

41. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention

# SUIZIDALITÄT IM KONTEXT PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

INTEGRATION SUIZIDPRÄVENTIVER  
MAßNAHMEN IN KLINIK, PRAXIS  
UND GESELLSCHAFT

PROGRAMM  
6.-8. SEPT. 2013

# INHALT

BEGRÜßUNG	04
GELEITWORTE	05
TAGUNGSINFORMATIONEN   ANMELDUNG	08
DRESDEN	10
<hr/>	
ERÖFFNUNGSPROGRAMM	12
<b>WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM</b>	<b>14</b>
GESELLSCHAFTSABEND	16
<hr/>	
ERÖFFNUNGSVORTRÄGE	18
● SYMPOSIEN	19
KUNST UND SUIZIDALITÄT	30
● WORKSHOPS	32
<hr/>	
REFERENTEN	36
CARL GUSTAV CARUS	39
ÜBER DGS   MITGLIEDSCHAFT	40
ÜBER IGSLI	41
SPONSOREN	42
HERBSTTAGUNG 2014	43

Eine Veranstaltung von:

Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER.



# BEGRÜßUNG

## SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,

Ich möchte Sie als Vorsitzender der DGS, aber auch im Namen der Veranstalter und der Vorbereitungsgruppe herzlich zu der 41. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention einladen, die von 6. bis 8. September in Dresden stattfinden wird. Ausrichter sind die Arbeitsgemeinschaft Suizidforschung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Dresden, in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie des Städtischen Krankenhauses Dresden Neustadt und dem Psychosozialen Krisendienst Dresden. Allen beteiligten Kollegen gilt schon jetzt mein Dank für die aufwendige Vorbereitung. Im letzten Jahr wurden in der DGS einige Jubiläen gefeiert, es wurden 40 Jahre DGS, aber auch die 40. Herbsttagung gefeiert. Darüber hinaus erschien das 150. Heft der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ und das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPRO) wurde vor 10 Jahren initiiert. Nach so vielen Jubiläen ist 2013 zwar ein Jahr ohne große runde Zahlen, aber das Vorangestellte weist doch auch auf die lange Tradition der DGS, nicht zuletzt auch der großen jährlichen Tagung im Herbst.

In diesem Jahre ist diese mit einer internationalen Tagung verbunden, die ebenfalls bereits eine lange Tradition aufweist, nämlich mit der 27. Tagung der International Group for the Study of Lithium Treated Patients (IGSLI). Diese Zusammenführung ist schon deswegen von großem Interesse, da Lithium eine der wenigen Substanzen ist, bei denen ein suizidpräventiver Effekt belegt ist, und zwar auch unabhängig vom Erfolg der phasenprophylaktischen Wirkung, für die es primär bei sogenannten affektiven Erkrankungen eingesetzt wird. Sie haben in Dresden nun die Gelegenheit, sich bei der Tagung über den aktuellen Wissensstand der Lithiumbehandlung zu informieren, der von ausgewiesenen nationalen wie internationalen Fachleuten dargestellt wird.

Das Tagungsthema „Suizidalität im Kontext psychischer Erkrankungen – Integration suizidpräventiver Maßnahmen



in Klinik, Praxis und Gesellschaft“ weist aber insgesamt weit über diese Fragen hinaus, und wenn Sie dieses Programm durchsehen, werden Sie erkennen, dass der gewählte Titel dem breiten Angebot bei dieser Veranstaltung bestens gerecht wird. Die Tagung bietet sicherlich eine sehr gute Gelegenheit, maßgebliche Experten zu wichtigen Fragen der Suizidprävention zu hören. Neben dem klinischen Schwerpunkt werden aber auch weitere Themen aufgegriffen, ich will hier nur das Symposium Suizidalität in Kunst und Medien am Sonntag erwähnen. Auch das Format ist breit gefasst, neben Vorträgen gibt es auch eine Reihe von Seminarangeboten, die sich jeweils ausführlicher einem Thema widmen.

Ich denke, dass es den Organisatoren gelungen ist, einen Anreiz zu schaffen, an der Tagung teilzunehmen, und wünsche anregende Tage in Dresden.

Mit freundlichen Grüßen  
Univ.-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer  
Vorsitzender der DGS

# GELEITWORT

## ÜBER 10.000 MENSCHEN

sterben jährlich in Deutschland durch Suizid. Ihre Entscheidung, frühzeitig aus dem Leben zu scheiden, geht meist mit einer psychischen Erkrankung einher, die behandelbar gewesen wäre.

Denn Menschen mit psychischen Erkrankungen kann geholfen werden. Damit sie rechtzeitig entsprechende Unterstützung einholen, ist für uns alle ein vorurteilsfreier Umgang mit dem Thema „Psychische Erkrankungen“ wichtig. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist die gesellschaftliche Akzeptanz die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung der Erkrankung.

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) setzt sich seit 35 Jahren für ein suizidpräventives gesellschaftliches Klima in unserem Land ein. In Forschung, Lehre oder Praxis befassen Sie, die Mitglieder des Fachverbandes, sich mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen.

Hier hat Ihre Fachgesellschaft immer eine Vorreiterrolle eingenommen. So auch als Mit-Initiatorin der Gründung des Nationalen Suizid Präventionsprogramms für Deutschland (NASPRO) im Jahr 2003, die auch vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt wurde.

Ihr Einsatz, den eingeschlagenen Weg der Prävention weiterzugehen und dabei stets auch wachsam zu sein für die Entwicklung besonderer Probleme, wie die Suizidalität junger Menschen oder im Alter, spiegelt sich auch im Programm der 41. Herbsttagung wider.

So bietet die Verknüpfung mit der 27. Tagung der Internationalen Forschergruppe zur Erforschung von Lithium (IGSLI) Ihnen zudem die Möglichkeit, einen Blick über die Grenzen Deutschlands zu werfen und gleichzeitig den Stellenwert biologischer Ansätze zur Suizidprophylaxe weitergehend zu diskutieren.



Die Herbsttagung verspricht Ihnen also auch in diesem Jahr spannende Vorträge und Diskussionen. Ich bin mir sicher, dass von ihr wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Suizidprävention in Deutschland ausgehen werden. Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünsche ich drei anregende und aufschlussreiche Tage in Dresden.

Daniel Bahr  
Bundesminister für Gesundheit

# GELEITWORTE

## SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN, LIEBE TAGUNGSTEILNEHMER,

danke, dass Sie sich für Ihre diesjährige Jahrestagung Dresden als Tagungsort gewählt haben. Danke, dass Sie sich dieses Themas annehmen. Ihnen allen ein herzliches Willkommen in unserer Landeshauptstadt.

Mit den Worten Georg Christoph Lichtenbergs: „Krankheiten der Seele können den Tod nach sich ziehen, und das kann Selbstmord werden.“, von der Fachwelt seit langem geteilt, wurde durch wissenschaftliche Studien bestätigt: Über 90 % der Suizide in westlichen Gesellschaften sind begleitet von diagnostizierbaren und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen. Die oft verwendete euphemistische Formulierung des „freiwillig aus dem Leben Scheidens“ ist unter diesem Blickwinkel mehr als in Frage zu stellen. Es ist deshalb richtig und wichtig, dass Sie sich auf ihrer Tagung dezidiert dem Zusammenhang von Suizidalität und seelischer Erkrankung widmen. Mit Ihrer Veranstaltung tragen Sie nicht nur zur Wissensvermittlung und zum Gedankenaustausch zwischen Professionellen, Angehörigen und Betroffenen bei, sondern wirken auch der Stigmatisierung und Tabuisierung der Thematik entgegen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg suizidpräventiver Maßnahmen, denn wir wissen, dass zum einen die Dunkelziffer in diesem Bereich erheblich ist und dass zum anderen noch immer 70 bis 80 % der Suizide begangen werden, ohne dass vorher institutionelle Kontakte stattgefunden haben.

Seit mehr als 100 Jahren ist das Phänomen einer erhöhten Suizidrate in Sachsen bekannt. Sicherlich hängt damit zusammen, dass die Forschung zu suizidalem Verhalten und Suizidprävention wie auch die Diagnostik und Behandlung suizidgefährdeter Patienten schon seit vielen Jahren eine feste Tradition im Freistaat Sachsen, besonders am Universitätsklinikum Dresden, hat. Es ist deshalb wohl kein Zufall, dass die



Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention nach 1993 zum zweiten Mal hier in Dresden stattfindet.

Ihre Tagung reiht sich damit ein in die gesamtgesellschaftlichen Aktivitäten zur Suizidprävention, wie Sie im „Nationalen Suizid Präventions Programm für Deutschland“ konstituiert sind. Ich wünsche Ihnen interessante Vorträge, anregende Gespräche und Gedanken und Zeit, die kulturelle Vielfalt Dresdens zu genießen.

Christine Clauß  
Sächsische Staatsministerin  
für Soziales und Verbraucherschutz

## SEHR GEEHRTE TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER DER 41. HERBSTTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SUIZIDPRÄVENTION,

ein Suizid ruft bei allen Beteiligten Schock, Trauer und Ohnmacht hervor. Warum hat sich dieser Mensch umgebracht? Was ist in ihm vorgegangen? Hätte man den Suizid verhindern können? Die Prävention suizidalen Verhaltens ist möglich und daher ein wichtiges Thema für die gesamte Gesellschaft. Ihre Tagung trägt nicht nur dazu bei, das Thema Suizid zu enttabuisieren, sondern sucht auch nach Lösungsansätzen, wie Menschen mit Suizidabsichten geholfen werden kann. Mit dem Thema Ihrer Tagung greifen Sie auch den wichtigen Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und psychischen Erkrankungen auf. Für dieses Engagement danke ich Ihnen recht herzlich.

Suizidprävention ist auch ein wichtiges Thema für Politik und Verwaltung. Daher habe ich gerne die Schirmherrschaft über die Herbsttagung übernommen. Die Stadtverwaltung Dresden engagiert sich seit vielen Jahren mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Psychosozialen Krisendienst oder dem Telefon des Vertrauens im Bereich der Suizidprävention. Die Zusammenarbeit von Kliniken und Beratungsstellen ist hervorragend. Die Hilfen für Menschen in suizidalen Krisen sowie die Suizidforschung können auf eine lange Tradition in Dresden zurückblicken.

Die sächsische Landeshauptstadt ist aber auch ein idealer Tagungs- und Kongressstandort und verfügt über eine breite und leistungsfähige Wissenschaftslandschaft. Neben der medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, dem Universitätsklinikum sowie vier weiteren Krankenhäusern befinden sich auch zahlreiche renommierte Forschungseinrichtungen



in Dresden. Und seit letztem Jahr ist unsere Technische Universität Exzellenzuniversität und lockt zahlreiche Forscher aus der ganzen Welt zu uns.

Dresden ist auch eine der schönsten Kunst- und Kulturstädte Europas. Genießen Sie bei einem Stadtbummel die historische Innenstadt mit dem einzigartigen Ensemble aus Frauenkirche, Zwinger, Semperoper und Residenzschloss. Werfen Sie einen Blick in eines der 44 Dresdner Museen. Oder besuchen Sie eine der zahlreichen Veranstaltungen rund um den 200. Geburtstag von Richard Wagner, den unsere Stadt dieses Jahr unter dem Motto „Ganz große Oper“ feiert.

Ich wünsche Ihnen für Ihre Tagung einen regen Gedankenaustausch sowie ein paar angenehme und interessante Tage in Dresden. Genießen Sie Ihren Aufenthalt und: Kommen Sie wieder!

Helma Orosz  
Oberbürgermeisterin  
der Landeshauptstadt Dresden



# TAGUNGSINFORMATIONEN

## VERANSTALTER

AG Suizidforschung  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden  
Ansprechpartner: Dr. med. Ute Lewitzka,  
Tel.: +49 (351) 458 3671

in Kooperation mit  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
des Städtischen Krankenhauses Dresden Neustadt

sowie  
Psychozialer Krisendienst

## ÜBERNACHTUNGEN

Die Übernachtungen sind nicht im Tagungsbeitrag enthalten und selbst zu buchen.

Folgende Hotels sind verkehrsgünstig gelegen:

- Dorint Hotel (Grunaer Str., mit Straßenbahnlinie 4 erreichbar), Tel. 0351-49150
- Ibis Hotels Dresden: Ibis Bastei / Ibis Königstein / Ibis Lilienstein (Prager Str., mit Buslinie 62 erreichbar), Tel. 0351-48562000
- Motel One am Zwinger (Postplatz, mit Straßenbahnlinie 4 erreichbar), Tel. 0351-438380
- Holiday Inn Express Dresden (Dr. Külz Ring, mit Straßenbahnlinie 4 erreichbar), Tel. 0351-8967889

Auch die Touristeninformation Dresden (Tel. 0351-4843800) kann Auskünfte geben.

