

INŠTITUT ZA KRIMINOLOGIJO PRI PRAVNI FAKULTETI V LJUBLJANI

SAMOMORI V SLOVENIJI



Ljubljana, april 1971

Finansiral Sklad Borisa Kidriča v Ljubljani

Razmnoženo v 8 izvodih

Im. šte. 2986/72

000017213

P R E D G O V O R

Samomori in samomorilni poskusi v Sloveniji naraščajo posebno še v zadnjih desetletjih tako, da dobivajo po svojem obsegu in silnicah, ki jih slutimo v njihovem ozadju, že zaskrbljujoč obseg. Posamezni pojavi sicer od časa do časa vznemirjajo našo javnost, še posebno, če so senzacionalistično predstavljeni, toda kakšnega koristnega učinka takšni dražljaji le nimajo.

V splošni javnosti je manj znano, da je stopnja samomorilnosti na Slovenskem med najvišjimi na svetu in da je preprečevanje teh pojavov, zaradi objektivnih in subjektivnih težav, komajda šele na začetku. Tudi na tem področju smo še daleč za tistimi narodi, ki so manj obremenjeni s samomorilnostjo, ki pa jih ta pojav bolj vznemirja in se bolj osveščeno in načrtneje lotevajo zmanjševanja samomorov in samomorilnih poskusov.

Tudi raziskovanje samomorilstva je pri nas še na začetku, čeprav ne bi mogli reči, da v pomoči ogroženim posameznikom ni ničesar storjenega. Pričujoča študija je v Sloveniji prvi večji poskus prodreti v domačo suicidalno problematiko nekoliko globlje. Namenjena je:

- laiku, kateremu naj predoči zapletenost motivov in vzrokov samomorilnega ravnanja na sploh, specifične poteze in akutnost tega pojava na Slovenskem, pa še posebej - v želji, da bi v pravem času in na pravi način tudi sam začutil svojo vlogo v prevenciji samomora;
- strokovnim delavcem in sploh tistim, ki se na svojih delovnih mestih srečujejo s samomorilnimi osebami in samomorilno-

II.

stjo kot družbenim fenomenom, da bi ob pomoči tu zbranih podatkov in smernic laže nadaljevali prizadevanja na poti raziskovanja in prevencije samomora pri nas.

Ta, prva obširnejša raziskava samomorilnosti na Slovenskem ne more odgovoriti na vsa vprašanja, ki se danes zastavljajo sociologu, psihiatru, psihologu, psihianalitiku in drugim poklicem, ki najpogosteje vsak s svoje strani opazujejo samomor in samomorilni poskus.

Bralcu ne bo težko ugotoviti, da skušava problem osvetliti zlasti z dveh najpomembnejših vidikov: sociološkega in dinamično-psihološkega (oz. psihiatričnega). Pri tem se zavedava, da vsak od teh dveh aspektov sam problem v celoti ne more predstaviti dovolj plastično. Eden in drugi bi zaslužil svoje pripombe: dinamično-psihološki n.pr., da je premalo eksakten in ogrožen od subjektivizma, sociološki pa mogoče, da premalo upošteva osebni element in da ga težko uporabimo kot osnovo praktične prevencije. Oba vidika sva skušala strniti, toda nisva prepričana, če se nama je ta poskus posrečil.

Nekatere teze študije (n.pr. o slovenskem narodnem značaju in njegovem vplivu na samomorilno ravnanje pri nas) se bodo bralcu mogoče videle nekoliko drzne; morebiti bodo pa prav v tej obliki pripravile ustrezne strokovnjake k razmišljanju in eksaktnější obdelavi.

Če bi študije v celoti imela tudi le takšen učinek, avtorjema njunega truda ne bo žal.

Raziskavo je financiral Sklad Borisa Kidriča v Ljubljani, kateremu gredo najlepše zahvale. Prav tako se zahvaljujeva vsem, ki

III.

so pri raziskavi kakorkoli sodelovali. Zahvaljujemo se tudi dr. Katji Vodopivčevi za njene kritične pripombe zlasti v metodološkem pogledu raziskave.

Ljubljana, decembra 1970

A v t o r j a

IV.

S O D E L A V C I

Avtorja:

Milčinski Lev, psihiater, izredni profesor za psihiatrijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani, predstojnik ekstrahospitalne službe Klinične bolnišnice za psihiatrijo Ljubljana.

Pečar Janez, dipl.pravnik, doktor znanosti, znanstveni sodelavec Inštituta za kriminologijo v Ljubljani.

Sodelavci pri metodoloških vprašanjih in obdelavi podatkov

Glonar Ivan, dipl.pravnik, načelnik v Zavodu SRS za statistiko.

Uderman Boris, dipl.pravnik, višji strokovni sodelavec v Inštitutu za kriminologijo v Ljubljani.

Sodelavci pri intervjujih

Argirović Predrag, nevropsihiater, Nevropsihiatrični oddelek Splošne bolnišnice Celje, Vojnik.

Čater Emil, nevropsihiater, Nevropsihiatrični oddelek Splošne bolnišnice Celje, Vojnik.

Kos Anica, pedopsihiater, Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana.

Masten Štefka, nevropsihiater, Nevropsihiatrični oddelek Splošne bolnišnice, Maribor.

Pungerčar Janez, soc.delavec Klinične bolnišnice za psihiatrijo Ljubljana.

V.

Tanaskovič Milena, soc.delavka Klinične bolnišnice za psihiatrijo Ljubljana.

Jaklič-Virant Mira, soc.delavka Klinične bolnišnice za psihiatrijo Ljubljana.

Ostali sodelavci

Bolta Milka, Boncelj Marija, Drnovšek Vlado, Fujs Danica, Grilo Anka, Kolenc Mila, Novak Karol, Purkart Anka, Virant Milojka.

VI.

VSEBINA

| | Stran |
|--|-------|
| UVOD (dr. Janez Pečar) | 1 |
| 1) Namen raziskave | 2 |
| 2) Metoda | 5 |
| 3) Gradivo | 7 |
| 4) Organizacija raziskovalnega dela | 14 |
| 5) Nekatera obrobna vprašanja raziskave | 17 |
| I. DEL | |
| I. PREGLED DOGNANJ O SAMOMORILNOSTI IN NJENI PREVENTIVI V SVETU (dr. Lev Milčinski) | |
| 1) Definicija, omejitev pojava | 20 |
| 2) Metode raziskovanja samomora | 26 |
| 3) Splošne značilnosti samomora v prebivalstvu | 27 |
| 4) Samomorilni poskus - njegov odnos do samomora | 44 |
| 5) Psihopatološki in psihodinamični aspekti samomora | 48 |
| Utesnitev | 59 |
| Agresivna zavrtoost | 60 |
| Beg v irealnost | 62 |
| 6) Etiološko ozadje samomorilnega ravnanja | 73 |
| Dispozicijski faktorji | 74 |
| Sprožilni faktorji | 81 |
| 7) Samomor kot družbeno patološki pojav in "nacionalni karakter" | 90 |
| 8) Preventiva in profilaksa | 95 |
| II. DOMAČE ŠTUDIJE O SAMOMORIH (dr. Lev Milčinski) | 114 |
| 1) Jugoslavija | 114 |
| 2) Slovenija | 126 |
| III. NEKAJ MISLI O SLOVENSKEM NARODNEM ZNAČAJU (dr. Lev Milčinski) | 142 |

VII.

Stran

II. DEL - NAŠA RAZISKAVA

| | |
|---|-----|
| IV. NEKAJ SPLOŠNIH PODATKOV O SAMOMORIH V SLOVENIJI (1964-1968) (dr. Janez Pečar) | 153 |
| 1) Samomori v zednjih dveh desetletjih | 154 |
| 2) Samomori po občinah | 158 |
| 3) Samomori po regijah | 167 |
| 4) Spol | 168 |
| 5) Starost samomorilnih ljudi | 171 |
| 6) Družinsko stenje | 176 |
| 7) Izobrazba | 180 |
| 8) Poklic | 184 |
| 9) Način storitve samomorov | 188 |
| V. SAMOMORI V SLOVENIJI LETA 1967 (dr. Janez Pečar) | 194 |
| A. Samomor kot dejanje | 195 |
| 1) Način samomora | 196 |
| 2) Kraj samomora | 202 |
| 3) Čas storitve samomora | 205 |
| 4) Domnevni motivi | 207 |
| B. Predkaznovanost samomorilnih ljudi | 209 |
| VI. VZOREC 100 PSIHO SOCIALNIH ANKET SUBJEKTOV IZ POPULACIJE OSEB, KI SO V 1967. LETU V SLOVENIJI NAPRAVILE SAMOMOR ("S 100") (dr. Lev Milčinski) | 216 |
| VII. VZOREC 100 PSIHO SOCIALNIH ANKET OSEB, KI SO BILE ZARADI SAMOMORILNEGA POSKUSA OBRAVNAVANE V PSIHIJA- TRIČNEM DISPANZERJU ("TS 100") (dr. Lev Milčinski) | 258 |
| VIII. SAMOMOR IN SAMOMORILNI POSKUS V SLOVENIJI (SKLEPNA UGOTOVITEV) (dr. Janez Pečar - dr. Lev Milčinski) | 296 |
| LITERATURA | 307 |

U V O D

(dr. Janez Pečar)

Neposredno pobudo za raziskavo samomorov v Sloveniji nam je dala krajša študija o samomoru in samomorilnem poskusu, ki je izšla v "Socialna patologija" - raziskavi inštituta za kriminologijo v Ljubljani. Tu so bili za zadnja leta ponovno zbrani podatki o tem pojavu za Slovenijo, ki so v mednarodni primerjavi pokazali akutnost problema samomorilnih tendenc pri razmeroma majhnem narodu. Zato štejemo raziskavo o Samomorih v Sloveniji kot nadaljevanje določenega dela raziskave v socialni patologiji. Čeprav pogostnost samomorov in samomorilnih poizkusov ob relativno majhni skrbi naše družbe zanje, sama od sebe narekujejo raziskovalno delo in razne profilaktične ukrepe za omejevanje tega pojava, pa je vendarle res, da smo se razmeroma pozno lotili nekoliko globljega preučevanja. Nekateri poskusi analize samomorov na Slovenskem, ki jih je že navedel prof. Milčinski (glej Socialna patologija stran 180-213) nam seveda ne dopuščajo tolikšnega pogleda v etiopatogenezo samomorov in samomorilnih poskusov, kot jih lahko omogoči raziskovanje s svojim inštrumentarijem. Čeprav se zavedamo, da smo morda odkrili samo določen del resnice o njih, je vendarle mogoče reči, da vemo nekaj več kot prej. Nikakor pa ne toliko kot drugje po svetu, kjer je raziskovanje samomorov doseglo zavidljivo višino, kjer so prišli tako daleč, da z različnimi teorijami razlagajo ta pojav in kjer imajo v preventivne namene organiziranih vrsto državnih in prostovoljnih organizacij, ki pomagajo ali skušajo pomagati ljudem s suicidalnimi nagnjenji in jih pravočasno odkrivati.

1) Namen raziskave

Zbrani podatki krajših analiz o samomoru in samomorilnem poskusu v Sloveniji so nam dali dovolj podlage za domnevo, da je bil ta pojav s socialnih, socialno-pataloških, zdravstvenih, psihiatričnih pa tudi pravnih vidikov že nekajkrat načrt, toda nikoli podrobneje in bolj celovito preučen. Starejše sociološke teorije obravnavajo samomor z vidika družbene dezorganizacije, anomije, sekularizacije, socialne dezintegracije itd., medtem ko so včasih psihologi in psihiatri iskali vzroke samomorov v samem suicidantu in manj v silnicah individualnega in družbenega okolja. Suicidologija je medtem postala že samostojna znanstvena disciplina in tudi nov poklic, ki se ukvarja z znanstvenim in človekoljubnim raziskovanjem samomorov in samomorilnih poskusov in njihovim preprečevanjem. Zato ni čudno, če v njej nastajajo novi tokovi in nove teorije, ki se ne zadovoljujejo več samo z Durkheimom in Freudom. Zato današnja suicidologija pozna več razlag, pristopov in klasifikacij, čeprav se jim večinoma še vedno očita enostranskost in upoštevanje le določenih suicidogenih dejavnikov. Sociološkim teorijam se očita neupoštevanje situacij, ki izhajajo iz človekove osebnosti, medtem ko so psihološke in psihiatrične pomanjkljive z vidika socialnih dejavnikov. Še vedno pa se išče enostavnejše klasifikacije, v katerih naj bi bili obseženi nepomembnejši elementi kot so prisilni pritiski, medsebojne tenzije, vezi s skupinami in bližnjimi, vrednostni sistemi in kulturne norme, pritiski in vloga družine, socialnega okolja itd. in ki naj bi bili obseženi v interdisciplinarnem pristopu, ki naj praktičnega raziskoval-

ca pripelje do kakšnih nadisciplinarnih ugotovitev in interpretacij. Preko vrste klasifikacij, tipov in pristopov k samomoru, priporočajo v zadnjem času, da je mogoče vse storjene samomore uvrstiti v enega izmed naslednjih skupin: egotične, diadične in generatične.

Pričujoča raziskava nima širših teoretičnih pretenzij, čeprav bi radi v njej integrirali sociološke in psihoanalitične elemente tega pojava in morda kdaj pozneje primerjali naše ugotovitve in stališča s teorijami v tujini. Za kaj več je resnično še prezgodaj, saj je naša suicidologija še v začetku nastajanja. Redki jugoslovanski avtorji obravnavajo samomor z različnih fenomenoloških, etioloških, medicinskih, pravnih, demografskih, regionalno-socioloških, statusnih in drugih vidikov (tudi kriminalističnih, sodno-medicinskih itd.), vendar bolj parcialno. Večinoma gre za opazovanje in ugotovitve ali spoznavanja, bodisi posameznih primerov ali regij, bodisi področij samomorilstva brez pretenzij multidimenzionalnega ali interdisciplinarnega raziskovanja.

V tej raziskavi pa si prizadevamo odgovoriti na nekatera vprašanja, ne samo z enega samega vidika, marveč z dveh temeljnih:

- tako, da bi ugotovljena dejstva lahko uporabili neposredno pri preprečevanju samomorov različnih kategorij osebnosti kot so n.pr. alkoholomani, narkomani, nevrotične in psiho-tične osebnosti in razne druge, s katerimi se vsakodnevno srečujejo organi za notranje zadeve, službe socialnega varstva, zdravstvena služba itd.;

- tako, da bi z nekaterimi sociološkimi, psihološkimi, psihiatričnimi in psihoanalitičnimi spoznanji predvsem tujih avtorjev in teoretikov ter njihova stališča in mnenja primerjali z našimi ugotovitvami.

S tem bi bila nekako, po našem prepričanju podana, tako aplikativna kakor tudi fundamentalna vrednost raziskave samomorov v naših razmerah. In kot začetno raziskovalno delo na Slovenskem, v tem pogledu, vsaj po našem mnenju, nikakor ni predimenzionirano, niti preskromno. Obenem pa smo si tudi zadali težavnejšo vlogo in sicer, ugotoviti ali je mogoče, ob razmeroma skromnem začetku razvoja suicidiologije na Slovenskem v naših specifičnih razmerah, katero od tujih (zlasti severno-ameriških) teorij uporabiti za interpretacijo samomorov in poskusov samomorov.

V zvezi z doslej povedanim smo si zastavili naslednje hipoteze:

- glede na regionalno razpršenost, starost, spol, poklic, zakonski stan in izobrazbo obstajajo pri samomorilnih ljudeh določeni razločki;
- med različnimi socialnimi skupinami je mogoče ugotoviti različne koeficiente samomorov;
- samomori so v odvisnosti od socialno-ekonomskih pogojev posameznih populacij;
- vzroke samomorov je iskati, ne samo v osebnostnih strukturah suicidantov, marveč tudi v konfliktih socialnega sloja samomorilnih oseb;

- samomor je lahko vzorec za razreševanje osebnih konfliktov;
- vloga alkoholiziranosti in alkoholizma je v suicidalnosti zelo velika;
- glede na oceno eksogenih in endogenih faktorjev v etiologiji samomorov je suicidalna profilaksa (tudi pri nas) mogoča.

2) Metoda

Podatki v nadaljevanju študije bodo pokazali, da so koeficienti samomorov v Sloveniji zelo visoki, tako da prihajamo v tem pogledu v sam vrh svetovne lestvice. Toda to velja le za dovršene samomore. Znane pa so različne domneve za poskušane samomore, ki so največkrat zelo latentni in praktično ni mogoče ugotoviti njihovega resničnega števila. Ustrezne zdravstvene in druge službe o njih nimajo zanesljivih podatkov.

V naši študiji pa raziskujemo probleme, ki zadevajo:

- storjene samomore in
- poskušene samomore.

Storjeni samomori so glede na zunanje manifestacije znatno bolj prezentno področje, čeprav nosijo v sebi vrsto nepojasnjenih skrivnosti, ki so jih s seboj odnesli pokojni ljudje in zanje ne bomo nikoli zvedeli. V vseh teh primerih smo se morali v naši študiji naslanjati na podatke, ki smo jih zbirali v suicidalantovem ožjem okolju. Ker pa je ugotovljeno, da suicidalantova smrt prepogosto muči preživele svojce ves ostanek njihovega življenja in nobena druga smrt ne pušča sorod-

nikom toliko emocionalnih nasledkov kot prav ta, je seveda dvomljiva vrednost tistih ugotovitev, ki se nanašajo na suicidalno etiopatogenezo. Podatke o tem smo morali zbirati prav pri tistih ljudeh, ki so živeli s suicidantom skupaj in ki so največkrat predstavljali tudi suicidogeni splet, ki je povzročil takšno odločitev, toda kako naj bi si pomagali drugače. Zdi se, da je suicidologija v tem pogledu nasploh pred velikim problemom. Kajti spraševati o silnicah, ki so pripeljale do samomora, ki so jih v določenem pogledu tudi ustvarjali ali jim celo doprinašali, je nedvomno zelo tvegano. Njihova neobjektivnost, prizadetost, olepševanje, izogibanje odgovornosti in podobno, lahko močno ogroža izjave, ki so tako ali drugače čustveno obarvane. Zato nismo anketirali samo njih, marveč tudi druge, da bi tako popravili morebitno enostranost.

Da bi si pomagali prav v tem pogledu smo še posebno izbrali določeno število ljudi, ki so zastavili samomorilno dejanje, vendar ga niso dokončali in so se pozneje zatekli po psihiatrično-ambulantno pomoč. Ti poskušani samomeri so nedvomno pomembno področje zlasti glede preverjanja hipotez in oblikovanje teoretičnega dela raziskave. Pri tem je šlo za delo z neposrednim "objektom" raziskave, ki so ob strokovnem intervjuju lahko docela adekvatno izrazili svoja stališča glede etiopatogeneze in poskusov samomorov.

Ker smo hoteli preizkusiti še splošna stališča in odnos ljudi do samomorov smo o tem vprašali še tiste, ki niso še nikoli poskušali storiti samomer (oziroma vsaj ničesar znanega ni bilo o tem). V ta namen sicer nismo pripravili posebnega intervjuja, niti ni šlo za ugotavljanje javnega mnenja v tem pogle-

du, marveč smo o tem vprašali ljudi, ki so nas že tako ali drugače informirali o življenju ljudi, ki so bili predmet našega raziskovanja. Med njimi niso bili samo svojci suicidantov, marveč decela tuji ljudje, ki so suicidante poznali. To sicer ni najboljši način, toda limitirana sredstva nam niso dovolila ustreznjšeega pristopa.

Vprašanje storjenih in poskušenih samomorov ter vrednostna stališča ljudi glede narave problema obravnavamo predvsem s socioloških (tudi demografskih-statističnih), psihiatričnih in psihoanalitičnih vidikov.

3) Gradivo

a) Predmet opazovanja

V naši raziskavi so bili predmet opazovanja in raziskovanja predvsem naslednja vprašanja: bodisi pri samomorih, bodisi pri poskusih samomorov:

- najnujnejši demografski podatki, ki omogočajo deloma pogled tudi v socialno mobilnost suicidantov (poklicno, stanovanjsko itd.);
- družinske razmere suicidantov v zgodnji mladosti izključno z anamnezo ožjih sorodnikov (oče, mati, sorojenci) ali nadomestnih oseb;
- razmerja do dela in odnosov do ljudi na delovnem mestu;
- družbena angažiranost in sprejemljivost suicidantov v njihovem socialnem okolju;

- zakonska zveza in sožitje z zakoncem vključno z ugotavljanjem materialnih, stanovanjskih in zdravstvenih razmer ob poroki in ob samomoru;
- suicidantov prosti čas;
- presuicidalne grožnje;
- morebitni alkoholizem suicidantov;
- suicidantove somatske ali psihične spremembe pred samomorom in vedenje kritičnega dne;
- domnevni zunanji motivi;
- suicidalno dejanje (način, sredstva).

Pri vzorcu ljudi, ki so le poskušali storiti samomor so upoštevane še nekatere dodatne indikacije, ki jih je mogoče določiti glede na to, da je intervjuvanec ostal pri življenju, tako n.pr.:

- diagnozo in prognozo;
- katamnezo po določenem obdobju (1 leto) in podobno.

V obeh primerih pa je šlo za dopolnilno ugotavljanje ali ni suicidantu preostalo nič drugega kot samomor in ali je mogoče samomor šteti kot vzorec za razreševanje hudih življenjskih konfliktov oz. ali je mnogim ljudem to dejanje kot edini izhod iz težav.

Podatke o tem so nam dajali:

- anketiranec sam v primerih, ko je šlo za poskus samomorov, in
- drugi ljudje, ko je šlo za pokojne. To so bili največkrat starši ali otroci, mož ali žena pa tudi drugi kot sosedje, sorodniki, znanci, sovaščani, vzgojno osebje pri mlajših suicidantih in določenem primeru celo vaški duhovnik.

b) Obseg in izbor gradiva

Zbiranja gradiva za raziskavo smo se lotili z več strani. Glede na razmeroma omejena sredstva za finansiranje tega raziskovalnega dela smo najprej poizkusili zbrati podatke o samomorih na podlagi že obstoječih evidenc in zapisov. Možnosti za to so bile pri naslednjih organih in zavodih:

- republiški sekretariat za notranje zadeve z upravami javne varnosti;
- republiški zavod za statistiko;
- republiški zavod za zdravstveno varstvo;
- psihiatrični ambulatorij oz. specialistična zdravstvena služba kliničnih bolnišnic in
- zdravstveni domovi (gre za "Zdravstveni karton splošne prakse").

Po pregledu vseh teh možnosti, ekscerpiranjem določenega gradiva na posebne, za to pripravljene obrazce, smo ugotovili, da nam ti primarni viri ne zadoščajo za našo raziskavo, ker so zbrani za druge namene in so premalo občutljivi za razne sociološke in druge interpretacije. Za raziskavo smo obdržali predvsem:

- podatke zavoda za statistiko in sicer za ugotavljanje razpršitve samomorov v Sloveniji (v letih 1964-1968);
- podatke organov za notranje zadeve za enoletno suicidalno populacijo (1967);
- nekatere podatke specialistične psihiatrične službe kliničnih bolnišnic v Ljubljani in zdravstvenih domov glede zapisov bolezni suicidantov.

Za izpisovanje podatkov iz arhiva organov za notranje zadeve (ogled kraja dejanja oz. samomora), psihiatrične službe in zdravstvenih domov smo pripravili posebne obrazce.

Glede na premajhno občutljivost in nizko stopnjo uporabljivosti primarnega oz. obstoječega gradiva za raziskovalni namen v postavljenih smereh, smo morali iskati še druge poti, da bi prišli do ustreznih podatkov.

Zato smo zbrali dva vzorca in sicer:

Prvi vzorec obsega 100 suicidantov, ki so v SR Sloveniji 1967 storili samomor. Izbrali smo jih tako, da smo vse suicidante tega leta razvrstili po datumih storitve samomora od 1. januarja do 31. decembra in nato zbrali vsakega petega. Če datum samomora ni bil ugotovljen, smo jih razvrstili po abecednem redu in zopet izbrali vsakega petega. Tako smo dobili vzorec suicidantov, za katere menimo, da predstavljajo slovensko suicidalno populacijo, (če ne za drugo pa vsaj za dobo enega leta) in omogočajo posploševanje z določenimi pridržki.

Drugi vzorec pa je izbran izmed tistih, ki so poskusili storiti samomor pa jim je bil ta prepreden ali pa izmed ljudi, ki kako drugače močno manifestirajo suicidalne tendence in prihajajo zaradi tega po pomoč ali nasvete k psihiatrični službi. Tudi v tem pogledu je bilo upoštevanih 100 oseb, predvsem iz Ljubljane ter okolice. Ker ni mogoče ustvariti pravega oz. resničnega pregleda nad poskusi samomorov, in ker so ti pojava zelo prikriti smo se zopet morali zadovoljiti s tem, kar smo zbrali.

Zaradi delikatnosti anketiranja in zbiranja podatkov o živečih, se nismo mogli nasloniti na pretekle, primarne podatke, ampak smo morali čakati na sprotne, kar je tudi nekoliko vplivalo na podaljšanje roka za dokončanje raziskave. Ker pri tem ne gre za resnično in enakomerno zajetje vseh poskusov samomorov v Sloveniji tudi ni mogoče reči, da gre za vzorec, ki bi predstavljal celoto.

Glede na to obsega raziskava naslednje gradivo:

- statistične podatke o samomorih v Sloveniji za obdobje 1964-1968;
- celoletno suicidalno populacijo za leto 1967 (po podatkih organov za notranje zadeve);
- izbran vzorec loc suicidantov iz leta 1967, za katerega je bilo posebej intervjujeno njihovo ožje socialno okolje;
- vzorec loc ljudi, ki so poskušali storiti samomor, pa so ne glede na čas poskusa v zadnjem času iskali ekstraprohospitalno pomoč.

c) Čas

Za to raziskavo smo, kot je že doslej razvidno, morali upoštevati različna obdobja opazovanja pojavov, s katerimi se ukvarjamo.

V to nas silijo:

- latentnost poskusov samomorov, ki jih je bilo treba ugotavljati sproti in intervjuvati njihove nosilce, navadno v središčih, kjer nudijo pomoč pacientom te vrste;
- relativna očitnost dovršenih samomorov, za katere pa se je pokazalo, da je mogoče zbrati temveč podatkov, čim bliže so

času intervjuvanja njihovega socialnega okolja; določena svežost dogodka in dostopnost ljudi, ki so suicidalno populacijo še poznali, so nam narekovali več časovnih obdobj, o katerih smo že povedali nekaj ugotovitev.

Ker pa bi radi za slovenski prostor za krajše obdobje v preteklosti ugotavljali še kakšne regionalne značilnosti ter gostitve, smo se odločili tudi za petletno preučevanje gostote samomorov z vidika nekaterih najelementarnejših demografskih indikacij.

d) Območje

Območje opazovanja je Slovenija. Na ta del se nanašajo tri populacije, ki jih proučujemo in sicer:

- vsi samomori, ki so bili po podatkih zavoda za statistiko storjeni v letih 1964--1968 v Sloveniji;
- vsi samomori, ki so bili storjeni v letu 1967 in o katerih smo izbrali podatke iz spisov organov za notranje zadeve, ki pa niso bili zadostni za globlje proučevanje pojava;
- in vzorca samomorov, ki so bili izbrani na že opisan način in obsegajo celotno Slovenijo, pri katerih pa gre za intervju po že naprej pripravljenem obrazcu, za katerega menimo, da nam omogoča določeni pogled v etiopatogenezo dokončanih samomorov. Število poskušanih samomorov pa glede na možnost izbora nikakor ne more predstavljati in odražati celotne prostorske distribucije v Sloveniji, marveč le njen del.

e) Uporabljena sredstva

Za zbiranje gradiva o samomorih in poskusih samomorov smo sestavili posebne obrazce in sicer:

- obrazec za zbiranje podatkov iz spisov organov za notranje zadeve, ki obsega: komisijski zapisnik o ogledu trupla, podatke iz življenja suicidanta, izvlečke iz poslovnega pisma;
- obrazec oz. anketni list za zbiranje podatkov o suicidantu v njegovem nekdanjem okolju (osebni podatki, družinska anamneza, poklicna mobilnost, zakonski partner, odnosi z okoljem, odnos do alkohola, rekreativne dejavnosti itd.). S tem obrazcem, s katerim so bili intervjuvani razni ljudje iz najrazličnejših slojev, smo ugotavljali tudi nekatera stališča do konkretnega dejanja oz. samomorilnega pojava nasploh;
- z obrazcem tentamen suicidii - anamnestična shema (namenjenim za intervjuvanje tistih, ki so samomor poskušali, pa so se kakorkoli pozneje zatekali k psihiatrični službi za pomoč) pa smo obsegli osebne podatke, sorojence, starše, zaposlitev, angažiranost, zakonsko zvezo, zdravstveno anamnezo, odnos do alkohola, suicidalno dejanje, prognozo, katamnezo itd.

Obrazec prilagamo na koncu raziskave.

Poleg tega pa smo uporabili še:

- statistični list zveznega zavoda za statistiko in sicer: statistični listek o smrti (obrazec DEM 2) oziroma zdravniško poročilo o vzroku smrti.

4) Organizacija raziskovalnega dela

Okvirni oris raziskovalnega dela smo predložili še pred pričetkom raziskovanja Skladu Borisa Kidriča v Ljubljani kot financerju.

Ko je bila tema odobrena, smo se najprej lotili zbiranja že obstoječih podatkov pri organih za notranje zadeve, pri zavodu za zdravstvene službe SR Slovenije in pri zavodu SRS za statistiko. Po preizkusu se je pokazalo, da so podatki iz spisov (zavoda imata samo statistične liste z nekaterimi demografskimi podatki in nekaj vprašanj z vidika svoje stroke) organov za notranje zadeve zelo pomanjkljivi, neenotni glede na posamezne frekvence odgovorov in nezadostni za raziskovalno delo. Drugih primarnih podatkov, razen omenjenih, pa med obstoječimi načini registracije tega pojava, ni bilo. S tem se nam je podrlo upanje, da bi obstoječe gradivo v optimalnem smislu lahko uporabili za raziskovanje. To bi nam (če bi seveda ustrezalo) omogočilo tudi raziskovanje v okviru stroškov, ki so bili prvotno predvideni.

Za zbiranje podatkov o suicidantih v njihovem socialnem okolju smo pripravili poseben obrazec, navodila za izpopolnjevanje, usposobili anketarje na posebnem seminarju in se pozneje lotili anketiranja na terenu. Podobno je bilo tudi z zbiranjem podatkov za tiste, ki so samomor poskušali. Postopek sam je bil razmeroma zamuden in zato seveda tudi dražji.

Podobne težave so nastale tudi z vzorcem ljudi, ki so poskušali storiti samomor. Psihiatrična služba kliničnih bolnišnic v Ljubljani ima sicer o njih precej podatkov iz preteklosti,

vendar so se tudi ti pokazali kot nezadostni za globlje proučevanje. Zato je bilo tudi v tem pogledu čakati na paciente, ki so v ustrezni dispanzer v Ljubljani prihajali sproti. Šele zbirni pokazatelji iz doslejev pacientov z enim ali več suicidalnimi poskusi so pokazali različnost in neenotnost dotlej zbranih determinant opazovanja. Zato je bilo treba zopet čakati na to, da je prišlo za vzorec potrebno število ljudi na dispanzerje, ki so bili intervjuvani po predvidenem, za raziskavo pripravljenem vprašalniku.

Najbolj težavno je bilo anketiranje na terenu. O problematiki intervjuvanja svojcev pokojnih suicidantov smo že povedali nekaj ugotovitev, ki se zlasti nanašajo na čustveno prizadetost tistih, ki so živeli v bližini pokojnikov in dajali o njih podatke. Od dogodkov pa do intervjujev še ni preteklo dolgo časa in so bili še sveži. Zato je tudi način zbiranja podatkov v nekem smislu lahko dvomljiv. V nekaterih državah (n.pr. v ZDA), kjer koeficienti samomorov niso tako visoki kot pri nas, pripravljajo in izvajajo posebne programe za svojce iz suicidantovega okolja. Stigmatizacija svojcev zaradi tovrstnega dogodka zahteva poseben psihološki tretman, še posebno takrat, kadar gre za otroke suicidalnih staršev. Pri nas še zdaleč nismo tako napredovali, da bi se ukvarjali s svojci suicidantov, ker ne uspevamo zajemati niti tistih, ki samomor poskušajo.

Anketarji, ki so bili socialni delavci iz psihiatričnih zavodov (v anketi je sodeloval tudi en pedopsihiater) navajeni komuniciranja z ljudmi, ki trpe zaradi raznih težav in pritiskov, niso imeli problemov pri navezovanju stikov z ljudmi. Kljub delikatnosti vprašanj, oziroma intervjuja nasploh se ni

zgodilo, da bi kdorkoli odklonil odgovor. Seveda so vsakomur pojasnili, da gre za diskretni intervju, namenjen za znanstveno proučevanje samomorov, katerih individualne izjave nikakor ne bodo uporabljene za kaj drugega. Nasplošno moramo reči, da so ljudje sprejemali anketarje in sodelovali z njimi.

Ker nekateri raziskovalci dvomijo o ustreznosti odgovorov svojcev suicidantov in sodijo, da so zaradi čustvenosti, prizadetosti, občutka krivde in drugih razlogov, manj uporabni za korektno znanstveno raziskovanje, smo se zoper takšne očitke hoteli zavarovati tudi s tem, da smo, če je le bilo mogoče, poleg svojcev anketirali še druge.

Tak način, nam je sicer povzročil več dela in tudi več stroškov, toda prišli smo do prepričanja, da je eno in drugo nevarno in nekorektno. Če svojci, ki poznajo pokojnika kar najbolje, dajejo izkrivljene podatke zaradi občutkov krivde, se lahko dogaja, da drugi, predvsem neprizadeti lahko posredujejo po svojih močeh, kolikor toliko relativno objektivne ugotovitve, ki pa trpe zaradi pomanjkanja informiranosti in poznavanja kakšnih stvari, ki so bistvenega pomena za oceno determinant v etiopatogenezi samomorov.

Zgodilo se je tudi, da so nekateri trdili, da pri svojcih ne verjamejo v samomor, ker v življenju suicidanta niso mogli ugotoviti ničesar takega, kar bi vodilo v to smer. Kot registerji stanja se nismo mogli spuščati v oceno, komu kaj verjeti in komu ne. Vsekakor je diagnoza stanja pri dokončanih samomorih, ko je pogosto težko sklepati iz kakšnih zunanjih manifestacij vedenja ali iz pripovedovanja drugih itd.

najbrž znatno težja in manj korektna kot pa neposredni razgovor s pacientom, pri katerem je mogoče odkrivati še kakšna nagnenja in ga dalj časa ali večkrat opazovati.

Zato se zavedamo težav in nasledkov, ki nastajajo zaradi tega tudi za raziskovalca, ki interpretira posamezne pojave ali njihove elemente bodisi iz sociološkega, psihiatričnega in kakršnega koli drugega vidika.

Drugače je s pacienti s samomorilnimi tendencami, ki prihajajo po pomoč v psihiatrične dispanzerje. Ti, vsaj zdi se tako, lahko v primerjavi z zbiranjem podatkov o pok. suicidantih pri njihovih svojcih, dajejo o sebi več avtentičnih podatkov. Ti mnogo povedo, če gre za zaupen in odkrit razgovor o genezi suicidalne nagnjenosti vsakega posameznika. Ker je vse intervjuje opravil eden izmed piscev tega dela, je tak način udeležbe v raziskovanju kar najbolj pristen in uporabljiv. Res pa je, da ne sloni na razgovorih na večjem številu ljudi, ki na podlagi različnih mnenj in stališč ali pa vsaj informacij, omogočajo oceno o danih socialnih ali celo konfliktnih situacijah, zanimivih za suicidogenezo, čeprav so bili v mnogih primerih vendarle tudi vpoštevani heteroanamnestični podatki, ki jih je bilo mogoče o teh osebah dobiti od svojcev samomorilnih oseb.

5) Nekatera obrobna vprašanja raziskave

Določene faze raziskovanja zlasti koncipiranje smeri dela in faz za zbiranje podatkov in intervjujev so sovpadle z nekaterimi dogodki, ki jih velja omeniti ob tej priložnosti že na

začetku. Čeprav ni mogoče reči, da so kakorkoli predestinirali smeri raziskovanja in vplivali na raziskovalce, pa so v določenem smislu vendarle zanimivi, če ne, v posameznih situacijah celo moteči.

Filmski režiser Mako Sajko iz Ljubljane je prav v tem času napravil krajši dokumentarni film o samomorilcih (večinoma mlajših ljudeh), ki je vzbudil veliko zanimanje in bolj čustveno kot racionalno reakcijo med ljudmi, ne samo v naši ožji domovini, marveč tudi izven njenih meja.

V ta trenutek in ustrezno atmosfero so skočili tudi novinarji, ki so ob razpletanju vesti o "klubu samomorilcev" v Ljubljani, nekatere posamezne primere tudi dokaj senzacionalistično in sploh predimenzionirano in pretenciozno opisovali in po nepotrebnem razburjali še tako slabo obveščene javno mnenje.

V nekaterih drugih časopisih so izšli absolutno senzacionalistični, neobjektivni in tudi slabonamerni članki, ki so povezovali samomre nekaj mladih ljudi z družbenim sistemom in njegovimi negativnimi implikacijami (n.pr. Der Spiegel, št. 10/1963, Kleine Zeitung 8/2-1962, L'Express 24/2-1969, Espresso 23/2-1969 itd.).

Vsi ti in še nekateri manj pomembni dogodki so povzročili, da so se za problem samomorilstva bolj kot navadno začeli zanimati tudi nekateri politični funkcionarji, pa tudi nekatere organizacije.

Novinarji, toda bolj iz drugih republik kot iz Slovenije pa so se pogosteje začeli obračati na oba pisca tega raziskoval-

nega dela glede informacij o samomorilnosti v Sloveniji. Oba pisca sta morala tudi sama nekajkrat posredovati pomirjajoče in pravilne informacije o pojavu, ker so nekateri tuji in domači novinarji pri pisanju o samomorilstvu napravili več škode in nejasnosti.

V tujih časopisih so zlasti senzacionalistično in predimenzionirano pisali o razširjenosti samomorov med študentsko mladino, v domačih pa so se razpisali o "klubu samomorilcev", kar je bilo v glavnem netočno. Resnična razširjenost in relativna pogostnost samomorov med starejšimi ljudmi pa ni naletela na poseben odmev.

Po nekaj mesecih je zanimanje za ta vprašanja skoraj popolnoma splahnelo.

P R V I D E L
(prof.dr.Lev Milčinski)

I. PREGLED DOGNANJ O SAMOMORILNOSTI IN NJENI
PREVENTIVI V SVETU

1) Definicija, omejitev pojava

Postavimo, da je s a m o m o r (suicidium) ono dejanje, s katerim se je človek usmrtil, pri čemer ga je vodila težnja vzeti si življenje, oziroma je bil tak namen iz njegovega vedenja očiten za okolico. Tudi pri s a m o m o r i l n e m p o s k u s u (tentamen suicidii) sta taka težnja in namen prisotna, očitna ali vsaj nakazana; dejanje je zastavljeno, vendar ne dokončano.

Prav je, če zavzamemo na tem mestu svoje stališče do nekaterih drugačnih pogledov na to, kje se samomorilno dejanje začne in kje konča. Namreč so različni avtorji postavljali temu pojavu bodisi zelo ozke, bodisi zelo široke meje.

Samomor nekateri definirajo kot dejanje, uperjeno v to, da se oseba usmrti, pri polni zavesti, zdravem razumu in s povsem jasnim in določnim namenom. Sleherno samouničenje, storjeno v stanju zmedenosti, ne glede na njeno izrazitost in pri kakorkoli že moteni zavesti, bi bilo smatrati potemtakem za nezgodo. Avtor, ki to stališče citira (O. M a l l e r ¹⁰⁰), ga ne sprejema kot svoje in ga polemično zavrača, češ, da nihče - in tudi samomorilec sam - ne ve, kaj je smrt, oziro-

ma, kaj se bo zgodilo v trenutku, ko si bo vzel življenje. Podobno misel najdemo že pri S c h n e i d e r j u ¹⁵¹, ki domneva, da samomorilcu smrt le ne pomeni, oziroma ni pomenila pogreznitev v nič in dokončno prenehanje bivanja; človek, da si lastne smrti niti zamisliti ne more, temveč le smrt drugega. Že tu se nam torej nakazuje misel, da samomorilno dejanje v nobenem primeru ni moči obravnavati kot do kraja osveščen, razumen akt. Vendar se bomo na to še vrnili.

Ono ozko definicijo samomora, po kateri bi iz tega pojma morali izključiti vsa avtoagresivna dejanja psihotičnih oseb, najdemo pa še v čisti obliki zastopano pri M i l o v a n o v i ć u ¹¹⁶.

Na splošno pa je bilo več pomenike glede tega, kaj naj še sodi v samomorilnost in kaj ne več, okoli samomorilnega poskusa. Le-ta se nam prezentira namreč v raznih variantah, pri katerih je težnja posmrti zastopana v kaj različni intenzivnosti. Glede na ta vidik priporoča N. K e s s e l ⁷⁸, naj bi vsaj pri (samo-) zastrupitvah varčevali z diagnozo "tentamen suicidii". Temu avtorju se namreč upira, da bi strmo rastoči množici samozastrupitev v celoti ali tudi v večini primerov moral pripisati kot smoter smrt. Iz svojih izkušenj s temi osebami namreč zaključuje, da pri večini njih v času dejanja ni bil prisoten namen d o k o n č n o p r e r e z a t i t o k a z a v e s t i, temveč le z a č a s n o g a p r e k i n i t i, pač da bi se za določeno dobo umaknili mučni sedanjosti v spanje - "balzam za ranjene duše". Tu da samomorilnega namena ni bilo, še manj pa v primerih "suicidalnih gest" in "manipulativnih sucidov", ki s o t e n d e n c i o z n i in jim je v

ozadju, včasih pa že kar v ospredju, namen vplivati na okolico, zadržati si nagnjenje in ljubezen bližnjih oseb.

Toda P.E. S i f n e o s ¹⁶³ tudi tem "manipulativnim" suicidalnim dejanjem ne odreka pravice, da bi jih obravnavali v okviru samomorilnosti, češ, da osebe, ki se zatečejo k takšnim tehnikam uravnavanja svojega odnosa do drugih oseb, samomorilna dejanja radi ponavljajo, pa da utegne eno končati usodno. Objektivno nevarnost suicidalnega akta, ki jo Kessel jemlje kot eno od pomembnih kriterijev pri ocenjevanju resnosti samomorilnega dejanja oziroma duševne motenosti, Sifneos zavrača kot nezanesljivo. Zlasti pri mladih osebah moramo računati s tem, da imajo o strupenosti raznih snovi čisto pretirane predstave in utegnemo tudi v onem primeru imeti pred seboj resen suicidalni namen, ko je otrok ali mladostnik uporabil objektivno docela neučinkovito dozo medikamenta.

Do takšnih in podobnih kontroverz pri ocenjevanju ali določena zvrst samoagresivnih dejanj še sodi v kategorijo "samomorilni poskus" ali ne, pride po našem mnenju zaradi tega, ker skušajo mnogi avtorji dojeti suicidalno vedenje po zakonitostih zavestne logike "zdravega razuma", ga pojasniti s pravili klasične, statične psihologije in psihiatrije. Glede na s teh vidikov ostaja vsak samomor - pa naj bo še tako "bilančni" - vselej ilogičen akt (S h n e i d m a n ^{159,162}). Izkušnje ob teh osebah nas pa uče, da nam manifestna podoba vedenja človeka, ki se je bil v takšno dejanje zatekel in ocena njegove aktualne življenjske situacije, vse premalo povesta o bogati dinamiki motivov, ki so do dejanja privedli.

Preveč se zanemarja pomen izvenzavestnih momentov, ki se tu uveljavljajo po poteh in načinih svojske "psiho-logike" (H. S c h u l t z - H e n c k e ¹⁵⁴), ki je za izvenzavestno pač značilna in sposobna kombinacij in preskokov, ki jih s stališča zavestne logike ocenjujemo kot absurdne. Ob uporabi zgolj statičnih psiholoških in klasičnih psihiatričnih prijemov nam mora ostati veliko število zlasti samomorilnih poskusov nerazumljivo. Šele če n.pr. vemo, kako često na človekovo ravnanje vpliva iz izvenzavestnega sveta se porajajoča ambivalentnost nasprotujočih si motivov, nam postane razumljivo, kaj želi S t e n g e l ^{170 - 172} reči, ko primerja samomorilno dejanje z Janusom, obrnjenim z enim obličjem v smrt, z drugim pa v življenje, ko išče v slehernem samomorilnem dejanju sicer težnjo končati to življenje, hkrati pa tudi a p e l na druga človeška bitja, da mu pustijo njegovo mesto v družbi, S c h n e i d e r izrazi nekako isto misel: "Človek se ne ubija, da bi umrl, temveč, da bi zaživel v ugodnejših razmerah". D e s h a i e s ³⁸ pa pravi: "Suicidanti le iz življenja beže, toda ne iščejo smrti."

C o h e n ²⁷ pravi, da večina oseb, ki so ostale pri samomorilnem poskusu, v bistvu umreti niti niso imele namena; Obratno: na življenje še zelo vise, vendar si nekako hkrati žele nekaterih prednosti, ki jih smrt utegne prinesiti.

G u n n - S e c h e h a y e ⁵⁸, opirajoč se na takšne izkušnje, definira samomorilni poskus kot avto-destruktivno vedenje, ki ima na videz smrt za cilj, toda čigar pomena v večini primerov ni mogoče omejiti zgolj na samomorilen namen, tem-

več so mu cilji na splošno drugačni kot zgolj samouničenje. Psihodinamična analiza samomorilnih dejanj v resnici nakazuje - poleg že omenjenega "apela" še vrsto drugačnih funkcij, ki jih utegne ta oblika vedenja imeti. Vendar s tem posegamo že v poglavje psihopatoloških raziskovanj samomora in se bomo na te posebnosti še vrnili.

Ob proučevanju literature lahko ugotovimo, da meje suicidalnosti postajajo tudi v drugih smereh zabrisane. Sem bi sodili pojmi: "latentne suicidalnosti", primeri "nezgodništva" (accident proneness) (T a b a c h n i k ^{183, 184}). Mogoče velja tu omeniti tudi primere, o katerih govori W o l f g a n g ¹⁹⁷, n.pr. osebe, ki store samomor na ta način, da sprovcirajo drugega, da ga ubije ali pa oni, ki drugega ubijejo v izvenzavestni želji, da bodo sami obsojeni potem na smrt. Omeniti bi bilo tudi t.im. "parcialni" samomor (B e n n e t t). Glede zadnjega pravi M e e r l o o ^{103, 104}: "Večina ljudi - potem ko dozore - tako rekoč ne živi več. Store parcialni in simbolični samomor s tem da zaustavijo svojo osebnostno rast in ekspanzijo. Zakopljejo se v stare sprejete navade in običaje, utope svojo radovednost, ki jih je gnala v nove notranje in zunanje izkušnje. Na to zadovoljno apatijo in likvidacijo raziskovalne radovednosti lahko gledamo kot zgodnje udiranje smrti v naše življenje". Ta u-tesnitev človekove produktivnosti in kreativnosti, toga uđanost določenim stereotipnim vzorcem življenja, je v bistvu isto, kar označuje R i n g e l ^{137, 138} kot "Lebensgestaltungsneurose", ki jo kasneje omenjamo, pa mogoče sploh razne forme nevrotske "zavrtosti" v smislu neocanalitskih avtorjev. - "Kronični samomor", kot ga pojmuje M e n n i n g e r ¹⁰⁵, je mogoče nekoliko prenapet: "Samomor ni vselej kar zavestno, premišljeno,

naglo, temeljito in naravnost opravljen akt. Pogosteje se to dogajanje odvija počasi, postopno in po ovinkih ... Vsakdo se uničuje po svoje. Nekateri so bolj ročni v tem opravilu, nekateri ravnaajo tu bolj zavestno, preudarno kot drugi. Ena od različnih poti samouničenja je nemara tudi organska telesna bolezen. Osebnostne študije često pokažejo, da je organska bolezen le del obolenja celotne osebnosti in člen v mehanizmu, ki žene človeka lastnemu uničenju nasproti ... Človek si poišče nesrečo, izbere si bedo, izvoli kazen in bolezen; ne vselej, ne vsakdo in ne vse bolezní - toda s takšnimi težnjami moramo pri človeku vendarle računati ..." - Bolj prepričljiva so izvajanja avtorjev, ki v alkoholizmu vidijo obliko "kroničnega samomora", nekako v tistem smislu kot je že 1855, pisal Wilson: "Če alkoholik dvigne zoper samega sebe roko, oboroženo z bolj učinkovitim orožjem, imamo opravka prav za prav z dvakratnim samomorom. Bolj postopno, bolezní podobno uničevanje samega sebe je na ta način kronano s katastrofo - nasilno smrtjo. Le v postopku se je dejanje izmenjalo, v svojem bistvu pa nič." Takšen pogled na alkoholizem nam bo še bližji kasneje, ko bomo spoznali kako pogostoma se kombinira z docela nedvoumnimi samomorilnimi dejanji.

Zveze med suicidalnostjo in kronično boleznijo, alkoholizmom, nezgodništvom in še kakim pojavom resda niso nedvomno potrjene. Spet pa teh domnevnih povezav ne smemo zavreči kot čiste špekulacije. Za njimi je le dokajšnja klinična izkušnja. Vsekakor lahko pričakujemo, da bi vzporedna raziskovanja teh pojavov bila vpríd tudi pojasnjenju suicidalnosti same.

2) Metode raziskovanja samomora

Vsako samomorilno dejanje z a s e b e je dramatičen dogodek, ki pobuja vrsto vprašanj in vabi k raziskovanju z več vidikov, zlasti pa z vidika možne preventive in profilakse, z metodami, s katerimi operirajo medicina, psihiatrija, psihologija.

Samomor kot markantna oblika družbene patologije je bil pa že v prejšnjem stoletju tudi predmet sociološko orientiranih raziskav. V njem so videli in še vidijo "fin seizmograf, ki nas opozarja na ,telurične' sunke v temeljih družbe, signalizira preobrazbe in prevrate zaradi dogodkov in ukrepov na socialnem in političnem področju. Leti sicer utegnejo pri milijonih individuov sprožiti reakcije, ki bodo ostale tako rekoč v mejah normalnega; pri stotinah tisočev mogoče protizakonita dejanja zoper lastnino in telo drugih; pri nekaj tisočih pa bodo povzročili nasilno dejanje proti lastni osebi kot poskus tako zaključiti konflikt, ki se jim vidi na drug način nerešljiv." (S o m o g y i ¹⁶⁷).

Raziskovanje samomora se je torej pričelo po dveh ločenih tirih: Eden je bil klinični psihopatološki oz. psihodinamični, ki naj po poti subtilne psihiatrično-psihološke analize privede do jasne podobe o notranji dinamiki, spričo katere je človek - individuum zašel v za njegovo pojmovanje - slepo ulico, iz katere mu le smrt odpira izhod.

Drugi tir je bil makrosociološki. Tu posameznik ostane anonimni in prispeva k raziskovani masi - populaciji le, neka-

tere svoje karakteristične podatke.

Lahko si predstavljamo pomanjkljivosti ene in druge poti. Klinični pristop ima po merilih nekaterih znanstvenikov čisto mogoče preveč subjektivnih potez in so generalizacije, izhajajoče iz te metode, čisto tvegane, nekateri bi jim očitali celo špekulativnost.

Ugotovitve, ki jih nudijo klasične makrosociološke metode raziskovanja samomora nas pa sicer opozarjajo na žarišča večje gostote tega pojava in nakazujejo lahko kritične točke, kamor naj bi se usmerila subtilnejša raziskovanja, same po sebi so pa vendar preveč splošne in brezosebne, da bi lahko predstavljale izhodišče kakih učinkovitih psihohigienskih ali sploh preventivnih ukrepov.

Pričakovati je bilo, da se bosta oba tira raziskovanja suicida približala in strnila. Zares smo pričali takemu dogajanju, ki pa nikakor še ni zaključeno. Danes je situacija takšna, da mora sleherna resna študija samomora črpati tako iz psihopatoloških kot iz socioloških dognanj, če naj nudi kakor koristne zaključke (M a r t i n ^{lol}).

3) Splošne značilnosti samomora v prebivalstvu

Če želimo dobiti pregled nad tem, kaj samomor v določeni družbi predstavlja, so nam pač najbolj v pomoč statistične študije, ki nam s številkami ustvarijo podobo o gostoti tega pojava v celotni populaciji ali pa v posameznih njenih izsekih.

Tu mogoče ni odveč opozoriti na to, da za prvo orientacijo dobimo o izrazitosti tega fenomena ustrezno podobo le, če izračunamo k o e f i c i e n t e suicida, se pravi število oseb, ki so napravile samomor v določenem letu, preračunano na 100.000 prebivalcev raziskovane populacije. V primerih pa, ko nas zanima pogostnost samomora v določeni izbrani populaciji, n.pr. med moškimi; med osebami 20 - 24 let; samskimi in pod. pa je treba računati s p e c i f i č n e k o e f i c i e n t e, se pravi koliko je bilo samomorov v tistem letu na 100.000 moških, 20 - 24 let starih, samskih in pod. oseb raziskovane populacije.

Tudi koeficienti niso absolutno zanesljivi. S t e n g e l 173, 175, 176 opozarja na dokaj različne uradne prijeme pri ugotavljanju samomora v raznih deželah. V Britaniji smrtne- ga primera n.pr. toliko časa ni mogoče označiti kot samomor, dokler ni podana evidenca prej obstoječega samomorilnega namena (poslovilno pismo, suicidalne grožnje in pod.) pa tako izpadejo iz statistike tudi taki primeri, ki bi bili drugod nedvomno ocenjeni kot samomor. E t t l i n g e r j e v a ⁴⁷ tudi poudarja nezanesljivost koeficientov v statistikah S Z O in njihovo neprimerljivost. Avtorica n. pr. meni, da je pomemben vzrok dokajšne razlike v koeficientih Švedske in Danske na eni strani (visok) in Norveške na drugi strani (nizek koeficient), različnost registriranja samomorov v teh deželah. (Ob taki ugotovitvi se zamajejo zaključki Hendina o samomoru v Skandinaviji). L a b o w i t z ⁸⁷ tudi izraža pomisleke glede realnosti uradno objavljenih števil o pogostnosti samomora, češ da je v deželah, kjer samomor obsojajo,

računati na prikrivanje takega dejanja; da je v resnici več-
sih težko razlikovati samomor od nezgode ali uboja in da si
glede pojma suicida zdravniki in mrliški ogledniki sami po-
nekod niso edini. S temi pridržki torej je treba sprejemati
sledede ugotovitve, ki građe večji del na koeficientih samo-
mora.

Po statističnem poročilu Svetovne zdravstvene organizacije
iz leta 1967. ¹⁹⁸ so bili v 1964 ugotovljeni sledeči splošni
koeficienti suicida, oziroma specifični koef. suicida za
moški in ženski spol. (Podatki za Evropo so citirani izčrpno
po omenjenem poročilu, za ostale kontinente so pa navedeni le
najvišji koeficienti. Jugoslavija v tem poročilu ni bila za-
vedena, zato smo jo pridali iz domače publikacije) Tabela I.

Tej tabeli dajmo ob stran drugo, po podatkih, ki jih je zbral
F r e e d ⁵³, o koeficientih suicida raznih držav nazaj v
1951. leto in ki kaže, kako koeficienti v splošnem kažejo ten-
denco porasta. Tabela II.

Koeficienti suicida ostajajo za posamezne dežele relativno
stabilni, oziroma lahko vsaj govorimo o deželah z visokim,
drugih s srednjim in tretjih z nizkim koeficientom suicida.

Podobno zakonitost je opazati tudi če ugotavljamo v okviru
določene države koeficiente suicida v posameznih okrožjih.
Po Somogyju velja za Italijo, da ima Kalabrija najnižji
koeficient suicida, najvišje je pa najti v srednjih in se-
vernih provincah.

Kjer so nam na voljo podatki za daljše obdobje, pa vendar
utegnemo registrirati tudi izrazitejša nihanja v koeficien-

Samomori v svetu 1964 (SZO)

| | Sk. | M | Ž |
|-----------------------|------|------|------|
| <u>Afrika</u> | | | |
| Mauritius | 2,9 | 4,4 | 1,4 |
| <u>Amerika</u> | | | |
| ZDA | 10,8 | 16,1 | 5,6 |
| <u>Azija</u> | | | |
| China, Taiwan | 19,2 | 23,9 | 14,2 |
| Japonska | 15,1 | 17,5 | 12,9 |
| <u>Oceanija</u> | | | |
| Avstralija | 14,5 | 19,1 | 9,9 |
| <u>Evropa</u> | | | |
| Avstrija | 22,8 | 33,2 | 13,7 |
| Belgija | 14,0 | 20,1 | 8,2 |
| Bolgarija | 8,7 | 12,0 | 5,4 |
| Češkoslovaška | 20,7 | 29,6 | 12,2 |
| Danska | 21,0 | 26,8 | 15,3 |
| Finska | 19,8 | 30,9 | 9,5 |
| Francija | 14,9 | 22,4 | 7,8 |
| ZR Nemčija | 20,1 | 27,0 | 13,9 |
| Grčija | 3,2 | 4,7 | 1,8 |
| Madžarska | 28,6 | 40,9 | 17,1 |
| Islandija | 9,0 | 15,7 | 2,1 |
| Italija | 5,4 | 7,7 | 3,2 |
| Malta in Goro | 0,3 | 0,6 | - |
| Holandska | 6,5 | 8,2 | 4,9 |
| Norveška | 7,3 | 11,4 | 3,2 |
| Poljska | 8,5 | 13,9 | 3,4 |
| Portugalska | 9,4 | 15,6 | 3,8 |
| Švedska | 19,8 | 28,7 | 10,9 |
| Švica | 17,0 | 24,3 | 10,0 |
| <u>Vel. Britanija</u> | | | |
| Anglija in Wales | 11,7 | 13,8 | 9,8 |
| Severna Irska | 5,4 | 6,9 | 4,0 |
| Škotska | 8,2 | 9,6 | 6,8 |
| Jugoslavija | 12,4 | 17,7 | 7,4 |
| Slovenija | 25,4 | 41,7 | 10,6 |

Koeficienti samomora v svetu 1951 - 1961 (po Freedu)

| | 1951 | 1955 | 1959 | 1961 |
|------------------|------|------|------|------|
| Avstralija | 9,5 | 10,3 | 11,1 | 11,9 |
| Avstrija | 22,7 | 23,4 | 24,8 | 21,9 |
| Belgija | 13,8 | 13,5 | 13,1 | 14,6 |
| Češkoslovaška | - | - | - | 20,6 |
| Danska | 23,6 | 23,3 | 21,0 | 16,9 |
| Finska | 15,7 | 19,9 | 20,0 | 20,6 |
| Francija | 15,5 | 15,9 | 16,9 | 15,9 |
| Zap. Nemčija | 18,2 | 19,2 | 18,7 | 18,7 |
| Nemška dem.rep. | 29,0 | 27,7 | 28,4 | - |
| Madžarska | - | 20,6 | 25,7 | 25,4 |
| Italija | 6,8 | 6,6 | 6,2 | 5,6 |
| Japonska | 18,3 | 25,2 | 22,7 | 19,6 |
| Holandška | 6,0 | 6,0 | 7,0 | 6,6 |
| Portugalska | 10,2 | 9,2 | 9,2 | 8,7 |
| Irska | 2,6 | 2,3 | 2,5 | 3,2 |
| Južna Afrika | | | | |
| (Evropejci) | 10,1 | 11,3 | 12,0 | 14,1 |
| (Afričani) | - | - | 3,4 | 4,3 |
| Španija | 5,9 | 5,5 | 5,2 | 5,5 |
| Švedska | 16,2 | 17,8 | 18,1 | 16,9 |
| Švica | 21,1 | 21,6 | 19,4 | 18,2 |
| Velika Britanija | | | | |
| Anglija in Wales | 10,2 | 11,3 | 11,5 | 11,3 |
| Škotska | 5,4 | 7,7 | 8,5 | 7,9 |
| Severna Irska | 4,1 | 3,3 | 4,1 | 5,0 |
| Z D A | | | | |
| - vse rase | 10,4 | 10,2 | 10,6 | 10,5 |
| - belci | 11,1 | 11,1 | 11,3 | - |
| - črnici | 4,1 | 3,8 | 3,3 | - |

tih posameznih dežel, ki nakazujejo odvisnost števila suicidov od raznih notranjih družbenih perturbacij (koeficient raste) in vojne (koeficient pada) Grafikon I.⁷¹

Tudi to zadnje pravilo pa po C o h e n u²⁷ ni nekaj absolutnega. Med II. svetovno vojno je koeficient samomora med moškimi osebami starosti 15 - 19 let zrastel n.pr. od 3,2 na 4,3, za čemer avtor domneva bojazen pred vpoklicem.

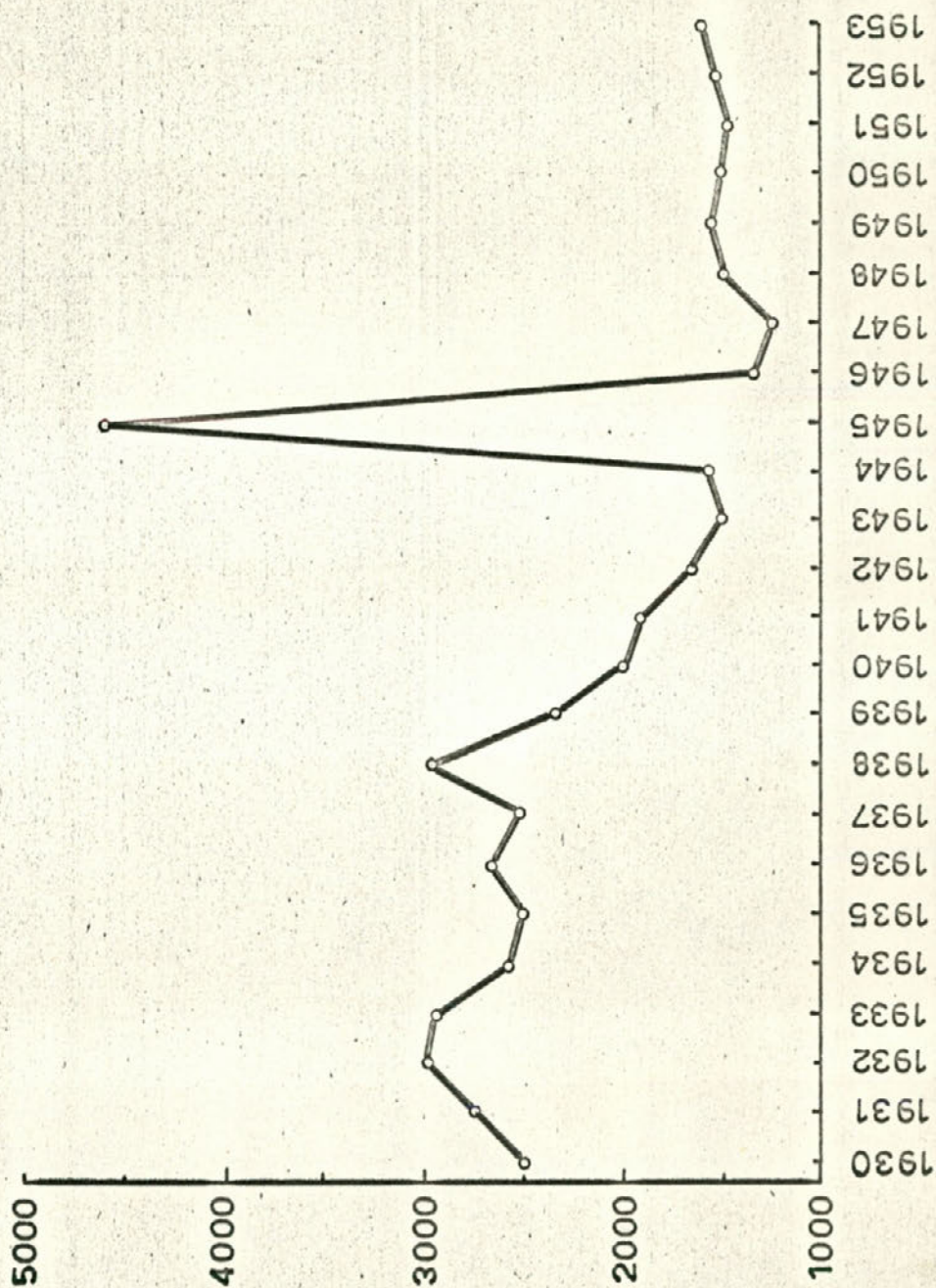
Nadaljnja značilnost, ki jo vsebujejo že podatki I. tabele je odločno prevladovanje moških med osebami, ki so napravile samomor. Po raznih statistikah dosega to razmerje v raznih deželah od 3 (moških samomorov) na 2 (ženske) vse do 4 na 1. Le v Indiji so ugotovili svojčas obratno razmerje 1 na 3.

Grafikon II. kaže gibanje koeficientov suicida glede na starost po podatkih iz nekaterih dežel Evrope z najpogostnejšim samomorom¹⁹⁸.

Ugotovimo lahko splošno zakonitost, da koeficient suicida s starostjo raste, pri moških močneje kot pri ženskah. Nadalje tudi, da je otroški suicid redkost in da na splošno tudi pri adolescentih relativno število samomorov ne dosega poprečja.

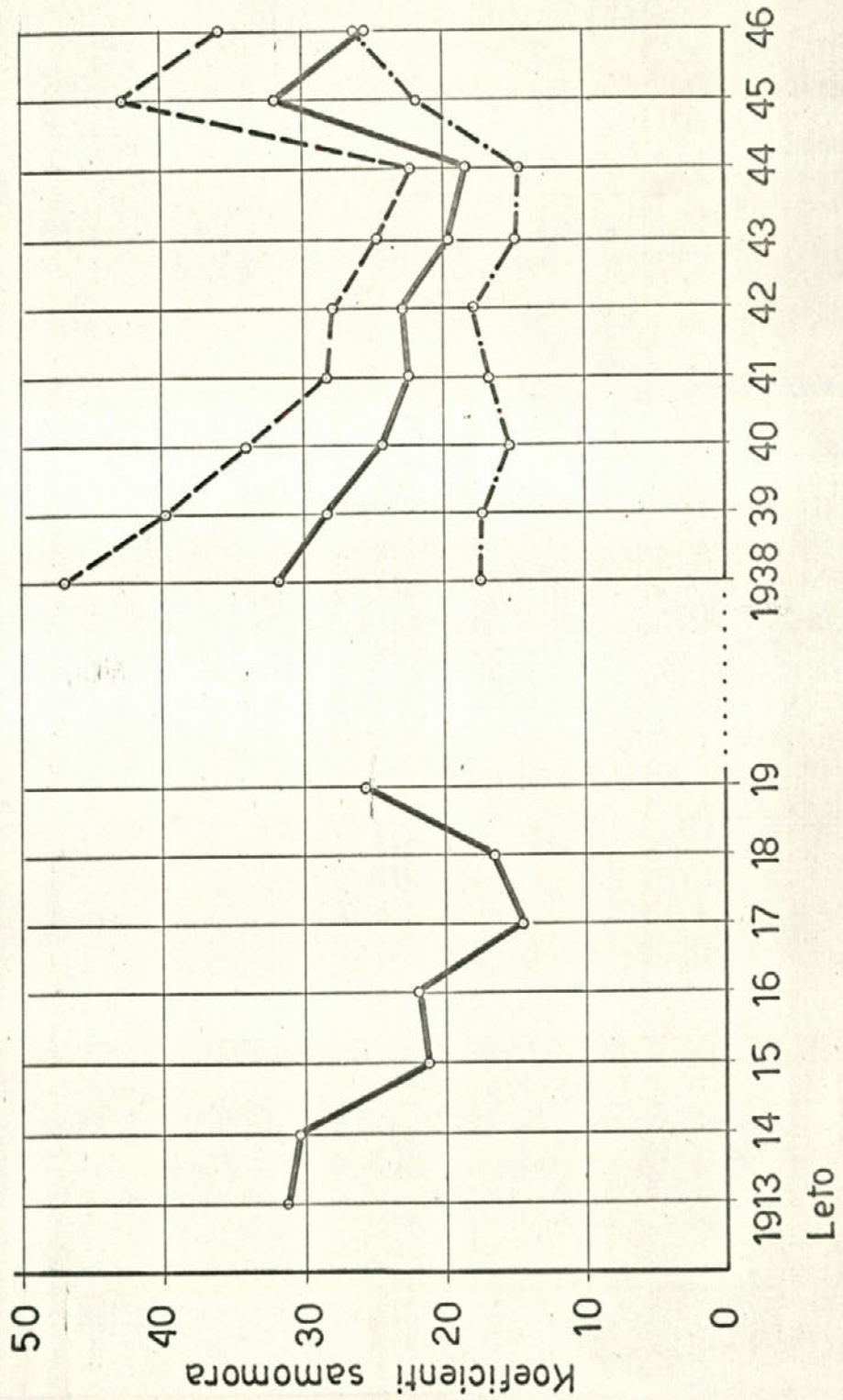
Vendar se je dobro zavedati, da so koeficienti samomora v visoki starosti manj stabilni in zanesljivi glede na manjše število oseb teh starostnih obdobj. Dva ali trije primeri samomorov v starosti n.pr. 75 let lahko že močno spremenijo koeficient, dočim se v starosti kakih 25 let ta številka mogoče še bistveno ne pozna. Iz tega pa sledi, da je pri ocenjevanju

Samomor v Avstriji
1930 - 1953
(po Hoffu)



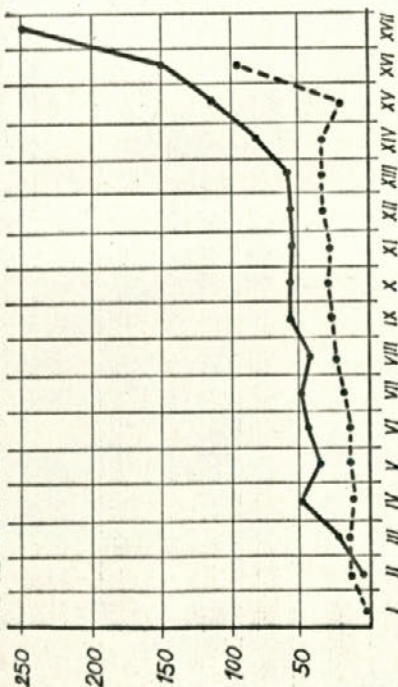
Samomor v Českoslovaški 1913-1919, 1938-1946
(po Ružički)

— global
- - - - - moški
- · - · - ženske

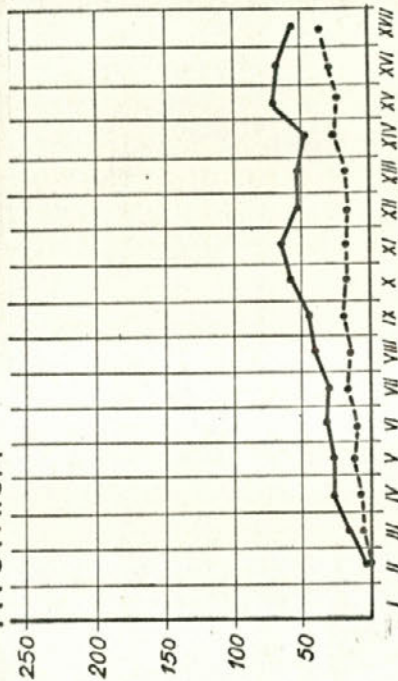


KOEFICIENT SAMOMORA za leto 1964

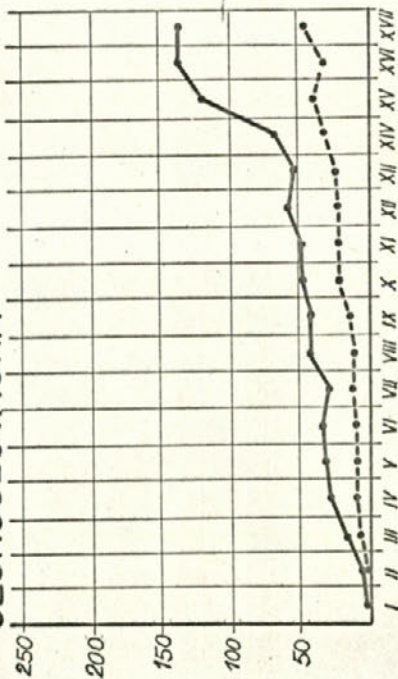
MADŽARSKA



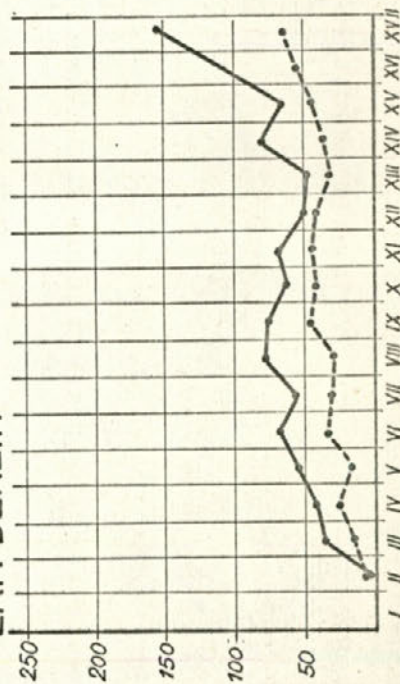
AVSTRIJA



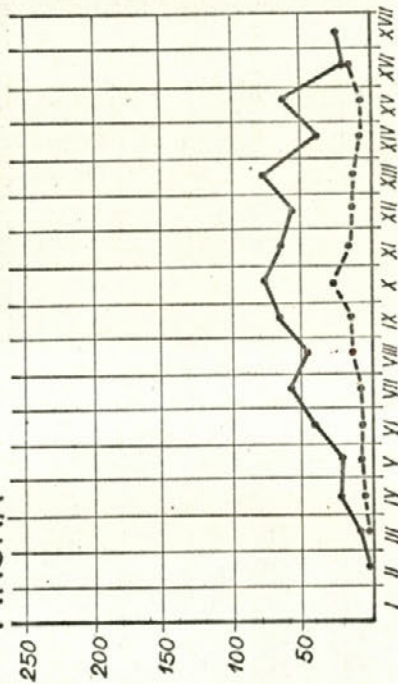
ČEŠKOSLOVAŠKA



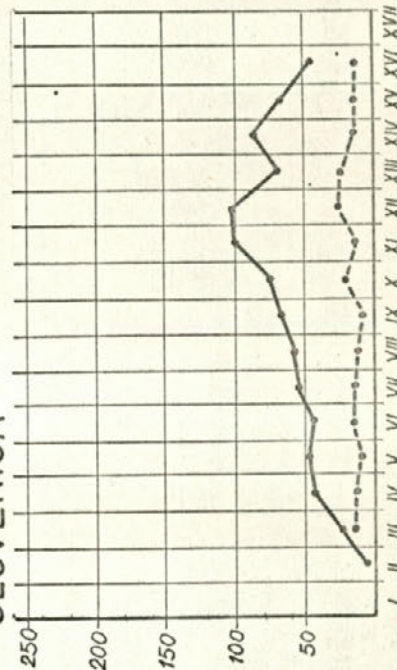
ZAP. BERLIN



FINSKA



SLOVENIJA



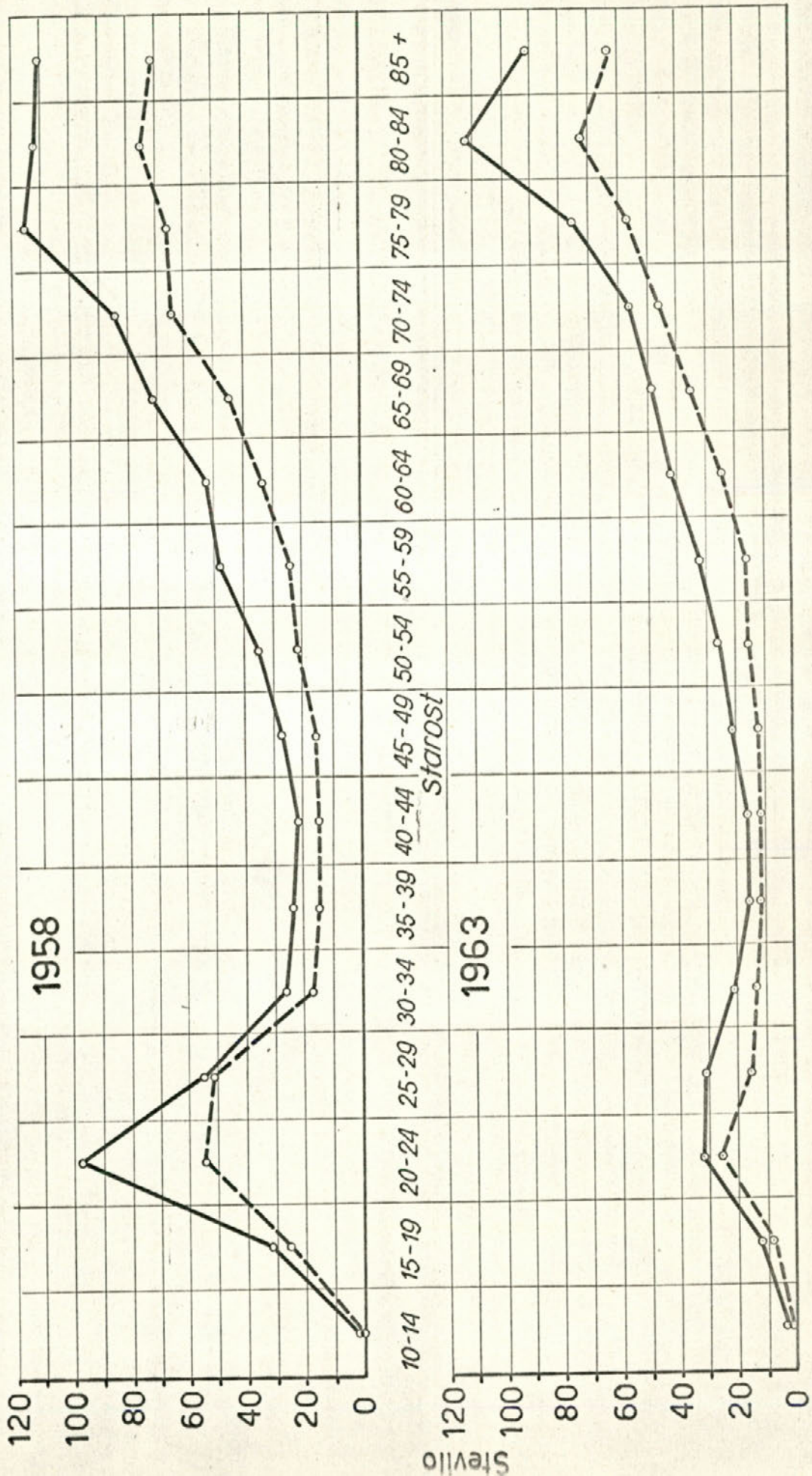
— MOŠKI
- - - ŽENSKE

STAROSTNE SKUPINE

- I = 5 - 9 let
- II = 10 - 14 "
- III = 15 - 19 "
- IV = 20 - 24 "
- V = 25 - 29 "
- VI = 30 - 34 "
- VII = 35 - 39 "
- VIII = 40 - 44 "
- IX = 45 - 49 "
- X = 50 - 54 "
- XI = 55 - 59 "
- XII = 60 - 64 "
- XIII = 65 - 69 "
- XIV = 70 - 74 "
- XV = 75 - 79 "
- XVI = 80 - 84 "
- XVII = 85 - in več

Samomor v Japonski (po Kichinosuke Tatai)

— moški
 - - - ženske



teže mladinskega samomora dobro upoštevati še druga merila. Spremembe koeficientov v populaciji imajo večje teže.

