete pročitati na <https://boom93.rs/info/drustvo/direktorka-rfzo-ok-350-parova-i-zena-bez-partnera-se-prijavilo-za-vto/>. [Poslednji put pristupljeno 15. 3. 2023]

vrednostima društva ostaje, kako poznata sintagma kaže, mrtvo slovo na papiru. U vreme nastanka monografije koju čitate zakon je oživeo - od formalnog, postaje aktivan element okruženja u kojem živimo, doduše, za sada, bez prave promocije i uz pomoć uvezenih gameta. (Eto ilustracije kako se (teško) menja makrosistem. Odgovor na pitanje zašto se menja baš sada i na ovaj način autor ovih redova ne ume da vam pruži, mada bi takvo razmatranje i izašlo iz okvira ovog teksta.) Uglavnom, odgovarajuće strukture našeg egzosistema se ubrzano pripremaju za sprovođenje zakona o BMPO, a za VTO sa doniranim ćelijama do kraja 2022. godine, za otprilike dva meseca, prijavilo se oko 350 parova i žena bez partnera⁷². Zakon predviđa učešće psihologa u Stručnoj komisiji sa upotrebu reproduktivnih ćelija (Član 31). Član 26. Zakona kaže da je pravno i psihosocijalno savetovanje obavezno u VTO sa doniranim ćelijama, odnosno embrionima. Dalje u Članu 26 stoji: „Pre započinjanja postupka BMPO sa darovanim reproduktivnim ćelijama, odnosno embrionima, diplomirani psiholog iz člana 31. stav 3. ovog zakona, dužan je da supružnike, odnosno vanbračne partnere, odnosno ženu iz člana 25. stav 2. ovog zakona zajedno, upozna sa mogućim psihičkim posledicama postupka BMPO.“ O predviđenom savetovanju i upoznavanju psiholog treba da sačini i zapisnik. Sve to, u ovom trenutku, bez organizovane edukacije (koje su to moguće „psihičke posledice postupka BMPO“?). Pri tom (državna) ginekološko-akušerska klinika u Nišu i nema ‘svog’ psihologa, osobu kojoj je stalno radno mesto GAK, za razliku od klinika u Beogradu i Novom Sadu.

Šta psiholozi treba da znaju o roditeljstvu ostvarenom uz pomoć donora? Nama su značajna saznanja o (psihosocijalnom) funkcionisanju porodica nastalih korišćenjem doniranih gameta, sa fokusom na uspostavljanje i održavanje subjektivnog blagostanja roditelja i dece. Ređe se govori o subjektivnom blagostanju donora, koje je podjednako važno. Da je u našoj zemlji sprovedena promocija doniranja, kao što zakon predviđa, pitanje blagostanja *svih* učesnika nametnulo bi se samo. Etički je neprihvatljivo pokretati proces za koji osnovano pretpostavljamo da može imati negativne posledice po bilo kog aktera. I ovde ima ‘tankog leda’, vezanog, između ostalog, za neka zakonska prava i mogućnosti dece, ali ćemo doći i dotle. Verujem da vam je, za sada, dosta zakona. Vraćamo se na primarno svoj, psihološki teren.

9.2.1. Slon u sobi? Okolnosti začeca

Od kraja prošlog veka do danas odgovoreno je na neka početna pitanja u vezi sa porodicama nastalim uz pomoć donora, a otvorene su i nove dileme. Nije isključeno da su neki problemi i dileme prevaziđeni upravo kroz kontinuirano postojanje ovih porodica, kroz njihovu, sada decenijsku, prisutnost u određenim

⁷² Možete pogledati kratak intervju o VTO sa doniranim ćelijama koji je RTS-u dala prof. dr Ana Mitrović Jovanović, predsednica Republičke stručne komisije za biomedicinski potpomognutu oplodnju i načelnica dnevne bolnice u GAK "Narodni front" <https://www.rts.rs/page/stories/sr/story/125/drustvo/5043034/vro-drzava-besplatno-donirane-celije.html>. [Poslednji put pristupljeno 15. 3. 2023]

društvima. Tu je bilo vremena za uravnotežavanje odnosa donora, porodica i njihovog konteksta razvoja. Upravo su kroz to uravnotežavanje neke bojazni izgubile na značaju, a neke su se pojačale. Za našu sredinu su sva pitanja nova. Možda možemo preći ubrzani put kroz njih, ali svakako ne možemo od jednom usvojiti, naprasno uneti u svoj kontekst 'tuđe' kulturno-istorijske odgovore. (Ovde se, pre svega, misli na potrebu za donorima otvorenim za kontakt, no, doći ćemo i do te teme.)

Postavljana su mnoga pitanja u vezi sa psihološkim aspektima doniranja sperme, jajne ćelije i embriona. Da li postoje specifični efekti odrastanja uz nepotpunu genetsku vezu sa roditeljima (ili bez genetske veze), da li je razvoj odnosa dece i roditelja drugačiji? Da li postoje specifičnosti u vezi sa održavanjem i razvojem identiteta? Šta deca začeta putem donora osećaju u vezi sa donorom i njegovom/njenom porodicom? (Golombok, 2015; Opsenica Kostić, 2017). Na početku ovog veka sugerisano je da u porodici nastaloj uz pomoć donora može biti negativnih posledica po kvalitet roditeljstva i socio-emocionalnu prilagođenost dece (Blyth, 2002; Daniels et al., 2009; McGee et al., 2001). Isticana su dva osnovna razloga za to: prikrivanje detetovog genetskog porekla i odsustvo genetske veze sa jednim ili oba roditelja (Golombok, 2015).

Tajnost u kontekstu prikrivanja okolnosti začeća i detetovog genetskog porekla

Na samom početku asistirane reprodukcije inseminacija spermom donora bila je jedina opcija i podrazumevala je tajnost (npr. Brewaeys, 2001; Lorbach, 2003). Ceo postupak je sproveden u strogo poverljivom kontekstu odnosa lekar-pacijent. Lekari su garantovali anonimnost donora⁷³. Roditeljima je savetovano da okolnosti začeća čuvaju kao strogu tajnu. Međutim, možemo pretpostaviti da su i lekari iz sedamdesetih godina prošlog veka bili svesni tereta koji začeće uz pomoć donora može imati, te su savetovali svoje pacijente-parove da svakako imaju redovne seksualne odnose, da bi se stvorila (gotovo izvesno samo psihološka) mogućnost da je dete genetski njihovo (Golombok, 2005). Tokom osamdesetih začeće uz pomoć donirane sperme privuklo je pažnju istraživača ih oblasti društvenih nauka, koji su razmatrali mogućnost dugoročnih psiholoških posledica takvog začeća na funkcionisanje porodice i na razvoj deteta. Dobar primer ranih istraživanja je članak kanadskog psihijatra Dejvida Bergera (Berger, 1980). On je intervjuisao šesnaest parova nakon što je muškarac dobio dijagnozu neplodnosti (radilo se o azospermiji – nema spermatozoida u ejakulatu i oligospermiji – broj spermatozoida je nizak). Između ostalog, jedanaest muškaraca je doživelo periode impotencije nakon dijagnoze (jedan muškarac je imao aferu koja je, kako je verovao, izlečila njegovu impotenciju). Gotovo sve supruge su primećivale da su se njihovu muževi povukli u sebe. Pri tom su one same osećale ljutnju prema suprugu, želju da ga se reše i krivicu zbog te želje. Uglavnom, deset parova se odlučilo na korišćenje sperme donora, a jedan od važnih nalaza ove rane studije je

⁷³ Čini se da nije potpuno sigurno ko su bili donori u inseminacijama sedamdesetih godina prošlog veka. Postoje sumnje da se radilo o studentima koji su se obučavali kod lekara koji je lečio neplodni par.

da su bolje prilagođeni bili oni parovi koji su dali sebi više vremena za odlučivanje. Najvažniji je i danas validan zaključak da potpuna tajnost u vezi sa začecem uz pomoć inseminacije spermom donora ne dozvoljava osobama da rade na svom unutrašnjem konfliktu i konfliktu u relaciji sa partnerom. Odnosno, nije problem što konflikt postoji, problem je kad se konflikt ne prorađuje i ne razrešava. Možda nam danas ovo zvuči razumljivo samo po sebi, ali imajte u vidu da su ovo bila potpuno nova pitanja u drugoj polovini prošlog veka. U skladu sa vremenom u kojem je radio, autor nalazi oprezno rešenje u kojem se ipak ogleda senzibilnost: odložiti ozbiljne razgovore o inseminaciji tri do četiri meseca nakon uspostavljanja dijagnoze (Berger, 1980, str. 1049). Imajte na umu da su ispitivani parovi živeli u vremenu kada su velikih pet socijalnih uloga, o kojima je bilo reči, predstavljale jasna pravila za život u odraslom dobu. Pored toga, asistirana reprodukcija je bila novost i nepoznanica, tako da su doživljavanja ovih parova, verovatno, u nekim aspektima različita od doživljavanja neplodnosti (muškaraca) danas. Berger (1980) smatra da je veća otvorenost u vezi sa načinom začeca, makar između roditelja i budućeg deteta, verovatno psihološki bolje rešenje. Međutim, trebalo je preći put značajan put do jasnog stava da je otvorenost najbolja opcija.

Ozbiljna preispitivanja tajnosti u vezi sa začecem uz pomoć donora (koja su se odnosila pretežno na inseminacije, pošto je to tehnika koje je bila prisutna duže od začeca sa doniranim oocitima) javila su se krajem prošlog veka (npr. rezimirano u Daniels & Taylor, 1993). Izneta su (pravilna) zapažanja da je upravo tajnost koja okružuje začecem uz pomoć donora razlog zbog kojeg javnost ovaj način prevazilaženja neplodnosti smatra upitnim (da ne kažemo 'sumnjivim'). Opet, suzdržan stav javnosti dovodi do toga da donori žele da ostanu anonimni, a da roditelji ne žele da govore sa svojom decom o načinu začeca (Daniels & Taylor, 1993). Kao da se odigralo nešto sramotno, toliko neprihvatljivo da je najbolje ćutati o tome. Zabrinutosti u vezi sa čuvanjem tajne dolazile su i iz pravca istraživanja o usvojenoj deci. I krajem prošlog veka se znalo da je otvorena komunikacija između usvojitelja i dece vrlo važna za pozitivan odnos roditelj – dete i za psihološko blagostanje dece.

Iskustva iz porodične terapije govore o potencijalno negativnim efektima prikriivanja informacija od nekih članova porodice – o napetosti koju stvara čuvanja tajne. Takva situacija može biti štetna za funkcionisanje porodice, jer stvara granicu između onih koji znaju za tajnu i onih koji ne znaju (Vangelisti & Caughlin, 1997). Odnosno, da bi porodična tajna bila sačuvana, članovi porodice moraju da reorganizuju svoj život: formiraju se dijade, trijade i tajni savezi, što rezultira određenim stepenima distance ili bliskosti među članovima porodice (Imber-Black, 1998; prema Deslypere & Rober, 2020). Takođe, čuvanje tajne izaziva i anksioznost, pogotovo kada se pokrenu teme koje imaju veze sa tajnom. Za ovu temu važna su i saznanja teorije upravljanja privatnošću komunikacije (engl. Communication privacy management (CPM) theory) Sandre Petronio (Petronio, 1991, 2002). Ona ovde neće biti obrazlagana, ali treba reći da CPM takođe govori o granicama koje razdvajaju osobe koje znaju privatne, poverljive informacije od onih osoba koje ih

ne znaju. Prema CPM otkrivanje privatnih informacija može učiniti da se ljudi ose-
te vulnerabilnim. Iz tog razloga pojedinci konstruišu granice privatnosti komu-
nikacije kako bi kontrolisali rizike povezane sa odavanjem privatnih informacija.

Nisu sve porodične tajne iste i ne čuvaju se iz istih razloga. Tipovi tajni
mogu biti tabu teme (događaji ili aktivnosti koji su stigmatizovani i neprihvatljivi
za samu porodicu i društvo u celini; npr. seksualno/fizičko zlostavljanje), kršenje
pravila (pravila koja druge porodice poštuju, a prekršena su u porodici koja tajnu
čuva; npr. vanbračne veze) i konvencionalne tajne (događaji ili aktivnosti koji nisu
nužno pogrešni, ali se smatraju neprikladnim za razgovore; npr. problematična
partnerska veza iz prošlosti koju je imao neki član porodice ili problemi sa zako-
nom). Moglo bi se tvrditi da, za većinu modernih društava, začecé uz pomoć do-
nora ide više ka konvencionalnoj tajni, nego prema tabu temi. Kako će porodice
u Srbiji doživeti začecé uz pomoć donora značajno zavisi od toga kako ćemo se,
kao društvo u celini, odnositi prema ovoj temi. U odnosu na to od koga se čuva
tajna (u vezi sa začecém) možemo imati dva slučaja: tajna koju čuva cela porodica
u odnosu na okolinu i tajna koju neki članovi porodice čuvaju od drugih (ovde bi
to bili roditelji koju tajnu čuvaju od deteta). U prvom slučaju imamo granicu koja
je postavljena između porodice u sredine u kojoj osoba živi, možemo je zamisliti
kao ogradu (Vangelisti & Caughlin, 1997). Tajna koja se čuva unutar granica može
da opterećuje članove, pogotovo ako postoji šansa da se tajna otkrije bez učešća
porodice ili ako jedan član poželi da otkrije tajnu. U kontekstu ove teme, izazov za
funkcionisanje porodice bi nastao ako se, na primer, prilikom medicinske inter-
vencije otkrije da dete nije genetski potomak oba roditelja ili ako dete, u nekom
trenutku svog života, poželi da bude otvoreno u vezi sa okolnostima začecá. Od-
nosno, percepcija mogućnosti za otkrivanje tajne, za 'probijanje ograde', može biti
pretnja i teret. U drugom slučaju, kada roditelji čuvaju tajnu od deteta (a i od oko-
line), deca vrlo često shvataju da se nešto krije od njih, jer prepoznaju da su neke
teme tabu ili da se izbegavaju. Kao rezultat toga, deca mogu postati zbunjena i
anksiozna, čak je moguć i razvoj ozbiljnijih poremećaja. Postoji dosta istraživanja
koja pokazuju da deca osećaju kada im se nešto taji. Roditelji često odaju sebe
tonom glasa, facijalnom ekspresijom, neverbalnom komunikacijom ili naglim me-
njanjem teme kada pitanje povezano sa tajnom iskrsne u razgovoru (DePaulo,
1992; Golombok, 2015). Strategije koje članovi koriste da bi sačuvali tajnu često
izazivaju zbunjenost, anksioznost i usamljenost i na kraju mogu dovesti do razvo-
ja disfunkcionalne porodice – ovo je upravo i potvrđeno u istraživanju odrasle
dece začete uz pomoć doniranih gameta (Berger & Paul, 2008). Treba istaći da
nisu sve porodične tajne negativne ili 'mračne' (Goffman, 1959; prema Vangelisti &
Caughlin, 1997). Porodice, kao i druge društvene grupe, mogu neke svoje rituale
ili tradicije da čuvaju kao tajnu i to može biti važan deo osećaja intimnosti, bliske
povezanosti članova. Zapravo, iako se u oba slučaja radi o čuvanju informacija 'od
drugih', treba praviti razliku između privatnosti i tajne. Jedan od najuticajnijih au-
tora na polju bračne i porodične terapije, Amerikanka Evan Imber-Blek, tu razliku
pravi na sledeći način: ono što je zaista privatno ne utiče na fizičko ili emocionalno

zdravlje osoba uključenih u čuvanje informacija, dok čuvanje tajne može imati značajne efekte na blagostanje i životne izbore osobe/osoba (Imber-Black, 1998; prema Deslypere & Rober, 2020). Ovde se misli na blagostanje svih osoba – i onih koje za informacije znaju i na one od kojih se informacije kriju. Ima autora koji distinkciju između privatnosti i tajne određuju na osnovu relevantnosti informacija po one koji ih ne znaju – ukoliko bi informacije bile visoko relevantne, onda je reč o tajni (Karpel, 1980; prema Berger & Paul, 2008). Kada se u okviru ranije pomenute teorije upravljanja privatnošću komunikacije (CPM, Petronio, 1991, 2002) govori o privatnim informacijama, to se, u ovom kontekstu koji smo sada postavili, odnosi i na privatne informacije i na tajne (razlika koju CPM pravi je u odnosu na nivo rizika koji otkrivanje informacije nosi, iz čega se zaista može zaključiti da su obuhvaćene i (samo) privatne informacije i tajne). Čuvanje tajne (a ne privatnosti) može biti toksično i opasno po članove porodice i porodične odnose (Imber-Black, 1998; prema Deslypere & Rober, 2020; Paul & Berger, 2007; Vangelisti & Caughlin, 1997). Čuvanje informacija u svrhe privatnosti možemo sagledati kao slučaj 'zdravih' tajni (ukoliko se koristi taj termin, tj. ukoliko je potrebno pravljenje razlika između pozitivnih i negativnih tajni). Ovo otvara potrebu da kažemo nešto i o mogućim funkcijama čuvanja tajne (Vangelisti & Caughlin, 1997).

Funkcije čuvanja porodične tajne može biti povezivanje članova porodice - situacije kada tajna povećava kohezivnost (ovde nam treba primer pozitivne, zdrave tajne, tj. tajne sa kojom su povezane pozitivne emocije; zapravo je izazovno zamisliti situaciju koja je jasno (samo) takva; recimo, čuvanje tajne da će član porodice dobiti sjajan poklon kada postane punoletan ili da se porodica priprema za dugo očekivano porodično putovanje). Neke tajne se čuvaju da bi se očuvala privatnost porodice (recimo, ovde pripadaju ranije pomenute konvencionalne tajne). Ova prva dva slučaja bi bila ilustracija tajni, odnosno zadržavanja informacija unutar porodice, koje su više privatnost nego tajnost, koje nisu toksične i koje, verovatno, ne nose rizike po psihofizičko blagostanje članova. Ponekad čuvanje tajne pomaže porodici da izbegne negativnu evaluaciju. Neke tajne imaju (i) zaštitnu funkciju, funkciju održavanja – kada prikrivanje informacija istovremeno i povezuje članove i štiti ih od stresora. U nekim slučajevima čuvanje tajne predstavlja formu odbrane, jer porodica smatra da bi, ukoliko budu otkrivene, informacije mogle biti iskorišćene protiv članova, na njihovu štetu. A ponekad osnovni razlog čuvanja tajne može biti i (samo) loša komunikacija. Generalno gledano, članovima porodice će naročito biti stalo da sačuvaju tajne koje imaju funkciju zaštite/održavanja (engl. maintenance), pogotovo ako je pretpostavljeni uticaj otkrivanja tajne veliki (Vangelisti & Caughlin, 1997). Dobar primer upravo takve tajne može biti čuvanje informacija u vezi sa začecem. Tajna u vezi sa okolnostima začeca svakako može imati više funkcija, tj. bilo koju funkciju od nabrojanih, osim, verovatno, povećanja kohezivnosti, jer povezujuću tajnu članovi treba da doživljavaju kao pozitivnu i ona ne nosi rizik po subjektivno blagostanje.

9.2.1.a. Funkcionisanje porodica koje čuvaju tajnu u vezi sa začecem uz pomoć donora

Istraživači su imali prilike da ispituju funkcionisanje porodica koje čuvaju tajnu o načinu začeca – na klinikama postoje podaci o vantelesnim oplodnjama uz pomoć donora, tako da roditelji mogu biti kontaktirani sa molbom da učestvuju u istraživanju⁷⁴. Iako mnogi parovi na početku procesa izjavljuju da žele da budu otvoreni sa decom, iskustvo pokazuje da značajan broj roditelja zapravo čuva tajnu, odnosno ima nameru da je čuva (npr. Baccino, 2014; Golombok et al., 1996; Golombok et al., 1995; Indekeu i Lampic, 2018).

Jedno starije istraživanje, koje je uključivalo i kasnije studije praćenja, jeste Evropska studija porodica nastalih putem asistiranе reprodukcije (Golombok et al., 1996). Ovo istraživanje obuhvatilo je porodice nastale putem VTO (homologna oplodnja), porodice nastale uz pomoć inseminacije spermom donora i kontrolne grupe porodica sa decom začetom bez teškoća i porodica koje su usvojile decu, iz Ujedinjenog Kraljevstva, Italije, Španije i Holandije (Golombok et al., 1996). Sva deca su u vreme prvog istraživanja imala od četiri do osam godina, a bilo je ukupno 111 porodica sa decom začetom uz pomoć donora. Ispostavilo se da niko od tih roditelja nije pričao sa decom o načinu začeca. (O ovome će biti reći nešto kasnije, iako mala deca ne mogu tačno razumeti specifičnosti začeca, ipak se preporučuje pričanje priče o začecu, prikladne za uzrast deteta.) Međutim, uprkos bojaznima koje su iznete ranije, kvalitet roditeljstva je u porodicama nastalim uz pomoć donora bio sličan kvalitetu u VTO porodicama, a viši u odnosu na porodice sa decom začetom bez teškoća. Zaključeno je da odsustvo genetske veze (koje ovde 'ide' uz čuvanje tajne) nije bilo prepreka razvoju pozitivnog odnosa roditelja i dece (Golombok et al., 1996; Golombok et al., 1995; u istraživanju objavljenom 1995. godine ispitanici su bili samo iz UK). Na ovom mestu treba istaći jedan važan podatak: iako roditelji nisu rekli deci ništa o doniranju, više od polovine roditelja (56 procenata), bez razlike u odnosu na zemlju u kojoj žive, su informacije otkrili prijatelju ili članu porodice (Golombok et al., 1996). Pri tom, većina (75 procenat) intervjuisanih majki kaže da su, sa suprugom, definitivno doneli odluku da ne govore deci, a manji broj je neodlučan ili planira da u budućnosti kaže detetu (13 i 12 procenata). Ovo nisu povoljne okolnosti, jer postoje nezanemarljive mogućnosti da neko drugi, slučajno ili namerno, otkrije informacije detetu (ako ništa drugo, više od polovine roditelja se poverilo nekome). Porodice su ponovo ispitane kada su deca imala 11-12 godina (Golombok, Brewaeys et al., 2002; Golombok, MacCallum et al., 2002). Rezultati o funkcionisanju porodice, roditelja i dece, su sasvim zadovoljavajući. Porodice nastale uz pomoć asistiranе reprodukcije (konkretno homologna VTO i inseminacija uz pomoć donora) su, po kvalitetu odnosa roditelj-dete, bile vrlo slične porodicama u kojima

⁷⁴ Svakako su potrebna posebna odobrenja i dokazivanje značaja rezultata istraživanja da bi se ovakve istraživačke ideje sprovele u delo. Veliki broj značajnih istraživanja (novih formi) porodice sprovedeno je u okviru Centra za istraživanja porodice Univerziteta u Kembridžu (Centre for Family Research, <https://www.cfr.cam.ac.uk/>). Serija istraživanja o kojima je reč od narednog pasusa sprovedena su upravo u okviru tog Centra.

nije bilo teškoća sa začecem i porodicama koje su usvojile decu. Čak bi se moglo reći da porodice nastale uz pomoć asistirane reprodukcije funkcionišu nešto bolje, ako se izuzme povišena uključenost (blaža intruzivnost) kod malog broja roditelja iz tih porodica. Vrlo je značajan i rezultat da su sva deca funkcionisala dobro i da nije bilo razlika između grupa ni po jednoj korišćenoj meri psihološke prilagođenosti (niz mera iz domena funkcionisanja u školi i sa vršnjacima, kao i *Upitnik snaga i teškoća* (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) koji su popunjavale majke i nastavnici). Međutim, samo u osam porodica, od devedeset šest ispitanih, roditelji su sa svojom decom govorili o začecu. Izvedeno je još jedno ispitivanje, kada su deca napunila 18 godina, ali ovog puta samo na porodicama iz UK (Owen & Golombok, 2009). Primećeni su viši nivoi topline i kontrole kod majki iz porodica nastalih uz pomoć donora u odnosu na VTO majke, što je protumačeno kao veća uključenost u živote dece u kasnoj adolescenciji (sa jedne strane, ovo je autoritativno roditeljstvo, koje predstavlja optimalni roditeljski stil, ali sa druge strane, ovo je doba kada bi adolescenti, pogotovo u ispitivanom kulturnom kontekstu, trebalo da imaju više autonomije). Specifičnosti roditeljstva vezane za očeve nisu nađene. U svakom slučaju, ne radi se o rezultatima koji izazivaju zabrinutost. Istraživači iz Centra za istraživanje porodice u Kembridžu su ove rezultate upotpunili ispitujući porodice nastale iz pomoć doniranih jajnih ćelija iz UK, koje su upoređene sa porodicama nastalim iz pomoć doniranih spermatozoida (Golombok et al., 1999). Oba tipa porodica dobro funkcionišu; jedina razlika je bila ta što su i majke i očevi iz porodica kojima je bila potrebna jajna ćelija izveštavali o nižim nivoima roditeljskog stresa – ovo možda ukazuje na povoljnije okolnosti za roditeljstvo kada postoji biološka veza sa oba roditelja. Ispitivanje je ponovljeno kada su deca imala dvanaest godina (Murray et al., 2006). U tom trenutku, u ranoj adolescenciji dece, primećeno je da su majke iz porodica nastalih uz pomoć doniranih jajnih ćelija bile malo manje responsivne i ređe su bile previše emocionalno investirane (intruzivne), u odnosu na majke iz porodica kojima je bio potreban donor sperme. Uglavnom, konačni zaključak iznet na osnovu svih ovih studija jeste da u porodicama gde deca nisu svesna načina začeca – u porodicama koje čuvaju tajnu, gde takođe postoji i odsustvo genetske veze sa jednim roditeljem, nema problema u funkcionisanju porodice, niti u pogledu prilagođenosti roditelja niti u pogledu prilagođenosti dece (sumirano u Golombok, 2005). Ovakve zaključke podržava i studija sprovedena u Australiji (Kovacs et al., 2015). U australijskoj državi Viktoriji (glavni grad Melburn), gde je istraživanje sprovedeno, anonimne donacije gameta nisu dozvoljene još od 1998. godine – svi donori moraju biti otvoreni za kontakt. Svakako, ovo ne znači da će i svi roditelji reći detetu. Inicijalno je o istraživanju razgovarano sa 111 porodica (od kontaktiranih 114). Sva deca su začeta uz pomoć donirane sperme, a u vreme istraživanja imala su između 5 i 13 godina. Istraživači iznose da je otprilike jedna trećina roditelja rekla svojoj deci o načinu začeca (Kovacs et al., 2015). U konačni uzorak ušlo je 29 porodica gde su deca znala o okolnostima začeca i 32 porodice koje su (i dalje) čuvale tajnu. Korišćen je niz mera porodičnog funkcionisanja, ali nisu nađene značajne razlike između poređenih grupa (Kovacs et al., 2015).

Ipak, ovakvi rezultati ne mogu otkloniti sve sumnje. Porodice su dobrovoljno pristajale na učešće u pomenutim istraživanjima (drugačije nije ni izvodljivo, niti etički prihvatljivo). Možemo se pitati da li su porodice koje imaju problema u funkcionisanju odbile istraživače i time uticale na dobijene rezultate. Takođe, iako rezultati, koji se posredno odnose i na čuvanje tajne, nisu srazmerni ranije iznetim bojaznima u vezi sa porodičnim tajnama, istraživanja nisu dala podatke o eventualnim slučajnim otkrivanjima tajne i efektima tog otkrića. Iako nije sasvim nemoguće, jeste teško sakupiti takav uzorak ispitanika. I na kraju, nemamo načina da saznamo išta o funkcionisanju odraslih osoba koje nikad nisu saznale o svom začecu uz pomoć donora (tj. nemamo etički ni zakonski prihvatljiva rešenja; u prethodnim primerima, dok su deca živela u okviru primarne porodice, istraživači su davali (tačnu) informaciju da ispituju porodično funkcionisanje, a roditelji su pružali informacije o otvorenosti ili čuvanju tajne; ovako nešto, iz više razloga, ne može da bude izvedeno kada deca postanu odrasle osobe).

Neke specifičnosti porodica nastalih uz pomoć doniranih embriona.

Najmanje saznanja imamo o porodicama koje su nastale uz pomoć doniranih embriona. Ipak, čini se da postoje neke specifičnosti i zato je ovaj deo ostavljen za kraj. Ukoliko se koriste bilo donirana jajna ćelija, biti donirani spermatozoidi, dete i dalje ima genetsku vezu sa jednim roditeljem. (U slučaju donirane jajne ćelije ima biološku vezu sa oba roditelja, a genetsku sa jednim.) Međutim, ukoliko je trudnoća ostvarena uz pomoć doniranih embriona, nameravani roditelji nemaju genetske veze sa detetom – po tome je ova situacija slična usvojenju. Sa druge strane, nameravani roditelji će proći kroz iskustvo trudnoće i rođenja deteta, što kod usvojenja nije slučaj. Na osnovu svega što ste pročitali do sada u vezi sa čuvanjem tajne, jasno je i da istraživanja ne podržavaju ideju da negenetski roditelji pokazuju slabije roditeljsko funkcionisanje nego genetski. Opet, možemo se zapitati šta se događa kada je doniran embrion, kada nijedan od roditelja nema genetsku vezu sa detetom. Ta specifičnost može se sagledati i iz drugog, verovatno relevantnijeg, ugla: kod oba partnera je dijagnostikovana neplodnost i saznanje da neće moći da bude iskorišćena polna ćelija nijednog od njih jeste specifični i dodatni psihološki stres. Za ove roditelje put u roditeljstvo je zaista dug – oni čekaju duže na donirani materijal i u proseku prolaze kroz (ukupno) više VTO ciklusa nego parovi koji koriste svoje ćelije (MacCallum et al., 2008). Da li se to odražava na funkcionisanje porodice i odnos roditelj-dete? S obzirom da postoje prethodna saznanja o povišenoj roditeljskoj uključenosti majki dece začete iz pomoć tehnika asistirane reprodukcije (sumirano u Golombok, 2015), može se pretpostaviti da su roditelji kojima su bili potrebni donirani embrioni posebno podložni preteranom angažovanju kada dugo željeno dete konačno stigne. Postoje dve povezane studije iz UK, gde su, u razmaku od četiri godine, ispitane porodice koje su nastale uz pomoć doniranih embriona (MacCallum et al., 2007; MacCallum et al., 2008). U prvoj studiji istraživačima se odazvala dvadeset i jedna porodica; deca su imala od dve do pet godina (MacCallum et al., 2007). U sledećoj fazi pristalo je da učestvuje sedamnaest porodica, a deca su tada imala od pet do devet godina (MacCallum

et al., 2008). Istraživači naglašavaju da porodice generalno dobro funkcionišu (da, možete se pitati šta je sa onim porodicama koje su odbije ispitivače) i da deca nisu suočena sa povećanim rizikom od razvoja problema u funkcionisanju. Takođe, shvatate da tekst ne bi bio ovakav da ne sledi jedno *ali*. Potvrđene su pretpostavke u vezi sa visokom uključenosti roditelja kojima su bili potrebni embrioni. Poređenjem tih porodica sa porodicama usvojitelja i porodicama koje su prošle kroz VTO sa svojim gametima (homologna oplodnja), u prvoj studiji (MacCallum et al., 2007) došlo se do zaključka da roditelji u porodicama nastalim uz pomoć doniranih embriona imaju značajno više skorove na dve subskale kvaliteta roditeljstva – na skali preteranog emocionalnog angažovanja (engl. emotional overinvolvement) i skali defanzivnosti (engl. defensive responding). Skala preteranog emocionalnog angažovanja pokazuje meru u kojoj su porodični život i emocionalno funkcionisanje roditelja centrirani na dete, pokazuje da li roditelj ima interese i aktivnosti koje nisu povezane sa detetom i stepen preterane brige za dete ili prezaštićivanje deteta. Skalom defanzivnosti procenjuje se odbrambeni stav roditelja u odnosu na pitanja o detetu i o porodičnom životu. Procena defanzivnosti izvedena je i na osnovu spremnosti roditelja da odgovara na pitanja u intervjuu i da iznese postojanje teškoća tako gde su javljale, odnosno na osnovu pokušaja roditelja da istraživačima prikažu 'savršenu' porodicu (MacCallum et al., 2007). Takođe, samo dve (od 21) porodice su govorile deci o načinu začeća. Pet roditeljskih parova namerava da kaže detetu budućnosti, devet se složilo da nikada neće reći detetu, a ostalih pet je neodlučno. Potrebno je još jednom naglasiti (kao što naglašavaju i sami istraživači) da porodice nastale uz pomoć doniranih embriona ne pokazuju manje pozitivno roditeljsko funkcionisanje i da primećeni nivoi uključenosti ne dovode u pitanje pozitivan razvoj deteta (MacCallum et al., 2007). Slični rezultati, uključujući i ustezanje od razgovora sa detetom, nađeni su i u studiji praćenja, u istraživanju sprovedenom četiri godine kasnije (MacCallum et al., 2008). Tada su prikupljeni podaci od majki i učitelja dece. Majke su i dalje pokazivale (pre)visoko emocionalno angažovanje, ali se nije radilo o patološkom preteranom angažovanju, već o umerenim i nižim nivoima – to zaključuju sami autori (MacCallum et al., 2008). U skladu sa tim, deca začeta uz pomoć doniranih embriona nisu pokazivala probleme u ponašanju (*Upitnik snaga i teškoća*). Interesantno je primetiti da četiri porodice, koje nisu žele da učestvuju u drugoj fazi istraživanja, jesu one koje su u prvoj fazi iznele svoju odliku da će zauvek čuvati tajnu (MacCallum et al., 2008). Rezultati ovih istraživanja i saznanja koja već postoje u psihologiji otvaraju mogućnost za sledeću pretpostavku: povećano emocionalno angažovanje roditelja, udruženo sa tajnošću u vezi sa začetom, mogu da proizvedu negativne posledice u kasnijem porodičnom funkcionisanju, pogotovo u adolescenciji deteta, kada pitanja autonomije i identiteta postaju važna (MacCallum et al., 2008). Sve što je rečeno i ovde i ranije zaista ukazuje na potrebu za programima edukacije i podrške ne samo za porodice nastale uz pomoć asistiranе reprodukcije, već za društvo u celini. Ne možemo očekivati da roditelji budu otvoreni prema detetu, ako u sredini u kojoj žive postoji nedovoljno razumevanje i ambivalentnost u vezi

sa prihvatanjem začeca uz pomoć donora. Da bismo bolje sagledali ovaj problem, možemo krenuti od percepcije samih roditelja dece začete uz pomoć donora.

Zašto porodice čuvaju informaciju o začecu uz pomoć donora kao tajnu?