## VERANSTALTUNGORT

MTZ (Medizinisch-Theoretisches-Zentrum) des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Fiedlerstr. 42, 01307 Dresden  
**(HAUS 91, zwischen Fiedlerstr. und Blasewitzer Str.)**



Das MTZ ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Die Bahnhaltestelle „Augsburger Str.“ (Straßen-Bahnlinie 6 und 12; Buslinie 82) liegt in nächster Nähe. Der Rollstuhlzugang ist gewährleistet (Fiedlerstr.).

## FORTBILDUNG

Die Veranstaltung wird von der Sächsischen Landesärztekammer mit 10 Punkten zertifiziert.

# ANMELDUNG

## ANMELDUNG TAGUNG

Ich melde mich verbindlich für die DGS Herbsttagung in Dresden an und überweise den Tagungsbeitrag an:

Carl Gustav Carus Management GmbH  
Konto: 112 48 333 | BLZ: 120 300 00 | Deutsche Kreditbank AG | Verwendungszweck: DGS Tagung + Ihr Name

(Titel) Name: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Email: .....

(wichtig für die Bestätigung eines Workshop-Platzes)

Ggf. Institution: .....

## ANMELDUNG WORKSHOP

Ich möchte an folgendem Workshop\* teilnehmen:

Nr.: ..... Alternativ Nr.: .....

\* Teilnehmerzahl der Workshops auf 20 begrenzt!

## TAGUNGSBEITRAG

**Anmeldung**  
Vollbeitrag 150 Euro  
DGS-Mitglied 130 Euro  
Ermäßigter Beitrag\* 80 Euro  
\*Ermäßigung für: Studenten, Rentner, Arbeitslose und Schwerbeschädigte

**Beitrag für Gesellschaftsabend:** 50 Euro  
Die Zahl der Plätze ist begrenzt.

Bei **Stornierung** bis zum 31.8.2013 werden 30% des Beitrages als Bearbeitungsgebühr einbehalten.

## KONTAKT

Kerstin Heyde  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden  
Email: kerstin.heyde@uniklinikum-dresden.de  
Tel: +49 (351) 458 3671 | Fax: +49 (351) 458 5316

## POSTERAUSSTELLUNG

Anmeldeschluss für die Posterausstellung ist der 31.8.2013.



Yenidze in der Abendsonne. Quelle: Annamartha, pixelio.de

Dresden mit seiner über 800jährigen Geschichte gehört zu den schönsten Barockstädten Europas. Eingebettet ins Elbtal hat sich das „deutsche Elbflorenz“ zu einer modernen Großstadt entwickelt mit einem beeindruckenden Reichtum an Kunst- und Kulturschätzen. Die rasanten Entwicklungen der letzten 20 Jahre führten ebenso dazu, dass Dresden heute als ein bedeutender Wissenschafts- und Wirtschaftsstandort in Deutschland gilt. Dabei hat es sich sein besonderes Flair – nicht zuletzt durch seine weltoffenen, freundlichen und hilfsbereiten Bewohner erhalten. Mit der Durchführung der Tagung in Dresden hoffen wir, dass Sie neben interessanten Vorträgen, Symposien und anregenden Diskussionen auch Kontakte knüpfen und die Besonderheit der Stadt Dresden genießen können.

## AUSGEWÄHLTE SEHENSWÜRDIGKEITEN

**Asisi Panometer:** beeindruckendes 360°- Panorama „1756 Dresden“ von Yadegar Asisi; zeigt die Elbestadt zur Zeit des Barock im Maßstab 1:1 auf monumentalen 105 Metern Länge und 27 Metern Höhe

**Deutsches Hygienemuseum:** Dauerausstellung »Abenteuer Mensch«, ermöglicht die Erkundung der Themenfelder Körper und Gesundheit anhand von Exponaten, Medieninstallationen und interaktiven Stationen; erlebnisorientiertes Kinder-Museum »Unsere fünf Sinne«; wechselnde Sonderausstellungen

**Frauenkirche:** unverwechselbares Wahrzeichen der Stadt Dresden durch die Kuppel des monumentalen protestantischen Kirchenbaus; 1726–43 errichtet; im Zweiten Weltkrieg zerstört; 2005 neue Weihe

**Galerie Neue Meister/Skulpturensammlung:** seit 2010 im sanierten und umgebauten Albertinum; präsentiert Kunst von der Romantik bis zur Gegenwart; Galerie Neue Meister

mit Malerei von Casper David Friedrich bis Gerhard Richter; Skulpturensammlung mit Kunstwerken von Rodin bis ins 21. Jahrhundert

**Gläserne Manufaktur Dresden:** 2002 fertiggestelltes VW-Werk für die Endfertigung der Luxuskarosserie »Phaeton«, faszinierende Verbindung aus Technik und Design sowie Fertigungs- und Erlebniswelt

**Militärhistorisches Museum:** Fachmuseum zur Darstellung von Militärgeschichte und militärtechnischer Entwicklung im deutschen Sprachgebiet; Wiedereröffnung nach siebenjähriger Bauzeit nach Plänen von Architekt Daniel Libeskind im Oktober 2011

**Neue Synagoge:** modernes jüdisches Gotteshaus; errichtet am Ort der 1938 zerstörten Synagoge; 2001 geweiht

**Semperoper:** eines der weltweit schönsten Opernhäuser; 1838–41 im Stil der italienischen Hochrenaissance von Gottfried Semper errichtet; 1945 fast vollständig zerstört; Restaurierung 1977–85; Wiedereröffnung 1985

**Yenidze** (Bild links): ehemalige Zigarettenfabrik Dresdens im orientalischen Stil einer Moschee; 1996 nach originalgetreuer Restauration als Bürohaus wiedereröffnet; Restaurant in der Kuppel; regelmäßig Märchenlesungen

## WEITERE INFORMATIONEN



Ausführliche Stadtinformationen entnehmen Sie der Broschüre »Dresden in 3 Tagen«. Diese liegt Ihren Tagungsunterlagen bei.

# ERÖFFNUNGSPROGRAMM

FREITAG, 06.09.2013

ab 14:00 | **REGISTRIERUNG** [Foyer, MTZ]

16:00 – 16:30 Uhr | **BEGRÜßUNG** [Hörsaal 1, MTZ]

- Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Bauer, Dresden (Klinikdirektor)
  - Prof. Dr. med. B. Schneider (DGS Vorstand)
  - Grußwort Bürgermeister M. Seidel
- Moderation: Stephan Wigand (MDR Sachsen)

16:30 Uhr | **ERÖFFNUNGSVORTRÄGE**  
[Hörsaal 1, MTZ]

- Prof. Dr. med. Jules Angst:  
Risikofaktoren für Suizidalität
- Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen:  
Pharmaka und suizidales Verhalten
- Prof. Dr. med. Werner Felber:  
Suizidalität im Kontext moderner Entwicklungen von  
Gesellschaft, Forschung und Praxis

anschließend | **EMPFANG** [Foyer MTZ]

Musikalische Umrahmung durch das MoonArt Ensemble

19:30 – 21:00 Uhr | **DGS MITGLIEDERVERSAMM-  
LUNG** [Hörsaal 1, MTZ]

## DRESDNER BALLHAUS ENSEMBLE

Das Dresdner Ballhaus Ensemble wurde 1996 von Musikstudenten gegründet und vereint nunmehr professionelle Musiker aus Absolventen der Hochschule für Musik Dresden. Anfänglich lag der Schwerpunkt des Repertoires auf Salon- und Kaffeehausmusik sowie auf Ufa-Filmschlagern der 20er bis 40er Jahre. Nach und nach erweiterte sich das Repertoire aufgrund der Nachfrage stetig, insbesondere zum Tanz wurde der Wunsch nach moderneren Titeln berücksichtigt. So wird nunmehr ein umfangreiches Angebot präsentiert, welches sowohl sämtliche Standard- und Latein-Tanzarten für den klassischen Ball, als auch flottes Disco-Repertoire der 70er bis 90er Jahre beinhaltet. (Foto: rechts)

## MOONART

Das MoonArt Quartett besteht aus derzeitigen oder ehemaligen Studenten an der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden. Die Musiker fühlen sich auf der klassischen Konzertbühne ebenso zu Hause, wie in lockerer Atmosphäre von Feierlichkeiten und Festen. Dabei kann das Quartett auf ein breites Repertoire von Werken zurückgreifen, welches Werke von Mozart, Gershwin und Piazzolla bis hin zur Filmmusik umfasst und auch die Grenze zum Jazz nicht scheut.



# WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

## SAMSTAG, 07.09.2013

**9:00 - 10:30**

**IGSLI: SYMPOSIUM I, Teil 1** [Hörsaal 1, MTZ] **S.19**

Affektive Störungen und Suizidalität (Englisch)

Vorsitz: Michael Bauer & Paul Grof

Kaffeepause

**11:00 - 12:00**

**IGSLI: SYMPOSIUM I, Teil 2** [Hörsaal 1, MTZ] **S.20**

Affektive Störungen und Suizidalität (Deutsch)

Vorsitz: Michael Bauer & Andrea Pfenning

**SYMPOSIUM II** [Hörsaal 2, MTZ] **S.20**

Neurobiologie suizidalen Verhaltens

Vorsitz: Barbara Schneider & Nestor Kapusta

Mittagspause

**14:00 - 15:30**

**SYMPOSIUM III** [Hörsaal 1, MTZ] **S.21**

Suizidalität im 21. Jahrhundert

Vorsitz: Ina Giegling & Ulrich Preuß

**SYMPOSIUM IV** [Hörsaal 2, MTZ] **S.22**

Alter und Suizid - Ist Prävention möglich?

Vorsitz: Werner Felber & Sylvia Schaller

**WS 1** [SR 1] **S.32**

**WS 2** [SR 2] **S.32**

**WS 3** [SR 3] **S.32**

**WS 4** [SR 4] **S.32**

**WS 5** [SR 5] **S.33**

**WS 6** [SR 6] **S.33**

**WS 7** [SR 7] **S.33**

Kaffeepause

**16:00 - 17:30**

**SYMPOSIUM V** [Hörsaal 1, MTZ] **S.23**

Sucht und Suizidalität

Vorsitz: M. Wolfersdorf & Dan Rujescu

**SYMPOSIUM VI** [Hörsaal 2, MTZ] **S.24**

Suizidalität bei Schizophrenie/ Wahn

Vorsitz: Burkhard Jabs & Armin Schmidtke

**Empathie: Requiem nach Suiziden als Form der Trauerarbeit**

**Ideen zum Umgang mit Angehörigen von Eisenbahnsuiziden**

**Erfahrungen mit der Begleitung von Eltern, die ihr Kind durch Suizid verloren haben**

**Überbrückung von Todesnachrichten: Akutbetreuung nach Suizid bei Angehörigen**

**Krisenintervention am Telefon bei Suizidgefährdung**

**Depression ganz persönlich – die Sichtweise eines Betroffenen**

**Suizid und Suizidprävention. Theologische, ethische und seelsorgliche Aspekte**

**19:00**

**GESELLSCHAFTSABEND** [Luisenhof Dresden - Bergbahnstraße 8, 01324 Dresden] **S.17**

(Bitte beachten: separate Teilnahmegebühr und Anmeldung erforderlich)

Musikalische Umrahmung durch das Ballhaus Ensemble

## SONNTAG, 08.09.2013

**9:00 - 10:30**

**SYMPOSIUM VII** [Hörsaal 1, MTZ] **S.25**

Suizidalität in Kunst und Medien

Vorsitz: Burkhard Jabs & Dirk Ritter

**SYMPOSIUM VIII** [Hörsaal 2, MTZ] **S.26**

Möglichkeiten der Suizidprävention

Vorsitz: Barbara Schneider & Simone Kern

Kaffeepause

**11:00 - 12:30**

**SYMPOSIUM IX** [Hörsaal 1, MTZ] **S.27**

Suizidalität bei neurol. und internist. Patienten

Vorsitz: Ulrich Preuß & Karolina Leopold

**SYMPOSIUM X** [Hörsaal 2, MTZ] **S.28**

Sozialpsych. und gesellschaftliche Aspekte

Vorsitz: Andreas Schulze & Mareike Scheidig

**12:45 - 13:15**

**ABSCHLUSS DER VERANSTALTUNG** [Hörsaal 1, MTZ]

**WS 8** [SR 1] **S.33**

**WS 9** [SR 2] **S.34**

**WS 10** [SR 3] **S.34**

**WS 11** [SR 4] **S.34**

**WS 12** [SR 5] **S.35**

**WS 13** [SR 6] **S.35**

Suizid in den eigenen Reihen der Einsatz- und Hilfskräfte

Suizidalität in der hausärztlichen Praxis

Onlineberatung für suizidgefährdete Jugendliche durch Gleichaltrige

Ein Startplatz bleibt für immer leer – ein viel zu kurzes Leben

Erleben und Unterstützungsbedarf von Hinterbliebenen nach (Klinik-)Suizid

Suizidalität in der Konsil- und Liaisonpsychiatrie

## POSTERAUSSTELLUNG

Die Posterausstellungsfläche befindet sich im Bereich der Empore. Die Poster können von Freitag, den 6.9.2013, 15.00 Uhr bis Sonntag, 8.9.2013, 12.00 Uhr ausgehängen werden. Material wird dafür zur Verfügung gestellt. Am Samstag, den 7.9.2013 wird in der Mittagspause zwischen 13.00 und 14.00 Uhr eine Posterführung angeboten, zu der die Autoren der Poster herzlich eingeladen sind, um ihre Ergebnisse vorzustellen.