Navzlic dejstvu, da je v starosti okoli 70. leta koeficient suicida na splošno najvišji, ta pojav ni vzbujal tolikšne pozornosti kot pa suicid pri otrocih in mladostnikih. Ne samo med laičnimi osebami pušča suicid pri mladih globlji vtis. Tudi strokovna literatura o tem je številnejša. Avtorji opozarjajo na naraščanje koeficienta samomora pri mladih osebah. Černy³² n.pr. navaja da so se koeficienti samomora v Češkoslovaški v starostni grupi od 15 - 19 let od 1955. leta podvojili. Ugotavljajo, da je pri sicer relativno nizkem koeficientu samomora pri mladih osebah smrtnost zaradi suicida vendarle visoka, saj predstavlja v starosti 15 - 25 let v Belgiji (Somershausen, Dierkens¹⁶⁶ - Dopchie) s 5,64 % tretji, v ZRN pa z 12,2 % splošne smrtnosti že kar drugi najpogostnejši smrtni vzrok prebivalstva tega starostnega obdobja. Tako pravi tudi Heim⁶¹. Lahko pa domnevamo, da se nam pojav suicidalnosti mladih prikazuje tako alarmanten tudi zaradi visokega števila suicidalnih poskusov. Letih pride po Heimu, po njegovi domnevi na en uspeli suicid kar 50. Cenijo, da je na splošno suicidalnih poskusov dejansko okoli desetkrat več, kot pa izvemo za njih. Že v tem obdobju se kažejo značilne oblike med spoloma : pri uspelih suicidih prevladuje moški spol, pri poskusih pa ženski.

III. grafikon pokaže še prilike glede suicida po starosti na Japonskem⁷⁹, kjer je v letu 1958 na račun večjega števila samomorov pri mladih osebah krivulja dobila "dromedarsko" obli-

ko in je takšno tendenco še ohranila. Navzlic temu pa vrednosti koeficienta suicida tudi na Japonskem dosežajo višek v višji starosti.

Razni statistični pregledi, med drugim tudi S c h w a r z e v ¹⁵⁵ pričaajo o tem, da je med osebami, ki so si same vzele življenje več samskih oseb nad 20 let in več razvezanih, kot pa je takega stanu oseb povprečno med prebivalstvom. Razmeroma več da je tudi poročenih in vdovelih brez otrok, kot pa takih z otroki. C s e h ²⁸ - S z o m b a t h y poroča o izredno visokem koeficientu suicida pri razvezanih ženah med 15. in 19. letom na Madžarskem. Ta koeficient znaša kar 260.

Glede predisponiranosti za suicid določenih poklicev v literaturi ni trdnih podatkov. Bolj izoliran je podatek F r e e d a ⁵³, da je med zdravstvenim in zobozdravstvenim osebjem samomor pogostejši kot med ostalim prebivalstvom. Isti avtor citira po Rooku (1959), da je pogostnost suicida med visokošolci večja kot pa med ostalim prebivalstvom istega starostnega obdobja. S c h w a r z ¹⁵⁵ v švicarski populaciji ugotavlja med osebami, ki so si vzele življenje več takih s samostojnim poklicem, najmanj pa posestnikov in kmečkih delavcev. Visoko da je število samomora tudi med brezposelnimi. Somogyi pa je mnenja, da o večjem številu oseb enega ali drugega poklica med osebami, ki so storile suicid, odloča leto, ali je v tem poklicu več moških ali žensk, torej da je pomemben spol osebe, ne pa poklic.

V deželah z belim in črnim prebivalstvom opažajo višje število samomorov med belimi. ⁵³

Najpogosteje se dogajajo samomori v zgodnjih poletnih mesecih, najmanj jih je v zimskih. ¹⁶⁷

Med priseljenimi osebami ugotavljajo več samomorov, kot med stalnim prebivalstvom. ⁵³

Na splošno se opaža več suicida v urbanih kot v ruralnih področjih. Do tega pride po C o h e n u zaradi tega, ker v mesto z dežele priteka precej psihično labilnih oseb. Spet pa iz drugih virov (L a b o w i t z) lahko posnamemo, da v nekaterih razvitih deželah že te razlike ni več opaziti in je bil 1960. leta v ZDA koeficient za ruralna področja 10,8, za mesto pa 10,5.

Nekateri ugotavljajo v območjih s katoliškim in židovskim prebivalstvom v zapadnih deželah manj samomora kot pa v območjih drugih religij.

T u c k m a n ¹⁸⁸ s sodelavci na osnovi poročil o mortaliteti v ZDA ugotavlja, da pogostnost samomorov pozitivno korelira s pogostnostjo somatskih bolezni.

Več avtorjev ugotavlja, da je število samomorov obratno sorazmerno s številom ubojev. Taka opažanja srečamo že pri Lombrosu (1884), Sighele-u (1895), C a n e p i ²⁵, v zadnjem času pa sta na ta pojav vnovič opozorila in ga skušala razložiti H e n r y ⁷⁰ in S h o r t. P a l m e r ¹²² pa v svoji transkulturni študiji 40 neciviliziranih ljudstev ugotavlja izrazito pozitivno korelacijo med ubojem in samomorom in meni, da imajo pač različna ljudstva tudi večje ali manjše rezervoarje agresivnosti, ki se lahko manifestira na različnih

ravnih, ne da bi se morala razodevati samo bodisi v ubojih ali v samomorih.

Glede izbora sredstva, oziroma načina samomora, je ugotoviti določene variacije med spoloma in med posameznimi deželami.

Po S t e n g l u ¹⁷⁶ predstavljam tabelo, ki dokaj nazorno kaže, kakšne razlike je najti v strukturi načinov samomora med obema spoloma in v raznih krajih:

| N a č i n i | Z D A | | Hamburg | |
|----------------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| | 1950 m | - 1964 ž | 1935 m | - 1959 ž |
| gospodinjski plin | 0,4 | 0,6 | 20,0 | 32,5 |
| drugačni plini | 11,6 | 8,7 | - | - |
| uspavala, analgetiki | 5,8 | 30,2 | 13,0 | 24,5 |
| ostali strupi | 2,1 | 6,7 | 4,0 | 4,0 |
| obešenje | 15,3 | 12,7 | 46,0 | 22,0 |
| utopitev | 2,0 | 4,4 | 7,0 | 7,0 |
| strelno orožje | 55,7 | 25,4 | 1,0 | 1,0 |
| ostro orožje | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 5,0 |
| povoženje | - | - | 2,5 | 1,5 |
| ostalo | 1,9 | 4,8 | - | - |
| kombinacije | - | - | 1,5 | 2,5 |

Prevladujoče načine samomora determinirajo neredkoma tudi čisto lokalne posebnosti nekega kraja: bližina morja ali velike reke vabi k utopitvam; markantna visoka zgradba v mestu k skoku iz višine. Tudi večja dostopnost določenega sredstva, ki lahko služi samouničenju, vpliva na zaporedje v načinih samomora. V Z D A, kjer je nošnja strelnega orožja bolj razširjena, je ustrelitev med načini na prvem mestu. (K r i e g e r ⁸⁵) V Venezueli vodi sicer obešenje (43,7 %), temu načinu pa

takoj sledi ustrelitev (20,5 %) (R e n d o n ¹³⁴). Samomorilna sredstva se menjajo tudi s časom, oziroma novimi tehničnimi dosežki. Vse več je na svetu samomorilnih dejanj s kemičnimi sredstvi, zlasti medikamenti in je tu možnost izbora skoraj neizmerna.

Najslabotnejša točka sociološko orientiranih študij, ki grade na grobo statistično obdelanih materialih, zbranih na obsežnih populacijah, je ugotavljanje vzrokov oziroma motivov dejanja. Kategorije, ki jih tu postavljajo, so zelo splošne, n.pr. bolezen, erotični konflikti, ekonomske težave in podobno.

Glede na orientiranost avtorja najdemo zelo različne podatke glede tega, kakšen delež oseb, ki store samomor, je psihično alteriran. S a i n s b u r y ¹⁴⁹ ugotavlja, da zadevne navedbe varirajo od 86 doli do 6,6 %.

Opirajoč se na dosežanja dognanja statistično orientiranih študij ugotavlja S t e n g e l ¹⁷⁶ 1969. leta sledeča stanja, ki pozitivno korelirajo s koeficienti samomora:

| | |
|--------------------|---------------------------------------|
| moški spol | bivanje v velikih mestih |
| višja starost | visok življenjski standard |
| vdovalost | gospodarska kriza |
| samski stan | nezaposlenost |
| razvezanost | uživanje alkohola |
| brez otrok | razdrt dom ("broken home") v otroštvu |
| socialna izolacija | telesna in duševna bolezen. |
| gosta naseljenost | |

N e g a t i v n e k o r e l a c i j e s koeficienti suicida pa kažejo:

| | |
|------------------------|------------------------------------|
| ženski spol | poročenost |
| mala gostota prebival. | pripadnost družini z veliko otroki |
| bivanje na deželi | pripadnost sloju z nižjimi dohodki |
| aktivna religioznost | vojno stanje |

Na navedenih in še nekaterih ugotovitvah populacijskih raziskav temeljé nekatere hipoteze v genezi suicida pretežno sociološko orientiranih avtorjev.

Tu gotovo ne smemo pustiti neomenjeno klasično delo francoskega sociologa Durkheima "Le suicide" iz leta 1897, (citirano po Shneidmanu¹⁵⁹), delo, ki ima še danes svojo - ne zgolj zgodovinsko - vrednost. Durkheim govori o treh etioloških tipih suicida: 1. anomičnem, 2. egoističnem in 3. altruističnem. Anomične suicide opazamo v časih, ko je družbeno ravnovesje grobo moteno, kot n.pr. pri hudih ekonomskih krizah. Egoistični samomor izvira iz slabe integracije individua z drugimi člani družbe. Kadar ni solidarnosti in soglasja z grupo, odpade tudi kontrola grupe nad individuum. Rezultira osamljenost, ki jo srečavamo često kot pomemben motiv samomora. Altruistični samomor po Durkheimu pa je posledica nezadostne "individuacije" človeka, se pravi: človek se z grupo preveč identificira - situacija torej prav obratna kot pri egoističnem samomoru.

Na splošno torej: Kolikor slabše je individuum integriran v svojo družbeno skupino - politično, religiozno, družinsko - toliko bolj je ogrožen od samomora. To izraža tudi glavni teorem študije dveh Durkheimu zvestih sociologov Gibbsa in Martina⁵⁶: Pogostnost samomora v določeni populaciji variira v obratnem sorazmerju s statusno integracijo v

tej populaciji. Krepko integrirana družba drži individue v svoji odvisnosti, jih smatra sebi služne in jim ne dopušča razpolagati kar po lastnem navdihu tudi z lastnim življenjem ne (F e r r a r o t t i ⁵⁰). Po tem mehanizmu slabše integriranosti individua v družbeno skupnost bi nam utegnila postati razumljiva še marsikaka posebnost suicidalnega vedenja po zgoraj omenjenih statističnih podatkih: starejše osebe so čisto bolj osamljene, se pravi slabše integrirane v družbeno skupnost in isto bi lahko rekli tudi o priseljenih osebah. Tu najde tudi pojasnilo za zgoraj omenjena opažanja v Londonu S a i n s b u r y ¹⁴⁹, ki pravi, da je suicida nato več v centralnih mestnih sektorjih, ker ta področja Londona označuje največja mobilnost ljudi glede na bivališče in ker je tam socialna desorganizacija največja, vladajo torej največja anonimnost, osamljenost ter pomanjkanje globljih medosebnih odnosov in da je suicida več v mestu kot na deželi. Torej tudi obratno: manj suicidov opažamo v onih velemestnih četrtih, kjer se bivališče ljudi malo menja in na deželi. Po Henryju in Shortu je vsem omenjenim socialnim karakteristikam, ki jih ugotavljamo pri nesuicidalni populaciji skupno to, da predstavljajo "zunanjo uklenitev" (external restraint), ker pomenijo pač tudi pogoje za boljše in številnejše odnose osebe s svojim socialnim okoljem. Te socialne zveze pa individuum nekako obligirajo, da uglaši svoje vedenje primerno zahtevam grupe, kar gotovo predstavlja določeno uklenitev (restraint) zanj. Nevarnost suicida upada, kot narašča število socialnih zvez subjekta in vice versa: izolacija pospešuje suicidalne tendence. Henry in Short govorita o horizontalni zunanji uklenitvi pri socialnih odnosih na isti družbeni ravni. Prav tako protektivno, kar zadeva suicid,

pa se uveljavlja "vertikalna zunanja uklenitev". Pod tem pojmom razumeta avtorja efekt socialnih situacij, ki se pojavljajo v odnosih podrejenega do nadrejenega. Da takšne vrste uklenitev res obstaja, pa nakazujejo opazovanja, da osebe z višjim socialnim statusom bolj podlegajo suicidu, kot one z nižjim; moški bolj kot ženske; v ZDA beli bolj kot črni. Torej družbena subordiniranost nekako ščiti pred suicidom. Mehanizem te zaščite je pa po Henryju in Shortu kot sledi: "v kolikor bolj je vedenje subjekta izraziteje povzročeno in kontrolirano od zahtev in pričakovanj drugih oseb, toliko večji delež drugih oseb je v odgovornosti za posledice subjektovega vedenja ... Osebe, ki subjekt uklepajo in vodijo, lahko grajamo, če so posledice dejanja neugodne. Toda če je dejanje izključno odvisno od enega samega človeka in neodvisno od želja in pričakovanj drugih oseb, mora oni sam samcat nositi odgovornost za dejanje, če konča neuspešno. Drugih grajati tu ni mogoče, ker o dejanju niso odločali ... Suicid smatramo kot rezultat agresije, ki se je bila obrnila proti subjektu samemu, uboj pa je odraz sprostitev agresije navzven, proti drugim osebam. Ko določena frustracija vzbudi agresivnost, bo ta težila navznoter, torej proti subjektu samemu, kadar je le on izvor frustracije. Navzven se bo pa agresivnost obrnila tedaj, kadar je moči vzreti vir frustracije izven sebe ... Toliko bolj, v kolikor večjem obsegu je subjektovo vedenje determinirano od zahtev in pričakovanj drugih." V teh izvajanjih je tudi naznačena hipoteza omenjenih dveh avtorjev o obrnjenem razmerju števila samomorov in ubojev.

Tu je mogoče prav omeniti še opazovanja *D i z m a n g a*⁴¹ o samomoru med cheyennskimi Indijanci:

1966 je skoraj epidemično narastlo število samomorov med adolescenti Indijancev iz Severne Cheyenne.

Študije kažejo, da je pojav številnih samomorov med Indijanci odraz:

1. neuspeha pri prizadevanjih pridobiti si in vzdrževati samospoštovanje in
2. razkroj kulturnih načinov obvladovanja in ventiliranja agresivnosti.

Prejšnje čase je bilo med temi Indijanci le malo suicida. Če je možak postal potrta ali je iz kakih razlogov utrpel na ugledu, je bil običajni način, ki je spravil v red ta problem ta, da je organiziral majhen vojni pohod. V bitki se je vojščak bodisi izkazal s kakim hrabrim dejanjem, ki mu je rehabilitiralo njegovo samospoštovanje, ali pa se je zapletel v takšen samomorilsko drzen podvig, ki ga je stal življenje - ne da bi se to smatralo za samomor

Agresivnost v okviru lastne grupe, lastnega plemena, kakršnakoli že je bila striktno prepovedana. Cheyennski otrok je bil že zelo rano poučen, da je izražanje agresivnosti proti drugemu otroku ali odraslemu istega plemena hud prekršek Tako je stopil ta otrok v odraslo obdobje z zelo močnimi inhibicijami glede izražanja agresivnosti proti slehernemu članu plemena.

Eden od načinov ventiliranja agresivnosti je bil pri moških lov na bizone. Drugi pa ritual "sončnega plesa", ki so ga spremljala razna mučilna dejanja in poškodbe uperjene proti samemu sebi.

Ko so bili Indijanci konfinirani v svoj rezervat, jim je bilo tudi prepovedano poslej organizirati "sončni ples" in izvajati drugačne "primitivne in barbarske rituale", niso več smeli loviti bizonov, ki so bili že močno zdesetkani in seveda jim ni bilo več dovoljeno zapletati se v bitke s sosednimi plemeni. Iz higienskih razlogov je vlada zahtevala tudi, da si možje postrižejo svoje dolge lase, ki so predstavljali simbolično njihovo moč. Ker Indijanci niso več mogli vzdrževati svojih familij v rezervatu, je bila vlada prisiljena uveljavljati program socialne pomoči, kar je dodalo še k naraščajoči dependentnosti in izgubi samospoštovanja.

Dva glavna simptoma sedanjega kulturnega propada sta zelo razširjeni alkoholizem in pogostnost nasilnih poškodb ter smrti, se pravi samomorov, ubojev in nezgod.

Ko Henry in Short govorita o frustracijah, ki sprožijo suicidalne tendence, se ustavljata zlasti ob ekonomskih ciklih, ki v času svojih nizkih stanj v ZDA povzročijo pomnožitev suicidalnih dejanj. Teh bo ustrezno več pri moških, belcih, onih z višjim stanovanjskim standardom in nekoliko mlajših kot je nasploh povprečna starost suicidantov; se pravi, pri osebah, ki na splošno doživljajo manj "vertikalne zunanje uklenitve".

Teze, ki jih razvijata Henry in Short, sodijo že v skupino tistih, katerih osnovna sociološka orientacija vsebuje tudi elemente druge smeri v raziskovanju samomora, namreč psihološke in psihoanalitske. Njuna tolmačenja sežejo že dalj nazaj v preteklost osebe, ki je pokazala samomorilne tendence. V svoji znani študiji o odnosu samomora do uboja (citirano po

L e s t e r j u ^{92 - 96}) razvijata n.pr. misel, da je od metode kaznovanja otroka odvisno to, na kakšen način bo otrok izražal agresivnost in da človek ta svoj stil zadrži tudi kasneje v življenju. Otroci n.pr., ki so deležni ljubeznjivega kaznovanja, zavre svoje agresivnost, oziroma kažejo več proti sebi usmerjene agresivnosti. Obratno pa da otroci, ki jih starši običavajo fizično kaznovati, usmerjajo svoje agresivnost navzven. Gold (po L e s t e r j u in R u s h i n g u ¹⁴⁸), je to misel razširil v tem smislu, da je pričakovati v ljudstvih, kjer so otroci fizično kaznovani, več ubojev, v onih pa kjer starši otroke ljubeznjivo obravnavajo, več suicidov. Lester je s sodelavci to hipotezo preveril med 33 primitivnimi severnoameriškimi plemeni in v svojih ugotovitvah ni našel potrdila zanjo.

Izvajanja drugih avtorjev pa spet govore vprid stališčem, ki jih branita Henry in Short: C a n e p a ²⁵ n.pr.: "Večno večja socializacija modificira in odmiha primitivne vzorce zadovoljitve raznih človekovih potreb ... Dvig socialnega blagostanja vleče s seboj močno zmanjšanje heteroagresivnosti, toda tudi izrazito okrepitev samoagresivnosti, ki se deloma manifestira že direktno kot suicid." Primerjalna študija samomora in uboja v okrožju Cuyahoga in v Zürichu (H a r t m a n n ⁶³) tudi podpira Henryja in Shorta. R o p s c h i t z in O v e n s t o n e ¹⁴⁶ prav tako menita, da "centrifugalna agresivnost preprečuje samoagresivnost".

Ki dvoma o tem, da so sociološko - statistično orientirane študije samomora marsikaj o tem pojavu pojasnile. Strekovnjak - pa mogoče tudi laik, ki se srečava iz oči v oči s suicidalnimi osebami in ki mu njegov položaj v tem srečanju nalaga od-

govornost za te osebe, pa za svoje ukrepanje v takih ugotovitvah najde le še premalo smernic. Pogreša v njih kaj več o človekovi osebnosti, sluteč, da je njena vloga pri suicidalnem pojavu vsaj tolikšna, kot je vloga zunanjih dražljajev, katerim je samomor sledil. Iz te potrebe je zrastle spet vrsta raziskav, ki so pa uperjene ne več v samomorilnost v posameznih populacijah, temveč v osebnost človeka, ki je storil ali poskušal samomor. Gre torej za opazovanja in raziskave s psihološko, psihopatološko, psihoanalitsko orientacijo.

Predno pa pregledamo doprinos te skupine študij, je prav, če se ozremo še na suicidalni poskus kot posebno obliko suicidalnega vedenja, pri katerem je bistveno lažje uporabljati tehnike tega drugega pristopa, (ker dopušča direktno komunikacijo s prizadeto osebo), pa je s tem moči priti do subtilnejših podatkov o osebnosti človeka, ki se je bil zatekel v takšno ravnanje.

4) Samomorilni poskus - njegov odnos do samomora

Najprej je treba omeniti, da bi glede na razna opazovanja utegnili počvorniti o tem, ali smemo iz ugotovitev, ki nam jih nudi študij samomorilnih poskusov, sploh sklepati, da iste zakonitosti veljajo tudi pri (uspelem) samomoru.

V prvi vrsti je očitno, da o številu samomorilnih poskusov še

zdaleč nimamo prave predstave, v razliko od samomorov, o katerih ima statistična služba precej točne evidence. Cenitve glede števila samomorilnih poskusov v primerjavi s samomori sicer vse navajajo, da je samomorilnih poskusov dosti več, vendar je ta faktor n.pr. po Thomasu 2, po Sten-
glu ¹⁷⁰7, po Shneidmanu in Farberowu ¹⁵⁹8, po Freedu ⁵³10-15 in po Jakobinzertju celo 100 (citirano po Weitbrechtu ¹⁹⁵). Pri tem se nam vidi prva številka odločno prenizka, zadnja pa nerealno visoka.

Skozi prizmo statistike ugotavljamo še druge razlike med samomorom in samomorilnim poskusom, ki jih lahko tabelarično takole prikažemo:

| | Samomor | Samomorilni poskus |
|--------------------------------|--|--|
| Spol | prevladujejo bistveno moški nad ženskami | prevladujejo ženske; po nekaterih avtorjih sta spola glede števila izenačena |
| Starost | s starostjo število narašča | največ pri mladih osebah, s starostjo število upada |
| Način | prevladujejo brutalni načini (obešenje, strel) | prevladujejo blagi načini (zastropitev) |
| Prevladujoči (navajani) motivi | invalidnost, telesna bolezen, ekonomske težave | erotični in zakonski konflikt |

Če ugotavljamo takšne razlike med obema oblikama samomorilnega vedenja in njunimi nosilci, se seveda lahko vprašamo, ali ne gre torej za dve diferentni populaciji, ki ju v to vedenje

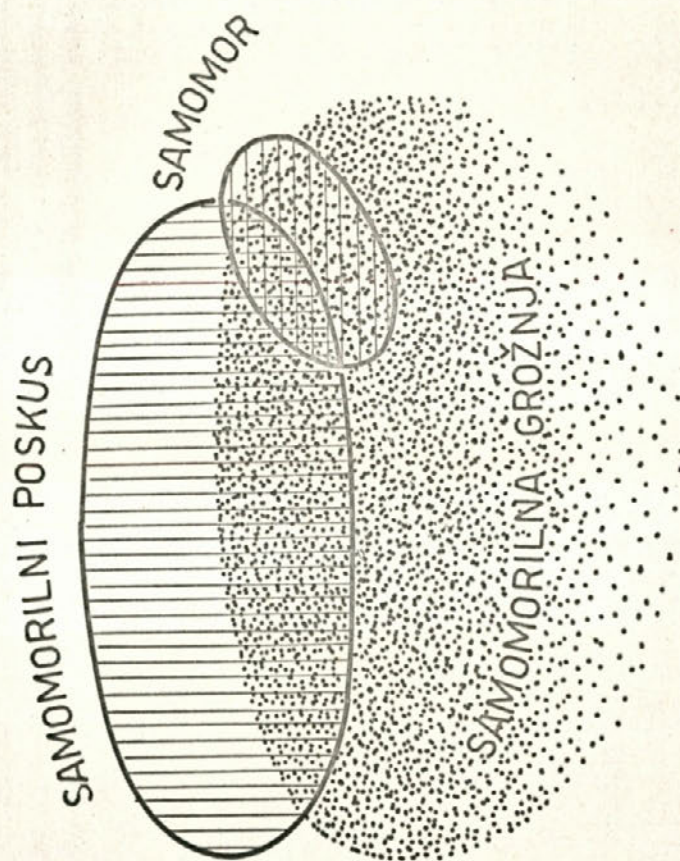
silijo docela različni motivi. Oziroma, da pri suicidalnem poskusu težnja po smrti mogoče sploh ni dominantna, temveč je v ospredju nekaj docela drugega. S t e n g e l, kot že prej omenjeno, v resnici nagiba k takšnemu tolmačenju. V teh primerih, da je glavni smoter suicidalnega dejanja a p e l na druge ljudi, naj v kritični življenjski situaciji človeku v stiski pomagajo, da bo obdržal svoj položaj v družbi, torej zares, " da bi zaživel v ugodnejših razmerah". R i n g e l ^{137, 138} pa nahaja med samomorom in samomorilnim poskusom le k v a n t i t a t i v n o razliko. Namreč, da je težnja za smrtjo tudi pri samomorilnem poskusu navzoča, le da je njena intenzivnost manjša. Zaradi tega Ringel ne vidi ovire obravnavati oba pojava v istem okviru suicidalnosti (Selbstmordtendenz). Pri premostitvi takih diskrepanc v pojmovanju obeh pojavov nam je v pomoč Stenglovo že citirano stališče, namreč, da je vsako suicidalno dejanje kot Janus, obrnjen z enim obličjem v smrt, z drugim pa v življenje. Menimo, da tako lahko pojmujeemo i samomre i samomorilne poskuse - čeprav je moči govoriti na eni skrajnosti o samomorilnih poskusih, ki so dejansko resno neuspeli samomori, na drugi skrajnosti pa o "suicidalnih gestah" in "manipulativnih suicidih", pri katerih je tendenca vplivati na osebe iz svojega okolja docela evidentna. V vsakem suicidalnem ravnanju - kot se zdi - je navzoča težnja po smrti hkrati z apelom na družbo. Ali kot razvija F o r n a r r i ⁵¹: "Eden od paradoksov samomora je ta, da nekako vendarle sloni na negaciji smrti ... Človek, ki se ubija, na zavestni ravni po vtisu hoče prekiniti svojo zvezo s svetom, toda na izvenzavestni ravni to zvezo ravno išče ... Tu srečamo skrajno potrebo po ustvarjenju tesnih odnosov z družbenim okoljem; ta potreba je pa najizrazitejša prav tedaj, ko člo-

vek navzven kaže namen ločiti se od sveta." Takšno a m b i - t e n d e n t n o s t resda po poti "zdravega razuma", naše vsakdanje logike, ne moremo doumeti; s teh izhodišč je sleherno suicidalno dejanje - ponavljamo - ilogičen akt (S h n e i d m a n ¹⁶²). V njegovo bistvo pa lahko prodremo prav s tehnikami in opirajoč se na teorije osebnosti kot jo tolmačita sodobna dinamična psihologija in psihiatrija.

Zanimivo je tolmačenje samomorilnega poskusa, kot ga ponuja L e s t e r ^{92 - 96}. Avtor na osnovi svojih eksperimentov, oziroma psiholoških preizkusov zavrača Freudovo tezo o suicidalnem dejanju kot agresivnosti, zasukani proti individuu samemu in aplicira na njih Kellyjeve poglede o tako imenovani "hostilnosti" oseb, ki skušajo manipulirati z drugimi, za njih pomembnimi osebami. Tudi "klic na pomoč" suicidalnih oseb je po avtorjevem mnenju oblika manipuliranja. Pri teh osebah se srečajo značilnosti "hostilnih" oseb: zlasti njihova rigidnost in nesposobnost pomiriti se z določenimi aspekti realnosti. Suicidalni poskus da je med drugim lahko torej tudi odraz težnje izžeti naklonjenost iz oseb, ki mu le-te ne izkazujejo toliko, kot bi je on želel.

Recidivnost samomorilnih dejanj je visoka, po S t e n g l u in C o o k u ¹⁷³ v 18 % po S c h n e i d e r j u ¹⁵¹ v 33 %. Dokaj velika je pa tudi verjetnost, da eden od nadaljnjih poskusov konča s smrtjo. S c h n e i d e r ugotavlja 1954. leta v katamnestični študiji 372 oseb, ki so samomor poskušale, da so po 9 - 18 letih, v lo % končale s samomorom. Prav isti odstotek samomora pri osebah s samomorilnim poskusom v anamnezi ugotavlja tudi D a h l g r e e n na svojem vzorcu po 3 do

Odnos samomora do samomorilnega poskusa in grožnje
(po Weiszu)



12 letih. Ti podatki nas tudi opozarjajo, da ni moči ostro ločiti na eni strani onih oseb, ki samomor poskušajo, od onih, ki ga store, temveč, da se obe populaciji le prekrivata. Paziti se je torej treba popularnega verovanja, da oni, ki grozi s samomorom, ali, ki ga poskuša, ne konča zaradi samomora. *W e i s z*¹⁹⁴ meni, da njegove izkušnje opravičujejo sledečo shemo (glej shemo I.). *B e n n e t t* opozarja, da so oni, ki groze s samomorom neredkoma bolj moteni, kot pa oni, ki so ga poskusili storiti.

5) Psihopatološki in psihođinamični aspekti samomora

*A d l e r*¹ opredeli osebnost samomorilca češ, da je to tisti tip človeka, ki misli preveč o sebi, premalo pa o drugih in ni sposoben funkcionirati, živeti in umreti z drugimi; glede lastne vrednosti ima preveč visoko predstavo in vseskozi napeto pričakuje izida dogodkov, ki naj bi se vselej iztekli ugodno zanj.

Vidi se nam, da *A d l e r* išče ozadja samomorilnim tendencam le na enem področju človekovih potreb: težnji po uveljavljanju, kar nas ne more zadovoljiti.

H a n d i n *M e i s e l*⁶⁰ ponujata model etiopatogeneze samomorilnega vedenja, ki vključuje možnost, da tudi frustracije na drugih področjih človekovih potreb privedejo do suicidalnega akta: "Oseba, ki ne zna ljubiti ali biti ljubljena, ki ne more biti nikomur potrebna ali spoštovanja vredna, pomembna ali bogata in ki ne more imeti vsaj blodenj takšne vsebine - ne more živeti." Ta model je mogoče nekoliko preohlapen,

čeprav - kot prvi tudi on nakazuje dinamizme, ki jih pri samomorilnih osebah srečavamo.

Manj zaradi (bolj pičle) bere te študije kot zaradi uporabljene metode (analiza bolezenskih popisov 438 nekdanjih nevropsihiatričnih bolnikov, od tega 218 takih, ki so storili samomor glede na 540 postavk, s podrobno statistično obdelavo) omenjam še delo F a r b e r o w a in sod.⁴⁸. Za nas je pomembna (spričo pomanjkljivih podatkov manj zanesljiva) ugotovitev, da so se pokazali suicidalni kot dokaj bolj dependentni, navezani na tujo oporo, sila željni priznanja, hkrati pa tudi kot dokajšni stremuhi.

Tudi najbrže ne bi prišli daleč, če bi za izhodišče vzeli Freudov instinkt smrti, pojem, ki se za razliko od mnogih drugih njegovih idej med psihoterapevti ni udomačil, čeprav ga nekateri (n.pr. M e n n i n g e r¹⁰⁵, A l l e n² in drugi) le še sprejemajo v svoje sheme.

Oprli se bomo rajši na model etiopatogeneze samomora, kot ga predstavljata monografiji E. R i n g l a^{137, 138} psihiatra, prvega predsednika Mednarodne zveze za preprečevanje suicida. Ringel se naslanja na bogate klinične izkušnje. Prva njegova monografija "Der Selbstmord" iz leta 1953 obravnava številno kazuistiko 650 primerov samomorilnega poskusa, druga monografija "Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem" iz 1961. pa razvija nadaljnje misli o samomoru ob 50 primerih uspelega suicida. Značilno za ti dve monografiji, kot sploh za študije o samomoru te psihopatološke oziroma psihodinamične smeri, je, da grade na življenjskih zgodovinah, ki poleg razvojne in bolezenske anamneze, vsebujejo tudi čimveč podatkov o razvoju in strukturi osebnosti prizadetega, o prilikah, v katerih je

človek doraščal in kasneje živel ter končno o aktualnih obremenitvah in travmah, katerim je bil izpostavljen, predno se je pri njem sprožil mehanizem, ki je končno privedel do suicidalnega dejanja. Te podatke v vsej njihovi pestrosti in prepletенosti je praktično nemogoče razdrobiti na take kategorije, ki bi jih bilo moči do podrobnosti definirati in morbiti tudi kvantificirati, kot to vidimo v socioloških, statističnih študijah. Izhodišče analiz in zaključkov je celovitost pacientova o s e b n o s t kot nedeljiva biološko - psihološko - socialna enota. Tudi v teh kot v sorodnih raziskavah je očitno, da do te enovite podobe človekove osebnosti ni moč priti z enim, dvema ali z baterijo psiholoških testov in nevrofizioloških preiskav. Tej nalogi je kos le poglobljen, usmerjen, na poznavanju psihodinamskih zakonitosti sloneč i n t e r v j u. Ta je seveda izvedljiv le v primerih suicidalnega poskusa. Pri uspelem suicidu naj pa ustrezne podatke dajejo poizvedbe pri svojcih in delovnih tovariših, dokumenti o prejšnjih zdravljenjih, pokojnikovi zapiski itd. Zamudnost takega zbiranja podatkov je kriva, če so skupine oseb, ki so predmet raziskovanja, praviloma številčno bistveno manjše kot pa skupine, s katerimi operirajo sociologi. Zaradi omejene možnosti kvantificiranja podatkov in zaradi malih skupin raziskovanih oseb se porajajo včasih očitki, da taki podatki in njih obdelava ne ustrezajo kriterijem znanstveno raziskovalnega dela, kar je pa zgrešeno. Neznanstveno bi bilo dandanes izključiti iz takšne raziskave človekovo o s e b n o s t, kot element, ki je po pomembnosti pri pojavu samomora vsekakor na prvem mestu.

Sicer pa začenjajo študije samomorilnega vedenja te zvrsti praviloma z ugotavljanjem tega, koliko oseb raziskovanega

vzorca kaže, oziroma je kazalo z n a m e n j a d u š e v -
n e a l t e r a c i j e. Omenili smo že, kako majhen odstotek tako motenih med suicidalnimi osebami navajajo sociološko -
statistično orientirane študije. Raziskovalci te druge smeri so pa izvečine kliniki, ki posvete individuu iz raziskovane skupine več pozornosti pa zaradi tega lahko pogosteje zaslede tudi subtilnejše psihopatološke pojave, tam, kjer se površni, napol laični oceni izmaknejo.

R i n g e l - ki zanj suicid nikdar ni nekaj fiziološkega - zaradi tega lahko celotno svojo skupino 50 oseb, ki so s samomorom končale, diagnostično opredeli:

| <u>Diagnoza:</u> | <u>Št. primerov:</u> |
|---|----------------------|
| - melanholija | 14 |
| - psihoze iz shizofrenega kroga | 2 |
| - depresivna oblika možganske arterioskleroze | 1 |
| - nevroza | 13 |
| - nevrotska reakcija | 1 |
| - patološka reakcija v starosti | 13 |
| - psihopatska deviacija | 6 |

Osebe prvih 3 diagnostičnih skupin (skupaj 17 oseb, torej 1/3 celotnega vzorca) predstavljajo "p s i h o t i č n i d e l e ž" te populacije.

V svojem prvem vzorcu (suicidalni poskusi 1953. leta) je našel R i n g e l manjši odstotek psihotičnih oseb, namreč 14 %, poleg tega pa tudi kakih 16 % oseb, ki so ostale brez diagnoze. V K e s s l o v e m vzorcu oseb, ki so delale sa-

memorilni poskus, je oseb brez psihičnega obolenja registriranih med ženskami 20, med moškimi pa celo 26 % (K e s s e l ⁷⁸ je avtor, ki pojmu samomorilni poskus postavlja zelo ozke meje). Te številke so gotovo odvisne v veliki meri od karakterja in lokacije ustanove, s katere izhajajo podatki, ker so praktično vselej primeri na kak način sistematsko odbrani.

Glede na naravo duševne motenosti osebe, je najbolj smotrno govoriti o p s i h o t i č n i h in n e p s i h o t i č n i h samomorih oz. samomorilnih poskusih.

Pri psihotičnih samomorih njih število najbrže ni v tolikšni meri odvisno od p o g o s t n o s t i duševnega obolenja, ki je človeka privedlo do suicida (kajti gre za obolenja, katerih število je v glavnem konstantno), kot pa od n e u č i n k o v i t o s t i z a š č i t e teh oseb pred njihovimi samomorilnimi impulzi. V okviru te skupine namreč srečavamo kot najpogostnejšo duševno motnjo e n d o g e n o d e p r e s i j o ("melanholijo" v Ringlovem vzorcu), o kateri vemo, da nastaja pretežno na osnovi dedne dispozicije in se javlja često v periodičnih, po nekaj mesecev trajajočih fazah hude, nemotivirane potrnosti z izrazitim nagnjenjem k samomoru.

Z več strani smo opozarjani na to, da suicidalnost pri depresivnih ni največja v času, ko je klinična slika najbolj razvita, temveč v obdobju, ko simptomatika narašča ali pa upada in ima pacient še ali pa že dovolj aktivnosti za izvedbo samomorilnega dejanja (K i e l h o l z ⁸⁰). Opozarjajo tudi na navidezne remisije v teku depresij in v zvezi s tem nevar-

nost, da spregledamo suicidalnost (Lesse⁹¹). Tudi drugo psihotično obolenje, ki ga ugotovimo pri določenem številu suicidalnih oseb - s h i z o f r e n i j a - je endogene narave, torej izhajajoče pretežno iz dedne dispozicije in nastopajoče v glavnem neodvisno od eksogenih činiteljev. Suicidalne impulze dobivajo tu pacienti pretežno iz svojih blodenj in halucinacij. Med psihotičnimi samomori bi omenili še poredkejše primere suicidalnega dejanja v teku raznih o r g a n s k i h o z . s i m p t o m a t s k i h p s i h o z t e r e p i l e p s i j e . Pri teh samomorih so torej v ozadju izvečine obolenja o katerih vemo, da njih incidenca ni v pomembni meri odvisna od družbene konstelacije, da se javljajo v glavnem v nespremenjenem številu v miru in vojni, in da v okviru določenega predilekcijskega starostnega obdobja prizadevajo prebivalce ne glede na njihovo mesto v družbi. Te vrste samomori potentakem tudi niso tisti "seizmograf družbenih perturbacij", o katerem govori S o m o g y i¹⁶⁷. Večja množina teh su.cidov v določenem območju pa utegne biti kot že omenjeno indikator slabega zdravstvenega in posebej psihiatričnega varstva, ki ni sposobno poskrbeti za zdravljenje in nego teh oseb.

Drugače pa moramo obravnavati skupino n e p s i h o t i č n i h s a m o m o r o v . Duševni mehanizmi, ki jih ugotavljamo v njihovem ozadju, so pa tiste vrste, pri katerih nam skrbna anamneza odkrije bogato in živo povezanost osebnostnih značilnosti in morebitnih bolezenskih simptomov pacientov s s o c i a l n i m i i n p s i h o l o š k i m i s i t u a c i j a m i , v katerih so te osebe rastle in se

razvijale od rane mladosti naprej ter se srečavale z njimi še v zreli dobi. V skupini teh "psihosocialno pogojenih" odklonov in motenj je najbolj pogostna in nekako bazična za ostale iz te skupine - n e v r o z a.

Ker je za pojmovanje suicidalnega mehanizma potrebno razumevanje tega obolenja, živi pa o tem pojavu precej napačnih nazorov, naj mi bo dovoljen ekskurz v bežen oris narave in e t i o p a t o g e n e z e n e v r o z e, pri čemer se ne bom spuščal v razpravljanje o nerazčiščenih in različno tolmačenih problemih, ki jih je tu še na pretek.

Povzel bom teorijo nevroze, kot jo tolmači ena od zmernih in trdnih neocanalitskih šol, šola H. S c h u l t z - H e n c k e j a ^{154, 136, 44, 45}. Pri tem se močno naslanjam na zadevni kompendij L. B r e g a n t a ²².

Napak bi bilo nevrozo istovetiti s samo simptomatiko (n.pr. nevrastenično, konverzivno, anksiozno, depresivno, vegetativno itd.), ki pacienta privede k zdravniku. Ta simptomatika je že odraz dekompenzacije labilnega ravnotežja, ki ga je pacient z določeno nevrotsko osebnostno strukturo - za laično oko pa lahko docela zdrav - mogoče mukoma in ob pomoči vsakovrstnih zavestnih in izvenzavestnih aranžmajev vzdrževal s svojim družbenim okoljem.

Nevroza se torej začenja z oblikovanjem (nevrotske) osebnostne strukture.

Z osebnostno strukturo označujemo pridobljeni in prirojeni sistem osebnostnih potez, ki se odražajo v prevladujočem na-

činu doživljanja in temu ustreznem ravnanju. Osebnostna struktura se oblikuje pod vplivom življenjskih izkušenj, ki so dobile v prvih šestih letih življenja reprezentativen in odločilen pomen. V kolikor so življenjske izkušnje preobremenjevale otrokove razvojne možnosti, pride do zavrto-
sti v osnovnih kategorijah teženj in ustreznem življenjskem udejstvovanju, s katerim človek uravnava in ureja svoje življenje na eksistenčno temeljnih življenjskih področjih pose-
dovanja, samopotrditve, uveljavljanja, ljubezni in spolnosti. Zavrto-
sti in njihove posledice se v večji ali manjši intenzivnosti pojavijo normalno v teku vsakega razvoja in odločilno vplivajo na oblikovanje osebnostne strukture, ki postaja tako zaščit-
ni sistem, določujoč posameznikovo doživljanje in vedenje. Osebnostna struktura predstavlja dinamično osnovo človekovega značaja oziroma karakterja, ki določa njegov odnos do sebe, do dela in do družbe, ali z drugimi besedami povedano, določa življenjsko usmeritev in življenjske cilje ter načine njihovega uresničevanja. Po Schultz - Henckeju ločimo v odvisnosti od prevladujočih teženj ustrezne zavrto-
sti štiri osnovne osebnostne strukture:

- s h i z o i d n a, ki izvira iz t.im. "intencionalne zavrto-
sti", spričo katere izgube okolje z ljudmi in predmeti na privlačni vrednosti in nimajo vzpodbudne-
ga pomena;
- d e p r e s i v n a - iz zavrto-
sti zlasti na področju pose-
dovanja, s sledečo nesposobnostjo ekspanzivnega osvaja-
nja in pridobivanja ter bazičnimi bojaznimi pred pri-

krajšanostjo in izgubo;

- a n a n k a s t i č n a - iz zavrtosti predvsem na področju uveljavljanja, s sledečo nesposobnostjo za aktivno in podjetno uveljavljanje ter izoblikovanje ustreznega občutja samostojnosti in lastne vrednosti;
- h i s t e r i č n a - iz zavrtosti pretežno na erotično seksualnem področju; izraža se pa v nezanesljivosti, ne-načrtnosti, nepristnosti.

Te osebnostne strukture se pri posameznikih ne pojavljajo samo v čisti in izolirani obliki, ampak v medsebojnem prepletanju kot "mešane" strukture.

Pomembno je dojeti in sprejeti, da formiranje osebnosti - karakterja pri nevrotični osebi kvalitativno ni nekaj docela svojskega, temveč, da se po tem vzorcu n a s p l o h oblikujejo osebnostne strukture (značaji, karakterji) vseh nas. Pri nevrotični osebi je pač prišlo do h u j š e zavrtosti na enem ali več navedenih življenjskih področij in pustilo človeka v določeni smeri karakterno (osebnostno) devriranega v taki smeri, da je okrnjen v svoji produktivnosti in sposobnosti vključiti se v svet standardov in norm, ki veljajo v družbi oziroma kulturi, v kateri biva. Zvoljo tega mu je življenje seveda težavnejše in bolj na gosto posejano s konflikti, katerih eden končno utegne privedi do dekompenzacije in manifestacije bolezenskih (nevrotskih, psihosomatskih) simptomov.

Dekompenzacija v eni ali drugi smeri zavrti, nevrotsko strukturirane osebe, privede torej do manifestacije znane simptomatike, nevrastenične, anksiozne itd. V primerih, ko pod pritiskom izjemnih obremenitev, brez bistvene osnovne osebnostne de-

viacije (nevrotske zavrtosti v eni ali drugi smeri) pride do manifestacije raznih nevrotskih simptomov), govorimo o n e v r o t s k i r e a k c i j i .

Ta ekskurz v področje teorije nevroz je bil nujen, ker se v suikidologiji vse bolj srečavamo s potrebo, da se opiramo na takšno ali podobno psihodinamično osnovo pa bodisi da raziskujemo individualni primer ali suicidalnost kot družbeni pojav.

So avtorji, ki navajajo, da je število nevrotičnih oseb med tistimi, ki so storili samomor, le zelo majhno. Takšna mnenja od Ringlove ugotovitve zelo odstopajo. Lahko pa jih tolmačimo kot odraz (nepravilnega) obravnavanja v sklopu nevrotskih stanj le onih motenj, ki se kažejo z očitno bolezensko (nevrastenično in podobno) simptomatiko, puščajo pa ob strani ona, ki se manifestirajo v glavnem na osebostnem področju v obliki raznih "zavrtosti" (S c h u l t z - H e n c k e) oziroma kot "Lebensgestaltungsneurose" (R i n g e l), ki je podrobneje opisana kot efekt "utesnitve" v okviru presuicidalnega sindroma.

Ostala bolezenska stanja iz skupine "p s i h o s o c i a l - n i h m o t e n j" pa se v bistvu formirajo po istih osnovnih zakonitostih kot nevroze. Sem sodijo:

- o t r o š k e m o t n j e o s e b n o s t i i n v e d e n j a, ki so nasploh pendant nevrotskih motenj pri odraslih in hkrati tudi signal deviantnega formiranja osebnosti;
- p s i h o p a t s k e d e v i a c i j e, ki predstavljajo odraz izkrivljenega osebostnega razvoja (navadno po mehaniz-

mu, ki smo ga ugotovili že pri nevrozah), neredkoma s precejšno mero antisocialnosti, v ta okvir sodijo tudi razne seksualne perverzije in inverzije;

- a l k o h o l i z e m, bolezenski proces, ki vodi v svojsko osebnostno deprivacijo in razne psihične ter somatske komplikacije in je praviloma nacepljen na nevrotsko strukturo ter predstavlja neustrezen poskus reintegracije nevrotične osebe, ki je bila dekompenzirana in nastopila pot dezintegracije;
- isto bi veljalo tudi za ostale t o k s i k o m a n i j e.

Vsem tem naštetim psihičnim motnjam torej ustvarjajo osnovo psihološki in socialni elementi, ki vplivajo na individuum v družbenem sklopu - vseskozi od rane mladosti.

Suicidalno ravnanje je torej relativno pogosten simptom dekompenzacije teh oseb. Ta simptom se utegne pokazati poleg drugih nevrotskih, psihopatskih, alkoholnih znamenj, ali pa še v fazi, ko kakih drugih markantnih simptomov človek še ni pokazal.

R i n g e l je dobro zajel ono specifično psihološko dogajanje, ki končno pripelje do suicidalnega dejanja kot "p r e s u i c i d a l n i s i n d r o m".

Tega opisuje R i n g e l kot trias:

1. u t e s n i t e v (Einengung);
2. ojačena in hkrati z a v r t a agresivnost;
3. b e g v i r e a l n o s t.

Zlasti pri suicidalnih nevrotskih osebah je

a) "u t e s n i t e v"

Že zgodaj evidentna. Že pri otroku se v tem primeru lahko ugotove poteze zavrtosti in malodušnosti: plah je, negotov, boječ, se izogiba ustvarjanju kontaktov z drugimi otroki. Često je v ozadju njegovega vedenja začititi bojazen in negotovost, češ ali ga starši imajo v resnici radi, ne teži ga pa morebitno materialno pomanjkanje. Etiološko pomembna je po Ringlu v teh primerih situacija, ko družina ni bila sposobna izžarevati ustrezne ljubezni. Nadaljnji razvoj osebnosti gre potem po Ringlu nekako po tehle etapah:

a) Izguba ekspanzivnih sil. Iz bojazni, ki lebdi nad njim, se razvijajo občutja manjvrednosti, strah pred porazom in pred odgovornostjo, prepričanje, da je svet premočen, sovražen. To razpoloženje je tisto, zaradi katerega se človek možnosti, ki mu jih življenje odpira, polagoma sploh ne oprime več, jih pušča ob strani. Taka drža (Haltung) v odnosu do življenja se postopoma utrdi in za človeka s časom določena življenjska področja preprosto ne eksistirajo več. Mogoče končna fiksacija takšnega nevrotskega vzorca življenja - in to je v bistvu ono, kar je M e n n i n g e r ¹⁰⁵ imenoval "parcialni" ali "fokalni" suicid - rešuje človeka onih stalnih bojazni in tesnob.

b) Stagnacija. Človek, ki je sprejel takšen nevrotski vzorec življenja, zapade stagnaciji. Vrti se vedno v istem krogu, stvari se loteva vedno na isti način, in se le-te potem seveda tudi vslej enako iztečejo. Iz svojih negativnih izkušenj ne more potegniti koristnega nauka. Neuspehi in porazi so mu le zna-

menje, da je bolje ostati pasiven. Življenje mu ne odpira nikakih upanj več.

c) Regresija. Kot starajoči človek, ki mu bodočnost ne odpira več kakih nad, tako tudi oseba v tem presuicidalnem procesu začne iskati opore in zadovoljstva v preteklosti, v otroštvu. Zlasti način, kako doživlja ljubezen, dobi infantilni karakter. Njegova ljubezen postane spet narcistična, vase zaverovana, ne zna dajati. Taka ljubezen pa človeka ne povezuje več z drugimi, temveč ga peha v osamljenost. Zašel je v slepo ulico.

Na koncu tega procesa utesnitve imamo pred seboj osebo, ki je že dolgo nazaj izgubila sposobnost odločanja. V duhu J a s - p e r s a njeno bivanje ni več "entscheidendes Sein", temveč je postalo "zwanhaftes Sein". Celo sam suicidalni akt kasneje te osebe doživljajo često kot prisilo.

V tem procesu se neredkoma rojevajo samomorilne misli, vendar je za njih realizacijo potrebna še afektivna sprostitvev, do katere pride v zvezi z drugim elementom presuicidalnega triasa:

b) a g r e s i v n o z a v r t o s t j o

Ta je namreč tudi ena od značilnih potez mnogih oseb, ki jih je življenje navedlo na pot suicidalnosti. Vzorec dušenja nam vsem lastnih in v življenju potrebnih ter družbeno še sprejemljivih agresivnih teženj je pri teh osebah često že zelo zgodaj prisoten. Zdi se, da je temu v ozadju ona primar-

na bojazen, povezana z občutjem manjvrednosti pred prevladujočo okolico. Ta tako temeljita zavora agresivnih manifestacij, zaradi katerih utegne ta človek nerazumljivo dolgo in dobro prenašati kake res neznosne situacije, pa je vendar zvezana često z zelo močnimi, izvenzavestnimi agresivnimi težnjami do drugih. "Nihče se ne konča, ne da bi bil imel poprej željo ubijati, ali vsaj da bi neka druga oseba umrla," pravi Jamieson¹⁵⁹. Suicidalno dejanje bi bilo torej samokaznovanje za take želje. - Pri mehanizmu zasukanja agresivnosti proti samemu sebi odigra svojo vlogo tudi osamljenost, do katere je bila privedla zgoraj opisana utesnitev. Horneya⁷³ pravi, da človeku njegovi bližnji odnosi z drugimi omogočajo sprotno ventiliranje agresivnih teženj v sprejemljivi, konstruktivni obliki. Če so ti odnosi iz nevrotskih razlogov zakrneli, ni več objekta, nad katerim je človeku moči sprostiti te agresivnosti in potem se agresivne sile zasučejo proti njemu samemu. Končna sprostitvev te dolgo dušene in zadržane agresivnosti se zgodi čisto ob relativno nepomembnem vzroku, ki utegne imeti simbolično povezavo s pacientovim centralnim konfliktom.

Značilno je, pravi Ringel, kako se po suicidalnem poskusu človek čisto v svojem vedenju spremeni: reši se začasno svoje utesnjenosti, bolj svoboden je, kar nekam preroben, vsaj delno rešen svoje potrebe po kazni in pokori. Vendar osnovni mehanizem, ki je v končni posledici privedel do suicidalnega dejanja, se kmalu spet prične uveljavljati.

Tretji element Ringlovega "presuicidalnega sindroma", ki ugla-
di pot do suicidalnega akta, je pa

c) b e g v i r e a l n o s t

Pri osamljenem narcistično vase zaverovanem človeku zapusti fantazija ustvarjalne oblike; ne povezuje več izvenzavestnih vsebin z zavestnimi v enovitost. Tu stopi fantazija na pot zatajevanja, zanikanja resničnosti, do skrajnega bega v irealnost. V takšnem stanju disociiranosti utegne za človeka smrt izgubiti karakter definitivne prekinitve bivanja. Tako more priti do raznih nelogičnosti, ki so nam očitne iz izjav ali iz zapiskov suicidalnih oseb, iz katerih n.pr. včasih sledi, kot da bi človek svojo lastno smrt utegnil preživeti pa biti priča temu, kako drugi nad njim žalujejo.

P o r t e r f i e l d ¹²⁹ ugotavlja pri suicidalnih osebah n.pr. takšne - le bolj ali manj nerealistične koncepte smrti:

- a) popolno prenehanje vsega doživljanja;
- b) prenehanje telesnih dogajanj brez prenehanja zavesti;
- c) prekinitve bivanja do ponovnega vstajenja;
- d) nadaljevanje življenja v ugodnejših razmerah.

Takšne in podobne fantazije, ki so se odtrgale od realnosti, končno tudi olajšajo odločitev za suicidalni akt. Po drugi plati so pa samomorilne fantazije, kot presuicidalni sindrom v celoti, obrambni mehanizem, ki sprva odmiha suicidalno nevarnost.

Nietsche se je izrazil: "Der Gedanke an den Selbstmord ist ein starkes Trostmittel, mit ihm kommt man gut über manche böse Nacht hinweg." Ta razmišljanja sicer mogoče zavlačujejo dejanja, hkrati pa izglajujejo pot do njega.

Vloge bega v irealnost pri sprožitvi suicidalnega akta zato ne moremo docela dojeti, če se ne ozremo poprej na to, kakšno

mesto ima p o j e m s m r t i v naši kulturi. Lahko ugotovimo, da je fenomen smrti bil in je še eno od najpomembnejših gibal pri snovanju ter rasti mnogih filozofskih naukov oziroma ideologij. Strinjamo se lahko tudi z W a h l o m ¹⁹², ki pravi: "Pri vsem napredku znanosti je človek nasproti smrti ostal brez moči. Lahko jo sicer odmakne, omili bolečino pri prehodu vanjo, lahko si jo z racionalizacijami zagrinja in poskuša zanikati njeno eksistenco - ubežati ji vendar ne more." Soočenju s smrtjo poprečni človek ni kos. L a R o c h e f o u c a u l d (citirano po W a h l u) je rekel: "Kot ne moreš gledati naravnost v sonce, tako tudi v smrt ne." Odtod tudi, nadaljuje W a h l, "nenavadni paradoks, da se zatekajo ljudje v magijo in iracionalnost, ko skušajo obvladati bojazen pred smrtjo; ljudje celo, ki sicer trdno verujejo v znanost in znanstveno metodo ... Ko bežimo pred realnostjo smrti, uporabljamo takšne očitno magične in regresivne obrambne mehanizme, da bi nam samim bili smešno očitni, če bi jih uveljavljali na katerem koli drugem človeškem konfliktnem področju," - tu, ob pojmu smrti, imamo pa torej prečesto skotom za njih.

Iracionalni pogled na smrt je pri otroku še splošen pa tudi bolj razumljiv. Ob svoji obsežni anketi med budimpeštanskimi otroki je M. N a g y prišla do tehle zaključkov:

- otrok, mlajši od 5 let smrti navadno ne dojame kot ireverzibilni akt in mrtvim osebam in živalim še vedno pripisuje nekakšno življenje;
- v starosti od 5. do 9. leta otrok smrt personificira, po drugi plati pa vidi v tem dogodku nekaj epizodičnega, naključnega.

- šele po 9. letu starosti je sposoben otrok gledati na smrt kot usodo, ki nas vse čaka.

Res je pa, da se te faze v razvoju pojmovanja smrti ne ločijo ostro ena od druge in da se delno pokrivajo.

W a h l meni, v nasprotju s Freudom, da je strah pred smrtjo zaslediti včasih tudi pri otrocih. Veliko otrok pa se prebije skozi svoj osebni razvoj ne da bi to "t h a n a t o f o b i j o" doživelo - po zaslugi občutja vsemogočnosti, ki ga otrok razvije ob identificiranju s svojimi starši, če raste v ozračju ljubezni in varnosti. To infantilno občutje vsemogočnosti in neranljivosti, pravi W a h l, pa je neredkoma še spremljevalec odraslega človeka in ga prav ono usposablja, da se v razmišljanju učinkovito izolira od možnosti morebitne smrti, oziroma da ostane relativno neprizadet v pričlo številnih dejstev, ki bi ga morala prepričati, da je smrt neizbežni konec vseh ljudi - pa tudi njega samega. Paradoksnost je končno še to, ugotavlja W a h l, da je prav isti magični občutek vsemogočnosti, ki je naša glavna obramba pred smrtjo, hkrati tudi faktor, ki ta strah v največji meri vzbuja. Na tej ravni namreč otrok doživlja tudi svoje agresivne želje po smrti oseb, ki mu pripravljajo razne frustracije v času njegove osebne rasti, kot magično uresničljive; hkrati pa kot takšne seveda ocenjuje tudi morebitne podobne želje drugih glede njegove osebe.

Tako, kot ugotavlja T i l l i c h, ljudje največkrat po dveh ali treh vzorcih odrivajo misel na smrt od sebe: Eden uperja svoj pogled le v neposredno bodočnost, zanjo dela, vanjo

polaga svoje upe, izključi pa iz svojega predstavljanja daljnjejšo bodočnost, zlasti pa njen zaključek. Drugi vrinja med sedanost in konec še dolgo dolgo vrsto let življenja. Tretja možnost je - spet v bistvu samoprevara in absurdnost - upanje (podprto z ustrežno ideologijo) na posmrtno življenje.

Zaradi delovanja takih in mogoče še drugačnih ideologij kot obrambnih mehanizmov ostane pojem smrti v človekovi zavesti zabrisan, prekrit še z elementi življenja, nezrel; ni tisti dokončni zaključek človekovega bivanja, kjer ni več prostora ne za radosti, ne za skrbi in bojazni. Ta zabrisana podoba smrti, ki jo je bil ustvaril strah pred smrtjo, ustvarja osnovo one faze presuicidalnega sindroma, ki ji Ringel pravi "beg v irealnost" in ki olajša končno odločitev za suicidalno dejanje. In tako se znajdemo pred paradoksom, da strah pred smrtjo končno potisne človeka v samomor.

Na tem mestu je mogoče prav ozreti se na pomen ideologij v širjenju suicidalnosti. Ideologija z najbolj vzvišenim človečanskim smotrom se, kot znano, utegne zlorabiti za zagovarjanje prav obratnih nehumanih akcij. Če n.pr. iztrgane misli Sartra in Camusa kdaj srečamo v govorjenem in pisanem utemeljevanju osebe, ki je poskušala ali storila samomor, bi prav tako lahko z deli istih avtorjev podprli tezo, da je celo v našem "absurdnem" svetu absurd tudi suicid. Po drugi plati pa nas razna opazovanja (n.pr. različna pogostnost samomorov med pripadniki različnih verstev; pojav kamikazejev v II. svetovni vojni) le opozarjajo na to, da ideologije tudi utegnejo po svoje vplivati - zaviralno ali pa pospešujo-

če - na razprostranjenost samomora. F r a n k l (citiramo po W e i t b r e c h t u ¹⁹⁵) uvaja - vsekakor nekoliko tvegani - pojem "kolektivne nevroze", katere karakteristike bi bile v sodobnem svetu: a) provizorična usmerjenost v človekovem bivanju; b) fatalistični odnos do življenja; c) kolektivistično mišljenje; č) fanatizem. Takšna - dandanes menda v resnici dokaj razširjena - orientacija v zapadnem svetu, verjetno pogosteje zavaja v razmišljanja o smrti in suicidu. Le-ta se zato lahko nepričakovano pogosto odkrijejo že pri otrocih, V tem smislu poroča n.pr. L o u r i e, ki je v vzorcu loc emocionalno motenih šolskih otrok ugotovil, da se jih skoraj 70 % občasno ukvarja z mislimi na smrt ali celo suicid. Tako mogoče niti ni takšna posebnost, da lahko T r s t e n j a k ¹⁸⁷ v svoji obsežni anketi med ženskami v Sloveniji registrira kar v 36,8 % samomorilne misli.

Obratno je pa zanimiva ugotovitev N e u r i n g e r j a ¹¹⁹, ki je z metodo semantičnega diferenciala glede na odnos do življenja na eni in do smrti na drugi strani primerjal samomorilne, psihosomatske in psihično normalne hospitalizirane osebe. Domneva, da bi utegnil imeti koncept življenja pri suicidalnih osebah negativni, koncept smrti pa pozitivni predznak, se ni potrdila. Nasprotno so suicidalni ocenjevali smrt še bolj negativno od ostalih dveh skupin preiskovancev.

Toliko torej vmes o stališčih do smrti.

Obračunavanje med nevrotskim vzorcem življenja ("Lebensgestaltungsneurose") in vse izrazitejšo težnjo po samomoru, se utegne vleči mesece dolgo. M e n n i n g e r pa pravi, da pri študiju življenjskih zgodb teh oseb dobiš vtis, da so si (seveda

izvenzavestno) dolga leta prizadevale ustvariti tisto brezupno situacijo, ki jim je končno dala ustrezen racionalni izgovor za suicidalno dejanje.

Po Ringlovm vzorcu se lotevajo razlage samomorilnega procesa tudi drugi avtorji. P ö l d i n g e r j e v a ¹²¹ razčlenitev suicidalnega procesa je še za spoznanje bolj določna in shematična, vendar kaj bistvenega k Ringlovim stališčem ne prispeva.

"Presuicidalni sindrom" je torej patogenetska podoba psihičnega doživljanja nepsihotičnih suicidalnih oseb. Prav to je pa tudi največji del suicidalnih aktov sploh, oni del, ki koncem koncev odloča o višini in o nihanjih koeficienta suicida.

Zaradi tega velja podrobneje osvetliti poleg nevrotskega še mehanizme suicidalnosti drugih nosoloških enot iz skupine psihosocialnih motenj, kot so spredaj naštet.

V etiologiji suicida ima pomembno mesto a l k o h o l i - z e m. Po Gruhleju prispevajo po poročilih raznih avtorjev alkoholiki od 4 do 24 % vse mase suicidalnih dejanj (uspeh in poskusov). Gabriel je 1935. leta ugotovil da je v 20,6 % vzrok smrti alkoholika - samomor. S c h n e i d e r in M a s s o n ¹⁵² pa 1965 ugotavljata, da suicid pri alkoholikih ni pogostnejši, oziroma, da je mogoče celo poredkejši kot pri drugih duševno bolnih. V svojem materialu 50 oseb, ki so končale s samomorom, je Ringel ugotovil 8 alkoholikov. Zajel jih je v statistiki med nevrotičnimi in psihopatskimi osebami.

Iz W H O P u b l i c H e a l t h P a p e r 35 pa povzamemo sledeče navedbe o pogostnosti alkoholizma med osebamimi, ki so končale s samomorom (v odstotkih):

| | | |
|---|-----|------|
| D o r p a t i n R i p l e y, ZDA, 1962 | ... | 27 |
| G o r c e i x i n Z i m b a c c a, Francija, 1965 | ... | 24 |
| K r u p i n s k i, Avstralija, 1965 | | |
| (moški) | ... | 32,8 |
| (ženske) | ... | 21,9 |
| M c C a r t h y i n W a l c h, Dublin, 1966 | ... | 6 |
| S a i n s b u r y, London, 1955 | ... | 6 |
| R o b i n s i n drugi, 1959 | ... | 23 |
| S t e n g e l i n C o o k, London, 1958 | ... | 12 |

Najvišji zadevni podatek: 50 % alkoholikov med moškimi in 16,1 % med ženskami, ki so storili samomor, srečamo v študiji S t e n b a c k a ¹⁶⁹ in drugih (1965); vendar je v tem primeru mogoče material relativno maloštevilen (57 oseb).

K e s s e l i n G r o s s m a n (citirano po R i t s o n u ¹⁴⁴) ugotavljata med 131 prostovoljno zdravljenimi alkoholiki po 1 do 11 letih 8 % samomorov, v drugi skupini 87 alkoholikov pa 7 %, kar bi pomenilo za ta dva vzorca skupno 75 krat višji koeficient samomora kot bi veljal za celotno populacijo. Na splošno torej kaže, da je večja suicidalna ogroženost alkoholikov izkazana.

Ringel meni, da je korenina procesa, ki vodi v alkoholizem in onega, ki pripelje do suicida ista. Tudi pri alkoholikih se začne proces v zgodnji mladosti. V odrasli dobi se pa pot alko-

holika odcepi. Da bi razrešil svoj nevrotski konflikt seže po alkoholu. Ta rešitev je pa v bistvu le "selbsbswahrende Selbstzerstörung"; sredstvo, po katerem je segel, da bi svoje trpljenje olajšal, je hkrati tisto, ki ga bo uničilo. Anksiolitični učinek alkohola pa zavleče nastop suicidalnega dejanja. To potrjuje za alkoholike in toksikomane tudi B a t t e g a y ⁵, ki ugotavlja na splošno (absolutno) najvišje število suicidalnih dejanj med 21. in 30. letom, pri alkoholikih in drugih toksikomanih pa med 31. in 40. letom. Troje okoliščin v teku alkoholizma končno povzroči prehod od nevrotske zlorabe alkohola do suicida: pri osebah zlasti, ki v alkoholiziranem stanju počno razne agresivnosti, se bolj masivno javljajo občutki krivde in zaradi njih samokaznovalne tendence; alkoholizem poslabša življenjske prilike in pojača proces utesnitve; posamezne opitosti vodijo do situacij, ki suicidalna dejanja provocirajo.

Mehanizem evokacije suicidalnosti pri psihopatskih osebnostih in psihopatskih pivcih se po Ringlu tudi deloma odmika od tipa opisanega presuicidalnega sindroma. Psihopatske osebnosti, kot znano, kar pogostoma sproščajo svojo agresivnost navzven, ne da bi s tem v zvezi izkazovale pojačen občutek krivde. Ni onega boja med osebnostjo in suicidalnimi tendencami. Suicidalno dejanje se javlja nekako impulzivno, tako, da registramo v anamnezi teh oseb vrsto suicidalnih poskusov, ki nam ostajajo često nedoumljivi.

Nadalje je treba spregovoriti o suicidalnem dejanju v s t a r o s t n e m o b d o b j u. V tem obdobju imamo opraviti večji del z uspelimi suicidi. Po Ringlovih izkušnjah je od

vseh oseb, ki so si v zadnjih letih na Dunaju vzela življenje, $1/3$ nad 60 let starih, od onih pa, ki so ostale pri suicidalnem poskusu le $1/8$. Druga statistika govori o tem, da se pri 20 letnih konča smrtno 15,6 % samomorilnih dejanj, pri 70 letnih pa kar 81,2 %.

Etiologija suicida je pri starih osebah multifaktorialna, največkrat gre pa za "patološke starostne reakcije", pri katerih odigrajo pomembno vlogo psihosocialne situacije, tipične za starost. Res je v tem obdobju treba upoštevati obstoječe organske bolezni in tudi starostne duševne motnje, vendar avtorji (R i n g e l ^{137, 138}, C i o m p i ²⁶) ugotavljajo, da je tipična senilna obolenja z demenco le v malo primerih moči najti in da tudi pri depresivnih stanjih teh oseb ni toliko endogenih kot pa psihoreaktivnih primerov. Pogostoma je tudi pri teh osebah ugotoviti podatke o neugodnih prilikah v mladosti ter določeni nevrotski osebnostni deviaciji v smislu plahosti, senzitivnosti, hipohondričnosti (S t e n g e l ¹⁷⁴). C i o m p i pravi spričo takih podatkov, da je tudi na suicid v starosti treba gledati kot "končni izid dolgega konfliktnega razvoja, ki ga pehajo naprej še dodatne težave združene s staranjem v končno radikalno "rešitev" - samomor."

O posebnostih psihodinamike suicidalnega ravnanja pri o t r o c i h in m l a d o s t n i k i h bi bilo iz literature posneti sledeče:

Najprej T o o l a n o v o ¹⁸⁶ opozorilo, da je zgrešena trditve, češ mladi ljudje ne doživljajo depresij pa zato tudi v smeri samomora niso tako ogroženi. Depresije so pri njih le čisto larvirane in si nadevajo klinično sliko raznih motenj

vedenja pa tudi asocialnega vedenja.

F e d e r n in H e n d i n (po Ringlu) delita na splošno suicidalne osebe na dve veliki skupini: one, ki žalujejo za izgubljenim ljubezenskim objektom in one, ki žalujejo ker nečesa ne morejo doseči, oziroma, ki žele ljubezen izsiliti. Med mladimi osebami pa je vsekakor več predstavnikov druge skupine. Če se spomnimo tega, kar je bilo rečeno v poglavju o suicidalnem poskusu kot svojski kategoriji suicidalnega ravnanja, bi lahko rekli, da je v ambitendentnosti ravnanja pri teh osebah poudarek manj na iskreni težnji po smrti kot pa na apelu (S t e n g e l) na osebe iz pacientovega okolja. V presuicidalnem vedenju mladih oseb opisuje Ringel: pomanjkanje sposobnosti ljubezni, ojačane agresivne tendence, kopičenja disocialnih lastnosti, nagnjenje k eksplozivnim, afektivnim dejanjem, tendenca k begu iz neprijetnih situacij, zgodnja predstava o tem, kaj je smrt. Samo dejanje ima navadno karakter kratkostične reakcije. - Z odraščanjem se izgublja ta pripravljenost k naglemu reagiranju. Vključuje se več in več opazovanja, razmišljanja, obdelave. S tem se sicer zmanjša ogroženost v smeri impulzivnih suicidalnih aktov, toda razvoj dobiva bolj in bolj kronični karakter v smislu "utesnitve".

W e i t b r e c h t ¹⁹⁵ v glavnem podpira stališča Ringla, meni pa da tako imenovani "bilančni samomor" le obstaja, ne vidi torej v vsakem suicidalnem aktu nekaj abnormalnega. Mnenja je tudi, da mladi ljudje često lahko podvomijo nad življskim smislom - ne da bi bili klinično nevrotični - in se kot priče dogajanja v svetu lahko počutijo tudi ogrožene.

T e i c h e r in J a c o b s smatrata mladostniško suicidalnost v obeh njenih oblikah za pomemben socialni in medicinski problem. Razmerje med suicidom in suicidalnim poskusom je v tem obdobju vsaj 1 : 7-8, verjetno pa je (zaradi prikrivanja) število poskusov še večje. Tudi ta dva avtorja poudarjata, da ne zadostuje razlaganje teh dejanj pri mladostnikih zgolj iz aktualnega konflikta, temveč, da je na ta dejanja treba gledati v luči celotne pacientove biografije. Če tako storimo, lahko odkrijemo, kako psihološke in socialne prilike, v katerih mladostnik dorašča, pehajo adolescenta v vse večjo izolacijo, ki ga hkrati odtrga tudi od vseh možnih virov pomoči.

Tudi v belgijski študiji ¹⁶⁶ zasledimo stališče, da utegne postati aktualna obremenitev kot provokantni moment učinkovitosti šele ob dolgi neugodni anamnezi teh oseb. Kot provokativni momenti pa nastopajo šolske neprilike in erotični konflikti. Lungershausen opozarja na dejstvo, da se prav ona suicidalna dejanja, ki jih sproščajo šolske neprilike, često zaključijo smrtno. Te motivacije je pri dečkih 5 x več kot pri deklicah. Avtor meni, da kaže ta pojav na to, kako se precenjuje šolski uspeh.

Študija avtorice L. Z u m p e ²⁰² analizira vzorec 40 mladostnikov (14 moških, 26 ženskih) od 11 - 20 let, ki so poskušali suicid. Avtorica opisuje, kako pogostoma je ugotoviti že leta dolgo pred suicidalnim aktom izrazite motnje v ustvarjanju kontaktov ter občutje očitnega pomanjkanja varnosti ter ljubeznjive pozornosti že od otroštva sem. Zelo pogosten je podatek o odsotnem očetu ter o materi, ki si prizadeva s trdoto in resolutnostjo priti na konec težavam, ki se zgrnejo nad družino

zaradi pomanjkanja očetove osebe. Pri starejših mladostnikih je registrirati tudi znamenja zanemarjenosti z disocialnimi potezami. Tudi ta avtorica se strinja z Ringlom glede tega, da je suicidalni poskus signalni simptom že dalj časa trajajočega iztirjenega osebnostnega razvoja. Ta je začel že v rani mladosti spričo pomanjkanja ljubeznjive naklonjenosti in občutja varnosti. Do takega vzdušja v družini pa lahko pride bodisi zaradi objektivnih težav, v katere je bila družina zašla, ali pa zaradi nevrotskih in podobnih motenj pri samih starših, ki ljubezni, topline in občutja varnosti spričo lastnih insuficientnosti otrokom ne morejo nuditi. Podobno družinsko ozadje ugotavlja tudi W a a g e ¹⁹¹.

Ta pregled diagnostičnih kategorij suicidalnih oseb nam je - če povzamemo - pokazal torej da večji del suicidalnih oseb izvira ne iz vrst v ožjem smislu besede duševno bolnih - psihotičnih oseb, temveč po največ (v 70 - 80 odstotkih) izmed oseb, osebnostno motenih po vzorcu nevroze, torej tako, da njihovo osebnostno (karakterno) deviranost in simptomatiko ob upoštevanju psihodinamičnih zakonitosti lahko r a z u m e m o. V preteklem poglavju smo ostali bolj pri patogenetski plati suicidalnega dogajanja. Ozreti se moramo sedaj še v njegov e t i o l o š k i aspekt.

6) Etiološko ozadje samomorilnega ravnanja

V poglavju o psihopatološkem psihodinamičnem vzorcu obravnavanja samomora smo pravzaprav govorili o patogenezi tega pojava in je nekoliko nenavadno - čeprav na tem področju upravi-

čeno - da se etiologije lotimo na drugem mestu.