Pažljivi čitalac bi i sam mogao izvući zaključke i dati najverovatnije razloge – oni nisu iznenađenje. Najčešći razlog čuvanja tajne je potreba roditelja da zaštite dete od mogućih negativnih posledica (MacCallum et al., 2007). Roditelji se boje da bi dete moglo biti izloženo zadirivanju, maltretiranju ili odbacivanju od strane vršnjaka, ali i od strane šire porodice. Takođe, roditelji se odlučuju na čuvanje tajne da ne bi ugrozili porodične odnose, pogotovo između deteta i nebiološkog roditelja (Golombok, 2015; MacCallum et al., 2007). Značajan broj roditelja smatra da jednostavno ne postoji potreba za otkrivanjem tih informacija, što, verovatno, možemo protumačiti kao defanzivnost. I na kraju, tu su i oni roditelji koji ne znaju šta i kako da kažu. Pri tom, roditelji dece začete uz pomoć doniranih embriona pokazuju manju spremnost za otvorenost, u odnosu na porodice kojima su bile potrebne/dovoljne polne ćelije jednog donora. (Sada možete razmisliti još jednom o privatnosti i tajnosti; čini se da se ovde jasno radi o čuvanju tajne, koje može biti opterećujuće.)

Nastanak porodice uz pomoć doniranih gameta ne odvija se samo u kontekstu partnerskog odnosa, sa dolaskom deteta. Nastanak porodice, njeno uspostavljanje i prihvatanje, odvija se u društvenom kontekstu, u kompleksnoj i širokoj mreži odnosa (Indekeu & Lampic, 2021; Nordqvist & Smart, 2014). U prošlosti, kao što ste mogli naslutiti i iz ovog teksta, porodice začete uz pomoć doniranih gameta živele su u tišini, možda ne samo po svom izboru, već i pod uticajem učutkivanja društva (kako pišu Idekeu i Lampic, porodice su živele „in a rather silencing society“ (2021, str. 1; setite se da su i sami lekari preporučivali tajnost). Danas postoje preporuke stručnih udruženja (kao što je ESHRE) i zakoni u mnogim zemljama Evrope i sveta koji podstiču i omogućavaju otvorenost u vezi sa začecem uz pomoć donora. U modernim razvijenim društvima tehnike asistirane reprodukcije su prisutne i potrebne, a prisutne su i ne-tradicionalne i nove forme porodice (usvojitelji i deca, (namerno) sami roditelji, porodice homoseksualnih parova, multikulturalne i multirasne porodice). Uz politički liberalnu sredinu, ovo su okolnosti koje smanjuju bojazan porodica nastalih uz pomoć donora da će biti stigmatizovane (Hudson et al., 2009; Shehab et al., 2008; Söderström- Anttila, 2010). Naša društvena sredina (RS) nema sve ove odlike, tako da se može pretpostaviti da (neke) porodice nastale uz pomoć donora mogu brinuti da će biti opažene kao 'previše različite' – devijantne, i da će u vezi sa tim biti izložene neodobravanju ili izopštavanju. S druge strane, uprkos prihvaćenosti novih životnih stilova i ART, u zapadnim društvima najfrekventniji socijalni diskurs jeste onaj u kojem je porodica prikazana kao jedinica zasnovana na biološkim vezama (Idekeu & Lampic, 2021; ovakvo značenje porodice opšteprisutno je u i našem društvu). Takvi normativni modeli, i u razvijenim društvima, izlažu stigmatizaciji porodice nastale uz pomoć donora. Zabrinutost zbog stigmatizacije, stid i strah od socijalnog odbacivanja značajno utiču na odluku roditelja da ne/budu otvoreni u vezi sa doniranjem pre-

ma svojoj deci i drugima (Hahn & Craft-Rosenberg, 2002; Hargreaves & Daniels, 2007; Thorn & Daniels, 2007). Takođe, ideje društva o porodici, roditeljstvu (majčinstvu i očinstvu), o rodbinskim vezama, mogu dovesti do samostigmatizacije ili percipirane stigmatizacije (engl. self-stigma, perceived stigma). Odnosno, iako javna stigmatizacija ne postoji (jer porodica, recimo, dobro čuva tajnu) roditelji i/ili deca mogu osećati pritisak svojih uverenja da društvena okolina začeće uz pomoć donora doživljava vrlo negativno. Stvaranje atmosfere prihvatanja različitih porodica je od izuzetne važnosti. Čak i ako se roditelji odluče za tajnost, socijalni diskurs koji prihvata različitosti smanjuje verovatnoću da će se javiti pritisak samostigmatizacije, što je, naravno, povoljno za psihosocijalno funkcionisanje. (Tek u okolnostima potpune otvorenosti društva po pitanju (svih) porodica nastalih uz savremene tehnike asistiranje reprodukcije, zadržavanje informacija u vezi sa začećem bi se moglo nazvati privatnošću, a ne tajnom.)

9.2.1.b. Negde između tajne i otvorenosti - izbegavanje tema u porodici. Još jedan deo slagalice o funkcionisanju porodica nastalih uz pomoć donora pruža istraživanje na uzorku odraslih ispitanika koje su sproveli Roni Berger i Merilin Pol (Berger & Pol, 2008⁷⁵). Istraživanje je bilo fokusirano na odnos izbegavanja tema (engl. topic avoidance) i funkcionisanja porodice. Naravno, ispitanici su znali da su začeti uz pomoć donora, a za istraživanje su regrutovani preko odgovarajućih diskusionih grupa svojih udruženja⁷⁶. Istraživanje je prihvatilo šezdeset devet mladih odraslih (starosti od 21 do 34 godine), među kojima značajnu većinu čine mlade žene (85 procenata). Više od polovine ispitanika je o okolnostima svog začeća saznalo u adolescenciji, kada su imali šesnaest i više godina. Malom broju ispitanika je o začeću govoreno u ranom detinjstvu (pre pete godine ili oko pete godine; 18% ispitanika). Interesantan je podatak da je u najvećem broju slučajeva sa ispitanikom o specifičnostima začeća razgovarala majka (7%). Doduše, ovakav rezultat ne ukazuje jasno da informacije o začeću uz pomoć donora češće daje majka - postoji mogućnost da je rezultat ovakav jer je u uzorku bilo značajno više

⁷⁵ Vredi primetiti da se radi o istraživačima iz polja socijalnog rada. U inostranim istraživanjima i razmatranjima vezanim za porodice nastale uz pomoć asistiranje reprodukcije stručnjaci za socijalni rad su приметно aktivni. Ovo ističemo jer u RS postoji razgranata mreža centara za socijalni rad, koji bi mogli da pružaju kontinuiranu podršku porodicama nastalim uz pomoć donora (ukoliko im se obezbedi adekvatna edukacija i plan rada).

⁷⁶ U SAD, gde je ovo istraživanje sprovedeno, postoje udruženja osoba koje su začete uz pomoć donora, gde ljudi dele svoja iskustva i pružaju podršku jedni drugima. U slučaju kada osobe imaju šifru pod kojom je registrovan njihov donor, moguće je i pronalaženje sibliinga. Radi se o anonimnim donacijama gameta, što je i dalje vrlo rasprostranjeno u SAD. (Neke evropske zemlje više ne dozvoljavaju anonimnost donora, doći ćemo i do toga.) Mogu da se registruju i donori, ukoliko žele i znaju svoju šifru (neke klinike su, čak i na eksplicitan zahtev, odbijale da daju ove podatke donorima). Upravo sa tim ciljem povezivanja ljudi koje spajaju genetske veze nastalo je jedno od najpoznatijih udruženjate vrste u svetu - Registar donora i sibliinga, Donor Sibling Registry, <https://donorsiblingregistry.com/>, sa motom *Edukacija, povezivanje i podrška porodicama nastalim uz pomoć donora* (Educating, connecting and supporting donor families). Odvojite malo vremena i razgledajte sajt. (Videćete da, bar jednom delu porodica nastalih uz pomoć donora, genetska povezanost nije nevažna komponenta.)

ženske dece. Informacije je retko saopštavao otac (4%), a roditelji su informacije saopštili zajedno petini ispitanika (20%). Postoje i slučajevi (5%) kada je ispitanik saznao slučajno – na osnovu medicinskih podataka ili od drugog člana porodice. Dakle, istraživači su želeli da ispituju odnos ne/izbegavanja tema u porodičnoj komunikaciji i funkcionisanja porodice. Za izbegavanje je upotrebljen instrument razvijen za izbegavanje tema generalno, kojem je dodato šest ajtema vezanih za začecje uz pomoć donora (Berger & Pol, 2008). Ostali ajtemi odnosili su se na teme koje su inače označavane kao osetljive, odnosno kao teme koje se relativno često izbegavaju, od strane roditelja i dece ili od strane parova: prijateljstva i aktivnosti koje osoba ima sa prijateljima, 'zabavljanje' (engl. dating), seks, odnosi u partnerskoj vezi, negativni prošli događaji, vrednosti i uverenja, i novac (Caughlin & Afifi, 2004). Ispitanici su rangirali izbegavanje opštih tema ('generalno' izbegavanje) i izbegavanje tema u vezi sa doniranjem, na sedmostepenoj skali, za majku i oca zasebno. Osnovni nalaz studije je da postoje negativne korelacije između porodičnog funkcionisanja i izbegavanja tema. Međutim, u regresionoj analizi, jedini značajan prediktor (slabijeg) porodičnog funkcionisanja bilo je majčino generalno izbegavanje tema (Berger & Pol, 2008). Ovaj rezultat govori da je percepcija majke kao otvorene za komunikaciju važnije za to kako (odraslo) dete procenjuje porodično funkcionisanje od majčinog pristupa specifičnim temama, kao što je začecje uz pomoć donora. Sa jedne strane, rezultati zaista pokazuju značaj otvorenosti u komunikaciji, ali, sa druge strane, važna je generalna, konstanta otvorenost. Možemo pretpostaviti da puko saopštavanje činjenica u vezi sa začecjem, bez inače otvorene komunikacije (pre svega od strane majke), neće biti dovoljno za percepciju 'deteta' da porodica funkcioniše dobro.

Primer osetljive teme: Na koga liči(m)? Razgovor o sličnostima. Iako antropološke analize pokazuju da su rodbinske veze simbolički, kulturološki sistem, u modelima rodbinskih veza 'običnih' ljudi genetske ili krvne veze igraju veliku ulogu (prema Becker et al., 2005). Jedan od načina izražavanja (moglo bi se reći i uvažavanja ili potvrđivanja) krvnog srodstva u svakodnevnom životu jesu komentari i/ili pitanja o fizičkoj sličnosti deteta sa roditeljima i drugim članovima porodice. Ovakav dijalog može biti označen kao razgovor o sličnostima (engl. resemblance talk; Becker et al., 2005; Isaksson et al., 2019). Utvrđivanje sličnosti podržava svojevrsnu hijerarhiju legitimnosti, gde jasna (fizička) sličnost sa članovima porodice obezbeđuje veću legitimnost, dok legitimnost onih koji ne liče na članove porodice može biti upitna. Rečeno svakodnevnim govorom, član porodice, dete, može biti opaženo kao 'pravi Petrović', 'isti otac', 'pljunuta majka', ili se, u šali ili svađi, može čuti 'čiji li si ti', 'na kog si takav', 'tebe mora da su zamenili u bolnici'. Pri tom, razgovor o sličnostima jeste široko prihvaćena forma komunikacije, tako da će svi roditelji, u nekoj meri, biti suočeni sa pitanjima na koga dete liči. Takođe, tokom odrastanja, samo dete može ispitivati svoje mesto unutar porodice kroz istraživanje svojih korena i porekla - kroz traženje sličnosti sa članovima porodice. Razgovor o sličnostima potvrđuje dete kao deo porodice i predstavlja značajan element procesa izgradnje identiteta.

Za roditelje dece začete uz pomoć donora ovakvi razgovori predstavljaju stalnu pretnju od stigmatizacije dece ili dovođenja u sumnju legitimnosti njihove porodične strukture (Becker et al., 2005). Inače, nebiološka porodična struktura postoji i u porodicama sa usvojenim detetom, ali te porodice su socijalno prihvaćene, njihov nastanak se zapravo i ohrabruje, dok je društveno odobravanje porodica nastalih uz pomoć treće strane (donori i surogat majke) značajno niže (prema Becker et al., 2005). Jasno je da će razgovor o sličnostima biti osetljiva tema za roditelje koji su se odlučili na čuvanje tajne, ali istraživanja pokazuju da to pitanje jeste delikatno i za roditelje koji su otvoreni u vezi sa korišćenjem ćelija donora. „Parovi reaguju na razgovor o sličnostima na različite načine, povremeno ih to zabavlja, ali češće strepe od potencijalnog štetnog uticaja na njihovu decu“ (Becker et al., str. 1302). Neki roditelji doživljavaju ponovni osećaj gubitka jer ih razgovor o sličnostima podseća na njihovu neplodnost i nedostajuću genetsku vezu sa detetom, odnosno deteta sa drugim članovima porodice. Rečima majke devojčice začete uz pomoć donirane jajne ćelije: „Ona je tako lepa! Ali bilo je i ogromne tuge. Jednostavno, tu je činjenica da nisam mogla da vidim sebe u njoj. To je bio vrlo snažan osećaj i vrlo teško za prevazilaženje“ (Becker et al., str. 1304). Žene koje su trudnoću ostvarile uz pomoć donirane sperme često izražavaju zabrinutost zbog ponavljano doživljavanja gubitka svojih muževa, iako su komentari o sličnosti zapravo dobronamerni i pozitivni (u smislu da dete ‘baš liči na oca’). Ukoliko su se roditelji opredelili za čuvanje tajne, ovo su i situacije u kojima oni prećutkuju informacije i široj porodici, što ih može navesti na preispitivanje osećanja drugih članova prema detetu (u smislu šta bi se dogodilo da dete ne liči na roditelje/blisku rodbinu, da li bi dete i dalje bilo voljeno da se sazna o načinu začeća).

Poseban izazov za prevladavanje predstavljaju razgovori o sličnostima koji ne utvrđuju nikakve sličnosti, već ističu razlike, često u šaljivom tonu, na primer „uopšte ne liči na tebe (majku, oca)“, „odakle mu ovako lepe lokne“, „vidi kako ima zelene oči, uopšte nije na vas“. Roditelji shvataju da ljudi koji to izgovaraju nemaju nameru da ih povrede, ali se svejedno ne osećaju prijatno i pokušavaju da skrenu tok razgovora. Rečima majke iz porodice nastale uz pomoć doniranih spermatozoida koja čuva tajnu: „Povremeno ljudi govore mom mužu: ‘O, pa dečaci uopšte ne liče na tebe!’ To je vrlo, vrlo neprijatno, jer mi znamo činjenice... i oni stvarno ne liče. Ljudi to kažu skroz naivno, žele samo da se našale, da zadirkuju... On se sada nosi sa tim mnogo bolje nego ranije. Vidim da je manje povređen sada nego pre. Ali, ipak, kad se to desi, mi brzo menjamo temu.“ (Golombok, 2015, str. 100)

Neke roditelje je razgovor o sličnostima pokolebao u nameri da budu otvoreni i prema detetu i prema okolini. Razlog je želja da se dete zaštiti, da se ne oseća drugačijim. Ipak, ima i roditelja koji upravo zbog (budućih) razgovora o sličnostima žele da budu otvoreni prema deci. Kako jedan otac bliznakinja začelih uz pomoć donirane sperme objašnjava, devojčici koja nimalo ne liči na njihovu porodicu će biti teško ako ne bude razumela zašto ne liči (bliznakinje su dvojajčane; igrom slučaja jedna se po fizičkom izgledu uklapa u porodicu, jedna ne). On i žena planiraju zajednički razgovor sa decom, jer smatraju da je vrlo važno ne kriti

takve informacije. „Da se radi o meni, ja bih svakako voleo da znam“ (Becker, 2005, str. 1304). Roditelji dece začete uz pomoć donora, bez obzira da li planiraju otvorenost ili ne, su u intervjuima više puta isticali nevažnost genetske veze za (njihov) odnos roditelj-dete. Sa druge strane, roditelji jesu svesni da žive u društvu u kojem se biološko srodstvo vrednuje, tako da mnogi žele da preduprede negativne efekte (i razgovor o sličnostima) biranjem donora koji liči na njih. Vrlo je značajno to što čak i roditelji koji žele da budu otvoreni ili već jesu otvoreni u vezi sa začecem uz pomoć donora, otkrivanje informacija i ponavljane epizode razgovora o sličnostima doživljavaju kao nešto što moraju pažljivo da usmeravaju i da izdrže – kao osetljivu temu (Becker et al., 2005; Isaksson et al., 2019). Osnovni razlog za ‘pažljivu navigaciju’ kroz razgovore je zaštita porodice, pre svega dece. Opet, (neki) roditelji motivaciju za otvorenost nalaze u potrebi za edukacijom sredine. Kao što je ranije rečeno, ako bi sredina imala više znanja i razumevanja, onda porodica ne bi imala od čega da se štiti. „Osećam da bi svet trebalo da zna za ove procedure i da čuje sa kakvim teškoćama se sve sreću ljudi koji pokušavaju da dobiju bebu. Zbog toga sam voljna da pričam o tome. Svakako ne sa bilo kim, na primer strancu u tržišnom centru nikad ne bih to rekla.“ (majka dece začete uz pomoć donirane jajne ćelije; Becker et al., 2005, str. 1304). Međutim, neki roditelji, iako ne žele da trpe pritisak čuvanja tajne i zastupaju otvorenost, ponekad osećaju i da govore previše. Majka dečaka začetog uz pomoć donirane jajne ćelije, za razliku od prethodne majke, na ponavljana pitanja o sličnosti odgovara otvoreno i objašnjava zašto sličnosti nema. „Ali mi se čini da govorim previše. Da nisam tako otvorena osoba, verovatno ne bih reklamirala ovo po gradu. Mislim da bi to verovatno bilo bolje za porodicu.“ (Becker et al., 2005, str. 1304). Svi izneseni rezultati uzeti zajedno još jednom podvlače potrebu za postojanjem stalne i dostupne psihosocijalne podrške porodicama nastalim uz pomoć donora, kao i potrebu za edukacijom javnosti.

9.2.1.c. Funkcionisanje porodica koje su otvorene u vezi sa začecem uz pomoć donora. Danas mnogi zakoni uključuju jasne *preporuke* u vezi sa otvorenošću. To su smernice, a ne obavezujuće akcije, jer je pitanje složeno i zadire u privatnost različitih ‘subjekata’. Kako sumira ESHRE povodom anonimnosti, postoje tri aspekta, tri prava koja ne mogu uvek biti istovremeno ispoštovana: pravo na autonomiju i privatnost roditelja; pravo na privatnost donora; pravo deteta da sazna svoje poreklo (ESHRE Task Force on Ethics and Law, 2002). Čak i u zemljama gde zakon zabranjuje anonimnost donora, tj. odobrava isključivo korišćenje gameta donora otvorenih za kontakt, niko ne može zakonski obavezati roditelje da informišu dete o načinu začeca. Ipak, s obzirom na to da je prepoznat značaj otvorenosti u komunikaciji i važnost mogućnosti da dete sazna svoje genetsko poreklo, neki zakoni eksplicitno određuju, kao korake koji prethode tretmanu: a) uključivanje informacija o značaju informisanja deteta na ranom uzrastu, kao i b) upoznavanje sa pogodnim načinima za informisanje deteta (ovaj primer dat je na osnovu Člana 14, stav 6C „Uslovi dozvole za tretman“ engleskog Zakona o ljudskoj oplodnji i embriologiji/Human Fertilisation and Embryology Act, pomenuti stav postoji od 2008. godine). Dakle,

nameravani roditelji u nekim zemljama, tokom procesa odobravanja tretmana, tj. tokom priprema za tretman, *moraju* biti upoznati i sa pomenutim aspektima. Naravno, ovo ne garantuje otvorenost, ali svakako jeste značajan korak u tom smeru. Ovakve preporuke daju i renomirane stručne organizacije, kao što je Američko društvo za reproduktivnu medicinu (ASRM 2014) i Australijski nacionalni savet za zdravstvo i medicinska istraživanja (2007) (prema Frith et al., 2018 Naš zakon o BMPO uključuje psihologa u rad stručne komisije (Član 31) i nalaže psihologu da upozna nameravane roditelje sa „mogućim psihičkim posledicama postupaka BMPO“ (Član 26), ali ne daje bliža određenja o pomenutim „psihičkim posledicama“. Opet, treba primetiti da su i zakoni u drugim zemljama menjani i dopunjavani na osnovu izveštaja i istraživanja vezanih za asistiranu reprodukciju. S druge strane, treba uključiti inostrana iskustva u domaću praksu, onoliko koliko je to moguće i prikladno na početku, za nas, jednog novog procesa – vantelesne oplodnje uz pomoć ćelija/embriona donora. (Ponovljene su neke informacije sa početka ovog poglavlja jer, verovatno, sada možete bolje razumeti ulogu i značaj psihologa kao savetnika u oblasti in/fertiliteta, kao i potrebu za jasnijim zakonskim smernicama za rad.)

Na osnovu rezultata istraživanja može se tvrditi da je sve više porodica koje su otvorene sa svojom decom i/ili okolinom u vezi sa začecem uz pomoć donora (Blyth et al. 2012, Söderström-Anttila et al., 2010). Postoje određene razlike s obzirom na tip donacije i tip porodice: otvorenost je najčešća u vezi sa doniranim oocitima i u porodicama majki lezbejki i samih majki (Nelson et al., 2013, Readings et al., 2011; Scheib et al., 2003). Možemo pretpostaviti da je nešto lakše govoriti o doniranim jajnim ćelijama, jer oba roditelja i dalje imaju biološku vezu sa detetom – majka ima gestacijsku. Za porodice majki lezbejki i (namerno) samih majki je jasno da porodica nije nastala na tradicionalan način, tako da je, bilo da se radi o doniranju ili ne, razgovor sa detetom neizbežan.

Roditelji koji govore svojoj deci o njihovom začecu uz pomoć donora najčešće počinju sa razgovorima kada deca imaju četiri godine. Stav da je otvorenost koja počinje u detinjstvu vrlo značajna za pozitivne ishode u razvoju dece začete uz pomoć donora, zasnovan je na dve pretpostavke (Scheib et al., 2005). Prvo, saznavanje na ranom uzrastu je važno zbog integrisanja ovakvog začeca u sopstveni život i identitet, tj. važno je da saznanje 'oduvek bude tu'. Ovim se izbegava menjanje (alternativni, ali sugestivni termin 'rušenje') percepcija sebe i porodice, što se može dogoditi prilikom slučajnog otkrivanja ili otkrivanja u kasnijem dobu. Drugo, dobro je da deca odrastu sa osećanjem da njihovo poreklo nije nešto što treba kriti i čega se treba stideti (Scheib et al., 2005). Dakle, velikim delom se radi o izbegavanju negativnih efekata čuvanja tajne, o kojima je bilo reči. Rezultati istraživanja zaista podržavaju ideju da je rana otvorenost pogodnija za razvoj dece: u poređenju sa osobama kojima je za specifičnosti začeca rečeno u detinjstvu, osobe sa kojima su roditelji razgovarali u adolescenciji ili odraslom dobu (raspon od 12. do 32. godine) bile su manje zadovoljne vremenom otkrivanja, reagovala su negativnim emocijama i bilo je verovatnije da će tražiti kontakt sa donorom (radi se o Švedskoj, gde je ta opcija moguća; Lampic et al., 2022).

Neki roditelji, naročito u novim formama porodice, nadaju se da će odrasla deca razumeti kroz šta su roditelji prošli da bi ih dobili i da će biti ponosna zbog toga (Golombok, 2015). Roditelji maloj deci najčešće pričaju priče o tome da im je bila potrebna pomoć da dobiju bebu, bez objašnjavanja samog reproduktivnog procesa (Blake et al., 2010). Suprotno brigama roditelja, predškolska deca kojoj se kaže za začecije iz pomoć donora reaguju neutralno ili radoznalošću, ali ne i uznemirenošću. Ipak, čini se da deca do sedme godine razumeju vrlo malo o suštini donacije jajne ćelije ili spermatozoida, dok bi većina usvojene dece razumela šta znači biti usvojen. Tek oko desete godine većina dece začete uz pomoć donora uspeva da shvati prirodu svog začeca (Blake et al., 2013). U ispitivanju razmišljanja i osećanja adolescenata koji su odrasli znajući za začecije uz pomoć donora (sperme), većina je saopštila da se ne oseća neprijatno zbog toga i da saznanje o postojanju donora nije imalo negativan uticaj na njihov odnos sa roditeljima (Scheib et al., 2005). Pomenuto istraživanje je obavljeno sa malim brojem ispitanika, ali je značajno jer su adolescenti, pored skala procene, imali i pitanja otvorenog tipa, što je istraživačima pružilo sadržajnije rezultate. Ispitanici su živeli u različitim tipovima porodica, sa roditeljima koji su heteroseksualni par, lezbejski par i same majke, a u vreme ispitivanja imali su od 12 do 17 godina (Scheib et al., 2005). Sva 'deca' su imala donore otvorene za kontakt, što je istraživačima bilo vrlo značajno zbog ispitivanja namere i motivacije za eventualno kontaktiranje. Ovde svakako neće biti preporučeni svi rezultati, ali bi mogli biti izdvojeni sledeći podaci: iako većina ispitanika nije smatrala da začecije uz pomoć donora ima negativne efekte na njihov život, ipak nisu govorili o tome svim svojim prijateljima. Adolescenti iz porodica samih majki su reakcije okoline na način začeca procenjivali pozitivnije od drugih ispitanika. (S obzirom na to da su neki ispitanici imali pozitivan stav prema svom začecu, jer im je to mnogo prihvatljivije od nekih alternativa, npr. neobavezni seks, možemo pretpostaviti da rodbina i neposredna okolina samih majki zaista pozitivno reaguju iz istog razloga, tj. moguće je da se radi o de facto pozitivnijim reakcijama okoline, a ne samo o percepciji ispitanika da su reakcije pozitivne.)

Šta adolescenti osećaju prema donoru? Dominantno osećanje bila je radoznalost – deca-adolescenti su se pitala kakav je donor i da li liče na njega (Scheib et al., 2005, str. 244). Još jedno često osećanje bila je zahvalnost (51,7% ispitanika). Trećina ispitanika je bila anksiozna ili zabrinuta u vezi sa donorom, a iz komentara je zaključeno da je anksioznost vezana za mogućnost susreta: „Pomalo se plašim susreta sa donorom... i pitam se da li je on dobra osoba ili ne“ (Scheib et al., 2005, str. 244). Opet, trećina je bila pozitivno uzbuđena zbog mogućnosti da dobije više informacija o donoru, a možda i da ga upozna.⁷⁷ Šta su se adolescenti tokom odrastanja pitali o donoru? Najveći broj ispitanika se pitao kakav je donor kao čovek, kao ličnost (engl. character-wise), a zatim i kako izgleda i da li ima porodicu. To se

⁷⁷ Donori otvoreni za kontakt su u obavezi da odgovore na (jedan, prvi) kontakt deteta, a dete najčešće treba da ima minimum 18 godina da bi dobilo informacije potrebne za kontakt. Sve nakon toga je u domenu dogovora između njih. Donor nije u obavezi da pristane na upoznavanje uživo, kao ni da odgovara na eventualne kasnije kontakte deteta.

otprilike poklapa sa informacijama koje će ova deca tražiti kada dođe vreme za otkrivanje identiteta (engl. identity-release): slika donora i osnovne informacije o životnim okolnostima (čime se bavi, da li je oženjen, ima li dece). (Ostaje da će sami morati da zaključče da li je to 'dobra osoba ili ne'.) Vrlo je značajno pomenuti da su mnogi adolescenti (79,3%) želeli da saznaju šta donor sada oseća povodom kontakta – da li (i dalje želi) da bude kontaktiran ili ne. Kako je jedna devojka objasnila, ona bi radije saznala od banke sperme, nego od samog donora, da on zapravo ne želi kontakt. Iako zakonsko odbijanje tog jednog, prvog kontakta nije moguće (donor ne može da povuče ono na šta se obavezao), ipak je važno primetiti da bi adolescenti želeli da neko pripremi donora za kontakt, odnosno da proveri njegovu reakciju. Neki donori tokom života zaista promene mišljenje o doniranju, čak se i pokaju zbog tog čina, što deci nije prijatno da otkriju (Golombok, 2015; Lorbach, 2003). I na kraju, kao što roditelji brinu šta će dete osećati prema njima, tako i dete razmišlja kako će roditelji reagovati na njihovo traženje informacija o donoru. Adolescenti iz porodica heteroseksualnih parova su naročito smatrali da će otac imati manje pozitivne reakcije ukoliko je porodica nastala uz pomoću donora sperme. U svakom slučaju, parove koji se odlučuju na korišćenje doniranih ćelija i na otvorenost u vezi sa tim treba upoznati i sa ovakvim podacima, koji će im sigurno biti značajni prilikom donošenja odluke.

Važno je istaći da sami roditelji nisu zažalili što su rekli deci o načinu njihovog začeća, odnosno o korišćenju doniranih ćelija (Lindblad et al., 2000; Mac Dougal et al., 2007; Scheib et al., 2003). Jedno istraživanje je obavljeno upravo sa roditeljima adolescenata o kojima je prethodno bilo reči (Scheib et al., 2003). Gotovo svi roditelji su govorili sa decom o načinu začeća u ranom detinjstvu i smatraju da je to imalo neutralne do umereno pozitivne efekte. Takođe, gotovo svi roditelji su očekivali da će dete zaista i zatražiti otkrivanje identiteta donora. Naravno da su ovi podaci pristrasni u smislu da se radi o porodicama koje su pristale na istraživanje – uvek ostaje pitanje kako se povodom doniranja osećaju i kako funkcionišu porodice koje jesu otvorene, ali koje ne žele da odgovaraju na pitanja povezana sa tom temom. Najveći broj roditelja (koji pristaju na istraživanje) govori o razlogu za odabir donora otvorenog za kontakt koji podržavaju savremene zakonske odredbe: pravo deteta da sazna ko je donor (to je pravo na saznavanje genetskog porekla), tj. saopštavaju da je odabir takvog donora (moralno) ispravna odluka (Scheib et al., 2003). Slično adolescentima, i većina roditelja saopštava da su zahvalni donoru i radoznali u vezi sa njim (zahvalnost osobi koja je pomogla nastanak porodice i jeste uobičajeni deo priče za decu, kao što ćemo uskoro videti).

Dakle, time što su roditelji otvoreni izbegava se čuvanje tajne, sa same teme se 'skida oznaka' tabua, što onda dozvoljava detetu da integriše začeće uz pomoć donora u svoj identitet. Ovu temu o funkcionisanju porodica koje su otvorene u vezi sa začećem uz pomoć donora započeli smo pretežno sa aspekta deteta, jer je i samo ostvarivanje (ili oduzimanje) roditeljskog prava vezano za zaštitu, kako to Porodični zakon kaže, najboljeg interesa deteta. Neopterećenost čuvanjem tajne je i u najboljem interesu porodice u celini. Ono što je važan element u postizanju

pozitivnih efekata otvorenosti jeste spremnost društva da prihvati to na šta se otvorenost odnosi, u ovom slučaju začće uz pomoć donora. Roditelji zaista imaju izazovan zadatak i smatraju da im je potrebno više podrške prijatelja/okoline, kao i profesionalne podrške i usmeravanja vezanih za ovu specifičnu temu. Zaista je važno uzeti u obzir ne/podržavajući socijalni kontekst u kojem se otkrivanje odvija, jer eventualna negativna iskustva vezana za otvorenost mogu poticati upravo iz interakcija sa okolinom (Macmillan, 2022). (Ovakvi podaci su od izuzetnog značaja za RS, jer pokazuju šta sve treba omogućiti i preduprediti u vezi sa funkcionisanjem porodica nastalim uz pomoć donora.) Roditelji podršku razvoju porodice žele ne samo inicijalno, već kontinuirano tokom odrastanja deteta (Mac Dougall et al., 2007). Ujedno, važna je i otvorenost samih donora. Iako istraživanja iz oblasti društvenih nauka pokazuju značaj ovog elementa u životu deteta (i porodice), anonimno doniranje gameta jeste dozvoljeno i praktikuje se u mnogim zemljama. Kao što je rečeno, anonimne donore će koristiti i RS (tj. u vreme nastanka teksta upravo počinje da koristi). Anonimnost donora, verovatno, jeste pogodna za obezbeđivanje dovoljnog broja ćelija, naročito oocita, jer je potražnja veća od ponude (Bayefsky et al., 2016; Opsenica Kostić et al., 2021; Shapiro, 2018), ali ne pogoduje opštoj atmosferi otvorenosti prema ovom tipu začća u društvu. . Kao što je pitao jedan mali dečak, začet uz pomoć sperme donora, kojem je objašnjeno da klinika čuva tajnu ko je taj čovek bio: „Zašto je to tajna?“ (Lorbach, 2003, str. 141). On je, u svojoj sedmoj godini života, brzo napustio razjašnjavanje ovog pitanja. Mi, odrasli, ne možemo da ga napustimo. Odgovor će postati škakljiv kada se suočimo sa činjenicom da mnogi donori, pored altruističkih, imaju i finansijske razloge. (Nešto kasnije će biti reči i o donorima.) U trenutku kada prihvatimo (ako prihvatimo) da je to u redu, dolazimo na polje instrumentalizacije ljudi (u kapitalizmu), što je prevashodno sociološka tema. Autor ovih redova ima vrlo skromna znanja iz sociologije, tako da će biti preneto samo sledeće: ljudska tela su oduvek uključena u rad na proizvodnji dobara, ali se na polju reprodukcije uz pomoć treće strane suočavamo sa činjenicom da je ljudsko telo proizvod (Riggs & Due, 2018; izneto u razmatranju surogacije, ali je primenljivo i na trgovinu gametima i embrionima). Trgovina ovakvim 'proizvodima' je osetljivo pitanje. Zato neki prodavci žele da ostanu anonimni, a mnogi kupci se susreću samo sa posrednicima. Sa jedne strane je potrebno raditi na promociji začća uz pomoć doniranih gameta, što predstavlja podršku nastanku (delimično) biološki povezanih porodica, ali je, s druge strane, 'kolateralna šteta' tog procesa naturalizacija tela kao robe (u ovom slučaju prihvatanje stava da je telo prirodan materijal za proizvodnju dobara – gameta i embriona). Nekim pitanjima iz ove tamnije strane priče ćemo se vratiti pred kraj poglavlja, u tekstu o donorima.

9.2.1.d. Načini na koje roditelji govore svojoj deci o začću uz pomoć doniranih gameta. Jedno vrlo interesantno i često citirano istraživanje na ovu temu sprovedli su Mek Dugalova i saradnici u SAD (Mac Dougall et al., 2007). Uzorak je sakupljen uz pomoć jedanaest klinika za lečenje neplodnosti i jedne banke sperme iz Severne Kalifornije. Osoblje tih ustanova je poslalo pisma svojim bivšim pacijen-

tima, a parovi koji su želeli dodatne informacije o istraživanju dobili su pripremljeno povratno pismo koje je adresirano na istraživače. Uslov za uključenje u uzorak bio je da se radi o paru ili osobi koja je bila u heteroseksualnom bračnom odnosu u vreme kada je jedno ili više njihove živorođene dece začeto uz pomoć donora. Istraživačima se javio 141 par: 62 para su ostvarila začecje uz pomoć doniranih spermatozoida, a 79 uz pomoć doniranih oocita. Međutim, i od tih parova koji su se javili, jedan broj nije imao nameru da govori sa decom o načinu začecja, tako da je u konačan uzorak ušlo 112 porodica (48 začecje uz pomoć donirane sperme; 64 uz pomoć doniranih jajnih ćelija). Otprilike trećina svih roditelja je već razgovarala sa decom o specifičnostima njihovog začecja. Ovo ističemo kao ilustraciju da je zaista izazovno prikupiti uzorak koji je voljan da saraduje. (Istraživači se nisu obratili klinikama iz drugih država SAD, jer je istraživanje predviđalo intervju, pa je bilo važno i da ispitanici ne žive predaleko od istraživača.) U vreme istraživanja deca su bila relativno mala: 3,6 godina u proseku, u porodicama gde su korišćene jajne ćelije donora; 7,2 godine u porodicama nastalim uz pomoć doniranih spermatozoida (Mac Dougall et al., 2007).

