



Suizidbericht 2015

Vorarlberg

Verfassende

Prim. Dr. Albert Lingg

Prim. Prof. Dr. Reinhard Haller

MMag. Dr. Isabel Bitriol-Dittrich

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Vorarlberger Suizidzahlen 2015.....	2
Suizidraten	2
Geschlechtsverteilung	3
Altersverteilung.....	5
Suizide und Verkehrstote	7
3. Suizidprävention.....	8
4. Besondere Formen des Suizides im Rahmen von Terror und Amok	9
Terror-Suizide.....	9
Suizid nach Amok.....	13
5. Weitere hilfreiche Links	16

1. Einleitung

Ergänzend zu den in das Regierungsprogramm aufgenommenen suizidverhütenden Initiativen der SUPRA (Suizidprophylaxe Austria) soll unser seit 1987 jährlich erstatteter Suizidbericht Vorarlberg die spezifische Situation unseres Bundeslandes beleuchten und gegebenenfalls auf regionale Besonderheiten Bedacht nehmen. Seine Veröffentlichung soll vor allem das Interesse am Thema Suizidverhütung auch bei zuletzt positiver Entwicklung nicht einschlafen lassen. Angesprochen sind dabei nicht nur die auf dem psychosozialen Feld Engagierten sondern die Bevölkerung insgesamt. Der Erfolg suizidverhütender Maßnahmen hängt bekanntlich nicht nur vom bestmöglichen Funktionieren der Helfersysteme sondern auch der Bereitschaft jedes Einzelnen ab, Signale von Lebensmüdigkeit einen Mitmenschen ernst zu nehmen, dann Rat zu holen oder Hilfe zu vermitteln. Die Halbierung der Zahl von Selbsttötungen in unserem Land seit Mitte der 80er Jahre hat ihre Gründe auch in der Enttabuisierung des Suizidthemas, also dem Abbau von Vorurteilen und falscher Scham aufgrund seelischer Not oder psychischer Erkrankung Hilfe zu beanspruchen. Dazu trugen maßgeblich auch das anhaltende Interesse der Medien unseres Landes an der Thematik und ihr verantwortungsvoller Umgang mit den leider zu beklagenden Suizidfällen übers Jahr bei.

Erneut darf festgestellt werden, dass sich die Zahl der Suizide [in Österreich](#) nach einem Höchststand Mitte der 80er Jahre erfreulich verringert hat: so wurden 1986 national noch 2139 Suizide registriert und waren es im vergangenen Jahr [1251](#) (im Jahr davor [1313 Suizide](#)). Damit hat sich, rechnet man das starke Wachstum der Bevölkerung mit ein, die Zahl der Selbsttötungen innert 30 Jahren mehr als halbiert! Mehrere Faktoren dürften sich dabei positiv ausgewirkt haben: Ein anderer Umgang mit dem Suizidthema durch vielfältige Öffentlichkeitsarbeit, der Ausbau gemeindenaher Beratungs- und Behandlungsstellen, bessere Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen, der Erhalt eines verlässlichen sozialen Auffangnetzes, ein verantwortungsvoller Umgang der Medien mit der Thematik und eine flächendeckende Notfallversorgung in Fällen von Verletzung oder Vergiftung in suizidaler Absicht.

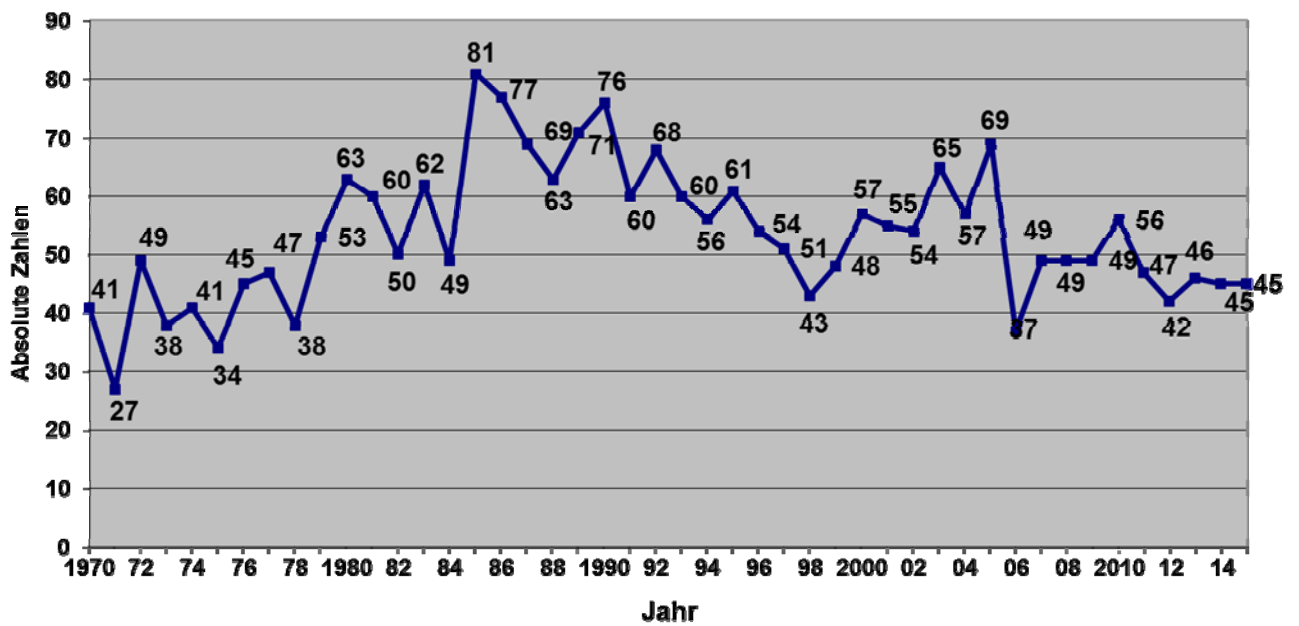
Es werden nun die verfügbaren statistischen Daten für das Jahr 2015 dargestellt und interpretiert – Letzteres soweit es die (für statistische Aussagen) kleinen Zahlen erlauben.

