

周産期メンタルヘルス支援におけるスティグマを考える

松長 麻美

周産期メンタルヘルスの問題は、それを抱える親だけではなく、その児にも大きな影響を及ぼし、かつそれは乳幼児期にとどまらず長期にわたる。その一方で、国際的にみても周産期メンタルヘルスサービスは多くの場で十分でないことが指摘されている。こうした状況をもたらしている周産期メンタルヘルスケアの障壁の1つに、スティグマの問題がある。周産期メンタルヘルスケアに付随するスティグマとして、周産期の精神的不調が虐待と関連づけて捉えられたり、精神疾患を有する親の養育能力が懐疑的にみられたりするという一般あるいは支援者からのスティグマがある。加えて、メンタルヘルスの問題を抱える母親自身が自分を親失格だと感じたり、精神疾患があると知られることで親権を剥奪されるのではないかと考えたりするというセルフスティグマや予期スティグマの問題もある。これらのスティグマは、一般的な精神疾患に対するスティグマだけでなく、周産期や「親」であることへの期待に起因するスティグマも影響している。さらに、多職種・多機関連携を前提とする周産期メンタルヘルスケアは構造的にスティグマの問題に直面しやすいことも挙げられる。精神科に限らない、さまざまなバックグラウンドをもつ支援者がかかわるが、その数が多いほど支援者によるスティグマに遭遇しやすくなり、また、そのスティグマの存在が多職種・多機関連携の阻害要因ともなりうる。こうしたことから、周産期メンタルヘルス支援はスティグマの影響をより受けやすいとも言える。周産期メンタルヘルスに対するスティグマの解消のためには、専門家からのメッセージ発信や専門職教育のあり方を見直すことが重要と考えられる。加えて、スティグマが社会構造やその背景となる文化的な背景の影響を受けていることをふまえれば、関連する多くの分野に携わる人々との対話や議論を通じた、スティグマの解消に向けた大局的な視点からの取り組みが期待される。

索引用語

周産期メンタルヘルス、スティグマ

著者所属：東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科精神保健看護学分野/国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部/北村メンタルヘルス研究所

編 注：本特集は第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに宮本光一郎（独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院）を代表として企画された。

doi : 10.57369/pnj.24-066

はじめに

周産期メンタルヘルスの問題は、それを抱える親だけではなく児にも大きな影響を及ぼし、また、その影響は乳幼児期にとどまらず長期にわたることが明らかになっている⁹⁾。そのため、周産期メンタルヘルスに関連した社会的および公的サービスに係るコストは大きく³⁾、重要性も高いと考えられるものの、それに比して周産期メンタルヘルスサービスは多くの場で十分でないことが指摘されている⁸⁾。

わが国においては近年、妊産婦の主要な死亡原因が自殺であり、その死亡率が出血などの産科的原因によるものを大きく上回っていたという東京都での調査結果²²⁾が大きなインパクトをもって受け止められた。2017年には産婦健康診査事業が開始され、産後2週前後の母親を対象に産科医療機関でメンタルヘルスの評価が行われるようになり、さらに2018年からは精神疾患を合併した妊婦に対し、多職種が連携した場合に診療報酬上で評価されるようになるなど、周産期メンタルヘルス支援の充実を図る機運が高まっている。また、親になること、家族をもつことはしばしばリカバリーゴールとして挙げられることから、精神保健サービスにおけるパーソナルリカバリー支援の文脈においても、今後、周産期の支援はより重要性を増すと考えられる。

一方で、精神疾患を合併する妊産婦の支援体制は十分であるとはやはりいい難く、また、支援があったとしても利用への障壁が存在する。こうした状況をもたらしている周産期メンタルヘルスケアの障壁の1つに、スティグマの問題があると考えられている²⁷⁾。

