不妊症および不育症の女性への
心理支援に関する研究の概観

新村　麻里奈

2024年　東洋英和女学院大学大学院　大学院紀要　第20号抜粋（2024年 3 月）

不妊症および不育症の女性への心理支援に関する研究の概観

新村　麻里奈 *

Review of Studies on Psychological Support for Women with Infertility and Recurrent Pregnancy Loss

NIIMURA Marina

In Japan, the trend of late marriage and late childbearing continues, and the age of women who think about pregnancy and childbirth has risen in the last 30 years. The number of cases of women using assisted reproductive technology tends to increase as the mother's age increases, and therefore it is thought that there are many people who suffer from infertility and inability to carry a pregnancy to full term. So far, advances have been made in elucidating the medical causes and developing treatments for infertility and recurrent pregnancy loss. However, the psychological experiences of the patients and effective psychological support methods are still being discussed, and no consensus has been reached. Therefore, in this paper, we review the psychological experiences of people with infertility and recurrent pregnancy loss, and the research to date on psychological support for them, with the aim of assisting clinical practice by examining them from a clinical psychological point of view. A review of previous studies suggests that women with infertility and recurrent pregnancy loss tend to be more anxious during pregnancy and to have fears about the course of pregnancy and the development of the fetus. It is considered necessary to further examine psychological support methods for women with infertility and recurrent pregnancy loss.

キーワード： 不妊症、不育症、周産期喪失、悲嘆、心理支援
Keywords ： infertility, recurrent pregnancy loss, perinatal loss, grief, psychological support

＊東洋英和女学院大学大学院　人間科学研究科　人間科学専攻　博士後期課程
Area of Human Sciences, Department of Human Sciences, The Graduate School of Toyo Eiwa University

はじめに

わが国では晩婚化・晩産化傾向により、母親の出産年齢が上昇している。そうした状況に伴い生殖医療件数も増加傾向にあるが、その背景には不妊症や不育症の当事者が少なくないことが考えられる。近年は当事者の心理的側面が注目されるようになり、当事者の抱える不安や喪失感が報告されるようになってきた。あわせて、当事者への心理支援の方法が検討され、試みられるようにもなってきた。しかし、当事者の心理的側面や心理支援の方法についての先行研究は十分でなく、現在のところ一致した見解は得られていない。

筆者は、医療機関において不妊症や不育症の当事者に対し心理支援を行っている。筆者のように周産期の心理臨床に携わる心理職は、不育症や不妊症の女性が心理支援に対して高いニーズを持っていると考えている。そこで本稿では、不妊症および不育症の当事者の心理的側面や、当事者に対する心理支援に関して、本邦の研究を中心に概観し、心理支援について示唆を得ることを目的とする。また、なぜ先行研究が少ないのかという点についても検討し、研究課題と展望も述べたい。なお、不妊症および不育症の当事者は夫婦であるが、本稿においては筆者の臨床対象である女性に焦点を当てることとする。

1．問題と目的

1.1　不妊症および、不育症とは

日本産科婦人科学会（2023）は、不妊について、「妊娠を望む健康な男女が避妊をしないで性交をしているにもかかわらず、一定期間妊娠しないこと」と定義し、約 10 組に 1 組が該当すると示している。不妊の要因は様々であるが、男女ともにその要因を有する可能性がある。不妊の診療は、排卵因子、卵管因子、免疫因子、男性因子を中心に精査診断が進められ、不妊の原因探索を行った上で治療方針を立てる。不妊治療を選択する場合は、より自然な妊娠に近い方法から選択し、妊娠が成立しなければ、順次ステップアップすることが原則となっている（綾部・板倉，2021）。

他方、不育症については、流産あるいは死産が 2 回以上ある状態であり、生児獲得の有無は問わないことと日本不育症学会（2020）が定義している。流産自体は全妊娠の約 15％の頻度で起こり、妊娠女性の約 4 割が流産を経験する。Sugiura-Ogasawara, Ebara, Yamada, et al.: The Japan Environment & Children's Study（JECS）Group（2018）が行った調査によれば、日本人女性における不育症の頻度は 5.0％であり、3 回以上連続する習慣性流産の頻度は 1.1％とされる。不育の要因も様々であるが、4 大要因である抗リン脂質抗体症候群、先天性子宮形態異常、夫婦染色体構造異常、胎児（胎芽）染色体異数性などに対する精査を行い、原因に即した治療方針が検討される。ただし、Fuiku-Labo.（2010）によると、不育症の原因探索が完了しても、約 7 割は原因不明となることが報告されている。また、治療を選択する場合でも、先天性子宮形態異常に対する手術や着床前診断による出産率改善のエビデンスは示されていない（綾部・板倉，2021）。

