

不妊の女性を対象とした臨床心理学的研究の動向と展望

進藤洋司・岡本祐子

A review and some considerations of clinical psychological study of infertile women

Hiroshi Shindo, Yuko Okamoto

不妊の女性、生殖補助医療を受ける女性に対する援助・研究の必要性が近年高まっている。しかしながら、我が国においては不妊の女性への臨床心理学的な取り組みは、研究の蓄積が期待される段階に留まっている。本稿では、不妊の女性の心理に関わるこれまでの研究・論考を、(1)不妊の女性の心理過程を検討した研究、(2)生殖補助医療に伴う女性の心理を検討した研究、(3)不妊を女性のライフサイクル上の問題として検討した研究の三つの範疇に分け、それぞれを概観・論評した。

キーワード：不妊女性、心理過程、臨床心理学的援助

はじめに

不妊とは、世界保健機構の定義では、夫婦が2年間にわたって避妊をしない夫婦生活をしているにも関わらず、妊娠に至らない場合であるといわれる。この定義は我が国においても用いられており、医学領域においては、これを基として「不妊症」と診断されるのが通常である(荒木, 1998; 小西, 2002)。およそ10組に1組の夫婦が、挙児を望みながらも、何らかの原因で子供を授かることができない不妊の状態にあるといわれている(石原, 1998; 小西, 2002; 堤, 1999)。一般に不妊であることが判明すると、さまざまな心理的問題がその人に生じることが多くの研究で指摘されている。

不妊であっても挙児を望む人々のためには、体外受精などの高度生殖補助医療が現在では広く普及している。1978年に体外受精による挙児がイギリスで成功した。我が国においても、1983年に体外受精による新生児が誕生して以来、高度生殖補助医療を行う医療機関は急速に増え、全出生児の1%に当たる子供が、高度生殖補助医療によって誕生しているといわれる(小西, 2002; 久保, 2001)。しかし、高度生殖補助医療を受ける過程においても、女性に独特の心理的問題が生じることが指摘されており、高度生殖補助医療を受けさえすれば不妊に纏わるさまざまな心理的問題が解決するというわけではない(平山・吉岡・出口・向田・高橋, 1998a)。

このような事情があるために、不妊の女性を対象とした臨床心理学的な援助・研究が求められている。欧米においては、不妊に悩む人々への援助に心理臨床家が関与することへの社会的な同意が、すでに広く形成されている(Burns, 2000)。しかし、我が国においては、不妊に悩む人々への臨床心理学的援助が生殖補助医療の現場からようやく求められるようになった段階であり(平山・伊藤, 2002)、

研究の蓄積が期待されている状況にある(久保, 2001).

不妊の女性の心理に関わるこれまでの研究の流れは、次のように大別することができる。すなわち、(1)不妊の女性の心理過程を検討した研究、(2)生殖補助医療に伴う女性の心理を検討した研究、(3)不妊を女性のライフサイクル上の問題の一つとして検討した研究の三つの範疇である。

(1)「不妊の女性の心理過程を検討した研究」、および、(2)「生殖補助医療に伴う女性の心理を検討した研究」は、生殖補助医療の医学的な側面のみならず、それに伴う心理社会的な諸体験に着目し、その検討を試みたものである。特に、近年目覚ましく進展・普及している体外受精などの高度生殖補助医療を受ける際の心理の検討が、(2)の範疇に含まれる。(3)「不妊を女性のライフサイクル上の問題の一つとして検討した研究」は、不妊が女性にとって大きな心理社会的問題であることに留意し、当人の人生にどのように位置づけられていくかということの検討を試みたものである。

以下、それぞれの範疇の研究を概観する。

不妊の女性の心理過程を検討した研究

不妊に直面した女性の心理は、大日向(2001)によれば、概ね次のような過程を辿ると整理されている。第一の段階は、自身が不妊であると悟っても、その事態を心的に受け容れることができない段階である。第二の段階は、このような事態を受け容れ、生殖補助医療に通うなど何らかの対処を試みる段階である。第三の段階は、不妊への対処を終わらせる段階である。

大日向のいう第一の段階については、不妊が非常に受容されがたい体験であるということが関与している。そもそも、挙児を望まない夫婦は全体の5%といわれており、自身が生物学上の親となることを多くの男女が暗黙裡に期待している(Daniluk, 1991)。したがって、多くの女性にとって、自身が不妊であると悟ることは、このような素朴な期待を不意撃ちされる衝撃(Rosen, 2002)となりかねない。この衝撃に連なって、さまざまな心理的問題が引き起こされることを示唆した研究は多い。

