

М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, П. П. Вербовий,
Харківська медична академія післядипломної освіти,
кафедра сексології та медичної психології, Харків, Україна.

Г. М. Кожина,
Харківський національний медичний університет,
кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харків, Україна.

M. V. Markova, E. V. Krishtal, P. P. Verbovoy,
Kharkov Medical academy of postgraduate education,
department of medical sexology is the psychology, Kharkov, Ukraine.

A. M. Kozhina,
Kharkov national medical university,
department of psychiatry, narcology and medical psychology, Kharkov, Ukraine.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї ПРИ БЕЗПЛІДДІ У ЧОЛОВІКА

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ ПРИ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИНЫ

CLINICAL MANIFESTATIONS, MECHANISM OF FORMATION AND FAMILY LIFE PSYCHOCORRECTION VIOLATIONS INFERTILITY IN MEN

УДК 616.89:159.923:173.7:616.697

Статья поступила в редакцию 15.05.2015

Резюме

Основу роботи склали дані комплексного дослідження 180 подружніх пар, в яких у чоловіків встановлено діагноз екскреторно-токсичного безпліддя, серед яких у 90 подружжів мали місце ознаки ПЖС (основна група), у інших 90 пар – ні (група порівняння).

В результаті роботи проаналізовано феномен ПЖС при безплідді у чоловіків, виділено його психоемоційну, сексуальну, психологічну і подружню закономірності формування, охарактеризовано фази розвитку і прогресування: від фази заперечення і роздратування – дезінтеграції сімейної системи, через фазу відсторонення і розчарування – деформації сімейної системи, до фази байдужості і ігнорування – деструкції сімейної системи.

Запропоновано принципи психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, сформульовано загальні правила й умови її реалізації; визначені базові засоби (когнітивно-поведінкова, групова, сімейна, персоналістична терапія, психоосвіта), основні завдання (формування усвідомленої мотивації на включення у психокорекційний процес і наступну участь у ньому; дезактуалізація та нівеляція порушень психоемоційної сфери; корекція дезадаптивних особистісних конструктів; відновлення нормальних сексуальних стосунків, реорганізація середовища родинного проживання, корекція подружніх взаємин; створення в родині «психотерапевтичного середовища»; усвідомлення й прийняття реальної життєвої перспективи), а також шляхи їх досягнення.

Ключові слова

порушення життєдіяльності сім'ї; безпліддя у чоловіків, психокорекція.

Резюме

Основу работы составили данные комплексного исследования 180 супружеских пар, в которых у мужчин был установлен диагноз экскреторно-токсического бесплодия, среди которых у 90 супругов имели место признаки ПЖС (основная группа), в остальных 90 пар – нет (группа сравнения).

В результате работы проанализирован феномен ПЖС при бесплодии у мужчин, выделены его психоэмоциональная, сексуальная, психологическая и супружеская закономерности формирования, охарактеризованы фазы развития и прогрессирования: от фазы отрицания и раздражения – дезинтеграции семейной системы, через фазу отстранения и разочарования – деформации семейной системы, к фазе равнодушия и игнорирования – деструкции семейной системы.

Предложены принципы психокоррекции ПЖС при бесплодии мужчин, сформулированы общие правила и условия её реализации; определены базовые средства (когнитивно-поведенческая, групповая, семейная, персоналистическая терапия, психообразование), основные задачи (формирование осознанной мотивации на включение в психокоррекционный процесс и последующее участие в нем; дезактуализация и нивелирование нарушений психоэмоциональной сферы; коррекция дезадаптивных личностных конструктов, восстановление нормальных сексуальных отношений, реорганизация среды семейного проживания, коррекция супружеских взаимоотношений, создание в семье «психотерапевтической среды»; осознание и принятие реальной жизненной перспективы), а также пути их достижения.

Ключевые слова

нарушение жизнедеятельности семьи, бесплодие у мужчин, психокоррекция.

Resume

The basis of data made a comprehensive study of 180 couples in which men diagnosed excretory-toxic infertility, among which 90 couples took place signs violations (study group), the other 90 pairs – not (comparison group).