1.2　妊娠出産を取りまく日本の状況

厚生労働省（2020）が行った 2020 年の人口動態統計によれば、わが国では晩婚化・晩産化傾向が継続し、1985 年には 25-29 歳がピークであった母親の出産年齢が、2020 年には 30-35 歳と 35 年で約 5 歳上昇した。妊娠出産を考える女性の年齢が上昇するとともに、生殖医療件数は増加傾向にある。日本産科婦人科学会（2022）は、1985 年には 1,195 件だった治療数は、1995 年には 38,150 件、2020 年には 449,900 件と急増していることを示している。医療技術の進展が晩産化を裏支えしている状況があり、その背景には不妊症や不育症の当事者が少なくないことがあると考えられる。

これまで不妊症や不育症については医学的な原因解明や治療開発が先進し、当事者の心理的側面やその支援が注目されることは少なかった

（平山・高橋，2001；平山，2007）。しかし近年になり、当事者の心理的苦痛に関する知見が報告されるようになっている。不妊であることや不妊治療を受けることが心理的苦痛となること（平山，2007）、不妊であることが抑うつや不安を惹起する場合があること（千葉・森岡・柏倉ら，1996）が指摘されている。また、各務・丸山（2014）は、不育によって繰り返される流産が悲嘆や不安を伴うとも述べている。

不妊治療を受けた妊婦と自然妊娠した妊婦の心理状態を比較した研究報告もある。趙・佐々木・佐藤（2006）によれば、不妊群より自然妊娠群の方が育児の先行きや妊娠による体型変化などへの不安が高く、胎児感情が好ましくなかったと報告している。また、Furmli, Seeto, Hewko et al.（2019）は、妊娠後期（24-28 週）においては自然妊娠群より不妊群の方が抑うつと不安障害が少ないと指摘している。不妊や不育の問題は当事者にとって心理的負担となることは想像に難くないが、現在のところ当事者の心理的側面については一致した見解は得られていない。

不妊症と不育症それぞれの当事者に対する心理支援についても、現在は様々な介入が検討されている。例えば、心理教育やリラクゼーションを取り入れた介入（Boivin，2003）、否定的感情の標準化を中心とした支持的介入や悲嘆に対する介入（平山，2007）などがある。また、平山（2016）や前原・坂上・岩田ら（2020）は、当事者が自らの体験に肯定的な意味づけができるような共感的理解と解釈を行う介入の可能性を示している。一方で、継続した心理支援が行われにくい、周産期特有の事情も示唆されている。中野・鳥羽・高橋ら（2010）や壹岐（2017）が指摘するように、不妊症の場合は妊娠成立によって治療目標が達成されたと評価されて心理介入が終結となる場合が多いこと、また生殖医療のための施設から分娩のための施設へと転院になる場合もある。そうした事情から、妊娠期から産後にかけての継続的な介入研究については、今後さらなる知見の蓄積が望まれている。

2．不妊症の女性の心理的側面に関する研究の動向

2.1　不妊症の女性の心理的側面

不妊症は、挙児を望みながら妊娠が成立しないことをいう。先に述べたように、不妊症の女性（以下、不妊女性）の心理的側面について一致した見解は得られていないものの、近年は様々な報告がなされている。たとえば、不妊治療や妊娠中の不安と抑うつの程度や、不妊症に対する受け止め、子どもや育児に対する思いといった視点から理解を試みるものがある。

不妊女性の不安や抑うつの程度については、体外受精・胚移植法（In Vitro Fertilization and Embryo Transfer: IVF-ET）治療中の女性患者 102 名の状態 - 特性不安尺度（State-Trait Anxiety Inventory: STAI）の状態不安得点は学生や妊婦と比較して有意に高いことが報告されている（森，1994）。同じく、千葉ら（1996）による不妊治療中の女性患者 107 名の STAI 得点とうつ病自己評価尺度（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D）得点について、STAI の状態不安は日本女性の平均より高く、特性不安と CES-D の抑うつ傾向は治療歴が 4 年を超える長期治療群がより高いことが示唆されている。また、秋月（2016）による不妊治療中の女性患者 206 名を対象とした研究では、対象者のうち 3 割が CES-D 得点のカットオフ値を超え、CES-D との関連因子として年齢や性生活の負担感、身体不調による負担感、周囲への治療開示への消極性との相関が示された。