このような心理的問題の一つとして、喪失感があげられる。人生の目標や築き上げてきたものの喪失であり(Burns, 2000; Mahlstedt, 1987)、世代間の繋がり、夫との間に子をもうけることの喪失(Clamar, 1990)である。

Leiblum(1997)によれば、不妊の患者は、恥、自責、罪責の感情を自身に持つこと、配偶者に怒りや後悔の念をぶつけることがある。また、周囲の人々に不妊であることを明かす際の葛藤や、すでに挙児した夫婦に強い妬みを覚えることもある。不妊を体験することで、かえって夫婦の仲が緊密になる場合もあるが(Leiblum, 1997)。さらに不妊が長期化すると、人生のほかの側面への関心の喪失、家族・友人から切り離されたような感じ、配偶者との関係の悪化が生じるという(Leiblum, 1997)。

不妊体験に伴う「喪失」については、Dupuis(1997)が、「生殖喪失」(reproductive loss)という概念に注目して議論している。「生殖喪失」とは、挙児ができるという可能性の喪失や流産などの周産期における喪失の総称である。「生殖喪失」は、その人にとっての人生航路を妨げ、自己愛に傷を負わせ、対象喪失となり得る体験であるという。この過程においては、夫婦はまず幻想であった子供、幻想であった自らが親となることの喪失、次に、妊娠、社会的な立場、統制感、自然なセクシャリティ、自尊心を喪失した感覚に襲われるという。Dupuis(1997)は、喪失感、自尊心・アイデンティティへ

の否定的な影響、孤立無援感が女性の身に生じるという点で、不妊の体験と子宮摘出手術を受ける体験が共通すると述べている。つまり、このような点においては、不妊の体験は、子宮摘出に等しいほどに影響のある体験であると考えられる。Dupuis(1997)は、「生殖喪失」を蒙った夫婦には、悲しみ、怒り、妬み、悲嘆が生じ、多くの場合心理学的な危機を迎えるという。また、この過程において十分に喪を体験することができない場合、その夫婦には抑鬱に至るおそれがあることを示唆している。

我が国における不妊の女性の心理的問題を実証した研究としては山口・河田・福田・森本(2000)をあげることができる。CMIを不妊の女性に施行したところ、18.0%が準神経症群・神経症群と判別された。つまり、約2割の女性が、不妊であることに伴い、神経症的な葛藤が生じていることが示唆された。また、この調査では約32.4%の女性が易怒性を示したことも示唆された。つまり、我が国の女性の身にも不妊に伴う心理的な問題の発生が見られた。

このような心理的問題が生じる背景の一つとして、子を授かってこそ一人前の女性であると認められるという従来の伝統的な母性観が、我が国においては根強いことがあげられる(大日向, 1992, 2001)。この点に関して、山口(2001)は、不妊の女性が「肉体的スティグマ」と「集団的スティグマ」を負うことになると示唆している。ここでいうスティグマとは、他者とは異なる表徴とされ、好ましくないとされるところの表徴を指す。山口・岩本・中岡・河田・福田・森本(2000)によれば、不妊の女性は、自己の身体を「欠陥・異常」がある体であると考えようになるという「肉体的スティグマ」を負い、周囲の他者が母親となることにより、自身のみが母親になれないという思いを募らせるという「集団的スティグマ」を負うことになるという。

しかし、心理的な問題を抱えざるを得ないにも関わらず、我が国の不妊に悩む女性に共通する問題は、その心情を表明できる場が少ないことである(大日向, 2001)。我が国においては、不妊治療の現場においても、医師が医療方針を決定し遂行するパターンリズムが根強い(玉井, 2001; 山口, 2001)。不妊治療は患者の心理社会的な要求にあまり関心を向けず、非個人的なものになりがちであることは、Bergart(2000)も指摘している。

このような現状に対し、不妊の女性が、不妊に関わる意志を自己決定できるための心理カウンセリングの重要視する指摘がある(野田, 2001; 大日向, 2001)。たとえば、山口(2001)は、不妊は死に至る病ではないために、不妊の女性の心理社会的側面が、自身の不妊や生殖補助医療にどのように関わっていくかということに大きく影響を及ぼすと言及した上で、患者の意志決定に関する心理カウンセリングの重要性を示唆している。

