

**«Танго вдвоем»: женские интервью
в клинической репродуктивной практике***

Наталья Граматчикова

Институт истории и археологии Уральского отделения РАН,
Екатеринбург, Россия

Ирина Полякова

Уральский федеральный университет,
Екатеринбург, Россия

**“Tango for Two”: Women’s Interviews
in Clinical Reproductive Practice****

Natalya Gramatchikova

Institute of History and Archeology,
Ural Branch of the Russian Academy of Sciences,
Yekaterinburg, Russia

Irina Polyakova

Ural Federal University,
Yekaterinburg, Russia

This article attempts to combine data obtained through interviews by a psychologist of female donors participating in an assisted reproductive technology program and interpret them through narrative analysis and communicative situation analysis. The article describes the structure of an oocyte-donor which has never been done before with reference to Russian-language material. An ethical platform for the study is openness to a new type of scientific knowledge that results from the interpretation of the informants’ answers who try to comprehend their motives to donate. The narrative analysis

* Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Российского научного фонда № 22–28–01694.

** Citation: Gramatchikova, N., Polyakova, I. (2023). “Tango for Two”: Women’s Interviews in Clinical Reproductive Practice. In *Quaestio Rossica*. Vol. 11, № 2. P. 554–570. DOI 10.15826/qr.2023.2.805.

Цитирование: Gramatchikova N., Polyakova I. “Tango for Two”: Women’s Interviews in Clinical Reproductive Practice // *Quaestio Rossica*. 2023. Vol. 11, № 2. P. 554–570. DOI 10.15826/qr.2023.2.805 / Граматчикова Н., Полякова И. «Танго вдвоем»: женские интервью в клинической репродуктивной практике // *Quaestio Rossica*. 2023. Т. 11, № 2. С. 554–570. DOI 10.15826/qr.2023.2.805.

of 21 transcripts helps determine the roles of the interviewer and the informant at each stage and their contribution to the discussion-testing communicative situation. The interview includes several stages, such as “a window to the past”, at which the autobiographical narrative is recorded as comprehensively as possible; a description of the donor’s current state which focuses on strategies for solving problem situations; the interview ends with a series of thought experiments that allow the psychologist to assess the emotional stability of the potential donor and make a forecast regarding the prospects for long-term cooperation with the reproductive medicine clinic. The paper outlines the cases of participants’ cooperation and mismatches in building a credible and value-consistent autobiographical narrative that includes the donation experience. The authors seek to fit this experience into a broader value context, including a compensatory one related to the urgent problems of potential donors. Women’s answers help specify the concept of donor ‘multi-motivation’. The ambiguity of public opinion regarding donation as a reproductive medicine phenomenon is expressed in the fact that the availability of information for those who are aware of the issue co-exists with donors’ persistent reluctance to display their activity outside the inner circle. Research perspectives include the need to consider the narrative contribution of each participant in the situation of reproduction, i.e. physicians, donors, and recipient parents, and its further use in practice.

Keywords: guide, narrative, reproduction, infertility, donors, autobiography, self-description

Статья представляет собой опыт соединения данных, полученных в результате опроса психологом женщин-доноров – участников программы вспомогательных репродуктивных технологий, и их интерпретации в рамках нарративного анализа и анализа коммуникативной ситуации. Впервые на русскоязычном материале описана структура гайда доноров ооцитов. В качестве этической платформы исследования заявлена открытость новому типу научного знания, возникающему из интерпретации ответов информанток, самостоятельно осмысляющих мотивы, приведшие их к решению о донации. На основании нарративного анализа 21 транскрипта определены роли интервьюера и информанта, а также вклад обеих сторон в коммуникативную ситуацию беседы-тестирования. Беседа включает в себя несколько этапов: «окно в прошлое», где автобиографический нарратив фиксируется в наибольшей полноте; описание сегодняшнего состояния донора, где на первый план выходят преобладающие стратегии решения проблемных ситуаций; в заключение – серия мысленных экспериментов, позволяющих психологу прогностически оценить эмоциональную устойчивость потенциального донора. Отмечены моменты сотрудничества и несовпадений участников в выстраивании убедительного и непротиворечивого автобиографического нарратива женщин, переживших опыт донации. Предпринята попытка вписать этот опыт в широкий ценностный контекст, особенно в компенсаторный по отношению к актуальным проблемам потенциальных доноров. На основании высказываний уточнены женские приоритеты в отношении «полимотивированности»

доноров. Неоднозначность общественного мнения в отношении донорства в репродуктивной медицине выражается в том, что сравнительная доступность информации для тех, кто владеет темой, соседствует со стойким нежеланием доноров афишировать свою деятельность за пределами ближайшего круга. Перспективы исследования лежат в необходимости рассмотреть нарративный вклад каждой участвующей в ситуации репродукции стороны: медиков, доноров, родителей-реципиентов и дальнейшего использования в практике.

Ключевые слова: репродуктивные технологии, бесплодие, донорство, автобиография, самоописание, гайд, нарратив

Развитие сферы донорства, 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 и подготовке. По данным зарубежных исследований, использование донорской яйцеклетки – одна из самых эффективных технологий в репродукции, помогающих людям с диагнозом «бесплодие» стать родителями [Hogan et al., 2020; Barri et al.]. При этом применение донорского материала остается одной из самых спорных репродуктивных технологий [Beeson et al.], что требует дальнейшего изучения не только в медицине, но и в социокультурном аспекте.

