

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРАКТИКИ ПСИХОТЕРАПІЇ ПСИХОГЕННОГО БЕЗПЛІДДЯ

METHODOLOGICAL ASPECTS OF THE PSYCHOGENIC INFERTILITY PSYCHOTHERAPY PRACTICE

Статтю присвячено опису теоретичних та практичних аспектів психогенного безпліддя. Психогенне безпліддя – найменш вивчений феномен у сучасній психологічній науці, який, однак, досить часто трапляється у практиці психотерапії. Аналіз наукової літератури показав дуже обмежені теоретичні та методологічні дослідження чинників, симптомів та лікування діагнозу «безпліддя неясної генези». З огляду на це метою статті було узагальнення власного теоретичного та практичного досвіду автора із роботи з клієнтами із запитом подолання психогенного безпліддя.

Визначено, що психогенне безпліддя має складний системний симптомокомплекс, що включає в себе чотири таких складники: фізіологічний, психологічний, соціальний та емоційний. На фізіологічному рівні психогенне безпліддя проявляється у: гіпертонусі або гіпотонусі м'язів, особливо м'язів малого тазу, порушеннях сну, дихання, зниженому лібіді, порушенні роботи симпатичного та парасимпатичного відділів ЦНС та ін. На психологічному рівні основними симптомами є установки та мотиви, що пов'язані з пологами та материнством, а також ментальна напруга у вигляді нав'язливих думок. На соціальному рівні спостерігаються порушення в усій системі комунікацій клієнта. На емоційному рівні маємо справу із токсичними емоціями (сором, вина, злість), зниженим почуттям самоцінності, неприйняттям свого тіла, депресією, емоційним вигоранням та загальною емоційною напругою через табу на проживання певних емоцій, сформованих в онтогенезі. Обґрунтовано методи психотерапевтичного втручання у роботі з цим діагнозом.

У представленому клінічному випадку клієнтки К. був проілюстрований весь симптомокомплекс психогенного безпліддя. Описано методи та етапи психотерапії. Зроблений висновок про те, що у психотерапії описаного діагнозу необхідний комплексний методологічний підхід, адже феномен такого роду безпліддя є складним та системним психофізіологічним утворенням.

Ключові слова: психогенне безпліддя, безпліддя неясної генези, системно-сімейна

терапія, методи психотерапії безпліддя, симптомокомплекс психогенного безпліддя.

Psychogenic infertility is the least studied phenomenon in modern psychological science, which, nevertheless, is quite common in psychotherapy practice. The analysis of the scientific literature showed very limited theoretical and methodological studies of the factors, symptoms and treatment of the "infertility of unclear genesis" diagnosis. Therefore, the purpose of the article was to summarize the author's own theoretical and practical experience in working with clients with a request to overcome psychogenic infertility.

It was determined that psychogenic infertility has a complex systemic symptom complex that includes four components: physiological, psychological, social and emotional. At the physiological level, psychogenic infertility manifests itself in: hypertonicity or hypotonicity of muscles, especially pelvic muscles, sleep and breathing disorders, decreased libido, disturbances in the work of the sympathetic and parasympathetic departments of the central nervous system, etc. At the psychological level, the main symptoms are attitudes and motives related to childbirth and motherhood, mental tension in the form of, for example, obsessive thoughts. At the social level, there are violations in the entire client's communication system. On the emotional level, we deal with toxic emotions (shame, guilt, anger), low self-esteem, rejection of one's body; depression, emotional burnout and general emotional tension due to the taboo on living certain emotions formed in ontogenesis. The methods of psychotherapeutic intervention in working with this diagnosis are substantiated.

In the presented clinical case of client K., the entire psychogenic infertility symptom complex was illustrated. Methods and stages of psychotherapy are described. It is concluded that a complex methodological approach is necessary in the psychotherapy of the described diagnosis, because the phenomenon of this kind of infertility is a complex and systemic psychophysiological formation.