また、玉井(2001)は、不妊の女性の自己決定を損なわないために、医療現場では治療成績などの情報公開が保障されること、心理カウンセリングの担当者には受容的な態度と共感的な理解が求められることを主張している。また、医師やカウンセラーを必ずしも交えなくとも患者同士が語り合うピア・カウンセリングによって、患者の孤立感が和らげられることの重要性も指摘している。

先にあげた大日向(2001)のいう第二の段階、すなわち、不妊の女性が、不妊という事態を受け容れて、生殖補助医療を始めるなど何らかの対処を始める過程については、次の「生殖補助医療に伴う女性の心理を検討した研究」に後述する。

大日向(2001)のいう第三の段階、すなわち、不妊の女性が、自身の不妊への何らかの対処を終わら

せる過程においては、生殖補助医療をどのようなかたちで終わらせることになるかが問われる。このとき、妊娠・挙児に成功する場合と挙児を断念せざるを得ない場合があり、いずれにしても女性の心理に充分配慮した関わりが必要である(Burns & Covington, 2000)。

一般に、生殖補助医療を経て妊娠した女性は、自然妊娠の妊産婦に比べて、さまざまな不安が強いといわれる(斎藤・木村, 2001)。実際、森・森岡・斎藤(1994)によれば、体外受精を経て挙児した母親は、自然妊娠で挙児した母親に比べて、子により脆さを覚えていることが示されている。ただし、分娩に関する不安や生まれた子の知的な発達に関する不安においては差は見られなかった。

体外受精でもうけられた子が3歳以上となった夫婦を対象とした調査を行った平山・吉岡・出口・向田・高橋(1999)も、森・森岡・斎藤(1994)と同様の結果を示している。平山らは、体外受精で子をもうけた多くの夫婦が、その子が幼児期・児童期に達して初めて、「自然妊娠で生まれた子と変わりはない」と安堵するようになったことを見出している。子とその段階に成長するまでは、子が病気になる場合などには、「生殖補助医療で授かった子であるために体が弱いのだろうか」と考えていた傾向があった。また、平山らは、妊娠に成功するまでは、まず妊娠するということが夫婦にとってあまりに切実な課題であったために、妊娠してから初めて高齢出産や出産後の生活が心配事になったということ、子が生殖補助医療で生まれたことは周囲にはあまり知られたくはないことを示唆している。

これらの研究より、不妊という事態は、仮に生殖補助医療が成功して挙児に至っても、後々にまでにその女性の心理に影響を及ぼすことがわかる。妊娠・挙児に成功した不妊の女性に関わる心理臨床家は、女性のこのような複雑な心境に十分に配慮すること求められている(斎藤・木村, 2001)。

生殖補助医療に伴う女性の心理を検討した研究

我が国において不妊の女性が受ける治療は、用いられる医療技術の高さによって、(1)高度生殖補助医療以前の治療を受けている段階、(2)高度生殖補助医療を受けている段階に大別することができよう(森・久保・岡村, 2002; 堤, 2000)。

(1)「高度生殖補助医療以前の生殖補助医療を受けている段階」とは、不妊の男女の体外で両者の配偶子が扱われることがないか、扱われるとしても、その配偶子が精子のみである段階である。夫婦生活の適切な時機を指導するタイミング指導、子宮の奥に精子を注入する人工授精などがこれに相当する。これらの治療が24箇月行われても挙児に至らない場合、高度生殖補助医療を受けることが選択されるのが一般的であるようである(野田, 2001)。

(2)「高度生殖補助医療を受けている段階」とは、精子・卵子の両配偶子を男女の体外で扱う方法がとられる段階である。卵子に精子が受精してできる胚を体外で培養して女性の体内に戻す体外受精などの配偶者間高度生殖補助医療、受精の際に卵子に精子を直接射し込む顕微受精などが、この段階の治療法である。(1)の治療法に比べて、女性の身体的な負担は格段に大きくなる。

なお、第三者による配偶子の提供や代理母など、非配偶者間の配偶子のやりとりが含まれるさらに高度な生殖補助医療も欧米では確立され実施されている(Burns & Covington, 2000)。しかし、ここまで高度な生殖補助医療は、我が国ではまだ行われていない(堤, 2000)。したがって、欧米では第三