В ходе реализации проекта «Социально-психологическое благополучие доноров ооцитов: социокультурные факторы и особенности мотивации» в период с 10 января по 31 марта 2022 г. было проведено 21 полуструктурированное полуторачасовое интервью с женщинами, выразившими желание стать донорами ооцитов¹ и подходящими по состоянию здоровья. Итогом интервьюирования должно было стать заключение психолога о готовности и мотивированности к процедуре донации либо о потенциальных рисках дальнейшего сотрудничества с донором для клиники. Однако нарративы, полученные в ходе интервью, дают материал для исследования других проблем: во-первых, рефлексии относительно структуры гайда (руководства) и, во-вторых, интерпретации высказываний женщин не только в оптике «обратной связи», но как полноценных участников обретения нового знания о побудительных мотивах донорства и его обусловленности жизненной ситуацией.

Задачи интервьюирования, структура гайда и методика анализа

Процедура донорства сопряжена с высокими рисками для физического здоровья женщины-донора, поэтому крайне актуальна пробле-

¹ Ооциты – женские половые клетки, благодаря которым реализуется репродуктивная функция организма.

ма поддержки ее психологического и физического здоровья не только во время, но и после окончания процедуры донации.

Таким образом, актуальные задачи интервьюирования можно сформулировать так:

1) выявление внешних и внутренних социокультурных факторов, влияющих на мотивацию донорства ооцитов в зависимости от отсутствия/наличия опыта донации, возраста респондентов, социального и материального положения;

2) выявление и систематизация социальных и этико-психологических проблем (барьеров) донорства ооцитов;

3) разработка комплексной междисциплинарной методологии отбора и психологической поддержки доноров в репродукции.

На основании имеющегося в науке опыта [Graham et al.; Hogan et al., 2021; Winter, Daniluk; Здравомыслова, Темкина] и трех пилотных интервью был разработан гайд, включающий следующие блоки: семейный анамнез клиента (родительская семья и детство); актуальная семейная ситуация женщины; донорство ооцитов и все его составляющие. Это позволило в итоге получить необходимый для анализа нарратив.

Методика анализа интервью базируется на нескольких важных теоретических положениях. В качестве базового принципа анализа мы опираемся на подход к качественному исследованию интервью С. Квале, постулирующего открытость и доверие к новому типу знания не ради страницы психологического заключения по итогам собеседования, но возникающему в ответах женщин-доноров, самостоятельно проговаривающих те узловые моменты, которые привели их к такому важному событию [Квале].

Во время интервью тандем «психолог (интервьюер) – донор» выстраивает определенный автобиографический нарратив, в котором можно выделить слои «рутинного», «событийного» и «скрытого» [Голофаст]. Особый характер ситуации, ее исключенность из повседневных практик и оформленность в виде беседы позволяют интерпретировать подобные тексты и как тексты самоописаний. Учитываем мнение Н. Лумана, который определял возможности и пределы самоописания систем общества, выявляющих относительность и в то же время критическую важность разделения на субъекта и объект и указывал на неизбежность самоупрощений подобных самоописаний [Луман]. Самоописание создает саморефлексивный нарратив, условием которого является временная приостановка «системных операций», позволяющая системе оценить и описать себя как обособленную, противопоставив тому, чем она не является. Н. Луман отмечает парадоксальность таких самоописаний, поскольку сами системы являются частью того, что описывают, порождая интеграцию различий ради воссоздания собственного единства [Там же].

Для исследовательских целей выделены три тематических сферы гайда: семейная ситуация в родительской семье донора, нынешняя семейная ситуация женщины и некоторые варианты возможного буду-

щего. Каждая из сфер соотносима с одной из временных модальностей: прошлое (опыт детства), настоящее («я сейчас, я сегодня») и будущее.

Антропологическая перспектива исследовательского взгляда глубоко релевантна материалу, поскольку сфера репродукции напрямую связана с универсалиями человеческого бытия и имеет непосредственное отношение к жизни, смерти и смыслу существования, каким бы медицинским либо бытовым антуражем это ни оформлялось. Накопленные материала формирует «панорамное измерение» этой сферы.

«Дверь в прошлое»: детство информанта в родительской семье

Вход в разговор через семейную историю информанта в большинстве случаев оказывается достаточно удачным для установления комфортной психологической атмосферы и прояснения коммуникативного поведения женщины-донора².

На данном этапе психолог определяет свою сверхзадачу исходя из принципа «не навреди»: при встрече с непроработанным травматическим опытом прошлого специалист старается «отзеркалить» его наличие для самой женщины и обсудить его, если пациентка к этому готова и идет на контакт: [Скажите, пожалуйста, каким было ваше детство?] *Я один ребенок в семье. Ребенок 90-х. Не скажу, что у меня было идеальное детство, как у людей в достатке. Но мама старалась делать все. Обычное... [..Но в детстве к вам применяли физические наказания?] Да, знаете, в некоторых моментах мне было, наверно, очень обидно. Я не понимала, почему это, но сейчас, анализируя прошлую жизнь, я понимаю. Она работала с 9 до 9. Моим воспитанием занималась бабушка. То есть она всегда была эмоционально истощена. Папа, так скажем, немножко гуляющий. Ей тем более сейчас не докажешь – мама, ты вот тут неправа. [Вы помните, каким словом в нашей беседе Вы охарактеризовали свое детство?] На данный момент нет. [Обычное.] Ну, достаточно, да. [Нет. Далеко не всех детей, тем более девочек, бьют родители, тем более мать. Это не обычно] (Д21).*

Травмирующая ситуация, вызывающая сопротивление кандидата в доноры, обходится при разговоре: [Ваши родители в курсе?] *Нет, мама у меня умерла. Папе не говорила. [А почему?] Не считаю это нужным. [А брату?] Брат умер. [А что случилось с вашими родными?] Я не хочу об этом говорить (Д17).*

Постоянные переключения от прошлого к настоящему, исходящие от психолога, соединяют события биографии, и это нередко становится сюрпризом для самой женщины, находящейся в отношениях диссоциации с прошлым негативным опытом.