Ločiti pa moramo:

A) one vzročne dejavnike, ki ustvarjajo dispozicijo za kasnejše samomorilno ravnanje, na drugi strani pa

B) sprožilne faktorje, ki samomorilno dejanje spravijo v tek, čeprav mogoče med tema dvema skupinama faktorjev ni vselej moči začrtati ostre meje.

A) D i s p o z i c i j s k i f a k t o r j i

Te bi spet lahko razdelili na:

a) dednostne in

b) eksogene činitelje.

a) Glede d e d o v a n j a morebitnih suicidalnih nagibov je bilo svojčas nemalo debat, ki jih pa danes lahko smatramo za zaključene v tem smislu, da se vpliv dednosti na suicidalno ravnanje kaže le posredno: Vemo, da je med "psihotičnimi" samomori ter poskusi neredkoma ugotoviti pri pacientu e n d o g e n o d e p r e s i j o (melanholijo), katere simptomatika vprav peha bolnika v suicid. Dokazano je, da je ta bolezen dednega karakterja, dispozicija zanjo se deduje verjetno po iregularno dominantnem tipu. Dočim se bolezen na splošno med prebivalstvom javlja s pogostnostjo 0,3 - 0,4 %, je lahko pri sorojencu obolelega pričakujemo z verjetnostjo 9,1 %, konkordanca pri monocigotnih dvojčkih je pa kar 95 %.

Med osebami, ki v psihozi zaidejo v suicidalno ravnanje je tudi precej primerov s h i z o f r e n i h o s e b. Shizofrenija je, kot znano, prav tako endogena bolezen v tem smislu,

da se dispozicija za obolenje te vrste deduje (pogostnost med populacijo 0,4 do 0,8 %, konkordanca pri monocigotnih dvojčkih 85 %) V primerih torej teh dveh endogenih psihoz se deduje dispozicija za istovrstno obolenje, ki v sebi skriva pač določeno suicidalno nevarnost. Ne deduje se pa suicidalnost sama.

Kallmann (1949) in Swanson (1960) sta ugotovila, da se identični dvojčki glede suicidalnosti ne vedejo konkordantno (citirano po S h a w u ¹⁵⁸). Vendar dednim činiteljem posredne vloge v suicidalnem procesu le ne moremo zanikati: podedovane konstitucionalne posebnosti, kot n.pr. hipersenzitivnost in sugestibilnost utegnejo ugladiti pot do samomorilnega dejanja (S h a w). Razmere so torej tudi v tem pogledu sorodne onim pri nevrozah.

Res pa včasih opažamo grupiranje suicidov v nekaterih družinah, kjer sicer kakih psihotičnih obolenj ni bilo registrirati, temveč le nevrotska stanja in druge deviacije, ki bi jih uvrstili v grupo psihogenih oziroma psihosocialno determiniranih motenj. V teh primerih je treba smatrati pojav suicida kot odraz tega, da nevrotični starši pač s svojimi neustreznimi metodami ustvarjajo za razvoj osebnosti svojih otrok takšno patogeno vzdušje, ki vodi v nevrotsko osebnostno deviacijo. Nevrotsko devrirani človek pogosteje pride v emocionalne stiske in zagate. Nezreli vzorec za likvidiranje takih konfliktov ima pa že pri sorodniku, ki je podobno ali drugačno težavno situacijo že skušal rešiti s suicidalnim aktom.

b) Z u n a n j i m f a k t o r j e m, ki ustvarjajo suicidalno dispozicijo pa moramo posvetiti več pozornosti. Tu naj pri-

pomnim, da ta in sledeča izvajanja veljajo v največji meri za nepsihotični delež suicidalnih oseb, čeprav sodelovanja takih okoliščin pri ustvarjanju latentne pripravljenosti za suicidalno reagiranje tudi v primerih psihotičnih suicidov ne gre docela zanemariti.

Gre sedaj torej v glavnem za to, da konkretiziramo p r i l i k e z g o d n j e g a r a z v o j a oseb, ki so kasneje manifestirale suicidalnost.

Razmeroma številna so dela, ki ugotavljajo zlasti n e u g o d n e d r u Ź i n s k e r a z m e r e v mladosti teh oseb.

R i n g e l je v svojem vzorcu oseb, ki so samomor poskušale, zlasti pogostoma ugotovil situacije, ki bi jih bilo moči zajeti v tabele treh kategorijah:

- a) zgodnja izguba matere ali (in očeta);
- b) razrvane družinske razmere;
- c) nervozno družinsko vzdušje.

K a): Gre torej ponavadi za s i r o t e, ki zgodaj dožive osamelost; ob mačehi ali očimu, pri drugih ljudeh ali v zavodih ne uživajo tiste ljubezni in toplote, ki naj jo nudi dom. Ringel citira S c h u l t z - H e n c k e j a, češ: človek, ki ni bil ljubljen, tudi sam kasneje ni sposoben ljubiti, in kdor do sveta nima ljubečega odnosa, kdor torej ni sposoben stopiti s svetom v to tesno bližino, je v bistvu življenja nesposoben, in takšen človek je seveda bliže temu, da nekoč življenje odkloni. - V podobni situaciji se znajde tudi i z v e n z a k o n s k i otrok, ki ne samo, da nima očeta, am-

pak ga mati često, vsaj izvenzavestno odklanja, mogoče pa sploh odrašča pri starih starših ali v reji. Nasploh je treba smatrati popolno ali delno rano izgubo staršev kot hudo oviro za razvoj osebnosti mladega človeka.

K b): Otroci, ki rastejo v r a z r v a n i h a l i r a z d r t i h d o m o v i h ob starših, ki sta v sporih ali že razvezana, so ogroženi kot oni, ki enega ali pa obeh svojih staršev ne, ali pa komaj poznajo. Poleg tega so neredkoma še zapleteni v njune konflikte, so celo orodje njunih medsebojnih obračunavanj, hujskani zdaj proti enemu, drugič proti drugemu in zato ustrezno zbegani.

Glede tega, da r a z d r t a d r u Ź i n a - mišljene so vse situacije, tako zaradi smrti staršev, kot tudi one, ki nastanejo pri razvezi, sporih staršev itd. - predstavlja pogosten in pomemben činitelj pri ustvarjanju one dispozicije, ki se kasneje utegne končati s samomorilnim dejanjem, si je večina avtorjev edinih. Poudarjajo pomanjkanje ljubeznjive naklonjenosti in občutja varnosti, ki ju je čutiti v takšnih domovih in to, kako ostane oseba, ki je rastla v takšnem hladnem ozračju brez ustreznega pozitivnega življenjskega občutja ter nebogljenosti v ustvarjanju kontaktov. Odtegnitev ljubezni vzbuja agresivna čustva do okolice, ta pa se sprevržejo v samoagresijo, pri čemer predstavlja samomorilno dejanje: samokaznovanje, kazen tudi za okolico, ki ne nudi dovolj ljubezni in hkrati še poskus pridobiti si ljubezen s tem apelom na okolico. Z u m p e j e v a v svojem vzorcu otrok in adolescentov (skupno 40) neredkoma opaža odsotnost, oziroma insuficientnost očeta, ob tem pa mater, ki z resolutnostjo in s poudarjeno trdoto skuša obvladati težave, ki v družini nastopajo. Te

matere si često ne dopuščajo nikakršnega mehkejšega čustvenega nagiba; normalni, na zaupanju sloneči ljubeznjivi odnos do otrok, nadomeščajo z njihovim utesnjevanjem in zahtevo po pokorščini.

Enako tudi T o o l a n (citirano po D u c h e j u ⁴³), ki ugotavlja zelo pogosten podatek o odsotnosti očeta pri mladih osebah, ki so poskušale samomor. Sicer pa je bilo v Duchejevem vzorcu suicidalnih mladostnikov najti podatek o neurejenem domačem okolju v 66,5 %.

O pogostnosti pojava "r a z d r t e g a d o m a" v zgodnji anamnezi oseb, ki so kasneje poskušale samomor, so navedbe v literaturi različne. Po B e r g s t r a n d u in O t t o j u (citirano po ²⁰²) bi le 4 % družin suicidalnega o t r o k a utegnili označiti kot urejene. P o r o t (istotam) pa trdi, da je bila družina v vseh teh primerih insuficientna. B a l e s t r i v svoji študiji loo primerov poskušnega samomora pri osebah do 21 let ugotavlja sicer, da je v 60 % njegovega vzorca bila sicer družina kompletna in so pacientovi starši bili na zunaj v dobri slogi, da pa je bila domača atmosfera bistra le v 21 %. Važno da je, ali oče oz. mati predstavljata podobo, s katero se pacient more zadovoljivo identificirati.

Študije, ki širše ugotavljajo pomen i z g u b e e m o c i o n a l n o p o m e m b n e o s e b e iz bližnje okolice otroka kot patogene v smeri kasnejše suicidalnosti, se v navajanju pogostnosti takih razmer dokaj razhajajo: zadevni odstot-

ki variirajo (po D. L e v i j u in d r u g i h) od 10 % do 77 %, deloma najbrže na račun tega, da pojem "izgube" v teh primerih ni bil vselej enako definiran. V omenjeni študiji je vendar pokazano, da je taka izguba očitno pomembna, če pride do nje pred otrokovim 7. letom. - V študiji, ki obravnava povezavo izgube enega ali obeh staršev s kasnejšim suicidalnim poskusom pa M c C o n a g h y vendar ugotavlja, da je sicer incidenca izgube staršev bila višja pri pacientih, ki so poskušali samomor, kot pa pri kontrolni skupini, vendar ta razlika ni bila statistično signifikantna. Kontrolne grupe v tej študiji so izbrali izmed nesuicidalnih pacientov splošne bolnišnice. Ta študija nas vsekakor opozarja na to, da se velja včasih vnovič ozreti tudi na trditve, ki so v literaturi že kar splošne.

E k o n o m s k a s t i s k a z dodatno s t a n o v a n j s k o u t e s n j e n o s t j o posredno tudi lahko izvaja svoj negativni vpliv na formacijo osebnosti otroka prek napetih situacij in trenj, do katerih beda v družini utegne privedi.

K c): N e v r o t i č n i s t a r š i so spričo svojih lastnih emocionalnih težav pri izvajanju vzgojnih ukrepov lahko nestanovitvi, togi, prenapeti ali pa tolikanj zavzeti s svojimi lastnimi posli ter problemi, da so iz družine praktično odsotni. Prehuda trdota ali razvajanje, oziroma nihanje med obema sta posledica in vse kar sledi iz tega za otrokovo osebnost.

Med neugodnimi faktorji, ki jih Ringel v zgodnji anamnezi oseb svojega vzorca poskušanih samomorov navaja, je tudi

k r i t i č e n p o l o ž a j v v r s t i s o r o j e n -
c e v. Večji del je šlo v njegovem vzorcu za edince ali naj-
mlajše. E d i n c a kar avtomatsko doleti razvajanje. Kasne-
je v življenju stoji taka oseba neuspehom bolj nebogljena na-
sproti. Provokativni dogodki utegnejo biti v teh primerih že
kar banalni. N a j m l a j š i se utegne v družini znajti v
podobnem položaju. Vzbujanje sočutja s svojo nebogljenostjo
utegne postati njegovo orožje - življenjski stil. Ringel med
svojimi pacienti - najmlajšimi često zasledi navedbe o tem,
da so nežni, slabotni, nesposobni hudih naporov. Sploh se ve-
lik del Ringlovih pacientov (ki so poskušali samomor) ni mo-
gel pomiriti s svojo situacijo v vrsti sorojencev; čutili so
se zapostavljene, prikrajšane pred drugimi. Včasih je pa
s p o l tisti, s katerim pacient ni bil zadovoljen, posebno
če so bila pričakovanja staršev glede tega drugačna.

Navajam še študijo D. L e s t e r j a o položaju v vrsti soro-
jencev ter suicidalnem vedenju. Ta avtor citira T o o l a n a¹⁸⁶,
ki ugotavlja bistveno višje število prvorojenih med osebami,
ki so poskušale samomor, kot pa je prvorojenih v populaciji
ZDA. K a l l m a n pa da pri skupini oseb, ki so s suicidom
končale, ni našel nikakršnih odstopov od povprečnega števila
edincev in prvorojenih med prebivalstvom.

Končno med kritičnimi situacijami, ki so verjetno neugodno
vplivale na osebe Ringlovega vzorca, ugotavlja ta avtor tudi
razne prirojene ali zgodaj pridobljene t e l e s n e o k v a -
r e, ki utegnejo načeti občutje lastne vrednosti in človeka še
v nevrotskem smislu deformirati, n.pr.: zaostalost v rasti,
naglušnost, gibbus, kriptorhizem, fimioza, govorna motnja in
podobno.

B) S p r o ž i l n i f a k t o r j i

Ko R i n g e l govori o travmatizacijah, ki pri dani osebnostni strukturi končno poženejo mehanizem, ki se zaključi s suicidalnim dejanjem, omenja to, da si razne kočljive življenjske situacije človek s togimi vzorci prilagajanja utegne sam ustvariti. Res pa travmatizirajoče situacije, ko so končno natopile, izvajajo svoj lastni dinamično-ojačujoči vpliv na dogajanje, ki se zaključi s suicidalnim aktom. Čim izrazitejša in dolgotrajnejša je osnovna osebnostna deviacija, toliko manjša bo morala biti travma, da bo končno prišlo do krize. Določene življenjske situacije utegnejo imeti po splošnih merilih travmatski karakter. Druge pa le glede na pacienta samega: Prilike v zgodnji mladosti so ga morebiti senzibilizirale v čisto svojski smeri. Zlasti v primerih samomorilnih dejanj pri otrocih in mladostnikih ugotavljajo R i n g e l, S p i e l in S t e p a n ¹⁴⁵: "Motiv se mora ujemati z osebnostnimi potezami subjekta, kot ključ s ključavnico."

Če pogledamo faktorje, ki jih razni avtorji navajajo kot "motive" suicidalnega dejanja, lahko ugotovimo, da gre v bistvu za situacije, ki jih nasploh v življenju ocenjujemo kot kritične. Pri m l a d o s t n i k i h so v Lungershausenovem vzorcu močno v ospredju "t e ž a v e v š o l i" (37 %), z bistveno manjšo pogostnostjo pa slede "b o j a z e n p r e d k a z n i j o", "d r u ž i n s k i s p o r" in "l j u b e z e n s k e t e ž a v e" (7 in 5 %); psihotičnih razlogov je bilo v tem vzorcu 6 %, v 38 % pa je ostal motiv nepojasnen.

Med življenjskimi področji, od katerih funkcioniranja je za-

dovoljstvo odraslega človeka v največji meri odvisno (in na katerih bomo pri neuspešnosti našli največkrat motive za samomorilno ravnanje) sta (po Ringlu) najbolj pomembni - kot je trdil že A. Adler - zakon in družina ter poklic.

Glede prvega se utegne človeku življenje tako zasukati, da v ustvarjenju svoje lastne družine sploh ne uspe. In kot iz statističnih študij vemo, je v resnici med samskimi osebami več suicidalnih kot pa sploh med populacijo. Tu ne bi poskušali ugotavljati razlogov, zakaj določeni, precej manjši odstotek oseb med populacijo ostane samskih. Le toliko bi mogli nedvomno potrditi, da v tej smeri bistveno manj odločajo objektivne težave kot pa razne osebne insuficientnosti, lahko tudi rečemo nevrotske poteze, katerih korenine segajo v samo mladost. Ob tem primeru pač spet lahko nazorno vidimo kako se provokativni faktorji z dispozicijskimi povezani. Protektivno vlogo (glede na javljanje samomorilnih tendenc) urejenega zakona prav tako poznamo že iz statističnih študij in deloma tudi travmatski, oziroma vsaj obremenjujoči pomen zakonskega razdora. Seveda pa protektivni pomen zakonske zveze ni nekaj absolutnega. Oni zakoni, ki predstavljajo n. pr. beg iz morečega vzdušja v primarni družini; priložnost dvigniti se na socialno višjo raven - ob zatajitvi erotičnih nagnjenj; zadostitev nevrotični težnji pomagati nesrečnemu človeku (n. pr. alkoholiku) in podobno, so kajpak sami pretežno travmatogeni. V zakonskih zvezah dveh nevrotikov je tudi obremenilnih situacij čisto dovolj, posebno če v simptomatiki srečavamo bolešno ljubosumje. Zakon brez otrok precej svoje protektivne vloge izgubi. Že Durkheim (citirano po Ringlu) je v svojih socioloških študijah opažal

takšne zakonitosti, kot kaže sledeča tabela koeficientov suicida v Franciji iz let 1889/91:

| | <u>moški</u> | <u>ženske</u> |
|---------------------|--------------|---------------|
| poročeni z otroki | 33,6 | 7,9 |
| poročeni brez otrok | 64,4 | 22,1 |
| vdoveli z otroki | 93,7 | 18,6 |
| vdoveli brez otrok | 125,8 | 32,2 |

Zakonski razdor alkoholika je neredkoma motiv suicidalnega dejanja. Lahko pa kajpak smatramo, da sta v takšnih primerih alkoholizem kot zakonski razdor odraz iste nevrotske motenosti, ki vodi prek težav v sociabilnosti v eno in drugo.

Težave, obremenitve, travmatizacije v p o k l i c u so med provokativnimi momenti suicidalnega ravnanja tudi pomembne, zlasti pri moških, ki jih neuspešnost v poklicu v večji meri kot ženske cropa občutja lastne vrednosti. Po Ringlu so zlasti ogrožujoči oni poklici, ki ne nudijo sigurne, temveč le provizorno eksistenco in oni, ki ustvarjajo občutje odvisnosti in podrejenosti. Ti dve lastnosti se zlasti srečata pri nekvalificiranih poklicih. Po drugi plati pa spet ugotavljajo da so poklici, ki jim je mesto više v socialni hierarhiji in da so samostojni poklici, za katere sta značilna večja odgovornost in večji riziko, bolj ogroženi v smeri samomora. Poklic ima pa obratno tudi glede na suicidalnost pomembno protektivno vlogo, kadar človeka trdno in trajno vključuje v delovno skupnost; če nudi človeku smiselno, individualno, diferencirano delo, ki nima karakterja masovnega pogona; če človek lahko sam vidi plodove svojega dela in če mu daje mož-

nost zadostne neodvisnosti od drugih.

Obe področji, zakon - družino in poklic zadevajo "samomori zaradi neuspeha" ("failure suicides"), o katerih sodi B r e e d ^{20, 21}, da predstavljajo vsaj eno polovico vseh samomorov v ZDA. Moški iz te kategorije samomorilnih oseb doživljajo neuspeh pri svojem poklicnem delu, ženske pa kot zakonske družice in kot matere. Značilne so pa, kot avtor navaja, za njih sledeče poteze:

- a) skrajna internalizacija kulturnih norm o uspešnosti (Watts bi rekel o njih, da vzamejo igro prerեսno, Fromm pa da so patološki konformisti);
- b) senzibiliziranost na situacije neuspeha; težko prenesejo takšno sramoto;
- c) lahko rečemo o njih, da so nesposobni manjati svoje cilje in vloge; označili bi jih lahko kot rigidne;
- d) kot takšni tudi niso sposobni dobro vpostavlјati družbenih odnosov, jih življenjski tok žene v izolacijo, manjka jim prave človečnosti, zaradi tega pa tudi ne dobe iz svoje okolice več prave opore in so včasih socialno mrtvi še predno so storili dejanje.

Neuspešnost kot motiv samomorilnega dejanja se po C u n n i n g h a m u ²⁹ javlja v ameriški kulturi posebno v zvezi s tam vladajočim tekmovalnim duhom.

Problem uspešnosti oziroma storilnosti je v motivaciji samomora po D e V o s u pomemben tudi na Japonskem.

Nekoliko manj pomembna od poklica in zakona ter družine so še tri področja, katerih neugodne manifestacije srečavamo tudi med suicidalnimi motivi: materialne prilike, politično vzdušje in telesno počutje.

Glede tega ali je materialna stiska v kaki povezavi s samomorom so mnenja posameznih avtorjev deljena. M a y r meni, da gospodarska stiska zavira pojav samomora, ugodne premoženjske razmere ga pa olajšavajo. In G r u h l e : Imoviti je izpostavljen večjemu riziku, toda tudi stiska utegne sprožiti suicidalno dejanje. S c h w a r z ugotavlja, da v obdobju naraščajočih prejemkov suicidalnost upada; rastoča brezposelnost pa da tudi vodi za seboj več suicida. Po A n d i c z e v i je slabitev eksistenčne sigurnosti vsekakor tudi eden od razlogov, ki ga srečavamo med suicidalnimi motivi. V R i n g l o v i kazuistiki je bilo v 1/6 primerov ugotoviti materialno stisko (po Ringlu).

P o l i t i č n a a n g a ž i r a n o s t kot spontana aktivnost bi po študiji A n d i c z e v e (po Ringlu) iz leta 1938, predstavljala protektivni faktor. Obratno pa politični p r i t i s k in politične d i l e m e, v katere je v nemirnih obdobjih človek bodisi potisnjen ali pa se v njih iz nevrotskih razlogov zaplete, srečavamo tudi med motivi suicidalnih dejanj. Situacije, ki bi jih kot obremenjujoče bilo treba navesti v tem okviru, bi bile še: politični begunec, ki se znajde osamljen in eksistenčno ogrožen v tujini; vojni zločinec, kolaboracionist - po vojni v stiski zaradi represalij in predlastno vestjo in druge. Na splošno beremo, da samomorov v prilikah skrajne ogroženosti v koncentracijskih taboriščih ni bi-

lo. To pravilo kot kaže, docela le ne drži. Iz S t e i n e r-
j e v e literarno obdelane kronike iz zloglasnega uničevalnega
taborišča Treblinka izvemo n.pr. da se je suičid z obešanjem
po določenem ritualu v obliki dvojnega samomora - torej po do-
govoru dveh prijateljev - javljal prav epidemično v obdobju
odkar je postalo pripornikom očitno, da jih čaka uničenje pa
vse do tedaj, ko je začela organizacija upora v taborišču.

T e l e s n a b o l e z e n i n i n v a l i d n o s t
se tudi javljata med motivi suičidalnega dejanja, bodisi, da
gre za stacionarne slike ali napredujoča obolenja. Motiv bo-
lezni in invalidnosti, kot rečeno, pridobiva na pomembnosti
z napredujočo starostjo. V teh primerih ni bolezen sama, tem-
več psihična reakcija na bolezen ter njene psihosocialne na-
sledke oni motiv, ki sproži suičidalni akt (L i t m a n,
F a r b e r o w). - Kot poseben primer bi omenili tu one nev-
rotične osebe, ki store samomor v teku psihoterapije.
B l o o m ¹⁶ razglablja o krivdi, ki jo ima ob tem psihotera-
pevt sam.

Psihična travma, ki ji je suičid sledil, je lahko le zadnja
iz verige travmatičnih doživetij. Spet je pa treba poudari-
ti da ta doživetja svoj suičidogeni pomen uveljavljajo na do-
ločenem ozadju, ob določeni dispoziciji, o kateri smo prej
več govorili. Absolutne vrednosti tem motivom ali provokativ-
nim faktorjem torej ne gre pripisovati in celo bi za posamez-
ne primere lahko mogoče rekli, da obremenitev ali travma iste

vrste pri nekom utegne imeti provokativni, pri drugem pa protektivni vpliv. Relevantne so na splošno bolj one psihične travme, katere predstavljajo ponovitev situacije, ki je že v preteklosti nekoč pri-zadela človeka na emocionalno pomembnem področju. A n d i c z e v a (po Ringlu) pa sodi, da "pri sočasno obstoječih težavah na drugih življenjskih področjih utegneje prav travme na področju zavesti lastne vrednosti postati neposredni motivi za samomorilno dejanje."

Med činitelji, ki končno samomorilno dejanje sprožijo, ima i n d u k c i j a, oziroma s u g e s t i v n i v p l i v vzorov tudi svojo vlogo. Samosežigu Jana Palacha 16. januarja 1969 v Pragi ²⁰⁹ - dejanju, ki mu je iskati vzora v širom sveta znanih samosežigih budistov v Vietnamu - je sledilo v Češkoslovaški in drugod po svetu in tudi pri nas več takih dejanj ²¹⁰. R i n g e l ²⁰⁸ je to epidemijo pojasnil češ da gre za "potencialne samomorilce, ki so se za tak način odločili, ker se v tisku na široko piše o tem". Podobno bi kazalo vrednotiti tudi samomorilne epidemije, ki so sledile n.pr. objavi Goethejevega Wertherja ali pa smrti sodobnih idolov sveta adolescentov, kot sta bila n.pr. filmska igralca Rodolfo Valentino in James Dean (S c h m i d t) ¹⁵⁰. S e i d e n ¹⁵⁶ opisuje primer petih samomorov s skokom z visoke zgradbe, ki so se zgodili vsi v območju univerzitetnega naselja Berkeley v teku enega samega meseca 1967. leta. Celo tu odreka avtor po "psihološki avtopsiji" vsakega posameznega samomora kontagioznosti kako pomembnejšo vlogo in se pridružuje Durkheimu, ki pravi: "Posnemanja ni mogoče smatrati za primarni faktor

pri samomorilnosti. Ono samo razgali pravo vzročno ozadje dejanja, ki bi se verjetno uveljavilo, tudi če se posnemanje ne bi vmešalo. Kajti predispozicija mora biti že zelo krepka, če naj tako šibek moment spravi akcijo v tek .." Mogoče pa samomorilnim dejanjem v krogu bližnjih sorodnikov in znancev vendarle lahko prisodimo večji sugestivni pomen, saj se zdi pogostnost takšnih incidentov v anamnezah oseb, ki se spuščajo v samomorilna dejanja večja, kot pa bi takšen podatek zasledili v zgodovini poprečnega osebka ustrezne populacije.

Vsako samomorilno dejanje ima torej dolgo predzgodovino, ki je v nekaterih grobih potezah skupna vsem suicidalnim osebam, v podrobnostih pa zelo raznolika. Samomorilno dejanje ima, kot zaključek tega procesa, zaradi tega lahko različen notranji smisel, različen simbolični pomen, izraža lahko različne tendence - pač glede na osebnost in na peristazo suicidalne osebe.

G o u l d ⁵⁷ n.pr. s tega vidika razlikuje sledeče tipe samomorilnega dejanja:

- 1) Samomorilno dejanje izraža (izvenzavestno, fantazijsko) željo pridobiti si oporo in moč s tem, da se združiš z mogočnim izgubljenim objektom ljubezni, s katerim se je suicidalna oseba bolj ali manj identificirala (n.pr. z umrlim očetom ali idolom).
- 2) Prostovoljna smrt predstavlja maščevanje nekemu, ki te je zapustil ali te grozi zapustiti.
- 3) Manipuliranje in izsiljevanje, da bi dosegel ljubezen in pozornost.

- 4) S samomorilnim dejanjem si človek nalaga kazen za svoje "grehe".
- 5) Dejanje je v resnici "samo - umor", v primeru, ko človeka obvladuje silna jeza na nekoga, kateremu pa ne more do živega; ko nakopičena agresija torej ne najde ustreznega zunanjšega odvoda, se zasuče proti človeku samemu.
- 6) V samomorilno dejanje poženejo človeka psihodinamično slabe pregledne sile, ki se porajajo pri dezintegraciji osebnosti (v psihozi).
- 7) Dejanje je zadnji krik na pomoč, poslan v prostor, v upanju, da ga bo kdorkoli prestregel.

V glavnem pa moramo - kot pri nevrotski simptomatiki - računati s tem, da je suicidalno dejanje kot simptom tudi ponavadi predeterminirano in predstavlja poskus razrešiti različne konflikte in stanja napetosti hkrati.

----- • -----

7) Samomor kot družbeno patološki pojav in "nacionalni karakter"

Sociološko statistično orientirane študije suicida si prizadevajo iz pregleda obsežnih populacij predstaviti in pojasniti pojav suicida. Videli smo, kje so šibke točke te raziskovalne poti. Človek ostane tu preveč abstrakten, njegova življenjska zgodba zanemarjena, njegove osebnosti ni čutiti, preveč je poudarka na motivih, premalo na vzrokih suicidalnega ravnanja. Raziskave one druge smeri, ki se poglobljajo v osebnost suicidalnega človeka, pa, kot rečeno, ostajajo pri študiju manjših skupin oseb in se ne lotevajo suicida kot patologije neke nacije ali kulture.

Za perspektivo naših raziskovanj se mi vidijo pomembne študije, ki spoznanja psihopatoloških oz. psihodinamičnih raziskav suicida skušajo aplicirati tudi v sicer sociološko orientiranih študijah. Tu omenjamo samo delo H e n d i n a ⁶⁸ o kulturnem, oziroma etnološkem ozadju suicida v Skandinaviji. Avtor začenja svojo študijo z ugotovitvijo, da med tremi deželami, ki so neposredne sosedbe in ki smo jih vajeni v mnogih pogledih obravnavati z istimi merili, v pogledu suicidalnosti le ni tiste konkordance, kot bi jo mogoče pričakovali. Danska ima visok koeficient suicida 20 in Švedska enakega. Sosednja Norveška ima pa koeficient suicida le 7,5. Ko skuša te razlike pojasniti, se Hendin ozre v mladost Dancev, Švedov in Norvežanov, oziroma na vzorce, po katerih otroke v teh deželah vzgajajo ter pride do tehle zaključkov:

Vzgojni prijem d a n s k e matere je ta, da otroku pokaže, kako je žalostna zaradi njegovih morebitnih odstopov od ti-

stega vedenja, ki je v skladu s takojšnjimi standardi. Otroci so vzgajani z veliko popustljivosti in dobrote, ne smejo pa pokazati navzven agresivnosti. Vodiijo jih blago, brez trdote in discipline. Prek vcepljenega jim mehanizma, ki ob odkluku od norme mobilizira občutje krivde, pridejo do družbeno sprejemljivih vzorcev vedenja. - Takšna vzgoja v veliki meri pripomore k temu, da je Dančev karakter d e p r e s i v e n. Danci so pasivni, dependentni, navezani na partnerstvo in ljubeznjivo skrb. Suicidalne krize vznikajo iz grozeče ali resnične zapuščenosti, zaradi smrti bližnjega - ali ločitve od njega. Agresivne tenzije, ki se v teh situacijah vzbujajo, se zasučejo proti subjektu samem; tako se porajajo občutja krivde in samokaznovalne težnje, ki usmerjajo človeka v suicidalno ravnanje. Olajšajo pa prehod v akcijo fantazije o ponovnem združenju z objektom ljubezni po smrti.

Š v e d e poznamo kot energične, častihlepne in tudi uspešne ljudi. Druga plat te medalje so pa depresivna stanja in suicidalna dejanja, v katerih ozadju sta ponajvečkrat neuspeh in nesreča v karieri. V delu in poklicnem uspehu najde Šved potrdilo lastne vrednosti, hkrati pa tudi odvod svojih agresivnih napetosti. Za razliko od danske, skuša švedska mati otroka priversti čimprej do samostojnosti. V treh ali šestih mesecih po porodu se mati že zaposli. Šole so stroge. Mladi Šved si doma zasluži pohvalo s tem, da se čimprej osamosvoji. Takšen vzgojni režim v dokajšnji meri sili človeka v to, da svoja čustva navzven ne kaže. Dopustna manifestacija agresivnih čustev je - agresivni molk. H e n d i n ocenjuje karakter Šveda kot s h i z o i d n i. - Samomor velja na švedskem

za sramoto. Po H e n d i n o v e m mnenju utirja tu pot v suicid zgodnja ločitev otroka od matere, navajanje k samostojnosti, samoobvladovanju in storilnosti. To so pa, kot se zdi, poteze istega bazičnega karakterja, ki so Švedski pripomogle do njene uveljavitve v svetu na področjih literature, znanosti in gospodarstva.

N o r v e š k i karakter se od danskega in švedskega razlikuje v prvi vrsti po tem, kako ljudje pridejo na konec s svojimi agresivnimi napetostmi. Vzgojni ideal tu ni pridnost in ljubeznjivost kot na Danskem; niti obvladanost in korektnost kot na Šveskem. Ne: branijo naj se, borijo, udarijo. Norvežan je vaje odkriti izraziti svoja čustva odklanjanja, sovražstva. Spori, pravde so pogostni. Užaljenost, jeza zaradi storjenih krivic imata neredkoma noto projekcije in H e n d i n meni, da bi norveški karakter lahko označili kot p a r a n o i d n i. Uspeh Norvežanu ni v prvem planu; pravzaprav le bolj sanjari o njem. Otroci in skrb za njih so glavna vsebina življenja norveških mater. Odnos med materjo in otrokom je topel in trajen. Vendar ne v tem smislu kot na Danskem, da bi vodil v odvisnost in pasivnost. Niti ni v rabi apeliranja na občutja krivde. Vzpodbuja pa potrebno agresivnost, vzgaja otroka k svobodnosti in samostojnosti.

Po istem vzorcu kot Hendin skandinavski, obravnava B e a l l o v a ⁷ j a p o n s k i samomor, Psihodinamske razmere v ozadju tega pojava so na Japonskem bolj zapletene in našemu zapadnemu pojmovanju teže dojemljive. Japonska kultura je izrazito mazohistična. Realiziranje agresivnih vzgibov navzven se dopušča le v zgodnjem obdobju, kasneje pa je agresija zati-

rana, oziroma ji je odprta pot le navznoter - proti osebnosti sami. Sicer pa združuje Japonska osnovni suicidalni dinamiki obeh: Švedske in Danske. Kot na Danskem (in mogoče še bolj zaradi že kar mazohistično požrtvovalnega življenjskega sloga japonske matere) je tudi tu poglobljena tehnika discipliniranja in socializiranja otroka vzbujanje občutja krivde. Poudarek je pa tudi na storilnosti kot na Švedskem, le da tu tekmovanje kot oblika agresivnosti ni dopustno, oziroma tekmuje japonski otrok lahko le z lastnimi uspehi. Iz te skrajne zaježitve agresije rezultirajo mnoge specifičnosti japonske kulture, ki jo označuje tudi *obsesivno-kompulzivni* (anankastični) stil v oblikovanju medosebnih odnosov, oziroma številnih ritualov in ceremonij, ki le-te urejajo. Pri tem pa veljata starost in smrt kot stanji, ki ju je treba pričakovati z radostjo, ne pa bojaznijo in samomor velja za časten in smotern akt. - Te okoliščine nam vsekakor napravijo razumljivejšo pogostno samomorilnost na Japonskem.

Tu ne bi začenjali diskusije o tem, ali je pojem "nacionalnega karaktera" sploh upravičen ali ne, pač pa se lahko vprašamo ali je prav vezati variacije v pogostnosti samomora v različnih politično-teritorialnih enotah na določene nacionalne značilnosti. Opazovanja (npr. Špađijerjev¹⁸⁰) kažejo namreč, da znotraj neke nacionalne skupnosti utegnemo najti dokajšnje variacije v pogostnosti suicida, če gledamo različne regije, ki jih ista nacija zaseda in da po drugi strani celo sosedne regije dveh različnih držav pokažejo dokajšnjo sorodnost v pogledu pogostnosti samomorov. Seveda to ne izključuje odvisnosti samomorilnega vedenja

od določenih prevladujočih karakternih potez populacije, čeprav po nacionalni pripadnosti heterogene. Potemtakem naj raziskave take vrste dopuste upoštevanje tako nacionalnih kot regionalnih, pa bržkone tudi rasih karakteristik raziskovanih populacij. (Glede zadnje omenjene variable spominjam n.pr. študijo F r e e d a ⁵³, ki ugotavlja bistveno nižji koeficient med črnsko populacijo in višji med belsko istega raziskovanega področja). Pravtako bi bilo napak v takoimenovanem "nacionalnem karakterju" videti nekakšen nespremeljiv element. Gotovo moramo dopustiti, da njegova podoba ni nekaj absolutno danega in fiksnega, temveč, da zgodovinski, ekonomski, politični, ideološki premiki tudi tu zapuste svoje sledove - pa zatorej tudi posredno vplivajo na pojav suicidalnosti. Svoje bržkone utegnejo pri determiniranju suicidalnosti v populacijah prispevati končno tudi razpoložensko-ideološki valovi, ki v raznih obdobjih in kulturnih območjih nastopajo in spet izginjajo. F r a n k l (citirano po W e i t b r e c h t u ¹⁹⁵) - kot že omenjeno - govori ob teh pojavih o "kolektivni nevrozi", ki da jo dandanes v zapadni kulturi tudi utegnemo registrirati v nekaterih splošnih značilnostih, kot so: provizorični odnos do človekovega bivanja, fatalistični pogled na življenje, kolektivistično mišljenje in fanatizem. Če je uveljavljanje pojma "kolektivna nevroza" nedvomno tvegano, pa laže verjetno pritrdimo L e i b b r a n d u, da označuje naš današnji svet "obubožanje komunikativnosti". Ali pa E. F r o m m u ⁵⁴, ki govori o družbeno strukturiranem defektu", v primerih ko večina članov določene družbe ne doseže onega ideala, za katerim naj bi človek nedvomno stremel, namreč da dospe do svobodnega izražanja svoje resnične osebnosti.

sti, pri čemer ne smemo pozabiti, da neredkoma takšen defekt določena kultura povzdiguje celo v krepost in ga opravičuje z zelo izdelano ideologijo.

8) Preventiva in profilaksa

Po S t e n g l u ¹⁷³ se preventiva samomora razvija v treh smereh:

- a) Skrb za to, da se odmakne neposredna življenjska ogroženost človeka zaradi samega samomorilnega dejanja.
- b) Zavarovanje individuov pred samomorilnimi težnjami, pri čemer je treba posvetiti posebno pozornost onim, ki so glede na njihovo posebno duševno stanje ali pa glede na kritično življenjsko situacijo huje ogroženi v tej smeri. Osebe, ki imajo v anamnezi že samomorilni poskus, seveda sodijo tudi v ta del populacije.
- c) Razvijanje profilakse, se pravi, spreminjanje in odpravljanje osebnostnih in družbenih faktorjev, ki višajo incidenco samomora, ter krepitev onih dejavnikov, ki le-to nižajo.

K a) Sem sodi v prvi vrsti razvijanje posebnih centrov in oddelkov, urejenih za oživljanje in detoksikacijo (V e d r i n n e, R i n g e l, H e i l i g ^{189, 140, 65}). Pri tem pa ne zadostuje, da so tehnično sodobno opremljeni, temveč mora tudi osebje v teh enotah imeti posluh za to, da je treba pri delu s suicidalnimi često seči prek okvira samo somatskega obravna-

vanja. Čeprav večine suicidalnih oseb ni mogoče smatrati za duševno bolne, je vendar psihiater, mimo specialista, ki nudi tej osebi ustrezno, somatsko terapijo, najbolj poklican, da sodeluje v obravnavanju te osebe, če naj bo obdelana tudi kot osebnost v svojskem družbenem okolju. Izobrazba in tehnika, ki so mu na voljo, psihiatra še najbolj usposabljata za to delo in je zato upravičena zahteva, naj bi sleherno osebo, ki je poskušala storiti samomor, pregledal psihiater. Vendar bi bilo napak, če bi zdravniki splošne medicine in drugih specialnosti povsem skotomizirali nesomatsko plat suicidalnega vedenja in pustili povsem zakrneti občutek za psihosocialno problematiko teh oseb. Mladi zdravnik, zaposlen n.pr. na oddelku splošne bolnišnice, se prav ob suicidalnem človeku lahko jasno ové potrebe po celovitem obravnavanjubolnika. Urgentni centri po svetu imajo dobro urejeno konziliarno psihiatrično službo.

Na Dunaju, kjer so samomori še zelo pogostni, čeprav ne tako, kot so bili pred leti, je potrebi po vključevanju psihiatrije v delo z zastrupljenimi osebami mogoče najradikalneje zaščeno. Detoksikacijska postaja je tu namreč locirana kar na nevrološko-psihiatrični kliniki (H o f f m a n n in drugi, S c h u b e r t in drugi 72, 153).

Glede tega, kdaj je konzultirati ob suicidalni osebi psihiatra, je upoštevanja vredno priporočilo B e n n e t t a⁸, ki svetuje, da se opravi eksploracija, čim je bolnik izven nevarnosti in - to velja za zastrupljene - še predno se je docela ujasnil. Avtor namreč meni, da utegne v somnolentnem stanju evocirati

kake konfliktna vsebine, ki bi jih kasneje, v polni lucidnosti, prikril.

Kjer je skrb za samomorilne osebe napredovala tako daleč, da je že organiziran center za preprečevanje samomora, mora leta (po mnenju Pöldingerja¹²¹ in Ringla) imeti sam na voljo do 15 postelj za akutne primere.

K b) Prejšnja poglavja, ki govore med drugim tudi o etiopatogenezi samomora, nakazujejo hkrati tudi katere osebe so bolj ali manj ogrožene v tej smeri. Devries je sistematično pregledal dosedanje poskuse predikcije suicidalnega vedenja in sestavil tridimenzionalni model za prognozo samomorilnega vedenja. Ta model upošteva: suicidalne psihološke značilnosti, socialne odnose in druge faktorje okolja, ter somatske determinante. Model je pa le premalo izdelan, da bi bil že praktično uporaben. Pöldinger¹²¹ je pa s statistično analizo bolezenskih potekov 1100 pacientov izfiltriral 35 faktorjev - značilnosti v anamnezi in statusu, ki jih je najpogosteje srečati pri suicidalnih osebah, ponderiral njih relativno prognostično vrednost in sestavil priročno tabelo, ki dopušča kar numerično izraziti suicidalno ogroženost preiskovane osebe. Ne da bi imel praktičnih izkušenj s to tabelo, si pač ne upam oceniti njene veljave. - Zdi se pa ta "test" vsekakor popolnejši kot so poskusi z uporabo raznih posameznih ali baterij vprašalnikov in projektivnih metod iz inventarja klinične psihologije po kratkem postopku izreči prognozo v smeri morebitnega samomora. Lahko ugotovimo, da si klinični psihologi sami niso edini glede tega ali in v kolikšni meri se morejo zanesti tu zgolj na svoje

tehnike (P h i l i p, D e v r i e s, M c N e a l ¹²⁵, 126, 40, 102).

Številne so tudi študije, ki se pri izrekanju prognoze v smeri suicidalnosti naslanjajo na klinični vtis. V teh kliničnih študijah se zlasti poudarja suicidogenost depresivnih stanj, alkoholizma in toksikomanijs (S c h n e i d e r ¹⁵², B a t t e g a y ⁵). Tudi shizofrene osebe so v tej smeri dokaj ogrožene. O s m o n d ¹²⁰ n.pr. ugotavlja v svojem vzorcu 3521 shizofrenih bolnikov, spremljanih 25 let, približno 20 krat višji koeficient samomora, kot je na splošno med populacijo. Eden od najsolidnejših indikatorjev bodočega samomora pa je vsekakor suicidalno vedenje v širokem pomenu besede (poskusi grožnje in razmišljanja), meni P o k o r n y ¹²⁸, ki je za svojo skupino 615 veteranov, obravnavanih zaradi samomorilnega poskusa pred leti ugotovil koeficient samomora kar 740, kar je 35 krat več od pričakovanega koeficienta. Zanimivo je, kar ugotavlja W e i s z ¹⁹⁴ s sodelavci namreč, da je bila v njegovem vzorcu verjetnost, da bodo končali s samomorom ista pri onih, ki so dejanje že poskusili, kot pri onih, ki so le grozili z njim, tako da je tudi samomorilne grožnje treba resno ocenjevati.

Poleg že omenjenih stanj in anamnestičnih stigmat (psihoze, alkoholizem in toksikomanijs, samomorilni poskusi in grožnje) naj navedem po R i n g l u ¹⁴⁰ še nekatere skupine oseb, ki se iz praktičnih izkušenj in po epidemioloških raziskavah kažejo bolj ogrožene:

- iz raznih religioznih in političnih razlogov preganjani ter begunci na splošno;
- osebe zapletene v kriminal;
- ostareli;
- kronično neozdravljive bolni;
- oni, ki doživljajo krize v zakonu;
- oni, ki jih teži huda beda, oziroma so zapleteni v drugašne hude življenjske težave;
- (v ZDA) oni, ki so zapleteni v avtomobilsko nesrečo.

Konec koncev pa moramo priti do razumljivega zaključka, da bo prognozična ocena v smeri samomorilnosti toliko bolj zanesljiva, kolikor bolj celostno bomo s svojimi tehnikami prodrli v osebnost človeka in njegovo okolje pa ne samo na enkratnem prečnem prerezu, temveč pri čimdaljšem longitudinalnem spremljanju njegove življenjske zgodbe in da je od vseh tehnik, ki jih tu lahko uporabimo, najdragocenejši pač poglobljen, psihodinamsko orientiran intervju.

Službam, ki se žele aktivno ukvarjati s prevencije samomora, mora biti zato ta tehnika prav tako domača, kot informiranost o prej navajanih zakonitostih v javljanju samomorilnega vedenja. Če se pa spomnimo, da je med suicidalnimi osebami le nekako ena tretjina duševno bolnih v ožjem smislu besede, pri ostalih pa je suicidalni akt le zaključek psihološko socialnega konflikta na meji še normalnega, moramo pričakovati, da bo večina teh oseb svoj prvi kontakt s psihiatrom imela šele po samomorilnem dejanju. V tistih mesecih in letih, ko se njihova osebnost usodno formira, se zapleta s svojim družbenim o-

koljem in stopa v slepo ulico presuicidalnega sindroma pa mogoče daleč okrog sebe nima nikogar, ki bi bil sposoben zaznati njegovo stisko in bi mu bil pripravljen priskočiti v pomoč. Domnevamo, da se srečavajo v tem obdobju s temi osebami pogosteje kot drugi: zdravniki v ambulantah splošne medicine in na oddelkih splošnih bolnišnic, organi socialnega varstva in policije pa bi bilo prav - tako poudarjajo številni strokovnjaki s področja suicidologije - da bi ti poklici bili poučeni o tej problematiki kot tudi o ukrepanju z ogroženimi osebami. Kajti z ustreznim psihoterapevtskim vodenjem, medikamentozno terapijo in intervencijami v socialnem okolju je marsikatero od teh oseb mogoče odvrniti od usodnega dejanja. Pri ordiniranju zdravil pa si mora biti zdravnik tudi svest, da mogoče daje bolniku v roke sredstvo, ki ga bo uporabil v suicidalne namene in mora biti pri predpisovanju previden (B r e p h y ²³).

Treba je pa računati na neredkoma dokaj hudo osamljenost teh oseb in njihovo silno žejo po emocionalni toplini in občutju varnosti, ki jima obstoječe zdravstvene, socialno varstvene in podobne inštitucije ne morejo docela zadostiti - celo tam, kjer so urejeni sočobni centri za prewencijo samomora s celim teamom strokovnjakov: psihiatrov, psihoterapevtov, psihologov, socialnih delavcev, juristov in morebiti tudi duhovnikov (R i n g e l ¹⁴⁰). Celo takšen team strokovnjakov torej včasih ne more iztrgati iz občutja osamelosti suicidalne osebe in je ne more utešiti v njeni žeji po emocionalni toplini. Izpolniti to vrzel imajo v zapadnih deželah namen razne prostovoljne organizacije kot n.pr. "Samaritani" v Angliji

(F o x ⁵²), ali "Prijetelji" in "Mi skrbimo" v ZDA (R e s - n i k, M e G e o) - organizacije, ki vzdržujejo stalno telefonsko službo in nudijo tudi pomoč osebam, ki v življenjskih krizah pridejo do tiste točke, da se se začele ukvarjati s samomorilnimi nameni.

O izkušnjah na tem področju v mestnem okolišu poročata H a u - g h t o n ⁶⁴ in S c h n e i d m a n ¹⁶⁰, T h o m s o n ¹⁸⁵ pa o tovrstnem delu na deželi. K n o e p f e l ⁸³ v Zürichu pri uvajanju samostojne urgentne psihiatrične službe pa nima najboljših izkušenj in sodi, da je veliko "urgentnih" klicev takih, da predstavljajo le nepotrebno in brezkoristno zaposlovanje zdravnika. S takšnimi izkušnjami je gotovo treba računati pri ustanavljanju centrov za preprečevanje samomora.

Človek (tu govorimo vseskozi o oni večini nepsihotičnih suicidantov), ki je resno stopil po poti samouničenja pa ne potrebuje nič manj kot osebnega prijatelja, dokler se mu ne vrne dovolj zaupanja vase in v svet, ki ga obdaja (C h a d V a r a h, B e r n s p a n g ¹⁴). Večini ljudi se ni lahko iz globine najhujših razočaranj in najintimnejšega doživetja absurdnosti človeškega življenja dvigniti v spokojno udanost Sokrata, pač "da bivamo ljudje v življenju kakor v ječi in da te ječe ne smemo samovoljno zapustiti in pobegniti" ¹²⁷, ali Edgarja: "Nase mora vzeti človek svoje slovo od sveta, kot svoj prihod; zrel biti - to je vse." ¹⁵⁷.

K e) Do smoterne profilakse samomora je še dolga pot. Kot breme (S t e n g e l ^{174 - 176}), si danes niti glede pogostnosti tega pojava nismo na jasnem - to velja že za uspele samomore, kaj šele za samomorilne poskuse. Prizadevanja, ki gredo v sme-

ri čim točnejšega pregleda nad obema pojavoma, so zato vseka-
kor upravičena, saj profilaksa brez solidnih zadevnih podatkov
nima zanesljive osnove. Seveda mora pa biti skrb za zbiranje
teh podatkov v pravih rokah in n.pr. res ni policija tisti or-
gan, ki naj bi mu poverili evidenco nad samomorilnimi poskusi
(K r ö g e r ⁸⁶), čeprav ima najbrže nad uspelimi samomori v
večini dežel najboljši pregled. Po vsem, kar danes vemo o sa-
momoru in njegovem etiopatogenetskem ozadju, bi pa morali
vztrajati v vsakem smrtnem primeru samomorilnega dejanja ne
samo na obdukciji trupla (S t e n g e l), temveč tudi na
"p s i h o l o š k i a v t o p s i j i" (C u r p h e y ³⁰),
ki naj osvetli psihosocialna dogajanja, ki so pokojnega pogna-
la v smrt. Glede znanstvene vrednosti takšne retrospektivne a-
nalize ima P o k o r n y ¹²⁸ pomisleke zaradi nevarnosti sub-
jektivnega izkrivljanja podatkov, vendar tu druge izbire ni.
V znanstvenih študijah naj bi po mnenju tega avtorja upošteva-
li le ona dejstva, ki so v času dejanja že dokumentirana. Med
tem ko je centralna evidenca nad uspelimi samomori skoraj pov-
sod uvedena, za samomorilne poskuse to ne velja. V Češkoslo-
vaški je prijavljanje samomorilnih poskusov že od 1962. leta
obvezno (P r o k u p e k ¹³¹). Pričakujemo pa lahko, da bo
poročanje o samomorilnih poskusih še bolj rudimentarno, kot
velja to za uspele samomore. Ko se zazremo v seznam faktorjev, ki
po dosedanjih izkušnjah pozitivno korelirajo s koeficienti sa-
momora (S t e n g e l gl. spređaj), lahko vidimo, da je med
njimi veliko takšnih, na katere ne moremo vplivati (n.pr. spol
in starost), čeprav je družbi moči preprečevati vse večjo izo-
lacijo starih ljudi. Tudi naraščanju standarda je moči odbiti
suicidogeno ost, če zavremo vse večje siromašenje pristnih so-

cialnih kontaktov, ki neredkoma spremlja boljšanje materialnih prilik.

Res nam postaja vse bolj očito, da se proces, ki privede na koncu do samomorilnega akta, začne že v človekovi zgodnji mladosti in da mu botrujejo (z vidika bodoče samomorilnosti) mentalno higiensko neugodne razmere in neprimerni vzgojni prijemi. Zapletenost faktorjev, ki so tu na delu in velika verjetnost, da iste okoliščine, katerim pripisujemo suicidogenost, neredkoma pomagajo tudi dvigati civilizacijsko in kulturno raven človeške družbe, to dvoje narekuje suicidologu zadržanost v njegovih priporočilih glede mentalne higiene zgodnjega razvojnega obdobja.

Tu je umestno spregovoriti še besedo o vlogi r e l i g i j e v preventivi oziroma profilaksi samomora. Vse od D u r k h e i m a pripisujejo religioznosti določeno protektivno vlogo v tej smeri, opirajoč se na statistični material, čeprav tudi ta ni vselej v podporo tej tezi (n.pr. G o u l d ⁵⁷). Vprašanje je tudi, v koliko zaradi svoječasnega hudega obsojanja samomora v katoliškem svetu in osramotitve, ki jo je bil deležen potem pokojnik (okrnjen cerkevni ritual ob pokopu) niso ostali in še vedno ne ostajajo tam samomorilna dejanja kot takšna v večjem številu prikrita. Vendar so tudi danes avtorji, ki bodisi bolj široko pojmovani ali pa ože koncipirani religioznosti v profilaksi samomora dajejo dokajšno težo. Med te avtorje sodi tudi B e r n s p a n g ^{13, 14}, protestantski duhovnik, ki iz svoje dolgoletne prakse s suicidalnimi osebami ugotavlja, da v sodobnem "dekristjaniziranem" svetu marsikdo trpi zaradi potla-

čene religioznosti, kot so v Freudovih časih mnogi prihajali v stisko zaradi potlačene seksualnosti. Tu si dovolim citirati iz svojega odgovora na članek Z a l o k a r j a ¹⁹⁹, ki namenja vprašanje religioznega prebujenja kot profikaltičnega ukrepa pri takih in podobnih družbeno patoloških pojavih.

"Ta vaš pogled na preprečevanje samomora, kot veste, v medicinskih krogih ni osamljen. V Veliki Britaniji je n.pr. že dolga leta zelo uspešen dejavnik v zajemanju in vodenju suicidalnih oseb mreža centrov za preprečevanje samomora, ki jih vodijo "samaritani", laiki-prostovoljci, med katerimi je velik del duhovnikov. Ti centri imajo vsekakor svoje psihiatre-konzultante. Idejni vodja te organizacije, č.g. Chad Varah, duhovnik anglikanske cerkve, pa po 16-letnih izkušnjah na tem področju pravi: "Dokazovati ogroženemu nesmiselnost samomora ima le malo koristi. Le tistega, ki trdno veruje v Boga, bo nemara pred dejanjem zadržal strah, da bi grešil. Komaj pa je lahko za suicidalnega resna ovira pred dejanjem očitok, češ družbo boš užalil, če to storiš - saj jih veliko izmed njih doživlja, da jih je družba pustila na cedilu. Kar tu velja, je le argumentum ad hominem: Ali veš, zakaj se sedaj ne boš sam končal? Zato, ker sem postal, ko si bil v stiski, tvoj prijatelj in bi mi bilo hudo, če bi umrl. - Človeka, ki naj to iskreno izreče do kraja obupani osebi, ne gre iskati le v enem, določenem delu človeštva. Samaritane boš našel med kristjani vseh veroizpovedi, judi, parsi, mohamedanci, hindujci, budisti, agnostiki in humanisti, in imajo toliko skupnega, da jih stvari, po katerih se razlikujejo, ne razdvajajo." Duhovnik Erik Bernspang pa iz svojih izkušenj s samomorilnimi osebami govori

takole: "Med njimi ... se najdejo vedno znova ljudje, ki jih pravzaprav ne muči nič drugega kot silna želja po človeškem stiku. Njihov glavni problem je osamljenost; ni pa tablet, ki bi lahko nadomestile kot zdravilo človeški stik." Naj navedem še dolgoletnega predsednika Mednarodne zveze za preprečevanje samomora, dunajskega psihiatra prof. dr. Erwina Ringla: "Delo centrov za preprečevanje samomora naj bo organizirano po načelih skupinskega sodelovanja med psihiatri, psihoterapevti, psihologi, socialnimi delavci, juristi in duhovniki ... Končno še beseda o dolžnostih duhovnika v tem teamu. Napak bi bilo misliti, da bi bilo mogoče praktično izvajati preprečevanje samomora s a m o na religiozni osnovi. Brez strokovne usmerjenosti, se pravi brez sodelovanja v omenjenem teamu in brez upoštevanja znanstvenih psihiatričnih in psiholoških dognanj, ni mogoče ustvariti zadovoljive profilakse samomora. Po drugi plati pa naj bi v okviru takšnega teama tudi duhovnik ne manjkal. Vedno znova postavljajo osebe, ogrožene v smeri samomora, vprašanja, ki segajo na področje religije in je zato samo po sebi umevno vprašajočemu - če si tega želi - dati možnost, da dobi odgovor od nekoga, ki je edini poklican dajati o tem pojasnila: duhovnika. - Odnos med religijo in preprečevanjem samomora je še vedno obremenjen s številnimi nesporazumi. Nedvomno more zelo na splošno religija zavirati samomorilnost na dva načina: 1) s tem, da pomaga človeku pri iskanju smisla njegovega bivanja, in 2) če uči (kar velja zlasti za krščanske religije), da ni človek, temveč le Bog gospodar nad življenjem in smrtjo. Po drugi plati pa se zdi neprimerno zavoljo tega religijo preprosto predstavljati kot nekakšen, medikament proti samomorilni ogroženosti', ali pa

iz statističnih raziskav dokazovati posebno učinkovitost kakke religije ..." - In še to, kar pravi o podajanju religioznih vrednot samomorilno ogroženemu: "Kot je vse v našem delu treba smotrno graditi, tako je tudi pri obravnavanju samomorilno ogroženih. Z vzpostavitvijo duševnega ravnovesja je treba najprej sploh ustvariti razpoloženje za sprejemanje filozofske, metafizične, oziroma religiozne tematike (sicer bi se s svetovnonazorsko usmerjenimi diskusijami utegnili izgubiti v brezbrežje nepristne problematike)."

Medicina, zlasti psihiatrija, je najbolj poklicana organizirati zajemanje in vodenje teh oseb ter raziskovanje samomorilnosti kot družbeno patološkega pojava. Pri tem pa naj bi bila odprta do vseh ved in strok, ki utegnejo kaj prispevati k razumevanju tega pojava, in ne bi nam smelo biti žal nobenega ukrepa, ki more človeka odvrniti od samomorilnih namenov. Marksikje se je pokazalo, da mreža centrov, ki po telefonu in z osebnimi stiki skušajo pomagati ogroženim in v kateri imajo ponekod dekaj pomembno vlogo duhovniki, lahko učinkovito zavre širjenje samomorilnosti. Vendar je zame vprašanje, kaj tu bolj in večkrat učinkuje: podajanje religioznih naukov, ali večja pripravljenost in zmožnost tistih, ki v teh centrih delujejo, da ljudem, ki so osamljeni in obupujejo, dajejo veliko čustvene topline in občutje varnosti. Vedeti moramo, da človek v čustveni stiski, nevrotični človek v konfliktni situaciji, še tako lepih življenjskih vodil praviloma ni zmožen sprejemati in da tudi po samem prepričevanju ne more menjati svojih utrjenih, pa zanj in za okolico neugodnih, pač nevrotičnih vzorcev doživljanja in ravnanja. Tu, pri "vzpostavljanju duševnega

ravnovesja", seveda ne moremo in ne smemo zatajiti ali pozabiti tega, kar medicina že ima v rokah, namreč raznih zdravil, ki človeku lajšajo tesnobo in obup, in psihoterapevtskih prijemov v njihovih individualnih in skupinskih oblikah.

Ko se vsak dan srečavam z osebami, ki mislijo na to, ali kažejo namen, da bi si skrajšale življenje, in ki kaj takega tudi bolj ali manj resno poskušajo, neredkoma lahko opazim, kako nerazčiščeno je pri tem njihovo razmerje do smrti. Potem mi pride na misel, da bi jim utegnulo koristiti nekaj modrosti, ki jo n.pr. obeta tibetanska "Knjiga o umetnosti umiranja": "Proti svoji volji umre, kdor se umreti ni naučil. Nauči se umreti, pa se boš naučil živeti, kajti nihče se ne bo naučil živeti, kdor se ni naučil umreti. - Pot vseh poti je tista, ki človeka nauči umiranja", ali pa tiste v Glastrovih besedah: "Nase mora vzeti človek svoje slovo od sveta, kot svoj prihod; zrel biti - to je vse". Zelo meglen pa je često tudi njihov odnos do življenja in bi jim nekaterim privoščil, da bi ujeli smisel besedi Romaina Rollanda: "Le tisti v resnici živi, ki živi v vseh in v vsem. Trenutki našega resničnega življenja so le tisti, ki jih živimo v drugih, v vsem bivajočem".

Ali je to religija, oziroma ali nas le religija lahko nauči sprejeti smrt in živeti "v drugih", tega ne vem. Tu sem amater in se bojim te svoje neizdelane nazore ponujati drugim, ker ne vem, ali ne bi taki nauki pri njih povzročili kakega paradoksnega učinka.

Ali bi - misleč na one, ki bi jim po vtisu religiozne spodbude utegnile vrniti voljo do življenja - pritegnil v delo s

suicidalnimi osebami duhovnika, ki kaže pripravljenost in veselje za to delo? Bi, vendar ne vsakega. Zanimal bi se za to, kako gleda na pojav samomorilnosti, kateri motivi ga vabijo v to, da bi tako ogroženim osebam pomagal in še posebej - ne toliko, katera je njegova uradna veroizpoved, kot pa - kakšna je tista njegova intimna religija, ki bi jo človeku lahko ponudil.

Če je res docela jasno, kaj je religioznost, pa gotovo ni to, kakšne sile so na delu, ko naj le-ta rešuje ljudi suicidalnih nagibov in jih spreobrača k potrjevanju in sprejemanju življenjske realnosti. Menim, da zadevni mehanizmi sploh niso raziskani in ne vemo ničesar n.pr. o manifestacijah transference in kontratransference v paru : suicidalna oseba - duhovnik. Ne morem si misliti, da bi bilo učinkovito poznavanje dogem, ki jih posredujejo katekizmi raznih veroizpovedi. Religija (v onem smislu, ki zajema elemente vseh veroizpovedi in tudi takoimenovane "vzhodne modrosti") je bržkone učinkovita, če - tako kot globinska psihoterapija - pomaga obnavljati človeku potrpane komunikacije s svojim bogatim izvenzavestnim svetom (F r o m m ⁵⁵, B i t t e r ¹⁵). Vendar pa vse to čaka še treznih raziskovalcev.

Metode raziskovanja samomora postajajo učinkovitejše, kot kaže, kolikor bolj upoštevajo storilčevo osebnost v dinamični povezavi z okoljem. Tendenca je, da bi v raziskovanje tega pojava vnesli še več metod, ki so nam znane iz klinične prakse ob nevrotičnih in podobnih motnjah. Tako se postavlja potreba po p s i h o a n a l i t s k e m i n t e r v j u j u celo v primerih, ko se je doslej opravljala običajna sociološka

anketa po določenem obrazcu. H e n d i n ⁶⁷ in sodelavci, ki prihajajo s tem predlogom pravijo: "Podatki, ki jih odkrivamo v običajni intervjujski tehniki, pa čeprav je intervju vodil izkušen raziskovalec, imajo le omejeno veljavo in nas utegnejo zavesti. Odgovori na tako postavljena vprašanja navadno odražajo le to, kar subjekt želi čutiti (do raziskovanega problema), misli da čuti, oziroma domneva, da drugi pričakujejo od njega takšen odnos do stvari. Kajti večine dinamično pomembnih silnic, ki dejansko oblikujejo njegovo ravnanje, si človek ni svest." Prav o teh izvenzavestnih motivih si moramo biti na čistem, če želimo dojeti razne posebne družbene pojave - in med njimi tudi samomor.

Ob številnih še odprtih teoretskih vprašanjih suicidologije ne smemo pozabiti neposrednih nalog preventive samomora. "Naša stremeljenja ne teže toliko za kakim spektakularnim znižanjem koeficientov samomora, temveč želimo v prvi vrsti pomagati slehernemu, ki je ogrožen v smeri samomora; želimo mu biti v oporo na poti k ostvaritvi svoje osebnosti, namesto da bi bil prepuščen sam sebi, ko polzi v propad," je rekel R i n g e l ¹³⁹ 1969. na V. mednarodni konferenci za preprečevanje samomora, torej zboru IASP (International Association for Suicide Prevention), 1961. leta osnovanega strokovnega združenja, ki naj koordinira in pospešuje prizadevanja suicidologov vsega sveta.

P o v z e t e k I.

Če skušamo v kratkem zajeti jedro sodobnega pojmovanja samomorilnosti in njene etiopatogeneze, ugotovimo sledeče:

- 1) Samomor je mogoče obravnavati bodisi kot družbeno patološki pojav, bodisi kot psihopatološki fenomen, ki zadeva posamezno osebo. Plastično podobo samomorilnega vedenja pa dobimo šele tedaj, ko se povzpne do sinteze prvega populacijskega, navadno (mogoče ne docela adekvatno) izmenovanega "sociološkega" aspekta, z drugim - individualnim, kliničnim.
- 2) Populacijske študije samomorilnosti so nam n.pr. posredovale spoznanje, da se gostota samomorov v prebivalstvu ravna po sledečih faktorjih oz. okoliščinah:
 - a) spolu: samomorov je med moškimi bistveno več, kot med ženskami;
 - b) starosti: število samomorov je med starejšimi osebami večje, kot med mlajšimi;
 - c) zakonskemu stanu: več je samomorov med osebami, ki niso poročene in nimajo otrok;
 - č) bivališču oziroma krajevemu poreklu: ljudstva, bivajoča na določenih ozemljih (katerih meje se pa ne pokrivajo z državnimi, niti ne docela z nacionalnimi), so s samomorom konstantno ali vsaj skozi dolga obdobja bolj obremenjena, kot ta bivajoča drugod;
 - d) vojnemu stanju in drugačnih, n.pr. političnih in ekonomskih kriz: v vojni je samomorov manj, v času ekonomskih kriz pa več;
 - e) letni dobi: v pozni spomladi in v zgodnjem poletju je samomorov največ.

Problematične so druge tovrstne ugotovitve n.pr. o odvisnosti frekvence samomora od poklica, rase, verske pripadnosti, stopnje urbanizacije in podobne.

3) Psihološke, psihoanalitske, psihiatrične, torej klinične študije samomora pa građe na poglobljenem intervjuju posameznih oseb, izhajajo iz osebnosti človeka, ki si je vzel življenje in nam predstavljajo one psihične sile in mehanizme, ki nam omogočajo razumeti samomorilno ravnanje v konkretnem primeru, dopuščajo pa tudi bolj ali manj verjetne domneve o psihodinamiki samomora na splošno. Plod teh kliničnih študij samomora so zlasti tele ugotovitve:

a) Samomora ne smemo smatrati pretežno kot odraz očitne duševne bolezni, temveč je to le v kakih 20 - 30 odstotkih vseh primerov samomora.

b) Spet pa ne smemo videti v samomoru le neposredne reakcije na neko aktualno psihično obremenitev ali travmo, temveč ima ta le-ti največkrat samo vlogo sprožilnega faktorja in ima po pravilu v etiopatogenetskem pogledu večjo težo disponiranost, pripravljenost za samomorilno reagiranje, ki se razvije pod vtisom psihohigiensko neugodnih okoliščin v teku dolgotrajnega procesa z začetkom že v samem razvojnem obdobju, takrat pač, ko se oblikuje človekova osebnost. Zaradi tega nobena resna študija samomora ne sme opustiti osvetlitve tega obdobja zgodovine raziskovanih oseb. Formiranje takšne pripravljenosti in ves nadaljnji proces do usodnega dejanja najbolje dojamemo, če se opremo na izkušnje iz študija nevroz, ki so nam razodele pomembnost psihodinamičnega pojmovanja človekove osebnosti z upoštevanjem izvenzavestnih motivov našega ravnanja. Raziskovanje samomora s psihodinamskih vidikov nam odpira širne perspektive, čeprav bi mogoče utegnil nekdo ugotovitvam te smeri očitati, da jim manjka zadostne objektivnosti. Nedvomno pa so prav klinične študije samomora omogočile dosti

subtilnejše razumevanje etiopatogeneze samomora v razliko od globalnih ocen, ki jih morejo v tej smeri posredovati široke študije na obsežnih populacijah.

c) Ena od pomembnih ugotovitev kliničnih raziskav samomora je ta o antinomičnosti samomorilnega vedenja, se pravi o pojavu (- razumeti ga moremo le, če sprejmemo osnovna načela psihoanalitskega nauka), da večinoma silita na izvenzavestni ravni človeka v samomorilno ravnanje hkrati dve težnji, ki sta na zavestni racionalni, logični ravni nezdružljivi in celo antagonistični: težnja končati si življenje in želja izzvati simpatijo okolice in si s tem izboljšati družbeni status (t.im. "apel-funkcija" samomora). Ta značilnost samomorilnega vedenja, namreč njegova ambitendentnost, ki sicer izven kroga psihodinamsko orientiranih suicidologov, razumljivo, še ni mogla pognati korenin, nam pojasni marsikatero doslej nepojmljive posebnosti samomora, n.pr. mnoge ilogičnosti v samomorilnem ravnanju in zlasti še fenomen samomorilnega poskusa.

č) Prav klinične raziskave samomorilnega ravnanja so pokazale na to, da je statistično obravnavanje samomorilnega vedenja v njegovi fatalni obliki (uspeli samomor) in onega, ki ostane nedokončano (samomorilni poskus), z istimi merili, torej kot homogene populacije, nedopustno. Statistično je pri osebah, ki s samomorom končajo, primarno dominantna težnja v smrt; pri onih, ki ostanejo samo pri samomorilnem poskusu pa "apel" - to pa v tolikšni meri, da se populaciji obojih oseb očitno ločita: Osebe, ki samomor le poskusijo, so pretežno ženske in mlajši ljudje; provokativni faktorji njihovega samomorilnega ravnanja so pretežno erotičnega karakterja in na-

čini, s katerimi nakazujejo samomorilni namen, so primarno blažji, kot velja to za uspele samomore. Te ločitve obeh samomorilnih populacij pa spet ne smemo pojmovati pretogo in se moramo zavedati, da se prekrivata, saj je znano, kako pogosto- ma imajo osebe, ki s samomorom končajo, za seboj po en ali več samomorilnih poskusov.

d) Klinične študije samomora se opozorile na pomembno vlogo, ki jo ima v samomorilnem procesu alkoholizem.

e) Klinične raziskave samomorilnega vedenja so tudi ustvarile osnovo preventive samomora.

Zadnji čas smo priča zlivanju prizadevanj obeh smeri v raziskovanju samomora: sociološke in klinične. Na eni strani se sociološka smer oplaja z izkušnjami klinične in skušajo nekateri raziskovalci aplicirati dinamično psihološke mehanizme, razodevajoče se pri delu s posameznikom, tudi na družbene skupine. Na drugi strani pa velika zmogljivost računskih strojev omogoča statistično vrednotenje tudi večjih grup samomorilnih oseb, ki so bile obdelane s subtilnimi analitskimi metodami. Ne smemo vendar računati s tem, da bi se obe poti docela zlili. Klinična metoda pač slejkoprej sloni večidel na notranji evidentnosti individualnih primerov, ki jih je mogoče dojeti v zadostni meri le, če nam uspe ustvariti si podobo osebnosti subjekta in njegove zapletene povezave z družbenim okoljem. Osvetlen kot osebnost v svojem okolju je pa vsak primer enkrat in poskus razkosati ga na elemente, ki bi jih bilo mogoče ob upoštevanju običajnih kriterijev "objektivnosti" zbrati in primerjati v množici primerov, predstavlja vselej nevarnost, da oropamo primer prav onih karakteristik, ki so nam ga v individualni obravnavi napravile razumljivega v vsej njegovi zapleteni dinamiki.

II. DOMAČE ŠTUDIJE O SAMOMORIH

1) Jugoslavija

Kot izhodišče je vsekakor najbolje vzeti študijo V. M i l i ć a ¹¹⁵, Samoubistva u Jugoslaviji.

Ta študija zajema leta 1950 do 1957. Njene glavne ugotovitve so sledeče:

V absolutnih številkah je variiral samomor v Jugoslaviji v omenjenih letih med 1850 do 2000 primerov letno, izražen s koeficientom samomora pa med 8,8 do 11,2, se pravi povprečno za vse omenjeno obdobje 10,3. S tem koeficientom je zavzemala Jugoslavija tedaj med drugimi deželami nekako srednji položaj, blizu ZDA, ali Anglije z Walesom. M i l i ć ugotavlja lahen porast suicida v Jugoslaviji od 1954. leta dalje. Ta koeficient za Jugoslavijo se tudi ne odmika bistveno od predvojnih: 1937. leta 11,8, 1938 10,7.

Zelo pa vzbujajo pozornost teritorialne razlike glede pogostnosti suicida v posameznih republikah. Pogled na tabelo 1, ki predstavlja povprečno številke za obdobje 1950 do 1957 po republikah nam pokaže problem:

| Leto | Jugo- slavija | Srbija | Kosmet | Hrvat- ska | Slove- nija | BiH | Makedo- nija | Črna gora |
|---------------|------------------|--------|--------|---------------|----------------|-----|-----------------|--------------|
| 1950- 1957 | 10,3 | 10,9 | 3,2 | 12,1 | 20,4 | 4,8 | 2,7 | 11,6 |

Gre zlasti za izredno visoki koeficient Slovenije pa zelo nizki Makedonije in Kosmeta. V okviru Srbije izstopa Vojvodina s koefi-

cientom 19,0. Koeficienta Slovenije in Vojvodine sodita po M i l i é u v skupino najvišjih koeficientov v Evropi, pa tudi na svetu. V letih 1954 in 1957 je imela v Evropi le Vzhodna Nemčija višji koeficient samomora. Zanimivo je, da je imela Avstrija kot soseda Sloveniji isti koeficient in da so tudi okrožja, ki meje na Madžarsko, imela tej državi sorodne koeficiente.

Po spolu so bili suicidi v Jugoslaviji v tem obdobju razdeljeni v skladu s splošno zakonitostjo, tako da so moški prevladovali in sicer v razmerju 1,9 proti 1. Po posameznih republikah - izraženo v specifičnih koeficientih samomora, kot sledi iz tabele 2.

| | Jugo- slavija | Srbi- ja | Ožja Srbija | Vojvo- dina | Kosmet | Hrvat- ska | Slove- nija | BiH | Make- doni- ja | Črna gora |
|---|------------------|-------------|----------------|----------------|--------|---------------|----------------|-----|----------------------|--------------|
| m | 14,3 | 14,2 | 11,3 | 27,2 | 4,0 | 17,3 | 33,4 | 6,2 | 3,7 | 10,9 |
| ž | 6,7 | 7,7 | 7,4 | 11,8 | 2,4 | 7,4 | 9,2 | 3,5 | 11,6 | 12,3 |

(leta 1950 - 1957)

Pri tem pada v oči, da je razmerje med moškimi in ženskami v istem smislu še izrazitejše za Slovenije, Hrvatsko in Vojvodino (Sl.: 3,6 : 1, Hr.: 2,3 : 1, Vo.: 2,3 : 1). Črna gora pa kaže obrnjeno razmerje 1 : 1,1.

Zaradi pomembnosti za morebitne kasnejše primerjave je važna tudi tabela 3, ki kaže porazdelitev suicidev po starosti in spolu iz M i l i é e v e g a dela.

Starostne skupine:

| | | Skupno | 15-19 | 20-24 | 25-44 | 45-64 | nad 65 |
|-------------|---|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Jugoslavija | m | 14,8 | 7,5 | 13,5 | 16,8 | 34,2 | 43,4 |
| | ž | 10,9 | 8,3 | 10,6 | 8,2 | 11,5 | 14,0 |
| Slovenija | m | 37,1 | 22,3 | 34,9 | 49,1 | 71,1 | 69,4 |
| | ž | 9,6 | 9,4 | 10,7 | 13,0 | 15,0 | 11,4 |

(leta 1955 do 1957)

Razmere glede stanu suicidalnih oseb v letu 1953 so bile po M i l i ó u kot sledi:

Starostne skupine

| | | Skupno | 15-19 | 20-24 | 25-44 | 45-64 | nad 65 |
|-------------|--------------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Jugoslavija | samski (e) | 15,0 | 8,4 | 14,5 | 24,2 | 37,3 | 37,5 |
| | poročeni (e) | 13,2 | 3,7 | 7,1 | 10,3 | 18,9 | 21,3 |
| Slovenija | samski (e) | 30,7 | 12,3 | 37,4 | 38,3 | 41,5 | 61,1 |
| | poročeni (e) | 24,7 | - | 3,4 | 19,2 | 35,9 | 21,1 |

(leto 1953)

Tudi tu se kaže protektivna vloga zakona.

Pogostnost samomora glede na urbanizacijo področja se ujema z ustreznimi podatki drugod po svetu.

| | Ožja Srbija | Vojvo- đina | Kosmet | Hrvat- ska | Slove- nija | BiH | Makedo- nija | Črna gora |
|-------------------|----------------|----------------|--------|---------------|----------------|------|-----------------|--------------|
| Mesta | 14,1 | 25,8 | 6,1 | 19,3 | 24,1 | 10,5 | 5,3 | 12,0 |
| Ostala naselja | 8,3 | 15,6 | 2,2 | 9,2 | 20,0 | 4,1 | 2,0 | 12,9 |

(leto 1953)

Majhno številčno diferenco med številom suikidov v mestih in ostalih naseljih v Sloveniji razlaga M i l i ć kot odraz tega, da so tudi razni poklici nekmeškega karakterja tu najbolj enakomerno razsejani in v tem pogledu ni takih razlik med mestom in ostalimi naselji. Pušča pa na sploh odprto možnost, da tipične razlike tu utegne povzročati tudi sama družbena situacija v mestu in na vasi.