As a result of analysis of the phenomenon violations with infertility in men, highlighted his psycho-emotional, sexual, psychological and marital laws of formation, described the development and progression phases: the phase of denial and anger - the disintegration of the family system (76,7% SG 1, 50% SG2 and 13 3% SG 3) through a phase of removal and frustration – strain the family system (16,7% SG 1, 33,3% SG 2 and 23,3% SG 3), the phase of indifference and neglect – the destruction of the family system (6,7% SG 1, 16,7% SG 2 and 63,3% SG 3).

Principles correction VFL with infertility in men formulated the general terms and conditions of sale; by basic tools (cognitive-behavioral, group, family, personality therapy psychoeducation), based tasks (conscious motivation for inclusion in psychological correction process and subsequent participation in it; dis-leveling and psycho-emotional disorders scope, correction of maladaptive personality constructs, restoration of normal sexual relationships, family environment reorganization of residence, marital

relationships correction, creating a family «psychotherapeutic environment», awareness and acceptance of real life perspective) and ways to achieve them.

Keywords

of family life, men infertility, psychological correction.

Демографічна ситуація в Україні в останні роки є надзвичайно складною: смертність переважає над народжуваністю, населення України скорочується (за даними офіційної статистики на 25 000 чоловік на місяць), а в даний час кількість зареєстрованих українців становить менше 46 мільйонів. У цих умовах профілактика і лікування порушень репродуктивного здоров'я набуває особливої соціальної цінності [1, 2].

На сьогодні в світі все більше уваги привертається до різноманіття проблем, пов'язаних з безпліддям: частота безплідних шлюбів у світі становить близько 15%, причому в країнах Європейського Союзу – 10,9%, в США – 14,2%; в Україні на безпліддя страждають до 20% подружніх пар (ПП), з загальної кількості яких приблизно половина приходить на випадки чоловічого безпліддя [3 – 7]. В багатьох випадках причиною безпліддя стають запальні захворювання чоловічої статеві сфери [8 – 13].

Наявність репродуктивних розладів у чоловіка почасти супроводжується порушеннями взаємодії в родині, що може заціпати декілька рівнів її функціонування, насамперед, сексуальний, міжособистісний, подружній та ін. [14 – 20]. Між тим, цей факт практично не враховується вузькими спеціалістами, які надають спеціалізовану допомогу цьому контингенту пацієнтів, ігноруючи обов'язковість парного підходу та облігатне врахування стану родинних процесів при роботі з такими хворими, що значно знижує ефективність надання спеціалізованої медичної допомоги даній категорії пацієнтів та членам їх родин. Саме тому задача обґрунтування психокорекційних стратегій, спрямованих на застосування при роботі з контингентом ПП, в яких спостерігається порушення родинної життєдіяльності через безпліддя у чоловіка, є актуальною.

Метою даної роботи було – на основі системного підходу до вивчення психоемоційних, сексуальних, психологічних і подружніх закономірностей формування порушення життєдіяльності родини при безплідді у чоловіків, розробити комплекс заходів його психокорекції.

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010 – 2014 рр. на базі Донецького регіонального центру материнства та дитинства МОЗ України було проведено комплексне обстеження 180 подружніх пар (ПП), в яких чоловік мав діагноз екскреторно-токсичного безпліддя. Серед загальної кількості обстежених у 90 ПП були виявлені ознаки порушення життєдіяльності сім'ї (ПЖС) внаслідок наявності безпліддя у чоловіка (вони склали основну групу дослідження, ОГ). Інші 90 ПП, у яких, не дивлячись на наявність безпліддя у чоловіка, ПЖС виявлено не було, склали групу порівняння (ГП). Критерієм стратифікації ПП був стан подружньої задоволеності, який визначався за допомогою однойменного опитувальника А. Лазаруса (1997), згідно з яким ОГ склали ПП з показником менше ніж 80 балів.

Обидві групи дослідження були розподілені на три підгрупи залежно від тривалості безпліддя у чоловіка: перша – зі стажем безпліддя 1 – 5 років (ОГ1 n = 30, ГП1 n = 30; середній вік чоловіків становив $29 \pm 1,2$ роки); друга – зі стажем безпліддя 6 – 10 років (ОГ2 n = 30, ГП2 n = 30; середній вік чоловіків становив $36,4 \pm 1,3$ років); третя – зі стажем безпліддя 11 – 15 і більше років (ОГ3 n = 30, ГП3 n = 30; середній вік чоловіків становив $42,5 \pm 2,1$ років). Різниця у віці між подружжям була 3 – 6 років.