² Гайд предполагает варианты в зависимости от наличия либо отсутствия опыта донации, однако мы рассмотрим ситуацию в общем виде, не фокусируясь на этих различиях (см. табл.).

Собственное детство чаще всего определяется информантом как привычное и разделенное с большинством. Иногда понимание психолога и мнение донора совпадают: [Каким было ваше детство?] *Прекрасное. То есть меня любили, одевали, кормили. То есть хорошее полноценное детство.* [Детство... с выездами домашними, с пирогами, с книжками]. *Да, да. С пикниками на свежем воздухе, да* (Д12).

Другой пример: [А как вы можете охарактеризовать свое детство? Каким оно было?] *Не знаю, обычное, среднестатистическое, советское, понятно, что были какие-то моменты, когда чего-то не хватало, были хорошие моменты, не знаю, чего-то негативного нет.* [То есть счастливым свое детство вы назвать не можете?] *Мы жили... в маленьком городе и тоже там не всегда всем были обеспечены, чем хотелось бы. Но в плане взаимоотношений в семье все было хорошо, не было каких-то негативных ситуаций* (Д14). Этот диалог демонстрирует, что исследователь 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, прояснить характерные для женщины стратегии и тактики решения проблем; в то же время женщина оказывается в позиции человека, которому нужно в ограниченный промежуток времени воссоздать нормализованную картину отношений родительской и/или нынешней семьи. При этом и в бытовом понимании, и в российской научной литературе отсутствует четкое определение критериев семейного благополучия/неблагополучия. Исследователи пользуются несколькими видами классификаций неблагополучия семьи, проведенных по нескольким основаниям = факторам риска: медико-биологическим, социокультурным, психологическим, социоэкономическим и др. [Курагина].

Вопросы и уточнения интервьюера заставляют некоторых женщин по-иному посмотреть на обстоятельства привычного прошлого и – что труднее – *проговорить* их. Тогда донорское «жаловаться не могу, все хорошо было» (Д20) на языке иной социальной страты обнаруживает опыт многолетнего семейного насилия со стороны отчима; постоянное проживание с бабушкой с деменцией в одной комнате определяется психологом как реальная проблемная ситуация (Д4); начало сексуальной жизни в 12 лет информантка привычно скрывает от гинекологов в попытке избежать выслушивания их «мнений», но уточняющие вопросы психолога перемещают ее в правовое поле сексуальной жизни до 18 лет: [... Это был именно мальчик? Не взрослый мужчина?] *Нет, это взрослый мужчина, тогда мне так не казалось, ему было 19 лет.* [То есть он был подсуден, собственно, и мог сесть за растление малолетних.] *Угу.* [Но это было по обоюдному согласию?] *Да* (Д6).

Начав с дежурного «[Детство] хорошее, всегда куда-то ездили на природу с родителями, дружно, всегда вместе», донор переходит к описанию деградирующих отношений с отцом: *У нас с папой отно-*

шения такие уже не первый год. Привыкла уже. Не больно, не грустно, не весело, равнодушно (Д4).

Другой пример: развод родителей, алкоголизм и суицид матери, сложная судьба младшего брата поддерживают у донора острое чувство вины. Успешные, по мнению психолога, стратегии совладающего поведения донора (создание семьи и рождение детей, обучение нескольким востребованным профессиям) не отменяют «вопросов к прошлому», нерешенность которых ведет к невозможности оценить свое детство и прошлое в целом: [А как вы свое детство можете охарактеризовать?] – *Даже не знаю... Не знаю... Сложно охарактеризовать свое детство.* [А как вы думаете, вы сейчас взрослая женщина, мама двоих детей, почему ваша мама выбрала такой путь?] – *Для меня это самая большая, наверно, загадка. Больше всего, наверно... Сейчас я очень часто стала задумываться, что ее [подтолкнуло, привело] к такому поступку... Как можно было оставить своих детей... <...> И я не понимаю до сих пор, я никак не могу это вообще оправдать, для меня непонятно, как так можно* (Д6).

Благополучная ситуация в детстве вкупе с высокими коммуникативными компетенциями позволяет другой женщине выстраивать диалог на сочетании убедительной открытости, выгодной саморепрезентации и определенности личных границ: [Каким было ваше детство?] *У меня было счастливое детство. У меня мама, папа. Я занималась бальными танцами, занималась в Доме творчества. Также много времени уделяла учебе* (Д7). Аналогичным образом размечены ее ответы про отношения – как прошлые, так и актуальные на сегодня. *После 18 лет у меня появился ухажер, я лишилась девственности, если будет такой вопрос, в 18 лет. Половых партнеров было не так много. Если надо количество, я вам назову, если можно скрыть, то я лучше предпочту скрыть* (Д17). В таких случаях можно говорить о благоприятной нарративной картине, которую кандидат в доноры способен внятно представить в ситуации тестирования.

