Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 122 (2024)

Heft: 1-2

Artikel: Umgang mit Suizidalität bei Schwangeren und Wöchnerinnen

Autor: Sutter, Lena / Kozel, Bernd

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1056127

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

Download PDF: 13.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Umgang mit Suizidalität bei Schwangeren und Wöchnerinnen

Suizidalität in der vermeintlich glücklichsten Zeitspanne des Lebens – der Phase rund um Geburt und erstes Jahr. Was schwer zu akzeptieren ist, existiert. Fachpersonen sind aufgerufen, genau hinzuschauen. Suizidgefährdete Frauen müssen erkannt werden, damit ihnen geholfen werden kann.

TEXT:
LENA SUTTER UND BERND KOZEL

Suizidalität tritt bei vielen Menschen im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung oder während einer Lebenskrise auf. Die Vorstellung, dass sich jemand in einer Zeitspanne das Leben nimmt, die gesellschaftlich als eine der glücklichsten gilt, mag schwierig sein, dennoch ist es Realität: Die Raten sind nach wie vor hoch (Chin et al., 2022). In Grossbritannien und den USA war Suizid sogar die häufigste Todesursache von Müttern im ersten Jahr nach der Geburt (Admon et al., 2021; Knight et al., 2022). Wissen und Verständnis seitens der Fachpersonen in Bezug auf die perinatale psychische Gesundheit sind von entscheidender Bedeutung, um suizidgefährdete Frauen zu erkennen (Higgins, 2017).

Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten befinden sich meist in einer Krise, in der sie Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Selbsthass und andere schmerzhafte Gefühle erleben, die sie keinen Ausweg mehr erkennen lassen. Diese Krise kann sich so zuspitzen, dass das Leben (inneres Erleben) unerträglich wird und der Suizid als vermeintlich einzige «Lösung» erscheint (Kozel, 2021).

In der Perinatalzeit, welche in der Schwangerschaft beginnt und bis zum Ende des ersten Jahrs nach der Geburt dauert, gibt es psychische und psychosoziale Risikofaktoren, welche mit einem erhöhten Risiko für Suizidgedanken und -verhalten in Verbindung gebracht werden (siehe Kästchen unten).

Perinatale Risikofaktoren

- Psychische Erkrankungen (bestehend und/oder neu auftretend);
- Frühere Suizidversuche;
- Gewalt in der Partnerschaft;
- Misshandlung- und/oder Missbrauchserfahrungen;
- Alkohol- und Tabakkonsum;
- Trauma (körperlich, emotional, sexuell);
- Fehlgeburten und/oder perinataler Verlust;
- niedriger sozioökonomischer Status;
- Migration und Arbeitslosigkeit.