Po M i l i ć e v i h ugotovitvah ni najti izrazite zveze med osnovnimi poklicnimi skupinami in številom suikidov. Številke varirajo blizu okoli ustreznega republiškega oziroma zveznega koeficienta.

M i l i ć je preiskoval tudi pogostnost suicida glede na nacionalnost in je ugotovil, da se koeficient ravna pretežno po geografskih okrožjih, ne pa po nacionalni pripadnosti. Res pa je pri tem pazil, da je iz raziskave izločil novo naseljene osebe drugih nacionalnosti, da se ne bi vmešal negativni vpliv migracije.

M i l i ć je želel ob domačem materialu preveriti tudi veljavnost zgoraj omenjene H e n r y - S h o r t o v e ⁷⁰ teorije, po kateri naj bi bilo samomora več v višjih družbenih slojih. Razčlenil je prebivalstvo po načelih, ki naj bi ustrezali stra-

tifikaciji pri nas in našel za leto 1953 sledeče:

| Kmetje | Nekvalif. delavci | Ostali delavci | Privatni obrtniki | Trgov. osebje | Uslužbenci | Strokovnjaki | Vodilno osebje |
|--------|-------------------|----------------|-------------------|---------------|------------|--------------|----------------|
| 8,4 | 8,4 | 10,9 | 13,3 | 11,5 | 12,5 | 12,4 | 7,1 |

(po M i l i ć u)

Ugotovitve pri nas le deloma potrjujejo H e n r y - S h o r t o v o hipotezo. Nizki koeficient za vodilne kadre izpodkopuje hipotezo. M i l i ć meni, da disponiranost za suicid ni toliko odvisna od mesta v družbeni stratifikaciji, kot pa od vsebine družbene vloge, ki je človeku naložena: tudi med nekvalificiranimi delavci so n.pr. poklici, ki so v smeri suicida zelo ogroženi, n.pr. gospodinjske pomočnice; med kvalificiranimi pa gostinsko osebje. Med uslužbenci izstopa osebje zaščite, med strokovnjaki zdravstveno osebje.

M i l i ć meni, da ni našel ustrezne razlage za opisane regionalne razlike v pogostnosti suicida. Meni, da je treba s tem namenom proučevati pogostnost in konkretne oblike tistih konfliktnih družbenih situacij, ki najpogosteje in najhuje socialno in psihološko frustrirajo osebnost in vzbujajo agresivnost, po drugi plati pa tudi načine, s katerimi družba v raznih kulturnih območjih to agresivnost duši in utesnjuje, diluiraa ali pa zasuje proti individuu samemu. Pomembne bi bile, pravi M i l i ć, v ta namen študije medosebnih odnosov na raznih družbenih področjih. Zelo pomembno se mu vidi tudi to, da se suicidalno vedenje - tako uspeli suicid, kot suicidalni poskus - proučuje v najtesnejši zvezi z drugimi oblikami socialne patologije. To pa spet terja veliko sodelovanja med sociologi, psihiatri, kri-

minologi in socialnimi delavci.

Ostale študije suicida v Jugoslaviji so bolj lokalnega karakterja, se nanašajo na suicidalnost v posameznih republikah ter obravnavajo problem z dokaj diferentnih gledišč. Navajam jih le nekaj in kot prvo delo J. Š p a d i j e r - D ž i n i ć e v e: Samoubistva u Vojvodini (1959 - 1963) ⁶⁷.

Študijo lahko smatramo kot nadaljevanje in deloma tudi poglobitev zgoraj v povzetku podanega dela M i l i ć a. Pomembna ugotovitev avtorice je zlasti ta, da sta Slovenija in Vojvodina, ki v SFRJ v koeficientih samomora, kot znano, vodita (1963 : Slovenija - 27,8, Vojvodina - 24,0), "samo dela širšega pasu okrožij s podobnimi koeficienti samomora, ki se nahajajo izvečine severno od Save. Karakteristično je, da ta okrožja predstavljajo hkrati tudi obmejna področja z Avstrijo in Madžarsko in da je višina koeficientov v omenjenih okrožjih zelo blizu koeficientom v teh dveh državah." Torej očitno obstaja regija, ki gre prek raznih administrativno - političnih meja, državnih in znotraj - državnih. To ugotovitev bi vsekakor bilo potrebno imeti pred očmi pri nadaljnjih raziskovanjih družbenih vzrokov samomora pri nas. Do teh spoznanj je avtorica mogla priti le tako, da svoja raziskovanja ni omejila na globalno proučevanje podatkov za vso Vojvodino, temveč, da je ta teritorij obravnavala po občinah in potem kategorizirala občine glede na višino koeficientov samomora na štiri grupe: I. - s koeficientom 30,1 in več, II. - s koeficientom 20,1 - 30,0, III. - s koeficientom 10,1 do 20,0 in IV. s koeficientom do 10,0. Ob tem je tudi našla, da koeficienti variirajo od občine do občine v zelo velikem obsegu, namreč od 5,1 (Opovo) do 54,1 (Subotica). Občine Subotica, Kanjiža, Stara Moravica, Mali Idjoš in

Srbobran imajo tudi doslej najvišje ugotovljene koeficiente na svetu.

Avtorica je potem primerjala družbene karakteristike občin z višjimi in te z nižjimi koeficienti in ugotovila, da je v področjih z najvišjimi koeficienti v Vojvodini največ mestnih prebivalcev, Madžarov in staroselcev. V teh področjih je tudi koncentracija starih prebivalcev večja kot v ostalih vojvodinskih občinah. Kaže tudi, da je izobrazbeni ter kulturni nivo tu višji. - V nekaterih najbolj znanih splošnih zakonitostih, n.pr., da je med samomorilci več moških kot žensk, da samomor številčno z leti narašča, Vojvodina ne odstopa od drugih dežel. Med nacionalnimi skupinami je glede samomora najmočnejša madžarska, najslabotnejša pa srbska. - So pa druge posebnosti samomora v Vojvodini, ki se s sicer splošno veljavnimi zakonitostmi ne ujemajo: samomor tu ne raste z nivojem izobrazbe; kmetje so krepko zastopani med suicidalnimi osebami, in (prav obratno, kot sicer v svetu) je samomora najmanj prav v najvišjih družbenih plasteh.

Avtorica meni, da bi v nadaljnjem študiju samomora bilo potrebno posvetiti veliko pozornosti migraciji. Zavzema se za intenzivno interdisciplinarno raziskavo (s socioloških, psiholoških in psihiatričnih vidikov) manjše grupe oseb, ki so v samomoru uspeli, grupe oseb, ki so samomor poskušale in kontrolne grupe, pri čemer naj bi se upoštevale osebnostne značilnosti ter biografski podatki subjektov.

Navajam še nekatera pomembnejša dela o suicidu iz drugih območij Jugoslavije:

M. Č u k ³³ - V članku: Samoubistva i pokušaji samoubistva iz Riječkog područja u svijetlu nekih općih i lokalnih podataka, ugotavlja, da je suicid v omenjenem području v letih 1959 do 1961 sicer upadel od koeficienta 23, 38, preko 20,6 do 19,9, je pa še vedno bistveno nad koeficientom Jugoslavije in Hrvatske. Druge karakteristike samomora v reškem području pa se ujemajo s temi industrijsko in ekonomsko bolj razvitih dežel. Po Č u k u je v tem području število suicidalnih poskusov približno enako številu uspelih suicidov, čeprav avtor dopušča, da vsi poskusi niso bili odkriti. Pri suicidalnih poskusih najde tipično razmerje med spoli, namreč, da ženske prevladujejo (m. : ž. je 1 : 2,6), obratno kot pri uspelih suicidih (n. : ž. je 2,7 : 1). Sicer pa, da po vtisu ni bistvenih razlik v karakteristikah oseb iz oseb skupin - uspelih in poskušanih suicidov. Na osnovi takih ugotovitev smatra Č u k za potrebno, da bi primere suicidalnih poskusov bilo treba obravnavati z večjo resnostjo.

Članek P r o h i ć a in E n i m o v i ć a ¹³⁰: Samoubistva u SR BiH 1956 do 1963, podaja dokaj zaštevni številčni podatkov za BiH. V omenjenem obdobju so registrirali v BiH 1969 uspelih samomorov in 377 poskusov. Opazna je tendenca naraščanja števila samomorov. Poskusi so pri ženskah pogostejši kot pri moških, obratno je pri uspelih samomorih. Moški primarno izbirajo hujša sredstva. Pri moških je najpogostejši način obešanje, pri ženskah utopitev. Posebnost je v BiH ta, da so samomori na vasi pogostejši kot v mestu. Najštevilnejše so gospodinje, slede kmetje, delavci, uslužbenci, študenti in dijaki, itd. Maksimum doseže število samomorov v tretjem deceniju. Najmlajši samomorilec je imel 13 let. Pred uspelim samomorom je že

166 oseb samomor poskušalo. Med vzroki naštevata avtorja po pogostnosti sledeče: duševne bolezni, zakonska nesoglasja, nesrečna ljubezen, storjena kazniva dejanja, telesne bolezni.

M i š i ć, R a j s, P a n đ u r o v i ć ¹⁰⁶: Samoubistvo kod maloljetnih. Avtorji so obdelali primere samomorov oseb pred zaključenim 18. letom starosti, registriranih na inštitutu za sodno medicino v Beogradu, v letih 1953 do 1962, vsega 45 primerov. Od tega je bilo 34 (75,5 %) ženskega in 11 (24,5 %) moškega spola. Avtorji ugotavljajo na splošno upadanje števila suicidov pri mladoletnikih. 16 je bilo učencev osemletke, 7 dijakov srednje šole, 3 gospodinjske pomočnice, 2 uslužbenca, 1 prodajalec, 1 delavec, 1 kmet, 9 gospodinj, 3 neznanega poklica. Socialno poreklo: pri 19 so bili starši kmetje, 12 - delavci, 4 - obrtniki, 7 - uslužbenci, 3 - visoki intelektualci na odgovornih družbenih položajih. V 22 primerih (57,7 %) je bila družinska situacija motena zaradi razveze ali izgube staršev, nezakonskega porekla in pod. motenj. Avtorji ugotavljajo pri dveh tretjinah svojih primerov "suicidogeno dispozicijo" (po M i l l a n o v i ć u ¹¹⁶). Pri 8 so kot morebitni "endogani motiv" našli telesno bolezen in pri 29 (64,4 %) primerih "eksogene" motive, pretežno čustvene in moralne narave (rodbinski prepiri, nesrečna ljubezen, strah zaradi slabih ocen, užaljenost zaradi nerazumevanja, osramočenost, nezakonska nosečnost itd.). Ekonomski motiv je manj pomemben (11,1 %). V svojem materialu so avtorji našli zanimiv odstop od tipične razdelitve samomorilcev po spolu: ženske so tu prevladovala nad moškimi v sorazmerju 3 : 1.

B. S v e ć e n s k i s sodelavci ^{178, 179}: Iz problematike suicida u J.N.A. (1967). Študija se naslanja na manjši vzorec

suicidantov, ki je pa metodološko izredno skrbno obdelan. Avtor posebno poglobljeno, naslanjajoč se v glavnem na poglede E. Ringla v njegovi monografiji "Der Selbstmord", obravnava dinamiko suicidalnega dejanja. Novina je pojem "suicidalne bolezni", ki ga postavlja na mesto Ringlovega "presuicidalnega sindroma". Študija je torej dinamično psihiatrično orientirana.

Ista skupina raziskovalcev je v letu 1968 tudi obdelala temo "Iz problematike pokušaja suicida v JNA", ki v bistvu potrjujejo v teoretičnem delu navedene teme o etiopatogenezi suicidalnega vedenja. V zaključkih povzema S v e ó e n s k i med drugim: "Rezultati našega raziskovanja so nedvomno pokazali, da imajo osebe iz skupine onih, ki so poskušali samomor zelo specifično razvojno dinamiko. Gre v največji meri za osebnosti iz neharmoničnih in nekompletnih družin, ki so zaradi specifičnih frustracij, vznikajočih v družinskem pa tudi širšem socialnem okolju, razvile neprilagojene oblike vedenja, v prvi vrsti asocialnega in antisocialnega karakterja. Takšna razvojna dinamika je privedla do tega, da se skupina suicidalnih poskusov v mnogih aspektih razlikuje tako od skupine oseb, ki so v suicidalnem ravnanju uspeli, kot tudi onih iz kontrolne skupine." Za našo raziskavo utegne biti zanimiva ugotovitev, ki zadeva nacionalno pripadnost oseb te skupine: "Pogostnost samomorilnih poskusov je v glavnem enakomerno razdeljena med pripadnike posameznih nacionalnih skupin. Manjše razlike, ki jih ugotavljamo med posameznimi nacionalnimi skupinami bi lahko prej pripisali regionalnemu kot pa nacionalnemu faktorju." - Iz teoretskega dela te študije navajam še tipologijo suicidalnega reagiranja po V e l j k o v i ć u (1964). Po omenjenem avtor-

ju pride do samomorilnega akta v glavnem po treh psihodinamskih vzorcih. Suicidalno dejanje lahko predstavlja:

1) klic na pomoč (mehanizem "apel"). Tu je samomorilno dejanje pogostoma prošnja, rotnje, naslovljeno na posameznika, skupino ali družbo v celoti. Predstavlja poziv naj bi se vnovič vzpostavile razdrte ali prekinjene medosebne vezi, naj bi bil prizadeti spet deležen ljubezni, naj bi mu bilo naklonjeno ustrezno mesto v družbi in podobno;

2) agresijo (mehanizem "agresija"), ki nastopa tu kot invertirani nagon po samoobranitvi ali retrofleksirani uboj, kot izraz težnje po kaznovanju, dominaciji, izsiljevanju družbenega okolja ali posameznikov;

3) Beg (mehanizem "beg"). Suicidalno dejanje predstavlja tu življenjsko kapitulacijo, prenehanje slehernega odpora, demobilizacijo vitalnih sil pod pritiskom bolečih in za osebnost neznosnih situacij in travm.

V svoji neobjavljeni disertaciji: "Samoubistvo u Vojvodini sa posebnim osvrtom na odnos samoubistva i alkoholizma" (1967) ugotavlja B. K a p a m a đ ž i j a ⁷⁶ po obstoječi dokumentaciji U J V iz let 1960 do 1965 od 2281 primerih samomora na področju Vojvodine, da je šlo pri teh osebah v 31,6 % za alkoholike. Avtor meni, da alkoholizem vendarle ni edini vzrok tolikšne pogostnosti samomorov v Vojvodini. Je pa več razlogov zaradi katerih so alkoholiki za samomor bolj disponirani. N.pr. je to pogosten podatek o neugodnih razmerah, v katerih doživljajo te osebe svojo mladost, nadalje česta depresivna stanja pri alkoholikih in končno pogoste opitosti, ki reducirajo samokontrolo in tako odpirajo pot impulzivnim samouničevalnim vzgibom.

L a n g i n d r u g i ^{89, 90} ob lastnih pacientih govore 1966 in 1967 o pogostnosti samomorilnih tendenc pri alkoholikih in ugotavljajo, da so pri kroničnih alkoholikih registrirani poskusi samomorov v 20 - 26 %, alkoholiziranost pa da provocira dejanje v 33,2 %. Največkrat pride do dejanja v fazi otreznjevanja, pač ko je depresivnost najizrazitejša.

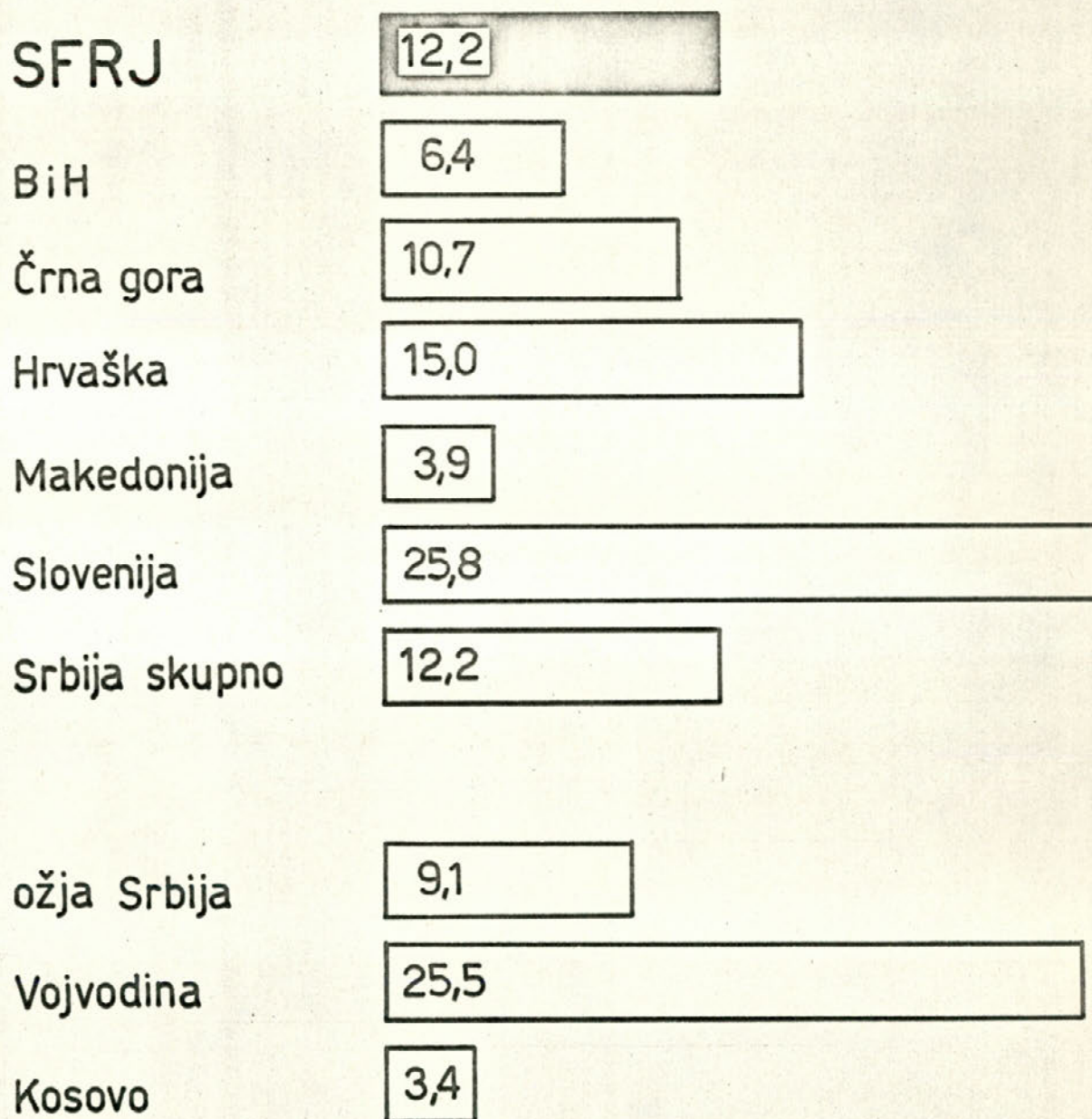
S i m i ć ¹⁹⁶⁴ in sodelavca poročajo o samomorih in samomorilnih poskusih na področjih Beograda 1967. leta. Koeficient samomora je bil 10. Samomorilnih poskusov so registrirali trikrat več. V 55 % je šlo za obešenje (1966). Tu omenimo še sestavek K a p a m a d ž i j e ⁷⁷, ki obravnava problem prisilne hospitalizacije suicidalnih oseb.

B o r š i č i n U g l e š i ć ¹⁹ sta podala 1968. leta zelo globalen pregled problematike samomora na področju Splita. Može je v študiji zlasti to, da so v kazuistiki obravnavani skupaj tako uspeli samomori kot poskusi.

Članek K a p a m a d ž i j e i n Š o v l j a n s k e g a: Patološka i psihopatološka ispitivanja u Vojvodini (1969). je v bistvu kratek povzetek disertacije prvega avtorja.

V prilogi je podan še izvleček podatkov iz zadnje publikacije "Statistični godišnjak 1968" ¹⁷⁷, ki vsebuje ustrezne podatke za leto 1966.

KOEFIČIENTI SAMOMORA za leto 1966



Statistični godišnjak 1968 (izvleček)

Število prebivalstva (izračunano) v letu 1966 (v tisočih)

| <u>SFRJ</u> | <u>BiH</u> | <u>ČG</u> | <u>Hr</u> | <u>Ma</u> | <u>Sl</u> | <u>Sk</u> | <u>Srbija</u> <u>ožja</u> | <u>Voj</u> | <u>KIM</u> |
|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------|------------|------------|
| 19735 | 3667 | 520 | 4312 | 1527 | 1663 | 3046 | 5016 | 1912 | 1118 |

Umrli skupno

L.1966

| | | | | | | | | | |
|--------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 159570 | 25138 | 3199 | 27941 | 12307 | 15248 | 65737 | 38581 | 16890 | 10266 |
|--------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

Umrli zaradi nezgod, samomorov in ubojev v 1966

Nezgode

| | <u>SFRJ</u> | <u>BiH</u> | <u>ČG</u> | <u>Hr</u> | <u>Ma</u> | <u>Sl</u> | <u>Sk</u> | <u>Srbija</u> <u>ožja</u> | <u>Voj</u> | <u>KIM</u> |
|--------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------|------------|------------|
| Skupaj | 6951 | 933 | 117 | 1963 | 416 | 1003 | 2519 | 1599 | 676 | 244 |
| m. | 5225 | 719 | 81 | 1438 | 327 | 751 | 1909 | 1204 | 522 | 183 |
| ž. | 1726 | 214 | 36 | 525 | 89 | 252 | 610 | 395 | 154 | 61 |

Samomori

| | | | | | | | | | | |
|---------|------|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|----|
| Skupaj | 2417 | 236 | 56 | 650 | 61 | 429 | 985 | 459 | 488 | 38 |
| m. | 1679 | 137 | 31 | 457 | 40 | 349 | 665 | 279 | 358 | 28 |
| ž. | 738 | 99 | 25 | 193 | 21 | 80 | 320 | 180 | 130 | 10 |
| pod 14 | 33 | 6 | - | 8 | 1 | 5 | 13 | 9 | 2 | 2 |
| 15 - 24 | 317 | 54 | 6 | 61 | 16 | 60 | 120 | 72 | 40 | 8 |
| 25 - 34 | 352 | 40 | 11 | 84 | 9 | 76 | 132 | 56 | 68 | 8 |
| 35 - 44 | 429 | 42 | 12 | 109 | 8 | 91 | 167 | 81 | 84 | 2 |

| | <u>SFRJ</u> | <u>BiH</u> | <u>ČG</u> | <u>Hr</u> | <u>Ma</u> | <u>Sl</u> | <u>Sk</u> | <u>Srbija</u> <u>ožja</u> | <u>Voj.</u> | <u>KiM</u> |
|--------------------------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------|-------------|------------|
| 45 - 54 | 328 | 23 | 4 | 100 | 7 | 63 | 131 | 56 | 68 | 7 |
| 55 - | 958 | 71 | 23 | 288 | 20 | 134 | 422 | 185 | 226 | 11 |
| Zastrupitve | 210 | 18 | - | 37 | 9 | 20 | 126 | 43 | 80 | 3 |
| Zastrupitve s plinom | 25 | 4 | 2 | 4 | 1 | 10 | 4 | 2 | 2 | - |
| Obešenje | 1447 | 135 | 34 | 385 | 35 | 268 | 590 | 271 | 300 | 19 |
| Utopitve | 218 | 18 | 6 | 74 | 4 | 46 | 70 | 38 | 31 | 1 |
| Strelno or. in rastr. | 131 | 16 | 6 | 30 | 3 | 25 | 51 | 20 | 23 | 8 |
| Ostro orožje | 39 | 6 | 3 | 17 | - | 6 | 7 | 6 | 1 | - |
| Skok z višine | 55 | 5 | - | 33 | 2 | 4 | 11 | 6 | 4 | 1 |
| Drugo | 292 | 34 | 5 | 70 | 7 | 50 | 126 | 73 | 47 | 6 |

Uboji, umori

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|----|----|-----|----|----|-----|-----|----|----|
| Skupaj | 675 | 80 | 16 | 164 | 47 | 41 | 309 | 174 | 74 | 61 |
| m. | 474 | 62 | 11 | 125 | 39 | 26 | 212 | 111 | 47 | 54 |
| ž. | 183 | 18 | 6 | 39 | 8 | 15 | 97 | 63 | 27 | 7 |

Iz teh podatkov lahko izračunamo koeficiente samomora, oziroma pogostnost samomora na 100 000 prebivalcev.

| | <u>SFRJ</u> | <u>BiH</u> | <u>Čg</u> | <u>HR</u> | <u>Ma</u> | <u>Sl</u> | <u>Sk</u> | <u>Srbija</u> <u>ožja</u> | <u>Voj.</u> | <u>KiM</u> |
|------------------------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------|-------------|------------|
| Koeficient samomora | 12,2 | 6,4 | 10,7 | 15,0 | 3,9 | 25,8 | 12,2 | 9,1 | 25,5 | 3,4 |

Odstotek zaradi samomora umrlih med vsemi umrlimi je bil po zgornjih podatkih kot sledi:

| | <u>SFRJ</u> | <u>BiH</u> | <u>ČG</u> | <u>Hr</u> | <u>Ma</u> | <u>Sl</u> | <u>Sk</u> | <u>Srbija</u> <u>ožja</u> | <u>Voj</u> | <u>Kim</u> |
|---|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------|------------|------------|
| % suicida med umrlimi v letu 1966 | 1,5 | 0,9 | 1,7 | 1,7 | 0,5 | 2,8 | 1,4 | 1,2 | 2,9 | 0,3 |

Posamezne oblike nasilne smrti pa so bile zastopane v sledečih odstotkih v 1966. letu:

| | <u>SFR Jugoslavija</u> | <u>SR Slovenija</u> |
|----------|------------------------|---------------------|
| Nezgođe | 69,3 | 68,0 |
| Samomori | 24,1 | 29,1 |
| Uboji | 6,6 | 2,9 |

Po analogiji koeficienta samomora bi lahko (zaradi nekaterih kasneje razvijanih misli) izračunali tudi "koeficiente uboja - umora":

| | <u>SFRJ</u> | <u>BiH</u> | <u>ČG</u> | <u>Hr</u> | <u>Ma</u> | <u>Sl</u> | <u>Sk</u> | <u>Srbija</u> <u>ožja</u> | <u>Voj.</u> | <u>Kim</u> |
|---------------------------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------|-------------|------------|
| Koeficient umora-uboja | 3,3 | 2,1 | 3,0 | 3,8 | 3,0 | 2,4 | 3,8 | 3,4 | 3,8 | 5,4 |

Citirani podatki, zadevajoči samomor in druge oblike nasilne smrti v Jugoslaviji hkrati že tudi nakazujejo nekatere statistične posebnosti teh pojavov v Sloveniji.

ODSTOTEK SAMOMORA MED UMRLIMI za leto 1966

SFRJ

1,5

BiH

0,9

Črna gora

1,7

Hrvaška

1,7

Makedonija

0,5

Slovenija

2,8

Srbija skupno

1,4

ožja Srbija

1,2

Vojvodina

2,9

Kosovo

0,3

2) Slovenija

Bibliografija publikacij o suicidu v Sloveniji je za čuda skopna. V nadaljnjem skušam te publikacije čim izčrpnije zajeti.

Dragoceni so nam podatki, ki jih iz poročila: Kranjska in nje-
no zdravstvo Dr. Z u p a n c a ²⁰³ - nanaša se to poročilo na
leta 1881 - 1890 - posreduje članek M. J e r š i č a: Zdrav-
stveno stanje na Kranjskem pred 80 leti. Iz omenjenega članka
si dovoljujem povzeti nekatere tabele:

Vzroki nasilnih smrti Kranjska - Slovenije

| | Povpr. na | Povprečno na 100 000 prebival- | |
|-------------------------|--|--------------------------------|------|
| | 100 000 pr. Kranjska (1881-1890) | 1962 | 1966 |
| Nezgode | 35,8 | 50,4 | 60,3 |
| Samomori | 6,8 | 29,0 | 25,9 |
| Umori - uboji | 6,7 | 2,4 | 2,4 |
| Neugotovljeni vzroki | 3,0 | - | - |
| Skupaj | 52,3 | 81,8 | 88,6 |

Opozarjam na upad števila umorov - ubojev in močan porast samo-
morov.

V letih 1881 - 1888 je bilo od vseh smrti na Kranjskem 0,24 %
samomorov.

Načini samomorov Kranjske 1881-1890

| | | |
|--------------|-----------------------------------|----------------|
| zastropitve | 0,4 na 100.000 prebivalcev | - 2,5 % |
| obešenja | 2,8 na 100.000 prebivalcev | - 40,3 % |
| ustrelitve | 0,8 na 100.000 prebivalcev | - 12,8 % |
| utopitve | 2,4 na 100.000 prebivalcev | - 35,1 % |
| drugi načini | <u>0,4 na 100.000 prebivalcev</u> | <u>- 6,0 %</u> |
| | 6,8 | 100,0 % |

Nasilne smrti na Kranjskem 1881 - 1890
preračunano na 100.000 prebivalcev

| Okraj | Nezgode | Samomori | Uboji, umori | Drugi načini |
|-------------------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|
| Ljubljana-mesto | 42 | <u>15</u> | 3 | 4 |
| Postojna | 34 | 3 | 4 | 0,9 |
| Kočevje | 27 | 3 | 2 | 0,4 |
| Krško | 37 | 7 | 6 | 2 |
| Kranj | 41 | 9 | <u>14</u> | 2 |
| Ljubljana-okolica | 33 | <u>11</u> | 8 | 4 |
| Litija | 36 | 6 | 8 | <u>6</u> |
| Logatec | <u>46</u> | 2 | 4 | - |
| Radovljica | <u>49</u> | 7 | 6 | <u>5</u> |
| Novo mesto | 26 | 6 | 5 | 4 |
| Kamnik | 34 | 6 | <u>9</u> | 2 |
| Črnomelj | 27 | 4 | 4 | <u>5</u> |
| Skupaj | 35,8 | 6,8 | 6,7 | 3,0 |

Najvišje je bilo torej število samomorov v Ljubljani.

V tistih časih je imela Kranjska med vsemi avstrijskimi deželami najnižji koeficient samomorov kot kaže sledeča tabela (osemletno povprečje):

| | | | |
|---------------|----|----------------------|----|
| 1) Kranjska | 6 | 10) Zgor. Avstrijska | 14 |
| 2) Istra | 6 | 11) Koroška | 15 |
| 3) Predarlška | 8 | 12) Bukovina | 16 |
| 4) Galicija | 9 | 13) Moravska | 17 |
| 5) Tirolska | 9 | 14) Šlezija | 20 |
| 6) Dalmacija | 9 | 15) Češka | 22 |
| 7) Goriška | 10 | 16) Trst z okolico | 26 |
| 8) Štajerska | 12 | 17) Niž. Avstrijska | 29 |
| 9) Salcburška | 13 | | |

Bila pa je Kranjska tedaj kar na drugem mestu po številu ubojev, umorov, kot kaže sledeča tabela (povprečje za leta 1881 - 1888, preračunano na 100.000 prebivalcev).

| | | | |
|-----------------|-----|----------------------|-----|
| 1) Kranjska | 7,0 | 10) Šlezija | 2,4 |
| 2) Dalmacija | 8,3 | 11) Salcburška | 2,3 |
| 3) Bukovina | 6,5 | 12) Moravska | 2,2 |
| 4) Koroška | 4,1 | 13) Goriška | 2,2 |
| 5) Štajerska | 3,7 | 14) Galicija | 2,1 |
| 6) Istra | 3,5 | 15) Niž. Avstrijska | 2,0 |
| 7) Trst z okol. | 3,2 | 16) Zgor. Avstrijska | 2,0 |
| 8) Predarlška | 2,7 | | |
| 9) Tirolska | 2,6 | | |

O odstotku umrlih zaradi samomorov med vsemi umrlimi nam poroča naslednja tabela:

| | Oseb | % vseh umrlih |
|---------------------------------|-------|---------------|
| nezgode | 1.428 | 1,27 |
| samomora | 270 | 0,24 |
| umora in uboja | 274 | 0,24 |
| nedoločenega (nasilnega) vzroka | 117 | 0,10 |

Če kronološko sledimo študijam o suicidu v Sloveniji, bi bilo navesti še sledeče sestavke:

Nekaj o samomorih in samomorilcih ²⁰⁶. - Članek (nepodpisan) podaja pregled zadevnih podatkov za leta 1947 do 1950 v Sloveniji. Podatki za leto 1945 in 1946 so preveč nepopolni, da bi bili uporabni). Splošne karakteristike teh oseb so v glavnem v okviru za samomor tipičnega. Na prvem mestu so delavci, ki jim slede kmetje. Kot razlog se navajajo najpogosteje: živčnost, strah pred kaznijo, ljubezen, družinske razmere itd. Način je najpogostnejši: obešenje, slede: utopitev, ustrelitev, zastrupitev, skok pod vlak itd. Omeniti bi bilo, da je samomor pri osebah do 18. leta od 1947. do 1950. leta narastel od 3 na 15 primerov in da je bilo v 1950. letu med samomorilci v Sloveniji dvoje oseb pod 14. letom, tri pa od 14 do 16 let.

D. T a v č a r ¹⁸²: Smrtna samoubistva trovanjem u Ljubljani (1946 do 1955).

Avtor daje pregled zadevne kazuistike Inštituta za sodno medicino v Ljubljani. Samomor z nastrupitvijo si je izbralo skoraj 20 % oseb, ki so končale s suicidom in so registrirane v omenjenem inštitutu. Pri ženskah je ta način na prvem mestu, pri moških na drugem (za obešenjem). Utopitev je pri ženskah na tretjem mestu, pri moških šele na šestem. Od raznih strupov so bili po vrsti izbirani: lizol, barbiturati, plin, cianove spojine itd. Pod 20. letom samomorilcev v tem vzorcu ni bilo.

B. L o v r e č i č ⁹⁸: Samomori v letu 1958 na območju ljubljanskega okraja.

V tem času je bilo registriranih na omenjenem območju 139 suicidalnih dejanj, od tega 72 uspelih (m.: 52, ž.: 20) in 67 poskušenih (m.: 30, ž.: 37). Pri uspelih samomorih so si izbirali moški načine v sledečem zaporedju: obešenje, skok pod vlak, utopitev, ustrelitev itd., ženske pa: utopitev, obešenje, skok pod vlak itd. Ustrelitev pri ženskah ni bilo. Pri poskusih je bilo pri moških tudi obešenje na prvem mestu, pri ženskah pa zastrupljenje. Razloge samomora navaja avtor v svojem materialu glede na pogostnost, kot sledi: živčne in duševne bolezni, psihopatije, spori v družini, alkoholizem in spori v družini, alkoholizem, hude bolezni, strah pred kaznijo, nesrečna ljubezen. Pri poskušenih samomorih je bil pogosteje eruiran spor v družini. Poročenih je bilo 53 %, samskih 34 %, ostalo razvezanih in vdovelih. 17 % moških in 14 % žensk ni imelo urejenih dohodkov oziroma zaposlitve in sploh življenjskih prilik, 63 % je bilo mestnih prebivalcev, 37 % z dežele, od le-teh pa samo 5,75 % kmetov. Nekvalificiranih delavcev je bilo v tem vzorcu 31 %, kvalificiranih 26 %, gospodinj

33,33 %. Pri moških je največje število uspehlih samomorov med 50. in 60. letom, pri ženskah med 30. in 40. letom.

Podrobneje naj povzamem tudi študijo S. Z r i m c a ²⁰¹: Nasilne smrti v SRS v letih 1950 do 1954.

Omejil se bom le na nekatera opazovanja omenjenega avtorja, ki zadevajo samomor. Zrimec je ugotovil, da je v okviru nasilnih smrti v omenjenem obdobju procentualna udeleženosť nesreč in ubojev dokaj upadla, zato pa je bistveno narastla udeleženosť samomora, kot je to razvidno iz sledeče tabele:

| | Vse | Nasilne smrti | | Samomori |
|------|-------|---------------|-------|----------|
| | | nesreče | umori | |
| 1950 | 100,0 | 70,4 | 10,2 | 19,4 |
| 1951 | 100,0 | 70,2 | 11,3 | 18,5 |
| 1952 | 100,0 | 69,7 | 9,4 | 20,9 |
| 1953 | 100,0 | 68,7 | 9,6 | 21,7 |
| 1954 | 100,0 | 64,2 | 4,4 | 31,4 |

(Po Zrimcu)

Sicer pa je ugotovil Z r i m e c ne samo izredno visok koeficient samomora v Sloveniji, temveč tudi to, da je v obdobju 1950 do 1954 ta koeficient hitreje rasel kot v ostalih naših republikah. O raznih demografskih karakteristikah suicidalnih oseb iz študije Z r i m c a n i k M i l i ó u kaj bistvenega dodatí. O načinu suicida pri nas navaja Z r i m e c, da je pri nas obešenje pri izboru sredstva najpogostnejše. Obstajajo razlike tudi glede na starost zlasti pa na spol, kar je najboljše razvidno iz sledeče tabele:

| Način samomora | Na 100 vseh odpade posamezen način | Od 100 vseh odpade na moške |
|----------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <u>Skupaj</u> | 100,0 | 77,3 |
| Strelno orožje | 11,7 | 90,8 |
| Skok v globino | 4,0 | 67,9 |
| Utopitev | 10,0 | 51,8 |
| Zastrupitev | 7,9 | 40,0 |
| Obešenje | 54,5 | 88,7 |
| Ostalo | 11,9 | 60,8 |

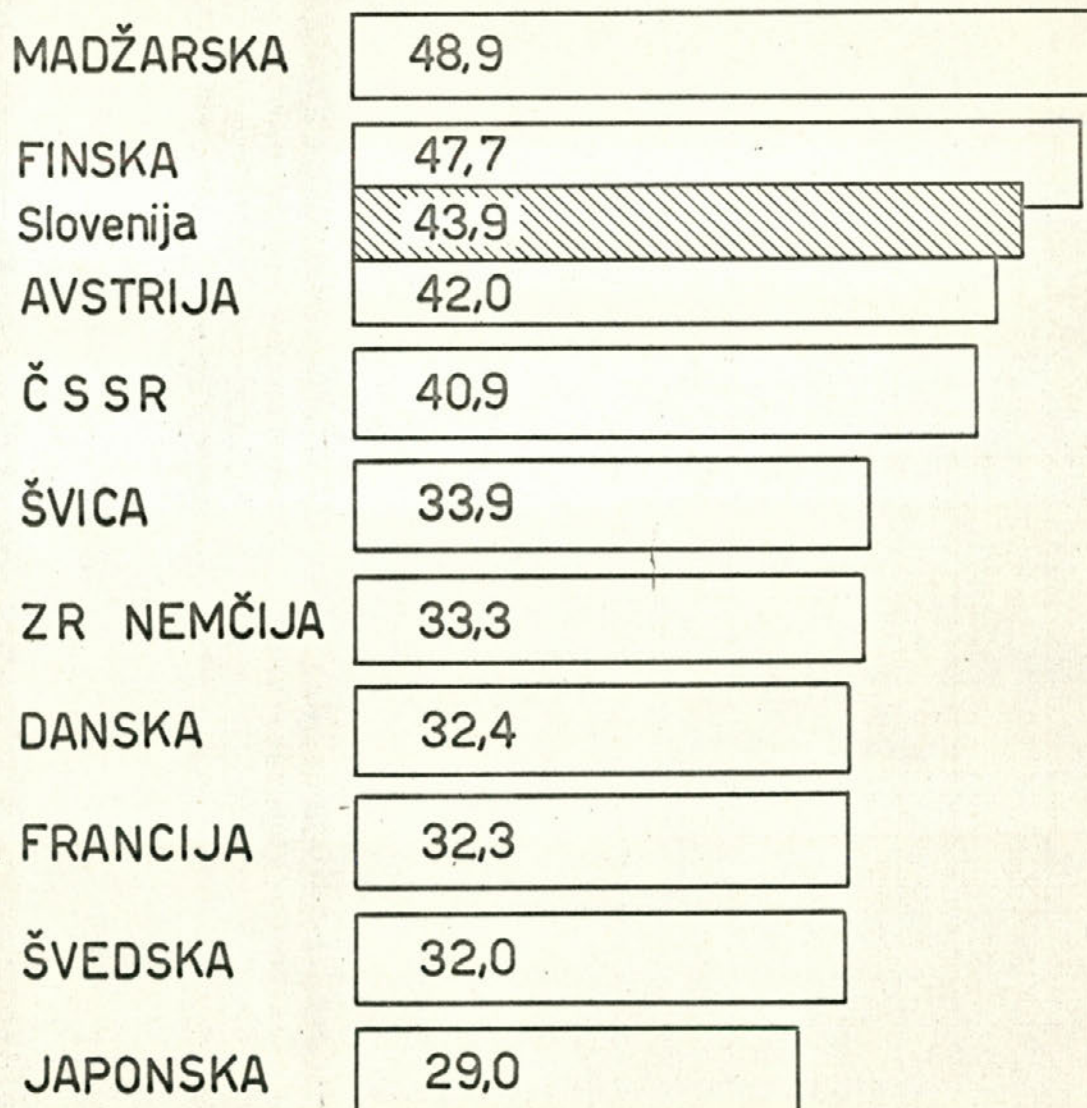
Oseb z nižjo ali celo brez šolske izobrazbe je med samomorilci v razmerju do vseh oseb te kategorije nekoliko več, oseb s polno srednje ali visokošolsko izobrazbo pa v istem razmerju precej manj. Največ samomorov ugotavlja Zrimec od maja do avgusta, najmanj v februarju. Tudi Zrimec je ugotovil, da v Sloveniji ni sicer opisovanih razlik v pogostnosti samomora med mestom in podeželjem, ter med industrijskimi in poljedelskimi kraji.

A. V o g e l n i k ¹⁹⁰ 1965. odpira vprašanje samomorov med mladostniki in ugotavlja:

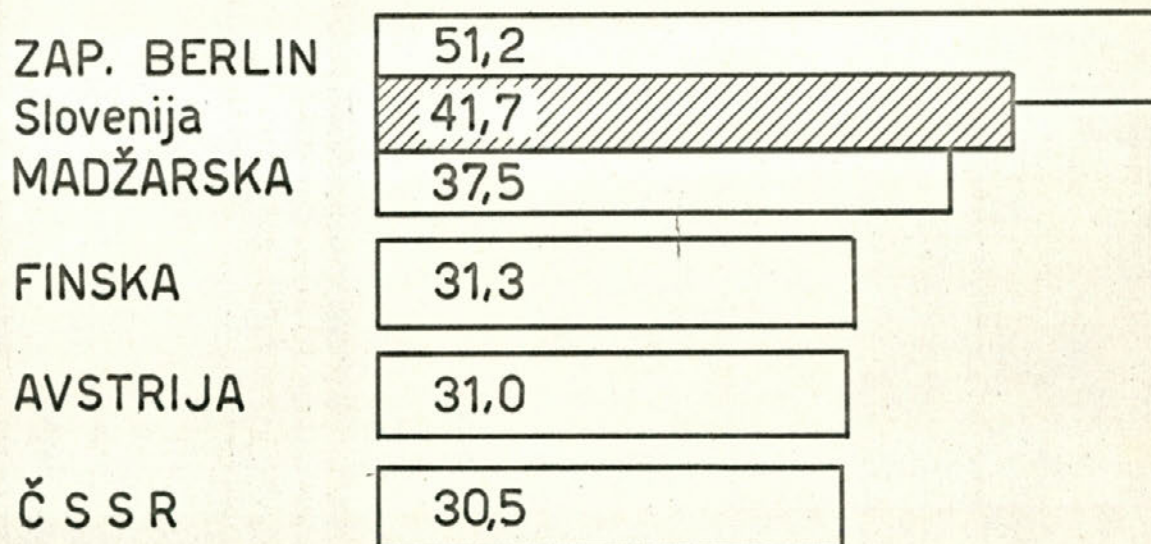
"Slovenci smo v pogledu samomorov skupaj s Čehi na žalostnem prvem mestu v Evropi. Še žalostneje pa je, da je leta 1962 v Sloveniji pri mladini (od 15 do 19 let) od vseh smrti odpadlo na samomore že 22 %, to se pravi, da si je vsak peti mladi človek sam vzel življenje."

Posebne aspekte samomora obravnavajo naslednji članki:

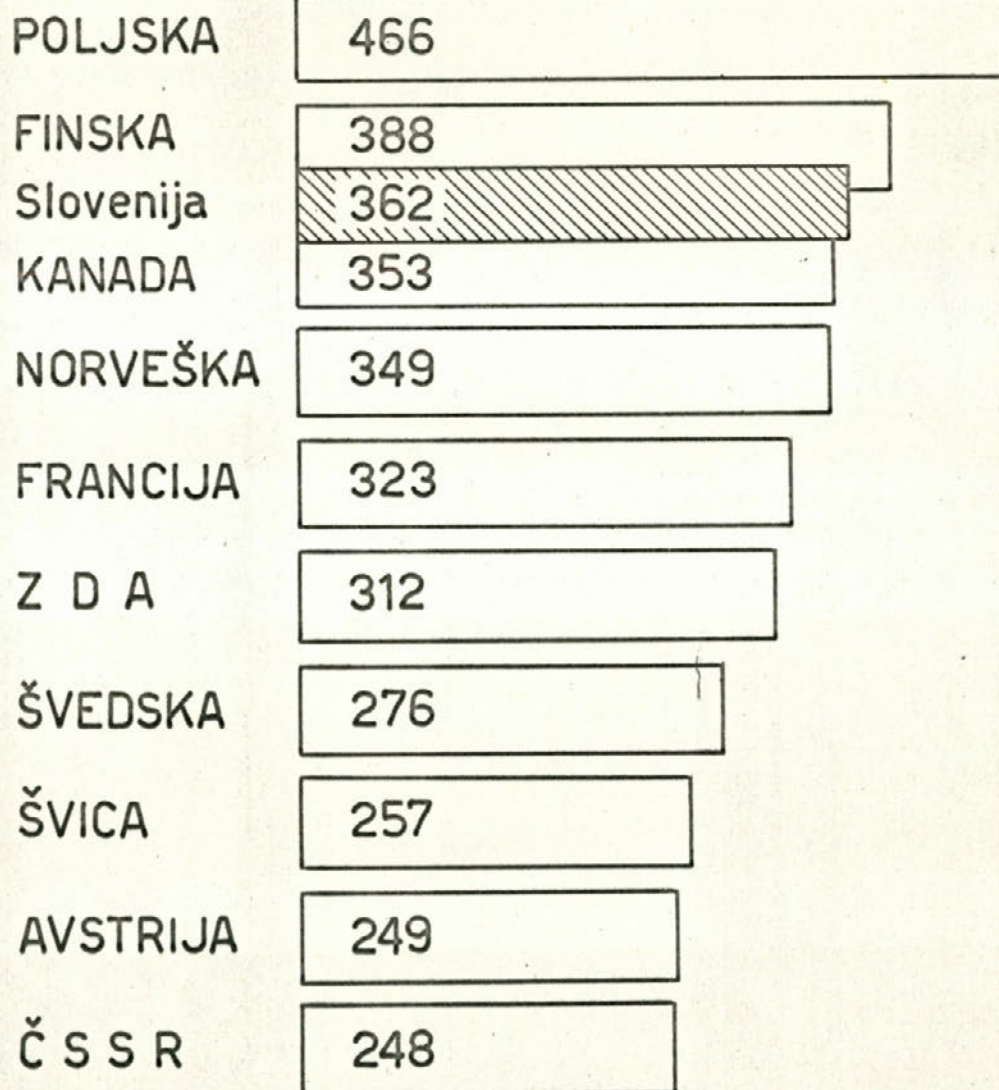
Najvišji specifični koeficienti samomora za moške
(povprečje 1961-1963)



Najvišji specifični koeficienti samomora za moške
za leto 1964



Na 100 žensk pride v suicidalni populaciji naslednje število moških (povprečje za leta 1961 - 1963)



J. Z a l o k a r ²⁰⁰: V svojem delu: "Nekaj primerov samogresivnih tendenc pri psihopatskih stanjih", ob manjšem kliničnem vzorcu psihopatskih oseb razglablja o dinamiki agresivnih tendenc, ki se - prvotno navzven uperjene - ob barieri, ki jo predstavlja zunanja ali notranja frustracija, tako rekoč odbije nazaj proti subjektu samemu.

Poslednje delo istega avtorja "Proti slepilu samomora ¹⁹⁹" obravnava zelo problematično vprašanje vloge religije v preventivi samomora. Pripombe k temu delu so že spredaj navedene.

Študija A. R o s i n a ¹⁴⁷ - Š e l i h o v e: Samomor kot kazenskoopravni problem, podaja najprej historični razvoj pogleda družbe na suicid in poskušani suicid, ki sta bila vse tja v 18. stoletje na splošno obravnavana kot kaznivo dejanje, tako, da je bil dokaj ostro kaznovan, kdor je suicid poskušal in da se celo truplo onega, ki je v dejanju uspel, na razne načine "kaznovali" (n.pr. tako, da so truplu odsekali roko in jo pokopali drugod). Danes v domala vseh državah samomor in s tem tudi samomorilni poskus ne predstavljata več kaznivega dejanja. Pač pa se - in tako je tudi pri nas - kaznujeta napeljevanje in pomoč pri suicidu. Strožja je penalizacija tu v primerih samomorov mladoletnih in zmanjšano prištevnih ali neprištevnih oseb. Le angleško pravo obravnava še v Homicide Act iz leta 1957 samomor kot kaznivo dejanje. Kazniv je tudi poskus, vendar se kazenski postopek v teh primerih le zelo redkokdaj uvaja. (Suicide Act iz leta 1961 odpravlja ta anahronizem tudi iz angleškega prava - op. avtorja).

Odnos alkoholizma do samomora obravnava delo M. Ž m u c o v e "Alkohol in samomor" 204, 205.

Avtorica je opravila svojo študijo ob materialu Inštituta za sodno medicino v Ljubljani. Pregledala je dokumentacijo o samomorih iz obdobja 1946 do 1966. V teh 20 letih je bilo na ISM obravnavanih 1410 primerov samomora (1031 - 73,1 % moških in 379 - 26,9 % žensk). Splošne karakteristike te populacije se ne odmikajo od običajnih ugotovitev. Med načini srečamo pri moških obešenje v 48 % in samomor s strelnim orožjem oziroma eksplozivom v 16,8 %, pri ženskah pa utopitev v 23,3 % in obešenje v 27,9 % ter na 3. mestu zastrupitev z 12,9 % (moški 6,8 %). Pomembni so podatki o alkoholizmu in alkoholiziranosti suicidalnih oseb. V skupini onih moških suicidantov, pri katerih je bilo mogoče ob krajevnem ogledu dobiti več anamnestičnih podatkov, je bilo kar 45 % alkoholikov, dočim je bilo alkoholiziranih v času dejanja kar 59,6 % moških suicidantov.

Citiram naj še izsledke svoje lastne študije "Tentamen suicidii" iz 1958. leta, ⁽¹¹⁰⁾:

Pregledal sem tedaj anamnestične podatke 5.228 oseb, pregledanih v času od 11/1-1954 do 31/10-1957 v psihiatričnem ambulatoriju Bolnišnice za duševne in živčne bolezni v Polju. Ugotovil sem pri tem, da je med temi osebami bilo 267 takih, ki so najmanj enkrat v življenju izvečine kratek čas pred pregledom v ambulatoriju napravili suicidalni poskus. Tabelarično predstavljam podatke o tem vzorcu suicidalnih oseb:

a) Spol

Moških: 111 (41,2 %), žensk: 156 (58,8 %). Tu je treba poudariti, da je bil obisk moških oseb v ambulatoriju tiste čase močnejši, kot obisk žensk (moških: 53 %, žensk: 47 %).

b) Starost

| Starost | M o š k i | | Ž e n s k e | |
|---------|------------|------|-------------|------|
| | Števílo | % | Števílo | % |
| 0 - 14 | - | - | 1 | 0,6 |
| 15 - 19 | 13 | 11,7 | 19 | 12,1 |
| 20 - 29 | 36 | 32,4 | 62 | 39,7 |
| 30 - 39 | 25 | 22,5 | 30 | 19,2 |
| 40 - 49 | 20 | 18,0 | 29 | 18,5 |
| 50 - 59 | 13 | 11,7 | 13 | 8,3 |
| 60 - 69 | 3 | 2,7 | 2 | 1,2 |
| 70 - | 1 | 0,9 | - | - |
| | <u>111</u> | | <u>156</u> | |

c) Stan

| | Samski | Poročeni | Vođveli | Razvezani |
|-----------------------------|--------|----------|---------|-----------|
| vsega | 120 | 123 | 11 | 13 |
| v % | 44,9 | 46,0 | 4,1 | 4,9 |
| preb. IRS nad 15 let v % | 37,1 | 52,9 | 9,1 | 0,7 |

8) Poklic

| | | |
|----------------------------------|----|--------|
| Nekvalificirani delavci | 76 | 28,4 % |
| Kvalificirani delavci, obrtniki | 58 | 21,7 % |
| Gospodinje | 46 | 17,2 % |
| Nižji nameščenci | 38 | 14,2 % |
| Vajenci, dijaki, študentje | 24 | 8,9 % |
| Višji nameščenci, svobodni pokl. | 11 | 4,1 % |
| Kmetovalci | 11 | 4,1 % |
| Brez poklica | 3 | 1,0 % |

d) Način suicidalnega poskusa

| <u>Načini</u> | <u>Moški</u> | <u>Ženske</u> | <u>Skupaj</u> |
|------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| Zastrupitve: | 26 | 79 | 105 |
| Lizol | 8 | 33 | 41 |
| Ostala kavstična sredstva | 2 | 5 | 7 |
| Uspavala | 10 | 26 | 36 |
| Drugačne zastrupitve | 6 | 15 | 21 |
| Ostro orožje: | 37 | 21 | 58 |
| zapestje | 27 | 18 | 45 |
| vrat, prsa | 6 | 2 | 8 |
| poškodbe na več mest. telesa | 2 | - | 2 |
| posebna lokalizacija | 2 | 1 | 3 |
| Obešenje: | 22 | 12 | 34 |
| Skok z višine: | 8 | 8 | 16 |
| Poskus utopitve | 3 | 12 | 15 |
| Povoženje: | - | 9 | 9 |
| Strelno orožje: | 5 | - | 5 |
| Zastrupitev s plinom: | - | 3 | 3 |
| Drugo | 10 | 12 | 22 |

e) Navajani motivi

| <u>Moški</u> | | <u>Ženske</u> | |
|--|----|---|----|
| Nesoglasje v zakonu | 16 | Erotični konflikti | 28 |
| Kriminal | 10 | Zakonsko nesoglasje | 27 |
| Družinski spor | 9 | Ekonomske in stanovanjske težave | 17 |
| Invalidnost, kronična bolezen | 8 | Družinski spor | 12 |
| Erotični konflikti | 8 | Osamljenost | 9 |
| Ekonomske, stanovanjske težave | 8 | Invalidnost, kronična bolezen | 8 |
| Težave v službi | 5 | Težave v službi | 8 |
| Osebnostni konflikti | 3 | Osebnostni konflikti | 6 |
| Nepomemben spor | 3 | Kriminal | 5 |
| Reakcija na zapor oz. internacijo v zavodu | 3 | Izguba svojca | 4 |
| Osamljenost | 2 | Izvenzakonska nosečnost, nezakonski otrok | 4 |
| Neuspeh pri študiju | 2 | Drugo | 5 |
| Izguba svojca | 1 | | |
| Drugo | 5 | | |

f) Diagnoza

| Diagnoza | <u>Moški</u> | | <u>Ženske</u> | | <u>Skupaj</u> | |
|----------------------------------|--------------|------|---------------|------|---------------|------|
| | Število | % | Število | % | Število | % |
| Nevroze, abnormne reakcije | 28 | 25,2 | 53 | 33,9 | 81 | 30,3 |
| Psihopatije, abnormne preobrazbe | 26 | 23,4 | 24 | 15,3 | 50 | 18,7 |
| Shizofrenija | 19 | 17,1 | 15 | 9,6 | 34 | 12,7 |
| Endogena depresija | 6 | 5,4 | 26 | 16,6 | 32 | 11,9 |

| Diagnoza | Moški | | Ženske | | Skupaj | |
|------------------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | Število | % | Število | % | Število | % |
| Alkoholizem | 20 | 18,0 | 3 | 1,9 | 23 | 8,6 |
| Narkomanija | 2 | 1,8 | 2 | 1,2 | 4 | 1,5 |
| Organska psihoza | 1 | 0,9 | 1 | 0,6 | 2 | 0,7 |
| Epilepsija | 1 | 0,9 | - | - | 1 | 0,3 |
| Oligofrenija | 1 | 0,9 | - | - | 1 | 0,3 |
| Manično stanje | 1 | 0,9 | - | - | 1 | 0,3 |
| Brez diagnoze | 6 | 5,4 | 32 | 20,5 | 38 | 14,2 |

g) Dedna obremenjenost

V rodbini (starši, sorojenci, stari starši, strici in tete) naših suicidantov je bilo eruirati:

| | | |
|----------------------|-------------------------------------|------------|
| Psihoza - epilepsija | Nevroza, psihopatija alkoholizem | Suicid |
| 50 - 18,7 | 78 - 29,2 % | 17 - 6,3 % |

Enega ali več od zgornjih podatkov zasledimo pri 45 % (147) osebah med našimi suicidanti.

h) Neugodne psihohigienske razmere v mladosti

| Vrsta obremenitve: | Število oseb: |
|--|---------------|
| Pomanjkanje v mladosti | 34 |
| Čudaštvo, pretirana strogost, razburljivost, nemarnost pri očetu | 49 |
| Isto pri materi | 17 |
| Alkoholizem pri očetu | 29 |
| Doraščanje v nepopolni ali tuji družini | 35 |
| Nesoglasje med staršema | 26 |
| Nezakonskih | 13 |

1) Tendencioznost suicidalnega akta

O "tendencioznosti" samomorilnega dejanja govori avtor tu v tem smislu, da je v nekaterih "tendencioznih" samomorilnih dejanjih pač manj pristne težnje po smrti in več "apela" oz. "manipulativnosti".

Naš material smo (zavedajoč se, da tu ne gre za kako eksaktno klasifikacijo, temveč mogoče dokaj subjektivno oceno) razdelili na 3 skupine in sicer:

- 1) one primere, v katerih je bil poskus docela resen in je mogoče le naključje smrt preprečilo;
- 2) one primere, kjer je tendencioznost samomorilnega dejanja le naznačena;
- 3) one primere, pri katerih se ti kaže v suicidantovem postopku le demonstracija in očitna tendenca.

| | <u>Izrazita tendencioznost</u> | <u>Naznačena tendencioznost</u> | <u>Brez tendence</u> |
|--------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| moški | 5 - 4,5 % | 26 - 23,4 % | 80 - 72,0 % |
| ženske | 19 - 12,1 % | 35 - 22,4 % | 102 - 65,3 % |
| skupaj | 24 - 8,9 % | 61 - 22,8 % | 182 - 68,2 % |

Starost:

| | | | |
|---------|-------------|-------------|-------------|
| 0 - 14 | - - | - - | 1 - |
| 15 - 19 | 6 - 18,7 % | 11 - 34,3 % | 15 - 46,8 % |
| 20 - 29 | 11 - 11,2 % | 24 - 24,4 % | 63 - 64,2 % |
| 30 - 39 | 4 - 7,2 % | 11 - 20,0 % | 40 - 72,7 % |
| 40 - 49 | 2 - 4,1 % | 11 - 22,4 % | 36 - 73,4 % |
| 50 - 59 | 1 - 3,8 % | 3 - 11,5 % | 22 - 84,6 % |
| 60 - 69 | - - | 1 - 20,0 % | 4 - 80,0 % |
| 70 - | - - | - - | 1 |

V svojem vzorcu sem torej našel razmere, ki se v vseh glavnih potezah skladajo zlasti s stališči in dognanji S t e n g l a.

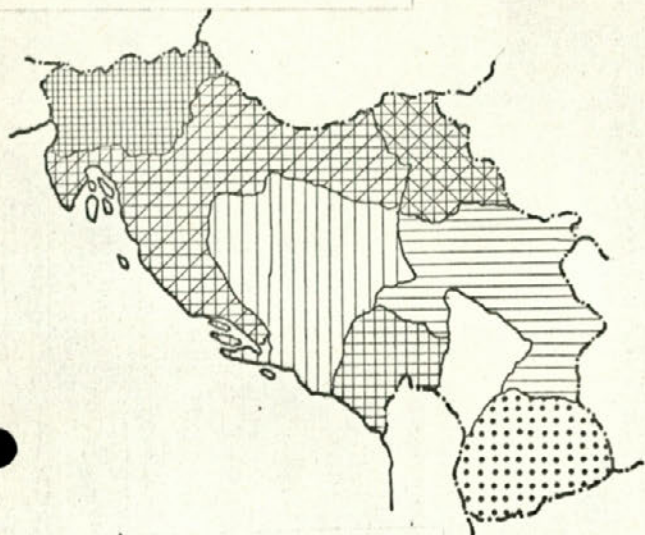
V letu 1969 je bilo objavljenih še šest sestavkov avtorja (delno ob sodelovanju P e č a r j a in U d e r m a n a) s področja suikidologije 107, 108, 111, 112, 113, 114, ne bi pa navajal povzetkov teh del, ker so ugotovitve v večjem ali manjšem obsegu vključene v to študijo.

Opozorimo naj samo še na očitno recipročnost med višino določenih indikatorjev civilizacijskega standarda (kot jih povzemamo iz naših uradnih statističnih poročil) in pogostnostjo samomora, kot to prikazujeta spodnja tabela in kartogram.

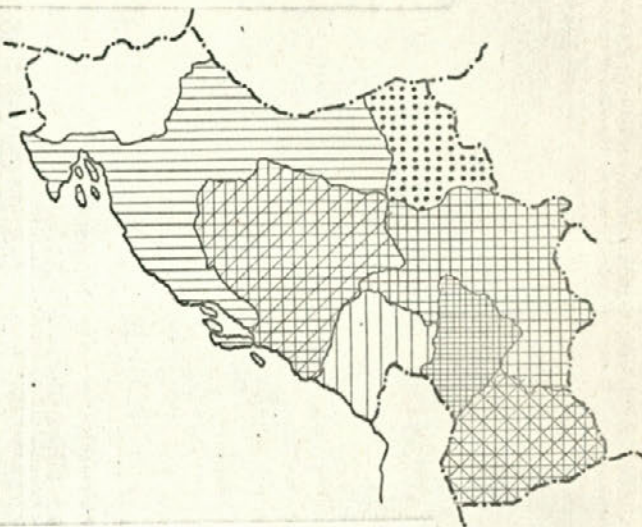
| | SFRJ | BiH | ČG | Hrv | Mak | Slov | Sk | Srbija ožja | Voj | KiM |
|---|------|------|------|------|------|------|------|----------------|------|-------|
| % nepismenih 1961 (nad 10 let) | 19,7 | 32,5 | 21,7 | 12,1 | 24,5 | 1,8 | 21,9 | 23,0 | 10,6 | 41,1 |
| % prebivalstva nad 10 let brez šol | 33,2 | 51,3 | 36,0 | 24,3 | 36,7 | 10,3 | 35,3 | 35,9 | 24,3 | 56,9 |
| Umrlih dojenčkov na 1000 živi v rojenih (1966) | 61,3 | 72,9 | 41,4 | 42,4 | 99,2 | 24,5 | 61,8 | 47,1 | 41,3 | 102,0 |
| Poprečni osebni dohodek 1966 v N din | 693 | 651 | 612 | 725 | 589 | 824 | 666 | 676 | 660 | 592 |
| Ena izdana knjiga ali bro- šura pride v letu 1966 na 1000 prebivalcev | 2,5 | 6,3 | 6,3 | 2,5 | 3,3 | 1,5 | 2,0 | | 3,9 | 11,1 |
| Koeficienti samomora 1966 | 12,2 | 6,4 | 10,4 | 15,0 | 3,9 | 25,8 | 12,2 | 9,1 | 25,5 | 3,4 |

koliko

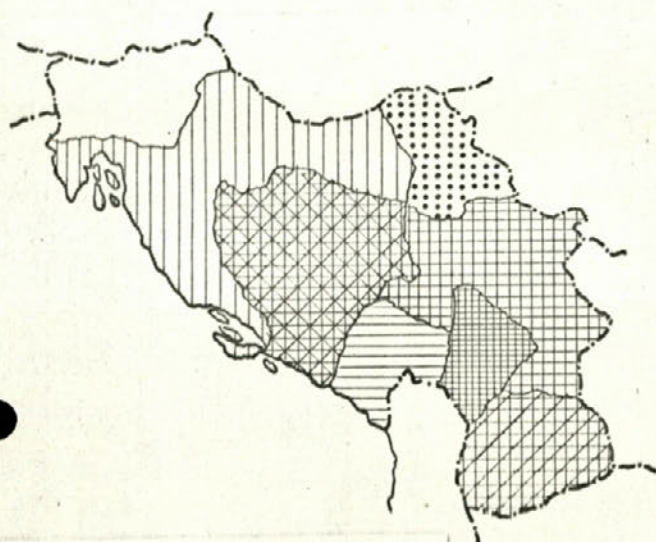
s a m o m o r



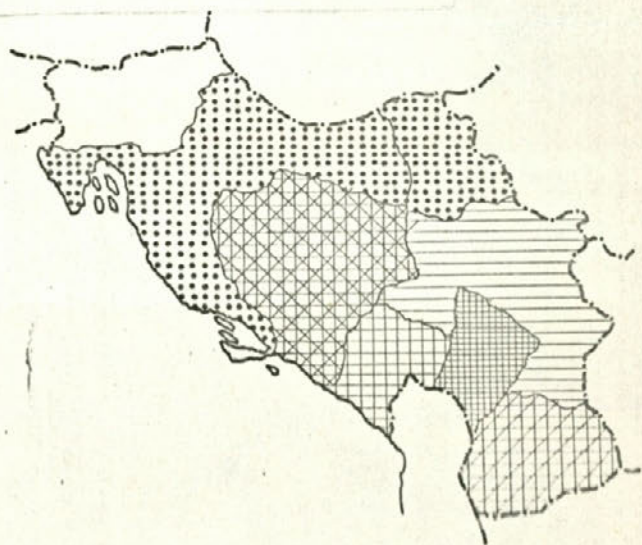
u m r l j i v o s t
d o j e n ō k o v



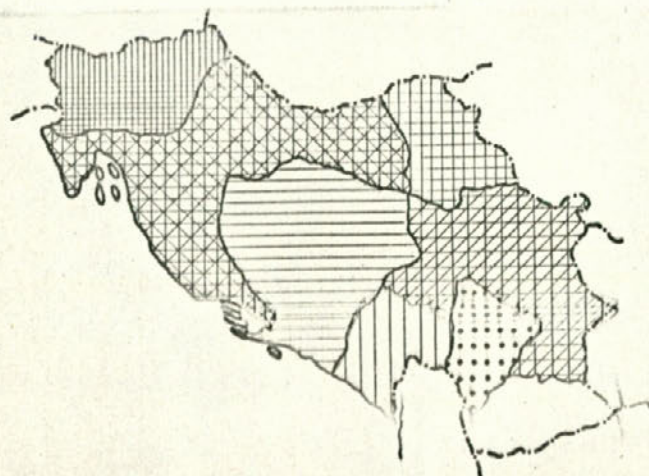
n e p i s m e n i



n e š o l a n i

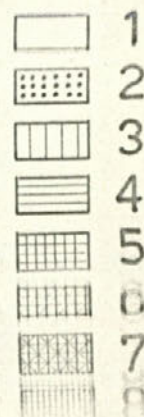


p r e j e m k i



Rang po višini podatka

JUGOSLAVIJA 1966



III. NEKAJ MISLI O SLOVENSKEM NARODNEM ZNAČAJU ("NACIONALNEM KARAKTERJU")

K l i n e b e r g ocenjuje vse opise narodnega značaja kot v bistvu d o m n e v n e, v kolikor niso bile ugotovitve podprte z objektivnimi metodami, pač strokovno izvedenimi anketa-
mi, testiranji in intervjuji raziskovane populacije. Nekatere meni znane domače študije, ki se sicer po uporabljenih metodah omenjenim znanstvenim zahtevam približujejo, pa zajemajo le ozke izseke ali pa mejna področja tega, kar bi nas tu zanimalo. Sledeči pregled pa mogoče vendar lahko nakaže smer resnim raziskavam te vrste, če naj osvetlimo samomor pri nas tudi s podobnih vidikov kot sta to storila H e n d i n in B e a l-
l o v a.

Iz tabele so razvidni podatki, ki v dokajšnji meri lahko kažejo na civilizacijsko (manj kulturno) raven posameznih republik in med njimi Slovenijo, spet na vodilnem mestu - tokrat v ugodnem smislu. Te podatke omenjam, ker so bržkone bistvene sestavine (v jugoslovanskem merilu) znamenitega slovenskega "standarda", o katerem sodimo ponavadi, da je ravno odraz nekaterih potez našega narodnega značaja: d e l o v n e u č i n k o v i-
t o s t i, r e d o l j u b n o s t i in u r e j e n o s t i, glede katerih sodi slovensko javno mnenje, da med republikami naše federacije prednjačimo (K l i n a r).

Tu se moramo vendar odtrgati od v r e d n o t e n j a teh lastnosti, ki utegnejo biti pač le zunanja manifestacija kakih globlje ležečih gonil, ki pa same po sebi nimajo nič posebno privlačnega.

D e b e n j a k meni, da je stoletna represija, ki jo je slovenski narod prestajal, privedla do tega, da se je njegova agresivna sla (-o kateri vemo iz teorije osebnosti, da je ena od poglavitnih človekovih potreb, ko si v družbi osvaja svojim sposobnostim ustrezno mesto - prip. avtorja), obrnila navznoter. Pisec potem nadaljuje:

"T a n a v z n o t e r o b r n j e n a a g r e s i v n o s t se razodeva predvsem v dveh značilnostih narodne zavesti: Ena je klasični s l o v e n s k i p e r f e k c i o n i z e m : skrb, da bi bila vsaka kritika že vnaprej in popolnoma brezpredmetna, da bi jo potem lahko razglasili izključno kot zlohотно - pa čeprav potem ne bo nič manj bolela ... Na drugi strani pa nas že precej časa spremlja o b r n j e n i p e r f e k c i o n i z e m , lahko bi rekli "poražena zavest": interiorizacija meščanskega ideologema, da smo sami krivi za neuspeh - da smo namreč pač majhni, da bo za nas že dobro, samo skromnost je potrebna, ne postavljajmo si prevelikih ciljev, saj velik cilj je za nas megalomanija, samo vzdržati je treba itn. - skratka, vse tisto, kar Parkinson v svoji analizi označuje kot zanesljiv dokaz za težko ogroženost institucije, katere se je ta bolezen polotila. To vnaprejšnje proslavljanje skromnosti, to vnaprejšnje omejevanje sebe na povprečnost in podpovprečnost je intimno sprejemanje vladajoče ideologije o tem, da si za svojo majhnost in za svoje neuspehe popolnoma od začetka do kraja sam kriv. Ta druga plat interiorizacije je še bolj uničevalna."

Ta formulacija iz ust filozofa je psihiatru dokaj blizu, ker uporablja nam znane dinamično psihološke pojme in dopušča nadaljnje analogije z dogajanjem na individualno psihološkem področju.

P a t e r n u govori o d o g m a t i č n e m h a b i t u s u Slovencev:

"Že od svoje prve skupne zavesti naprej so bili Slovenci vedno znova ogrožen narod; čezenj so segle skoraj vse velike osvaja-
ne pustolovščine evropske in deloma tudi azijske zgodovine; po-
litična stvarnost je spet in spet zanikala njihov obstoj in nji-
hovo bodočnost. Zaradi vsega tega so si Slovenci potrdilo za ta
svet morali iskati tudi nekje zunaj prav tega sveta, najčešče
v privzdignjenih, odrešujočih ideologijah. Ta navezanost na ob-
stajanje, ki je v bistvu verniško, dogmatično in notranje ne-
svobodno, je ostala močna sestavina naše notranje narave, pa
naj se tega zavedamo ali ne."

Še misel, ki jo je 1958. leta o Slovencu napisal S l o d -
n j a k: "Njegov svetovni nazor je f a t a l i s t i č e n,
kar je moči razložiti iz trpkih tisočletnih izkušenj njegove
zgodovine, v centralnih predelih dežele pa tudi iz močnega
vpliva j a n z e n i s t i č n e g a d e t e r m i n i z -
m a. Pri tem svojem razpoloženju pa le ni postal pesimisti-
čen ali delomrzen."

Seveda moramo računati s tem, da zgodovina tudi v naš narodni
značaj vnaša spremembe.

V nadaljevanju zgornjega citata navaja P a t e r n u še:

"Obdobje tehnične, urbanizirane in znanstvene civilizacije z
vsem svojim novim živiljskim slogom že samo po sebi nepriza-
nesljivo trga to našo lastnost in zahteva od nas novih člove-
ških kakovosti, ki jih moramo razviti, če hočemo biti in ob-
stati kot narod. To sploh ni vprašanje izbire, marveč civili-

zacijske nuje, neizogibnosti. Naš dogmatični habitus pa je doživel poglavitni udarec že nekoliko prej na političnem področju. Med zadnjo svetovno vojno in tik po njej sta obe vodilni, zgodovinsko institucionalizirani ideologiji stoletja, ki sta imeli med Slovenci zelo goreče bojevnike, v resnici obrnili hrbet našim najbolj elementarnim upom in pravicam: Slovence je najprej izdal Rim, nato pa jih je izdala še Moskva.

Povojni razvoj je tudi materialno situacijo Slovencev bistveno spremenil. Dosegli smo "takšno ekonomsko raven in standard, da se zdaj lahko obnašamo kot p o t r o š n i k i", pravi R u s, ki meni, da je "prevladovanje potrošniške slepote" eden od pomembnih momentov, zaradi katerih lahko položaj slovenskega naroda danes ocenimo kot kritičen.

"Zaradi zabubljenosti in razcepljenosti vse več slovenskih družin ob privatnem televizorju, v lastnem avtomobilu in hiši se drobi tista kulturna in družbenodemokratska zgradba, ki je vse do včeraj bila nosilec slovenske nacionalne zavesti. Vzporedno s tem pa zaradi birokratizma ter potrošniške in tržne atomizacije samoupravljanje še ni zraslo do tiste ravni, ko bo najpomembnejši temelj nove, višje nacionalne integracije."

Zanimivo je, kako K r a m b e r g e r ogroženost slovenske nacionalnosti v današnjem času izvede iz ponujajočega se lagodnega "zajedanja nekakšne diferencialne kulturno - zgodovinske rente", ki mora imeti svoj demoralizirajoči vpliv:

"Neizpodbitno dejstvo je, da se Slovenija v glavnem ves čas po vojni gospodarsko zelo naglo razvija in da si precejšen del Slovencev nikoli niti pomisliti ni upal, da bi se mu kdaj

lahko godilo tako dobro, kot se mu danes godi. Vse to pa je bilo doseženo v okoliščinah, ki se navidez posmehujejo najosnovnejšim izkušnjam vzhodne, zahodne, jugoslovanske ali kate-rekoli druge ekonomske logike: ob sorazmerno močnem odlivu ka-pitala na jug, ob hudi izrabljenosti naprav, zastarelosti teh-nologije, zaostajanju kvalifikacijske strukture zaposlenih itn. itn. Skoraj neverjetno se mi zdi, da tega paradoksa, vsaj koli-kor vem, doslej še nihče ni resnično do kraja premislil, čeprav je njegova površna razrešitev načelno seveda dovolj preprosta: po letu 1945 se je drobno, a, kakor kaže, zdravo drevesce slo-venske (in deloma še hrvatske) s r e d n j e e v r o p s k e delovno-gospodarske tradicije znašlo v skrbno zaprtem rastli-njaku, potrebnem za precej kočljivi poskus vzgajati moderne pro-izvodne cepiče na bolj ali manj o r i e n t a l s k o obarva-ni kulturno-civilizacijski podlagi, na odnosu do dela, ki je prevladoval v ostalih predelih Jugoslavije; in seveda se je v takem, manj nepotrebem umetnem podnebjju moralo ne glede na vse prirezovanje naravnost bohotno razrasti. To bi na prvi pogled mogoče res lahko pomenilo, da imajo prav tisti, ki nam zagotav-ljajo, da je vse v najlepšem redu in da se moramo Slovenci na-skrivaj na kolenih zahvaljevati bogu za Jugoslavijo, kakršna je. Vendar so po mojem trdnem prepričanju ravno tu nekje kore-nine posledic, spričo katerih se nam naš hote ali nehote su-periorni položaj v tej in taki državi razkrije kot močno dvo-rezen blagor.