Pre svega, treba reći da su se mnoge porodice koje su bile otvorene ili planiraju da budu otvorene prema deci suočavale sa različitim stepenima nesigurnosti u vezi sa tim kako će deca reagovati i kakve će efekte otvorenost imati na porodicu (Mac Dougall et al., 2007). Osnovni ranije izneti razlozi za čuvanje tajne (dobijeni u drugim istraživanjima) jesu: želja roditelja da zaštite dete od mogućih negativnih posledica; očuvanje porodičnih odnosa, pogotovo između deteta i nebiološkog roditelja; negiranje postojanja potrebe da se o temi ikada govori; a tu je bila i jednostavna, ali bez podrške, velika prepreka – neki roditelji nisu znali šta i kako da kažu (Golombok, 2015; MacCallum et al., 2007). Ovoga se prisećamo jer i roditelji koji su otvoreni ili jasno opredeljeni za otvorenost takođe imaju svoje bojazni, na primer da će dete biti odbačeno od strane druge dece, da će oni sami izgubiti poverenje dece, da će razvoj dece biti poremećen ili činjenicom da su začeti uz pomoć donora ili načinom na koji im je to saopšteno, da će deca biti stigmatizovana ili od strane ljudi izvan porodice ili da će doživeti samostigmatizaciju poredeći se sa drugom decom. Sve ovo je važno znati, jer su to pitanja na koja treba obratiti pažnju u edukaciji i podršci namenjenoj roditeljima i široj sredini (Mac Dougall et al., 2007). Uprkos ovim bojaznima, roditelji (bar oni koji su pristali na istraživanje) su doneli odluku da sprovedu otvorenost, sa željom da izgrade i održe snažnu povezanost sa decom, koju odlikuje međusobno poverenje. Roditelji se trude da informacije o začecju uz pomoć donora prikažu u pozitivnom ili negativnom svetlu, i da otkrivanje⁷⁸ izvedu u vreme i na način koji će najmanje poremetiti razvoj deteta i koheziju porodice.

Istraživači su identifikovali dva osnovna plana ili strategije u vezi sa otvorenošću, koji se razlikuju u odnosu na vreme i način sprovođenja. Ovi različiti načini

⁷⁸ U tekstu koji sledi reč otkrivanje će menjati celu sintagmu 'otkrivanje informacija u vezi sa začecjem uz pomoć donora'. Verujemo da je, u ovom kontekstu, čitaocu jasno na koje otkrivanje se misli, a rečenice će biti čitljivije.

saopštavanja nazvani su 'usađivanje ideje' (engl. seed planting) i 'u pravo vreme' (engl. right time; Mac Dougall et al., 2007, str. 526–527). **Strategiju usađivanja ideje** odlikuje uverenje da je rana otvorenost prema detetu izuzetno važna. Roditelji koji su se opredelili za ovaj način veliku prednost vide u tome što će dete 'oduvek znati' za svoje začeće, to će biti deo njegovih najranijih sećanja, tako da neće biti potrebe da se jednog dana (odjednom ili nekim povodom) povede razgovor o začeću uz pomoć donora. Roditelji veruju da 'usađena ideja' od ranog detinjstva sprečava mogućnost da informacije dovedu do narušavanja poverenja između deteta i njih jer su predugo čekali sa otkrivanjem. Pored toga, roditelji smatraju da odlaganje otkrivanja starijem detetu može biti signal da je začeće uz pomoć donora čudno, sramotno ili neobično. Dakle, cilj ranog deljenja (osnovnih) informacija o začeću uz pomoć donora sa detetom, odnosno tretiranje tih informacija kao i bilo kojih drugih koje se detetu daju, jeste da način začeća postane neutralna činjenica, da ne bude ništa strašno (engl. no big deal). Takođe, neobavezno i ponavljano deljenje takvih informacija u kontekstu svakodnevnih aktivnosti porodice podržava poruku da korišćenje gameta donora nije izvan područja normalnog porodičnog života. Sprovođenje strategija usađivanja ideje obično počinje kada dete ima oko 3–4 godine i kada postavi osnovna pitanja o poreklu, kao što su „Odakle dolaze bebe?” ili „Da li sam bio/porastao u tvom stomaku?”. Manji broj roditelja započinje otkrivanje pre nego što deca postave prva pitanja ili čak pre nego što deca progovore da bi, kako sami kažu, vežbali, tj. da bi se navikli na termine koje će koristiti (Mac Dougall et al., 2007). Nekoliko roditelja iz uzorka je bilo razočarano izostankom reagovanja dece na otkrivanje. Takav izostanak odgovora (fidbeka) naveo ih je da odlože razgovor sa decom za trenutak u kojem će ona bolje razumeti informacije.

U knjizi Karoline Lorbah *Iskustva začeća uz pomoć donora (Experiences of Donor Conception; Lorbach, 2003)* mogu se pročitati brojni životni primeri razmišljanja roditelja i razgovora sa decom. Između ostalog, u poglavlju „Govorimo našoj deci” (engl. „Telling our children”) mogu se naći i primeri izostanka reakcije deteta, koja je malopre pomenuta. Čak i kada deca imaju sedam godina, može se dogoditi da jednostavno ne znaju šta da pitaju u vezi sa temom, da odgovore pitanjem o nečemu što ih trenutno zanima (npr. da li bi ih roditelji povelili na neku utakmicu) ili da jednostavno ustanu i odu da se igraju. Jedna majka se seća da je pomislila: „Nisam baš uradila ovo kako treba, ona nije razumela ništa od onog što sam rekla” (Lorbach, 2003, str. 121). Međutim, to nije obeshrabilo (ovu) majku. Pričala je još malo, a devojičica je prihvatila onoliko informacija koliko je mogla – majci je bilo važno da usvoji početnu ideju, bez da se stvara napetost oko teme. Kasnije je svojoj ćerki (i sinu, takođe začetom uz pomoć donora) govorila o (nekim aspektima) začeća uz pomoć donora kad god se pružala prilika i deca su to prihvatila kao deo svog života. Ima i primera vrlo ranog otkrivanja (ilustracija vežbanja, navikavanja na termine). Jedna majka opisuje kako je tokom dojenja govorila svojoj devojičici o načinu na koji je začeta (uz pomoć doniranih spermatozoida) i tokom vremena je došao trenutak kada je devojičica počela da se uključuje u razgovor i postavlja

pitanja majci (Lorbach, 2003). Ne treba imati iluzija da se tokom ovog pristupa, kao i tokom bilo kog drugog, neće naići na teškoće. U ovom primeru ranog otkrivanja majka opisuje da se devojčica uznemirila tokom ispitivanja majke o tome da li su njeni prijatelji i rođaci rođeni, tj. začeti na isti način kao i ona (Lorbach, 2003, str. 127). Međutim, majka se vrlo dobro snašla i razumela da se devojčica uznemirila jer se oseća drugačijom, pa je nastavila priču da sva deca koja su njenoj ćerki važna jesu rođena na isti način: sve te mame su imale 'jaja' (engl. eggs), bebe su rasle u njihovim stomacima i sve su se rodile na isti način. način. „To joj se dopalo; osetila je da ju je to povezalo.“ (Lorbach, 2003, str. 127). Takođe, kada je već otvorena tema različitosti, može biti vrlo značajno, i za decu i za roditelje, postojanje grupa podrške koje se sastaju, druže i razmenjuju svoja iskustva (grupe porodica nastalih uz pomoć donora). Sastanci ovakvih grupa odvijaju se u neformalnoj, opuštenoj atmosferi, npr. odlazak na zajednički izlet. Takođe, vešte reakcije senzitivnih roditelja, koje zaista zaslužuju divljenje, podvlače značaj kontinuirane podrške – vrlo je moguće da se neće svi dobro snaći ili da se neće snaći u svim životnim situacijama. Pitanje je previše značajno da bi ove porodice bile prepuštene same sebi. Razgovor sa decom povlači i potrebu razgovora sa vaspitačem i učiteljem, jer će mnoga deca govoriti i sa svojim prijateljima ili na času o začecu uz pomoć donora, tj. može se dogoditi da govore kad god ih nešto asocira na tu temu. „To je teško jer ti ne želiš da celu ovu stvar zapečatiš kao tajnu, ali u isto vreme ne želiš ni da tvoje dete bude povređeno“ (Lorbach, 2003, str. 128; majka malog dečaka koji je lepo prihvatio priču o svom začecu i vrlo je otvoren u vezi sa tom temom). U knjizi ima još mnogo sjajnih primera, uključujući smešne situacije (roditeljima, u trenutku odvijanja, malo manje smešne nego nama koji čitamo), kada malo dete sa drugog kraja prodavnice ponosno dovikne roditelju kako je ono vrlo pametno 'na donora'. Jedna od slabih tačaka ranog otkrivanja jeste dečije nerazlikovanje situacija u kojima je prikladno govoriti o doniranju gameta, od onih u kojima je te informacije bolje zadržati za sebe.

Strategiju otkrivanja 'u pravo vreme' karakteriše uverenje da postoji optimalno vreme ili kritični trenutak (teško je prevesti izraz 'window of opportunity') u razvoju deteta kada će ono najbolje primiti i razumeti informacije o začecu. Za razliku od strategije usađivanja ideje, gde se priča postepeno odvija (nadograđuje) od ranog detinjstva, roditelji koji koriste ili planiraju da koriste otkrivanje u pravo vreme zamišljaju taj čin kao jedan, jedinstveni događaj (Mac Dougall et al., 2007). Kako će roditelji odrediti kada je pravo vreme? Mnogi izjavljuju da će jednostavno znati kada taj trenutak dođe, odnosno veruju da će intuitivno prepoznati trenutak za otvorenost prema detetu. Verovatno da i ti roditelji imaju neke 'markere pravog vremena' na umu, ali, možda, imaju poteškoća da ih definišu. Oni koji pokušavaju da bliže odrede vreme otkrivanja, smatraju da će to biti trenutak kada deca razviju kognitivne veštine dovoljne za razumevanje medicinskih i tehničkih detalja procesa, ali svakako pre kraja adolescencije (Mac Dougall et al., 2007, str. 527). Verovatno da roditelji ne misle samo na kognitivne veštine, već i na školska znanja, na primer iz biologije, i na veće životno iskustvo dece u ranoj ado-

lescenciji naspram, recimo, dece predškolskog uzrasta. Roditelji koji se odlučuju za ovu strategiju smatraju da će otkrivanje biti besmisleno deci koja ne razumeju biološke detalje reprodukcije i očekuju da će se otkrivanje dogoditi onda kada dete-adolescent počne da se interesuje za seks. O ovom bi se dalo raspravljati, jer cilj ranog otkrivanja nije da dete razume biološke detalje, a predugo čekanje može biti nepogodno, jer će uzdrmati sliku adolescenta o sebi i porodici (setite se da istraživanja pokazuju pozitivnije reagovanje osoba koje su o začecu uz pomoć donora saznale u detinjstvu). No, izgleda da roditelji zapravo ne čekaju tako dugo. Oni koji još uvek imaju malu decu smatraju da će se otkrivanje u pravo vreme dogoditi na uzrastu od deset ili dvanaest godina, kada deca dobiju seksualno obrazovanje u školama (predmet koji mi nemamo), međutim, roditelji, koji su već bili otvoreni sa svojom decom, otkrivanje u pravo vreme inicirali su već na uzrastu od šest ili sedam godina. Takođe, roditelji smatraju da deca, pored toga što neće razumeti šta im se govori, mogu da postanu, njihovim rečima, zbunjena, uznemirena ili da se oseće otuđenim (Mac Dougall et al., 2007, str. 527). Ovo se svakako može dogoditi nezavisno od vremena otkrivanja, ali roditelji veruju da je važno da prvo budu uspostavljene bliske porodične interakcije, neometane informacijama o začecu, pa da se tek u takvim okolnostima otkrivanje sprovede. Period izgradnje bliskosti i poverenja je sagledavan i kao važna prevencija odbacivanja roditelja od strane deteta, pogotovo nebiološkog roditelja. Zapravo, svaka porodica sprovodi otkrivanje u skladu sa svojim uverenjima. Iako se rano otkrivanje preporučuje (to je ono što će danas roditeljima savetovati stručnjaci, psiholozi i psihijatri), i porodice koje su čekale pravo vreme imaju pozitivna iskustva. Rečima oca dece začete uz pomoć donora sperme: „bila je dobra odluka da im kažemo kada su znali da je naša veza jaka“ (Mac Dougall et al., 2007, str. 527). Takođe, roditelji koji čekaju pravo vreme navode i da je važno da dete bude zrelije, da bi moglo i emocionalno (a ipak ne samo kognitivno) da prihvati informacije. Dalje, što ovo može biti dosta značajno, roditelji smatraju i da je za otkrivanje potrebno da dete razume koncept privatne i javne informacije, odnosno da bude sposobno za određeni stepen diskrecije u vezi sa svojim začecom. (Ovo je bila slaba tačka ranog otkrivanja.)

Teškoća koju prepoznaju roditelji koji se odlučuju za otkrivanje u pravo vreme jeste pravi način (engl. the „right way“, navodnici preuzeti iz originala, Mac Dougall et al., 2007, str. 527). Kao što je rečeno na početku, roditelji otkrivanje zamišljaju/izvode kao specifičan i poseban događaj koji se odvija izvan konteksta uobičajenih porodičnih aktivnosti. Obično su oba roditelja prisutna i detetu se iznose specifični detalji celog procesa. Međutim, pošto su deca zrelija i nije bilo vremena za prilagođavanje priče (ovo je „premijera bez pravih proba“), roditelji osećaju više nesigurnosti u vezi sa otkrivanjem i mogućim ishodima, nego roditelji koji se odlučili za rano usađivanje ideje. Mnogi roditelji pretpostavljaju da bi deca mogla preispitivati njihovu odluku da koriste donirane gamete ili izbor tog određenog donora (Mac Dougall et al., 2007). Opet, nekim roditeljima je neprijatno što deci ne mogu da kažu više o donoru (jer je donor anonimn; Lorbach, 2003). Zapravo, i sami roditelji osećaju da visina, težina, boja očiju i obrazovanje/

zanimanje zaista nisu dovoljni ni njima, kao informacije o osobi koja im je pomogla da stvore porodicu (Lorbach, 2003). „[...] bila je to žalosno mala količina (informacija) za opisivanje muškaraca koji su pomogli da se stvore naša deca – želeli smo više” (majka trojice dečaka, svi začeti uz pomoć doniranih spermatozoida; Lorbach, 2003, str. 142). (Neki) roditelji se pitaju zašto su te osobe donirale svoje ćelije. Da li ikada razmišljaju o deci koja su rođena uz njihovu pomoć? „Mislimo da je je tužno da se ono što znamo o ovim veoma važnim ljudima može zapisati u samo nekoliko redova” (Lorbach, 2003, str. 142).

Roditelji koji čekaju na ‘pravo vreme’, jasnije i češće nego roditelji koji izvode ‘usađivanje ideje’, izražavaju želju i potrebu za podrškom i savetovanjem. Specifični zahtevi za pomoć odnose se na postojanje pisanih ili onlajn izvora (u smislu priručnika, vodiča), na mogućnost psihološkog savetavanja u vezi sa otkrivanjem, a roditeljima su posebno važni informacije i iskustva drugih roditelja koji su prošli kroz otkrivanje. Mnogi žele i pomoć oko odabira pravih reči, pravih termina za razgovor. Zapravo, pored saveta o vremenu i načinu vođenja razgovora, roditelji bi želeli i informacije o efikasnosti i efektima svake strategije: ‘usađivanja ideje’ i ‘otkrivanja u pravo vreme’ (Mac Dougall et al., 2007). Iako jeste neophodno još istraživanja, ono što se do sada zna ipak govori u prilog ranijem otkrivanju, a pošto deca neće razumeti sve i vrlo verovatno će biti potrebno još razgovora, onda je to (potpuno ili značajnim delom) pristup usađivanja ideje. Longitudinalno istraživanje (period praćenja porodica/dece od prve do četrnaeste godine) pokazuje da su u porodicama gde se otkrivanje dogodilo pre sedme godine porodični odnosi bolji i blagostanje adolescenata više, u odnosu na porodice u kojima se otkrivanje odigralo na kasnijem uzrastu deteta (Ilioi et al., 2017).

Tokom sprovođenja obe strategije, roditelji se suočavaju sa problemom jezika – **odabira termina** i samih **narativa otvaranja**. U prethodnom tekstu ste mogli pročitati da i roditelji koji čekaju pravo vreme zapravo govore sa decom relativno rano (očekuju da će se razgovor dogoditi kada dete ima 10–12 godina, a razgovor se, u stvari, najčešće odvija na uzrastu od 6–7 godina). Na tom uzrastu dete nema dovoljno predznanja da bi u potpunosti moglo razumeti (asistirano) reprodukciju. Međutim, neki roditelji se ipak odlučuju za detaljnije, naučno objašnjenje reprodukcije i govore detetu da im je bila potrebna sperma ili jajna ćelija druge osobe da bi dobili dete (Blake et al., 2010). Deca sa sedam godina zaista ne razumeju dovoljno ceo proces vantelesne oplodnje sa doniranim gametima. Iako istraživanja ne pokazuju da je nerazumevanje termina dovodilo do negativnog stava prema (sopstvenom) začecu uz pomoć donora (Blake et al., 2010), možda je ipak uputnije koristiti reči koje dete zna. Na primer, neki roditelji su, bilo za jajne ćelije bilo za spermatozoide, koristili termin seme (engl. seed), koji su deca svakako već čula, a koji inače pripada kontekstu stvaranja novog života. Za decu u mlađem i srednjem detinjstvu to bi zaista mogao biti pogodan termin i u srpskom jeziku. Neki roditelji su bili slobodniji tokom pričanja priče, i govorili da je „tati nestalo punoglavaca, pa su morali da odu i pozajme malo punoglavaca od nekog drugog” (Blake et al., 2010, str. 2530). Na uzrastu od deset godina značajniji broj

dece (ali ne sva) razume suštinu začeca (razume da su potrebne ćelije muškarca i žene) i razume da su njihovim roditeljima nedostajale neke od tih ćelija (Blake et al., 2013). Iz opisa (i nerazumevanja) neke dece može se naslutiti da se neki roditelji nisu vraćali na data objašnjenja (otkrivanje kao jedan događaj?). Nekim roditeljima jeste neprijatno da govore sa decom o ovoj temi (Blake et al., 2010). Svakako bi trebalo pružati podršku roditeljima, jer neprijatnost koju oni osećaju percipiraju deca. Još osetljivije od biranja naziva za gamete je biranje reči za donora. Roditelji, a posebno očevi dece nastale uz pomoć doniranih spermatozoida (izostanak biološke veze sa detetom) su osetljivi na moguće preklapanje uloga: na primer ako bi se koristio termin biološki otac, odnosno ako se koriste termini biološki/genetski roditelj. I očevi i majke iz porodica nastalih uz pomoć donora se boje da bi im deca mogla reći „ti nisi moja prava majka” ili „pravi otac”. Iz ovakvih razloga roditelji žele pomoć za ‘razvijanje rečnika’ koji bi bilo uputno koristiti prilikom otkrivanja.

Istraživači iz SAD izdvojili su pet narativa, tema (ili priča) koje su koristili i roditelji koji ‘usađuju ideju’ i oni koji otkrivaju ‘u pravo vreme’. Priče su nazvane „pomagač”, „rezervni delovi”, „porodice su različite”, „rad ljubavi” i „vijci i navrtke” (engl. nuts and bolts; Mac Dougall et al., 2007, str. 528). Često su korišćene kombinacije ovih priča ili bi roditelji počinjali sa jednostavnijim pričama i dodavali elemente narativima sa odrastanjem dece. Ove teme su koristili i roditelji kojima su bile potrebne jajne ćelije i roditelji kojima su bili potrebni spermatozoidi (nema mnogo podataka o porodicama moje su nastale uz pomoć doniranih embriona), s tim što je kod donora sperme češće korišćen narativ „rezervni delovi”, a kod donora oocita narativ „pomagač”. Bezličnija priča koja se koristi u slučaju donirane sperme verovatno korespondira sa većom nesigurnošću koju osećaju očevi ove dece. Verovatno iz naziva naslućujete tok narativa, ali ćemo reći nekoliko reči o svakoj priči. U temi „pomagač” roditelji iznose ideju da im je bila potrebna pomoć da bi dobili bebu, od donora, lekara ili oboje. Ukoliko je pomagač donor, o njemu (ili njoj) se govori pozitivno, na primer, to je ‘dobra/ljubazna’ ili ‘posebna osoba’ ili ‘prijatelj’, i da je ta osoba dala ‘poklon’ roditeljima. Ponekad je pomagač i samo lekar, a neki roditelji koriste elemente obe varijante: „dobra (ljubazna) osoba nam je dala spermu (ili jajne ćelije) i doktor nam je pomogao da te dobijemo” (Mac Dougall et al., 2007, str. 528). Priča „rezervni delovi” izražava ideju da negenetskom roditelju nedostaju delovi ili da je nešto neispravno, tako da je to trebalo zameniti da bi se dobila beba. Ponekad roditelji prenose i ideju da njihova tela rade drugačije od tela drugih ljudi. ‘Rezervne delove’ u priči obezbeđuje lekar ili drugi ljudi. Kroz priču „porodice su različite”, roditelji govore deci da postoji mnogo načina za nastanak porodice, a da je njihov izbor bio da koriste donirane ćelije. Druge porodice koje se pojavljuju u ovoj priči (primeri različitosti) su porodice sa usvojenom decom, sa decom iz prethodnih brakova, jednoroditeljske porodice, porodice homoseksualnih parova i višerasne porodice (engl. biracial families). Neki roditelji su koristili ili planirali da koriste knjige za decu da bi preneli ovu poruku. Takođe, knjige mogu biti i početna tačna za otkrivanje. Uskoro ćemo reći ponešto i o njima. Dalje, roditelji, pogotovo oni koji tek planiraju otvaranje, često iznose

temu „rad ljubavi“ (engl. labor of love, Mac Dougall et al., 2007, str. 528), možda pogodnije „put ljubavi“, na našem jeziku. Ovde roditelji prenose detetu poruku o tome koliko je bilo željeno, tj. odabir začeca sa doniranim gametima smešten je u kontekst velike ljubavi i želje da se dobije dete. Roditelji mogu isticati da su želeli dete toliko jako i da su ga toliko voleli, da bi uradili šta god je potrebno da ga dobiju. Ili, nešto drugačija varijanta ove teme, da su se jako trudili (uložili dosta napora, engl. worked so hard) da bi dobili dete. Poslednji narativ je pomalo teško imenovati na našem jeziku; „vijci i navrtke“ u originalu, možda je najbolje reći „tehničko objašnjenje“, pošto to i jeste suština (Mac Dougall et al., 2007, str. 528). Ova priča podrazumeva da dete poseduje znanja i zrelost za razumevanje reproduktivnog procesa, tako da roditelji mogu da daju tehnički ispravno objašnjenje, tipa – koristili smo spermiju donora/jajnu ćeliju donora, koja je stavljena u mamu, tako si začet. Još jednom treba istaći da su roditelji izveštavali o različitim osećanjima nakon otvaranja, od neutralnog stanja do dubokog olakšanja, a niko od roditelja (pristalih da učestvuju u istraživanju) nije zažalio ili izvestio o negativnim ishodišta otvaranja (Mac Dougall et al., 2007). Takođe, vredi primetiti i da roditelji koji su verovali da će otvaranje biti jedan događaj, uočavaju potrebu da se više puta priča o tome, da to ne može biti samo jedanput, kako su prvobitno pretpostavljali.

Knjige za decu (i roditelje) o začecu uz pomoć donora. U onlajn knjižarama mogu se naći (strane) knjige za decu, pisane sa ciljem da pomognu u otvaranju i obradi ove specifične teme. Kao primer može poslužiti serija knjiga (slikovnica) za decu *Naša priča: kako smo postali porodica* (*Our story: how we became a family*), koju izdaje udruženje za podršku roditeljima koji su koristili donirane gameete⁷⁹. Knjiga trenutno ima četrdeset četiri verzije, za sve tipove porodica, donacija, kao i za različiti broj dece (jedno dete ili blizanci, pošto su blizanačke trudnoće relativno čest rezultat VTO) (Harper et al., 2022). Serijal *Naša priča* namenjen je roditeljima dece od dve do šest godina, a udruženje izdaje i knjige *Otkrivanje i razgovaranje* i *Porodični detektiv*, koje su namenjene deci od osam do dvanaest godina. Knjige *Naša priča* napisane su sa ciljem da roditeljima pruže jednostavnu i pozitivnu polaznu tačku u razgovoru o začecu uz pomoć donora, odnosno da deci predstave ideju da je u njihovo začecje bila uključena osoba izvan porodice (Harper et al., 2022). U opisu jedne od knjiga na sajtu, između ostalog, stoji: „Knjiga je pisana u prvom licu, iz perspektive deteta, i objašnjava kako je donor dala neka od svojih jaja da bi pomogla mami i tati. Dato je jednostavno objašnjenje kako je od muškarca potrebno seme, a od žene jaje da biste napravili bebu, ali se ne pominje seks.“⁸⁰ „Govori o tome da postoje različiti načini za stvaranje porodice i da ima različitih porodica.“ Uglavnom, može se primetiti da ove knjige za najmlađe kombinuju pristupe „pomagač“, „rezervni delovi“ i „porodice su različite“, što je sasvim

⁷⁹ Donor Conception Network, <https://dcnetwork.org/homepage-new>, <https://dcnetwork.org/catalog/books-children>.

⁸⁰ Sa <https://dcnetwork.org/products/product/our-story-egg-donation-mum-and-dad-families-single-baby>; čini se da bismo u srpskom jeziku ipak mogli potražiti zamenski termin za 'jaje'. [10. 4. 2023]

prikladno za uzrast. Postoje podaci da su roditelji osećali veće samopouzdanje u razgovoru na ovu temu nakon čitanja (konkretno ovih) knjiga i da smatraju da su knjige pomogle njihovoj deci da razumeju svoje začecé (Harper et al., 2022). Kao što i na sajtu Udruženja stoji, ove knjige i (opšte) priče u njima su polazna osnova za razvijanje personalizovane priče. Ideja je da se roditelji osete osnaženim da slobodno razgovaraju sa detetom i da dodaju detalje koji su važni za njihovu porodicu. Neki roditelji osim priča sastavljaju i cele spomenare, od rođenja deteta pa nadalje, koji će im pomoći da prenesu tu ličnu priču (Lorbach, 2003). Spomenari mogu biti posebno pogodna opcija za solo majke po izboru, jer kroz spomenar (i dodavanje fotografija i događaja) mogu povezati dete sa širom porodicom. Odnosno, pošto će deca solo majki ranije prepoznati da njihova porodica nije tradicionalna, pravljenje knjige za dete može da ima dvojak funkciju: obradu teme doniranja, uz podsećanje da dete ima i druge bliske osobe osim majke.

9.2.2. Pitanje anonimnosti donora

Ovo zakonsko pitanje ima značajne implikacije na funkcionisanje porodice, pogotovo za osobu koja je začeta uz pomoć donora. Kao što ste mogli da pročitate u ovom poglavlju, deca (a često i roditelji) žele da saznaju više o donoru: o tome kakva je osoba, čime se bavi, da li ima porodicu/decu, da li postoje značajne sličnosti u pogledu fizičkih i psihičkih karakteristika između deteta i donora/članova njegove porodice. Ništa od ovog neće biti moguće saznati ukoliko donor nije otvoren za kontakt – ukoliko dete ne može da mu se obrati kada napuni osamnaest godina, tj. kada pređe zakonom određenu uzrasnu granicu. U slučaju korišćenja gameta anonimnih donora vrlo često jedine informacije koje porodica poseduje jesu one pružene tokom priprema za postupak VTO: građani RS će, po svoj prilici, moći da saznaju samo visinu, težinu, boju očiju, boju kože, krvnu grupu i ništa od biografskih podataka⁸¹. U nekim zemljama o anonimnim donorima se može saznati nešto više, na primer zanimanje i neka osnovna interesovanja, ili par neidentifikabilnih informacija koje je donor želeo da ostavi o sebi (to može biti npr. podatak o visini inteligencije ili religijskoj pripadnosti⁸²). Opet, treba istaći i da

⁸¹ Ovo ne stoji u Zakonu o BMPO, zakon samo određuje da se koriste gameti anonimnih donora. Međutim, svakako da su potrebne (makar) osnovne informacije o donoru, da bi moglo da se izvrši određeno uparivanje donora i nameranih roditelja (u odnosu na krvnu grupu, recimo). Za sada su informacije o tome šta se može saznati o donoru dosta neformalne, odnosno prenose ih mediji kroz intervjue sa različitim stručnjacima. Npr. iz intevjua sa dr Anom Jeremić, kliničkim embriologom GAK Narodni front Beograd, o načinu biranja doniranih spermatozoida: „U zahtev se unose podaci o paru ili ženi (visina, telesna težina, boja kose, boja očiju, rasa, krvna grupa), a onda postoje tri načina kako se dalje biraju donori. Jedan je da vam oni (*misli se na inostranu banku reproduktivnih ćelija sa kojom RS ostvaruje saradnju*) na osnovu vaših karakteristika predlože donora, drugi da vi birate ponaosob, a treća je da stavite filtere (da bude viši od 1.77, da ima plave oči...)“, preuzeto sa <https://www.blic.rs/vesti/drustvo/usbijipocoo-postupak-vantelesne-oplodnje-sa-doniranim-celijama-evo-kakva-je/5c7ksgz>. [10. 4. 2023]

⁸² Na nekim klinikama/u nekim zemljama postoji i opcija pisanja tzv. poruke dobre volje (engl. goodwill message). To je pismo donora – lična poruka detetu rođenom zahvaljujući njegovoj donaciji (donor kao imenica muškog roda, naravno da se može raditi i o osobi ženskog pola). Tu

neke osobe začete uz pomoć donora nemaju potrebu ni za dodatnim informacijama ni za kontaktom sa donorom – njima će anonimnost biti irelevantna. Za one koji žele dodatne informacije i/ili kontakt postoji niz pretpostavljenih benefita, kao što je bolje razumevanje sopstvenog genetskog porekla (npr. razumevanje eventualnih zdravstvenih rizika ili posebnih karakteristika/talenata); jasniji i stabilniji osećaj identiteta; neka vrsta 'zaokruživanja priče' (engl. closure), pošto su iskustva i razmišljanja donora ono što nedostaje; a možda i ostvarivanje odnosa sa donorom ili njegovom decom. Još uvek nema dovoljno istraživanja na ovu temu jer nema dovoljno potencijalnih ispitanika. Švedska je jedna od prvih zemalja koja je zabranila korišćenje anonimnih donacija (od 1985. godine) i istraživači se jesu bavili ovim pitanjem, neke rezultate smo i pominjali. U ostalim zemljama koje više ne dozvoljavaju anonimne donacije gameta osobe su dostigle zakonsku granicu relativno skoro: u Holandiji 2020. godine, Novom Zelandu 2022. godine, u Ujedinjenom Kraljevstvu upravo ove 2023. godine, a u Norveškoj će to biti sledeće, 2024. godine (Lampic et al., 2022). Ovo znači da se istraživačima (tek) otvaraju povoljnije prilike za istraživanje ispitanika koji mogu da traže, odnosno koji će tražiti i saznati identitet svojih donora⁸³.

Sa čisto zakonske strane, dozvoljavanje anonimnosti prilikom doniranja gameta mnogi stručnjaci smatraju kršenjem prava deteta/osobe na saznavanje svog genetskog porekla, koje je povezano sa pravom osobe na identitet i lični razvoj (De Sutter, 2019; Mulligan, 2022). Aktuelni stav Odbora za socijalna, zdravstvena pitanja i održivi razvoj Saveta Evrope jeste da anonimnost treba napustiti kao opciju prilikom doniranja (De Sutter, 2019). Doduše, ističe se i da anonimnost ne treba ukidati retrospektivno, odnosno, ako je anonimnost važila u vreme doniranja to treba poštovati. (Nije čest slučaj, ali se jeste događalo da je ukidanje anonimnosti donora važilo i retrospektivno, za prošle donacije, kao u australijskoj državi Viktorija.) Što se tiče konkretno našeg zakona o BMPO i propisanoj anonimnosti donora, već je bilo reakcija da je ovakav stav neodrživ, odnosno u suprotnosti sa Ustavom RS (npr. Draškić, 2018; prema Opsenica Kostić i sar., 2019; originalni dokument više nije dostupan). Koliko god da mislioci i istraživači iz oblasti društvenih nauka i medicine pokušavaju da nađu prave opcije, brzina razvoja tehnika asistirane reprodukcije otvorila je „Pan-

poruku će videti i roditelji kada biraju donora. U toj poruci donor može podeliti svoje razloge za doniranje i lepe želje za život deteta i porodice u kojoj će dete biti rođeno. Svrha lične poruke dobre volje je prenošenje bar dela onoga što često nedostaje roditeljima i deci – ideju o tome kakva je donor osoba. (Pogledajte, na primer, <https://www.hfea.gov.uk/donation/donors/donating-your-sperm/your-message-to-future-donor-conceived-families/>.)