Bright et al., 2022; Legazpi et al., 2022

Erkennen, beurteilen und handeln

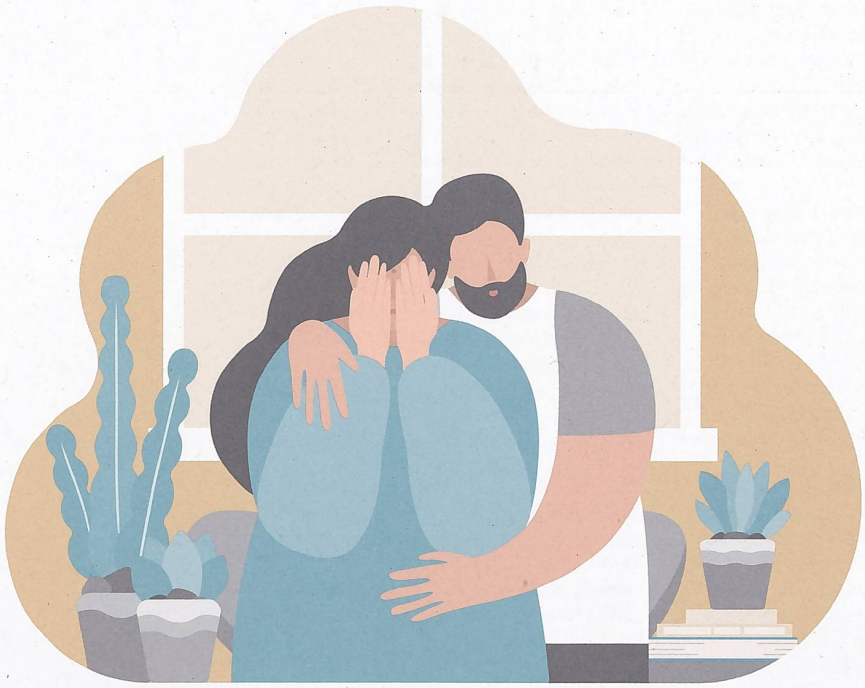
Durch den Wunsch, den kulturell bedingten Erwartungen an die Mutterschaft gerecht zu werden, werden psychische Probleme und suizidale Gedanken von den Frauen oft lange versteckt (Praetorius et al., 2020). Das systematische Screening der psychischen Gesundheit, einschliesslich der Suizidalität, ist daher von entscheidender Bedeutung – auch für die perinatale Suizidprävention (Modini et al., 2021). Dazu eignet sich beispielsweise die Edinburgh Postnatal Depression-Skala (EPDS)[1]. Die letzte Frage des EPDS adressiert die suizidalen Gedanken. Ein spezifisches perinatales Assessment zur Bewertung der Suizidalität gibt es derzeit noch nicht (Kobylski et al., 2023). Sind suizidale Gedanken vorhanden, wird ein prozesshaftes Vorgehen zur Beurteilung der Suizidgefährdung empfohlen (Veterans Affairs Department, 2019). Dies beinhaltet folgende drei Schritte:

Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten befinden sich meist in einer Krise, in der sie Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Selbsthass und andere schmerzhafte Gefühle erleben, die sie keinen Ausweg mehr erkennen lassen. Diese Krise kann sich so zuspitzen, dass das Leben (inneres Erleben) unerträglich wird und der Suizid als vermeintlich einzige «Lösung» erscheint (Kozel, 2021).

1. Durchführung eines Screenings

Für die Risikoeinschätzung eignen sich zum Beispiel folgende Instrumente: Die «Nurses' Global Assessment of Suicide Risk»-Skala (NGASR-Skala), welche 16 Risikofaktoren für Suizid oder Suizidversuch erfasst (Kozel et al., 2016) oder die «Pictorial Representation of Illness and Self Measure»-Methode (PRISM-S), eine einfache und schnell handhabbare Methode zur visuellen Darstellung und Beurteilung von Suizidalität (Harbauer et al., 2013). Bei der Einschätzung der Suizidgefährdung sollte man sich nie allein auf standardisierte Instrumente verlassen, sondern immer den klinischen Gesamtkontext berücksichtigen. Gespräche und Verhaltensbeobachtungen müssen unbedingt eine professionelle und differenzierte Einschätzung der Suizidgefährdung ergänzen (Veterans Affairs Department, 2019). Bei einem

[1] Siehe Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) unter https://postpartale-depression.ch



iStock

positiven Befund im Screening und/oder bei deutlichen Hinweisen für eine Suizidgefährdung muss im Rahmen eines einfühlsamen Gesprächs eine vertiefte Einschätzung der Suizidgefährdung (Fokusassessment) vorgenommen werden.

2. Durchführung eines Fokusassessment

Im Vordergrund steht dabei die Exploration von:

- Suizidgedanken (Häufigkeit, Dauer, Intensität, Erleben und Gefühl der Kontrollierbarkeit);
- Suizidabsichten (Motivation, Druck, Wille zur Ausführung suizidaler Handlungen);
- Plänen zur Suizidausführung (Vorbereitungen, Methoden, gedankliches Durchspielen);
- früheren Suizidversuchen (kurz zurückliegend, bedauert oder nicht bedauert);
- aktuellem Befinden (psychischem Schmerz, Verzweiflung, Sinn, Ausweglosigkeit, Hoffnung);
- erleichtertem Zugang zu Suizidmethoden (Waffen, Medikamenten, hohen Gebäuden, Bahnlinien);
- protektiven Faktoren (soziale Unterstützung, soziale Einbindung, Religiosität und Weiterem).