周産期メンタルヘルスケアをめぐるスティグマについては、大きく2つの観点があると考えられる。まず、スティグマの内容である。これには、精神疾患やメンタルヘルスケア一般に対するスティグマに加え、妊娠・出産・育児をめぐるスティグマ、すなわち、周産期や「親」であることへの期待に起因するスティグマが挙げられる。加えて、周産期メンタルヘルスケアの構造自体がスティグマの問題に直面しやすい形となっている。本稿では、周産期メンタルヘルスケアをめぐるスティグマの問題について、そのさまざまな側面と周産期メンタルヘルスケアの構造という観点から説明し、さらにこれらによって生じる問題、解消に向けた提案を述べる。

1. 周産期メンタルヘルスケアをめぐるスティグマの諸側面

1. 精神疾患やメンタルヘルスケアに対する一般的なスティグマ

精神疾患やメンタルヘルスケア一般に対するスティグマが根強くあることは論を俟たない。精神疾患のある者が差別を受けたり、そうした差別にさらされることを恐れて、あるいは精神科医療への誤った知識や先入観によってメンタルヘルスに関するヘルプシーキングや人生における重要な機会、すなわち仕事を得る、親密な関係や友人をもつといったことが阻害されたりする^{13,20,25)}。また、スティグマを内在化させることによって精神疾患をもつ者自身の自己効力感や自尊感情が損なわれたりするセルフスティグマ^{6,26)}が生じるといった問題はすでによく知られている。そして、周産期メンタルヘルスケアもその例外ではない。

周産期メンタルヘルスケアの提供において生じるスティグマとして、支援を受けるべき母親が、支援者からメンタルヘルスの問題でなく虐待という見方をされる²¹⁾、あるいは児への危害を懸念される傾向¹⁹⁾や、支援者が本人の養育能力に対して懐疑的な態度を有すること、支援者のスティグマが治療的関係の構築にネガティブな影響を与える可能性¹⁹⁾が報告されている。さらに、周産期にメンタルヘルスの問題を抱える女性自身が抱えるスティグマとして、自分を親失格だと感じたり、恥の感情や罪悪感を生じたりすること^{1,14)}や、精神疾患がある、精神症状があると知られることで親権を剥奪されるのではないかとこの恐れを抱いている¹⁷⁾という報告もある。

暴力的で危険である、あるいは能力が不十分であるとみなされることは一般的な精神疾患患者に対するスティグマとしても報告されている²⁾。このことを周産期にあてはめれば、懸念される危害の形態が児への虐待となり、評価される役割が親役割であれば、それを果たすうえでの能力、すなわち養育能力ということになるのだろう。しかしながら、周産期メンタルヘルスケアが直面するスティグマには特有の側面、すなわち、周産期や「親」であることへの期待に起因するスティグマがあると考えられる。このスティグマは必ずしも精神的不調をきたしたことに起因するわけではなく、それ以前の状態から親となる者一般に付与されており、時にそれが精神的不調の誘因にもなりうるものである。

2. 周産期や「親」であることへの期待に起因するスティグマ

1) 「親」として扱われ、個人として扱われないこと

周産期の支援のなかで、支援者から妊産婦は自分の名前ではなく、無条件に「ママ」「お母さん」と呼びかけられることが珍しくない。しかし、その際に支援者から母親という役割を強調され、個人としてみられないという感覚になることが報告されている^{17,21)}。すなわち、母親であるがゆえに個人として扱われない、さらに言えば児の養育者、添え物としての扱いを受けるのである。

2) 出産・育児をめぐる社会意識の影響

「母親は児に愛情を注いで当然」「何よりも子どもを優先し、自己犠牲的であるべき」といういわゆる「母性神話」の弊害も指摘されている⁵⁾。これは、母性に関する社会的期待と、それを満たせない自身を比較することで、「自分は母親失格である」といったような恥や罪の意識を感じるというものである。加えて日本においては、出産やその後の育児は大変で当然なもの、我慢して当たり前という認識を妊産婦やその周囲の人々が抱いている場合がある²⁴⁾。また、分娩についても、日本人の母親には、帝王切開により出産した母親は「劣って」いるという偏見²³⁾があること、陣痛を体験することに価値を置いて出産時の痛みが児への愛情を増進すると考えたり、陣痛を「完全な」母親、ないし成熟した女性となるための通過儀礼としてみなしたりすること^{7,23,24)}がしばしばみられることが報告されている。こうした認識は、母親やその家族が個人としてもっているものではなく、文化のなかで共有されてきた価値観を妊産婦やその家族が自分達に当てはめていると考えるのが自然であろう。そうであれば、支援者がさらにこうした認識を表明することで、母親に産後の適応に困難を感じさせたり、思うようなお産ができなかった母親に対しては否定的なメタメッセージを送ったりすることになる。また、社会から求められる「母親像」と自身とのギャップを本人が意識することは、精神的不調の一因にもなりうる。

