



Уральский
федеральный
университет

имени первого Президента
России Б.Н. Ельцина

Уральский гуманитарный
институт

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДОНОРОВ ООЦИТОВ

Методические рекомендации

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РОССИИ Б. Н. ЕЛЬЦИНА

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДОНОРОВ ООЦИТОВ

Методические рекомендации

Екатеринбург
Издательство Уральского университета
2024

УДК 159.9.072:618.177(07)
ББК Ю948я7
П86

Организации-разработчики:
ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого
Президента России Б. Н. Ельцина»
ФГБУ «Научно-исследовательский институт охраны
материнства и младенчества» Министерства здравоохранения России,
Европейский медицинский центр «УТМК-Здоровье»

Рецензенты:
В. Н. Локишин, доктор медицинских наук, профессор, академик НАНК,
академик РАМТ, президент Казахстанской ассоциации
репродуктивной медицины
Г. Г. Филиппова, доктор психологических наук, профессор, ректор
Института перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы,
профессор кафедры общей психологии и истории психологии МГУ

П86 **Психологическое обследование и консультирование доноров
ооцитов : метод. рекомендации / И. Г. Полякова, Н. В. Башмакова,
Э. Э. Сыманюк и др. ; Министерство науки и высшего образова-
ния Российской Федерации, Уральский федеральный универси-
тет. — Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2024. — 36 с. — 500 экз. —
ISBN 978-5-7996-3761-3. — Текст : непосредственный.**

ISBN 978-5-7996-3761-3

Методические рекомендации разработаны для обеспечения эффектив-
ности психологического обследования и консультирования потенциальных
и реальных доноров ооцитов в субъектах Российской Федерации, представ-
лены особенности психологического консультирования и сопровождения
доноров ооцитов, методы психологического обследования потенциальных
доноров.

Предназначены для руководителей и медицинских работников организа-
ций, имеющих в своем составе отделения вспомогательных репродуктивных
технологий, репродуктивных центров и клиник, врачей-репродуктологов,
репродуктивных психологов.

УДК 159.9.072:618.177(07)
ББК Ю948я7

*Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда
№ 22-28-01694, <https://rscf.ru/project/22-28-01694/>*

ISBN 978-5-7996-3761-3

© Полякова И. Г., Башмакова Н. В.,
Сыманюк Э. Э. и др., 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения.....	4
2. Термины и определения.....	5
3. Особенности организации психологического обследования потенциальных доноров ооцитов.....	8
3.1. Цель психологического обследования и его основные инструменты.....	8
3.2. Клиническое интервью.....	9
3.3. Анкетирование потенциальных доноров ооцитов.....	13
3.4. Диагностическое тестирование.....	13
3.5. Психологическое сопровождение доноров ооцитов в период донации и после ее окончания.....	15
4. Социально-психологический портрет донора ооцитов.....	18
4.1. «Стабильный» донор ооцитов.....	18
4.2. Основные типы кандидатов в доноры.....	19
5. Мотивация и социально-психологические барьеры донорства ооцитов.....	21
5.1. Мотивация донорства ооцитов: социально одобряемая и реальная.....	21
5.2. Основные социокультурные факторы, определяющие мотивы доноров.....	22
5.3. Социально-психологические барьеры донорства ооцитов.....	24
Заключение.....	26
<i>Приложение 1. Гайд-интервью для потенциальных/реальных доноров ооцитов.....</i>	<i>27</i>
<i>Приложение 2. Анкета для потенциальных доноров ооцитов.....</i>	<i>30</i>
Авторский коллектив.....	33

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В российских центрах репродукции существует запрос на психически и физически здоровых женщин — доноров ооцитов, готовых к повторному донорству и способных осознанно оценить соотношение риска и пользы для своего психологического и физического здоровья. Учитывая особенности протокола донации, включающего в себя гормональную терапию и пункцию фолликулов яичников, женщина-донор должна вовремя и правильно вводить себе гормональные препараты, в установленные сроки проходить все необходимые диагностические обследования, что подразумевает наличие у нее таких личностных особенностей, как системность, ответственность и пунктуальность.

Развитие сферы донорства в репродукции человека, в частности донорства ооцитов, приводит не только к увеличению количества женщин-доноров, вовлеченных в практики репродуктивной медицины, но и к необходимости совершенствовать подходы к их отбору, подготовке и психологическому сопровождению.

Международная организация консультирования по вопросам бесплодия декларирует общие этические принципы предоставления психологических консультаций не только для тех, кому был поставлен диагноз бесплодие, но и для доноров. Настоятельно рекомендуется также, чтобы все доноры прошли собеседование с психологом перед началом процедур донорства и далее имели возможность получить консультацию психолога при прохождении цикла донации.

В отличие от доноров спермы, доноры яйцеклеток проходят ряд медицинских процедур, таких как гормональная стимуляция яичников (овариальная стимуляция) и трансвагинальная пункция фолликулов яичников. Данная ситуация, безусловно, требует психологической диагностики и консультирования потенциальных доноров.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Бесплодие — заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером.

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) — все манипуляции *in vitro* с ооцитами, сперматозоидами или эмбрионами человека с целью репродукции. Эти вмешательства включают в себя, но не ограничиваются перечисляемыми: ЭКО, перенос эмбриона (ПЭ), интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида (ИКСИ), биопсию эмбриона, преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ), вспомогательный хетчинг, криоконсервацию гамет и эмбрионов, донорство спермы, ооцитов и эмбрионов, циклы с женщиной, вынашивающей беременность.

Гайд-интервью — руководство для специалиста, содержащее ряд систематизированных открытых вопросов, предполагающих развернутый ответ и направленных на раскрытие определенной темы.

Донор ооцитов — женщины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. Доноры ооцитов могут быть как неанонимными, так и анонимными.

Клиническое интервью — вид опроса, использующий непосредственное психологическое взаимодействие между исследователем и респондентом в соответствии с поставленной целью. В процессе интервью психолог-интервьюер задает вопросы опрашиваемому респонденту, при этом он не ведет с ним активного диалога, не высказывает своего мнения и открытой личной оценки на ответы респондента.