Key words: psychogenic infertility, infertility of unclear genesis, systemic family therapy, methods of infertility psychotherapy, psychogenic infertility symptom complex.

УДК 159.964.3

DOI [https://doi.org/10.32782/2663-5208.](https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.18)

2023.55.18

Королович О.В.

доктор філософії,
системно-сімейний психолог,
перинатальний психотерапевт,
травматерапевт (м. Київ)

Постановка проблеми. Безпліддя неясної генези (психогенне безпліддя, психосоматичне безпліддя тощо) – один з найменш вивчених феноменів у сучасній психологічній науці. За даними МОЗ України, з 12,3 млн жінок репродуктивного віку близько одного мільйону жінок мають діагноз «безпліддя», з них 15–20% – діагноз «безпліддя неясної генези». Тобто одна з п'яти безплідних жінок не може зачати не через функціональні порушення репродуктивної сфери, а через психологічні та психосоматичні чинники.

Безпліддя впливає на усе життя жінки, зокрема на її психологічне благополуччя, на соціальну адаптацію, професійну активність, стосунки із партнером або чоловіком, а за даними деяких зарубіжних досліджень, воно може викликати психічні розлади [7, с. 49].

Попри поширеність безпліддя неясної генези та значення цього діагнозу для жінок, чоловіків та подружніх пар, науковці досі не досягли згоди ні щодо чинників цього виду безпліддя, ні щодо психотерапевтичних методів його лікування. Отже, сформульована проблема залишається

актуальною та маловивченою на сучасному етапі розвитку психологічної науки.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Психотерапевти-практики, клінічні психологи та системно-сімейні терапевти нерідко зустрічаються із психосоматичними проблемами пацієнтів та клієнтів. Психогенне безпліддя – одна з них. У попередніх статтях ми аналізували даний феномен, тож наведемо декілька важливих висновків з теоретичних досліджень, здійснених нами раніше.

Ми визначили основний симптомокомплекс жінок, що мають діагноз «психогенне безпліддя». Він проявляється на чотирьох рівнях життєдіяльності жінки – фізіологічному, психологічному, емоційному і соціальному у вигляді напруги і дисфункцій [4, с. 96].

Нами зроблено висновок про те, що для успішної терапії психогенного безпліддя необхідний психотерапевтичний вплив на всі названі рівні. Лікування повинно бути комплексним, спрямованим не тільки на відновлення функцій всіх систем організму (репродуктивної, нервової, ендокринної тощо), а й на виявлення та подолання дисфункцій у сімейній системі, у психологічному стані, у когнітивній та афективній сферах.

Пошуки наукового підґрунтя психотерапії психогенного безпліддя показали, що немає комплексної програми його лікування ні у зарубіжній, ні у вітчизняній науці, але спроби знайти методологічні напрямки є. Так, у дослідженнях представлено метод репродуктивної історії у терапії клієнтів із безпліддям та втратою вагітності [5, с. 69], тренінг в методології позитивної психотерапії [10, с. 143], когнітивно-поведінкові програми самодопомоги (CBS) для безплідних жінок [6, с. 274] тощо.

Звичайно, кожен конкретний випадок безпліддя є унікальним, тому спроби віднайти єдину методологію його подолання можуть бути марними, але ми, як і інші дослідники, не полишаємо спроб систематизувати практичні доробки психотерапевтичної роботи з цим феноменом.

Мета статті – за допомогою опису клінічного випадку проаналізувати деякі системно-сімейні чинники безпліддя неясної генези та методи його психотерапії.

Виклад основного матеріалу. За роки психотерапевтичної практики в нас склався певний комплекс терапевтичних втручань, що є більш-менш універсальним. Так, для діагностики ми використовуємо проєктивні методики «Людина» та «Метафоричний автопортрет», які надають можливість виявити певні травми, токсичні емоційні стани та загалом ставлення клієнта до себе, світу та інших. У терапії ми використовуємо комплексний підхід, що включає у себе поєднання методів гештальт-терапії, трансперсональної терапії, арттерапії та

системно-сімейної терапії залежно від запиту та стану клієнта. Також ми використовуємо методологію Somatic Experiencing П. Левіна.