不妊治療後の妊娠女性群と自然妊娠女性群を比較した調査も行われている。岸本（1996）が行った調査によると、不妊後妊娠群 41 名と自然妊娠群 91 名の妊娠期母性心理質問紙の得点を比較した結果、分娩や合併症、育児への不安は両群に差がなかったが、流早産や胎児の発育に関しては不妊後妊娠群の不安の方が高かった。また、大槻・田中・浅見（1998）によれ

ば、不妊後妊娠群 30 名と自然妊娠群 57 名を対象とした「妊娠期母性心理質問紙」の得点を比較すると、育児や容姿の変化に対する不安や、夫婦関係に関する項目には両群に差が無かったが、流早産や胎児の発育に対する不妊後妊娠群の不安は高く、また妊娠初期・中期・末期でもその不安の程度に変化があった。一方で、趙ら（2006）が行った研究において、不妊後妊娠群 53 名と自然妊娠群 148 名の「妊娠期母性心理質問紙」と「胎児感情評定尺度」の得点を比較した結果、不妊後妊娠群より自然妊娠群の方が育児の予想や妊娠女性自身の容姿の変化に関する不安が高く、胎児感情も好ましくないことが示された。

2.2　不妊症の女性の心理的体験

これらのことから、不妊女性は治療中から妊娠期にかけて不安が高い傾向にあり、特に不妊治療の経過が長いと不安や抑うつ傾向が強まると考えられた。また、不安の内容は、流早産のリスクや胎児の発育といった、妊娠経過に関することが中心となることも示されていた。そもそも、妊娠中は心身や生活サイクルの変化に見舞われて様々な不安を持つ時期である。ただ、長らく妊娠を望んできた不妊女性にとっては妊娠経過に関する不安が大きく、育児や妊娠による体形変化といった妊娠期の一般的な不安は小さいと考えられる。

では、不妊女性が抱く妊娠経過に対する不安とはどのようなことだろうか。岩坂・宮森・加藤ら（2006）が行った妊娠 22 週未満の不妊後妊娠女性に対する質的調査においては、順調な妊娠経過から逸脱するのではという脅威を感じていることや、胎児への意識の芽生え、不妊体験に対する肯定と否定の相反する感情が示唆されている。また、勝村・神谷・惠美須（2014）や松山・服部（2016）は、第 1 子を不妊治療で授かった不妊後女性は、胎児の異常・障害に対する不安や、妊娠継続が不確かな状況に置かれる負担、周囲の支援に対する感謝と負担、胎児に異常があった場合に子どもを受容できるかといった不安を抱くと指摘している。

不妊女性が抱く妊娠経過に対する不安とは、胎児の発育や妊娠経過に異常が起こらないかという恐れが中心であり、この恐れは妊娠出産という不確かで先の見通せない事態により引き起こされていると考えられる。さらに、不安以外にも、妊娠経過への期待や、不妊体験の振り返り、周囲から寄せられる心配や期待に対する思いといった複雑な感情を抱き、心理的葛藤を持ちやすい状況であることがうかがえた。

3．不育症の女性の心理的側面に関する研究の動向

3.1　不育症の女性の心理的側面

不育症は、妊娠は成立するものの、死産や流産を繰り返して挙児に至らないことをいう。近年は不育症の女性の（以下、不育女性）心理的側面について、様々な研究が進められている。不育女性の心理的側面に関する研究は、不安や抑うつの程度や関連要因や、死産や流産に対する心理的反応に関する報告がある。

二川・長谷川（2021）が行った、妊娠初期から産後 1 か月までの抑うつと不安の推移に関する縦断的な調査では、日本版 Beck Depression Inventory Ⅱ（BDI- Ⅱ）と STAI の状態不安得点は妊娠初期に最も高くなり、経過を経るごとに低下することが示された。一方、中塚（2016）によれば、3 回以上の流産を経験した不育女性は、妊娠時の喜びは低く、妊娠後の不安は妊娠中期まで継続するという。一般の妊産婦が産褥期に不安や抑うつが強くなることを考慮すると、不育女性の妊娠初期から中期の不安の高さは独特の心理状態を示唆していると考えられる。また、流産を重ねた不育女性ほど、妊娠後の不安が大きいことが推察された。