## LEGENDE

- [SR] Seminarraum
- Symposien, Seitenverweis
- Workshops (WS), Seitenverweis
- Besondere Veranstaltung, Seitenverweis



# GESELLSCHAFTSABEND



...das persönlich geführte Café-Restaurant mit traumhafter Aussicht

Hoch über Dresden finden Sie unser Café-Restaurant Luisehof, benannt nach der sächsischen Kronprinzessin Luise von Toskana, der Frau des letzten sächsischen Königs, Friedrich August III.

Seit 1895 zeitgleich mit der Eröffnung der Standseilbahn bietet die Gastronomie im Luisehof stets etwas Besonderes für Jedermann.

Seit nun mehr als 11 Jahren legen wir großen Wert auf eine persönliche Atmosphäre, ausgewählte Produkte und eine gutbürgerliche Küche mit mediterranem Einfluss.

Mit vielen kulinarischen und saisonalen Höhepunkten werden wir Sie rund um das Jahr gern verwöhnen. Besonders hervorzuheben ist auch unsere hauseigene Patisserie die ganz nach französischem Vorbild die feinsten, süßen Leckereien von

Pralinen bis Torten im Haus frisch herstellt. Besonders am Herzen liegt uns auch die Ausbildung. Im Jahr 2006 wurden wir als bester Ausbildungsbetrieb Deutschlands ausgezeichnet. Dies ist uns täglich Ansporn daran zu arbeiten, dass auch in Zukunft die Tradition von fachgerechter Gastronomie gesichert ist.

Genießen Sie den traumhaften Ausblick bei allen Tages- und Jahreszeiten.

Wir freuen uns, Sie auf dem Balkon von Dresden zu begrüßen.

Ihre Familie Schumann und 52 fröhliche Mitarbeiter

## INFO

Erleben Sie einen stimmungsvollen Abend in einer wunderschönen Atmosphäre auf dem „Balkon von Dresden“. Genießen Sie im Luisehof ein ausgezeichnetes Buffet, Getränke, knüpfen Sie spannende Kontakte und führen Sie anregende Gespräche mit Kollegen und Kolleginnen. Musikalisch umrahmt wird der Abend vom Dresdener Ballhaus Ensemble.

Bereits der Weg zum Luisehof ist ein Erlebnis. Nutzen Sie die 1895 gebaute Standseilbahn, die Sie 547 Meter durch eine landschaftlich reizvolle Umgebung führt. Während der Auffahrt mit einem Höhenunterschied von insgesamt 95 Metern, fahren Sie über ein 102 Meter langes Brückenviadukt sowie durch zwei kurze Tunnelstrecken. Oben angekommen, bietet sich dem Besucher ein herrlicher Blick über das Elbtal.

Wenn Sie wünschen, können wir für Sie Fahrkarten für die An- und Abreise zum Luisehof organisieren, informieren Sie dafür bitte das Tagungssekretariat. Wir weisen darauf hin, dass die letzte Talfahrt 21:23 Uhr stattfindet.

## RISIKOFAKTOREN FÜR SUIZIDALITÄT

Prof. Dr. Dr. Jules Angst und Prof. Dr. Michael Hengartner  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich/Schweiz

Transkulturell ist die Geschlechtsdifferenz in den Prävalenz von Suizidversuchen und Suiziden sehr variabel und wird kurz in Hinblick auf mögliche Ursachen diskutiert. Aufgrund von unveröffentlichten Daten der Zürich-Studie über 30 Jahre werden Risikofaktoren für Suizidversuche, nach Geschlecht getrennt, dargestellt. Die Mehrzahl der Versuche datieren vor Studienbeginn, d.h. vor dem 20. Altersjahr. Zudem werden die Ergebnisse einer multivariaten Analyse präsentiert.

## PHARMAKA UND SUIZIDALES VERHALTEN

Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen  
Berlin/Deutschland

Zwischen Medikamenten und Suizidalität gibt es drei verschiedene ursächliche Beziehungen:

1. Medikamente werden in suizidaler Absicht missbraucht.
2. Medikamente, wenn auch de facto nur zwei, reduzieren in relevantem Ausmaß das Suizidrisiko bei Patienten mit affektiven oder psychotischen Störungen.
3. Medikamente induzieren suizidales Verhalten, womit sich der Vortrag schwerpunktmäßig befassen wird. Das Spektrum der 58 hierfür in Frage kommenden Substanzen reicht vom Interferon alpha bis zu den SSRI-Antidepressiva.

## SUIZIDALITÄT IM KONTEXT MODERNER ENTWICKLUNGEN VON GESELLSCHAFT, FORSCHUNG UND PRAXIS

Prof. Dr. Werner Felber  
Dresden/Deutschland

Die rasante, zunehmend krisenhaft beschriebene Entwicklung unserer Gesellschaft zu Pluralität, Globalisierung, Postmodernismus ist auf dem Wege, menschliche Beziehungen, emotionale Verankerungen und damit unser Verhalten zu modifizieren. Suizidalität gerät damit ins Blickfeld potentieller Wandlungen.

Den Herausforderungen in Forschung und Praxis unter Stichworten wie Lebensverantwortung, Patientenautonomie, Suizidmodelle, Psychotherapie, Genetik, Pharmakotherapie, Epidemiologie, Langzeitstabilisierung wird nachgegangen. Nur in breiter Kooperation wird es gelingen, Schritt zu halten und Erfolge zu erzielen.

## I AFFEKTIVE STÖRUNGEN UND SUIZIDALITÄT, TEIL 1

Öffentliches Symposium IGSLI, trilingualisch, Englisch  
Vorsitz: Michael Bauer & Paul Grof

### Historical notes on suicide

**Prof. Leonardo Tondo, M.D., M.Sc.**

**Lucio Bini Mood Disorders Center-Aretaeus Society, Via Crescenzo 42, 00193 Rome/Italy**

Suicide was relatively accepted – with some exceptions – in ancient cultures and societies. With the rise of monotheistic religions suicide was considered sinful and illegal for about thirteen centuries. The Renaissance and greater interest in humanism, as well as the later Reformation, gradually shifted from punitive judgments to associate suicide with suffering, melancholia, and other mental disturbances. Debates over the psychopathological nature of suicide became prominent in the 19th century, leading to the first epidemiological studies of the subject. In the 20th century, suicide became a topic of broad scientific enquiry, which continues, including the nature of its strong association with bipolar disorders as well as severe clinical depression, and active searches for means to its prevention.

### Suicidal behavior and lipid levels in depressed patients

**Prof. Janusz K. Rybakowski, Babajohn Aini-yet Department of Adult Psychiatry, Poznan University of Medical Sciences, Poznan, Poland**

Purpose of the study. A meta-analysis performed 10 years ago [1] as well as recent review [2] have pointed to an association between increased risk of suicide and low serum cholesterol. In this study we investigated the lipid levels and suicidal behavior in a large group of depressed patients. Methods. The study was performed on 223 in-patients, 150 women and 73 men, aged 19–77 years, with unipolar or bipolar depression. Within 24–72 hours after hospital admission to the Department of Adult Psychiatry, Poznan University

of Medical Sciences, blood samples for serum levels of total cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides and total lipids were taken and suicidal behavior was assessed by structured questionnaire.

Results: The frequency of suicidal thoughts, suicidal plans and attempted suicide, in male and female patients were 51 and 39%, 34 and 25% and 19 and 13%, respectively. Levels of total cholesterol were significantly lower in those with suicidal thoughts, suicidal plans and in suicide attempters as were levels of LDL-cholesterol in the patients with suicidal thoughts, suicidal plans and in suicide attempters in both men and women, compared with non-suicidal patients. Levels of total lipids were significantly lower in both men and women with suicidal thoughts, suicidal plans and suicide attempters as were levels of triglycerides in men and women with suicidal thoughts and in men with suicidal plans. The suicidal and non-suicidal men and women had similar HDL-cholesterol values. Such associations were obtained in patients with both unipolar and bipolar mood disorder. Women exhibiting suicidal behaviors were younger than non-suicidal ones. Women with suicidal thoughts and men with both suicidal thoughts and plans had more family history of psychiatric disorders.

Conclusions: The results of the study confirm that in unipolar or bipolar depression, low levels of total cholesterol, LDL cholesterol, triglycerides and total lipids are risk factors for suicidal behavior.

References:

Lester D. Serum cholesterol levels and suicide: a meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 333-46. Zhang J. Epidemiological link between low cholesterol and suicidality: a puzzle never finished. *Nutr Neurosci* 2011; 14: 268-287.

### When the only way out seems to be checking out Marylou Selo, Mitbegründerin des Vereins "Equilibrium", New York/USA

Marylou Selo will relate her personal experience as a bipolar patient regarding her own suicide attempts and how she worked through the suicide of her Father.

When the invisible and intangible pain becomes so dominant,

# SYMPOSIEN

all hope is gone and all life has to offer seems futile. The only way to make the pain stop is to die. Fleeting thoughts pass regarding the hurt you will inflict on your beloved ones. These pangs of conscience make things worse. There simply is no other solution than death. Once the decision has been taken to commit suicide, you experience feelings of relief and even something resembling joy. This was my bipolar experience with suicidal ideations.

## I AFFEKTIVE STÖRUNGEN UND SUIZIDALITÄT, TEIL 2

Öffentliches Symposium IGSLI , trialogisch, Deutsch  
Vorsitz: Michael Bauer & Andrea Pfennig

### Wirksamkeit von Lithium in der Langzeitbehandlung Bipolarer Erkrankungen: eine neue Meta-Analyse

**Dr. Emanuel Severus**  
**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden/Deutschland**

Lithium ist das am besten etablierte Medikament in der Langzeitbehandlung Bipolarer Erkrankungen. Neuere Zulassungsstudien, in denen Lithium als aktive Vergleichssubstanz eingesetzt wurde, haben die Wirksamkeit von Lithium in dieser Indikation eindrucksvoll unterstrichen. Die vorliegende neue Meta-Analyse umfasst die vorhandenen Studienergebnisse und analysiert die Wirksamkeit von Lithium in dieser Indikation im Vergleich zu Placebo als auch verschiedenen aktiven Prüfsubstanzen.

### Neurobiologie und Suizid

**Prof. Dr. Dr. Dietrich van Calker**  
**Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Freiburg/Deutschland**

### Pharmakotherapie bei bipolaren Störungen unter besonderer Berücksichtigung suizidalen Verhaltens – was sagen die Leitlinien?

**Prof. Dr. Tom Bschor**  
**Schlosspark-Klinik Berlin/Deutschland**

Circa 15 bis 20 % der Patienten mit bipolaren Erkrankungen nehmen sich das Leben. Die Suizidalität scheint bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen nochmals schwerer als bei denen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen zu sein. Suizide finden sich am Häufigsten in depressiven Phasen bipolarer Patienten, sie kommen auch in gemischten Phasen vor, selten in der Manie. In der aktuellen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen wird der Häufigkeit und Schwere der Konsequenz von Suizidgedanken, Suizidversuchen und vollendeten Suiziden mit einem separaten Kapitel zur Suizidalität Rechnung getragen. Im Vortrag werden Empfehlungen aus dieser Leitlinie vorgestellt und Relevanz und Umsetzbarkeit für die klinische Praxis diskutiert.