そもそも、社会のなかにある産み育ての自己責任化¹⁸⁾といった意識が、メンタルヘルスを含む周産期支援の制度設計や支援者の態度、また、本人や家族の態度にも影響していることも大いに考えられる。一方で多くのメディアでそう扱われているように、妊娠・出産を無条件に喜ばしいもの、母親になることは一律に女性にとって幸せなことである、といった一見肯定的な姿勢もまた、例えば何らかの要因によって妊娠に否定的である、あるいは児へのボンディングに問題がある妊産婦にとってはセルフスティグマを助

長するものになりかねない。

3) 「周産期」の生理的現象への過大な注目

周産期は内分泌系の変動が大きい時期であるため、この時期の心理的不調はもっぱらホルモンバランスの変化によるものとして説明されることが少なくない。しかし、北村ら¹²⁾は、このことを否定するエビデンスが多く存在していると指摘したうえで、「社会的動物」としてマクロにみる視点の欠落が、エビデンスよりこうした「都市伝説」が優先される原因であるとしている。そうだとするならば、内分泌系の変動に原因を求める説明が強調されることは誤解を生むだけでなく、問題の矮小化をまねき、支援対象者の困難を生み出している背景要因が見過ごされることにもつながる。繰り返しとなるが、周産期の支援においては「親」であることに注目が偏る傾向が否めない。そのようななかで、内分泌系の変動という周産期特有の生理現象に過度に焦点があてられることは、支援者の視点が周産期、または親という限られた時間枠や、限られた役割に狭められてしまう可能性をより強めるのではないだろうか。これらの結果、適切な対処がなされないまま問題が複雑化、困難化することも十分に考えられる。

II. スティグマと周産期メンタルヘルスケア

こうしたさまざまなレベルにおけるスティグマは、周産期メンタルヘルスの支援体制や支援枠組みにおいて質、量ともに不十分な状態を引き起こすと考えられる。

精神疾患をもつ者は親となるにはふさわしくないと考えるならば、精神疾患を有する女性の妊娠・出産・育児を積極的に支援するという姿勢は生まれないだろうし、妊娠・出産・育児はつらくて当然という考えが一般的であれば、妊産婦の困難に注意を払い、支援しようという流れも生まれにくい。同様の問題はプレコンセプションケア（妊娠前の支援）についても存在する。例えば、統合失調症の妊婦はそうでない妊婦に比べ意図しない妊娠が多い¹⁵⁾という報告があり、そもそも慢性精神疾患を有する女性の妊娠の可能性について、本人を含めた関係者が想定していない可能性が示唆される。そうであるならば、そもそもプレコンセプションケアさえ行われにくいであろう。慢性の精神疾患をもつ者において、妊娠・出産・育児はリカバリーゴールとして本人の人生に大きな利益をもたらさう^{10,28)}一方、症状悪化のリスクファクターでもあり¹¹⁾、向精神薬の影響も考慮する必要があるため、本来であれば妊娠前の支