Ми у своїй практиці досить часто зустрічаємось із діагнозом «безпліддя у жінок». І якщо цей діагноз поставлений з фізіологічних причин, то основним напрямком роботи є його прийняття та адаптація до нього за допомогою низки психотерапевтичних втручань.

Але якщо це безпліддя неясної генези та без вагомих соматичних чинників, тоді терапія потребує більш комплексного підходу із застосуванням методів системно-сімейної терапії та з урахуванням складових частин симптомокомплексу, що був визначений нами у попередніх дослідженнях.

Названий симптомокомплекс включає в себе чотири таких рівні: фізіологічний, психологічний, соціальний та емоційний. На фізіологічному рівні психогенне безпліддя проявляється у: гіпертонусі або гіпотонусі м'язів, особливо м'язів малого тазу, порушеннях сну, дихання, зниженому лібіді, порушенні роботи симпатичного та парасимпатичного відділів ЦНС та ін. На психологічному рівні основними симптомами є установки та мотиви, що пов'язані з пологами та материнством, а також ментальна напруга у вигляді нав'язливих думок. На соціальному рівні спостерігаються порушення в усій системі комунікації клієнта – відносинах з батьками, чоловіком та в інших соціально-психологічних просторах життєдіяльності. На емоційному рівні маємо справу із токсичними емоціями (сором, вина, злість), зниженим почуттям самоцінності, неприйняттям свого тіла, депресією, емоційним вигоранням та загальною емоційною напругою через табу на проживання певних емоцій, сформованих в онтогенезі [3; 4].

Для ілюстрації вищесказаного наведемо клінічний випадок з нашої практики із описом методології психотерапевтичних втручань.

Анамнез. Клієнтка Катерина (м. Житомир). Запит – психогенне безпліддя. Клієнтка у шлюбі 15 років, завагітніти самостійно не може. Медична діагностика показала, що чоловік здоровий, у самої клієнтки при наявності здорових яйцеклітин низький рівень епітелію, тобто ворсинки стінок матки не можуть захопити та втримати запліднену яйцеклітину. Після ЕКО не змогла виносити вагітність, було декілька зривів. З точки зору системно-сімейної терапії це інфантильний симптом, як, наприклад, явище дитячої матки.

Терапевтичною гіпотезою постало припущення про те, що є певна точка напруги в системі, яка не дає клієнтці можливості потрапити у материнство. Завданням було віднайдення цієї точки (чи точок) напруги та її подолання через методи психотерапії та системно-сімейної психотерапії.

Описання процесу терапії. Загалом терапія складалася з трьох таких основних етапів: діагностичного, етапу загальної психотерапії та етапу системно-сімейної терапії, основним методом якої було складання геносоціограми та усвідомлення внутрішніх системно-сімейних процесів, що перешкоджають клієнтці завагітніти та виносити дитину.

Етап перший. Як загальний метод діагностики на консультаціях ми використовуємо проєктивну методику «Метафоричний автопортрет», що дозволяє досить швидко та легко виявити основні травми та проблеми клієнтів, що виникли на різних стадіях онтогенезу, та діагностувати процес руху психотерапевтичного процесу на кожному з етапів.

На першій діагностиці К. намалювала себе як букет квітів, що висить у повітрі, що свідчить про певний рівень інфантилізму особистості клієнтки, відсутність внутрішніх опор, а також про те, що вона не сприймає себе ні як жінку, ні як дівчинку. У процесі діагностичної бесіди виявлено високий рівень симбіозу клієнтки із батьками, відсутність чіткої диференціації та кордонів батьківської сім'ї та її власної. Проєктивна методика «Геометричні фігури в колі», якими позначалися елементи сімейної системи, підтвердила відсутність меж у родині: в колі сім'ї клієнтки були намальовані і тітка, і бабуся, і мама з татом, і друзі, і куми.