Izkušnja uči, da nikoli ni dobro, če gre komu kaj prelahko od rok, če ga usoda posadi preveč na mehko in če v njegovem polo-žaju zanj ni pravega izziva, ni naloge, ki bi terjala resnično vse njegove sposobnosti in vso njegovo voljo; to mora nujno

pokvariti njegov značaj. Toda prav nekaj podobnega se je očitno zgodilo Slovencem, saj se po zaščitni ogradi tvi Jugoslavije od ostale Evrope, po umiku v gospodarsko in socialno avtarkijo nenađoma niso imeli več s kom zares trđno meriti v civiliziranosti, v proizvodnih in neproizvodnih uspehih, temveč so bili tako rekoč prisiljeni, da so se začeli moralno zelo lagodno utemeljevati z edino primerjavo, ki jim je še ostala, namreč na račun drugih Jugoslovanov, s praktično dokazano in potrjeno pozitivno razliko med "delavnim" in "prosvetljenim" Slovencem ter njegovimi "lenimi" in "primitivnimi" južnejšimi brati. Ob tem se je v naši narodni duševnosti kot ena od prikritih, a daljnosežnih in vso našo notranjo držo navdihujočih dominant povsem logično razvil in se že po zakonu o vabl jivosti kontrasta, namreč kontrasta v primeri z našimi dotedanjimi narodnimi doživetji, trđno zasedral nekak precej poceni pridobljen in objektivno bolj malo prida o b č u t e k v e č v r e d n o s t i, oziroma prevedeno v absolutne kategorije s a m o z a d o v o l j s t v a, težnje po nemotenem uživanju sadov in d u h o v n e i n e r c i j e."

Problem Slovencev v federaciji, pravi K r a m b e r g e r je torej v tem "da se nam v jugoslovanskem socializmu kratko malo ob p r e m a j h n e m t r u d u p r e d o b r o g o d i," ne pa da bi bili izkoriščeni, kakršna krilatice je pri nas dokaj uđomačena.

Hkrati z razvijanjem potrošniške orientacije pri nas, postavlja G o r i č a r hipotezo, da "z naraščajočo usmerjenostjo k materialni kulturi pada v danem družbenem okolju zanimanje za duhovno kulturo. Sledi tega obratno sorazmernega procesa

opažamo danes pri nas tako rekoč na vsakem koraku, vsepovsod, na vseh ravninah našega družbenega življenja." Tudi m o n d i - a l i z a c i j a kulture, spričo naglice, s katero postajajo dogodki v svetu tako rekoč v trenutku last milijonov ljudi, zajema "materialno kulturo mnogo prej in intenzivneje, kot pa duhovno." Istega mnenja je tudi J u v a n o v i c .

J a v o r š e k opozarja na nekatere nezaželene pojave, ki predstavljajo vdiranje lagodnostnega odnosa do družbenih obveznosti pri Slovencih: "K nam prihajajo z juga navade, ki nam kvarijo našo samosvojost in sicer navade, ki bi jih lahko mi dali jugoslovanski skupnosti kot doto", namreč delovno natančnost in delovno vnemo, si pa osvajamo "dolce far niente balcanese" in ono govorjenje, ki nič ne pove." Skratka: nenatančnost, nesolidnost in balkanska megleničavost so se začele raztezati po Sloveniji." Č e r n e pa pravi: Postajamo "družba množične potrošnje", ki mora računati z zakonitostjo, "da s kopičenjem materialnega blagostanja raste sorazmerno tudi število teh pojavov", namreč nevrotskih in psihosomatskih bolezni, kriminalitete, samomorov in drugih socialno patoloških pojavov na ozadju splošnega "etično - kulturnega siromaštva".

Iz te rudimentarne kompilacije nekaterih impresij o našem narodnem značaju si bom dovolil nekoliko nasilno sintezo, ki naj dopusti izraziti slovenski narodni značaj v dinamično psiholoških kategorijah:

Prilike, v katerih se je slovenski narod skozi stoletja razvijal, so bile takšne, da so utesnjevale njegove ekspanzivne ("agresivne") sile in ga deloma tudi prikrajševale na področju potreb po pridobivanju in zadrževanju materialnih dobrin. Te

okoliščine so privedle s časom do zavora omenjenih osnovnih potreb in tega, da so se v slovenskem narodnem značaju pojavile kot dominantne d e p r e s i v n e in zlasti a n a n k a s t i š n e poteze, deloma v svoji dekompenzacijski, v večji meri pa v nadkompenzacijski obliki (v smislu neooanalitiških avtorjev).

Tako bi "klasični slovenski perfekcionizem" (D e b e n j a k) in v glavnem iz njega izvirajoče "delovno učinkovitost, redoljubnost in urejenost" (K l i n a r), "oziroma delovno natančnost in delovno vnemo" (J a v o r š e k), lahko postavili ob značilnosti a n a n k a s t i š n e osebnostne strukture po nadkompenzacijskem tipu: "rednost, natančnost, točnost, čistost, vestnost, zanesljivost, vztrajnost, načrtnost, odgovornost, korektnost, ambicioznost, načelnost, doslednost, normativnost, moralizem, konformizem, pedantnost, skrupuloznost", kot jih navaja B r e g a n t.

"Obrnjeni perfekcionizem" (D e b e n j a k), "dogmatični habitus" (P a t e r n u), "fatalizem" in afiniteta do jansenizma (S l o d n j a k) pa so poteze, ki sodijo bolj v okvir d e p r e s i v n e osebnostne strukture. Naj naštejem spet nekaj potez, značilnih za to strukturo: prekomerna tihost; pretirana skromnost; pripravljenost k odpovedovanju; nesposobnost kaj si osvojiti, prositi in zahtevati, se braniti; hipersocialen občutek odgovornosti; požrtvovalnost; krčevita prizadevnost; malodušnost; nagnjenje k alkoholizmu in samomoru (B r e g a n t).

Vprašanje je, kako naj ocenjujemo spremembe v slovenskem narodnem značaju po osvoboditvi, torej ko so se potrebi po pridobi-

vanju in težnji po uveljavljanju odprle takšne možnosti, kot jih doslej pri nas še ni bilo. Po mnenjih prej citiranih avtorjev: filozofov, sociologov, ekonomistov in književnikov, bi sklepali, da Slovenci temu - objektivno bolj ugodnemu položaju nismo kos, da predstavlja ta položaj (spet v smislu neeanalitskih avtorjev) "i z k u š n j a v n o s i t u a c i j o" (Versuchungssituation), v kateri smo "dekompensirali", tako da sta nas premagali potrošniška mrzlica in hlastavica po uspehu - pač ker spriče zavrtosti na teh dveh področjih tu težko ujamemo pravo mero. Potrošniška ihta in lov za uspehom drobita našo družbo, družine se zapirajo vase, se pa hkrati rahljajo tudi vezi med družinskimi člani. Navzlic industrializaciji, urbanizaciji in mondializaciji, izredno poživljenim zunanjim komunikacijam med ljudmi, je človek v množici danes bolj sam, pa zaradi tega doživlja več tesnobe, notranjih konfliktov in dilem, ki jih ob pomanjkanju duhovne (mogoče bi lahko rekli emocionalne) opore težje razrešuje pa ga ta situacija zato tudi pogosteje privede v depresivnost, alkoholizem in na samomorilne misli.

Ta podoba našega narodnega značaja je tudi ena izmed drugih "domnevnih" (K l i n e b e r g), ker do nje večidel ni privedla analiza preišljenih anket itd, med populacijo, temveč se je izoblikovala iz intuitivnih ocen našega človeka, pa so utegnili biti naši prispevki k tej podobi močno subjektivno obarvani in tudi pod vplivom istih osebnostnih značilnosti, kot smo jih opisovali kot slovenski narodni značaj.

P o v z e t e k

Raziskave samomora v zveznem in posebej v republiškem merilu so bile doslej dokaj pičle in fragmentarne. Večina teh del posreduje podatke, ki bodisi rudimentarno poročajo o samomoru v republiškem oz. zveznem merilu, ali pa sicer podrobneje, toda z različnimi merili poročajo o tem fenomenu na ožjem teritoriju. Posamezne študije načenjajo samomor z ozkih specialnih vidikov (psihiatričnega, sodno-medicinskega, pravnega, alkoholškega).

Za proučevanje samomora v Sloveniji so po mojem mnenju najpomembnejši - ker kažejo na določene specifičnosti samomorilnega vedenja pri nas - podatki, katere nam posredujejo:

- Z u p a n c (1893), ki nam poroča o nizkem koeficientu samomora pred 80 leti med našim prebivalstvom, oz. na ozemlju tedanje Kranjske, namreč 6,8, hkrati pa o visokem koeficientu uboja-umora 6,7;
- Z r i m e c (1956), ki dokumentirano opozori na - v državnem in svetovnem merilu - visoko samomorilnost v Sloveniji in deloma na recipročnost nesreč in umorov na eni ter samomorov na drugi strani;
- M i l i ć (1959), ki vnovič pokaže na izredno pogostnost samomora v Sloveniji ter Vojvodini, (katera za Slovenijo v koeficientu samomora le lahko zaostaja), poleg tega pa opozori na izredno prevladovanje samomora med moškimi osebami v Sloveniji;
- V o g e l n i k (1965), ki opozori na to, da je pri nas s samomorom relativno dokaj hučo obremenjena že mlada populaci-

ja, tako, da se tudi v tem podatku Slovenija lahko primerja z deželami v svetu, ki v tem pogledu vodijo;

- Ž m u e (1968), ki pokaže, da je med osebami, ki so po zadnji vojni pri nas napravile samomor, skoraj polovico alkoholikov;

- S t a t i s t i č n i l e t o p i s (1968), iz katerega izvemo, da je bil tudi v 1966. letu (zadnji uradni podatek) koeficient samomora v Sloveniji zelo visok 25,8, kar je med vsemi republikami najvišja številka, zelo visoka pa tudi v primerjavi z drugimi deželami po svetu, da pa je bil koeficient uboja-umora v istem letu le 2,4, kar je (za Bosno in Hercegovino) druga najnižja številka v državi.

Ti viri nas torej opozarjajo na:

- 1) veliko pogostnost samomora v Sloveniji, ki se je pojavila neznano kdaj po 1890.letu in je sedaj tolikšna, da jo je mogoče primerjati s samomorilnostjo v tem pogledu najbolj obremenjenih dežel na svetu;
- 2) posebno hudo suicidalno obremenjenost moške populacije;
- 3) precejšno pogostnost samomora že med mlajšimi osebami;
- 4) zelo pogosten alkoholizem med osebami, ki si v Sloveniji vzamejo življenje.

Kake sistematične študije slovenskega narodnega značaja ("nacionalnega karakterja") Slovenci ne premoremo. Iz - gotovo nepopolne - kompilacije impresij, ki jih v tem zasledimo v naši filozofski, sociološki, psihološki, ekonomski literaturi, bi si pa utegnili ustvariti vtis, da so v našem narodnem značaju dominantne (v smislu neocanalitskega nauka), depresivne in zlasti anankastične poteze, večidel v svoji nadkompenzacijski obliki.

DRUGI DEL
NAŠA RAZISKAVA

IV. NEKAJ SPLOŠNIH PODATKOV O SAMOMORIH V SLOVENIJI -1964-1968
(dr. Janez Pečar)

Za ugotavljanje prostorske in časovne razpršitve ali gostitve samomorov smo uporabili izključno statistične podatke zavoda SRS za Slovenijo (o dokončanih samomorih). Čeprav smo ob neposrednem obdelovanju statističnih listov ugotavljali tudi kakšne napake, ki lahko omajajo zaupanje v to vrsto zbiranja podatkov, moramo najbrž dopuščati tudi pomanjkljivosti, ki se ob masovnih številih izgube in pogosto bistveno ne vplivajo na končne rezultate. Namen tega dela raziskave je podati nekaj splošnih ugotovitev o časovnih in geografskih gostitvah samomorov brez pretencij pojasnjevati sociološko - ekološke, etno-psihološke, kulturne, zgodovinske, ekonomske in druge komponente, ki vodijo v tak pojav, kajti zato še vse pre malo vemo. Suicidologija je pri nas disciplina, ki si šele utira svojo pot ob hudo zanemarjeni suicidalni kazuistiki. Slovensko sociologijo še marsikaj čaka ob spoznavanju slovenske družbe ter se moramo za začetek zadovoljiti s skromnejšimi rezultati. Zato se bomo lotili tovrstne problematike v glavnih obrisih, predvsem z vidika regionalne in statusne problematike suicidantov v mejah, ki nam jih dopuščajo statistični podatki. Metoda proučevanja v tem delu je predvsem statistična, pri kateri bodo najpogosteje uporabljeni koeficienti, ki obravnavajo to področje in se povsod po svetu najbolj popularni ter obenem omogočajo mednarodno primerjavo.

Ob interpretaciji globalnih podatkov o samomorilnem pojavu na Slovenskem se bomo redkeje lotili mednarodnega primerjanja. To je bilo v zadnjih letih, na najrazličnejše načine že storjeno bodisi v dnevnem, revialnem ali kakšnem drugem tisku, pri raziskovalnem delu pa zlasti v "Samomor in samomorilni poskus" dr. Leva Milčinskega v knjigi Socialna patologija, Ljubljana 1962, stran 180-213 in tudi v publikaciji Jelene Špadijer-Džinić: Samoubistva u Vojvodini (1959-1963), Beograd, strani 131.

Oba pisca dokazujeta, da je v SFRJ največja pogostost samomorov prav v Sloveniji. Prof. Milčinski pa je že nekajkrat utemeljil, da je samomorilnost v Sloveniji pod vrhom svetovne lestvice, še posebno če vzamemo v obzir moški spol.

Pred njima se je s samomori v Sloveniji statistično ukvarjal Stane Zrimec, ki je v Prikazih in študijah Zavoda SRS za statistiko 1956, II/10 napisal članek: Nasilne smrti v SRS v letih 1950-1954.

1) Samomori v zadnjih dveh desetletjih

Zrimčeva študija, tako kot pričujoča, obravnavata petletno obdobje. Ker imata obe za temeljni vir statistični list o samomoru bo toliko bolj omogočena morebitna primerjava in očitne kakšne regionalne časovne ali druge razlike. Med tem časom je poteklo polno desetletje, kar je dovolj za ugotavljanje kakšnih razločkov, ki jih bo morda mogoče tudi sociološko, in ne samo statistično razlagati glede na družbene spremembe, dinamičnost, urbanizacijo, migracijo, brezposel-

nost in podobno ter kakšne globalne družbene spremembe povezovati s suicidalno kazuistiko oz. problematiko.

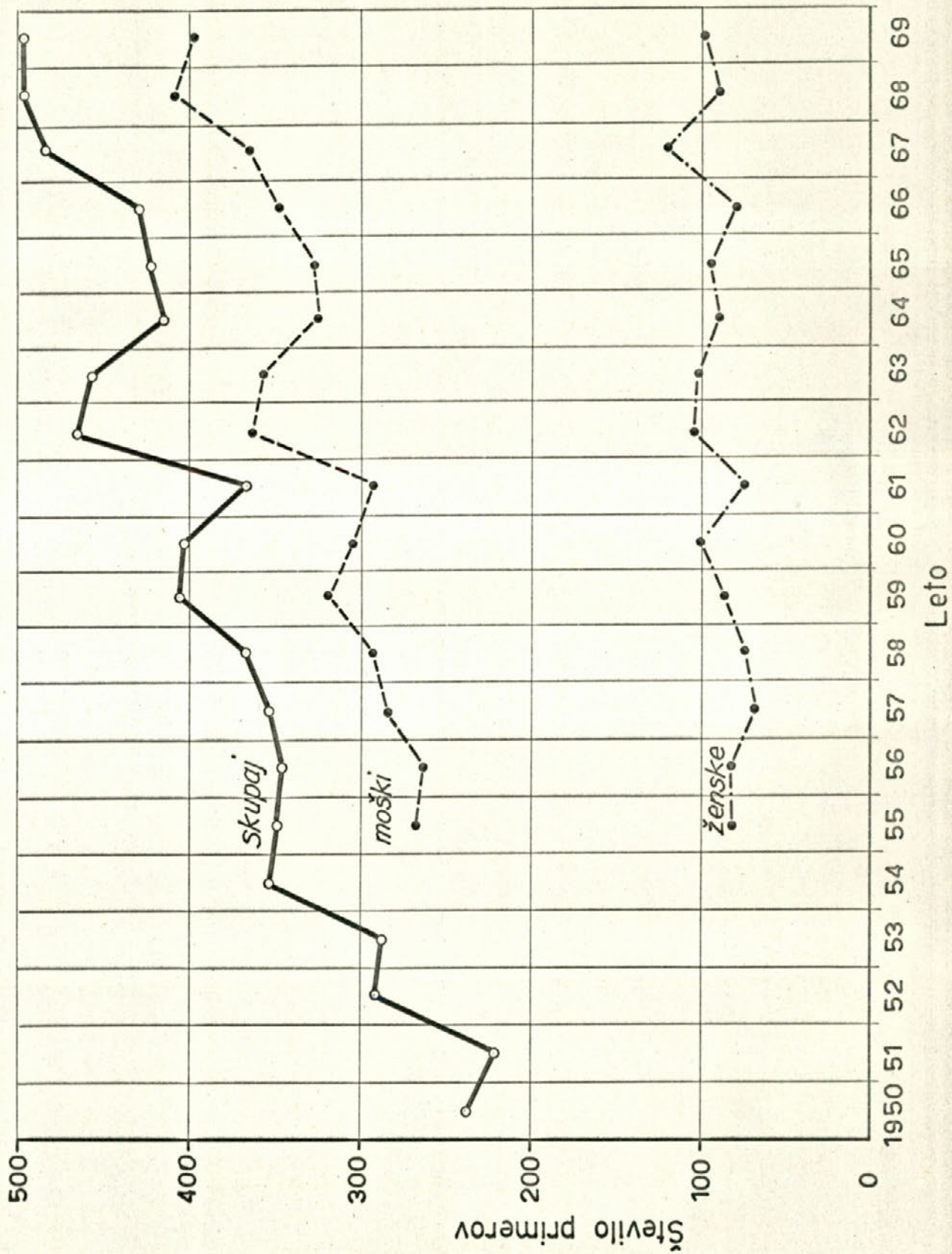
V tem pregledu posegamo v nekoliko daljšo preteklost suicidalnih pojavov v Sloveniji.

Tabela 1 - Samomori v Sloveniji v letih 1950-1969

| Leto | Skupaj | Moški | Ženske | Odstotek žensk | Koeficienti | |
|------|--------|-------|--------|-------------------|-------------|----------|
| | | | | | Letni | Petletji |
| 1950 | 239 | | | | 16,3 | |
| 1951 | 222 | | | | 15,0 | |
| 1952 | 292 | | | | 19,5 | 18,6 |
| 1953 | 288 | | | | 19,1 | |
| 1954 | 353 | | | | 23,2 | |
| 1955 | 350 | 268 | 82 | 23,4 | 22,8 | |
| 1956 | 346 | 263 | 83 | 24,0 | 22,4 | |
| 1957 | 354 | 285 | 69 | 19,5 | 22,7 | 23,4 |
| 1958 | 368 | 293 | 75 | 21,2 | 23,5 | |
| 1959 | 406 | 319 | 87 | 21,4 | 25,7 | |
| 1960 | 404 | 304 | 100 | 24,7 | 25,6 | |
| 1961 | 367 | 293 | 74 | 20,2 | 23,0 | |
| 1962 | 466 | 362 | 104 | 22,3 | 29,0 | 26,3 |
| 1963 | 458 | 357 | 101 | 22,0 | 28,4 | |
| 1964 | 415 | 325 | 90 | 21,7 | 25,4 | |
| 1965 | 423 | 328 | 95 | 22,4 | 25,7 | |
| 1966 | 429 | 349 | 80 | 18,6 | 26,0 | |
| 1967 | 485 | 365 | 120 | 24,7 | 28,6 | 27,7 |
| 1968 | 498 | 409 | 89 | 17,9 | 29,3 | |
| 1969 | 498 | 399 | 99 | 19,9 | 28,9 | |

Samomori v Sloveniji so se v zadnjih dvajsetih letih po absolutnem številu več kot podvojili. Žal nismo mogli dobiti podatkov o strukturi spola za prvo petletje, toda ne glede na to lahko sklepamo, da je udeležba žensk v samomoru znatno manjša kot pri moških.

Samomori v Sloveniji v letih 1950-1969



Povprečna udeležba žensk v samomorih je naslednja:

| | |
|----------------------|--------|
| v letih 1955 do 1959 | 21,9 % |
| v letih 1960 - 1964 | 22,2 % |
| v letih 1965 - 1969 | 20,7 % |

ter se giblje okoli 1/5 vseh storjenih samomorov.

V dvajsetih letih je bilo v Sloveniji 7.661 samomorov, od tega

| | <u>Število</u> | <u>Povprečni koeficient</u> |
|---------------------|----------------|-----------------------------|
| v letih 1950 - 1954 | 1.394 | 18,6 |
| v letih 1955 - 1959 | 1.824 | 23,4 |
| v letih 1960 - 1964 | 2.110 | 26,3 |
| v letih 1965 - 1969 | 2.333 | 27,7 |

Tendence porasta so bolj očitne v petletnih intervalih, v katerih se zgube oz. izbrišejo enoletne amplitude.

Težko je reči, zakaj je prav v Sloveniji največ samomorov izmed vseh republik v Jugoslaviji. Vemo, da je v Sloveniji narodni dohodek na prebivalca največji, da je največja industrializacija, migracija in urbanizacija, da so tu najboljše prometne zveze, da tudi kulturna stopnja je višja kot v drugih predelih Jugoslavije, da je relativno največ vozil, televizijskih in radio aparatov, da je najmanj nepismenih, da je povprečna stopnja umrljivosti moških višja, da je umrljivost novorojenčkov najnižja, da je med Slovenci največ naročnikov časopisov, da v Sloveniji prihajajo na delo ljudje iz drugih republik, ne pa narobe, kar je verjetno najboljši kazalnik družbeno-ekonomske rasti in razvoja.

Toda moramo po drugi strani zopet poudariti, da je v Sloveniji, bolj kot drugje razširjen alkoholizem in da je tu naj-

manj ubojev, kar nekateri v sklopu z drugimi okoliščinami povezujejo z nacionalnim karakterjem, ki naj bi imel v Sloveniji bolj depresivno usmerjenost. Čista špekulacija bi bilo reči, da so kakšni globalni družbeni procesi in socialne spremembe vplivale v Sloveniji na hitrejšo dinamiko samomorov kot kje drugje v Jugoslaviji. Čeprav bi nekateri, zlasti zunaj, prav tu radi iskali determinante samomorilnosti. Nekaj sto individualnih usod, za katere smo v zadnjih letih nekoliko podrobneje izbrali podatke, v nobenem primeru ne kaže v tej smeri direktno. Čeprav po drugi strani ne bi mogli zanikati, da n.pr. osamljenost, marginalnost, socialna neintegritanost itd. ne kažejo simptomov anomalije, negativne statusne pozicije, socialne dezorganizacije in podobno. Toda na vse to nam eno samo empirično raziskovanje nikakor ne more odgovoriti, marveč jih bo potrebno znatno več, ki bodo zahtevale študiorno raziskovanje samomorov na Slovenskem. Pri tem pa bo potrebno upoštevati še različne pa tudi zgodovinske determinante, ki poleg ostalih prav tako oblikujejo ne samo kulturni vzorec in norme vedenja, ampak tudi takšno ali drugačno odzivnost vsakega posameznika na socialno okolje, na težave v življenju, tolerantnost in sposobnost prenašati tegobe, tako da ga ne bodo vodile v negativne nagnjenosti (kot so n.pr. alkoholizem in narkomanija, kriminalnost in delikventnost, in kakšni drugi pojavi, vključno s samomori). Nekatere izmed teh nagnjenosti postajajo vedenjski vzorec in kot kaže tudi sredstvo za reševanje socialnih konfliktov. Bati se je, da je v Sloveniji čedalje pogostejše tudi samomor, ki ga morda povzroča hitra razvojna dinamika, s svojimi pritiski, čedalje večjo družbeno diferenciacijo itd.

2) Samomorji po občinah

Poudarili smo že, da je koeficient samomorov v Sloveniji zelo visok in da je v Jugoslaviji najvišji, obenem pa je stopnja samomorov v Sloveniji v samem vrhu svetovne lestvice. Čeprav samomorji naraščajo marsikje po svetu, pa je njihov koeficient v Sloveniji nedvomno zaskrbljujoč. Leta 1962, ko je bil koeficient v Sloveniji 29,0, navaja Gibbs ¹⁾ najvišje koeficiente za naslednje dežele:

| | |
|--------------|------|
| Madžarska | 26,8 |
| Avstrija | 21,7 |
| Zah. Nemčija | 19,3 |
| Finska | 19,2 |
| Danska | 19,0 |
| Švedska | 18,5 |
| Švica | 18,5 |
| Japonska | 15,9 |

Toda po istem avtorju so imele gornje države v letu 1955 naslednje koeficiente samomorov: Japonska 25,3, Avstrija 22,8, Danska 22,5, Finska 22,4, Švica 21,6, Zah. Nemčija 19,3, Madžarska 17,9, Švedska 17,8 itd., v Sloveniji pa je bil koeficient v letu 1955 19,1.

Thomas ²⁾ navaja naslednje koeficiente samomorov v svetu: Izrael 1957 (židovska populacija) 48,8, Portugalska Indija 1957 - 46,4, Zah. Berlin 1956 - 33,9, Formoza 33,2 itd.

Pri tem je treba omeniti zlasti to, da imata visoke koeficiente tudi sosednji deželi, to sta Avstrija in Madžarska. Koefi-

1) Jack P. Gibbs: Suicide, 1968, stran 61

2) dr. Klaus Thomas: Handbuch der Selbstmordverhütung, str. 8

cienti za Hrvaško pa so za Slovenijo in Vojvodino na tretjem mestu v Jugoslaviji. Vse kaže, da gre v tem pogledu za določeno zaključeno območje, na katerem je suicidalnost v Srednji Evropi zelo visoka. Koeficient samomorov je bil istega leta v Italiji le 5,5 in v sosednih provincah nekoliko višji, toda še zdaleč ne tak kot v Sloveniji. Zaenkrat še ni pojasnil, zakaj je v Srednji Evropi oz. v biv. avstro-ogrskih deželah toliko samomorov.

Pogosto imajo manjša območja zelo visoko samomorilnost. Znano je n.pr., da ima v Evropi najvišji koeficient samomorov Berlin. Špadierjeva ³⁾ ugotavlja v svoji študiji, da imajo v Vojvodini leta 1959 - 1963 najvišje koeficiente občine: Subotica (54,1), Kaniža (49,2) itd. Skratka gre za to, da je znotraj kake dežele koeficient tega pojava zelo različen in da gre za geografske variacije samomorov, ki lahko nosijo tudi kakšna regionalna, ekološka, sociološka, socialna in druga obeležja.

Za ugotavljanje distribucije ali gostitve samomorov bi bilo dosti bolje, če bi jih uspeli prirediti po naseljih, kjer so imeli suicidanti prebivališče in ne po občinah. Tak način bi nam bolje pokazal realno podobo o pojavu. Toda omejena sredstva za raziskovanje nam niso dopuščala, da bi se ob znatno bolj zamotanem statističnem postopku lotili stvari tudi s te strani.

Ne glede na to pa nam razpršitve po občinah vendarle pokažejo večjo obremenjenost nekaterih občin od drugih. Žal se nam s

3) Jelena Špadijer - Džinić: Samoubistva u Vojvodini, 1966
stran 111

tem zameglijo bolj urbanizirani, zlasti pa mestni predeli, v katerih se že na splošno pričakuje več samomorov. Menijo namreč, da je stopnja samomorov večja, bolj ko je prebivalstvo urbanizirano⁴⁾. Seveda pa je ta pojav povezan še z mnogimi drugimi determinantami, ki jih v suicidologiji, sociološke smeri označujejo s socialno izobrazbo, statusno integracijo, socialno dezorganizacijo in sekularizacijo itd. neupoštevajoč novejših smeri razlaganja pojava z vidika sinteze socioloških z biološkimi in psihološkimi spoznanji ter njihovimi klasifikacijami.

Suicidologija še ni prišla tako daleč, da bi različne psihološke, psihoanalitične, sociološke, fenomenološke in druge prijeme združevala v eno samo teorijo za pojasnjevanje samomorov, kar bi koristilo zlasti tudi za preučevanje prostorske razdelitve samomorov, katerih interpretacija je vedno zelo zanimiva in tudi tvegana.

Povprečni koeficienti samomorov po občinah kažejo, da so njihove stopnje zelo različne. V Sloveniji so območja, kjer je samomor silno redek pojav (n.pr. v petih letih na območju občine Ribnice ni storila samomora nobena ženska) in območja, na katerih so samomori pogostni (n.pr. v občini Izola je povprečni koeficient samomorov moških 80,6).

Razdelitev občin glede na stopnjo samomorov v posamezne razrede (razred je 10,0) pa je naslednja:

4) Walter T. Martin: Theories of Variation in the Suicide Rate, stran 18

Tabela 2 - Občine glede na povprečni koeficient samomorov
v letih 1964 - 1968

| Razred (koeficienti) | O b č i n a |
|----------------------|--|
| do 10,0 | Ribnica |
| od 10,1 - 20,0 | Črnomelj, Domžale, Koper, Ilirska Bistrica, Metlika, Lendava, Sl.Građec, Vrhnika, Mozirje, Kočevje, Ljutomer, M. Sobota, Kamnik, Ravne na Koroškem |
| do 20,1 - 30,0 | Sl. Konjice, Postojna, Velenje, Ljubljana-Bežigrad, Moste-Polje, Vič-Rudnik, Šiška, Krško, Litija, Tržič, Nova Gorica, Novo mesto, Idrija, Ptuj, Kranj, Cerknica, Sl.Bistrica, Sevnica, Grosuplje, Dravograd, Zagorje, Brežice, Tolmin, Trebnje, Ajdovščina, Logatec |
| od 30,1 - 40,0 | Gornja Radgona, Piran, Ormož, Maribor, Šmarje pri Jelšah, Radovljica, Šentjur pri Celju, Tbovlje, Jesenice, Škofja Loka, Lenart, Hrastnik, Ljubljana-Center, Celje, Laško |
| od 40,1 in več | Izola, Sežana, Radlje ob Dravi, Žalec |

Kartogram porazdelitve koeficientov samomorov po občinah nam pokaže določene aglomeracije v Sloveniji, kjer je stopnja samomorov večja. Take regije z višjimi koeficienti so zlasti:

- vz. Štajerska z občinami Žalec, Celje, Sl. Konjice, Šentjur pri Celju in Šmarje pri Jelšah;
- Primorska z Izolo in Sežano;
- severna Štajerska z občinami Radlje, Maribor in Lenart;
- severozahodna Slovenija z občinami Jesenice, Radovljica in Škofja Loka.

Na splošno bi lahko rekli, da gositve samomorov nekako upadajo od severa Slovenije proti jugu, od Avstrije proti severno-zahodni Hrvatski. Izjema od tega sta občini Izola in Sežana na skrajnem jugozahodnem delu naše republike. Če si zamislimo navedeno podobo Slovenije v kontekstu z ekonomsko-socialno problematiko dežele ne bi mogli ugotoviti kakšnih posebnih zakonitosti. Visoke stopnje samomorov so tako na visoko urbaniziranih krajih kot na docela ruralnih območjih, v občinah z visoko stopnjo migracije, kot na tistih, ki nimajo takega obeležja, v občinah z visoko stopnjo narodnega dohodka, kot na tistih, ki so revne, na priselitvenih kot na odselitvenih območjih. Res pa je, da ne vemo, kako, kakšne še manjše aglomeracije pojavov znotraj občinskih območij vplivajo na to, da je neka občina bolj ali manj visoko na lestvici koeficientov samomorov. Nekako v tem smislu pa je že tudi Milič v svoji študiji ugotovil, da v Sloveniji ni posebnih razločkov med urbaniziranimi in neurbaniziranimi predeli.⁵⁾

V tem pogledu smo napravili tudi določen poskus tako, da smo range občin glede na povprečne koeficiente samomorov primerjali z rangom občin glede na dohodek na prebivalca in splošno razvitost, ki jo je prikazal Mrzlikar v svojem referatu: Regionalni aspekti socialno-ekonomskega razvoja Slovenije s posebnim ozirom na manj razvita območja". Njegov izračun obsega narodni dohodek, osnovna sredstva na zaposlenega, narodni dohodek privatnega kmetijstva na kmečkega prebivalca, odstotek zaposlenih v skupnem številu prebivalcev, odstotek nekmeč-

5) Milič V.: Samoubistva u Jugoslaviji; Anali Pravnog fakulteta Beograd, 1959, julij - december, stran 387-407

kega prebivalstva v skupnem prebivalstvu, promet trgovine na malo na prebivalca, število osebnih in tovornih avtomobilov na 100 prebivalcev, število zdravnikov na 10.000 prebivalcev itd.⁶⁾

Po Mrzlikarjevi oceni imajo:

| | <u>rang</u> |
|------------------------|-------------|
| najbolj razvite občine | 1 - 12 |
| bolj razvite | 13 - 24 |
| srednje razvite | 25 - 36 |
| manj razvite | 37 - 48 |
| najmanj razvite | 49 - 60 |

V nadaljevanju prikazujemo range razvitosti in range koeficientov:

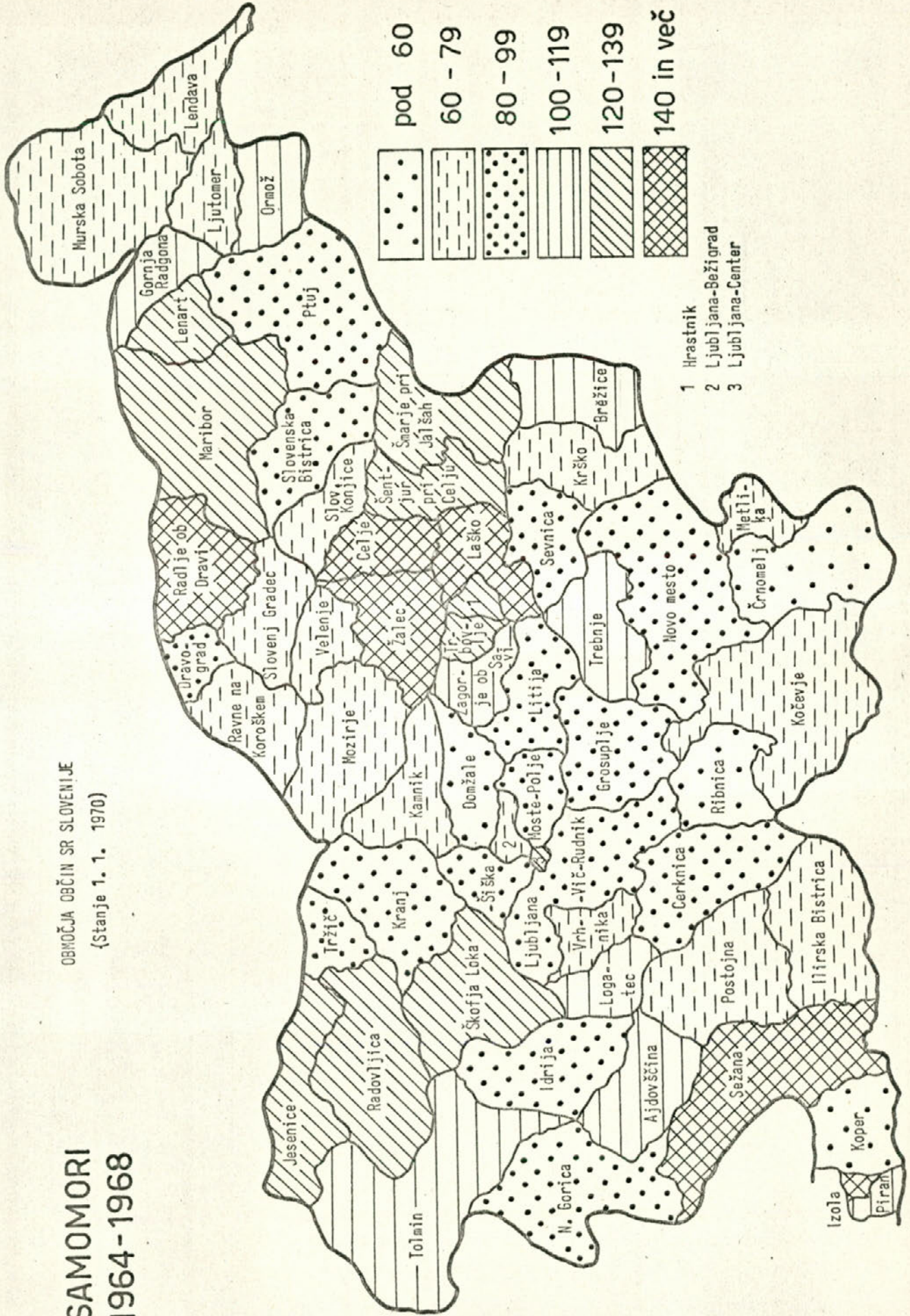
Ženske

| Rang občin v SR Sloveniji po razvitosti | Rang občin v SRS po koeficientu suici- dantov - žensk | d | d ² | |
|--|---|----|----------------|------|
| Ljubljana-Center | 1 | 2 | - 1 | 1 |
| Ljubljana-Bežigrad | 2 | 32 | - 30 | 900 |
| Koper | 3 | 47 | - 44 | 1936 |
| Celje | 4 | 17 | - 13 | 169 |
| Ljubljana-Šiška | 5 | 11 | - 6 | 36 |
| Jesenice | 6 | 10 | - 4 | 16 |
| Ljubljana-Moste | 7 | 34 | - 27 | 729 |
| Trbovlje | 8 | 4 | + 4 | 16 |
| Piran | 9 | 29 | - 20 | 400 |
| Kranj | 10 | 31 | - 21 | 441 |
| Nova Gorica | 11 | 22 | - 11 | 121 |
| Tržič | 12 | 59 | - 47 | 2209 |
| Maribor | 13 | 14 | - 1 | 1 |

6) Stane Mrzlikar, dipl.ek.: Referat z gornjim naslovom na jubilejni Skupščini Zveze ekonomistov Slovenije, Celje, od 16. na 17. aprila 1970. Posvetovanje o konceptu dolgoročnega ekonomsko-političnega razvoja Slovenije.

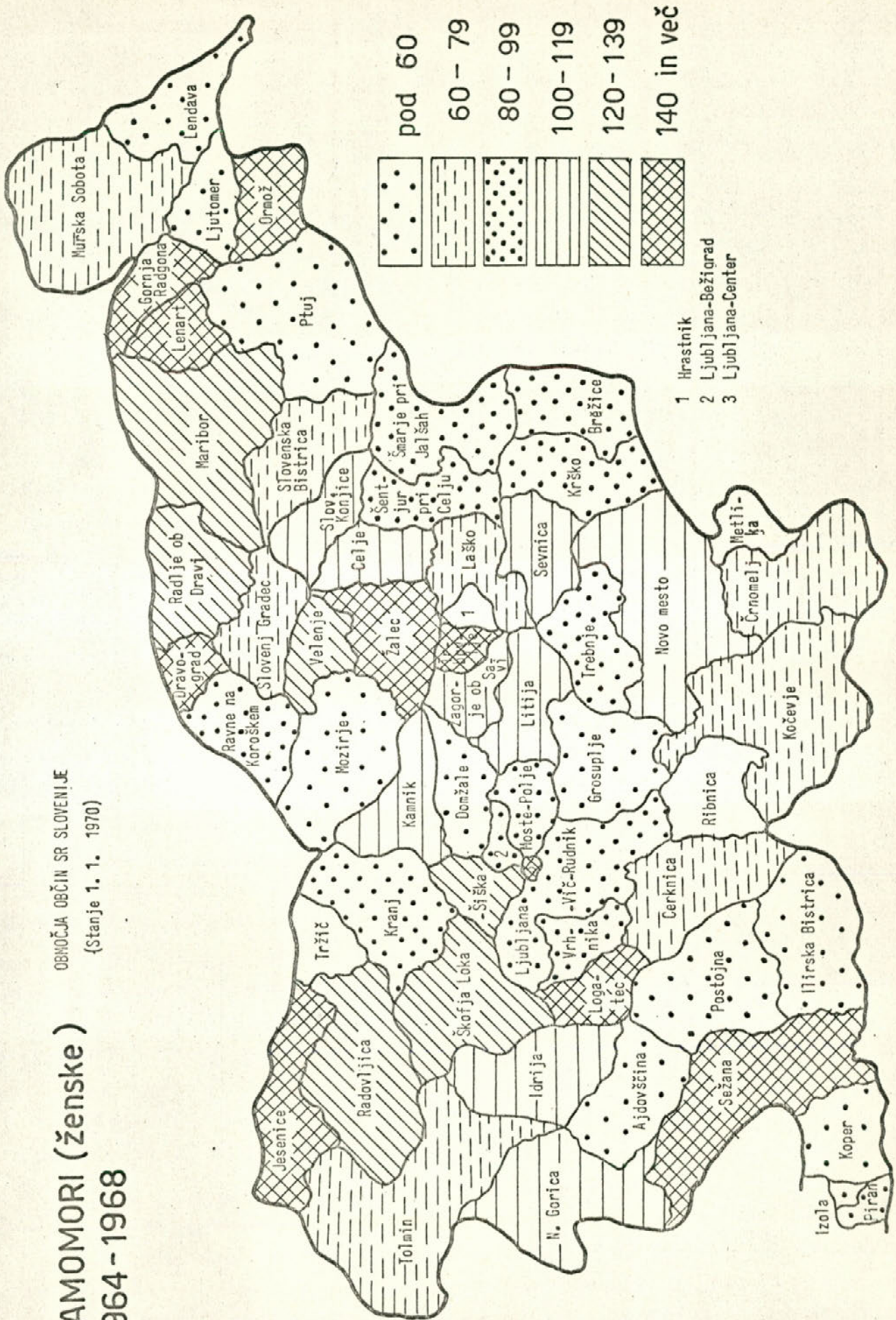
SAMOMORI 1964-1968

OBMOČJA OBČIN SR SLOVENIJE
(Stanje 1. 1. 1970)



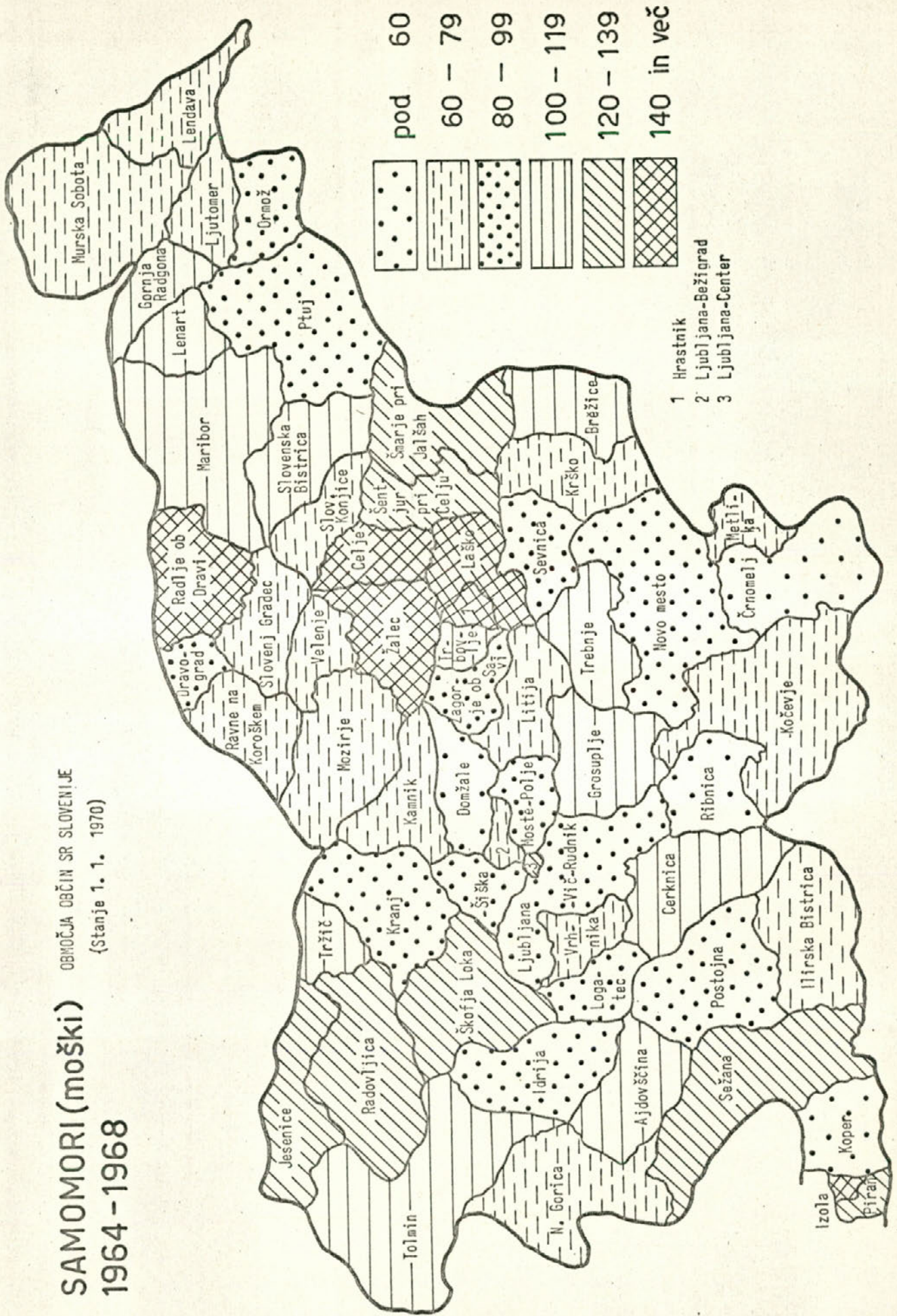
SAMOMORI (ženske) 1964-1968

OBNOČJA OBČIN SR SLOVENIJE
(Stanje 1. 1. 1970)



SAMOMORI (moški) 1964-1968

OBMOČJA OBČIN SR SLOVENIJE
(Stanje 1. 1. 1970)



| | | | | |
|--------------------|----|----|------|------|
| Izola | 14 | 56 | - 42 | 1764 |
| Sežana | 15 | 1 | + 14 | 196 |
| Velenje | 16 | 12 | + 4 | 16 |
| Radovljica | 17 | 15 | + 2 | 4 |
| Hrastnik | 18 | 54 | - 36 | 1296 |
| Postojna | 19 | 58 | - 39 | 1521 |
| Ravne na Koroškem | 20 | 37 | - 17 | 289 |
| Kočevje | 21 | 43 | - 22 | 484 |
| Iđrija | 22 | 25 | - 3 | 9 |
| Škofja Loka | 23 | 16 | + 7 | 49 |
| Domžale | 24 | 55 | - 31 | 961 |
| Kamnik | 25 | 21 | + 4 | 16 |
| Logatec | 26 | 8 | + 16 | 256 |
| Vrhnika | 27 | 36 | - 9 | 81 |
| Novo mesto | 28 | 24 | + 4 | 16 |
| Zagorje ob Savi | 29 | 20 | + 9 | 81 |
| Ljubljana-Vič | 30 | 28 | + 2 | 4 |
| Slovenske Konjice | 31 | 19 | + 12 | 144 |
| Žalec | 32 | 6 | + 26 | 676 |
| Cerknica | 33 | 39 | - 6 | 36 |
| Slovenj Gradec | 34 | 42 | = 8 | 64 |
| Ilirska Bistrica | 35 | 50 | - 15 | 225 |
| Ajdovščina | 36 | 48 | - 12 | 144 |
| Dravograd | 37 | 9 | + 28 | 784 |
| Laško | 38 | 38 | 0 | 0 |
| Krško | 39 | 33 | + 6 | 36 |
| Tolmin | 40 | 45 | - 5 | 25 |
| Mozirje | 41 | 51 | - 10 | 100 |
| Radlje ob Dravi | 42 | 13 | + 29 | 841 |
| Metlika | 43 | 49 | - 6 | 36 |
| Istija | 44 | 23 | + 21 | 441 |
| Brežice | 45 | 26 | + 19 | 361 |
| Ptuj | 46 | 46 | 0 | 0 |
| Ribnica | 47 | 60 | - 13 | 169 |
| Črnomelj | 48 | 44 | + 4 | 16 |
| Sevnica | 49 | 18 | + 31 | 961 |
| Grosuplje | 50 | 57 | - 7 | 49 |
| Ljutomer | 51 | 53 | - 2 | 4 |
| Slovenska Bistrica | 52 | 40 | + 12 | 144 |
| Gornja Radgona | 53 | 7 | + 46 | 2116 |
| Trebnje | 54 | 35 | + 19 | 361 |
| Lendava | 55 | 52 | + 3 | 9 |
| Murska Sobota | 56 | 41 | + 15 | 225 |
| Šmarje pri Jelšah | 57 | 27 | + 30 | 900 |

| | | | | |
|-------------------|----|----|------|---------|
| Šentjur pri Celju | 58 | 30 | + 28 | 784 |
| Ormož | 59 | 3 | + 56 | 3136 |
| Lenart | 60 | 5 | + 55 | 3025 |
| | | | | = 29830 |

$$= 1 - \frac{6 \cdot d^2}{N \cdot (N^2 - 1)} = \frac{6 \cdot 29830}{60 \cdot (60^2 - 1)} = \frac{178980}{215940} = - 0,829$$

Moški

| Rang občin v SR Sloveniji po razvitosti | Rang občin v SRS po koeficientu moških suicidantov | d | d ² |
|--|--|----|----------------|
| Ljubljana-Center | 1 | 9 | 64 |
| Ljubljana-Bežigrad | 2 | 42 | 1600 |
| Koper | 3 | 58 | 3025 |
| Celje | 4 | 6 | 4 |
| Ljubljana-Šiška | 5 | 37 | 1024 |
| Jesenice | 6 | 13 | 49 |
| Ljubljana-Polje | 7 | 38 | 961 |
| Trbovlje | 8 | 20 | 144 |
| Piran | 9 | 14 | 25 |
| Kranj | 10 | 29 | 361 |
| Nova Gorica | 11 | 40 | 841 |
| Tržič | 12 | 22 | 100 |
| Maribor | 13 | 16 | 9 |
| Izola | 14 | 1 | 169 |
| Sežana | 15 | 11 | 16 |
| Velenje | 16 | 56 | 1600 |
| Radovljica | 17 | 12 | 25 |
| Hrastnik | 18 | 5 | 169 |
| Postojna | 19 | 35 | 256 |
| Ravne na Koroškem | 20 | 48 | 784 |
| Kočevje | 21 | 49 | 784 |
| Idrija | 22 | 34 | 144 |
| Škofja Loka | 23 | 7 | 256 |
| Domžale | 24 | 57 | 1089 |
| Kamnik | 25 | 55 | 900 |
| Logatec | 26 | 31 | 25 |
| Vrhnika | 27 | 54 | 729 |
| Novo mesto | 28 | 36 | 64 |
| Zagorje ob Savi | 29 | 30 | 1 |

| | | | | |
|--------------------|----|----|------|------|
| Ljubljana-Vič | 30 | 28 | + 2 | 4 |
| Slovenske Konjice | 31 | 53 | - 22 | 484 |
| Žalec | 32 | 2 | + 30 | 900 |
| Cerknica | 33 | 25 | + 8 | 64 |
| Slovenj Gradec | 34 | 51 | - 17 | 289 |
| Ilirska Bistrica | 35 | 52 | - 17 | 289 |
| Ajdovščina | 36 | 18 | + 18 | 324 |
| Dravograd | 37 | 39 | - 2 | 4 |
| Laško | 38 | 4 | + 34 | 1156 |
| Krško | 39 | 43 | - 4 | 16 |
| Tolmin | 40 | 15 | + 25 | 625 |
| Mozirje | 41 | 46 | - 5 | 25 |
| Radlje ob Dravi | 42 | 3 | + 39 | 1521 |
| Metlika | 43 | 50 | - 7 | 49 |
| Litija | 44 | 44 | 0 | 0 |
| Brežice | 45 | 26 | + 19 | 361 |
| Ptuj | 46 | 27 | + 19 | 361 |
| Ribnica | 47 | 60 | - 13 | 169 |
| Črnomelj | 48 | 59 | - 11 | 121 |
| Sevnica | 49 | 33 | + 16 | 256 |
| Grosuplje | 50 | 19 | + 39 | 1521 |
| Ljutomer | 51 | 40 | + 11 | 121 |
| Slovenska Bistrica | 52 | 23 | + 29 | 841 |
| Gornja Radgona | 53 | 24 | + 29 | 841 |
| Trebnje | 54 | 21 | + 33 | 1089 |
| Lendava | 55 | 47 | + 8 | 64 |
| Murska Sobota | 56 | 45 | + 11 | 121 |
| Šmarje pri Jelšah | 57 | 10 | + 47 | 2209 |
| Šentjur pri Celju | 58 | 8 | + 50 | 2500 |
| Ormož | 59 | 32 | + 27 | 729 |
| Lenart | 60 | 17 | + 43 | 1849 |

= 34121

$$= 1 - \frac{6 \cdot d^2}{N \cdot (N^2 - 1)} = \frac{6 \cdot 34121}{60 \cdot (60^2 - 1)} = \frac{204726}{215940} = - 0,948$$

Korelacija ranga med razvitostjo posameznih občin in stopnjo samomorilnosti pri ženskah in moških je negativna. Pri ženskah je - 0,829, pri moških pa - 0,948. Načeloma bi lahko postavili trditev, ki ne podpira nekaterih teorij, ki pričaku-

jejo več samomorilnosti v urbaniziranih središčih in v krajih z intenzivnejšo migracijo. Tudi ta primerjava kaže na to, da je v suicidalni problematiki na Slovenskem vsaj za krajše petletno obdobje, v regionalni razpršenosti samomorov, še težko ugotoviti, kakšne v teorijah znane splošne socialne zakonitosti. Kajti samomorov je včasih več tam, kjer jih ne bi pričakovali in manj na tistih območjih, ki bi po svoji urbano - socialnih okoliščinah morale vplivati na ta pojav.

Iz naše primerjave torej izhaja, da so manj razvita območja predvsem tudi ruralna, precej obremenjena s samomorilnostjo. To se izraža tudi v tem, da je med samomorilnimi ljudmi največ pripadnikov spodnjih socialnih slojev.

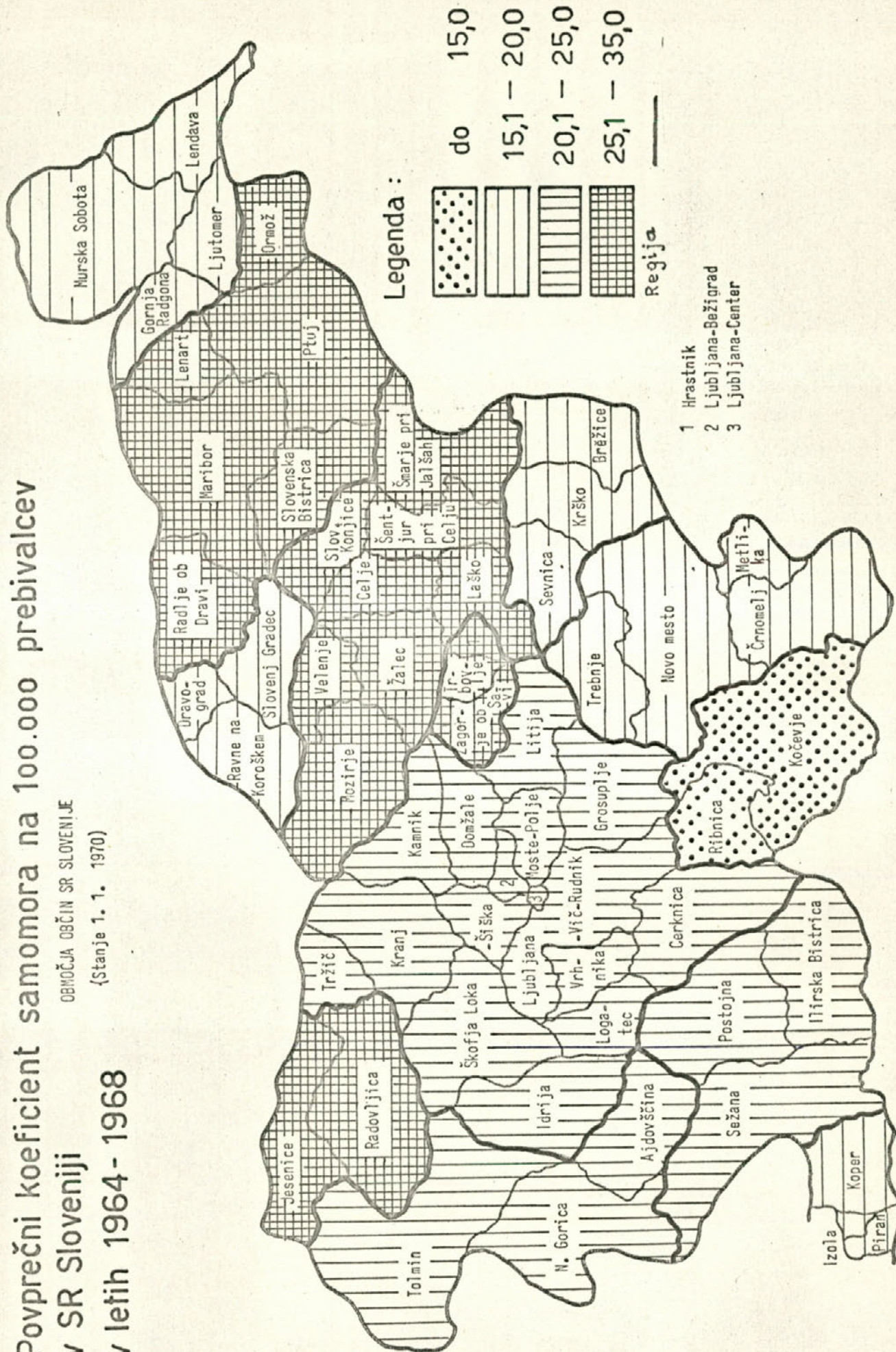
3) Samomori po regijah

Območje Slovenije smo razdelili tudi na manjše predele, ki pa so vendarle večji od občin, upoštevajoč pri tem Mrzlikarjevo regionalizacijo, ki vključuje v neko regijo tiste občine, ki gravitirajo k nekemu središču ali predstavljajo neko bolj ali manj zaključeno celoto.^{x)} S tem se nam sicer zabrišejo večji individualni razločki slovenskih občin, vendar pa se jasneje pokaže obremenjenost posameznih predelov s temi pojavi. Glede na že omenjeno razdelitev so koeficienti posameznih območij naslednji:

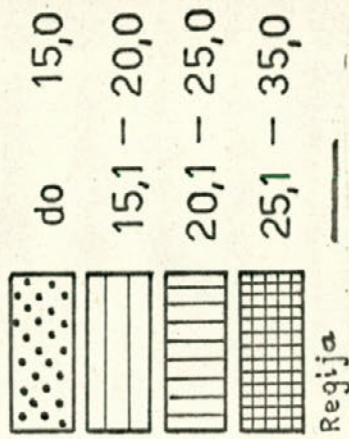
x) Glej priloženo razdelitev občin po posameznih regijah.

Povprečni koeficient samomora na 100.000 prebivalcev v SR Sloveniji v letih 1964-1968

OBMOČJA OBČIN SR SLOVENIJE
(Stanje 1. 1. 1970)



Legenda :



- 1 Hrastnik
- 2 Ljubljana-Bežigrad
- 3 Ljubljana-Center

- I. Pomurska regija: (občine: Murska Sobota, Ljutomer, Lendava in Gornja Radgona)
- II. Podravska (mariborska) regija: (občine: Maribor, Lenart, Ormož, Ptuj, Radlje ob Dravi in Slovenska Bistrica)
- III. Zgornje podravska (ravenska) regija: (občine: Ravne na Koroškem, Dravograd in Slovenjgradec)
- IV. Savinjska (celjska) regija: (občine: Celje, Laško, Mozirje, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju, Šmarje pri Jelšah, Velenje in Žalec)
- V. Zasavska (trboveljska) regija: (občine: Hrastnik, Trbovlje, Zagorje)
- VI. Centralno slovenska (ljubljska) regija: (občine: Ljubljana, Domžale, Kamnik, Škofja Loka, Kranj, Tržič, Litija, Grosuplje, Vrhnika, Logatec, Cerknica in Idrija)
- VII. Zgornjesavska (jeseniška) regija: (občine: Jesenice in Radovljica)
- VIII. Spodnjesavska (krška) regija: (občine: Sevnica, Videm-Krško in Brežice)
- IX. Dolenjska (novomeška) regija: (občine: Novo mesto, Trebnje, Črnomelj, Metlika)
- X. Kočevska regija: (občine: Kočevje in Ribnica)
- XI. Obmorska (koperska) regija: (občine: Koper, Izola in Piran)
- XII. Kraška (postojnska) regija: (občine: Postojna, Sežana in Ilirska Bistrica)
- XIII. Posoška (goriška) regija: (občine: Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin).

| Rang | R e g i j a | Povpreč.koefic. na 100.000 preb. 1964 - 1968 | Delež žensk v samomorih |
|------|------------------|--|----------------------------|
| 1 | Zgornjesavska | 34,1 | 21,7 |
| 2 | Savinjska | 33,2 | 19,7 |
| 3 | Zasavska | 32,4 | 21,9 |
| 4 | Podravska | 30,9 | 21,1 |
| 5 | Kraška | 28,0 | 23,5 |
| 6 | Posočka | 25,8 | 18,3 |
| 7 | Centralno slov. | 25,4 | 22,7 |
| 8 | Spodnjesavska | 24,6 | 21,9 |
| 9 | Obmorska | 24,4 | 13,4 |
| 10 | Dolenjska | 21,8 | 22,7 |
| 11 | Pomurska | 20,7 | 19,4 |
| 12 | Zgornjepodravska | 20,3 | 22,5 |
| 13 | Kočevska | 13,8 | 15,0 |

Tudi ta razdelitev v svojih glavnih tendencah, z redkimi izjemami kaže, da je gostota samomorov nižja od severa proti jugu, kakor smo že ugotovili pri distribuciji koeficientov po občinah. Ob preizkušanju kakšnih drugih determinant, ki se hipotetično lahko povezujejo s tem pojavom kot n.pr. gostota prebivalstva, delež kmečkega prebivalstva, gostota motornih vozil, urbanizirani ali ruralni predeli itd. nam niso pokazali kakšnih ožjih korelacij glede na regionalno razpršenost.

4) S p o l

Splošno je znano, da so ženske manj podvržene samomorom kot moški in da nekajkrat pogosteje poskušajo samomor kot moški. To dejstvo ugotavljajo ob udeležbi samomorov ne glede ali gre za regionalno razprostranost tega pojava, za časovne variaci-

je, starostne skupine, raso, poklic, religijo itd. Obstajajo tudi razlage, ki pojasnjujejo, da je med ženskami manj samomorov tudi zato: "ker je manj družbeno angažirana in se v večini dežel odvija njeno življenje v ozkih družinskih okvirjih" ⁷⁾ Najbrž je treba iskati genezo tega pojava ne samo v socialnem statusu ženske in njeni socialni mobilnosti, marveč tudi v njeni psihični konstituciji in toleranci na pritiske. Za Slovenijo pa velja še ta značilnost, da je tu zaposlenih relativno največ žensk v Jugoslaviji, in morda v svetu sploh. Leta 1967 je bilo v Sloveniji med zaposlenimi 40,6 % ⁸⁾. Ta odstotek pa se je v zadnjih dveh letih še povečal (deloma tudi na račun večje moške ekonomske emigracije). S tem pa se znatno zmanjšuje vrednost takih ugotovitev. Ker največkrat skrbe tudi za družino, za otroke itd. ni mogoče verjeti, da bi doživljale manj tenzij in frustracij. Morda pa jih večja navezanost na tiste, za katere morajo skrbeti in na katere so morda bolj čustveno navezane, odvrča od samomorov in so v tem pogledu bolj imune, čeprav morajo, to pa zlasti vemo iz naše suicidalne kazuistike, prav zaradi tega in iz tega razmerja, marsikaj doživeti in prenesti. Ko pa jo ti zapuščajo ali razečarajo, ali ko jih ženska izgubi, tedaj pa je njena smrtnost v tem pogledu največja. To se navadno dogaja med 45 - 64 letom. V tem starostnem obdobju pa je v Sloveniji med ženskami tudi največ samomorov (35,7 %). Morda iz tega lahko sklepamo, da ima družina za žensko večjo protektivno vlogo kot pri moških.

⁷⁾ Glej o tem tudi Špadijer-Džinić, stran 82

⁸⁾ Statistični letopis SR Slovenije, leta 1968, stran 85

Stopnja samomorov med spoloma pa se zelo spreminja glede na območja, starostna obdobja in statusne kazalnike. V naši tabeli smo prikazali tudi primerjavo ranga občin po koeficientih ženskega in moškega samomorilstva.

Le v dveh občinah, to sta Brežice in Ljubljana-Vič-Rudnik sta ranga obeh spolov ista. Zelo blizu pa sta ranga med spoloma v občinah Kranj, Metlika, Ilirska Bistrica in Domžale. Toda to nikakor ne pomeni tudi, da bi bili koeficienti za ženske in moške v teh občinah enaki, ali da bi si bili po svoji vrednosti zelo blizu.

Koeficient samomorov za ženske je v teh letih 10,9 (Gibbs navaja za ženske naslednje najvišje koeficiente: Japonska 1954 - 17,8, Danska - 1954 - 15,4, Avstrija 1954 - 14,4, Švica 1954 - 12,0, Madžarska 1956 - 11,8 itd. Leta 1955 je bil v Sloveniji koeficient ženskih samomorov 10,4, za moške pa 44,4.

Distribucija koeficientov samomorov moškega spola kaže zaradi svoje štiripetinske udeležbe enako podobo kot skupni koeficienti tega pojava 1964 - 1968. Ker so moški samomori prevladujoči po številu diktirajo distribucijo v Slovenskem prostoru. Tako ima n.pr. občina Izola koeficient moških samomorov 87,6, ženske pa le 3,8 (skupni je 40,8). Najvišji koeficienti ženskih samomorov so v Sežani 26,3 (kar je blizu slovenskega povprečja vseh samomorov v letih 1964 - 1968), koeficient moških samomorov pa je v tej občini 56,6 (skupen pa 41,1).

Koeficienti med spoloma po občinah zelo variirajo. Na splošno lahko rečemo, da povsod v Sloveniji moški premočno prednjačijo.

Primerjava kartograma koeficientov za ženske s kartogramom koeficientov za moške poudarja nekatere očitne razločke, ki so v

- obmorski regiji,
- pomurski regiji,
- centralni (ljubljski) regiji,
- podravske in gornjepodravske regiji,
- savinjski regiji.

Relativna gostota samomorilnih žensk je večja na štirih, zase bolj ločenih pasovih, to so:

- Sežana kot tržaško zaledje,
- jugozahodni del z občinama Logatec in Ljubljana,
- pas, ki ga tvorijo občine Velenje, Žalec in Trbovlje,
- območje ob Dravi.

5) Starost samomorilnih ljudi

Stopnja samomorov se zelo spreminja glede na starostna obdobja. Na splošno je skoraj povsod na svetu najmanj samomorov v mlajših in zelo poznih letih človekovega življenja. Sicer pa gostota narašča s staranjem in dosega najvišje koeficiente v tistih starostnih skupinah oz. obdobjih, ko se masovneje začenjajo bolezni in upada človekova vitalnost.

Glede na posamezna starostna obdobja je bilo v Sloveniji 1964 - 1968 naslednje število samomorov:

Tabela 3 - Samomorji po starostnih obdobjih v letih 1964 - 1968

| Starost | Š t e v i l o | | | S t r u k t u r a | | |
|-----------|---------------|-------|--------|-------------------|-------|--------|
| | Skupaj | Moški | Ženske | Skupaj | Moški | Ženske |
| | 2.250 | 1.777 | 473 | 100 | 100 | 100 |
| do 19 | 124 | 84 | 40 | 5,5 | 4,7 | 8,7 |
| 20 - 24 | 167 | 128 | 39 | 7,4 | 7,2 | 8,2 |
| 25 - 44 | 838 | 698 | 140 | 37,3 | 39,3 | 29,6 |
| 45 - 64 | 799 | 630 | 169 | 35,5 | 35,5 | 35,7 |
| 65 in več | 314 | 232 | 82 | 14,0 | 13,0 | 17,4 |
| neznano | 8 | 6 | 2 | 0,3 | 0,3 | 0,4 |

Struktura tovrstnih razredov nam ne pove mnogo, ker si vsak raziskovalec skoraj po svoje prireja intervale, da jih lahko primerja. Več je pričakovati od izračuna koeficientov. Toda ne glede na to je razvidno, da je v najmlajših dveh razredih relativno, (nikakor pa ne absolutno) več žensk kot moških, ki povečajo svojo udeležbo tudi v zadnjih dveh intervalih, to je v starosti 65 let in naprej.

Za moške je značilna znatno višja udeležba v letih med 25 in 44 leti, to je v tistem času življenja vsakega posameznika, v katerem mora največ pokazati, se ustaliti, dokončno oblikovati svojo prihodnost, v katerem je verjetno čisto sociološko najbolj mobilen in vitalen, kar tudi v psihološkem smislu pomeni znatne obremenitve in konfliktnosti.

Kaže, da je najbolj kritično obdobje za ženske v starosti nad 45., pri čemer je verjetno iskati vzroke za to ne samo v so-

cioloških determinantah, marveč tudi v psihobioloških. Za razmišljanje o tem pa imamo premalo podatkov za slovensko suicidalno populacijo.

V skupni naslednji tabeli smo pri izračunu povprečnih koeficientov upoštevali prebivalstvo stare nad 15 let.

Tabela 4 - Samomorji po starostnih skupinah - letno povprečje v letih 1964 - 1968

| Starost | Skupaj | Moški | Ženske |
|-----------|--------|-------|--------|
| 15 - 19 | 17,2 | 22,8 | 11,5 |
| 20 - 24 | 27,3 | 41,1 | 12,9 |
| 25 - 44 | 34,3 | 59,2 | 11,1 |
| 45 - 64 | 48,7 | 85,7 | 18,7 |
| 65 in več | 42,6 | 80,2 | 18,4 |

Tabela kaže na tendence naraščanja samomorov z leti starosti suicidalne populacije. Ta tendenca je enakomerna pri moških, ki dosežejo visoko stopnjo samomorilnosti do 64 leta, ki nato pada (v nekaterih deželah, v katerih je povprečna starost višja, narašča suicidalnost tudi do 85 leta). Suicidološka raziskovanja znatno poudarjajo korelacijo med staranjem in suicidanti ter iščejo vzroke suicidopatije, ki spremljajo posamezne starostne skupine prav v njih samih. Ugotavljajo namreč, da se s staranjem, podobno kot v mladosti, pojavljajo občutki nesigurnosti, ki naraščajo v poznejši dobi, zlasti po upokojitvi. Upokojitev zahteva določeno prilagodljivost na nove razmere in okoliščine, povzroča v okolju upokojenega vrsto socialnih konfliktov, katerih nepremagovanje vodi tudi v samomor. Star človek je nenadoma postal brez funkcije. Suici-

dogenost te vrste primerjajo z nekakšno anomijo. ⁹⁾ K raznim sociološkimi determinantom in suicidogenim okoliščinam pa se pri obeh spolih pridružujejo in pri skoraj pri vsakem posamezniku aglomerirajo še psihološke, biološke, socialne in druge, katerih nepremagovanje, nemoč pred njimi, nezadovoljstvo s samim seboj in z drugimi itd. niso nepomembni za etiologijo samomorov. Moški spol je tudi pri nas, kot kaže v teh letih znatno manj odporen za tovrstne pritiske socialnega okolja in zoper biološke in psihične težave. V teh letih je pod težo takšnih življenjskih situacij še pogosto precej ljudi obremenjenih z alkoholizmom, ki že sam po sebi pomeni počasen samomor in večjo inklinacijo v tej smeri.

V pogledu visoke stopnje suicidalnosti v poznih letih človekovega življenja bi bilo v naših razmerah koristno preizkusiti tudi, ali so in kateri so tisti kraji v Sloveniji glede na prebivališče suicidantov, ki intenzivneje "producirajo" samomorilnost, v katerih krajih je ta pojav bolj privlačen (glede na starostne skupine) kot posebnim načinom razreševanja konfliktnih socialnih situacij, kje so v zvezi s starostjo ljudje bolj nagnjeni k samomorilstvu itd. Vsekakor pa bo to naloga slovenske suicidologije še v prihodnje.

V zvezi s starostjo suicidantov smo napravili še dve primerjavi in sicer z ugotovitvami Špadier-Džinićeve ¹⁰⁾ za Vojvodino, kot območjem v Jugoslaviji, ki ima takoj za Slovenijo

9) Glej o tem: Gerd Wiendiack: Social Determinants of Suicide in Old Age

10) Špadier-Džinić, prav tam stran 83

najvišje stopnjo samomorov in z Zrimcem, ki obravnava samomor v Sloveniji za leta 1950 - 1954.

a) Primerjava z Vojvodino

Tabela 5 - Samomori v Vojvodini in Sloveniji - koeficienti

| Starost | Vojvodina 1959-63 | | | Slovenija 1964-1968 | | |
|-----------|-------------------|-------|--------|---------------------|-------|--------|
| | Skupaj | Moški | Ženske | Skupaj | Moški | Ženske |
| 15 - 19 | 13,6 | 13,5 | 13,7 | 17,2 | 22,8 | 11,5 |
| 20 - 24 | 18,0 | 20,6 | 15,4 | 27,3 | 41,1 | 12,9 |
| 25 - 44 | 19,7 | 29,6 | 10,3 | 34,3 | 85,7 | 18,7 |
| 45 - 64 | 36,4 | 58,6 | 16,2 | 48,7 | 85,7 | 18,7 |
| 65 in več | 63,3 | 102,0 | 36,5 | 42,6 | 80,2 | 18,4 |

V tej primerjavi ne gre toliko za številnost in višino koeficientov, ampak bolj za premike v starostnih skupinah, ki je kljub različnima obdobjema lahko značilna. Iz gornjega izhajata predvsem dve ugotovitvi:

- v Vojvodini je samomorilnost precej večja kot v Sloveniji tudi po 65 letu starosti in to pri obeh spolih;
- pri ženskah pa je bilo že pred leti v Vojvodini več samomorov do 24 leta starosti kot v Sloveniji.

b) Primerjava s samomorilstvom v Sloveniji v letih 1950-1954¹¹⁾

Zrimec je v svojem sestavku uporabljal petletne intervale do 20 leta starosti, nato pa do 70 leta desetletne.

11) Stane Zrimec: Nasilne smrti v Sloveniji, prav tam, stran 11

Tabela 6 - Samomori na 100.000 prebivalcev v letih 1950 - 1954 in 1964 - 1968 (letno povprečje)

| Starost | 1950-1954 | | 1964-1968 | |
|----------------------|-----------|------|-----------|--------|
| | Vsi | Vsi | Moški | Ženske |
| 15 - 19 | 12,2 | 17,2 | 22,8 | 11,5 |
| 20 - 29 | 26,2 | 27,7 | 44,0 | 10,6 |
| 30 - 39 | 23,8 | 34,4 | 57,8 | 11,5 |
| 40 - 49 | 29,0 | 43,1 | 80,7 | 14,7 |
| 50 - 59 | 30,7 | 46,9 | 79,8 | 19,5 |
| 60 - 69 | 28,5 | 50,8 | 91,6 | 19,6 |
| nač 70 in neznani x) | 38,5 | 44,4 | 80,0 | |

Skupni koeficienti obeh obdobjih nam kažejo porast samomorilnosti v zadnjih letih, ki narašča v višjih starostnih skupinah znatno bolj kot prej. Žal Zrimec ne navaja koeficientov posebej za moške, posebej za ženske, da bi tudi te lahko primerjali.

Koeficienti v letih 1964 - 1968 kažejo tudi dinamiko porasta samomorilnosti pri moških, pri čemer so razločki med spoloma v posameznih intervalih večji. Faktorji povečevanja načeloma rastejo s starostjo.

6) Družinsko stanje

Na splošno mislijo, da so glede na družinsko stanje, poročeni manj nagnjeni k samomorom kot samski, vdoveli ali razvezani. Tudi tu se domneva, da ima zakonska zveza zaščitno vlogo. To

x) Zaradi možnosti primerjave smo morali upoštevati Zrimčevo kategorijo.

je lahko res, kolikor neredko ni geneze za samomorilno odločitev iskati prav v brodolomu zakonske zveze. Statistike v resnici kažejo, da je med samskimi manj samomorov, če pri tem ni upoštevana starost suicidalnih oseb. V tem smislu daje Gibbs naslednje koeficiente za Združene države Amerike v letih 1949 - 1951: samski 4,7, poročeni 13,4, vdoveli 24,9 in razvezani 45,8 ¹²⁾.

Če upoštevamo samsko populacijo ne glede na starostna obdobja, potem je nedvomno samskih med samomorilnimi ljudmi očitno manj. Zato je potrebno za samski stan pri ugotavljanju koeficienta samomorov in samomorilnih ljudi določiti neko starost, od katere dalje se za preučevanje tovrstne problematike približno lahko začne tovrstni status. V nasprotnem primeru bi se tudi verjetno pokazalo, da imajo poročeni med 15 in 19 letom najvišjo stopnjo suicidalnosti, ker jih je v tem starostnem obdobju najmanj. Zato najpogosteje štejejo 15. leto za začetek tiste starosti, od katere dalje naj se "neporočeni" štejejo za "samske".