⁸³ Trenutno četrnaest zemalja sveta dozvoljava isključivo donacije otvorenog identiteta (engl. open-identity donation). To su, po redosledu donošenja zakona, sledeće zemlje: Švedska, Austrija, Viktorija (Australija), Švajcarska, Holandija, Zapadna Australija (Australija), Norveška, Ujedinjeno Kraljevstvo, Novi Zeland, Finska, Novi Južni Vels (Australija), Portugal, Nemačka i Irska (Indekeu, 2022). U mnogim zemljama moguće je koristiti i anonimne donore i donore otvorenog identiteta, kao u Danskoj. Ukoliko nameravani roditelji sami nabavljaju/kupuju gamete, za donore otvorenog identiteta treba platiti više. Opet, neke evropske države nastavljaju da snažno štite anonimnost donora, kao što su Francuska i Španija (Mulligan, 2022). Pošto je Španija najveći izvoznik jajnih ćelija u Evropi (Opsenica Kostić et al., 2021), motivi za očuvanje anonimnosti u toj zemlji su, vrlo verovatno, specifični.

dorinu kutiju bioetičkih i pravnih pitanja” (Lin, 2004, str. 510; prema Čović i Stjepanović, 2022), sa kojima se součavamo i suočavaćemo se i dalje. Domaće autorke, Ana Čović i Bogdana Stjepanović sa Instituta za uporedno pravo iz Beograda, napisale su vrlo interesantan članak koji je publikovan na samom kraju 2022. godine, kada je već bilo izvesno da će u RS biti sprovedeni postupci VTO sa (uvezenim) doniranim gametima. Članak nosi naslov „Vantelesna oplodnja sa nepoznatim donatorom – dileme sa aspekta bioetike i prava deteta da sazna svoje poreklo”⁸⁴. U situaciji kada je donor nepoznat, opravdano se postavlja pitanje prava deteta na saznanje svog porekla, budući da je ovo jedno od njegovih osnovnih, zagarantovanih prava, čije ostvarenje ne zavisi, i nikada ne može zavisiti, od volje države, odnosno njenih organa i pojedinaca koji učestvuju u postupku dobijanja deteta putem reproduktivnih tehnologija” (Čović i Stjepanović, 2022, str. 1433). Autorke vrlo uspešno prikazuju da su pitanja i sporovi koji se mogu pojaviti kao posledica BMPO izuzetno složeni i zaključuju „da bi naš zakonodavac trebao i morao da preispita svrsishodnost i korisnost principa apsolutne anonimnosti donacije i trenutno zakonsko rešenje u našem pravu, i to pre svega sa aspekta zaštite osnovnih prava deteta i njegovog najboljeg interesa i ukupnog blagostanja [...]” (Čović i Stjepanović, 2022, str. 1449). Kao uzor, i to ne samo za zakonska rešenja, mogu nam poslužiti države koje imaju višedecenijsko iskustvo sa ovim pitanjima.

Takođe, treba istaći da je sve manje održiva pretpostavka da je začćeće uz pomoć donora moguće sačuvati kao tajnu. Vrlo su ilustrativni podaci onlajn istraživanja da je (samo) 48% osoba koje znaju za svoje začćeće uz pomoć donora o tome saznalo od roditelja (Macmillan, 2022; *We are Donor Conceived*, 2019). Dosta uobičajena forma otkrivanja genetskog porekla je komercijalno DNK testiranje.⁸⁵ U pomenutom istraživanju za svoje poreklo je tako saznalo 37% ispitanika. S obzirom na to da je testiranje DNK sve popularnije i dostupnije, postoji vrlo realna mogućnost (ili rizik) da se dete, iz različitih razloga (od radoznalosti do sumnje) odluči za takav test.⁸⁶ Odnosno, genetske informacije su danas toliko dostupne da

⁸⁴ Ukoliko vas je zaintrigirala ova tema, najbolje je da pročitate ceo članak koji je dostupan na <https://asestant.ceon.rs/index.php/socpreg/article/view/41240/22234>.

⁸⁵ Na engleskom direct-to-consumer genetic testing, označava genetsko testiranje koje kompanije prodaju direktno potrošačima, ‘običnim ljudima’. Pružaoci usluga testiranja reklamiraju se putem medija, a testovi se mogu kupiti u prodavnicama ili onlajn. Nakon kupovine kompleta za testiranje, kupci šalju kompaniji uzorak DNK (npr. pljuvačka) i dobijaju svoje rezultate direktno sa bezbedne veb-stranice ili aplikacije ili u pisanom izveštaju. „Baze podataka testiranja usmerenog na potrošače su uglavnom privatno finansirane komercijalne baze, a neke od njih sada imaju i sekciju začćeća uz pomoć donora, ciljano formiranu za traženje donora, genetskih sibliinga ili porodice” (Kirkman-Brown et al., 2022, str. 4).

⁸⁶ Pogledajte kako se reklamiraju, odnosno šta nude, najpoznatiji sajtovi za komercijalno DNK testiranje: Ancestry <https://www.ancestry.com/> i 23nadMe <https://www.23andme.com/en-int/>. Pogledajte i domaći sajt Laboratorije DNK <https://dnk.rs/prap-poreklo?lan=lat>. U ESHRE kontrolnoj listi (engl. checklist) dobre prakse u vezi sa informacijama i podrškom koja treba da bude pružena donorima, nameranim roditeljima i potomcima-deci, informacije komercijalnom DNK testiranju smeštene su na prvu stranu <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Information-provision-in-donation>. [10. 4. 2023]

ni zakon više ne može da garantuje anonimnost donora gameta (jer je, na primer, njihov rođak, ako ne oni sami, u bazi podataka) (Harper et al., 2016). Stručnjaci smatraju da je neophodno predočiti roditeljima ove činjenice i ohrabriti ih da budu otvoreni prema svojoj deci (Harper et al., 2016). Nove okolnosti življenja, i iz osvešćenih etičkih, a i iz praktičnih razloga, nameću potrebu za neanonimnim donorima, što onda neminovno vodi razmatranju najpogodnijih načina komunikacije za sve učesnike: roditelje, decu i donore (Ishi & de Miguel Beriain, 2022). U aktuelnom 'vremenu i mestu u istoriji' pitanje koje se postavlja više nije *da li* oni treba da uspostave dijalog, već *kako*.

9.2.3. Psihološko savetovanje nameravanih roditelja u vezi sa korišćenjem doniranih gameta

Iako roditeljske situacije nisu iste u slučajevima začeca uz pomoć doniranih spermatozoida, jajnih ćelija i embriona, teme koje je neophodno obraditi tokom priprema za (eventualni) tretman su vrlo slične (Sachs & Hammer Burns, 2006; Thorn, 2006). Savetovanje treba da započne temama koje su se prve i pojavile u životu ispitanika i da otvara druge teme 'prirodnim' redosledom: od emocija povezanih sa uspostavljanjem dijagnoze neplodnosti, preko tugovanja za detetom koje je biološki povezano sa oba roditelja (jer je to zamišljano i željeno dete izgubljeno), preko razmatranja medicinskih i društvenih implikacija korišćenja doniranih gameta/embriona, spremnosti oba partnera na taj konkretni tretman, do razmatranja otvorenosti sa detetom i/ili drugim značajnim osobama.

O emocionalnim reakcijama na neplodnost čitali ste u drugim poglavljima. Ono što je sada specifično jeste suočavanje ne sa teškoćama, već sa dosta izvesnom nemogućnošću jednog ili oba partnera da imaju dece. Pored toga što se može dogoditi da jedan partner ima više teškoća u prevladavanju ili prihvatanju dijagnoze, moguće je i da se partneri ne slažu oko toga da li ipak treba napraviti još pokušaja sa sopstvenim gametima, da li treba prihvatiti opciju doniranih gameta/embriona ili treba obustaviti tretman (što opet može imati različite ishode, npr. usvajanje ili prihvatanje života bez dece). Par će, verovatno, proći kroz proces tugovanja. Za većinu ljudi biološko dete predstavlja prirodnu, najpoželjniju opciju roditeljstva (setite se prethodnog trećeg poglavlja). Dete koje je povezano sa oba partnera, koje je genetski njihovo, odslikava mnoštvo nada, želja i fantazija (Thorn, 2006), od kojih je neke, verovatno, teško potpuno osvestiti i verbalizovati. Može se postaviti i pitanje (bračne) jednakosti partnera, i u vezi sa biološkom povezanošću sa detetom i u vezi sa donošenjem odluke o tretmanu. Ukoliko je par imao nerazrešene konflikte, oni se u ovoj stresnoj situaciji mogu reaktivirati. Neke osobe (ili par u celini) mogu osećati, intenzivnije od drugih, stid i izolaciju zbog neplodnosti i mogu biti preplavljene depresivnim afektom i krivicom. Neke osobe/parovi mogu pre/brzo doneti odluku o korišćenju doniranih gameta/embriona, jer su fokusirani na postizanje roditeljstva po svaku cenu, a žele da izbegnu suočavanje sa psihosocijalnim pitanjima povezanim sa dijagnozom i tretmanom. Za neke parove će biti dobro da dobiju ohrabrenje da ne moraju da žure sa odlukom, odnosno da imaju prava da daju sebi vremena. (Zapravo, psiholog u komisiji će, verovatno, u nekim

slučajevima, biti suočen sa činjenicom da je odlaganje odluke neophodno, jer par, u tom trenutku, ne uspeva da postigne jasan, zajednički stav. Konkretno u RS će biti problem što par ni pre dolaska na procenu, a ni posle toga, nema obezbeđeno (besplatno) psihološko savetovanje. Ukoliko bi psiholog u našoj zemlji preporučio odlaganje tretmana, nije jasno šta je sledeći korak, tj. kome par može da se obrati da bi razrešio svoje dileme. To, verovatno, izaziva dodatne nedoumice kod psihologa, u situaciji koja inače nosi visok stepen odgovornosti.) Generalno, preporučljivo je da, od postavljanja dijagnoze do odluke o ne/prihvatanju tretmana prođe od tri do šest meseci, da bi mogao da se odigra (završi) proces tugovanja i psihosocijalno prilagođavanje na intra i interpersonalnom nivou (Thorn, 2006).

Teme koje treba uključiti u dubinski klinički **intervju sa nameravanim roditeljima-primaocima** doniranih gameta/embriona (prilagođeno prema temama intervjuva vezanog za korišćenje doniranih spermatozoida, Thorn, 2006, str. 312):

- Istraživanje motivacije, odnosno razloga za korišćenje doniranih gameta/embriona⁸⁷.
- Tugovanje vezano za neplodnost i nemogućnost da se dobije dete biološki povezano sa oba roditelja.
- Istraživanje prednosti i mana usvajanja deteta.
- Pružanje medicinskih i pravnih informacija povezanih sa korišćenjem doniranih gameta/embriona.
- Razmatranje prihvatljivosti korišćenja doniranih gameta ili embriona, pogotovo ako se radi o primaocima koji dolaze iz zemlje u kojoj je ovakvo doniranje nelegalno (sa ovim se, za sada, neće sresti psiholozi koji rade u RS, ali jeste aktuelno u klinikama u inostranstvu koje su uključene u 'reproduktivno lečenje u inostranstvu' (engl. cross border reproductive care)).
- Procenjivanje emocionalnih i finansijskih resursa⁸⁸.
- Odlučivanje koji tip donora će biti korišćen, tamo gde je takva odluka

⁸⁷ Ako se sećate početka poglavlja, Zakon o BMPO dozvoljava korišćenje doniranih embriona koji potiču iz postupka homologne oplodnje donorskog para. Za sada ovakve donacije unutar RS nemamo, a uvoziće se (opet - za sada) samo jajne ćelije i spermatozoidi, koji, po zakonu, ne mogu biti iskorišćeni za stvaranje embriona (Član 49, Zabranjene aktivnosti u delatnostima BMPO, stav 12 – (U postupku BMPO zabranjeno je) sprovesti postupke BMPO sa istovremenom primenom darovanih jajnih ćelija i darovanih semenih ćelija). Međutim, par iz RS može da se, uz pomoć domaćih klinika, priprema za oplodnju u inostranstvu, što se često i događa (a i 'naši' psiholozi koji ovo čitaju će, možda, biti zaposleni u drugoj zemlji). U svakom slučaju, podrazumeva se da savetnik dobro poznaje zakonske mogućnosti koje se odnose na savetovane osobe.

⁸⁸ u RS parovi gde žena ima do 45 godina života (ili žena koja živi sama i ima do 45 godina) imaju pravo na tri besplatna postupka sa 'darovanim ćelijama'. Doduše, parovi imaju pravo i na tri besplatna krioembriotransfera, koji se mogu dogoditi ukoliko je par iz prethodnih pokušaja sa doniranim ćelijama imao dobre neiskorišćene (i zamrznute) blastociste. U slučaju oplodnje sa doniranim jajnim ćelijama nije mnogo verovatno da će ostati materijala za krioprezervaciju, jer jedan 'paket' jajnih ćelija zapravo sadrži samo pet oocita (iz intervjuva dr Ane Mitrović Jovanović, predsednice Republičke stručne komisije za biomedicinski potpomognutu oplodnju i načelnice dnevne bolnice u GAK "Narodni front" <https://www.rts.rs/page/stories/sr/story/125/drustvo/5043034/vro-drzava-besplatno-donirane-celije.html>). [12. 4. 2023]

moguća (anonimni donor, donor otvoren za kontakt, a možda i poznati donor; o donatorima će biti reči na kraju ovog poglavlja).

- Istraživanje značenja koje partneri pripisuju donoru (na primer, da li je to (biološki) roditelj, ako nije – ko je donor?).
- Razmatranje otvaranja.
- Pružanje informacija i podrške za otvorenost u odnosu na dete i druge značajne osobe.
- Pružanje podrške tokom trudnoće.
- Pružanje podrške u trenutku kada roditelji govore o začecu sa svojom decom.
- Pružanje podrške u ostvarivanju kontakta sa drugim osobama koje su koristile donirane gamete/embrione (ili se, kao i par, pripremaju za takav postupak).

Kao što vidite iz obuhvaćenih tema, podrazumeva se da će savetovanje biti dostupno i tokom trudnoće i dugo nakon rođenja deteta (podrška otvaranju i funkcionisanju porodice). Ovo se poklapa sa potrebama koje iskazuju sami roditelji, ali se, recimo, ne poklapa sa onim što je trenutno zagarantovano zakonom u RS.

Postavlja se i pitanje psiholoških indikatora za davanje preporuke, tj. odobrenja da par pokrene postupak oplodnje sa doniranim ćelijama. Ovo je izuzetno važno za psihologe koji daju svoje mišljenje u okviru Stručne komisije. Ujedno, ukoliko ovi indikatori nisu prisutni, osoba, odnosno par ne treba da dobije, bar ne u tom trenutku, odobrenje za otpočinjanje procesa VTO sa doniranim materijalom.

Psihološki indikatori spremnosti partnera, odnosno žene koja živi sama, za korišćenje doniranih gameta/embriona (prilagođeno prema indikatorima vezanim za korišćenje doniranih spermatozoida, Thorn, 2006, str. 313)

Roditelj koji neće imati genetsku vezu sa detetom:

- Posедуje sposobnost (kapacitete) da prevlada nemogućnost da bude biološki roditelj deteta.
- Neće smatrati dete začeto uz pomoć doniranih ćelija/embriona simbolom neadekvatnosti, odnosno neuspeha.
- Sagledava doniranje i socijalno roditeljstvo (nameru odgajanja i odgajanje) kao pozitivne alternative.
- Razrešena negativna osećanja vezana za dijagnozu neplodnosti.

Roditelj koji će imati genetsku vezu sa detetom:

- Nastavlja da sagledava partnera na pozitivan način, uprkos dijagnozi infertiliteta.

Par:

- Postoji pozitivno partnersko funkcionisanje.
- Partneri su prošli kroz period tugovanja za detetom koje je genetski povezano sa oba roditelja.

- Ne postoji prisila da se pokuša začće sa doniranim materijalom od strane (jednog) partnera niti bilo kog drugog.
- Ne postoje smetnje u kognitivnom funkcionisanju, niti druge psihičke smetnje da bi se dao informisani pristanak za VTO sa doniranim materijalom, niti postoje takve smetnje za razumevanje dugoročnih implikacija učinjenog izbora.
- Uzeto je u obzir blagostanje deteta koje će biti rođeno ako tretman bude uspešan, kao i svakog deteta na koje tretman može imati efekta.
- Postoje kapaciteti za prevladavanje asimetričnog (biološkog) roditeljstva i senzitivnost za pitanja/izazove koji su sa ovim povezani.
- Temeljno razmatranje pitanja otvorenosti prema detetu i značajnim drugim osobama (ovo ne znači da par nedvosmisleno treba da se opredeli za otvorenost (to ionako ne garantuje da će do otvaranja zaista doći), već je neophodno razumevanje značaja tog pitanja i upoznavanje sa pogodnim strategijama otkrivanja).

Možda ste kod liste tema koje treba obraditi primetili „istraživanje prednosti i mana usvajanja deteta“. Iako ćemo se u ovom poglavlju (kratko) osvrnuti i na usvojenje kao 'drugi' način zasnivanja porodice, ipak će na ovom mestu biti izloženo na kakve prednosti i mane se misli, odnosno, šta to nameravani roditelji treba da razmotre, uz pomoć savetnika. **Prednosti začća sa doniranim gametima/embrionima u odnosu na usvojenje** su sledeće:

- bar jedan roditelj će imati biološku vezu sa detetom (ako ne genetsku, onda gestacijsku);
- par će proći kroz iskustvo trudnoće;
- par će imati više genetskih informacija o detetu;
- roditelji će moći da kontrolišu prenatalnu okolinu (tj. moći će da se brinu za zdravlje majke i deteta tokom trudnoće);
- verovatno brže postajanje roditeljem u odnosu na usvojenje, a u nekim zemljama i jeftinije (prilagođeno iz Thorn, 2006; u RS ne postoje privatne agencije za usvojenje, tako da ovo poslednje ne važi za našu zemlju).

Mane, ili slabe strane, začća sa doniranim gametima/embrionima u odnosu na usvojenje:

- asimetrično roditeljstvo (jedan roditelj ima genetsku vezu sa detetom, drugi nema);
- u slučaju donacije embriona majka će imati gestacijsku vezu (genetsku nemaju ni otac ni majka u tom slučaju, ali asimetrija postoji);
- nebiološki roditelj može imati teškoća u prihvatanju deteta koje nije genetski njegovo;
- eventualne religijske, etičke ili kulturne dileme (prepreke, otpori) u vezi sa ovim načinom stvaranja porodice;
- društvena stigmatizacija porodice nastale na ovaj način je (i dalje) veća u odnosu na porodicu nastalu usvojenjem; nemogućnost dobijanja informacija o donoru u mnogim zemljama (prilagođeno iz Thorn, 2006).

Relevantna stručna udruženja, kao što su Američko društvo za reproduktivnu medicinu (ASRM) i Evropsko udruženje za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE), ističu značaj stručnjaka za mentalno zdravlje na polju reproduktivne medicine. S obzirom da danas postoje brojne opcije asistiranje reprodukcije i da te opcije koriste pripadnici različitih populacija, neophodno je u ceo proces uključiti specijaliste, savetnike za fertilitet (engl. fertility counselors), koji bi bili od pomoći i pacijentima i medicinskom osoblju (Practice Committee and the Mental Health Professional Group of the American Society for Reproductive Medicine, 2021). Sam naziv za savetovanje je pomalo teško prevesti – to je, na engleskom, fertility counseling - savetovanje za plodnost. Nije dovoljno obuhvatno ako bismo rekli da je to (samo) savetovanje za vantelesnu oplodnju. Savetovanje za fertilitet uključuje psihoterapijske intervencije i psihoedukacijsku podršku za pojedince i parove koji se suočavaju sa problemima sa plodnošću, kao i za one osobe koje koriste tehnike asistiranje reprodukcije za izgradnju porodice ili za očuvanje fertiliteta. U slučaju stvaranja porodice uz pomoć reproduktivnih drugih (uz pomoć treće strane, donori i surogat-majke), savetovanje za fertilitet uključuje i psihološko testiranje, da bi se što jasnije utvrdilo ne/postojanje malopre pomenutih psiholoških indikatora spremnosti za začecje sa doniranim genetskim materijalom. Veći deo ovih informacija vam nije nov. Sada smo ih ponovili zbog potrebnih kvalifikacija savetnika za plodnost. Prema stručnjacima iz grupe za mentalno zdravlje, ASRM savetnik mora da ispuni nekoliko minimalnih kriterijuma. Prvi je vezan za formalno obrazovanje: savetnik mora biti master ili doktor nauka iz polja psihologije, psihijatrije, socijalnog rada, savetovanja, bračne ili porodične terapije (Practice Committee and the Mental Health Professional Group of the American Society for Reproductive Medicine, 2021). Međutim, sledeći minimalni kriterijum zahteva da savetnik bude sposoban da obavlja psihološko testiranje – u RS psihološke testove mogu da upotrebljavaju samo psiholozi. Takođe, savetnik treba da ima znanja o medicinskim, zakonskim i psihološkim aspektima neplodnosti; da poseduje kliničko iskustvo; i da se kontinuirano edukuje. Naravno, moguća je saradnja sa drugim stručnjacima ukoliko nije moguće ispuniti sve kriterijume, mada je poželjno da svi budu ispunjeni, zato su i označeni kao minimalni.

9.2.4. O donorima gameta i embriona

Ko su osobe koje se odlučuju na donaciju sopstvenih gameta i embriona? U razmatranjima šta je najbolje za nameravane roditelje i decu retko se otvara podjednako značajno pitanje: šta je najbolje za donore? Da li brinemo o njihovom psihosocijalnom funkcionisanju? Istraživanja i interesovanja ima, ali nesrazmerno u odnosu na značaj pitanja.

Pre svega, donori mogu biti pacijenti (osobe koje i same prolaze kroz vantelesnu oplodnju) i nepacijenti. Pacijenti donori su, pre svega, žene, jer je potražnja jajnih ćelija veća u odnosu na količinu koju mogu da obezbede klinike i banke gameta. Ovo je posebno vulnerabilna grupa donora, jer se radi o ženama koje se odlučuju na doniranje, tzv. deljenje oocita (engl. egg-sharing) da bi dobile umanjenje cene

VTO tretmana ili besplatan tretman (Gürtin et al., 2012; Klitzman, 2016; Purewal & Van den Akker, 2009a; Purewal & Van den Akker, 2009b). Zaista se postavlja pitanje da li u situaciji takvog finansijskog i emocionalnog pritiska osoba može da da svoj potpuni, validni informisani pristanak (Opsenica Kostić i sar., 2021). Motivi pacijenta donora su najviše ispitivani u Ujedinjenom Kraljevstvu, jer je to dominantan način na koji UK pokušava da obezbedi donirane oocite za svoje potrebe (Blyth & Golding, 2008). Ukratko rečeno, većina istraživanja pokazuje da altruizam jeste značajan motiv za 'deljenje oocita', ali je podjednako važan, a ponekad i važniji, sopstveni interes (Blyth, 2004; Rapport, 2003). Pozitivna strana ovog načina dolaženja do donora/ćelija jeste to što se zdrave žene ne izlažu (nepotrebnoj) hormonskoj terapiji (Simons & Ahuja, 2005). Međutim, mogu se nabrojati i značajne bojazni vezane za deljenje oocita, od kojih ćemo pomenuti samo najvažnije nemedicinske, koje izdvajaju Blit i Golding (2008): donori mogu kasnije zažaliti zbog svoje odluke; u okolnostima u kojima se nalazi, žena pacijent – potencijalni donor, ne može da dà validan dobrovoljni pristanak; pretvaranje reproduktivnih ćelija u robu kojom se trguje. Sve ove vrlo ozbiljne dileme primenljive su i na situacije u kojima parovi ustupaju deo svojih embriona za oplodnju drugog para.

Donori nepacijenti mogu biti dobrovoljni, komercijalni i tzv. poznati donori (engl. known donors, ali to nije sinonim za donore otvorene za kontakt, kao što ćemo ubrzo videti). Ukoliko se setite našeg Zakona o BMPO, zakonodavac je predvideo da će se u RS koristiti gameti i embrioni dobrovoljnih donora – osoba koje svoje oocite, spermatozoide, odnosno embrione, doniraju isključivo iz altruističkih razloga, bez finansijske kompenzacije. Jedina finansijska sredstva koje donori mogu očekivati jeste kompenzacija realnih troškova povezanih sa doniranjem (npr. novac za prevoz ili kompenzacija izostanka sa posla). Realne životne okolnosti ne samo u našoj zemlji, već u zemljama širom sveta, pokazuju da je dobrovoljnih donora malo, pogotovo kada je donacija jajnih ćelija u pitanju. Međutim, ima žena koje dobrovoljno doniraju oocite i istraživanja pokazuju da njihovi motivi jesu altruistički, a čest dodatni razlog jeste iskustvo sa neplodnošću, bilo sopstveno, bilo kao iskustvo prijatelja ili člana porodice (Purewal & van den Akker, 2009b). Ovde treba istaći da su žene koje dobrovoljno doniraju oocite udate, odnosno žive u partnerskoj vezi i protive se novčanoj nadoknadi, smatraju da bi to obezvređilo njihov dar (uskoro ćete shvatiti zašto je ovo važno). Komercijalni donori su zaslužni za najveći broj doniranih gameta. Ovo svakako nije homogena grupa donora; kod nekih osoba, bez obzira na finansijsku kompenzaciju, vrlo značajnu ulogu mogu igrati altruistički motivi i empatija, a kod nekih novčana naknada može biti dosta važna. Iznos koji donori dobijaju je različit: za jajne ćelije žene dobijaju od 250 evra u Finskoj do 1200 evra u Grčkoj (u Španiji, koju smo već pomenuli kao najvećeg izvoznika jajnih ćelija, nadoknada je oko 1000 evra). Za doniranje sperme se dobija manje: u Grčkoj oko 200 evra, Nemačkoj od 80 do 150, u Portugalu i Španiji oko 50 evra⁸⁹. Vredi pomenuti jednu etičku dilemu u vezi sa komercijalnim

⁸⁹ Možete dobiti više podataka na <https://civio.es/medicamentalia/2022/03/07/egg-sperm-donors-financial-compensation-europe/>. [15. 4. 2023]

donorima. Mnoge banke gameta se ciljano otvaraju u univerzitetskim centrima, da bi banka imala stalni pristup novim potencijalnim donorima. Istraživanja pokazuju da studenti-donori imaju izraženiju finansijsku motivaciju od onih koji nisu studenti. Da li osobe koje su (tek) na pragu odraslog doba, koje, očigledno, osećaju određeni finansijski pritisak, i koje nemaju svoju decu, zaista mogu da daju pravi pristanak za doniranje gameta? Setite se žena dobrovoljnih davalaca jajnih ćelija – one su najčešće udate, odnosno u paru, verovatno i sa iskustvom neplodnosti, ličnim ili posredstvom bliskih osoba, a u ovom kontekstu važno je sledeće: one novčanu nadoknadu smatraju neprikladnom, smatraju da bi novac umanjio njihov dar drugoj ženi, drugoj porodici (Purewal & Van den Akker, 2009b). (Zaista, kako odrediti koliko koštaju jajne ćelije? Ili spermatozoidi, svejedno, govorimo o ćelijama koje stvaraju embrion, živo ljudsko biće. Koliko je cena toga?) Španija se, kao najveći izvoznik jajnih ćelija, snažno oslanja na populaciju studentkinja. One su komercijalni donori. Iako se radi o punoletnim osobama, etičke dileme su ipak jasne. Takođe, postoji i potreba da banke gameta imaju jasnije (strože) procedure koje se tiču informisanja donora, pogotovo kada su (zdravstveni) rizici u pitanju (Klitzman, 2016). Komercijalni donori mogu biti anonimni ili podložni identifikaciji, odnosno otvoreni za kontakt (kontakt sa donorom će moći da bude ostvaren (tek) kada dete pređe uzrasnu granicu određenu konkretnim zakonom).

U naporima za obezbeđivanje jajnih ćelija postoji još jedna opcija – korišćenje poznatih (anonimnih) donora. O čemu se zapravo radi? Kada su jednom paru potrebni oociti, umesto (dužeg) čekanja na ćelije, par može da pokuša sledeće: da obezbedi donora oocita. Ukoliko zakonski sistem ovo dozvoljava, tu su i drugi parovi, koji takođe obezbeđuju donore. Poznati donor omogućava paru koji ga je 'regrutovao' da izbjije na vrh liste za doniranje i dobije (nečije druge) jajne ćelije. Ove žene-poznati donori su najčešće udate i u rodbinskoj ili vrlo bliskoj prijateljskoj vezi sa parom primaoca (sestre i prijateljice žena koje imaju teškoća sa začećem). Ovde je motivacija za doniranje, kao što možete pretpostaviti, bliska veza sa neplodnim partnerima, empatija u odnosu na životnu situaciju u kojoj se par našao. Iako nema dovoljno rezultata istraživanja, čini se da poznati donori generalno nisu za otvorenost prema detetu, a o doniranju najčešće ne govore bliskim osobama (Purewal & van den Akker, 2009b). Možete razmisliti o tome koje etičke dileme povlači ovakav način dolaženja do doniranih oocita. (Da li je moralno prihvatljivo dozvoliti da neplodni partneri sami obezbeđuju ćelije; da li smatrate prihvatljivim to što se očekuje da će te ćelije donirati osoba bliska paru?) U nekim zemljama se koriste i poznati neanonimni donori, gde rođaka ili prijateljica zaista donira svoje oocite za oplodnju para sa kojim je u bliskoj vezi (npr. Kanada, Yee et al., 2011).

Zadržaćemo se još malo na doniranju oocita, jer se radi o invazivnoj proceduri, kakvu doniranje spermatozoida ne podrazumeva. (To ne znači da donorima spermatozoida nije potrebno savetovanje, već da proces ne nosi medicinske rizike po donora.) Etički komitet Američkog udruženja za reproduktivnu medicinu zauzima jasan stav da je donor jajnih ćelija pacijent prema kojem lekari imaju jednake obaveze kao prema bilo kom drugom pacijentu (prema Alberta et al., 2014).

Programi doniranja treba da budu takvi da svaki donor ima lekara čija je primarna odgovornost zdravlje donora. „Osoblje koje radi u programima doniranja oocita treba da prepozna da se lekar, koji pruža usluge i donoru i primaocima, može naći u konfliktu interesa, zbog čega treba kreirati procedure koje omogućavaju jednake i poštene usluge.“ (Alberta et al., 2014, str. 233) Postoje istraživanja, doduše na malim uzorcima (npr. Almeling & Willey, 2017), koja pokazuju da žene koje prolaze kroz hormonsku stimulaciju radi dobijanja oocita za sopstveni VTO ciklus doživljavaju intenzivnija telesna iskustva nego žene koje prolaze isti proces radi doniranja za novac. Verovatno da je kroz odgovornu i temeljnu pripremu žena-donora moguće izgraditi realna očekivanja od procesa doniranja, tako da celokupno iskustvo ne bude povezano sa teškoćama (pored toga, ove žene se ne suočavaju sa stresom zbog neplodnosti, što je značajna razlika u odnosu na žene koje dobijaju hormonsku terapiju zbog sopstvene VTO). S druge strane, ima istraživanja koja pokazuju da donorkice ipak nisu dovoljno svesne rizika. Na primer, svest o tome da se može dogoditi hiperstimulacija jajnika imalo je samo 33,8% ispitanica (od njih 80, Kenney & McGowan, 2008; hiperstimulacija nije ni bezazlen ni redak neželjeni efekat – ista studija pokazuje da se sa hiperstimulacijom zaista suočilo 12,5% žena-donora). Moguće je postići da donorkice imaju visok stepen razumevanja i jasna očekivanja, ali uz adekvatno savetovanje, na primer uz audio-vizuelnu prezentaciju, koju vode psiholog i reproduktivni endokrinolog, uz ohrabrivanje postavljanja pitanja, nakon čega potencijalni donori imaju i individualne razgovore u trajanju od trideset minuta (Skillern et al., 2013; prema Alberta et al., 2014).

O radu psihologa – stručnjaka za mentalno zdravlje sa donorima velikim delom se govori u smislu selekcije, tj. eliminacije osoba sa poremećajima u psihičkom funkcionisanju (npr. shizofrenija ili bipolarni poremećaji) i u smislu razumevanja medicinske procedure, mada je zaštita dobrobiti donora podjednako važan zadatak (Applegarth & Kinsberg, 2006).

9.2.4.a. Selekcija donora iz ugla psihologa i savetovanje donora

**Psiholški indikatori za prihvatanje, odnosno odbijanje donora game-
ta**, prema Applegarth & Kinsberg, 2006 (str. 349)

Pozitivni indikatori:

- Odsustvo (značajne) psihopatologije.
- Odsustvo neuobičajenih stresogenih događaja u životu.
- Korišćenje adaptivnih strategija prevladavanja.
- Sposobnost davanja informisanog pristanka i razumevanje medicinske procedure doniranja.
- Stabilni i podržavajući interpersonalni i/ili bračni (partnerski) odnosi.
- Ekonomska stabilnost.
- Skorovi na standardizovanim psihološkim testovima u okvirima rezultata opšte populacije (npr. 'normalni' rezultati na MMPI).
- Stabilnost statusa studenta, ukoliko se osoba obrazuje, odnosno stabilnost zaposlenja, ukoliko se radi o radniku.

Pre nego što pređemo na negativne indikatore, zadržaćemo se kratko na pozitivnim. Iako to, možda, nije očigledno na prvi pogled, prisustvo ovih indikatora štiti dobrobit donora. Tačno je da odsustvo psihopatologije štiti i nameravane roditelje i buduće dete, ali svi indikatori uzeti zajedno štite subjektivno blagostanje donora, odnosno obezbeđuju, koliko je to moguće proceniti, da donor ne kompenzuje neke gubitke u svom životu kroz doniranje, da zaista može slobodno da odluči o donaciji i da, koliko je to moguće predvideti, najverovatnije neće zažaliti zbog svoje odluke. Zbog toga je stabilnost u različitim domenima važan indikator da osoba može biti donor. Doniranje ne treba da bude kompenzacija, iskupljenje ili narcistički čin kojim donor obezbeđuje biološkog potomka – ovakvi motivi su problematični i neprikladni (Applegarth & Kinsberg, 2006). Ovi indikatori primenljivi su i na potencijalne donore embriona.

U ovom delu teksta je više puta pominjano komercijalno DNK testiranje. Nove preporuke u vezi sa informisanjem i savetovanjem donora eksplicitno uključuju i informisanje o ovakvom testiranju. "Oni treba da budu potpuno svesni da njihov genetski identitet može biti otkriven u bilo kom trenutku ukoliko se oni sami ili neki njihov rođak podvrgnu DNK testiranju, čak i ako im je zakon zemlje u kojoj žive/u kojoj su donirali garantovao anonimnost" (Kirkman-Brown et al., 2022, str. 8). Ove činjenice su, iz druge perspektive, značajne i za nameravane roditelje. Takođe, preporuka ESHRE je i da donorima treba ponuditi nezavisno savetovanje izvan centra za reprodukciju/doniranje gameta, čime se osigurava nepristrasno savetovanje (Kirkman-Brown et al., 2022). Opet, i ovo ima svoj značaj u savetovanju nameravanih roditelja. Zaista može postojati značajan sukob interesa ukoliko je osoba koja sprovodi savetovanje ujedno i osoba zaposlena na klinici/u banci i/ili osoba koja piše izveštaj o podobnosti donora/primaoca gameta. Još jedna važna preporuka je da donorima treba omogućiti da u bilo kom trenutku zatraže informacije o broju trudnoća, živorođene dece i porodica nastalih uz pomoć njihovih ćelija. (Ovde se ne radi o identifikabilnim informacijama, već zaista o broju.) Takođe, donore treba ohrabriti da, ukoliko je potrebno, ažuriraju svoje informacije date klinici/banci gameta. Ovde se misli i na relevantne medicinske informacije, ukoliko se takve pojave tokom života, i na ažuriranje podataka za kontakt (ukoliko je ovo poslednje primenljivo). Sada nas zanima, pre svega, psihosocijalno savetovanje, ali treba istaći da je za donore oocita naročito važno informisanje o svim rizicima po fizičko zdravlje, koje mora poznavati i stručnjak za mentalno zdravlje. Kod doniranja oocita preporučeno je i savetovanje ubzo nakon doniranja (Kirkman-Brown et al., 2022).