## II NEUROBIOLOGIE SUIZIDALEN VERHALTENS

Wissenschaftliches Symposium  
Vorsitz: Barbara Schneider & Nestor Kapusta

### Genetik suizidalen Verhaltens

**Prof. Dr. Dan Rujescu**  
**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinik Halle/Deutschland**

Suizidales Denken und Verhalten ist ein häufig vorkommendes Phänomen in der Bevölkerung. In Deutschland wird die Zahl der Suizidversuche auf jährlich 150 000 geschätzt, von denen ca. 11 000 in einem Suizid enden. Das Risiko für suizidales Verhalten wird dabei durch ein komplexes Wechselspiel zwischen soziokulturellen Faktoren, traumatischen Lebensereignissen, psychiatrischer Vorgeschichte, Persönlichkeitsfaktoren und genetischer Vulnera-

bilität determiniert. Letzteres wird durch Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien unterstützt, die darauf hinweisen, dass Suizidhandlungen eine von der Heritabilität psychiatrischer Erkrankungen unabhängige genetische Komponente besitzen. Der Vortrag wird sich deshalb insbesondere mit den genetischen Risikofaktoren suizidalen Verhalten befassen.

### BDNF & Co – zelluläre Mechanismen und Suizidalität

**PD Dr. Ina Giegling**  
**Universitätsklinik Halle/Deutschland**

Suizidalität ist ein großes Problem unserer Gesellschaft. Etwa 8% der Gesamtbevölkerung hatte im Verlauf des Lebens jemals Suizidgedanken und 2% einen Suizidversuch. Risikofaktoren für suizidales Verhalten sind unter anderem wiederholte Suizidideen, bereits erfolgte Suizidversuche, krisenhafte Lebenssituationen, zu denen familiäre bzw. soziale Belastungen und ernsthafte bzw. chronische Krankheiten zählen sowie suizidales Verhalten in der Familie. Eine der größten epidemiologischen Untersuchungen konnte zeigen, dass sich das Risiko für einen eigenen Suizidversuch um den Faktor 4,2 erhöhte, wenn die leibliche Mutter einen Suizidversuch begangen hatte, sowie um den Faktor 3,3 bei einem Suizidversuch des leiblichen Vaters. Dieser familiären Häufung könnte eine gewisse Vulnerabilität zugrunde liegen, die teilweise auf genetische Risikofaktoren zurück zu führen sein könnte. Der Vortrag wird sich v.a. auf einzelne mit Suizidalität assoziierte Gene konzentrieren und insbesondere den Fokus auf den Einfluss auf zelluläre Mechanismen legen.

### Bildgebung und Suizidalität

**Dr. Astrid Habenstein**  
**Historisches Institut der phil.-hist. Fakultät, Universität Bern/Schweiz**

In der Untersuchung von Suizidalität durch bildgebende Verfahren herrschen zwei hypothesengenerierende Konzepte vor: das Diathese-Stress Modell und das Mental Pain Modell. Die Präsentation wird, fokussiert auf das Mental Pain Modell, einen Einblick in den Stand der Forschung geben. Die Ergebnisse und aktuellen Projekte unserer Forschungsgruppe

werden vorgestellt und im Kontext von methodologischen Herausforderungen der Suicidal Mental Pain Forschung diskutiert

## III SUIZIDALITÄT IM 21. JAHRHUNDERT

Triologisches Symposium  
Vorsitz: Ina Giegling & Ulrich Preuß

### Suizid und Gesundheitsökonomie – rentiert sich Suizidprävention?

**Dr. Dirk Ritter**  
**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden/Deutschland**  
2011 haben sich in Deutschland 10.000 Menschen suizidiert, wir verzeichnen damit wieder einen leichten Anstieg der Suizidzahlen. Nach vorsichtigen Schätzungen kommen auf jeden Suizid mindestens zehn Suizidversuche, die häufig einen nicht unerheblichen Behandlungsaufwand nach sich ziehen, insbesondere wenn es sich um Versuche mit sogenannten „harten Methoden“ (Erhängen, Fenstersprung etc.) handelt. Suizidalität verursacht bei Betroffenen und Hinterbliebenen erfolgreicher Suizide gravierendes Leid, sind durch einen Suizid doch mindestens immer sechs Menschen betroffen. Neben diesen menschlichen Tragödien hat das Thema Suizidalität auch eine erhebliche gesamtgesellschaftliche Relevanz, die sich aus den erheblichen ökonomischen Verlusten aufgrund des Suizides sowie der Behandlungskosten nach Suizidversuchen ergibt. In diesem Vortrag sollen die Kosten für Suizide und Suizidversuche den Kosten der Suizidprävention gegenübergestellt werden und somit überprüft werden, ob sich neben der Verminderung von durch Suizidalität hervorgerufenem Leid auch aus ökonomischer Sicht ein Nutzen der suizidpräventiven Arbeit ergibt.

## Trinkwasser und Suizidalität

**PD Dr. Nestor Kapusta**  
**Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie Medizinische Universität Wien/Österreich**

Zahlreiche mediale Berichte griffen in den vergangenen Jahren das Thema Suizidprävention durch Lithium im Trinkwasser in einer vereinfachenden Art und Weise auf. Im Vortrag werden die bisherige Evidenz zu Wirkungen geringer Lithiumdosen auf psychische Erkrankungen und Suizidalität diskutiert und wissenschaftlich-ethische Überlegungen dargelegt, inwiefern aus den bisherigen Ergebnissen Suizidpräventionsmaßnahmen ableitbar wären.

## „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ -Kliniksuiid – 40 Jahre Kliniksuiidforschung – Übersicht, Ergebnisse, Erfahrungen -

**Prof. Dr. Dr. Manfred Wolfersdorf**  
**Bezirksklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Bayreuth/Deutschland**

(Rüdiger Vogel, Rainer Vogl, Friedrich Wurst, Ferdinand Keller und AG  
Bezirksklinik Bayreuth, 95445 Bayreuth)

Der Suizid psychisch kranker Menschen während stationärer Behandlung in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ist Thema psychiatrischer Versorgung seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Die AG „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ wurde 1979 gegründet und hat über 40 Jahre Daten zum Kliniksuiid erhoben sowie Fort- und Weiterbildung zum Thema vorangetrieben. Nach einer Übersicht zum Verlauf der Kliniksuiid-Zahlen über die Jahre hinweg sollen Aktivitäten der AG sowie Erfahrungen vorgestellt werden.

## IV ALTER UND SUIZID - IST PRÄVENTION MÖGLICH?

Trialogisches Symposium  
Vorsitz: Werner Felber & Sylvia Schaller

**Alter, Demenz und Suizid**  
**Prof. Dr. Dr. Armin Schmidtke**  
**Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg/Deutschland**

Mit zunehmendem Alter erhöht sich in Deutschland die Suizidgefährdung. Aufgrund der demographischen Entwicklung hat sich in den letzten Jahren die Alterszusammensetzung der Suizidenten stark verändert. Vor allem der Anteil älterer Frauen an allen Suiziden ist in den vergangenen Jahren im Verhältnis zu deren Bevölkerungsanteil deutlich gestiegen. Hauptsuizidmethode bei älteren Menschen ist das Erhängen. Neben psychiatrischen Erkrankungen, v. a. Depressionen, unterscheiden sich die Motive für suizidale Handlungen zwischen alten und jungen Menschen. Häufige Motive bei älteren Menschen sind somatische Erkrankungen, der Verlust des Partners, des sozialen Netzwerkes, der Freiheitsgrade des Handelns und damit zusammenhängend Angst vor Abhängigkeit und „entwürdigender“ Behandlung. Diese Aspekte sollten bei der Suizidprävention von älteren Menschen besondere Beachtung finden. Ebenso sollten für die Suizidprävention im Alter spezifische Techniken der Ermittlung gefährdeter Personen und bei der Kontaktaufnahme („Outreaching“) entwickelt werden. Bei den psychotherapeutischen Behandlungsstrategien sollten Verfahren i. S. palliativer und existenzphilosophischer Strategien angewandt und bei der kognitiven Restrukturierung kompensatorische Zielregulationen (z. B. Herabstufung von Zielen und deren Wertigkeit, innerer Gelassenheit, Halt in der Religion etc.) genutzt werden.

## Die Versorgungssituation bei Suizidalität im Alter – strukturelle Defizite und Desiderata. Ergebnisse einer Expertenbefragung

**Prof. Dr. Dr. Arno Drinkmann und Christine Würfflein**  
**Katholische Universitätsklinik Eichstätt-Ingolstadt/Deutschland**

Ausgangspunkt dieser Untersuchung ist die bekannt hohe Suizidrate alter Menschen und deren in der Literatur weithin beklagte Unterversorgung in unserer Gesellschaft. Ziel war zunächst eine Zusammenstellung der gravierendsten Defizite und ihre relative Gewichtung aus der Sicht von Experten und Expertinnen. Zum zweiten erfolgte eine Erhebung von vordringlichen Optimierungsideen zum Umgang mit dieser Problematik. Methode der Wahl war eine Expertenbefragung mittels strukturierten Interviews sowie einem Bedeutsamkeitsrating in der zweiten Untersuchungsphase.

## Erste Erfahrungen mit aufsuchender Psychotherapie bei Suizidalität im Alter

**PD Dr. Reinhard Lindner, Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie**  
**Medizinisch-Geriatriische Klinik Albertinen-Haus, Hamburg/Deutschland**

Hochaltrige mit psychischen Störungen und Suizidalität kommen trotz empirischer Belege der Effektivität immer noch viel zu selten in Psychotherapie. Ein Hinderungsgrund kann in der eingeschränkten physischen und psychischen Mobilität der Patienten liegen, die es ihnen unmöglich macht, den Psychotherapeuten aktiv aufzusuchen. Auf Seiten der Psychotherapeuten bestehen immer noch erhebliche Vorbehalte gegenüber einer Variante der Psychotherapie, in der der Praxisraum verlassen wird und die Behandlung „auf der Couch des Patienten“ erfolgt. Im Rahmen einer methodisch an der Grounded Theory orientierten Fallstudie (N=7) werden spezifische Aspekte der aufsuchenden Psychotherapie beschrieben und besonders anhand der suizidalen Patienten der Studie psychotherapeutische Aspekte des Verständnisses und der Behandlung der Suizidalität benannt.

## V SUCHT UND SUIZIDALITÄT

Trialogisches Symposium  
Vorsitz: Manfred Wolfersdorf & Dan Rujescu

**Allgemeines zu Sucht und Suizidalität**  
**Prof. Dr. Barbara Schneider M.sc., Chefärztin**  
**Suchtabteilung der LVR-Klinik Köln/Deutschland**

Suchterkrankungen finden sich häufig bei durch Suizid Verstorbenen und gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Suizid. Suizidalität bei Suchtkranken muss daher besonders beachtet und behandelt werden. Die Behandlung muss neben der akuten Suizidalität die Therapie der Abhängigkeitserkrankung und psychischer Begleiterkrankungen, insbesondere der Depression, umfassen; dabei sollten die besonderen Schwierigkeiten bei der Behandlung Suchtkranker beachtet werden.

## Die destruktive Rolle von Täterintrospektionen – Trauma, Sucht und Destruktion

**Christel Lüdecke, Chefärztin**

**Asklepios Fachklinikum Göttingen/Deutschland** Substanzmissbrauch und –abhängigkeit zählen zu den häufigsten Folgen von Traumatisierungen. Patienten mit comorbider Traumafolgestörung weisen deutlich schwerere Suchtverläufe mit geringeren abstinenter Zeiten, mehr Suchtverlangen und mehr lebensgefährlichen Intoxikationen sowie Suizidversuchen auf. Eine Theorie, die den destruktiven Umgang mit der eigenen Person in Zusammenhang mit frühen Traumatisierungen erklärt, ist die der Täterintrospektion. Es sollen Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen, emotionalen Vernachlässigungen sowie Gewalterfahrungen und späteren destruktiven Verhaltensweisen, wie Suizidalität, schwere Intoxikationen und unaufhaltsames Voranschreiten von Suchterkrankungen, erklärt werden.

## **Ist die Vorgesichte von Suizidversuchen ein Indikator für die Behandlungsprognose bei Alkoholabhängigen?**

**Prof. Dr. Ulrich W. Preuss, Chefarzt**

**Klinik für Psychiatrie, Perleberg/Deutschland**

(Autoren: Jörg Zimmermann, Gabriele Schultz, Anna Watzke, Peggy Schmidt, Bärbel Löhnert, Michael Soyka)

Hintergrund: Suizidalität ist ein Risikofaktor für einen schweren Verlauf der Alkoholabhängigkeit und einer höheren Rate der Psychopathologie. Einige, aber nicht alle Forschungsergebnisse zeigen, dass eine Geschichte von Suizidversuchen mit schlechterem Behandlungsergebnis assoziiert ist.

Das Ziel dieser Analyse bei stationären und ambulanten Patienten in der Rehabilitationsbehandlung war es, den Zusammenhang zwischen suizidalen Verhaltensweisen und Therapieergebnis prospektiv zu untersuchen.

