

不妊治療をやめる選択プロセスの語り¹⁾

——女性の生涯発達の観点から

安田 裕子
京都大学教育学研究科

やまだようこ
京都大学教育学研究科

子どもを望み不妊治療を始めた女性が、いかにして治療をやめる選択をしたのかを、治療プロセスの語りから捉えることを目的とした。治療では子どもが授からなかった女性9名の語り方の特徴から、〈行為主体の語り〉〈共同の語り〉〈逡巡の語り〉の3型に整理し、各型より事例を提示した。〈行為主体の語り〉と〈共同の語り〉に関し、差違と共通性の観点から、治療をやめる選択に至る発達の変化を検討した。差違は、医療従事者との信頼関係の有無に基づくものだった。共通性は、治療プロセスでの困難や葛藤を経て、今に焦点化された治療中心の状態から今後の生活や人生に視野を転換していったことである。そして、語り口に揺らぎを伴う〈逡巡の語り〉については、語り直しの観点から、その後の発達の变化の可能性に言及した。いずれの型も、治療経験の語り力が力動的に組織化されていく様相には、不妊の経験を意味づけしようとする志向性の表れがみてとれた。

キーワード：不妊治療、生殖医療、経験、語り、ライフストーリー

問題と目的

問題

子どもが授からない女性の発達という視点 生涯発達心理学の観点から、成人期以降の発達が着目されて久しい。子どもを産み育てることによる女性の発達を捉える研究は、近年、質的な分析を行う研究領域においても蓄積されている。たとえば、胎動への語りをもとに初産妊婦33名の主観的な母子関係の変化を検討したもの（岡本・菅野・根ヶ山，2003）、母親3名の子ども誕生後の苦悩とその解消過程を2年間で数回の面接調査を行い記述分析したもの（氏家・高濱，1994）、2歳児の母親25名に半構造化面接を行い、子どもの反抗や自己主張に対する母親の適応過程を検討し

たもの（坂上，2003）、第1子が0歳から3歳で、家庭で子育て中心の生活をしている女性11名を対象に、女性にとっての子育ての意味を、ナラティブの観点から、生き方や人生との関連で明らかにしたもの（徳田，2004）などがあげられる。

一方、女性の社会進出、晩婚化・非婚化、少子化が進むなかで、子どもをもたない人生を選択する生き方が着目され、子どもをもたない女性の発達に関する質的な研究も行われつつある。竹家（2007）は、主体的に子どものいない人生を選択した人とそうでない人との発達過程の差違の解明を目的に、41歳から50歳の、10年以上のキャリアがあり子どものいない8名と不妊治療経験のある3名の女性を対象に、生成継承性の観点から彼女たちの子どもがいない意味を検討した。また、安田（2005）は、不妊治療経験のある女性9名を対象に、治療をやめた後を含め、子どもを望む思いの変化と自己変容の過程を詳述している。ここで改

1) お話をお聴かせくださった2組のご夫妻を含む11名のみみなさまに感謝いたします。

めて、時間展望に留意しつつ生涯発達の観点から捉え直せば、女性が子どもを産み育てることはある時期における営みのひとつであり、よって、成人期に子どもを産み育てるという経験に、女性の発達の価値が収斂されてしまう必然性はない。むしろ、女性の発達にそうした唯一の価値付けがなされるのであれば、そこにこそ大きな問題がはらんでいるといえる。すなわち、子どもを産み育てることは、女性の役割だと押しつけられるものでも女性の特権だと拘泥するものでもなく、いわば、女性が子どもを産み育てる以外の活躍の場や発達する可能性は、人生のなかに存在し、潜在している。もちろん、遺伝子を残し血縁を継承することは、人としての貴重な営みのひとつである。しかし、それと同様に、地域や社会での活動や就労を通じ、人と触れ合ったり、人と人とのつながりを育んだりするなかで、知恵や技、造形物などを後世に残したり継承するというのもまた、重要な営みなのである。しかしながら、他方で、伝統的な「結婚＝子ども」という家族観が根強く浸透する(村本, 2005)なか、子どもをもたないことを自ら選択したわけではない不妊女性への理解は、依然として立ち後れている。また、当の女性たちも、そうした価値観を内面化している面があることを、否定できない。実際、不妊に悩み治療に通う女性のなかには、「結婚＝子ども」という社会通念や、子どもがいないことに対する世間の理解の乏しさを、辛いこととして経験している人がいる。

不妊治療をする選択とその行く末 不妊の夫婦が増え、2年間にわたって子どもができない不妊症の夫婦は、7組に1組存在するという(堤, 2004)。全国の不妊専門相談センター²⁾に寄せられ

る相談は年々増加し、初年度の1997年度に1,891件だった相談件数は、2005年度には17,756件にのぼっている。こうした数値の上昇は、センター設置数の増加やその認知度の向上によるものだと推測されるが、それは同時に、不妊治療に関する専門相談のニーズの反映でもあるだろう。なお、2005年度の相談件数の内訳は、不妊の検査方法や治療方法に関するものが36.9%(6,559件)と最も多く、ついで、治療実施機関の情報を求めるものが18.1%(3,216件)となっている(厚生労働省, 2005)。実際、技術の高度化・先端化により、卵や胚を体外で操作する高度生殖医療として、日本では1983年に体外受精が、1992年には顕微授精が実施されており、今日では、顕微授精は重症男性不妊症に対する一般的な治療法として定着している³⁾(柴原, 2004)。

近年のこうした治療技術の急速な発達と治療方法の拡大は、治療に通えば子どもが授かるといった思いこみを、不妊当事者を含む社会一般の人々に植え付けている面がある。不妊原因がどうであれ⁴⁾、圧倒的に女性が治療の対象とならざるをえない現実がある(白井, 2004)なか、そうした認識が、子どもが授かりにくい女性を治療へと駆り立てる現象を引き起こしている感がぬぐえない。そして、治療の対象となった時点で女性たちは、子どもを産む可能性があるかないかで序列を付けられ、自己評価を低めたり、分断されてしまう可能性があるという(長沖, 2002)。また、技術の高度化と選択肢の拡大は、不妊に悩む当事者の葛藤を引き起こす可能性があり(Bryan & Higgins, 1995 今泉・大木・野中・横山・吉田訳 2002)。

2) 不妊に悩む夫婦を対象に、医学的・専門的な相談や不妊による心の悩みなどに対応するために設置された。全国の58自治体(平成19年1月現在、全都道府県と11市)の不妊専門相談センターや保健所などで、専門的な相談への対応がなされている。平成21年度までに、すべての都道府県・指定都市・中核市(99自治体)に整備することが目標とされている。

3) 顕微授精には、透明帯部分開口法(PZD)、囲卵腔内精子注入法(SUZI)、卵細胞質内精子注入法(ICSI)があるが、今日では、技術と豊富な臨床成績に裏付けられ、顕微授精といえばICSIと認識されるに至っている。