2. Vorarlberger Suizidzahlen 2015

Im Jahre 2015 wurden laut Statistik Austria in Vorarlberg 45 Suizide registriert. Damit weist unser Bundesland erneut erfreulich niedrige Zahlen auf.

Abb. 1

Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970-2015
(Quelle: Statistik Austria)



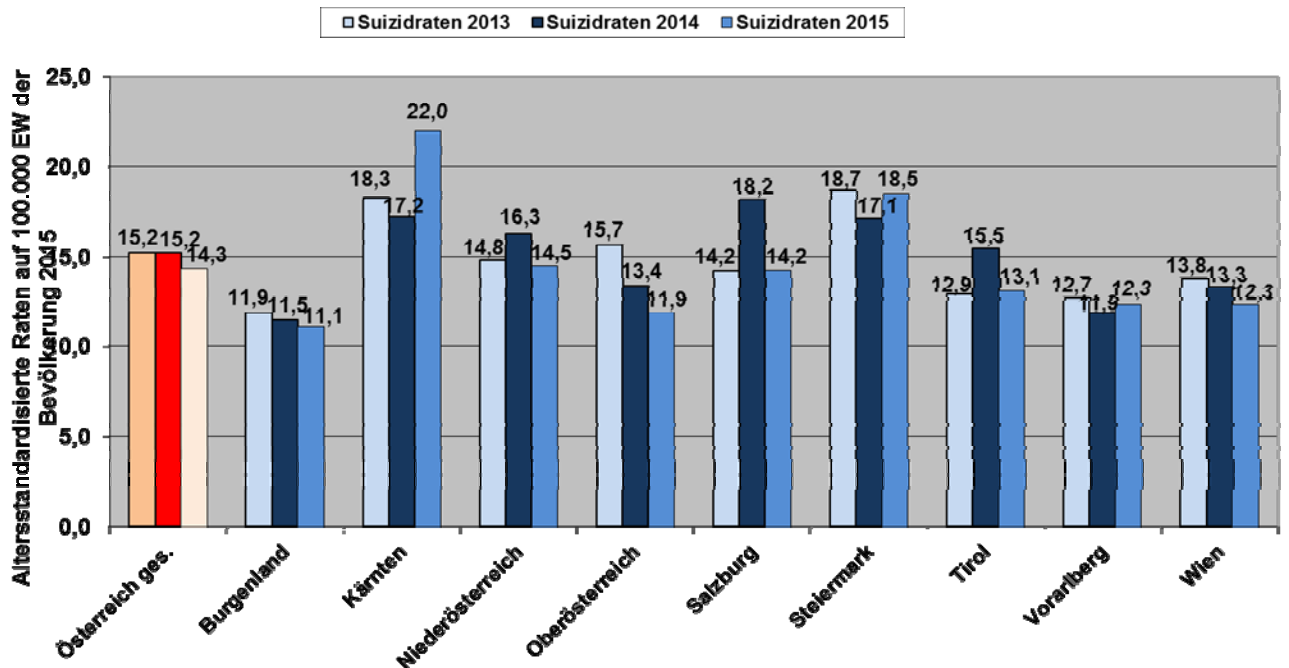
Suizidraten

Aussagekräftiger wie absolute Zahlen ist die **Suizidrate**, d. h. die Zahl der Suizide / 100.000 Einwohner. Das von der WHO um die Jahrtausendwende ausgegebene Ziel einer Rate um 15 / 100.000 EW wurde damit in Österreich mit **14,3** und in Vorarlberg mit **12,3** erneut erreicht bzw. unterschritten.

Die STATISTIK AUSTRIA berechnet auf die europäische Standardbevölkerung bezogen und kommt so zu etwas niedrigeren Raten wie jene der SUPRA (Suizidprävention Austria) bzw. des BM für Gesundheit.

Abb. 2

Suizidraten für die einzelnen Bundesländer 2013, 2014 und 2015 im Vergleich (Quelle: Statistik Austria)



Geschlechtsverteilung

In Vorarlberg kamen 1915 mehr als 5 männliche auf 1 weibliches Suizidopfer. Auch über einen längeren Zeitraum und weltweit sind – von wenigen Regionen abgesehen – Männer etwa in diesem Ausmaß häufiger betroffen. Sie setzen ihrem Leben weit häufiger im Rahmen von Kurzschlussreaktionen oder als Schlusspunkt von Suchtkrankheiten ein Ende, scheuen sich nach wie vor zu oft rechtzeitig Hilfe zu suchen und ihre Depressionen haben häufiger als bei Frauen einen aggressiven Charakter.

