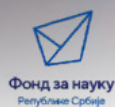


PROGRAM PSIHOLOGIJSKE PODRŠKE OSOBAMA KOJE SE SUOČAVAJU SA NEPLODNOŠĆU

InsideMe



**Milica Mitrović, Mila Guberinić, Nikola Ćirović, Jelena
Opsenica Kostić, Ivana Janković, Miljana Spasić Šnele,
Milan Trenkić**

**PROGRAM PSIHOSOCIJALNE PODRŠKE OSOBAMA KOJE
SE SUOČAVAJU SA NEPLODNOŠĆU *InsideMe***



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

Operativna urednica
Dr Maja D. Stojković

Recenzenti
Prof. dr Bojana Cvejić
Prof. dr Dragana Stanojević
Doc. dr Snežana Svetozarević

Milica Mitrović
Mila Guberinić
Nikola Ćirović
Jelena Opsenica Kostić
Ivana Janković
Miljana Spasić Šnele
Milan Trenkić

**PROGRAM PSIHOLOGIJSKE PODRŠKE OSOBAMA KOJE SE
SUOČAVAJU SA NEPLODNOŠĆU *InsideMe***



Filozofski fakultet u Nišu
2024.



Фонд за науку
Републике Србије

Priručnik je pripremljen uz podršku Fonda za nauku Republike Srbije, u okviru projekta broj 1568, Kriza identiteta žena koje se suočavaju sa neplodnošću: Mešoviti metodološki pristup – InsideMe

SADRŽAJ

Neplodnost – problem savremenog čoveka	7
Zašto neplodnost izaziva krizu?	8
Psihološke posledice neplodnosti	12
Kratak pregled modela pružanja psihosocijalne podrške osobama koje se suočavaju sa infertilitetom	15
Projekat InsideMe	17
Program psihosocijalne podrške InsideMe.....	21
Struktura grupe i dinamika susreta	21
Inicijalni intervju	24
Prvi susret: Moja reproduktivna priča	26
Drugi susret: Emocije – boje mog života	28
Treći susret: Mislim i samo postojim	30
Četvrti susret: Ja i drugi	33
Peti susret: Vrednosti kao putokaz života	36
Korišćena literatura	43



Neploidnost – problem savremenog čoveka

Tema neplodnosti sve češće je predmet kako naučnih istraživanja, tako i razmatranja i debata stručnjaka i praktičara ne samo u oblasti medicine, već i u oblasti mentalnog zdravlja. Upadljiva je pojava da učestalost javljanja osoba za psihoterapijsku i psihološku pomoć zbog problema mentalnog zdravlja izazvanih neplodnošću dostiže učestalost drugih psihičkih problema. Rasprostranjenost neplodnosti najbolje ilustruju brojke koje pokazuju da je 48.5 miliona parova širom sveta pogođeno ovim problemom (Verkuijen et al., 2016). Stoga je neplodnost prepoznata od strane WHO (World Health Organisation) kao problem javnog zdravlja širom sveta (Boivin et al., 2007). Medicinska definicija neplodnosti podrazumeva da i nakon 12 meseci redovnih nezaštićenih seksualnih odnosa izostaje začecje (Anderson et al., 2003). Međutim, naučna saznanja pokazuju da je neplodnost više od medicinskog stanja i dijagnoze (Hart, 2002). Ovaj problem predstavlja nerazvojnu, biopsihosocijalnu krizu, što upućuje na neophodnost uključivanja stručnjaka različitih struka i integrisanja psihološkog savetovanja i podrške u postupak lečenja neplodnosti (Van den Broeck et al., 2010). Ovo je prepoznala pre četrdesetak godina medicinska sestra Barbara ek Mening (Menning, 1980), opisujući emocionalne reakcije parova na neplodnost i insistirajući na dostupnosti psihološke podrške osobama koje se suočavaju sa ovim problemom. Pre svega, infertilitet je izjednačila sa krizom, zbog poremećaja psihološke ravnoteže usled stresnog događaja, koji je preteći, teško je rešiv u bliskoj budućnosti, prevazilazi adaptacione kapacitete i strategije prevladavanja stresa osobe, predstavlja ozbiljnu pretnju po ciljeve koje osoba ima i može reaktivirati nerešene probleme iz prošlosti. Ukazala je da se kod osoba javlja specifična reakcija koja je slična reakciji na gubitak i smrt i koju čini grupa osećanja koja se uvek javljaju istim redosledom – šok ili iznenađenje, poricanje, ljutnja, izolacija, krivica i tuga. Shodno prethodno navedenom, Mening je insistirala na edukaciji medicinskog osoblja, u okviru koje bi bili obučeni za pružanje osnovne psihološke podrške pacijentima. Upravo rad Barbare ek Mening predstavlja tačku preokreta, tj. promene u načinu sagledavanja psihološkog faktora, odnosno psiholoških problema u kontekstu neplodnosti (Boivin & Gameiro 2015; Gameiro & Boivin, 2017).

Interesovanje za psihološki aspekt neplodnosti javilo se još tridesetih godina prošlog veka. Prvi model koji razmatra psihološke faktore u kontekstu neplodnosti jeste Model psihogene neplodnosti (Van Balen, 2002). Zastupnici ovog modela smatrali su da psihološki faktori predstavljaju jedine ili jedne od dominantnih etioloških faktora neplodnosti. Krajem

dvadesetog veka u prvi plan dolazi Model psiholoških konsekvenci prema kome su genetski, somatski ili traumatski faktori etiološki faktori neplodnosti, dok su psihološki problemi kao što su depresivnost, anksioznost i stres zapravo posledice neplodnosti. Van Balen kao treći model predlaže Ciklični model neplodnosti prema kome je neplodnost izazvana somatskim faktorima, ali njene psihološke konsekvence kao što su stres, depresivnost i anksioznost aktiviraju ili pojačavaju dejstvo somatskih mehanizama, koji ostvaruju negativan efekat na plodnost.

Zašto neplodnost izaziva krizu?

Da bismo odgovorili na pitanje ***Zašto neplodnost izaziva krizu?*** neophodno je da se u par rečenica osvrnemo na razvojne promene i odraslo doba. Razvojne promene tiču se ispunjavanja, odnosno neispunjavanja razvojnih zadataka jednog uzrasnog perioda (APA Dictionary of Psychology; Jerković i Zotović, 2010). Kod odojčadi i dece, razvojne promene su povezane sa sazrevanjem organizma, pa je ideja o razvoju kroz univerzalne promene koje se odvijaju kroz tačno određene razvojne faze primenljivija za ovaj period života. Međutim, kada je u pitanju odraslo i staro doba, postalo je jasno da univerzalnih razvojnih faza nema, pa samim tim ni univerzalnog seta razvojnih zadataka. Iz tog razloga, mnoga pitanja u vezi sa ovim razvojnim periodom još uvek su bez odgovora. Jedno od pitanja tiče se i trajanja odraslog doba, tačnije perioda ulaska u odraslo doba (Opsenica Kostić, 2023). Pokušaji preciznijeg određenja ovog perioda života, doveli su do pojave novog razvojnog perioda – odraslo doba u nastajanju, koje obuhvata period od završetka adolescencije do dvadeset devete godine (ranije je gornja granica bila 25. godina, ali je ova granica pomerena na 29 godina) (Arnett, 2015; Opsenica Kostić, 2017). Da bi mlada osoba ušla u „stabilno odraslo doba” potrebno je da, tokom odraslog doba u nastajanju, ispuni određene zadatke koji se tiču braka, roditeljstva i profesionalnog angažmana (Arnett, 2015). Dakle, početak odraslog doba je trideseta, a kraj je šezdeset peta godina i oko gornje hronološke granice postoji konsenzus. Unutar granica odraslog doba očekuju se određene razvojne promene koje bivaju pokrenute biološkim, psihološkim i socijalnim sistemima (Opsenica Kostić, 2023).

Procesi koji se odvijaju u biološkom sistemu relativno su nezavisni od uticaja osobe, osim kroz životni stil. Tokom odraslog doba se ne očekuju problemi sa fiziološkim funkcionisanjem. Međutim, neplodnost „remeti” razvojne promene pokrenute biološkim sistemom. Ukoliko se osvrnemo na već pomenutu (medicinsku) definiciju neplodnosti i na ono što je biološki

očekivano u ovom periodu života, dolazimo do zaključka da se parovi koji se suočavaju sa neplodnošću suočavaju sa (biološkom, zdravstvenom) pojavom/problemom koja pogađa nezanemarljiv broj ljudi i nad kojom imaju vrlo malo ili nikakve kontrole (Opsenica Kostić, 2023).

Sledeći sistem koji bitno određuje razvoj kroz pokretanje razvojnih promena jeste socijalni sistem. Ovaj sistem obuhvata društvene uloge, socijalnu podršku, kulturu, socijalna očekivanja, uticaje subkultura, religiju, obrasce komunikacije, načine funkcionisanja porodice, političku ideologiju i tip države (Newman & Newman, 2011). Odrastajući u određenom socijalnom sistemu osoba dobija i usvaja poruke o tome kada treba stupiti u brak, dobiti decu, zaposliti se, otići u penziju, odnosno osoba usvaja vremenski raspored važnih životnih događaja (Opsenica Kostić, 2023). Socijalni sistem ne samo da usmerava naš razvoj tako što nudi jasne putokaze, već nam nudi referentni okvir tumačenja i razumevanja pojava, koji je zajednički pripadnicima jednog društva. Jedna od smernica u skoro svim društvima koja u većini slučajeva zagovaraju pronatalizam jeste roditeljstvo. Roditeljstvo se predstavlja kao poželjna i veoma značajna društvena uloga, posebno za ženu, koju je potrebno ostvariti tokom odraslog doba. Infertilitet i socijalni kontekst na više načina su povezani. Već je navedeno da neplodnost predstavlja, pre svega, medicinski problem – postoji dijagnoza (šifra bolesti) koju postavlja lekar; neplodnost leči lekar specijalista ginekologije i akušerstva. Međutim, medicinski sociolozi napominju da su zdravlje i bolest objektivno nemerljiva stanja, već društveno konstruisane kategorije. Samim tim, neplodnost se može najbolje razumeti kao društveno konstruisan proces koji pomaže osobama da svoju nemogućnost da imaju decu prepoznaju kao problem, da odrede prirodu tog problema i da odrede svoje dalje delovanje po pitanju tog problema. Naime, bez obzira na medicinsku definiciju i dijagnostičke kriterijume neplodnosti, parovi sebe neće smatrati neplodnim dok ne prihvate roditeljstvo kao poželjnu društvenu ulogu. Pored toga, neplodnost predstavlja problem koji nadilazi par u smislu da pogađa širu porodicu i celokupnu zajednicu. Neplodnost predstavlja odsustvo željenog stanja, a ne prisustvo simptoma, i predstavlja problem sa više rešenja (usvajanje, doniranje gameta itd.), a ne sa jednom opcijom – lekom (Greil et al., 2011). Dakle, socijalni sistem, kao što je već navedeno, nudi smernice i referentni okvir za razumevanje i doživljaj neplodnosti.

Svi procesi koji se odvijaju u okviru socijalnog sistema ostvaruju efekat na osećaj socijalnog identiteta i socijalne integracije. Suočena sa neplodnošću u socijalnom kontekstu koji potencira roditeljstvo kao poželjnu ulogu, i sama vođena sopstvenom motivacijom da postane

roditelj, osoba se susreće sa izazovom (re)definisanja sebe kao odrasle osobe, kao i sa nalaženjem svog mesta u društvenoj zajednici i novim načinima socijalne integracije. Posebno je važno imati u vidu posledice neplodnosti po uključenost osobe u socijalni sistem (razmena interakcija osobe sa prijateljima, partnerom, porodicom, rođacima, kolegama).

Suočavanje sa neplodnošću može biti uspešno i u većini slučajeva jeste. Promene koje neplodnost sa sobom nosi ne moraju nužno biti loše, ali moramo biti svesni veličine rizika koje one potencijalno nose za adaptivno funkcionisanje, pa samim tim i za razvoj, što ilustruju upravo oni pojedinci koji samostalno ne uspevaju da razreše nastalu krizu i kod kojih se manifestuju lakša ili teža psihopatološka ispoljavanja (Opsenica Kostić, 2023). Razmatranje individualnih razlika u reakciji na neplodnost vodi nas do trećeg sistema – psihološkog sistema. Psihološki sistem podrazumeva psihičke procese ključne za osmišljavanje i davanje značenja iskustvu, kao i za preduzimanje akcije (Newman & Newman, 2011). Promene izazvane neplodnošću u prethodna dva sistema – biološkom i socijalnom, mogu dovesti do promena u odvijanju procesa u psihološkom sistemu. Javiće se promene u emocijama, motivaciji, samoregulaciji, kapacitetima za rasuđivanje, rešavanje problema, učenje itd.