Овариальная стимуляция (ОС) — фармакологическая терапия с целью индуцировать развитие фолликулов в яичниках. Ее можно использовать для двух целей: 1) для запланированного полового контакта или инсеминации; 2) при ВРТ, для получения нескольких ооцитов при пункции фолликулов.

Ооциты — женские половые клетки.

Процент бластуляции — количество бластоцист, полученных в одном протоколе гормональной стимуляции одного донора относительно общего числа полученных яйцеклеток.

Психологическая диагностика — психологическое обследование пациента для выявления его индивидуально-психологических особенностей и возможных отклонений от психической нормы. Психологическая диагностика (психодиагностика) проводится различными лабораторными и клиническими способами. Для исследования широко используются комплексы различных психодиагностических тестов.

Психологическое консультирование — оказание помощи личности в ее самопознании, адекватной самооценке и адаптации к реальным жизненным условиям, формировании ценностно-мотивационной сферы, преодолении кризисных ситуаций и достижении эмоциональной устойчивости, способствующей непрерывному личностному и профессиональному росту и саморазвитию.

Психологическое обследование — комплексный метод изучения психических процессов и состояний человека с целью выявления его индивидуальных особенностей, потребностей и проблемных аспектов.

Пункция фолликулов яичников — медицинская манипуляция с целью получения ооцитов для экстракорпорального оплодотворения.

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) — чрезмерный системный ответ на стимуляцию яичников, характеризующийся широким спектром клинических и лабораторных проявлений. Может быть классифицирован как легкий, умеренный или тяжелый, в соответствии со степенью напряженности асцита, увеличения яичников и дыхательных, гемодинамических и метаболических осложнений.

Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) — сокращенный вариант ММРІ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 — оценочные. Первые три оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) — последовательность манипуляций, включающая экстракорпоральное оплодотворение ооцитов. Оно включает традиционную инсеминацию *in vitro* и ИКСИ.

3. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ДОНОРОВ ООЦИТОВ

3.1. Цель психологического обследования и его основные инструменты

Цель проведения обследования — заключение клинического психолога о готовности женщины к процедуре донации и ее мотивированности либо о потенциальных рисках дальнейшего сотрудничества клиники с донором ооцитов.

Задачи обследования:

- 1) выявление признаков дезадаптации в обществе, ярко выраженных акцентуаций характера, психических расстройств;
- 2) прогнозное определение потенциального риска для женщины-донора в случае участия в программе;
- 3) оценка полноты и достоверности имеющейся у кандидата информации относительно процедуры донации;
- 4) своевременная маршрутизация претендентов для оказания психологической помощи на всех этапах донации.

Основными инструментами психологического обследования потенциальных доноров ооцитов являются клиническое интервью, анкетирование и психодиагностические методы.

В практике обследования необходимо использовать психодиагностические методы, имеющие клиническое подтверждение и возможность использования в экспертном отборе, то есть оценки социальной желательности ответов респондентов. Данные методики должны иметь стандартизованные психометрические показатели, четко определенные показания к их использованию и противопоказания, а также дифференциальную эффективность. В практике работы клинического психолога с донорами ооцитов хорошую

эффективность показал опросник Мини-Мульт/СМОЛ, который рекомендуется здесь к использованию.

3.2. Клиническое интервью

Для клинико-психологического обследования рекомендован **гайд-интервью** с донорами ооцитов (*Приложение 1*), разработанный в соответствии с исследованиями в области здравоохранения.

Обязательные блоки интервью включают в себя обсуждение:

- жизненной истории участников и формирование их социально-демографического портрета;
- опыта рекрутинга (в том числе, когда и как информанты впервые услышали о донорстве яйцеклеток) и участия в донорстве, причин, по которым участники приняли такое решение, и их ожиданий от донации;
- разговоров о донорстве ооцитов с другими людьми, в том числе с близкими;
- рисков (в том числе возрастающих) и последствий донации;
- мыслей и чувств участников по поводу пожертвования яйцеклеток, в том числе по поводу реципиентов и ребенка, который может быть зачат в результате их пожертвования, возможности будущего обмена информацией о ребенке и общения с ним;
- различий между представлением о себе и социальным образом донора.

Структура и содержание гайда

Для исследовательских целей выделены **три тематических сферы**: семейная ситуация в родительской семье донора, нынешняя семейная ситуация женщины и некоторые варианты возможного будущего.

Каждая из сфер соотносима с одним из временных планов — прошлое (опыт детства), настоящее («я сейчас, я сегодня») и будущее.

«Дверь в прошлое»: детство информанта в родительской семье

Вход в разговор через семейную историю информанта, когда определяется связь прошлого и настоящего, в большинстве случаев

оказывается достаточно удачным для установления более комфортной психологической атмосферы и прояснения коммуникативного поведения женщины-донора.

При этом сами женщины, принявшие решение стать донорами, обычно не слишком расположены расширять его нарративный контекст, то есть «переходить из настоящего в прошлое». Однако они достаточно сильно вовлечены в семейную проблематику, и даже при прохождении входного психологического тестирования их собственная семейная история чаще всего рождает у них эмоциональный отклик.

На данном этапе основная формула психолога — «не навреди»: при выявлении непроработанного травматического опыта (ситуации из прошлого) специалист старается обратить на него внимание женщины и обсудить его, если она к этому готова и идет на контакт. И, наоборот, если травмирующая ситуация вызывает сопротивление кандидата в доноры, если донор прямо заявляет о том, что не хочет это обсуждать, то эта тема в дальнейшем не обсуждается.

Зачастую психолог и информант рассматривают семейную историю женщины с принципиально разных позиций: эксперт сосредоточен на том, чтобы выявить факторы семейного благополучия/неблагополучия как важную часть мотивировочного комплекса, а также прояснить характерные для женщины стратегии и тактики решения проблем. В то же время женщина оказывается в позиции человека, которому приходится в ограниченный промежуток времени воссоздать нормализованную картину отношений своей родительской и/или нынешней семьи. Вопросы и уточнения интервьюера заставляют некоторых женщин по-иному посмотреть и — что труднее — проговорить обстоятельства привычного прошлого.