У бесіді діагностовано ставлення клієнтки до материнства, його можна охарактеризувати як ейфоричне. Такий тип ставлення до материнства характеризується несформованим уявленням про себе як маму, ідеалізованим баченням процесу появи та виховання дітей. Зокрема, в уявленнях нашої клієнтки діти – це маленькі милі ляльки, яких потрібно любити і балувати, які будуть слухатися і любити матусю, спокійно без усяких проблем виростуть і стануть ідеальними дорослими з ідеальною роботою й ідеальним життям. Такі уявлення про материнство призводять у подальшому або до ліберального та гіперопікаючого стилю материнства, або, якщо дитина не виправдає очікувань, до відкидаючого типу.

Проєктивний тест «Людина» виявив, що людина ніби поділена на дві половини, нижня частина тулуба трохи нижче шлунку відділена чорною рисою, зафарбована коричневими та синіми кольорами. В кольоровій гамі, що надала клієнтка, коричневий позначає страх, синій – почуття провини. Хоча якщо взяти загальноновизнану символіку коричневого кольору, то він позначає материнство.

Клієнтка зазначила у бесіді, що ніби взагалі не відчуває нижню частину свого тіла, крім того, що їй майже весь час холодно. Особливо в неї мерзнуть ноги, які не можуть зігріти навіть шерстяні шкарпетки, навіть влітку. У подальшій терапії виявилось, що це один з дуже важливих симптомів.

Таким чином, діагностичний етап виявив: по-перше, нерозвинене ставлення до материнства, а також страх та провини, що з ним пов'язані; по-друге, проблеми з відчуттям себе та своєї тілесності у клієнтки, зокрема це стосується нижньої частини тіла, у тому числі зони органів репродуктивної та статеві системи; по-третє, недиференційованість кордонів сімейної системи.

Етап загальної психотерапії. У зв'язку із зробленими на діагностичному етапі висновками було прийнято рішення щодо застосування поряд із загальною психотерапією ще тілесно орієнтованої терапії, зокрема майндфулнес та Somatic Experiencing П. Левіна. Для роботи із фізіологічним рівнем безпліддя було використане поєднання методів гештальт-терапії, трансперсональної терапії, а також арт-терапії для опрацювання психологічного та емоційного рівня безпліддя та системно-сімейної терапії (соціальний рівень).

Якщо взяти загальні напрямки роботи на цьому етапі, то ми працювали із темою усиновлення (для К. це було неприйнятно, хоча чоловік дав згоду), темою материнства, відносин матері та дитини. Також працювали із тілом за допомогою майндфулнес. К. вчилася відчувати своє життя, себе, при чому не тільки репродуктивну систему, але і на рівні грудного відділу, попереку, кінцівок. Тривалість медитацій підвищувалась поступово з 5 до 15 хвилин на день.

Основний акцент робився на практиці візуалізації матки, на нарощуванні її епідермісу (саме це на фізичному рівні на давало клієнтці виносити вагітність): К. уявляла його у вигляді трави, що зростає. Спочатку їй уявлялася пустеля, потім у ній з'явилася маленька молода травичка, яка поступово стала вищою та сильнішою.