4) 報告者により男女の責任率が一定せず、正確な比率の提示は困難だが、男性側の不妊責任率はおおよそ50%といわれている(三浦, 2004)。

上記の調査結果からも、治療の選択にまつわる情報提供への要求や関心、高度な治療技術への期待と不安、疑念や疑問などが、良くも悪くかき立てられている実態がうかがい知れる。それでもなお、新たな治療技術の存在が不妊女性の子どもを望む気持ちに拍車をかけ、また、治療で子どもをもつために努力し続けることを是とする価値観が蔓延するなかで、当事者女性に、治療をやめる選択肢を見えなくさせている（安田，2006a）。しかし、技術の高度化や治療の成功が華々しく語られる一方で、治療でも子どもをもつことができない女性もまた、少なからず存在する。よって、子どもを望み不妊治療に期待をかけるも子どもが授からないままに治療をやめた女性が、何を思いどのような経験をするなかで治療をやめる選択に至ったのかを、当事者の視点から捉えることが重要であると考えられる。

「語り」にみる成人期の発達的变化——ライフストーリー研究から ライフストーリーとは、日常生活で人々がライフ（人生、生活、生）を生きていく経験のプロセスを物語る行為と、語られた物語についての研究であり（やまだ，2000）、生きられた人生と関係づけられながら、人生の経験が時間をおいてどのように語られ組織化されるのかというところに焦点をおく（やまだ，2007a）。ライフストーリー研究で扱うインタビューの語りは、「現前にはない（過去あるいは未来の）出来事」に対する「現在の語り」（やまだ，2007a）である。よって、「現在」において、ある経験がどのように語られ、どのように意味づけられるかを捉えることが、眼目となる。物語の先駆的な研究者である McAdams (1993) は、「自分は誰なのか、何者であるのか」というアイデンティティの問いに対する答えは基本的に語りの形式をとり、アイデンティティそれ自体が、人生の物語、個人の神話であると述べ、アイデンティティのライフストーリーモデルを提示した。モデルでは、生涯をライフストーリーの視点からプレ神話期（誕生から児

童期・思春期）、神話期（青年期および成人期）、ポスト神話期（老年期）の3期にわけ、アイデンティティを、主体による物語生成のプロセスとして検討している。神話期に着目すると、青年期では、家族、宗教、社会、生活などに様々な理想を描き、イデオロギーの構えや個人的な信念や価値観を形成し、歴史的な視点で自分を捉えるようになる。そして、現在や未来の文脈のなかで、過去の自分が何であったかという意味を理解しようと試み、中核となる出来事や転機を焦点づけるように過去を再構成し、統一性と目的を備えた人生物語を形成する。そして、成人期を通して、人生の物語は語り直されていくという（山口，2004）。このことを踏まえれば、成人期の女性の、過去の経験や出来事について語る行為とその物語には、成人期におけるアイデンティティの発達の変化をみてとることができると考えられる。なお、McAdams (1993) は、個人の神話的ストーリーで主題となる語りとして Agency と Communion を定義し、少なくともいづれかを柱にしてライフストーリーが組織化されるとしている。そして、Agency に関し、自己を行為者として経験を語るものとし、Power（力）と Achievement（達成）に分けて整理している。また、Communion については、他者との共同や関係性に帰結させて経験を語るものとし、Intimacy（親密）と Love（愛）に整理している。

ところで、私たちが語るストーリー構成は、「始まり」「葛藤」「解決」の段階をふみ、そのパターンが数多く繰り返されることがたびたびある（Atkinson, 1995 塚田訳 2006）。Atkinson (1995 塚田訳 2006) は、葛藤や混乱や衝突は人生における困難だが、生きる方向、目的、意味を与え、また解決は、困難に向かい克服し目的を果たすために私たちが行ったことの結果であるとする。そして、「始まり」「葛藤」「解決」という形式でストーリーが整えられるなかで、自分や他者に対してその経験の意味を伝えることができ、こうしたパターン

が普遍的な変革のパターンだとする。以上より、不妊治療に通うが子どもを授かることなく治療をやめた女性たちが、「現在」において、治療をやめる選択に至るまでの治療経験を、「始まり」「葛藤」「解決」という段階をふみながらどのように語り意味づけるのかということに、彼女たちの発達の变化的様相をみてとることができる。

目的

子どもを望み不妊治療に期待をかけるも、子どもが授からないままに治療をやめた女性が、治療をやめる選択に至るまでの治療経験を、現在においてどのように語るかに焦点をあてる。治療を開始して以降、葛藤を経験しながらも治療を継続し、その後終結に向かう治療プロセスの語り方を検討することにより、治療をやめる選択をした女性たちの、治療経験を通じた発達の变化を捉えることを目的とする。

方法

インタビュー協力者

治療では子どもを授かることができず、治療をやめた9組の方である。9組中7組は女性（妻）が、2組は夫婦同伴でインタビューに臨まれた。また、8組は、社団法人家庭養護促進協会大阪事務所の電子掲示板を通じて募り、協力を申し出ていただき、1組は知人の女性であった（Table 1）。

語りの収集

2003年3月から2004年3月にかけて、協力者が指定する場で、筆者自身がインタビューを行った。治療開始以後、現在に至る不妊に関連した経験、および、希望する支援体制や治療技術・保険適用に関する考えなどをうかがった。質問項目を事前に伝え、話の流れのなかで順不同で話すよう申し入れ、必要に応じて筆者が質問を差し挟んだ。許可を得てオーディオテープに録音し、後に逐語録に書きおこした。インタビューは、平均111分（最短39分、最長204分）に及んだ。また、インタビューの際に、発表ならびに論文化の承諾をえた。

語りの分析

治療を開始してからやめるまでの語りを分析の対象とした。それぞれの語りを読み込むと、自ら行為することを通じて歩みを前に進めていくような語り、他者と共にある関係を織り込んでいくような語りの存在がみてとれた。このことは、McAdams (1993) が、個人の神話的ストーリーが Agency と Communion の2つの語りで組織化され、個人によって、いずれかの語りが強調されながらライフストーリーが組織化されるとしたことと重なり合う。よって、主にどちらの語りを柱にして治療経験を語ったかにより、インタビュー協力者を〈行為主体の語り〉と〈共同の語り〉の型

Table 1 インタビュー協力者一覧

| | 年齢 | 治療年数 | 病院数 | 治療後年数 | 治療内容 | 不妊原因 |
|-----------|-----------|------|-----|-------|------------|------------|
| 〈行為主体の語り〉 | | | | | | |
| Aさん | 30歳 | 2年 | 2箇所 | 2年 | 顕微授精 | 男性因子 |
| Bさん | 35歳 | 8年 | 3箇所 | 3年 | 免疫療法 | 女性因子/慣性流産 |
| Cさん | 42歳 | 1年 | 1箇所 | 11年 | タイミング療法 | 女性・男性因子 |
| Dさん | 51歳 | 14年 | 5箇所 | 14年 | 配偶者間人工授精 | 男性因子 |
| 〈共同の語り〉 | | | | | | |
| Eさん（夫婦同伴） | 38歳（夫37歳） | 7年 | 6箇所 | 1年 | 体外受精 | 女性因子 |
| Fさん | 44歳 | 8年 | 5箇所 | 4年 | 顕微授精 | 男性因子 |
| Gさん（夫婦同伴） | 53歳（夫63歳） | 5年 | 1箇所 | 24年 | 配偶者間人工授精 | 男性因子 |
| 〈逡巡の語り〉 | | | | | | |
| Hさん | 43歳 | 2年 | 2箇所 | 16年 | ホルモン療法・漢方薬 | 特になし（子宮後屈） |
| Iさん | 46歳 | 3年 | 2箇所 | 18年 | 非配偶者間人工授精 | 男性因子 |