Dakle, neplodnost izaziva odstupanje od očekivanih promena koje pokreću biološki, socijalni i psihološki sistem i donosi promene koje nisu svojstvene svim osobama i imaju potencijal da ometaju razvoj (Opsenica Kostić, 2023). Sve navedeno predstavlja pokušaj argumentacije da neplodnost predstavlja biopsihosocijalnu krizu, te je razumljivo zašto Evropsko društvo za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE) ovaj problem upravo i određuje na ovaj način (Van den Broeck et al., 2010).



Psihološke posledice neplodnosti

Razmatranje psihološkog sistema u prethodnom delu dovelo nas je do zaključka da neplodnost izaziva značajne promene u odvijanju procesa ovog sistema. Najčešće razmatrane promene i posledice koje neplodnost ima po psihološki sistem jesu posledice u domenu emocija i doživljaja sebe, pri čemu je potpuno očekivano da promene u ovim procesima dovode do promena u ostalim poput motivacije, mišljenja, samoregulacije itd. Već je pomenuta reakcija na neplodnost koju je identifikovala Menning (Menning, 1980) kod parova koji se suočavaju sa infertilitetom i koja podrazumeva set emocija koje se pojavljuju istim redosledom kod svih – šok ili iznenađenje, poricanje, ljutnja, izolacija, krivica i tuga. O sličnim stanjima i emocijama izveštavaju i drugi autori – ljutnja, bespomoćnost, krivica, depresivnost, sniženo samopoštovanje, doživljaj nekompetentnosti, gubitka kontrole, izolovanosti, intenzivan stres i anksioznost (Ara et al., 2022; Burns, 2005; Greil, 1997; Greil et al., 2011; McQuillan et al., 2003; Verkuijlen et al., 2016; Wischmann et al., 2001). Pojedini autori kao najproblematičnije ističu doživljaj gubitka kontrole nad sopstvenim životom, pri čemu osoba postaje apsolutno posvećena rešavanju problema neplodnosti uz nenamerno zanemarivanje ostalih životnih domena (Cousineau & Domar, 2007).

Uobičajeno je stanovište da su žene u većoj meri pogođene ovim problemom. Ovome pre svega doprinosi činjenica da su medicinske procedure i tretman neplodnosti neprijatnije, zahtevnije i komplikovanije za žene, nego za muškarce (Jordan & Revenson, 1999). U brojnim istraživanjima veliki procenat žena (svaka druga ili treća žena) koje se suočavaju sa neplodnošću, ovaj problem procenjuje kao 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). Ovo ne iznenađuje s obzirom na to da se žena tradicionalno smatra za reprodukciju odgovornim partnerom (Greil et al., 2011). Čak i u situaciji kada par ne može da dobije potomstvo zbog problema koji muškarac ima, u mnogim društvima se ipak žena smatra odgovornom (Wischmann & Thorn, 2013). Međutim, bez obzira na stav društva, istraživanja pokazuju da su reakcije muškaraca iste ili slične reakcijama žena u situacijama kada je u pitanju muška neplodnost. I kod muškaraca i kod žena je prisutan osećaj neadekvatnosti i nedovoljnosti, kao i doživljaj gubitka identiteta (Abdollahpour et al., 2022; Pozza et al., 2019).

Veliki broj studija ispitivao je nivo anksioznosti i distresa kod osoba sa problemom infertiliteta, međutim, nalazi ovih studija nisu saglasni. Pojedine studije pokazuju da je anksioznost povišena kod osoba sa ovim problemom

u odnosu na osobe bez problema sa infertilitetom (Kahyaoglu Sut & Balkanli Kaplan, 2014; Mitrović et al., 2021; Schaller et al., 2016), čak i u odnosu na osobe sa hroničnim bolestima poput HIV-a, kancera, kardiovaskularnih bolesti itd. (Kainz, 2001), dok u pojedinim studijama ovakvi nalazi nisu potvrđeni (Baldur-Felskov et al., 2013; Rostad et al., 2014). Istraživanje sprovedeno u Srbiji pokazuje da je kod žena u postupku vantelesne oplodnje (VTO) prisutan viši stepen negativnog afektiviteta u odnosu na grupu žena bez problema sa fertilitetom (Mitrović et al., 2021). Na osnovu rezultata pojedinih studija mogu se izvesti sledeći zaključci kada su anksioznost i stres u pitanju: viši nivo anksioznosti i distresa registruje se kod parova koji su u prvom ciklusu lečenja (VTO, inseminacija); parovi sa više krugova tretmana izveštavaju da je nivo stresa i anksioznosti bio najveći u prvom i poslednjem krugu; žene su češće anksiozne/pod stresom i doživljavaju viši intenzitet anksioznosti i stresa u odnosu na muškarce; anksioznije su one osobe koje imaju anksioznog/u partnera/partnerku; najčešća dijagnoza kada je reč o anksioznim poremećajima u grupi osoba sa problemom neplodnosti je generalizovani anksiozni poremećaj i ova dijagnoza je značajno više zastupljena u grupi osoba sa ovim problemom u odnosu na opštu populaciju (Chen et al., 2004; Chiaffarino et al., 2011; Csemiczky et al., 2000; Epstein & Rosenberg, 2005; Eugster & Vingerhoets 1999; Reis et al., 2013; Wichman et al., 2011).

Kada je reč o depresivnosti i tugovanju, na osnovu rezultata studija, moguće je izvesti sledeće zaključke: poremećaji raspoloženja (pre svega se misli na depresiju) skoro da su uobičajeni kod muškaraca i žena uključenih u postupak VTO; za razliku od anksioznosti, depresivnost je najniža u prvom ciklusu lečenja; žene izveštavaju da se u većoj meri osećaju tužno u vezi sa ovim problemom u odnosu na muškarce; žene će otvoreno izražavati tugu i pričati o tome sa ljudima u okruženju, dok će muškarci radije izbegavati da ispolje svoje emocije i pričaju o njima, uz tendenciju da preuzimaju ulogu smirenog partnera, a sve to u cilju pružanja podrške svojim partnerkama, i to oni identifikovani sa ulogom muškarca zaštitnika (Abbey, 2000; Domar et al., 1992; Hudson & Culley, 2013; Reis et al., 2013; Volgsten et al., 2008; Jaffe & Diamond, 2010, prema Wischmann & Thorn, 2013).

Analizom istraživanja na temu psiholoških posledica infertiliteta Dunkel-Šeter i Lobel (Dunkel-Schetter & Lobel, 1991) identifikovale su sledeće posledice: emocionalne posledice (tugovanje/depresija, ljutnja/frustracija, krivica, šok/poricanje i anksioznost), gubitak kontrole (gubitak kontrole nad aktivnostima, telom, emocijama i nemogućnost predviđanja i planiranja budućnosti u skladu sa životnim ciljevima), posledice po samopoštovanje, identitet i uverenja (gubitak

samopoštovanja, doživljaj neadekvatnosti, problemi i promene identiteta i promene u pogledima na svet) i posledice po socijalno funkcionisanje (posledice po bračne odnose i bračno zadovoljstvo, po seksualno funkcionisanje i teškoće u socijalnim interakcijama, promene u odnosima sa osobama u okruženju, usamljenost, stid).

Autorke (Dunkel-Schetter & Lobel, 1991) pominju probleme i promene u identitetu, tj. u doživljaju sebe. Prilikom razmatranja teme identiteta i samopoštovanja treba imati u vidu da su ovi konstrukti produkti međusobne interakcije psihološkog i socijalnog sistema, te su zapravo uticaji socijalnog konteksta ključni u promenama doživljaja sebe kao psihološkog procesa. Na osnovu rezultata istraživanja koja su ispitivala promene u identitetu i samopoštovanju kod osoba sa problemom infertiliteta izvode se sledeći zaključci: žene neplodnost doživljavaju kao direktan udarac na sopstveni identitet, što je praćeno osećajem neadekvatnosti i neostvarenosti u ulozi žene. Ovo ne iznenađuje jer majčinstvo u većini kultura predstavlja suštinu identiteta žene, njenu dominantnu ulogu. U tom kontekstu, neplodnost osujećuje formiranje normativnog identiteta. Žene usled poteškoća u začecu doživljavaju sebe kao neplodne, čak i onda kada se od lekara dobije informacija da je u pitanju problem kod muškarca. I kod žena i kod muškaraca problem sa infertilitetom je praćen padom samopoštovanja, koje je niže u odnosu na osobe bez ovog problema. Pritom, žene koje se suočavaju sa neplodnošću imaju niže samopoštovanje u odnosu na muškarce sa ovim problemom. Pojedine žene izveštavaju o doživljaju nepotpunosti, odsutnosti, praznine, odvojenosti i izolovanosti u odnosu na druge ljude. Interesantno je da su istraživači u kontekstu neplodnosti ispitivali kako se doživljaj tela generalizuje na self – od neuspešnog tela, tela kao pokvarene, razbijene mašine, tela koje ne sluša do neadekvatnog, neuspešnog selfa (Alamin et al., 2020; Anderson et al., 2003; Edelman & Connolly, 2000; Malina & Pooley, 2017; Pasch et al., 2002; Todorova & Kotzeva, 2006; Williams, 1997), jer je **telo amblem selfa** (Greil, 2002). Sve ovo Greil (Greil, 2002) objašnjava self-stigmom nastalom kroz internalizaciju društvenih normi i očekivanja, iz čega proizilazi doživljaj ovih žena da nisu uspele da ostvare standard normalnosti. Najvažnije je napomenuti da je kod nekih muškaraca i žena ugrožen osećaj potpunosti i zrelosti. Roditeljstvo u većini društava predstavlja ulazak u odraslo doba, pa osobe koje se suočavaju sa problemom neplodnosti mogu doživeti ozbiljnu krizu identiteta (Alamin et al., 2020; Clarke et al., 2006).

Kratak pregled modela pružanja psihosocijalne podrške osobama koje se suočavaju sa infertilitetom

Najpre ćemo napraviti kratak pregled nekih značajnih modela pružanja psihosocijalne podrške osobama koje se suočavaju sa infertilitetom. Treba imati u vidu i da su se modeli pružanja psihološke pomoći menjali i razvijali od modela fokusiranog na tugovanje do programa usmerenih na edukaciju, tj. sticanje znanja i veština. Menjao se, samim tim, i način angažovanja psihologa i ostalih stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja – od angažovanja radi selekcije parova koji će biti uključeni u VTO, preko širenja polja delovanja stručnjaka za mentalno zdravlje, do edukacije medicinskog osoblja radi pružanja osnovne psihološke podrške i pomoći (Gameiro & Boivin, 2015).

Pokretač svih ovih promena i usmeravanja pažnje na složenost ovog problema, čiji se psihološki aspekti ne mogu zanemarivati, bio je rad već pomenute Barbare ek Mening (Menning, 1980). Ona osniva prve grupe podrške na polju infertiliteta i poziva žene koje se suočavaju sa neplodnošću da dele iskustva, što predstavlja značajan korak za uključivanje psihološke podrške u tretman neplodnosti. Širom sveta se kasnije pokreću grupe podrške u kojima članovi grupe (najčešće žene) dele svoju bol, borbu, saznanja sa ciljem smanjivanja izolovanosti i usamljenosti i unapređenja strategija prevladavanja stresa i povećanja mogućnosti posttraumatskog rasta (Cavington, 2006). Dalji razvoj grupnog pristupa podrazumevao je razvijanje različitih formi i njihovu realizaciju u različitim kontekstima – od domova zdravlja i bolnica, preko odeljenja i centara za lečenje steriliteta do privatne prakse stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja (Jestrović Enser, 2023). Bez obzira na tip grupe, ciljevi zajednički za sve programe su sledeći: podrška koju pružaju članovi grupe jedni drugima, smanjenje distresa i osećaja izolovanosti, jačanje strategija prevladavanja i razmena informacija (Zaki & Rabinor, 2022).