Цей етап психотерапії тривав близько пів року. Були досягнуті такі результати:

- діагностика за допомогою метафоричного автопортрету виявила, що клієнтка уявляє себе вже не у вигляді обрізаного букету квітів, а у вигляді куща шипшини. Вона пояснила так: «Ну він же потрібний...ну да, колючий, можна потерпіти, потім же корисний буде». Ми зробили висновок про те, що як емоційно, так і психологічно клієнтка зросла за час терапії, позбавилась інфантильних уявлень про себе, про материнство та дітей, в неї з'явилися внутрішні опори, яких не було на початку;

- була зроблена і медична діагностика. Виявлено, що шар епітелію всередині матки К. збільшився, тож фізіологічна проблема її безпліддя була вирішена. Оскільки яйцеклітина вже мала можливість зачепитися за нього, К. зробила ще одне ЕКО. Ембріон не прижився;

- на сесії, що була проведена після цього, К. призналась, що раптом усвідомила свій страх народжувати, бути мамою. При цьому її лякав сам процес пологів, вона навіть стала

погоджуватися на усиновлення, кесарів розтин її також би задовольнив. Тобто на цьому етапі вона усвідомила той самий ірраціональний страх, що нею був відображений у тесті «Людина» на етапі діагностики.

Таким чином, досягнувши певних результатів, ми перейшли до *етапу системно-сімейної терапії*, зокрема до складання геносоціограми для сімейної системи клієнтки. Для застосування геносоціограми було декілька основних причин: прояснення природи страху пологів, виявлення моделі взаємостосунків у системі, усвідомлення її динаміки та зміна у ній. Загалом метод геносоціограми допомагає не тільки відновити сімейну історію, але й відстежити та усвідомити травми, конфлікти, статичні періоди, знайти чинники актуального стану сімейної системи, виявити патерни поведінки, тобто повноцінно працювати із динамікою сімейної системи.

Безпліддя – це прагнення сімейної системи залишатися у статиці, у гомеостазі, адже це вища точка адаптації після тривалого періоду конфлікту. Проблема полягає у тому, що якщо зупинка у процесах у системі (будь-якій, не тільки сімейній) довша, ніж це потрібно насправді, то це призводить до її відмирання або регресії. Тому можна сказати про те, що система завжди прагне змін, але одночасно всіляко чинить опір. Бажання К. вилікувати безпліддя і стати мамою – це є прагнення змін, а неможливість це зробити, навіть за умови, що медичний діагноз був подоланий, – це опір.

Для більш глибокого розуміння подальших процесів нагадаємо, що один з законів систем говорить про те, що при зміні в одному елементі системи вся система зазнає змін, адже включається системна динаміка, система виходить зі стану гомеостазу.

Будь-яка сімейна історія – це поєднання статичних та конфліктних фаз. Але якщо проблема є системною, вона за допомогою трансгенераційних механізмів передачі травми відбивається у наступних поколіннях. Тоді процес вирішення одного і того ж конфлікту перезапускається знову і знову, аж поки такий конфлікт остаточно не вирішиться. Але якщо система залишиться у гомеостазі, то вирішення минулого конфлікту не відбудеться. Отже, будь-яка зміна у системній динаміці – це ознака того, що процес подолання травми почався чи відновився, почалися зміни на різних рівнях всередині системи. Саме тому протягом року, поки клієнтка досліджувала свою сімейну систему, з життя пішли обидва її батьки. Зазначимо, що у нашій практиці подібні динаміки зустрічаються нерідко, особливо коли працюєш у системі подружньої пари, адже зміни стосуються усієї системи, а більш старші члени сім'ї чинять їм супротив, не можуть змінитися, починають хворіти та помирають.

Коли ми починали будувати геносоціограму, клієнтка майже нічого не знала про свою сімейну історію, але у міру просування процесу нам вдалося відновити основні її процеси, які ми коротко тут зазначимо для подальшого аналізу терапевтичного процесу.

Бабуся К. була дитиною війни і через переохолодження репродуктивної системи не могла мати дітей. Це не було проблемою, адже вона і не прагнула їх мати. Але її чоловік – дідусь клієнтки – дуже любив дітей та хотів мати своїх, тому подружжя всиновило дворічну дівчинку з дитячого будинку (мати нашої клієнтки). Дівчинка не знала, що була всиновлена, аж до смерті батька. Клієнтка пам'ятає, що дідусь перед смертю не тільки розповів донці про усиновлення, але й передав їй дерев'яну шкатулку, яка, на перший погляд, не містила у собі нічого цікавого, просто якісь старі листи та квитанції, аж поки (вже у процесі складання геносоціограми) в ній не виявили подвійне дно, під яким знайшлася справжня метрика мами клієнтки.