に整理した。ただし、自らを行為主体として押し出すような語り、他者との共同関係を織り込むような語りのいずれを柱とするわけでもなく、どちらにも落ち着かないような口調で語る人もいた。その人々を、〈逡巡の語り〉の型として整理した(以後、型を〈 〉で表す)。〈行為主体の語り〉には、Aさん、Bさん、Cさん、Dさんが、〈共同の語り〉には、Eさん、Fさん、Gさんが、〈逡巡の語り〉には、Hさん、Iさんが該当した。以下では、〈行為主体の語り〉と〈共同の語り〉のそれぞれから代表となる1事例をとりあげ、治療の継続に関連する語り(以下、継続の語り)から治療の終結に関する語り(以下、終結の語り)に向かう、治療プロセスの語りを捉えた。事例の選定基準は、最高水準の治療である顕微授精を経験し、インタビュー時における治療後の期間が5年未満である、ということである。具体的には、〈行為主体の語り〉からはAさん、〈共同の語り〉からはFさんを取りあげた。AさんFさんともに男性因子を原因とする不妊症であった。〈逡巡の語り〉に関しては、その語りの形式が示すように、揺らぎのある曖昧さを含んだ口調ゆえにわかりにくさを伴うため、その様相をより明確に把握するために、HさんとIさん双方の事例を取りあげた。Hさんは、少し子宮後屈であったがとりたてて原因はみあたらず、Iさんは、男性因子を原因とする不妊症であった。HさんやIさんが治療をしていた時の技術水準は、人工授精であった。なお、以下に提示した事例では、不妊原因の特性が色濃く出ている面もあり、よって、不妊原因が異なれば、個別の経験や語り方に異なる結果が表れる可能性もあることを断っておく。

結 果

文中での「」は、語りを示す。

1. 〈行為主体の語り〉

(a) 継続の語り Aさんは、結婚してしばらくは、共働きをしながら、旅行に行ったりお金を貯

めたりして、夫婦で楽しもうと思っていた。子どもがいつできてもいいと考えて以降、妊娠の兆しがなくとも、全然気にはしなかった。しかし、「たまたま不正出血をして、気持ち悪いし気になるからと、産婦人科で診てもらった」ついでに、妊娠しにくくないかどうかを調べようと軽い気持ちで検査を受けると、「主人の方が、検査の間違いじゃないかっていうぐらい、おかしな数値が出」て、不妊専門の病院を紹介された。そこでは、顕微授精でないと無理なこと、顕微授精は3回を過ぎると妊娠率が極端に下がることを説明され、それでは3回やってみようとして治療を開始した。Aさんは、産婦人科での受診をきっかけとしつつも、顕微授精を受ける回数を節目にし、そこに自分の意思を映し出すかのようにして語りを展開した。

顕微授精1回目は、深く考えることもなく、医師の言葉のままに、「うまいこといくのとちがうかな、みたいな期待感」をもっていった。しかし、採卵をするも、「10個か11個ぐらい採れたうちの、1つも戻せるものがないっていうのを1回目の時に初めて知って」、その現実に愕然とした。2回目の顕微授精では、期待よりも、うまくいかないことへの不安の方が大きかった。病院の体制や治療方針への疑問も生じ始めた。行きたびごとに医師が変わり、担当医によって治療方針が変化したことに対し、信頼関係が必要なのにと不信感をもった。治療費についても、説明なく請求書に金額を載せられていたことに、違和感を抱いた。通院すること自体に迷いが生じ、病院へ足が遠のくようになっていた。3回目の顕微授精のために通院を再開したが、事前に確認したにもかかわらず、事務の対応が不適切なために思った以上に診療が長引き、同日に予定していた大切な用事に遅れてしまった。Aさんは、病院側の方針や対応に不満をつのらせるなか、次第に、「この病院、あかんとちがうかな」と思い始めた。このように、Aさんの語りは、治療や病院への関わりについて、期待を寄せるようなものから、自らの意思を介在さ

せそれによって牽引していくようなものへと変化していった。また、治療がなかなかうまくいかない状況下では、友達に子どもができたことを素直に喜べない自分が嫌で落ち込んだこともあったが、「素直に喜ぶことができない自分」というように、あくまでも、Aさんの語りは行為する自分自身へと還元された。

他者との関係に言及した語りもみられた。それは、「治療前だったら、主人とも話して、頑張ろうね、みたいな感じで」という夫との支え合いや、「何でも話せる」友達の存在が「心強かった」というものである。とりわけ、夫と支えあひ合う関係は、治療を継続するにあたっては重要である。また、友達との「何でも話せる」関係性も支えとなったということだが、ここでは、そうした関係性が治療に通っていることを自ら話して初めて成り立つものであることに、留意したい。子どもをもって当然だとする社会通念や、それに基づく自己への欠損感により、不妊について語られにくいということが往々にしてあり、そのこと自体が、人とのつながりを自ら断ち孤立感を深めるという悪循環の連鎖を生じさせうる。Aさんは、不妊治療をしていることについて、友達に「何でも話し」相談していたというが、自ら話すことによって、そうした孤立を深める悪循環に陥らずにすんでいるのである。ここにも、自己を行為主体として押し出すように語るというAさんの語りの特徴を、みてとることができる。

(b) 終結の語り 治療に通い続けるもなかなか成果が現れないなかで、Aさんは、妊娠できるかどうか、現実の厳しさが次第にわかってきた。病院では、治療ごとに成功率が出されていたが、それは、出産した割合とは異なることに気が付きた。顕微授精2回目が失敗に終わった頃から、「次はどうでしょうか、これからどうしていこうか」という気持ちが生じ、子どものいない人生を考え始めた。結局、3回目の顕微授精を行ったが、採卵すらできなかった。こうしたプロセスは、病院

の体制や治療方針に不満や不信をつのらせる時期と同期したが、4回目には妊娠率が下がるという説明が最初にあったにもかかわらず、4回目の治療を勧められたことに、不信感をますます膨らませた。

「まさか3回目以降、確率がガタッと落ちますよって言ったのに、勧められるっていうのも。普通やったら、ここからちょっと確率は落ちるかもしれないけど、頑張るんやったらやってみましょうっていう感じの言い方やったら、最初言っただけの通りなんですけど、そういう感じでもなくて。ただ単に次々っていう感じに受けとめられたんですよ。(中略)で、まあ、35ぐらいまでやったら、考える余地もあるかなって思って、一旦やめて、またやりたくなったらやったらいいやん、みたいな感じで。」

このように、Aさんは、治療終盤に至っては、自分がこうあるべきと考える、専門家としての医師の姿勢を述べ、現実にはそうではなかったことに批判的見解を示しつつ、そうした医師の勧めに従わずに自ら治療をやめる判断をしたという、自己を行為主体として押し出す語りを展開した。

この頃、子どもが授かるかどうかはわからないままに、治療をやり続けることへの疑問も感じ始めていた。経済的な負担、時間的な拘束など、生活のすべてを治療に費やさざるをえないしんどさが、意識化されてもきた。また、一度に十数個の卵をつくるような排卵誘発剤の身体への負担や、もともとあった「人が見た目で選ぶのを授精させる」顕微授精への抵抗が、再燃し始めてもいた。そうしたなか、「3回終わったから、とりあえずまあ一旦終了みたいな感じで」治療をやめた。