Оцінку ефективності розроблених психокорекційних заходів здійснювали шляхом порівняльного аналізу показників, отриманих при дослідженні ПП трьох підгруп ОГ (групи оцінки ефективності – ГОЕ1, ГОЕ2, ГОЕ3) та 50 ПП з порушенням життєдіяльності родини через безпліддя у чоловіка, які отримували стандартні регламентовані заходи, спостерігаючись у лікаря-андролога (контрольна група, КГ). Періодами оцінювання було обрано 6 місяців від початку психокорекційної роботи.

Статистичне зіставлення груп обстежених за базовими соціально-демографічними характеристиками показало, що вони не мали істотних розбіжностей.

Комплексне обстеження включало в себе структуроване клініко-анамнестичне інтерв'ю з аналізом соціально-демографічних характеристик, клініко-психологічне та психодіагностичне дослідження.

Особливості психоемоційного стану визначали за допомогою клініко-психологічного й психодіаг-

ностичного методів, з застосуванням шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HARS і HDRS (за В. С. Підкоритовим, 2003), а також клінічного опитувальника виявлення й оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича (за Д. Я. Райгородським, 2002). Вивчення *стану сексуальної комунікації* проводилося за допомогою методики Eysenk Inventory of Attitude to Sex (Г. Айзенк, 1989). Особливості *психологічного реагування* чоловіків встановлювали з використанням методики визначення наявності та вираженості комплексу меншовартості (Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов, 2012), та методики діагностики типу ставлення до хвороби ТОБОЛ (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс, 2002). *Стан подружньої взаємодії* оцінювали за трьома параметрами: емоційна близькість (за опитувальником тріади кохання Р. Стернберга, 1986), міжособистісна комунікація (за методикою «Спілкування в сім'ї» Ю. Е. Альшиної, Л. Я. Гозмана, Є. М. Дубовської, 1987) та вміння виходити з конфліктних ситуацій (за методикою визначення типу поведінки у конфліктних ситуаціях К. Томаса в модифікації Н. В. Гришиної (за Д. Я. Райгородським, 2002)). *Ефективність* розроблених та впроваджених психокорекційних заходів оцінено за допомогою методики оцінки якості життя Н. Mezzich зі співавт. (1999) і опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса (1997).

Дані, які було отримано у дослідженні, були оброблені методами математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows. Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної статистики (Е. В. Гублер, 1973, С. Н. Лапач, 2000).

В результаті дослідження:

1. Вивчено стан психоемоційної сфери подружжів при безплідді у чоловіків.

Виявлено тенденцію викривлення психоемоційного стану у подружжів з ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіків, порівняно з гармонійними безплідними родинами: в подружніх парах з ПЖС у 42,2% чоловіків і 35,6% жінок спостерігаються розлади психоемоційної сфери депресивно-тривожного наповнення; в гармонійних парах у 10% чоловіків і 13,3% жінок зустрічаються окремі прояви патологічної тривоги, що не доходять до рівня тривожного розладу.

Розповсюдженість і вираженість психопатологічних (депресивних, тривожних і астенічних) проявів серед подружжів з ПЖС є максимально значною у чоловіків зі стажем безпліддя до 5 років (80%), та значно зменшуються по мірі збільшення тривалості безпліддя (36,7% – 13,3%, відповідно); в перші 5 років шлюбу психопатологічні прояви спостерігаються в 43,34% жінок, в період від 5 до 10 років зростають до 56,7%, суттєво зменшуючись до 6,7% до 15 років безплідного шлюбу.

2. Встановлено, що специфіка сексуальної комунікації подружжів з ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка полягає в значній розповсюдженості психосексуального незадоволення (61,1% чоловіків і 66,7% жінок) й зниження статевого потягу до партнера (53,3% чоловіків і 63,3% жінок), причому погіршення прогресує із збільшенням стажу безпліддя: кількість осіб, що страждають від психосексуальної незадоволеності серед чоловіків складає – 26,7% – 63,3% – 93,3%, відповідно, серед жінок – 33,3% – 73,3% – 93,3%, відповідно; зниження статевого потягу реєструється у 16,7% – 56,7% – 86,7% чоловіків, відповідно, і 33,3% – 66,7% – 90% жінок, відповідно.