Methoden: Insgesamt 92 Personen aus einem ambulanten Programm und 303 Personen aus zwei stationären Rehabilitationseinrichtungen wurden in die Studie eingeschlossen und mittels eines strukturierten Interview und anderen Instrumenten hinsichtlich ihrer Psychopathologie (einschließlich suizidales Verhalten, Persönlichkeitsstörungen, Angst, Depression und Impulsivität) bei Beginn der Behandlung und nach 12 Monaten untersucht. Die Personen wurden in Gruppen mit und ohne Suizidversuche in der Vorgeschichte unterteilt.

Ergebnisse: Insgesamt berichteten 15,4% der stationären Patienten und 17,4% der ambulanten Patienten über mindestens einen Suizidversuch in der Vorgeschichte. Nach 12 Monaten wies die Gruppe mit Suizidversuchen eine erhöhte Rate an Rückfällen auf.

Fazit: Wie bei einigen, aber nicht allen bisherigen Studien gezeigt, können Suizidversuche in der Vorgeschichte als ein möglicher Indikator für die Komorbidität mit psychischen Störungen aber auch einer ungünstigeren Prognose gewertet werden, was möglicherweise besondere Behandlungssettings erforderlich macht.

## **VI SUIZIDALITÄT BEI SCHIZOPHRENIE UND WAHNHAFTEN ERKRANKUNGEN**

Wissenschaftliches Symposium

Vorsitz: Burkhard Jabs & Armin Schmidtke

### **Suizidalität bei schizophrenen Psychosen**

**PD Dr. Ina Giegling**

**Universitätsklinik Halle/Deutschland**

Das Suizidrisiko ist generell bei psychischen Störungen erhöht. Dabei stehen im Vordergrund affektive Störungen, Suchterkrankungen, akute Schizophrenien sowie Persönlichkeitsstörungen. Dieser Vortrag wird sich insbesondere mit den verschiedenen Ausprägungen von Suizidalität bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis konzentrieren. Neben möglichen Besonderheiten des Phänotyps werden insbesondere auch genetische und neurobiologische Risikofaktoren behandelt werden. Neben Kandidatengenstudien werden hierbei auch genomweite Assoziationsstudien im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten diskutiert werden.

### **Akathisie und Suizidalität bei ersterkrankten Patienten mit einer Schizophrenie**

**Dr. Florian Seemüller**

**Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik München/Deutschland**

Akathisie und Suizidalität fanden bisher im Zusammenhang mit selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern (SSRI) Beachtung. Dabei handelt es sich bei Akathisie vor allem um eine Nebenwirkung, die unter der Therapie mit Antipsychotika regelhaft auftritt. Ziel dieser retrospektiven Datenanalyse war es nach einem Zusammenhang zwischen dieser Nebenwirkung und Suizidalität bei Ersterkrankten Patienten mit einer Schizophrenie im Rahmen eine doppelblinden randomisierten Studie Untersuchung zu fahnden. Sowohl auf Einzelfallebene als auf im Gruppenebene zeigte sich dabei eine signifikante Assoziation von Akathisie und Suizidgedanken die unter

Haloperidol oder Risperidon auftraten.

### **Frühbehandlung der Schizophrenie – bessere Prognose, weniger Suizide?**

**Dr. Karolina Leopold**

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden/Deutschland**

Die Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Erkrankungen ist in den letzten Jahrzehnten zu einem wichtigen Thema geworden. Dabei wurden neben Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie von so genannten Hochrisikogruppen, vor allem auch Programme und Projekte zur Aufklärung und mit niederschweligen Hilfsangeboten etabliert. Ob dies einen wesentlichen und langfristigen Einfluss auf Krankheits schwere oder Krankheitsverlauf nehmen und somit auch Suizidraten senken kann bleibt abzuwarten.

## **VII SUIZIDALITÄT IN KUNST UND MEDIEN**

Triologisches Symposium

Vorsitz: Burkhard Jabs & Dirk Ritter

### **Suizide psychisch Gestörter in der bildenden Kunst**

**Prof. Dr. Werner Felber**

**Dresden/Deutschland**

Die bildliche Darstellung suizidaler Handlungen, Stimmungen und Wertungen hat eine lange Tradition. Ursprünglich galt sie als didaktisches Mittel für Schriftunkundige zur Interpretation von mythologischen und biblischen Erzählungen, deren Schöpfer regelhaft anonym blieben. Seit der frühen Neuzeit (Renaissance) verselbständigte sie sich zum künstlerischen Werk, welches oft mit großen Namen verbunden ist. Aus der Fülle von Suiziddarstellungen bildnerischer Kunst wird eine Auswahl präsentiert, die im Zusammenhang mit psychischen Störungsbildern steht. Ihre diagnostisch-

psychopathologische Interpretation unterliegt einem eigenen psychiatriehistorischen Kontext.

### **Welchen Einfluss haben die Medien auf suizidales Verhalten?**

**Prof. Dr. Thomas Niederkrotenthaler, PhD**

**Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien/Österreich**

Medienarbeit bedeutet für die Suizidprävention eine heikle Aufgabe: Einerseits gilt es Imitationseffekte durch sensationsträchtige Berichte über Suizide zu verhüten, andererseits, Medien für die Vermittlung von Informationen über Hilfsmöglichkeiten bei Krisen und psychischen Erkrankungen zu gewinnen, sowie diese für konkrete Online-Hilfsangebote zu nutzen. Die Einflüsse der Medien auf Suizidalität und Suizidprävention stehen im Mittelpunkt dieser Reflexion.

### **Websites, Online-Foren und Social networks: Suizidprävention online?**

**Prof. Dr. Christiane Eichenberg, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin**

**Sigmund Freud Privat Universität Wien/Österreich**

Theoretischer Hintergrund: Im klinischen Diskurs ist die Beurteilung der Gefahren bzw. des Nutzens von verschiedenen Internetdiensten bei suizidaler Problematik sehr heterogen. Während Websites hauptsächlich suizidpräventive Funktionen zugeschrieben werden, überwiegen bzgl. Online-Foren und sozialen Netzwerken Stimmen, die von einer immensen Schädlichkeit dieser Internetdienste ausgehen. Ansteckungseffekte und eine Steigerung des individuellen Ausmaßes der Suizidalität werden befürchtet. Methode: Um spekulativen Annahmen über die Effekte des Internet wissenschaftlich fundierte Evidenzen gegenüberzustellen, wird zum einen der aktuelle Forschungsstand zur Rolle von suizidbezogenen Websites, Online-Foren und sozialen Netzwerken aufgearbeitet. Zum anderen wird eine eigene Studienreihe zu Online-Foren für Suizidgefährdete in Deutschland sowie in Japan vorgestellt. Ergebnisse: Es ließen sich für die Online-Foren drei Nutzertypen bestimmen, die sich mit hohen Effektstärken hinsichtlich ihrer Motive ein solches Forum aufzusuchen als

# SYMPOSIEN

auch in den klinisch relevanten Auswirkungen der Teilnahme an einer solchen Community unterschieden. Es überwogen Nutzer, die aus konstruktiven Motiven – nämlich Hilfe zu suchen und zu finden bei der Überwindung ihrer Probleme, die zur suizidalen Problematik geführt haben – diese Foren aufsuchen. Diese dominierende Motivlage und Effekte zeigten sich als kulturinvariant. Schlussfolgerungen: In ihrer Gesamtheit widersprechen die vorliegenden Ergebnisse deutlich der Annahme, das Internet stelle für suizidale Nutzer pauschal ein Gefährdungspotenzial dar. Vielmehr deuten sich für alle Internetdienste suizidpräventive Funktionen an.

## VIII MÖGLICHKEITEN DER SUIZIDPRÄVENTION – AKTUELLER STAND DER FORSCHUNG

Wissenschaftliches Symposium  
Vorsitz: Barbara Schneider & Simone Kern

### Psychotherapeutische Herangehensweisen – Methodenüberblick unter besonderer Berücksichtigung der Wirkung auf Suizidalität

**Dr. Sylvia Schaller**  
**Otto-Selz-Institut der Universität Mannheim/Deutschland**

Anhand bisheriger Untersuchungen soll die Effizienz der wichtigsten therapeutischen Verfahren im Hinblick auf suizidales Verhalten diskutiert werden. Die Herangehensweisen und die Wirkmechanismen der einzelnen Verfahren werden dabei hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschiede überprüft.

### Eisenbahnsuizide – vergleichende Studie zur Motivation – Möglichkeiten zur Prävention

**Dr. Dr. Andreas Schulze und Dr. Dipl.-Psych. Mareike Scheidig**  
**Wolfsburg/Deutschland**

Bei Eisenbahn-Suiziden und Eisenbahn-Suizidversuchen gibt es eine Gleichverteilung bei den Geschlechtern, aber erhebliche Unterschiede in den Clustern der beiden Gruppen bezüglich persönlicher Charakteristika, Entscheidungsverhalten und diagnostischer Kategorien. Bei den ESV dominieren Borderline-Störungen, narzisstische und antisoziale Störungen, bei den ES F2- und zwanghafte Störungen. In beiden Gruppen finden sich in der Verwandtschaft hohe Zahlen von Eisenbahn-Suizidhandlungen. Aus den Ergebnissen lassen sich konkrete Suizidpräventionsmaßnahmen ableiten.

### Bewältigungskonzept zum Umgang mit erlebten Suizidereignissen im beruflichen Kontext

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Franciska Illes,**  
**Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum Bochum/Deutschland**  
**(Jendreyshak, J, Armgart, C, Juckel, G)**

Hintergrund: Nach Schätzungen der WHO nehmen sich weltweit jährlich ca. eine Million Menschen das Leben, womit der Suizid zu den häufigsten Todesursachen zählt. Durchschnittlich sind von einem Suizid 6-23 andere Menschen mitbetroffen. Das sind neben Angehörigen vor allem Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen. Das Suizidrisiko bei psychisch Kranken ist 10-20mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Jährlich suizidieren sich pro 100.000 Aufnahmen 150-250 psychiatrische Patienten. Solch ein Erlebnis kann für betroffene MitarbeiterInnen eine belastende Erfahrung darstellen. Nicht selten leiden sie unter Schuldgefühlen, Selbstzweifeln oder Angst vor beruflichen oder juristischen Konsequenzen. Bislang gibt es nur wenige Studien zu ihren subjektiven Reaktionen und als hilfreich erlebten Bewältigungsangeboten nach einem Patientensuizid.

Methoden: In einem Forschungsprojekt der LWL-Universitätsklinik Bochum wurden psychologische, ärztliche, pflegerische und andere therapeutische Mitarbeiter psychiatrischer

Kliniken im LWL Psychiatrieverbund mittels Fragebögen (N=1214) und vertiefenden Interviews (N=134) bezüglich ihrer Belastungen, Reaktionen sowie angewandten Bewältigungsstrategien nach einem Suizid(-versuch) eines Patienten befragt. Ferner wurden als fehlend erlebte bzw. zukünftig gewünschte Unterstützungsmöglichkeiten erfasst. Ergebnisse: Es zeigte sich, dass 84% der Mitarbeiter sich nach einem Patientensuizid zumindest kurzfristig belastet fühlten. Unter anderem traten bei diesen unterschiedliche Gefühle wie z.B. Schock, Hilflosigkeit oder Selbstzweifel auf. Bei einigen Mitarbeitern kam es in Folge auch zu Veränderungen auf beruflicher (z.B. veränderter Umgang mit Patienten: 30,7%; Zweifel an der beruflichen Kompetenz: 45%) oder privater Ebene (z.B. verändertes Sozialverhalten: 18,6%). Besonders belastet waren Mitarbeiter, die den Patienten nach dem Suizid(-versuch) gesehen hatten. Mitarbeiter mit mehr Berufserfahrung beschrieben weniger das Erleben von Angst, Inkompetenz und Selbstzweifel als Mitarbeiter mit weniger Berufserfahrung. Ärzte äußerten häufiger Angst vor rechtlichen Konsequenzen oder Vorwürfen als Therapeuten oder das Pflegepersonal. Pflegendes beschrieben häufiger Veränderungen im Umgang mit Patienten oder Kollegen sowie eine Veränderung beruflicher Aufgaben. Fazit: Die Auswirkungen eines Patientensuizides auf Mitarbeiter werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst, die bei der Entwicklung von Suizidpostventionsangeboten berücksichtigt werden müssen. Basierend auf den Ergebnissen der Studie wurde ein Bewältigungskonzept zur Suizidpostvention für Mitarbeiter entwickelt.