流産自体は決して珍しいことではないが、ひとりの女性の心理的体験としてはよくあることと安易に済まされることではない。流産を経験した女性の心理については、次のような報告がある。まず、中塚（2016）は、流産後早期の女性の 20-40％が不安の状態を、28％が抑うつ症

状を示すこと、さらに流産後6か月以内の女性の15.7%が強迫症などの不安症を、10.9%がうつ病を発症すると報告している。また、流産が続いた場合の心因反応については、1回目よりも2回目の流産の方が悲しみの感情が強いこと（Aoki, Furukawa, Ogasawara, et al., 1998）、流産を繰り返す不育女性の8.6%が抑うつ状態を示すこと（Kolte, Olsen, Mikkelsen, et al., 2015）が指摘されている。流産とは子どもを亡くすことであり、喪失を繰り返すことが不育女性の心理に大きな影響を与えることは想像に難くない。さらに、Kagami, Maruyama, Koizumi et al.（2012）は、夫婦関係の不満足度が不育女性の抑うつや不安を高めることを示している。つまり、流産を繰り返すほど女性の悲嘆感情は大きくなり、流産に伴う喪失感が夫婦間で共有されない場合、女性の心理的負担はより大きくなると考えられた。

3.2　不育症の女性の心理的体験

不育後妊娠女性の抑うつと不安とはどのようなものだろうか。不育後に妊娠・出産に至った女性に対する質的調査において、不育症診断前は妊娠と流産を繰り返す中で感情コントロールの困難さや自責感を抱き、妊娠後には治療への期待と不安の間で揺れ動くことが示されている（横田，2012）。別の質的調査では、妊娠中に子どもを喪失することへ強い不安を持つために、分娩や育児の準備に消極的になるという報告もある（山口・伊東・岡ら，2018）。これらの報告より、不育女性は度重なる喪失を経験することによって、妊娠による喜びと不安や、治療への期待と落胆の間を絶えず揺れ動いていると考えられた。また、妊娠した時から喪失を覚悟するような体験を繰り返すことで、分娩や育児へのイメージを描きにくくなることもうかがえる。

4．不妊症と不育症の女性への心理支援に関する研究の動向

4.1　不妊症の女性への心理支援

不妊症と不育症の女性に対する心理支援については、医学、看護学、臨床心理学など多領域から報告がなされている。当事者への支援方法が模索され、今後さらなる知見の蓄積が望まれている。

現在のように原因探索や生殖医療の技術が発展する前は、不妊の原因のひとつとして心理的要因が考えられてきた。1960年頃までは、不妊症は母親自身の親子関係を基盤とした心身症として理解され、治療を目的とした心理支援が行われる場合もあった（Benedek，1952；長谷川・村井，1970）。平山（2007）によれば、その後の医療技術の発展により不妊症の医学的原因が明らかになるにつれて、心身症説は支持されなくなり、不妊症に伴う心理的苦痛の軽減を目的とした心理介入へと徐々に転換したという。

不妊女性に対する有効な支援方法は明確に示されていないものの、医療の現場においては様々な取り組みがなされている。不妊症の精査・治療中の夫婦のケアニーズに関する調査では、医師や看護師らでは対応できない「治療に伴う不安や悩み」と「家庭問題」に関する相談が約6割を占め、心理士との連携が実践されている（實崎・宇都宮・上野，2003）。平山（2007）は、心理支援に関する試みとして、不妊治療中の痛みや緊張の軽減を目的としたリラクゼーションや、否定的感情の標準化を中心とした支持的な関わり、悲嘆に対する援助などを紹介している。また、不妊体験を振り返って捉え直し、不妊女性や家族なりの肯定的意味づけを行うことの重要性も言われている（平山，201；前原・坂上・岩田ら，2020）。不妊を心理的に回避するのではなく、自分にとってどのような意味があるのか振り返ることで、将来的な親子関係や不妊女性自身のアイデンティティの構築に有益であると考えられている。

ところで、生殖医療の発展に伴う心理的課題

として、凍結残存胚の存在をどのように考えるかという新たな課題も生まれている。不妊女性にとって凍結胚は唯一の妊娠手段である上に、いのち（自分の分身・子ども）や治療努力の象徴として強い思い入れが働くことがある（中塚，2020）。その場合、残存胚の廃棄もしくは保存の選択時に葛藤が生じ、心理支援や意思決定支援の対象となることもある。