Abb. 3

Geschlechtsverteilung nach den einzelnen Bundesländern 2015 (n = 1.251)
(Quelle: Statistik Austria)

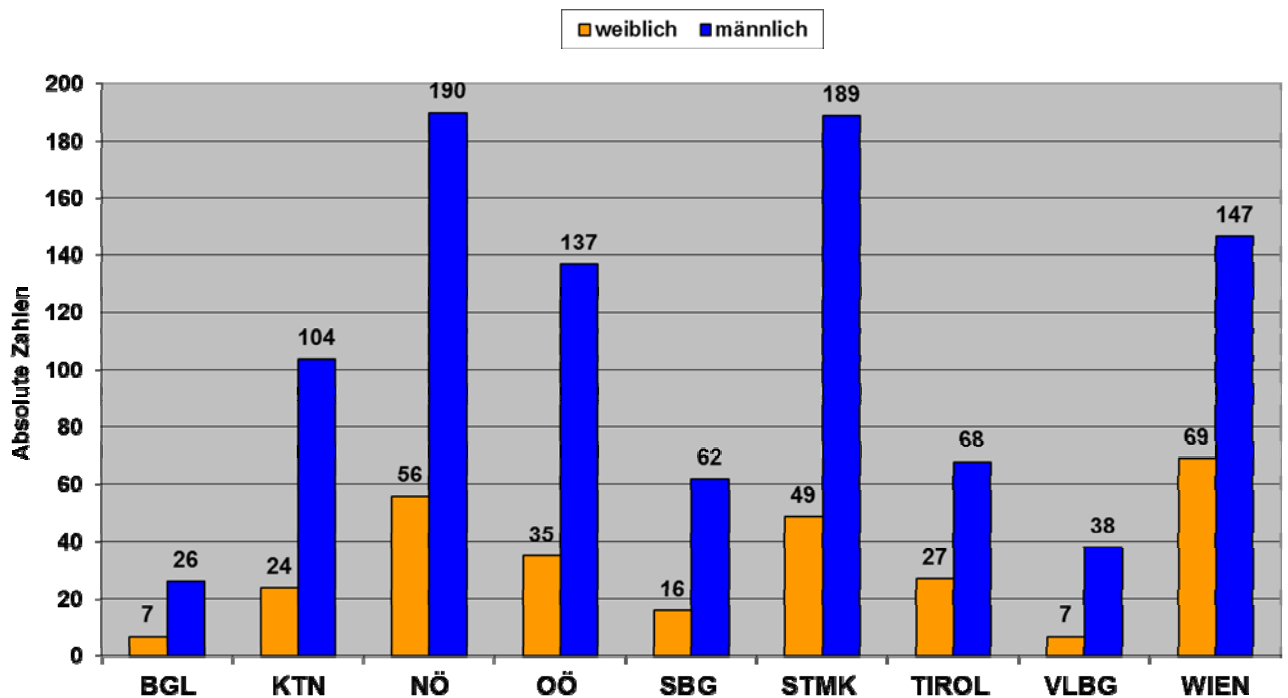
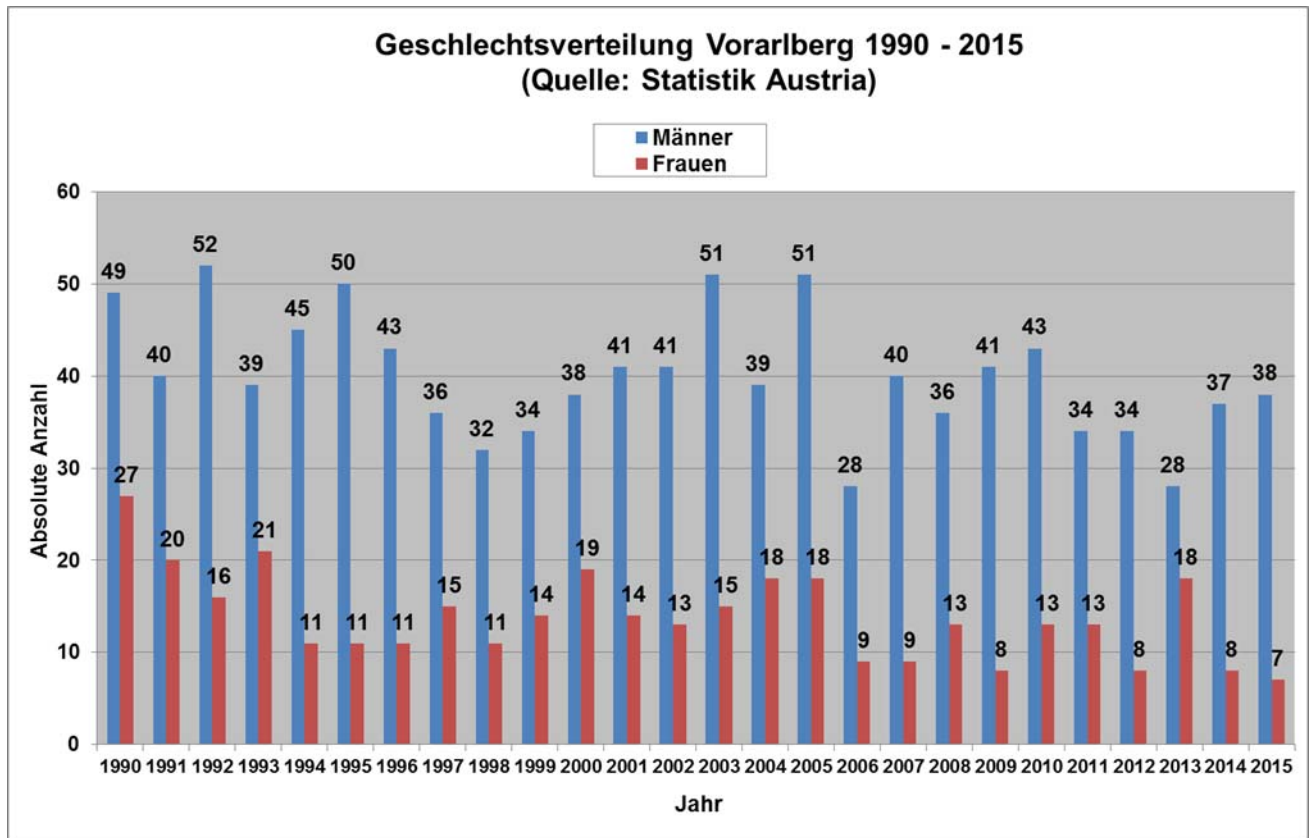


Abb. 4



Altersverteilung

Die Suizidrate steigt, anders wie häufig angenommen, mit dem Alter an. Die absoluten Zahlen jeweiliger Altersgruppen müssen selbstverständlich auf die entsprechende Zahl der Jahrgänge bezogen werden, was aus der Betrachtung einzelner Jahre für unser kleines Bundesland nicht möglich ist und der Analyse größerer Zeiträume vorbehalten bleibt.