Može se postaviti i pitanje zašto prednost dati radu u grupi umesto individualnom tretmanu. Opšti zaključak stručnjaka koji su primenjivali grupnu psihoterapiju jeste da grupa može biti moćni agent promene. Grupe pomažu ljudima da se adaptiraju i modifikuju svoje ponašanje, što posledično vodi u povećanje blagostanja (Cavington, 2006). Kada je reč o infertilitetu, rezultati istraživanja Boivinove (Boivin, 2003) pokazuju da najuspešnije intervencije imaju izraženu edukacionu komponentu, tj. podrazumevaju edukaciju i trening veština, kao i da je najuspešniji pristup – rad u grupi. Grupa omogućava članovima validaciju i normalizaciju osećanja i iskustva, nudi strukturu i mesto za usvajanje veština. Imajući sve prethodno navedene argumente u vidu, odlučili smo da se program psihosocijalne



Projekat InsideMe

Projekat ***Kriza identiteta žena koje se suočavaju sa neplodnošću: Mešoviti metodološki pristup – InsideMe*** je projekat finansiran od strane Fonda za nauku Republike Srbije. Tim projekta čine nastavnici i saradnici Filozofskog i Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu. Rukovodilac projekta, prof. dr Jelena Opsenica Kostić i članovi tima prepoznali su svoje zajedničko profesionalno interesovanje za temu neplodnosti. Preciznije, fokus interesovanja ovog projektnog tima su psihološke posledice infertiliteta čija sinergija, kao što je i razmatrano u prethodnom tekstu, može dovesti do krize identiteta – krize u doživljavanju sebe kao odrasle osobe, u doživljavanju partnerske veze i celokupne svrhe života i životnih vrednosti. Tim projekta InsideMe želeo je da kroz mešoviti metodološki pristup naučno precizno izmeri pojedine posledice suočavanja sa problemom neplodnosti, tačnije iskustva žena koje se nalaze u ovakvoj životnoj situaciji i da zatim kroz integraciju naučnih saznanja osmisli jasne smernice za rad profesionalaca koji se bave ovom grupom ljudi. Naime, jedan od ciljeva projekta jeste izrada konceptualnog modela potencijalnih rizika razvoja krize identiteta kod žena koje se suočavaju sa neplodnošću. Dalje, na osnovu takvog modela planirana je izrada programa psihosocijalne podrške, programa edukacije medicinskog osoblja i materijala za edukaciju šire javnosti. Fond za nauku Republike Srbije prepoznao je značaj predviđenih ishoda projekta, kako za nauku, tako i za praksu, stoga je odlučeno da projekat InsideMe bude među onima kojima je odobreno finansiranje u okviru konkursa IDENTITETI. Najznačajniji doprinos projekta struci biće program psihosocijalne podrške, koji će psiholozima dati jasne smernice za rad sa osobama koje prevladavaju neplodnost.

Republika Srbija je u proteklim godinama učinila krupne korake po pitanju dostupnosti tehnika asistiranе reprodukcije svojim građanima. Međutim, dostupnost medicinske nege i lečenja nije ispraćena dostupnošću psihološke podrške u oblasti ne/plodnosti. Mišljenja smo da je obaveza društva koje brine o svim svojim članovima obezbeđivanje

¹ Ovo nije prvi strukturisani program psihološke podrške osobama koje se suočavaju sa neplodnošću. Program za podršku parovima koji se suočavaju sa sterilitetom – 3PS predstavlja u Srbiji prvi empirijski zasnovan program. Više o programu u Jestrović Enser (2023). Podrška stručnjaka – primena psiholoških znanja u pomoći pojedincima i parovima koji se suočavaju sa neplodnošću U M. Mitrović, J. Opsenica Kostić, i J. Jestrović Enser (2023). ***Kada roda neće da sleti: Psihološki aspekti neplodnosti*** (str. 197–265), Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu.

biopsihosocijalne podrške osobama koje se suočavaju sa neplodnošću. U mnogim zemljama širom sveta, timovi za pružanje podrške osobama sa infertilitetom sačinjeni su od medicinskog osoblja, ali i stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, psihologa, savetnika u oblasti fertiliteta. Osnovni cilj projektnog tima InsideMe jeste podizanje svesti o potrebi psihološke podrške tokom lečenja neplodnosti, koja vodi održanju i unapređenju psihološkog blagostanja osoba koje prevladavaju neplodnost. Naša vizija je uključivanje psihologa u rad timova na svim klinikama. Naši ciljevi su obezbeđivanje smernica za rad kolegama koji će biti članovi tih timova. Za Republiku Srbiju ovo će biti značajan pomak u brizi za zdravlje građana i u borbi za veće stope fertiliteta, jer je psihološki pritisak vrlo čest razlog za odustajanje od tretmana.

Pre predstavljanja programa psihosocijalne podrške osobama koje se suočavaju sa neplodnošću, iznećemo sažet prikaz nekih od najznačajnijih nalaza istraživanja sprovedenih u okviru projekta i zaključaka koji iz njih proizilaze, a koji su nam poslužili kao smernice u osmišljavanju programa. Nalazi su sledeći

- Neplodnost postaje centralni problem kojem se prilagođavaju svi ostali aspekti života i kod pojedinih osoba, glavna determinanta u doživljaju sebe uz zanemarivanje ostalih životnih vrednosti, ambicija, postignuća i interesovanja. Majčinstvo se veoma visoko vrednuje, do te mere da se izjednačava sa smislom života, te neplodnost kod nekih žena dovodi do doživljaja nekompetentnosti, neispunjenosti i praznine.
- Suočavanje sa ovim problemom kod nekih žena vremenom dovodi do osećanja manje vrednosti u poređenju sa ženama koje imaju decu. Ovo ukazuje na postojanje self-stigme koja se vezuje za infertilitet i koja se uočava kod izvesnog broja žena koje se suočavaju sa ovim problemom. Self-stigma dovodi do toga da se žene osećaju inferiornije u odnosu na druge osobe jer ne mogu da zatrudne, da sterilitet doživljavaju kao svoj nedostatak, da su zabrinute u pogledu svog bračnog statusa i da se zbog problema sa neplodnošću socijalno izoluju. Sve navedeno dovodi do učestalijeg doživljavanja negativnih emocija i nižeg zadovoljstva životom. Self-stigma posebno je povezana sa izraženošću pronatalističkih vrednosti u društvu, pa samim tim i kod konkretne osobe. Već smo naveli da se majčinstvo kod naših ispitanica visoko vrednuje i izjednačava sa smislom života, pa ne iznenađuje prisutnost self-stigme i njenih negativnih efekata na blagostanje.
- Prisutno je često preispitivanje lične odgovornosti i posledično osećanje krivice i za neplodnost i za neuspešne VTO. Posebno vulnerabilna grupa

u smislu pogođenosti blagostanja i mentalnog zdravlja jeste grupa žena kod kojih je identifikovan medicinski uzrok neplodnosti ili je uzrok identifikovan i kod njih i kod njihovih partnera.

- Kod žena sa ovim problemom izražen je doživljaj pripadnosti i identifikacija sa grupom žena koje se suočavaju sa neplodnošću. Ovo je praćeno intenzivnim doživljajem različitosti i izolovanosti u odnosu na žene koje su majke.
- Socijalna podrška predstavlja veoma važan zaštitni faktor kada je reč o mentalnom zdravlju žena koje se suočavaju sa infertilitetom. Žene koje percipiraju da imaju socijalnu podršku u manjoj meri su zabirnite u pogledu svog rodnog i reproduktivnog identiteta, češće doživljavaju pozitivna, a ređe negativna osećanja. U skladu sa tim, treba jačati njihove kapacitete i spremnost da prihvate pomoć i podršku koja dolazi iz užeg i šireg okruženja. Međutim, treba imati u vidu da postoje i negativni efekti konteksta kao što je nedostatak razumevanja, neprimereni („neosetljivi“) komentari (koji ne moraju uvek da proističu iz loše namere sagovornika) i stigmatizacija, koji mogu da intenziviraju osećaj izolovanosti i ranjivosti, koji žene/parovi suočeni sa neplodnošću već, u nekoj meri, imaju. Sve ovo vodi u frustraciju zadovoljenja bazičnih potreba i ugrožava identitet osoba pogođenih ovim problemom, kao i osećaj blagostanja, a takve ishode treba izbeći.
- Ispitanice izveštavaju o potrebi za kontinuiranom psihološkom podrškom, koja bi bila dostupna svima, odnosno i njihovim partnerima, i koja bi bila dostupna uvek – naročito u kriznim situacijama (npr. neuspela VTO). Smatraju da psihološka podrška treba da bude usklađena sa potrebama svakog pojedinačnog para (i po formi i po sadržaju), a od psihologa očekuju da im pruži izvesne informacije, da im pomogne da se opuste i da izađu na kraj sa anksioznošću i strahovima. Na ovom mestu napominjemo da su ovde navedene želje i potrebe ispitanica i da treba imati u vidu da ispitanice većinom nisu upoznate sa time šta sve obuhvata profesionalna uloga psihologa, kao i sa osnovnim načelima psihološkog savetovanja.



Program psihosocijalne podrške InsideMe

Vodeći se navedenim nalazima istraživanja koje smo sproveli u okviru projekta, kao i opštim saznanjima o psihološkim aspektima neplodnosti o kojima je bilo reči u prethodnom tekstu, osmislili smo program grupne psihosocijalne podrške. Pored toga, vodili smo se i primerima sličnih programa i preporukama iz prakse koji su dostupni u literaturi. U Srbiji, koja je po pitanju zakonskih regulativa i dostupnosti ART-a dobro pozicionirana u odnosu na zemlje u Evropi (European Atlas of Fertility Treatment Policies, 2021) ipak psihološko savetovanje i psihoterapija ostaju van okvira lečenja neplodnosti, koje, za sada, ne prelazi okvire medicinskih intervencija. Program psihosocijalne podrške koji je nastao kao rezultat projekta InsideMe mogao bi da odgovori na deo potreba za psihološkom podrškom osoba koje se suočavaju sa inferilitetom, koji je do sada barem formalno ostao neprepoznat.

Dakle, program psihosocijalne podrške InsideMe, prema podeli grupnih pristupa u radu sa osobama koje se suočavaju sa neplodnošću (Zaki & Rabinor, 2022), spada u psihoedukativne programe, grupa je zatvorenog tipa, unapred određenog trajanja. Program je usmeren na sticanje veština i znanja koji su neophodni za izlaženje na kraj sa krizom u kojoj se osoba našla. Odnosno, cilj programa jeste sticanje veština kognitivno-emocionalne regulacije i prevladavanja, veština komunikacije i povećanje psihološke fleksibilnosti po pitanju problema neplodnosti, a u cilju smanjenja intenziteta i učestalosti neprijatnih emocija, odnosno smanjenja distresa generalno.

Struktura grupe i dinamika susreta

Grupu će činiti tri do pet parova, odnosno šest do deset osoba koje se suočavaju sa problemom infertiliteta. Odluka o veličini grupe doneta je na osnovu preporuka (Cavington, 2006; Yalom & Leszcs, 2005) da je idealna veličina grupe između pet i deset članova, odnosno, još preciznije sedam ili osam članova. Donja granica postavljena je na osnovu činjenice da je određen broj ljudi potreban kako bi skup osoba postao interakciona grupa, tj. da rad ne bi više ličio na individualni rad. Gornja preporučena granica je do dvanaest članova, jer veći broj članova utiče na grupnu dinamiku, a od voditelja grupe zahteva veće angažovanje u cilju sprečavanja dominacije pojedinaca grupnim procesom I seansom.

Program podrazumeva pet susreta, jednom nedeljno u trajanju od 120 minuta, koje vode dva voditelja. Pregled literature pokazuje da se programi psihološke podrške namenjeni osobama koje se suočavaju sa infertilitetom obično sastoje od četiri do deset susreta i da je dinamika susreta uglavnom jednom nedeljno. Idealno trajanje susreta, prema preporukama, iznosi osamdeset do devedeset minuta. Preporučena gornja granica trajanja seanse je 120 minuta, jer po mišljenju stručnjaka, nakon dva sata grupa postaje iscrpljena i neefikasna (Cavington, 2006; Yalom & Leszcs, 2005). S obzirom na ograničeno trajanje programa, grupe bi bile zatvorenog karaktera.

Prilikom osmišljavanja programa vodili smo se idejom da bi bilo idealno da se program psihosocijalne podrške InsideMe realizuje u prostorijama klinika/odeljenja za lečenje steriliteta i da učešće bude besplatno i ponuđeno svim pacijentima klinike. Naravno, realizatori programa bi u dogovoru sa upravom klinike/odeljenja vodili računa o tome da se susreti odvijaju u prostoriji koja nudi privatnost i štiti od distrakcija i koja, po veličini, omogućava neometano odvijanje grupnog rada.