4.2　不育症の女性への心理支援

不育症に対しても、心理支援の方法が模索されている。医師・看護師による支援として、Patient-centered care や Tender loving care の有用性が示唆されている（中野，2014；福井・竹山・柴原，2017）。福井ら（2017）は、Patient-centered care の一環として当事者からの一般的な質問への回答や、治療法や費用、ストレスコーピングの方法、自助グループの案内などを行うことで、当事者のメンタルヘルスの維持や治療継続が期待されると指摘している。他方、Tender loving care は「優しさに包まれるような精神的ケア」のことであり、治療方針を明確にすることや、リスクを十分にスクリーニングして説明すること、妊娠初期には頻繁な（週 1 回程度の）超音波検査の実施など、具体的に 20 項目ほどが挙げられている。つまり、当事者が治療や生活の面で少しでも安心して過ごせるような配慮のことを指し、医療者のみならず家族や友人などの身近な人も協力できる内容となっている。

一方、強い不安や抑うつ、なんらかの精神症状、強い悲嘆がある場合には精神科医や心理士といった専門家の関与が求められる。治療中の不育女性 14 名に対して認知行動療法を行ったところ、抑うつや不安の軽減が認められたという報告がある（中野，2014）。認知行動療法では抑うつや不安につながりやすい認知や行動のパターンを扱うが、不育女性の抑うつや不安に特化したパターンを見出して焦点化することで、比較的短期間で気分の改善がみられるという。

不育女性の不安や抑うつの背景には、悲嘆感情が関与していることが多い。不育女性は子どもを亡くすことを繰り返しており、悲嘆の感情を重ねている。Worden（2018/2022）は、流死産は「一人の人の喪失」として喪の仕事がなされるべきで、次の妊娠や今いる子どものことに関心を向けて励ますことは避けるべきだと指摘している。また平山（2001）は、流死産の心理支援の要点として、喪失を認めて喪の過程を遂行できる環境を整えることや、悲しむことは正常なことであると伝えること、専門家のフォローアップ体制について伝えることなどを挙げている。流死産は女性の胎内でひっそりと起こることで、当事者も家族も“なかったこと”のようにして普段の生活に戻ろうとするかもしれない。しかし、流死産を喪失であると認識し、当事者が喪の過程を辿れるように支援することが重要と考えられた。

5．心理支援に向けた課題と展望

5.1　不妊症の女性と不育症の女性、それぞれの心理的体験

ここまで、不妊女性と不育女性それぞれの心理的体験と、心理支援の実践に関する調査研究を概観した。これまで明らかになっていることを整理し、心理支援に向けた課題を検討したい。

まず、不妊症と不育症はどちらも子どもを持つことが困難な状態であるが、それぞれの心理的体験には異なる点がある。そもそも、不妊とは「子を持てない」という困難であり、不育とは「子を育めない」という困難である。不妊の場合には、不育と比べて原因探索がある程度可能になっている。生殖医療を受ける場合は、検査や治療を受けながら自らの妊孕性と向き合うことになるが、原因がわかることによって新たな不安や葛藤、夫婦関係上の変化を招くことも考えられる。また、子どものいのちは受精卵（胚）という身体の外側にあるものへ託され、その保存や破棄を決定する際の心理的負担といった新たな課題も生まれている。一方、不育

の場合には原因の探索が困難なことが多く、生殖医療を受ける場合でも、治療法の選択肢や確実性を見出しにくい。また、治療は女性の身体に直接働きかけるものがほとんどで、不育女性の心身の負担は大きい。そして、子どものいのちが流産や死産によって喪われることを繰り返し体験することで、悲嘆を重ねていく場合がある。

不妊女性と不育女性の心理的体験に共通する点もある。たとえば、治療中から妊娠中にかけて先の見通せない不確かな状況に置かれることや、妊娠経過や胎児の発育に関する不安を持ちやすいこと、そうした過程において不安や抑うつが高まることなどである。不安や期待といった、相反する感情の間を揺れ動き、葛藤を抱きやすいことも示唆された。さらに、不妊女性も不育女性も様々な悲嘆を経験しているといえる。子どものいのちを喪うだけではなく、子を持ち育むといった健康な自己像の喪失を体験するかもしれない。健康な自己像の喪失はアイデンティティを大きく揺さぶり、実存的な問いに繋がることもある。