Nekatera raziskovanja pa tudi naša kazuistika iz leta 1967, ki smo jo posebej preučevali kažejo, da so ljudje, ki so preživeli težko mladost, ali so bili v otroštvu zanemarjeni od staršev (naša kazuistika kaže na indiferentne odnose do otrok, alkoholizem ali kriminal v družini, daljšo odsotnost staršev, razveze staršev, duševne bolezni v čžjem okolju, odsotnost suicidanta z doma v otroški dobi zaradi revščine itd.) bolj ukvarjajo s suicidalnimi idejami in je njihovo

¹²⁾ Jack P. Gibbs: Suicide, Contemporary Social Problems, stran 246

suicidalno vedenje intenzivnejše od tistih, ki niso imeli težav take vrste. Mlajši ljudje verjetno bolj zapadajo takim vplivom iz zgodnje mladosti kot odrasli, ki najpogosteje imajo še koga, ki jih čustveno navezuje.

Zakonska zveza se razvija v sklopu medsebojnega zadovoljevanja, fizičnih, psihičnih, socialnih, materialnih in drugih potreb¹³⁾. Pri tem pa lahko katerikoli od zakoncev v določeni situaciji postane prikrajšan in se čuti prizadetega, bodisi emocionalno, ali kako drugače. V tem pogledu govorimo o družinski oz. zakonski patologiji, ki jo spremljajo frustracije, ogorčenje, maščevalnost, občutek nemoči (zlasti pri osebah, ki so materialno odvisne od drugega zakonca), sovražnost itd., kolikor ne gre še za zadovoljevanje kakšnih potreb nematerialne narave izven zakonske zveze in podobno. To povzroča še ljubosumnost, prepire in druge konflikte, ki se lahko razvijajo do določene stopnje tolerance. Kakšen pospeševalni ali dodatni dejavnik pa lahko hipoma povzroča suicidalno odločitev (ali kakšno drugo n.pr. uboj).

Pozneje bomo videli, da so koeficienti med razvezanimi ali vdovelimi zelo visoki. Umrljivost te vrste narašča s starostjo in s tem v zvezi z možnostjo lastne odpornosti in sposobnosti preživeti preostala leta osamljenosti ob nemoči in boleznih, ob izgubi bližnje osebe itd. in ne malokdaj zlasti v primerih starih oseb tudi v gmotni nepreskrbljenosti, ki se pogosto negativno odraža na socialnem položaju neke osebe, na možnost nekega zdravljenja, ustreznega preživljanja itd.

13) Glej o tem tudi: J. Dominion: Suicide as a Gesture in Marital Breakdown, gradivo s V. mednarodne konference o preprečevanju samomorov, London, 1969.

Suicidalnost glede na zakonski stan pa je zelo spremenljiva in tudi v zvezi s starostnimi obdobji.

Kako je z resnično stopnjo samomorilnosti med prebivalstvom glede na njegovo družinsko stanje? Za naš namen smo upoštevali prebivalstvo, staro nad 15 let. S tem se seveda močno znižuje koeficient samomorov pri samskih. Če od celotnega števila prebivalstva, na katerega navadno računajo stopnjo samomorilnosti, odpade od 29,1 do 25,8 % ljudi, ki so najmlajši in seveda se med to populacijo le tu in tam zgodi kaj takega, kar bi kazalo na samomor. Ljudi pod 18. let starih, ki bi imeli status poročen - razvezan in vdovel, pa skoraj v Sloveniji ni. Če bi upoštevali med samskimi vse prebivalstvo (ne glede na starost), ki ni poročeno, razvezano ali vdovelo, bi bilo v Sloveniji leta 1966 ali v sredini našega intervala 740.762 ljudi, ki so samski in bi bil tako izumetničen koeficient samomorilnosti pri tem stanju 17,4. To pa je vsekakor napačen izračun glede na letno povprečje 129 samomorilnih samskih oseb.

Glede na to pojasnilo so koeficienti naslednji:

Tabela 7 - Koeficient samomorov glede na družinsko stanje (povprečje 1964 - 1968)

| Stan | Skupaj | Moški | Ženske |
|-------------------------|--------|-------|--------|
| samski | 33,5 | 51,1 | 16,3 |
| poročeni | 35,1 | 58,5 | 11,7 |
| vdoveli | 36,1 | 130,8 | 15,9 |
| razvezani | 163,8 | 388,0 | 58,2 |
| Skupaj stari nad 15 let | 37,2 | 62,7 | 14,7 |

Tudi tovrstni koeficienti poudarjajo nekajkrat višjo suicidalnost pri moških. Ta je zlasti očitna pri vdovelih, ki je 8 x večja od žensk - vdov, pri razvezancih pa 7 x večja in to kljub temu, da se vdoveli in razvezani moški znova poročajo v večjem številu kot nasprotni spol istega stanu.

Stopnja samomorilnosti pri samskih ni tako neznatna. Slovenske razmere v teh letih kažejo, da so poročeni bolj nagnjeni k samomoru (toda ne poročene ženske) kot samski, kar ni skladno z nekaterimi ugotovitvami tujih avtorjev za tuje razmere. Tabela pa potrjuje splošna stališča, ki trdijo, da je največja suicidalnost med vdovelimi in razvezanimi.

7) Izobrazba

Podoba o suicidalni populaciji glede na šolsko izobrazbo smo prav tako poskušali dobiti iz statističnih listov. Z letom 1968 pa ustrezní statistični obrazec ne vsebuje več vprašanja o šolski izobrazbi suicidantov, zato navajamo podatke o izobrazbi za leto manj in sicer le za leta 1964 - 1967, to je za štiri leta in ne za pet kot doslej.

Tabela 8 - Izobrazba samomorilnih ljudi v letih 1964 - 1967

| Izobrazba | Število | | | Struktura | | |
|----------------------|---------|-------|--------|-----------|-------|--------|
| | Vsi | Moški | Ženske | Vsi | Moški | Ženske |
| | 1.752 | 1.370 | 382 | 100 | 100 | 100 |
| brez šole | 32 | 25 | 7 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| nepopolna osnov.šola | 683 | 515 | 168 | 39,0 | 37,6 | 44,0 |
| osnovna šola | 714 | 559 | 155 | 40,8 | 40,8 | 40,6 |
| šola za KV | 206 | 188 | 18 | 11,7 | 13,7 | 4,7 |
| srednja šola | 72 | 53 | 19 | 4,2 | 3,9 | 5,0 |
| višja in visoka šola | 18 | 16 | 2 | 1,0 | 1,2 | 0,5 |
| neznano | 27 | 14 | 13 | 1,5 | 1,0 | 3,4 |

Med suicidanti je 81,6 % takih, ki so imeli osnovno šolo ali še manj. Kolikor upoštevamo, da je šolska izobrazba eden izmed najpomembnejših determinant za poznejšo vertikalno mobilnost in za ugodnejšo socialno promocijo, potemtakem že samo iz tega domnevamo, da v slovenski suicidalni populaciji absolutno prevladujejo ljudje iz nižjih socialnih slojev. Sicer pa nam bo to domnevo potrdila ali ovrgla tudi analiza poklicev ali položajev v poklicih in kazuistika iz posameznih vzorcev suicidantov, ki jih bomo prikazali posebej.

Nekatera raziskovanja ugotavljajo, da z naraščanjem izobrazbe, narašča tudi suicidalnost, oziroma da so ljudje z višjo izobrazbo bolj nagnjeni k samomorilnosti kot drugi. Ta nagnjenost naj bi se posebno poznala tudi med študenti, katerih stopnja suicidalnosti narašča z višjimi letniki. Vse pa je seveda odvisno bodisi od posameznih regij ali univerz oziroma visokih šol.

Kako pa je s tem pri nas v letih, za katera imamo podatke o šolski izobrazbi suicidantov?

Tabela 9 - Samomorilne osebe na 100.000 prebivalcev glede na šolsko izobrazbo ^x starih nad 10 let

| Izobrazba | Vsi | Moški | Ženske |
|----------------------|------|-------|--------|
| brez | 5,9 | 9,6 | 1,7 |
| nepopolna osnov.šola | 24,2 | 41,8 | 10,6 |
| osnovna šola | 77,9 | 157,0 | 27,6 |
| šola za KV delavce | 31,1 | 45,4 | 9,4 |
| srednja šola | 34,0 | 46,3 | 19,4 |
| višja ali visoka | 22,1 | 26,8 | 9,2 |
| neznano | ... | ... | ... |

x Za izračun so uporabljeni podatki popisa prebivalstva iz leta 1961, ker drugih ni bilo na razpolago. Ker se je število v posameznih skupinah pozneje spreminjalo, so zgornji koeficienti bolj približni, vendar kljub temu nudijo vsaj neko določeno predstavo o izobrazbi suicidantov.

Kolikor tretiramo tiste, ki so brez šolske izobrazbe tudi obenem za nepismene, potem ta raziskava potrjuje nekatere ugotovitve ¹⁵⁾, ki trdijo, da je med nepismenimi najmanj samomorilnih oseb, kar velja za pisмено družbo. Toda opozarjajo, da se te okoliščine zopet povezujejo z urbanizacijo in industrializacijo.

Naši izračuni v ostalih izobrazbenih skupinah kažejo na pojav, ob katerem je mogoče zaključiti naslednje. Ljudje, ki imajo višjo izobrazbo so manj nagnjeni k samomorom, oz. višja ko je izobrazba, manjša je suicidalna inklinacija. Ni mogoče reči, da je to za slovensko prebivalstvo značilno ves čas, toda koeficienti za leto 1964 - 1967 kažejo, da je v tem času obdobje res tako. To pa je v nasprotju z ugotovitvami drugih raziskav, ki napovedujejo porast stopnje samomorilnosti z višjo izobrazbo, ki naj obenem pomeni tudi višji socialni status.

Glede na izobrazbo obeh spolov se kažejo podobne tendence, razen morda pri srednje izobraženih suicidantih.

Primerjava izobrazbe suicidantov v Sloveniji z istovrstnimi podatki raziskave samomorov v Vojvodini nam pokaže naslednje.

15) Labowitz: Variation in Suicide Rates, stran 58

Tabela 10 - Izobrazba samomorilnih oseb v Vojvodini in Sloveniji (povprečni koeficient prebivalstva starega nad 10 let)

| Izobrazba | Vojvodina 1959-1963 | Slovenija 1964-1967 |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| brez | 12,1 | 5,9 |
| nepopolna osnovna šola | 31,4 | 24,2 |
| osnovna šola | 22,9 | 77,9 |
| šola za KV delavce | 27,0 | 34,1 |
| srednja šola | 21,3 | 34,0 |
| višja ali visoka | 16,6 | 22,2 |

Res je, da ne gre v gornjem primeru za isto obdobje opazovanja, toda časovni razmak ni posebno velik. Vojvodina ima manjše razločke v koeficientih samomorov kot Slovenija, kjer je največ samomorilcev z osnovno šolo. Vojvodina ima razliko med najnižnim in najvišjim koeficientom 19,3, Slovenija pa kar 72,9 (pri moških je ta razlika celo 147,4) poena. V vseh skupinah je Slovenija glede stopnje samomorilnosti bolj obremenjena, razen v skupini z nepopolno šolsko izobrazbo in brez šolske izobrazbe.

Zrimec ¹⁶⁾ navaja podatke v pogledu izobrazbe slovenske suicidalne populacije za leto 1953 - 1954, le v strukturi je nekoliko drugače. Njegovi pokazatelji so naslednji.

16) Zrimec, prav tam, stran 12

Tabela 11 - Izobrazba samomorilnih oseb v Sloveniji v letih 1953-1954 (nad 10 let starosti)

| I z o b r a z b a | Struktura |
|-------------------------------------|-----------|
| | 100 |
| brez in z osnovno šolo ter neznano | 84,1 |
| nižja, srednja in strok.izobrazba | 11,5 |
| popolna srednja strokovna izobrazba | 3,6 |
| višja izobrazba | 0,8 |

Gornjih podatkov ni mogoče primerjati z našimi zaradi novega šolskega oz. izobraževalnega sistema. Toda Zrimec prav tako ugotavlja visoko stopnjo samomorilstva med manj izobraženimi. Pri tem pa mu primerjava z istovrstno izobrazbeno strukturo celotnega prebivalstva pokaže večjo suicidalnost med najnižjimi izobražbenimi skupinami.

Gre torej za pojav, ki kaže, da je v Sloveniji konstanten in iz katerega je sklepati, da je manj izobražena populacija verjetno nastala bolj nagnjena k suicidalnosti kot višje izobražena. Ta morda prav v tem najde več zaviralnih momentov in moči za obvladovanje težav kot manj izobraženi, ki so na socialni lestvici navadno nižje in morda tudi manj osveščeni svoje osebnosti.

8) P o k l i c

Za obravnavanje tega področja smo morali prav tako uporabljati standarde statistične službe, ki pa za naš namen niso najboljše. Struktura poklicev samomorilnih oseb je bila v Sloveniji leta 1964 - 1968 naslednja.

Tabela 12 - Število in struktura samomorilnih oseb po poklicih (1964-1968)

| P o k l i c i | Število | | | Struktura | | |
|---------------------------|---------|-------|--------|-----------|-------|--------|
| | Vsi | Moški | Ženske | Vsi | Moški | Ženske |
| Skupaj | 2.250 | | | 100 | 100 | 100 |
| kmetovalci, ribiči, | | | | | | |
| gozd. delavci | 578 | 473 | 105 | 25,7 | 26,7 | 22,2 |
| rudarji | 53 | 53 | - | 2,4 | 3,0 | - |
| ind. in obrtni delavci | 684 | 623 | 61 | 30,4 | 35,1 | 12,9 |
| prometno osebje | 65 | 59 | 6 | 2,9 | 3,3 | 1,3 |
| trgovsko osebje | 56 | 45 | 11 | 2,5 | 2,5 | 2,3 |
| osebje storitev | 63 | 42 | 21 | 2,8 | 2,4 | 4,4 |
| osebje varstva | 23 | 23 | - | 1,0 | 1,3 | - |
| finanč. in pis. delavci | 51 | 29 | 22 | 2,3 | 1,6 | 4,7 |
| vođilno osebje | 7 | 6 | 1 | 0,3 | 0,3 | 0,2 |
| strokovnjaki in umetniki | 55 | 40 | 15 | 2,4 | 2,2 | 3,2 |
| nerazvrščeni | 10 | 6 | 4 | 0,4 | 0,3 | 0,8 |
| osebje z lastnimi dohodki | 402 | 320 | 82 | 17,9 | 18,0 | 17,4 |
| vzdrževane osebe | 203 | 58 | 145 | 9,2 | 3,3 | 30,6 |

Tudi ti podatki poleg podatkov o izobrazbi nekako kažejo, da je med suicidanti največ ljudi iz nižjih socialnih slojev. Tudi v gornjem primeru so posamezne skupine preveč splošne in obširne, da bi nam pokazale (tako kot n.pr. pri rudarjih) kakšne specifične poklice, v katerih n.pr. suicidalnosti sploh ni ali pa je zelo visoka. Če bi med skupino "osebje varstva" preizkusili samomor med miličniki, bi ugotovili, da je ta pojav v tej socialni strukturi zelo pogost, saj bi v letu 1963-1968 dobili koeficient 67,5. V letu 1968 pa celo 100. Visoka suicidalnost med policisti pa ni izoliran pojav samo pri nas, ampak je splošno znano, da imajo policisti visoko stopnjo samomorilnosti v mnogih deželah.

- V pogledu poklica prevladujeta med suicidologi dve mnenji:
- po prvem je status neposredno v zvezi s samomorom, kar pomeni, da je visoka stopnja samomorov le v višjih statusnih pozicijah;
 - po drugem mnenju pa je samomor v nasprotni zvezi s pozicijo ali nižji statusi imajo visoko stopnjo suicidalnosti, kajti spodnji sloji, relativno prikrajšani pri socialnem nagrajevanju, so bolj nagnjeni k samomorom¹⁷⁾.

Po gornji tabeli je v strukturi suicidantov največ industrijskih in obrtnih delavcev ter kmetovalcev, ribičev in gozdarjev. Ti obsegajo v strukturi kar 56,1 % vse populacije, manj (26,9 %) je oseb z lastnimi dohodki (upokojeanci) in vzdrževanih oseb (gospodinje, dijaki, študentje itd.). Vsi ostali poklici imajo v strukturi le 13 % delež. Lahko bi postavili trditev, da med slovensko suicidalno populacijo prevladujejo ljudje z ročnimi poklici. Za to pa je značilna nižja izobrazba, slabše vrednotni poklici na socialni lestvici, nižji dohodki, nižji statusi in sploh nižje socialne aspiracije (ni za kaj živeti), kar sovpađa z drugim mnenjem, ki trdi, ki smo ga navedli zgoraj, ki pravi, da je socialni status v nasprotni zvezi s samomorom.

Med spoloma v strukturi bi bilo treba omeniti relativno večjo udeležbo žensk v poklicih kot so: osebje storitev, finančni in pisarniški delavci, strokovnjaki in umetniki ter še posebno, v skoraj desetkratnem obsegu pri vzdrževanih osebah. Sicer pa nam najbolj adekvatno podobo pokažejo koeficienti.

17) Labowitz, prav tam, stran 70

Tabela 13 - Samomorilne osebe po poklicnih skupinah, aktivnosti in spolu ^x (povprečni koeficient v letih 1964-1968)

| P o k l i c | Vsi | Moški | Ženske |
|--------------------------------|--------|--------|--------|
| Skupaj | 42,8 | 61,7 | 15,6 |
| kmetje, ribiči, gozd.delavci | 40,7 | 64,3 | 15,3 |
| rudarji | 77,3 | 80,8 | - |
| industrijski in obrtni delavci | 55,6 | 69,4 | 18,2 |
| prometno osebje | 28,4 | 53,8 | (70,9) |
| trgovsko osebje | 33,6 | 46,6 | 15,6 |
| osebje storitev | 27,5 | 61,2 | 13,1 |
| osebje varstva | 45,7 | 46,6 | - |
| finančni in pisarniški delavci | 27,7 | 50,6 | 17,3 |
| vodilno osebje | (13,3) | (14,4) | (9,2) |
| strokovnjaki in umetniki | 18,4 | 29,5 | 9,1 |
| osebe z lastnimi dohodki | 64,8 | 109,6 | 25,0 |
| vzdrževane osebe | 5,8 | 4,7 | 6,5 |

x Podatki za izračun vzeti iz popisa prebivalstva v letu 1961.

Najvišja stopnja samomorov so v ročnih poklicih. Med drugimi skupinami pa tudi pri osebah z lastnimi dohodki (upokojeneci in stari ljudje), ki imajo sploh najvišji koeficient. Visok koeficient ima tudi osebje varstva.

Poleg oseb z lastnimi dohodki so najbolj suicidalni rudarji, za njim pa sledi po višini koeficienta prometno osebje.

Ob razmišljanju o statusnih pozicijah, na katere kažejo tudi podatki o izobrazbi in poklicu bi morali upoštevati tudi druge okoliščine, ki imajo lahko za posledico suicidalno odločitev. Tako n.pr. starost, približevanje upokojitvi ali

sploh upokojitvi (med to skupino je suicidalnost največja - pri moških), neuspehe v življenju itd. Status, ki ga Henry in Short¹⁸⁾ koncipirata v smislu desežkov, premoženja, ugleda in moči, je v suicidologiji pomembna indikacija, na katero se navezuje teorija o statusni integraciji, ki pravi: stopnja samomorov se giblje nasprotno od stopnje statusne integracije v populaciji. Zgolj samo statistični podatki, ki smo jih zbrali za ta del raziskave ne zadoščajo za to, niti za preverjanje drugih socioloških teorij o samomoru, čeprav se nam potrditve nekaterih teorij vendarle nakazujejo. V tem pogledu bi morali dosti več vedeti o socialni diferenciaciji, socialni stratifikaciji in drugih globalnih socialnih pojavih v naši družbi.

9) Način storitve samomorov

V novejši suicidološki literaturi redkeje razmišljajo o storitvah samomorov in o uporabljenih sredstvih. Vse kaže, da je to področje bolj zanimivo za kriminalistiko in sodno medicino in druge strokovnjake podobnih disciplin, ki se morajo prepričati ali gre za dogodek te vrste ali ne. Najbrž bi se pa morala suicidologija bolj zanimati tudi za to ali je med neko določeno osebnostjo in morebitno njeno presuicidalno zgodovino in uporabo prav določenega sredstva za smrt, kakšna zveza ali ne. Ali je res, da izbira kakšnega sredstva nakazuje le priročnost, prikladnost, poklicno usposobljenost itd. tja do nemoči poiskati si kaj drugega, kar trenutno ni pri roki, kar pa bi morda bolj ustrezalo suicidantovemu namenu.

18) Gibbs: Suicide, Contemporary Social Problems, stran 258.

Razpoložljivi podatki nam za razmišljanje v tej smeri ne ustrežajo, kajti regularna statistična registracija samomorov se opira le na nekatere najnujnejše podatke o samomorih in njegovemu storilcu. Za ta namen bi bilo vsekakor potrebno specializirano opazovanje. Čeprav je fenomenologija samomorov že od nekdaj zanimala, ne samo poklicne delavce na tem področju, kot so n.pr. psihiatri, kriminalisti, zdravniki itd., marveč pogosto tudi filozofe in književnike, ki neredko in natančno opisujejo ravnanje suicidalne osebe pri samem dejanju, pa v zadnjem času ni tovrstnih raziskovanj. Morda je razloge iskati v tem, da je pri samomoru težje rekonstruirati tiste determinante osebnosti samomorilca in njegovega suicidalnega razvoja ter ravnanja, ki bi kazale korelacije prav v tej smeri. Dosti lažje je to storiti pri tistih, ki so samomor poskušali storiti, pa so ostali živi (če to niso poskušali storiti samo kot manifestacijo za opozoritev nase in nič več).

Amelunxen pravi, da je način samomora (kar vključuje tudi sredstva zanj) odvisen od poklica, spola, starosti itd. ter od časa do časa tudi od "mode"¹⁹⁾. Vojaki bodo najpogosteje storili samomor z ustrelitvijo, zdravniki in apotekarji z zastrupitvijo itd., čeprav uporabljajo ženske, kot pravijo, bolj pasivne oblike, kot n.pr. plin, zastrupitev itd., pa je tudi pri njih po številu primerov na prvem mestu obešanje.

Čas in razvoj tehnologije prinašata prav tako novosti v tradicionalne oblike samomorilstva, ki pa se le počasi utirja-

19) dr.Clemens Amelunxen: Der Selbstmord, stran 62

jo poti ob domiselnosti suicidantov. Tako je n.pr. avtomobil postal novejše sredstvo za samomorilna dejanja. Modusi so: skok pred ali pod vozilo, zastrupitev z izpušnimi plini kot najpogostejši fenomen te zvrsti in redkejši primeri naklepnega zaletavanja z vozilom z namenom vzeti si življenje. (V Sloveniji je bil 1967 le en tak primer). Očitno je, da se prav na tem področju kakšen samomor skriva za prometno nezgodo ali narobe, prometna nezgoda za samomorom.

Sežiganje je n.pr. za naše razmere zelo redek pojav, toda sežigi boncev v Južnem Vietnamu niso inspirirali samo Jana Palacha v Pragi za demonstracijo upora v nastalem političnem vzdušju, ampak tudi nekaj posameznikov pri nas. Neredko se take načine, kolikor sploh so, kombinirajo tudi s prej-šnjo ustrelitvijo, zastrupitvijo in podobno. Novejšega datuma so tudi samomori s tabletami in kemičnimi preparati, ki so lahko do določene mere zdravilni, ob prekoračenju dopustne doze pa teh učinkov nimajo več in so smrtni. Zastrupitve te vrste se pojavljajo predvsem pri ženskah.

Načini samomorov so tudi zgodovinsko, etnično in psihološko pogojeni in se v kakšnem zgodovinskem razdobju tudi spreminjajo. V evropskih razmerah je obešanje močno na prvem mestu pri obeh spolih. Čeprav prevladuje obešanje pri obeh spolih, pa je pri moških pogostejše kot pri ženskah, ki poleg obešanja (toda ne dosti manj - pri nas 1964 - 1968) uporabljajo utopitev. Glede tega pa je pomembna še neka okoliščina. Kdor je v vesnici sklenil umreti, bo najpogosteje uporabil obešanje ali ustrelitev. Kdor pa bi rad živel in umrl,

ali z dejanjem opozoril nase, bo to storil s strupom, tabletami, svetilnim plinom, zabadanjem ali kakšnimi tehničnimi predmeti. Taki načini in uporaba sredstev omogočajo rešitev ali vsaj upanje nanjo ^{2o)}.

Samomor z obešanjem je lahko izvedljiv za oba spola, vse starostne skupine in ne glede na profesionalno in strokovno usposobljenost posameznika. Ker je dejanje take vrste mogoče storiti nad žrtvijo po drugi osebi, gre pri tem za odkrivanje resnice in s tem v zvezi tudi za pravilno registracijo dogodka, kar je naloga preiskovalne službe. Zato za ta pojav (kakor tudi za utopitev) veljajo podobna opozorila kot pri samomorilnih dogodkih, ki so v zvezi z uporabo vozila.

V letih 1964 - 1968 so bili v Sloveniji storjeni samomori z naslednjimi načini.

Tabela 14 - Načini storitve samomorov (v letih 1964-1968)

| N a č i n | Števílo | | | Struktúra | | |
|---|---------|-------|--------|-----------|-------|--------|
| | Vsi | Moški | Ženske | Vsi | Moški | Ženske |
| Skupaj | 2.250 | 1.777 | 473 | 100 | 100 | 100 |
| obešanje | 1.431 | 1.237 | 194 | 63,9 | 69,6 | 41,1 |
| utopitev | 282 | 136 | 146 | 12,6 | 7,7 | 30,9 |
| zastropitve s kemikalijami in medikamenti | 113 | 77 | 36 | 5,0 | 4,3 | 7,6 |
| zastropitve s plinom | 49 | 29 | 20 | 2,2 | 1,6 | 4,2 |
| skok pod vlak | 135 | 97 | 38 | 6,0 | 5,5 | 8,0 |
| usmrtitev z elekt.tokom | 10 | 10 | - | 0,4 | 0,6 | - |
| ustrelitev | 126 | 118 | 8 | 5,6 | 6,6 | 1,7 |
| usmrtitev z ostrim orod. | 45 | 34 | 11 | 2,0 | 1,9 | 2,3 |
| skok v globino | 45 | 28 | 17 | 2,0 | 1,6 | 3,6 |
| drugo in neznano | 14 | 11 | 3 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |

2o) Glej tudi Amelunxen, prav tam, stran 63 in 64. Primerjava načinov pri poskušanih in dokončanih samomorov.

Nekateri načini, kar bomo videli tudi pozneje kažejo, da se prilagajajo moškemu, drugi pa zopet ženskemu spolu. Ženske se pogosteje utapljajo (čeprav je obešanje tudi pri njih na prvem mestu), med ostalimi načini pa relativno večkrat kot moški uporabljajo zastrupitev, skok pod vlak in deloma skok v globino.

Moški se si v teh letih skoraj v 70 % vzeli življenje z obešanjem. Edini način, pri katerem so relativno pred ženskami (poleg obešanja) sta ustrelitev in usmrtitev z električnim tokom.

Primerjava za obdobje v letu 1950-1954 kaže nekatere premike tudi na tem področju.

Tabela 15 -- Načini samomorov (v letih 1950-1954 in 1964-1968)

| N a č i n | | 1950-1954 ^x | 1964-1968 |
|----------------|--------|------------------------|-----------|
| | Skupaj | 100 | 100 |
| obešanje | | 54,5 | 63,9 |
| ustrelitev | | 11,7 | 5,6 |
| utopitev | | 10,0 | 12,6 |
| zastrupitev | | 7,9 | 7,2 |
| skok v globino | | 4,0 | 2,0 |
| ostalo | | 11,9 | 8,7 |

x Glej Zrimec, prav tam, stran 12.

Najbolj značilna razločka med obema razdobjema sta pri obešanju in ustrelitvi. Kot kaže se je na račun zmanjšanja ustrelitev najbolj povečalo število obešanja v zadnjih letih. Brez podrobnejšega raziskovanja bo le težko ugotoviti, zakaj takšni premiki v pojavu slovenskih samomorov v zadnjih

20 letih. Porast v strukturi zadnjih let nasproti obdobju 1950-1954 kažeta le obešanje in utopitev. Gre za načina, ki veljata kot najbolj zanesljiva in enostavna (zaradi česar sta verjetno najbolj pogostejša). Kaj se je spremenilo v slovenski suicidalni populaciji, da relativno manj uporablja skok v globino, zastrupitev, ustrelitev kot bolj teatralične in bolj samokaznovalne oblike samomorov, je težko reči. Vendar se vsiljujejo nekatere domneve, ki pa bi jih bilo treba preizkusiti. Te so n.pr. v suicidalni populaciji. V drugačni, manj kvalificirani (v poklicnem pogledu) strukturi samomorilnih ljudi, v nižji vitalnosti suicidantov, v drugačnih socialnih razmerah, v poenostavljenju samomorov kot protiuteži čedalje bolj kompliciranemu življenju, v manjši teatraličnosti samega dejanja, kajti obešanje in utopitev sta najstarejša načina, ki se skozi zgodovino človeštva nista mogla kdove kako spreminjati (vprašanje je le kam pristaviš zadržgo, ali kje se utopiš) ter z njima ni moč poudariti še kakšnega posebnega učinka (razen umreti). Deloma nam to vprašanje oz. domnevo osvetljujejo, ne pa pojasnjujejo nekatere podrobnejše primerjave načinov storitve pri suicidalni populaciji iz leta 1967. Toda domneve še vedno ostanejo odprte.

V. SAMOMORI V SLOVENIJI LETA 1967
(dr. Janez Pečar)

Še preden se spustimo v analizo samomorov v Sloveniji za leto 1967, moramo opozoriti na različnost podatkov, ki jih imajo o tem pojavu organi, ki se kakorkoli vključujejo v suicidalno problematiko. Ti organi so predvsem:

- Zavod SRS za statistiko;
- Zavod SRS za zdravstveno varstvo;
- Republiški sekretariat za notranje zadeve; oziroma njegove dislocirane enote, to je uprave javne varnosti v biv. okrajih.

Ko smo iskali podatke o samomorih za nekoliko globljo analizo skozi enoletno obdobje smo ugotovili, da imajo vsak od njih svoje metodologije in sredstva zbiranja, podatke pa jim pošiljajo različni viri. Zgodilo se je, da so bili nekateri samomori zabeleženi samo pri enem izmed naštetih organov, pri drugih pa ne. Že samo ta okoliščina narekuje poenotenost zbiranja podatkov (pri enem samem strokovnem organu, ki bi se s to problematiko posebej ukvarjal - kot na primer Center za preučevanje in preprečevanje samomorov). Čeprav je morda opazovanje pojavov po več organih v končni posledici bolj natančno in vse obsegajoče (toda verjetno tudi bolj drago).

Tako obravnavamo v letih 1967 za Slovenijo 474 oseb, ki so bile pri upravah javne varnosti zapisane, da so storile samomor in za katere je bilo tudi ugotovljeno, da so to napravile. Kljub dvema spornima primeroma se v dvome nismo spušča-

li, čeprav so njihovi svojci trdili, da samomor pri pokojnikih sploh ne pride v poštev.

Gradivo uprave javne varnosti je, iz razlogov, za katere se zbira manj primerno za sociološke, psihološke, psihiatrične, psihoanalitične in druge podobne interpretacije. Izhaja predvsem iz potrebe po ugotovitvi ali gre v posameznem primeru za samomor ali ne in če ne, zakaj ne, oziroma ali je smrt neke osebe nastala s sodelovanjem kakšne druge, ki bi utegnila biti za nastale posledice tudi kazensko odgovorna (n.pr. zaradi uboja, napeljevanja k samomoru, pomoči pri samomoru itd.). Usmerjenost zbiranja gradiva v določene namene mora imeti pomanjkljivosti za druge. To smo vsekakor pričakovali, vendar smo skušali iz dosijejev o samomorih v letu 1967 dobiti vse, kar nam bi lahko koristilo. Številne podrobnosti, ki ne nastopajo bolj masovno in pri večini suicidantov smo morali zanemariti. Zato jih pri interpretaciji ne upoštevamo.

V analizi samomorov, storjenih v letu 1967 se ukvarjamo samo z nekaterimi okoliščinami iz življenja ljudi, zlasti pa tistimi, ki jih prej v prejšnjem poglavju nismo načenjali. V tabelah ne prikazujemo podatkov za vseh 474 suicidantov, ker vseh nismo mogli vedno ugotoviti v vsakem primeru.

A. Samomor kot dejanje

V nadaljevanju bo navedenih nekaj podatkov o samomoru kot dejanju in nekaj njegovih značilnosti, seveda v mejah, ki nam jih dopuščajo razmeroma pomnjkljivi podatki iz primarnega gra-

diva. Vendar je treba takoj poudariti, da je samomor kot dejanje v spisih organov javne varnosti še najbolj dokumentirano področje od vseh ostalih dejstev, ki smo jih v gradivu karkoli naleteli. To pa zato, ker le dobro ugotovljena in izčrpno opisana ter dokumentirana dejstva okoli dejanja oz. tovrstnega dogodka samega, omogočajo priti do sklepa ali gre v določenem primeru za samomor ali ne, in ali ni pri dogodku vpletena še kakšna druga oseba. Ta bi bila lahko zaradi tega tudi kazensko odgovorna.

V tem pogledu bo podanih nekaj več ugotovitev zlasti o načinu, času in kraju storitve, tudi v zvezi z nekaterimi drugimi determinantami, v katerih smo za to leto lahko prišli.

1) Način samomora

Iz statističnega gradiva in zbrane kazuistike izhaja ugotovitev, da ljudje v Sloveniji navadno uporabljajo tista sredstva za jemanje svojega življenja, ki so jim najbolj pri roki, ki jih poznajo in jim obenem zaupajo. Vsaj za večino, ki so dokončali suicidalno dejanje bi lahko rekli tako. Pri tem nimamo v mislih poskusov samomorov, ki so nekajkrat številnejši kot dokončani samomori (vsaj tako sklepajo). Poskusi samomorov so namreč čisto zelo prikriti in neredko ostajajo zgolj v dejstvu, da je šlo pri tovrstni manifestaciji le "za klic na pomoč" oziroma za opozorilo nase. Tudi nekateri primeri iz leta 1967, vsaj tako so nam izjavljali ljudje ob anketi, ali pa je bilo to dejstvo zapisano v gradivu, ki je že obstajalo, nam kažejo, da so posamezniki demonstrativno hoteli zaradi svojih težav, opozarjati nase, pa se jim

je pri tem zgodila "nesreča".

V slovenski suicidalni populaciji tudi to leto prevladuje obešanje kot najpogostejši način samomora. Po številu so daleč zadaj vsi drugi načini jemanja življenja kot so utopitev, skok pod vlak, zastrupitev itd. Na vse ostale načine odpade manjše število ali le bolj posamezni primeri, ki kažejo tudi na kakšne posebno poklicne usposobljenosti ali nagnjenosti suicidanta, kolikor ne celo kakšne posebne priložnosti (n.pr. posest orožja, znanje pri ravnanju z razstrelilnimi snovmi itd.)

Tabela 16 - Način storitve samomora (%)

| N a č i n | | Odstotek |
|----------------------------|--------|----------|
| | Skupaj | 100 |
| obešanje | | 63,5 |
| utopitev | | 11,6 |
| skok pod vlak | | 7,8 |
| zastрупitev | | 7,0 |
| ustrelitev | | 5,7 |
| usmrtitev z ostrim orodjem | | 1,9 |
| kombinirano | | 0,2 |
| drugo in neznan | | 2,3 |

V pogledu razširjenosti posameznih vrst samomorov se tudi, če smemo tako reči, določeni regionalni razločki, ki morda kažejo tudi kakšne etnološke, etnopsihološke ali ekološke komponente, ne samo glede na sredstva, ki so suicidantu pri roki, marveč tudi na kakšne lokalne ali regionalne posebnosti. Kaže, da se n.pr. na Goriškem najbolj obešajo (83,3 %)

in nasploh se morda revnejši najraje obešajo. Relativno si ljudje jemljejo življenje s skokom pod vlak tam, kjer so večje aglomeracije prebivalcev, ki imajo zaradi tovrstnih komunikacij tudi večjo priložnost za to vrsto dejanja. To pa je zlasti v ljubljanski in kranjski kotlini. Relativno so bile najpogostejše zastrupitve na območjih z večjimi mesti kot so Ljubljana, Celje in Maribor. Na območju biv. novomeškega okraja si ljudje jemljejo življenje pogosteje s strelnim orožjem in to skoraj 3 x številneje kot drugje in podobno.

Kjer pa je lahko izbira načina ne samo sociološko in ekološko determinirana, ampak lahko rezultanta tudi kakšnih drugih komponent, ki izhajajo iz same osebnosti suicidantov in zlasti iz razmerij do drugih (zlasti če vzamemo v obzir teorijo, da je samomor kot vrsta komunikacije), še posebno pa konfliktne, ali suicidogene situacije itd. bomo poskušali najti še kakšne značilnosti v dejanju samem.

- Način samomora in spol

Glede načina samomora so med spoloma nekateri razločki, ki izhajajo že iz samega socialnega položaja posameznega spola ali iz kakšnih drugih razlogov in ne nazadnje tudi psihofizične strukture (nemočnost, itd.). Še najbolj tipični, lahko bi rekli ženski način samomora je verjetno utopitev, ki najbrž od vseh načinov zahteva še najmanj priprav (pri tem niso mišljene priprave psihološke narave). Za vse ostale načine je potrebno imeti kakšno sredstvo (katerih posest ali iskanje ni tipično za ženski spol kot so n.pr. razstrelivo, orožje, nevarno orodje itd. - razen kolikor ne gre za stvari,

ki imajo kakšen izrazit ženski ali gospodinjski pomen)

Tabela 17 - Način in spol (%)^x

| N a č i n | Vsi | Moški | Ženske |
|---------------|-----|-------|--------|
| Skupaj | 100 | 78,5 | 21,5 |
| zastropitev | 100 | 66,6 | 33,4 |
| ustrelitev | 100 | 96,3 | 3,7 |
| obešenje | 100 | 85,4 | 14,6 |
| utopitev | 100 | 43,6 | 56,4 |
| skok pod vlak | 100 | 78,4 | 21,6 |

x Samomore, storjene z ostrim orodjem kombinirano in druge ne navajamo zaradi absolutnih majhnih števil.

Glede na posamezne načine samomorov imajo moški večji delež kot je njihova udeležba pri samomorih na splošno, pri: ustrelitvah in obešanju; ženske pa pri utopitvah, pri katerih sploh prevladujejo, nato pa pri zastropitvah in skoku pod vlak.

- Način in poslovilno pismo

Nekaj manj kot 1/5 suicidantov (69 moških in 20 žensk) je v letu 1967 pustila za seboj še "poslovilno pismo". Takoimenovanih "poslovilnih pisem" je bilo lahko več, pa svojci zanje niso hoteli povedati, zlasti še, če po njihovem mnenju niso bila ugodna. Toda to je le domneva, ki je ni mogoče, niti je ne nameravamo dokazovati.

Ne glede na to pa izhajajo iz te okoliščine nekatere posebnosti. Pri načinih, ki sta najbolj razširjena (to sta obešanje in utopitev) so samomorilni ljudje pustili najmanj poslovilnih pisem (pri obešanju 16,7 %, pri utopitvah 12,7 %). Pri ostalih načinih, ki so v očeh javnosti bolj teatralični, bolj kruti, ki povzročajo več sočutja ali pomilovanja ali so občudovanje vzbujajoči, ki pa so po številu tudi redkejši, pa so suicidanti pustili poslovilna pisma v znatno višjih odstotkih. Tako n.pr.: pri usmrtitvah s strelnim orožjem 33,4 %, pri samomorih s skokom pod vlak v 24,3 %, pri zastrupitvah 27,3 %, itd. Pri tem pa so tudi razločki glede na spol. Ženske pogosteje puščajo poslovilna pisma, v primerih, ko gre za zastrupitve, utopitve in skok pod vlak, moški pa če gre za zastrupitve, uporabo strelnega orožja in skok pod vlak.

- Način in prejšnji poskusi

Po razpoložljivih podatkih za 181 oseb ali 38,1 % celoletne suicidalne populacije ni bilo ugotovljeno (ali bolje zapisano), da bi kakorkoli že prej izražali kakršnakoli suicidalna nagnjenja bodisi verbalno ali z dejanji (poskusi). Med ostalimi pa je: 4,8 % že poskušalo storiti samomor po enkrat, 5,7 % je poskušalo večkrat, 37,6 % je samo grozilo s samomorom (verbalno), 8,4 % je grozilo in enkrat poskušalo, 5,5 % pa je grozilo in že večkrat poskušalo.

- Način in poklic

Obešanje se tesneje povezuje tudi z določenimi poklici, zlasti z ročnimi oziroma težaškimi. Nadpovprečno nastopa obešanje v skupini kmetijskih in gozdnih delavcev n.pr.:

| | odstotek od vseh | odstotek od obešenih |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------|
| kmetje, ribiči, gozdni delavci | 21,5 | 26,3 |
| industrijski in obrtni delavci | 18,6 | 18,9 |
| osebe z last. dohodki | 18,3 | 20,3 |

Tako se je n.pr. med kmeti, ribiči in gozdnimi delavci obe-
silo 77,4 %, med industrijskimi in obrtnimi delavci 64,7 %, med osebami z lastnimi dohodki 70,1 % itd. Morda bi lahko rekli, da ljudje iz nižjih socialnih slojev pogosteje posega-
jo po tem načinu.

- Način in alkoholizem

Poudarili smo že, da je v suicidalni populaciji iz leta 1967 relativno visoko število alkoholikov. S tem v zvezi smo tudi ugotavljali, ali je med alkoholiki in tistimi, ki za kaj ta-kega niso bili označeni, kakšen razloček v pogledu načina sto-
ritve samomora.

Tabela 18 - Način in alkoholizem

| N a č i n | Ali je bil alkoholik | | | |
|---------------|----------------------|--------|-----------|--------|
| | Število | | Struktura | |
| | je bil | ni bil | je bil | ni bil |
| Skupaj | 217 | 231 | 100 | 100 |
| zastropitev | 14 | 19 | 6,5 | 8,2 |
| ustrelitev | 8 | 15 | 3,7 | 6,5 |
| obešenje | 151 | 131 | 69,6 | 56,9 |
| utopitev | 25 | 29 | 11,5 | 12,5 |
| skok pod vlak | 13 | 22 | 6,5 | 9,5 |
| drugo | 6 | 15 | 2,7 | 6,4 |

$\chi^2 = 10,33$ znač. na nivoju 0,10.

Alkoholiki se močneje nagibajo k obešenju in manj k drugim načinom samomorov.

2) Kraj samomora

Ljudje, tudi, če si sami vzamejo življenje ne umirajo vedno doma. Čeprav je 58,4 % suicidantov v letu 1967 storila samomor doma, pa je druge želja, da ne bi bili v napoto domačim ali komu drugemu ali zaradi kakšnih drugih razlogov in ne nazadnje tudi zaradi samega načina, vendarle za ta namen zapustila prebivališče in odšla v kraje, ki so se jim zdeli primernejši. Nekateri načini pa so sami po sebi vezani na spreminjanje kraja, oz. bolje rečeno, na iskanje ustreznega sredstva (utopitev, skok pod vlak itd.), ki ni vedno pri roki (obešanje v gozdu, smrt z rastrelilnimi snovmi in podobno). Glede kraja storitve smo razločevali naslednje:

| | <u>Število</u> | <u>Odstotek</u> |
|--------------------------------|----------------|-----------------|
| Skupaj | 474 | 100 |
| "doma" v prebivališču | 272 | 58,4 |
| v naselju prebivališča | 89 | 18,8 |
| v drugem naselju (ista občina) | 42 | 8,9 |
| drugod | 45 | 9,5 |
| neugotovljeno | 21 | 4,4 |

Seveda pa so v tem pogledu tudi regionalni razločki, ki se vežejo na različne druge determinante kot n.pr. način življenja, razmerje z domačimi, izbira sredstva, odločitev, kje umreti ali kako ali kakšne posebnosti glede na poudarek, ki ga neredko pokojnik hoče dati dogodku.

- Kraj in način

Rekli smo že, da pogosto že način samomora določa kraj storitve ali narobe. Obe okoliščini se neredko povezujeta. Zato ne bo nič novega, če tudi v našem primeru ugotavljamo, da se je 80,5 % ljudi, ki so storili samomor doma, obesilo, medtem ko je tak način glede na druge krajevne možnosti, vsaj za polovico manjši, čeprav je obešenje kot smo videli, najbolj tipična oblika samomora. Relativno največ, čeprav v neznatnejšem obsegu, se jih doma ustrelili in zastrupili. Medtem, ko smo že poudarili, sta utopitev in skok pod vlak vezana na izbiro kraja, pogosto celo zelo daleč izven prebivališča.

- Kraj in alkoholizem

Tabela 19 - Kraj in alkoholizem

| K r a j | Ali je bil alkoholik | | | |
|-----------------|----------------------|--------|-----------|--------|
| | Število | | Struktura | |
| | je bil | ni bil | je bil | ni bil |
| Skupaj | 206 | 221 | 100 | 100 |
| "doma" | 137 | 121 | 66,5 | 54,7 |
| v istem naselju | 43 | 43 | 20,9 | 19,5 |
| drugod | 26 | 57 | 12,6 | 25,8 |

$\chi^2 = 12,04$, značilen na nivoju 0,01

Alkoholiki so glede izbora kraja sarti znatno manj mobilni kot tisti, ki jih ne obremenjuje to dejstvo. Znatno pogosteje si jemljejo življenje "doma", kjer prebivajo ali pa tudi v istem naselju, kjer stanujejo.

- Kraj in prejšnje suicidalno ravnanje

Suicidalno ravnanje in nagnjenosti pred samomorom, o čemer smo že govorili, so v življenjski zgodovini suicidantov nedvomno močno obremenjujoča posledica zlasti v psihološkem pa tudi v sociološkem smislu. Ker je šlo v naši populaciji tudi za ljudi z deviantnim in v nekaterih primerih z abnormnim vedenjem sploh, smo tudi preizkusili, ali ima prejšnje suicidalno vedenje in njegova intenzivnost kakršnokoli zvezo z izbiro kraja smrti.

Tabela 20 - Prejšnje suicidalno ravnanje in kraj samomora

| Kraj | Skupaj | Prejšnje suicidalno ravnanje | | | |
|-----------------|--------|------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| | | Število | | Struktura | |
| | | grožnje | grožnje in poskusi | grožnje | grožnje in poskus. |
| "doma" | 170 | 96 | 110 | 100 | 100 |
| v istem naselju | 41 | 41 | 16 | 56,5 | 73,6 |
| drugje | 33 | 33 | 13 | 24,1 | 14,5 |
| | | | | 19,4 | 11,9 |

$\chi^2 = 8,48$, značilen na nivoju 0,05

Ljudje, katerih suicidalne manifestacije so bile močnejše izražene, ki se niso kazale samo verbalno, ampak so bile podprte tudi s poskusom ali celo več poskusi, pogosteje store samomor doma in redkeje izven doma.

3) Čas storitve samomora

Čas storitve samomora ostaja pogosto neznan. Glede na način in kraj storitve, čas najdbe trupla itd. se niti s sodno-medicinskimi posredovanjem ne da točno ugotoviti, kdaj je bilo dejanje storjeno. To otežuje ugotavljanje kakšnih regionalnih, socialnih, socioloških, ekoloških in drugih značilnosti tega pojava. Sem in tja pa se pojavi tudi dvom ali pri kakšnem najdenem truplu sploh gre za samomor ali ne. Zato raziskovanja o samomorih najpogosteje obravnavajo le dan in mesec smrti, ne pa ure, kar je še bolj problematično in netočno.

V tej populaciji, ki jo analiziramo, je bilo glede na dan dogodka neznanih 18,3 % samomorov, glede na mesec pa 3,2 %.

- Samomori po mesecih v l. 1967

V naslednji tabeli bodo prikazani samomori po mesecih. Kje je obešanje najbolj tipičen način tega pojava na Slovenskem, ki je nekajkrat bolj razširjen od drugih, bodo v tabeli vključeni podatki tudi o tem.

Tabela 21 - Samomori po mesecih v letu 1967 (odstotki)

| M e s e c | Ostali načini | Z obešenjem |
|-----------|---------------|-------------|
| | Skupaj | 100 |
| januar | 2,9 | 4,6 |
| februar | 5,2 | 6,0 |
| marec | 10,4 | 6,6 |
| april | 5,2 | 7,0 |
| maj | 7,5 | 10,3 |
| junij | 9,8 | 11,0 |
| julij | 9,8 | 12,3 |

| M e s e c | Ostali načini | Z obešenjem |
|-----------|------------------|-------------|
| avgust | 12,2 | 10,0 |
| september | 9,8 | 9,6 |
| oktober | 7,3 | 8,0 |
| november | 11,6 | 7,0 |
| december | 2,3 | 6,3 |
| neznano | 5,8 | 1,3 |

V poletnih mesecih je več samomorov kot v ostalem letnem času. Podobno je s samomori, storjenimi z obešenjem, ki od januarja do julija polagoma, toda neprekinjeno naraščajo, nato pa zopet padajo do decembra.

- Samomori po dnevih

Glede na dneve v tednu so bili leta 1967 samomori pogostejši ob koncu in začetku tedna. Ker je takrat glede na dela prost čas med ljudmi komuniciranje najpogostejše in s tem možnost nastajanja konfliktov največja, se samomori kot določen izhod ali enostransko reševanje konfliktov in težav dogajajo morda res intenzivneje v ponedeljek in torek. Ker pa je bilo med suicidanti skoraj polovico alkoholikov je potrebno pri tem računati tudi s tem dejstvom, ki močno pospešuje odločitve v tej smeri.

Tabela 22 - Dan samomora

| D a n | Števílo | Struktúra |
|------------|---------|-----------|
| Skupaj | 474 | 100 |
| ponedeljek | 72 | 15,2 |
| torek | 62 | 13,1 |
| sreda | 54 | 11,4 |
| četrtek | 52 | 11,0 |
| petek | 42 | 3,8 |
| sobota | 62 | 13,1 |
| nedelja | 43 | 9,1 |
| neznano | 87 | 18,3 |

Visok odstotek samomorov, za katere ni bil ugotovljen dan storitve, seveda močno zmanjšuje vrednost gornjih podatkov.

4) Domnevni motivi

Ugotavljanje motivov pri dokončanih samomorih je vedno tvegano početje, zlasti iz naslednjih razlogov:

- na komplicirano duševnost posameznika, ki ga ni več, je večinoma treba sklepati iz kakšnih zunanjih okoliščin;
- o motívu dajejo podatke svojci ali bližnji, s katerimi je suicidant živel, ti pa so lahko prispevali k samomorilni odločitvi. Občutek krivde jim preprečuje, da bi za takšne okoliščine (če jih sploh vedo ali če se jih zavedajo) povedali po resnici;
- poredkoma nastajajo dogodki (tudi takšni kot je samomor) zaradi enega samega vzgiba (pobude) itd. Marsikdaj gre za splet kakšnih okoliščin, ki jih je pogosto težko spraviti v nek skupni imenovalec.

Da bi nekako vnaprej opredelili naš dvom (ne pa se mu izognili) smo to področje poimenovali "domnevni motivi".

Pod "domnevnim motivom" razumemo torej tiste okoliščine, ki so pripeljale do odločitve, da si je posamezna oseba vzela svoje življenje ali zaradi katerih se je odločila, da gre v smrt. Iz razpoložljivih podatkov, ki jih je ovrednotil prikazatelj smo takoimenovane domnevne motive razvrstili v naslednje skupine:

| | <u>%</u> |
|---|----------|
| | 100 |
| družinski ali zakonski spori | 29,3 |
| telesna bolezen in invalidnost | 14,8 |
| stanovanjske ali ekonomske težave | 5,5 |
| kazenski postopek, zapor, tožba itd. | 3,2 |
| ljubezenski konflikti | 3,8 |
| osamljenost, izguba svojca | 2,7 |
| težave v službi | 2,1 |
| neuspeh pri šolanju ali študiju | 1,4 |
| iz gradiva ni bil razviden odgovor | 36,9 |

Nekajkrat smo že poudarili, da je bilo primarno gradivo zelo pomanjkljivo in v marsičem neenotno. To je bil tudi razlog, da smo se odločili za anketiranje vzorca 100 suicidantov neposredno v njihovem socialnem okolju. Visok odstotek neznanih odgovorov pri "domnevnem motivu" očitno zmanjšuje vrednost pri ostalih suicidantih.

Položaj v tem pogledu le deloma izboljšuje dodatna ugotovitev, ki se tudi navezuje na "domnevni motiv", po katerem so imele samomorilne osebe še:

| | <u>%</u> |
|---|----------|
| | 100 |
| - blažje duševne motnje ob sodelovanju zunanjih motivov | 45,4 |
| - očitne duševne motnje brez pomembnih zunanjih motivov | 21,3 |
| - brez duševnih motenosti (po vtisu) | 12,0 |
| - iz spisov v tem pogledu ni bilo ničesar razvidno | 21,3 |

Navedena dejstva o vedenju samomorilnih ljudi, ki jih je psihiater rekonstruiral iz spisov nam kažejo na razmeroma visok odstotek ljudi z določenimi duševnimi motnjami. Takih je bilo skoraj 2/3, če upoštevamo morebiti še tiste, ki bi jih našli v skupini, za katere o tem ni bilo nobenih podatkov. To lahko tudi pomeni, da je bolj ali manj izrazita duševna motenost ob raznovrstnih zunanjih vplivih (zlasti socialnih) v okolju suicidantov, močan suicidogeni dejavnik.

Ob analizi povezovanja drugih spremenljivk, ki bi lahko kazale kakšne korelacije z "domnevnim motivom" kot n. pr. regionalne variacije, kraj storitve, dan storitve, način storitve itd. nismo ugotovili kakšnih posebnosti. Morda tudi ne zaradi visokega odstotka iz spisa nerazvidnih "domnevnih motivov"

B. Predkaznovanost samomorilnih ljudi

Ob raziskovanju značilnosti suicidantov iz leta 1967 v Sloveniji smo za naš namen uporabili tudi podatke o predkaznovanosti. Zbiranje gradiva, ki ni potekalo brez truda je opravil republiški sekretariat za notranje zadeve SR Slovenije.

Ta je moral zbrati podatke o predkaznih ne samo iz svojih registratur, ampak tudi pri ustreznih enotah v drugih republikah, to pa predvsem za tiste, ki so bili rojeni izven Slovenije, bodisi v inozemstvu, bodisi v drugih republikah.

Pri tem smo upoštevali samo sodne kazni ne glede na to ali je bil posameznik rehabilitiran ali ne.

Od 474 samomorilnih ljudi (pri tem je treba upoštevati, da je bilo med njimi 21 mladoletnikov starih do 18 let), je bilo sodno kaznovanih 122 ali skoraj 26 %. Žal o tem nimamo podatkov za Slovenijo, toda zdi se, da je odstotek sodno kaznovanih suicidantov precej visok, kar tudi z druge strani osvetljuje to populacijo, saj so bili nekateri med njimi kaznovani delo po osem in večkrat.

Ker je šlo pri tej problematiki v preteklosti za različne kazensko-pravne režime, iz katerih so kazni še obstajale (n.pr. iz bivše avstroogrške in stare Jugoslavije) se kaznovanosti nikakor nismo lotili glede na vrste kaznivih dejanj, ampak po kaznih in njihovi dolžini. Za različne primerjalne namene pa smo upoštevali različne že doslej uporabne determinante, celotno samomorilno populacijo razdelili na "kaznovane" in "nekaznovane".

Od 122 oseb je bilo kaznovanih enkrat 60; dvakrat 27; trikrat 21; štirikrat 6 in več kot petkrat 8.

Kazni pa so bile (ne glede na pravni režim) naslednje:

| K a z e n | Števílo | Struktúra |
|---|---------|-----------|
| Skupaj | 122 | 100 |
| 1) sodni opomin | 2 | 1,6 |
| 2) samo denarna kazen | 16 | 13,1 |
| 3) pogojna zaporna kazen | 27 | 22,1 |
| 4) pogojna zaporna in denar.kazen | 4 | 3,3 |
| 5) nepogojna zaporna kazen | 36 | 29,5 |
| 6) nepogojna zaporna in denarna kazen | 12 | 9,9 |
| 7) nepogojna zaporna in pogoj.zap.kazen | 19 | 15,6 |
| 8) nepogojna zaporna,pogoj.in den.kazen | 6 | 4,9 |

Povprečja prestanih kazni znašajo v mesecih:

| | |
|---------------------------|------|
| za obsojene pod 4) zgoraj | 19,3 |
| -- 5) zgoraj | 21,6 |
| -- 6) zgoraj | 10,4 |
| -- 7) zgoraj | 25,7 |

Glede na povratništvo pa je bila povprečna dolžina kazni naslednja:

| | |
|---------------------------------|------------|
| pri prvič kaznovanih | 4,3 meseca |
| pri drugič kaznovanih | 5,4 " |
| pri tretjič kaznovanih | 16,3 " |
| pri četrtič kaznovanih | 9,0 " |
| pri petič in večkrat kaznovanih | 63,2 " |

Čeprav je šlo pri tem tudi za različne pravne režime in ne samo za različno kaznovalno politiko v zadnjih desetletjih, pa je v glavnem zlasti za nasilna dejanja in premoženjsko kriminaliteto suicidantov vendarle mogoče reči, da so bili suicidanti v tem pogledu kar precej kriminalno vitalni in da se je v njihovi življenjski zgodovini agresivnost znatno ma-

nifestirala tudi navzven in se usmerjala v nezakonite oblike.

- Kaznovanost in družinsko stanje

Tabela 23 - Kaznovani in stan

| S t a n | K a z n o v a n o s t | | | |
|-------------------------|-----------------------|------------------|----------------|------------------|
| | Števílo | Struktúra | | |
| | Kazno- vani | Nekazno- vani | Kazno- vani | Nekazno- vani |
| Skupaj | 111 | 323 | 100 | 100 |
| samski | 15 | 110 | 14 | 34 |
| poročeni | 79 | 190 | 71 | 59 |
| razvezani in vdoveli | 17 | 23 | 15 | 7 |

$\chi^2 = 20,19$, značilen na nivoju 0,001

Številne kazni in sploh kaznovanja močno motijo in rušijo zakonsko zvezo in pogosto ustvarjajo zanjo vzdušje, ki je tudi suicidogeno. Daljša odsotnost enega izmed zakoncev vpliva negativno na zakonsko zvezo, zlasti če je večkratna in povzročena še z dogodki, ki imajo za posledico kazenski pregon ali kazen in vse ostalo, kar je s tem v zvezi.

Sklepne ugotovitve

V tem delu raziskave smo obsegli samomorilne osebe v Sloveniji, ki so si same vzele življenje. Različnost evidentiranja določenih dejstev, na katere smo opirali naše opazovanja, nam žal ne omogoča, da bi v vsakem oziru zadostila na-

šim potrebam. Pri nekaterih okoliščinah, ki smo jih izbrali za naše opazovanje pogosto nismo mogli dobiti vseh odgovorov. Zato je analiza posameznih vprašanj lahko pomanjkljiva in jo je vzeti s pridržki, čeprav je po drugi strani zelo ilustrativna in prvi poskus iz primarnega, to se pravi že obstoječega gradiva in zapisov prodreti nekoliko globlje v domačo suicidalno problematiko.

Njena nezadostnost za globlje sociološko, psihiatrično in psihoanalitično preučevanje je narekovalo, da smo zato iz te suicidalne populacije zbrali vzorec 100 ljudi, ki smo jih podrobneje opazovali v njihovem socialnem okolju.

Toda tudi že pomanjkljivo gradivo daje določen vpogled v samomorilnost in v njeno problematiko.

Ugotovili smo:

- da je med suicidanti komaj petina žensk, pogostnost samomorov največja med poročenimi, kar zadeva starost pa se koeficienti najvišji med letom 50 - 59, dotlej naraščajo, odslej upadajo;
- največ samomorov je v poletnih mesecih, sicer pa v soboto in ponedeljkih;
- obešanje je najbolj razširjena oblika samomorov. Način in uporabljena sredstva se razločujejo glede na spol samomorilca; ljudje iz nižjih socialnih stratuumov bolj inklinirajo obešanju, suicidanti se zelo nagnjeni k alkoholizmu;
- med suicidanti je največ ljudi iz spodnjih socialnih stratuumov, na kar kaže ne-le poklic, ampak tudi zaposlitev, i-

zobrazba ter še posebej manj ugodne življenjske razmere samomorilnih oseb.

Samomorilnih tendenc ni kazalo 38 % ljudi, ki so leta 1967 storili samomor (oz. bolje rečeno o tem ni bilo nobenih zapisov):

- več kot polovico samomorilnih oseb stori samomor doma, med temi je največ alkoholikov in največ takih, ki so že preje grozili s samomorom ali ga poskušali storiti;
- družinski in zakonski spori ter telesna bolezen in invalidnost so vzroki, na katere se najpogosteje navezuje samomor. Skoraj polovica samomorilnih ljudi je imela kakšne duševne motnje, četrtnina je bila obremenjena s telesnimi boleznimi ali okvarami;
- med suicidanti je precej alkoholikov, ki so že v svojem ožjem okolju imeli opravek z alkoholom bodisi pri svojih starših ali sorojencih. Intenzivnejši kot je bil vpliv alkoholizma nanje, slabši odnos do svoje družine kažejo taki primeri in več konfliktov porajajo.

Nekatere okoliščine, kot so n.pr. nevrotičnost, očitna duševna bolezen, predkaznevanost in sploh asocialnost, alkoholizem in druge, ki kakorkoli karakterizirajo osebnost suicidalne populacije, nam dajejo podlago za domnevo, da gre za ljudi z mnogimi težavami. Konflikti z okoljem, boleznimi, nerazumevanje in odsotnost pravočasne pomoči itd. pa so še dodatni etiološki dejavniki, ki utegnejo pripeljati suicidalni proces v končno fazo. Večkratne grožnje in tudi poskusi sa-

momcrov pa so signali samomorilne nevarnosti in kažejo na posledice te vrste že vnaprej. Pogosto pa ni nikogar, ki bi tako ogrožene osebe od tega odvrčal in jim pomagal in težav, zlasti še, če gre za osamljene, stare, zavrte, morbidne in na rob družbe potisnjene ljudi, ki sami v sebi ne najdejo toliko moči, da bi se izkopal iz situacij, v katere so zašli. Neredko pa je to zaradi bolezni, invalidnosti ali kakšnih drugih razlogov težko, morebiti celo nemogoče storiti.

VI. VZOREC 100 PSIHOSOCIALNIH ANKET SUBJEKTOV
IZ POPULACIJE OSEB, KI SO V 1967. LETU V
SLOVENIJI NAPRAVILE SAMOMOR ("S 100"^x)

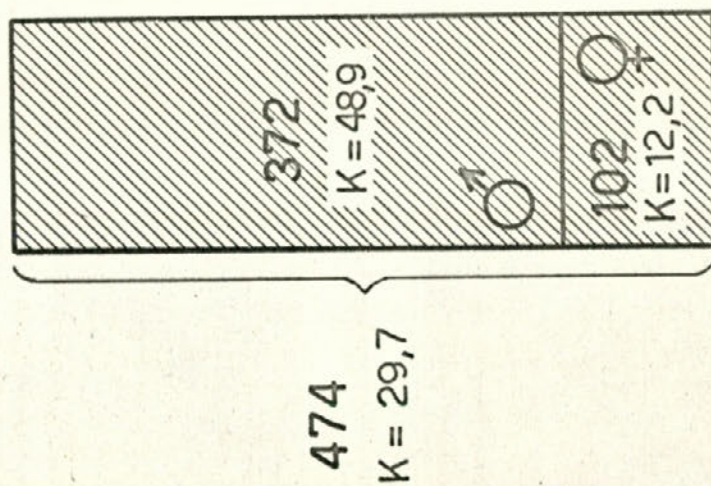
(dr. Lev Milčinski)

Iz celotne populacije 474 oseb, ki so v letu 1967 zaključile življenje s samomorom smo izbrali 100 oseb za podrobnejšo obdelavo. Želeli smo izvedeti kaj več o psihosocialnih determinantah suicidalnega ravnanja pri nas - kolikor je pač mogoče z metodami psihiatričnega socialnega dela v teh primerih retrogradno (v smislu "psihološke avtopsije") eruirati. Delo so opravili trije socialni delavci, izkušeni na psihiatričnem področju (Pungerčar Janez, Tanaskovič Milena in Virant - Jaklič Mira - vsi zaposleni v klinični bolnišnici za psihiatrijo Ljubljana) v primerih otrok in adolescentov, kjer je bilo pričakovati še največ podatkov o dinamiki medosebnih odnosov v družini ter vplivu le-teh na presuicidalni proces otroka oz. doraščajočega, pa pedopsihiater (dr. Anica Kos-Mikuš). Osnova za zbiranje podatkov je bil obrazec, ki je priložen.

Za izbor 100 oseb za to podrobnejšo obdelavo smo se morali odločiti iz preprostega razloga, ker za takšno obdelavo celotne populacije ni bilo niti kadrov, niti sredstev. Osebe za ta vzorec so bile izbrane po metodi slučajnega izbora, tako, da je bilo iz abecednega seznama vseh oseb, ki so v SR Sloveniji 1967. leta zaključile življenje s samomorom, izbrana vsaka četrta.

x) Suicidium - 100 primerov

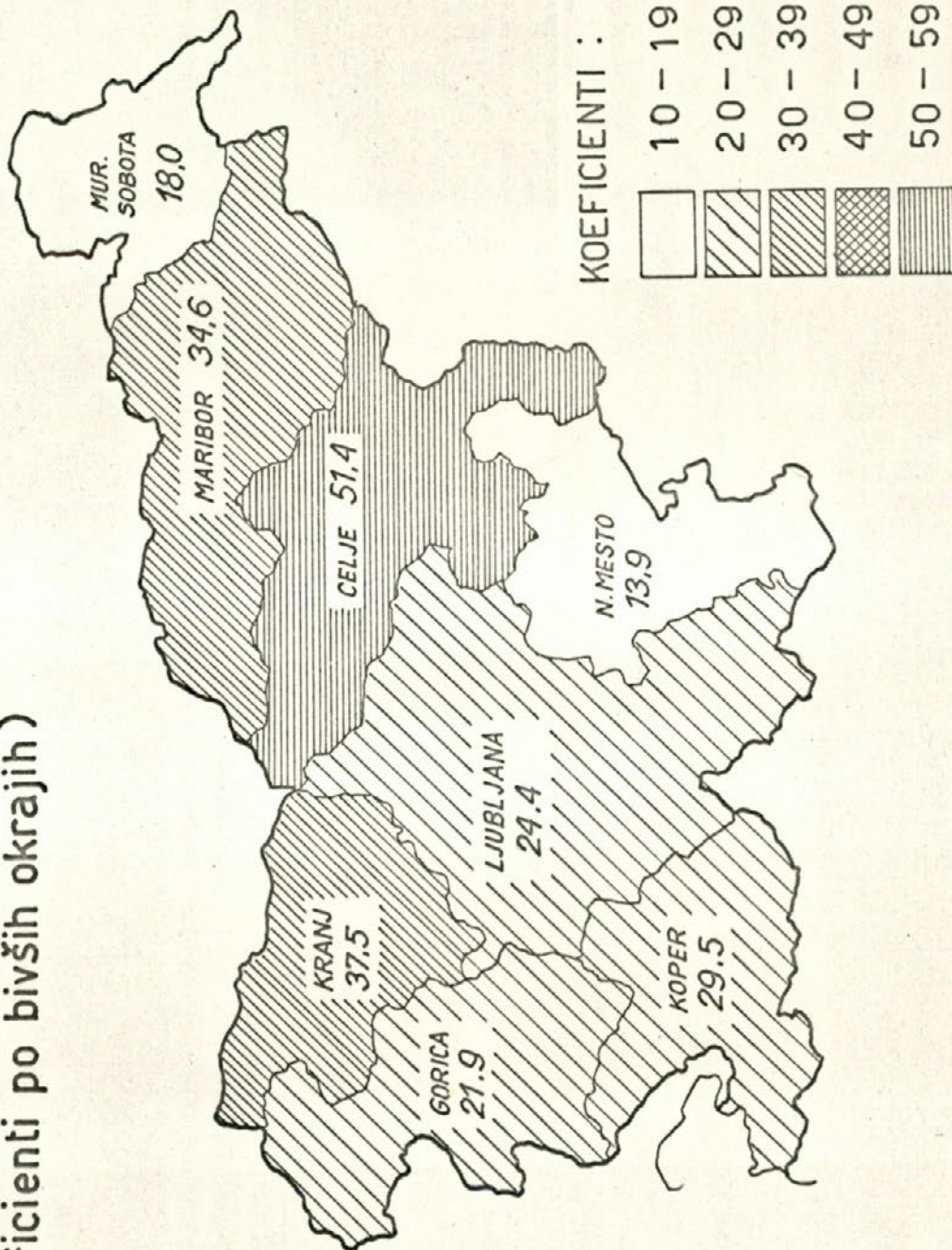
Samomor v Sloveniji - 1967



♂ : ♀ = 3,6 : 1,0

Poprečna starost 43,7

Samomor v Sloveniji - 1967
(Koefficienti po bivših okrajih)



V nadaljnjem podajamo strukturo vzorca teh 100 oseb v primerjavi s strukturo vseh 474 oseb, ki so pri nas končale v letu 1967 s samomorom.

Tabela 24 - Struktura suicidalne populacije SRS 1967

| S p o l | Število 1.1967 | Struk- tura | Naš vzorec |
|---------------------------|-------------------|----------------|---------------|
| Skupaj | 474 | 100 | 100 |
| moški | 372 | 78 | 72 |
| ženske | 102 | 22 | 28 |
| <u>Starost</u> | | | |
| Skupaj | 474 | 100 | 100 |
| do 19 | 27 | 5,7 | 7 |
| 20 - 29 | 68 | 14,4 | 20 |
| 30 - 39 | 106 | 22,4 | 17 |
| 40 - 49 | 75 | 15,9 | 21 |
| 50 - 59 | 94 | 19,8 | 19 |
| 60 - 69 | 70 | 14,8 | 11 |
| 70 in več | 34 | 7,0 | 5 |
| <u>Bivališče (regija)</u> | | | |
| Skupaj | 474 | 100 | 100 |
| Celje | 102 | 21,6 | 18 |
| Gorica | 24 | 5,1 | 5 |
| Koper | 32 | 6,8 | 4 |
| Kranj | 51 | 10,8 | 11 |
| Ljubljana | 100 | 21,0 | 21 |
| Maribor | 120 | 25,1 | 26 |
| Murska Sobota | 23 | 4,9 | 6 |
| Novo mesto | 22 | 4,7 | 9 |

V nadaljnem navajam v tabele urejene ugotovitve te ankete, ilustriram podatke z markantnejšimi primeri iz raziskovane populacije ter jih sproti komentiram.

Tabela 25 - Spol in starost

| Starost v letih | Moški | Ženske | Skupaj |
|-----------------|-------|--------|--------|
| Skupaj | 72 | 28 | 100 |
| 10 - 19 | 6 | 1 | 7 |
| 20 - 29 | 13 | 7 | 20 |
| 30 - 39 | 13 | 4 | 17 |
| 40 - 49 | 16 | 5 | 21 |
| 50 - 59 | 15 | 4 | 19 |
| 60 - 69 | 7 | 4 | 11 |
| 70 - 79 | 2 | 2 | 4 |
| 80 in več | - | 1 | 1 |

Najmlajša oseba v vzorcu je 13 letni deček, najstarejša je pa 84 letna ženska.

Struktura vzorca se glede na starost in spol drži splošnih zakonitosti v javljanju samomorov.

Primer najmlajšega citiram zaradi ilustrativnosti v več smereh v celoti:

1. primer (S 46-269)

Deček Ivan H. je bil takrat, ko se je vrgel pod vlak, star 13 let in 25 dni. V njegovem sorodstvu je bilo kar 7 primerov samomora, v očetovi rodovini jih je bilo 5 in tudi Iva-

nov oče je končal s samomorom: skočil je prav tako pod vlak. Ivan tedaj še ni bil rojen in starša nista bila poročena. Rodil se je torej dva meseca kasneje kot nezakonski. Rastel je -edinec- ob materi v kmečkem okolju. Materi v tistem času ni delal nikakršne nadlege, bil je priden in bister in se je v redu razvijal, le močil je posteljo vse do vstopa v šolo. Mati je delala kot snažilka v šoli; otrok jo je kasneje spremljal, ko je opravljala svoje delo. Tako mu je šolsko okolje priraslo k srcu, posebno še, ker so se učiteljice za dečka zanimale in mu marsikaj pokazale, še preden se je začel šolati. Fant je tudi kasneje kazal za šolsko delo veliko zanimanje in je prispel do 7. razreda osemletke s prav dobrimi in odličnimi ocenami, priljubljen med sošolci, kot tudi med pedagogi, ki so mu napovedovali veliko prihodnost. Svoje dolžnosti do šole je vestno opravljal še tudi v času, ko so bile doma že dokaj hude težave z njim. Tri dni pred dejanjem je prvič neopravičeno manjkal v šoli.

Ko je bil star osem let, se je mati omožila na samotno kmetijo, še prej pa je seznanila dečka z bodočim njegovim očimom in dobila od njega nekako tudi privoljenje, da se omoži. Očim - tesar - je bil z dečkom vseskozi korekten in je skrbel zanj kot za svojega. Deček je pokazal tudi zanimanje za kmečko okolje, le po vrstnikih se mu je tožilo na samoti. Zakonca sta se prav dobro razumela, harmonirala sta izredno. Treba je tudi poudariti, da sta dečka lepo oskrbovala, ga oblačila, zalagala s šolskimi potrebščinami, tako da je bil glede ^{tega} /na boljšem kot drugi vaški otroci. Tisti, ki so imeli nekoliko globlji vpogled v to družino, so pa le čutili, da deček v tem domu vseeno ni našel pravega razumevanja in topline.

Kaka 3 leta pred tragično smrtjo je postal doma težaven. Začelo se je nekako tedaj, ko je mati odšla v porodnišnico. Na čase je bil po ves teden mrk, molčeč, neprijazen, celo grob, potem se je pa razvedril in se je kazal spet izredno ljubeznivega in uslužnega. Dokaj svojeglav je postal in si ni pustil vplivati. Začel je uhajati z doma, po ves dan ga ni bilo doma, mudil se je pri sosedih in sorodnikih in prenočeval kar po senikih. Mati ga je s prigovarjanjem skušala tega odvaditi; hodila ga je iskat k sosedom, ga ob prilikah tudi ostro telesno kaznovala. Ko pa se ji na vse te načine ni posrečilo odvrniti dečka od njegovega vedenja, mu je naposled pustila, da je ravnal po svoje ("Saj se človek vsega naveliča."). Očim se v vzgojo pastorka ni vmešaval, prepuščal je to materi. Odločil se je dečka vzdrževati do konca osemletke, potem pa nič več. Deček je bil vse do kraja sicer gmotno brezhibno oskrbovan, čustveno pa na koncu "odpisan" tako pri očimu kot tudi pri materi. Postajal je res čedalje težavnejši, svojevoljen in ihtav. Tri dni pred dejanjem so se doma spet sprli. Očim mu je velel, naj spravlja krompir z njive, pa se je uprl. V prepir je posegla tudi mati. Zaprla mu je hišo in ga ni pustila več noter. To je bil po vtisu tudi razlog, da se je spet potepel in da se te dni tudi v šoli ni prikazal. Kajti vselej doslej je tudi pri svojih potepanjih le našel priložnost, da je smuknil v svojo sobo in vzel potrebne šolske stvari. Tako ga prvič - prav nezaslišano zanj - dva dni neopravičeno ni bilo v šolo. Ko se je razredničarka potrudila k njemu domov, ga tudi tam ni našla, pač pa je govorila z materjo. Ta ji je razodela marsikatero od težav, ki da jih

ima z njim in ki zanje razredničarka, čeprav je z izredno zavzetostjo sledila temu veliko obetajočemu učencu, doslej ni vedela.

Spor med dečkom in starši je v tistih dneh dosegel vrhunec. Potepal se je. Videvali so ga zdaj tu, zdaj tam. Vnel se je huđ prepir, v katerem je mati izjavila, da ga bodo še iz šole vrgli, če bo takšen. In kot se zdi, si spričo svojega neopravičenega izostanka v resnici še tudi ni več upal v šolo. Fant je tistega dne grozil materi celo z nožem, pa da bo sestrico zaklal in hišo zažgal.

Dečka je o samomorih v rodevini poučila stara mati po pokojnem očetu; opis je govoril o zelo dobrem človeku. Tudi o okoliščinah očetove smrti je izvedel vse podrobnosti. Ob domačih sporih je grozil s samomorom, med drugim, da bo šel pod vlak. Zadnji dan, po tistem prepiru z materjo, ga je ta videla še sedeti pred hišo na stopnicah z vrvjo v rokah. Na vprašanje, kaj to pomeni, je odvrnil, češ, saj vidiš, kaj imam in kaj bo s tem. Mati na to ni reagirala. Potem je spet izginil. Sošolci so ga še videli v vaški trgovini, kakor da bi se bil prišel pokazat. Učiteljica je poslala ponj, vendar ga niso več našli. Proti večeru je prišel domov, kjer se je preoblekel, potem je pa odšel v vas, češ, da gre k sošolcu. Vendar je šel pod vlak.

Mati in očim sta to dejanje sprejela kot nekaj usodno nezogibnega: če bi ne bil tega storil tedaj, bi pa nemara kasneje, ker mu je bilo pač v krvi.