者による配偶子の提供や代理母の当事者の心理学的な検討が盛んになされているが(Applegarth & Kingsberg, 2000; Greenfeld, 2000; Zoldbrod & Covington, 2000), 我が国においては, (2)の段階の夫婦の配偶子の体外受精までが現在のところなされ得る最高度の治療であり, この段階の治療が幾度も繰り返されることになる(平山・伊藤, 2002)¹。

生殖補助医療の大きな特徴の一つは成功率の低さである。野田(2001)によれば, 生殖補助医療による累積妊娠率はおよそ 50%であり, 最終的な挙児率は 18.5%に留まっている。生殖補助医療が発展・普及したことにより, すべての不妊の女性が挙児できるようになったと思われがちになり, かつて, 多くの患者や医師が戸惑いを覚えているという(平山・吉岡・出口・向田・高橋 1998a; 野田, 2001; 柘植, 1999)。

それゆえ, 生殖補助医療が行われる上では, インフォームド・コンセントが非常に重要になると指摘されている(矢野・笠井, 2000)。生殖補助医療を受けさえすれば, それまでのさまざまな問題が万事解決するという幻想が患者の身に生じかねないからである(平山・伊藤, 2002)。しかしながら, 生殖補助医療における心理カウンセリングの重要性はすでに坂元(1979)が指摘しているものの, その後, 生殖補助医療が急速に進展する中であまり注目されなくなったようである(野田, 2001)。

不妊であることや生殖補助医療に関する情報提供については, 矢野・笠井(2000)によれば, 不妊の女性の状況, すなわち, 年齢の高さ, 結婚歴の長さ, 不妊や生殖補助医療の経験によって夫婦の絆が強くなったか否かによって, 提供された同一の不妊関連情報の評価が肯定的あるいは否定的になることが示唆されている。したがって, 円滑なインフォームド・コンセントを図るためには, 女性の置かれた心理社会的状況に注目する必要があることになる。

生殖補助医療を受ける女性に生じる心理的な問題としては, 身体的な苦痛, 治療の高額さゆえの経済的負担の増大, 「不自然な行為で挙児しようとしているのではないか」という負い目, 消耗感があげられる(Daniluk, 1991)。また, 森・盛岡・斎藤(1994)は生殖補助医療を受けている女性は, 対照群に比べて状態-特性不安テスト(STAI)の状態不安得点が有意に高かったことが示唆されている。

一般に, 生殖補助医療を経て妊娠した女性は, 自然妊娠の妊産婦に比べて分娩時の不安が強いといわれる(斎藤・木村, 2001)。岸本・西本・宮田(1996)によれば, 生殖補助医療によって妊娠した女性は, 流産や早産をするのではないかと不安が妊娠中期には高くなっていることが示された。

これらの心理的問題に加えて, 体外受精を受ける患者は, 平山・吉岡・出口・向田・高橋(1998b)によれば, 成功率が低いという前述の事情のために治療失敗体験を繰り返すことになりやすく, 妊娠周期ごとの感情の激しい動揺, 断念のしにくさ, 「子供さえできればすべてうまくいく」という偏った思い込みを持つおそれがあるという。また, 体外受精に失敗した 71%の女性が当日に次の治療を決意したといい, 失敗体験に伴う悲哀が否認されている可能性も考えられる。

同様の結果は Boivin, Takefman, Tulandi & Brender (1995)にも示されている。Boivin らは, 反復される治療の失敗と心理的苦痛の関係について検討している。(1)不妊ではあるものの生殖補助医療の経

¹ 平山の口頭による示唆によれば, このような事情があるために, 日本における不妊の女性は第三者による配偶子の提供や代理母という方法を選ぶことができず, たとえ成功の見込みが薄くても, 現在のところは最高とされる体外受精を繰り返すほかに選択肢がなくなってしまう, 閉塞的な状況に陥ってしまうことがしばしばあるという。

験がない女性の群、(2)約年4周期の頻度で生殖補助医療を受けて失敗した女性の群、(3)約年7周期の頻度でより積極的な生殖補助医療を受けて失敗したので、最後の手段として体外受精による治療を考えている女性の群の間で、治療の失敗に対する心理的な苦痛を比較したところ、心理的な苦痛は、患者の年齢や不妊の期間とは関係がなく、(2)群が(1)群や(3)群に比べて高かった。次の治療法を想定していたために、(3)群は心理的苦痛を否認しやすかったのであろう。