Negativni indikatori:

- Značajan porećaj iz domena I i II DSM-a (mentalno zdravlje i zloupotreba supstanci; poremećaji ličnosti i kognitivno funkcionisanje), kao i skorovi na standardizovanim testovima koji odstupaju od aritmetičke sredine za dve standardne devijacije.
- Značajan trenutni stres u životu.
- Haotičan životni stil, impulsivnost, neadekvatne strategije prevladavanja i neadekvatno rasuđivanje.

- Nesposobnost davanja informisanog pristanka ili nesposobnost razumevanja medicinske procedure doniranja.
- Nestabilnost u partnerskim odnosima, slaba mreža socijalne podrške.
- Značajna ekonomska nestabilnost ili materijalna kriza.
- Porodična istorija ili nasledna osnova povezana sa psihijatrijskim poremećajima ili zloupotrebom supstanci.
- Upadljiva istorija nestabilnosti u vezi sa školovanjem ili zaposlenjem.
- Trenutno korišćenje psihotropnih lekova.
- Istorija seksualnog ili fizičkog zlostavljanja za koje donor nije dobio profesionalnu pomoć.
- Istorija sukoba sa zakonom ili sociopatija.

Kada se utvrdi da jedna osoba ispunjava osnovne kriterijume za doniranje gameeta, svakako je potrebno sprovesti i intervju sa donorima, da bi se razjasnila motivacija za doniranje, ali i da bi se razjasnilo šta donor misli i oseća u vezi sa realnom mogućnošću da će imati dete sa kojim je genetski povezan. Za mladiće koji doniraju spremu je vrlo moguće da će imati više genetskih potomaka (donori sperme često doniraju više puta; donori oocita srazmerno retko imaju više od dve donacije). Treba razmotriti i najverovatnije posledice anonimne donacije, odnosno otvorenosti donora za kontakt.

Teme koje treba istražiti tokom savetovanja donora su sledeće (prilagođeno iz Kirkman-Brown et al., 2022, str. 11):

- Značenje koje žene i muškarci pripisuju (svom) doniranju.
- Sagledavanje uloge donora.
- Potencijalni negativni i/ili neočekivani rezultati medicinskih pregleda i genetskog skrininga (donor može biti odbijen, i pri tom mogu biti otkriveni neki zdravstveni rizici za koje osoba nije znala).
- Ne/postojanje namere da budu otvoreni u vezi sa doniranjem prema (budućem) partneru, deci, porodici i prijateljima; razmatranje potencijalnih efekata na osobe bliske donoru⁹⁰.
- Želja da budu informisani (ili ne) o tipu primaoca (tamo gde je primenljivo, misli se na to da li donor želi da zna da li je primalac sama žena, hetero ili homoseksualni par; donor može postaviti i ograničenje u vezi sa tim ko može primiti donirane gamete).
- Želja da im bude omogućen pristup informacijama o tome da li su postignute trudnoće i rođena deca uz pomoć njihovih gameta (tamo gde je primenljivo, odnosno ako nije – kako se osoba oseća povodom toga).

⁹⁰ Iako je doniranje gameta (vrlo) lična odluka osobe, ova odluka ima efekte i na osobe bliske donoru; pritom se ne misli samo na (buduću, potencijalnu) primarnu porodicu donora. Na primer, na ESHRE bazičnom treningu o savetovanju u oblasti infertiliteta (Basic training course for infertility counselling: practice and new challenges, 10–11. mart 2023) mogao se čuti sledeći primer: sestra donora sperme je, vrlo često, uspevajući svoju devojčicu, razmišljala o tome kako negde postoji drugo dete, genetski povezano sa njenim, koje njih dve nikada neće upoznati. Ovo je dobra prilika da se podsetimo principa povezanih života Glena Eldera (poglavlje o neplodnosti u kontekstu razvoja), tj. odlična ilustracija da ovaj princip 'radi' i u slučajevima kada osoba veruje da donosi duboko ličnu odliku koja se 'ne tiče' drugih.

- Razmatranje otvorenosti za kontakt sa primaocima/potomcima pre, tokom i nakon trudnoće (tamo gde je ovo dozvoljeno).
- Razmatranje mogućnosti da se zakon o anonimnosti/identifikabilnosti donora može promeniti, pa čak i retrospektivno.
- Razmatranje određivanja maksimalnog broja potomaka (porodica) genetski povezanih sa donorom, kao i potencijalnog efekta ovog broja na buduće kontakte (opet, tamo gde je ovo primenljivo; ako nije – razmatranje zakonski određenog maksimalnog broja živorođene dece 'po donoru').
- Razmatranje mogućnosti ostavljanja pisane/video-poruke za potomka/potomke.
- Definisanje preferencija u vezi sa kontaktom, za trenutak kada dete traži kontakt, odnosno razmatranje ramišljanja i osećanja donora u vezi sa tim što će, najverovatnije, ostati nepoznat detetu.
- Informisanje i razmatranje opcija i rizika koje donosi komercijalno DNK testiranje.

Očekivanja donora gameta od kontakta sa biološkim potomkom (adekvatan engleski termin je 'donor offspring') su vrlo različita: neki donori nemaju nikakva posebna očekivanja, a neki očekuju formiranje bliskog odnosa (Krkman et al., 2014). Postoji više istraživanja o iskustvima donora sperme, nego donora oocita (i embriona). U jednom istraživanju na relativno malom uzorku donora sperme uz SAD (57 muškaraca), ispitanici su govorili o svojim iskustvima kontakta sa detetom ili roditeljima deteta (Hertz et al., 2015). Pre nego što je ostvaren kontakt, u godinama nakon doniranja, donori su razmišljali o svom biološkom potomku, bili su radoznali u vezi sa tim detetom. Inače, možda ne biste pretpostavili, ali istraživanja pokazuju da donori sperme pokazuju značajno veće interesovanje za svoje genetske potomke, u odnosu na donore oocita (Indekeu et al., 2021; Lampic et al., 2014; Lorbach, 2003). Gotovo svi partneri donora su znali za donaciju sperme (Hertz et al., 2015). Međutim, ukoliko se radi o donorima koji imaju svoju decu, za donaciju je znalo samo oko dve trećine dece. Nešto više od trećine ispitanika smatra da nema nikakvu odgovornost za biološkog potomka, odnosno da imaju izvesnu odgovornost; 23% ispitanika je smatralo da oni jesu odgovorni za dete nastalo zahvaljujući njihovoj donaciji. Za neke donore, stav u vezi sa doniranjem i mogućnošću da postoji (još) dece genetski povezane sa njima, promenio se sa rođenjem njihovog deteta. Opet, za neke donore je dobijanje sopstvene dece podiglo svest o važnosti kontakta, razmene informacija sa biološkim detetom (Hertz et al., 2015), dok su neki donori razvili negativan stav prema kontaktu, u želji da zaštite svoju primarnu porodicu (Lorbach, 2003). Uglavnom, donori, koji su se javili da dobrovoljno učestvuju u istraživanju, ponekad opisuju da osećaju veliku bliskost sa detetom, u smislu da su to ('kao') njihova deca (sada se misli na socijalno, ne na biološko značenje roditeljstva; Hertz et al., 2015). Koliko god da je dirljivo čitati njihove tople emocionalne reakcije, ovo nije optimalan ishod. Zaista je teško izmeriti šta je pogodan stepen bliskosti za obe strane, ali i donori, kao i deca,

mogu biti povređeni ako očekuju odnos roditelj – dete. Ipak, većina donora veruje u integritet primarne porodice deteta čije su začecé pomogli, odnosno razume da je ta zajednica primarna za dete (Hertz et al., 2015). Zapravo, kao što je nezahvalno govoriti o ‘neplodnom paru’ uopšte, tako je nezahvalno govoriti i o donorima generalno. I oni, kao i svi mi, imaju svoje individualne životne priče, razloge za doniranje i specifična razmišljanja o učinjenim izborima. Ukoliko imate vremena i mogućnosti, možete pročitati poglavlje „Donori” u knjizi koja je već spominjana i preporučena – *Iskustva začecá uz pomoć donora (Experiences of Donor Conception; Lorbach, 2003)*.

Ukoliko su donori, u trenutku doniranja, odlučili da budu otvoreni za kontakt, vrlo je značajno i pitanje njihove otvorenosti prema (budućem) partneru i deci. Ranije su pominjane knjige za decu začetu uz pomoć donora, *Naša priča: kako smo postali porodica*. Isto udruženje, Donor Conception Network, nudi i seriju knjiga za donore, *Naša priča, naš dar*⁹¹. Ove knjige olakšavaju deci donora da oforme početnu ideju o tome kako je, na primer, njihova majka postala donor jajnih ćelija, „jer je želela da uradi nešto važno što će pomoći drugim ljudima da dobiju dete”⁹². Možete potražiti i druge knjige za decu koje se bave ovom temom. Čak i ako donor nije otvoren za kontakt, tj. ako je želeo da bude anonimn, postoji mogućnost da, sa porastom komercijalnog DNK testiranja, bude ‘otkriven’, jer je, na primer, njegov blizak rođak odlučio da registruje svoje podatke u bazi – i ovo je već pominjano ranije. I dete donora može poželeti da istraži svoje genetske korene i da pri tom nađe siblinga, čije je postojanje bilo tajna. Uglavnom, pitanje otvorenosti je značajno i za donore i njihove porodice, iz vrlo sličnih razloga o kojima je bilo reči u vezi sa funkcionisanjem porodica nastalih uz pomoć doniranih gameta/embriona. Najnovije preporuke ESHRE radne grupe koja se bavi reproduktivnim donacijama uključuju savetovanje donora i jasno ističu potrebu za dostupnim savetovanjem: a) pre, tokom i posle doniranja, kao i b) pre, tokom i nakon kontakta sa potomkom, odnosno detetom (Kirkman-Brown et al., 2022).

Treba znati i da pregledne studije pokazuju da su osobe začete uz pomoć donora, donori, a i roditelje dece, zainteresovani za kontakt jedni sa drugima – to su zajednički rezultati brojnih istraživanja sprovedenih od 2003. do 2020. godine (Indekeu et al., 2021; specifičnost u vezi sa roditeljima je ta da su oni više zainteresovani za kontakt sa drugim porodicama nastalim uz pomoć istog donora, mada ti rezultati mogu biti i artefakt korišćenog izvora podataka, npr. registar je takav da ‘spaja’ porodice, a ne porodice i donore). Ovi ljudi žele da znaju jedni za druge i ne postoji etički opravdan razlog da ih bilo ko u tome sprečava.

⁹¹ Our story, Our gift – kako sam postao, odnosno kako smo postali donori <https://dcnetwork.org/catalog/books-donors>.

⁹² <https://dcnetwork.org/products/product/my-story-my-gift-children-egg-donors-unknown-recipients> [15. 4. 2023].

Zaključak

Dobra praksa u vezi sa reproduktivnim donacijama uključuje brigu o blagostanju svih aktera: donora, primaoca i dece-potomaka. Šta znači briga o blagostanju može se videti kroz teme koje treba obraditi tokom priprema za eventualno doniranje, odnosno eventualno primanje doniranih gameta. Za osećaj blagostanja svih aktera uključenih i povezanih sa formiranjem porodica nastalih uz pomoć donora izuzetno su značajna i dva međuzavisna elementa, koji su, indirektno ili direktno, društveni: otvorenost, odnosno odsustvo potrebe da se čuva tajna u vezi sa začecem i doniranjem; i realna spremnost društva da prihvati (da ne stigmatizuje) ni donore gameta i embriona, ni porodice nastale uz pomoć reproduktivnih donacija. Da bi se ovo postiglo potrebna je ozbiljna i sistematska promocija.

9.3. Roditeljstvo uz pomoć surogat majki⁹³

Za neke parove roditeljstvo će biti moguće samo uz pomoć surogat majki. Surogat majka (engl. surrogate mother ili samo surrogate) jeste žena koja ostaje u drugom stanju, nosi i rađa dete za drugu osobu ili drugi par (Shenfield et al., 2005). Par za koji ta žena rađa dete označava se terminom koji je ovde već korišćen – nameravani roditelji. (U svim postupcima asistiranje reprodukcije koji uključuju treću stranu, postoji potreba da se označi ko je biološki roditelj, koji nema nameru odgajanja, a ko je osoba/par kome je ta treća strana neophodna za ostvarenje namere odgajanja deteta – nameravani roditelj, odnosno roditelji). Za nameravane roditelje postoji još jedan termin koji možete sresti u literaturi na engleskom jeziku – roditelji-naručioc (engl. commissioning parents, Shenfield et al., 2005, str. 2). Iako u slučajevima komercijalne asistiranje reprodukcije to zaista može biti ‘naručivanje’, biranje osobe koja ispunjava određene karakteristike koje par želi da donor, tj. surogat majka poseduje, taj termin ovde nismo i nećemo koristiti. Ceo proces, najčešće uređen zakonom – obavezujućim ugovorom, gde surogat majka nosi i rađa dete za drugog, ovde je označen kao surogacija.

Postoje dva osnovna tipa surogacije. Prvi je tradicionalna surogacija, koja je poznata i kao parcijalna ili genetska surogacija: ovde surogat majka nosi dete koje je začeto uz pomoć njene jajne ćelije, tako da je ona i genetski roditelj (Opsenica Kostić, 2017b; Söderström-Anttila et al., 2016). Drugi genetski roditelj može biti muškarac iz para nameravanih roditelja, ali to može biti i donor sperme. Napredak asistiranje reprodukcije omogućio je i drugi vid surogacije: to je potpuna ili gestacijska surogacija. Kao što ukazuje sam naziv, surogat majka ovde nema genetsku vezu sa detetom, ona će (samo?) izneti trudnoću, a embrion potiče od nameravanih roditelja ili od gameta nameravanih roditelja i/ili donora. Međutim, ranije je rečeno da biološka veza roditelja i deteta može biti i gestacijska. Ovo

⁹³ U ovaj tekst uključeni su revidirani delovi poglavlja *Porodice nastale zahvaljujući surogat majkama* iz monografije *Novi životni stilovi i forme porodice* (Opsenica Kostić, 2017a).

znači, ako je uopšte potrebno isticanje, da je i gestacijska surogat majka biološki roditelj. Takođe, iz opisa se vidi da roditelji mogu imati potpunu, delimičnu ili nikakvu genetsku vezu sa detetom koje surogat majka nosi. Različitosti situacija surogacije značajno doprinosi i to što 'rađanje za drugog' može biti altruističko i komercijalno. Kod altruističke surogacije, koja je u ranijem periodu bila uključena u predlog Građanskog zakonika Republike Srbije, plaćanje nije dozvoljeno (Opsenica Kostić 2017a; Opsenica Kostić 2017b). S druge strane, pošto je jasno da će surogat majka imati troškove u vezi sa održavanjem trudnoće i sprečenošću za rad, i kod altruističke surogacije jeste dozvoljena nadoknada realnih troškova koje surogat majka ima. Kao što možete pretpostaviti, teško je odrediti šta su realni troškovi, odnosno nameravani roditelji mogu odlučiti, iz različitih razloga, da daju više novca surogat majci. Surogacija može biti i komercijalna, gde nameravani roditelji uz pomoć odgovarajućih agencija angažuju surogat majku i plaćaju joj za njene usluge (Söderström-Anttila et al., 2016). Komercijalna surogacija povlači značajne etičke dileme. Čuveni sporni slučajevi surogacije bili su upravo slučajevi komercijalnog genetskog surogat materinstva – tzv. slučajevi bebe M i bebe Koton (baby M i baby Cotton), a u novije vreme (negativnu) pažnju je privuklo komercijalno surogat materinstvo u Indiji. Nešto više o ovome možete pročitati u knjizi *Novi životni stilovi i forme porodice* (Opsenica Kostić, 2017a⁹⁴).

Kao što, verovatno, pretpostavljate, osnovni razlozi zbog kojih je paru za ostvarenje roditeljstva potrebna surogat majka jesu kongenitalna (urođena) ili stečena oštećenja strukture i funkcije materice ili potpuno odsustvo uterusa (Söderström-Anttila et al., 2016). Takođe, različita medicinska stanja, bolesti majke, mogu trudnoću učiniti nemogućom ili visoko rizičnom (na primer, plućna hipertenzija (engl. pulmonary hypertension), prevladana maligna oboljenja dojke, materice ili jajnika).

⁹⁴ Republika Srbija već godinama unazad nema, tj. ne uspeva da donese/usvoji Građanski zakonik. Čitalac može sam da istraži aktuelno stanje u vezi sa ovim pitanjem. Iz ranijeg predloga Građanskog zakonika RS izbačeni su, između ostalog, članovi koji su se odnosili na uređenje rađanja za drugog, kako je nazvana surogacija – oni se ne nalaze u aktuelnom tekstu predloga iz 2019. godine https://www.paragraf.rs/nacrti_i_predlozi/280519-prednacrt-gradjanskog-zakonika-republike-srbije.html. Vladina komisija koja je radila na Zakoniku je prestala sa radom, i čini se da će rad nastaviti Udruženje pravnika Srbije <https://www.politika.rs/scc/clanak/508416/Nastavljen-rad-na-Gradanskom-zakoniku>. Autor ovih redova pokušava da prati aktuelne propise, ali, kao psiholog, nema potrebna znanja da razume sve što se događa na ovom polju – što ne znači da čitalac neće razumeti više! Ideju o starom predlogu, a možda i ideju o tome zašto je bio kontroverzan, možete dobiti iz vesti sajta Paragraflex <https://paragraflex.rs/dnevne-vesti/070715/070715-vest6.html>, <https://paragraflex.rs/dnevne-vesti/141114/141114-stampa3.html>. Odlomke iz ranijeg radnog teksta, koji se odnose na surogaciju, možete pročitati u Prilogu 11 knjige *Novi životni stilovi i forme porodice* (Opsenica Kostić, 2017a). U vreme nastanka ove monografije stari dokument nacrt iz 2015. godine je još uvek dostupan na <https://www.mpravde.gov.rs/files/NACRT.pdf>, pa možete pogledati i cele originalne odredbe, Materinstvo u slučaju rađanja za drugog, Član 2272 i na dalje, do Člana 2281, Prekid trudnoće surogat majke (str. 569-571). Takođe, ukoliko vas je ova tema zainteresovala, možete pročitati i tekst Lazara Todosijevića na sajtu Instituta za pravo i finansije – tekst se odnosi na stari predlog Građanskog zakonika i predstaviće vam neke važne formalne aspekte i dileme surogacije <https://ipf.rs/ugovor-o-radanju-za-drugog-u-prednacrtu-gradanskog-zakonika-republike-srbije/>. [Sajtovi poslednji put posećeni 21. 4 2023.]

9.3.1. Specifične okolnosti surogacije, iz ugla nameravanih roditelja

Iako sva deca koja će biti rođena uz pomoć reproduktivnih donacija neće imati genetsku vezu sa oba roditelja (a neka ni sa jednim), sve njih je nosila i rodila žena iz roditeljskog para koji će ih odgajati – nameravana majka. Surogacija označava da žena koja rađa dete i žena koja će odgajati dete nisu ista osoba. Još važnije, u situaciji genetske surogacije, surogat majka nije samo gestaciona, nego i genetska majka deteta – ona je ‘potpuni’ biološki roditelj.

Postoji niz specifičnosti situacije u kojoj se nalaze roditelji koji će dobiti dete uz pomoć surogat majke (Golombok, 2015). Pre svega, taj par provodi devet meseci trudnoće surogat majke sa manjom ili većom anksioznošću u vezi sa tim da li će surogat majka dati dete. (Ukoliko se sklopi ugovor u skladu sa odgovarajućim zakonskim odredbama, on obavezuje surogat majku u ovom smislu; međutim, uvek postoji mogućnost da se surogat majka predomisli i da se cela situacija iskomplikuje. Takođe, i usluge surogacije spadaju u reproduktivni turizam, tako da dete može nositi surogat majka u drugoj zemlji, uz minimalne kontakte sa nameravanim roditeljima, što može doprineti anksioznosti roditelja). Dalje, nameravana majka nije trudna, tako da se može postaviti pitanje uspostavljanja veze sa bebom. U nekim situacijama, pogotovo ako su zakonski okviri nejasni ili par ima drugačiji dogovor sa surogat majkom, nameravani roditelji moraju da uspostave i održe zadovoljavajući odnos sa surogat majkom, odnosno da paze da se taj odnos ne prekine. Sve ovo proizvodi određeni nivo anksioznosti kod roditelja, a može biti i izvor napetosti u partnerskoj vezi, pogotovo ukoliko je jedan partner bio naklonjeniji opciji surogacije nego drugi. Odnos nameravane majke, koja ne može da rodi dete, sa surogat majkom, koja može da ima dece i koja je često mlađa, može rezultirati osećanjem neadekvatnosti, depresije i niskog samopoštovanja. Na kraju, postoji dosta predrasuda ili jednostavno negativnih stavova prema surogat materinstvu, te nameravani roditelji mogu da osete, pored svega prethodno nabrojanog, i neodobravanje porodice, prijatelja i sredine u kojoj žive. Kod drugih formi asistirane reprodukcije (homologna VTO ili VTO sa doniranim gametima/embrionima) nameravana majka prolazi kroz trudnoću, tako da par ne mora (odmah) da bude otvoren u vezi sa začecem deteta; kod surogat materinstva okolina zna da nameravana majka nije rodila dete, tako da roditelji moraju da oforme svoju strategiju saopštavanja okolnosti začeca i rođenja i da je sprovode već sa dolaskom deteta u porodicu.

Svi ovi elementi mogu uticati negativno na psihološko blagostanje roditelja, a onda i na kvalitet roditeljstva. Sama činjenica da su morali da se okrenu surogat materinstvu može biti viđena kao ‘manje dobar’, inferioran put ka roditeljstvu, što može voditi smanjenom roditeljskom samopouzdanju. Biće prikazani rezultati istraživanja koja su proveravala i pretpostavku o tome da se značajnije posledice mogu očekivati u situacijama kada je surogat majka ujedno i genetska majka bebe: nameravana majka, koja nema ni genetsku ni gestacijsku vezu sa detetom, može da oseti veću nesigurnost u svojoj ulozi roditelja. Određene efekte u prila-

gođavanju na celokupnu situaciju i na kvalitet roditeljstva može imati i postojanje prethodnog odnosa sa surogat majkom – bolji ishodi se očekuju kada je surogat majka rođaka ili prijateljica nameravanih roditelja, zbog trajanja i bliskosti odnosa. Međutim, ova ista situacija može imati i potencijalno negativne efekte, jer će odnose unutar porodice učiniti nejasnim: na primer, sestra, koja je bila surogat majka, može biti preterano angažovana u podizanju i vaspitavanju deteta, čime ugrožava status nameravane majke. Na roditeljstvo može uticati i ne/održavanje daljeg odnosa sa surogat majkom. Sugerise se da bi, zbog budućeg blagostanja deteta, bilo dobro održati neki kontakt sa surogat majkom, jer su to povoljnije okolnosti za razumevanje sopstvenog porekla (povoljnije u odnosu na, recimo, komercijalno surogat materinstvo sprovedeno u siromašnoj zemlji, gde surogat majka nije upisana ni u jedan dokument, tako da ni nameravani roditelji, a ni dete, neće moći da je nađu, ukoliko to požele). Opet, održavanje kontakta ne znači uključenost surogat majke u odgajanje deteta, jer će onda, kao što je već rečeno, roditeljski autoritet partnera biti narušen. Značajno pitanje, na koje nemamo odgovor dobijen istraživanjima, jeste kako će se dete osećati zbog saznanja da ga je surogat majka dala, ustupila, pogotovo u slučajevima kada je ona i genetska majka i kada je za aranžman surogacije dobila značajnu sumu novca.

9.3.2. Istraživanja porodica nastalih uz pomoć surogat majki

Uprkos dilemama koje je pokrenulo surogat materinstvo, ima srazmerno malo istraživanja koja su pokušala da utvrde efekte surogacije na surogat majke, nameravane roditelje i decu. Doduše, kod istraživanja koja se sprovode sa ovako specifičnim pitanjima, uvek je značajan poduhvat naći ispitanike koji su voljni da učestvuju. Jedno istraživanje porodica nastalih uz pomoć asistiranе reprodukcije uključivalo je i decu koju su rodile surogat majke (Shelton et al., 2009). Njih je bilo relativno malo: dvadeset jedno dete, uzrasta pet do devet godina, rođeno putem gestacionog surogat materinstva. Ova grupa dece je poređena sa dosta većim grupama dece rođene putem donacije sperme, jajne ćelije i manje grupe dece rođene putem donacije embriona (njih dvadeset sedmoro). Upitnike su popunjavali očevi i majke, a dobijen je čitav niz procena, od problema u ponašanju, preko deficita pažnje, do anksioznosti, depresivnosti, problema sa vršnjacima i društvenog ponašanja. Deca koju su rodile surogat majke nisu bila procenjena drugačije ni po jednoj varijabli u odnosu na ostalu decu rođenu putem asistiranе reprodukcije, a sve dobijene mere ne odstupaju od normi za opštu populaciju.

Podrobnije istraživanje porodica nastalih uz pomoć surogat majki sprovedeno je u longitudinalnoj studiji porodica nastalih putem asistiranе reprodukcije u Ujedinjenom Kraljevstvu (Golombok et al., 2004; Golombok, MacCallum et al., 2006; Golombok, Murray et al., 2006; Golombok et al., 2011; Golombok et al., 2013). Obuhvaćene su 42 porodice, sa decom starom oko godinu dana, a istraživači procenjuju da je to oko 60% porodica nastalih pomoću surogat materinstva sa decom tog uzrasta (u UK, u vreme istraživanja). Otprilike dve trećine ispitanih porodica nastalo je uz pomoć tradicionalne, genetske surogacije, a jedna trećina

uz pomoć gestacijske. Oko 70% surogat majki bilo je nepoznato nameravanim roditeljima do sklapanja ugovora o surogaciji, a za ostale parove decu su nosile rođake ili prijateljice. Porodice nastale uz pomoć surogat majki poređene su sa porodicama nastalim uz pomoć doniranih oocita (N=51) i porodicama koje nisu imale problema sa začećem (N=80). (Sve porodice imale su decu istog uzrasta. Porodice nastale uz pomoć doniranih oocita uključene su kao grupa za poređenje zbog kontrole iskustva neplodnosti žene i isključenosti 'treće strane' u začeće deteta.)

Prvo ispitivanje je obavljeno oko detetovog prvog rođendana, a odnosilo se na tri aspekta porodičnog funkcionisanja: psihološka dobrobit roditelja i zadovoljstvo brakom; kvalitet roditeljstva; temperament dece (Golombok et al., 2004). Istraživači su koristili dubinski standardizovani intervju i upitnike. Potpuno suprotno očekivanjima koja su proizilazila iz rasprava o potencijalno negativnim posledicama surogat materinstva na funkcionisanje porodice, majke i očevi iz ovih porodica pokazivali su veće psihološko blagostanje nego roditelji dece začete prirodno, bez teškoća. I majke i očevi u porodicama nastalim uz pomoć surogacije izveštavali su o nižim nivoima roditeljskog stresa, a majke su imale i slabije izražena depresivna osećanja. Kada su poređeni odnosi roditelj – dete, rezultati opet 'idu u korist' porodica nastalih uz pomoć surogat materinstva – majke i očevi su pokazivali veću toplinu i senzitivnost, kao i veće uživanje u roditeljstvu nego parovi koju su dobili dete prirodnim putem. Jedini izuzetak od pozitivnih razlika je visoka emocionalna investiranost u dete. Međutim, istraživači zaključuju da se ne radi o disfunkcionalnom nivou, već o nešto izraženijem emocionalnom angažovanju u vezi sa detetom (Golombok et al., 2004). (Ovo je gotovo uobičajen rezultat u ispitivanjima kvaliteta roditeljstva kod parova koji su imali teškoća sa začećem.) Po kvalitetu odnosa roditelj – dete, roditelji koji su koristili doniranu jajnu ćeliju bili su sličniji roditeljima čije dete je nosila surogat majka. Međutim, majke koje su dobile doniranu jajnu ćeliju su, kao i majke iz grupe prirodno začelih beba, pokazivale više nivoje depresivnosti od majki iz grupe surogacije; istraživači smatraju da moguće objašnjenje leži u fizičkim posledicama trudnoće. Nisu nađene razlike u temperamentu dece. Značajan nalaz je i to što nema razlika u osećanjima vezanim za roditeljsku ulogu kod majki u ovim porodicama nastalim na različite načine, a očevi u porodicama nastalim uz pomoć surogacije su čak imali pozitivnija osećanja nego očevi iz porodica bez teškoća sa začećem (Golombok et al., 2004).

Istom prilikom ispitane su i neke specifičnosti surogat aranžmana. Važno pitanje je da li ima razlika u porodicama gde je surogat majka i genetska majka deteta, u odnosu na porodice gde je surogacija bila gestacijska. Ispostavilo se da razlika u odnosu na ovaj faktor nema, ali se čini da je značajna priroda odnosa sa surogat majkama: kada je surogat majka bila rođaka ili prijateljica (nasuprot nekom ko je bio nepoznat roditeljima do sklapanja ugovora), majke su pokazivale pozitivnije roditeljsko ponašanje. Vrlo slični rezultati su dobijeni kada su iste porodice ispitivane oko detetovog drugog i trećeg rođendana (Golombok, MacCallum et al., 2006; Golombok, Murray et al., 2006). Roditelji funkcionišu dobro i imaju nešto pozitivniji odnos sa decom u odnosu na druge grupe; porodice koje

su koristile doniranu jajnu ćeliju su i dalje sličnije porodicama koje su dete dobile uz pomoć surogat majke; razlika među decom iz sve tri grupe nije bilo.

Sledeća faza u ispitivanju sprovedena je kada su deca imala sedam godina (Golombok et al., 2011). Na ovom uzrastu, deca razvijaju jasnije razumevanje odustva genetske ili gestacione veze sa roditeljima; u ranijim fazama istraživanja ona su bila suviše mala da bi bila potpuno svesna okolnosti svog začeća. Osim intervjuja i upitnika, korišćene su i opservacione mere interakcije majka – dete, radi ispitivanja kvaliteta odnosa. Rezultati dobijeni intervjuom nisu ukazivali na razlike u kvalitetu odnosa majka – dete između porodica nastalih uz pomoć surogacije, donacijom jajne ćelije i prirodnim začećem. Međutim, majke iz grupe surogacije pokazivale su manje pozitivnih interakcija prilikom opservacija nego majke iz grupe prirodnog začeća. Majke iz grupe koja je koristila doniranu jajnu ćeliju su, po procenama istraživača, bile bliže majkama iz grupe surogacije. Istraživači zaključuju da porodice nastale uz pomoć surogat majki nemaju teškoća; u njima nije nađeno više negativnih odnosa roditelj – dete nego u porodicama nastalim prirodnim začećem. Primećene razlike su shvaćene kao suptilne nijanse u obrascima interakcije majka – dete i istraživači zaključuju da i na ovom uzrastu porodice nastale uz pomoć surogat majki (kao i porodice nastale uz pomoć doniranih oocita) funkcionišu dobro (Golombok et al., 2011).

Sprovedena je i zasebna longitudinalna studija usmerena na psihosocijalnu prilagođenost dece u porodicama nastalim uz pomoć asistiranе reprodukcije (30 porodica nastalih uz pomoć surogacije; 31 porodica nastala uz pomoć doniranih oocita; 35 porodica nastalih uz pomoć doniranih spermatozoida; uz grupu od 53 porodice koje su decu dobije bez teškoća sa začećem; Golombok et al., 2013). Prilagođenost dece merena je *Upitnikom snaga i teškoća (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)*, koji su popunjavale majke i učitelji. Sva deca iz ispitivanih porodica imala su SDQ skorove u normalnom rasponu, mada su, na uzrastu od sedam godina, deca koju su nosile surogat majke pokazivala više problema u prilagođavanju nego deca začeta donacijom gameta (po procenama majki, ne učitelja; Golombok et al., 2013). Istraživači iznose da su ovi nalazi uporedivi sa nalazima o usvojenoj deci, pogotovu internacionalno usvojenoj – deca shvataju da su drugačija i potrebno im je vreme da se prilagode i integrišu saznanja o svom poreklu u sliku o sebi. (U ovom istraživanju, kao što se i moglo očekivati, sve majke koje su decu dobile uz pomoć surogacije razgovarale su sa svojom decom o tome, tj. bile su otvorene u vezi sa okolnostima začeća; majke koje su dobile decu uz pomoć reproduktivnih donacija bile su otvorene prema deci (samo) u jednoj trećini ispitivanih porodica.) Kod dece koju su rodile surogat majke, još jedan izazov u prilagođavanju može biti ostajanje u kontaktu sa surogat majkom. U vezi sa rezultatima na SDQ skalama autori ističu sledeće: niži skorovi na skalama prilagođenosti su i dalje u okvirima normi, a takvi rezultati nisu dobijeni na uzrastu od deset godina – reklo bi se da su izazovi u razvoju dece prevladani (Golombok et al., 2013). Vrlo je interesantan i sledeći rezultat, mada se on ne odnosi na porodice nastale uz pomoć surogacije: majke koje su čuvale tajnu o začeću svoje dece imale su izra-

žene nivoa distresa, ali je taj distres majke imao izraženije (negativne) efekte na onu decu koja su bila svesna svog porekla. (Distres je u ovom istraživanju formiran kao latentna varijabla skorova na skalama anksioznosti, depresivnosti i kvaliteta braka; Golombok et al., 2013.) Među konačnim zaključcima nalazi se i tvrdnja da rezultati ove studije govore u prilog postojećim rezultatima i idejama da biološka povezanost roditelja i dece nije neophodna za pozitivan razvoj deteta (Golombok et al., 2013). Potrebna su dalja istraživanja na ovom polju, pogotovo porodica nastalih uz pomoć surogat majki, jer se radi o relativno malim uzorcima, a rezultati su dobijeni u jednoj (specifičnoj) sredini – u Ujedinjenom Kraljevstvu, zahvaljujući Centru za istraživanje porodice Univerziteta u Kembridžu.

Ima i istraživanja o odnosu sa surogat majkama. Ukratko, rezultati govore da se vrlo retko događa da surogat majka odbije da da bebu (Golombok, 2015). Dok je surogat majka trudna, više kontakata sa njom održava žena iz budućeg roditeljskog para. Većina roditelja ima dobre odnose sa surogat majkom tokom trudnoće, a tamo gde to nije slučaj, obično se radilo o manjem konfliktu ili nedostatku komunikacije. Kada su deca rođena uz pomoć surogacije imala deset godina, oko 60% porodica bilo je u kontaktu sa surogat majkom, i većina je taj odnos smatrala pozitivnim (Jadva et al., 2012). Međutim, može se pretpostaviti da su se oni koji više nisu u kontaktu odlučili za prekid jer je bilo teškoća u odnosima surogat majke i porodice. Učestalost kontakata između porodice i surogat majke se smanjivala tokom vremena, i to naročito u onim slučajevima kada je surogat majka bila prethodno nepoznata roditeljima, a rodila je dete začeto od svoje jajne ćelije – dakle, u slučajevima 'prethodno nepoznate genetske surogacije' (Jadva et al., 2012). Moguće je da roditelji ovakvo udaljavanje sprovode namerno (svesno), da bi distancirali surogat majku i dete (Golombok, 2015).