Итак, в тематической сфере, касающейся прошлого женщины-донора, формируется автобиографический нарратив, где на поверхности преобладает повседневное, кажущееся рутинным [Голофаст]. Уточняющие вопросы психолога переводят ряд практик в разряд событийных: уход за малолетним братом, раннее начало сексуальной жизни, многолетнее проживание в одном жилом помещении с психически больным родственником, несостоятельность родительской позиции матери или отца и др. Так происходит, когда самостоятельно выстроенные защиты от непереработанного опыта прошлого не поддерживают, и женщина оказывается лицом к лицу со своими прежними проблемами и чувствами. В некоторых случаях коммуникативных компетенций достаточно, чтобы не пустить разговор в нежелательное русло (см. выше: Д17), тогда данная тема может быть маркирована как скрытая, а специалист отмечает, что выстроенная женщиной иерархия тем и проблем как минимум обладает устойчивостью, раз

ей удастся сохранить приватность тех сфер, которые она не хотела бы обсуждать в ситуации входного тестирования.

«Я сегодня»: самоописания настоящего

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

Выбор женщин в пользу участия в процедуре донации, как правило, соответствует их представлению о ресурсах, которые они могут использовать для улучшения своей жизненной ситуации в самом широком смысле. Поэтому возможные риски для фертильности из проективного, то есть возможного, но не существующего пока будущего ими легко преодолеваются за счет меньшей доли тревожности в отношении потенций будущих угроз по сравнению с уже существующими проблемами настоящего³. Обычно женщинам достаточно заверений медиков в безопасности процедуры «два или три раза в жизни» (Д17), и «там если не переусердствовать, конечно, то вроде бы никаких рисков не несет» (Д5). Кроме того, никто из потенциальных доноров прежде не имел серьезных проблем со здоровьем.

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 медицинских услуг без оплаты со стороны пациента крайне ограничена в сегодняшних условиях, поэтому женщины-доноры воспринимают эту часть программы как вклад в свое здоровье и своего рода шаг вверх по социальной лестнице, тем более выгодный, что совершается он без взаимодействия с бюрократизированной государственной системой здравоохранения. Здесь мы отмечаем инструментальное отношение к своему здоровью, характерное для населения с невысоким социальным статусом, и выраженное стремление заботы о себе, вербализуемое у информанток в желании найти «хорошего врача» и «правильную клинику» в ходе донорской программы⁴.

³ Исследования канадских коллег подтверждают оптимистичный (иногда излишне) взгляд женщин на процедуру донации [Winter, Daniluk p. 487].

⁴ О подобных практиках в общероссийском контексте репродуктивной медицины см.: [Здравомыслова, Темкина, с. 179–210]. Важное отличие в процедурах подготовки к донации состоит в том, что у зарубежных авторов речь идет о психологическом консультировании пар до достижения консенсуса [Winter, Daniluk, p. 485], в российских реалиях вся нагрузка по разъяснению и согласованию своего решения с кругом заинтересованных лиц лежит на женщине-инициаторе. В целом это укладывается в типичную для России гендерную схему, когда «ресурсы, доступные женщинам, и их убеждения в отношении здоровья во многом определяют стратегии лечения всей семьи» [Аронсон, с. 159, 166].

Молодые семейные и одинокие женщины с детьми распределяют свое время между подработками и учебой⁵; их досуговые активности развиты слабо и легко монетизируются = представляют собой вариант «творческой подработки» (например, маникюр), открытие своего дела озвучивается как мечта (Д4). У молодых мам с двумя детьми семейные заботы поглощают все время (Д5).

При этом невнятная картина семейного прошлого коррелирует с непроясненностью желаний настоящего – в том числе в отношении того, что касается выбора профессии. Например, Д6: обожает роддом, работала операционной сестрой, утверждая, что в этой сфере деятельности «нет развития и карьерного роста», учится на заочном в ветеринарном, боится животных, особенно собак, и др. Окружение описывается ею как дружелюбное и не проблематизируется: *Большинство свободного времени занято, и даже некогда сесть и подумать: «Блин, почему у меня нет отношений?» То есть страданий нет. [А какое ваше дружеское окружение?] Дружеское окружение – это люди с учебы сейчас в основном, потому что большинство времени вместе проводим, и также еще друзья школьные, и еще я раньше тренировалась, занималась спортом, оттуда еще остались друзья очень хорошие* (Д12).

Среди наших материалов ситуации явного неблагополучия отношений (партнер полностью равнодушен к решению о донорстве, «мало вкладывается» в отношения и организацию совместного быта и жизни вообще) в меньшинстве. В этих случаях желание женщины использовать потенциал фертильности для улучшения своей финансовой ситуации понятно, но оно не является первичным.

Треть женщин (7 из 21) пережили развод и находятся во втором браке или «в отношениях». Инициатива развода чаще описывается ими как собственная, мотивированная бытовыми условиями: *Нет на самом деле какой-то веской причины, обычная бытовая какая-то ситуация в декрете, то есть я до декрета очень много работала, а в декрете, когда уже стала понимать, с кем нахожусь рядом, меня [это] не очень устроило, и было принято решение, мы расстались, но ради ребенка сохранили хорошие отношения* (Д12).

На другом полюсе – картина устойчивой семейной жизни, подчиненной общим для супругов ценностям: *У нас очень схожие направления были в плане семьи, что это должно быть осознанно, мы обсуждали детей. Традиционную семью, чтобы у нас были правила дома какие-то. Могу рассказать, что мы даже перед тем, как вступить в половой акт, сдали анализы, я ему говорю: «Уважаемый, я хочу быть предельно с тобой откровенной... мне безопасность наша очень важна». И мы обоих детей наших планировали... то есть у нас довольно-таки серьезные отношения к детям, и к здоровью детскому – тем более* (Д17).