«Я сегодня»: самописание настоящего

В этой части разговора женщины чувствуют себя более уверенно. Вопросы психолога касаются актуальной семейной ситуации, внутрисемейных отношений и распределения ролей (в том числе финансового обеспечения семьи), места работы, желаемого количества детей и организации досуга.

Решение женщин участвовать в процедуре донации, как правило, соответствует их представлению о ресурсах, которые они могут

использовать для улучшения своей жизненной ситуации. Поэтому возможные риски для фертильности в проективном (возможном), но не существующем пока будущем ими воспринимаются проще, чем реальные сегодняшние проблемы.

Важным фактором, напрямую влияющим на готовность женщины участвовать в программе донорства, становятся условия, которые может предложить ей клиника, включая полное медицинское обследование в процессе подготовки. Доступность такого уровня сервиса и бесплатных медицинских услуг определяют то, что женщины-доноры воспринимают эту часть программы как вклад в свое здоровье и своего рода шаг вверх по социальной лестнице, тем более правильный, так как совершается без взаимодействия с бюрократизированной государственной системой здравоохранения. Для населения с невысоким социальным статусом характерно «инструментальное» отношение к своему здоровью и к заботе о себе, выраженное в желании найти «хорошего врача» и «правильную клинику» в ходе донорской программы.

«Проективное будущее» и мотивация донорства

Итогом интервьюирования для клиники становится заключение психолога о готовности женщины к протоколу донации, наличии у нее четкой и непротиворечивой мотивации, а также общей адекватности и контактности будущего донора. В связи с этим во второй части интервью психолог переходит к вопросам о мотивах донации, стремясь прежде всего оценить вероятность продолжительного успешного сотрудничества женщины с клиникой исходя из ее психологических и ценностных установок.

К моменту психологического тестирования решение о донации уже принято женщиной лично и согласовано со значимым кругом (врач-гинеколог и партнер) либо близкие поставлены в известность и не имеют выраженного мнения по этому поводу, удовлетворившись разъяснениями по поводу безопасности самой процедуры для здоровья. Сами доноры в большинстве своем воспринимают этот проект как зависящий лично от их решения и не затрагивающий негативно их близких, в то же время для тех, кто состоит в браке, очень важно сохранение внутрисемейного согласия.

Заключительная часть интервью

Здесь рекомендуется ряд мыслительных экспериментов с элементами психодрамы: психолог описывает ситуации возможного будущего, иногда принимая на себя роли значимых родственников (например, родителей женщины), и наблюдает реакцию информантки. Техника является достаточно эффективной, если под этим иметь в виду возможность получить эмоциональную и вербальную реакцию в течение короткого времени (около 15 минут). При этом если ранее эксперт занимал нейтральную позицию (что задано самим дискурсивным строением ситуации рассказа о прошлом и репрезентации настоящего), то в этой части позиция специалиста может доходить до определенной провокативности.

Так психолог побуждает женщину эмоционально отреагировать и описать свои чувства. Сначала при возможной будущей встрече с ребенком, родившимся в результате донорства; затем при встрече с его родителями-реципиентами, возможно, неприятными донору внешне либо по поведению. Потенциальному донору предлагается проиграть вероятную встречу с совершеннолетним ребенком, получившим возможность узнать персональные данные своей биологической матери. Каждая из этих ситуаций находится в русле общемировых тенденций прав человека на полную и достоверную информацию о своем происхождении и поэтому может составлять часть программы подготовки донора. Однако на самом деле в этой части интервью решается актуальная задача оценки степени эмоциональной лабильности, сенситивности женщины-донора в целом. Этим объясняется и активная ведущая роль психолога на данном этапе.

Для женщин эти ситуации относятся к далеким, возможным только гипотетически (неслучайно их замечания о своих возможных чувствах могут сопровождаться смехом-разрядкой). Будущие доноры могут довольно активно защищать свое видение будущего и в отношении образа любящих родителей-реципиентов, и в случае возможных претензий рожденных детей, дистанцируя себя и родителей в отношениях с потенциальным ребенком. Практически все доноры считают, что родители — это те, кто ребенка вырастил.

Здесь психолог не сглаживает, а, скорее, усиливает замеченные противоречия в ответах, обращая на них внимание донора. Метод

свободных ассоциаций сочетается с закрытыми вопросами, что нередко делает ситуацию достаточно напряженной и позволяет отследить яркие эмоциональные реакции, которые становятся ориентирами для уточнения эмоционального профиля женщины.

В заключение психолог обращает внимание на формирование положительной установки женщины, решившейся на участие в программе донорства.

3.3. Анкетирование потенциальных доноров ооцитов

В случаях, когда нет возможности провести интервью с потенциальным донором, его можно заменить на анкетирование. Также анкетирование может проводиться перед глубинным интервью как дополнительный диагностический метод, позволяющий психологу заранее ознакомиться с жизненной ситуацией потенциального донора и наметить индивидуальную структуру гайда исходя из ответов кандидата в доноры. Авторская анкета-опросник (*Приложение 2*) составлена на основании гайда интервью с донорами ооцитов и апробирован на выборке потенциальных/реальных доноров ооцитов.

3.4. Диагностическое тестирование

Ввиду специфичности исследуемой выборки и сочетания глубинного интервью с диагностической процедурой для определения психологического профиля испытуемых нами был выбран психологический тест Мини-Мульт/СМОЛ — один из самостоятельных тестов семейства MMPI (<https://psytests.org/mmpi/minimult.html>). Он разработан на основе русского валидизированного варианта опросника Mini-Mult. На репрезентативной выборке был разработан собственный стандарт методики. Благодаря собственному стандарту, СМОЛ, в отличие от Mini-Mult, обеспечивает оценку результатов тестирования в Т-баллах, рассчитываемых с помощью коэффициентов, разработанных на основе анализа распределения ответов лиц, включенных в нормативные выборки, именно на те те-

стовые вопросы, которые входят в состав СМОЛ. СМОЛ отвечает всем основным требованиям, предъявляемым к социальному и психологическому тесту: он обладает надежностью, валидностью и собственным адекватным стандартом. Высокая экономичность теста является его неоспоримым преимуществом (обследование занимает всего 20–30 мин). Он содержит три оценочные шкалы — L, F и K — позволяющие определять достоверность результатов и вводить стандартную поправку в зависимости от отношения обследуемого к процедуре тестирования.

