

УДК 159.9

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О СОХРАНЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ ЖЕНЩИНАМ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Назимова Е.С., Филиппова Г.Г., Гольдман О.Э.  
(Москва, Россия)



### **Назимова Екатерина Сергеевна**

Магистр психологии, репродуктивный психолог, онкопсихолог,  
психолог-консультант АНО Служба «Ясное утро»  
ул. Электродная д.11 стр. 18, Москва, 111524, Россия  
Тел.: 8 (925) 535-11-94  
E-mail: e.nazimova@yasnoeutro.ru



### **Филиппова Галина Григорьевна**

Доктор психологических наук, профессор,  
ректор ЧУ ДПО «Институт перинатальной и репродуктивной  
психологии»  
Волоколамское ш., 1, Москва, 125371, Россия.  
Тел.: 8 (495) 920-62-36.  
E-mail: rektor@perinatalpsy.ru



### **Гольдман Ольга Эмильевна**

Руководитель Службы помощи онкологическим пациентам и их  
близким, АНО Служба «Ясное утро»,  
ул. Электродная д.11 стр. 18, Москва, 111524, Россия  
Тел.: 8 (985) 231-85-87.  
E-mail: o.goldman@yasnoeutro.ru

### **Аннотация.**

Исследование является заключительным этапом изучения репродуктивных планов у женщин с раком молочной железы (РМЖ). На предыдущих этапах выявлены социально-психологические факторы, влияющие на изменение репродуктивных планов и сохранение своего здоровья после окончания лечения у женщин с РМЖ. Целью данного этапа исследования является изучение необходимости и направлений психологической поддержки

женщин с РМЖ на этапе диагностирования и при принятии решения о сохранении фертильности (СФ). В исследовании приняли участие 106 женщин, использовался специально разработанный для данного исследования опросник. Исследование проводилось на базе АНО Служба «Ясное утро». Результаты исследования показали, что на этапе диагностирования и лечения РМЖ женщины испытывают высокую интенсивность негативных переживаний, и в результате вопросы репродуктивных планов и возможности сохранения фертильности часто вытесняются и остаются не решенными без специально организованной психологической и врачебной поддержки. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо на обязательной основе включать психологическое сопровождение женщин с РМЖ на этапе диагностирования заболевания и лечения с целью коррекции их репродуктивных планов и возможности участия в программах СФ, в том числе с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Работа психолога должна быть также включена в коммуникационный процесс пациенток с врачами онкологами и репродуктологами, что поможет снять с врачей часть задачи психоэмоциональной поддержки пациентов и выработать адаптивное поведение пациенток и врачей в сложившихся обстоятельствах.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, репродуктивные планы, сохранение фертильности при РМЖ, психологическая помощь.

**Для цитаты** Назимова Е.С., Филиппова Г.Г., Гольдман О.Э. «Психологическая помощь в принятии решения о сохранении фертильности женщинам с раком молочной железы» // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2025. Т. 17. №4(89). С. 16-27. <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-4-16-27>

## **Введение**

В 2025 году авторами было осуществлено исследование репродуктивных планов женщин с раком молочной железы (РМЖ).

Исследование включало 4 этапа:

1. Сбор и анализ социально-демографических данных о женщинах с РМЖ.
2. Изучение процесса информирования женщин репродуктивного возраста с РМЖ о возможности сохранения фертильности (СФ).
3. Изучение репродуктивных планов у женщин, прошедших лечение от РМЖ.
4. Изучение необходимости психологической помощи женщинам с РМЖ на этапах диагностирования, лечения и принятия ими решения о СФ.

Анализ результатов первых трех этапов исследования, представленных в предыдущей статье, показал, что своевременное информирование, корректная и быстрая маршрутизация, а также психологическая помощь на каждом из этапов пути помогут женщине принять решение в пользу использования программ ВРТ, а также реализации в материнстве в будущем [1].

Четвертый этап исследования, представленный в данной статье, посвящен обоснованию необходимости психологической помощи женщинам с РМЖ в процессе лечения и реализации их репродуктивных планов.

## **Цель исследования**

Изучение необходимости и направлений психологической помощи женщинам с РМЖ на этапах диагностирования, лечения, принятия ими решения о сохранении фертильности (СФ) и реализации их репродуктивных планов.

## **Задачи исследования**

1. Выявить запрос женщин с РМЖ на оказание психологической помощи на этапах диагностирования РМЖ, в процессе лечения, при принятии решения о сохранении фертильности (СФ), в процессе лечения с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в период беременности и после рождения ребенка.
2. Выявить интенсивность негативных переживаний женщин на этапах лечения РМЖ и реализации их репродуктивных планов
3. Предложить рекомендации по направлениям и организации психологической помощи женщинам на этапах лечения РМЖ и реализации их репродуктивных планов.

## **Эмпирическая база исследования**

В исследовании приняло участие 106 женщин. Исследование проводилось на базе АНО Служба «Ясное утро».

## **Методы исследования**

1. Анализ литературы по обоснованию необходимости и рекомендациям по организации психологической помощи женщинам с РМЖ.

2. Специально разработанный для данного исследования опросник в формате приложения Yandex.Form.

Опросник состоял из четырех блоков:

- общие данные о пациентках (возраст, образование, брак, наличие детей)
- взаимодействие с врачом-онкологом
- репродуктивные планы, взаимодействие с врачом-репродуктологом, участие в программе ВРТ
- психологические и социальные факторы принятия решения о сохранении фертильности и востребованность психологической помощи.

Рассылка опросника и сбор информации осуществлялся через сервисы онкобольных пациентов.