3. Визначено, що особливості психологічного реагування чоловіків на власне безпліддя можуть ставати чинником ризику розвитку, або, навпаки, превенції формування ПЖС.

У 87,7% з ПЖС виявлено викривлення самооцінки, яке за змістом змінюється з терміном тривалості безпліддя: виражений комплекс меншовартості відчувають 46,7% чоловіків з тривалістю безпліддя до 5 років, 33,3% чоловіків зі стажем безпліддя до 10 років і 13,3% чоловіків з 15-річним безпліддям; від помірно вираженої меншовартості потерпають 30% чоловіків з тривалістю безпліддя до 5 і до 10 років, відповідно, і 26,7% зі стажем 15 років; неадекватна гіпероцінка має місце у 23,3% чоловіків зі стажем хвороби до 5 і до 10 років, відповідно, і 36,7% чоловіків зі стажем безпліддя 15 років.

У більшості безплідних чоловіків з гармонійних сімей (67,8%) спостерігається адекватне нормальне самоставлення, та практично у всіх – адаптивне ставлення до власної хвороби.

Чоловіки з ПЖС відрізняються дезадаптивним ставленням до захворювання, яке потерпає трансформації зі збільшенням його тривалості: якщо термін хвороби до 5 років, у чоловіків превалюють інтрапсихічні дезадаптивні патерні, які з прогресуванням тривалості безпліддя перетворюються на інтерпсихічні, притаманні чоловікам зі стажем хвороби 10 – 15 років.

4. В родинях з ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка спостерігається викривлення подружньої взаємодії за усіма її аспектами: емоційної близькості (любви), міжособистісної комунікації та конфліктної поведінки. Такі подружжя відрізняються дисконгруентністю і порушенням інтенсивності та рівноваги любовних взаємовідносин, відсутністю гармонійності у міжособистісному спілкуванні за усіма його структурними компонентами, а також небажанням і невмінням конструктивного вирішення конфліктів, з на явним негативним трендом в бік погіршення цих параметрів зі збільшенням тривалості безпліддя.

5. Прослідковано етапність розвитку й прогресування ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка, з ідентифікацією рівнів ураження сімейної взаємодії та потенціалу адаптивності родини, що лягло в основу при визначенні форм, методів, об'єму і змісту психокорекційної роботи (рис. 1).