Inače, roditelji čija su deca rođena kroz genetsko surogat materinstvo govore deci da ih je nosila druga žena, ali otprilike polovina izbegava da kaže da je korišćena i jajna ćelija surogat majke (Readings et al., 2011). Dakle, mnoga deca nisu svesna da je žena koja ih je rodila i njihova genetska majka. Kao što se može pretpostaviti, roditelji ovo čine iz straha da ih dete ne odbaci, odnosno da ne čuju reči koje ostaju njihov veliki strah: „Ti nisi moja majka!“ (Golombok, 2015).

Kada objašnjavaju da ih je nosila i rodila druga žena, roditelji se dovijaju, trude se da govore i objašnjavaju na način koji malo dete može da razume. Na primer, jedna porodica je koristila metaforu hleba u rerni i ispričala detetu da ga je surogat majka nosila na toplom dok nije bio spreman da izađe napolje (pri tom nije spominjano da je korišćena i jajna ćelija surogat majke; Golombok, 2015; Jadva et al., 2012). Sa sedam godina, deca ne shvataju u potpunosti šta je bio problem sa njihovim začecem (kao ni deca začeta pomoću donora), ali generalno imaju ideju šta surogat materinstvo podrazumeva („Materica moje mame... čini mi se... uglavnom nije bila zdrava i zato me je ona nosila umesto moje mame“; Jadva et al., 2012, str. 3011). Deca opisuju svoju surogat majku kao osobu koja je dobra i ljubazna (te termine verovatno koriste i roditelji), na primer: „(Ona) je bila vrlo ljubazna [...] što me je nosila u svom stomaku“ (najčešće reči koje su koristila deca

stara sedam i deset godina, u originalu, bile su „nice” i „kind”; Jadva et al., str. 3011). Možda ste se sada prisetili da bi i članovi porodica nastalih uz pomoć donora želeli da znaju da li je on dobra osoba. Najveći broj dece, u porodicama u kojima je održan kontakt sa surogat majkom, žele da je viđaju češće. Istraživači su procenili da deca nisu imala negativan stav prema načinu na koji su došla u porodicu, odnosno prema surogat materinstvu; stav većine dece je procenjen kao neutralan (Jadva et al., 2012). Doduše, napominje se i da su najstarija ispitivana deca imala deset godina, njihov stav se može promeniti prilikom odrastanja.

Interesantno je kako su neka od ove dece shvatila svoj odnos sa decom surogat majke. Naravno da izgrađivanje tih odnosa zavisi i od usmeravanja roditelja. Jedan otac iznosi svoja vrlo pozitivna iskustva: „Još kada je bio vrlo mali, on je znao da su deca surogat majke njegova polubraća (u originalu ‘half siblings’). Jednostavno je znao, tako je oduvek osećao. Kada su u školi pravili porodično stablo, on je dodao crticu i stavio nju i njenu decu kao deo svog stabla. Još interesantnije – i ćerka surogat majke je stavila njega kao svog polubrata.” (Golombok, 2015, str. 133).

Opet, ne može se znati kako će reagovati starija deca, adolescenti, na surogat materinstvo kao način na koji su došli na svet, i da li će plaćanje majci za njene usluge igrati ulogu u tome. Istraživači koji se bave ovim porodicama iznose bojazan da će situacija biti naročito kompleksna za decu čija surogat majka živi u drugoj zemlji i govori drugi jezik, pošto se u prethodnim godinama značajan broj porodica iz zapadnih zemalja odlučivao za surogat majku iz Indije, Ukrajine i drugih nerazvijenih zemalja ili zemalja u razvoju (da i ne uplićemo pitanje izrabljivanja siromašnih žena)⁹⁵.

9.3.3. Istraživanja surogat majki i njihovih porodica

Moguće je da čitalac pretpostavlja da je dosta značajnih etičkih dilema povezanih sa surogacijom usmereno upravo na surogat majke. Može se postaviti pitanje da li je surogat majka zaista u poziciji da da svoj puni pristanak ako nikad to tada nije nosila dete za drugog, te ne može znati kako je kada treba dati bebu koju je nosila devet meseci i sa kojom možda ima i genetsku povezanost. Da li surogat majke osećaju kajanje kada predaju bebu? Da li osećaju distres ili imaju dugotrajne psihološke probleme? Kakvi su efekti surogat materinstva na porodicu surogat majke, na njenog partnera i decu?

Postoji studija u kojoj su učestvovala trideset četiri surogat majke iz UK, od kojih je otprilike polovina bila gestacijska, a polovina i genetska majka deteta

⁹⁵ Parovima iz RS, koji su imali potrebe i dovoljno sredstava, Ukrajina je bila najbliža destinacija za pronalaženje surogat majke, naravno preko agencija i u saradnji sa klinikama za vantelesnu oplodnju. Neke od tih klinika slale su svoje predstavnike na manifestacije u RS koje se tiču prevladavanja neplodnosti (npr. na Festival potpomognute oplodnje, u organizaciji Šansa za roditeljstvo). S obzirom na, sada već dugu, izrazitu nestabilnost u toj zemlji, pitanje je gde parovi trenutno mogu da odu. (Sledeća zemlja, po blizini u odnosu na RS, u kojoj je dozvoljeno komercijalno surogat materinstvo je Rusija, što u ovoj trenutnoj situaciji (početak 2023. godine), ne deluje kao povoljna alternativa.) Potražite sami koje zemlje trenutno dozvoljavaju komercijalnu surogaciju, zakoni mogu biti izmenjeni u trenutku kada ovo čitate.

(Jadva et al., 2003). Godinu dana nakon rođenja deteta, ove žene su ispitane standardizovanim intervjuom i upitnikom za merenje postpartalne depresije. Nijedna od ispitanih žena nije izvestila o sumnjama u pogledu davanja bebe nameravanim roditeljima. Upitane da se prisete svojih osećanja i iskustava vezanih za taj period, (samo) jedna trećina žena je izjavila da se osećala uznemireno u nedeljama koje su sledile nakon predavanje bebe; od njih, samo jedna žena je opisala osećaj duboke depresije. Nakon godinu dana, samo dve žene (od 34) govorile su o psihološkim teškoćama povezanim sa surogat materinstvom, a nijedna nije imala povišene skorove na upitniku postpartalne depresije. Važno je da u ovom istraživanju nisu nađene razlike u nivou depresije između gestacijskih i genetskih surogat majki, što znači da žene nisu imale dugoročne psihološke probleme ni kada su predavale dete sa kojim imaju genetsku vezu (začeto od sopstvene jajne ćelije). Zaključeno je da teškoće koje mogu imati surogat majke nisu teške i da prestaju vremenom, odnosno da nema značajnih posledica predavanja deteta. Primećene su velike varijacije u učestalosti kontakata između surogat majke i bebe nakon predavanja. Jedna trećina surogat majki viđala je bebu bar jednom mesečno, ali jedna četvrtina majki nije imala nikakav kontakt. Nijedna od surogat majki nije osećala da je surogat dete (engl. surrogacy child) njeno, što je, verovatno, pomoglo u predavanju deteta nameravanim roditeljima. Interesantno je da su za oko dve trećine ovih situacija surogacije podaci bili dostupni i iz pominjane longitudinalne studije porodica nastalih putem asistiranе reprodukcije (ispitivanja je obavio Centar za istraživanje porodice, koji je takođe više puta pominjan u ovom tekstu) – u tim slučajevima izveštaji surogat majki o pozitivnim odnosima sa roditeljima su se poklapali sa izveštajima roditelja o odnosu sa surogat majkama.

Značajno je i pitanje motivacije žena za surogaciju. Kao i kod svakog ispitivanja motivacije (setite se motivacije za roditeljstvo), nije lako doći do pravih motiva, ne samo zato što ispitanici ne žele da daju iskrene odgovore, već i zato što nekih motiva nisu (potpuno) svesni. Istraživanje iz UK, gde je dozvoljena samo altruistička surogacija, pokazuje da odgovori surogat majki jesu u skladu sa namerama zakonodavca: gotovo sve surogat majke navode da su želele da pomognu paru bez dece (31 od 34 surogat majke), a ostali razlozi su manje učestali (bilo je moguće odabrati više odgovora): uživanje u trudnoći, samoostvarenje, a samo jedna surogat majka je navela novčanu naknadu kao motivacioni faktor⁹⁶ (Jadva et al., 2013). Možemo pretpostaviti da bi razlozi bili (nešto) drugačiji ukoliko bi bile ispitivane žene uključene u komercijalno surogat materinstvo.

Istraživački tim Centra ispitao je i dugoročne efekte surogat materinstva na surogat majke i njihovu decu (Imrie & Jadva, 2014; Jadva & Imrie, 2014a,b; Jadva et al., 2015). Ispitanici su bile surogat majke (34; 20 njih je učestvovalo i u drugim studijama Centra) i trideset šestoro njihove dece, uzrasta 12–25 godina. Oni su intervjuisani između pet i dvadeset pet godina nakon što je majka rodila dete za

⁹⁶ Iako se radi o altruističkoj surogaciji, žena ima pravo na naknadu troškova povezanih sa trudnoćom koji iznose od 12 do 20 000 funti, pogledajte na primer <https://brilliantbeginnings.co.uk/how-much-can-a-uk-surrogate-get-paid/>.

drugu porodicu (to je bila situacija u trenutku intervjuja). Istraživači su želeli da provere kakvi će odnosi biti između surogat majke, njene dece i porodice koja je stvorena uz pomoć surogacije. U tri četvrtine slučajeva, surogat majke su ostale u kontaktu sa decom koju su nosile za druge parove i viđale su ih jednom ili dvaput godišnje. Skoro polovina dece surogat majki je u kontaktu sa surogat detetom, koje mnogi označavaju kao siblinga ili polusiblinga, nevezano za stvarni genetski odnos. Tu, zapravo, ima velikih razlika: neka deca surogat majki nisu pripisivala nikakvu važnost genetskom ili gestacionom odnosu sa surogat detetom, dok su drugi čak stvorili i svoju terminologiju da opišu tu novu formu odnosa, kao što je 'suro-sestra' (engl. surrosister) i 'sestra po stomaku' (engl. tummy-sister). Iako je uzorak bio mali (i neka deca surogat majki nisu ispitana, jer su već napustila roditeljski dom), istraživači iznose da se čini da surogat materinstvo nema negativne efekte na decu žena koje su rodile za drugog. Najveći broj dece je imao pozitivan odnos prema tome i osećao se ponosno na svoju majku koja je učinila tako mnogo da pomogne drugoj porodici.

Neka pitanja ostaju bez odgovora i moraće da ih rešava svako društvo prema svojim uslovima i potrebama. Svakako je značajno proceniti verovatnoću da surogat majka i njena porodica budu izložene ostracizmu. Takođe, pitanje je i da li treba dopustiti ženi koja nema svoju decu da bude surogat majka. Čini se da većina zakona ipak zahteva da surogat majka ima bar jedno svoje dete. Kao što pokazuje jedna meta-analiza ishoda surogacije, većina sprovedenih studija ima značajna metodološka ograničenja (Söderström-Anttila et al., 2016). Uz to, znamo vrlo malo o situacijama koje je teško ispitati: o deci rođenoj nakon surogacije sprovedene u drugoj zemlji (engl. cross-border surrogacy), kao i o deci koju su surogat majke rodile porodicama gej očeva (Söderström-Anttila et al., 2016). Doduše, neki podaci bi se mogli naći, ali u ovoj knjizi se ne bavimo specifičnim slučajevima neplodnosti i načinima dolaženja do deteta sa kojima se suočavaju homoseksualni parovi i namerno same majke. Ponešto o tome možete pročitati u knjizi *Novi životni stilovi i forme porodice* (Opsenica Kostić, 2017).

9.3.4. Neke specifičnosti savetovanja tokom pripreme za surogaciju

Kao što ste već shvatili čitajući ovu knjigu, uloga stručnjaka za mentalno zdravlje je izuzetno značajna u oblasti infertiliteta i, najčešće, zakonski nezaobilazna kada je u pitanju reprodukcija uz pomoć reproduktivnih drugih, uz pomoć treće strane. (Zapravo, važno je da svi učesnici dobiju pravno, medicinsko i psihološko savetovanje, odnosno konsultacije.) Rad psihologa-savetnika uključuje procenu/evaluaciju, pripremu i edukaciju pacijenata-nameranih roditelja, donora, a u ovim slučaju surogat majki i njihovih partnera. Ponekad će biti potrebe da rad stručnjaka obuhvati i psihoterapijske intervencije. Opšta preporuka stručnjacima koji rade na pripremama za surogaciju jeste: da procene šta je najbolje za sve aktere procesa, sa posebnim akcentom na proceni najboljeg interesa budućeg deteta, kao i postojećeg dece (ukoliko ih ima, a, kao što je rečeno, trebalo bi da surogat majka ima bar jedno svoje dete, da bi mogla da da validan pristanak u vezi sa

rađanjem za drugog); da primenjuju svoje profesionalne veštine u skladu sa etičkim kodeksom rada i u skladu sa važećim standardima na polju reprodukcije uz pomoć treće strane; da pokušaju da predvide niz problema koji se mogu pojaviti tokom priprema za trudnoću i tokom trudnoće i da odaberu prikladna rešenja/intervencije (prema Hanafin, 2006).

Najveći deo onoga što je rečeno u vezi sa savetovanjem nameravanih roditelja prilikom korišćenja reproduktivnih donacija primenljivo je i ovde. Novi akteri procesa savetovanja su surogat majke.

Postoje dosta detaljne preporuke Američkog društva za reproduktivnu medicinu koje se odnose na gestacijsku surogaciju (ASRM, 2017⁹⁷). Sledeće **opšte preporuke za selekciju i evaluaciju gestacijskih surogat majki** ne sadrže isključivo psihološke elemente, ali ih je dobro imati na umu:

- Najozbiljnije se preporučuje (u originalnu, engl. strongly recommended) psihosocijalna evaluacija potencijalnih surogat majki i njihovih partnera. Procena treba da uključuje klinički intervju i, tamo gde je potrebno, psihološko testiranje. Treba istražiti potencijalne efekte odnosa surogat majke i nameravanih roditelja, kao i postojećih planova vezanih za otvorenost i budući kontakt.
- Surogat majke moraju biti punoletne, po mogućnosti starosti između 21 i 45 godina. Neke situacije mogu zahtevati korišćenje surogat majke starije od 45 godina, ali tada sve strane uključene u proces moraju biti informisane o potencijalnim rizicima trudnoće kod starijih trudnica (engl. advanced maternal age).
- Idealno, surogat majka treba da ima bar jednu nekomplikovanu trudnoću iznetu do kraja (tj. treba da ima dete), pre nego što može biti uzeta u razmatranje kao gestacijska majka (termin koji se koristi u originalu kroz ceo dokument je 'gestational carrier').
- Idealno, surogat majka ne treba da ima više od pet prethodnih porođaja ili tri porođaja carskim rezom.
- Idealno, surogat majka treba da ima stabilno porodično okruženje, sa adekvatnom socijalnom podrškom koja će joj pomoći da prevlada stres koji donosi (svaka) trudnoća.

Dakle, iako su neki elementi 'idealni', čini se da za surogat majku može biti odabran i neko ko nema sve te optimalne uslove. Sa druge strane, postoje i **kriterijumi bezuslovnog odbijanja surogat majki**, koji olakšavaju selekciju:

- Kognitivna ili emocionalna nesposobost za pridržavanje uputstava ili za davanje pristanka.
- Dokazi o finansijskoj ili emocionalnoj prisili.
- Psihološka evaluacija koja otkriva značajna odstupanja u funkcionisa-

⁹⁷ Kompletan dokument dostupan je na https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/practice-guidelines/for-non-members/recs_for_practices_utilizing_gestational_carriers.pdf [15. 4. 2023]

nju (engl. abnormal psychological evaluation, ASRM, 2017, str. e9), koju je obavio kvalifikovani stručnjak za mentalno zdravlje.

- Nerazrešena ili nelečena adicija, zlostavljanje deteta, seksualno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, depresija, poremećaju ishrane, kao i traumatsko iskustvo trudnoće i/ili porođaja.
- Ranije prisustvo teške depresije, bipolarnog poremećaja, psihoze ili izraženog anksioznog poremećaja.
- Trenutna bračna ili partnerska nestabilnost.
- Haotičan životni stil, trenutno pisutan značajni životni stresor (ili stresori).
- Nesposobnost da održi odnos sa nameravanim roditeljima koji odlikuju poštovanje i briga.
- Dokaz emocionalne nemogućnosti da se nakon porođaja odvoji od deteta. (Naravno, možemo se pitati šta će to biti dovoljan dokaz u predviđanju ponašanja koje se može dogoditi u budućnosti, nakon surogacije, koja nikad to tada nije bila u iskustvu majke.)

Žena koja želi da bude surogat majka i ispunjava prethodne opšte uslove (uz odsustvo indikatora za odbijanje), treba da prođe kroz **psihološke konsultacije**, pri čemu se podrazumeva da se radi o gestacijskoj surogaciji, dakle o situaciji u kojoj surogat majka nije genetska majka bebe, jer jajna ćelija nije njena. Najznačajnije teme u okviru ovih konsultacija su sledeće:

- Informisanje potencijalne surogat majke i njenog partnera o mogućim psihološkim pitanjima/dilemama i rizicima povezanim sa procesom surogacije.
- Diskutovanje kompletne medicinske procedure, uključujući opšti plan/korake tokom surogacije, rizik od prekidanja ciklusa oplodnje ili od neuspešnog ciklusa, od višestruke trudnoće, redukcije trudnoće, odnosno fetalne redukcije (uklanjanje plodova u toku trudnoće), razmatranje prenatalne dijagnostike, kao i namernog prekida trudnoće.
- Diskutovanje potrebe da se nameravani roditelji i surogat majka slože oko svih medicinskih pitanja.
- Niz specifičnih tema, vezanih za odnos nameravanih roditelja i surogat majke kroz vreme, za odnos surogat majke prema trudnoći i detetu, za rizik od vezivanja surogat majke i/ili njene dece za 'surogat dete', diskutovanje efekata na brak, odnosno partnerstvo, na zaposlenje, razmatranje ravnoteže između prava na privatnost surogat majke i prava na informacije (vezane za trudnoću) nameravanih roditelja.

U vezi sa **psihosocijalnim savetovanjem nameravanih roditelja** izdvojićemo sledeće:

- Klinički intervju i psihološka procena, koji su, pored istraživanja načina suočavanja sa neplodnošću, posebno fokusirani na aspekte/očekivanja/ideje koji bi mogli da ugroze uspešnu saradnju sa surogat majkom.
- Postizanje saglasnosti sa surogat majkom u vezi sa medicinskim pitanjima koja će se pojaviti ili se mogu pojaviti tokom trudnoće (na primer,

pitanja preimplantacione dijagnostike, procedure u slučaju multifetalne trudnoće, pitanje prekida trudnoće).

Neke specifične teme:

- Regulacija sopstvenih osećanja tokom trudnoće surogat majke i načini održavanja odnosa sa surogat majkom i njenom porodicom.
- Razumevanje prava surogat majke da donosi odluke koje se tiču njenog tela, razumevanje prava surogat majke da odbije ili prihvati medicinske intervencije ili testiranja.
- Ponašanje surogat majke tokom trudnoće i načini za rešavanje eventualnih konflikata (npr. u vezi sa ishranom surogat majke, uzimanjem lekova, konzumiranjem alkohola).
- Otvorenost prema detetu; otvorenost prema članovima porodice i prijateljima.
- Očekivanja vezana za odnos surogat majke, nameravanih roditelja i dece nakon rođenja.
- Potreba da surogat majka i njena deca imaju interakciju sa bebom nakon rođenja.

Naravno, i nameravani roditelji mogu biti odbijeni u procesu pripreme za surogaciju. **Kriterijumi za odbijanje parova** su sledeći:

- Nesposobnost za održavanje odnosa sa surogat majkom koji odlikuju poštovanje i briga.
- Psihološka evaluacija koja otkriva značajna odstupanja u funkcionisanju, koju je obavio kvalifikovani stručnjak za mentalno zdravlje.
- Nerazrešena ili nelečena depresija, bipolarni poremećaj, psihoza ili značajan (intenzivan) anksiozni poremećaj ili poremećaj ličnosti.
- Trenutna nestabilnost bračnog ili partnerskog odnosa.
- Nepostizanje dogovora sa surogat majkom o broju embriona previđenih za embryo-transfer.

Zaključak

Ostvarivanje roditeljstva uz pomoć surogat majki je za neke parove jedina i dragocena opcija. Kao što je naglašavano i ranije, neophodno je razmotriti efekte na subjektivno blagostanje svih učesnika procesa, koji su ovde brojni: nameravani roditelji, surogat majka, dete/deca rođena u procesu surogacije, dete, odnosno deca i partner surogat majke. Osim jasnih zakonskih odredbi, za uspešne ishode roditeljstva uz pomoć surogat majki neophodno je temeljno i stalno dostupno psihološko savetovanje svih učesnika, tj. savetovanje koje se neće prekinuti sa rođenjem deteta. Ovaj proces može biti dodatno usložen ukoliko se koristi i reproduktivni materijal donora.

9.4. Roditeljstvo usvojenjem

Ova tema tradicionalno pripada psihologiji porodice. Međutim, kao što ćete videti u desetom poglavlju, ukoliko se parovi suoče sa definitivnom neplodnošću, pred njima se nalazi više životnih opcija, od koji je jedna – usvojenje. Možda je nepotrebno pisati, ali roditelji-usvojitelji nemaju ni genetsku ni gestacijsku vezu sa detetom. Ako se setite trećeg poglavlja, „Šta roditelje čini roditeljima“, pominjane su tri komponente roditeljstva: biološka veza, namera odgajanja i odgajanje deteta. Usvojenje sadrži komponente koje se odnose na vršenje socijalne uloge roditelja: nameru i odgajanje. Iz ranijeg teksta u ovom (devetom) poglavlju možete se podsetiti koje su prednosti i mane začeca sa doniranim gametima/embrionima u odnosu na usvojenje.

O specifičnostima usvojiteljskih porodica možete čitati u drugim knjigama, i na srpskom jeziku (na primer, Svetozarević i Mitić, 2021). Osim toga, ova tema ne spada u uže kompetencije autora. Ipak, pomenućemo neke rezultate koji su u kontekstu tema kojima se ovde bavimo. Jedno istraživanje, koje je uključivalo i usvojiteljske porodice, spominjano je u vezi sa porodicama nastalim uz pomoć doniranih embriona – to je studija praćenja Fione MekKalum i saradnika (MacCallum et al., 2007; Mac Callum et al., 2008). Istraživače je zanimao kvalitet porodičnog funkcionisanja (kao i funkcionisanje članova – roditelja i dece) u porodicama nastalim na različite načine: uz pomoć doniranih embriona, homolognom vantelesnom oplodnjom i usvojenjem. Fokus istraživača bio je na porodicama nastalim uz pomoć doniranih embriona, i na značaju genetske i gestacijske veze. Kod porodica nastalih uz pomoć doniranih embriona nema genetske veze, i po tome su one slične usvojiteljskim porodicama. S druge strane, gestacijska veza postoji, i po tome su slične porodicama nastalim homolognom VTO. Zapravo, ukoliko se pretpostavi važnost biološke veze sa detetom, porodice nastale usvojenjem su u najnepovoljnijem položaju, jer nema ni genetske ni gestacijske veze roditelja i deteta. Istraživači iznose da nekliničke studije usvojene dece pokazuju da ona tokom perioda odojčeta i u ranom detinjstvu ne pokazuju probleme u razvoju (prema MacCallum et al., 2008). Međutim, u periodu od srednjeg ka kasnom detinjstvu, neka usvojena deca pokazuju više nivoe psihološke neprilagođenosti, nego neusvojena deca. Jedno od mogućih objašnjenja (i verovatno samo deo objašnjenja) jeste da se problemi na ovom uzrastu javljaju jer dete sa odrastanjem počinje da razume šta znači biti usvojen i suočava se sa osećanjem gubitka (prema MacCallum et al., 2008). Možda ste se sada prisetili gubitka koji treba da prevladaju neplodni parovi pre nego što se odluče za doniranje, usvojenje ili, kao što ćete videti u desetom poglavlju, na život bez dece. Dakle, roditelji-usvojitelji su svoj gubitak (biološkog deteta) prevladali pre usvojenja i u odraslom dobu; usvojeno dete se sa svojim gubitkom (bioloških roditelja) suočava u detinjstvu, a nalazi se u situaciji na koju nikako nije uticalo, koja nije rezultat njegovog izbora. I kod dece koja su začeta uz pomoć reproduktivnih donacija određene teškoće se očekuju oko sedme godine, kada dete počinje da razume nedostatak genetske veze

sa jednim (ili oba) roditelja, ali je to ipak značajno različita situacija od suočavanja sa činjenicom da je dete (iz različitih razloga) ostalo bez roditeljskog staranja, pa usvojeno. Takođe, roditelji koji su dobili dete uz pomoć (bilo kog tipa) reproduktivne donacije mogu da odaberu u kom trenutku i na koji način će govoriti detetu o specifičnostima začeca. Odnosno, najpre će doneti odluku da li će uopšte govoriti. Iako je, kao što ste mogli da pročitate ranije, vrlo diskutabilna mogućnost da začece uz pomoć donora ostane tajna, dobijanje deteta na taj način ipak nije vidljivo u sredini kao dolazak deteta u porodicu usvojenjem. Roditelji-usvojitelji od najranijih dana govore detetu o usvojenju, odnosno, ako je dete starije, ono će biti svesno dolaska u novu porodicu, kao i svojih prethodnih iskustava. Vratimo se na studiju MekKalum i saradnika: ona je sprovedena kada su deca imala od dve do pet (MacCallum et al., 2007) i pet do devet godina (MacCallum et al., 2008). Na ranom uzrastu nije bilo razlike u toplini, senzitivnosti niti u interakciji majka – dete između majki u ovim različitim porodicama. Razlika je bilo u izraženijem defanzivnom odgovaranju majki dece začete uz pomoć doniranih embriona (u odnosu na druge dve grupe), uz emocionalnu preuključenost majki koje su začele uz pomoć tehnika asistirane reprodukcije, u odnosu na majke-usvojiteljke – kod ovih poslednjih nije bilo preterane emocionalne angažovanosti. I toplina očeva i interakcija otac – dete nisu bili različiti, ali je u porodicama nastalim uz pomoć doniranja bila prisutna preterana emocionalna angažovanost i defanzivnost oca. Dakle, usvojitelji se ovde nisu izdvajali po negativnim ili rizičnim odlikama roditeljstva, naprotiv, ima manjih razlika koje su pozitivne. Međutim, već na ranom uzrastu (dve do pet godina) primećeno je da usvojena deca imaju više socioemocionalnih problema u odnosu na druge dve grupe dece (MacCallum et al., 2007). Ovaj nalaz dobijen je i u studiji praćenja, kada su deca imala od pet do devet godina (MacCallum et al., 2008). Istraživači smatraju da teškoće koje se javljaju kod usvojene dece ne potiču od toga što ih odgajaju nebiološki roditelji, već od okolnosti koje su jedinstvene za usvojenje. Kod usvojene dece postoji veća verovatnoća (u odnosu na decu koju odgajaju biološki roditelji) za iskustva sa nepovoljnim roditeljstvom, tj. sa nedovoljnom roditeljskom negom, a moguće je i da majka u trudnoći nije vodila računa o svom zdravlju i zdravlju ploda. Takođe, ne može se isključiti mogućnost ni da je dete imalo negativna iskustva u hraniteljskoj porodici (ili sa drugim negovateljima) pre dolaska u usvojiteljsku porodicu (MacCallum et al., 2008).

Vratimo se roditeljima-usvojiteljima i njihovom funkcionisanju. Kao što ćete pročitati u desetom poglavlju, parovi nevoljno bez dece koji su se odlučili na usvojenje i uspeli u toj nameri pokazuju veće zadovoljstvo životom od parova koji čekaju na usvojenje i od onih koji još uvek nisu postigli saglasnost oko toga kako će razrešiti svoju nemogućnost da dobiju biološko dete (podjednako zadovoljni kao usvojitelji bili su i parovi koji su rešili da ostanu bez dece; Daniluk, 2001). U ovoj studiji (Daniluk, 2001) usvojenje je bilo skorašnji događaj u životu ispitanika, ali ako tome dodamo roditeljsku toplinu i interakciju roditelj – dete koja usvojitelje ne izdvaja u odnosu na biološke roditelje iz ranije opisane studije praćenja (MacCallum et al., 2007, MacCallum et al., 2008), može se zaključiti da

usvojitelji (generalno) dobro funkcionišu u svojoj roditeljskoj ulozi. Naravno, ne treba idealizovati proces usvojenja, jer nerealna očekivanja mogu imati negativne efekte, između ostalog pojavu depresivnog afekta. Jedan od istaknutih istraživača roditeljskih očekivanja usvojitelja je Karen Foli (sa saradnicima; Foli, 2010; Foli et al., 2017; Foli et al., 2014; Foli et al., 2012). Nećemo se detaljno baviti ovim, ali usvojitelji, kao i svi drugi roditelji, imaju određena očekivanja od sebe kao roditelja, očekivanja od deteta, od porodice i prijatelja i od društva/šire sredine. Razvijena je skala za merenje ovih očekivanja, sa tvrdnjama kao što su: Ja sam strpljiv sa svojim detetom, Ja mogu da se povežem sa svojim detetom (očekivanja od sebe kao roditelja); Potrebe mog deteta su podnošljive/izdržive (engl. My child's needs are manageable), Moje dete je povezano sa mnom, Dobio sam potrebne informacije o svom detetu (očekivanja od deteta); Moja porodica i prijatelji tretiraju naše dete kao bilo kog drugog član porodice, Razumem razloge bioloških roditelja da daju dete na usvajanje (očekivanja od prijatelja i porodice); Društvo nas prihvata kao usvojiteljsku porodicu, Imamo izvore socijalne podrške za nas, kao usvojiteljsku porodicu (očekivanja od društva) (Foli et al., 2017, str. 569). Što su očekivanja 'ispunjenija', to roditelj funkcioniše bolje, odnosno, u suprotnom, javljaju se nezadovoljstvo i depresivna osećanja. Ranije u tekstu je pomenuto da usvojena deca mogu imati teška iskustva pre dolaska u porodicu. Ono što usvojitelji ponekad ne očekuju je upravo to da će njihovom detetu biti potrebna (stručna) pomoć i da je moguće da će imati neke eksternalizovane i internalizovane probleme (Foli et al., 2014). Ovo neće biti slučaj sa svom decom, ali je u takvim životnim situacijama najuočljiviji značaj adekvatne pripreme usvojitelja. Jedno novije istraživanje pokazuje da neispunjena očekivanja vode do povećanog roditeljskog stresa i do nižeg roditeljskog zadovoljstva, što rezultira percepcijom da dete ima više bihevioralnih problema (Santos-Nunes et al., 2018). Uglavnom, usvojiteljske porodice imaju svoje specifičnosti. Usvojenje "uključuje ljubav i radost, kao i intenzivne izazove, razočarenja i iznenađenja" (Santos-Nunes et al., 2018). Uglavnom, usvojiteljske porodice imaju svoje specifičnosti. Usvojenje „uključuje ljubav i radost, kao i intenzivne izazove, razočarenja i iznenađenja" (Santos-Nunes et al., 2018, str. 11). Sa ovom mogućnošću formiranja porodice svakako treba upoznati parove koji se suočavaju sa neplodnošću, u trenutku kada je par spreman i voljan da se informiše i razgovara i o „drugim" putevima u roditeljstvo. (Setite se programa 3PS iz sedmog poglavlja – alternativni putevi u roditeljstvo su predviđeni kao jedna od tema u okviru trećeg susreta – ne prvog.)

Zaključak

Ukoliko nameravani roditelji ne mogu da ostvare roditeljstvo homolognom vantelesnom oplodnjom, gde bi oboje bili i genetski i biološki roditelji, otvara se više opcija. Međutim, opcije koje nudi medicina uključuju reproduktivne druge, odnosno treću stranu koja pomaže, omogućava začecje i/ili trudnoću. Radi se o postizanju roditeljstva uz pomoć reproduktivnih donacija (oociti, spermato-

zoidi ili embrioni) i uz pomoć gestacijskih ili genetskih surogat majki. Ovde će nameravani roditelji (u najvećem broju slučajeva) imati parcijalne biološke veze sa detetom. Međutim, postoje brojna specifična pitanja koje roditelji moraju da razjasne kao par, a kasnije i kao porodica, da subjektivno blagostanje svih članova, uključujući i buduće dete, ne bi bilo ugroženo. Takođe, neophodna je i zaštita subjektivnog blagostanja donora, odnosno surogat majki i njihovih porodica, pre, tokom i nakon ostvarivanja željene trudnoće nameravanih roditelja. Postoji još jedan put u roditeljstvo, koji ne uključuje asistiranu reprodukciju, kao ni biološke veze roditelja i dece – to je usvojenje. Kao i ostali 'drugi' putevi u roditeljstvo, i usvojenje ima svoje prednosti i izazove, sa kojima se potencijalni usvojitelji upoznaju. Uglavnom, kada se zatvore vrata prvog puta u roditeljstvo, otvara se više opcija, a partneri i dalje imaju izbor. To će biti izbor izazvan gubitkom, izbor koji zahteva značajno prilagođavanje, ali ostavlja i dovoljno prostora za odlučivanje i delovanje.