Клієнтка згадувала, що вона дуже любила дідуся і дідусь її також дуже любив. Про бабуся вона пам'ятала, що вона не була емоційною, радше скупю на почуття до доньки та онуки, хоча і дбала про них (щоб були ситі, акуратно одягнені, не хворіли тощо). Бабуся часто говорила фразу, що ставила у дитинстві клієнтку у тупик: «Ну ти ж не наша». Дідусь у таких випадках шуткував та змінював тему розмови.

Що стосується взаємостосунків у системі, то як стосунки бабусі з дідусем, матері з батьком, так і стосунки клієнтки зі своїм чоловіком можна охарактеризувати як батьківсько-дитячі. При цьому на геносоціограмі було видно, що чоловікам у цій системі віддається багато турботи та любові, на відміну від жінок, попри те, що вони мають (мали) помірний ступінь алкогольної залежності.

Навіть на початковому етапі роботи із геносоціограмою було видно, що наша клієнтка К. являє собою *загальний зібраний системний симптом* (починаючи з того, що вона завжди мерзне, особливо у нижній частині тіла, і закінчуючи її безпліддям та особливостями взаємовідносин із чоловіком).

На подальшому етапі роботи клієнтка почала пошуки біологічних батьків своєї мами, тобто своїх бабусі з дідусем за допомогою метрики, яка знайшлася у шкатулці. У її рідного батька в цей момент діагностували рак шлунку, а її мати про нього піклувалася, тому вона не брала участі у пошуках.

К. знайшла могилу біологічної бабусі, яка померла у молодому віці. Жителі села та родичі розповіли, що вона завагітніла дуже юною і померла одразу після пологів. Батька також вже не було у живих.

Мати К. встигла познайомитися зі своїми родичами, побувати на могилі біологічної

матері, одразу після цього у неї діагностували рак кишкового каналу і вона невдовзі померла.

Чоловік клієнтки за час роботи з геносоціограмою два рази перехворів ковідом у дуже тяжкій формі, що призвело до того, що рівень рухливості сперматозоїдів знизився дуже сильно. Шанс клієнтки на те, щоб завагітніти, знову дуже сильно знизився. Зауважимо, що К. виходжувала чоловіка так, як і до цього її мати виходжувала її батька, а потім вона – свою матір.

Тобто протягом року у сімейній системі клієнтки розвинулась дуже чітка динаміка. Приблизно три місяці вона була дуже сильною та амбівалентною. З одного боку, у системі з'явилися нові члени – біологічні бабуся, дідусь клієнтки та інші родичі, з іншого боку, її почали покидати інші члени системи (мати з батьком). З одного боку, клієнтка у сімейних розстанках спілкується зі своєю справжньою покійною бабуся, думає про неї постійно, уявляє її з почуттям подяки. Водночас триває робота зі страхом вагітності та пологів, що став ще більш сильним: «Будеш рожати – помреш, як бабуся».

Також було виявлено і причину сильного почуття провини, що клієнтка відобразила у тесті «Людина» ще на початку терапії: це її прийомна бабуся, що не могла мати дітей, бо в неї були відморожені органи репродуктивної сфери, у якої не було любові до прийомної дочки (мами клієнтки), але була присутня якась прихована лояльність клієнтки до неї, що і викликала це почуття провини.