## IX SUIZID – NICHT NUR EIN THEMA IN DER PSYCHIATRIE – SUIZIDALITÄT BEI NEUROLOGISCHEN UND INTERNISTISCHEN PATIENTEN

Triologisches Symposium  
Vorsitz: Ulrich Preuß & Karolina Leopold

### Einführung: Suizidalität „außerhalb der Psychiatrie“

#### Wenn die Nerven blank liegen – Depression und Suizidalität bei Multipler Sklerose

**Prof. Dr. Tjalf Ziemssen und Dr. med. Simone Kern**  
**Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden/Deutschland**

Patienten mit chronischen neurologischen und internistischen Erkrankungen berichten häufig von zahlreichen Beeinträchtigungen im privaten und beruflichen Leben und einer damit verbundenen reduzierten Lebensqualität. Auffallend häufig leiden diese Patienten zusätzlich an psychiatrischen Erkrankungen wie zum Beispiel einer Depression oder einer Angststörung, was sowohl die Betroffenen und ihre Angehörigen als auch die behandelnden Ärzte vor eine schwierige Aufgabe stellt. Der Vortrag beleuchtet das Thema psychische Erkrankung und Suizidalität aus neurologischer bzw. internistischer Sicht und stellt interdisziplinäre Behandlungsansätze vor.

#### Suizidalität in der Palliativmedizin – wie sieht es in der Praxis aus?

**Dr. Susanne Heller, M. sc.**  
**Universitätspalliativzentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden/Deutschland**

Im Rahmen terminaler Erkrankungssituationen werden

# SYMPOSIEN

Pflegende und Ärzte immer wieder mit konkreten Sterbewünschen konfrontiert. Obwohl Todesverlangen, Euthanasiewunsch und Suizidversuche im Rahmen einer umfassenden palliativen Begleitung seltener werden, kommt Selbsttötung und der Versuch der Selbsttötung auch dann noch vor. Beschrieben wird am klinischen Fall die Problematik von Suizid im Kontext der palliativen Erkrankung.

**Fallvorstellung: Was mache ich bei Suizidalität „außerhalb der Psychiatrie“?**

**Prof. Dr. med. Tjalf Ziemssen**

**Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden/Deutschland**

## X SOZIALPSYCHIATRISCHE UND GESELLSCHAFTLICHE ASPEKTE VON SUIZIDALITÄT

Triologisches Symposium

Vorsitz: Andreas Schulze & Mareike Scheidig

**Recht auf Hilfe beim Suizid – auf ärztliche Hilfe?**

**Prof. Dr. Asmus Finzen**

**Psychiater. Nervenarzt: Wissenschaftspublizist. Oberhofen Thuner See/Schweiz**

Entgegen landläufiger Meinung ist Suizidhilfe in Deutschland erlaubt, weil nach deutschem Recht die Beihilfe zu etwas, das nicht verboten ist (Suizid) nicht strafbar sein kann. Andererseits verbietet die Berufsordnung Ärzten solche Hilfe. Was ist davon zu halten? Was sind die mutmaßlichen Folgen?

**Suizidalität in der Präklinik; Aspekte aus dem Rettungsdienst**

**Dr. Mark Frank**

**Görlitz/Deutschland**

Rettungsdienste werden bei jedem 3. Einsatz mit Notfällen aus dem Bereich Psychiatrie konfrontiert. Ein hoher Anteil entfällt dabei auf Patienten mit Suizid, Suizidversuch oder Suizidandrohung. Die Ausbildung bzw. Fertigkeiten und Kenntnisse des Rettungsdienstpersonals und der Notärzte in diesem Bereich sind eher spärlich- die zur Verfügung stehende Zeit in der präklinischen Phase kurz. Im Vortrag werden Daten aus dem Rettungsdienst und Problemfelder dargestellt.

**Belastung von Mitarbeitern von Feuerwehr und Rettungsdienst und spezifische Bewältigungsstrategien nach erlebten Suizidereignissen im beruflichen Kontext**

**Dipl.-Päd. Carina Armgart**

**LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit, Bochum/Deutschland**

**(Jendreytschak J, Illes F, Juckel G)**

Im Jahr 2010 kam es in Deutschland zu 10.144 vollendeten Suiziden. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass die tatsächliche Suizidrate noch höher liegt und in Zukunft weiter ansteigen wird. Generell stehen einem vollendeten Suizid vermutlich zehn Suizidversuche gegenüber. Dabei sind von einem Suizid(-versuch) nicht nur Angehörige, sondern ca. 6-23 weitere Personen mitbetroffen. Gerade Mitarbeiter von Feuerwehr und Rettungsdienst werden im beruflichen Alltag häufig mit Suizidereignissen konfrontiert und haben somit ein erhöhtes Risiko berufsbedingte psychische Traumatisierungen und schwere Belastungen durch solche zu erleben. Dabei wird deren Schwere durch verschiedenste Faktoren beeinflusst. In unterschiedlichen Untersuchungen konnten das weibliche Geschlecht, weniger Berufserfahrung, das Auffinden des Suizidenten oder der Kontakt mit dem Betroffenen vor einem Suizidversuch/Suizid als mögliche Einflussfaktoren auf die Stärke der Betroffenheit identifiziert werden. Zur Verarbeitung eines belastenden Einsatzes bestehen zwar bereits verschiedene Konzepte (vgl. z.B.

Critical Incident Stress Management/Debriefing), deren Wirksamkeit und Nutzen für Einsatzkräfte jedoch umstritten ist. Spezifische standardisierte Bewältigungskonzepte zum Umgang mit Suizidereignissen, welche Strategien beinhalten, die von betroffenen Einsatzkräften als hilfreich eingeschätzt werden, fehlen bislang.

In einer Querschnittsstudie der LWL-Universitätsklinik soll mittels eines anonymen Fragebogens retrospektiv bei mind. 700 Mitarbeitern der Feuerwehr und des Rettungsdienstes untersucht werden, welche bestimmten Faktoren (z.B. Berufserfahrung, Anzahl erlebter Suizidereignisse, Kontakt mit Angehörigen etc.) die individuelle Belastung durch einen Einsatz mit Suizidalität beeinflussen und welche die größte Belastung hervorgerufen haben. Weiterhin sollen mögliche aufgetretene emotionale, körperliche und kognitive Reaktionen sowie Verhaltensänderungen nach dem Erleben eines Suizidereignisses identifiziert werden. Des Weiteren sollen angewandte Bewältigungsstrategien und deren Einschätzung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit ermittelt werden.

Ziel der geplanten Studie ist es auf dieser Datenbasis sowohl Risikofaktoren für die psychische Belastung von Einsatzkräften in Hinblick auf Suizidereignisse im Einsatz als auch protektiver Faktoren und Coping-Strategien, die einen positiven Einfluss auf die Bewältigung des Ereignisses hatten, zu ermitteln. Aus den Ergebnissen soll abschließend ein berufsgruppenspezifisches Bewältigungsmanual zum Umgang mit suizidalen Ereignissen im Arbeitskontext für Einsatzkräfte abgeleitet werden, das im Sinne der Suizidpostvention spezifische Bewältigungsstrategien und Hilfsangebote für Betroffene beinhaltet und sich an den Bedürfnissen der Mitarbeiter orientiert.

# KUNST UND SUIZIDALITÄT



## Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden Die „Herrin des Seils“ – Göttin der Selbstmörder der Mayas!

Werner Felber, Dresden

Die Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek (SLUB) verfügt über eine der vier existierenden, meist unvollständigen Maya-Handschriften: den „Codex Dresdensis“. Dieses Dresdner Exemplar (um 1250) ist vermutlich das älteste der erhaltenen präkolumbischen Maya-Handschriften aus Yucatán, wo zwischen 1200 und 1450 das letzte große Gemeinwesen, die postklassische Periode der Mayas existierte; es ist die einzige der Öffentlichkeit zugängliche Handschrift (andere in Paris, Madrid und Mexiko Stadt). Ihre auf heute überkommene Herkunft liest sich wie ein barbarischer Thriller abendländischer Schuld - „und noch nach vielen Jahrhunderten weint der Indio in der Stille der Nacht; das ist die Geschichte, die er von seinen Vorfahren gehört hat, in der man von der Zerstörung des letzten Reiches der Tutul-Xiu erzählt ...“, so festgehalten auf einer Gedenktafel eines Geschichtsvereins der Maya. Der spanische Franziskaner-Mönch Diego de Landa (1524 – 1579), seit 1547 als „Missionar“ in Yucatán lebend, veranstaltete 1562 aus fanatisch-religiösem Eifer eine gigantische Kulturvernichtung in Mani, in der er mehr als 10.000 Indios töten und 5.000 Götterstatuen, 13 große Altarsteine, 22 kleinere kultische Steine, 27 hirschederne Schriftrollen mit dem historischen Verzeichnis der Kultur und Zivilisation der Mayas und 197 religiös gebrauchte Gefäße auf einem riesigen Scheiterhaufen der Inquisition zerstören ließ. Lediglich drei Maya-Handschriften und ein Fragment entgingen dem Vernichtungswerk, wahrscheinlich als Beutegut spanischer Söldner. Auf den 39 doppelseitig beschriebenen Blättern der Dresdner Maya-Handschrift mit einer Länge von 3,56 m, aus Bastfasern des Feigenbaums bestehend, ursprünglich als Leporello gefaltet, finden sich auf 74 Folios verschiedene Almanache, Venustafeln, Neujahrszeremonien, Weissagungen, Schlangenzahlen, Weltende und die Finsternistafeln (Folio 51 – 58). Letztere enthalten Gruppen von auf Mondmonaten basierenden Kalenderberechnungen.

Finsterniszyklen - Sonnen- und Mondfinsternisse - wurden als Phase allgemeiner Not und Gefährdung angesehen, deren Auswirkungen durch Rituale und Opfer abzuwenden waren. Das Bild links zeigt Ixtab. Sie ist die Herrin des Seils und des Galgens, eine am Strick hängende Frau, die die Göttin der Selbstmörder war. Sie ist die Beschützerin und ergreift die Seelen von Suizidenten, von in der Schlacht gefallenen Kriegern, von religiösen Opfern, Müttern, die unter der Kindsg Geburt starben, sowie Priestern und bringt sie zum Paradies. Sie wird porträtiert als an einem Baum Hängende mit einer Schlinge um ihren Hals, ihre Augen sind im Tod geschlossen und ihre Wangen und ihre Brust zeigen schon erste Zeichen von Zersetzung. Suizidenten gingen nach den Vorstellungen der Maya direkt ins Paradies ein. In dem köstlichen Schatten des kosmischen Baumes Yaxche konnten sich die Bewohner des Paradieses von der Arbeit erholen und allem Leiden und Bedürfnissen entkommen.

Literatur: Aveni, Anthony F.: Dialog mit den Sternen. Aus dem Amerikan. von Hans Günter Holl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1995 S. 124-159 Barthelemy T. Studien zur Entzifferung astronomischer, augurischer und kalendarischer Kapitel in der Dresdener Mayahandschrift: ein Beitrag zur mittelamerikanischen Altertumskunde. Phil Diss, Univ Hamburg; 1952 Landa D de. Bericht aus Yucatán. Hrsg mit einem Nachwort von Carlos Rincón. Leipzig: Reclam; 1990 (orig 1566) Fuls, Andreas: <http://www.archaeoastronomie.de> Fuls, Andreas : Die Dresdener Mayahandschrift. Photo CD-ROM des Dresdener Codex, Berlin 1999

## SYMPOSIUM VII [Hörsaal 1, MTZ]

Suizidalität in Kunst und Medien

Sonntag, 9:00 - 10:30 Uhr

Vorsitz: Burkhard Jabs & Dirk Ritter



# WORKSHOPS

## 1 EMPATHIE: REQUIEM NACH SUIZIDEN ALS FORM DER TRAUERARBEIT

Dr. Karin Kiss-Elder  
KSP! Kölner Schule für Kreative Prozesse, Köln/Deutschland

Requiems, Totengedenken in geschriebener, gezeichneter, gesungener Form sind einer der schönsten Formen der Trauerarbeit. Auch nach Suiziden können sie Angehörigen im weitesten Sinne helfen, zu trauern, diese Trauer in Worten und Bildern sichtbar zu machen - das ist gerade bei Suiziden als oft verborgenen Todesfällen sehr hilfreich. Eine „künstlerische Ader“ ist dafür gar nicht nötig. Workshop mit Übungen. Als Beschreibung von mir in dem Fall: Psychologin und Künstlerin.