Njegovo psihološko situacijo ob koncu njegove poti je mogo-

če še najbolje zadela razredničarka: Zavest, da bi ga utegnili izključiti iz šole, mu je zbudila občutek, da izgublja še edino oporo, ki jo ima na svetu. "Bil je tako sam, da ni našel poti k nikomur in je lahko šel le v smrt".

2. primer (37-231)

Najstarejša oseba iz vzorca je bila 84 letna gospodinja, ki je zarana skočila v vaški potok in se utopila. Zadnji čas sta živela sama s sinom, grobim, stiskaškim človekom. Ta je mater, ki lastnih sredstev ni imela stalno, obkladal z očitki, češ, da jo on vzdržuje. Pokojnica se je večkrat izrazila, češ, da je življenja sita.

Tabela 26 - Prilike v zgodnjem razvojnem obdobju

a) Nepopolna družina:

| | Skupaj | 21 |
|---|--------|----|
| 1) nezakonski | | 12 |
| 2) oče umrl ali drugače izpadel iz družine pred subjektivim 5.letom | | 4 |
| 3) mati - isto | | 2 |
| 4) oba starša - isto | | 3 |

b) Duševna bolezen in drugačne duš.abnormnosti pri starših:

| | <u>oče</u> | <u>mati</u> |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Skupaj | 29 | 19 |
| 1) duševna bolezen | 1 | 4 |
| 2) alkoholizem | 21 | 7 |
| 3) ostale duševne abnormnosti | 4 | 5 |
| 4) samomor | 3 | 3 |

c) Slabe materialne razmere v mladosti: 33

Take prilike so posamič in v raznih kombinacijah registrirane pri 62 osebah.

Brez navedbe v zgoraj omenjenem okviru je ostalo 38 oseb. Nekateri značilnosti le-teh so navedene kasneje.

V 9 primerih so bili odnosi staršev do subjekta označeni izrecno kot slabi ali zelo slabi.

Tabela kaže pogostnost takih anamnestičnih navedb, po katerih lahko sklepamo na psihohigiensko neugodne prilike v zgodnji mladosti, prilike v katerih pride do onih prvih momentov v človekovem osebnostnem razvoju, ki utegnejo predstavljati začetek "presuicidalnega sindroma".

Največkrat se javljajo navedeni negativni psihohigienski faktorji v kombinacijah, oziroma grupirani.

3. primer (S 54-185).

19-letni nezakonski sin bajtarice - vdove. Ta je v zakonu imela 3 otroke, ki so dom kmalu zapustili. Njen mož je bil domobranec, po vojni pogrešan. Od tedaj mati hudo pije. Dom je skrajno zanemarjen, bajta se podira, gospodinjstvo kaotično. Mati in sin sta se pogostoma prepirala, prihajalo je tudi do fizičnega obračunavanja, vendar sta bila le nekako navezana eden na drugega in sin se ni mogel odločiti, da bi dom zapustil. Postajal je vase zaprt, začel je tudi sam popivati. Trikrat se je že poskušal obesiti in v pijanosti je enkrat hotel zažgati hišo. Kritičnega dne se kaj

posebnega ni zgodilo in sinov samomor - obesil se je v goščavi blizu hiše - je prišel za mater nepričakovano.

4. primer (S 44-272).

22 letna socialna podpiranka, živeča v domu onemoglih, Invalid iz otroških let (Kyphoscoliosis, Microphthalmus dex.). Od 3. leta starosti dalje je rastla izven družine: po bolnišnicah, psihiatričnih zavodih, v rejništvu, v domu onemoglih. Mati neurejena, verjetno debilna ženska. Pokojnica ocenjena kot debilna, razen tega muhasta, svojeglava, prepirljiva, na čase doprimerana. Skočila je pod vlak po banalnem konfliktu v domu onemoglih - baje, ker ji niso dovolili, da bi šla domov po obleko.

Vendar so to le najbolj grobe manifestacije tega, čemur rečemo "slab odnos staršev do otroka", oziroma "neugodne emocionalne prilike v družini". Prav toliko - čeprav v drugi smeri - so lahko patogene, in tudi suicidogene prilike, ki se laičnim očem kažejo ugodne, pa v resnici niso. Primer za takšne okoliščine je 13 letni deček, omenjen že zgoraj kot najmlajši v vzorcu.

Tu bi lahko omenili še

5. primer (S 41-060)

25 letni kmečki delavec na domačem posestvu, se je obesil iz neznanih razlogov; domnevajo bodisi, da so mu doma očitali, da ne zasluži dovolj ali pa da je imel motnje v po-

tenci in je zaradi tega obupal.

Bogato posestvo, domači so hudo zagnani za gradnjo in urejanje stanovanja ter zaslužek. Pri tem pa v hiši ni bilo prave toplote in je anketarju vzbudila pozornost izjemna trdost in čustvena neprizadetost, s katero sta mati in sestra pokojnikova komentirali dejanje. Oče mu je umrl, ko je imel pokojnik 13 let. Potem je moral kot edini moški prevzeti obveznosti gospodarja.

Po naravi je bil bolj samošen, ne posebno družaben, vendar prijazen in ustrežljiv. Delal je trdo od jutra do mraka, kot malokdo v vasi. Zelo veliko mu je bilo do denarja.

Kot otrok je bil zelo plah. Veren. Za svoje pravice se ni znal potegniti, kar umaknil se je. Večkrat je bil videti žalosten in mu je prijalo samevanje v planinah. Včasih se je opil, takrat je pa kričal, bi tudi kaj razbil in se stepel.

Pomemben patogeni faktor, ki bistveno lahko spridi družinsko ozračje in vpliva na deviacijo otrokovega osebnostnega razvoja je alkoholizem - največkrat pri očetu. V naslednjem primeru imamo pred seboj zgodbo (ki ni takšna redkost) v kateri refren alkoholizma spremlja človeka od otroških let naprej in utiri tudi pot v samomor.

6. primer (S 30-431).

28 letna čistilka v gostilni, se je obesila, potem, ko je spet prišla domov pijana in se je sprla z možem. Pila je dve leti, odkar je bila zaposlena v gostilni. Mož jo je zaradi tega večkrat tudi pretepel. V treznem stanju je lepo skrbela

za dom in otroke. Po naravi bolj vase zaprta in svojih težav ni zaupala ne možu ne znancem. Sama razgovora ni začenjala, včasih souslužbencev niti pozdravila ni, le v tla je gledala. - Oba starša sta rada pila. Očeta je zgodaj izgubila. Očim je tudi veliko pil in z otroki ni bil dober. S 8 leti je izgubila mater. Potem je morala kot najstarejša sama veliko delati in skrbeti za mlajša sorojenca.

V že citiranem 1. primeru je 13 letni deček skočil pod vlak, kot njegov oče, katerega je kot postumus poznal le iz idealiziranih opisov stare matere.

V 7. primeru (S 500), se je pa 14 letni deček, ki je imel težave v šoli, obesil - kot je bil to storil pred časom njegov šolski ravnatelj. V obeh primerih je bil - vsaj pri izbiri načina samomora - očitno na delu mehanizem "identifikacije".

Samomor očeta ali matere nakazuje po eni plati lahko blažjo ali hujšo osebnostno ali duševno motenost roditelja oziroma neugodno domače ozračje. Napačno bi bilo sklepati v teh primerih na specifično hereditarno obremenjenost. (Glej 1. primer).

Samomor v krogu bližnjih sorodnikov ali znancev vpliva na odločitev za to dejanje (pri ustrezni pripravljenosti individua v tej smeri) tudi po poti identifikacije ("posnemanja"), kot v 7. in sledečem 8. primeru.

8. primer (30-408)

Kmalu po tragični smrti 17 letnega fanta, ki se je v opitem stanju obesil, ker ni našel zaposlitve, rad bi se bil pa rešil bednih domačih razmer, se je obesil tudi njegov leto dni mlajši brat. Vendar ga je oče pravočasno snel in ga potem natepel, "da bi mu takšne misli izbil iz glave".

Od obremenitev, ki jih doživlja človek kasneje v življenju, pričakujemo, da bodo v suicidogeni smeri najpomembnejše one, ki ga dolete v delovni organizaciji, v družini in zakonu, pa morebiti še v izjemnih situacijah, kakršne n.pr. ustvarja vojna.

Zadevni podatki so, kot sledi:

Tabela 27 - Prilagojenost v zreli dobi

a) Prilagojenost na delovnem mestu (subjektivna)

- zaposleni (N = 34)

| | Skupaj | 34 |
|-----------------------------------|--------|----------|
| Zadovoljen v delovni organizaciji | | 27 |
| Nezadovoljen | | <u>7</u> |

Šlo nam je v glavnem za eruiranje morebitnih psihičnih pritiskov v delovni organizaciji, ki po vtisu niso bili pomembni. Anketa ni dopustila zaključka, v koliko so osebe na sploh doživljale zadovoljstvo pri svojem delu.

b) Odnosi z zakonskim partnerjem

| Odnosi | | Moški | Ženske | Skupaj |
|--------|--------|-------|--------|--------|
| | Skupaj | 44 | 15 | 59 |
| Dobri | | 19 | 11 | 30 |
| Slabi | | 25 | 4 | 29 |

$$\chi^2_{11} = 4,069, P = 0,05$$

Spet je mogoče tabela preozko zastavljena - omejena je na podatek o zakonskih odnosih, ne zajema pa medosebnih odnosov v okviru drugih oblik partnerstva. Vsekakor pa izstopa podatek o tem, da je v skoraj polovici vseh primerov poročenih oseb zakon bil neharmoničen.

Mož alkoholik: 3
Žena alkoholik: 1

c) Obdobje zadnje vojne

| | | |
|---|--------|----|
| | Skupaj | 31 |
| a) Partizan, aktivist | | 12 |
| b) Interniran, izseljen, zaprt | | 6 |
| c) V domobranski ali okupatorski vojski | | 4 |
| a) + c) | | 2 |
| a) + b) | | 3 |
| b) + c) | | 4 |

Ta podatek sam nam kaj posebnega ne pove. Pripadnost osebe v eno od omenjenih kategorij sama po sebi ne dopušča sklepati o "vojnih naporih", še manj pa o povezanosti te vrste obremenitve s kasnejšim samomorom. Posredno se je taka zveza nakazovala le v življenjskih zgodbah 4 oseb.

Tabela 28 - Odnosi s sosesko

a) Splošna ocena

| | |
|-------------|----|
| zelo dobri | 11 |
| dobri | 41 |
| začudoljivi | 31 |
| slabi | 13 |
| zelo slabi | 4 |

b) Kako je na splošno shajal z ljudmi

| | |
|----------------------------|----|
| bil je v sporih z njimi | 8 |
| se jim je izogibal | 9 |
| je primerno shajal z njimi | 47 |
| bil je priljubljen | 32 |
| bil je zelo priljubljen | 4 |

c) Ljudje so ga smatrali za:

| | |
|-------------------------|----|
| duševno zdravega | 60 |
| čudaškega, vendar ne | |
| duševno bolnega | 27 |
| duševno bolnega, vendar | |
| ne potrebnega zavodne | |
| oskrbe | 10 |
| duševno bolnega in po- | |
| trebnega zavodne oskrbe | 3 |

Iz našega vzorca torej ne bi bilo sklepati na kaka hujša trenja suicidalne osebe s sosesko izven družinskega kroga.

Tabela 29 - Zdravstveno stanje

Če se ozremo sedaj na osebnost, nam kot oprijemljiv kriterij o telesni in duševni prizadetosti utegneta služiti sledeča podatka:

| | |
|------------------------------------|----|
| Invalid, oziroma trajna bolezen | 13 |
| Zdravljenje v psihiatričnem zavodu | 23 |

Telesna invalidnost ali stigmatiziranost peha človeka v osamljenost, ta pa - zlasti pri osebah manjšega umskega potenciala, z malimi možnostmi kompenzacije, rada utirja pot v samomorilno ravnanje.

9. primer (30-425)

29.letna nekvalificirana delavka. Izhaja iz številne (8 otrok), zelo revne, viničarske družine. Mati se je obesila, ko je imela pokojna 17 let, oče je pil, zapravil svoj zaslužek. Doma prepiri. Domači so jo odklanjali, ker je spričo svoje nevrološke motnje (ataksija - cerebelarni sindrom) pa tudi v psihičnem pogledu napravljala čuden vtis. Delala je težko, bila je površna in nezanesljiva; v podjetju so jo pač tolerirali zaradi njene bolezni. Zaradi depresivnega stanja je bila že 1961. tri mesece hospitalizirana, ponovno pa še v zvezi z njenimi nevrološkimi motnjami 1962. in 1965. Po tem, ko je po bežnem poznanstvu z nekim delavcem zanosila in 1964. leta rodila (sin je bil oddan nato v rejništvo), je vztrajno zasledovala očeta svojega otroka, hoteč se po vsej sili poročiti z njim, čeprav jo je on zavračal in se še norčeval iz nje. Kasneje je iskala stikov vseprek z moškimi z izključno željo, da bi našla ženina.

Moški so jo često izkoristili in pustili nosečo, tako, da je imela za seboj več splavov. Bila je nesamostojna in slabo kritična za svoje stanje. Navezala se je na posamezne osebe, n.pr. na socialno delavko, katero je kar dnevno obiskovala. Njej je tudi potožila, češ da je nesrečna, ker je nihče ne mara in da nima veselja do življenja. Kritičnega dne je bila pa komaj opazno bolj potrta kot običajno in je s svojim samo-

morom (obešenje) okolico presentila. - Že pred leti si je nekoč v bolnišnici hotela prerezati žile.

10. primer (30-359)

52-letna socialna podpiranka. Od rojstva invalidna (spastična tetrapareza), je imela epileptične napade, nesrečna zaradi svoje invalidnosti in bolezni. Oče delomrznež in alkoholik. Žive-la v dokajšnji bedi sama - ni pa hotela v zavod. Od dekliških let naprej je ponovno poskušala samomor. Končno je v tem uspe-la (zastrupitev s tabletami). Pustila je sledeče pismo: "Da ne bom več sitnica - pa raje umrem. Nikakor ne klicati zdrav-nika ali kakšno sosedo, da bi me obudili v življenje, ker bi bila potem še bolj nesrečna. Pustite me pri miru, dokler ne izdihnem, ker vsak človek sam najbolje ve, kako, zakaj in kaj mu je težko v življenju. Za mene je edini izhod, iti na ta ti-hi in mirni kraj, od koder me nikoli več ne bo nazaj."

Prihajamo na pojav, ki je v naših prilikah, kot kaže hudo sui-cidogen : alkoholizem subjekta.

Tabela 30 - Odnos do alkohola

| Spol | Skupaj | Alkoholik | % |
|--------|--------|-----------|------|
| | Skupaj | 100 | 44,0 |
| moški | 72 | 41 | 56,9 |
| ženski | 28 | 3 | 10,7 |

$$X^2 \text{ (Po Snedecar-Brandtu) } = 5,484, P \quad 0,05$$

Med osebami vzorca onih, ki so končali s samomorom, je izredno visok odstotek alkoholikov. Ta številka bistveno presega prečje podobnih navedb v drugih raziskavah. Alkoholizem je "moška" bolezen. Tudi v nesamomorilni populaciji je, kot vemo, med moškimi bistveno več alkoholikov, kot med ženskami in bi razmerje med spoloma (1 ž : 5,3 m) v našem vzorcu nekako ustrezalo zadevnemu razmerju v celotni populaciji.

Sledeči primer predstavlja tipično zgodbo alkoholika - depresivno strukturirane osebnosti - ki v svoji dependentnosti potrebuje več toplote in pozornosti iz svoje okolice, kot mu jo ta utegne nuditi:

11. primer (S 09-123)

33 letni ključavničar. Oče železničar - alkoholik in surovež, je sam že dvakrat poskušal samomor v pijanosti. Družina je zelo težko živela, stanovanjske prilike so bile tudi zelo slabe. Oče pokojnika ni maral, znašal se je nad njim tako, da ga je slekel do golega in ga pretepal s pasom. Tudi mati ga je zapostavljala za ostalima sorojencema. Kmalu potem, ko se je izučil poklica, je začel piti tudi sam. Potem so se odnosi med njim in svojci še poslabšali. Še predno se je poročil, je bodoči ženi često tožil: "Oče me ne mara, ti me ne maraš, se bom kar obesil". Tudi trezen se je tako izražal. Poskušal je samomor le v pijanosti. To se je pa dogajalo skoraj vsako leto enkrat. Zaradi alkoholizma se je že zdravil v bolnišnici, vendar se na kontrole kasneje ni več javljal. Po naravi je bil tih, vase zaprt človek. V podjetju so ga treznega kot delavca cenili; med sodelavci je bil priljubljen, ker je bil tovariški, čeprav ne veseljaški. V službi je včasih potožil,

češ da je žena precej groba do njega. Ona je bila tista, ki je doma o vsem odločala in ji je materialna plat (hiša!) zelo veliko pomenila, med tem, ko si je mož želel več ljubeznjivosti od nje. - Obesil se je v eni svojih pivskih faz, potem, ko je spet - kot že tolikokrat - grozil s samomorom.

Do samomorilnega dejanja utegne priti pri alkoholiku tudi pod vtisom blođenj ali halucinacij, v času, ko preboleva alkoholno psihozo:

12. primer (S 35-184)

34 letni delavec na domači kmetiji. Alkoholik, ki je že dolgo pil okoli 3 litre vina dnevno. Nastopil je delirij. Postal je nemiren in grozav pod vtisom halucinacij. Izkoristil je kratek čas, ko je bil brez nadzorstva, ušel pred svojimi dozdevnimi zasledovalci ter skočil v vodnjak.

Anketarji opisujejo večkrat dokaj hladen in čustveno nepri-
zadet vtis, ki ga napravijo pri razgovorih vdove po alkoholi-
kih, ki so napravili samomer. Često ni docela razvidno,
ali je takšen ženin odnos do moža nekaj primarnega ali mogo-
če odraz ženine otopelosti pod vtisom vsega hudega, kar žena
v zakonu z alkoholikom v letih prestane. Vsekakor se zdi za
moža dokaj suicidogena kombinacija, ko je žena dominantna,
poudarjeno gospodarna in emocionalno hladna, mož - alkoholik
pa depresivno mehak in dependenten.

Tako je domačo situacijo delavca - alkoholika - ki je kon-
čal s samomorom opisovala vaška babica:

13. primer (S 08-204)

Pravega doma pokojnik sploh ni imel. Domače ozračje je bilo skrajno hladno. Žena je bila v hiši absolutni gospodar. Mož o ničemer ni odločal. Kot žival je bil pri hiši; pravzaprav mu je bilo slabše doma, kajti za živino je žena skrbela, zanj pa ne. Ko je rodila, je moža za 14 dni spodila od doma. Ko so otroka krstili in so doma imeli gostijo, je moral mož čakati zunaj pred hišo. On je bil pa rahločuten in dobričina, premalo odločen, se vkljub vsemu za razvezo ni mogel odločiti.

Nesrečno zagato alkoholika često lahko vidimo v tem, da naj bi mu alkoholni opoj prekril deficit v ljubeznjivosti in toplini, ki ga občuti v svojem okolju. Alkoholni proces pa le veča prepad med alkoholikom in zanj pomembnimi osebami.

Zadnja faza tega procesa je lahko tista, ko človek ugotovi, kot oni 58 letni, telesno shirani kronični alkoholik, ki je izjavil: "Zame sta samo še žganje in Ljubljana". (14. primer 327 - 158).

Po dolgotrajnih razburjanjih in frustriranih prizadevanjih ob kroničnem alkoholiku tudi svojci često kapitulirajo.

15. primer (S 30-392)

Odgovor sestre težavnega alkoholika, ki je napravil samomor, na vprašanje, ali je samomor izhod iz težavnih življenjskih situacij: "Za takšne ljudi, kot je bil on, je to edini izhod. Vsa prigovarjanja naj neha piti, niso zalegla. Tako je rešil samega sebe in druge."

16. primer (S 18-050)

Osebam živečim leta dolgo ob nasilnem alkoholiku neredko ob njegovem samomoru odleže in utegnejo to - če so v resnici veliko prestali - tudi odkrito izpovedati. Žena takega človeka je n.pr. anketarju rekla, da si je ob moževi smrti pravzaprav oddahnila in se ji zdi, da je šele sedaj zaživela. - Komandir PLM tistega kraja, ki je ob moževih izpadih moral že 17 krat intervenirati, je pa izjavil, da je bil ob nje-govi smrti kar vesel.

Ko se v človeku začne oblikovati bolj ali manj zavestna samomorilna težnja, jo neredkoma izrazi. Pred uspelim samomomrom so kar pogostni samomorilni poskusi. To dvoje je očitno tudi v našem vzorcu.

Tabela 31 - Prejšnje samomorilno vedenje

a) Samomorilne grožnje

| | Skupaj | 100 |
|----------------|--------|-----|
| je izražal | | 64 |
| jih ni izražal | | 36 |

b) Samomorilni poskusi

| | Skupaj | 100 |
|-------------------------------------|--------|-----|
| Sedanje samomorilno dejanje je prvo | | 65 |
| Pred tem že en poskus | | 18 |
| Pred tem že več poskusov | | 17 |

Torej se zdi, da signalov, ki pri neki osebi napovedujejo samomorilno nevarnost, ne manjka. Iz teh samomorilnih gro-

ženj včasih očitno štrli "apel", klic na pomoč.

17. primer (S 33-199)

Dan pred dejanjem se je pojavil v trgovini in kupil vrv ter prodajalki rekel, da se bo obesil. Kupil je še nekaj steklenic piva in zahteval od vseh v trgovini prisotnih, da pijejo z njim; še vrata je zaklenil, da nihče ne bi mogel oditi. Rekel je, da mogoče poslednjič pijejo na njegovo zdravje. - Naslednjega dne je bil še na veselici. Tam se je sprl z ženo. Ona je odšla domov, on pa v sadovnjak in se obesil.

Kot prikrito suicidalno grožnjo in hkrati apel je treba smatrati, ko oseba, ki konča kasneje s samomorom, vprašuje, kateri način samomora je boljši (S 03-298) ali kaže sosedi steklenično lizola (S 504).

Tudi samomorilne geste, ki so po vtisu docela demonstrativne in izsiljevalne, lahko napovedujejo samomor.

18. primer (S 06-201)

V anketnem poročilu o tuberkuloznem alkoholiku, ki se je zapletel v dolgove in ga je družina potem zapustila, beremo: Govoril je, da se bo končal, vendar ga niso resno jemali. Ko so še skupaj živeli, je včasih vzela vrv in rekel, da se gre obesiti. Ker nihče ni šel za njim, se je kmalu vrnil in domače ozmerjal šeš zakaj niso šli za njim. Končno je pa vendar napravil samomor.

Pri vseh številnih in jasnih signalih v okolici samomorilne osebe pogrešamo neredkoma ustrezne pozornosti - zlasti seveda tam, kjer je odnos med subjektom in relevantnimi osebami okoli njega slab (in ko si te osebe po tragičnem zaključku subjektovega življenja, bolj ali manj odkrito, oddahnejo). - Res je pa tudi, da nekaterim suicidalnim osebam, zelo dobro uspe prikriti resen samomorilni namen.

19. primer (S 30-417)

28 letna uradnica, v službi izredno marljiva in prizadevna, pri delu natančna in točna. Dan pred dejanjem je še oddala v podjetju zaključen spisek osnovnih sredstev češ: "Vse sem zaključila, vse je na tekočem", tako da po njeni smrti ni bilo v podjetju nikakih težav pri prevzemu njenega resora. Njeni sodelavci so jo ocenjevali kot dokaj samotarsko; bila je sicer zelo vljudna in ljubezniva, sama pa razgovora ni začejala in se v družbice ni vključevala. Z možem se je dobro razumela. Otrok sicer nista imela, vendar je bilo to pokojnici po vtisu kar prav. - Hudo so jo pa težili domači odnosi. Rastla je v dobrih materialnih razmerah. Mati je bila pa zelo čudna ženska: ostra, groba, hladna in gospodovalna. Bolj ko je pokojnica dorasčala, bolj je bila mati neprijazna do nje, pa tudi do očeta, ki mu je zamerila, da je imel pokojno rajši kot pa njo. Tudi, ko je oče zbolel za rakom, mati svojega odnosa ni spremenila: ostala je hladna in je na očetov račun delala grde pripombe. Mati je na svojo plat pridobila še sestro. Neprijaznost obeh do pokojnice se je še stopnjevala, ko je oče umrl in pokojni zapustil večji del

imetja. Zelo je žalovala za očetom. Že v času očetove bolezni je začela z resnimi samomorilnimi poskusi: Najprej se je obesila doma v stanovanju - rešila jo je sestra. Dva meseca kasneje je v enem dnevu napravila tri resne samomorilne poskuse: hotela se je vreči pod avtomobil, nato pod vlak, končno je pa skočila v reko ter si pri tem poškodovala nogi. Dva meseca je bila v bolnišnici. Odklanjala je zdravila, češ da ji niso potrebna. Po odpustu iz bolnišnice se je spet zaposlila. Kritičnega dne zjutraj se je navidez kot običajno odpravljala v službo, ko se je mož poslovil od nje. Vendar se v službo ni podala; oblekla se je v črno obleko, napisala pismo za moža in se obesila.

Konfliktno stanje, ki ga samomorilna oseba nosi v sebi, se zadnji, kritični dan neredkoma tako ali drugače manifestira. Omenili smo že samomorilne grožnje. Subjektovo vedenje je pa čisto tedaj tudi v splošnem spremenjeno.

Tabela 32 - Pokojnikovo vedenje kritičnega dne

| | Skupaj | 100 |
|---|--------|-----|
| Neobičajno vedenje (še v okviru normalnega) | 28 | |
| Pijan | 25 | |
| Očitno duševno moten | 9 | |
| Nespremenjen | 29 | |
| Neznano | 9 | |

Spet se srečamo z alkoholom. Četrtnina oseb iz našega vzorca je torej dejanje storila v bolj ali manj opitem stanju. Večina teh oseb so vsekakor latentno suicidalni alkoholiki, ki so pač v oni svojih pijanosti podlegli samomorilnemu impulzu. Posamezni, ki sicer z alkoholom niso tako domači, pa žele, kot se zdi, z opitostjo premagati bojazen in pomisleke pred dejanjem.

Načini samomorilnega dejanja po spolu in starosti

| Način i | 10 - 19 m ž sk | 20 - 29 m ž sk | 30 - 39 m ž sk | 40 - 49 m ž sk | 50 - 59 m ž sk | 60 - 69 m ž sk | 70 - 79 m ž sk | 80 in več m ž sk | skupno m ž sk |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|---------------------|
| Zastrupitev s plinom | | | | | | 1 | | | 1 |
| Zastrupitev z medikamenti | | 1 1 | | 1 1 | 1 1 | | | | 2 3 |
| Zastrupitev drugačna | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 3 |
| Obešenje, strangulacija | 4 4 | 7 3 10 | 10 1 11 | 15 1 16 | 11 1 12 | 5 2 7 | 2 2 4 | | 54 10 64 |
| Utopitev | | 3 5 | 2 2 | 2 2 | 1 2 3 | 1 1 | | 1 1 | 6 6 12 |
| Povoženje | 2 2 | 1 1 2 | 1 1 4 | | | 1 1 | | | 5 9 |
| Skok z višine | | | | | | | | | |
| Ustrelitev v glavo | | 1 | | 1 1 | | | | | 1 1 |
| Ustrelitev drugam | | | | | 1 1 | | | | 1 2 |
| Ubod ali urez -zapestje, podlah | | 1 1 | | | | | | | 1 1 |
| Ubod ali urez drugam | | | | | | 1 1 | | | 1 1 |

Če reduciramo kategorije načinov na: "zastrupitve", "obešenje" in "ostalost", dobimo pri statističnem preizkusu:

moški: $hi^2 = 59,25$, $P < 0,001$; ženske: $hi^2 = 0,93$, $P > 0,50$

Tabela 33 - Načini samomorom (uspeh) po spolu

| Način | Moški | | Ženske | | Skupaj | | Struktura v % v celot. suicid. populac. SRS 1967 |
|-------------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|---|--|
| | Šte- vilo | % | Šte- vilo | % | Šte- vilo | % | |
| Skupaj | 72 | | 28 | | 100 | | |
| Zastrupitev | 3 | 4,0 | 7 | 25 | 10 | | 7,0 |
| Obešenje, strangulacija | 54 | 75,0 | 10 | 35,6 | 64 | | 63,5 |
| Utopitev | 6 | 8,3 | 6 | 21,4 | 12 | | 11,6 |
| Drugo | 9 | 12,5 | 5 | 17,8 | 14 | | 17,9 |

$\chi^2 = 16,91$ značilen na nivoju 0,001

Ugotovimo lahko, da kot način samomora izrazito dominira obešenje, pri čemer je očitno, da ta način bistveno pogosteje uporabljajo moški. Tudi pri ženskah je v okviru uspeh samomorov ta način najpogostejši, vendar so relativno pogosti tudi drugi načini, ki pri moških stopajo v ozadje.

Prilika, običaj, vzori, v načinu smrti skrita simbolika, razmerje med čisto samomorilno težnjo in "apel - funkcijo" v odločitvi za dejanje, in še drugi faktorji sodelujejo, ko gre za izbiro dejanja. Nekateri prej citirani primeri to ilustrirajo.

rajo. V našem vzorcu odločno vodi obešenje, ki ga v tolikšnem odstotku drugje v svetu težko srečamo. O tem, kaj odloča o tako pogostem izboru prav takega načina samomora pri nas, izrekamo lahko samo določene domneve: Obešenje je tudi oblika smrtne kazni - nekoliko sramotnejša, kot so ostale, ki so v svetu v rabi. Bi lahko iz tega zaključili, da je dominantni smisel samomorilnega dejanja pri nas: Naložiti si (subjektivno) zaslužen kazni, ker nisi izpolnil tega, kar narekujeta dolžnost in čast? Torej, da samomor pri nas ni toliko beg iz stiske - v tem primeru bi namreč pričakovali več medikamentoznih zastrupitev, ki vabijo nekatere samomorilne osebe, ker o-
betajo spanje in pozabo.

Citiram dva primera, ki bi utegnila to ponazoriti; na nju se bom vrnil kasneje še v drugi zvezi:

20. primer (S 18-o41)

Delavec, ob samomoru (obešenju) star tri mesece manj kot 55 let. Njegov brat je bil alkoholik in je našel v delinkventnost, sicer pa v sorodstvu ni bilo duševnih abnormnosti. Oče je delal v oddaljenem rudniku in je prihajal k družini le ob koncu tedna. Za otroke je skrbela mati, ki je bila znana kot zelo skrbna in varčna gospodinja, ki ji je čistoča v hiši veliko pomenila. Na tak red je navajala tudi otroke. Pokojnik, peti od šestih otrok, je bil materi še posebno pri srcu, ker si je pridobil lastnosti, ki ju je imela mati tako v čišlih: skrbnost in varčnost. Sam je bil na mater prav tako zelo navezan. Še po svoji poroki je pogosto prihajal domov. Oče

mu je dosti manj pomenil. Zelo mu je zameril, da se je po materini smrti že kot star možak vnovič oženil. Značilno je, da polbrata, ki se je rodil v očetovem drugem zakonu, ni šel nikdar niti pogledat.

Opravil je osnovno šolo, izučil se je čevljarstva, je pa delal v tej stroki le kratek čas. V gospodarski krizi je delo v svojem poklicu izgubil in je šel v rudnik za kopača. Leta 1943 je šel v partizane. Še isto leto so ga ujeli in poslali na delo v tovarno. Poslej je ostal tam zaposlen tudi po koncu vojne, vse do smrti. V podjetju je delal dolga leta kot kvalificiran delavec, pred lo leti pa je pri obratni nezgodi izgubil desnico. Po nesreči je prišel na delovno mesto vratarja, vendar le za kratek čas. Začel se je povzpenjati in končno dosegel položaj upravnika tovarniške restavracije. V resnici bi o njegovem odnosu do dela in dolžnosti ne bilo moči reči drugega kot le najboljše: izreden občutek odgovornosti, samostojnost, iznajdljivost, discipliniranost. Navzlic tem odlikam pa med sodelavci ni bil priljubljen. Veljal je za čudaka, agresivnega, eksplozivnega človeka, ki nasprotnega mnenja ni prenesel. Trmasto je vztrajal pri svojem. Od svojih podrejenih je zahteval enak odnos do dela, kot ga je imel sam. Ni poznal usmiljenja, priganjal jih je k delu na vsakem koraku, zlasti ženske. Tudi bolezen zanj ni veljala za opravičilo. Podrejeni so se ga zato bali ter se ga ogibali. - Do nadrejenih in izobraženih delavcev je pa imel docela drugačen odnos: bil je ustrezljiv do njih in jim delal razne privatne usluge. Spričo takšnega svojega ravnanja dobrih prijateljev ni imel ne doma ne v tovarni. Praviijo, da je le na izletih v gore njegova nasilnost in grobost nekako splahnela.

Toda ob teh priložnostih je večji del poti spet hodil sam, zatopljen v svoje misli.

Poročen je bil dvakrat. Prvi zakon se je razdrl, menda zaradi njegove grobesti in nadležnega pikolovstva. Dolga leta je potem živel sam; pred 4 leti pa se je oženil s 25 let mlajšo vdovo. Tisti, ki jo poznajo, menijo o njej, da je po značaju prav podobna pokojnemu možu in da so jo v zakonu držale predvsem materialne koristi.

Po treh letih tega zakona, pet mesecev pred smrtjo, je pokojnik doživel cerebrovaskularni insult s hemiparezo po desni strani. To ga je izredno prizadelo. Dela ni več nadaljeval. Če se je v tovarni še oglasil, je bil tih in zamorjen. Ljudem se je izmikal. Tistim, ki so ga obiskovali doma, se je zdelo izredno nenavadno, da so ga videli jokati, saj so ga poznali le kot odločnega, samosvojega človeka, ki ni poznal strahu. Mlada žena mu je stregla z nevoljo. Obiskov na domu je bilo vse manj. Pričakoval je sodelavce za novo leto, pa jih ni bilo. Zjokal se je. Zadnji čas so mu pa začeli naka-zovati invalidsko upokožitev, kar je spet imel za nov dokaz, da ga nikakor ne pogrešajo, kot si je bil sam predstavljal, in da se ga hočejo pač iznebiti. Bridko se je pritožil, češ: "Žrtvoval sem roko za tovarno, zdaj pa tako ravnajo z menoj".

Naravnost samomorilnih namenov ni izražal, večkrat pa je rekel, da ne bo počasi "crkaval" v postelji, odvisen od tuje pomoči. Tudi kritičnega dne žena ni opazila kakih sprememb na njem, razen že opisanih. Samomor je storil nepričakovano, tako zanjo, kot za večino sodelavcev. Poslovilnega pisma ni pustil.

21. primer (S 14-o64)

39 letni mizar se je obesil po vnovičnem enotedenskem nepretrganem popivanju. Oče, gradbeni delavec, je dobro zaslužil, vendar je skoraj vse zapil. Oba otroka je morala mati preživljati tako, da je služila pri drugih ljudeh. Če je hotela dobiti kaj denarja od svojega moža, ga je morala loviti po gostilnah. Otroka, zlasti pa pokojni, sta bila navezana na mater, ki se je pa zaradi depresivne psihoze pred 20 leti zdravila v psihiatrični bolnišnici, pred 10 leti je pa končala s samomorom - obešenjem. Pokojnikova sestra velja za čudaško.

V domačem kraju se je izšolal za mizarja in se tudi zaposlil. V podjetju so ga cenili kot zelo sposobnega in prizadevnega. Do zadnjega leta je tudi lepo napredoval. Ko ga pa zaradi vinjenosti večkrat ni bilo na delo, so ga odstavili s šefovskega mesta. To ga je zelo prizadelo. Vkljub njegovi nagnjenosti k alkoholu, so ga domačini imeli radi, cenili so ga kot človeka, ki je sposoben, priden in tudi za dom skrben, saj sta si z ženo sezidala hišo; pripravljal se je že tudi, da bi začel lastno obrt, ker so ga v službi postavili na nižjo stopnjo.

Poročil se je, ko je bil star 27 let. Žena ni bila domačinka. Kot vse druge priseljenke so tudi njo domačinke odklanjale, češ da je "pritepenka". Pokojnikova žena je bila še toliko manj dobrodošla zaradi svojega karakterja. Zamerili so ji posebej še to, da je moža tako surovo nadirala in celo klofutala, če ga je zasačila pijanega. Bila je tudi - neupra-

vičeno - ljubosumna nanj, toda ko je njemu v zadnjem času začela pešati potencia, je tudi on postajal vse bolj ljubosumen. Vkljub tem nesoglasjem med njima, je bil pokojnik vendarle hudo odvisen od nje, ničesar ni znal speljati brez njene pomoči. Njegov dobri prijatelj je dejal o njem, da je bil "šlapa", ki je prehitro prišel pod vpliv drugih ljudi in ni znal udariti po mizi, ko bi bilo treba, pa zato tudi doma ni znal napraviti reda. Pil pa je pokojnik že pred poroko, zlasti pa še prva štiri leta zakona. Žena je to tako težko prenašala, da je z otrokoma pobegnila v Avstrijo. Prav v tistem času je bila njegova mati napravila samomor. Domačini so potem dolžili pokojnikovo ženo, češ da je ona kriva smrti svoje tašče. Prišel je kmalu po družino v Avstrijo in vrnili so se domov. Potem se je štiri leta vzdržal alkohola. Po malem pa je kasneje spet začel piti. Na kolenih pred ženo se je često zaklinjal in obljubljal, da bo opustil svojo razvado, vendar ga je vselej znova premagalo. Žena je svoje grobo reagiranje na moževe ekscese, zlasti ko je tudi doživljala, da sta se mož in tast skupaj vračala pijana domov, utemeljevala z bojaznijo, da bi jo bila utegnila doleteti tako huda usoda, kot jo je imela moževa mati. Vtis je, da na svoja otroka ni bil tako navezan, kot je bil odvisen od ženine ljubezni. Dobival je pa le preveč očitkov in groženj. Ženo je silno jezilo, da je zahajal v gostilne, zlasti ker je tako zapravljajal denar in ker je bil opit grob in nasilen. Polagoma ji je postajalo vsega dovolj, in sama je kdaj pa kdaj že pomislila na to, da bi si vzela življenje, vendar jo je vselej zadrževala misel na otroka. Zadnji teden je mož spet nepretrgoma pil, ni pa bil v pijanosti grob in ni razgrajal kot druge krat. Kri-

tičnega dne je bil po njenem vtisu "z živci pri kraju": bil je tih in kar v tla je gledal. Menda se je hotel še pogovoriti z njo, pa ga je grobo zavrnila: "Izgini, svinja pijana". Njegove grožnje s samomorom ni vzela resno. Menila je, da jo hoče prestrašiti in da hoče s tem doseči, da bi pritekla k njemu in se pobotala z njim. Če se danes žena sprašuje, kako bi bila mogla tragični konec še preprečiti, se ji zdi, da bi ji bilo to nemara uspelo, če bi bila tisto kritično noč ob njem prebedela - toda bila je že vsega sita. Res je pa imel vse od materine smrti za seboj vsaj štiri poskuse obeshenja - vselej v pijanosti. Govoril sicer o samomoru ni.

Značilno je še, da je malo pred njim končal s samomorom njegov poklicni tovariš in nekaj za njim še eden.

"Vzrok" samomorilnega dejanja

Ko je dejanje storjeno in človeka ni več, ugotavlja okolica, kaj bi utegnil biti "vzrok" samomora. Če razumemo samomor le kot zaključek dolgotrajnega procesa, potem aktualnim konfliktom, v katere je bil človek pred dejanjem zapleten, lahko prisodimo bolj ali manj le vlogo motivov ali pa provokativnih faktorjev.

Tabela 34

a) Domnevni dominantni motiv samomorilnega dejanja

| | <u>Moški</u> | <u>Ženske</u> | <u>Skupaj</u> |
|-----------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| Skupaj | 72 | 28 | 100 |
| Zakonski oziroma družinski spori | 17 | 6 | 23 |
| Ljubezenski konflikt | 1 | 3 | 4 |
| Telesna bolezen ali invalidnost | 11 | 3 | 14 |
| Ekonomske, stanovanjske težave | 5 | 1 | 6 |
| Strah pred sodnimi ukrepi in pod. | 3 | 1 | 4 |
| Težave v službi | 2 | - | 2 |
| Osamljenost, izguba svojca | 1 | 1 | 2 |
| Ni odgovora, ni razvidno | 32 | 15 | 45 |

b) Udeleženosť duševne motnje pri izvedbi dejanja

| | <u>Moški</u> | <u>Ženske</u> | <u>Skupaj</u> |
|---------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| Skupaj | 72 | 28 | 100 |
| očitna duševna motnja | 13 | 6 | 19 |
| blažja duševna motnja | 38 | 10 | 48 |
| po vtisu brez duševne motenosti | 4 | 5 | 9 |
| ni razvidno | 17 | 7 | 24 |

Za statistični preizkus bi tabelo skrčili kot sledi:

| <u>Domnevni motiv</u> | <u>Moški</u> | <u>Ženske</u> | <u>Skupaj</u> |
|------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| Skupaj | 72 | 28 | 100 |
| Zakonski oz. družinski spori | 17 | 6 | 23 |
| Ljubezenski konflikt | 1 | 3 | 4 |
| Telesna bolezen | 11 | 3 | 14 |
| Ostalo | 11 | 3 | 14 |
| Ni razvidno | 32 | 13 | 45 |

$$\text{Moški: } \chi^2 = 36,06, \quad P = 0,001$$

$$\text{Ženske } \chi^2 = 13,43, \quad P = 0,01$$

Tabela je nekoliko problematična zaradi visokega števila primerov kategorije "ni razvidno".

Motiv je včasih na videz dokaj banalen, čeprav v celotni konstelaciji okoliščin čisto le občutimo težo prav takšne obremenitve za subjekt.

22. primer (S 49-322)

24 letni kmečki delavec na domačem gospodarstvu. Na dan samomora je pri vožnji s kolesom, nekoliko opit povzročil prometno nesrečo, pri čemer je bilo rabito le steklo na avtomobilu, s katerim je karamboliral. Na postaji LM so mu pa nakazali, da bo moral škodo poravnati. - Ni se več vrnil domov, naravnost obesit se je šel.

Pokojnikovi starši so bili izredno strogi in zahtevni. Zlasti je bil trd oče, ki ga ni nikamor puščal, tako, da je imel manj svobode, kot katerikoli izmed njegovih vrstnikov. Za manjše prekrške je oče sina že odraslega večkrat pretepal. Takšen način je tudi povzročil, da se je - nekaj dni pred dejanjem - razdrlo njegovo ljubezensko razmerje. Denarja mu starši niso zaupali nobenega, čeprav je prav on ustvaril največji del dohodka kmetije. Oče je bil tudi alkoholik in je v pijanosti vprav ponorel.

Pokojnika opisujejo kot bolj samotarskega; imel je pravzaprav le enega prijatelja. Bil je zamišljen in vase zaprt, včasih je bil videti žalosten. Vseskozi delaven, za delo celo kar pretirano natančen in vesten.

Drugič se nad človeka zgrne splet hudih obremenitev:

23. primer (S 18-061)

50 letna posestnica, nervozna in jezikava ženska. V zakonu nesrečna, mož nezvest in grob do nje; hčerka od rojstva duševno prizadeta in njej na skrbi; pri domačih delih ji otroci niso nič pomagali, za vse je bila sama; morala bi na operacijo zaradi raka na maternici. O samomoru ni govorila. Kritičnega dne je odpeljala duševno prizadeto hčerko k sosedi s prošnjo, naj jo čuvajo ta dan, ker gre ona k zdravniku. Vrnila se pa ni več, ker je skočila v reko.

"Strah pred sodnimi ukrepi" sledečega primera skriva verjetno zelo zapleteno dinamiko bojazni in sramu zaradi ponovnega prodira disocialnih tendenc in samokaznovalnega ukrepa, kot reakcije na to.

24. primer (S 502)

28 letna blagajničarka je skočila pod vlak tistega dne, ko bi morala vrniti primanjkljaj, ki ga je v podjetju napravila.

Imela je 8 let, ko so po vojni očeta zaradi sodelovanja z okupatorjem ustrelili, veliko imetje pa nacionalizirali. Mati je potem družino dokaj zanemarila, pokojnica je zašla v slabo družbo, izostala je iz šole in se potepala. Oddana je bila v vzgajališče. Tam se je uravnovesila. Pozneje se je poročila in so bile njene razmere, tako doma, kot v službi urejene. Dejanje je moža presenetilo. - Ljudje so jo poznali kot resno, v službi marljivo in vestno osebo. Veljala je za bolj ostro,

mrzlo žensko, ki se je rajši ljudi izogibala. Včasih zadirč--na, se pa ni spuščala v prepire. Trudila se je, da bi dosegla čimboljše delovno mesto.

Kako utegne biti star človek tudi pri nas in v mestu osamljen, ilustrira sledeči primer:

25. primer (S 16-o77)

70 letna upokojenka, živeča v mestu kot podnajemnica sama v podstrešni sobici, se je v bojazni pred hiranjem obesila. Nihče je ni pogrešil. Kaj se je zgodilo, so ugotovili šele po treh tednih, ko je začelo zaudarjati iz njene sobe.

Če klasificiramo domnevne zunanje motive samomorilnega dejanja, moramo skušati zajeti v nekaj kategorij tudi stopnjo morebitne duševne motenosti, kajti globalno gledano se pri samomorilnem dejanju ne gre izpraševati ali je dejanje posledica zunanjih obremenitev ali duševne motenosti, temveč v kakšni meri je eno in drugo udeleženo v ozadju samomora. V resnici smo se pri večini primerov morali odločiti za to, da so ob prisotnosti blažje duševne motenosti bili na delu tudi zunanji faktorji. Le nekako v 1/5 primerov smo imeli vtis, da segajo duševne posebnosti subjekta že tako daleč v psihopatologijo, da ta sama že lahko predstavlja glavni vir samomorilnih vzpodbud. Le v 9 primerih smo menili, da je bila teža zunanje obremenitve zadostna za sprožitev dejanja (pri čemer pa psihodinamiki samomorilnega procesa njenega pomena tudi ne odrečemo).

Pri 38 osebah ni bilo eruirati neugodnih podatkov o zgodnjem razvojnem obdobju.

V tej skupini je edini primer, o katerem je anketar izrazil domnevo, da je šlo za ponesrečeno samomorilno demonstracijo. Tu sta tudi oba primera, v katerih je bil izrečen dvom, ali gre sploh za samomor ali mogoče za prikrit uboj.

26. primer (S 50-068)

42 letna mala posestnica je bila najdena obešena v svojem stanovanju, potem, ko je 3 leta živela v konkubinatu z nekim delomrznežem, alkoholikom in ženskarjem, ki je po vtisu izkoriščal njeno navezanost nanj. Njen samomor je bil za bližnje znance nerazumljiv. Domnevali so, da je bila morebiti noseča, pa da ji je to povzročalo hude skrbi. Izražen je bil tudi sum, da jo je obesil njen partner. Obdukcija ni bila opravljena, po mnenju UJV je pa šlo za samomor.

27. primer (S 26-121)

19 letni delavec, katerega truplo je bilo najdeno razmesarjeno na progi. UJV vodi primer kot samomor, starši pa menijo, da ga je bil povozil osebni avtomobil in da je šofer potem truplo položil na železniško progo. Obdukcija ni bila opravljena, ker je bil primer vsaj sprva evidenten kot samomor. Niti starši, niti sodelavci ne najdejo razloga, zakaj naj bi storil samomor.

Sklepamo lahko tudi, da je v tej skupini več starejših oseb z biološko (ne psihosocialno) determiniranimi duševnimi motnjami.

Na koncu analize te skupine samomorilnih oseb naj citiram še tri primere, ki po mojem mnenju - ob nekaterih že predstavljenih - podajajo v glavnih obrisih nekatere tipične osebnostne poteze in okoliščine osebnostnega razvoja subjektov našega vzorca (S 100).

28. primer (S 33-199)

23 letni sezonski delavec. Obesil se je v zvezi s spori z ženo in njenimi starši. - Opisujejo ga češ da je bil vedno bolj plah, se ni znal potegniti za svoje pravice, če mu jih je kdo kratil. Nevoljo nad krivicami je kar v sebi tiščal. Z ljudmi se ni prepiral, bil je spravljive narave. Veren. Pri delu vseskozi priden in natančen. Zadnji dve leti, odkar je bil poročen, se je večkrat opil in v zadnjem letu je proti svojim staršem večkrat izražal samomorilne misli.

29. primer (S 32 - 310)

26 letni učitelj petja, je napravil samomor s tem, da si je z britvico zarezal žilo na zapestju. Pokojnika so našli ležečega v postelji, zarezana roka mu je visela v nalašč pripravljeno vedro, tako, da kri ni odtekala na pod. Soba je bila izredno lepo pospravljena. Vsaka stvar je bila na svojem mestu, knjige, zvezki zloženi. Tudi britvica je bila položena na mizo. Tam je bilo tudi poslovilno pismo: "Važno obvestilo, če se meni karkoli zgodi, potem pripadajo vse te moje stvari staršem, ki z njimi razpolagajo!" Na posebnem listku je bilo z rdečim kemičnim svinčnikom napisano: "Pustite me, da umrem!".

Kot vzrok njegovega dejanja so navajali svojci in nekateri znanci flebotrombozo v obeh nogah; zaradi te bolezni je moral biti že ponovno operiran in si je delal skrbi, da bi utegnil ostati končno hrom. Prav zadnji čas je bil zaradi te bolezni spet v bolniškem stanju. - Oni, ki so pa poznali njegovo intimnejše življenje, so domnevali, da so v ozadju tudi erotski konflikti: Bil je samski, vendar je na vsakem svojem delovnem mestu navezal prijateljstvo s kako kolegico. Vse to so bile - tipično - bistveno starejše od njega, zadnja kar 16 let. Vtis so imeli njegovi intimnejši znanci, kot da išče ob teh prijateljicah varnosti in topline. Dan pred dejanjem se je s svojo prijateljico sprl, ker mu je ona očitala razmerje z mlajšim dekletom in je zahtevala naj se poroči z njo.

Njegova mati je veljala za čudaško žensko. Tiranizirala je vso družino in kontrolirala otroke še, ko so odrasli. S svojimi intervencijami je sinu razdirala ljubezenska razmerja in to ga je motilo, čeprav tega nikomur, tudi materi, ni izrazil. Mater je spoštoval, ni ji pa zaupal svojih intimnih težav.

Bil je zelo delaven, prizadeven, vesten, discipliniran, pri ljudeh priljubljen. Na čase je postajal potrtn in se je tedaj zapiral v svojo sobo. Enkrat je bil v takšni fazi tudi poslan v psihiatrično bolnišnico.

3o. primer (S 26 - 146)

23 letni miličniški pripravnik iz bogate in religiozne kmečke družine. Mati dominantna, usmerjena le v gospodarstvo, ji

je glavni smoter, da bi posestvo še obogatili. Do otrok stroga, nepotrpežljiva, ostra, nematerinska, je od njih zahtevala le to, da bi delali. Sinu je zamerila, da je šel v ljudsko milico. Oče manj pomemben, popustljiv je spričo domače situacije iskal tolažbe v pijači. Leto dni pred dejanjem je pokojnemu začela pešati potencia in ga je to hudo prizadelo, tako da je postal deprimiran in skočil v reko - se pa sam rešil iz vode. Bil je potem hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici. To dejstvo mu je pa po vrnitvi iz zavoda ustvarjalo nove skrbi - češ, kaj bodo o njem govorili ljudje, ker je bil v duševni bolnišnici. Še bolj se je zaprl vase, se pogrezal v depresijo in se končno obesil.

K navedenim naj spomnim še zlasti na 20. in 21. primer.

Kolikor nam takšna anketa dopušča oceno osebnosti naših subjektov, bi lahko zaključili, da so njih značilne poteze bodisi te depresivne (primer 11., 13) ali anankastične strukture (primer 20.) (po Schultz - Henckeu) ali pa mešanice obeh (primer 5.) in da se nam nakazuje ponekod tudi značilna peristaza razvojnega obdobja, ki v takšno smer osebnostne formacije vodi. Takšnim osebnostnim strukturam je misel na samomor v krizah blizu in sicer na oni fatalni - v smrt obrnjeni, samokaznovalni aspekt samomora.

Naj predstavim samo še primer, ki pa v nekaterih ozirih stopa iz opisanega tipičnega okvira usodno zaključenih samomorilnih dejanj našega vzorca:

31. primer (S 24 - 168)

Ob samomoru (zastropitev s plinom) stara 65 let. Najstarejša od 8 otrok, hči bogatega trgovca in posestnika. Rastla v izobilju, je svojo izobrazbo dobila izven srednjih šol. Še iz dekliških let vneta za literaturo in igrilstvo. Doživela več ljubezenskih razočaranj in ostala samska. Vsa je živela z gledališčem, ni pa uspela doseči ustrezne izobrazbe, kar ji je tudi vseskozi ustvarjalo občutje manjvrednosti, pa se je venomer trudila, da bi ta primanjkljaj nadoknadila. Počasi je sprevidevala, da njena pričakovanja, da bi postala velika igralka, nimajo prave osnove. Po svojem 45. letu je dobivala vse manj pomembne vloge in z 58 leti je bila upokojena. Preselila se je potem v drugo mesto, v pričakovanju, da bo tu le še zablestela v gledališkem svetu, jo je pa čakalo novo razočaranje, nudili so ji le manjše vloge. Zašla je tudi v finančne težave, ker se je bila razvadila v časih boljše uspešnosti in se ni znala prilagoditi skromnejšim možnostim. Izredno se je trudila, da bi svoje staranje prikrila s kozmetičnimi sredstvi. Hudo jo je potrla, ko je 63 let stara izvedela, da ima sladkorno bolezen - za katero je bil umrl njen oče. Takrat je prvič poskusila samomor in v poslovilnem pismu napisala: "Hočem umreti, bojim se bolezni, ne prenesem počasnega odmiranja." Poslej se je pogrezala vse globlje v depresijo, ponovno jo je bilo treba hospitalizirati v psihiatrični ustanovi. Terapija pa ni bila uspešna; bolnica je kazala slabo torpidne, grozavo obarvane depresije, se je zanemarjala in njeni intelektualni interesi so splahneli. Med dvema hospitalizacijama se je v 64. letu poskušala utopiti in ob poskusnem odpustu domov, ko je bilo njeno stanje na videz boljše, se je

zastrupila dokončno s plinom. - Sestra je dobro zadela mehanizem njene samomorilnosti: "Bila je teaterski človek, publika in njeno priznanje ji je bilo vse. Veliko je računala na zunanji svet. Ko pa se je pričela starati pa je tudi ta svet odvrnil pozornost od nje. Ostala je osamljena, brez aktivnega udejstvovanja, brez avditorija."

Med depresivne poteze pokojničine strukture se izdatno vpletajo tudi histerične, ki oblikujejo njen življenjski stil in tudi odnos do involucije in smrti kot neizbežne človekove usode. Njen samomor je beg - in v tem predstavlja ta primer tudi most do druge raziskovane grupe samomorilnih poskusov.

P O V Z E T E K

Vzorec 100 oseb, ki so si 1967. leta v Sloveniji vzele življenje ("S 100"), ima kot celota značilnosti drugod raziskovanih oseb, ki končajo s samomorom: 72 (torej skoraj 3/4) je moških. Razmere, v katerih so te osebe preživljale svojo mladost so bile v psihohigienskem pogledu v 62 primerih (ali odstotkih) neugodne. Oseba, ki ustvarja neprimerno vzdušje v formativnem obdobju teh oseb, je v večji meri oče, kot pa mati, to pa na račun alkoholizma, ki ga pri očetih subjektov ugotavljamo kar v 21 primerih. Slabe materialne prilike se ugotavljajo v 1/3 celotne populacije, so pa često po vtisu nasledek insuficientnosti staršev (3 očetje in 3 matere teh oseb so napravile samomor). Poleg teh činiteljev se kot precej manj pomemben dejavnik, sposoben odpreti vrata v suicidalni proces, javlja tudi telesna prizadetost, ustvarjajoča občutja manjvrednosti s sledečim nevrotskim razvojem. Med obremenitvami, v katerih ozračju kasneje v življenju dozori odločitev za samomor, dominirata družinski oziroma zakonski spor (v 23 primerih) in telesna bolezen ali invalidnost (14). Ljubezenski konflikt je v tej skupini dokaj v ozadju (4) in tudi ekonomske, oziroma stanovanjske neprilike (6) se tu ne zde bistvene. Po oceni je polovica vseh primerov takšna, da je pri končni suicidalni odločitvi sodelovala ob zunanjih obremenitvah tudi blažja duševna motenost (na ravni nevroze). Zelo izstopa podatek, da je med 100 osebami našega vzorca 44 alkoholikov, od tega 41 moških (kar pomeni 56,9 % celotnega moškega dela vzorca). Med načini smrti, ki jih izbirajo samomorilne osebe našega vzorca, odločno vodi obešenje s 64 primeri, pri čemer se ta na-

čin pokaže še posebno dominanten pri moških, ki jih je od 72 končalo z obešanjem, kar 54 ali točno $3/4$. Utopitev, kot drugi najpogostnejši način, je pa pri ženskah relativno čehča kot pri moških (6 moških, 6 žensk). Primerov medikamentoznih zastrupitev je vsega samo 5.

Material, zbran z anketo, nam v določenem obsegu dopušča tudi oceno dominantne strukture osebnosti subjektov tega vzorca: Osebnostne poteze, ki jih pri njih največkrat srečujemo, so (po kategorijah neonalitske šole Schultz - Henckeja) depresivne ali anankastične, ali pa mešanica iz obeh struktur; ustrezna je tudi peristaza teh oseb v formativnem obdobju. Pri takšni osebnostni orientiranosti bo ob življenjskih konfliktih blizu misel na samomor, to pa na oni, v smrt obrnjeni aspekt samomora. Samomor je tu samokaznovanje. Mogoče prav takšna orientacija do samomora določa tudi tolikšno prevladovanje obešenja, ki je v svetu uporabljen kot - nekoliko sramotnejša oblika - smrtne kazni.

VII. VZOREC 100 PSIHOSOCIALNIH ANKET OSEB, KI SO BILE ZARADI SAMOMORILNEGA POSKUSA OBRAVNAVANE V PSIHIATRIČNEM DISPANZERJU ("TS 100"^x)

(dr. Lev Milčinski)

Upravičeno je vprašanje, v koliko sta prejšnji in ta vzorec samomorilnih oseb primerljiva - 100 oseb iz prejšnjega vzorca (S 100) je bilo, kot že rečeno, iz celotnega števila oseb, ki so v enem letu napravile samomor, izbranih po metodi slučajnega izbora in zato tudi ustrezno pogostnosti samomorov zastopajo vse regije Slovenije. V vzorcu, katerega analize se lotevamo sedaj, pa izbor subjektov ni bil takšen, ker tudi ne bi bil mogoč. V času, ko smo zbirali material za to študijo, še ni bilo centralnega registra samomorilnih poskusov in zato tudi ni bilo nobenega pregleda nad tem fenomenom v celotni republiki. V pričujočem vzorcu pa gre za osebe, ki so v času od 10/1-1969 do 25/3-1970. prispele v ordinacijo avtorja v skladu pač s splošnimi zakonitostmi priliva pacientov v psihiatrični dispanzer v Ljubljani. Zaradi tega lahko ugotovimo, da prevladujejo v tem vzorcu pacienti iz ljubljanske in bližnjih regij, kar ustvarja vsekakor določeno razliko v strukturi obeh vzorcev, kot kaže sledeča tabela.

Tabela 35 - Struktura vzorcev S 100 in TS 100 glede na bivališče subjektov

| Vzorec | Regija Ljubljana | Ostale regije |
|--------|---------------------|------------------|
| S 100 | 21 | 79 |
| TS 100 | 82 | 18 |

x) Tentamen suicidii - 100 primerov

Glede na to tega vzorca, za razliko od prejšnjega, ne moremo v celoti smatrati kot reprezentativnega za republiko.

Vsekakor pa sem mnenja, da temeljne razlike med obema vzorce-
ma (ki jih bo to poglavje pokazalo), ne izvirajo iz različne-
ga porekla subjektov glede na bivališče, temveč gre za dife-
rence, o katerih je bilo govora v teoretskem delu, ko smo pri-
merjali uspeli samomor s samomorilnim poskusom. Upoštevajoč
tudi vse razlike med tema dvema populacijama pa le ne smemo
pozabiti, da se delno prekrivata, prehajata ena v drugo in
ju zato tudi družijo določene zakonitosti. Z vsemi omenjeni-
mi pridrčki si določene primerjave obeh vzorcev zato vendar
lahko dovolimo.

Kot v prejšnjem poglavju, si bomo tudi v tem dovolili ilu-
strirati nekatere podatke s primeri iz naše kazuistike, ki
utegne ustvariti bolj plastično predstavo o nekih značilno-
stih te populacije, kot bi jo bilo mogoče posredovati le s
številkami in abstraktno analizo.

Tabela 36 - Spol in starost

| Starost v letih | Moški | Ženske | Skupaj | Struktura | |
|-----------------|-------|--------|--------|-----------|--------|
| | | | | Moški | Ženske |
| 10 - 19 | 32 | 68 | 100 | 100 | 100 |
| | 1 | 20 | 21 | (3) | 29 |
| 20 - 29 | 14 | 12 | 26 | | |
| 30 - 39 | 9 | 16 | 25 | 81 | 62 |
| 40 - 49 | 3 | 14 | 17 | | |
| 50 - 59 | 1 | 3 | 4 | | |
| 60 - 69 | 2 | 2 | 4 | 16 | 9 |
| 70 - 79 | 1 | 1 | 2 | | |
| 80 in več | 1 | - | 1 | | |

Struktura tega vzorca po spolu in starosti je torej takšna, kot bi jo bilo pričakovati po ugotovitvah tujih avtorjev: Bistveno prevladujejo ženske in mlajše osebe.

Najmlajša oseba v vzorcu je 14 letna deklica, najstarejša pa 92 letni moški.

1. primer (TS 59)

92 letni upokojeni vratar. Svojo mladost je preživel sicer v siromaštvu, vendar v emocionalno primernem domačem ozračju. Življenje je imel umirjeno, zakon srečen, materialnih težav ni bilo. V 80. letu so se mu začeli javljati prvi simptomi cerebralne arterioskleroze: vrtoglavost, razburljivost, pozabljivost, tremor rok. Mučilo ga je šumenje v glavi. Sicer pa kakih zunanjih neprilik ni imel. Postajal je bolj in bolj depresiven, govoril je, da ne more več živeti. Dvakrat si je hotel že zarezati zapestje. Kritičnega večera je bil navzven še kar urejen. Ponoči je pa na skrivaj pojedel večjo količino uspavalnih tablet in so ga zjutraj našli nezavestnega. Ko je bil čez nekaj dni že sposoben za razgovor, je bila očitna pomanjkljiva orientacija. Tožil je čez odnose zeta do njega. Ni se čutil hujše bolnega, le star da je in si ne želi drugega kot umreti. Bil je hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici. Že dva dni potem, ko je bil navidez bolj veder in kritičen odpuščen v domačo oskrbo, si je zarezal vrat, čeprav ga je tudi tokrat bilo mogoče rešiti.

Zgodbo najmlajše osebe iz vzorca podaja

2. primer (TS 95)

14 let in 5 mesecev stara učenka 7. razreda osemletke. Njen oče - ključavničar - je na delu v Nemčiji (da bi zaslužil za avtomobil), mati čistilka, zaposlena popoldne. Zaradi tega sta hčerki veliko sami in pacientka mora kot starejša poskrbeti za gospodinjstvo in za mlajšo sestro. Zadnji čas bolj svojeglava, odgovarja. V šoli posebnih problemov nima. Zelo nesrečna je pa bila zaradi peg po obrazu in si je na vse načine prizadevala, da bi jih odpravila. Kritičnega dne sta se s sestro sprli. Mati je intervenirala in deklico tudi udarila. V materini odsotnosti je v samomorilnem namenu popila stekleničko atropinske raztopine za oči. Ko je postala delirantna, je prišlo na dan, kaj je storila.

Če to tabelo primerjamo s tabelo 25, nam ni težko opaziti nekatere bistvene razlike med obema vzorcema:

Razmerje med spoloma je vprav zasukano, pri čemer pa ostaja dominantnost moškega spola v vzorcu S loc vendarle krepkejša od te ženskega spola v vzorcu TS loc. Najmarkantnejše je prevladovanje ženskega spola v starostnem obdobju 10 - 19 let (1 m, 20 ž), medtem, ko se po 50. letu zabriše.

Tabela 37 - Poklic očeta s- osebe in s- osebe

| Poklic | Oče | s - oseba |
|---|-----|-----------|
| Skupaj | 100 | 100 |
| kmečki posestnik | 26 | - |
| kmečki delavec | - | 13 |
| nekvalificirani ali polkvalificirani delavec izven kmetijstva | 14 | 25 |
| kvalificirani delavec, obrtnik | 37 | 23 |
| uslužbenec | 18 | 12 |
| učenec, študent | - | 13 |
| gospodinja | - | 20 |
| ostalo, neznano | 5 | 4 |

Ta tabela, ki podaja grobo poklicno strukturo, bržkone zaradi opazanj, ki so navedena ob analogni tabeli vzorca S 100 pa tudi spričo dejstva, da gre pretežno za prebivalce ljubljanske regije, ne dopušča zanesljivih zaključkov, ne glede na to, da vzorca S 100 in TS 100 tu ni moči primerjati že zaradi zelo različne udeležbe spolov.

Tabela 38 - Razmere v zgodnjem razvojnem obdobju

a) Nepopolna družina:

| | |
|---|----|
| Skupaj | 18 |
| 1) nezakonski | 7 |
| 2) Oče umrl ali drugače izpadel iz družine pred subjektivim 5.letom | 4 |
| 3) Mati - isto | 6 |
| 4) Oba starša - isto | 1 |

b) Duševna bolezen in drugačne duš.abnormnosti pri starših:

| | <u>Oče</u> | <u>Mati</u> |
|---------------------------|------------|-------------|
| Skupaj | 31 | 17 |
| 1) Duševno bolan | - | 2 |
| 2) Alkoholizem | 24 | 3 |
| 3) Ostale duš.abnormnosti | 7 | 11 |
| 4) Samomor | - | 1 |

c) Slabe materialne prilike v mladosti: 41

Take prilike so posamič in v raznih kombinacijah registrirane pri 75 subjektih.

Brez navedb o neugodnih prilikah v mladosti, navedenih pod a), b) in c) je 25 oseb. Nekateri značilnosti letih (ki pa od karakteristik celotnega vzorca ne odstopajo) so navedene kasneje.

V tem vzorcu nam je bilo lažje kot v S loo eruirati odnose očeta in matere do subjekta, ki je pač te prilike opisal, kot jih je sam doživljal:

Tabela 39

| | |
|---|----|
| Odnos očeta do subjekta - slab ali zelo slab | 27 |
| Odnos matere do subjekta - slab ali zelo slab | 14 |
| Odnos staršev med seboj - slab ali zelo slab | 33 |

Tabela vsebuje tudi podatek o odnosu med staršema. Že iz tega podatka utegnemo zaključiti, da je psihohigiensko ozračje v družini teh oseb v času njihovega doraščanja pogostoma zastrupljeno.

Pomembno je, da je od staršev oče tisti, ki največkrat izvaja slab vpliv na razvijajočo se osebnost subjektov tega vzorca. Vsekakor lahko sodimo, da je to v največji meri odraz čestega alkoholizma očetov teh oseb.

V ilustracijo teh podatkov sledeči primeri:

3. primer (TS 76)

16 letna dijakinja 1. razreda gimnazije si je v šoli nabrala 4 nezadostne ocene in se vrhu tega zapletla še v neprijeten incident: sodelovala je v skupini mladoletnikov, ki so izmaknili avtomobil in povzročili karambol. V bojazni pred očetovo reakcijo je pojedla 12 tablet Acysala in 15 tablet Plivadona. - Mati je nevrotična, je pa z dekletom do nedavna imela kar dober kontakt. Pač pa ima svojevrsten odnos do otrok pe: Pacientka ga je označila: On - samo on. Bolj zase skrbi. Ima starinska načela, namreč meni, da imajo otroci vse, če so siti in oblečeni. V družbi je baje zabaven. Doma pa se noče z nobeno stvarjo ukvarjati in zlasti neprijetnih zadev v družini noče omenjati. Z otroki se sploh ne pogovarja - tega se drži celo na družinskih izletih. Pride iz službe domov, poje kosilo, spi do večera, nato gleda televizijo in se potem spravi spat. Kot da ga ni in tudi kot da otrok ne pogreša. Zdi se ji, da oče sploh ne ve, kaj se je z njo godilo teh 16 let. Saj nedavno niti ni znal povedati koliko je stara in v kateri razred hodi. Če se oče z materjo pogovarja, potem je predmet njegovega pripovedovanja le njegova služba. - Skrb za domače zadeve je v celoti

na materi, ki pravi, da se je tem prilikam privadila in je prebolela svoje morebitno razočaranje nad zakonom. Mati je rada v službi, ker se ji življenje doma vidi preveč prazno. Oče pa materi očita, da je njena odsotnost od doma kriva, da so z dekletom težave. Mlajša hčerka je dokaj živahna, si veliko dovoli. Pacientka ima pa vtis, da je oče na sestrico bolj navezan in da tudi mati dela razlike med otrokoma - njej v škodo. Ko je v šolskem uspehu popustila in jo je mati silila k študiju, je prišlo med njima do spora. Najhuje je bilo potem to, da poslej tudi mati ni več govorila z njo - ko sta se sicer utegnili tudi po 3 ure pogovarjati. Ko se je potem pripetila še ona zadeva z avtom, je postala panična. Premišljala je, ali bi ušla od doma. Bala se je, da bi jo oddali v poboljševalnico, ali pa da se bo policija oglasila. Nato se je spomnila na tablete. In da bi bilo dobro, če bi umrla. Ali pa tudi, da ne bi umrla, temveč, da je le nekaj časa ne bi bilo ... Najbolj imenitno se ji je pri njenem samomoru videlo to, da jo je oče - omotično od tablet - vodil pod roko v avtomobil. Kaj takega se še ni zgodilo.

4. primer (TS 5)

17 letno dekle - edinka, brez zaposlitve. Oče - natakár, je alkoholik, se na čase opija in potem razgraja. Vpričo dekleta se je znašal nad materjo, jo obkladal z najgršimi vzdevki, jo tudi davil, grozil, da jo bo ubil, pacientko da bo pa obesil. Zaradi tega je pacientka očeta vseskozi

odklanja. Materi deklica ob rojstvu ni bila dobrodošla, ker tedaj še ni bila poročena. Kasneje je pa deklico precej razvajala. Deklica se je v starosti med 2. in 7. letom staršem precej odtujila, namreč, v času, ko je bila v zavodu zaradi izpaha kolkov. Manj nadarjena, je šolo težko zdelovala. V tovarno noče na delo, želi se učiti kozmetike. Dokaj lagodna. Ima precej nesolidno mladinsko družbo. Odkar jo je fant pustil, je postala bolj zamišljena in raztresena. Zadnje dni je lahko nakazovala, da bi utegnila v kratkem umreti. Kritičnega dne jo je mati ozmerjala, ker doma ni pospravila in ni skuhala kosila. Umaknila se je užaljena v kopalnico in kmalu nato spet prišla ven, češ, da je pojedla 10 tablet. Mati sprva temu ni verjela, kasneje pa je le opazila, da postaja hčerka zaspana. Našli so tudi poslovilno pismo, naslovljeno na fanta, kateremu sporoča, da ga ima še vedno rada. - Manj kot svoje erotično razočaranje je mladostnica v zagovoru za svoje dejanje krivila domače razmere.

5. primer (TS 63)

18 letna vajenka je v samomorilnem namenu pojedla 60 tablet Apaurina, ker ji je v šoli zaradi manj pomembnega incidenta grozila izključitev, pričakovala je pa, da bi jo v tem primeru tudi doma postavili na cesto. - Pacientkina mati se je pred leti zaradi nevrotskih motenj že zdravila in je tudi poskušala samomor. Oče je bil tedaj tudi v zdravljenju zaradi alkoholizma. Kasneje sicer ni pil, bil je pa nervozen, sila strog in je otroke tudi z jermenom mikastil. Nedavno je prišel spet opit domov in je tedaj nagovarjal hčer k sek-

sualnim odnosom. Pacientka v domačih ne najde nobene zaslombe, jim tudi ničesar ne more zaupati, ker bi bila pri domačih kaka njena intimnost tako spravljena, kot bi jo razglasil po radiu.

Opise negativnih psihohigienskih razmer v razvojnem obdobju je najti tudi v drugih primerih.

Tabela 4a - Prilagojenost v zreli dobi

a) Prilagojenost na delovnem mestu (subjektivna) - zaposleni (N = 56)

| | <u>m</u> | <u>ž</u> | <u>sk</u> |
|-----------------------------|----------|----------|-----------|
| Skupaj | 25 | 31 | 56 |
| Zadovoljen v delovni organ. | 19 | 24 | 43 |
| Nezadovoljen | 6 | 7 | 13 |

b) Odnosi z zakonskim partnerjem - poročeni (N = 50)

| | <u>m</u> | <u>ž</u> | <u>sk</u> |
|-------------|----------|----------|-----------|
| Skupaj | 18 | 32 | 50 |
| prav dobri | - | - | - |
| dobri | 6 | 4 | 10 |
| zadovoljivi | 4 | 6 | 10 |
| slabi | 8 | 17 | 25 |
| zelo slabi | - | 5 | 5 |

Klinične izkušnje na sploh in suicidološke študije posebej kažejo, da je aktualnih, provokativnih obremenitev pričakovati v zrelem obdobju v prvi vrsti bodisi na delovnem mestu, ali pa v družinski oziroma zakonski skupnosti. Kot že v vzorcu S loo, tako tudi v tem lahko ugotovimo, da so travme in obremenitve poredke in malo pomembne v okviru subjektive zaposlit-

ve, zato so pa pogostejše in mučnejše v zakonskem življenju, in je to nekoliko pogostnejša pritožba ženskih oseb kot pa moških. V tem vzorcu je bilo bistveno večkrat kot v primerih s loč slišati o zakonskem možu kot alkoholiku. Družinski odnosi v mladosti neredko vplivajo na izbiro zakonskega partnerja ali pa vsaj na pričakovanja, s katerimi gre zlasti žena v zakon. Pomanjkanje emocionalne topline pri starših zapušča često v tem pogledu deficit, ki ga odrasli ob povprečnem partnerju težko poteši. Vsiljivejše priglašanje večjih čustvenih potreb partnerja utegne odbijati in tu je že možnost, da se ustvari začarani krog, ki utegne pognati zakonske odnose v nevarno krizo. Včasih imaš vtis, da si izbira ženska partnerja (ali pa moški partnerico) po podobi svojega očeta (matere), čeprav ima roditelj za neprizadetega še toliko negativnih potez; le-te so pač redkokdaj na vsej črti in izključno zares negativne in navzlic vsemu često dopušča-jo ambivalentna čustva do očeta (oz. matere). Tako ozadje nam včasih olajša razumeti, da ostane žena navezana na partnerja pri vseh njegovih grobostih.

6. primer (TS 43)

31 letna pisarniška uslužbenka, izhaja iz kmečke družine. Oče - alkoholik - je v pijanosti doma divjal in se morali često bežati pred njim. V svojih redkih obdobjih, ko je bil trezen, je bil pa dober in bi vse razdal. Z materjo se ni razumel in je navezoval izvenzakonska razmerja. Je zadnja od 9 otrok, rastle je tudi v dokajšnjem pomanjkanju. Tudi eden od bratov se je udajal alkoholu, drugi se je pa nekoč

v zmedenosti hotel obesiti. - Dokaj je trpela zaradi psori-
aze, ki se ji pojavlja že 15 let. Na čase ima astmatične te-
žave. V zakonu ni imela sreče. Brez pravih prijateljev, se
je na moža toliko bolj navezala. Ker pa nista imela ustrež-
nega stanovanja in sta živela še po poroki vsaksebi in ker
je bila precej "živčna" in svojeglava, mož pa grob in otrok
tudi ni bilo, se je njun zakon začel krhati in bil na može-
vo željo pred slabim letom tudi razvezan. S tem se pacientka
nikakor ni mogla pomiriti. Bolj in bolj se je pogrezala v
potrtost in obup. V svojem stanovanju se je počutila hudo
osamljeno. Čez nekaj mesecev je začela piti - sama - pivo
in konjak. Kaj posebnega se sicer pred dejanjem ni zgodilo,
razen tega, da jo je svakinja, na katero se je bila pacient-
ka po razvezi navezala, nadrla, češ kaj toliko lazi za njo,
saj nista več v žlahti. Zvečer tistega dne je pojedla pa-
cientka v samomorilnem namenu 64 različnih tablet, potem,
ko je pred tem popila 3 dcl vina. To je bil že njen drugi
samomorilni poskus. Pri eksploraciji je bila še depresivna
in se je izražala češ, da ji je žal, da ji dejanje ni uspe-
lo, saj da od življenja ničesar nima, ko je doma tako sama.
Po konstituciji bi bilo pacientko oceniti kot ciklotimno,
piknično osebo.

7. primer (TS 13)

33 letna gospodinja, Hrvatca. Izhaja iz kmečke, bolj siro-
mašne družine, kjer je bilo treba trdo delati in je oče kaz-
noval s palico in pasom. Manj diferencirana, je opravila s
težavo le 4 razrede osnovne šole. 15 let je poročena, zakon

pa ni srečen. Mož je sebičen, zadira se nad njo in jo tepe od drugega leta zakona dalje. Malokdaj je doma, jo tudi v seksualnem pogledu zanemarja. Postala je nervozna, se včasih opije. Po sporu z možem ji je bilo tako hudo, da je popila kislino.