Клинические шкалы позволят описать психологический профиль респондентов, выявить «стабильного» и «благополучного» донора. Тестирование может предоставить объективную информацию о том, как донор относится к процессу, а также о социокультурных и психологических факторах, определяющих его отношение к донации.

Результат сопоставления доноров ооцитов с условно нормативной группой демонстрирует, что практически по всем шкалам опросника Мини-Мульт/СМОЛ показатели уровня нервно-эмоциональной устойчивости, степени интеграции личностных свойств, уровня адаптации личности к социальному окружению у экспериментальной группы доноров выше, чем у контрольной группы. Это говорит о том, что доноры ооцитов более устойчивы и стабильны в плане психоэмоциональных качеств по сравнению с «обычными» испытуемыми.

По результатам психодиагностических обследований определяется ведущая группа признаков (четкая прагматическая мотивация, наличие сформированной структуры жизненных установок и ценностей, открытая позиция, отсутствие акцентуация характера и тревожных/депрессивных проявлений) и выносится итоговая группа, определяющая риски и возможности сотрудничества с данным донором и необходимость и специфику как психопрофилактических, так и психокоррекционных мероприятий.

I группа — прогноз благополучный, возможны повторные донации;

II группа — прогноз благополучный, донация будет однократной;

III группа — прогноз осторожный.

Полученные результаты можно интерпретировать с помощью данных, описанных в четвертом и пятом пунктах данных рекомендаций.

3.5. Психологическое сопровождение доноров ооцитов в период донации и после ее окончания

На ключевых этапах прохождения протокола донации, таких как начало гормональной терапии, появление неприятных ощущений, введение триггера и ожидание пункции, появление болей/осложнений после пункции, доноры испытывают страхи, сомнения, неврозоподобные состояния, которые требуют психологического сопровождения.

Психологический смысл консультирования состоит в том, чтобы помочь донору осознать кризисную ситуацию и самому найти выход из нее. Наиболее приемлемой формой консультирования является беседа.

Технологии проведения беседы существенно не различаются. При ее проведении рекомендуется трехшаговая модель построения.

1. Первая стадия — *структурирование и достижение взаимопонимания*. Психолог решает задачу установления контакта с пациентом. На этом этапе консультанту следует согласовать следующие моменты:

- проинформировать донора о своих возможностях и функциях;
- задать определенную структуру предстоящей взаимной работы;
- настроить пациента на максимальную активность и принятие ответственности за реализацию выработанных решений.

Установлению контакта способствуют:

- визуальный контакт (контакт глаз), причем чаще консультант внимательно смотрит на пациента при слушании, чем при высказываниях;
- язык жестов и телодвижений (наклоненный слегка вперед корпус, избегание скрещивания рук и ног);

— интонация, громкость и темп речи (средняя скорость речи, меняющийся тон с некоторой эмоциональностью);

— физическое расстояние: желательно, чтобы оно было задано самим пациентом, тогда будут учтены его индивидуальные предпочтения;

— дыхание: если консультант прислушивается к дыханию пациента, то он не только получит определенную информацию о его состоянии, но и, следя за ритмом дыхания клиента, сможет усилить степень доверия к себе.

2. На второй стадии происходит сбор информации о контексте ситуации. Главное — *определение сути проблемы*. Психолог решает следующие задачи: зачем пациент пришел; как он видит свою проблему, каковы его возможности в решении ситуации; осуществляет поиск всех позитивных аспектов проблемы и сильных сторон личности клиента.

Проблема может быть описана с помощью следующих характеристик:

- содержание страхов, сомнений;
- факторы, обусловившие данную проблему;
- возможное влияние проблемы на исход протокола донации;
- временные границы проблемы;
- привычные паттерны поведения и мышления в кризисной ситуации пациента.

Оправданно использование следующих техник:

- вопросы (открытые и закрытые);
- пересказ (используется для обеспечения обратной связи);
- прямое повторение сказанного пациентом для его поддержки;
- интерпретация — попытка по-новому для пациента описать ситуацию, обратив внимание на некоторые особенности его взглядов, поведения, мыслей;

— отражение чувств (обращение к сфере эмоций, при котором выясняется эмоциональная подоплека проблемы);

— резюме — обобщение фактов, мыслей и чувств пациента.

На этой стадии консультант определяет противоречия в сложившейся ситуации пациента и то, насколько они связаны с его обычной

жизнью, либо обусловлены протоколом донации. Противоречия могут быть следующими:

- между «благим и добрым делом», каким представляется пациенту донорство ооцитов и слишком высокой платой за него;
- между реальной и желаемой ситуацией;
- между собственной оценкой донорства и оценкой окружающих (близких и значимых людей).

В основе декларируемого пациентом противоречия чаще всего лежит несоответствие между мотивационно-потребностной, смысловой сферой и операционально-технической стороной данной деятельности.

3. На третьей стадии осуществляется *конструктивное преодоление деструктивной ситуации*. Эта стадия предполагает обязательное воздействие на пациента. Оно осуществляется разными приемами: посредством ссылки на важность и нужность процесса, апелляции к позитивным примерам, опоры на опыт.

Цель — помочь донору увидеть положительные моменты в существующей ситуации и раскрыть его возможности в плане решения проблемы.