ところで、Aさんは、2回目の顕微授精が失敗した頃、自分から夫に里親制度の話もちかけている。夫婦2人の生活は快適で、「自分の時間もたっぷりあるし、やりたいこともできるし」と、夫婦で楽しく生活していくことに前向きな気持ちもあったが、「なんか物足りひんなっていう感じが

して。今はいいけど、10年経った時に後悔せえへんかって言ったら、後悔するやろなっていう思いが強」かった。夫は最初、非血縁の子どもを育てることの大変さと責任を思い、「前向きにはなれない様子」だった。しかし、夫に「今日こんながテレビでやっててん、みたいな感じで、どんどん吹き込」み、夫も、そういう人生もいいかという気持ちになっていったという。このように、治療をやめる選択をする際には、夫婦2人で暮らす選択、養子縁組で子どもをもつ選択と、方向性に違いはあれど、夫婦で今後の生活や人生を展望する姿勢が鍵となる。換言すれば、生活や人生をまなざす視点の芽生えが、治療で子どもを産むことを目標とし続けるといった、ある種固定化した認識を、和らげるきっかけになったのかもしれない。そして、そうした人生展望の広がりについて、夫との関係に触れつつも、自ら歩み進めていく行為主体としての語りを基盤にして話を展開していったところにも、Aさんの語り方の特徴が表れている。

2. 〈共同の語り〉

(a) 継続の語り Fさんは、結婚して1年半が過ぎた頃、母親の勧めにより、検査だけでもしてみようと病院に行った。そこで一連の検査をすると、夫に原因があること、検査数値より体外受精では無理であろうこと、しかし顕微授精をすることで可能性が高くなることを説明された。その時点で、Fさんの年齢が40歳になるまで続けようと夫婦で話をし、治療を開始した。当時、顕微授精が開発されて間もない頃であったためか、とりあえず体外受精から始めるという治療方針だったが、やはり、4,5回おこなった体外受精では一度も授精しなかった。Fさんは早く顕微授精をしたいと思い、また、医師の導きもあり、治療を顕微授精に進めた。顕微授精は10回程度おこない、授精こそしたが、結局は一度も着床しなかったという。

Fさんは治療経験の語り始めにおいて、Z医師のことを、「すごいお世話になった先生で」と、治

療経験における重要な人物としてとりあげた。Z医師に出会うまでの治療は、「痛みもですし、なんか、機械的に処理されているような」「辛い一言でしかな」いものだったが、Z医師に出会った後は、「嫌な思いとかそういうふうな、苦しい辛い思いって、あんまりないですね。(中略)辛かったことも、逆に、もう忘れちゃいますしね」と語っている。実際には、Z医師に出会うまでの長い間、辛くしんどい治療をしていたはずだが、Fさんの治療経験の語りは、Z医師と出会った以降のことに尽きるものだった。

「途中からZ先生が担当してくださって、4,5年してから。マンツーマンみたいにして治療してくれてたんです。(中略)その先生と出会わなかったら、もう2,3年でギブアップだったと思います。(技術的な面で?)それと精神的な面と両方ですね。(中略)だから続けられたことと、やっぱりその先生に対する信頼感。一生懸命先生も頑張ってくださいと、また今度頑張ろうなんて言ってくださると、ありがとうございます、って。」

Fさんの治療は、Z医師への信頼ある関係に支えられていたといっても過言ではない。

Fさんは、「治療には一応ある程度、周りでも結構気を遣ってくれたりして、応援してもらえたような、記憶がありますね」と、夫や同僚などの存在についても肯定的に語った。ただし、夫が支えてくれたことに対して有り難い気持ちを表現しつつも、一番辛かったという、着床しなかったことを告知された時の心の痛みと、そこから再び気持ちを立て直すことの辛さについては、「夫婦でやっても、やっぱり、男性だから女性の気持ちってわかんないでしょう」と語っている。

「また頑張る、次があるとか(夫に)言われても、そこまで切り替える…、簡単にそう言うけど、っていうことがあったような気がしますね。あなたにはわかんないけど、私は大変なんだよ、みたいな。体に対する負担だってある

し、会社を休まないっていうね、引け目もあるし、仕事がもっと大変になるし。また一からだとか。期待もあるし、次また同じ結果が出た時の、がっかりってことの繰り返しをずっとしてきたわけじゃないですか。(中略)自分はこう落ち込んでも、這い上がって立ち上がってくる、そういう性格だけど、ここまで自分を起こしてくる力っていうのが、なかなかね。もう一回頑張っって切り替えるまでの、心の葛藤みたいなものが、自分の心のなかだけで。それって他人に話したって、もちろん主人に言ったって。(中略)自分の闘いみたいなそういう部分っていうのは、やっぱり、経験した人とかじゃないとわかんないと思いますよね。(中略)もしかしたら、ある程度同じような治療している人がそばにいて、そういう話をすることによって、すごく癒される部分ってあるかもしれないですね。私はほとんどマンツーマンでの治療だったから、そういう話ってする必要もなかったんですけど。」

着床しなかった現実から、気持ちを立て直し引き起こすまでの心の葛藤について、その辛さは夫には理解できないものと断言しつつ、「経験した人でないかわかんない」とし、結局、「(Z医師との)マンツーマンでの治療だったから」同じ経験をした人と共有する必要もなかったと、Fさんは結論づけている。このように、Z医師との親密な関係を織り込みながら治療経験を語っていくのが、Fさんの語りの特徴だといえる。なお、Fさんが夫に支えられつつ治療を継続していたということは、繰り返し述べておきたいことである。上記の語りからは、夫との励まし合う関係が鮮明にはみえてこないかもしれないが、医師との関係に関する語りの優位性と比較してのことであり、それがそのまま夫との支え励まし合う関係の不在を意味するわけではない。むしろ、上記の一連の語りにおける、夫からかけられる励ましの言葉に触れ、それを皮切りに、自分の感情の浮き沈みとそ

こから這上がろうとする行為主体としての力に言及し、そのうえで、医師への信頼関係に帰結させて語るという語りの力点の推移には、時に行為主体として自己を押しだし、時に他者との共同関係を織り込みながら語りを結んでいくという、語りの力動的な組織化のされ方がみてとれるのである。

(b) 終結の語り 検査をした「最初の段階で、(精子の数が)随分厳しい数値」であることを伝えられていたFさんは、「治療してもなかなか厳しいのかなということは、薄々わかっていた」。実際に、何回も苦しい治療しても着床すらせず、そうした状況下で、このまま40歳まで続けても子どもができなければどうするかという話を、夫と何度かしていた。そして、40の年齢を迎えた頃、最後のつもりで治療をするも、やはり生理がきてしまった。その時のことを、Fさんは、直後の出来事と関連づける形で語った。すなわち、生理が終わった後に、大量の不正出血が1時間程あり、それが「恐ろしくなっちゃって。(中略)やっぱり、体に対しては随分負担なことをしていた」と痛感し、治療をやめたということである。それでも、子どもをもちたいという思いについて、「次、どういうふうに進むのかなあ、みたいなこと思っていた。(中略)ドキッて下まで落ちてしまったみたいな。道が閉ざされたみたい」と、哀しみと落ち込みの感情を味わった。これらの語りからは、治療をやめざるをえない生理的・身体的限界を認識することと、子どもをもつことができないという喪失の感情を受け容れることが、異なる経験であるということがうかがい知れる。さらには、たとえ身体的な限界からであっても、治療をやめるという自分でなした選択により、子どもがもてない現実が決定的なものになったということが、過酷な経験であったことを思わせる。しかし同時に、こうした葛藤が、治療を継続する以外の方向性を志向する通過点として、辛くも必要な経験であったという見方も、また可能である。