2015 war kein Kindersuizid zu beklagen, dieses besonders bedrückende Ereignis ist – wie auch den österreichweiten Zahlen zu entnehmen ist - selten. Für die alten und hoch betagten Mitbürger zeigt sich hierzulande weiterhin im Vergleich zu anderen Ländern eine günstige Situation; doch sehen – oft weniger bemerkt oder ernstgenommen – auch bei uns vor allem alte Männer mitunter keinen anderen Ausweg mehr aus Einsamkeit, Überforderung oder körperlichen Erkrankungen.

Abb. 5

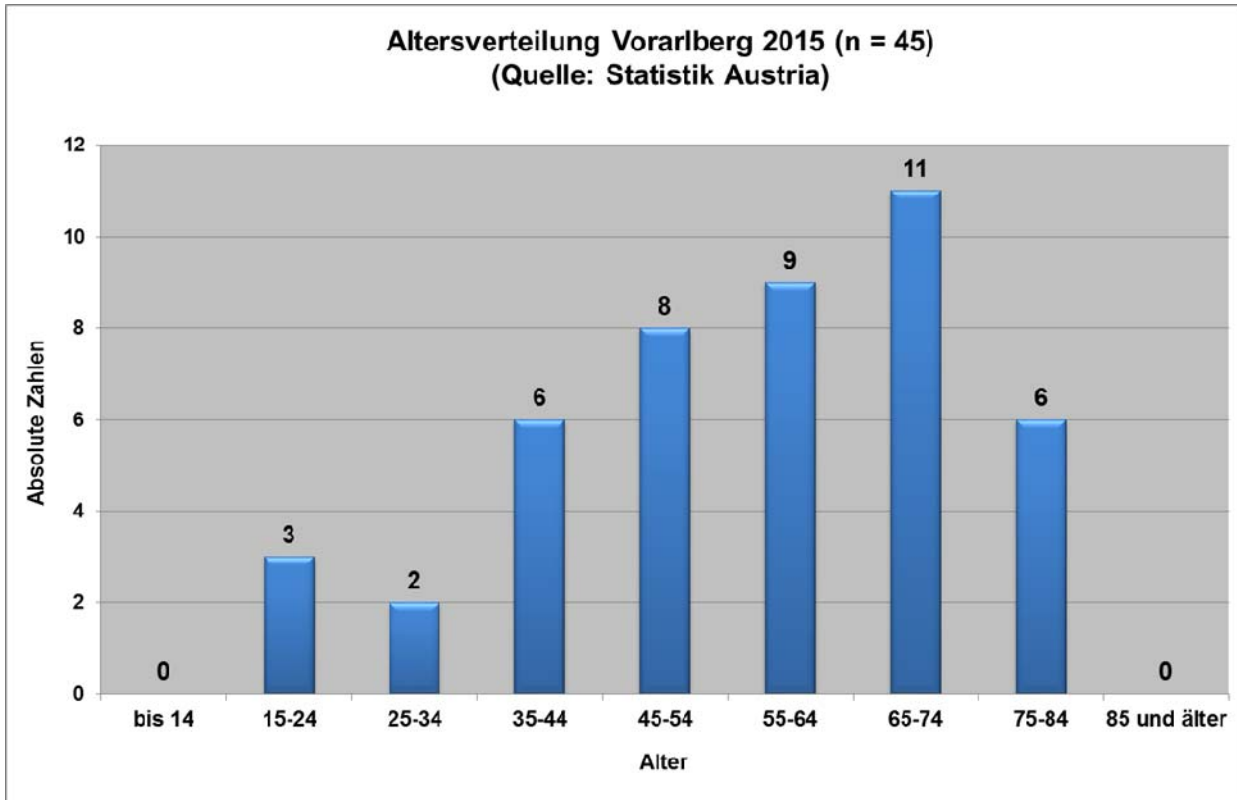
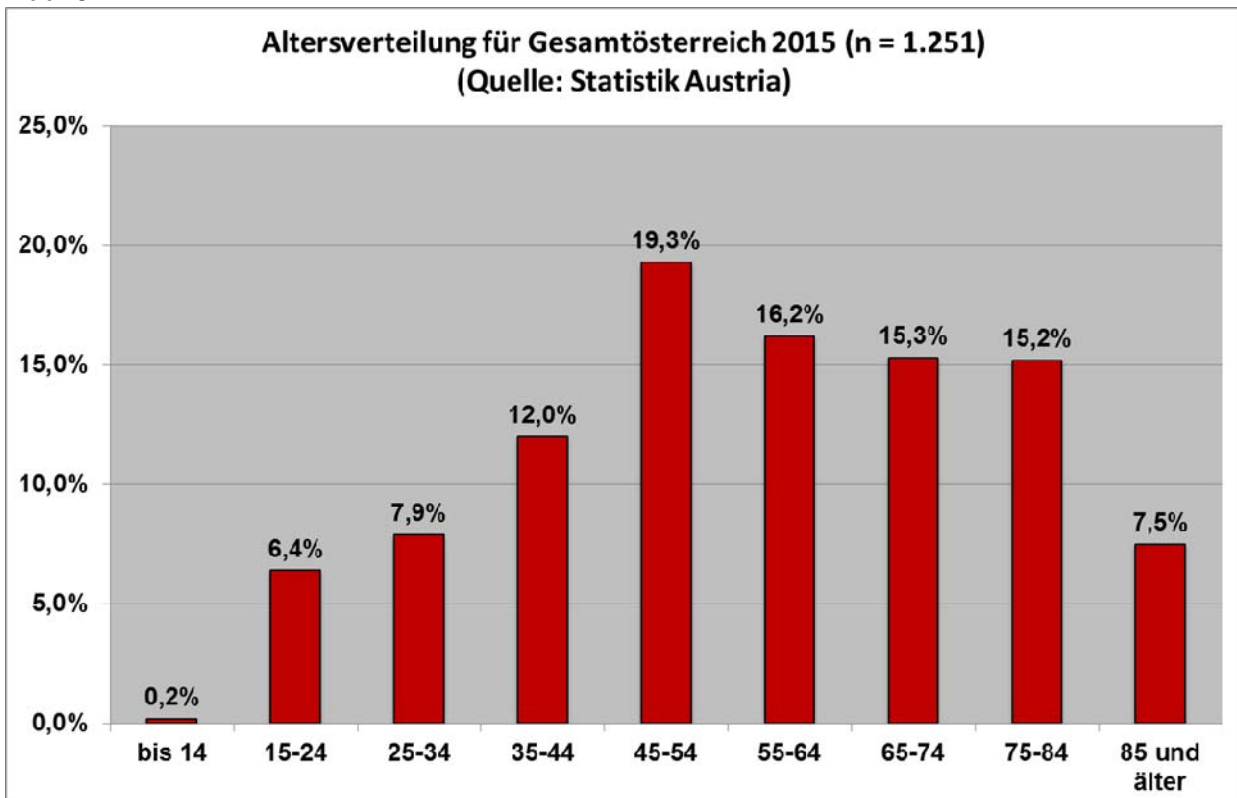