Literatura

- Alberta, H. B., Berry, R. M., & Levine, A. D. (2014). Risk disclosure and the recruitment of oocyte donors: are advertisers telling the full story?. *The Journal of law, medicine & ethics*, 42(2), 232–243. <https://doi.org/10.1111/jlme.12138>
- American Society for Reproductive Medicine (2017). Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 118(1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.05.001>
- Applegarth & Kinsberg (2006). The donor as patient: Assessment and Support. In S. H. Covington & L. Hammer Burns (Eds.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook For Clinicians* (pp. 339–355). Cambridge University press.
- Baccino, G., Salvadores, P., & Hernández, E. R. (2014). Disclosing their type of conception to offspring conceived by gamete or embryo donation in Spain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 83–95. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.853171>
- Bayefsky, M. J., DeCherney, A. H., Berkman, B. E. (2016). Compensation for egg donation: a zero-sum game. *Fertility and Sterility*, 105(5), 1153–1154. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.01.019>
- Berger, D. M. (1980). Couples' reactions to male infertility and donor insemination. *The American journal of psychiatry*, 137(9), 1047–1049. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.9.1047>
- Berger, R., & Paul, M. (2008). Family secrets and the family functioning: The case of donor assistance. *FamilyProcess*, 47(4), 553–566. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2008.00271.x>
- Blake, L., Casey, P., Jadvá, V., & Golombok, S. (2013). „I was quite amazed”: Donor conception and parent-child relationships from the child's perspective. *Children and Society* 28(6), 425–437. <https://doi.org/10.1111/chso.12014>

- Blake, L., Casey, P., Readings, J., Jadva, V., & Golombok, S. (2010). „Daddy run out of tadpoles”: How parents tell their children that they are donor conceived, and what their 7-year-olds understand. *Human Reproduction*, 25(10), 2527–2534. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq208>
- Blyth, E. (2002). How it feels to be a child of donor insemination. *British Medical Journal*, 324, 797.
- Blyth, E. (2004). Patient experiences of an ‘egg sharing’ programme. *Human Fertility* 7, 157–162. <https://doi.org/10.1080/14647270400006879>
- Blyth, E., & Golding, B. (2008). Egg sharing: a practical and ethical option in IVF? *Review of Obstetrics & Gynecology*, 3(4), 465–473. <https://doi.org/10.1586/17474108.3.4.465>
- Brewaeys, A. (2001). Review: Parent-child relationships and child development in donor insemination families. *Human Reproduction Update*, 7, 38–46. <https://doi.org/10.1093/humupd/7.1.38>
- Caughlin, J. P., & Afifi, T. D. (2004). When is Topic Avoidance Unsatisfying? Examining Moderators of the Association Between Avoidance and Dissatisfaction, *Human Communication Research* 30(4), 479–513. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2004.tb00742.x>
- Daniels, K., Gillet, V. M., & Grace, V. (2009). Parental information sharing with donor insemination conceived offspring: A follow-up study. *Human Reproduction*, 24(5), 1099–1105. <https://doi.org/10.1093/humrep/den495>
- Daniels, K. R., & Taylor, K. (1993). Secrecy and openness in donor insemination. *Politics and Life Sciences*, 12(2), 155–170. <https://doi.org/10.1017/S0730938400023984>
- DePaulo, B. M. (1992). Nonverbal behavior and self-presentation. *Psychological Bulletin*, 111(2), 203–243. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.2.203>
- De Sutter, P. (2019). *Anonymous donation of sperm and oocytes: balancing the rights of parents, donors and children*. Report, Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development. Dostupno na: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=25439>
- Deslypere, E., & Rober, P. (2018). *Family Secrecy in Family Therapy Practice: An Explorative Focus Group Study*. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12409>
- Devroey, P., Camus, M., Abbeel, E., Waesberghe, L., Wisanto, A., & Steirteghem, A. C. (1989). Establishment of 22 pregnancies after oocyte and embryo donation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96(8), 900–906. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1989.tb03343.x>
- Estudillo, E., Jiménez, A., Bustamante-Nieves, P. E., Palacios-Reyes, C., Velasco, I., & López-Ornelas, A. (2021). Cryopreservation of Gametes and Embryos and Their Molecular Changes. *International journal of molecular sciences*, 22(19), 10864. <https://doi.org/10.3390/ijms221910864>
- ESHRE Task Force on Ethics and Law. (2002). III. Gamete and embryo donation. *Human Reproduction*, 17, 1407–1408. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.5.1407>
- Foli, K. J. (2010). Depression in adoptive parents: A model of understanding through grounded theory. *Western Journal of Nursing Research*, 32(3), 379–400. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945909351299>

- Foli, K. J., Lim, E., & South, S. C. (2017). Longitudinal analyses of adoptive parents' expectations and depressive symptoms. *Research in Nursing & Health, 40*(6), 564–574. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21838>.
- Foli, K. J., Lim, E., South, S. C., & Sands, L. P. (2014). „Great expectations“ of adoptive parents: Theory expression through structural equation modeling. *Nursing Research, 63*(1), 14–25. <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0000000000000006>
- Foli, K. J., South, S. C., Lim, E., & Hebdon, M. (2012). Maternal postadoption depression, unmet expectations, and personality traits. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 18*(5), 267–277. <http://dx.doi.org/10.1177/1078390312457993>
- Golombok, S. (2015). *Modern Families: Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge University Press.
- Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G., & Jadv, V. (2013). Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 54*(6), 653–660. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12015>
- Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., Giavazzi, M. T., Guerra, D., Mantovani, A., Van Hall, E., Crosignani, P. G., & Dexeus, S. (1996). The European Study of Assisted Reproduction Families. *Human Reproduction, 11*(10), 2324–2331. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019098>
- Golombok, S., Brewaeys, A., Giavazzi, M. T., Guerra, D., MacCallum, F., & Rust, J. (2002). The European Study of Assisted Reproduction Families: The transition to adolescence. *Human Reproduction, 17, 3*, 830–840. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.3.830>
- Golombok, S., Cook, R., Bish, A., & Murray, C. (1995). Families Created by the New Reproductive Technologies: Quality of Parenting and Social and Emotional Development of the Children. *Child Development, 66*(2), 285–298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00871.x>
- Golombok, S., MacCallum, F., Goodman, E., & Rutter, M. (2002). Families with children conceived by donor insemination: A follow-up at age twelve. *Child Development, 73*(3), 952–986. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00449>
- Golombok, S., MacCallum, F., Murray, C., Lycett, E., & Jadv, V. (2006). Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 47*(2), 213–222. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01453.x>
- Golombok, S., Murray, C., Brinsden, P., & Abdalla, H. (1999). Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 40*(4), 519–527. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00470>
- Golombok, S., Murray, C., Jadv, V., Lycett, E., MacCallum, F., & Rust, J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human reproduction, 21*(7), 1918–1924. <https://doi.org/10.1093/humrep/del039>
- Golombok, S., Murray, C., Jadv, V., MacCallum, F., & Lycett, E. (2004). Families Created Through Surrogacy Arrangements: Parent-Child Relationships in the 1st Year of Life. *Developmental Psychology, 40*(3), 400–411. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.3.400>

- Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Marks, A., & Jadva, V. (2011). Families created through surrogacy: mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Developmental psychology, 47*(6), 1579–1588. <https://doi.org/10.1037/a0025292>
- Gürtin, Z. B., Ahuja, K. K., & Golombok, S. (2012). Egg-sharing, consent and exploitation: examining donors' and recipients' circumstances and retrospective reflections. *Reproductive BioMedicine Online, 24*(7), 698–708. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.02.008>
- Hahn, S.J., & Craft-Rosenberg, M. (2002). The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 31*, 283–293. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00050.x>
- Hanafin, H. (2006). Surrogacy and gestational carrier participants. In S. H. Covington & L. Hammer Burns (Eds.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook For Clinicians* (pp. 370–386). Cambridge University press.
- Hargreaves, K., & Daniels, K. (2007). Parents dilemmas in sharing donor insemination conception stories with their children. *Children & Society, 21*, 420–431. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2006.00079.x>
- Harper, J. C., Kennett, D., & Reisel, D. (2016). The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Human reproduction, 31*(6), 1135–1140. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew065>
- Hudson, N., Culley, L., Rapport, F., Johnson, M., & Bharadwaj, A. (2009). 'Public' perceptions of gamete donation: A research review. *Public Understanding of Science, 18*, 61–77. <https://doi.org/10.1177/0963662507078396>
- Ilioi, E., Blake, L., Jadva, V., Roman, G., & Golombok, S. (2017). The role of age of disclosure of biological origins in the psychological wellbeing of adolescents conceived by reproductive donation: a longitudinal study from age 1 to age 14. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 58*(3), 315–324. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12667>
- Imrie, S., & Jadva, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive biomedicine online, 29*(4), 424–435. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.06.004>
- Indekeu, A., & Lampic, C. (2018). The interaction between donor-conceived families and their environment: parents' perceptions of societal understanding and attitudes regarding their family-building. *Human Fertility, 1*–10. <https://doi.org/10.1080/14647273.2018.1533256>
- Indekeu, A., Maas, A. J. B. M., McCormick, E., Benward, J., & Scheib, J. E. (2021). Factors associated with searching for people related through donor conception among donor-conceived people, parents, and donors: a systematic review. *F&S Reviews, 2*(2), 93–119. <https://doi.org/10.1016/j.xfnr.2021.01.003>
- Isaksson, S., Sydsjö, G., Skoog Svanberg, A., & Lampic, C. (2019). Managing absence and presence of child-parent resemblance: a challenge for heterosexual couples following sperm donation. *Reproductive biomedicine & society online, 8*, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2019.07.001>

- Ishii, T., & De Miguel Beriain, I. (2022). Shifting to a model of donor conception that entails a communication agreement among the parents, donor, and offspring. *BMC medical ethics*, 23(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00756-1>
- Jadva, V., Blake, L., Casey, P., & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human reproduction (Oxford, England)*, 27(10), 3008–3014. <https://doi.org/10.1093/humrep/des273>
- Jadva, V., & Imrie, S. (2014a). Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human reproduction (Oxford, England)*, 29(1), 90–96. <https://doi.org/10.1093/humrep/det410>
- Jadva, V., & Imrie, S. (2014b). The significance of relatedness for surrogates and their families, In F. Ebtehaj, S. Graham, M. Richards and T. Freeman (Eds.), *Relatedness in assisted reproduction: Families, origins, identities*. Cambridge University Press.
- Jadva, V., Imrie, S., & Golombok, S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human reproduction (Oxford, England)*, 30(2), 373–379. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu339>
- Jadva, V., Murray, C., Lycett, E., MacCallum, F., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human reproduction (Oxford, England)*, 18(10), 2196–2204. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg397>
- Kenney, N. J., & McGowan, M. L. (2010). Looking back: egg donors' retrospective evaluations of their motivations, expectations, and experiences during their first donation cycle. *Fertility and sterility*, 93(2), 455–466. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.09.081>
- Kirkman, M., Bourne, K., Fisher, J., Johnson, L., & Hammarberg, K. (2014). Gamete donors' expectations and experiences of contact with their donor offspring. *Human Reproduction*, 29(4), 731–738. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu027>
- Kirkman-Brown, J., Calhaz-Jorge, C., Dancet, E. A. F., Lundin, K., Martins, M., Tilleman, K., Thorn, P., Vermeulen, N., & Frith, L. [ESHRE Working Group on Reproductive Donation] (2022). Good practice recommendations for information provision for those involved in reproductive donation. *Human Reproduction Open*. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac001>
- Klitzman, R. (2016). Buying and selling human eggs: infertility providers' ethical and other concerns regarding egg donor agencies. *BMC Med Ethics* 17(71). <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0151-z>
- Kovacs, G. T., Wise, S., & Finch, S. (2015). Keeping a child's donor sperm conception secret is not linked to family and child functioning during middle childhood: An Australian comparative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55(4), 390–396. <https://doi.org/10.1111/ajo.12349>
- Lampic, C., Skoog Svanberg, A., Gudmundsson, J., Leandersson, P., Solensten, N-G., Thurin-Kjellberg, A., Wånggren, K. & Sydsjö, G. (2022). National survey of donor-conceived individuals who requested information about their sperm donor – experiences from 17 years of identity releases in Sweden. *Human Reproduction*, 37(3), 510–521. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab275>

- Lampic, C., Skoog Svanberg, A., & Sydsjö, G. (2014). Attitudes towards disclosure and relationship to donor offspring among a national cohort of identity-release oocyte and sperm donors. *Human reproduction (Oxford, England)*, *29*(9), 1978–1986. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu152>
- Lindblad, F., Gottlieb, C., & Lalos, O. (2000). To tell or not to tell - what parents think about telling their children that they were born following donor insemination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *21*(4), 193–203. <https://doi.org/10.3109/01674820009085588>
- Lorbach, C. (2003). *Experiences of donor conception: parents, offspring, and donors through the years*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Lutjen, P., Trounson, A., Leeton, J., Findlay, J., Wood, C., & Renou, P. (1984). The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*, *307*, 174–175. <https://doi.org/10.1038/307174a0>
- MacCallum, F., Golombok, S., & Brinsden, P. (2007). Parenting and child development in families with child conceived through embryo donation. *Journal of Family Psychology*, *21*(2), 278–287. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.278>
- MacCallum, F., & Keeley, S. (2008). Embryo donation families: A follow in middle childhood. *Journal of Family Psychology*, *22*(6), 799–808. <https://doi.org/10.1037/a0013197>
- Mac Dougall, K., Becker, G., Scheib, J. E., & Nachtigall, R. D. (2007). Strategies for disclosure: How parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes. *Fertility and Sterility*, *87*(3), 524–533. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.07.1514>
- McGee, G., Brakman, S., & Gurmankin, A. (2001). Gamete donation and anonymity: Disclosure to children conceived with donor gametes should not be optional. *Human Reproduction*, *16*(10), 2033–2036.
- Mulligan, A. (2022). Anonymous gamete donation and Article 8 of the European Convention on Human Rights: The case for incompatibility. *Medical Law International*, *22*(2), 119–146. <https://doi.org/10.1177/09685332221096210>
- Murray, C., MacCallum, F., & Golombok, S. (2006). *Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years*. *Fertility and Sterility*, *85*(3), 610–618. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.08.051>
- Nelson, M. K., Hertz, R., & Kramer, W. (2013). Making sense of donors and donor siblings: A comparison of the perceptions of donor-conceived offspring in lesbian-parent and heterosexual-parent families. *Visions of the 21st Century Family: Transforming Structures and Identities*, 1–42. [https://doi.org/10.1108/s1530-3535\(2013\)0000007004](https://doi.org/10.1108/s1530-3535(2013)0000007004)
- Nordqvist, P., & Smart, C. (2014). *Relative strangers. Family life, genes and donor conception*. Palgrave Macmillan.
- Ombelet, W., & Robays, J. V. (2010). History of human artificial insemination. *Obstetrics and Gynecology, Monograph*, 1-5.
- Opsenica Kostić, J. (2017a). *Novi životni stilovi i forme porodice*. Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu. Publikacija dostupna na: <https://izdanja.filfak.ni.ac.rs/monografije/2017/novi-zivotni-stilovi-i-forme-porodice>

- Opsenica Kostić, J. (2017b). Porodice nastale uz pomoć surogat materinstva. U G. Đigić (ur.), *Društvene nauke pred izazovima savremenog društva*, 417–426. Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu. Publikacija dostupna na: <https://izdanja.filfak.ni.ac.rs/zbornici/2017/drustvene-nauke-pred-izazovima-savremenog-drustva>
- Opsenica Kostić, J., Mitrović, M., & Panić, D. (2021). Egg Donation: Exploring Attitudes of Students Towards Donation. *Teme*, 45(1), 247–263. <https://doi.org/10.22190/TE-ME1910310470>
- Опсеница Костић, Ј., Панић, Д. и Митровић, М. (2019). У сусрет донирању гамета – ставови студената. У М. Крстић, Д. Станојевић, и М. Павићевић (ур.), *Психолошки, медицински и образовни аспекти добробити појединаца и група у процесу друштвене транзиције* (Тематски зборник), 147–170. Косовска Митровица, Филозофски факултет Универзитета у Приштини. <https://drive.google.com/file/d/1a1IZfX2Gd1vuFtLgEIDfcOwBKfNIkFgD/view>
- Owen, L., & Golombok, S. (2009). Families created by assisted reproduction: Parent-child relationships in late adolescence. *Journal of Adolescence*, 32(4), 835–848.
- Petronio, S. (1991). Communication Boundary Management: A Theoretical Model of Managing Disclosure of Private Information Between Marital Couples. *Communication Theory*, 1(4), 311–335. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.1991.tb00023.x>
- Petronio, S. (2002). *Boundaries of privacy: Dialectics of disclosure*. Albany: State University of New York Press.
- Purewal, S., & Van den Akker, O. B. (2009a). Attitudes and intentions towards volunteer oocyte donation. *Reproductive biomedicine online*, 19 Suppl 1, 19–26. [https://doi.org/10.1016/s1472-6483\(10\)60059-4](https://doi.org/10.1016/s1472-6483(10)60059-4)
- Purewal, S., & Van den Akker, O. B. (2009b). Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human reproduction update*, 15(5), 499–515. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp018>
- Practice Committee and the Mental Health Professional Group of the American Society for Reproductive Medicine (2021). Guidance on qualifications for fertility counselors: a committee opinion. Dostupno na: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(21\)00134-5/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(21)00134-5/fulltext).
- Pravilnik o državnom registru postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje* (2019). Službeni glasnik RS, 27/2019. <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/ministarstva/pravilnik/2019/27/13/reg>
- Rapport, F. (2003). Exploring the beliefs and experiences of potential egg share donors. *Journal of advanced nursing*, 43(1), 28–42. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02670.x>
- Readings, J., Blake, L., Casey, P., Jadv, V., & Golombok, S. (2011). Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive biomedicine online*, 22(5), 485–495. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2011.01.014>
- Sachs, P. L., & Hammer Burns, L. (2006). Recipient Counseling for Oocyte Donation. In S. H. Covington & L. Hammer Burns (Eds.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook For Clinicians* (pp. 319–338). Cambridge University press.

- Salama, M., Isachenko, V., Isachenko, E., Rahimi, G., Mallmann, P., Westphal, L. M., Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2018). Cross border reproductive care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (a systematic and critical review). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 35*(7), 1277–1288. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1181-x>
- Santos-Nunes, M., Narciso, I., Vieira-Santos, S., & Roberto, M. S. (2018). Adoptive parents' evaluation of expectations and children's behavior problems: The mediational role of parenting stress and parental satisfaction. *Children and Youth Services Review, 88*, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.044>
- Sauer, M. V., & Paulson, R. J. (1990). Human oocyte and preembryo donation: An evolving method for the treatment of infertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 163*(5), 1421–1424. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(90\)90599-3](https://doi.org/10.1016/0002-9378(90)90599-3)
- Scheib, J. E., Riordan, M., & Rubin, S. (2003). Choosing identity-release sperm donors: the parents' perspective 13-18 years later. *Human Reproduction, 18*(5), 1115–1127. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg227>
- Scheib, J. E., Riordan, M., & Rubin, S. (2005). Adolescents with open-identity sperm donors: Reports from 12-17 year olds. *Human Reproduction, 20*(1), 239–252. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh581>
- Scheib, J. E., & Ruby, A. (2008). Contact among families who share the same sperm donor. *Fertility and Sterility, 90*(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.058>
- Shapiro, D. B. (2018). Payment to egg donors is the best way to ensure supply meets demand. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 53*, 73–84. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.07.009>
- Shehab, D., Duff, J., Pasch, L. A., Mac Dougall, K., Scheib, J. E., & Nachtigall, R. D. (2008). How parents whose children have been conceived with donor gametes make their disclosure decision: Contexts, influences, and couple dynamics. *Fertility & Sterility, 89*, 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.02.046>
- Shelton, K. H., Boivin, J., Hay, D., Van den Bree, M. B. M., Rice, F. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2009). Examining differences in psychological adjustment problems among children conceived by assisted reproductive technologies. *International Journal of Behavioral Development, 33*(5), 385–392. <https://doi.org/10.1177/0165025409338444>
- Shenfield, F., Pennings, G., Cohen, J., Devroey, P., De Wert, G., & Tarlatzis, B. (2005). ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. *Human Reproduction, 20*(10), 2705–2707. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei147>
- Simons, E. G., & Ahuja, K. K. (2005). Egg-sharing: an evidence based solution to donor egg shortages. *The Obstetrician & Gynaecologist, 7*, 112–116. doi: <https://doi.org/10.1576/toag.7.2.112.27069>
- Söderström-Anttila, V., Sälevaara, M., & Suikkari, A. M. (2010). Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Human reproduction (Oxford, England), 25*(10), 2535–2542. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq194>
- Söderström-Anttila, V., Sälevaara, M., & Suikkari, A. M. (2010). Disclosure decisions in families with oocyte donation children born during a 15-year period. *Human Reproduction, 25*, 2535–2542. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq194>

- Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Human reproduction update*, 22(2), 260–276. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv046>
- Thorn, P. (2006). Recipient Counseling for Donor Insemination. In S. H. Covington & L. Hammer Burns (Eds.), *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook For Clinicians* (pp. 305–318). Cambridge University press.
- Thorn, P., & Daniels, K. (2007). Pro und Contra Kindesaufklärung nach donogener Insemination – Neuere Entwicklungen und Ergebnisse einer explorativen Studie [Arguments for and against information sharing in families created with the help of DI – Recent developments and the results of an exploratory study]. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 67, 993–1001. <https://doi.org/10.1055/s-2007-965582>
- Vangelisti, A. L., & Caughlin, J. P. (1997). Revealing Family Secrets: The Influence of Topic, Function, and Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(5), 679–705. <https://doi.org/10.1177/0265407597145006>
- Van Steirteghem, A. C., Van den Abbeel, E., Braeckmans, P., Camus, M., Khan, I., & Smits, J. (1987). Pregnancy with a Frozen–Thawed Embryo in a Woman with Primary Ovarian Failure. (1987). *New England Journal of Medicine*, 317(2), 113. <https://doi.org/10.1056/nejm198707093170210>
- We are Donor Conceived* (2019). Dostupno na: <https://www.wearedonorconceived.com/uncategorized/we-are-donor-conceived-2019-survey>.
- Yee, S., Blyth, E., & Tsang, A. K. T. (2011). Oocyte donors' experiences of altruistic known donation: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 404–415. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.611938>
- Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji* (2017). Službeni glasnik RS, 40/2017. <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2017/40/1>
- Zakon o ljudskoj oplodnji i embriologiji (Human Fertilisation and Embryology Act). Dostupno na: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/2022-01-27>

10. NEVOLJNO BEZ DECE⁹⁸

Jelena Opsenica Kostić

Jelena Opsenica Kostić

Najveći broj parova koji se suočava sa neplodnošću će ovo neprijatno životno iskustvo razrešiti uspešno: roditeljstvo će biti ostvareno kroz homolognu oplodnju, uz pomoć reproduktivnih donacija, surogat majki ili usvojenjem. Par se može i rastati, a partneri mogu postati roditelji u novim porodicama, biološkoj deci ili deci koju novi partner ima iz prethodne veze. Međutim, postoji i jedan broj parova koji ostaju zajedno, a da nameravano roditeljstvo nikada nije ostvareno. Oni se u naučnoj literaturi označavaju kao osobe nevoljno bez dece i (relativno malo) saznanja koja imamo o njima biće sumirana u tekstu koji sledi.

10.1. Učestalost

Ovaj kratak podnaslov je zadao prilično muke autoru. Namerno ne stoji 'prevalenca', iako bi, možda, imalo smisla upotrebiti i tu reč. Ako ništa drugo, podaci o učestalosti ovog stanja (životne okolnosti) nalaze se među podacima o neplodnosti, upravo kao prevalenca jednog od mogućih ishoda. Međutim, suština životne situacije nevoljno bez dece više nije vezana za probleme dobijanja dece, već za definitivnu nemogućnost dolaženja do željenog, planiranog potomstva, koju par priznaje (Lechner et al., 2007). To, iz različitih razloga, više nije medicinski problem koji se može rešavati tehnikama asistiranе reprodukcije. Takođe, par je odabrao i da ne ide putem ostvarivanja roditeljstva usvojenjem. Gledano iz ovog ugla, 'priča' o prevladavanju neplodnosti je završena. Parovi nevoljno bez dece prevladavaju činjenicu da će živeti svoj zajednički život bez potomstva i prilagođavaju se na tu okolnost – zato termin prevalenca deluje neadekvatno, jer se radi o dominantno psihosocijalnim izazovima. (A ne o biopsihosocijalnim, kao tokom perioda lečenja. Grubo rečeno, ovi parovi nisu, i ne treba dopustiti da budu, 'oboleli od nemanja dece'.) S druge strane, definitivna neplodnost i neplanirani život bez potomstva će sa ovim partnerima ostati do kraja života i svakako obeležiti njihov ži-

⁹⁸ U Republici Srbiji nije bilo psiholoških istraživanja vezanih za parove nevoljno bez dece, tako da ne postoji konsenzus u vezi sa nazivom, tj. u vezi sa prevodom engleskog termina involuntary childlessness. Postoje radovi domaćih demografa koji koriste termin 'nevoljna bezdetnost', npr. „Nerađanje dece može biti rezultat biološke nemogućnosti i tada se obično naziva nevoljnom bezdetnošću“ (Penev i Stanković, 2021). Iako je termin 'bezdetnost' suštinski tačan, čini se da je vrlo zasićen (opterećen) konotativnim značenjem i u ovom tekstu će biti izbegavan. Čitalac, kao i uvek, može i treba da razmisli da li se slaže sa autorom ili ne.

votni put, a zdravstveno stanje jeste na početku ove prekretnice razvoja (setite se teorije životnog toka Glena Eldera). Proces priznavanja (engl. acknowledgment) da je neplodnost definitivna i da je par nevoljno bez dece predstavlja tranziciju na suštinski drugačiju životnu putanju (trajektoriju), različitu od dotadašnje, a razvoj kreće u novom smeru, želeo to par ili ne. Termin prevalenca, koji je vezan za bolest, implicira i da će novi smer imati negativna obeležja, što ne mora da bude tako. Dakle, učestalost života nevoljno bez dece nije 'broj obolelih'. Procenjuje se da oko četiri procenta parova koji žele decu, uprkos napretku asistirane reprodukcije, ostane bez dece (Lechner et al., 2007; Karmon et al., 2017; Mascharenas, 2012; Rowland, 2007).

10.2. Šta znači biti nevoljno bez dece?

Nemanje dece (engl. childlessness) u društvu se sagledava na različite načine, ali svi oni podrazumevaju da se radi o negativnom fenomenu. Biti bez dece je, u očima okoline, „u najbolju ruku nesreća, u najgoru neodgovornost ili devijantnost“ (Monach, 1998, str. 1). Međutim, postoje razlike u percepciji parova koji su namerno bez dece (engl. voluntary childless) i onih koji su nevoljno bez dece (engl. involuntary childless). Prvi namerno krše norme pronatalizma utkane u društvene i individualne vrednosti, dok drugi ne uspevaju da ih dostignu. Parovi namerno bez dece su često stigmatizovani i ljudi teže da im pripisuju čitav niz mana (samo) na osnovu toga što ne žele decu (Opsenica Kostić, 2017). U jednom, sada već dosta starom eksperimentu, studentima su prezentovani kratki opisi parova, muškarca (Džim) i njegove žene (Rebeka) – opis sadrži podatke koliko dugo su venčani, koliko godina imaju, kako su se upoznali, gde žive (Lampman et al., 1995). Varijacije opisa odnosile su se na decu (imaju dece, nevoljno bez dece i namerno bez dece) i na status profesije (posao koji se obavlja sa niskim i visokim obrazovanjem). Nakon čitanja opisa, studenti su ocenjivali Džima i Rebeku posebno i zajedno, kao par, po nizu odlika (odabrano je 26 karakteristika, npr. srećan – nesrećan, usamljen – nije usamljen, uspešan – nespešan, pod stresom – nije pod stresom, pun ljubavi – nije pun ljubavi (engl. loving – not loving); ispitanici su slučajnim izborom svrstani u grupe i svako je čitao/procenjivao samo jedan opis). Istraživači su odlike sumirali u tri dimenzije: motivacija vezana za profesiju, nega (engl. care), i emocionalno zdravlje. Iako su istraživači bili fokusirani pre svega na procenu Džima i Rebeke kada su oni predstavljeni kao namerno bez dece, može se primetiti da je Džim bio procenjen kao značajno manje negujuć i u situaciji kada je namerno i kada je nevoljno bez dece, u odnosu na scenario u kojem je otac dvoje dece. Istraživači ovo ne kažu, ali nega je feminina osobina, i možemo pretpostaviti da ispitanici smatraju da ova odlika nije spontano prisutna kod muškarca/supruga, već da se javlja (tek) u odnosu sa decom. Procena motivacije u vezi sa poslom bila je gotovo podjednako povoljna i za opise nevoljno bez dece i za opise sa decom, ali je u opisu namerno bez

dece Džim bio procenjen kao značajno manje motivisan (Lampan et al., 1995). Nije bilo razlika u procenama Džimovog emocionalnog zdravlja u odnosu na 'imanje' dece. Jedan deo rezultata je vrlo sličan i za Rebeku, tj. za procenu žene: i ona je ocenjena kao visoko radno motivisana u opisima nevoljno bez dece i sa decom, za razliku od scenarija gde je namerno bez dece. Međutim, ona je, za ispitanike, bila podjednako negujuća u opisima gde ima decu i gde je nevoljno bez dece (a značajno manje negujuća ukoliko ne želi decu). O ovome možemo razmišljati, opet nezavisno od istraživača, na sledeći način: nega je feminina odlika, i to što je nevoljno bez dece ženi ne oduzima ovu osobinu. Ali, ukoliko je namerno bez dece, onda ispitanici, iako ništa u opisu ne ukazuje na to, takvu ženu smatraju manje negujućom (umanjuju njenu femininost). I, za razliku od muškarca, žena je procenjena kao manje emocionalno zdrava u situaciji nevoljno bez dece. Iz ovog poslednjeg istraživači zaključuju da je nemogućnost da se imaju deca percipirana kao veći stres za ženu nego za muškarca (Lampan et al., 1995).

Kada se par, koji je godinama lečio neplodnost, suoči sa činjenicom da su iscrpljene sve njima prihvatljive/dostupne opcije, često usledi izvesno olakšanje (Daniluk, 2001). Razlog za ovo rasterećenje je percepcija završetka jednog dugog i teškog procesa ispunjenog neizvesnošću – sada je tom procesu kraj, ishod je izvestan. S druge strane, period olakšanja obično ne traje dugo. Iako je lečenje neplodnosti bilo iscrpljujuće, dok je trajalo postojala je i nada da će par dobiti željeno biološko dete. Sada je jasno da 'san' o detetu neće postati stvarnost, a partneri osećaju distress zbog ovog gubitka. Iako se nije dogodila smrt, osobe nevoljno bez dece ipak prolaze kroz proces žalovanja za detetom koje je prestalo da bude moguća realnost (Daniluk, 2001). Ovo znači i da partneri nikada neće ući u ulogu roditelja. Ova 'tranzicija izazvana nedešavanjem' (engl. non-event transition, Koropatnick et al., 1993; prema Greil et al., 2010) jeste stanje koje je vrlo vidljivo sredini, tj. par činjenicu da je (nevoljno) bez dece ne može da sačuva za sebe. U razvijenim društvima dominantno je shvatanje da je (definitivna) neplodnost stanje para, bez obzira na to koji partner ne može da ima dece (Greil et al., 2010). Međutim, ni u razvijenim društvima ne mora da bude tako u svim slojevima i subkulturama. Par koji je nevoljno bez dece i partner koji je neplodan mogu biti izloženi različitim, manje ili više suptilnim pritiscima, u zavisnosti od toga kako kultura u kojoj žive gleda na neplodnost i kolika se važnost pripisuje dobijanju dece. I kod ove teme se suočavamo sa činjenicom da biti nevoljno bez dece neće u svim mestima i svim vremenima imati isto značenje. Ovi parovi će svakako biti prinuđeni da re-konstruišu svoje živote, ali na koji način – to će odrediti lične i kulturalne vrednosti i okolnosti življenja. Ovo je dobar trenutak da se podsetite teksta „Područja razvoja i smisao života” iz četvrtog poglavlja ove knjige. Nov, smisaon životni put je, verovatno, lakše izgraditi ukoliko kultura u kojoj osoba živi (visoko) vrednuje polje rada, odnosno ukoliko ovo polje nije tesno povezano sa odgajanjem dece. Međutim, ovo je samo pretpostavka jer nema sistematizovanih saznanja o parovima nevoljno bez dece u različitim kulturama.

Često citirano istraživanje iskustava parova nevoljno bez dece je longitudinalna studija Džudit Daniluk (Daniluk, 2001). Autorka na početku svog članka ističe da se vrlo malo zna (tako je ostalo i do danas) o značenju neplodnosti i biološke 'bezdetnosti' parova koji su prekinuli pokušaje dobijanja (biološkog) deteta. Takođe, malo se zna i o re-konstrukciji i pronalaženju novog značenja života, kao i o donošenju odluka za budućnost, nakon što nemogućnost prokreacije postane definitivna. Njena trogodišnja studija vođena je pitanjem: „Kako parovi shvataju svoju neplodnost i rekonstruišu svoje živote kada su suočeni sa konačnošću biološke nemogućnosti da dobiju dete?“ (Daniluk, 2001, str. 55). Odmah na početku treba reći da se radi o uzorku ispitanika iz razvijene zemlje – Kanade, da je većina ispitanika bila evropskog porekla (engl. Euro-Canadian, 94%), i da su svi imali bar završenu srednju školu⁹⁹. Ovo nikako ne umanjuje intenzivan rad autorke, jednostavno treba smestiti istraživanje u odgovarajući kulturni kontekst. I samo dolaženje do ispitanika (bilo) je izazovan zadatak. Autorka je istraživanje promovisala na klinikama za lečenje neplodnosti, putem novinskih članaka i intervjua koje je davala za medije. Da bi osobe koje su se javljale bile uključene u studiju trebalo je da ispune sledeće kriterijume: da su član neplodnog para; da nemaju biološku decu; da nisu imali intervenciju dobrovoljne sterilizacije, odnosno da aktuelno ne pokušavaju da povrate plodnost koje su se na taj način odrekli; da su nedavno prekinuli pokušaje da postignu trudnoću; i da nemaju istoriju psihijatrijskih problema. Studija je započela sa 42 para. Tokom sprovođenja istraživanja tri para su isključena jer se dogodila trudnoća (život jeste pun iznenađenja!), a dva para su se povukla jer su se rastali. Istraživanje je obavljeno kroz četiri ciklusa dubinskih polustrukturisanih intervjua, u kojima su učestvovala oba partnera. Pauza između istraživačkih ciklusa bila je deset meseci, a prvi intervju je sproveden u trenutku kada su od prestanka pokušaja da se postigne trudnoća prošla dva meseca (a onda i 12, 22, odnosno 32 meseca nakon prekida tretmana). Pre nego što prikažemo rezultate ovog kvalitativnog istraživanja, iznećemo deskriptivne podatke o uzorku, jer i oni opisuju iskustva parova koji su svoje lečenje neplodnosti završili neuspešno – bez biološke dece. Parovi su, u proseku, pokušavali da ostvare trudnoću sedam godina. Medicinske tretmane za lečenje neplodnosti imali su, u proseku, pet godina. Dijagnoze parova bile su sledeće: neobjašnjena neplodnost (engl. unexplained infertility) 54%, neplodnost muškarca 8%, neplodnost žene 31%, neplodnost i muškarca i žene 7%. Polovina parova (49%) pokušavala je vantelesnu oplodnju, a većina je uzimala hormonsku terapiju (83%). Značajan broj je imao brojne dijagnostičke procedure, kao što su laparoskopija i histeroskopija (67%). Zašto su ovi parovi prekinuli lečenje? Najčešće navođeni razlog jeste emocionalna iscrpljenost (50%), zatim zabrinutost za zdravlje (20%), uspešno usvojenje (15%), nedostatak finansijskih sredstava (15%) i napetost u partnerskoj vezi (10%). Interesantan je

⁹⁹ U originalu: high school education. (Onlajn) proverom kanadskog sistema školovanja može se videti da se high school ili secondary school završava sa 17 ili 18 godina, nakon čega je moguće nastaviti obrazovanje na univerzitetu.

podatak da je gotovo polovina parova usvojila dete do kraja studije – 46%, još parova se prijavilo za usvojenje (16%), a 38% parova je odlučilo da ostane bez dece.