### **Психологические аспекты принятия решения о сохранении фертильности.**

Диагностирование любого онкологического заболевания относится к числу высоко стрессовых жизненных ситуаций. Об этом много написано в литературе, посвященной онкопсихологии. Чтобы представить уровень дистресса при постановке онкологического диагноза возможно обратиться к печальной статистике суицидов, уровень которых среди больных раком в 12,6 раз выше, чем среди здоровых людей [2]. Также стоит отметить частоту диагностирования ПСТР, тревожного и депрессивного расстройств у онкобольных. Связано это с тем, что любое онкологическое заболевание воспринимается пациентом прежде всего как угроза жизни, потрясая своей внезапностью, а также высоким уровнем неопределенности и потерей контроля над происходящим. Травматическое воздействие диагноза рака требует пристального внимания к эмоциональным потребностям пациента. Но с появлением высокотехнологичной медицины и неуклонного сужения специализации этой важной стороной медицинской помощи стали все больше пренебрегать [3].

Э. Кюблер-Росс в своей книге «О смерти и умирании» выделяет пять стадий проживания горя, которые проходят онкопациенты [4]. Пациентам, находящимся на этапе диагностики и предварительной постановки диагноза чаще свойственны реакции шока и отрицания, актуализация страхов, в том числе страха смерти, высокий уровень тревоги, вплоть до панических атак, растерянность, диссоциация. Будущее пациента становится полностью неопределенным, происходит утрата не только картины мира, но и возможности в будущем рождения своих биологических детей вследствие лечения онкологического заболевания. В исследование Р. Hershberger женщины описывают это как «двойной удар», который часто бывает разрушительным [5]. И именно в этот период перед женщиной репродуктивного возраста возникает вопрос о необходимости принятия решения о сохранении фертильности. Конечно, перечисленные реакции в большинстве случаев ослабевают в течение ближайших недель, но такого количества времени у женщин с онкологическим заболеванием обычно просто нет. А при нарушениях адаптации к заболеванию наблюдается развитие стойких психических расстройств.

Вместе с этим если оставить эмоциональные расстройства без лечения, они могут существовать годами даже в отсутствии любых доказательств заболевания. Так, в исследовании, проведенном в течение 5 лет среди 222 женщин с РМЖ, были обнаружены показатели заметной тревоги и депрессии у 33% пациенток с таким диагнозом [3]. Постановка онкологического диагноза – не единственная причина ухудшения психологического состояния женщины. На ее эмоциональное состояние оказывает влияние риск будущего бесплодия, неустроенность личной жизни на момент принятия решения о СФ, сексуальные проблемы, возможные изменения образа тела, финансовая незащищенность, необходимость принятия сложных решений здесь-и-сейчас, «перегруз» информацией и/или ее несвоевременное и некорректное предоставление и т.д.

Исходя из данных исследования, проведенного в Австралии, участницами которого стали женщины с РМЖ на ранней стадии, выявлено, что 97% процентов респонденток хотели, чтобы их страхи и опасения выслушали, а 79% хотели эмоциональной поддержки. Кроме того, 80% женщин хотели, чтобы их онколог сказал им, куда они могут пойти, чтобы получить дополнительную эмоциональную поддержку для себя и своих семей. 72% женщин хотели, чтобы их онколог убедился, что с ними есть родственник или друг [6].

Недавний систематический обзор показывает, что психологический стресс, связанный с фертильностью, является распространенной и постоянной проблемой у людей с раком. Негативные эмоции наблюдаются на всех этапах — от диагноза до выживания, затрагивая как мужчин, так и женщин. Эти результаты подчеркивают необходимость постоянной

психологической поддержки для пациентов с раком в управлении вопросами фертильности и репродуктивного здоровья на протяжении всего лечения. В своей статье Sh. Logan и A. Anazodo объединили имеющиеся в некоторых странах рекомендации о психологической поддержке для женщин с онкологическим заболеванием в вопросах принятия решения о СФ [7]. Например, в Испании в рекомендациях Международной экспертной группы NA указывается, что консультирование должно оказывать поддержку пациентам и обеспечивать лучший уход за счет понимания эмоциональных потребностей, психологических предикторов стресса и методов их преодоления. В Швеции Рабочая группа UNGA(YUNG) сформировала национальные рекомендации (2019) для онкопациентов, которые включают поддерживающий уход со стороны психолога или консультанта, рекомендуемый для оказания помощи пациентам и их семьям в принятии решений в процессе лечения. Также в Швеции в рекомендациях от 2015 года отмечена важность предложения пациентам и семьям поддерживающей профессиональной помощи (психолог-консультант, психосоциальный работник), чтобы помочь пациентам и родителям в принятии решений. Британское общество бесплодия также выделяет роль психологической поддержки в оказании помощи женщинам и девочкам в принятии решений относительно лечения и СФ.

В рекомендациях ASCO (США) за 2006 год подчеркивается, что бесплодие, вызванное лечением, может быть связано с психосоциальным стрессом, и раннее направление на консультацию может быть полезным для пациентов с умеренным стрессом. Онкологи должны регулярно предлагать психологическую помощь при умеренном или сильном стрессе из-за потенциального бесплодия. Исследования показывают, что когнитивно-поведенческое консультирование снижает тревогу и депрессию у таких пациентов. В рекомендациях ASCO за 2013 год отмечается, что социальные работники и психологи могут помочь пациентам и их семьям в процессе принятия решений о сохранении фертильности. Важно направлять пациентов к психосоциальным специалистам при наличии беспокойства о бесплодии, особенно во время постановки диагноза и после лечения. Многие репродуктивные центры предлагают консультации по этим вопросам. Рекомендуется командный подход к консультированию, позволяющий пациентам встречаться с врачами и специалистами в области психического здоровья для комплексной оценки их потребностей [7].

В РФ в клинических рекомендациях «Рак молочной железы» от 2021 года в пункте 4 о медицинской реабилитации, медицинских показаниях и противопоказаниях к применению методов реабилитации рекомендуется всем пациентам использовать психосоциальные методы реабилитации в рамках трех категорий: психообразовательные мероприятия, когнитивно-поведенческая терапия, поддерживающая психотерапия [8].

Как видно из имеющихся публикаций, в рекомендациях по консультированию онкопациентов психологической помощи начинает уделяться внимание только с 2006 года. При этом консультирование врача-специалиста по психическому здоровью или важность психологической поддержки были отмечены только в одной трети руководящих принципов или рекомендательных документов [7], а исходя из анализа данных в программах по СФ онкопсихологи не включены в сопровождение пациенток.