5.2　心理支援における課題

切実なテーマにも関わらず、先行研究が十分でないのはいくつかの要因があると考えられる。第一に、不妊症や不育症については、医学的な原因探索や治療に関する研究が先行し、当事者の心理的側面が注目されたのは最近のことである。当事者の心理的側面の理解や、心理的支援に関する知見の蓄積は始まったばかりだと言える。第二に、妊娠期を通じた継続的な心理支援が難しいという周産期特有の事情がある。妊娠によって治療目的が達成されたとして心理支援が終結となることや、妊娠中に分娩設備を備えた医療機関へ転院することがあるためである。当事者と医療者にとっては妊娠成立が最大の目標となり、妊娠成立以後の心理支援は積極的に検討されない。生殖医療を受けている当事者の心理的負荷は想像に難くない。しかし、妊娠成立後も当事者の不安が継続したり、子どもと関係性を築くことに葛藤が生じる場合があることに、医療者も当事者でさえも気づかないことがある。さらに言えば、こうした当事者の不安や葛藤は社会的にも認知されていないことではないだろうか。第三に、社会の中で「誕生を取り巻く死」の問題はタブー視されており、管生（2022）が指摘するように「誕生周辺の死や病」は表立って語られるべきでないという考えが根強い。当事者が支援ニーズを持っていたとしても、周囲に相談することは容易ではないだろう。こうした要因によって、当事者の心理的側面の把握や心理支援の実践が継続的に行われにくいことが考えられる。

5.3　展望

先行研究を概観し、不妊女性と不育女性に対する心理支援については、今後さらに知見を重ねて検討する余地があることが示唆された。心理支援の方法を検討する際、まず当事者の心理的体験に関する理解を深めることが重要と考えられる。そのためには、インタビューや質問紙による調査を行って当事者の心理的体験に関する仮説生成を行う必要がある。次に、不妊女性や不育女性に対して心理職が継続的に行った心理支援の事例を分析し、支援仮説を生成することが重要と考える。

では、不妊女性と不育女性に対して、どのような心理支援が望まれるだろうか。そもそも、不妊や不育の当事者には、妊娠前から、妊娠後の管理、分娩、産後まで様々な職種が関わる。医師や助産師、看護師、保健師、心理士などの多職種がそれぞれの専門性を活かすことで、包括的な支援を行うことができるからである。そのような中で、望まれる心理支援とは何か。橋本（2000；2006）は周産期の医療や支援においては、客観的・科学的「生命」の視点と、客観的・論理的に割り切れない「いのち」の視点があると指摘している。前者の視点は医学や看護学の基礎となるものであり、科学に裏打ちされた方法を正しく選択し、確かに行うことで生命を支える。一方、後者の視点においては、正し

い答えはない。例えば、不妊や不育の当事者から「産み育てる健康な自己像」の喪失によるアイデンティティの揺らぎや、わが子の疾患の理由を自らに求める自責の念、長い不妊治療の末に出会った子どもに「わが子である」という実感が持てない葛藤などが語られることがある。このような、実存的な悩みや、母子関係の葛藤は、正解のない「いのち」の視点の問題である。「いのち」の視点の問題に寄り添い、支えることこそが望まれる心理支援なのではないか。

「生命」の視点だけでは、当事者の傷つきは見えにくい。そのため、出産前後の心理的不調は薬物治療など医学的な対処が中心となることも多い。しかしその場合、不妊や不育の当事者は傷つきを語る機会を失い、傷つきをなかったことにしてしまうかもしれない。むしろ、当事者が抱える悲しみや怒り、葛藤などに働きかける心理支援が必要であろう。すなわち、「いのち」に触れた体験や、それに伴う傷つきを他者に語ることによって、自分の体験として統合できるように支えることが望まれる。「いのち」に関わる傷つきや葛藤、両義的な感情は周囲から気づかれることは少なく、さらに言葉にすることも難しい。そのため、心理士は言葉にならない当事者の思いに気づき、感情の表現や整理をできる場や支援関係を醸成することが求められる。「いのち」に触れた体験とは、操作するものではない「いのち」の尊厳に触れた畏怖の念でもある。それに圧倒された当事者が、人間性の深みへと成長していけるような支援が望まれる。そこには、人を生み、育むことの重みが深く関わっている。妊娠や出産を通過するときに苦難を経験した当事者にとっては、常にそこに立ち返らざるを得ないこともあるだろう。だからこそ、不妊や不育の当事者に対する心理支援においては、常に「いのち」の視点に沿って、支えることが求められるのではないだろうか。

おわりに

分析心理学における、母なるものとしての「母親元型」とは、命を与え育むと同時に、貪り死をもたらす、生と死の二面性を持つ両義的なものと考えられている（Jung, 1987/1992）。たとえ周産期の経過が順調であったとしても、母親になっていく変容の過程において、わが子に出会って関係を築くとき、母親のこころには不安や葛藤が生じ、両義性に揺れるものである。さらに、不妊や不育の当事者は「いのち」の視点における傷つきを抱え、母親になる過程を生き抜くことに困難が伴うと思われる。