На момент завершення системно-сімейної терапії К. пройшла медичну діагностику, що виявила достатній рівень епітелію для втримання яйцеклітини і підтвердила можливість клієнтки знову зробити ЕКО. Але мама клієнтки вмирає у цей момент, а чоловік вдруге заражається ковідом. Наша клієнтка К. усвідомлює, що не хоче народжувати дітей, бо, по-перше, чоловік потребує її турботи після хвороби, а по-друге, вона завела невелику собачку, і вони обоє разом стали на заміну позиції дитини у системі для клієнтки. К. усвідомила, що вона щаслива, в неї наразі повна сім'я, тому тема вагітності для неї стала неактуальною.

Про що це говорить нам як терапевтам? Зокрема, про те, що конфліктний період у системі клієнтки закінчився, сімейна система оновила, в неї увійшли нові члени, її покинули менш гнучкі старші. В момент закінчення терапії кожний елемент сімейної системи клієнтки став на своє місце і система увійшла у гомеостаз. Клієнтка стала «мамою» для чоловіка та песика – здійснилось те, чого вона прагнула, але без процесу вагітності та пологів. Трансгенераційна травма смерті від пологів, що більшою частиною зумовила безпліддя К., була подолана, а сама клієнтка психологічно зросла до ролі «мами».

Висновки. Таким чином, у представленому клінічному випадку клієнтки К. був проілюстрований весь симптомокомплекс психогенного безпліддя та комплексний підхід до психотерапії, що включає у себе фізіологічний, психологічний, емоційний та соціальний рівні. Зроблені на діагностичному етапі висновки дозволили нам побудувати програму психотерапії клієнтки із застосуванням комплексу технік тілесно орієнтованої терапії, зокрема майндфулнесу та Somatic Experiencing П. Левіна, для роботи із фізіологічним рівнем безпліддя поєднання методів гештальт-терапії, трансперсональної терапії, а також арттерапії для опрацювання психологічного та емоційного рівнів безпліддя та системно-сімейної терапії (соціальний рівень).

Перспективи подальших досліджень. У подальших дослідженнях ми будемо намагатися скласти методологічну схему роботи з вказаним діагнозом та наведемо більш докладно методологію цього процесу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бендас В.В., Міхеев А.О. Вплив психосоматичних розладів на розвиток психологічного безпліддя (огляд літератури). *Клінічна та експериментальна патологія*. 2018. № 1 (63). DOI: <https://doi.org/10.2461/1727-4338.XVII.1.63.2018.89>.
2. Вінс В.А., Горбенко І.В., Кузьменко Т.М. Причини та наслідки психосоматичного безпліддя у чоловіків та жінок. *Габітус*. 2022. Вип. 37. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.13>.
3. Королович О.В. Детермінанти психогенного безпліддя. *Психологічний журнал*. 2018. Т. 4. № 8. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2018.8.18.5>.
4. Королович О.В. Симптомокомплекс психогенного безпліддя: напрямки діагностики та терапії. *Теорія та практика сучасної психології*. 2020. № 2. DOI: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.2.13>.
5. Jaffe J., Diamond M.O. Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients. *American Psychological Association*. 2011. <https://doi.org/10.1037/12347-000>.
6. Effects of a Self-Help Program on Depressed Mood for Women with an Unfulfilled Child Wish / V. Kraaij, N. Garnefski, H. Fles, A. Brands, van Tricht S. *Journal of Loss and Trauma*. 2016. № 21 (4). P. 275–285. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1057451>.
7. McEwan K.L., Costello C.G., Taylor P.J. Adjustment to infertility. *Journal of Abnormal Psychology*. 1987. № 96 (2). <https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.2.108>.
8. Szabo C.P. Psychological aspects of infertility : Editorial. *South African Psychiatry Review*. 2002. № 5 (2).
9. Cognitive appraisal and adjustment to infertility / A.L. Stanton, H. Tennen, G. Affleck, R. Mendola. *Women & Health*. 1991. № 17 (3). P. 1–15. https://doi.org/10.1300/J013v17n03_01.
10. Yanik D., Kavak Budak F. The effect of positive psychotherapy-based training on psychological well-being and hope level in women receiving infertility: Experimental study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2023. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2206853>.