В канадском ретроспективном исследовании женщин с РМЖ психологический стресс, временное давление, потребность в донорской сперме и расходы были основными факторами, влияющими на решение об участии в программе СФ. В одном исследовании 63% опрошенных пациентов выразили заинтересованность во встрече с психосоциальным консультантом, но только 7% на самом деле имели возможность сделать это; несколько пациентов спонтанно прокомментировали, что встреча с консультантом должна быть обязательной частью процесса принятия решений [9].

### **Результаты поведенческого исследования**

Для целей данного этапа исследования анализировались ответы респондентов на две группы вопросов:

1. Вопросы о необходимости психологической помощи на разных этапах лечения и реализации репродуктивных планов: момент постановки диагноза РМЖ, в процессе лечения, после окончания лечения, момент принятия решения о рождении ребенка, в процессе лечения с помощью ВРТ, в период беременности и после рождения ребенка.
2. Оценка женщинами интенсивности своих негативных переживаний в баллах от 1 до 10

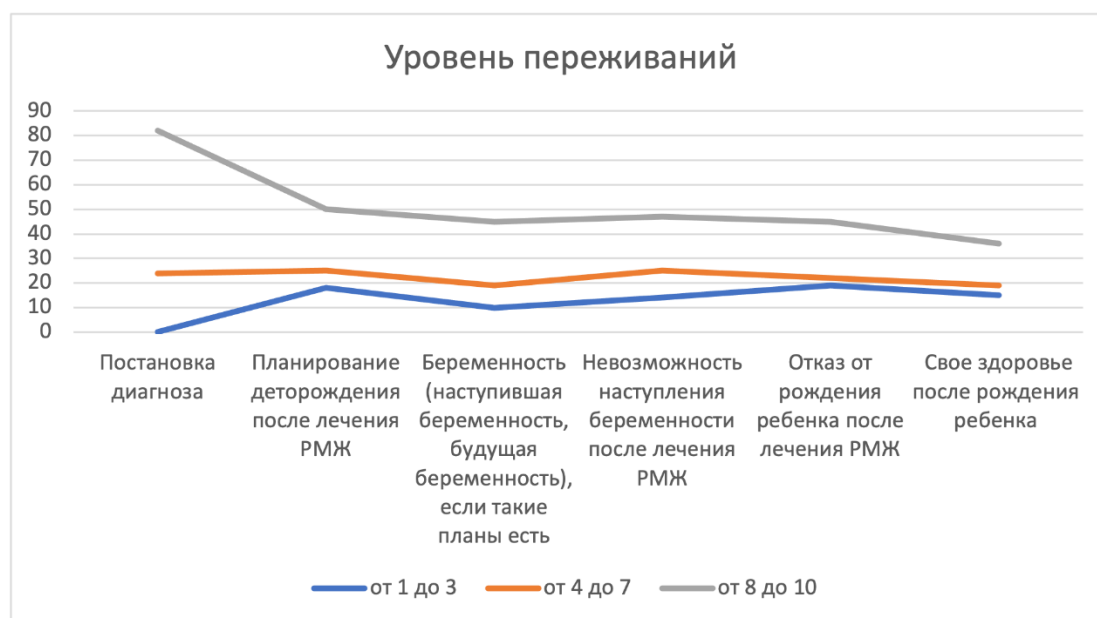
Данное исследование является скрининговым и в соответствии с поставленными задачами подсчитывалось количество утвердительных и отрицательных ответов женщин на вопросы о необходимости психологической помощи по выборке в целом и отнесенность женщин к группам низкого, среднего и высокого уровня негативных переживаний на разных



этапах лечения и реализации их репродуктивных планов. Полученные данные представлены в процентах и в графической форме.

Проведенное нами исследование показало, что в психологической помощи на момент постановки диагноза нуждались 75 (70%) из 106 женщин, 66% женщин отметили ее необходимость в процессе лечения, 51% - после его окончания. На момент принятия решения о рождении ребенка в психологической помощи нуждались 17% женщин из всех 106 опрошенных (26% из 66 женщин, планирующих деторождение). Во время ВРТ и во время беременности – 16% от общего числа участниц, 24% от числа планирующих и 29% из всех, участвующих в программе СФ, 6% - после рождения детей и 10% женщин психологическая помощь была не нужна. 26 (40% из 66) женщин, планирующих деторождение, не сообщили о своих планах, так как в приоритете было переживание диагноза и будущее лечение.

Интенсивность негативных переживаний женщин на разных этапах лечения и реализации репродуктивных планов (лечение с помощью ВРТ, беременность и рождение ребенка) была разделена на три уровня: 1-3 балла – низкий уровень; 4-7 – средний уровень; 8-10 – высокий уровень. Ниже (рис. 1) представлены данные интенсивности уровня переживаний женщин на разные события: постановка диагноза, планирование деторождения, беременность (наступившая/планируемая), невозможность наступления беременности после лечения ОЗ, отказ от рождения ребенка после лечения РМЖ, свое здоровье после рождения ребенка, где 1-3 – низкий уровень переживаний, 4-7 – средний, 8-10 – максимальный.



**Рис. 1. Интенсивность переживаний у женщин в связи с событиями, связанными с заболеванием, деторождением или отказом от него**

77% женщин сообщают о том, что их состояние на момент постановки диагноза соответствует максимальному уровню переживаний.

В ситуации планирования деторождения: 18 женщин имели низкий уровень переживаний (15 из них не планировали детей), 25 женщин заявили о средней интенсивности переживаний (7 из них приняли участие в ВРТ), 50 женщин с максимальной интенсивностью переживаний (из них 37 – планировали деторождение, 25 не имели детей на момент постановки диагноза, 7 – приняло участие в программе ВРТ без детей на момент постановки ОЗ).

В ситуации беременности (планируемой/наступившей), если есть такие планы, 45 женщин отметили максимальный уровень интенсивности переживаний (34 – планировали деторождение, 6 отказались), средний и низкий уровень переживаний отметили те, кто не планировал деторождение.