Abb. 6

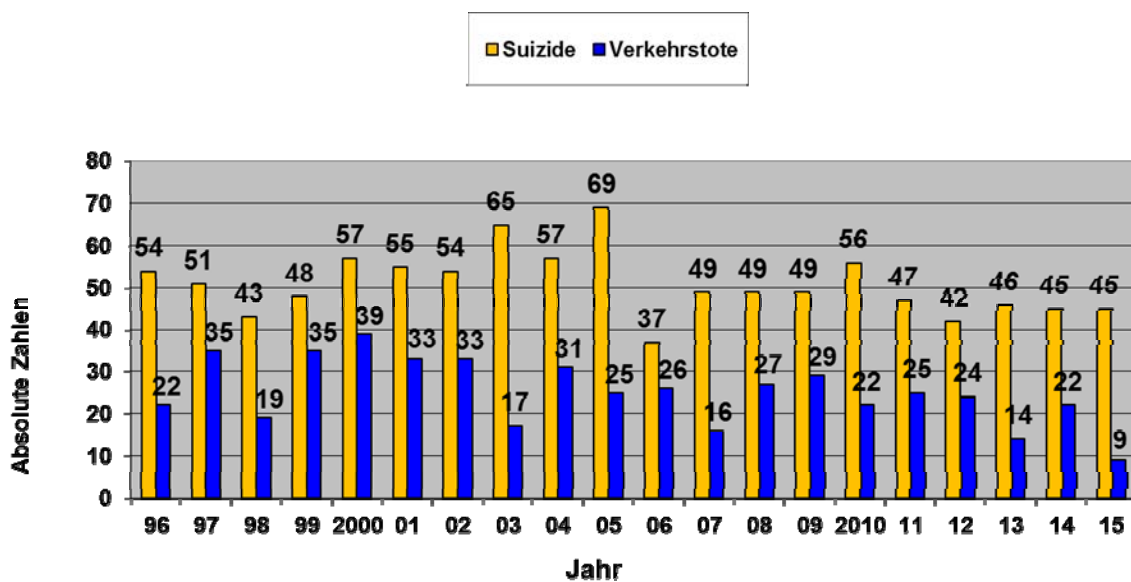


Suizide und Verkehrstote

Waren bis vor etwa 30 Jahren in Österreich noch wesentlich mehr Verkehrstote als Suizide zu beklagen, wurde durch verschiedenste Maßnahmen zur Verkehrssicherheit zwischenzeitlich ein historischer Tiefstand von im Verkehr umgekommener Menschen erreicht. Auch in unserem Bundesland wird dies durch die Zahlen eindrücklich belegt. Zwar nahm auch die Zahl der Suizide in den letzten Jahrzehnten um mehr als ein Drittel, die gewachsene Bevölkerungszahl mit berücksichtigt um über die Hälfte ab. Beide Fakten belegen die Sinnhaftigkeit vorsorgender Maßnahmen, welche naturgemäß bei der komplexen Problemlage vieler Entwicklungen zum Suizid schwieriger umzusetzen sind.

Abb. 7

Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996-2015
(Quelle: Statistik Austria)



3. Suizidprävention

Das Konzept SUPRA - Suizidprävention Austria - stellt die Basis für die Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie dar. In einem ersten Schritt wurde an der Gesundheit Österreich GmbH eine Kontaktstelle für Suizidprävention eingerichtet.