Konačno, kada je reč o strukturi grupe, tokom izrade programa ideju da učesnici grupe budu isključivo parovi, zamenili smo odlukom da učešće partnera/partnerke nije uslov ulaska u grupu. Potpuno svesni benefita učešća oba partnera, a o kojima izveštavaju pojedine studije (npr. Arpin et al., 2019; O'Donnell, 2006; Sexton et al., 2010), imali smo na umu utvrđenu činjenicu da muškarci najčešće nisu spremni da pričaju o svom problemu, kao i o emocijama povezanim s nemogućnošću začeća, što je jedna od možda najistaknutijih razlika između polova kada je reč o suočavanju sa problemom infertiliteta (Bielawska-Batorowicz, 2006, prema Malina & Pooley, 2017; Greil, 1997). Posledica ove nespremnosti može biti odbijanje učešća u programu psihosocijalne podrške. Dakle, ovim smo pokušali da obezbedimo uslove da psihosocijalna podrška bude dostupna svima onima kojima je potrebna, i onima čiji partneri/partnerke ne žele da učestvuju. U tom slučaju, pomoć i podršku bi dobile sve osobe koje procenjuju da je to korisno za njih. Osim toga, program nije osmišljen tako da su intervencije usmerene dominantno na partnerski odnos, već na povećanje ličnih kapaciteta, veština i snaga za izlaženje na kraj sa stresom i ostalim neprijatnim i negativnim psihosocijalnim posledicama neplodnosti. Iz tog razloga učešće oba partnera nije uslov za ulazak u grupu. Ovakva odluka ima svoje prednosti i mane. Naime, istraživanja pokazuju da su muškarci u istopolnim grupama skloni takmičenju i rivalstvu, dok su u mešovitim grupama manje agresivni i pokazuju izraženiju tendenciju ka samootkrivanju. Međutim, žene u polno heterogenim grupama mogu biti

manje aktivne i ljubazne prema muškim članovima. Osim toga, ukoliko grupu čine žene i jedan ili dva muškarca, može se desiti da se ovi muškarci osećaju izolovano i nebitno (Yalom & Leszcs, 2005). Svesni svih ovih rizika, ostajemo pri tome da članovi grupe mogu biti parovi i pojedinci koji se suočavaju sa neplodnošću, a očekujemo da nam iskustvo u radu sa grupama pomogne u donošenju budućih odluka u vezi sa sastavom grupe.

Važno pitanje koje se tiče formiranja grupe u ovom slučaju jeste homogenost grupe po pitanju dužine lečenja neplodnosti. Naime, preporuka je da polaznici grupe budu osobe sa sličnim iskustvom, a da razlike koje postoje budu na polju strategija suočavanja koje koriste. Zašto je to tako? Na primer, par koji se duže suočava sa ovim problemom, tj. ima u odnosu na druge članove više ciklusa lečenja, može imati manje koristi od grupnog rada sa onima koji su kraće u postupku lečenja. Pri tome, osnovni princip grupnog rada jeste da svaki učesnik može nešto da dobije i ponudi grupi. Pored toga, iskustvo ovog para može da izazove nelagodnost i anksioznost kod ostalih članova povezanih sa mogućnošću da se i njima dogodi slično, što može biti preplavljujuće i dovesti do povlačenja iz grupe (Jestrović Enser, 2023; Yalom & Leszcs, 2005). Iz ovih razloga program je namenjen osobama koje su u pripremi ili u postupku VTO. Prilikom formiranja grupa, voditelji će nastojati da učesnici u što većoj meri budu usklađeni u pogledu načina i dužine lečenja infertiliteta. Mišljenja smo da je poželjno da osoba učestvuje u programu tokom postupka VTO, jer svakako dolazi na kliniku, dužina programa otprilike se poklapa sa dužinom trajanja jednog ciklusa VTO i konačno, program se realizuje onda kada je osobama najpotrebnije – tokom jednog ciklusa VTO, koji je dokazano praćen povišenim nivoom neprijatnih emocija, koje se međusobno smenjuju zavisno od faze ciklusa VTO (npr. Boivin & Lancaster, 2010; Edelmann & Connolly, 2000; Gabnai-Nagy et al., 2020; Ying et al., 2016). Inače treba imati na umu da homogene grupe imaju veliku prednost kada je u pitanju pružanje podrške u slučaju zajedničkog problema članova grupe ili razvijanje veština koje bi omogućile simptomatsko olakšanje u kratkom periodu. Članovi homogenih grupa se brže zbliže, pružaju veću podršku jedni drugima, posvećeniji su, u ovim grupama je manje konflikata i dolazi do bržeg oslobađanja od simptoma kod članova. Pri tome rad u homogenim grupama ostaje na površinskim nivoima, tj. ređe dolazi do promena u strukturi ličnosti članova (Yalom & Leszcs, 2005). Ovaj program se upravo primenjuje u homogenoj grupi po pitanju problema (neplodnost) i dužine lečenja. S druge strane, postojanje različitih strategija prevladavanja članova grupe može biti bitan resurs za međusobno učenje i razvoj.

Inicijalni intervju

Pre prvog grupnog susreta jedan od voditelja obavlja inicijalni intervju sa svakim parom, tj. osobom koja je zainteresovana za učešće, u prostorijama klinike/odeljenja za lečenje steriliteta. Glavni cilj inicijalnog intervju jeste upoznavanje, odnosno dobijanje informacija o potencijalnim članovima grupe, pružanje informacija o načinu rada i ciljevima programa i eventualno isključivanje prisutnosti teže psihopatologije.

Naime, u okviru inicijalnog intervju važno je dobiti informacije o problemu neplodnosti, tačnije prikupiti informacije o partnerskoj vezi, dužini pokušaja ostvarivanja u ulozi roditelja, dužini lečenja infertiliteta, strategijama prevladavanja problema, kako je problem uticao na partnersku vezu i na odnose sa značajnim osobama iz okruženja, na koji način se život promenio od dobijanja dijagnoze do danas, reakcijama na neuspeh (na ciklus ili neuspešnu prvu i drugu VTO), da li se problem odrazio na druge aspekte života i na koji način, informacije o profesionalnom i socijalnom funkcionisanju i interpersonalnim odnosima, teme trenutnih briga i očekivanja od programa psihosocijalne podrške (veoma važno).

Posebno je važno tokom inicijalnog intervju uočiti, tj. isključiti prisutnost teže psihopatologije, poput depresije, psihoze ili graničnog poremećaja ličnosti. Ukoliko voditelj grupe uoči ili posumnja na prisutnost psihijatrijskih sindroma neophodno je da tu osobu uputi psihijatru i preporuči individualnu psihoterapiju. Takođe je važno uzeti informaciju od članove grupe o upotrebi psihijatrijske medikamentozne terapije. Neki od kriterijuma kojima bi bilo dobro voditi se tokom inicijalnog intervju i selekcije članove grupe jesu da je klijent motivisan da učestvuje i da je spreman za samootkrivanje, da ima dovoljno snažan ego koji može da toleriše frustraciju i grupni proces bez dekompenzacije ili pogoršanja osnovne psihijatrijske bolesti (ukoliko osoba ima psihijatrijsku dijagnozu) (Cavington, 2006). Ovo ne znači da osobama sa psihijatrijskom dijagnozom program podrške nije dostupan, već da je uslov učešća stabilna remisija.

Inicijalni intervju je i prilika da voditelj grupe upozna klijenta sa time kako program izgleda, što pre svega podrazumeva pružanje tehničkih informacija (trajanje, mesto susreta, broj članova grupe), sa ciljevima programa, načinima rada, temama koje će biti obrađene u toku programa. Ovaj susret treba iskoristiti za upoznavanje klijenata, izgradnju poverenja i pružanje informacija. Odnosno, inicijalni intervju služi pripremi klijenta za grupni rad. Zadatak voditelja je da odgovori na sva pitanja, razjasni nepoznanice i nedoumice, umanjí anksioznost i nesigurnost po pitanju učešća u grupnom programu, svede nerealna očekivanja na realna. Ovom

prilikom se razmatra i pitanje poverljivosti podataka, klijentovih prava (npr. da odustane) i daju uputstva kako najbolje učestvovati u grupi (prema preporuci Yalom & Leszcs, 2005).

Konačno, tokom inicijalnog intervjua učesnici popunjavaju bateriju testova, koja se zadaje iz dva razloga: ukoliko nešto važno za učešće u programu podrške nije sagledano kroz inicijalni intervju ovo je dodatan izvor informacija i radi praćenja efekata programa psihosocijalne podrške InsideMe. Bateriju testova čine: **Test za psihološku evaluaciju infertilnih parova** (The Psychological Evaluation Test for Infertile Couples, PET; Franco et al., 2002) koji se sastoji iz 15 ajtema koji se odnose na različite aspekte života u kojima bi osoba koja se suočava sa infertilitetom mogla imati problem – socijalni odnosi, obaveze i ciljevi, slika o sebi i partnerski odnos; **Srpski inventar afekta baziran na PANAS** (SIAB-PANAS; Mihić et al., 2014) koji je namenjen proceni pozitivnog i negativnog afekta; **Upitnik prihvatanja i akcije** (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II; Bond et al., 2011) koji predstavlja meru psihološke nefleksibilnosti, odnosno meru izbegavanja unutrašnjih iskustava; **Upitnik problema sa plodnošću** (Fertility Problem Inventory, FPI; Newton et al., 1999) koji je namenjen proceni distresa, uverenja i stavova povezanih sa neplodnošću i iz tog razloga, po nekim autorima, pruža uvid u način suočavanja parova sa ovim problemom; Baterija testova podrazumeva i set pitanja o demografskim karakteristikama, kao i pitanja o infertilitetu i lečenju infertiliteta.

Tokom inicijalnog intervjua potencijalni učesnici odgovaraju i na set pitanja koja se tiču očekivanih efekata programa (set pitanja je sačinjen po ugledu na Credibility and Expectancy Questionnaire iz Acceptance and commitment therapy adapted for women with infertility autora Balsom i saradnika (Balsom et al., 2024).

Deo ovog susreta namenjen je i potpisivanju informisane saglasnosti od strane budućih učesnika. Informisana saglasnost sadrži sve informacije počev od inicijalnog intervjua i popunjavanja testova (na koji način će biti korišćeni podaci), preko programa podrške (ciljevi, učešće i prisustvo, pitanje poverljivosti podataka, trajanje, prava učesnika) do popunjavanja evaluacionog lista. Evaluacioni upitnik sastavljen je po ugledu na Treatment Satisfaction Questionnaire (TSQ) i Adverse Effects Questionnaire (AEQ) iz Acceptance and commitment therapy adapted for women with infertility autora Balsom i saradnika (Balsom et al., 2024).

Prvi susret: Moja reproduktivna priča

Prvi susret posvećen je boljem upoznavanju članova grupe kroz predstavljanje, tj. iznošenje informacija o sebi. Najveći deo vremena izdvojen je za izradu i predstavljanje reproduktivne priče članova grupe. Na ovaj način zajednički problem članova grupe se postavlja u fokus i daje se polazna tačka za rad u okviru daljih susreta. Deljenje iskustava članova ima funkciju upoznavanja, ali i povezivanja članova, odnosno povećanja grupne kohezije. Poseban značaj sagledava se u prepoznavanju zajedničkih elemenata priče, što zapravo može redukovati doživljaj izolovanosti i osećanje usamljenosti i nositi poruku da ima i drugih koji se suočavaju sa ovim problemom.

Ciljevi ovog susreta su sledeći:

- 🌀 Predstavljanje i upoznavanje članova grupe;
- 🌀 Izgradnja sigurne, prihvatajuće i kolaborativne atmosfere;
- 🌀 Sagledavanje sopstvene reproduktivne priče, odnosno reproduktivnog puta koji je učesnike vodio u trenutnu poziciju, uz osvrt na emocije koje su ih pratile na ovom putu;
- 🌀 Upoznavanje sa reproduktivnom pričom ostalih učesnika uz sagledavanje zajedničkih elemenata;
- 🌀 Povećanje grupne kohezije.

Prvi susret započinje upoznavanjem članova – prisutni se zamole da kažu svoje ime i prezime i da navedu jednu sebi svojstvenu osobinu ličnosti koja započinje prvim slovom njenog/njegovog imena. Predstavljanje započinju voditelji grupe.

Nakon predstavljanja voditelji poželev dobrodošlicu članovima, osvrnu se ukratko na ciljeve programa i način rada uz isticanje pravila rada u grupi (pravila rada se ispisuju na **flip chart** tabli uz doprinos učesnika). Pored toga, voditelji zapisuju očekivanja koja članovi grupe imaju od programa podrške.

Nakon ovoga započinje se vežba **Linija života**. Autori ovog programa izabrali su ovu vežbu jer omogućava, za rad grupe dovoljno, upoznavanje članova, pri čemu je vrlo rado prihvaćena od strane učesnika i efikasna u smislu da predstavlja zamenu za detaljnu i samim tim, dugu eksploraciju nečijeg života, biografije i problema (Dahl et al., 2009).