44% (47 женщин) отметили максимальный уровень переживаний в ситуации невозможности наступления беременности после лечения ОЗ, 9 из них отказались от планов на деторождение, у 28 остался план на рождение детей, в одном случае было принято решение об усыновлении, 3 женщины впервые задумались о рождении детей, 8 приняли участие в программе ВРТ. У 30 (64%) женщин из 47 не было детей. Средний уровень

переживаний отметили 19 женщин, 6 из которых приняло участие в программе СФ. В группе женщин с низким уровнем интенсивности переживаний 11 не планировало деторождение, у двоих были дети на момент постановки ОЗ.

Сам отказ от рождения детей является событием максимальной интенсивности переживаний для 45 женщин (из них 37 – планировало деторождение, 23 – без детей на момент постановки ОЗ, 4 – приняло участие в программе ВРТ, 14 женщин приняло решение отказаться от деторождения в будущем, у 11 из которых были дети). Средний уровень интенсивности переживаний отметило 22 женщины (11 из них не имело детей на момент постановки диагноза ОЗ и планировало их рождение в будущем), 4 женщины приняло участие в программе ВРТ. 19 женщин заявили низкий уровень переживаний (14 из них не планировали детей и 3 приняли участие в программе ВРТ).

Переживание за свое здоровье после рождения ребенка высокой интенсивности отметили 36 женщин (30 из них планировало рождение детей, у 17 детей не было). 19 женщин отметили средний уровень переживаний, из них 14 планировало рождений детей и 5 приняло участие в программе ВРТ. 15 женщин описали свой уровень переживаний как низкий (6 планировало детей и 2 женщины приняли участие в программе СФ).

### **Обсуждение результатов**

Исходя из полученных данных возможно сделать вывод о том, что сам факт постановки онкологического диагноза по уровню интенсивности переживаний отмечается как максимальный у большинства женщин и это необходимо учитывать при коммуникации врач-пациент. Одно только бесплодие связано со значительным психологическим стрессом и с высоким уровнем депрессии, эти показатели в два раза выше, чем у здорового населения, а также качество жизни снижается в областях эмоционального благополучия, отношений и сексуальности. Когда бесплодие наложено на рак, это может вызывать большой стресс для пациента, партнера и семьи. Даже для людей, которые, возможно, не планировали иметь детей, угроза бесплодия может привести к глубокому чувству потери и гнева [10].

Полученные нами данные сопоставимы с результатами других исследований, в которых показано, что более 42% женщин отмечают максимальный уровень интенсивности переживаний в каждом отдельном случае, связанным с деторождением или отказом от него в будущем. При этом женщины, которые не планируют деторождение в будущем, отмечают низкий уровень интенсивности переживаний, связанных с планированием беременности: возможностью/невозможностью ее наступления, а также отказом от нее.

Также стоит отметить, что участие в программе ВРТ снижает интенсивность переживаний по пунктам планирования деторождения, невозможности наступления беременности и отказа от нее. Ретроспективный опрос женщин во Франции показал, что сохранение фертильности улучшило субъективный опыт пациентов при лечении рака; 78% респондентов сообщили, что возможность позаботиться о репродуктивном здоровье сыграла важную роль в улучшении их способности справляться с диагностикой и лечением рака [8]. 61,2% пациентов воспринимали свои крио-сохраняемые ооциты или эмбрионы как будущих детей или семью, такая проекция в период жизни после заболевания может играть положительную роль в улучшении субъективного опыта лечения [10].

Мы знаем, что проблемы, связанные с фертильностью, остаются очень важными для женщин с ОЗ в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Потеря фертильности иногда ощущается так же болезненно, как и сама диагностика рака, а невозможность рождения генетически своего ребенка, которая возникает в результате заболевания и его лечения, ведет к тяжелым эмоциональным переживаниям, что снижает эффективность лечения и качество реабилитации пациентов [12]. В качественных исследованиях, в которых задавались вопросы о мотивах рождения детей после рака среди переживших рак молочной железы, женщины ссылаются на чувство восстановления своей жизни, желание снова почувствовать себя нормальной и желание достичь целей, актуальных до постановки диагноза РМЖ. Женщины, у которых были дети до постановки диагноза, и женщины, родившие детей после постановки диагноза, имели самые высокие показатели качества жизни [10].

Предварительные данные контент-анализа результатов нашего исследования показали, что на первом месте по переживаниям находится страх рецидива в целом, а также страх того, что беременность может стать его причиной [1]. На втором месте – страх за свое здоровье, страх за здоровье будущего ребенка, невозможность выносить беременность, на третьем месте – отсутствие финансовой поддержки, отсутствие партнера, и в последнюю очередь женщины отмечали страх смерти и возможное сиротство уже имеющихся детей.

Полученные в нашем исследовании данные показали, что на этапе диагностирования онкологического заболевания 77% женщин имеют высокую интенсивность негативных

переживаний. В этот период будущее для женщины неопределенно, имеется много страхов и тревог, особое значение имеет и личная жизненная ситуация женщины. Следует отметить, что на прямой вопрос о необходимости психологической помощи в процессе принятия решения о деторождении лишь 17% женщин ответили положительно, при этом 47% оценили свой уровень переживаний как максимальный. Эти данные свидетельствуют о том, что женщины не соотносят свои переживания с потребностью в психологической помощи по вопросам сохранения репродуктивной функции. Получение своевременной психологической помощи человеку в ситуациях, которые он расценивает как экстремальные, является профилактикой психологических нарушений в будущем, таких как ПТСР, тревожное и депрессивное расстройства. Те женщины, которые планировали деторождение, чаще демонстрируют высокий уровень негативных переживаний в ситуации, связанной с возможностью/невозможностью рождения детей в будущем. Также полученные нами данные показали, что принятие участие в программе СФ снижает уровень негативных переживаний, связанных с планированием деторождения, невозможностью наступления беременности или отказом от нее.