「体的にも40。今から子どもつってもね、子

どもの年齢、親の年齢考えたら、厳しいかなっていうのは。諦めなければならぬ年齢。渋々でもないけれど、半分納得、半分渋々みたいな。例えばこれで40過ぎてから治療して産まれたとしても、産まれた子どもにどれくらいね、リスク負わしてしまうかもわかんない怖い治療だから。(中略)最後に、不正出血しましたよね。あの時には、ああ絶対これは、神様がもうやめなさいって、自分の体に教えてくれてるんだな、っていうふうに思えたので、あとは、実子に対する願望、何もなかったです。執着すること、治療とかにね。」

顕微授精をしても着床すらしなかったが、Fさんは、40歳まで頑張ることを励みにしてきた。そして、身体の限界を思い、生命への畏敬の念を抱くなかで、「もう、子ども子どもって執着しないで、新しく切り替えて、自分たちの生活を考えればいいのかっていうふうな。開き直れたっていうか。(中略)あとはね、自分たちが仲良く、健康であればいいんだから」と、これからの生活や人生へと視野を転換する内容が語りだされた。「会社を休まないといけないことによる引け目があった」Fさんは、治療を継続していた時点から、治療を中心とする生活への不満を意識化し、今後の人生を考える視点をもっていったといえよう。しかし、こうした生活感覚や人生を展望するものの見方が、治療をするなかで狭まってしまうことも、実際には多い。

なお、治療をやめることについて、重要な一要素であったといえる40歳という年齢に関し、「Z先生が病院を去られて、ちょうど同じぐらいの時期だったんです」と、Z医師との別れと時期を同じくして語ったことには、Z先生との良好な関係を軸に治療経験を展開したFさんの語りの特徴が、よく反映されている。

3. 〈逡巡の語り〉

(a) 継続の語り Hさんは、婦人科と産科が一緒になった病院で、妊婦を横目で見ながら治療を

することに、心理的な圧迫を受けていた。服用したホルモン剤は「副作用がきつ」くて「吐き気かして気持ちが悪」く、卵管の通りをよくするために空気や水を通す治療は「ものすごく痛い記憶」ばかりであった。医師との間では、「直接困ったことに突き当たったことはない」というが、それ以上に医師への思いや関係が語られることもなかった。家庭では、姑と夫と暮らすなかで、「家の中のトラブルって結構いっぱいあるでしょ、嫁とか姑とか。それでいつもイライラして、気持ちが落ち着くことがなく、また「主人との関係もあんまりいいことなく、治療をするに際して支えになってくれる人はいなかった。一度漢方薬を試してみようと他県に出向いたが、精神面が影響しているので妊娠は難しいと言われ、漢方薬をおよそ1年服用したがやはり効き目はなく、治療の効果も現れないままだった。このように、Hさんの治療経験の語りは、辛くしんどかったことが、羅列されるようなものであった。

Iさんは、検査結果から、夫が無精子に近い状態であることがわかり、子どもはたぶん無理だろうと説明された時点で、「それでもまっ仕方がないと思って、2人の生活もあるから」と考えた。しかし、「人から、子どもはまだ? という言葉が、どうしてもグスグス刺さり、夫からの「行ってくれへんか」という言葉により、非配偶者間人工授精(以下、AID)という、他人からの提供による精子を用いる治療を開始した。その後、Iさん夫婦は、「自分が諦めても、人からどんどん言われるからね、それが辛いばかりですわね」と、世間から何気なく投げかけられる言葉を意識し、肩身の狭い思いをし続けていた。AIDという治療法や医師に関してIさんは、「淡々と物を扱うようにね、(中略)流れ作業のよう」であり、「先生から、来月また来ますか? とか言われ、(中略)なんかその言葉1つ1つがね、刺さりましたね」と語る。そして、こうした諸々の重苦しい思いについて、Iさんは、「どこか奥に秘めましたね。

(中略) 主人に言ったらかわいそうっていうのがあるでしょ」と語っている。そうした状況下で、Iさんはひとり、AIDを受けるために遠方の病院まで通っていた。Iさんの治療経験もまた、言葉を絞り出すかのように、訥々と語られるものだった。

このように、HさんとIさんの治療経験の語りには、不妊治療という事象に向き合えなさを含んだままに、いわば、その周辺あるいは表層をなぞるようなものであり、彼女たちは自己を行為主体とするわけでもなければ他者との共同関係を織り込むわけでもなかった。

(b) 終結の語り 「なかなか治療の成果が現れない、こっちがもう、しびれを切らしたような状態でやめちゃったんですね」(Hさん)、「ちょうど主人のお父さんが亡くなったので、それがきっかけで行けなくなってしまってたね」(Iさん)と、HさんもIさんも、治療をやめた時のことを、状況に依存させて語った。また、それらは、継続の語りから次第に推移するような一連の意思決定のプロセスとしてではなく、不意に語りだされたものだった。

考 察

まず、〈行為主体の語り〉と〈共同の語り〉の差違と共通性の観点から、治療をやめる選択がいかになされたのか、そして、治療を開始して以降やめるに至る治療プロセスを通じて、彼女たちがどのような発達的变化をしたのかを検討する。なお、事例提示をしたAさんとFさんの個別の経験に則しつつも、医療従事者との関わりの違いによる変化、および、治療プロセスでの困難や葛藤を通じた変化に関する考察という観点からは、型としての特徴を捉えるものである。そして次に、〈逡巡の語り〉の特徴と発達的变化の可能性について検討する。

〈行為主体の語り〉と〈共同の語り〉における、医療従事者との関わりの違いによる発達的变化——立て直していく力、育んでいくつながり

AさんとFさんはともに男性因子を不妊原因とし、治療の始まり方も似ているが、医療従事者への思いには顕著な違いがある。Aさんは、最初、高度な治療に期待を寄せるも、現実の厳しさに直面し気持ちが萎えるなか、病院の体制や治療方針に不満を抱くようになっていった。しかし、そうした治療を施す病院側に不信感を抱かざるをえない状況において、Aさんは、自分自身でなんとかしなくてはならないといった行為主体としての力を発揮するようになっていった。つまり、最初、医師に言われるがままに「深く考えずに」治療を開始したが、病院の体制や治療方針への不信感や疑念などを感じ、混乱や困難を経験するなかで、助産師の資格を目指していた友人などから情報を得て勉強するようになり、病院側の体制や治療を批判的に捉える眼を養っていった。またそれは、治療で子どもをもつこと以外の選択を、自ら模索するプロセスにもなった。