Чтобы инициировать самораскрытие пациента, психолог дает возможность консультируемому предвидеть последствия желаемого результата, суммирует его суждения, поощряет пациента путем повторения ключевых фраз. Весьма важно обсудить с донором возможные позитивные моменты поведения в негативных ситуациях, охарактеризовать конструктивные стратегии преодоления страхов и сомнений.

Техники поведения: активное слушание с перефразированием, резюме, повторение с пациентом ключевых фраз.

Завершается эта стадия позитивным обобщением возможных путей преодоления кризисной ситуации.

Если негативные эмоциональные переживания уменьшились или исчезли, а пациент продолжает выполнять все предписания врача-репродуктолога для успешного завершения протокола донации, можно сделать вывод, что результат консультации успешен.

4. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ДОНОРА ООЦИТОВ

4.1. «Стабильный» донор ооцитов

Наиболее значимые и ценные характеристики женщины — будущего донора ооцитов:

а) возраст 28–30 лет (предполагает наличие жизненного опыта), полная семья, как минимум двое детей при отсутствии желания иметь еще биологических детей; есть поддержка партнера и нет страхов по поводу фертильности;

б) «открытая позиция» на всех уровнях коммуникации:

— по отношению к родителям-реципиентам и потенциальным детям — желание знакомиться с ними, если это будет нужно, отсутствие страха «разоблачения», готовность встречаться с будущими детьми, если они захотят;

— по отношению к собственному близкому окружению (партнер, близкие родственники) — готовность рассказать своим детям о том, что у них, возможно, есть биологические братья и сестры;

в) отсутствие потенциальной зависимости от отношений с реципиентами — донор оставляет инициативу возможного общения только их стороне, будучи занятым жизнью только собственной семьи и детей;

г) четкая прагматическая мотивация, в том числе осознанное понимание участия в донорстве как социально одобряемой деятельности;

д) наличие сформированной структуры жизненных установок и ценностей как возможности разделения и принятия ответственности: «мой ребенок — тот, кого я выносила и родила»;

е) отсутствие ярко выраженных акцентуаций характера и склонности к драматизации;

ж) общий настрой на позитивный результат.

Наиболее ценными считаются доноры, которые уже проходили процедуру донации, в итоге которой удалось получить высокий процент blastulation и в дальнейшем наличие клинической беременности и родов у реципиента после переноса эмбриона из ооцита данного донора. Кроме того, женщина, уже имеющая опыт донорства, приобретает необходимые навыки и компетенции, что позволяет ей лучше справиться со стандартным протоколом.

4.2. Основные типы кандидатов в доноры

1. Молодые женщины (от 18 до 24 лет), не имеющие опыта семейной жизни, материнства, профессиональной реализации и опыта донации. Основной мотив — желание доказать самим себе и окружающим, что они способны на хороший поступок, выйти из обыденной реальности, получить подтверждение собственной значимости. Сопутствующие состояния — чувство вины, одиночества, нереализованности, отсутствие опоры. Прогноз по этой категории претендентов осторожный, так как донация не решит проблем женщины (возможно, усугубит их) и, скорее всего, будет однократной.

2. Женщины средней возрастной группы (от 24 до 30 лет), находящиеся в браке (имеющие партнера), имеющие собственных детей, опыт профессиональной деятельности, но не имеющие опыта донации. Основной мотив — финансовое вознаграждение как способ ситуативно улучшить свою жизнь. Дополнительные мотивы — альтруизм, гендерная солидарность, стремление компенсировать травматичный опыт (семейное неблагополучие, аборт). Прогноз по этой категории благополучный; возможно, что донация будет однократной.

3. Женщины средней и старшей возрастной группы (24–34 года), находящиеся в браке, имеющие собственных детей, опыт профессиональной деятельности, занимающие открытую позицию относительно донорства, имеющие опыт донации ооцитов или суррогатного материнства. Основной мотив — финансовое

вознаграждение как способ заработка. Дополнительные мотивы — альтруизм, гендерная солидарность. Прогноз благополучный, за исключением случаев, когда женщины сдают ооциты без соблюдения рекомендуемых сроков, подвергая риску собственное здоровье.

5. МОТИВАЦИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ ДОНОРСТВА ООЦИТОВ

Обобщение уже проведенных интервью и опросов женщин, собирающихся стать донорами ооцитов ($N = 100$), позволяет выявить специфику их мотивации в связи с донорством и ряд барьеров, которые следует учитывать при психологическом обследовании.

5.1. Мотивация донорства ооцитов: социально одобряемая и реальная

Практически все доноры, по их словам, руководствуются желанием помочь: «помочь людям стать родителями», «помочь женщинам, которые не могут забеременеть со своей яйцеклеткой»; «помочь появиться новой жизни». Но только четверть из них заявляют о том, что готовы на донорство ооцитов без оплаты, при этом официальных случаев отказа от гонорара не зафиксировано.

Треть в качестве первого и основного мотива отметили финансовое вознаграждение. Кроме двух очевидных мотивов (финансового вознаграждения и альтруизма), женщины отмечают полное медицинское обследование; возможность дополнительной деятельности, выходящей за рамки привычной жизни; возможность собственного развития и улучшение качества жизни семьи; одобрение коллег; желание сохранить и распространить свои гены, так как пока нет возможности родить своих детей.

5.2. Основные социокультурные факторы, определяющие мотивы доноров

1. Анонимность и отношение общества. Только треть опрошенных женщин хотят быть открытыми, не анонимным донорами — они готовы знакомиться с реципиентами при их желании и далее контактировать с детьми, если на то будет согласие реципиентов. Большинство придерживается мнения, что, после того как они сдали свои яйцеклетки, ответственность за будущего ребенка лежит на тех людях, которые станут его родителями, и избыточная информированность будет создавать в их собственной жизни лишние проблемы. При этом все опрошенные женщины считают, что мать ребенка — та, что выносила, родила и воспитала, а не та, чей биологический материал стал основой для зачатия.