⁵ Из активностей детства и юности информантки чаще других называют хореографию, гимнастику, легкую атлетику, чирлидинг, игру на гитаре. С осторожностью можно предположить, что в прошлом большинство из них имело опыт активного взаимодействия с собственной телесностью.

Вопрос о согласованности/несогласованности участия в донорском проекте с Богом, то есть высшими силами и ценностями, во всех случаях инициирован психологом. Сами информантки довольно легко прибегают к этой категории для описания проблем женщин, не могущих забеременеть («Бог не дает», «Бог даст позже»), некоторые из них избирательно следуют бытовым практикам религиозности: *Я верю, что, если покрестить, будет ангел-хранитель. Я верю в святую воду, когда они режут, их умыть. Но, допустим, ходить ставить свечки за здоровье – этого я не делаю* (Д5). Функцию актуальной регуляции поведения выполняет не Бог, но авторитетные взрослые: [То есть Бог ваш, который внутри, с этим поступком согласен?] *Да.* [Ничего не чувствуете такого?] *Нет, я же не делаю ничего плохого. Если бы я делала что-то плохое... Я очень много анализирую свои поступки, даже иногда это загоняет меня в какие-то рамки, и это мне очень не нравится. Поэтому, если бы это было что-то плохое, я бы вообще не стала делать.* [А с чем сравниваете?.. Какой есть ориентир?] *Наверное, ориентир – мама у меня, просто я сейчас все время с детьми. Допустим, даже какой-нибудь... ребенок подойдет, скажешь ему что-нибудь, потом думаешь: «А если бы мама... а мне же мама так не говорила в детстве, значит, я поступаю неправильно»* (Д5).

При прямом вопросе об отношении «вашего Бога» к процессу донации ооцитов женщины определяют отношения с Богом на равных, описывая их в интонациях, схожих с информированием далеких родственников: [А ваш Бог одобряет эту деятельность?] *Я это не спрашивала у него, я же решу, не он. Я это никогда даже не думала спрашивать.* [А почему?] *Потому что у меня есть свое мнение* (Д12). Место высших ценностей могут занимать астрологические интересы, «родология» как «помощь своему слабому роду», популярна идея «бумеранга»: *Я хочу помочь людям, чтобы у них появились дети. Я хочу, чтобы у них было такое же счастье, как у меня* (Д17).

Что нам говорят нарративы женщин об их настоящем? Мы видим, как в производимых женщинами текстах и исследовательском взгляде на них пересекаются несовпадающие рамки самоописания и (авто)-этнографии. В самой ожидаемой непротиворечивой системности выводов, проявленной в том числе и в композиции этого раздела, мы усматриваем влияние этнографической рамки, систематизирующей, упрощающей и в некотором роде традиционно архаизирующей отмечаемые тенденции. Для специалиста в рассказе о настоящем кандидатов в доноры критически важны их социальный опыт, стратегии совладания и решения проблем, характер ближайшего окружения.

Ценностный, надпрагматический уровень мотивации представлен в интервью не слишком развернуто: кроме социально одобряемых мотивов («помочь людям», «помочь родиться желанному ребенку», «оставить свои гены» и др.), остальное требует разъяснения

и часто не вполне очевидно для самой женщины. Однако именно здесь мы оказываемся ближе всего к тому обобщенному, интегральному образу «я», который формируется в автобиографическом повествовании, выводящем «сознание, мышление на особый временной горизонт – в макровремя человеческой жизни. Здесь возникает зыбкий, может быть, неожиданный или даже пугающий смысл таких слов, как “жизнь”, “судьба”, “счастье”, “жизненный путь”, “событие”, “случай”... Часть этих слов используется каждодневно, но, когда их применяют к себе, разговор переходит в особую плоскость» [Голофаст, с. 73].

«Проективное будущее» и мотивация донорства

В странах со строго регламентированной процедурой донорства ооцитов существует сложный процесс скрининга, который включает всестороннюю социальную, медицинскую и психологическую оценку кандидатов на донорство [ASRM]. Исследования показали, что из 315 телефонных запросов от потенциальных доноров только 38 женщин (12 %) входят в пул активных доноров [Gorrill et al.]. Другая научная группа [Levy et al.] считает, что наиболее частой причиной отказа от услуг донора являются проблемы с психическим здоровьем (24 %).

В нашем случае итогом интервьюирования для клиники становится заключение психолога о готовности женщины к протоколу донации, о наличии четкой и непротиворечивой мотивации, об общей адекватности и контактности пациентки. 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.

Исследователи выделяют полимотивированность женщин: наряду с финансовыми, присутствуют альтруистические мотивы, позволяющие, в частности, развиваться репродуктивным программам в странах, где законодательно запрещено денежное вознаграждение донорам ооцитов [ASRM].

К моменту психологического тестирования решение о донации уже принято женщиной лично и согласовано со значимым близким кругом (врач-гинеколог и муж), либо близкие поставлены в известность и не имеют выраженного мнения по этому поводу, удовлетворяясь разъяснениями по поводу безопасности самой процедуры для здоровья. Сами доноры в большинстве своем ощущают этот проект как зависящий лично от их решения и не затрагивающий негативно их близких. Относясь к собственной фертильности как к ресурсу, женщины обдумывают решение в парадигме «мое тело – мое дело», однако при этом данные интервью свидетельствуют, что сохранение внутрисемейного согласия очень важно для тех, кто состоят в браке (14 из 21 женщины в нашей выборке).

Иногда лояльность окружения к донорству достигается не сразу, однако первоначальное сопротивление не остановило женщину, для которой донорство является лишь частью более широкого проекта самопреодоления. Это более характерно для молодых незамужних женщин, проживающих в родительской семье и стремящихся к независимости (Д4), либо для тех, кто таким образом чают «выплатить долг прошлому», искупив вину (Д6).