## 2 IDEEN ZUM UMGANG MIT ANGEHÖRIGEN VON EISENBAHNSUIZIDEN

Dr. Mareike Scheidig und Dr. Dr. Andreas Schulze  
Berlin und Wolfsburg/Deutschland

Unterscheiden sich Persönlichkeit, Motivation und Hintergründe des Eisenbahnsuizids von anderen Begehungsarten? Welche Cluster lassen sich filtern und wo liegen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Menschen bei letalem und nichtletalem Ausgang bezüglich Persönlichkeit, psychischer Störungen, Bewältigungsverhalten, körperlicher Erkrankungen, life events, soziodemografischer Daten und Entscheidungsverhalten? Welche Einflüsse haben Bildung und die natural areas? Aus den Ergebnissen werden ein Betreuungs- und Prophylaxe-Modell abgeleitet und spezielle

Einzelmaßnahmen empfohlen, die im Verbund mit anderen Maßnahmen die Zahl der Suizidhandlungen auf dem Gleiskörper verringern können. Beiträge der Teilnehmer sind ausdrücklich erwünscht.“

## 3 ERFAHRUNGEN MIT DER BEGLEITUNG VON ELTERN, DIE IHR KIND DURCH SUIZID VERLOREN HABEN

Dipl. Soz.päd. Elisabeth Brockmann  
Bundesgeschäftsstelle AGUS e.V. – Angehörige um Suizid, Bayreuth/Deutschland

Die Situation von Eltern nach dem Suizid konfrontiert Familienmitglieder, Freunde, Kollegen, Therapeuten mit einer der schwersten menschlichen Krisen. Welche Möglichkeiten und Grenzen von Begleitung bestehen, was wird von Eltern als hilfreich angesehen und was nicht? Erfahrungen aus der über 20jährigen Begleitung von Eltern bei AGUS e.V., Selbsthilfe für Suizidtrauernde, können mit den Erfahrungen der Teilnehmer verglichen und persönliche Handlungskonzepte entwickelt werden.

## 4 ÜBERBRINGUNG VON TODESNACHRICHTEN, AKUT-BETREUUNG/INTERVENTION NACH SUIZID BEI ANGEHÖRIGEN

Tom Gehre  
Vorstandsvorsitzender des Kriseninterventionsdienstes Dresden e.V./Deutschland

Grundlagen von Überbringung einer Todesnachricht. Durchführung einer Akutintervention bei Angehörigen von Suizid. Was sind Reaktionen auf das erfahren einer Todesnachricht.

## 5 KRISENINTERVENTION AM TELEFON BEI SUIZIDGEFÄHRDETEN

Dipl.-Soz. Päd. Susanne Reichert und Dipl.-Soz. Päd. Anke Maria Thiele  
Telefonseelsorge Dresden/Deutschland

Die Telefonseelsorge ist ein bundesweites Netzwerk unterschiedlicher Träger. Durch Anonymität und 24 Stunden-Rufbereitschaft ist Telefonseelsorge ein besonders niederschwelliges Gesprächsangebot.

Am Telefon sitzen qualifizierte Ehrenamtliche. Suizidalität zeigt sich in den Kontakten mit der Telefonseelsorge in vielfältigen Formen. Im Workshop sollen die Möglichkeiten und Grenzen der Krisenintervention anhand von Beispielen aus der Praxis diskutiert werden.

## 6 DEPRESSION GANZ PERSÖNLICH – DIE SICHTWEISE EINES BETROFFENEN

Jörg Freiershausen  
Gründer der Dresdner Selbsthilfegruppe SAD und Vor-

standsmitglied des Dresdner Bündnisses gegen Depression, Dresden/Deutschland

Nach einem Einführungsimpuls aus der Perspektive eines von einer rezidivierenden Depression Betroffenen, dennoch beruflich und ehrenamtlich sehr aktiven Menschen ist Möglichkeit zum Austausch und Gespräch über das Gehörte und eigene Erfahrungen, auch im Hinblick auf Suizidalität.

## 7 SUIZID UND SUIZIDPRÄVENTION. THEOLOGISCHE, ETHISCHE UND SEELSORGERLICHE ASPEKTE.

Hans-Christoph Werneburg  
Pfarrer in Dresden/Deutschland

## 8 SUIZID IN DEN EIGENEN REIHEN DER EINSATZ- UND HILFSKRÄFTE (Z.B. FEUERWEHR, POLIZEI, THW, KRISENDIENST ETC.); PRÄVENTION UND POSTVENTION

Dipl.-Psych. Sabine Fink  
Zentraler Psychologischer Dienst der Bayerischen Polizei, München/Deutschland

# WORKSHOPS

Im Workshop werden Maßnahmen im Bereich der Suizidprävention in der Bayerischen Polizei dargestellt. Dabei werden drei Präventionsbereiche unterschieden:

- a) Aus- und Fortbildung der Polizeibediensteten (Wissens-, Kompetenzvermittlung)
- b) Suizidgefährdeten bzw. KollegInnen in einer psychischen Krise wird durch den Polizeilichen Sozialen Dienst (PSD) bzw. den Zentralen Psychologischen Dienst (ZPD) eine Anlaufstelle mit psychosozialer Beratung und Unterstützung geboten.
- c) Nach einer Selbsttötung erfolgt umgehend die Kontaktaufnahme zu den betreffenden hinterbliebenen Kollegen und zu den Angehörigen des Verstorbenen und ggf. eine weiterführende Betreuung und Fürsorge.

Ziel des Workshops soll ein Erfahrungsaustausch und ein Zusammentragen suizidpräventiver Maßnahmen bei Einsatz- und Hilfskräften sein.

## 9 SUIZIDALITÄT IN DER HAUSÄRZTLICHEN PRAXIS

Dr. Sebastian Denzin, Facharzt für Allgemeinmedizin  
Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden/Deutschland

Das Angebot unseres Workshops (3 h) richtet sich an hausärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen (Teilnehmerzahl 20), die mit Ihrer primärärztlichen Versorgung eine ganz entscheidende Rolle bei der Suizidprävention spielen.

Nach einer kurzen Einleitung zur Suizidalität in der Hausarztpraxis mit dem Augenmerk auf Epidemiologie, Typologie und Risikofaktoren (biografisch, soziologisch, Persönlichkeitsmerkmale) möchten wir in Rollenspielen mit den Teilnehmern die Gesprächsführung üben, wie wir beispielsweise Warnsignale und mögliche begleitende psychische Störungen (Erheben des psychopathologischen Befundes) erkennen, die Intensität von Suizidalität einschätzen und hausärztliche Krisenintervention umsetzen können. Wir hoffen auf einen regen Austausch unter den Teilnehmern insbesondere auch

über die Limitationen der hausärztlichen Behandlung von suizidalen Patienten.

## 10 SUIZIDPRÄVENTIONS-PROJEKT [U25]

Jakob Henschel, Referent für das Suizidpräventionsprojekt [U25]  
Deutscher Caritasverband e.V. Freiburg/Deutschland

Onlineberatung für suizidgefährdete Jugendliche durch Gleichaltrige - dass das auf Resonanz stößt, zeigt nicht zuletzt die konstant hohe Zahl der Klientenanfragen beim Projekt [U25]. Das Projekt möchte sich vorstellen und ein Bild von der beeindruckenden Arbeit der jungen ehrenamtlichen Berater vermitteln. Angesprochen werden Interessierte jedes Hintergrunds, die eine etwas andere Herangehensweise an die Suizidprävention kennenlernen möchten.

## 11 EIN STARTPLATZ BLEIBT FÜR IMMER LEER – EIN VIEL ZU KURZES LEBEN

Annette und Frank Bürgelt  
Eltern der Ausnahmesportlerin Jana Bürgelt, die 2010 durch Suizid starb, Dresden/Deutschland

Nach einem Vortrag über die Entwicklung der Leistungssportlerin Jana Bürgelt und ihrer nicht erkannten Depression geben die Eltern von Jana einen Einblick in das Erleben von "verwaisten Eltern" und ihren Umgang mit dem Verlust ihrer Tochter.

## 12 ERLEBEN UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VON HINTERBLIEBENEN NACH (KLINIK-)SUIZID

Dr. phil. Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Rita Bauer  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen  
Universität Dresden/Deutschland

Ogleich die Suizidforschung in den USA bereits seit den 70er Jahren die Frage nach dem Erleben der Angehörigen nach einem Suizid stellte und sich dort Hinterbliebenen-Gruppen und regelmäßig stattfindende Kongresse zum Thema fest etabliert haben, ist die Situation von Angehörigen nach Suizid ihres Familienmitgliedes in Deutschland noch wenig erforscht und es fehlen häufig Bewusstsein wie konkrete Unterstützungsangebote für die Hinterbliebenen.

Im Workshop soll deshalb zunächst eine qualitative Studie der Moderatorin des Workshops vorgestellt werden, welche das Erleben von Angehörigen nach Suizid ihres Familienmitgliedes untersucht sowie den von den Angehörigen gewünschten, mit dem tatsächlich erhaltenen Unterstützungsbedarf vergleicht.

Der Workshop will dann ein Forum zum Austausch zwischen betroffenen Angehörigen und professionell im (teil-) stationären Setting sowie in niedergelassenen Praxen Tätigen bieten und zur Diskussion über hilfreiche Möglichkeiten der Unterstützung und Begleitung von Hinterbliebenen direkt nach einem Suizid, als auch in den Folgemonaten einladen.

## 13 SUIZIDALITÄT IN DER KONSIL-UND LIAISONPSYCHIATRIE – PSYCHIATRISCHE, MEDIZINETHISCHE UND JURISTISCHE FRAGEN IN DER SOMATIK

Dr. med. Thomas Barth  
Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik  
Chemnitz/Deutschland

# REFERENTEN

**Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Jules Angst**

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
jules.angst@bli.uzh.ch

**Dipl.-Päd. Carina Armgart**

LWL-Universitätsklinikum Bochum, Klinik für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Präventivmedizin  
info@ibcpduesseldorf.de

**Dr. med. Thomas Barth**

Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik  
Chemnitz  
psychiatrie@skc.de

**Prof. Dr. med. Dr. nat. Michael Bauer**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskli-  
nikums Carl Gustav Carus der TU Dresden  
michael.bauer@uniklinikum-dresden.de

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Rita Bauer**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskli-  
nikums Carl Gustav Carus der TU Dresden  
rita.bauer@uniklinikum-dresden.de

**Dipl.-Soz. Päd. Elisabeth Brockmann**

AGUS-Selbsthilfe, Bayreuth  
kontakt@agus-selbsthilfe.de

**Prof. Dr. med. Tom Bschor**

Schlosspark-Klinik Berlin  
bschor@schlosspark-klinik.de

**Annette und Frank Bürgelt**

Dresden  
Annette.Buergelt@globalfoundries.com

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Dietrich van Calker**

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Freiburg  
dietrich.calker@uniklinik-freiburg.de

**Dr. med. Sebastian Denzin**

Hausarztpraxis am St. Joseph-Stift Dresden  
sebden@web.de

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Arno Drinkmann und Christi-  
ne Würfflein**

Katholische Universitätsklinik Eichstätt-Ingolstadt  
arno.drinkmann@ku.de.