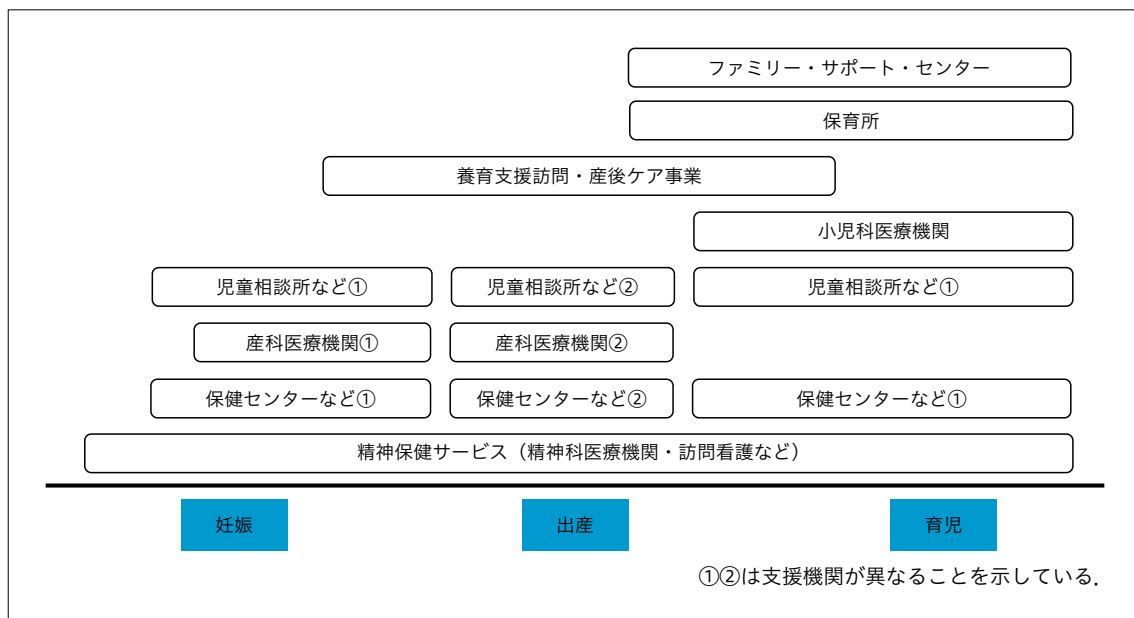


図 支援機関の1例

援が欠かせないはずである。しかし、精神科医療においては長らくプレコンセプションケアに焦点が当てられてこなかったことが指摘されている⁴⁾。

患者自身が否定的な対応をされることやそれを予測すること、自身の恥の感情や罪悪感、セルフスティグマから、ヘルプシーキングが減少することもありうる。支援のアクセスが整っていないこともまた、さらに支援から足を遠ざけることにつながる。そしてこのような状況下でなんとか支援につながったとしても、そこで仮に児の親としてのみ扱われ続けることになれば、困難を抱えている本人であるにもかかわらず、「いないもの」「見えない存在」にされているという感覚をもつであろう。これは、自身が尊重されていないという感覚につながり、また、自尊感情や自己効力感をさらに低下させるのではないだろうか。

妊産婦の自殺死亡率の高さを受けて、前述のとおり、わが国では産婦健康診査として産後2週間前後にうつやボンディングの問題のスクリーニングが広く実施されるようになった。しかしながら、支援のなかで周産期のメンタルヘルスの問題が養育能力、ひいては虐待と関連づけて扱われていれば、うつやボンディング障害があるとみなされた妊産婦は「虐待予備軍」というレッテルを貼られたに等しい扱いを受けかねず、何より妊産婦本人がそのように感じることで、精神的不調を悪化させることにもなりうる。なお、周産期にしばしばみられるボンディング障害は児に対する愛着形成の困難そのものが症状である。そのような母親

が、「母親にとって児は可愛くて当然」といった風潮のなか、自身の状況を積極的に他者に説明し、助けを求めようとするのはまず困難である。

Ⅲ. スティグマに直面しやすい 周産期メンタルヘルスケアの構造

周産期メンタルヘルスケアの構造的な特徴の1つに、かわる支援者や支援機関が時期やニーズによって多岐にわたり、しばしば支援機関の変更や多機関・多職種の連携の必要が生じることが挙げられる。産前から何らかの精神的不調を抱えている妊産婦の例を図に示す。妊娠中から産後の育児期まで精神科医療機関、精神科訪問看護などの精神保健サービスがかかわるほか、妊娠中の管理や出産にあたっては産科医療機関の支援が必須となる。地域においては保健センターの保健師などが行政サービスとして母子保健・精神保健の両側面からかかわり、場合によっては養育支援訪問や産後ケア事業として委託を受けた助産師などがかわることも考えられる。また、育児支援として保育所やファミリー・サポート・センター事業などが活用されたり、他に児童相談所などの行政機関が関与したりする場合もある。