Во всех случаях донорство оказывается вписано в более широкий проективный контекст, который женщины в разной степени озвучивают на интервью. Все участницы склонны минимизировать возможные негативные последствия этого шага, для чего читают статьи о донорстве, разговаривают с врачами, информируют близких, но не спешат делиться с окружающими. Некоторые контексты донорства встречают большее понимание психологов (например, финансовое вознаграждение), тогда как другие ведут к дополнительным вопросам-«проверкам»: [Вам это вообще не нужно, [исходя] из того, что вы рассказываете... нет ни одного реального мотива...] *Я сейчас задумалась о том, что вы сказали* (Д19). Затем информантка задает ряд вопросов по поводу условий отказа от участия в проекте и признается, что мало думала о возможных неблагоприятных сценариях для себя лично: *Я просто никогда не думала о том, что будут какие-то риски с моей стороны, что у меня что-то пойдет не так* (Д19).

Заключительная часть интервью представляет собой ряд мысленных экспериментов с элементами психодрамы: психолог описывает ситуации возможного будущего, иногда принимая на себя роли значимых родственников (например, родителей женщины), и наблюдает реакцию информантки. Техника выглядит достаточно эффективной, если под эффективностью иметь в виду возможность получить эмоциональную и вербальную реакцию в течение короткого времени (около 15 мин). При этом если на первом этапе исследователь занимает нейтральную позицию (что задано самим дискурсивным строением ситуации рассказа о прошлом и репрезентации настоящего), то в этой части позиция специалиста несет черты агональности, в ряде случаев доходя до провокативности («У нас с вами только полтора часа, и полчаса из них мы с вами должны отнести на диагностику, поэтому я немножко форсирую», – предупреждает специалист (интервью 4)).

Итак, психолог предлагает женщине мысленный эксперимент, побуждая эмоционально отреагировать и описать свои чувства. Сначала – при возможной в будущем встрече с ребенком, родившимся в результате донорства: «Здорово»; «Но он же, по идее, не мой ребенок, он со мной не живет, я его не рожала» (Д18); 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 при этом решается актуальная задача оценки степени эмоциональной лабильности, чувствительности женщины-донора в целом. Этим объясняется и активная ведущая роль психолога на данном этапе интервью.

Для женщин эти ситуации относятся к сфере далеких, возможных только гипотетически (неслучайно их замечания о своих возможных чувствах нередко сопровождаются смехом-разрядкой). Они довольно активно защищают свое видение будущего и в отношении образа любящих родителей-реципиентов⁶, и в случаях возможных претензий детей, рожденных из их яйцеклеток, растожествляя себя и «родителей» в обращении к (потенциальному) ребенку: *Родители – это те, кто тебя вырастили, кто в тебя душу вкладывали, силы вкладывали, кто время вкладывали, всю свою любовь, нежность* (Д17).

Здесь психолог не сглаживает, а скорее усиливает замеченные противоречия в ответах, обращая на них внимание донора. Метод свободных ассоциаций здесь сочетается с закрытыми вопросами: [Вы считаете себя счастливым человеком?] *Да*. [А в чем? Вы сейчас сказали «да» и улыбаетесь, это что значит?] *Не знаю, у меня все хорошо, все хорошо вообще, прекрасная работа, прекрасные друзья, у меня прекрасный мужчина, здоровье, я думаю, что [все] хорошо, раз пошла сюда*. [Вы донор ооцитов. Своим прекрасным друзьям вы этого не рассказываете, скрываете] (Д19). Это также делает нарратив и саму ситуацию достаточно напряженными и играет на руку психологу, для которого яркие эмоциональные реакции – а здесь нерядки и улыбки, и слезы – становятся ориентирами для уточнения эмоционального профиля женщины.

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

* * *

Основным результатом консультации для клиники является заключение психолога о возможности неоднократного эффективного сотрудничества с женщиной и о личных особенностях пациенток⁷.

⁶ Как правило, доноры представляют себе родителей-реципиентов как ответственных, зрелых людей, которые «выше, чем деньги»: «У них совершенно другое уже жизненное понимание, и когда они вынашивают потом этого ребенка девять месяцев, вкладывают себя. Муж ее лелеет, она ходит аккуратно, бережет себя, она не пойдет в зал скакать возле шеста, она не будет вести аморальный образ жизни, курить, пить и все остальное. Она пришла осознанно к этому. Я думаю, что так будет. Люди, которые просят детей, их жизнь чему-то научила» (Д17).

⁷ Например, если донор боится уколов – отметить, что предпочтительнее препарат пролонгированного действия, оценить, владеет ли женщина достоверной информацией о процедуре подготовки к донации и др.

При анализе коммуникативной ситуации становится очевиден вклад *обеих* сторон в то, как развивается беседа: на первом этапе происходит переформулировка того, что женщина привычно считает «нормальным прошлым», – прошедшая жизненная ситуация подвергается «экспертному взгляду». Поскольку решение о донорстве для многих мотивировано финансовой стороной вопроса, в свою очередь, уходящего в социальную и экономическую ситуацию еще родительской семьи, связь между прошлым и настоящим женщины проясняется – если не для самой женщины, то для стороннего взгляда. Отметим, что речь здесь идет не об «имитации благополучия» ради положительного заключения психолога, скорее хорошим симптомом можно считать близость дискурсивных рамок информантки и психолога в этом случае: даже имея не вполне благополучный «старт», женщина может переработать сложное прошлое, осознавая и принимая его хорошие и плохие стороны.