3. Dokumentation der Risikobeurteilung

Die Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil der Risikobeurteilung, aus ihr muss hervorgehen, welche Gründe zu einer bestimmten Beurteilung der Suizidgefährdung geführt haben und welche Handlungskonsequenzen daraus abgeleitet werden.

In Kriseninterventionen die Person stützen

Bei der psychosozialen Krise ist in Abgrenzung zum psychiatrischen Notfall in erster Linie eine nichtärztliche Hilfe notwendig, da sie in geringerem Ausmass mit einer direkten vitalen Bedrohung verbunden ist. Die Aufgabe während der Krisenintervention ist es, die betroffene Person zu stützen, empathisch zu sein und sie dazu zu ermutigen, Gefühle wie Trauer, Schmerz und Aggression zu zeigen (Kozel, 2015). Dabei kann die Verwendung eines Kriseninterventionskonzeptes, das eine grundsätzliche Orientierung für das Vorgehen bietet, wie zum Beispiel das «BELLA-Konzept» (siehe Kästchen rechts), hilfreich sein.

Die Verwendung von Non-Suizidverträgen ist umstritten, da es keine ausreichende Evidenz dafür gibt, dass sie Suizide verhindern. Hinzu kommt, dass sie bei Betroffenen zu einer zusätzlichen «Drucksituation» führen, während das unerträgliche, innere Erleben weiterhin vorhanden ist. Aus diesem Grund sollten Non-Suizidverträge nur dann verwendet werden, wenn eine tragfähige Beziehung besteht und die betroffene Frau Angst vor einer fehlenden Selbstkontrolle bei suizidalen Impulsen hat.

Patient*innen, die bereits einmal eine suizidale Phase erlebten, werden im Rahmen der psychiatrischen Behandlung auf suizidale Krise in der Zukunft vorbereitet. Mittlerweile gibt es für den persönlichen

Das «BELLA»-Konzept

Ein kurzer Überblick zum BELLA-Konzept, dessen Name sich aus den Initialen der einzelnen Schritte zusammensetzt.

Beziehung aufbauen
Gesprächs- und Hilfsbereitschaft signalisieren. «Erzählen Sie mir doch einmal, wie es dazu kam, dass…»

Erfassen der Situation
Auslöser und Auswirkungen, weitere Faktoren, soziale Situation; Selbst- oder Fremdgefährdung, Bewältigungsstrategien. «Gibt es aus Ihrer Sicht einen speziellen Auslöser?» «Hat dieses Ereignis Einfluss auf…?» «Ist es momentan hilfreich, dass…?»

Linderung von Symptomen
Gespräch, Reizabschirmung, Entspannungstechniken; Atemtechniken; Skills- und Bewältigungsstrategien; medikamentöse Unterstützung. «Wie, glauben Sie, wird es weitergehen?» «Welche Dinge sind Ihnen jetzt am wichtigsten?»

Leute einbeziehen
Soziales Umfeld, Gesundheitsfachpersonen etc.

Ansatz zur Problembewältigung finden
Ressourcen erfassen/benennen: «Wenn das Problem so gelagert ist, welche Konsequenzen hat das dann?»

Quelle: Sonneck *et al. (2016)*

Referenzen

Admon, L. K., Dalton, V. K., Kolenic, G. E., Ettner, S. L., Tilea, A., Haffajee, R. L., Brownlee, R. M., Zochowski, M. K., Tabb, K. M. & Muzik, M. (2021) Trends in suicidality 1 year before and after birth among commercially insured childbearing individuals in the United States, 2006-2017. *JAMA psychiatry*; 78(2), 171-176.

Chin, K., Wendt, A., Bennett, I. M. & Bhat, A. (2022) Suicide and Maternal Mortality. *Current Psychiatry Reports*; 24(4), 239-275. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01334-3

Durrer, M., Gurtner, C., Meinhof, J. & Lerch, M. (2022) Projekt SERO: «Suizidprävention. Einheitlich Regional Organi-siffert»: Trialogische Zusammenarbeit-gemeinsame Sprache-geteilte Verantwortung. Was immer noch nicht im Lehrbuch steht, 42.