体外受精を受ける女性と別の治療法を受けている不妊女性の間で不安・抑鬱を比較した Bevilacqua(1998)によれば、体外受精を受ける前の女性の不安・抑鬱は、ほかの方法の不妊治療を受けている女性と同程度であるという。このことより、これから受ける生殖補助医療の高度さそのものが、不安・抑鬱を昂じさせるわけではないと考えられる。ただし、Bevilacqua(1998)によれば、以前に挙児の経験のある女性は、そうでない女性に比べてより抑鬱感を覚えており、どのような治療方法を選択するかという当初の段階には心理学的な因子が働いていると考えられる。

高度生殖補助医療を受けている間の女性の心理を扱った研究としては、Hjelmstedt, Widstrom & Wramsby(2003)があげられる。質問紙調査、面接調査を行った Hjelmstedt らによれば、女性が体外受精を受けている夫婦の方が、別の治療法を受けている夫婦と比べて、流産するのではないかという不安が妊娠早期から終期にかけて全般的に高いことがわかっている。他方で、体外受精を受けている女性の方が、別の治療法を受けている女性に比べて、妊娠を好意的にとらえていること、子の性別を思い煩っていないこと、親として将来の生活で自由が奪われるとは思っていないことが示されており、妊娠そのものが肯定的に受け留められていることが推察される。高度生殖補助医療を受けている間の女性は、このように独特の心理状態にあることが推測される。したがって、Hjelmstedt らは、体外受精を受けている夫婦の心理臨床家は、その高い不安に注意を払うこと、妊娠中の情緒や親としての将来の生活について話し合う時間を特別に用意することを勧めている。

平山・伊藤(2002)によれば、治療の失敗は、妊娠するはずだった子の喪失、費用や時間の喪失、自分は妊娠できるという自信の喪失を意味するといわれている。したがって、このような複雑で激しい悲哀体験が繰り返されると、悲哀が否認さえされる傾向があるという。このために悲哀の仕事の過程が進まず、後により大きな患者に心理的な危機を齎すおそれがあるという。数年間という長期にわたって治療の失敗が繰り返される女性に対して心理臨床家にとるべき姿勢として、それまでの治療努力を認める、より多くの選択肢を提供する、治療をやめる難しさに配慮する、統制の感覚を取り戻すように促すという留意点を平山らはあげている。

不妊を女性のライフサイクル上の問題の一つとして検討した研究

妊娠・出産は、女性のライフサイクルにおいて非常に重要な体験であり、当人のアイデンティティの変容に深く影響を及ぼすライフサイクル上の一大契機であると考えられる(岡本, 2002)。妊娠・出産に伴うアイデンティティの変容を示唆する研究・論考は多い。

たとえば、蘭(1989)は、母親としてのアイデンティティが獲得されていく過程が、妊娠・出産の体験に沿って進行することを示している。蘭(1989)によれば、胎児の胎動が感じられ始める時機になると、妊婦の自我は胎児との間で共生的なものに変質していき、その後の臨月、出産、出産後もし

ばらく続く新生児との一体感、乳児の分離・成長という一連の体験を経て、母親としての自我が形成されていくという。

加藤・葉賀・谷(1982)は、産褥期の女性にロールシャッハテストを用いて、対人関係における共感性の低下、内向性の高まり、身体的不安感の高まりという自我機能の低下の徴候を見出した。この傾向は、妊娠・出産に臨んで、女性の自我が一旦収縮させられ、子と緊密な関係を結ぶべく再構成されるのに必要とされる心理的な過程があることを示すと考えられる。

このように考えると、女性のアイデンティティは妊娠・出産を契機として、非常に劇的な変化を経て、母親としてのアイデンティティが形成されるということになる。いわば、「女性は、受胎し自分と一体化した子どもを産み出すことで母親となるのであり、いったん個としての自分を壊す」(橋本, 2000)という過程があり、その上で母親としてのアイデンティティが再構成されるのであろう。

それでは、残念ながら、高度生殖補助医療を受けながらもついに挙児に成功せず、子のない人生を受け容れざるを得ない女性のアイデンティティは、その人のライフサイクルにおいてどのような過程を辿るのであろうか。これまでの研究には、不妊体験をアイデンティティの動揺としてとらえたもの、不妊体験を喪の過程としてとらえたものが見られる。