他方、Fさんも同様、決してうまくいかない治療を何度も繰り返していたが、心身ともに辛いばかりの治療や着床しなかったことを告知される心の痛みは、マンツーマンだったと言わしめるような医師との信頼に満ちた関係のなかで、解きほぐされていった。このことは、医療現場における、患者と医師とのコミュニケーションの必要性、ナラティブを基軸とした治療関係の仕切り直しの重要性が、医学や心理学など多方面から指摘されている(江口・野村・斎藤, 2006; 吉村, 2004 他)ことと一致する。ただし、こうしたことは、治療の開始をきっかけにしてできた医療従事者との良好な関係が、治療経験に直接良い影響を及ぼすという理解にとどまるものでない。すなわち、不妊においては、結婚したら子どもをもって当然とする社会通念を内面化することによる自己欠損感や矮小化した自己像がしばしば語られ、それが、他

人と同じことができていないという孤独感とも共振するものであることは上で述べたが、他者とながっているという感覚が、そうした不妊による自尊感情の綻びを修復し、閉塞した状態を払拭する端緒となりうるということなのである。Fさんの語りにもたように、同じ悩みをもつ人同士の共有し合う関係が、不妊や不妊治療に関する精神的なしんどさを緩和させるうえで有効だといえるが、こうした機能は、他者とながっているという感覚に関わるものである。そして、McAdams (1993) が、Communion を構成する Intimacy (親密) について、自己開示と関係し、人生の適応と成熟の特質であると述べているように、こうしたつながり感をもたらす親密さの感覚は、他者との関わりのなかで萎縮していた将来像についても閉塞感の打開を促すのであり、今後の生活や人生展望への視野の広がりとも密接に関連していると考えられる。

〈行為主体の語り〉と〈共同の語り〉に共通する、治療プロセスでの困難や葛藤を通じた発達的变化——広がりゆく生活展望と人生展望、見えてくる方向性

AさんもFさんも、検査結果の数値から、顕微授精でない子どもをもつことは難しいと、最初の時点で医師からはっきり告げられていた。そうした事実を頭で理解しつつも、最新の技術に期待を寄せ、治療を開始した。しかし、治療が不成功に終わる事態に直面し、現実の厳しさが次第にわかってきた。さらにFさんに関しては、着床しなかったという診断をされる度ごとに、精神的な苦痛と次の治療へと気持ちを引き起こす葛藤を繰り返し経験した。しかし、こうした決してうまくいくことのない治療経験は、治療技術の限界、身体的な負担と制約、生命への畏怖の念などを認識するのに必要な経験であったと考えられる。また、それは同時に、子どもが授からない現実に向き合い、その現実を引き受け、治療をする今に焦点化された治療中心の生活から、これからの生活や人

生全体へと展望を広げる道筋でもあった。すなわち、夫婦2人での生活を基盤に趣味や仕事に生きることや、養子縁組で子どもをもつという、治療以外の選択肢を考え始めるのに必要なプロセスであったといえる。彼女たちは、こうした「始まり」「葛藤」「解決」という段階を踏んだパターン (Atkinson, 1995 塚田訳 2006) で語ることを通じて、治療をやめる選択をしたことへの意味づけをおこなっていたと考えられる。なお、選択といえども、人が何かを選んでいくプロセスは、さほど明瞭に示すことができるものではないだろう。それは、「とりあえずまあ一旦終了 (Aさん)」、「(治療を諦めることについて) 半分納得、半分渋々みたいな (Fさん)」という語りが見えるように、なんとなく、あるいは次第に見えてくる方向性なのである。もちろん、治療をやめる選択という観点からは、治療を開始する最初の時点で、いつまで治療をするかといったおおよその目標設定をしていたことの重要性は、繰り返し指摘しておきたい点である。つまり、Aさんは顕微授精を3回やることを、また、Fさんは40歳の年齢まで治療を続けることを目標に、治療を開始した。このことは、治療技術の進歩と選択肢の拡大により、治療に区切りがつけにくくなっている現実を踏まえればなお、示唆深いことである。こうしたおおよその目標設定と、治療プロセスにおける経験とを折り合わせながら、治療以外の方向性を志向する素地が形作られていったと考えられる。なお、Fさんもまた、後に養子の委託を受けているが、それは、治療をやめる時点ではわかりようもないことである。こうしたこともまた、人が元来、様々な社会的・現実的な可能性や制約の影響を受けつつも偶発事象に遭遇するなかで、何かを選びつつ、今後を見据えながら、自身の生活や人生を築いていく存在だということを、再認識させてくれる。

加えて、治療を中心とした今に焦点化されるばかりではない、今後の生活や人生を展望する視点の芽生えが、夫婦での支え励まし合う関係、さら

にえば、他者とつながっているという感覚を基盤に成り立つものであることを、繰り返し述べておきたい。現代の日本では、子どもをもつことは、事実婚も含め⁵⁾夫婦でなす選択であり、たとえ女性が治療の中心であったとしても、夫婦での支え合いは不可欠である。換言すれば、夫婦間でコミュニケーションを十分にとることができなければ、治療経験は辛くしんどいだけのものになりやすい。それは、〈逡巡の語り〉の型に該当するHさんやIさんの語りにもみたとおりである。なお、夫からの支えや励ましの言葉を支えにしていたFさんの「生理痛ひどかったし、生理不順だし、検査的には何とも異常がないと言われてましたけども、着床できないっていうふうなことであれば、やっぱり自分の方にも（問題が）あったのかなあ」という語りからは、治療の主体とならざるをえない女性が、たとえ検査で男性不妊症が明確になっていたとしても、治療がうまくいかないことの責任を感じてしまうという認識の一端がみてとれる。この語りからは、夫との支え合いの有無とは別の次元において、不妊治療には、男女間に不均衡な関係性が沈殿している可能性がうかがえるという、ジェンダーに絡めた指摘が成り立つことを付け加えておく。ところで、インタビュー協力者について、夫同伴の有無の違いがあったが (Table 1)、それは、夫婦仲の良し悪しとは直接関係するものではない。むしろ、仕事の都合などといった要因によるものである。ただ、少なくとも、夫がインタビューに同伴する姿勢には、不妊や子どもをもつということについて、夫が自分自身の、あるいは夫婦の問題として捉えている様子がうかがえた。

〈逡巡の語り〉の特徴と潜在する発達的变化の可能性

HさんとIさんについては、治療をやめた時のことが、治療経験に対峙できないような浮遊した口調のままに、不意に、かつ状況に依存させるようにして語られた。それは、治療に通い続ける経験が、辛くしんどいばかりであったことと関連する。そうした、いわば、治療経験という事象について、意味づけし辛いがゆえの、その周辺部分をなぞり浮遊するような語り方が、〈逡巡の語り〉の特徴である。辛くしんどい治療経験について、より具体的には、夫婦間でのコミュニケーションの取りにくさが、要点のひとつとしてあげられる。Hさんの場合、夫や姑との関係が芳しくない状態で治療に通っていた。そして、Iさんの場合、夫の生殖能力の欠如に関わるスティグマとアイデンティティの問題と、ケア役割を担おうとする妻の気配り (田中, 2004) といった、男性不妊症をめぐるジェンダーに絡んだ諸問題が密接に関連していると考えられる。つまり、不妊原因である夫の男性性を傷つけないようにと配慮するがゆえ、Iさんは、不妊治療に関して夫婦間でコミュニケーションがとりにくかったものと思われる。