У подавляющего большинства женщин есть супруг (партнер), и все они рассказали ему о донорстве ооцитов. В основном реакция партнеров была равнодушно-нейтральная; только одну из респонденток такая реакция обидела, остальные сочли это нормой. При более детальном обсуждении данной ситуации выяснилось, что, понимая финансовую заинтересованность женщин, ни один мужчина не предложил заработать денежные средства, равные вознаграждению за донорство, чтобы женщина не рисковала своим здоровьем. Все женщины отнеслись к этому факту спокойно; более того, все они заявили о том, что, даже если бы это случилось, они все равно не изменили бы своему намерению сдавать ооциты. Только две женщины заявили о том, что в случае неодобрения партнера они бы отказались от донации.

Что касается мнения женщин по поводу отношения общества к донорству ооцитов, то в реальности никто из информанток, по их словам, ни разу не сталкивался с осуждением или неприятием их деятельности. Тем не менее более половины женщин никому, кроме партнера, родителей или подруг, от которых получили первичную информацию о донорстве ооцитов, о своих намерениях не рассказывали.

2. Гендерная солидарность с женщинами, не имеющими возможности родить желанного ребенка. Значительным мотивирующим

фактором является наличие проблем с фертильностью в собственном опыте и у близких друзей или родственников. Также важным является личный опыт подруг и знакомых женщин, которые сами были донорами ооцитов. Часть женщин имеют отношение к медицине и отмечают, что приняли решение о донации под влиянием профессиональной среды. Многие женщины упомянули о том, что значимым для них было отношение лечащего врача-гинеколога, в случае если специалист отмечал повышенную фертильность женщины как личную предрасположенность к донорству.

3. Травматичный опыт, связанный с неблагополучием родительской либо собственной семьи. Большинство женщин в ответ на вопросы о своем детстве, опыте родительской и собственной семьи ссылаются на разного рода травмирующие факторы. Условно эти факторы можно разделить на несколько категорий. Неблагополучие в родительской семье включает в себя воспитание в неполной семье в связи с разводом либо смертью одного из родителей. Сюда также можно отнести физическое насилие, применяемое к ребенку одним из родителей; алкогольную зависимость одного из родителей; частую смену партнеров матерью, воспитание старшими родственниками в связи с тем, что родители не исполняли родительский долг, суицид одного из родителей и др. Часть информанток описали свое детство как «одинокое»: родители работали и не могли уделять детям необходимого времени и внимания. Неблагополучие в собственной семье связано с физическим насилием, алкоголизмом/наркоманией либо предательством партнера, а также травмой, связанной с потерей близких. Безусловным травмирующим фактором является аборт: более трети опрошенных нами женщин были вынуждены прервать беременность в связи с нехваткой средств на воспитание будущего ребенка и отсутствием поддержки близких.

В риторике многих женщин звучит желание посредством донорства ооцитов «как-то реабилитировать свою семейную историю», «отработать чувство вины за аборт», «сделать что-то хорошее и важное», «быть полезной и нужной», «приносить пользу».

5.3. Социально-психологические барьеры донорства ооцитов

В результате проведенных исследований можно сделать вывод, что основным барьером донорства является информационная составляющая в нескольких ее проявлениях.

1. Большинство опрошенных женщин, к сожалению, не владеют достоверной информацией не только о процедуре донации, но и об особенностях женской физиологии в целом.

2. Клиники на официальных сайтах дают минимально возможную информацию, акцентируя внимание на плюсах и выгодах донорства; вопросы, наиболее интересующие доноров, такие как последствия процедуры гормональной стимуляции в долгосрочной перспективе либо ответственность за будущего ребенка, остаются за кадром.

3. Репродуктолог обычно имеет очень небольшое время для общения с донором, тратить это время на ответы на вопросы про страхи и сомнения будущих доноров возможности нет.

4. Доноры в большинстве своем крайне осторожны в распространении информации о собственном участии в программе: обычно в курсе ситуации супруг или партнер женщины, реже — мать или сестра, примерно в 30 % случаях доноры делятся информацией с ближайшим окружением. Вместе с тем осознанная позиция возникает в большинстве случаев при повторных донациях, когда женщина-донор владеет полной и достоверной информацией о процедуре донорства.

5. Значимой является и реакция общества на донорство в репродукции — по мнению доноров, скрытая стигматизация все-таки существует. С одной стороны, женщины воспринимают свою деятельность как «помощь другим людям», «благое и хорошее дело», в чем их подкрепляет официальная позиция репродуктивных центров, а с другой — предпочитают скрывать эту помощь, так как не уверены в положительном или просто адекватном отношении общества.

6. В России отсутствует реестр доноров ооцитов, в котором была бы собрана вся информация о женщинах, имеющих опыт

донации, результатах протокола и сроках их проведения. Отсутствие такой информации ведет, с одной стороны, к рискам для здоровья некоторых повторных доноров, которые в стремлении заработать деньги сдают ооциты чаще, чем это рекомендовано Минздравом РФ; с другой — отсутствие контроля рождаемости от одного донора может со временем привести к рискам инцеста среди его потомков.

Соответственно, конструктивным способом преодоления барьеров донорства ооцитов становится информационная политика, включающая в себя более четкое законодательное регулирование процесса донорства ооцитов с созданием обязательного реестра доноров, а также официальное информирование как доноров о возможных последствиях донации, так и общества в целом о необходимости и сути донорских программ в репродукции человека.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные рекомендации будут способствовать поддержанию благополучного социально-психологического статуса потенциальных и реальных доноров ооцитов, готовых к повторному донорству и способных осознанно оценить соотношение риска и пользы для своего психологического и физического здоровья.

Безусловно, следует отметить роль консультационных услуг при подписании «информированного согласия» донора. Благодаря хорошей проработке и осознанному согласию на основе достоверной информации многие спорные вопросы и недопонимания могут быть сняты до вхождения в процедуру донации.

Существует необходимость создания консультативных подразделений во всех центрах донорства ооцитов с целью получения возможности осознанного выбора для каждого донора (с предоставлением полной информации о всех этапах овариальной стимуляции), учитывающий все риски как для соматического, так и для психического благополучия.