精神疾患を合併し特別な支援が必要と判断された妊婦であれば、受け入れ可能な医療機関は限られ、妊娠経過の途中で担当する産科医療機関が変更となることもある。加え

て、日本には里帰り出産の文化もあり、出産前後に一時的に居所が変わることで産科医療機関や地域の支援機関の変更が生じることもありうる。

このように、周産期メンタルヘルスケアには多くの支援者がかかわるが、一方で、精神医学の教育を受けた経験のある人は、そうでない人よりも統合失調症へのスティグマが高いという報告もある¹⁶⁾。また、前述のような妊娠・出産・育児をめぐる価値観が、無意識のうちに専門家の言動に反映されることで対象者を傷つける可能性があることを考えれば、かかわる機関や支援者が増えるほど支援者によるスティグマに遭遇するリスクも高くなると考えられる。

支援者のもつスティグマの存在は、多機関・多職種連携への動機づけや支援観にも影響する。もし支援者が精神疾患を有する母親に対して「母親失格」「虐待予備軍」という偏見をもっていたら、その母親を支援対象として捉えて他の機関や職種との連携を図るということも検討されにくくなるであろう。周産期メンタルヘルスに関する知識・技術が十分に広まっていない現状では、支援者間で「周産期メンタルヘルス」の対象者として想定されるイメージがそれぞれに異なり、イメージと相違があると感じた支援者によって「援助が難しい」と判断されることもあるのではないだろうか。

また、周産期メンタルヘルスにおいては、親と児の双方が支援対象になるが、支援対象となる親が不適切な養育を行っており、同時に不適切な養育下におかれている児も支援対象である、といった構図のように、両者の間に対人的な問題が生じていることも少なくない。そうした場合、この親子にかかわるさまざまな支援者がそれぞれの専門性から考える支援目標の違いにより、親と児のどちらか一方への支援に比重がよりおかれた結果、もう一方が否定的な見方をされたりするということが起こりうる。

IV. 今後に向けて

では、今後、われわれは周産期メンタルヘルスにおけるスティグマの問題にどのように対処していくべきだろうか。

まず、メッセージの発信についての課題がある。周産期メンタルヘルスの啓発活動はしばしば虐待予防と関連づけられる。それは、世論の喚起や耳目を集めるという点においては有効かもしれないが、前述のとおり「精神的不調を抱えた親＝虐待予備軍」という認識も社会に植え付けかねない。これによって、精神的不調を抱えた妊産婦が偏見や

差別にさらされたり、それらを恐れた本人がヘルプシーキングを控えたりすることは十分に考えられる。同様に、「児のため」として周産期メンタルヘルスケアの重要性が強調されることにも注意を払いたい。児の養育環境や児への影響を考えることはもちろん重要であるが、不調をきたしている親自身も中心的な支援対象者として関心が向けられるべきである。「児のため」であることが過度に強調されると、親にとっては本人不在、あるいは「子を育てるシステム」としてみなされるだけの支援になってしまうおそれがある。

こうしたことを考慮に入れて、周産期メンタルヘルスにかかわる専門家は改めてメッセージの発信の仕方を考えていくべきではないだろうか。そして制度設計自体も一定の社会的メッセージをもつことから、親子双方のためのメンタルヘルスケアとして設計され、周知されることが望まれる。

次に、専門職の教育についての課題がある。現在、周産期メンタルヘルスへの関心の高まりとともに、各種サービスの拡充も図られている。周産期メンタルヘルスケアが量的には充足したとしても、直接的に支援にあたるスタッフが前述のような周産期に関する先入観や偏見を有し、それに基づいた言動を示していたならば、有益でないばかりか逆の効果を生むこともあるだろう。今後、専門職教育のなかで、周産期メンタルヘルスについてスティグマを形成しないような啓発や心理支援技法に関する教育を充実させ、質の向上を図ることが求められる。