このように、〈逡巡の語り〉では、夫婦での支え合いやコミュニケーションの困難さが関わり、辛いばかりだった治療経験について、語り手の未整理の状態を反映するかのよう、揺らぎを伴う口調のままに、状況に依存させるかのようにして治療をやめたことが語られた。それはいわば、治療以外の何かを志向するすべもなく、なんとなくやめてしまったという表現が適切であろう。しかし、諸事情により、子どもをもつことができない現実を引き受けることが難しく、また、他の選択肢も見えないままに、単に治療をやめざるをえなかった女性も多く存在するだろう。HさんやIさんに代表される〈逡巡の語り〉によって、治療経験を意味づけることができず、子どもがもてない辛さを抱えたままに、治療をやめてしまう人がい

5) ただし、日本産婦人科学会の倫理規定により、体外受精によって治療を受ける夫婦は、婚姻をしている夫婦に限られている。そのため、体外受精をするために、一旦法律婚という形をとった事実婚の夫婦もいる (まさの, 2004)。

るという現実の一端を明らかにすることができたと考える。Frank (1995 鈴木訳 2002) は、語り手には経験を意味あるものとして再組織化することのできない場面があり、そうした状況においては、仮に声が発せられたとしても、現実とははや不連続に生起する断片の寄せ集めと化してしまうと述べた。そして彼は、物語としての「つながり」を欠いたこの経験の様相を、「混沌の語り」として捉えている。ただし、HさんやIさんの語りは、つながりを欠いたというよりも、治療経験について語ろうと向き合うが対峙しきれず、その周辺領域をなぞるように語りを絞り出した、といった表現が適切だろう。なお、治療をやめた以降の経験としては、Hさんは宗教との出会いにより(安田, 2005)、Iさんは養子縁組を知ることにより(安田, 2006b)、治療経験や子どもをもつことの意味を再考する機会に遭遇したことを語っている(詳細は他稿を参照)。もちろん、ある時期においては、マイナスの意味づけをしたままであったり、また、そもそも思い出したり考えたりすることすらせず、意味づけ自体をおこなわない場合もあるだろう。ただ、なにかをきっかけに、自分自身の中で、あるいは他者に向かって語りをつなぐようなことがある場合、そのプロセスにおいて、その事象に対する意味づけの仕方を変化させていく可能性はある、ということなのである。このように、人は、語りをつなぎ、経験を結び、意味づけを変容させながら、固有の人生を築いていく存在だといえる。だからこそ、物語の秩序には回収されることのない逡巡や混沌を見据え、その視点を失うことのないまま、語りの可能性を論じていくことが重要なのである。〈行為主体の語り〉〈共同の語り〉として捉えたはずの語りも、「屈辱と不安と喪失感を言葉では決して捉えることができない」(Frank, 1995 鈴木訳 2002) ことを考え合わせれば、語り手の語れなさや筆者の捉えきれなさという、語りの二重の欠落が存在する可能性もある。さらには、今後、それぞれに治療経験が語り直されるなかで、

語りがいつ再び逡巡や混沌に転じるかもわからない。ただし、そうした、語る対象の周辺や表層を行き戻りするような、決して捉えきることのできない訥々とした語りの根底には、その後に開かれた発達的变化が秘められていることを、付け加えておきたい。

おわりに——まとめと今後の課題

本稿では、子どもを望み不妊治療を開始した女性が、混乱や困難や葛藤を経て、子どもが授からないままに治療をやめる選択したプロセスの語り方の観点から、〈行為主体の語り〉と〈共同の語り〉と〈逡巡の語り〉の3型に整理し、それぞれの語りの発達的变化の特徴を捉えた。ただし、AさんやFさんの例にみたように、自己を行為主体として押し出したり他者との共同関係を編み込んだりしながら、それらを織り交ぜる形で、治療プロセスが語られる局面もあった。また、HさんやIさんの語りにみたように、治療経験に対峙することが困難で、自己を行為主体とする語りと他者との共同関係を編み込む語りのいずれを柱とするわけでもなく、治療経験の周辺領域をなぞるようにして語る人もいた。しかし、このように物語が力動的に組織化されていく様相は、子どもが授かるかもしれないと期待を胸に膨らませながら治療に向かいつつも、不成功に終わる度ごとに落胆し、未だ見ぬ子どもに別れを告げなくてはならなかった、あいまいな喪失(Boss, 1999 南山訳 2005)に向き合ってきた不妊の経験に、意味を与えようとする志向性の表れだといえるのではないか。Boss (1999 南山訳 2005) は、あいまいな喪失を、愛する人の生死が不確かな場合に起こる反応とし、身体的には不在であるものの心理的には存在する場合と、身体的に存在するにもかかわらず心理的に不在である場合の2タイプに定義した。不妊の喪失は、前者の、身体的には不在であるものの心理的には存在する場合にあてはまると考えられる。こうした喪失は、人為的に受胎をコントロールす

る不妊治療に関与しているがゆえに、そしてより期待が膨らむだけに、向き合わざるをえなかった経験だといえよう。実際、自然妊娠であれば、気付かないままに流産してしまっていることも多い。しかし、治療をするなかで今月も子どもができなかったという落ち込みと哀しみ、子どもをもつという他人と同じことができないことによる自己欠損感と孤立感、それに伴う他者とのつながり感の断絶など、不妊特有の喪失に直面し向き合った経験の語りは、子どもをもつことができなかった現実を受け容れ、それ以後の生活や人生を展望し、現在の自分自身を肯定するのに重要な役割を果たしているものと思われる。やまだ (2007b) は、「欠落と共に生きる」という意味は、いくつもの喪失を重ね、ことばや経験を繰り返し反芻し、苦い悲しみや疼く哀しみを我が身で語り直して、やっと腑に落ちてわかるものだという。不妊特有の喪失を含め、子どもが授かることなく治療をやめるに至った困難や葛藤を経験した治療プロセスについて、その経験を語ることでそのものが、彼女たちの発達的变化の布石となっていると考えられる。

ここではとりわけ、治療経験を、自ら行為することを通じて歩みを前に進めていくような語り、他者と共にある関係を織り込んでいくような語りのどちらを柱にして語ったかという観点から、〈行為主体の語り〉〈共同の語り〉、そしていずれも柱とするわけでもない〈逡巡の語り〉の3型に整理し、事例を取りあげ、それぞれの特徴や発達的变化の様相を提示した。ただし、上述したように、ひとりの人のなかでも、夫婦関係、医師との関係、治療行為、社会通念など、語ろうとする内容や対象により、自己を行為主体とするような語り、他者との共同関係に帰結させるような語りのいずれかに力点をおきながら、不妊であることに気づき、治療に通い、不妊を受けとめていくといった、治療をやめるに至る経験のプロセスが語られる。McAdams, Diamond, de St. Aubin, & Mansfield (1997) は、次世代に何かを継承しようとする志向