Как показало наше исследование женщинам с диагнозом РМЖ приходится в короткое время и в состоянии стресса обрабатывать сложную информацию о вариантах лечения рака и возможности сохранения фертильности. Процесс принятия решений по диагностике и лечению рака уже давно признан особенно трудным и сложным для пациентов. Варианты сохранения фертильности также очень сложны, что требует от женщин способности взвешивать свои желания сохранить детородный потенциал в ситуации возможных задержек в лечении и неопределенных рисков различных вариантов сохранения фертильности [10]. Ограничения во времени, личная история, порой шоковое состояние, свойственное этапу обследования и постановки диагноза могут быть препятствием для принятия осмысленного решения о СФ. Все это свидетельствует о необходимости включения обязательного психологического сопровождения женщин с РМЖ на всех этапах диагностирования заболевания и его лечения и в процессе принятия решения о сохранении фертильности. Для этого, во-первых, необходимо включение в клинические рекомендации обязательной психологической помощи женщинам на этапах диагностики и лечения РМЖ, а во-вторых, разработка методов, средств и приемов оказания психологической помощи пациенткам и врачам на всех этапах диагностики, лечения РМЖ, послелечебной реабилитации и в процессе принятия решения и мероприятий по сохранению фертильности.

### **Заключение и выводы**

**Проблемы**, связанные с фертильностью, являются чрезвычайно важными для женщин с онкологическими заболеваниями в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Потеря фертильности иногда ощущается так же болезненно, как и сама диагностика рака. В исследованиях, в которых женщин, переживших рак молочной железы, спрашивали о мотивах рождения детей, для респонденток было важным обретение чувства восстановления своей жизни, желание снова почувствовать себя полноценной женщиной и желание достичь целей, которые были актуальны до постановки диагноза рака. Женщины, у которых были дети до постановки диагноза, и женщины, родившие детей после постановки диагноза, имели самые высокие показатели качества жизни [10]. Однако невозможность адекватно обсудить варианты СФ и реализации репродуктивных планов может иметь долгосрочные негативные последствия для качества жизни женщины. Психологическая помощь в данном случае является не только профилактикой ПТСР, тревожного и депрессивного расстройства, но и имеет целью помочь женщинам сориентироваться в сложном процессе выбора вариантов лечения и принять более осознанное решение о СФ.

На основании анализа литературы и проведенного нами исследования о процессе принятия женщинами с раком молочной железы (РМЖ) решения о сохранении фертильности (СФ) были выделены основные факторы, влияющие на принятие решения [1], выявлена интенсивность переживаний женщин и востребованность ими психологической помощи на этапах лечения и реализации их репродуктивных планов. Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Женщины с РМЖ имеют высокий уровень негативных переживаний на этапе постановки онкологического диагноза, однако они не соотносят свои переживания с потребностью в психологической помощи для принятия решения о сохранении фертильности. В результате упускаются возможности предпринять необходимые меры для сохранения фертильности до начала онкологического лечения.

2. Высокий уровень негативных переживаний демонстрируют женщины, не имеющие детей и планирующие деторождения до начала заболевания. При этом женщины,

участвующие в программах сохранения фертильности, демонстрируют более низкий уровень негативных переживаний, даже в тех случаях, когда принимают решение об отказе от деторождения.

3. Высокий уровень негативных переживаний по поводу возможности наступления беременности и в процессе вынашивания беременности выявлен у женщин, планирующих деторождение и особенно у тех, кто не имел детей до заболевания. У женщин, не планирующих беременность, уровень негативных переживаний оказался средним и в некоторых случаях даже низким.

4. Наше исследование показало, что женщины с РМЖ в процессе постановки диагноза и принятия решения о возможности СФ в короткие сроки и в состоянии высокой интенсивности негативных переживаний проходят несколько сложных этапов, на которых от них требуется интенсивная обработка информации, касающаяся базовых потребностей и жизненных целей. В этих условиях крайне необходима психологическая помощь, которая будет способствовать снижению интенсивности переживаний и возможности принятия взвешенного решения о СФ и деторождения в будущем.

### Задачи организации психологической помощи женщинам с РМЖ:

На основании анализа литературы и проведенного нами исследования можно сформулировать задачи разработки, организации и содержания психологической помощи пациенткам и врачам при лечении заболевания и сохранения фертильности у женщин с РМЖ:

Работа психолога должна быть включена в процесс принятия решения об участии в программе СФ начиная с этапа обследования до постановки окончательного диагноза; это поможет смягчить шоковое состояние при получении информации о заболевании и вовремя сориентировать женщин на задачу СФ.

На этапе обследования следует обязательно прояснять психологическое состояние женщины и, в случае необходимости, направлять ее за профессиональной помощью к онкопсихологу и психотерапевту с целью поддержки ее психических ресурсов.

Работа психолога должна быть включена в коммуникационный процесс пациентки с врачами онкологами и репродуктологами. Это поможет снять с врачей часть задачи эмоциональной поддержки пациентов и помочь пациенткам и врачам адаптироваться к стремительно изменившимся обстоятельствам и необходимости мобильного принятия решений о возможности и способах СФ.

Опираясь на опыт коллег Brittany Speller, Kelly Metcalfe, Erin D. Kennedy и др. из Канады разработать аналог помощника в принятии решения (ППР), подобный BEFORE (Begin Exploring Fertility Options, Risks, and Expectations DA <https://fertilityaid.rethinkbreastcancer.com>) для женщин с раком молочной железы, адаптированный для российских пациентов. Пример электронной брошюры представлен на рисунке 2 [14].