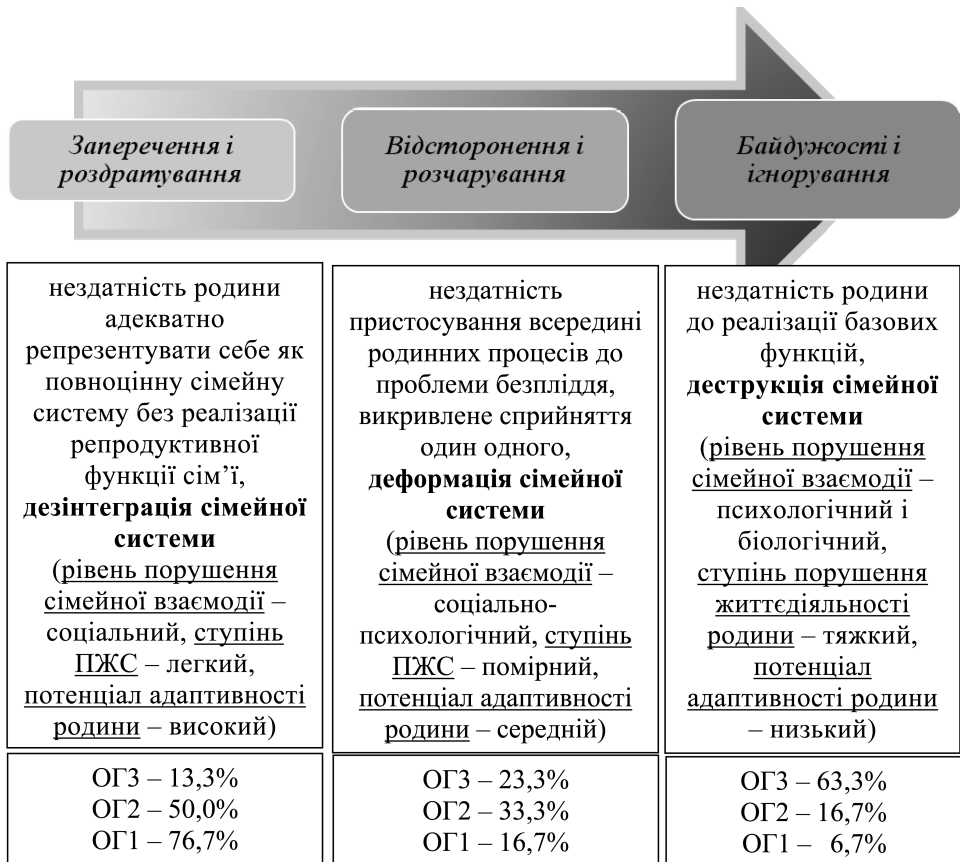


Рис. 1. Фази розвитку й прогресування ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка

Перша фаза – *заперечення і роздратування*, спостерігається у більшості ПП ОГ1 (76,7%), половини ОГ2 (50%) і незначної кількості ОГ3 (13,3%), характеризується дезінтеграцією сімейної системи з максимальним ураженням психоемоційної і психологічної складових життєдіяльності родини, і мінімальним – подружньої і сексуальної. На цій фазі ПЖС характеризується легким ступенем, з високим потенціалом адаптивності родини.

Наступна фаза – *відсторонення і розчарування*, притаманна третині ПП ОГ2 (33,3%) і незначної кількості ПП ОГ1 (16,7%) і ОГ3 (23,3%), характеризується деформацією сімейної системи з помірним ураженням психологічної, психоемоційної та подружньої, і меншим – сексуальної складових життєдіяльності сім'ї, що в результаті формує помірний рівень ПЖС та середній потенціал адаптивності родини.

З прогресуванням ПЖС спостерігається інверсія встановленої тенденції: при третій фазі – *байдужості і ігнорування*, яка діагностована у 63,3% ПП ОГЗ, 16,7% ОГ2 і 6,7% ОГ1, має місце деструкція сімейної системи з максимальним ураженням подружньої і сексуальної складових, та мінімальним – психоемоційної і психологічної. В даній фазі ПЖС має тяжкий ступінь з низьким адаптивним родинним потенціалом.

Визначення етапності розвитку й прогресування ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка, з ідентифікацією рівнів ураження сімейної взаємодії та потенціалу адаптивності родини, є основою обґрунтування форм, методів, об'єму і змісту психокорекційної роботи.

б. Спираючись на вищевикладене, запропоновано принципи проведення психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка:

- а) партнерство лікаря-психолога, пацієнта та його дружини, тобто заходи спрямовуються до особистості (родини), опосередковуються нею й будуються на відносинах довіри між усіма членами альянсу;
- б) етапність впливів та заходів, що передбачає поступовий перехід від однієї форми психокорекційного впливу, як правило, більш простої, до іншої, більш складної;
- в) апеляція до гармонійних сторін особистості;
- г) базування психокорекційного впливу на ідеології когнітивно-поведінкової терапії, як такої, що має доказову базу власної ефективності;
- г) навчання навичкам «оволодіння» проявів тривоги, депресії, стресу;
- е) корекція соціальних позицій, перекручених внаслідок сполучного впливу безпліддя та порушення життєдіяльності родини;
- є) навчання навичкам адаптації й рішення проблем;
- ж) заповнення наявного інформаційного, медичного та психосоціального дефіциту знань, зниження рівня самостигматизації.

До загальних правил проведення психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, віднесено:

- усвідомлення, що родина повинна пройти період пристосування до факту неможливості реалізації репродуктивної функції у безпосередньому вигляді;
- уникнення емоційних сцен і стресових ситуацій;
- уникнення критики чоловіка, сприятливий стиль розмови у родині та спокійна переконлива форма бесіди;
- вселення чоловіку поваги до себе, усвідомлення власної цінності й унікальності;
- акцент на успіху й досягненнях обох з подружжя у різних сферах соціального життя.

Умовами реалізації психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, визначені: 1) добровільна згода на участь у психокорекційних заходах; 2) системність участі у заходах; 3) етапність у вирішенні проблем; 4) позитивна спрямованість заходів; 5) включення до психокорекції інших значимих осіб родини; 6) психологічна реорганізація середовища існування й формування психотерапевтичного середовища; 7) диференційований підхід до існуючих проблем; 8) безперервність участі пацієнта та родини.