Voditelji daju uputstva za izradu linije života i učesnicima se daje oko 10 minuta za izradu linije. Na liniju života upisuju se značajni događaji koji su izazvali pozitivne ili negativne emocije, godine života u kojima je osoba doživela dato iskustvo i intenzitet emocija koje su pratile značajne životne

događaje, od detinjstva do sadašnjeg trenutka.

Nakon izrade linije života učesnici se dele u podgrupe 3–4 člana i svaki član svojoj podgrupi predstavlja svoju liniju života. Ukoliko neki član grupe odbije da predstavi svoju liniju života, grupa prihvata njegovo/njeno odbijanje. Nakon predstavljanja u podgrupama izvode se i diskutuju zaključci sprovedene vežbe na nivou velike grupe. Neki od potencijalnih zaključaka su: ljudsko iskustvo je univerzalnije nego što mislimo; sve u životu ima svoje trajanje, svoj početak i završetak; u životu nije sve pozitivno ili negativno; u ponašanju ljudi postoje obrasci itd.

Još neki od razloga zbog kojih smo izabrali ovu vežbu, osim prihvatljivosti i efikasnosti, jesu sledeći: razbija halo efekat, omogućava učesnicima da probleme stave u kontekst i posmatraju ih u kontekstu života, decentralizacija (prema ACT-u defuzioniranje od problema) u odnosu na problem.

Nakon vežbe **Linija života** prelazi se na vežbu **Moja reproduktivna priča**. Svako od nas ima svoju reproduktivnu priču koja počinje da se razvija još u detinjstvu. Važan deo naše reproduktivne priče su naši roditelji, ali i ostali članovi porodice. Osim toga, i celokupno društvo i društvene vrednosti važne su determinante naše reproduktivne priče (Jaffe et al., 2005). Nakon upoznavanja članova sa ovim informacijama u vezi sa reproduktivnom pričom, voditelji daju instrukcije za zadatak – članovi grupe treba da napišu svoju reproduktivnu priču. Reproductivna priča započinje u detinjstvu, tako da učesnici dobijaju instrukciju da napišu kako se od detinjstva razvijala njihova priča. Pored toga, zadatak članova grupe jeste da se osvrnu na to kako je trebalo da bude, kako je ispalo, kako je ono što niko nije želeo i predvideo uticalo na njih same i partnerski odnos, koje osobe iz okruženja su imale i još uvek imaju značajan uticaj na njihovu reproduktivnu priču. Takođe, učesnici se usmeravaju da opišu, tj. u priču uključe i svoje emocije koje se javljaju. Voditelji imaju pripremljena pitanja koja treba da pomognu članovima grupe u izradi reproduktivne priče (neka od pitanja preuzeta su iz: Jaffe, J., Diamond, M. O., & Diamond, D. J., 2005, str. 39 i 40).

Nakon izrade reproduktivne priče nekoliko dobrovoljaca predstavlja sopstvenu reproduktivnu priču. Ova vežba se završava diskusijom o sličnostima i razlikama u elementima priče, uz identifikaciju univerzalnih tačaka u reproduktivnim pričama.

Prvi susret završava se igrom – svaki član grupe treba da kaže jednu istinu i jednu laž o sebi, a zadatak ostalih članova jeste da identifikuju koji iskaz je istinit, a koji lažan. U igri učestvuju i voditelji.

Nakon završetka planiranih vežbi u okviru prvog susreta članovi grupe popunjavaju **Skalu grupne kohezivnosti** (Group Cohesiveness Scale, GCS;

Wongpakaran et al, 2013), koja je namenjena proceni percipirane grupne kohezije.

Drugi susret: Emocije – boje mog života

Drugi susret posvećen je temi emocija i načinima izlaženja na kraj sa emocijama izazvanim problemom neplodnosti. O značaju teme emocija bilo je dosta reči u prethodnom tekstu kroz prezentovanje rezultata prethodnih istraživanja. Osim toga, rezultati istraživanja sprovedenih u okviru projekta InsideMe nedvosmisleno ukazuju na učestalije i intenzivnije doživljavanje negativnih emocija kod žena koje se suočavaju sa neplodnošću. Ovo su razlozi zbog kojih smo ovaj susret posvetili ovoj temi.

Ciljevi susreta su:

- 🌀 Psihoedukacija na temu emocija;
- 🌀 Prepoznavanje sopstvenih emocionalnih reakcija u vezi sa problemom neplodnosti, uz identifikovanje ponašanja koja prate osećanja;
- 🌀 Unapređenje veštine prepoznavanja emocija;
- 🌀 Unapređenje sposobnosti emocionalne regulacije.

Drugi susret započinje gledanjem kratkog animiranog filma "WAITING" (Dostupno na https://www.youtube.com/watch?v=Q_DTL8rjvNs) o paru koji se suočava sa neplodnošću. Nakon gledanja filma članovi grupe se pozivaju da iznesu zapažanja i emocije koje su prepoznali kod aktera filma, kao i da navedu osećanja koja izaziva njihovo iskustvo sa infertilitetom, što zapravo ima za cilj nabranje emocija i mogućnost za poređenje osećanja, uz prepoznavanje sličnosti u emocionalnom reagovanju.

U kontekstu priče o emocijama (pre svega neprijatnim) voditelji grupe ističu gubitak kao ključan element borbe za potpomstvo. Zatim članovi grupe treba da na osnovu sopstvenog i iskustva drugih navedu sve gubitke sa kojima se susreću osobe koje se suočavaju sa neplodnošću. Pri tome voditelji imaju pripremljenu listu gubitaka, za slučaj da je potrebna dopuna, sačinjenu na osnovu radova: Hooyman & Kramer, 2006, Opsenica Kostić, 2023, Volgsten et al., 2010, Wirtberg et al., 2007. Sledeći korak jeste na nivou grupe identifikovati emocije izazvane ovim gubicima. Pobrojane emocije se zapisuju.

Zatim voditelji daju informacije o tome šta su emocije, zašto nam je priroda dala emocije, čemu služe emocije, koje su bazične emocije i zašto su bazične, u kojim situacijama se javljaju koje emocije, to da biti svestan

emocija i misliti o tome šta mogu da uradim nije isto što i raditi, tj. voditelji sprovode psihoedukaciju. Psihoedukacija se realizuje u cilju boljeg razumevanja emocija i njihove funkcije koja je zapravo adaptivna, a ne deo patologije. U toku psihoedukacije članovima grupe se daje papir na kome su pobrojane neke od emocija sa zadatkom da učesnici navedu: **Šta bi im svaka od nabrojanih emocija poručila da može da govori?** Ovim se naglašava i rešava dilema o adaptivnoj funkciji emocija.

U okviru psihoedukacije predstavlja se tabela čiji su redovi posvećeni prijetnim i neprijetnim, a kolone korisnim i nekorisnim emocijama. Voditelji opisuju situacije i emocije koje se mogu javiti u opisanim situacijama. Zatim se ove emocije upisuju u ćelije tabele (prijatna-korisna, prijetna-nekorisna, neprijatna-korisna i neprijatna-nekorisna emocija). Cilj ovog dela psihoedukacije jeste da se učesnici upoznaju sa činjenicom da je adaptivnost emocija određena povodom, trajanjem i intenzitetom. Ideja je da će ljudi na osnovu ovog dela psihoedukacija moći lakše da prepoznaju problem, ukoliko se javi, i obrate se za pomoć.

Sledeća vežba jeste **Oboji svoj život** (O'Connor, 1983). Članovi grupe treba da upare različite boje sa različitim osećanjima. Zatim svi članovi grupe dobijaju papir sa odštampanom ljudskom figurom. Zadatak učesnika jeste da figure oboje tako da predstave koje emocije osećaju, u kom delu tela osećaju određene emocije i koliko je zahvaćen taj deo tela emocijom. Nakon izrade učesnici predstavljaju „svoju” obojenu figuru i svi diskutuju o „porukama” koje nam šalju emocije i načinima na koji doživljavamo emocije.

Sledeća vežba nadovezuje se na prethodnu i tiče se načina na koji se pojedine emocije manifestuju na kognitivnom, telesnom i bihevioralnom nivou. Učesnicima se daje tabela sa u redovima pobrojanim emocijama. Kolone su redom: O čemu mislim? Koje senzacije primećujem u telu? Šta radim?/Kako se ponašam? U okviru ove vežbe učesnici se upoznaju sa manifestacijama emocija, tj. uče da prepoznaju manifestacije pojedinih emocija. U sledećem koraku učesnici dobijaju tabelu sa pobrojanim emocijama i listom ponašanja koja se tipično vezuju za nabrojane emocije (Šta me nagoni da uradim?). Zadatak učesnika jeste da popune treću kolonu koja podrazumeva identifikovanje suprotnih formi ponašanja od onih na koje nas emocije nagone (suprotna aktivnost). Sve vreme voditelji nadgledaju rad grupe. Nakon popunjavanja i prve i druge tabele sa grupom se vodi diskusija najpre o načinima manifestacije emocija (sa ciljem unapređenja prepoznavanja emocija), a zatim o mogućim alternativnim formama ponašanja. Kroz vežbe, diskusiju i razmenu iskustava očekuje se da članovi unaprede svoje mogućnosti prepoznavanja i strategije regulacije emocija.

Nakon diskusije voditelji učesnike pozivaju da daju odgovore na sledeća pitanja: Kako se osećam nakon neuspele VTO? Šta me ove emocije nagone da radim? Da li je to korisno? Šta mogu još (ili suprotno) da uradim da se osećam bolje? Ovakvim završetkom ove vežbe želeli smo da kroz razmenu iskustava članovi grupe unaprede svoje strategije prevladavanja. Pored toga, nakon izlaganja članova grupe, voditelji daju određene preporuke (koje se tiču reakcije na neuspešan tretman) proizašle iz dosadašnjih istraživanja i terapijskog rada sa osobama koje se suočavaju sa infertilitetom (npr. Warren, 2023).

Ovaj susret završava se vežbom dubokog disanja.

Treći susret: Mislim i samo postojim²

Treći susret posvećen je pretežno kogniciji i radu sa kognicijom. Kako se ovaj program zasniva prvenstveno na principima kognitivno-bihevioralne psihoterapije, naročito njenog trećeg talasa – Acceptance and commitment therapy (ACT), nezaobilazan rad je rad na kognitivnom nivou. U okviru ovog programa rad na kognitivnom nivou zasnivaće se pretežno na principima ACT-a. Suština rada odnosi se na upoznavanje procesa mišljenja, „hvatanje” sadržaja misli i osveščivanje relativnosti istinitosti sadržaja naših misli. Sve ovo realizuje se kroz upotrebu tehnika kognitivnog defuzioniranja.

Ciljevi susreta su:

- 🌀 Upoznavanje učesnika sa kognitivno-bihevioralnim modelom i principima ACT-a;
- 🌀 Upoznavanje učesnika sa načinima produkcije misli od strane našeg uma i relacione mreže;
- 🌀 Kroz tehnike proistekle iz ACT-a (tehnike kognitivnog defuzioniranja) učesnici se uče da „gledaju u misli, a ne iz misli” odnosno da registruju sadržaj svojih misli, da sadržaj ne tretiraju kao apsolutne istine i da pokušaju da ponekad ne urade ništa povodom svojih misli i emocija osim da registruju njihovo prisustvo (tiče se psiholoških procesa i borbe sa sopstvenom patnjom).

Treći susret započinje igrom ***Ukoliko*** (videti Knox, 2009). Učesnici sede u krugu. U centar kruga se stavlja 20 kartica sa pitanjima (primer pitanja: ***Kada***

² Sve vežbe i tehnike iz trećeg susreta preuzete su iz knjige Hayes, S. C. (2005). ***Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy***. New Harbinger, uz manje izmene usled prilagođavanja temi neplodnosti.

bi ovog trenutka mogao/mogla da promeniš bilo šta kod sebe, šta bi to bilo? ili **Kada bi ovog trenutka mogao/mogla da otputuješ negde, gde bi to bilo?**). Prva osoba uzima prvu karticu, čita pitanje i daje svoj odgovor i tako redom do završetka drugog kruga pitanja. Ova igra (icebreaker) zapravo služi daljem upoznavanju članova grupe, razbijanju treme na početku susreta i zagrevanju za dalji rad.

Nakon završetka ove igre voditelji započinju psihoedukaciju o kognitivno-bihevioralnom modelu i osnovnim principima ACT-a, sa posebnim naglaskom na to kako se odvija proces mišljenja, zašto je proces mišljenja značajan, kako naš mozak pravi relacione mreže, šta je kognitivna fuzija i iskustveno izbegavanje, evaluacije i samokonceptualizacije (fuzione forme mišljenja). Tokom psihoedukacije voditelji koriste primerene metafore (odlika ACT-a).