В настоящем женщины занимают довольно активную позицию, и участие в донорстве увеличивает их субъектность. Задача специалиста на этом этапе – дать понять, что в некоторых случаях молодые женщины решают иные проблемы (сепарации, компенсации и др.), лишь опосредованно связанные с донорством, и предложить подумать о другом возможном варианте реализации желаемого.

И, наконец, третий этап интервью должен быть наполнен эмоциями, показательными для специалиста. Однако гипотетическое будущее часто трогает женщин гораздо менее, нежели проблемное настоящее и прошлое. Именно в этой части баланс субъектности и объектности в отношении потенциального донора, по нашему мнению, наиболее проблематичен, поскольку, естественно, клиника заинтересована в возможности «заглянуть в будущее» и таким образом избежать проблем, однако это будущее, с точки зрения информанток, как раз должно разрешить их сегодняшние проблемы. Следование общемировым тенденциям открытого донорства неизбежно, однако значительная часть рисков и проблем женщины-донора лежит вовсе не в этой сфере. В то же время проблематизировать действительно болезненные для клиенток зоны вряд ли представляется целесообразным ввиду ограниченности ресурсов на психологическое сопровождение. В связи с этим заключительные фразы психолога нацелены на формирование у потенциального донора настроя на положительный результат всей процедуры.

Социальный статус информантов (г. Екатеринбург, Россия)

№	Возраст	Образование	Семейное положение	Наличие детей
Д1	31	Среднее специальное	В третьем браке	2
Д2	22	Среднее специальное	Мать-одиночка	1

№	Возраст	Образование	Семейное положение	Наличие детей
Д3	23	Неоконченное высшее	Есть партнер без планов на брак	Нет
Д4	19	Неоконченное высшее	Есть партнер без планов на брак	Нет
Д5	30	Высшее	в браке	2
Д6	25	Среднее специальное	В браке	2
Д7	33	Среднее специальное	В гражданском браке	1
Д8	20	Среднее специальное	В гражданском браке	Нет
Д9	26	Неоконченное высшее	В браке	1
Д10	35	Высшее	Есть партнер	1
Д11	30	Неоконченное высшее	В браке	2
Д12	20	Неоконченное высшее	Живет с родителями	Нет
Д13	28	Среднее специальное	В браке	2
Д14	34	Высшее	В разводе, есть партнер	1
Д15	24	Среднее специальное	В браке	1
Д16	27	Высшее	В браке	Нет
Д17	33	Высшее	В браке	2
Д18	27	Два высших	В разводе	2
Д19	27	Среднее	Есть партнер	Нет
Д20	26	Среднее специальное	В браке	1
Д21	27	Среднее специальное	В браке	1

Библиографические ссылки

Аронсон П. Стратегии обращения за медицинской помощью и социальное неравенство в современной России // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине : сб. ст. / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб. : Изд-во Европ. ун-та в С.-Петербурге., 2009. С. 155–178.

Голофаст В. Б. Многообразие биографических повествований // Социол. журн. 1995. № 1. С. 71–88.

Здравомыслова Е., Темкина А. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине : сб. ст. / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб. : Изд-во Европ. ун-та в С.-Петербурге., 2009. С. 179–210.

Квале С. Исследовательское интервью. М. : Смысл, 2003. 301 с.

Курягина Г. С. К вопросу об уточнении понятий «семья группы риска», «дети группы риска» // Социальное обслуживание семей и детей : науч.-метод. сб. 2019. № 18. С. 11–18.

Луман Н. Самоописания / пер. с нем. А. Антоновского, Б. Скуратова, К. Тимофеевой. М. : Логос : ИТДГК «Гнозис», 2009. 320 с.

ASRM Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. 2008. Guidelines for Gamete and Embryo Donation : A Practice Committee Report // NIH National Library of Medicine. National Center of Biotechnology Information : [website]. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19007645/> (accessed: 12.03.2023).

Barri P. N., Coroleu B. et al. Investigations into Implantation Failure in Oocyte-Donation Recipients // *Reproductive BioMedicine Online*. 2014. Vol. 28, № 1. P. 99–105. DOI 10.1016/j.rbmo.2013.08.012.

Beeson D., Darnovsky M., Lippman A. What's in a Name? Variations in Terminology of Third-Party Reproduction // *Reproductive BioMedicine Online*. 2015. Vol. 31 (6). P. 805–814. DOI 10.1016/j.rbmo.2015.09.004.

Gorrill M. J., Johnson L. K. et al. Oocyte Donor Screening: The Selection Process and Cost Analysis // *Fertility and Sterility*. 2001. Vol. 75, № 2. P. 400–404. DOI 10.1016/s0015-0282(00)01711-8.

Graham S., Jadvá V. et al. Being an Identity-Release Donor: A Qualitative Study Exploring the Motivations, Experiences, and Future Expectations of Current UK Egg Donors // *Human Fertility*. 2016. Vol. 19, № 4. P. 230–241. DOI 10.1080/14647273.2016.1221148.

Hogan R. G., Hammarberg K. et al. “Battery hens” or “nuggets of gold”: A Qualitative Study on the Barriers and Enablers for Altruistic Egg Donation // *Human Fertility*. 2021. Vol. 1, № 15. DOI 10.1080/14647273.2021.1873430.

Hogan R. G., Wang A. Y. et al. Having a Baby in Your 40s with Assisted Reproductive Technology: The Reproductive Dilemma of Autologous Versus Donor Oocytes // *The Australian & New Zealand J. of Obstetrics & Gynaecology*. 2020. Vol. 60, № 5. P. 797–803. DOI 10.1111/ajo.13179.