Harbauer, G., Ring, M., Schuetz, C., Andreae, A. & Haas, S. (2013) Suicidality assessment with PRISM-S–Simple, fast, and visual: A brief nonverbal method to assess suicidality in adolescent and adult patients. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*; 34(2), 131.

Higgins, A. (2017) Perinatal mental health: an exploration of practices, policies, processes and education needs of midwives and nurses within maternity and primary care services in Ireland.

Knight, M., Bunch, K. & Patel, R. (2022) Saving lives, improving mothers' care core report–lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20.

Kobylski, L. A., Keller, J., Molock, S. D. & Le, H.-N. (2023) Preventing perinatal suicide: an unmet public health need. *The Lancet Public Health*; 8(6), e402.

Kozel, B. (2015) Professionelle Pflege bei Suizidalität. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Kozel, B., Grieser, M., Abderhalden, C. & Cutcliffe, J. R. (2016) Inter-rater reliability of the German version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale. *International journal of mental health nursing*; 25(5), 409-417.

Kozel, B. (2021) Suizidalität in der stationären Versorgung: In T., Teismann, T., Forkmann & H., Glaesmer (Hrsg.). Suizidales Erleben und Verhalten: Ein Handbuch (S. 188-211). Psychiatrie-Verlag.

Modini, C., Leske, S., Roberts, S., Whelan, N., Chitakis, A., Crompton, D. & Ellwood, D. (2021) Maternal deaths by suicide in Queensland, Australia, 2004-2017: an analysis of maternal demographic, psychosocial and clinical characteristics. *Arch Womens Ment Health*; 24(6), 1019-1025. https://doi.org/10.1007/s00737-021-01107-6

Praetorius, R., Maxwell, D. & Alam, K. (2020) Wearing a happy mask: Mother's expressions of suicidality with postpartum depression. *Social Work in Mental Health*; 18(4), 429-459.

Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., & Voracek, M. (2016) Krisenintervention und Suizidverhütung (Vol. 2123). UTB.

Umgang mit Suizidalität auch eine Selbstmanagement-App, die es suizidgefährdeten Menschen und ihren Angehörigen ermöglichen soll, unabhängig von Zeit und Ort, erste Schritte der Suizidprävention selbst einzuleiten (Durrer et al., 2022).

Prävention durch systematisches Screening

Hebammen können zur perinatalen Suizidprävention beitragen, indem sie die psychische Gesundheit durch ein systematisches Screening erfassen, die Suizidalität abfragen und Frauen bei Verdacht auf erhöhte Suizidalität an eine psychiatrische Fachperson überweisen. Bei Risikofaktoren ist es wichtig, gezielt präventive Massnahmen zur Unterstützung der psychosozialen Situation einzuleiten.

AUTOR*IN

Lena Sutter,
MSc Hebamme, fachführende Hebammenexpertin und Advanced Practice Midwife an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern, und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule.
lena.sutter@insel.ch

Bernd Kozel,
MSc Pflege, wissenschaftlicher Mitarbeiter Lehre Bachelor Pflege, Berner Fachhochschule. Verfügt über eine langjährige Erfahrung als Advanced Practice Nurse im Bereich Suizidalität.
bernd.kozel@bfh.ch

Gut gerüstet mit dem Master

«Ich profitiere sehr vom Masterstudium: Es gibt mir Hintergrundwissen und ein neues Mindset. So kann ich meine Hebammenarbeit mit Evidenz untermauern. Und ich bin gut gerüstet für meine berufliche Zukunft.»

Theresia Labenbacher, Studentin MSc Hebamme, angestellte Hebamme im Geburtshaus, Beleghebamme und freiberuflich tätig.

Wir beraten Sie gern
Neu bieten wir auch hybride Studienplätze an. Erfahren Sie mehr über das Masterstudium an der ZHAW an unseren Infoveranstaltungen und in der persönlichen Studienberatung.

→ zhaw.ch/gesundheit/master/hebamme