U okviru psihoedukacije učesnici najpre rade vežbu **O čemu trenutno razmišljaš?** Učesnici dobijaju papir sa ovim pitanjem uz uputstvo da odgovore na postavljeno pitanje. Ova vežba koju učesnici rade tokom psihoedukacije pomaže ilustrovanju načina odvijanja procesa mišljenja, pri čemu se omogućava uvid u to da je nemoguće prestati razmišljati, posebno namerno, da su u našem umu uvek prisutne misli i da je moguće malo se distancirati od procesa i registrovati sadržaj, odnosno svesno primetiti da razmišljamo i o čemu razmišljamo, što je i zadatak u ovoj vežbi.

Sledeća vežba jeste **Ruda na vozu uma**. Učesnici dobijaju list sa tabelom. U prvoj koloni tabele opisane su situacije povezane sa problemom neplodnosti (npr. Ciklus ti je zakasnio par dana. „Ponadala si se da vam se sreća konačno osmehnula. Međutim, upravo si u toaletu i vidiš crveni, krvav trag na vešu.” ili „Telefonom pozivaš svoju dobru drugaricu da čestitaš rođendan njenom sinu. U razgovoru saznaješ da su organizovali proslavu, ali da su poziv dobili samo parovi sa decom.” – situacije su prilagođene polu). Od učesnika se traži da u sledećoj koloni navedu kako tumače konkretne situacije i evaluaciju misli, tj. koliko su od 0 do 100 uvereni u istinitost te procene. Sledeća kolona posvećena je samoevaluaciji – „Šta ova situacija govori o meni? Kakav/a sam i ko sam ja na osnovu ove situacije?” i od 0 do 100 koliko veruju u istinitost ove samoevaluacije. Odgovor na pitanje „Kako se osećam?” učesnici upisuju u sledeću kolonu. Uz emociju upisuju i intenzitet emocije od 0 do 100. U sledeću kolonu učesnici upisuju senzacije koje primećuju u svom telu u datoj situaciji. Sledeća kolona posvećena je porivima, akcijama i strategijama prevladavanja („Šta radim ili šta me nagoni data situacija da radim?”). Konačno, u poslednju kolonu se upisuje odgovor na pitanje „Da li to što preduzimam pomaže?” Sve ovo što ispitanici registruju i upisuju je zapravo ruda na našem „vozu uma” koji je u pokretu. Ova vežba

namenjena je sticanju sposobnosti distanciranja i registrovanja sadržaja misli, kao i uvežbavanju razlikovanja situacija, misli, emocija i ponašanja. Pored toga ova vežba može nam pokazati da smo skloni da svoje misli tretiramo kao apsolutne istine, koje određuju naše emocije i ponašanje, odnosno kako živimo u svetu koji je strukturisan iz naših misli, uz zanemarivanje da je mišljenje tekući proces. Takođe, vežba treba da pomogne učesnicima da, za sada na kratko, uspeju da svoje unutrašnje procese posmatraju kao voz koji prolazi.

Opisane vežbe predstavljaju uvod u rad na kognitivnom defuzioniranju. Priču o značenju, značaju i načinima kognitivnog defuzioniranja, voditelji započinju primerom stavljanja šaka na lice i udaljavanje šaka od lica – udaljavanje šaka pomaže nam da ih vidimo kakve one zapravo jesu – udaljavanje od misli pomaže nam da vidimo kakve su naše misli.

Nakon davanja informacije sprovodi se vežba **Kaži reč _____ što brže možeš**. Za ovu vežbu koristi se tabela iz prethodne vežbe, kolona sa samoevaluacijom. Na osnovu sadržaja upisanih samoprocena (očekuju se negativne samoprocene) učesnici formulišu jednu reč koja objedinjuje sve samoprocene. Zatim se od svakog učesnika traži da ovu reč brzo izgovara 45 sekundi³. Nakon urađene vežbe svaki član, dok sledeći radi vežbu, zapisuje da li se i kako nešto promenilo u odnosu na reč i značenje reči. Vežba je namenjena tome da emocionalna funkcija reči slabi, odnosno gubi se izvedena funkcija reči i direktna funkcija izlazi u prvi plan – reč postaje samo reč. Nakon završetka vežbe ukratko se rezimiraju utisci i promene koje su učesnici primetili.

Sledeća vežba **Označite svoje unutrašnje procese** radi se na nivou grupe. Svi učesnici treba da pogledaju popunjenu tabelu u drugoj vežbi. Za to vreme voditelji se pripremaju da na **flip chart** tabli pišu odgovore. Učesnici biraju jednu situaciju i zatim na osnovu popunjenih kolona završavaju sledeće rečenice:

Imam misao o _____

Osećam se _____

Osećam u telu _____

Imam sećanje na _____

Primećujem tendenciju da radim _____

³ Istraživanje pokazuje da 95% ispitanika koji rade ovu vežbu doživljavaju smanjenje uverljivosti reči. Takav efekat javlja se za 20s i dostiže svoj maksimum na 45. s (Masuda et al., 2004, prema Hayes, 2005).

Svi učesnici obrađuju jednu situaciju iz tabele. Ovim se na pravi način označavaju unutrašnji sadržaji – misli, emocije, telesne senzacije, porivi itd. Učesnicima se pomaže da „uhvate“ sadržaje svojih misli i postanu svesni onoga što se dešava u njima. Ova vežba omogućava kognitivno defuzioniranje. Na primer, nije isto reći ili napisati „Ja sam anksiozna“ i „Osećam anksioznost“ ili „Nesrećna sam jer nemam decu“ ili „Imam misao o tome da sam nesrećna jer nemam decu“. U prvom slučaju osoba je poistovećena sa anksioznošću ili sa nesrećom neplodnosti, a u drugom se distancira i sagledava unutrašnje sadržaje koji su trenutni, promenljivi i relativni, a ne apsolutna lična istina. Nakon završetka ove vežbe sa učesnicima se diskutuje o korisnosti jasnog obeležavanja sopstvenih unutrašnjih procesa i zbivanja.

Poslednja vežba u ovom susretu **Opiši svoju patnju** podrazumeva da ispitanici treba najpre da stupe u kontakt sa bolnim i teškim iskustvom sa neplodnošću i da zatim ovo bolno iskustvo snagom svog uma stave na metar ispred sebe. Zadatak svakog ispitanika je da pogleda u svoje bolno iskustvo, svoj teret, simboličnu manifestaciju svog bola van sopstvenog uma i odgovori na listu pitanja koja se pre vežbe deli učesnicima i koja pomažu u njegovom opisivanju. Zatim učesnici treba da primete da li se u njima javlja bilo kakav otpor prema ovoj kreaturi bola. Ukoliko primete otpor, potrebno je sa njim uraditi isto što i sa bolnim iskustvom. Vežba se završava tako što učesnici dobijaju instrukciju da svoju kreaturu bola (i otpor i gnušanje prema ovom iskustvu) vrata u sebe, sa puno ljubavi i pažnje. Vežba je namenjena povećanju mogućnosti distanciranja u odnosu na psihičke procese i njihove sadržaje i njihovom jasnijem sagledavanju. Odnosno, cilj vežbe je da učesnici prihvate da su i negativni i neprijatni sadržaji i procesi deo nas, da nas oni ne određuju i da je njihovo prihvatanje na neki način oslobađajuće.

Nakon ove vežbe sa članovima grupe se rezimira susret i izvode najvažniji zaključci uz razmenu utisaka.

Susret se završava mindfulness vežbom.

Četvrti susret: Ja i drugi

Četvrti susret posvećen je temi percipirane socijalne podrške i stilovima komunikacije. Percipirana socijalna podrška odnosi se na percepciju osobe da joj je na raspolaganju pouzdana društvena mreža (Taylor, 2011). Socijalna podrška igra značajnu ulogu u procesu prilagođavanja pojedinca na životne krize (Martins et al., 2014). O značaju i pozitivnim efektima socijalne podrške kada je reč o suočavanju sa infertilitetom, svedoče brojna kako inostrana (npr. Chu et al., 2021; Lund et al., 2009; Martins et al., 2011; Truong et al., 2022;

Vassard et al., 2012) tako i domaća (npr. Jestrović & Mihić, 2020; Mitrović et al., 2021) istraživanja. Međutim, pojedina istraživanja pokazuju da ljudi koji se suočavaju sa infertilitetom biraju da sa osobama iz okruženja ne dele ovaj problem, zbog osećanja krivice, stida i niskog samopoštovanja (npr. Rooney & Domar, 2018; Ying et al., 2015). Na kraju, postoje istraživanja koja ukazuju da socijalne interakcije mogu biti izvor stresa (Truong et al., 2020, prema Truong et al., 2022; Patel et al., 2018). U pojedinim studijama žene izveštavaju da niko ne razume kroz šta prolaze (Fernandes et al., 2006; McBain & Reeves 2019, prema Janković & Todorović, 2021), te se iz tog razloga distanciraju u odnosu na ljude iz okruženja. Preciznije, nedostatak iskustva sa ovim problemom može rezultirati neretko beskorisnim, pa čak i štetnim komentarima drugih ljudi (npr: „Samo se opustite“). Istraživanja takođe pokazuju da žene identifikuju grupu osoba koje se suočavaju sa istim problemom kao najznačajniji izvor socijalne podrške (Janković & Todorović, 2021). Neprimereni, često beskorisni (najčešće nezlonamerni) komentari su potvrđeno povezani sa problemom prilagođavanja osoba na problem neplodnosti (Mindes et al., 2003). Sve navedeno je razlog zašto je četvrti susret osmišljen na, u nastavku, opisan način.

Ciljevi susreta:

- 🌀 Osveščivanje načina percipiranja i evaluacija socijalne podrške koja je na raspolaganju učesnicima grupe;
- 🌀 Identifikovanje svojih trenutno dostupnih, ali i potencijalnih socijalnih resursa;
- 🌀 Upoznavanje sa ličnim pravima i stilovima komunikacije.
- 🌀 Uvežbavanje asertivnog odgovora u socijalnim situacijama, posebno u situacijama koje su izvor stresa (u kojima su ugrožena lična prava sagovornika);
- 🌀 Sticanje veština traženja pomoći i podrške kada su osobi potrebne.

Susret započinje igrom (icebreaker) **Maske** (videti Knox, 2009). Od belog kartona učesnici treba da iseku maske – celo lice ili polovina lica. Zatim, isečenu masku treba da oboje i ukrase po želji sa obe strane. Jedna strana predstavlja ono što oni misle da ljudi vide ili znaju o njima – ono što se vidi spolja. Druga strana prezentuje ono što se dešava unutra, u njima, ono što nije vidljivo drugim ljudima. Cilj igre je upoznavanje i zagrevanje za rad, ali i podsticanje razmišljanja o tome šta je javno, a šta privatno, odnosno kako se prezentujemo drugima i kako nas oni vide i koliko je to saglasno sa onim što se dešava unutar nas samih.

Sledeća vežba **Interpersonalni inventar** (preuzeto iz Warren, 2023, str

106) započinje tako što se učesnicima podele papiri sa iscrtana dva koncentrična kruga. Centar ova dva kruga predstavlja njih same. Zadatak učesnika je da u ova dva kruga ili izvan njih ucrtaju, kroz odgovore na pitanja koje čita voditelj, ljude iz svog okruženja koji jesu ili su bili izvor socijalne podrške. Blizina ljudi na crtežu predstavlja emocionalnu bliskost i procenu pružene socijalne podrške od strane ucrtanih osoba. Nakon iscrtavanja na nivou grupe se diskutuje o izvorima podrške, o vrstama podrške koju pružaju različite osobe, o tome da li je članove grupe iznenadio njihov crtež, o tome da li se nešto u sistemu podrške promenilo u odnosu na period pre pojave problema sa kojim se sada suočavaju. Takođe, kroz diskusiju se skreće pažnja i na trenutne potrebe učesnika i na potencijalne promene u sistemu socijalne podrške koje bi mogle da budu izvor zadovoljenja identifikovanih trenutnih potreba.

Nakon ove vežbe voditelji pružaju osnovne informacije o različitim stilovima komunikacije i ličnim pravima (svi članovi grupe dobijaju listu sa ličnim pravima). Voditelji se posebno osvrću na asertivni stil komunikacije i njegove prednosti, iznoseći neke od tehnika asertivne komunikacije. Nakon uvoda sledi deo susreta posvećen **vežbanju asertivnih odgovora**. Učesnici dobijaju opise različitih svakodnevnih situacija koje bi potencijalno mogle biti frustrirajuće, a čija je tema neplodnost, trudnoća, suočavanje sa ovim problemom itd. (preuzeto iz Warren, 2023, str. 118). Svaki član grupe čita situaciju i formuliše svoj odgovor, a zatim se na nivou grupe procenjuje odgovor, diskutuje i formuliše asertivni odgovor, ukoliko odgovor učesnika nije bio asertivan. Takođe, učesnici se pozivaju da navedu situacije iz ličnog iskustva. Cilj ove vežbe jeste učenje razlikovanja asertivnog, agresivnog i pasivnog stila komunikacije i uvežbavanje asertivnog odgovora.