При проведенні психокорекції протягом всього періоду роботи, обов'язковою є «фонова» увага лікаря-психолога на наступних позиціях: спрямованість на продуктивність щоденної діяльності; спрямованість на відповідність індивідуальним потребам родини; спрямованість на формування відчуття задоволеності від родини; спрямованість на конкретні обставини, в яких існує родина; спрямованість на цілі, обрані родинною; спрямованість на допомогу так довго, як це потрібно родині; спрямованість на підвищення рівня функціонування й статусу родини.

Основними завданнями психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, визначені:

- 1) формування усвідомленої мотивації на включення у психокорекційний процес і наступну участь у ньому;
- 2) дезактуалізація та нівеляція непсихотичних порушень психічної сфери як неадекватної відповіді на психотравмуючу ситуацію безпліддя та порушення життєдіяльності родини;
- 3) корекція дезадаптивних особистісних конструктів, забезпечення позитивного особистісного розвитку й соціальної компетентності;
- 4) відновлення нормальних сексуальних стосунків, реорганізація середовища родинного проживання, корекція подружніх взаємин;

Формування усвідомленої мотивації на включення у психокорекційний процес і наступну участь у ньому



дезактуалізація та нівеляція непсихотичних порушень психічної сфери, як неадекватної відповіді на психотравмуючу ситуацію безпліддя та порушення життєдіяльності

- нівелювання клінічно окресленої тривожної і депресивної психопатологічної симптоматики;
- корекція порушеного психологічного стану чоловіків, пов'язаного з розумінням себе як неспроможної людини, зняття тривоги і страху відкидання;
- позбавлення від почуття відособленості і залишення у своєму горі;
- позбавлення від комплексу провини і неповноцінності себе і своєї сім'ї;



корекція дезадаптивних особистісних конструктів, забезпечення позитивного особистісного розвитку й соціальної компетентності

- нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій;
- корекція неконструктивних форм поведінки;
- переструктурування ієрархії життєвих цінностей;
- формування навичок роботи з власними особистісними ресурсами, розкриття творчих можливостей, стимуляція самоактуалізації;
- корекція неадекватних поведінкових реакцій у відносинах із соціумом, формування продуктивних форм контакту в соціумі;



відновлення нормальних сексуальних стосунків, реорганізація середовища родинного проживання, корекція подружніх взаємин

- оптимізація сексуальної комунікації;
- поліпшення подружньої комунікації, формування подружньої згуртованості;
- нівелювання конфліктної поведінки, формування навичок трансформації дисконфлікту в еуконфлікт;
- формування навичок допомоги та підтримки один одного;
- гармонізація інтерперсональних відносин між членами сім'ї;



створення в родині «психотерапевтичного середовища», яке впливає на відновлення й формування соціально-прийнятних особистісних і поведінкових якостей

- допомога в знаходженні внутрішньосімейних ресурсів;
- оптимізація норм, правил, меж і рольової структури сім'ї;
- корекція дезадаптивних особистісних конструктів, забезпечення позитивного особистісного розвитку й соціальної компетентності



усвідомлення й прийняття реальної життєвої перспективи

- зміна погляду на свою проблему - сприйняття її не як «хрест», а як «особливе призначення»;
- формування нових життєвих орієнтирів.

Рис. 2. Основні завдання психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, та шляхи їх вирішення

5) створення в родині «психотерапевтичного середовища», яке впливає на відновлення й формування соціально-прийнятних особистісних і поведінкових якостей;

б) усвідомлення й прийняття реальної життєвої перспективи.

Базовими засобами психокорекції відібрано когнітивно-поведінкову (КПТ), групову, сімейну, особистісно орієнтовану (персоналістичну) психотерапію, а також психоосвіту.

Спираючись на вищенаведене, нами запропоновано шість психокорекційних модулів, зміст яких є загальним для усіх ПП з ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка, а об'єм – варіативним залежно від ступеня його порушення та, відповідно, адаптаційного сімейного потенціалу (рис. 2). При цьому загальною ідеологією психокорекційної роботи є формування підходу «пошуку рішення разом» – у такому разі подружжя перебувають на одній «горизонтальній площині» у відносинах партнерства, коли обидві сторони відповідають за результат психокорекційного процесу.