本稿では、不妊や不育の当事者の心理的側面や、心理支援に関する先行研究を概観し、望まれる心理支援について考察した。周産期特有の事情によって、継続的な心理支援には限界もあるが、当事者への心理支援として様々な試みが示されている。当事者の心理的側面の理解や、支援介入のための知見の蓄積は始まったばかりである。今後は、心理臨床の事例研究を通じ、当事者の心理的側面の理解を深めた上で、望まれる心理支援についての検討を課題としたい。

《謝辞》
ご指導くださいました、東洋英和女学院大学教授 前川美行先生に心よりお礼申し上げます。

引用文献

秋月百合（2016）不妊症患者の抑うつと関連要因. 女性心身医学, 21(2), 178-185.

Aoki, K., Furukawa, T., Ogasawara, M., Hori, S., Kitamura, T.（1998）Psychosocial Factors in Recurrent Miscarriages. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77, 572-573.

綾部琢哉・板倉敦夫編（2021）標準産科婦人科学（第5版）. 医学書院.

Benedek, T.（1952）Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility and Sterility*, 3(6), 527-541.

Boivin, J.（2003）A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science and Medicine*, 57, 2325-2341.

千葉ヒロ子・森岡由起子・柏倉昌樹・斎藤英和・平

山寿雄（1996）不妊症女性の治療継続にともなう精神心理的研究．母性衛生 , 37(4), 497-508.

趙菁・佐々木晶世・佐藤千史（2006）不妊治療を受けた妊婦の不安及び胎児感情と治療背景．日本助産学会誌 , 20(1), 99-106.

Fuiku-Labo.（2010）「不育症のリスク因子」http://fuiku.jp/fuiku/risk.html（2023/07/10 確認）

福井淳史・竹山龍・柴原浩章（2017）不育症患者のケア．産科と婦人科 , 診断と治療社編 . 84(9), 1042-1046.

Furmli, H., Seeto, R., Hewko, S., Dalfen, A., Jones, C., Murphy, K., Bocking, A.（2019）Maternal Mental Health in Assisted and Natural Conception: A prospective Cohort Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41, 1608-1615.

二川香里・長谷川ともみ（2021）不育症初産婦の妊娠初期から産後 1 か月までの抑うつと不安に関する縦断的研究．母性衛生 , 61(4), 508-515.

長谷川直義・村井憲男（1970）不妊症の心身医学．臨牀婦人科産科 , 24(6), 505-510.

橋本洋子（2006）周産期・新生児医療の場における臨床心理士．臨床心理学 , 6(1), 25-30.

橋本洋子（2000）第 2 版 NICU とこころのケア―家族のこころによりそって．メディカ出版.

平山史朗・高橋克彦（2001）不育症の心理的ケア．産婦人科治療 , 82(5), 567-572.

平山史朗（2007）不妊症治療とメンタルヘルス．産婦人科治療 , 95(2), 205-210.

平山史朗（2016）不妊という課題に向き合う．永田雅子編 別冊発達 32 妊娠・出産・子育てをめぐるこころのケア―親と子の出会いからはじまる周産期精神保健．ミネルヴァ書房．75-81.

壹岐さより（2017）不妊治療後の妊娠における精神面に関する研究の動向と今後の課題．日本生殖心理学会誌 , 3(1), 26-32.

岩坂咲子・宮森庄子・加藤綾子・紙尾千晶・古田ひろみ（2006）不妊治療後妊婦の妊娠初期の体験．金沢大学看護研究発表論文収録 , 38, 109-112.

Jung, C, G.（1987）Kinderträume. Walter-Verlag. 氏原寛監訳（1992）ユング・コレクション 8　子どもの夢Ⅰ．人文書院.

實崎美奈・宇津宮隆史・上野桂子（2003）不妊症患者に対するサポートのあり方. 日本不妊学会雑誌, 日本不妊学会編 , 48(3-4), 107-111.

Kagami, M., Maruyama, T., Koizumi, T., Miyazaki, K., Nishikawa-Uchida, S., Oda, H., Uchida, H., Fujisawa, D., Ozawa, N., Schmidt, L., Yoshimura, Y.（2012）Psychological Adjustment and Psychosocial Stress among Japanese Couples with a History of Recurrent Pregnancy Loss. *Human Reproduction*, 27(3), 787-794.