Nastavak ove vežbe jeste učenje formulisanja „Ja“ rečenica uz isticanje značaja ovakvog izražavanja i učenje i uvežbavanje načina traženja podrške, odnosno iskazivanja sopstvenih potreba i želja kada je podrška drugih ljudi u pitanju. Da bi se ovo olakšalo učesnici dobijaju papir sa formulisanim rečenicama koje su primer jasnog izražavanja potreba (preuzeto iz Warren, 2023, str. 113). Ove formulacije se vežbaju u grupama od tri učesnika. Rad u podgrupama podrazumeva da svaki član izabere jednu situaciju koja je izvor stresa ili situaciju u kojoj mu/joj je teško da izrazi jasno svoju potrebu ili traži podršku. Ova situacija se izvodi u paru sa jednim posmatračem (tri situacije za svaku podgrupu). Posle svakog primera u podgrupama se diskutuju ponuđene rečenice, kako su se osećali prilikom formulisanja sopstvenog asertivnog odgovora, kao i da li su formulisali nove odgovore koje bi mogli da dodaju na dobijenu listu. Nakon završetka rada u podgrupama, razmenjuju se iskustva i zapažanja na nivou grupe, a voditelji na **flip chart-u**

zapisuju najznačajnije zaključke i nove asertivne rečenice. O primerima sa liste se diskutuje uz pozivanje učesnika da listi dodaju svoje formulacije.

Ovaj susret se završava igrom **Produži priču** koja podrazumeva da jedan član grupe započinje priču i svaki sledeći ponavlja već rečeno i produžava priču, da bi poslednji član po redu ispričao celu priču i formulisao kraj. Ova igra osim zabave i opuštanja ima za cilj i učenje veštine slušanja. Voditelji na kraju skreću pažnju na važnost veštine aktivnog slušanja za uspešnu komunikaciju i navode neke od pokazatelja da nas osoba sa kojom komuniciramo ne sluša, kao i preporuke za aktivno slušanje.

Peti susret: Vrednosti kao putokaz života

Peti i poslednji susret posvećen je temi vrednosti i značaja vrednosti u našim životima. Kada se ljudi susreću sa životnim problemima i krizama, naročito onima koje traju dugo, često se dešava da se, usled prevelikog fokusa na problem, udalje od sopstvenih ciljeva u životu „van tog problema“, tj. od života u skladu sa sopstvenim vrednostima. Imajući u vidu da kao najproblematičniji aspekt borbe sa infertilitetom, brojni autori ističu gubitak kontrole nad svojim životom, što dalje vodi u potpunu posvećenost rešavanju ovog problema uz zanemarivanje ostalih životnih domena (Cousineau & Domar, 2007), odlučili smo da poslednji susret posvetimo temi životnih vrednosti, tj. ostalim, potencijalno zanemarenim, aspektima života (pored roditeljstva).

Ciljevi petog susreta:

- 🌀 Identifikovanje sopstvenih vrednosti, sopstvenih putokaza u životu;
- 🌀 Identifikovanje vrednosti koje se tiču pojedinačnih životnih domena uz ocenu koliko smo u konkretnom životnom domenu vođeni identifikovanim vrednostima;
- 🌀 Identifikovanje onih životnih domena koji su ugroženi, tj. u okviru kojih se osoba udaljila od sopstvenih vrednosti;
- 🌀 Formulisanje ciljeva i aktivnosti dolaska do ciljeva, uz planiranje procesa savladavanja potencijalnih psiholoških barijera;
- 🌀 Dobijanje podrške grupe;
- 🌀 Evaluacija programa od strane učesnika.

Susret započinje igrom **Ovo je moj život** (videti 30 Team-Building Games, Activities, and Ideas). Učesnici dobijaju kartice na kojima su napisane formulacije tipa Kada je _____ (ime učesnika) bila/bio devojčica/dečak maštao/la je o _____; ili Kada je krenuo/la u školu, _____ (ime učesnika) imao/la je želju da bude _____ kada poraste; ili _____ (ime učesnika) se seća da su mu/joj roditelji uvek govorili da dobri i pametni ljudi

..... Svaki učesnik dobija po jednu rečenicu koju treba da dovrši. Nakon popunjavanja, učesnici čitaju rečenice. Voditelji se osvrću i naglašavaju vrednosti i ciljeve iz prošlosti uz rezimiranje da li su učesnici ostvarili svoje ciljeve i kojim vrednostima su se tom prilikom vodili. Ukoliko jesu kako su to postigli, ukoliko nisu šta ih je sprečilo. Osim pripremanja za dalji rad i boljeg upoznavanja članova, vežba je namenjena usmeravanju pažnje ka temi susreta i predstavlja neku vrstu uvoda u izabranu temu.

Kroz metaforu autobusa koji predstavlja nečiji život voditelji u duhu ACT-a i kroz pitanja i interakciju sa članovima grupe predstavljaju kako se najčešće ljudi nose sa problemima i strahovima u životu, čemu to vodi, šta se desi sa vožnjom, tj. upravljanjem životom kada se bavimo načinima kako da bolna i loša sećanja i emocije, odnosno iskustva, „izbacimo“ iz svog autobusa života. Ova priča završava se pitanjem **Kuda ide tvoj autobus života? Šta je tvoj put?** (preuzeto iz Hayes, 2005). Nakon ove metafore, voditelji jasnije određuju pojam vrednosti i razliku između ciljeva, ishoda, postignuća, emocija i vrednosti. Dalje, učesnici se podstiču da identifikuju svoje najveće životne vrednosti. Kako bi se učesnicima u tome pomoglo, popunjavaju praznu listu na kojoj prvo treba da odgovore na pitanje **Šta bih voleo/la da ljudi govore o meni?** (potrebno je napisati više rečenica) posle svake navedene rečenice treba da dovrše rečenicu – **To znači da vrednujem sledeće:...** (preuzeto sa <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/activate-your-life/guides/activate-online-act-4-activities-english/>).

Sledeća vežba jeste **Moje vrednosti** (preuzeto iz Harris, 2016). Učesnici dobijaju papir sa iscrtanom metom u vidu koncentričnih krugova, koja je horizontalnom i vertikalnom linijom podeljena na četiri četvrtine. Svaka četvrtina predstavlja određeni životni domen – posao/obrazovanje, relacije sa drugima, lični rast i razvoj i zdravlje i slobodno vreme/hobi/zabava. Centar označava da osoba u potpunosti živi u toj oblasti života u skladu sa svojim vrednostima, a poslednje polje najvećeg koncentričnog kruga, označava da se osoba ponaša i živi potpuno nedosledno svojim vrednostima. Zadatak učesnika jeste da obeleže svoju poziciju u svakom životnom domenu. Sledeći korak je nastavak upoznavanja sopstvenih vrednosti kroz vežbu **Životni kompas** (preuzeto iz Harris, 2016). Učesnici dobijaju papir na kome su kvadrati posvećeni različitim životnim domenima (detaljnije nego u prethodnoj vežbi). Voditelj čita pitanja, a učesnici popunjavaju kvadrate, odgovarajući na postavljena pitanja. Zatim učesnici ocenjuju značaj (za njih u ovom trenutku) svakog životnog domena i koliko trenutno žive u skladu sa vrednostima koje se tiču tog životnog domena. Zatim se otvara kratka diskusija u okviru koje učesnici razmenjuju utiske o zapažanjima i uvidima

do kojih su došli radeći ove dve vežbe.

Nakon diskusije nastavlja se rad kroz vežbu **Postavljanje ciljeva i planiranje akcije** (preuzeto iz: Hayes, 2005; Muriel, 1998). Na osnovu prethodne vežbe učesnici treba da izaberu domen života na kome žele da rade (koji je najugroženiji). Formulacija cilja/eva u tom životnom domenu, radi promene, odvija se po uputstvima voditelja i na osnovu pitanja koja su sastavni deo radnog lista koji učesnici dobijaju za izvođenje ove vežbe (koja je vrednost u pitanju; formulacija cilja; dugoročni ili kratkoročni cilj, izvodljivost, merljivost, praktičnost, jasnoća itd., odnosno na osnovu kojih pokazatelja će znati da li je cilj ispunjen). Sledeći korak jeste planiranje akcija radi postizanja formulisano(ih) cilja/eva. Učesnici treba da formulišu konkretne radnje koje je potrebno preduzeti radi postizanja željenog cilja (radnja mora da ima početak i kraj, oblik i kontekst). Takođe, neophodno je da razmotre da li radnja podrazumeva neke predradnje. Učesnici razmatraju i koji su im resursi potrebni da bi sproveli akciju, koji su im resursi već na raspolaganju, a koje bi mogli da obezbede. Zatim učesnici biraju onu radnju koju već sutra mogu da sprovedu. Sledeći korak jeste razmatranje i zapisivanje potencijalnih unutrašnjih barijera, tj. otpora (npr. **Ovo mi zapravo uopšte nije važno** ili **Koja korist od ovoga?**) na putu ostvarenja cilja. Nakon ovoga sledi opisivanje strategija prevazilaženja unutrašnjih barijera. Diskusija na grupnom nivou sledi posle popunjavanja radnih listova, koju prati izvođenje generalnih zaključaka u vezi sa datim zadatkom.

Na kraju susreta učesnici izvode vežbu **Kiša ohrabrenja** (preuzeto iz Drego, 1994). Vežba se izvodi tako što svaki član grupe sedne leđima okrenut ostalim članovima. Ostali članovi dobijaju listu rečenica ohrabrenja koje su štampane na zasebnim papirima. Svaki član grupe bira nekoliko rečenica ohrabrenja, shodno svojoj proceni šta je članu koji je ispred grupe potrebno, a na osnovu iskustva saradnje u okviru programa i dobijenih informacija. Svi članovi grupe čitaju izabrane rečenice istovremeno više puta članu koji sedi ispred njih u trajanju od par minuta. Onda svaki član grupe sužava izbor na jednu najznačajniju poruku i daje papir sa porukom članu koji je ispred grupe. Vežba se završava kada svi članovi budu izloženi „kiši ohrabrenja“. Nakon toga svaki učesnik navodi za njega najznačajniju poruku koju je čuo. Dobijene poruke od drugih učesnika učesnici nose sa sobom kao resurs za kasniju upotrebu.

Po završetku ove vežbe planirana je grupna evaluacija i sumiranje utisaka u odnosu na celokupni program, tj. sve radionice. Ovo bi bila prilika da učesnici čuju jedni od drugih šta su usvojili, saznali, čuli, šta ih je osnažilo, koje nove resurse su stekli i sl. Samim tim, napravio bi se kratak osvrt na sve primenjene tehnike, uz izbor i isticanje najkorisnijih, čime bi se eventualno

povećao uvid u promene podstaknute učešćem u ovom programu psihosocijalne podrške.

Nakon grupne evaluacije programa i razmene utisaka, učesnici popunjavaju i evaluacioni upitnik. Pored evaluacionog upitnika članovi grupe ponovo popunjavaju sledeće testove: Srpski inventar afekta baziran na **PANAS** (SIAB-PANAS: Mihić et al., 2014), **Upitnik prihvatanja i akcije** (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II: Bond et al., 2011) i **Skalu grupne kohezivnosti** (Group Cohesiveness Scale, GCS; Wongpakaran et al., 2013), čime se završava program psihosocijalne podrške InsideMe.

Umesto zaključka

Prilikom izrade programa psihosocijalne podrške InsideMe, autori su se vodili idejom, ali i željom da ovaj program bude od koristi onima koji su uključeni u postupak lečenja neplodnosti. Naše osnovno uverenje jeste da problem infertiliteta nije samo medicinski problem, već i psihološki, te da pomoć i podrška osobama sa infertilitetom treba biti pružena u oba ova domena. Namera nam je bila da ovaj program bude resurs svima onima koji su posvećeni očuvanju mentalnog zdravlja osoba koje se suočavaju sa infertilitetom, prvenstveno psiholozima. Naše celokupno delovanje tokom trajanja dvogodišnjih projektnih aktivnosti usmereno je ka sledećem cilju – da psihosocijalna podrška postane sastavni deo lečenja infertiliteta, potpuno integrisana u tretman i samim tim dostupna na klinikama za lečenje neplodnosti. Nadamo se da je ovako osmišljen program korak na putu ostvarivanja tog cilja.