Процедура донорства ооцитов сопряжена с высокими рисками для физического здоровья женщины-донора, поэтому крайне актуальной является проблема поддержки психологического и психосоматического здоровья женщины — донора ооцитов не только в период, но и после окончания процедуры донации. Другими словами, молодая женщина — донор ооцитов после окончания цикла стимуляции должна сохранить фертильность, стабильные отношения с близкими и быть в гармонии со своими морально-ценностными установками. Значимым фактором для успеха донорских программ является стабильное психологическое состояние и высокая мотивация всех участников процесса. Грамотное психологическое сопровождение доноров позволит повысить шансы на зачатие и рождение здорового ребенка.

Гайд-интервью для потенциальных/реальных доноров ооцитов

Блок 1. Родительская семья.

1. Расскажите, пожалуйста, о Вашей родительской семье: кто Ваши родители, чем они занимаются, есть ли у Вас сестры или братья?
2. Участвовали ли в Вашем воспитании старшие родственники: дедушки, бабушки?
3. Какие отношения у Вас с членами Вашей родительской семьи?
4. Каким было Ваше детство: охарактеризуйте, пожалуйста, одним словом и поясните, почему Вы так считаете.
5. Как Вы считаете, любили ли Вас Ваши родители?
6. Как Вы учились в школе? Какие кружки, секции посещали?

Блок 2. Социально-демографические характеристики и семья респондента.

1. Сколько Вам полных лет?
2. Ваш уровень образования.
3. Кем Вы работаете?
4. Нравится ли Вам Ваша работа? Что она Вам дает?
5. Ваше семейное положение. Состоите ли Вы в браке? Первый ли это брак?
6. Если Вы не замужем, есть ли у Вас партнер, есть ли с ним планы на совместное будущее?
7. Есть ли у Вас дети? Сколько? Какого они пола и возраста?
8. Хотите ли Вы в дальнейшем еще собственных детей? Хочет ли детей Ваш партнер?
9. Удовлетворены ли Вы своей жизнью? Что бы Вы хотели улучшить в своей жизни, а что сохранить в том же виде?
10. Из чего для Вас складывается благополучие семьи?
11. Какие у Вас есть хобби, увлечения?

Блок 3. Донорство ооцитов.

1. Есть ли у Вас опыт донорства ооцитов? Если да, сообщите, пожалуйста, месяц, год и медицинский центр, где Вы проходили протокол(ы).

2. Знает ли Ваш партнер/супруг о том, что Вы решили стать донором ооцитов?

3. Рассказали ли Вы про донорство ооцитов Вашим ближайшим родственникам: родителям, сестрам, братьям?

4. Поддержали ли Вас близкие люди в вашем желании стать донором ооцитов?

5. Стали ли бы Вы донором, если бы не получили их одобрение?

6. Если бы у Вас были проблемы с рождением ребенка, смогли бы Вы принять донорскую яйцеклетку?

7. Как Вы представляете себе родителей будущего ребенка, который родится от Вашей яйцеклетки?

8. Если бы Вы принимали решение, кому отдать свою яйцеклетку, Вы бы рассматривали одинокую женщину или предпочли бы семейную пару?

9. Волнуетесь ли Вы за судьбу детей, которые родятся от Ваших ооцитов?

10. Верующий ли Вы человек? Посоветовались ли Вы со своим Богом, когда приняли решение стать донором ооцитов?

11. Хотели бы Вы в дальнейшем повторить донацию?

Блок 4. Анонимность.

1. Хотите ли Вы познакомиться с людьми, которые получают Вашу яйцеклетку?

2. Если да, то чего Вы ждете от этого знакомства?

3. Если нет, то почему.

4. Как Вы считаете, имеют ли дети, рожденные от донорского материала, право знать, как они появились на свет, или лучше хранить тайну их рождения?

5. Готовы ли Вы в дальнейшем познакомиться с детьми, рожденными от Вашей яйцеклетки? Что Вы будете делать, если они захотят узнать, кто Вы?

6. Расскажите ли Вы своим детям о том, что у них, возможно, есть биологические братья и сестры?

7. Знают ли о донорстве ооцитов Ваши подруги, друзья, коллеги по работе?

8. Обсуждали ли Вы с кем-то из них Ваше решение стать донором ооцитов?

Блок 5. Мотивы.

1. Когда Вы впервые узнали о донорстве ооцитов? Как на Вас повлияла эта информация?

2. Как Вы приняли решение стать донором?

3. Есть ли среди Ваших знакомых люди, которые столкнулись с проблемой бесплодия?

4. Есть ли среди Ваших знакомых женщины, которые сдавали ооциты?

5. Какие плюсы для Вас в донорстве ооцитов?

6. Какие минусы донорства ооцитов?

7. Существуют ли причины, по которым Вы можете отказаться быть донором яйцеклетки? Какие это могут быть причины?

8. Если бы донорство было бесплатным, согласились бы Вы стать донором?

9. Есть ли у Вас какие-либо страхи, связанные с осуществлением донорства яйцеклеток? Если да, то какие.

10. Что лично для Вас означает «быть донором»?

11. Как Вы считаете, соответствует ли донорство ооцитов общепринятым ценностям, существующим в современном российском обществе?