**Prof. Dr. phil. habil. Dipl.-Psych. Christiane Eichenberg**

Sigmund Freud Privat-Universität Wien  
christiane@rz-online.de

**Prof. Dr. med. Werner Felber**

Dresden  
Werner.Felber@uniklinikum-dresden.de

**Dipl.-Psych. Sabine Fink**

Zentraler Psychologischer Dienst der Bayerischen Polizei  
München  
Sabine.Fink@polizei.bayern.de

**Prof. Dr. med. Asmus Finzen**

Oberhofen Thuner See/Schweiz  
Asmus.finzen@vtxmail.ch

**Dr. med. Mark Frank**

DRF-Luftrettung, Dresden  
Mark.Frank@t-online.de

**Jörg Freiershausen**

Dresden

**Tom Gehre**

Verein für Krisenintervention und Notfallseelsorge Dresden  
e.V.  
tom.gehre@kit-dresden.de

**PD Dr. rer. biol. hum. Ina Giegling**

Universitätsklinik Halle  
ina.giegling@uk-halle.de

**Dr. med. Astrid Habenstein**

Historisches Institut der philosophisch-historischen Fakultät Bern  
astrid.habenstein@puk.unibe.ch

**Dr. med. Susanne Heller, M.sc.**

Universitätsklinikum des Universitätsklinikums Carl  
Gustav Carus der TU Dresden  
susanne.heller@uniklinikum-dresden.de

**Jakob Henschel**

Suizidpräventionsprojekt [U25] Freiburg  
jakob.henschel@caritas.de

**Dr. phil. Franciska Illes**

LWL-Universitätsklinikum Bochum, Klinik für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Präventivmedizin  
f.illes@wkp-lwl.org

**Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. Nestor Kapusta**

Uniklinik Psychoanalyse und Psychotherapie Wien  
nestor.kapusta@meduniwien.ac.at

**Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Simone Kern**

Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Carl Gustav  
Carus der TU Dresden  
simone.kern@uniklinikum-dresden.de

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Kathrin Kiss-Elder**

KSP! Kölner Schule für kreative Prozesse, Köln  
kisselder@ksp-online.de

**Dr. med. Karolina Leopold**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskli-  
nikums Carl Gustav Carus der TU Dresden  
karolina.leopold@uniklinikum-dresden.de

**PD Dr. med. Reinhard Lindner**

Medizinisch-Geriatriische Klinik des Albertinen-Hauses  
Hamburg  
lindner@uke.uni-hamburg.de

**Christel Lüdecke**

Asklepios Fachklinikum, Allgemeinpsychiatrie-Sucht,  
Göttingen  
c.luedecke@asklepios.com

**Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen**

Berlin  
bruno.mueller-oerlinghausen@web.de

**Ass.-Prof. Dr. med. Thomas Niederkrotenthaler**

Zentrum für Public Health der Medizinischen Universitätskli-  
nik Wien  
thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at

**Prof. Dr. med. Ulrich Preuß**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Perleberg  
u.preuss@krankenhaus-prignitz.de

**Dipl.-Soz. Päd. Susanne Reichert**

Telefonseelsorge Dresden  
telefonseelsorge@diakonie-dresden.de

**Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Dirk Ritter**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskli-  
nikums Carl Gustav Carus der TU Dresden  
dirk.ritter@uniklinikum-dresden.de

**Prof. Dr. med. Dan Rujescu**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätskli-  
nik Halle  
dan.rujescu@uk-halle.de

**Prof. Janusz Rybakowski, MD**

Department of Adult Psychiatry of University of Medical Science Poznan  
janusz.rybakowski@gmail.com

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Sylvia Schaller**

Otto-Selz-Institut der Universität Mannheim  
SchallerSylvia@t-online.de

**Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Mareike Scheidig**

Berlin  
info@mdap.de

**Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke**

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Universität Würzburg  
arminschmidtke@t-online.de

**Prof. Dr. med. Barbara Schneider**

Suchtabteilung der LVR-Klinik Köln  
barbara.schneider@uni-koeln.de

**Dr. rer. nat. Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Andreas Schulze**

Wolfsburg  
dr.a.schulze@mdap.de

**Dr. med. Florian Seemüller**

Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, München  
Florian.Seemueller@med.uni-muenchen.de

**Marylou Selo**

New York  
mselo@aol.com

**Dr. med. Emanuel Severus**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TU Dresden  
emanuel.severus@uniklinikum-dresden.de

**Dipl.-Soz. Päd. Anke Maria Thiele**

Telefonseelsorge Dresden  
telefonseelsorge@diakonie-dresden.de

**Prof. Leonardo Tondo, M.D. M. sc.**

Lucio Bini Mood Disorders Center-Aretaeus Society, Rom  
leonardot@aol.com

**Hans-Christoph Werneburg**

Seelsorger, Pfarrer, Dresden

**Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf**

Bezirksklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bayreuth  
renate.zimmermann@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

**Prof. Dr. med. Tjalf Ziemssen**

Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TU Dresden  
Tjalf.Ziemssen@uniklinikum-dresden.de

## ARZT, KÜNSTLER UND NATURFORSCHER

Carl Gustav Carus wurde am 3. Januar 1789 in Leipzig als Sohn eines Färbermeisters geboren. Bereits mit 15 Jahren erlangte er die Hochschulreife und begann 1806 mit dem Studium der Medizin an der Universität Leipzig, welches er 1811 im Alter von 22 Jahren abschloss. Anschließend promovierte Carl Gustav Carus zum Dr. phil. und Dr. med. 1812 habilitierte Carl Gustav Carus und erwarb sich somit das Recht, Vorlesungen zu halten.

1814 kam er an die königliche Hebammenschule nach Dresden und wurde 1815 deren Leiter sowie Professor für Geburtshilfe. Im gleichen Jahr fungierte Carl Gustav Carus als Mitbegründer der Chirurgisch Medizinischen Akademie zu Dresden. 1853 berief ihn der sächsische König Friedrich August II zu seinem Ersten Leibarzt.

Anlässlich seines 50. Professoren-Dienstjubiläums wurde die Carus Stiftung von Mitgliedern der Akademie, Freunden und Verehrern gegründet. Der daraus entstandene Carus-Preis wurde erstmalig 1896 an Max Verworn verliehen.

Am 28. Juli 1869 starb Carl Gustav Carus im Alter von 80 Jahren in Dresden. Seine sterblichen Überreste wurden auf dem Trinitatisfriedhof in Dresden beigesetzt.

1954 ehrte die Stadt Dresden die Leistungen von Carl Gustav Carus, in dem sie der Medizinischen Akademie Dresden seinen Namen verlieh, aus der sich das heutige Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ Dresden entwickelte.

(aus der Willkommensbroschüre für Mitarbeiter des Universitätsklinikums Dresden)

## LEBENSERINNERUNGEN UND DENKWÜRDIGKEITEN

In seinen Werken hat sich C.G. Carus mit dem Thema Suizid („Selbstmord“) auseinandergesetzt:

„[...] Gleich damals kam solch ein Fall in meiner Nähe vor, der, wenn sonst die Konstellation dazu gewesen wäre, Goethe ebensogut zu einem Werther hätte anregen können [...]. Auch hier gab die Verfolgung der Fäden, welche den Geist eines jungen Mannes so umspinnen hatten, daß aus ihrem Gewebe ein mit eigentümlicher Kaltblütigkeit ausgeführter Selbstmord hervorgehen mußte, mir viel zu denken. Ein Kandidat der Theologie, als Lehrer in einem angesehenen Hause in sehr guten Verhältnissen lebend und wegen seines durch vielfache Reisen und Studien gebildeten Geistes sehr geachtet, kommt hierher, besucht meinen Kollegen, Hofrat Seiler, welchen er von Wittenberg noch kennt, und verspricht zum Abend vor seiner Abreise einen zweiten Besuch zu festgesetzter Stunde. Statt seiner kommt zu dieser Zeit ein Brief nebst Schlüssel und Paket; [...] Er eilt indes hin, öffnet mit dem Verwandten das Zimmer und findet den Mann auf dem Sofa tot, vor ihm ein Tisch mit zwei Wachskerzen, mit Blumen usw. Mit einem langen, scharfen Dolch hat er sich genau das Herz durchstoßen, den Dolch wieder ruhig herausgezogen und neben sich gelegt. Bestimmtere Angaben über Veranlassung zu dieser Tat waren nicht aufzufinden. Man blickt in einen solchen Seelenzustand wie in einen dunkeln Abgrund hinab, in dem das Auge vergebens bemüht ist, Gestalten zu unterscheiden! [...]“ (S. 229-230)

„[...] Friedrich erfuhr als Jüngling das Schreckliche, daß beim Schlittschuhlaufen ein besonders geliebter Bruder, mit dem er sich bei Greifswald auf dem Eise befand, vor seinen Augen einbrach und von der Tiefe verschlungen wurde. Kam nun hinzu ein sehr hoher Begriff von der Kunst, ein an sich düsteres Naturell und eine aus beiden hervorgehende tiefe Unzufriedenheit mit seinen eigenen Leistungen, so begriff man leicht, wie er einst wirklich zu einem Versuche des Selbstmords sich verleitet finden konnte [...]“ (S. 165)

Quelle: Carl Gustav Carus: Lebenserinnerungen und Denkwürdigkeiten. 2 Bände.

Weimar: Kiepenheuer, 1966. Bd. 1



Die DGS ist die Dachgesellschaft für alle Einrichtungen und Personen, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidologie und Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen. Seit ihrer Gründung 1972 hat sich die DGS der Aufgabe gestellt, suizidgefährdete Menschen nicht länger sich selbst und einem sie ausgrenzenden Vorurteil der Umwelt zu überlassen und nachhaltig dazu beizutragen, die Phänomene des suizidalen Verhaltens und des Suizid besser zu verstehen und realitätsgerechte Ansätze für wirksame Suizidprävention und Krisenintervention zu finden. Wesentliche Aufgaben sind: Die Förderung von Forschung, Fortbildung und Praxis auf diesem Gebiet, die nationale und internationale Vernetzung von Erfahrungen und eine informative Öffentlichkeitsarbeit.

Um diese Ziele zu verwirklichen, werden u.a. jährlich zwei Fachtagungen organisiert, wird seit 1974 Jahren die Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ herausgegeben, wurden die „Leitlinien zur Organisation von Krisenintervention“ entwickelt, wird zum Aufbau neuer Einrichtungen und Arbeitskreise motiviert und anderes mehr getan.

Eine Initiative der DGS ist die Gründung und Beförderung eines Nationalen Suizid-Präventions-Programms für Deutschland [www.suizidpraevention-deutschland.de](http://www.suizidpraevention-deutschland.de), welches eine gesamtgesellschaftliche Aktivierung im Sinne der Ziele der DGS darstellt. Es kann als das umfangreichste Vorhaben auf dem Gebiet der Suizidprävention in Deutschland seit der Gründung der DGS angesehen werden.



## MITGLIEDSCHAFT

Ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft bei der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS).

- Bitte senden Sie mir weitere Informationen über eine DGS-Mitgliedschaft zu.
- Bitte senden Sie mir ein Probeexemplar der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ zu.

(Titel) Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

Email: .....

Kontakt:

DGS  
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention  
c/o neuhland  
Nikolsburger Platz 6, 10717 Berlin

Fax: 030 / 417 28 39 59  
Email: [dgs.gf@suizidprophylaxe.de](mailto:dgs.gf@suizidprophylaxe.de)



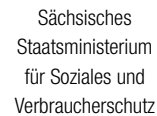
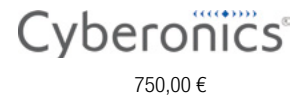
In der Forschergruppe IGSLI (International Group for Study of Lithium Treated Patients) haben sich Zentren in Europa und Nordamerika zusammengeschlossen, die auf die Langzeitbehandlung von Patienten mit affektiven Störungen spezialisiert sind. Lithium wird in der Therapie der Depression, der manisch-depressiven Erkrankung sowie zur Suizidprophylaxe eingesetzt. Ziel des Zusammenschlusses der Behandlungszentren ist es, gemeinsame Forschungsprojekte zu entwickeln und durchzuführen, um die vielfältigen Fragen der Lithium-Behandlung besser und anhand möglichst vieler individueller Krankheitsverläufe beantworten zu können.

Wir freuen uns, dass die Herbsttagung der DGS eine gemeinsame Veranstaltung mit der parallel stattfindenden jährlichen Tagung von IGSLI haben wird und damit ein Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse möglich sein wird. In einem gemeinsamen Symposium werden internationale Experten über affektive Erkrankungen und Suizidalität sprechen.

# SPONSOREN

# HERBSTTAGUNG 2014

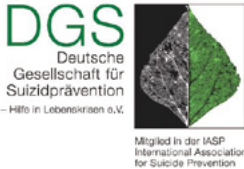
MIT FREUNDLICHER UNTERSTÜTZUNG VON:



SUIZIDAL UND SÜCHTIG - DOPPELTES TABU?  
SUIZIDALITÄT U. SUIZIDPRÄVENTION BEI SUCHTERKRANKUNGEN

19. - 21. September 2014 | LVR Köln | Organisation: Prof. Dr. med. Barbara Schneider





**Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus**  
DIE DRESDNER.



Mit freundlicher Unterstützung von:

**universal**RAUM®  
Institut für evidenzbasierte  
Architektur im Gesundheitswesen

## GIBT ES EINEN TYPUS SUICIDOLOGICUS SAXONIAE?

Seit über 100 Jahren ist bekannt, dass Sachsen in der Suizidstatistik Deutschlands eine Spitzenposition einnimmt, ein eher unrühmlicher Superlativ, dessen Ursachen nach wie vor unklar sind. Diskutiert werden (1.) genetische Faktoren im Rahmen eines epidemiologischen Ost-West-Gefälles in Europa sowie (2.) religiöse Hintergründe, die das reformatorische Kernland Sachsen als Gegenfall zu katholischer Suizidphobie prädestinieren. Vielleicht aber handelt es sich nur um ein (3.) kulturelles Artefakt, das die offene sächsische Art bei der Erfüllung statistischer Pflichten widerspiegelt? Wir Dresdner wissen es nicht, fühlen uns aber umso mehr dazu aufgerufen, uns in die Erforschung von Suizidalität einzumischen, wozu diese kombinierte Tagung von DGS und IGSLI beitragen soll.