### Questions about the most common fertility options








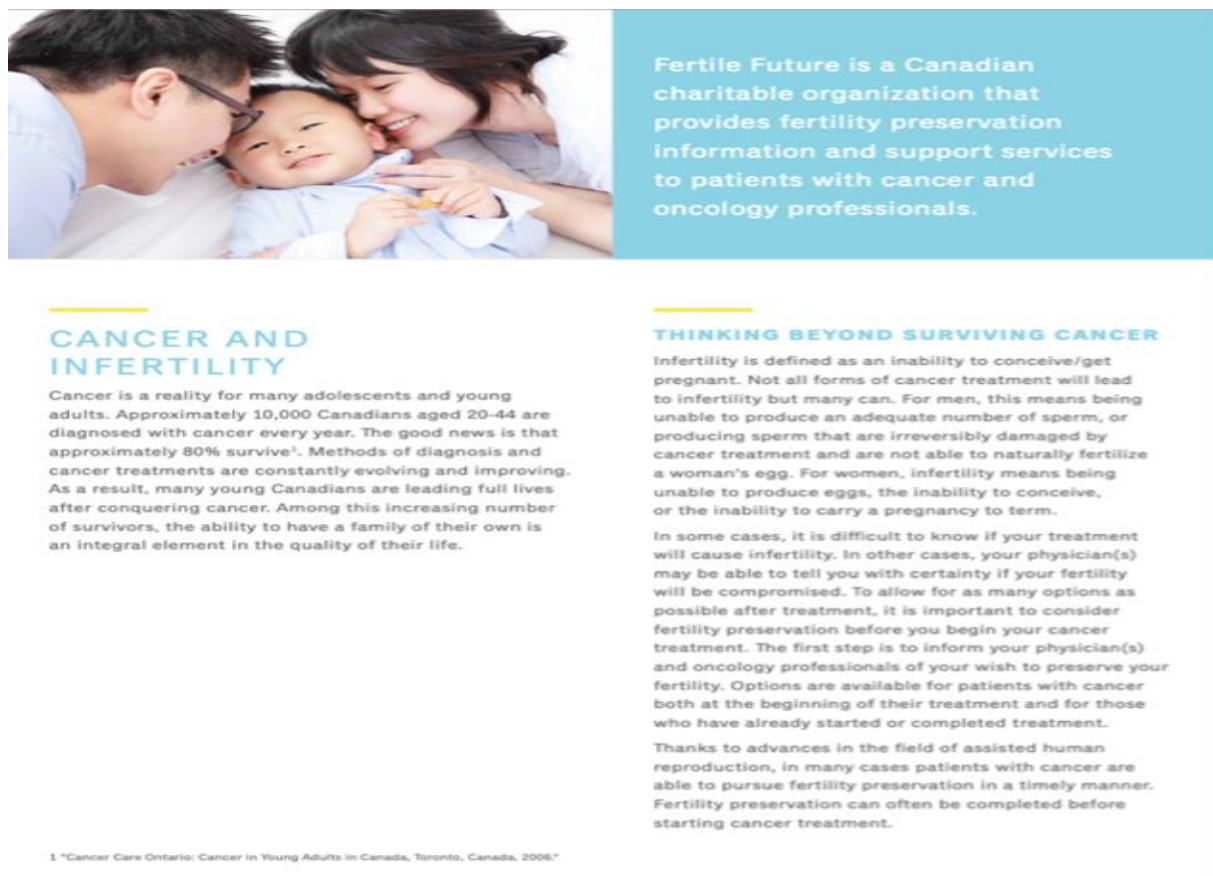
Frequently Asked Questions	Wait and see 	Embryo freezing 	Egg freezing 	Ovarian suppression 
What does the fertility option involve?	1. You start treatment without taking any steps to preserve your fertility	Before treatment: 1. You self-inject hormones every day for 10 to 11 days so your eggs mature. You can also discuss the option to not use hormones. 2. Eggs are collected using an ultrasound-guided needle that is inserted into your vagina 3. Eggs are fertilized with sperm to create embryos 4. Embryos are frozen while you have treatment After treatment: 5. You can thaw the embryos and put them into your womb or into a surrogate This process is called in vitro fertilization and embryo transfer.	Before treatment: 1. You self-inject hormones every day for 10 to 11 days so your eggs mature. You can also discuss the option to not use hormones. 2. Eggs are collected using an ultrasound-guided needle that is inserted into your vagina 3. Eggs are frozen while you have treatment After treatment: 4. You can thaw your eggs and fertilize them with sperm from your partner or a donor to create embryos 5. Embryos are put into your womb or into a surrogate This process is called egg freezing, in vitro fertilization and embryo transfer.	Before treatment: 1. 7 days before your chemotherapy, you are given an injection of medication to temporarily shut down your ovaries and prevent your body from making mature eggs or estrogen For example, leuprolide (Lupron®) and goserelin (Zoladex®) are ovarian suppression medications 2. The injection is repeated every 1 to 3 months 3. The monthly injections may stop after you are done chemotherapy Your doctor may advise you to keep taking ovarian suppression with hormone therapy. This is because it can also be used to help reduce the chances of your cancer returning.
Where is this option available?	Available to everyone	All fertility clinics	Most fertility clinics	All oncologists can give you these drugs. However, not all oncologists believe that it will work to protect your eggs.
Will my treatment be delayed?	No delay	Possibly – Takes 2 to 4 weeks It may take longer for some people	Possibly – Takes 2 to 4 weeks It may take longer for some people	No delay
What is the average cost to me?	No cost	\$0 to \$20,000 	\$0 to \$15,000 	\$0 to \$500 every month 
Is there funding available?	Not applicable	Possibly – funding may be available. Some provinces cover the costs of embryo and egg freezing. Visit our online decision aid for information on available funding in your province <a href="https://fertilityaid.rethinkbreastcancer.com">fertilityaid.rethinkbreastcancer.com</a> .		

Рис. 2. BEFORE (Начни исследовать варианты фертильности, риски и ожидания)



В этой программе задействованы не только пациенты и существующие ресурсы поддержки ППР по вопросам СФ, но также особое внимание уделяется клиницистам, а именно тем проблемам, с которыми они сталкиваются при обсуждении фертильности с пациентками. Учет их мнения и помощь в преодолении трудностей в коммуникациях с пациентками также очень важны для более продуктивного взаимодействия.