Ukoliko želite da pročitate više o psihološkim aspektima neplodnosti, na sajtu Filozofskog fakulteta možete naći monografiju, nastalu u okviru projekta InsideMe, koja je u celini dostupna za preuzimanje:
<https://izdanja.filfak.ni.ac.rs/monografije/2023?start=10>

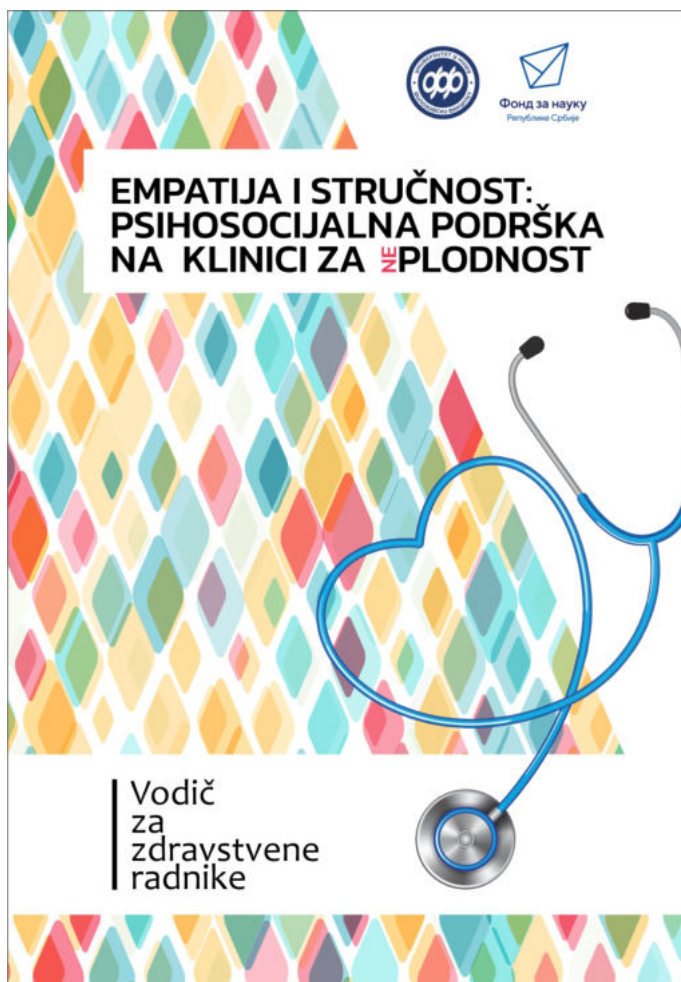


U okviru projekta InsideMe nastao je i Vodič za zdravstvene radnike -
EMPATIJA I STRUČNOST:

PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA NA KLINICI ZA NEPLODNOST

Vodič će biti dostupan na sajtu <https://insideme.rs/> do juna 2025. godine.

Nakon toga možete se obratiti članovima projektnog tima – naše adrese
nalaze se na sledećoj strani.



Tim projekta InsideMe



Dr Jelena Opsenica Kostić jelena.opsenica.kostic@filfak.ni.ac.rs

Dr Milica Mitrović milica.mitrovic@filfak.ni.ac.rs

Dr Ivana Janković ivana.jankovic@filfak.ni.ac.rs

Dr Miljana Spasić Šnele miljana.spasic.snele@filfak.ni.ac.rs

Msc Nikola Čirović nikola.cirovic@filfak.ni.ac.rs

Msc Mila Guberinić mila.guberinic@filfak.ni.ac.rs

Dr Milan Trenkić, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu i
Klinički centar Niš trenkic@gmail.com

Projekat je podržan od strane Fonda za nauku Republike Srbije, u okviru programa IDENTITETI, broj 1568.



Фонд за науку
Републике Србије

Korišćena literatura

- 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). Psychology Press.
- Abdollahpour, S., Taghipour, A., Mousavi Vahed, S. H., & Latifnejad Roudsari, R. (2022). The efficacy of cognitive behavioural therapy on stress, anxiety and depression of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, **42**(2), 188–197.
- 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.
- 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.
- Ara, I., Maqbool, M., & Zehravi, M. (2022). Psychic consequences of infertility on couples: A short commentary. **Open Health**, **3**(1), 114–119.
- APA Dictionary of Psychology, dostupno na <https://dictionary.apa.org/>
- Arnett, J. J. (2015). **Emerging adulthood: The winding road from late teens through the twenties**. Oxford University Press.
- 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.
- Balsom, A. A., Klest, B., Sander, B., & Gordon, J. L. (2024). Acceptance and commitment therapy adapted for women with infertility: a pilot study of the Infertility ACTION program. **Reproductive Health**, **21**(1), 43.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. **Social Science & Medicine**, **57**(12), 2325–2341.
- 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.
- Boivin, J., & Lancaster, D. (2010). Medical waiting periods: imminence, emotions and coping. **Women's Health**, **6**(1), 59–69.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. **Behavior Therapy**, **42**(4), 676–688.
- 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.
- 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.
- Covington, S. N. (2006). Group Approaches to Infertility Counseling. In: Covington, S. N., Burns, L. H., eds. **Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians**. (pp. 156–168). Cambridge University

Press.

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.

Chiapparino, F., Baldini, M. P., Scardueli, 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.

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.

Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. **Best practice & research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, *21*(2), 293–308.

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.

Dahl, J., Lundgren, T., Plumb, J., & Stewart, I. (2009). **The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy**. New Harbinger Publications.

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.

Drego, P. (1994). **Happy family: Parenting through family rituals**. Bombay, Vision Wordtronic Ltd.

Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), **Infertility: Perspectives from stress and coping research** (pp. 29–57). Plenum Press.

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.

Epstein, Y. M., & Rosenberg, H. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. **Fertility and Sterility**, *83*(6), 1882–1884.

Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. **Social Science & Medicine**, *48*(5), 575–589.

European Atlas of Fertility Treatment Policies (2021). Dostupno na: <https://fertilityeurope.eu/atlas/>

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.

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.

Gameiro, S., & Boivin, J. (2017). The Psychology of Infertility in Reproductive Medicine and Healthcare, c. 1940s–2000s. In: G. Davi & T. Loughran (Eds.), **The Palgrave Handbook of Infertility in History: Approaches, Contexts and Perspectives**, (pp. 393–413), Springer Nature.

Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. **Social Science & Medicine**, *45*(11), 1679–1704.

Greil, A. L. (2002). Infertile Bodies: Medicalization, Metaphor, and Agency. In: M. C. Inhorn & F. V. Balen

(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.

Harris, R. (2016). The Complete Set of Client Handouts and Worksheets from ACT books. Dostupno na: https://www.actmindfully.com.au/upimages/2016_Complete_Worksheets_for_Russ_Harris_ACT_Books.pdf

Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(1), 31–41.

Hayes, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Heitlinger, A., & Heitlinger, A. (1993). Pronatalism and women's equality policies. *Women's Equality, European Journal of Population*, 7, 121–142.

Hooyman, N. R. & Kramer, B. J. (2006). *Living through loss: Interventions across the life span*. Columbia University Press.

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.

Jaffe, J., Diamond, M. O., & Diamond, D. J. (2005). *Unsung lullabies: Understanding and coping with infertility*. St. Martin's Griffin.

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.

Jestrović Enser, J. (2023). Podrška stručnjaka – primena psiholoških znanja u pomoći pojedincima i parovima koji se suočavaju sa neplodnošću. U M. Mitrović, J. Opsenica Kostić i J. Jestrović Enser (2023). *Kada rođa neće da sleti: psihološki aspekti neplodnosti*. (str. 197–265). Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu.

Jestrović, J., & Mihić, I. (2020). Socijalna podrška i stres povodom neplodnosti: značajnost različitih izvora podrške. *Primenjena psihologija*, 13(2), 169–189.

Jerković, I., Zotović, M. (2010). *Razvojna psihologija*. Futura publikacije.

Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999) Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341e358.

Kahyaoglu Sut, H., & Balkanlı 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.

Kainz, K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's Health Issues*, 11(6), 481–485.

Knox, G. (2009). *40 Icebreakers for Small Groups*.

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.

Malina, A., & Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization—Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 554–558.

- 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.
- 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.
- 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.
- Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, **34**(4), 313–319.
- Mihic, L., Novović, Z., Čolović, P., & Smederevac, S. (2014). Serbian adaptation of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Its facets and second-order structure. *Psihologija*, **47**(4), 393–414.
- Mindes, E. J., Ingram, K. M., Kliever, 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.
- 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.
- Muriel, J. (1998). *Perspectives in Transactional analysis*. TA press.
- Newman, B., & Newman, P.R. (2011). *Development through life: a psychosocial approach*. Wadsworth, Cengage Learning.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, **72**(1), 54–62.
- O'Connor, K. J. (1983). Color-Your-Life technique. In C. E. Schaefer & K. J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 251–258). Wiley.
- Opsenica Kostić, J. (2017). *Novi životni stilovi i forme porodice*. Filozofski fakultet Niš.
- Opsenica Kostić, J. (2023). Neplodnost u kontekstu razvoja odraslih – ne/postizanje uloge roditelja. U M. Mitrović, J. Opsenica Kostić i J. Jestrović Enser (2023). *Kada rođa neće da sleti: psihološki aspekti neplodnosti*, (str. 55–99). Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu.
- 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**.
- Parry, D. C. (2005). Work, leisure, and support groups: An examination of the ways women with infertility respond to pronatalist ideology. *Sex Roles: A Journal of Research*, **53**(5–6), 337–346.
- 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.
- 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), 219–228.
- Pozza, A., Dettore, D., & Coccia, M. E. (2019). Depression and anxiety in pathways of medically assisted reproduction: The role of infertility stress dimensions. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, **15**, 101–109.
- 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.
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*, **20**(1), 41–47.
- 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.
- 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**, 1137–1145.
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaa, K., Bugge, S., & Tanbo, T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **28**(2), 115–120.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: a review. In: H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology*, (pp. 189–214). Oxford University Press.
- 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.
- 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.
- Van Balen, F. (2002). The psychologization of infertility. In: M. C. Ingorn, & F. Van Balen (Eds.), *Infertility around the Globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*, (pp.79–98), University of California 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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), 1290–1297.
- Warren, B. (2023). *Healing from Reproductive Trauma: A Workbook for Survivors of Traumatic Infertility Journeys, Pregnancies, and Births*. Routledge.
- 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.
- Williams, M. E. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women.

***Psychotherapy in Private Practice*, 16(3), 7–26.**

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.

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.**

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.**

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Intachote-Sakamoto, R., & Boripuntakul, T. (2013). The group cohesiveness scale (GCS) for psychiatric inpatients. ***Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 58–64.**

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). ***The Theory and Practice of Group Psychotherapy***. Basic Books.

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.**

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.**

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.

Žuljević, D., Rakočević, N., & Krnetić, I. (2020). Testing the model of psychological flexibility in the Serbian cultural context: The psychometric properties of the acceptance and action questionnaire. ***Psihologija*, 53(2), 161–181.**

30 Team-Building Games, Activities, and Ideas, preuzeto sa:

https://www.depts.ttu.edu/centerforcampuslife/Involvement/Leadership/documents/team_buildinggamesactivitiesideas.pdf

ACT 4: Living wisely, living well, preuzeto sa: <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/activate-your-life/guides/activate-online-act-4-activities-english/>

Milica Mitrović
Mila Guberinić
Nikola Čirović
Jelena Opsenica Kostić
Ivana Janković
Miljana Spasić Šnele
Milan Trenkić

**PROGRAM PSIHOSOCIJALNE PODRŠKE OSOBAMA KOJE SE SUOČAVAJU SA
NEPLODNOŠĆU *InsideMe***

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

Dr Maja D. Stojković

Tehničko uredništvo

Linija projekt (Prelom, dizajn korice), (Digitalizacija)

Format

17 x 24 cm

Tiraž

50 primeraka

Štamparija

Linija projekt Niš

Niš, 2024.

ISBN-978-86-7379-658-1

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

159.9:612.663

159.98

МИТРОВИЋ, Милица, 1980-

ПРОГРАМ психосоцијалне подршке особама које се суочавају са неплодношћу : ИнсидеМе / Милица Митровић... [ет ал.]. - Ниш : Филозофски факултет Универзитета, 2024 (Ниш : Линија пројект). - 49 стр. ; 24 цм

Тираж 50. - Напомене и библиографске референце уз текст. - Библиографија: стр. 43-48.

ISBN 978-86-7379-658-1

1. Митровић, Милица, 1980- [аутор]

а) Неплодност – Психосоцијални аспект

б) Неплодност – Психолошка помоћ

COBISS.SR-ID 156646665