最後に、「母性」や「子育て」に関する社会意識の課題を挙げる。一般にスティグマの内容はその文化における価値観の影響を受けるため、スティグマの背景にある文化的要因に目を向けざるを得ない。本稿のなかでも、周産期のメンタルヘルスへのスティグマの背景に母性や子育てをめぐる日本の社会意識の影響があることを述べたが、これらの変化を促すために、専門家が正しい情報の発信やキャンペーンを行うことも1つの手段かもしれない。しかし、精神科領域だけで取り組むだけでは社会全体に変化をもたらすことは難しいであろう。今後は精神科および医学領域に限らず、関連する他領域と積極的に対話の場をもつことによって、相互理解や合意形成、意識の醸成を図ることが重要なのではないかと考える。

おわりに

本稿では、周産期メンタルヘルスをめぐるスティグマについて、問題の整理と今後に向けた課題の提示を行った。

周産期メンタルヘルスにおいては一般的な精神疾患やメンタルヘルスケアへのスティグマだけでなく、周産期や「親」であることへの期待に起因するスティグマも存在するため二重のスティグマにさらされているといえ、特に後者は周産期の精神的不調の要因ともなりうる。また、周産期メンタルヘルスケアは多機関、多職種連携が前提であり、自ずと関係する機関や支援者の数は増える傾向にある。専門家も含めて、これまで述べてきたようなスティグマの問題が払拭しきれていない現状では、連携のたびに支援対象者が新たにスティグマの問題に遭遇する可能性が生じる。

スティグマの問題の解決には個別の事例対応だけでなく、構造的なレベルでの変化が求められるため、精神科領域のなかだけの議論にとどめることなく、関係する他領域とより多くの対話や交流の場をもつことによって、幅広い議論が行われるよう努める必要がある。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Alderdice, F., Kelly, L. : Stigma and maternity care. *J Reprod Infant Psychol*, 37 (2) ; 105-107, 2019
- 2) Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., et al. : Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67 (7) ; 471-482, 2013
- 3) Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., et al. : The costs of perinatal mental health problems. Centre for Mental Health and London School of Economics, London, 2014 (<https://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/costs-perinatal-mental-health-problems/>) (参照 2024-03-12)
- 4) Catalao, R., Mann, S., Wilson, C., et al. : Preconception care in mental health services : planning for a better future. *Br J Psychiatry*, 216 (4) ; 180-181, 2020
- 5) Constantinou, G., Varela, S., Buckby, B. : Reviewing the experiences of maternal guilt : the “Motherhood Myth” influence. *Health Care Women Int*, 42 (4-6) ; 852-876, 2021
- 6) Corrigan, P. W., Rafacz, J., Rüsch, N. : Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res*, 189 (3) ; 339-343, 2011
- 7) Didierjean, C. : 文化人類学から見た日本の産婦人科. 埼玉医科大学雑誌, 30 (1) ; 62, 2003
- 8) Howard, L. M., Piot, P., Stein, A. : No health without perinatal mental health. *Lancet*, 384 (9956) ; 1723-1724, 2014
- 9) Howard, L. M., Khalifeh, H. : Perinatal mental health : a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19 (3) ; 313-327, 2020
- 10) 池淵恵美 : 統合失調症の人の恋愛・結婚・子育て支援. *精神経誌*, 117 (11) ; 910-917, 2015
- 11) Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., et al. : Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the postpartum period. *Lancet*, 384 (9956) ; 1789-1799, 2014
- 12) 北村俊則, 羽田彩子, 大橋優紀子 : 周産期の身体とこころ—産後うつ病のホルモン仮説—. 事例でまなぶ 助産師ができる周産期のメンタルヘルスケア. *ペリネイタルケア*, 547 (夏季増刊) ; 10-15, 2022
- 13) Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., et al. : Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder : a cross-sectional survey. *Lancet*, 381 (9860) ; 55-62, 2013
- 14) Law, S., Ormel, I., Babinski, S., et al. : Dread and solace : talking about perinatal mental health. *Int J Ment Health Nurs*, 30 (Suppl 1) ; 1376-1385, 2021
- 15) Matevosyan, N. R. : Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia : a meta-study. *Arch Gynecol Obstet*, 283 (2) ; 141-147, 2011
- 16) Matsunaga, A., Kitamura, T. : The effects of symptoms, diagnostic labels, and education in psychiatry on the stigmatization towards schizophrenia : a questionnaire survey among a lay population in Japan. *Ment Illn*, 8 (1) ; 6344, 2016
- 17) Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L. M., et al. : Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK : a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Arch Womens Ment Health*, 18 (6) ; 745-759, 2015
- 18) 元橋利恵 : 母性の抑圧と抵抗—ケアの倫理を通して考える戦略的母性主義—. 晃洋書房, 京都, 2021
- 19) Ordan, R., Shor, R., Liebergall-Wischnitzer, M., et al. : Nurses’ professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. *J Clin Nurs*, 27 (7-8) ; 1543-1551, 2018
- 20) Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., et al. : Public stigma and self-stigma : differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatr Serv*, 65 (2) ; 232-238, 2014
- 21) 高橋秋絵 : 産後うつ状態の母親から見た看護職の関わり. *日本周産期メンタルヘルス学会会誌*, 2 (1) ; 55-60, 2016
- 22) 竹田 省 : 妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦 (特別講演 1, 公益社団法人日本産科婦人科学会第68回学術講演会). *日本産科婦人科学会雑誌*, 68 (2) ; 345-346, 2016
- 23) Takegata, M., Haruna, M., Morikawa, M., et al. : Qualitative exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas. *Nurs Health Sci*, 20 (3) ; 338-345, 2018
- 24) 田辺 (西野) けい子 : 〈出産の痛み〉に付与される文化的意味づけ—「自然出産」を選好した人々の民族誌 (エスノグラ