Wesentliche der im SUPRA angeführten Punkte werden in unserem Bundesland seit Erstellung der SUIZIDSTUDIE VORARLBERG 1985 und damit seit nunmehr 30 Jahren in unserem Bundesland umgesetzt bzw. sind in Arbeit genommen:

So soll

- mit der Veröffentlichung und Diskussion des jährlichen SUIZIDBERICHTs VORARLBERG sowohl Öffentlichkeit wie Schlüsselpersonen [sachlich über die Situation in unserem Land](#) informiert und auf jeweils aktuelle Entwicklungen und Anlaufstellen hingewiesen werden.
- die Bedeutung der für die Suizidverhütung niederschwelliger [Beratungs- und Krisendienste](#) (IFS, Telefonseelsorge, K.I.T.) wie auch [gemeindenaher und stationärer Behandlungsstellen](#) für psychisch kranke und süchtige Menschen hervorgehoben werden.
- besonderes Augenmerk auf altbekannte wie neue [Risikogruppen](#) gelegt werden. Den sich [stets rascher verändernden Anforderungen](#) muss durch Anpassung der Hilfsangebote Rechnung getragen werden. Darum bemühen sich viele stationäre und gemeindenahere Dienste auch durch ihre Mitarbeit in der Umsetzung des Psychiatrieplans.
- In den [Curricula der Ausbildungsstätten](#) für psychosoziale und Gesundheitsberufe ist die Thematik „Umgang mit Suizidgefahr“ etabliert und muss ständig auf neue Brennpunkte (z. B. neue Süchte, traumatisierte Flüchtlinge) ausgerichtet werden.
- neben anderer Öffentlichkeitsarbeit der am 10. September von der WHO ausgerufenen [Welt-Suizid-Präventionstag](#) auch bei uns Beachtung finden.
- besonders auf die [Tagung „Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen“ am 23. und 24. September 2016](#) in der Kulturbühne Am Bach in Götzis, Vorarlberg, hingewiesen werden. Nähere Informationen dazu unter <http://www.supro.at/veranstaltung/suizidpraeventionstagung/>

4. Besondere Formen des Suizides im Rahmen von Terror und Amok

Quellen:

- „Über den Terroristen-Suizid“: Hans Wedler in SUIZIDPROPHYLAXE 28 (2001), Heft 3
- „Amok, Massaker, Terror – forensisch psychiatrische Aspekte“: Vortrag R. Haller
- „Psychiatrische und psychologische Aspekte von Terrorismus und Amok“: R. Haller
10. Wiener Frühjahrstagung für forensische Psychiatrie in Wien am 20.5.2016

Im jährlichen Suizidbericht widmen wir uns jeweils einem Schwerpunkt und nahmen dabei jeweils für die Praxis relevante Konstellationen oder Krankheiten mit suizidalem Risiko in den Fokus. Aus leider aktuellem Anlass beschäftigen wir uns nun mit [Anschlägen, die zugleich die Selbstvernichtung des Täters beinhalten](#). Unsere Region blieb glücklicherweise bislang von Anschlägen, wie sie uns seit Jahren fast täglich in den Nachrichten vor Augen geführt werden, verschont. Die Verunsicherung in der Bevölkerung wächst jedoch in dem Ausmaß wie diese Vorkommnisse nun auch in Europa und zuletzt auch in der Nähe zu beklagen waren und vor allem auch gerade suizid-terroristische Aktionen immer häufiger werden. Mitunter reißerische Berichterstattung und noch mehr kurzschlüssige Spekulationen, pauschalierende Schuldzuweisungen bis zu Hass-Postings in den sozialen Netzwerken tragen fraglos zu einem Klima zunehmender Unsicherheit und Entsolidarisierung bei.

Terror-Suizide

Nach den Terroranschlägen in New York vom 11. September 2001 wurde rasch und vielfältig die Meinung geäußert, man solle sich ja nicht dazu versteifen, die Terrorakte zu „psychologisieren“. Man solle nicht den Versuch machen, sie zu „verstehen“, das heißt, sie in uns zugängliche Verstehens- und Erfahrungsmuster einzuordnen.

Im ersten Moment mag eine solche Haltung angesichts der emotionalen Auswirkungen eines Geschehens, das die ganze Welt entsetzte, verständlich sein: Die Emotionalität - vor allem Trauer und Wut - sollten durch nichts verwässert werden, schon gar nicht durch trockene Wissenschaft.

Inzwischen zeigt sich jedoch [das Bedürfnis, den Dingen rational auf den Grund zu gehen und nicht in Affekten wie einem durchaus verständlichen Rachebedürfnis hängen zu bleiben](#). So fand - nach einer gewissen Schamfrist - als erstes auch in den Medien die Annahme Akzeptanz, dass es sich bei den Tätern nicht um „völlig Verrückte“ um „Schizophrene“ oder um „entartete Bestien“ handelt, sondern um Menschen mit vermutlich hoher Intelligenz und kühler Kalkulation. Getrieben allerdings von einer fanatischen Ideologie und fehlgeleitet von einem fulminanten Irrglauben (zumindest aus unserer Sicht). Diese Sichtweise hat sich nach Auffinden und Auseinandersetzung mit der Vorgeschichte der Täter, teilweise in respektablen Studienorten auch in Deutschland, weitgehend bestätigt.

[Charakteristisch für diese Form des Terrors](#) war, dass der damit verbundene Suizid

- gemeinsam mit anderen Tätern durchgeführt wurde,
- damit Mordhandlungen aus fanatischer (aus ihrer Sicht altruistischer) Motivation verbunden waren,
- das Ganze auch als kriegerische Handlung unter Einsatz extremer Strategien verstanden werden kann.