性の高い大人は、人生において鍵となる経験を語る時、悪い出来事の次に必ずよい出来事を語ることをみいだした。そして、そうした補償の連鎖を、Sacrifice (献身), Recovery (回復), Growth (成長), Learning (学び), Improvement (改善) にまとめている。補償の連鎖は混濁の連鎖とともに、人生における重要な変化を意味づけるための語り方略なのである (McAdams & Bowman, 2001)。こうした知見を踏まえれば、治療経験が、自己を行為主体とする語り、他者との共同関係に織り込むような語りをいかに力動的に組織化しながら語られるのか、さらには、その語られ方にどのような発達的变化の様相を捉えることができるのかといったことは、治療技術の高度化と新たな選択肢の増加に絡めとられない、次世代継承に関与する成人期女性の豊かな発達を検討するのに、重要な観点である。今後の課題としたい。

引用文献

- Atkinson, R. (1995). *The gift of story*. New York: Bergin & Garvey.
 (アトキンソン, R. 塚田 守 (訳) (2006). 私たちの中にある物語——人生のストーリーを書く意義と方法—— ミネルヴァ書房)
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss*. Cambridge: Harvard University Press.
 (ボス, P. 南山浩二 (訳) (2005). 「さよなら」のない別れ 別れのない「さよなら」—— あいまいな喪失—— 学文社)
- Bryan, E., & Higgins, R. (1995). *Infertility: New choices, new dilemmas*. London: Greene & Heaton Ltd.
 (ブライアン, E., & ヒングス, R. 今泉洋子・大木秀一・野中浩一・横山美江・吉田啓治 (訳) (2002). 不妊症——新たな選択とジレンマ—— メディカ出版)
- 江口重幸・野村直樹・斎藤清二 (編) (2006). *ナラティブと医療* 金剛出版
- Frank, W. A. (1995). *The wounded storyteller*. Chicago: The University of Chicago Press.
 (フランク, W. A. 鈴木智之 (訳) (2002). 傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理—— ゆるみ出版)
- 厚生労働省 (2005). 不妊に悩む夫婦への支援について II 不妊専門相談センターにおける相談対応について

- 厚生労働省 2007年3月27日 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0327-2.html>) (2007年4月22日)
- まさのあつこ (2004). 日本で不妊治療を受けるということ 岩波書店
- McAdams, D. P. (1993). Agency and communion. In D. P. McAdams. (Ed.), *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press. pp. 281-291.
- McAdams, D. P., & Bowman, P. J. (2001). Narrating life's turning points: Redemption and contamination. In D. P. McAdams., R. Josselson, & A. Lieblich (Eds.), *Turns in the road: Narrative studies of lives in transition*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 3-34.
- McAdams, D. P., Diamond, A., de St. Aubin, E., & Mansfield, E. D. (1997). Stories of commitment: The psychosocial construction of generative lives. *Journal of Personality and Social Psychology*, **72**, 678-694.
- 三浦一陽 (2004). 男性不妊症患者の原因分類 吉村泰典 (編) 生殖医療のコツと落とし穴 中山書店 pp. 28-29.
- 村本邦子 (2005). 子産み・子育てをめぐる成人の危機と援助 岡本祐子 (編) 成人期の危機と心理臨床——壮年期に灯る危険信号とその援助—— ゆまに書房 pp. 135-185.
- 長沖暁子 (2002). 生殖補助医療の進歩——女性のからだへの自己決定権と生殖技術の発達—— 産科と婦人科, **69**, 21-26.
- 岡本依子・菅野幸恵・根ヶ山光一 (2003). 胎動に対する語りにもまれる妊娠期の主観的な母子関係：胎動日記における胎児への意味づけ 発達心理学研究, **14**, 64-76.
- 坂上裕子 (2003). 歩行開始期における母子の共発達：子どもの反抗・自己主張への母親の適応過程の検討 発達心理学研究, **14**, 257-271.
- 柴原浩章 (2004). ICSIが必要な症例を見分ける方法 吉村泰典 (編) 生殖医療のコツと落とし穴 中山書店 pp. 44-45.
- 白井千晶 (2004). 男性不妊の歴史と文化 青弓社 (編) 不妊と男性 青弓社 pp. 151-192.
- 竹家一美 (2007). 子どものいない中年期女性のライフストーリー——転機の語りと生成継承性の様相に着目して—— 京都大学大学院教育学研究科修士論文 (未刊行)
- 田中俊之 (2004). 「男性問題」としての不妊——〈男らしさ〉と生殖能力の関係をめぐって—— 青弓社 (編) 不妊と男性 青弓社 pp. 193-224.
- 徳田治子 (2004). ナラティブから捉える子育て期女性の意味づけ：生涯発達の視点から 発達心理学研究, **15**, 13-26.
- 堤 治 (2004). 授かる——不妊治療と子どもをもつこと—— 朝日出版社
- 氏家達夫・高濱裕子 (1994). 3人の母親：その適応過程についての追跡的研究 発達心理学研究, **5**, 123-136.
- やまだようこ (2000). 人生を物語ることの意味 やまだようこ (編) 人生を物語る——生成のライフストーリー—— ミネルヴァ書房 pp. 1-38.
- やまだようこ (2007a). 質的研究における対話的モデル構成法——多重の現実, ナラティブ・テキスト, 対話的省察性—— 質的心理学研究, No. 6, 174-194.
- やまだようこ (2007b). 喪失の語り——生成のライフストーリー—— 新曜社
- 山口智子 (2004). 人生の語りの発達臨床心理 ナカニシヤ出版
- 安田裕子 (2005). 不妊という経験を通じた自己の問い直し過程——治療では子どもが授からなかった当事者の選択岐路から—— 質的心理学研究, No. 4, 201-226.
- 安田裕子 (2006a). 女性の不妊治療を選択するということ——治療をやめる選択肢をみすえて—— 教育方法学の探究 (京都大学大学院教育学研究科教育方法学講座紀要), **9**, 9-16.
- 安田裕子 (2006b). 血のつながりのない家族関係を築くということ——非配偶者間人工授精を試み、その後、養子縁組で子どもをもった女性の語りから—— 立命館人間科学研究, **11**, 107-123.
- 吉村泰典 (編) (2004). 生殖医療のコツと落とし穴 中山書店

The Process of Deciding to Give Up Infertility Treatments and Women's Lifelong Development

Yuko YASUDA and Yoko YAMADA

Graduate School of Education, Kyoto University

THE JAPANESE JOURNAL OF PERSONALITY 2008, Vol. 16, No. 3, 279-294

We sought to understand how infertile women decided to stop infertility treatments by examining narratives of the experience they had with the treatments. We interviewed nine women and classified them into three types in terms of the dominant features of their narratives: Agency, Communion, and Hesitation. We selected a case that was most typical of each type, and analyzed them further. For the cases of Agency and Communion, we examined their developmental transformation up to the point of stopping infertility treatments from the viewpoint of different and common features. They differed in terms of mutual trust with their doctors in the clinical relationship. The women shared the change in their perspectives from preoccupation with the treatment to future-oriented views of their lives, following the experiences of difficulties and conflicts during the treatment. Next, we noted the potential for developmental transformation for Hesitation type, whose narratives tended to waver, in the process of retelling their stories. For all three types, narratives about their experiences with infertility treatments were organized dynamically, and all of them appeared to try to give meaning to their infertility experiences.

Key words: infertility treatment, assisted reproductive technology, experience, narrative, life story