Levy D., Minjarez D. et al. Oocyte Donor Screening a Retrospective Analysis of Selection Process and Prospective Donor Exclusions // *Fertility and Sterility*. 2007. Vol. 88, № 1 (Suppl.). P. 266–267. DOI 10.1016/j.fertnstert.2007.07.905.

Winter A., Daniluk J. C. A Gift from the Heart: The Experiences of Women Whose Egg Donations Helped Their Sisters Become Mothers // *J. of Counseling & Development*. 2004. Vol. 82, № 4. P. 483–495. DOI 10.1002/j.1556-6678.2004.tb00337.x.

References

Aronson, P. (2009). Strategii obrashcheniya za meditsinskoi pomoshch'yu i sotsial'noe neravenstvo v sovremennoi Rossii [Strategies for Seeking Medical Care and Social Inequality in Modern Russia]. In *Zdravomyslova, E., Temkina, A. (Eds.). Zdorov'e i doverie: gendernyi podkhod k reproduktivnoi meditsine. Sbornik statei*. St Petersburg, Izdatel'stvo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge, pp. 155–178.

ASRM Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. 2008. Guidelines for Gamete and Embryo Donation : A Practice Committee Report. (N. d.). In *NIH National Library of Medicine. National Center of Biotechnology Information [website]*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19007645/> (accessed: 12.03.2023).

Barri, P. N., Coroleu, B., Clua, E., Tur, R., Boada, M., Rodriguez, I. (2014). Investigations into Implantation Failure in Oocyte-Donation Recipients. In *Reproductive BioMedicine Online*. Vol. 28. No. 1, pp. 99–105. DOI 10.1016/j.rbmo.2013.08.012.

Beeson, D., Darnovsky, M., Lippman, A. (2015). What's in a Name? Variations in Terminology of Third-Party Reproduction. In *Reproductive BioMedicine Online*. Vol. 31 (6), pp. 805–814. DOI 10.1016/j.rbmo.2015.09.004.

Golofast, V. B. (1995). Mnogoobrazie biograficheskikh povestvovaniy [The Diversity of Biographical Narratives]. In *Sotsiologicheskii zhurnal*. No. 1, pp. 71–88.

Gorrill, M. J., Johnson, L. K., Patton, P. E., Burry, K. A. (2001). Oocyte Donor Screening: The Selection Process and Cost Analysis. In *Fertility and Sterility*. Vol. 75. No. 2, pp. 400–404. DOI 10.1016/s0015-0282(00)01711-8.

Graham, S., Jadva, V. et al. (2016). Being an Identity-Release Donor: A Qualitative Study Exploring the Motivations, Experiences, and Future Expectations of Current UK Egg Donors. In *Human Fertility*. Vol. 19. No. 4, pp. 230–241. DOI 10.1080/14647273.2016.1221148.

Hogan, R. G., Hammarberg, K., Wang, A. Y., Sullivan, E. A. (2021). “Battery Hens” or “Nuggets of Gold”: A Qualitative Study on the Barriers and Enablers for Altruistic Egg Donation. In *Human Fertility*. Vol. 1. No. 15. DOI 10.1080/14647273.2021.1873430.

Hogan, R. G., Wang, A. Y. et al. (2020). Having a Baby in Your 40s with Assisted Reproductive Technology: The Reproductive Dilemma of Autologous Versus Donor Oocytes. In *The Australian & New Zealand J. of Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 60. No. 5, pp. 797–803. DOI 10.1111/ajo.13179.

Kuragina, G. S. (2019). K voprosu ob utochnenii ponyatii “sem’ya gruppy riska”, “deti gruppy riska” [On the Issue of Clarifying the Concepts of “Family at Risk”, “Children at Risk”]. In *Sotsial’noe obsluzhivanie semei i detei. Nauchno-metodicheskii sbornik*. No. 18, pp. 11–18.

Kvale, S. (2003). *Issledovatel’skoe interv’yū* [Research Interview]. Moscow, Smysl. 301 p.

Levy, D., Minjarez, D., Weaver, T., Keller, J., Surrey, E., Schoolcraft, W. (2007). Oocyte Donor Screening: A Retrospective Analysis of Selection Process and Prospective Donor Exclusions. In *Fertility and Sterility*. Vol. 88. No. 1 (Suppl.), pp. 266–267. DOI 10.1016/j.fertnstert.2007.07.905.

Luman, N. (2009). *Samoopisaniya* [Self-Descriptions] / transl. by A. Antonovskii, B. Skuratov, K. Timofeeva. Moscow, Logos, ITDGK “Gnozis”. 320 p.

Winter, A., Daniluk, J. C. (2004). A Gift from the Heart: The Experiences of Women Whose Egg Donations Helped Their Sisters Become Mothers. In *J. of Counseling & Development*. Vol. 82. No. 4, pp. 483–495. DOI 10.1002/j.1556-6678.2004.tb00337.x.

Zdravomyslova, E., Temkina, A. (2009). “Vracham ya ne doveryayu”, no... Preodolenie nedoveriya k reproduktivnoi meditsine [“I Don’t Trust Doctors”, but... Overcoming Distrust in Reproductive Medicine]. In Zdravomyslova, E., Temkina, A. (Eds.). *Zdorov’e i doverie: gendernyi podkhod k reproduktivnoi meditsine. Sbornik statei*. St Petersburg, Izdatel’stvo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge, pp. 179–210.

The article was submitted on 03.07.2022