Rezultati kvalitativne analize pokazuju da postoje mnoge slične teme u životu parova tokom životne tranzicije iz perioda lečenja neplodnosti u period prihvatanja steriliteta i pronalaženja novog životnog puta. Iz ugla razvojne psihologije, ovaj specifičan period u razvoju odraslih koji se suočavaju sa svojom ‘bezdetnošću’ je posebno pogodno predstaviti i razumeti u okviru teorije životnog ciklusa Pola Baltsa (naravno da je primenljiva i teorija Glana Eldera, pokušajte). Dok u narednim pasusima budete čitali o četiri meta-teme koje su izdvojene tokom četiri ciklusa intervju sa parovima, setite se regulacije gubitaka (ovde imamo selekciju izazvanu gubitkom) i pogleda na razvoj kao na efikasnu koordinaciju selekcije, optimizacije i kompenzacije. Dakle, fenomenološka iskustva parova koji su obustavili pokušaje da dobiju biološko dete i koji se prilagođavaju na stanje nevoljno bez dece, mogu se opisati kroz četiri sukcesivne teme (koje možemo shvatiti i kao stadijume): Nema dalje – ‘udarac u zid’; Obrada prošlih iskustava; Okretanje ka budućnosti; Obnavljanje (regeneracija), (na engleskom, u originalu: „Hitting the Wall”, „Reworking the Past”, „Turning Towards the Future” and „Renewal and Regeneration”; Daniluk, 2001).

Nema dalje – ‘udarac u zid’¹⁰⁰. Parovi mogu obustaviti svoje pokušaje da dobiju dete iz različitih razloga: neuspešni medicinski tretmani i/ili nepostojanje (njima prihvatljivih) opcija za dalji tretman, nedostatak emocionalnih i/ili finansijskih resursa da se nastavi dalje, ili kombinacija ovih elemenata. Bez obzira na to koji je razlog za odustajanje od daljih pokušaja, dominantno iskustvo parova u prvih deset meseci jeste ‘udar u zid’, dolaženje do tačke sa koje nema gde dalje da se ide. Na početku ovog perioda događa se izvesno olakšanje koje je pomenuto na početku poglavlja. Osobe osećaju da su konačno sišle sa vrteške emocija koju su dugi niz godina okretali medicinski tretmani i neuspešni pokušaji začeca. Sada se čini kao da su dobile svoj život nazad. Međutim, pored ovog osećaja rasterećenosti, odvija se i težak proces tranzicije u neželjeno stanje. Do trenutka ‘udaranja u zid’ po pitanju lečenja neplodnosti i pokušaja ostvarivanja trudnoće, status plodnosti para je bio neodređen, nekonačan. Kako piše piše Artur Grejl, sociolog koji se bavio neplodnoću (i koji ima lično iskustvo neplodnosti i usvojenja), parovi tokom perioda lečenja nisu plodni (jer trudnoće nema), ali ni neplodni (jer nade ima), oni su ‘još uvek ne u drugom stanju’ (Greil, 1991). Međutim, sada je došao trenutak suočavanja sa činjenicom da je neplodnost konačna, a ne privremena. Dugogodišnji naponi usmereni na dobijanje deteta su, vrlo verovatno, iscrpeli par i fizički i emocionalno, tako da mnogi nemaju snage da se usmere na nešto drugo. Odnosno, u ovom periodu nije jasno šta bi to ‘drugo’ moglo biti. Tu je i osećanje

¹⁰⁰ Opisi ove i narednih faza dati su na osnovu članka “Rekonstrukcija života: longitudinalna kvalitativna analiza tranzicije u biološku bezdetnost neplodnih parova” (Daniluk, 2001; originalni naslov “Reconstructing Their Lives: A Longitudinal, Qualitative Analysis of the Transition to Biological Childlessness for Infertile Couples”).

bespomoćnosti da se uradi nešto u cilju rešavanja problema. Za neke ispitanike/parove postati roditelj je bio izuzetno važan životni cilj, oni su i stupili u brak zbog formiranja porodice. Nemogućnost dobijanja dece može značajno uzdrmati percepciju sebe, partnera i zajedničkog života. Jedan ispitanik je objašnjavao koliko je njemu i ženi roditeljstvo bilo značajno, kako su (oduvek) sagledavali sebe kao roditelje i sada, kada je jasno da se to neće dogoditi, on se pita: „Ko sam ja sada i ko je moja žena i da li smo mi stvarno porodica – da li možemo da budemo to bez dece?” (Daniluk, 2001, str. 442). Drugi ispitanik se pita da li ima smisla biti u braku ako je (biološko) roditeljstvo neostvarivo. U ovom periodu parovi mogu da se povuku iz (nekih) socijalnih kontakata, jer osećaju da nemaju dovoljno zajedničkog sa svojim prijateljima, vršnjacima koji imaju dece. U narativima ispitanika je prepoznat i nedostatak informacija i modela (uzora) koji bi pokazali kako se može živeti srećan i ispunjen život bez dece. Rečima ispitanika iz para koji se pripremao i tako što je nabavljao i čitao knjige o roditeljstvu: „Mogli bismo da napunimo ovu sobu knjigama o tome kako biti roditelj, a misim da ne bih mogao da nađem ni jednu jedinu ovde u biblioteci o tome kako biti srećan bez dece” (Daniluk, 2001, str. 442; konkretno iz ovog narativa (na engleskom) ne može se zaključiti da li govori muškarac ili žena).

Obrada prošlih iskustava. Ovo faza definisana je na osnovu intervjuja sprovedenih deset meseci nakon prvih razgovora, odnosno dvanaest meseci nakon obustave daljih pokušaja da se dobije dete. Kako autorka piše, ovo je period kada „emocionalna prašina počinje da se sleže” i parovi obrađuju svoja prošla iskustva (Daniluk, 2001, str. 442). Osobe u ovom periodu iz novog ugla sagledavaju sebe, svoja ponašanja i doživljavanja, tokom prošlih godina lečenja, razmišljaju o značajnoj ličnoj, socijalnoj i materijalnoj ceni svojih napora da ostvare biološko roditeljstvo. „Bili smo očajni... negde smo prešli od ‘želimo da imamo svoje dete’ do ‘želimo da imamo dete po svaku cenu...’” (Daniluk, 2001, str. 442). Parovi prepoznaju da je period lečenja bio period njihovog potpunog fokusiranja na tretman, sa vrlo malo kontrole nad sopstvenim životom, sa mnogo poslušnosti i poverenja u autoritet lekara. Neki prepoznaju da nisu imali snage da zaista razmišljaju o svojim odlukama i procesu svog lečenja, kao da su bili na ‘auto-pilotu’. „...nismo ni shvatali šta radimo niti smo mnogo razmišljali o tome, kao da bi to razmišljanje bila kap koja bi prelila čašu...” (Daniluk, 2001, str. 442). Kao da su postojali ‘neki’ periodi vremena između pregleda i tretmana, ispunjeni ‘ničim’, jer ništa nije moglo da dođe do izražaja u poređenju sa pokušajima da se ostvari trudnoća. Ova obrada prošlih iskustava je često uključivala ljutnju prema lekarima, jer su parovi osećali da su im pružane lažne nade, da lekari sa njima nisu bili iskreni u pogledu realnih šansi za ostvarivanje trudnoće. Parovi takođe osećaju ljutnju i prema drugim roditeljima koji su uzimali svoje roditeljstvo ‘zdravo za gotovo’ ili koji zanemaruju i zlostavljaju svoju decu. Mnogi parovi su bili ljuti na sebe jer su propustili druge mogućnosti produžavajući lečenje, pre svega ranije uključivanje u proces usvojenja. Oni koji su bili religiozni preispitali su svoja uverenja o Bogu i pravednosti. Prema proceni istraživača, parovi u ovom periodu počinju da prihva-

taju svoj identitet člana neplodnog para, mada još uvek nisu sigurni šta to znači za njih. Oni pokazuju veliku želju da ostave period lečenja za sobom, ali često ne znaju kako da ostvare završnicu, da zaokruže taj period svog života (engl. closure) i krenu napred.

Okretanje ka budućnosti. Ovo je treći period, intervjui sprovedeni gotovo dve godine nakon obustave lečenja (22 meseca). Tek sada parovi imaju ponašanja i doživljavanja koji nisu reakcije na prošlost i neuspešne tretmane, već življenje života u okolnostima koje su im date – nevoljno bez dece. „Pošto su povratili deo svoje energije i sa većom distancom od svojih neuspešnih prokreativnih napora, većina parova je pokazala spremnost da razmotre buduće životne scenarije osim biološkog roditeljstva” (Daniluk, 2001, str. 443). Životni putevi kojima su kretali parovi uključivali su život trajno bez dece (engl. permanent childlessness), druge opcije roditeljstva, i investiranje energije u kreativne, generativne aktivnosti, kao što su hobiji, karijera, edukacija, volonterski rad. Neki parovi su promenili životne izbore koji su bili vezani za obezbeđivanje uslova života za dete/decu, na primer: rizikovali su davanje otkaza i započinjanje sopstvenog posla, prodavali kuće u kojima je bilo više spavaćih soba i selili se u manje prostore za stanovanje i u druge delove grada, ne vodeći se više idejom da je ispravna životna odluka/opcija ona koja je najbolja za odgajanje dece. Mnogi ispitanici su osećali da sada imaju vremena i potrebe da se okrenu sebi i svom odnosu sa partnerom. Oni parovi koji su bili vrlo posvećeni svojoj željenoj i planiranoj ulozi roditelja, sada su „bili u stanju da odbace čvrsto kulturološko uverenje da biološko roditeljstvo ima primat i pokazali su spremnost da prošire svoj referentni okvir izvan tradicionalnih predstava o porodici” (Daniluk, 2001, str. 443). Većina parova govorila je i o sve intenzivnijem osećaju ravnoteže, kontrole i ličnih granica u svom životu. Za mnoge osobe prihvatanje sebe (kao neplodne osobe) bilo je ključni element za održivu, pozitivnu viziju budućnosti. „[...] ja ću i dalje biti dobra osoba, i dalje ću biti ispunjena i naš brak će i dalje biti vrlo srećan. Mi nemamo dece. Ja sam udata nemajka [...] i to je ono što jesam. Pored drugih stvari, ja sam i mnoge druge stvari koje su važnije” (Daniluk, 2001, str. 444).

Međutim, Daniluk navodi da je važno primetiti da je za neke parove pomirenje sa životom bez biološke dece i konstrukcija uravnotežene, poželjne budućnosti težak proces. Ovo je posebno bilo teško u dva tipa životnih situacija. Jedna je ukoliko par ima različite želje u vezi sa opcijama (roditeljstva) koje postoje, npr. ukoliko jedan želi usvojenje, a drugi ne. Drugi tip situacija u kojima se okretanje ka (pozitivnoj) budućnosti nije događalo je kada osobe ne mogu da prihvate ni usvojenje ni život bez dece, kada uopšte ne mogu da zamisle drugačiji životni put. Osobe koje ne uspeju da se okrenu ka budućnosti mogu imati ozbiljan depresivni afekat i psihosomatske tegobe.

Obnavljanje (regeneracija). Poslednji set intervjua sproveden je 32 meseca nakon obustave pokušaja da se dobije dete. U tom trenutku većina ispitanika se osećala značajno prijatnije u vezi sa sobom i svojim partnerskim odnosom. Istraživačica smatra da su parovi povratili osećaj samoefikasnosti, da prepoznaju da su prošli kroz

jedno izuzetno teško životno iskustvo i „preživeli ga”, kao osobe, kao par, uprkos stresu i nevoljama (Daniluk, 2001). Lečenje pripada prošlosti, a parovi žive budućnost ka kojoj su se otvorili u prethodnom periodu. „Nismo mi zaboravili sve to, ali smo prošli kroz to, završili sa tim i sada kada je sve gotovo živimo za sadašnjost, ne nosimo sa sobom taj teret koji nam zaista nije potreban. Prošli smo toliko toga zajedno i to nas je ojačalo. Preživeli smo infertilitet... to smo mi – preživeli (engl. survivors)” (Daniluk, 2001, str. 444). Bilo je još narativa u kojima su ispitanici posebno isticali da ih je prevladavanje neplodnosti spojilo kao par, da imaju osećaj da mogu da prevladaju sve, kada su prevladali jedno takvo iskustvo/period života. Nešto drugačijim rečima, partnerska veza je za ove parove izvor najveće socijalne podrške, takođe prema narativima ispitanika. Pored toga, ispitanici veruju i da ih je iskustvo prevladavanja i prihvatanja neplodnosti značajno izmenilo. „Kada smo odlučili da nećemo imati dece mislio sam (ili mislila sam) da ćemo biti isti kao što smo bili... ali nismo” (Daniluk, 2001, str. 444). Novi period života bez dece se ne razlikuje samo po tome što deca nisu prisutna u partnerskom životu. Parovi imaju različite aktivnosti u odnosu na prethodni period (a i u odnosu na planove iz prethodnog perioda), različite prijatelje, drugačiji život. Ovo se već moglo nazreti u prethodnoj fazi, kada su ispitanici prestali da donose doluke vođeni idejom o dobijanju i odgajanju dece. „Pošli smo potpuno drugačijim putem – i to je u redu” (Daniluk, 2001, str. 444). Pošto su integrisali (svoju) neplodnost u svoj identitet, ispitanici su osećali i značajno manje stida i nelagodnosti u socijalnim interakcijama u kojima se ova i srodne teme javljaju. Mnogi su se angažovali na edukaciji sredine u vezi sa neplodnošću, u borbi za prava i za podršku parovima koji prevladavaju neplodnost, koji su neplodni ili koji žele da usvoje dete. U procesu konstruisanja (novog) značenja sopstvenog života, većina parova je pripisivala neku svrhu i samoj neplodnosti. To se najbolje vidi u narativima parova koji su usvojili decu, u smislu da su oni potrebni toj deci koliko i deca njima, da ih je spojila neplodnost i omogućila to dragoceno iskustvo formiranja porodice i odgajanja deteta. Ispitanici su, nezavisno od usvojenja, smatrali da je neplodnost svakako značajno i formativno iskustvo, ali da to više nije centar njihovih života. Jedan od čestih negativnih efekata neplodnosti, medicinskih pregleda i intervencija, koji je ostajao u životu ispitanika, jeste manjak spontanosti i intimnosti u seksu. Svoju ulogu je ovde svakao odigrala i asocijacija seksa sa neuspehom, sa nemoćnošću začeca, a ne sa obostranim zadovoljstvom i intimnošću, kao u periodu pre saznavanja za neplodnost i pre lečenja. Još jedan značajan nalaz, koji vas verovatno neće iznenaditi, jeste da su oni parovi koji su odabrali i sproveli rešenje svog budućeg porodičnog života bili zadovoljniji životom generalno – ovo su parovi koji su usvojili decu i oni koji su rešili da ostanu bez dece. U odnosu na njih, manje zadovoljni su bili parovi koji su čekali na usvojenje, kao i oni koji još uvek nisu postigli saglasnost oko toga koja opcija će biti ‘njihova’ (u ovoj poslednjoj grupi su na kraju istraživanja bila tri para, od ukupno 37). Neizvesnost, u slučajevima prijave za usvojenje, i nerazrešena važna životna pitanja, kod parova koji nisu postigli dogovor, svakako ne doprinose pozitivno osećaju subjektivnog blagostanja. Najviše distresa primećeno je kod parova koji su bili podeljeni po pitanju usvajanja deteta, a izvori neslaganja i otpora bili su različiti. To nije samo sumnja u želju za odgajanjem deteta koje nije biološki njihovo,

već i strah od ulaženja u (još jedan) težak proces, strah da usvojenje neće biti odobreno, da će nešto u vezi sa tim procesom poći naopako. Ovo nisu parovi koji zaista predstavljaju ovu četvrtu temu – obnavljanje, jer ne uspevaju da sprovedu adekvatnu završnicu situacije u kojoj su se našli i da krenu dalje. Neke osobe iz ove grupe su preispitivale održivost svog braka u svetlu različitih vrednosti i želja. Na početku ove teme pomenuto je vraćanje osećaja samoeфикаsnosti i ono je vrlo značajno za uspešno razrešenje krize i prilagođavanje na život nevoljno bez dece, koja god opcija da je izabrana. Odnosno, osećaj kontrole nad životom je izuzetno važan, ali je podjednako važno da oba partnera imaju istu viziju životnog puta. Kao ilustraciju ove ideje, koja je zajednička za većinu ispitanika, Daniluk navodi izjavu žene iz para koji je odlučio da se neće okrenuti alretnativnim načinima za ostvarenje roditeljstva: „Stvar je upravo u izboru... da znaš da imaš izbor i da tvoj partner podržava taj izbor... to je najvažnije na svetu” (Daniluk, 2001, str. 446).

Nalazi ovog, do danas jedinstvenog, longitudinalnog kvalitativnog istraživanja parova nevoljno bez dece pokazuju da je tranzicija u ‘biološku bezdetnost’ poseban, drugačiji proces u odnosu na prevladavanje stresa povezanog sa lečenjem neplodnosti i ponavljanim neuspesima tretmana (Daniluk, 2001). Ovi parovi su tokom godina lečenja imali neizbežne, rutinske interakcije sa plodnim svetom oko sebe (npr. rođake i prijateljice u drugom stanju, prijatelji koji dobijaju decu) i prilagođavali su svoj identitet tom plodnom svetu, određujući sebe kao nekog ko još uvek nije postigao trudnoću (Daniluk, 2001; Greil, 1991; Opsenica Kostić & Mitrović, 2022; Verhaak et al., 2007). Sada, kada nade za ostvarenje biološkog roditeljstva više ne postoje, parovi su suočeni sa novim izazovnim procesom – sa (re)konstrukcijom identiteta koji uključuje (definitivnu) neplodnost. Ovo nije samo pitanje ličnog identiteta, već i redefinisavanje, odnosno identifikovanje para kao neplodnog. Tranzicija u period života kada par ostaje nevoljno bez biološke dece zahteva novu viziju sebe i budućeg života. Ovo može biti pravi ‘šok za identitet’ (engl. ‘identity shock’, Matthews & Matthews, 1986; prema Daniluk, 2001), a parovi će proći kroz proces vraćanja, obnavljanja i rekonstrukcije selfa (engl. ‘reclaiming the self’, Daniluk, 2001). Kao što istraživanje pokazuje, potreban je duži vremenski period da bi se parovi oporavili od bolnih iskustava. Ali je oporavak svakako moguć. U diskusiji nalaza pominje se nešto vrlo interesantno, tema koja pripada *Obradi prošlih iskustava* i tiče se specifičnog nerazumevanja, nesenzitivnosti (nekih) osoba iz okoline. Parovi koji su istrajavali u svojim pokušajima da dobiju dete bili su frustrirani time što su ih neke osobe smatrale sebičnim ili ih sagledavale kao nekog ko pati od ‘biološkog narcizma’ (Daniluk, 2001, str. 446), zbog toga što ne žele da se okrenu usvajanju dece ili čak konkretno zbog toga što ne žele da budu usvojitelji dece sa posebnim potrebama (ukoliko je teško doći na red za usvajanje zdrave dece, a jeste teško). I osobe koje odluče da nastave život bez dece mogu biti, s vremena na vreme, suočavane sa percepcijom drugih da pate od biološkog narcizma. Pri tom su ti drugi, po pravilu, osobe koje nikada nisu imale iskustva sa teškoćama sa začecem, niti potrebe da ozbiljno razmatraju, za sebe, druge opcije roditeljstva osim biološkog.

Kao ograničenja sprovedene studije autorka sama ističe selekcionirani uzo-

rak (Daniluk, 2001, str. 447). Bilo je vrlo malo etničkih i socioekonomskih varijacija među ispitanicima: oni su dobro obrazovani belci, pripadnici srednje ili više srednje klase, parovi čiji je partnerski odnos izdržao stres neplodnosti. „lako se čini da ovo jeste karakteristični sociodemografski profil ispitanika koji traže medicinski tretman neplodnosti [...], ipak nije manje važno shvatiti da tranzicija u biološku bezdetnost možda nije ista za osobe iz etničkih i kulturalnih okvira u kojima je fertilitet još više vrednovan ili u kojima ima malo alternativnih opcija za ostvarenje roditeljstva ili malo drugih dostupnih uloga” (koje može preuzeti odrasla osoba; Daniluk, 2001, str. 447).

Što se tiče implikacija za psihološko savetovanje, sami parovi i autorka istraživanja ističu prvi period, *Nema dalje – 'udarac u zid'*, kao vreme u kojem je emocionalna i psihološka podrška posebno potrebna (Daniluk, 2001). Pored toga, podrška je potrebna onima koji su ušli u novi (dug i neizvestan) proces – usvojenje, kao i onima koji još uvek ne mogu da odrede svoj roditeljski status. Parovi koji su učestvovali u studiji su isticali da je im vrlo značajno kada su drugi ljudi voljni da ih saslušaju sa empatijom i bez osuđivanja. Mnogi ispitanici su izrazili zahvalnost Džudit Daniluk što ih je uključila u istraživanje i pružila im priliku da podele svoja doživljavanja sa objektivnom osobom koja ostavlja utisak da joj je zaista stalo do njihovih iskustava.

Na kraju treba pomenuti da se u nekim tekstovima može pročitati da je za neplodne parove i hraniteljstvo jedan od načina dolaženja do deteta. Ova tvrdnja je vrlo diskutabilna. Parovi kroz hraniteljstvo mogu zadovoljiti potrebu za odgajanjem, za negovanjem dece, ali oni na ovaj način *ne* dobijaju *svoje* dete, ne proširuju svoju porodicu i to im mora biti jasno. Dete se iz hraniteljske porodice može vratiti u svoju primarnu porodicu ili može biti usvojeno. Tačno je da u nekim slučajevima deca odrastu i dočekaju punoletstvo uz svoje hranitelje, ali parovi nevoljno bez dece ne treba da ulaze u hraniteljstvo sa takvom nadom, jer mogu doživeti veliko razočarenje. Knjiga Džejsma Monaha, čiji bi naslov mogli slobodno prevesti kao *Bez dece, bez izbora* (u originalu *Childless: No choice*; Monach, 1996), upravo počinje njegovim opservacijama iz vremena kada je radio kao socijalni radnik zadužen za hraniteljstvo. Kratko rečeno, Monah je sretao mnoge neplodne parove motivisane potrebom da dobiju dete za svoju porodicu. On primećuje da ovakva motivacija nije kompatibilna sa samom suštinom hraniteljstva, gde hranitelji treba da dele brigu o deci, koja je često privremena, sa biološkim roditeljima i sa lokalnom službom za socijalni rad. „Mnogi od ovih parova su došli sa teretom ljutnje i bola jer ne uspevaju da ostvare začecje, a izgleda da mnogi drugi ljudi oko njih to jednostavno i prirodno postižu” (Monach, 1996, str. 2). Ova ljutnja se može pojačati kada budu suočeni sa činjenicom da je i proces usvojenja dug i neizvestan. Okretanje hraniteljstvu u ovakvim okolnostima nije pozitivan ishod u razvoju. Naravno, parovi nevoljno bez dece mogu biti (sjajni) hranitelji, ali samo ako su razrešili svoja negativna osećanja i ako je hraniteljstvo zaista njihova autentična vizija budućnosti i način obnavljanja.

Zaključak

Oko četiri procenta parova koji žele decu ostane bez (biološke) dece. Iako društvena sredina parove nevoljno bez dece ne osuđuje kao parove koji su namerno bez dece, ipak ih posmatra kao nekog ko nije ispunio važne društvene norme – norme fertiliteta, i stoga jeste devijantan. Suočavanje sa konačnom biološkom neplodnošću i tranzicija u život bez biološke dece je dug i složen proces, tokom kojeg je neophodna emocionalna podrška parovima, koja svakako može biti i neformalna. Međutim, da bi osobe iz društvene mreže neplodnih parova mogle da pruže adekvatnu podršku, potrebna je edukacija javnosti i o ovom ishodu prevladavanja neplodnosti.

Literatura

- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development, 79*(4), 439–449. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01991.x>
- Greil, A. L. (1991). *Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary America*. Rutgers University Press.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness, 32*(1), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Lechner, L., Bolman, C., & Van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction, 22*(1), 288–294. <https://doi.org/10.1093/humrep/del327>
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoe, I, S. Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOSMED, 9*(12), e1001356. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356> PMID:23271957
- Monach, J. H. (1998). *Childless: no choice. The experience of involuntary childlessness*. Routledge.
- Karmon, A., Hailpern, S. M., Neal-Perry, G., Green, R. R., Santoro, N., & Polotsky, A. J. (2011). Association of ethnicity with involuntary childlessness and perceived reasons for infertility: baseline data from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Fertility and sterility, 96*(5), 1200–1205.e1. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.08.039>
- Opsenica Kostić, J., & Mitrović, M. (2022). Identifying women with psychological problems during the in vitro fertilization process: the Psychological Evaluation Test (PET). *Facta Universitatis: Philosophy, Sociology, Psychology and History, 21*(2), 87–100. <https://doi.org/10.22190/FUPSPH22020870>
- Penev, G. i Stanković, B. (2021). Bezdetnost fertilnih žena u Srbiji iz demografske perspektive. *Stanovništvo, 59*(2), 1–22. <https://doi.org/10.2298/STNV200902002P>

- Rowland, D. T. (2007). Historical Trends in Childlessness. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1311–1337. <https://doi.org/10.1177/0192513X07303823>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2006). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>

REGISTAR POJMOVA

- Aktivno slušanje 168, 171, 203, 211, 212, 216
- Alternativni oblici roditeljstva 10, 202, 213, 214, 215, 225, 327, 346
- Anksioznost 10, 22, 25–27, 32, 33, 35, 36, 103–105, 107, 109, 110–113, 115, 121, 124, 127, 132, 137, 139, 147, 167, 187, 189, 190, 192, 205, 206, 208, 221, 232, 244, 274, 275, 287, 314, 318, 323
- Asertivna komunikacija 171, 203, 207, 211, 212, 216, 219
- Biološki sistem funkcionisanja 55–58, 62, 69
- Biopsihosocijalni fenomen 197, 222, 252
- Bračna prilagođenost 166–169, 172, 174, 206
- Bračni benefit 165, 167, 169, 174, 201
- Ciklični model neplodnosti 32, 33, 36
- Deinstitucionalizacija/destandardizacija/
/destabilizacija društvenih uloga
76, 77, 82, 90
- Depresija, depresivnost, simptomi depresije
22, 25–27, 30, 31–33, 36, 87, 101,
103–106, 109, 110–113, 115, 121,
125–127, 132, 133, 136, 137, 145, 183,
187, 189, 190, 201, 206, 227, 244, 300,
314316, 318, 320, 323, 324, 327, 343
- Dijadni koping 169, 204
- Doživljaj tela 117, 118,
- Dupli ABC-X model 166
- Egzosistem 67, 68, 89, 272
- Ekološke tranzicije 68, 69
- Emocije 10, 27, 62, 63, 70, 71, 102–112,
121, 124, 126, 133, 134, 137, 139,
141, 142, 147, 166–174, 182–191,
199–203, 205, 208–220, 223, 231,
235, 240, 244, 248, 249, 250, 276,
286, 300, 341
- Emocionalni rolerkoster 108, 210, 211,
246
- Evropsko društvo za humanu
reprodukciju i embriologiju (ESHRE)
63, 126, 183, 224, 226, 240, 281, 285,
299, 304, 308, 309, 311
- Faktori rizika 12, 13, 14, 16, 32, 145, 147
- FertiQol (Fertility Quality of life) 125, 126,
127, 128, 129, 130
- Grupe podrške 29, 135, 199, 203, 249,
292
- Grupna kohezija 200, 208, 221
- Gubitak 27, 28, 83–85, 87, 88, 89, 96,
101–103, 111, 113, 116, 129, 137,
144, 170, 171, 184–186, 188, 208,
211, 213, 225, 230, 234, 270, 284,
308, 325, 328, 339, 341
- Hronosistem 69
- Identitet 10, 22, 27, 28, 52, 58, 64, 74, 75,
90, 101, 106, 113–120, 144, 147,
184, 218, 273, 280, 283, 286, 288,
298, 308, 342, 344, 345
- Idiopatska neplodnost 21, 23, 24, 112
- Intrauterina inseminacija (IUI) 112, 123,
124, 128, 269
- Kognitivno-biheviorna terapija (KBT),
kognitivno-biheviorni pristup,
kognitivno-biheviornalne grupe 186,
189, 199, 200, 201
- Kontinuitet naspram diskontinuiteta
razvoja 60

Kontrolabilnost 108, 138, 141
 Kovoditeljski par 207, 221
 Krivica 9, 10, 22, 26, 27, 101, 102, 103, 111, 121, 134, 144, 184, 244, 273, 300
 Kriza 27, 61, 63, 71, 74, 75, 78, 81, 86, 93, 95, 101, 103, 104, 119, 132, 147, 148, 165, 166, 171, 172, 174, 181, 189, 197, 199, 202206, 210, 211, 213, 214, 216, 218, 219, 221, 224, 226, 228, 230, 249, 252, 309, 345
 Kvalitet braka 165, 318
 Kvalitet života 10, 31, 107, 120–131, 137, 139, 141, 142, 145, 147, 187, 191, 201, 238, 249

 Makrosistem 67, 68, 90, 94, 95, 271, 272
 Maskulinitet, maskulino 22, 52, 53, 118, 249
 Medicinska podrška, medicinska pomoć 9, 12, 116, 198, 222, 240
 Mezosistem 67, 81
 Mikrosistem 66, 67, 69, 70
 Model naučnik-praktičar 247, 248
 Model psihogene neplodnosti 21, 22, 23, 24, 26, 28, 35
 Model psiholoških konsekvenci neplodnosti 26–29, 33, 36, 192
 Model psihoterapeutskog ishoda 247
 Model selektivne optimizacije sa kompenzacijom 87
 Motivacija za roditeljstvo 49, 50–53, 94, 144, 173, 208, 320

 Nacionalno udruženje za neplodnost Resolve 27, 199
 Negativan afektivitet 103, 106, 109, 110
 Nevoljno bez dece 85, 95, 96, 326, 337, 338341, 343, 345–347
 Normativni i idiografski razvoj 58, 61

 Odraslo doba u nastajanju 57, 74, 79
 Odustajanje od tretmana 25, 30, 31, 112, 113, 146, 170, 221, 230
 Osnovna psihosocijalna briga 224
 Osoba-proces-kontekst model 69
 Osoba-proces-kontekst-vreme model 69, 70

 Partnerstvo 57, 75, 79, 168, 323
 Podrška partnera 138, 165, 169, 172, 174, 204, 213, 214, 218
 Podsticajne karakteristike 69, 70
 Posttraumatski rast 142
 Pozitivan afektivitet 103, 106, 109, 110, 134
 Prevalencija neplodnosti 11, 12, 16, 145
 Primarna neplodnost 11
 Pristup usmeren na pacijenta 238, 239
 Proksimalni procesi 69-71
 Psihodinamska psihoterapija 184, 185, 193
 Psihoedukativne grupe 199, 203
 Psihogeni neplodnost 21, 22-24, 26
 Psihološka podrška 29, 30, 182, 183, 193, 197, 198, 203, 213, 226, 230–233, 240, 246, 346
 Psihološko savetovanje 122, 181, 220, 222, 245, 300, 301, 321, 324, 346
 Psihološki sistem funkcionisanja 62
 Psihoterapija 21, 29, 30, 102, 181, 182, 184, 185, 191, 193, 245
 Principi teorije životnog toka 80
 Pronatalizam 28, 79, 144, 338

 Razvojna psihologija 55, 56, 83
 Razvojne promene 55, 56, 57, 86
 Razvojni zadaci 55, 73, 78, 90
 Razgovor o sličnostima 283–285
 Reproductivna medicina 89, 224, 229, 235, 237, 239, 241, 304
 Reproductivna trauma 129
 Reproductivni (fertilitetni) turizam 269, 314
 Rešena neplodnost 11
 Rezilijentnost 84, 142, 143, 145–147, 166, 183

 Samopoštovanje 26, 27, 36, 101, 102, 107, 114–120, 132, 134, 142, 147, 184, 185, 191, 192, 314
 Saosećajni zamor 228
 Sekundarna neplodnost 11, 16, 124, 126
 Sindrom izgaranja 223, 241, 244, 246
 Sistemi odnosa 66
 Smisao života 90-95

Socijalna podrška 29, 106, 126, 131–135,
137, 140, 143, 147
Socijalna putanja 79
Socijalni sistem funkcionisanja 61
Stabilnost braka 53, 165
Stid 64, 81, 105, 106, 134, 183, 281, 286,
300, 344
Stil života 9, 25, 145
Strategije prevladavanja stresa 28, 101,
137, 142, 145–147
Stres povodom neplodnosti 133, 172,
174, 206, 225, 227, 248
Subjektivno blagostanje 10, 29, 50, 95,
120, 121, 276, 308, 324, 328
Surogacija, surogat majke 267, 312–324

Temelji partnerskog odnosa 215
Teorija ekoloških sistema (ekološka
teorija ljudskog razvoja) 64–72
Teorija životnog toka 72–82
Teorija životnog ciklusa 83–90
Terapija prihvatanja i posvećenosti (ACT)
189–191
Tuga, tugovanje 10, 27, 32, 101–105,
107, 108, 110, 111, 113, 115, 121,
126, 147, 173, 181, 186, 190, 249,
300, 301, 302

Usvojenje 24, 45, 50, 105, 115, 225, 267,
279, 303, 325–327

„Velikih pet“ socijalnih uloga 76, 77, 274
Vršnjačko mentorstvo 182

Zajedništvo 168, 169
Zadovoljstvo brakom 130, 165, 316
Zadovoljstvo poslom 92, 222
Završni fertilitet 14

Milica Mitrović
Jelena Opsenica Kostić
Jovana Jestrović Enser
KADA RODA NEĆE DA SLETI:
PSIHOLOŠKI ASPEKTI NEPLODNOSTI (drugo izdanje)

Izdavač
FILOZOFSKI FAKULTET
UNIVERZITETA U NIŠU

Za izdavača
Prof. dr Natalija Jovanović, dekanica

Koordinatorica Izdavačkog centra
Doc. dr Sanja Ignjatović, prodekanica za naučnoistraživački rad

Lektura
Snežana Božić

Tehničko uredništvo
Owen Gent (Dizajn korice)
Linija projekt (Prelom)
Izdavački centar (Digitalizacija)

Format
17 x 24 cm

Tiraž
45 primeraka

Štamparija
SCEROPRINT Niš

Niš, 2024.

ISBN-978-86-7379-657-4

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

159.9:612.663
316.644:612.663

МИТРОВИЋ, Милица, 1980-

Kada roda neće da sleti : psihološki aspekti neplodnosti /
Milica Mitrović, Jelena Opsenica Kostić, Jovana Jestrović
Enser. - 2. izd. - Niš : Filozofski fakultet Univerziteta, 2024
(Niš : Scero print). - 351 стр. : tabelle ; 24 cm

Tiraž 45. - Napomene i bibliografske reference uz tekst. - Bibli-
ografa uz svako poglavlje. - Registar.

ISBN 978-86-7379-657-4

1. Опсеница Костић, Јелена, 1976- [аутор]
2. Јестровић Енсер, Јована, 1990- [аутор]

- а) Неplодност -- Психолошки аспект
- б) Неplодност -- Друштвени аспект

COBISS.SR-ID 156549641