不妊治療が不成功に終わった女性10名を対象に面接調査を行った Bergart(2000)によれば、挙児すること、および、挙児することが不可能であることに伴って生じた体験について問うたところ、挙児できないことは、女性にとって発達上の危機であり、アイデンティティを混乱させる、無意味感を覚えさせることになることを示唆した。このことから、不妊やその治療の失敗に伴う体験を、岡本(2002)のいう青年期以降のアイデンティティ危機に相当するような体験としてとらえることができよう。

同様の知見を示した研究・論考は多い。たとえば、Welner(1997)は、妊娠とセクシャリティは密接に関係すること、不妊という障害を抱えた女性は、セクシャリティのみならずアイデンティティをも脅かされることを指摘している。不妊を女性に情緒的な衝撃を与える慢性の疾病であると見做す Bevilacqua(1998)は、自分とパートナーのいずれかに問題があつて不妊となつていたとしても、女性の感じる不安・抑鬱は変わらないことを示し、女性は両者の関係において情緒的な仕事をしていること、すなわち、両者の関係性の中で不妊の意味をとらえていることを明らかにしている。

Scwell(2000)によれば、子のいない人生を生きていくという決断は、アイデンティティや人生の目標の再定義を迫る。このとき、挙児の断念に伴う喪失の体験が理解され、心底から受容されなければ、この過程は進まない。この決定にはしばしば数年が費やされるという。

不妊症の患者の辿る長期的な心理過程を段階的に示した研究には Diamond, Kezur & Meyers(1999)がある。Diamond, Kezur & Meyers(1999)が提唱するのは次の五つの段階である。

1. 「兆候(Dawning)」: 男女が容易に妊娠しないことに気づき、治療を求め始める。
2. 「始動(Mobilization)」: 医学領域に関わる。診断を受けて、衝撃、不信、否認を引き起こす場合もある。
3. 「没頭(Immersion)」: 検査や治療を繰り返す。「煉獄にいる」「まだ親になれない」という感覚にとらわれる。通常の挙児を諦めて、卵子提供を受ける、養子縁組をするな

ど別の方途を模索する場合もある。

4. 「解決(Resolution)」：治療を終える。挙児を断念する。養子縁組、子供を持たない人生の選択などという問題に取り組む。
5. 「遺産(Legacy)」：「解決」のありようがその後の人生に及ぼす影響。

木村ら(2001)は、挙児を断念せざるを得なかった夫婦のために行う心理カウンセリングにおいて、当事者の「断念」に注目し、心理臨床家が示し得る目標のあり方を述べている。すなわち、(1)不妊が病気ではないことを確認し、不妊に纏わる体験がわだかまらないようにすること、(2)それまでの不妊への対処を労い、心理的な緊張を解くように促すこと、(3)挙児を断念する心情を支持すること、(4)挙児以外の人生の目標を持つこと、(5)知的な興味を持つこと、(6)身近な事から社会参画をすること、である。

Sewell(2000), Diamond, Kezur & Meyers(1999), 木村ら(2001)のいう変容を遂げるためには、多分に未統合なままであろう不妊に纏わる諸経験が、自我に統合されていかなければならないであろう。不妊は当の女性の心に強い衝撃を与え、その働きに不可逆的な変化を引き起こしてしまう経験であると考えられる。

今後の課題

これまでに述べたように、不妊がアイデンティティを揺るがすような体験であることや喪の過程を伴うことを指摘する研究は少なくない。しかしながら、女性のアイデンティティが、不妊という体験によって、どのような動揺を蒙るのかを示した研究は今のところ見当たらない。また、喪の過程について言及した研究であっても、その過程において不妊体験がその人の自己にどのように位置づけられていったかという点については検討されていない。

不妊は岡野(2002)のいう外傷的なライフイベントに相当するといってもよいであろう。実際、不妊が女性にとって一つの外傷的な体験となり得ることを示唆する研究がある(O' Moore, O' Moore, Harrison, & Carruthers, 1983)。しかしながら、不妊であることに伴う外傷的な体験から、女性がどのような過程を経て回復していくのかを具体的に示した研究は、臨床心理学的に非常に重要な課題であるが、現時点では行われていない。