各務真紀・丸山哲夫（2014）不妊症患者夫婦のメンタルヘルスケア．女性心身医学 , 18(3), 353-357.

勝村友紀・神谷摂子・恵美須文枝（2014）不妊治療を経て妊娠した女性の第 1 子妊娠期から産褥期・育児期までの体験．日本助産学会誌 , 28(2), 218-228.

岸本信代（1996）不妊症治療後の妊婦の不安の特徴．母性衛生 , 37(4), 382-390.

Kolte, A. M., Olsen, L. R., Mikkelsen, E. M., Christiansen, O. B., Nielsen, H. S.（2015）Depression and Emotional Stress is Highly Prevalent Among Women With Recurrent Pregnancy Loss. *Human Reproduction*, 30(4), 777-782.

厚生労働省（2020）人口動態統計．母の年齢（5 歳階級）・出生順位別にみた合計特殊出生率. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei20/dl/09_h5.pdf (2023/06/01 確認)

前原邦江・坂上明子・岩田裕子・森恵美（2020）高度生殖医療を受けた妊婦の不妊･治療経験の想起･統合を促す看護介入方法の検討．日本生殖看護学会誌 , 17(1), 5-14.

松山久美・服部律子（2016）不妊治療後の妊婦への母親役割獲得に向けた妊娠期の支援．岐阜県立看護大学紀要 , 16(1), 15-26.

森恵美（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(4), 332-340.

中野英之・鳥羽暁子・高橋郁恵・池田洋子・堀正行・宗恒雄（2010）当院における不妊症治療後妊産褥婦の周産期での精神的変化に関する検討．日本女性心身医学会雑誌 , 14(3), 262-267.

中野有美（2014）不育症に関する心理的支援―tender loving care から認知行動療法まで．周産期医学 , 44(7), 891-895.

中塚幹也（2011）不育症女性に対する精神的支援に関する研究．不育症治療に関する再評価と新たなる治療法の開発に関する研究．平成 20-22 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）総合研究報告書．159-167.

中塚幹也（2016）不育症の治療 tender loving care の方法と有効性．不妊・不育症診療パーフェクトガイド，臨床婦人科産科増刊号，372-375.

中塚幹也（2020）実際編 不妊・不育症におけるメンタルケア．ペリネイタルケア , 39(9), 28-31.
日本不育症学会（2020）不育症について「不育症の定義」
http://jpn-rpl.jp/join/about-rpl/（2023/12/13 確認）
日本産科婦人科学会 (2022) ART データブック (2020 年版).
https://www.jsog.or.jp/activity/art/2020_ARTdata.pdf（2023/06/01 確認）
日本産科婦人科学会（2023）産科・婦人科の病気「不妊症」
https://www.jsog.or.jp/modules/diseases/index.php?content_id=15（2023/12/13 確認）
大槻優子・田中ひとみ・浅見万里子（1998）不妊治療後の初産婦と自然妊娠による初産婦の不安についての比較検討．順天堂医療短期大学紀要 , 9, 20-29.
管生聖子（2022）人工妊娠中絶をめぐる心のケア―周産期喪失の臨床心理学的研究―．大阪大学出版会.
Sugiura-Ogasawara, M., Ebara, T., Yamada, Y., Shoji, N., Matsuki, T., Kano, H., Kurihara, T., Omori, T., Tomizawa, M., Miyata, M., Kamijima, M., Saitoh, S., :The Japan Environment, Children's Study（JECS）Group.（2018）Adverse pregnancy and perinatal outcome in patients with reccurent pregnancy loss : Multiple imputation analyses with propensity score adjustment applied to a large-scale birth cohort of the Japan Environment and Children's Study. *American Journal of Reproductive Immunology*, 14.
高橋しづこ（2014）不妊治療の情緒面への影響：残存胚．周産期医学 , 44(7), 885-889.
Worden, J. W.（2018）*Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner (5th ed.).* Springer Publishing Company. 山本力監訳（2022）悲嘆カウンセリング 改訂版 ―グリーフケアの標準ハンドブック．誠信書房.
山口友美・伊東詩織・岡彩紗・江崎容子・若林加菜子・田中幸子 (2018) 不育症患者が妊娠中に抱く思い．母性衛生 , 59(3), 179.
横田美穂（2012）不育症患者の心理・社会的状況．日本医科大学医学会雑誌 , 8(1), 31-37.