Анкета для потенциальных доноров ооцитов

1. Сколько Вам полных лет? _____
2. Ваш уровень образования? _____
3. Имеет ли Вы опыт трудовой деятельности? ДА НЕТ
4. Нравится ли Вам Ваша работа? ДА НЕТ
5. Состоите ли Вы в браке? ДА НЕТ
6. Если Вы не замужем, есть ли у Вас партнер? ДА НЕТ
7. Есть ли с ним планы на совместное будущее? ДА НЕТ
8. Есть ли у Вас дети? ДА НЕТ
9. Сколько? _____
10. Хотите ли Вы в дальнейшем еще собственных детей? ДА НЕТ
11. Хочет ли детей Ваш партнер? ДА НЕТ
12. Удовлетворены ли Вы своей жизнью? ДА НЕТ
13. Есть ли у Вас хобби, увлечения? ДА НЕТ
14. Есть ли у Вас опыт донорства ооцитов? ДА НЕТ
15. Знает ли Ваш партнер/супруг о том, что Вы решили стать донором ооцитов? ДА НЕТ
16. Рассказали ли Вы про донорство ооцитов Вашим ближайшим родственникам: родителям, сестрам, братьям? ДА НЕТ
17. Поддержали ли Вас близкие люди в вашем желании стать донором ооцитов? ДА НЕТ
18. Стали ли бы Вы донором, если бы не получили их одобрение? ДА НЕТ
19. Если бы у Вас были проблемы с рождением ребенка, смогли бы Вы принять донорскую яйцеклетку? ДА НЕТ
20. Думаете ли Вы о том, какие родители будут у ребенка, который родится от Вашей яйцеклетки? ДА НЕТ
21. Если бы Вы принимали решение, кому отдать свою яйцеклетку, Вы бы рассматривали одинокую женщину? ДА НЕТ

22. Волнуетесь ли Вы за судьбу детей, которые родятся от Ваших ооцитов? ДА НЕТ

23. Хотели бы Вы в дальнейшем повторить донацию? ДА НЕТ

24. Знаете ли Вы, сколько яйцеклеток вырабатывается в нормальном цикле у здоровой женщины? Сколько? _____

25. Можно ли в результате гормональной стимуляции получить более 30 яйцеклеток в одном цикле у одной женщины? ДА НЕТ

26. Есть ли у Вас опыт самостоятельной постановки себе уколов? ДА НЕТ

27. Боитесь ли Вы наркоза? ДА НЕТ

28. Хотите ли Вы познакомиться с людьми, которые получают Вашу яйцеклетку? ДА НЕТ

29. Как Вы считаете, имеют ли дети, рожденные от донорского материала, право знать, как они появились на свет? ДА НЕТ

30. Готовы ли Вы в дальнейшем познакомиться с детьми, рожденными от Вашей яйцеклетки? ДА НЕТ

31. Расскажите ли Вы своим детям о том, что у них, возможно, есть биологические братья и сестры? ДА НЕТ

32. Знают ли о донорстве ооцитов Ваши подруги, друзья, коллеги по работе? ДА НЕТ

33. Есть ли среди Ваших знакомых есть люди, которые столкнулись с проблемой бесплодия? ДА НЕТ

34. Есть ли среди Ваших знакомых женщины, которые сдавали ооциты? ДА НЕТ

35. Существуют ли причины, по которым Вы можете отказаться быть донором яйцеклетки? ДА НЕТ

36. Если бы донорство было бесплатным, согласились бы Вы стать донором? ДА НЕТ

37. Есть ли у Вас какие-либо страхи, связанные с осуществлением донорства яйцеклеток? ДА НЕТ

38. Как Вы считаете, соответствует ли донорство ооцитов общепринятым ценностям, существующим в современном российском обществе? ДА НЕТ

Обработка и интерпретация результатов

1 вопрос — 1 балл за диапазон возраста 24–30 лет.

2 вопрос — 1 балл за наличие высшего образования.

9 вопрос — 1 балл за наличие 2 детей и более.

14 вопрос — 3 балла за ответ ДА.

24 вопрос — 1 балл за правильный ответ.

10, 11, 18, 22, 28, 35, 36 — 1 балл за ответы НЕТ.

Остальные вопросы — 1 балл за ответы ДА.

Общая сумма баллов — 40.

30–40 баллов — I группа. Прогноз благополучный, возможны повторные донации.

15–30 баллов — II группа. Прогноз благополучный, донация будет однократной.

0–15 баллов — III группа. Прогноз осторожный.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Башмакова Надежда Васильевна, д-р мед. наук, профессор, главный акушер-гинеколог Уральского федерального округа, заведующая отделением вспомогательных репродуктивных технологий, главный научный сотрудник «Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России.

Валеева Марина Владимировна, старший научный сотрудник научной лаборатории «Лаборатория наукометрии», Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина.

Грамотчикова Наталья Борисовна, канд. филолог. наук, старший научный сотрудник Центра истории литературы Института истории и археологии УрО РАН.

Мазуров Дмитрий Олегович, канд. мед. наук, заведующий отделением вспомогательных репродуктивных технологий Европейского медицинского центра «УГМК-Здоровье».

Исаева Инна Валерьевна, специалист по работе с донорами и вопросам использования донорского материала, перинатальный психолог отделения ВРТ в репродукции Европейского медицинского центра «УГМК-Здоровье».

Полякова Ирина Геннадьевна, канд. соц. наук, научный сотрудник Уральского межрегионального института общественных наук, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина.

Сыманюк Эльвира Эвальдовна, профессор, д-р психол. наук, заведующая кафедрой общей психологии, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина.

Храмцова Александра Юрьевна, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог, научный сотрудник, «Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России.

Учебное издание

Башмакова Надежда Васильевна
Валеева Марина Владимировна
ГраMATчикова Наталья Борисовна
Мазуров Дмитрий Олегович
Исаева Инна Валерьевна
Полякова Ирина Геннадьевна
Сыманюк Эльвира Эвальдовна
Храмцова Александра Юрьевна

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДОНОРОВ ООЦИТОВ

Методические рекомендации

Корректор *Е. Е. Крамаревская*
Компьютерная верстка *В. К. Матвеев*

Подписано в печать 29.01.2024. Формат 60 × 84 1/16.

Уч.-изд. л. 1,83. Усл. печ. л. 2,09.

Бумага офсетная. Тираж 500 экз. Заказ № 12

Издательство Уральского университета
620000, Екатеринбург-83, ул. Тургенева, 4

Отпечатано в Издательско-полиграфическом центре УрФУ

620000, Екатеринбург-83, ул. Тургенева, 4

Тел.: +7 (343) 358-93-06, 350-90-13, 358-93-22, 350-58-20

Факс: +7 (343) 358-93-06

E-mail: press-urfu@mail.ru

<http://print.urfu.ru>

Для заметок