前述したとおり、妊娠・出産は、女性のライフサイクルにおいて非常に重要な体験であり、当人のアイデンティティの変容に深く影響を及ぼすライフサイクル上の一大契機であると考えられる(岡本, 2002)。そして、高度生殖補助医療が、不妊に纏わるさまざまな心理的な問題をすべて解決するというわけではない(平山・吉岡・出口・向田・高橋, 1998a)。不妊を体験した女性は、その後も不妊であったという事実の影響を蒙りながら生きていくことが少ないと思われる。不妊を体験した女性のアイデンティティのその後の変容プロセス等や心理的援助に焦点をあてた研究は、今後の重要な課題であると考えられる。

引用文献

- Applegarth, L. D. & Kingsberg, S. A. 2000 The Donor as Patient: Assessment and Support. In L. H. Burns & S. N. Covington (Eds.) *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. The Parthenon Publishing Group. Pp.357-374.
- 荒木重雄 1998 不妊治療ガイドンス 改訂第2版. 医学書院.
- 蘭香代子 1989 母親モラトリアムの時代. 北大路書房.
- Bergart, A. M. 2000 The experience of women in unsuccessful infertility treatment: What do patients need when medical intervention fails? *Social Work in Health Care*. **30**, 45-69.
- Bevilacqua, K 1998 The impact of anxiety and depression on the medical treatment of infertile women. *Dissertation Abstracts International Section-B The Sciences and Engineering*. **59(2-B)**, 0864.
- Boivin, J., Takefman, J., Tulandi, T., & Brender, W. 1995 Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *Fertility and Sterility*, **63**, 801-807.
- Burns, H. J. 2000 Sexual Counseling and Infertility. In L. H. Burns & S. N. Covington (Eds.) *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. The Parthenon Publishing Group. Pp.149-176.
- Burns, H. J. & Covington, S. N. 2000 Psychology of Infertility. In L. H. Burns & S. N. Covington (Eds.) *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. The Parthenon Publishing Group. Pp.3-25.
- Clamar, A. J. 1980 Psychological implications of donor insemination. *American Journal of Psychoanalysis*. **40**, 173-177.
- Daniluk, J. C. 1991 Strategies for Counseling Infertile Couples. *Journal of Counseling and Development*. **69**, 317-329.
- Diamond, R., Kezur, D. Meyers, M., Scharf, C. N. & Weinshel, M. 1999 *Couple Therapy for Infertility*. Guildford Press.
- Dupuis, S. R. 1997 Understanding reproductive loss. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*. **58**, 414.
- Greenfeld, D. A. 2000 Recipient Counseling for Oocyte donation. In L. H. Burns & S. N. Covington (Eds.) *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. The Parthenon Publishing Group. Pp.345-356.
- 橋本やよい 2000 母親の心理療法: 母と水子の物語. 日本評論社.
- 平山史郎, 伊藤弥生 2002 生殖医療における心理臨床家の役割を考える: 不妊カウンセリングの現状と課題. 日本心理臨床学会第21回大会発表論文集, 410.
- 平山史郎, 吉岡千代美, 出口美寿恵, 向田哲規, 高橋克彦 1998a ARTに対する患者の心理調査 日本受精着床学会雑誌, **15**, 145-149.
- 平山史郎, 吉岡千代美, 出口美寿恵, 向田哲規, 高橋克彦 1998b 体外受精反復不成功例の女性はいかに心理的ストレスに対処しているか. 産婦人科の実際, **47**, 1903-1909.
- 平山史郎, 吉岡千代美, 出口美寿恵, 向田哲規, 高橋克彦 1999 体外受精で親になった夫婦の妊娠, 出産, 及びその子供に対する態度. 日本受精着床学会雑誌, **16**, 56-62.