Необходимо разработать наглядный материал для демонстрации в онкоцентрах, ЦАОПах, онкодиспансерах. В рамках консультирования женщин с диагностированным РМЖ по сохранению фертильности в этот кризисный период разработать формы использования наглядного материала (видео контент, брошюры), а также возможность записи информации пациентом. Пример таких материалов представлен на рисунке 3 [13].



**Рис. 3. Пример брошюры для онкопациентов по сохранению фертильности**

Как показали данные опросов женщин с РМЖ, до сих пор существуют затруднения в своевременном и доступном информировании женщин о возможности сохранения фертильности и направления их к репродуктологу и онкопсихологу со стороны врача-онколога. Необходимо уточнить и конкретизировать рекомендации для врачей по информированию и маршрутизации женщин с РМЖ с целью сохранения фертильности и реализации их репродуктивных планов:

Внести в клинические рекомендации на обязательной основе информирование пациенток о влиянии РМЖ и его лечения на репродуктивную функцию женщин.

Разработать онлайн-платформу обучения врачей-онкологов и репродуктологов, посвященную сохранению фертильности; организовать электронную базу данных, к которой врачи в регионах смогут обращаться для восполнения знаний в области онкофертильности. Мероприятия по обучению врачей должны быть направлены на улучшение знаний о вариантах сохранения фертильности, а также о ресурсах, доступных для женщин на местном и национальном уровне. Кроме того, включение вопросов фертильности в учебные программы по онкологии улучшит знания специалистов о возможностях сохранения фертильности у пациенток, а также станет важным стимулом для обсуждения этой темы с пациентками и коллегами [13].

Разработать программу понятной и корректной маршрутизации женщин с РМЖ к специалистам гинекологам/репродуктологам, онкопсихологам. Для регионов необходимо введение обязательной онлайн-консультации (телемедицина).

Стандартизировать процесс по предоставлению услуг в сфере охраны репродуктивного здоровья путем разработки руководства, включающего в себя сводку признанной и одобренной практики по охране репродуктивного здоровья и определение обязанностей и ответственности среди персонала.

Перспективы дальнейших исследований сохранения фертильности у женщин с РМЖ

Помимо описанных проблем СФ и коррекции репродуктивных планов у женщин репродуктивного возраста с РМЖ существует и другие категории пациенток с РМЖ, нуждающиеся в психологическом сопровождении. Проблемы фертильности у женщин в пременопаузе с диагнозом РМЖ также оказываются важными в свете прогрессивного увеличения возраста планирования женщинами деторождения, что подтверждается резким увеличением в клиниках ВРТ пациенток старшего репродуктивного возраста. В результате наблюдаемой во всем мире тенденции к отложенному родительству увеличивается контингент женщин, планирующих рождение первого ребенка практически в пременопаузе, а в этом возрасте вероятность РМЖ у нерожавших женщин значительно выше, чем у молодых. Еще одной уязвимой группой являются женщины без детей с РМЖ, не имеющие партнера – а значит, и полноценной семейной поддержки. Этим контингентам онкобольных необходима психологическая помощь, ориентированная на специфику их проблем и личной истории. Самый эффективный подход заключается в том, чтобы поднимать вопросы фертильности с каждым онкопациентом и включать психологическое сопровождение на этапе обследования и постановки онкологического диагноза.

### Список литературы

1. Назимова Е.С., Филиппова Г.Г., Гольдман О. Э. Репродуктивные планы у женщин с раком молочной железы». Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2025;17(3):79-96. doi: 10.24884/2219-8245-2025-17-3-79-96
2. Jones G., Hughes J., Mahmoodi N., Smith E., Skull J., Ledger W. What factors hinder the decision-making process for women with cancer and contemplating fertility preservation treatment? Human Reproduction Update. 2017;23(4): 433–457. doi: 10.1093/humupd/dmx009
3. Мури С., Грин С. Когнитивно-поведенческая терапия для онкологических пациентов. Оксфордское руководство.: Пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2021. 400с.
4. Кюблер-Росс Элизабет. О смерти и умирании.: Пер. с англ. Москва: Издательство АСТ, 2022. 480 с.
5. Hershberger P.E., Sipsma H., Finnegan L., Hirshfeld-Cytron J. Reasons Why Young Women Accept or Decline Fertility Preservation Following Cancer Diagnosis J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016; 45(1): 123–134. doi: 10.1016/j.jogn. 2015.10.003
6. Lobb E.A., Butow P.N., Kenny D.T., Tattersall M.H. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? Med J Aust. 1999;171(6):290-4.
7. Logan Sh., Anazodo A. The psychological importance of fertility preservation counseling and support for cancer patients. Special Issue: Fertility Preservation for Women and Girls. 2019; 5(98): 583-597. doi: 10.1111/aogs.13562
8. Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество онкомаммологов». Клинические рекомендации «Рак молочной железы», 2021 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://disuria.ru/\\_ld/12/1279\\_kr21D05C50MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/12/1279_kr21D05C50MZ.pdf)
9. Deshpande N.A., Braun I.M., Mayer F.L. Impact of fertility preservation counseling and treatment on psychological outcomes among women with cancer: A systematic review. Cancer. 2015;121(22):3927-4100. doi: 10.1002/cncr.29637
10. Chin H.B., Howards P.P., Kramer M.R., Mertens A.C., Spencer J.B. Which female cancer patients fail to receive fertility counseling before treatment in the state of Georgia? Fertil Steril. 2016;106(7):1763-1771. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.034.
11. Trèves R., Grynberg M., Parco S. le, Finet A., Poulain M., Fanchin R. Female Fertility Preservation in Cancer Patients: An Instrumental Tool for the Envisioning a Postdisease Life. Future Oncology. 2014;10(6):969–974. doi: 10.2217/fon.13.265
12. Лавринович О.Е., Карицкий А.П., Котив Х.Б. Актуальность и правовые основы сохранения фертильности онкологических больных: опыт учреждения и обзор литературы. Вопросы онкологии. 2024; 70(2): 368-376. doi: 10.37469/0507-3758-2024-70-2-368-376

13. Duffy C., Allen S. Medical and psychosocial aspects of fertility after cancer. *Cancer J.* 2009;15(1):27-33. doi: 10.1097/PPO.0b013e3181976602