Оцінка ефективності запропонованого комплексу психокорекційних заходів через 6 місяців від початку роботи довела його дієвість щодо підвищення рівня задоволеності подружжів і якості життя чоловіків, порівняно з регламентованими заходами, які застосовуються в андрологічній клініці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кришталь Е. В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии / Е. В. Кришталь, М. В. Маркова // Медицинская психология. – 2008. – Т.3. – №3. – С. 17 – 22.
2. Гойда Н. Г. Нормативно-правовое регулирование деятельности службы планирования семьи и сохранения репродуктивного здоровья / Н. Г. Гойда, О. Ю. Бисярин // Український медичний часопис. – 2012. – №4 (90). – С. 20 – 25.
3. Мужской фактор в патогенезе женского бесплодия / А. М. Гаврилюк, В. В. Чопяк, А. И. Наконечный [и др.] // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2012. – №1 (3). – С. 42 – 48.
4. Exploring the relationship between the severity of oligozoospermia and the frequencies of spermchromosomeaneuploidies / A. B. Durak, I. Aras, C. Can [et al.] // Andrologia. – 2012. – Vol. 44. – P. 416 – 422.
5. Gary L. H. Chromosomal disorders and male infertility / L. H. Gary, H. G. Tempest // Asian Journal of Andrology. – 2012. – Vol. 14. – P. 32 – 39.
6. Haidl G. New WHO-referencelimits – revolutionorstormin a teapot? / G. Haidl // Asian Journal of Andrology. – 2011. – Vol. 13. – P. 208 – 211.
7. Практический опыт комплексного лечения больных экскреторно-токсическим бесплодием / И. И. Горпинченко, Ю. Н. Гурженко, П. М. Клименко [и др.] // Новости медицины и фармации. – 2010. – №18 (341). – С. 12 – 14.
8. Ліщинський В. О. Сексуальна дезадаптація при екскреторно-токсичній безплідності та її психотерапія: Автореф. к. мед. н.: 19.00.04 / Валерій Олеянович Ліщинський; Харківська медична академія післядипломної освіти. – Х., 2007. – 19 с.
9. Экскреторно-токсическое бесплодие и его комплексное лечение с использованием препарата Зиман (рекомендации для практических врачей) / И. И. Горпинченко [и др.]. – К., 2009. – 18 с.
10. Тиктинский О. Л. Андрология / О. Л. Тиктинский, С. Н. Калинина, В. В. Михайличенко. – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2010. – 576 с.
11. Jequier A. M. Semen analysis: a new manual and its application to the understanding of semen and its pathology / A. M. Jequier // Asian Journal of Andrology. – 2010. – Vol. 12. – P. 11 – 13.
12. Рутинский А. А. Особенности диагностики идиопатического мужского бесплодия (обзор литературы) / А. А. Рутинский // Медико-психологические проблемы семьи. – 2013. – Т. 18, №1. – С. 12 – 17.
13. Білобровка Р. І. Рецидивні форми баланопоститів: сучасні аспекти проблеми / Р. І. Білобровка, І. В. Попов, О. П. Калітчук // Acta medica Leopoliensia. – 2014. – Т. 20, № 2. – С. 51 – 56.
14. Бесплодие в супружестве / И. Ф. Юнда, Л. И. Иванюта, Л. П. Имшинецкая [и др.] – К.: Здоров'я, 1991. – 463 с.
15. Cohen J. Infertile couples, assisted reproduction and increased risks to the children / J. Cohen // ReproductiveBioMedicineOnline. – 2007. – Vol. 15, №2. – P. 245 – 246.
16. Акоюн А. С. Биосоциальные аспекты репродукции человека и приоритеты демографической политики / А. С. Акоюн // Проблемы репродукции. – 2008. – №3. – С. 18 – 23.
17. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М. В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1, №1 (1). – С. 57 – 62.
18. Turek P. Бесплодие психологически уничтожает мужчин [Електроний ресурс] / P. Turek // Journal of Sexual Medicine. – 2009. – режим доступу: <http://medinform.net/news/news14252.htm>
19. Медична психологія: [Навчальний посібник] / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк [і співавт.]. – Вінниця: вид-во ФОП Горбачук, 2010. – 135 с.
20. Хоржевський В. В. Визначення механізмів розвитку порушень функціональності сім'ї за безпліддя в чоловіків / В. В. Хоржевський // Медицинская психология. – 2014. – Т. 9, №1 (33). – С. 93 – 98.