- Hjelmstedt, A., Widstrom, A. M. & Wramsby, H. C. 2003 A Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among IVF couples: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, **24**, 153-162.
- 石原理 1998 生殖革命. 筑摩書房.
- 加藤伸勝, 葉賀弘, 谷直介 1982 妊産婦の精神力動. 産科と婦人科, **49**, 45-51.
- 木村好秀 2001 子どものいない夫婦のあり方. 久保晴海(編著) 2001 不妊カウンセリングマニュアル. メジカルビュー社. Pp.304-312.
- 岸本長代, 西本由美, 宮田明美 1996 不妊治療後の妊婦の不安の特徴: 自然妊娠による妊婦の不安との比較から. 母性衛生, **37**, 382-390.
- 久保晴海 2001 序文. 久保晴海(編著) 2001 不妊カウンセリングマニュアル. メジカルビュー社. Pp.2-5.
- 小西宏 2002 不妊治療は日本人を幸せにするか. 講談社.
- Leiblum, S. R. 1997 Introduction. In S. R. Leiblum (Ed) *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies*. John Wiley & Sons Inc. Pp.3-19.
- Leiblum, S. R. 1997 Love, Sex, and Infertility: The Impact of Infertility. S. R. Leiblum (Ed) *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies*. John Wiley & Sons Inc. Pp.149-166.
- Mahlstedt, P. P. 1987 The crisis of infertility: An opportunity for growth. In H. Larry & G. R. Weeks (Eds), *Integrating sex and marital therapy: A clinical guide*. Brunner/Mazel, Inc. Pp.121-148.
- 森崇英, 久保晴海, 岡村均(編著) 2002 図説 ART マニュアル. 永井書店.
- 森恵美, 森岡由紀子, 斎藤英和 1994 体外受精・胚移植法による治療患者の心身医学的研究(第1報): 不妊治療女性の心理状態について. 母性衛生, **35**, 332-340.
- 野田洋一 2000 医学的側面から見た不妊カウンセリング. 久保晴海(編) 不妊カウンセリングマニュアル. メジカルビュー社. Pp.56-61.
- 岡本祐子(編著) 2002 アイデンティティ生涯発達論の射程. ミネルヴァ書房.
- 大日向雅美 1992 母性は女の勲章ですか?. 産経新聞社.
- 大日向雅美 2001 不妊と向き合う人々の心理. 久保晴海(編) 不妊カウンセリングマニュアル. メジカルビュー社. Pp.16-23.
- O' Moore A. M, O' Moore R. R, Harrison, R. F & Carruthers M. 1983 Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: Effects of Treatment with autogenetic training. *Journal of Psychosomatic Research*, **27**, 145-151.
- 岡野憲一郎 2002 中立性と現実: 新しい精神分析理論 2. 岩崎学術出版社.
- Rosen, A. 2002 Binewski's Family: A Primer for the Psychoanalytic Treatment of Infertility Patients. *Contemporary Psychoanalysis*, **38**, 345-370.
- 斎藤益子, 木村好秀 2001 不妊治療後の妊娠, 分娩へのケアとカウンセリング. 久保晴海(編著) 2001 不妊カウンセリングマニュアル. メジカルビュー社. Pp.262-270.
- 坂元正一(編著) 1979 不妊の診断と治療. 金原出版.
- Sewell, G. 2000 Involuntary Childlessness: Deciding to Remain Child-Free. In L. H. Burns & S. N.

- Covington (Eds.) *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. The Parthenon Publishing Group. Pp.411-422.
- 玉井真理子 2001 不妊治療とカウンセリングマインド. 久保晴海(編著) 不妊カウンセリングマニュアル. メジカルビュー社. Pp.24-29.
- 柘植あづみ 1999 文化としての生殖技術: 不妊治療にたずさわる医師の語り. 松籟社.
- 堤治 2000 生殖医療のすべて 新版. 丸善.
- Welner, S. L. 1997 Gynecologic care and sexuality issues for women with disabilities. *Sexuality and Disability*, **15**, 33-40.
- 山口美穂 2001 不妊患者モデルからみた心理分析法. 久保晴海(編著) 不妊カウンセリングマニュアル. メジカルビュー社. Pp.91-97.
- 山口美穂, 岩本英, 中岡義晴, 河田淳, 福田愛作, 森本義晴 2000 不妊女性のスティグマに関する検討. 第16回日本受精着床学会抄録集, 136.
- 山口美穂, 河田淳, 福田愛作, 森本義晴 2000 CMIによる不妊女性の心理に関する検討: 易怒性を中心として. 日本受精学会雑誌, **17**, 218-220.
- 矢野恵子, 笠井仁 2000 不妊症関連情報の認識とそれに影響を及ぼす条件の検討. 母性衛生, **41**, 207-216.
- Zoldbrod, A. P. & Covington S. N. 2000 Recipient Counseling for Donor Insemination. In L. H. Burns & S. N. Covington (Eds.) *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. The Parthenon Publishing Group. Pp.325-344.