## References

1. Nazimova E.S., Filippova G.G., Goldman O.E. Reproductive plans in women with breast cancer. *Medical Psychology in Russia: online scientific journal.* 2025; 17(3):79-96. (in Russian) doi: 10.24884/2219-8245-2025-17-3-79-96
2. Jones G., Hughes J., Mahmoodi N., Smith E., Skull J., Ledger W. What factors hinder the decision-making process for women with cancer and contemplating fertility preservation treatment? *Human Reproduction Update.* 2017;23(4): 433-457. doi: 10.1093/humupd/dmx009
3. Muri S., Grin S. Kognitivno-povedencheskaya terapiya dlya onkologicheskikh patsientov. Oksfordskoe rukovodstvo.: Per. s angl. SPb.: OOO «Dialektika», 2021. (in Russian)
4. Kyubler-Ross Elizabet. O smerti i umiranii.: Per. s angl. Moskva: Izdatel'stvo AST, 2022. (in Russian)
5. Hershberger P.E., Sipsma H., Finnegan L., Hirshfeld-Cytron J. Reasons Why Young Women Accept or Decline Fertility Preservation Following Cancer Diagnosis *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2016; 45(1): 123-134. doi: 10.1016/j.jogn. 2015.10.003
6. Lobb E.A., Butow P.N., Kenny D.T., Tattersall M.H. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Med J Aust.* 1999;171(6):290-4.
7. Logan Sh., Anazodo A. The psychological importance of fertility preservation counseling and support for cancer patients. *Special Issue: Fertility Preservation for Women and Girls.* 2019; 5(98): 583-597. doi: 10.1111/aogs.13562
8. Association of Oncologists of Russia, All-Russian Public Organization "Russian Society of Clinical Oncology", All-Russian Public Organization "Russian Society of Oncomammologists". Clinical guidelines "Breast Cancer", 2021 Available at: [http://disuria.ru/\\_ld/12/1279\\_kr21D05C50MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/12/1279_kr21D05C50MZ.pdf) (accessed 11 November 2025)
9. Deshpande N.A., Braun I.M., Mayer F.L. Impact of fertility preservation counseling and treatment on psychological outcomes among women with cancer: A systematic review. *Cancer.* 2015;121(22):3927-4100. doi: 10.1002/cncr.29637
10. Chin H.B., Howards P.P., Kramer M.R., Mertens A.C., Spencer J.B. Which female cancer patients fail to receive fertility counseling before treatment in the state of Georgia? *Fertil Steril.* 2016;106(7):1763-1771. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.034.
11. Trèves R., Grynberg M., Parco S. le, Finet A., Poulain M., Fanchin R. Female Fertility Preservation in Cancer Patients: An Instrumental Tool for the Envisioning a Postdisease Life. *Future Oncology.* 2014;10(6):969-974. doi: 10.2217/fon.13.265
12. Lavrinovich O.E., Karitsky A.P., Kotiv H.B. Relevance and legal basis for preserving the fertility of cancer patients: institutional experience and literature review. *Issues of Oncology.* 2024; 70(2): 368-376. (in Russian) doi: 10.37469/0507-3758-2024-70-2-368-376
13. Duffy C., Allen S. Medical and psychosocial aspects of fertility after cancer. *Cancer J.* 2009;15(1):27-33. doi: 10.1097/PPO.0b013e3181976602

## PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN MAKING A DECISION TO PRESERVE FERTILITY IN WOMEN WITH BREAST CANCER

**Nazimova E.S.**  
**ANO Service "Yasnoe utro"**  
**st. Elektrodnaya 11 building 18, Moscow, 111524, Russia**  
Tel.: +7 (925) 535-11-94  
E-mail: [e.nazimova@yasnoeutro.ru](mailto:e.nazimova@yasnoeutro.ru)

**Filippova G.G.**  
**Institute of Perinatal and Reproductive Psychology**  
**1 Volokolamskoye shosse, Moscow, 125080, Russia**  
Tel.: +7 (495) 920-62-36  
E-mail: [rektor@perinatalpsy.ru](mailto:rektor@perinatalpsy.ru)

**Goldman O.E.**  
**ANO Service "Yasnoe utro"**  
**st. Elektrodnaya 11 building 18, Moscow, 111524, Russia**  
Tel.: +7 (925) 535-11-94  
E-mail: [o.goldman@yasnoeutro.ru](mailto:o.goldman@yasnoeutro.ru)

### **Abstract**

This research is the final stage of the study of reproductive plans in women with breast cancer (BC). At the previous stages, socio-psychological factors influencing changes in reproductive plans and maintaining their health after the end of treatment in women with BC were identified. The purpose of this article is to study the need and areas of psychological support for women with BC at the stage of diagnosis and when making a decision to preserve fertility. The study involved 106 women, using a questionnaire specially developed for this study. The study was conducted on the basis of the ANO Service "Clear Morning". The results of the study showed that at the stage of diagnosis and treatment of BC, women experience a high intensity of negative emotions, and as a result, issues of reproductive plans and the possibility of preserving fertility (FP) are often repressed and remain unresolved without specially organized psychological and medical support. The obtained data indicate that it is necessary to include psychological support for women with breast cancer on a mandatory basis at the stage of diagnosis of the disease and treatment in order to correct their reproductive plans and the possibility of participating in SF programs, including with the help of assisted reproductive technologies (ART). The work of a psychologist should also be included in the communication process of patients with oncologists and reproductive specialists, which will help relieve doctors of some of the tasks of psycho-emotional support for patients and develop adaptive behavior of patients and doctors in the current circumstances.

**Key words:** breast cancer, reproductive plans, fertility preservation in breast cancer, psychological support.

**For citation** Nazimova E.S., Filippova G.G., Goldman O.E. "Psychological assistance in making decisions about preserving fertility for women with breast cancer" // Medical psychology in Russia: network scientific. magazine 2025. T. 17. No. 4(89). pp. 16-27.  
<https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-4-16-27>