- フィー) ー. 日本保健医療行動科学会年報, 21 ; 94-109, 2006
- 25) Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., et al. : Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey. *Lancet*, 373 (9661) ; 408-415, 2009
- 26) Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., et al. : Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*, 33 (6) ; 1312-1318, 2007
- 27) Webb, R., Uddin, N., Ford, E., et al. : Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings : a systematic review. *Lancet Psychiatry*, 8 (6) ; 521-534, 2021
- 28) Wisdom, J. P., Bruce, K., Saedi, G. A., et al. : ‘Stealing me from myself’ : identity and recovery in personal accounts of mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*, 42 (6) ; 489-495, 2008
-

Stigma on Perinatal Mental Health Care

Asami MATSUNAGA

Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Graduate School of Health Care Sciences,
Tokyo Medical and Dental University

Department of Community Mental Health and Law, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Kitamura Institute of Mental Health Tokyo

Perinatal mental health problems have a significant impact not only on parents but also on their children, and this impact can far outlast infancy. However, perinatal mental health services are insufficient in many settings internationally. Stigma might be one of the barriers to the sufficient delivery of perinatal mental health care.

Stigma associated with perinatal mental health care includes stigma from both the public and specialists ; for example, mothers with perinatal mental problems are seen to be associated with abusive behaviour and inadequate parenting skills. In addition, self-stigma and anticipated stigma are also issues. Specifically, mothers with mental health problems can feel inappropriate to be parents or that they will be deprived of custody of their children if their mental illness becomes known. These stigmas result not only from the stigmatisation against mental illness but also from public expectations regarding who can be considered to be in their perinatal period and ‘parental’ role.

Perinatal mental health care might be more susceptible to stigma than general mental health care. It is based on multi-agency and multi-professional collaboration, and specialists who support parents with mental health issues can come from various backgrounds, not just psychiatry. In this context, the more specialists involved, the more likely parents would encounter stigma. Furthermore, the existence of stigma itself can be a barrier to such collaboration.

To eliminate the stigma attached to perinatal mental health, examining how professionals disseminate messages and how best to teach perinatal mental health practice in professional education is important. In addition, given that stigma is influenced by social structures and cultural backgrounds, efforts should be made to eliminate stigma by involving people in many related fields in the discussion.

Author's abstract

Keywords perinatal mental health, stigma