Mit zunehmenden Informationen über die Geschichte der Täter konnten - auch nach folgenden Terrorakten - etwa folgende Befunde auf [sozio-kultureller Ebene](#) gefunden werden:

- Frühe und anhaltende Konfrontation mit Verfolgung, Benachteiligung und Beschämung
- Traumatisierungen über Generationen
- Kollektives Gefühl ewiger Ungerechtigkeit
- Anerkennung von sozialer Umgebung („einer von uns“)
- Gemeinsame Erfahrungswelt mit jeweiliger Bevölkerung
- Historisch gewachsenes Reservoir rasch mobilisierbarer Affekte

KERNBERG beschrieb 2003 folgende [psychodynamische Prozesse in Terrorgruppen](#):

- Narzisstische Regression durch charismatische Führer
- Paranoide Regression durch Zuspitzung der politischen - sozialen – religiösen Konflikte
- Manichäisches Weltbild
- Sicherheit im Glauben an absolute Wahrheiten und Dogmen
- Irrationalität und Verschwörungsmythen
- Flucht in utopische Visionen einer harmonischen Ur-Gemeinschaft
- Protest gegen Säkularisierung und Pluralismus
- Messianismus bei gleichzeitig weltlichen Machtansprüchen
- Altruistischer Opfertod und Eingang in die kollektive Unsterblichkeit

Für die [Forensik](#) zieht R. Haller u. a. folgende Schlüsse:

Psychodynamische und soziokulturelle Einflussfaktoren sind viel bedeutsamer als psychiatrische Morbiditäten. Die Psychiatrie ist mit dem Phänomen hauptsächlich in der interdisziplinären Prävention befasst.

[Verhinderung von Radikalisierung und Terrorismus ist eine disziplinenübergreifende Aufgabe für Wissenschaft, Politik, Religionsgemeinschaften, Gesellschaft – und auch die Psychiatrie. Gleichzeitig gilt es Diskriminierungen und soziale Segregation durch Information, Aufklärung, Bildung und Fürsorge zu verhindern.](#)

Um auf unser enger gefasstes Thema zurückzukommen: [Im Gegensatz zum gewöhnlichen erweiterten Suizid](#) erfolgte dieser hier nicht in einer emotional hochaufgeladenen Paniksituation, sondern offenbar mit kühler Kalkulation. Von erweitertem Suizid sprechen wir sonst in Fällen, in denen nicht die Aggression gegen einen Gegner und dessen Schädigung im Vordergrund stehen, sondern vielmehr überwertige Vorstellungen von Schutz und Fürsorge: wenn etwa eine schwer depressive Mutter ihre Kleinkinder in den Suizid mitnimmt um ihnen ein ihr als unerträglich scheinendes Leben als Waisen zu ersparen oder ihre Betreuung nicht einem als grausam erlebten zurückbleibenden Konfliktpartner zu überlassen.

So unterschiedlich die Motivation so unterschiedlich wird auch die strafrechtliche bzw. forensische Beurteilung dieser „erweiterten“ Suizide ausfallen müssen.

Der erweiterte Suizid ist dank moderner, flächendeckender psychiatrischer Therapie stark rückläufig, während erweiterter Mord stark zunimmt und häufig tabuisiert wird.

In Fällen von aus politisch oder religiös fanatischen Selbsttötungen von **Altruismus** zu sprechen ist befremdend und nur aus der subjektiven Verirrung der Täter überhaupt so aufzufassen. Den Motiven und Hintergründen der Täter auf den Grund zu gehen ist jedoch Voraussetzung „das Übel“ in die Breite eskalierender Terrorgewalt längerfristig bei seinen Wurzeln angehen zu können.

Eingeführt wurde der Begriff des altruistischen Suizids durch Émile DURKHEIM, der die gemeinhin zumindest latent positive Wertung des altruistischen Suizids betont. Man habe es oft abgelehnt, ihn als „Mord an der eigenen Person“ aufzufassen, weil er trotz aller charakteristischen Züge des Suizids Ähnlichkeiten „mit bestimmten Handlungsweisen hat, die wir nach alter Gewohnheit ehren, schätzen oder gar bewundern“. Er wies schon im vorletzten Jahrhundert darauf hin, dass der altruistische Suizid die Gefahr in sich trägt sich zum erweiterten Suizid auszudehnen. „Wenn der Mensch beim altruistischen Selbstmord immer bereit ist, sein Leben aufzuopfern, hat er andererseits ebenso wenig Bedenken, ein anderes zu opfern...“.

Auch hier sei darauf verwiesen **in welchem spezifischem Zusammenhang wir hier von „Altruismus“ sprechen**. Begegnen wir doch in der Regel dem „Opfersuizid“, wie der altruistische Suizid auch genannt wird, in unserer Praxis doch in der Regel in ganz anderer Form: beispielsweise begangen von chronisch kranken und unterstützungsbedürftigen Menschen, die ihrem Partner oder der Familie nicht länger „zur Last fallen wollen“. So verstanden wird auch der Suizid von Virginia Woolf, die ihrem geliebten Mann sein Leben durch ihre wieder aufgetretene Psychose nicht länger einschränken wollte, darüber hinaus allerdings auch – wie ihrem Abschiedsbrief zu entnehmen - mit ihrer Kraft am Ende war.

Suizid nach Amok

Die WHO definiert Amok als „eine plötzliche, willkürliche, nicht provozierte Gewalttatkete mit mörderischem oder zumindest erheblich zerstörerischem Verhalten und häufigem Umschlag in suizidale Reaktionen“. Obwohl der Begriff aus der malaiisch-indonesischen Kultur (Amok = wütend, rasend) stammt, stellt das, was damit gemeint ist, ein interkulturelles Phänomen dar.

Was wie Terror anmutet hat jedoch **ganz andere Ursachen, Hintergründe oder Auslöser:**

- Körperliche Leiden, besonders „larvierte Epilepsie“
- Intoxikationen – vor allem mit Cannabis, Kokain und Alkohol
- Psychosoziale Umstände
- Psychosen – vor allem paranoide Zustände oder wahnhaftige Depressionen
Persönlichkeitsstörungen
- Konversionsstörungen, Neurosen, besonders narzisstische Kränkungen.

Nach heutigem wissenschaftlichem Verständnis werden nicht mehr Ursachenanalysen abgegeben, sondern **zentrale Risikofaktoren** identifiziert. Diese bestehen vor allem in Depressionen mit Suizidneigung, narzisstischer Persönlichkeitsstruktur, Gewaltphantasien, kritischen Lebensereignissen, Zurückweisungen und Mobbing.

Zum Unterschied von Terroristen wurden bei Amokläufern in der Regel gravierende **psychopathologische Befunde** und einige Besonderheiten im Ablauf und der Auswahl der Zielobjekte ihrer Aggression erhoben:

- Täter fast immer schwer psychisch gestört
- Keine Vorplanung oder Fluchtvorbereitung
- Tatablauf hat anfallsartigen Charakter
- Blindwütiges Agieren
- Opfer nicht ausgesucht, rekrutieren sich aus der Umgebung
- Terminaler Stupor oder Suizid

Eine besondere Form des Amoks ist das **School-Shooting**, diese Form des Amok ist bis 1990 nur sporadisch vorgekommen, ehe ab 1990 eine Verdoppelung und ab dem Jahr 2000 eine Verhundertfachung der Häufigkeit zu beobachten war. Dies wurde vor allem auf den starken Einfluss der Medien auf potentielle Täter, auf den unzweifelhaft gegebenen Nachahmungseffekt zurückgeführt. Besonders diskutiert wird die Bedeutung aggressiver Computerspiele, welche Motive und Verhaltensschablonen zur Selbstbestätigung liefern könnten.

Es sind **folgende Risikomarker** bekannt:

- Narzisstische Persönlichkeitsstruktur
- Geringe Frustrationstoleranz
- Plötzliche Verhaltenssprünge
- Auffälliger Medienkonsum
- Tolerieren auffälligen Verhaltens durch die Umgebung
- Mangel an Nähe und Vertrautheit
- Zurückweisung, Spott, Mobbing
- Depressive Episoden, Suizidalität
- Gewaltphantasien
- Waffenzugang

Allerdings sind solche „Risikokonstellationen“ relativ unspezifisch, sie sind nämlich bei einer Vielzahl von Jugendlichen anzutreffen. Es bleibt letztlich häufig unerklärlich, weshalb es dann bei wenigen zu einer schrecklichen Tat kommt.

Der Verlust des eigenen Lebens wird hier auch, jedoch nicht so bewusst und in „Opfermentalität“ wie von Terror Tätern in Kauf genommen. Die individuelle Psychopathologie oder Problematik stehen im Vordergrund, während es für extremistische Taten in der Regel keine klinische Erklärung gibt. Aus der Aufzählung der meist zugrundeliegenden psychischen Störungen der Täter und der Umfeld-Faktoren ergeben sich hier eindeutig mehr Ansatzpunkte für Prävention: rechtzeitige psychiatrische Behandlung oder psychosoziale Hilfe wie auch eine wache Umgebung, die etwa bei Rückzug, auffallendem Medienkonsum oder zunehmendem

Aggressionsstau eines potentiellen Täters konsequent reagieren, verantwortungsvoller Umgang mit Schusswaffen u. ä. können manches verhüten.

Wie eingangs erwähnt, blieben wir bislang von solch schrecklichen Anschlägen verschont, leben jedoch in einer dicht vernetzten Welt, werden emotional durch entsprechende Berichte und Bilder mitgenommen, verlieren das Vertrauen in die Sicherheit mancher uns bis anhin häufig besuchter Reiseziele. Und schlussendlich haben wir uns alle um die eine Welt zu interessieren und zu kümmern, die - wie Papst Franziskus kürzlich feststellte „im Krieg ist, weil sie den Frieden verloren hat“.

5. Weitere hilfreiche Links

<http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf>

Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck, Dr. Thomas Niederkrotenthaler
Institut für Medizinische Psychologie,
Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien;
Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

<http://www.suizidpraevention.at>

Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention

<http://www.jugend.ktn.gv.at/de-1062-fileDownload.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend
Broschüre zum Jugend – Suizid

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf

Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid
Herausgegeben vom Kriseninterventionszentrum Wien

<http://www.suizidprophylaxe.de/>

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

<http://www.agus-selbsthilfe.de/info-zu-suizid/tod-durch-suizid/zahlen-und-statistiken/#pdf-129>

AGUS e.v. – Für Suizidtrauernde bundesweit

<http://www.seelischegesundheit.net>

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

<http://suizidpraevention.wordpress.com> Vom Kriseninterventionszentrum Wien wurde

- die Broschüre "Ich will SO nicht mehr weiterleben! Die Herausforderungen des Älter-
Werdens meistern. Suizidprävention im Alter" erstellt und über die connexia bereits an
Sozialzentren und Heime verteilt.

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/Suizidpraevention_im_Alter.pdf

Ferner verfügbar ist der Folder "Ich will SO nicht mehr weiterleben! Hilfe bei
Suizidgefährdung im Alter"

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/suizidpraevention_im_alter_folder.pdf