8. primer (TS lo)

49 letna delavka. Sestra je napravila samomor, brat alkoholik. Mati ji je umrla tako rano, da se je sploh ne spominja. Ko je imela 4 leta, se je oče vnovič poročil. Načeha je bila hudobna, je pacientko skoraj dnevno pretepala, o čemer pa očetu ni smela niti besedice reči. S 6 leti je šla služiti za pestunjo. Življenje pri tujih ljudeh ji je bilo lažje kot doma, čeprav je tudi tu rastle brez ljubezni in so jo porabili za vsako delo. Njen zakon je bil polomija, praktično z možem niti ni živela, bil je nestanoviten človek, ki se za družino ni brigal. Zadnjih 9 let živi v konkubinatu z delavcem, ki je 12 let mlajši od nje in je privedel v zakon 13 letno hčerko in se za pacientko dosti ne briga, je nikamor ne pelje, tako da ima zelo onolično življenje. Pred nekaj dnevi se je še sprla z njim. Dan pred dejanjem je obiskala hčerko pa je dobila vtis, da je tudi njej odveč. Začutila se je zelo osamljeno. Hotela se je končati. Pojedla je 20 tablet Tegretola. Varovanka je pa to videla in opozorila očeta. Ob eksploraciji je še vedno bila mnenja, da bi bilo najbolje, če bi umrla.

Zakonska zveza je lahko obsojena na polom, če predstavlja poroka le na silo osamosvojitvev in beg pred domačimi razmerami.

9. primer (TS 2)

27 letna administratorka. Oče je bil huđ alkoholik, v opitem stanju surov in so morali takrat često bežati pred njim. Starša v sporu. Prav zato, da bi se rešila domačih razmer, se je že 18 let stara poročila z 10 let starejšim obrtnikom, ki je bil sicer resen in soliden mož, do katerega pa kakega erotičnega ali seksualnega nagnjenja ni čutila in jo je v zadnjem času v tem pogledu celo odbijal. Zanositi ne more. Možu je ponudila razvezo, on je pa to možnost odklonil. Ko je z nekim znancem napravila izlet, jo je mož dočakal z ljubosumnostnimi očitki. Tudi njeni svojci so se postavili na možovo plat. Na njeno ponovno ponudbo za razvezo, je zagrozil s samomorom. Da bi bilo že vsega konec, je pojedla 30 tablet Apaurina in naslednjega dne še enkrat prav toliko.

Tabela 41 - Zdravstvena anamneza

| | m | ž | sk |
|--|----|----|----|
| kronična bolezen ali invalidnost iz mladosti | 3 | 6 | 9 |
| kronična bolezen ali invalid. v odrasli dobi | 2 | 1 | 3 |
| nevroza v anamnezi | 15 | 40 | 55 |
| psihoza v anamnezi | 1 | 3 | 4 |
| psihotični znaki pri eksploraciji | - | 4 | 4 |
| druge duševne abnormnosti v anamnezi | 6 | 1 | 7 |
| znaki mentalne insuficientnosti | 3 | 5 | 8 |
| toksikomanske tendence | 5 | 5 | 10 |
| zdravljeni v psihiatričnem zavodu | | | 14 |

Invalidnost iz mladosti često devira tudi osebnostni razvoj, kronična bolezen in invalidnost v odraslem obdobju pa ploveka (zlasti še nevrotsko rigidno osebnost) zavre v njegovih

težnjah in željah. Oboje pomaga ustvarjati utesnitev v Ringloovem smislu. Podatkov o nevrotski simptomatiki je v anamnezi teh oseb zaslediti veliko, pri ženskah več kot pri moških, verjetno zato, ker te motnje pri moških neredko prekrije alkoholizem. Pod "druge druževne abnormnosti" sodijo n.pr. psihopatske deviacije, epilepsija in pod. Mentalna insuficientnost ostaja pri osebah tega vzorca na ravni blage debilnosti, hujša mentalna subnormalnost ima prej protektivni učinek, kot pa da bi samomorilnost pospeševala. Majhen je delež oseb, ki bi kazale pri eksploraciji znake očitne duševne bolezni (psihoze) ali pa bi le-to imela v anamnezi. Največji del oseb, zdravljenih že v psihiatričnem zavodu, so alkoholiki.

V sledečem primeru (ki je hkrati v tem vzorcu edini primer dvojnega samomorilnega poskusa), je bila vodilna oseba v samomorilni dvojici izrazito nevrotična mladostnica, ki je svoja manjvrednostna občutja skušala kompenzirati in ravno blokada te kompenzacije je spričo njene nevrotske utesnjenosti sprožila samomorilni akt, pri čemer je inducirala, verjetno sebi v oporo pri odločitvi za samomor, še svojo mlajšo sošolko, katere konflikt je bil pa bolj površen in kot motiv za resno samomorilno dejanje prešibak.

10. in 11. primer (TS 79,80)

Obe gimnazijki istega razreda. Starejša, 16 letna Branka, je boleha, senzitivna, zamerljiva deklica, dovolj prijetne zunanosti, ki samote ne prenaša. Muči jo še enureza. Polna je manjvrednostnih občutij, da je grda, kosmata, neinteligentna in ne more doseči tega kot drugi. 2 ali 3 leta sem je ob vsaki

priliki govorila češ da nima veselja do življenja, zakaj da se je sploh rodila, da ji je žal, ker ji poskus zastrupitve s plincm pred letom dni ni uspel in podobno. Pri tem je pa hudo ambiciozna in bi želela, da se vsa okolica ravna po njej. Če si pridobi prijateljico - kar ji ni težko - bi si jo želela čisto osvojiti in ne prenese, da bi ta hkrati vzdrževala prijateljstvo še s kakim drugim dekletom. Na vsakogar je ljubosumna. Zaradi takšnih potez je med sošolci imela vse manj simpatij in so jo končno - dan pred dejanjem - v razredu v njeni odsotnosti odstavili s "predsedniškega" mesta ter utemeljili ta akt češ da je "ponavljalka", bolna in podobno. Nad tem je bila grozno razočarana, tako, da je odklonila, da bi še hodila v to šolo. S kolegico Anico sta naslednjega dne (kot kaže na pobudo Branke) kupili tabele Plivadon in še neke pomirjevalne, odšli v gozd ob mestu in pojedli vsaka po 30 Plivadonov in še nekaj drugih. Ko je Anico začela obhajati slabost, si je premislila in odšla po pomoč v bližnjo hišo. Branko so našli že nezavestno. Značilno je, da je Branka prejšnjega večera v podrobnosti izpraševala sorodnico zdravnico, koliko raznih tablet je dopustno vzeti.

Brankin oče je tehnik, dokaj razburljiv in nepotrpežljiv, bolehen, zelo strog in se ga je hčerka bala. Z materjo je bila v dobrih odnosih. Prvih 5 let starosti je pa deklica prebivala pri stari materi, ker je bila mati zaposlena in stanovanje ni bilo primerno. Tam se je deklica zelo slabo počutila.

O Anici pa sledeče: V času dejanja stara 14 let in 11 mesecev. Oče - ključavničar - se je že zdravil zaradi alkoholo-

lizma, je zadnje čase spet bolj nestrpen, grob, v opitem stanju agresiven ali pa povsem indiferenten za okolico. Mati v stalni bojazni pred njegovimi alkoholnimi fazami že nervozna. Ko se je Anica pred letom dni shajala z nekim fantom in nedavno, ko jo je zalotil, da bere katekizem, se je oče še posebno hučo razburil nad njo. Zadnje dni je bila Anica očitno zaskrbljena in manj je jedla, niso pa vedeli, da si je v šoli nabrala 4 nezadostne ocene. - Kasneje je deklica kot glavno svoje težavo navajala, ne toliko šolski neuspeh, kot pa domače razmere, namreč očetov alkoholizem.

12. primer (TS loc)

41 letni obrtnik, ki je doraščal v težkih materialnih prilikah, pred leti zdravljen zaradi alkoholizma je sedaj nekaj mesecev jemal abuzivno Andol do 15 tablet dnevno. Skupaj z ženo, prav tako obrtnico, pretirano zagnan v dviganju svojega standarda (graditev hiše in podobno). Svojih obveznosti do banke ne more sproti poravnovati, ker je dobil revmatične težave in je teže delal, njegova sodelavca pa sta ga izsiljevala. V tej situaciji je vzel 30 tablet Apaurina in šel spat sredi dneva. Utemeljil je svoje dejanje češ: "Rešiti sem se hotel vseh skrbi."

V ozadju so, kot kaže, nevrotsko pretirane "oralne" potrebe, ki se manifestirajo tako v gonji za "standardom", kot tudi - pri dekompenzaciji - v alkoholizmu in toksikomanskih težnjah. Kot druge nevrotske osebe, ima tudi on manjši register možnosti najti izhod iz življenskih zagat. Njegov tip samomorilnega dejanja je beg, zapiranje oči pred realnostjo.

Tabela 42 - Odnos do alkohola

| | m | ž | sk. |
|--------------|----|----|-----|
| Skupaj | 32 | 68 | 100 |
| alkoholik | 19 | 4 | 23 |
| zmeren pivec | 7 | 25 | 32 |
| ni pil | 6 | 39 | 45 |

Delež alkoholikov je v tem vzorcu manjši kot v S 100, pač ker je v tem vzorcu moških bistveno manj. Če pa pogledamo delež alkoholikov med moškimi, vidimo, da je, tako med onimi, ki so uspeli v samomoru in onimi, ki so samomor poskusili, več kot polovica alkoholikov. V njih anamnezi se refren alkohol neredkoma sreča na več mestih: Oče je alkoholik, pacient tudi in samo dejanje sproži opitost, kot v sledečem primeru.

13. primer (TS 71)

27 letni kvalificiran delavec. Oče alkoholik. Poročen 5 let, vendar se z ženo ne ujema. Zadnje leto se je zapletel v izvenzakonsko razmerje in ne živi več pri ženi. Razmišlja o razvezi. Alkoholik, pije pivo in pelinkovec. Kritičnega dne je pil v družbi. Ne ve za kak poseben konflikt. Spominja se še do kake 18. ure, potem pa ne več. Šele v bolnišnici so mu povedali, da je skočil v Ljubljano. Samemu ni prav razumljivo, zakaj je to storil, čeprav je na samomor že večkrat mislil. - Pred poldrugim mesecem si je - prav tako v pijanosti in brez posebnega povoda - zarezal zapestje.

Samomorilno dejanje utegne storiti alkoholik tudi pod vtisom blodenj ali drugih psihopatoloških pojavov, ki se utegnejo javiti pri alkoholikih.

14. primer (TS 28)

62 letni delavec se je po domačem prepiru skušal končati z obešenjem. Našli so ga že nezavestnega. Po ženinem opisu je mož vseskozi čudak, ki jo muči s svojim ljubosumjem, posebno še zadnje čase, ko se huje udaja alkoholu. Pred tem ima že dva samomorilna poskusa. Sedaj je pa samomor poskušal, spet v pijanosti, razburjen, ker mu je bil nekdo natvezil, da ima žena odnose z zetom.

Čeprav pravzaprav sledeča dva primera v ta odstavek ne sodita, ker samomorilni osebi nista alkoholika, bi ju vendar tukaj dtiral, ker kažeta, kako alkoholik okrog sebe ustvarja kritične situacije, ki druge osebe utegnejo pognati v samomorilno ravnanje.

15. primer (TS 17)

44 letna gospodinja. Oče upokojeni rudar, je pijanec in surovina in ga ima pacientka vseskozi od mladosti kot takega v slabem spominu. Mater je izgubila eno leto stara. Mačeha, ki jo je pacientka dobila v 9.letu, je bila dovolj ljubeznjiva do nje, z očetom se pa tudi ni razumela. - Pacientka je sedaj živel v urejenih razmerah. Nevšečnosti ji je prizadeval edino oče, za katerega prehrano sedaj skrbi. Oče pije še naprej in se dokaj zanemarja. Ko mu je nekega dne omenila,

naj bi si kupil novo srajco, ji je zabrusil, da je njena dolžnost zanj skrbeti. Tedaj se je razburila in očeta spodila, kaj se je potem z njo zgodilo, se ne spominja. Soseđa jo je našla nezavestno na tleh v stanovanju. Pojedla je bila večjo količino Klimasedana in Tolbusala. Ko se je iz nezavesti prebujala, je še govorila, naj jo puste umreti.

Pacientka, senzibilizirana na pojave alkoholizma in situacije, ki ga spremljajo, se izzvana impulzivno znese nad očetom. Brž se vključijo potem samokaznovalni mehanizmi, ki vodijo do samomorilnega dejanja.

S patološko ljubosumnostjo utegne mož - alkoholik tudi svojo ženo pripraviti do samomorilnega dejanja.

16. primer (TS 26)

62 letna gospodinja je trpela že 8 let ob svojem možu - patološko ljubosumnem alkoholiku, ki je v zadnjem času začel ženo mučiti celo z očitki, da se z maščkom "kurbà". Žena je za čuda - vprav mazohistično - potrpežljivo prenašala možovo maltretiranje, vse dokler ni njen 17 letni sin začel ponočevati. Od tedaj se je pa izražala češ da ji ni več živeti. Da bi se končala, si je v lekarni hotela nabaviti lizola in ker ji tega niso dali, je kupila 20 tablet Aspirina, zmešala te z nekakšnim strupom za črve in vse skupaj popila. Vprašana, ali se ji samomor vidi izhod iz težavnih življenjskih situacij, je odgovorila, da zanjo je. Ne bo pa drugim tega priporočala; vsak naj stori po svoje. Z možem se razvezati nima namena; ločila ju bo samo smrt.

Tabela 43 - Prejšnja samomorilna dejanja

| | Skupaj | loc |
|--------------------------|--------|-----|
| Sedanje dejanje je prvo | | 68 |
| Pred tem že en poskus | | 21 |
| Pred tem že več poskusov | | 11 |

Med recidivisti je 14 moških (od skupno 32 in
18 žensk (od skupno 68).

Po teh podatkih bi lahko sklepali na krepkejše samomorilne
tendence pri moški populaciji.

Dva primera trdovratnih samomorilnih tendenc s fatalnim konč-
nim izidom suicidalnega procesa:

17.primer (TS 37)

25 letna uslužbenka, ki je preživljala svojo mladost v patri-
arhalnem okolju, kjer se šteje ženski v sramoto, če ostane
samska, ali če se po intimnejšem znanstvu z moškim z njim ne
poroči. Rastla je v siromašni delavski družini, v stalnem ob-
čutju zapostavljenosti pred ostalimi mlajšimi 4 sorojenci.
Mati nevrotična, je večkrat govorila o samomoru. - S 16 leti
se je podala od doma in je v svoji službi tudi dobro uspe-
vala. Dve leti je imela intimnega prijatelja. Pred poldrugim
letom jo je začel vse poredkeje obiskovati. Na lepem je izve-
dela, da se je poročil. Od tega dne ni našla miru, izgubila
je spanje, tavalala je, včasih kaj popila. Na dan, ko je izve-
dela žalostno novico, si je zarezala zapestje. Dober teden
kasneje je tavalala nekaj časa za železniško progo, kasneje pa
doma pojedla v zaklenjenem stanovanju 8 Vesparakset. Ko so
jo svojci pogrešili in vlomili v stanovanje, so jo našli ne-

zavestno. Zdravila se je potem v psihiatrični ustanovi. Navzven depresivnega razpoloženja ni kazala, proti sestri se je pa izražala, da bo še poskušala samomor, najraje da bi se utopila. Govorila je, da so vsi njeni upi pokopani. Živeti da ji ni vredno. "Saj res, zakaj sploh živimo, zjutraj vstaneš, greš v službo, prideš domov in spet ista stvar. Enkrat je pač treba umreti". Čez nekaj mesecev ji je samomor uspel.

18. primer (TS 30)

29 letni klepar. Obravnavan že pred 11 leti v psihiatričnem dispanzerju zaradi samomorilnega poskusa: takrat je popil kozarec solne kisline in si narezal kožo v kubitelni regiji. - Izhaja iz kmečkega okolja. Mater je zgodaj izgubil. Oče se je vnovič poročil, so ga pa kasneje ustrelili. Potem je raste ob mačehi do svojega 13. leta, ko je umrla tudi ta. Poslej je gospodnjila njemu in bratu teta. Ko je imel 18 let, se je brat poročil zdoma, teta je pa tudi odšla in je ostal sam na posestvu in ni bilo nikogar, ki bi mu pomagal reševati gospodarske zadeve. Hkrati se je učil tudi kleparstva. Zgoraj omenjeni samomorilni poskus je napravil, ko je dobil račun za davek, ni pa imel denarja. - Po 11 letih je bil priveden na pregled po samomorilnem poskusu z gospodinjskim plinom. Takrat je bil že 9 let poročen, imel je 2 otroka in je bil materialno kar dobro preskrbljen. Pred leti je absolviral hujšo alkoholno fazo. Po zdravljenju je s pitjem prenehal in je bil abstinenten tudi zadnji čas. Nekaj dni pred sedanjim dejanjem je žena izvedela, da ima razmerje z drugo žensko. Ko je prišla stvar na dan, se je pokazal ženi hudo pri-

zadetega in skesanega. Žena je pokazala pripravljenost, da mu vse odpusti. Ko se je dva dni kasneje odpravljajal na nočno delo, je še ženo nagovarjal, naj gre z njim. Zjutraj so ga našli uslužbenci zastrupljenega s plinom, že nezavestnega. Pri eksploraciji je bil še malobeseden; kot glavni razlog svojega dejanja je navajal to, da mu bo žena poslej lahko vedno očitala njegovo nezvestobo.

Pacient je bil še naročen na kontrolo. Po nekako letu dni je pacient le storil samomor.

Tabela 44 - Navajani dominantni motiv samomorilnega dejanja

| | m | ž | Sk |
|-----------------------------------|----|----|-----|
| Skupaj | 32 | 68 | 100 |
| družinski oziroma zakonski spor | 9 | 32 | 41 |
| ljubezenski konflikt | 9 | 12 | 21 |
| telesna bolezen ali invalidnost | 2 | 2 | 4 |
| ekonomske, stanovanjske težave | 4 | 2 | 6 |
| strah pred sodnimi ukrepi in pod. | 1 | - | 1 |
| težave v službi | 1 | 2 | 3 |
| težave v šoli | - | 5 | 5 |
| osamljenost, izguba svojca | - | 1 | 1 |
| drugo | 1 | 6 | 7 |
| brez očitnega zunanjega motiva | 5 | 6 | 11 |

Pri sprožitvi samomorilnega dejanja so sodelovale duševne ali nevrotske motnje:

| | m | ž | sk |
|---------------------------------|----|----|-----|
| Skupaj | 32 | 68 | 100 |
| - po vtisu kot odločilni faktor | 6 | 16 | 22 |
| - hkrati z zunanjimi motivi | 23 | 40 | 63 |
| - po stisu niso bile pomembne | 3 | 12 | 15 |

Pri alkoholikih (23) nastopa v 9 primerih kot motiv zakonski oz. družinski spor.

Kar je bilo rešenega ob analizi in komentarju prejšnjega vzorca o problematičnosti takšnih kategorij "motivov" samomorilnega dejanja, velja tudi za ta vzorec. Ne glede na to pa vendarle ugotovimo tudi tu tipično in znano razliko med pomembnostjo posameznih sprožilnih situacij v obeh skupinah.

"Družinski oz. zakonski spor" in "ljubezenski konflikt" sta tu številčno bistveno močnejša kot v vzorcu S loo, "telesna bolezen ali invalidnost" je pa izgubila na pomembnosti.

To kar izvemo od naših pacientov kot opravičilo svojega samomorilnega dejanja, seveda ne kaže smatrati kar za čisto zlato in bistvo problema, temveč je to treba često izluščiti iz debele lupine racionalizacij. V sledečih dveh primerih gre za opravičevanje svojega ravnanja z nekako filozofijo absurda ali razočaranjem nad izprijenim svetom, ko je po vtisu konflikt zrastel iz domače situacije: zahtevno okolje, rivaliteta s sorojencem.

19. primer (TS 83)

18 letni dijak drugega razreda gimnazije. Starša oba iz južnejše republike, pacient je pa rojen v Sloveniji in je tu aklimatiziran. Vendar ima vtis, da ga sošolci zaradi njegovega nacionalnega porekla, o katerem priča tudi njegov priimek, gledajo postrani. "Počutim se kot črnc med belci". Dolgih las, beattlesko opravljen, sicer dovolj prijetne zunanosti in urejen v nastopu. S starši v slabih odnosih: oče zelo strog, pedanten, malenkosten, je sina za malenkosti pretepal. Mati je preveč izmučena, dobi le na čase

"napad dobrote". Starši se še vračajo v svoj domači kraj, pacient se pa tam čuti tujega, ker nima med tamkajšnjimi vrstniki prijateljev. Tukaj pa mu je uspelo zadrževati naklonjenost vrstnikov le s tem, da jim je igral "javno opico" oziroma "javnega klovna". Tudi z mlajšim bratom se ne razume. Ta je materialist in "supozitorij" pa na ta način laže uspeva tudi doma. Pacient razvija hipijevske nazore - svet se mu vidi izprijen, želel bi pa, da bi povsod vladal "fair play", da bi bili odnosi med ljudmi viteški, kot svoj čas. Nekaj takega razpoloženja mu je pričaral hašiš, ki ga je kadil kaka 2 meseca. Piše pesmi, ukvarja se z yogo. Imajo ga za čudaka. Nedavno ga je pustila njegova prijateljica, o kateri je upal, da ga bo vendarle razumela. Razočaran nad življenjem si je na svoj rojstni dan zarezalapestje. Meni, da bi potreboval več dobrote, topline in razumevanja.

20. primer (TS 18)

17 letni gimnazijec, sin inženirja in profesorice, raste v navidez zelo urejenem, toda dokaj zahtevnem okolju. Vseskozi odličen, živi domala le za šolo, v prostem času pa prebira resno, deloma tudi filozofsko literaturo. Za stvari izven šolskega okvira ne kaže interesov. Nekaj bežnih in povetisu eretičnih epizod. Navzlic svojim dobrim šolskim uspehom so se mu porajale misli, da je podpovprečno inteligenten. V zadnjem času je večkrat načenjal filozofsko temo o nesmiselnosti življenja. Kakih očitnih konfliktov pa ni imel in je zato svoje zelo presentil s svojim navidez dokaj resnim samomorilnim poskusom z večjo količino analgetikov. Pustil je ne-

kaj dokaj obširnih poslovilnih pisem, v katerih izraža svoje razočaranje nad življenjem na sploh, nekako v tem smislu, da je življenje nekakšen oder ljudje - odvisni od svojih nagonov in raznih naključij - pa lutke na njem. - Tako je svoje stališče do življenja adolescentni pacient na videz brez kakke globlje prizadetosti, tolmačil nekaj dni po dejanju. Zanimal je kakršne koli aktualne konflikte. - Iz anamneze sledi, da si je deček, dokler je bil edinec, zelo želel sestrico. Ko jo je pri 11 letih le dobil, mu je pa prijatelj vcepil prepričanje, da bo poslej doma manj veljal. Deček je tiste čase hudo jokal. Doma so si prizadevali, da med otrokoma ne bi delali razlik. Fant kake nevolje do sestrice navzven ni kazal, kontakta z njo pa pravega le nima. Ustvaril si je načelo, da v svojem zakonu otrok ne bo imel, češ da potem nisi svoboden, da so otroci lahko razočarani in podobno.

Sicer pa v anamnezah našega vzorca srečavamo veliko erotične problematike, kot je opisana že v mnogih prejšnjih primerih in kakršno nudijo tudi sledeči primeri:

21. primer (TS 87)

23 letni kuhar. Nezakonski. Doraščal v zelo neugodnih prilikah. Mati se je poročila, vendar je bil očim slab človek, pil je in pacienta pretepal. Mati - bolehna proti ravnanju očima ni mogla kaj ukreniti. Začel je uhajati od doma in so ga zaradi tega oddali v zavod. Po raznih domovih je potem prebil dolga leta, se tam izšolal in izučil poklica.

Sedaj živi sam kot podnajemnik, se pa v tej situaciji - vaje življenja v kolektivu - težko prilagodi. Včasih abuzivno jem-

lje Plivačon, ob prilikah se opije. Za seboj ima že štiri samomorilne poskuse. Tokrat si je v slaščinari zarezal lahko opit zapestje, ker ga je bilo zapustilo po poldrugem mesecu znanstva deklet, potem, ko je izvedela, da je mladost prebil v vzgojnih domovih. Svoj samomorilni poskus je slikal kot impulzivno dejanje v stanju lahko utesnjene zavesti.

22. primer (TS 24)

41 letni arhitekt. Italijan, se je iz Sicilije pripeljal v Ljubljano in se nastanil v hotelu ter tam pojedel v samomorilnem namenu 30 tablet Optalidona in še nekaj neznanega antibiotika, potem, ko je napisal poslovično pismo za ženo, od katere že dalj časa ločeno živi, in za svojo novo prijateljico, s katero je tudi našel v spor. Žena, ki se je na poziv hotela oglasila, je pojasnila, da velja v njihovi deželi samomorilno dejanje za dokajšnjo sramoto in ta dejanja tudi registrira policija. To je bil po vtisu razlog, da je prišel napraviti samomor v Ljubljano.

23. primer (TS 97)

27 letna gospodinja. Nezakonska, edinka, se je nekako do 13. leta ob materi še dobro počutila, nato v sporih z njo ("Mogoče generacijska razlika, ali razlika v karakterjih", je pacientka opravičila to stanje). Mati je bila pač bolj starokopitna, je zahtevala od pacientke, da bi bila ves čas doma in da ne bi imela svoje družbe. Z očetom ni imela kontaktov. Od svojega moža je sila veliko pričakovala: da jo bo imel rad, da ga bo imela samo zase, da ji bo posvečal dovolj pozornosti

in bosta skupaj reševala družinske probleme. Vendar so se prilike v zakonu drugače obrnile: Mož je ob njej neprizadet, meni, da izpolnjuje svojo obveznost, če ženo in otroke finančno vzdržuje. Čeprav je tudi v seksualnem pogledu ne zanemarja, mu pa njegovi osebni interesi dosti več pomenijo kot pa dom, žena in otroci. Če mu ona vse to predoči, ji ročno ponudi razvezo, do česar pa njej seveda ni, saj je še vedno navezana nanj. Ko se je mož spet odpravljaj z družbo zdoma, je prišlo med zakonscema do spora in mož je vnovič dal predlog, da se razvežeta. Tisti hip svoje reakcije ni hotela pokazati. Nato je pojedla 40 tablet Flivado-na. Želela si je ali da bi zaspala, ali da bi jo bilo konec. Napisala je še na listek, da takšnih razmer ne more več prenašati.

24. primer (TS 73)

41 let stara gospodinja. Mož profesor, pedanten, vase zaprt mož, ki tiči v svojih knjigah in ki nima posluha za ženine emocionalne potrebe. Do seksualnih odnosov med njima pride mogoče enkrat mesečno, še tedaj na ženino pobudo. Pacientka si dela tudi očitke, da je ves njen trud ničev in da družini in domu ničesar ne doprinaša, ker ni v službi. Brez kakoga dodatnega konflikta je v enem svojih hujših nerazpoloženj prišla na misel, da je vseeno če tudi takoj umre in je brez nadaljnjega razmišljanja pojedla večjo količino Benife-na.

25. primer (TS 29)

31 letna delavka, ki izhaja iz revne, številne kmečke družine. Vzgajena dokaj trdo. Živi sedaj poročena, s tremi otroki, v tesnem enosobnem stanovanju. Mož nervozen, se je že zdravil zaradi alkoholizma. Med zakoncema pride često do trenj, med drugim tudi, ker stanovanjske prilike ne dopuščajo količkaj rednih seksualnih odnosov. Mož za te razloge ni prav uvideven in se je kazal užaljenega. Ko je nekoč žena dala pobudo za intimne odnose, jo je pa odbil. Prizadeta je nato pojedla 60 tablet Apaurina. Še pri eksploraciji v rekonvalescenci deprimirana: Nobenega veselja nima več. Nikdar pravega počitka. Za primerne stanovanje nobene prave perspektive. Vsega se je naveličala. Najraje bi se končala.

Če grobo ocenimo delež, ki ga imajo pri sprožitvi dejanja na eni strani duševne motnje, na drugi pa zunanje obremenitve, dobimo podatke, kot jih posreduje drugi del tabele, pri čemer pa ne gre niti v prvi skupini v bolj odmaknjeni anamnezi odrekati pomembnosti psihosocialnih činiteljev; tudi ne predstavlja prva skupina samo pravih psihotičnih primerov (teh je - kot smo videli - dosti manj), temveč so zajeti v tej skupini tudi primeri docela epizodičnih psihičnih motenj še nevrotskega porekla (kot n.pr. v 21. primeru).

"Apel - funkcija" (ki je docela ne manjka, kot smo videli, niti v primerih uspešnih samomorov) je v tej očitnejša in včasih meji že na pravo izsiljevanje, čeprav moramo tudi v takih vzor-

cih urejanja svojega družbenega položaja videti nekaj morbidnega, kar kaže pač na nevrotsko utesnjenost, zaradi katere subjekt ne ugleda ali ne zna mobilizirati drugih konstruktivnejših vzorcev poravnavanja z okolico:

26. primer (TS 93)

19 letna barska plesalka. Starejša od dvet otrok iz razdrtega zakona, je v 18. letu zapustila trgovino, kjer je delala dotlej in se podala v svoj sedanji poklic. S svojim programom potuje po mestih. Šest mesecev navezana na poklicnega tovariša, lo let starejšega artista in večkrat pride do spora med njima, ker njo muči ljubosumje. Po enem takih sporov si je zarezala zapestje. Ko je pričela krvaveti je pa poklicala prijateljico, naj ji prinese brisačo. Brž po dejanju je bil tako obveščen tudi pacientkin prijatelj o tem, kaj se je zgodilo.

27. primer (TS 75)

24 letni akviziter, ki je zaradi neugodnih domačih razmer raste od 2. leta v reji, po 7. letu pa v raznih mladinskih in vzgojnih domovih, kjer je "vladal zakon močnejšega". Pol-drugo leto je prebil v zaporu zaradi poneverbe, zadnjih 9 mesecev je bil pa na svobodi, vendar dolgo brez prave zaposlitve. Čakajoč na prvi honorar je trpel hudo pomanjkanje. Nekega dne je sam s pismom obvestil uredništvo znane revije, da se je namenjen ob določeni uri zažgati z bencinom na Ajdovščini v Ljubljani. Organi javne varnosti so moža prestregli, ko je

pokazal namen, da se polije z bencinom. - Brez kake pristne ali globlje čustvene prizadetosti je potem navajal: Dosti mu je vsega, čisto vseeno ali živi, ali ne. Če ne bi več živel, bi si vsaj malo oddahnil. Ne vzdrži več. Ne more več trpeti svojega okolja. Družbe si ne more najti, sam pa ne more biti vseskozi. Tudi posli mu niso šli dobro in na upravi podjetja so ga žrli, češ da je nesposoben, denarja mu pa niso izplačali. Vsega se je naveličal in izgubil živce. Zažgati se je hotel iz protesta, ker vidi, da vsakdo le zase skrbi.

Neredkim osebam, ki poskušajo samomor, je dokaj blizu zave-
sti, da utegne predstavljati samomorilni poskus dovolj pri-
ročno orodje za manipuliranje v svojem družbenem okolju in
to bolj ali manj direktno tudi izrazijo.

28. primer (TS 77)

23 letni tehnik, ki je v opitosti storil že drugi impulziv-
ni samomorilni poskus v zvezi z ljubezenskim razočaranjem,
je na vprašanje, ali po njegovem mnenju predstavlja samomor
izhod iz težavnih življenjskih situacij, odvrnil: "Kakor pi-
šejo in govore drugi, se na ta način ničesar ne doseže."

29. primer (TS 64)

49 letna uslužbenka je imela hude težave s svojo adolescentno
hčerjo, ki ji je prirejala iz dneva v dan nove mučne situa-
cije. Ko je neko nerodnost napravil še sin, jo je vrglo iz
tira. Popila je kozarček žganja in nato pojedla 20 močnih
analgetičnih tablet - "da trenutno sebe izbrišem." Hkrati
se ji je pa tako dejanje videla edina možnost, da pripelje

sina na pravo pot, ker besede pri njem niso imele nobenega učinka. Vtis ima, da je bil fant v resnici prizadet.

Izjave, ki utemeljujejo samomorilno dejanje češ: "Rešiti sem se hotel vseh skrbi" (12. primer), "Želela sem, da me nekaj časa ne bi bilo" (3. primer), "Hotela sem se trenutno izbrisati" (29. primer), odkazujejo samomoru funkcijo bega, zapiranja oči pred realnostjo.

V zadnjih odstavkih našete karakteristike mnogih samomorilnih poskusov (poudarek na erotiki, manipulativne težnje, beg pred realnostjo) dajejo tem manifestacijam histerično noto in vtis, da je tu samomorilno vedenje pretežno v znamenju v življenje obrnjenega Janusovega obličja (S t e n g e l). Vendar je generalizacija tu nevarna. Nikdar ne smemo pozabiti primerov, ki se končno le usodno zaključijo (18. in 29. primer).

Izsiljevalne in manipulativne težnje v klinični praksi navadno zajemamo kot "tendencioznost", ki utegne biti bolj ali manj poudarjena.

Globalna ocena tendencioznosti samomorilnih dejanj v našem vzorcu daje sledeče številke:

Tabela 45 - Izrazitost tendencioznosti

| | Moški | | Ženske | | Skupaj | |
|------------------------|-------|------|--------|------|--------|---|
| | Št. | % | Št. | % | Št. | % |
| Skupaj | 32 | 100 | 68 | 100 | 100 | |
| tendencia očitna | 2 | 6,2 | 16 | 23,6 | 18 | |
| tendencia nakazana | 18 | 56,3 | 42 | 61,7 | 60 | |
| po vtisu brez tendence | 12 | 37,5 | 10 | 14,7 | 22 | |

Tabela izkazuje, da imajo samomorilni poskusi pri moških v našem vzorcu vsekakor manj tendencioznosti, lahko bi mogoče rekli - manj značilnosti histeričnega reagiranja. Oziroma, da je med njimi velik del pravih neuspešnih samomorov, ki so bili zastavljeni po onem tipu samomorilnih dejanj, ki smo jih obravnavali v prejšnjem poglavju (S 100).

Ugotavljanje diferenc v pomembnih motivih med obema spoloma se zdi tvegano zaradi nizkih števil, kvečjemu bi mogoče lahko rekli, da družinski oz. zakonski spor po vtisu ženske bolj kot moške vabi k samomorilnem reagiranju.

Tabela 46 - Način samomorilnega dejanja

| Način | Število samomoril.dejanj po spolu | | | | | |
|---------------|-----------------------------------|-----|-------|----|--------|----|
| | Skupaj | | Moški | | Ženske | |
| | TS | S | TS | S | TS | S |
| Skupaj | 100 | 100 | 32 | 72 | 68 | 28 |
| zastropitev | 76 | 10 | 14 | 3 | 62 | 7 |
| obešenje | 11 | 64 | 10 | 54 | 1 | 10 |
| utopitev | 2 | 12 | 1 | 6 | 1 | 6 |
| povoženje | - | 9 | - | 5 | - | 4 |
| ubod ali urez | 8 | 2 | 6 | 2 | 2 | - |
| kombinacije | 2 | - | - | - | 2 | - |
| ostalo | 1 | 3 | 1 | 2 | - | 1 |

Ugotovimo lahko, da je dominantni način pri samomorilnih poskusih zastropitev z medikamenti, ki zavzema v tem docela isto pomembnost, kot pri uspešnih samomorih obešenje. Zanimivo je tudi to, da v prav istem razmerju pri zastropitvah z medikamenti prevladuje ženski spol nad moškim, kot velja to za moški spol pri obešenju (v primerih uspelega samomora). Čeprav po pogostnosti obešenje pri samomorilnih poskusih izdatno za-

ostaja, je vendarle z 11 primeri na drugem mestu - toda od teh 11 oseb je 10 moških. Po pogostnosti na četrtem mestu (za zastrupitvami s kemikalijami, ki niso medikamenti) je urez zapestja, ki ga tudi izbirajo pretežno moški. (Glej tudi tabelo v prilogi).

Tabela 47 - Ocena samomorilnih poskusov glede na nevarnost dejanja

| Stopnja nevarnosti | Moški | | Ženske | | Skupaj | |
|--------------------|-------|------|--------|------|--------|---|
| | Št. | % | Št. | % | Št. | % |
| Skupaj | 32 | | 68 | | 100 | |
| smrtno nevarno | 17 | 53,1 | 11 | 16,1 | 28 | |
| srednje nevarno | 9 | 28,1 | 34 | 50,0 | 43 | |
| nevarno | 6 | 18,8 | 23 | 33,9 | 29 | |

Torej izbirajo moški našega vzorca pri samomorilnih poskusih izrazito nevarnejše načine.

Še en podatek: Pred dejanjem je bilo alkohol 17 moških in 21 žensk. Ta način je bolj značilen za mlajše osebe. Redkejši so primeri, ko je alkohol sam samomorilno sredstvo:

30. primer (TS 46)

15 letna gojenka strokovne šole, katere oče je bil zaradi nevrotskih motenj in alkoholizma že na zdravljenju in katere teka je po štirih poskusih napravila samomor z obešenjem. Pacientka je v zvezi s šolskim neuspehom in domačimi trenji napravila samomorilni poskus s tem, da je popila - sicer alkohola navajena - en liter konjaka.

Po nevarnosti so bila pa dejanja pri alkoholikih tega vzorca ocenjena kot sledi:

Tabela 48 - Nevarnost dejanja - alkoholiki

| Stopnja nevarnosti | Moški | Ženske | Skupaj |
|--------------------|-------|--------|--------|
| Skupaj | 19 | 4 | 23 |
| smrtno nevarno | 13 | - | 13 |
| srednje nevarno | 3 | 4 | 7 |
| nenevarno | 3 | - | 3 |

P O V Z E T E K

Tudi značilnosti drugega vzorca : 100 oseb, ki so poskušale samomor ("TS 100"), so take, kot se na splošno navajajo za to populacijo oseb in so v več ozirih prava zrcalna slika populacije oseb, ki s samomorom končajo. Tako že kar zadeva udeležbo obeh spolov: moških je tu le 32, žensk pa 68. Za populacija je tudi bistveno mlajša. Mladost teh oseb je obremenjena. Njih družine so često nepopolne ali drugače prizadete tako, da resno motijo psihohigiensko ozračje razvojnega obdobja. Spet se izvešine javlja oče kot moteža oseba in spet s svojim alkoholizmom, ki ga registriramo tu kar pri 24 očetih oseb, pregledanih v okviru tega vzorca. Samomorilni vzor pri starših srečamo tu le v enem primeru. Pogostejše (41 primerov) so navedbe o slabih materialnih prilikah. Invalidnost ali kronična bolezen sta spremljala te osebe iz mladosti v 9 primerih.

Med kasnejšimi življenjskimi obremenitvami neprilike v službi niso pomembne : 13 primerov sicer navaja nezadovoljstvo z razmerami v delovni organizaciji, kot motiv samomorilnega dejanja so bile pa navajane težave v službi le v 3 primerih. Pač pa kot slabe opisuje odnose z zakonskim partnerjem od 50 poročenih kar 30 oseb, pri čemer kaže, da je za ženske ta obremenitev pomembnejša kot za moške. Tudi kot navajani motiv dejanja vodi družinski oziroma zakonski spor daleč pred vsemi ostalimi (41 primerov) in spet je pri ženskah ta navedba bistveno pogostnejša (32 primerov). Drugi najpogostnejši navajani motiv - ljubezenski konflikt (21 primerov) - je pri obeh spolih relativno enako čest. Ostali motivi stopajo v

ozadje. V 63 primerih smo pri globalni oceni morali prisoditi nekako isto težo (blažjim) psihičnim motnjam in zunanjim okoliščinam kot determinantam zaključne faze samomorilnega procesa, v 22 primerih smo menili, da so bile odločilne duševne motnje in v 15 primerih zunanje obremenitve. (Psihoteične znake so ob eksploraciji kazale le 4 ženske). V zdravstveni anamnezi teh oseb so sicer v ospredju navedbe o nevrotskih motnjah (55); ženske so v tem smislu na videz nekoliko bolj obremenjene. Zato pa srečamo pri 19 (od 32) moških podatke, da je alkoholik. Alkohol odigra svojo zadnjo vlogo že pred dejanjem: Pred dejanjem je pilo 17 moških in 21 žensk. Pomembna razlika med moškimi in ženskami našega vzorca oseb, ki so poskušale samomor, se pokaže, če ocenimo dejanje na stopnjo nevarnosti in tendencioznosti: pri moških je bilo v 17 od 32 primerov ocenjeno dejanje kot smrtno nevarno, pri ženskah le v 11 primerih od 68; manipulativna tendenca je bila pri moških očitna v 2 primerih, pri ženskah v 16. Značilne so razlike med spoloma, kot tudi do vzorca uspeh samomorov še pri načinu samomorilnega dejanja: pri uspeh samomori dominira obešenje, pri poskusih - zastrupitev z medikamenti. To velja pa le za ženske, pri katerih je teh zastrupitev kar 53 od 68 primerov. Pri moških pa ta način le slabotno vodi (12) pred obešenjem (10). Takšne značilnosti moškega dela tega vzorca nam vsiljujejo misel, da skriva bistveno več kot ženski del, onih oseb, ki so dejanje primarno zastavile kot samuničenje in da so v glavnem nepredvidene zunanje okoliščine pustile dejanje ostati pri "samomorilnem poskusu". Dominantne osebne poteze so pa si-

cer v tem vzorcu te histerične strukture in samomorilno dejanje je tu bolj beg od realnosti in orodje za manipuliranje z okolico; v njem je več "apela" kot pa težnje v smrt. Temu namenu seveda bolje služijo manj nevarne metode - in zastrupitve z medikamenti tudi sodijo v to kategorijo.

VIII. SAMOMOR IN SAMOMORILNI POSKUS V SLOVENIJI

(dr. Janez Pečar - dr. Lev Milčinski)

Sklepna ugotovitev

Pričujoči elaborat raziskave o samomoru in samomorilnem poskusu v Sloveniji, kot prvi večji začetek spoznavanja tega pojava v domačem prostoru, seveda ne bo mogel odgovoriti na številna vprašanja, ki bi jih ob tem problemu utegnili postaviti. Tako tudi ni dal jasnega in določnega odgovora na to, zakaj prav v Sloveniji toliko samomorov in zakaj več kot drugje in pri drugih narodih, čeprav iz nekaterih naših ugotovitev vendar lahko vsaj zaslutimo, kje utegnejo biti pri nas najpomembnejša žarišča onega patogenega dogajanja, ki se izteka v samomorilno vedenje. Bilo bi tudi nedvomno pretenciozno, če bi si upali ob eni sami začetni raziskavi do kraja verificirati (ovreči ali potrditi) katerokoli doslej znano teorijo o samomoru. Poznavajoč pa dosedanja prizadevanja pri raziskovanju tega pojava drugod v svetu in ob - žal nemalih - lastnih spoznanjih pri študiju anamnez onih, ki so samomor poskusili ali ga dovršili, pa vendar čutimo od kod je pričakovati več pomembnih podatkov in od kod manj, ko odkrivamo etiopatogenezo samomorilnega vedenja bodisi kot dogajanja pri posamezni osebi, bodisi kot družbeno patološkega pojava. Zlasti pa o nečem gotovo nekdo, ki se je z ugotovitvami te študije seznanil, ne more več dvomiti: namreč, da je samomorilnost na Slovenskem tako akuten in vznemirjujoč pojav, da ga ne moremo puščati več na periferiji naših znanstveno raziskovalnih in zdravstveno preventivnih prizadevanj in da je načrtno raz-

vijanje teh dejavnosti ob samomorilnem vedenju pri nas ena od pomembnih družbenih dolžnosti.

Raziskovati bo treba pojav samomorilnosti v Sloveniji še naprej iz različnih vidikov: splošno zdravstvenih, psihiatričnih, psihoanalitskih, geografskih, sociološko-ekoloških, etno-psiholoških, kulturnih, zgodovinskih, ekonomskih in drugih. Raziskovanje tega fenomena bo moralo ostati še naprej predmet interdisciplinarnih prizadevanj s sodelovanjem strokovnjakov različnih profilov. Napak bi pa bilo, če bi v svoji raziskovalni vnemi pozabili na izgradnjo profilakse - tako primarne, dolgoročne, kot še nujnejše sekundarne, ki pomeni organiziranje pomoči neposredno suicidalno ogroženim osebam.

Tem bodočim prizadevanjem bo morebiti lahko predstavljala kažipot pričujoča raziskava, katere ugotovitve še povzemava v naslednjih zaključkih:

1) Slovenijo je v razmerah pred 80.leti, kot odvisno nediferencirano, zastalo deželo v okviru stare Avstrije označeval še nizek koeficient samomora (6,8), zato pa visok koeficient uboja - umora (6,7). Danes pa suverena republika Slovenija s svojo ob drugih narodih Jugoslavije najvišjo stopnjo urbanizacije, industrializacije, migracije, prometnih zvez, kulturne ravni, višina dohodka na prebivalca in še nekaterih drugih ekonomskih, socialnih in zdravstvenih kazalnikov, kaže obratno sliko: Res je pogostnost ubojev od tedaj - pred 80. leti - očitno upadla (2,4), zato pa je hudo porasla pogostnost samomorov in to naraščanje še ni zaključeno. Saj se je od koefi-

cienta 16,3 v letu 1950 povzpela na 28,9 v letu 1969 kar pomeni, da je v dvajsetih letih narasla skoraj za 100 odstotkov in je danes s svojim visokim koeficientom samomora zelo blizu vrha ustrezne lestvice v svetovnem merilu.

Pri vsem naraščanju, po naših običajnih pojmih ugodnih, zgoraj naštetih indikatorjev civilizacijskega in deloma tudi kulturnega razvoja Slovenije, se torej množi v njej populacija suicidalnih oseb, ki se iz življenja umikajo in katerih mnoge označujejo tudi pojavi kot so osamljenost in marginalnost, alkoholizem in kriminalnost, revščina in zanemarjenost, nezadovoljstvo in razočaranje. Ko registriramo te fenomene, se nam ponuja zaključek, da naša (navidezna?) družbena rast, vendarle vsebuje elemente anomalije, alienacije, in socialne dezorganizacije. Visoko in preozko postavljeni zahtevnosti v smeri družbene veljave in posedovanja vse večji del naše populacije ne sledi več, pa - v skladu s prevladujočimi vzorci reagiranja slovenskega človeka - zasuče agresivno ost protesta proti samemu sebi, danes pač, ko je vse splošnejša zavest, da smo za svoje usode sami odgovorni. - Naj se pa ta zaključek smatra za sedaj le še kot nekoliko tvegan domislek v vzpodbudo k nadaljnjim raziskavam v tej smeri.

2) Že tako visoka in naraščajoča stopnja samomorilnosti na Slovenskem, je na nekaterih ožjih območjih močno prekoračena. Preučevanje gostitev samomorov na določenih območjih se zaradi morebitnih regionalnih, zdravstvenih, socialnih, etnopsiholoških ali drugih vidikov pojavlja kot nujnost. Toda kot posebnost in nasprotje doslej znanega v suicidologiji, opazamo, da se take aglomeracije pojavljajo tudi na rural-

nih območjih, kjer bi bilo pričakovati višje stopnje socialne integracije in več pristnejših kontaktov med ljudmi in kjer pri ljudeh na splošno ni toliko anonimnosti, bežnosti in površnosti v medsebojnih stikih. To bi kazalo, da je še vedno treba preverjati nekatere že zelo utrjene sociološke teze o vzrokih samomorilnosti. Visoke stopnje samomorov se torej lahko pojavljajo tako na urbanih kot na ruralnih območjih, na revnih in bogatejših regijah, na odselitvenih in priselitvenih območjih i. pod.

3) Pri dokončanih samomorih je približno 4/5 moških. Toda pri obeh spolih je samomorilnost najvišja v starosti. Zato je vzroke višje samomorilnosti iskati pri nas prav v povezavi s staranjem. V teh letih se nabirajo okrog posameznika zlasti psihični, biološki pa tudi socialni pritiski, ki ustvarjajo večjo ogroženost v smeri samomora. Ti pritiski pa se še posebej navezujejo na alkoholizem, siromaštvo, osamljenost, slabšanje fizične in mentalne sposobnosti itd.

4) Višja stopnja samomorilnosti v ostarelosti se povezuje tudi z družinskim stanjem. Najvišji koeficienti samomora so med razvezanimi in vdovelimi. Zlasti moški so v tem pogledu zelo občutljivi, saj je koeficient samomorov pri vdovelih 8-krat večji kot pri ženskah, pri razvezanih pa 7-krat večji. Zakonska zveza pa ima, vsaj kaže tako, večjo protektivno vlogo pri ženskah kot pri moških.

5) Izobrazba in poklic suicidantov kažeta, da je pretežna večina izmed njih iz spodnjih socialnih skupin. To dvoje in še nekatere druge okoliščine kažejo, da so spodnji socialni slo-

ji bolj nagnjeni k samomorom. Specifični poklici z visoko stopnjo samomorilnosti so n.pr. rudarji, miličniki itd. Med neaktivnim prebivalstvom pa zlasti upokojenci. Kolikor gre za aktivni del prebivalstva bi lahko rekli, da so med samomorilnimi ljudmi, v glavnem fizični delavci, ki opravljajo slabše vrednotene poklice, ali dela, ki so slabše plačana, ki imajo verjetno tudi manjše življenjske aspiracije, itd. Za naše razmere bi lahko postavili trditev, da je družbeni položaj v nasprotni zvezi s samomorom. Drugače povedano, višji ko ima nekdo socialni položaj, manj je verjetno, da bo umrl na samomorilen način.

Seveda pa se pri tem prav tako nakazujejo potrebe po globljem proučevanju samomorilnosti, še posebno v zvezi s socialnim razločevanjem, družbenim razslojevanjem in tudi v zvezi z drugimi globalnimi pojavi, s katerimi se naša današnja sociologija šele začenja ukvarjati.

Če ne kaj več, je mogoče reči, da so samomori na Slovenskem, poleg ostalega, v odvisnosti tudi od socialno-ekonomskih razmer prebivalstva in še posebej od vloge, ki jo imajo v posameznih socialnih skupinah.

6) Obešenje je najbolj tipična oblika jemanja lastnega življenja ne samo pri nas, ampak v Evropi sploh, vendar se zdi, da je odstotek obešenj med načini samomora v Sloveniji le dokaj višji, kot velja za splošno poprečje. Čeprav se načini samomora spreminjajo glede na nacionalnost, geografsko pripadnost, poklic in razne posebne življenjske prilike, ki človeku približujejo določena nevarna sredstva, bi vendar global-

no lahko rekli: kot dominantna je težnja po smrti pri samomorilnih dejanjih pri sledečih načinih: obešenje, utopitev, ustrelitev, skok z višine ali pod vozilo. Pri ostalih načinih srečavamo pa prepletanje težnje po smrti s težnjo po boljšem življenju prek "apela" na osebe iz človekove okolice. Izkušnje ob posameznih primerih nas pa opozarjajo pred absolutno generalizacijo takšnega pravila.

Nekateri načini samomorov so vezani tudi na kraj storitve in jih ni mogoče vedno storiti doma (utopitev, skok pod vlak, samomor z eksplozivom i. pod.). Nad 80 % samomorilnih oseb, ki so se obesile, so to storile doma. Doma si znatno pogosteje jemljejo življenje predvsem alkoholiki.

7) Med vsemi samomorilnimi osebami v letu 1967 (kar smo posebej ugotavljali) je bilo 26 % že sodno kaznovanih, od tega polovica več kot enkrat. Najpogosteje so storili nasilna in premoženjska kazniva dejanja. Ta okoliščina kaže na to, da se je agresivnost, ki je bila v njihovi življenjski zgodovini obrnjena zavzven - nasproti drugim, zaradi raznih zunanjih impulzov zasukala navznoter. Največ kaznovanih je bilo med poročenimi, kar je nedvomno negativno vplivalo na njihovo zakonsko zvezo in morda delovalo tudi suicidogeno (odsotnost od skupnega življenja zaradi prestajanja kazni, konflikti, ki iz tega izhajajo itd.).

8) Tako pri uspelih samomorih kot pri samomorilnih poskusih ugotavljamo v raziskovanih dveh vzorcih zelo pogostoma (62 % pri uspelih samomorih in v 75 pri samomorilnih poskusih) očitne motnje v psihohigienskem ozračju formativnega obdobja teh oseb. Večji odstotek takega podatka pri samomorilnem po-

skusu izvira verjetno iz tega, da dopušča razgovor s samomorilno osebo samo pač nedvomno subtilnejši vpogled v moteče psihosocialne faktorje družinskega ozračja. Domnevamo pa lahko, da bi z analitsko poglobljenimi metodami utegnili odkriti še v marsikaterem drugem primeru v družinskem okolju teh oseb situacije, ki na videz grobo od normale sicer ne odstopajo, ki so pa vendarle mikropsihološko lahko patogene. Glede narave motenosti družinskega ozračja ni bistvenih odstopov naše populacije od drugih raziskovanih skupin.

9) V vlogi motiva dejanja ali vsaj tematika, ob kateri postane samomorilna težnja manifestna, je na prvem mestu v obeh raziskovanih vzorcih (S 100 in TS 100) družinsko oz. zakonsko nesoglasje. Pri drugem najpogosteje navajanem motivu pa ugotavljamo razliko med obema populacijama: Med tem, ko je ta motiv pri uspelih samomorih telesna bolezen in invalidnost, je pri samomorilnih poskusih - ljubezenski konflikt. Drugačni motivi - vključno ekonomske težave - stopajo v obeh vzorcih v ozadje.

10) Alkohol in alkoholizem imata pomembno mesto v etiopatogenezi samomorilnega vedenja pri nas. Alkoholizem pri očetih se zdi v 1/5 (S 100) ali 1/4 (TS 100) primerov tisti, ki zastruplja mladost bodoče suicidalne osebe pri nas. Več kot polovica moških oseb obeh vzorcev so bili ocenjeni kot alkoholiki. 1/4 oseb, ki so s samomorom končale, je bilo pijanih ob času dejanja, od onih, ki so samomor poskušali pa imamo podatek, da so pili alkohol v 38 primerih (ali odstotkih). Tako spremlja refren zlorabe alkohola samomorilne osebe pri nas čisto od rane mladosti pa do samega samomorilnega dejanja.

11) Tudi v naših dveh vzorcih se očituje splošno ugotavljana razlika med populacijo oseb, ki so s samomorom končale (bistveno več moških, starejše osebe) in populacijo oseb, ki so ostale pri samomorilnem poskusu (bistveno več žensk, mlajše osebe). Mehanizem, ki stoji za tem splošnim pravilom, je po našem mnenju tale:

Samomorilno ravnanje je ena od možnih reakcij človeka, kadar se znajdetta njegova osebnost in okolje v (subjektivno) nerešljivem navzkrižju. Ta vzorec reševanja človeških konfliktov pa ni preprost, ampak se skriva v njem globoko zasidrana antinomičnost. Značilna za samomorilno vedenje je njegova ambitendentnost: to, da je hkrati obrnjeno v smrt in v življenje, čeprav je za samomorilnim aktom zdaj več težnje k samouničenju, drugič pa več želje po boljšem življenju.

Več faktorjev odloča o tem, kateri od teh dveh tonov bo postal v samomorilnem procesu dominanten in kakšen bo zato verjetni končni izid tega procesa:

Mladim osebam je predstava o smrti dokaj tuja, življenje jim pa spričo njihove neizkušenosti in daljše pričakovane življenjske dobe odpira še številne bolj ali manj iluzionarne možnosti pa zato samomorilni proces pri njih zavije najraje na tisti - v življenje odprti - tir, na katerem predstavlja samomorilni akt možnost za manipuliranje s svojim družbenim okoljem.

Življenjske izkušnje, vse pogostejša konfrontacija s telesnimi in psihičnimi efekti involucije, vedno krajša pričakovana

Življenjska doba pri ostarevajočih osebah naglo ože možnosti v življenju in ne puščajo več prostora iluzijam. Njihovi eksistenčni problemi so na tisti ravni, kjer manipulacija z osebami iz okolice ne vodi v odrešitev. Življenjska realnost postaja vse bolj neizbežna in misel na smrt vedno bolj domača. Če se sproži pri starejšemu samomorilni proces, bo zato verjetno zavil na tir, ki vodi v smrt.

Spol očitno tudi bistveno odloča o tem, katero od obeh poti v samomorilnem procesu bo oseba ubrala. Domnevamo, da so najpomembnejše tu razlike v osebnostnih značilnostih moškega in ženske. Vemo kako so zadevne oznake v literaturi še sporne in da te značilnosti niso toliko odvisne od bioloških spolnih karakteristik, kot pa od vloge, ki jo je določena kultura namenila moškemu in ženski (M e a d, B e n e d i c t, S c h e l s k y in drugi). Sledeča K l i n e b e r g o v a osebnostna oznaka spolov (cit. po S c h e l s k e m) velja torej za našo zapadno kulturo in čas, ko je bilo to napisano (1940) - medtem, ko bi danes ta oznaka mogoče že terjala določenih popravkov: "Moški kažejo posredno ali neposredno izrazitejšo težnjo po uveljavljanju in hujšo agresivnost, več drznosti in neustrašenosti pa tudi več grobosti v svojih manirah, govorici in čustvovanju. Ženske kažejo več usmiljenosti in sočustvovanja, so bolj plahe in senzitivne, njihovo doživljanje je čustveno bolj poudarjeno (ali vsaj v tej smeri izrazitejše), bolj so moralistične, vendar hkrati tudi lahko ugotavljamo pri njih, da slabše obvladujejo svoja čustva ..."

Takšna oznaka spolov nam nemara dopušča ugotoviti pri moških afiniteto k anankastični, pri ženskah pa k histerični oseb-

nostni strukturi (po S c h u l t z - H e n c k e j u) - nasploh seveda v mejah normalnih variacij. Ta različna orientacija v dominantnih osebnostnih potezah pa ysekakor lahko bistveno vpliva na izbor vzorca samomorilnega dejanja: pri moških samouničevalnega, pri ženskah pa manipulativnega.

Narodni značaj (ne povsem posrečen naziv, ker dominantne osebnostne poteze tu vendarle niso tako ostro in absolutno vezane na določeno nacijo) tudi očitno sodloča o pogostnosti samomora v neki populaciji (H e n d i n, B e a l l in drugi) oziroma o izbiri med obema možnima potema samomorilnega procesa.

12) Kako je glede zveze pogostne samomorilnosti z "narodnim značajem" pri nas v Sloveniji, mogoče ob naših ugotovitvah lahko izrečemo sledečo dokaj utemeljeno domnevo:

Dominantne osebnostne poteze poprečnega Slovenca so depresivno anankastične. Vodilno načelo mu je nekoliko nevrotsko prenapeta sterilnost. Neuspeh hudo prizadene njegovo občutje lastne veljave in pobuja samokaznovalne težnje. Takšna orientacija v življenju pa približa človeku misel na oni aspekt suicidalnega dejanja, ki vodi do samouničenja. Nekoliko rigidna usmerjenost v sterilnost, ki pušča bolj ob strani druge življenjsko pomembne težnje (n.pr. erotske), je sploh bližja moškemu spolu, pri nas se pa zdi ta posebnost pri moških še poudarjena in hkrati usodno zapletena v kombinacijo s samokaznovalnimi težnjami pa je zato izid samomorilnega dejanja pri naših moških tudi tako pogostoma fatalen. Živahnnejše erotično doživljanje ženske v splošnem in tudi pri nas, ima pa protektivno moč: pri samomorilnih vzgi-

bih se tu vzbujajo predstave in težnje pretežno na ravni drugega - manipulativnega - aspekta samomorilnega procesa, tako da se bo le-ta verjetneje zaključil le s poskusom.

13) Ta raziskava in vsakdanja kazuistika iz samomorilne problematike narekujeta smotrnejše izvajanje suicidalne profilakse, zlasti v okviru psihiatrične službe. Zato sta pisca že med raziskovanjem večkrat sodelovala na različnih sestankih, na katerih se je obravnavala problematika preprečevanja samomorov in podala tudi predlog za ustanovitev Centra za raziskovanje in preprečevanje samomorov pri Klinični bolnišnici za psihiatrijo.

Tak center, s katerim bi sodelovali zlasti še zavodi za socialno delo, službe javne varnosti, znanstveni zavodi kot n.pr. za kriminologijo, za sodno medicino itd., bi organiziral zajemanje ljudi, ki se kakorkoli ambulantno (dispanzersko) ter hospitalno zdravijo v času njihove suicidalne krize. Prav tako pa bi se ukvarjal tudi z njihovim kasnejšim spremljanjem ter še posebej:

- z zbiranjem v poštev prihajajočih podatkov o pojavu
- z znanstveno raziskovalnim delom na tem področju in publiciranjem rezultatov, kakor tudi z ustrezno propagandno-preprečevalno dejavnostjo
- s koordinativno funkcijo na področju suicidologije v Sloveniji ter z organizacijo vzgoje in izobraževanja za strokovne in prostovoljne delavce.

L I T E R A T U R A

- 1) Adler A.: Suicide. (Gibbs P.: Suicide. Harper - Row, New York, 1968).
- 2) Allen T.E.: Suicidal Impulse in Depression and Paranoia. The Internat.J. of Psychoanalysis. 48, 3, 1967; 433 - 438.
- 3) Annual Epidem. and Vital Statistics WHO, Geneva, 1967.
- 4) Bakwin H.: Suicide in Children and Adolescents. The J.of Pediatrics. 50, 1967; str. 749 - 769.
- 5) Battagay R.: Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen. Präventivmedizin, 10, 6, nov./dec. 1965; 432 - 439.
- 6) Bavcon L. in sod.: Socialna patologija. Mladinska knjiga, Ljubljana, 1969.
- 7) Beall L.: The Psychopathology of Suicide in Japan. The Internat. J.of Social Psychiatry. 14, 3, 1968; 213 - 225.
- 8) Bennett A.E., Evans P.J.: Suicide in Hospitalized Patients : Clues and Prevention. Hospital Medicine, febr.1965; 36 - 37.
- 9) Bennett A.E.: Prevention of Suicide. Postgraduate Medicine. 32, 2, 1962; 160 - 164.
- 10) Bennett A.E.: The Physician's Responsibility in Recognition and Treatment of the Suicidal Patient. (Referat na 29.letnem zasedanju Mid-West Clinical Society, 1.nov. 1961).
- 11) Bennett A.E., Evans P.J.: Suicide Prevention on Psychiatric Wards. Mental Hospitals, marec, 1965; 105 - 108.
- 12) Bennett A.E.: Recognizing the Potential Suicide. Geriatrics. 22, maj 1967; 175 - 181.
- 13) Bernspang E.: Faith Problems and Suicide Prevention. Proceedings of Fourth International Conference for Suicide Prevention, Los Angeles, 1967.
- 14) Bernspang E.: Die Telefonseelsorge im Dienst der Selbstmordverhütung. Selbstmordverhütung. Huber, Bern. 1969.
- 15) Bitter W.: Abendländische Therapie und östliche Weisheit. Klett, Stuttgart, 1968.

- 16) Bloom V.: An Analysis of Suicide at a Training Centre. *Amer. J. of Psychiatry* 123, 8, 918 - 925, feb. 1967.
- 17) Boh K.: Družina v sedobni družbi. Delo, 6/12-1969.
- 18) Bollen G., Mayer R.: Psychopathology of Suicide in the Formative Years. *Acta Paedopsychiatrica*, 35, 11/12; 336-344.
- 19) Boržič R., Uglešič B.: Epidemiološka razmatranja problematike suicida, *Neuropsihijatrija*, 16, 3-4; 53 - 60, 1968.
- 20) Breed W.: Occupational Mobility and Suicide Among White Males. Gibbs P.: *Suicide*. Harper-Row, New York, 1968.
- 21) Breed W.: The Social Psychology of Suicide. Proceedings of Fourth International Conference for Suicide Prevention, Los Angeles, 1967.
- 22) Bregant L.: Nevrotske osebnostne strukture. Tipkopis za interno uporabo. 1968.
- 23) Brophy J.J.: Suicide Attempts With Psychotherapeutic Drugs. *Arch. of General Psychiatry*, 17, dec.1967; 652 - 657.
- 24) Calogerà E.: Considerazioni statistiche e medico-legali sul suicidio a Genova. *Medicina legale e delle assicurazioni*. 4, 2, 1956.
- 25) Canepa G.: La concezione antropo - criminologica del suicidio. Suicidio e tentato suicidio in Italia. Giuffrè Ed., Milano, 1967. 307 - 318.
- 26) Ciompi L.: Suicide et tentatives de suicide dans la vieillesse. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 4, 86, april 1966, 260 - 262.
- 27) Cohen J.: Formen des Selbstmordes und ihre Bedeutung. *Triangel*, 4, 8, dec. 1964; 280 - 286.
- 28) Cseh - Szombathy L.: Suicide in Hungary. *Demografia*, 6, 2, 1963; 185 - 216.
- 29) Cunningham Dax E.: Suicide in Today's Society. *The Medical J. of Australia*, 2, dec. 28, 1968; 1197 - 1200.
- 30) Curphey T.J.: Drug Deaths: Problem in Certification. Proceedings of Fourth International Conference for Suicide Prevention. Los Angeles, 1967.
- 31) Cvahte S.: Moški umirajo zgodaj ... Delo 30/9-1967; 13.
- 32) Černý L.: Les suicides des enfants et des jeunes en Tchécoslovaquie. *Acta Paedopsychiatrica*, 35, 11/12, 1968; 380.

- 33) Čuk M.: Samoubistva i pokušaji samoubistva iz Riječkog područja u svijetlu nekih općih i lokalnih podataka. *Neuropsihijatrija*. 11, 2, 1963.
- 34) Davis F.B.: The Relationship Between Suicide and Attempted Suicide: A Review of the Literature. *The Psychiatric Quarterly*, okt. 1967; 1 - 14.
- 35) DeMartis D.: *Psicopatologia del suicidio. Suicidio e tentato suicidio in Italia*, Giuffrè, 1967, Milano. 262 - 278.
- 36) Debenjak B.: Nacionalizam in represija. *Anthropos I.*, 1970.
- 37) *Demografska statistika 1962*, Beograd, 1964.
- 38) Deshaies G. Suicide. *Enc. medico - chirurg., Psychiatrie II*, 1955, 37140 G lo; 1 - 8.
- 39) DeVos G.A.: *Suicide in Cross - Cultural Perspective*. Resnik A.L.P.: *Suicide*. Churchill LTD, London 1968.
- 40) Devries A.G.: Model for the Prediction of Suicidal Behavior. *Psychological Reports*. 22, 1968; 1285 - 1302.
- 41) Dizmang L.H.: Suicide Among the Cheyenne Indians. *Bulletin of Suicidology*. jul. 1967; 8 - 13.
- 42) Dorpat T.L., Jackson V.J., Ripley H.S.: *Broken Homes and Attempted and Completed Suicide*. Gibbs P.: *Suicide*. Harper-Row, New York 1968; 170.
- 43) Duché D.J.: Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *La psychiatrie de l'enfant*. 8, 1, 1964; 1 - 114.
- 44) Dührssen A.: *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. V. für medizinische Psychologie*. Göttingen, 1960.
- 45) Dührssen A.: *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. V. für med. Psychologie*. Göttingen 1960.
- 46) Erikson E.H.: *Kindheit und Gesellschaft*. Pan Verlag Zürich, 1957.
- 47) Ettliger R.W.: Certification of Suicide in Sweden. *Proceedings of IV. International Conference for Suicide Prevention*. Delmar, Los Angeles, 1968. 36 - 38.
- 48) Farberow N.L., Shneidman E.S., Neuringer C.: Case History and Hospitalization Factors in Suicides of Neuropsychiatric Hospital Patients, *The J. of Nervous and Mental Disease*, 142, 1, 1966.

- 49) Farberow N., Stein K., Darbone A., Hirsch S., Cutter F.: Indirect Self-destructive Behavior in Patients With Diagnoses of Diabetes. Proceedings of. IV. International Conference for Suicide Prevention. Delmar, Los Angeles. 1968. 345 - 354.
- 50) Ferrarotti F.: Osservazioni preliminari per lo studio sociologico del suicidio nella italiana. Suicidio e tentato suicidio in Italia. Giuffrè editore. 1967, Milano.
- 51) Fornari F.: Nota sulla psichoanalisi del suicidio. Suicidio e tentato suicidio in Italia. Giuffrè editore. 1967. Milano.
- 52) Fox R.: Samaritans and the Medical Profession. Referat na r. konferenci za prevencijo suicida v Londonu 1969.
- 53) Freed E.D.: Suicide and Attempted Suicide. Medical Proceedings (Johanesburg), 12, 13, 1966; 286 - 294.
- 54) Fromm E.: Zdravo društvo. Rad, Beograd, 1963.
- 55) Fromm E.: Suzuki D.T., DeMartino R.: Zen Buddhismus und Psychoanalyse. Szcesny, München, 1963.
- 56) Gibbs J.P., Martin W.T.: Status Integration and Suicide (A Sociological Study). University of Oregon Books. Eugene, Oregon 1964.
- 57) Gould R.E.: Suicide Problems in Children and Adolescents. Am.J. of Psychotherapy. 1965. 19, april; 228 - 246.
- 58) Gunn - Séchehaye A.: Suicide et tentative. Revue medicale de la Suisse Romande, 88, 4, 1968; 247 - 259.
- 59) Haffter C.: Selbstmord im kulturellen Zusammenhang. V: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen. S. Karger, Basel. 1966.
- 60) Hand M.H., Meisel A.M.: Dynamic Aspects of Suicide. Diseases of the Nervous System, 27, 373 - 382, jun. 1966.
- 61) Haim A.: Les suicides d'adolescents, Payot, Paris, 1969.
- 62) Hamburger E.: Homicidal Behavior as a Suicidal Equivalent. Proceedings of Fourth International Conference for Suicide Prevention. Los Angeles 1967. 340 - 344.
- 63) Hartmann H.: Suicide and Homicide. Postgraduate Medicine, 40, 6, dec.1966;
- 64) Houghton A.B.: Suicide Prevention Programs - The Current Scene. Amer.J.Psychiat. 124: 12 jun.1968; 1692 - 1696.

- 65) Heilig S.M.: The Los Angeles Suicide Prevention Center. Proceedings of Fourth International Conference for Suicide Prevention, Los Angeles, 1967. 117 - 120.
- 66) Hendin H., Gaylin W., Carr A.: Psychoanalysis and Social Research. Doubleday, Anchor, New York, 1966.
- 67) Hendin H., Gaylin W., Carr A.: Psychoanalysis and Social Research. Doubleday, Anchor A 530, New York, 1966.
- 68) Hendin H.: Suicide and Scandinavia. Grune and Stratton, New York, 1964.
- 69) Hendin H.: The Psychodynamics of Suicide. Gibbs: Suicide. Harper Row, New York, 1968; 133 - 146.
- 70) Henry, Short: The Sociology of Suicide. Shneidman, Farberow: Clues to Suicide. Mc Graw-Hill, New York, 1957; 58 - 69.
- 71) Hoff H., Ringel E.: Der Selbstmordversuch, seine Behandlung und Prophylaxe. - Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1956, 12, 286 - 317.
- 72) Hofmann G., Ringel E., Wanderer W.: Erfahrungen der Vergiftungsstation der Psychiatrisch - Neurologischen Universitätsklinik Wien (Frauenabteilung) in den Jahren 1953 bis 1962. Wiener klin. Wochenschrift. 1963, 50, 889 - 893.
- 73) Horney K.: Der neurotische Mensch unserer Zeit. Klipper, Stuttgart, 1951.
- 74) Jackson D.: Theories of Suicide. Clues to Suicide. McGraw - Hill, New York, 1957; 11 - 21.
- 75) Jarc. V.: Kako pomagati manj razvitim območjem. Delo, 6/6-1970.
- 76) Kapamadžija B.: Samoubistvo u Vojvodini sa posebnim osvrtom na odnos samoubistva i alkoholizma. Doktorska disertacija, tipkopi. Novi Sad, 1967.
- 77) Kapamadžija B.: Medikolegalna pitanja samoubistva. Medicinski pregled, 20, 3 - 4, 1967.
- 78) Kessel N.: The Respectability of Self-poisoning and the Fashion of Survival. J. Psychosomatic Research, 1966, 10; 29 - 36.
- 79) Kichinosuke Tatai : Suicide Rate in Japan. Vita 2, 2, jul.1966.
- 80) Kielholz P.: Klinik, Differentialdiagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Acta psychosomatica. Documenta Geigy 2, 1959.

- 81) Klinar P.: Kaj povezuje in ločuje jugoslovanske narode. Teorija in praksa, 7, 4, 535 - 551., 1970.
- 82) Klineberg O.: Eksperimentalna psihologija in narodni značaj. Naši razgledi. 19/12-1969.
- 83) Knoepfel H.K. Erfahrungen aus dem Zürcher Notfalldienst. Paris, 53, 25; 881 - 885. 1964.
- 84) Kramberger M.: Slovenci v Jugoslaviji. Sodobnost, XVII., 12, 1210 - 1214, 1970.
- 85) Krieger G.: Suicides in San Mateo Country. California Medicine, 107: 153 - 155, 1967.
- 86) Kröger G.: Warum Ermittlungen bei Selbstmordversuchen. Kriminalistik. I, 1969; 20 - 24.
- 87) Labowitz S.: Variation in Suicidal Rates. Gibbs: Suicide. Harper-Row, New York, 1968, 57 - 73.
- 88) Lang B., Marin B., Brzak K.: Alkoholizam i suicid. Anali Bolnice "Dr.M. Stojanović", 5 : 139, 1966.
- 89) Lang B., Adamović D., Hećimović V., Sudar B., Gruđen V.: Alkoholizam i suicid. Anali Bolnice "Dr.M.Stojanović", 6 : 254, 1967.
- 90) Lesse S.: Apparent Remissions in Depressed Suicidal Patients. The J.of Nervous and Mental Disease, Vol.144, No.4, 1967; 291 - 296.
- 91) Lester D.: Suicide, Homicide, and the Effects of Socialization. J.of Personality and Social Psychology, 1967, Vol.5, No.4, 466 - 468.
- 92) Lester D.: Suicide as an Agressive Act. The J. of Psychology, 1967. 66, 47 - 50.
- 93) Lester D.: Attempted Suicide as a Hostile Act. The J.of Psychology, 1968, 68, 243 - 248.
- 94) Lester D.: Punishment Experiences and Suicidal Preoccupation. The J.of Genetic Psychology, 1968, 113, 89 - 94.
- 95) Lester D.: Suicide as an Agressive Act: A Replication with a Control for Neuroticism. The J.of General Psychology, 1968, 79, 83 - 86.
- 96) Litman R.E., Tabachnick N.D.: Psychoanalytic Theories of Suicide. Resnik: Suicidal Behaviors. Churchill LTD, London, 1968.

- 97) Lovrečič B.: Samomor v letu 1958 na območju ljubljanskega okraja. Revija za kriminalistiko in kriminologijo, 11, 1, 1960.
- 98) Maggi B.: Studi sociologici sul suicidio, 1952 - 1966. Suicidio e tentato suicidio in Italia. Giuffrè Editore, 1967, Milano; 187 - 204.
- 99) Maller O.: Suicide and Migration. The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 4, 1, 1966; 67 - 77.
- 100) Martin T.: Theories of Variation in the Suicide Rate. Gibbs: Suicide. Harper - Row, New York, 1968; 74
- 101) McNeal B.F., Johnston R.: Probleme in Assessing Suicide Potential Among Psychiatric Patients. Psychiatric Quarterly, 40, 729 - 736, okt.1966.
- 102) Meerloo J.A.M.: Hidden Suicide. Resnik: Suicidal Behaviors. Churchill LTD, London 1968.
- 103) Meerloo J.A.M.: Suicide and Mass Suicide. Grune and Stratton, New York, 1962.
- 104) Menninger K.: Man Against Himself. Harcourt, Brace, New York, 1938.
- 105) Mičić, Rajs, Pandurović: Samoubistvo kod maloljetnih. Sociološki pregled, 1, 1964.
- 106) Milčinski L.: Osebnost in raziskovanje socialne patologije. Revija za kriminalistiko in kriminologijo, XX, 4, 246 - 248, 1969.
- 107) Milčinski L.: Samoubistvo u Jugoslaviji. Jugoslovenska revija za kriminologiju i krivično pravo, VII, 1, 58 - 69, 1970.
- 108) Milčinski L.: Tentamen suicidii. Tipkopia 58 strani, 1958.
- 109) Milčinski L.: Tentamen suicidii. Zdravstveni vestnik, 28, 6 - 7, 1959; 156 - 160.
- 110) Milčinski L., Uderman B.: Samomor in samomorilni poskus. Socialna patologija. Mladinska knjiga, Ljubljana, 1969.
- 111) Milčinski L., Pečar J.: Nekaj resnice o samomori. Naši razgledi 18, 7, 1969; 195 - 196.
- 112) Milčinski L.: Samomor v Sloveniji. Zdravstveni vestnik, 38, 8, 1969; 295 - 300.
- 113) Milčinski L.: Prispevek k razumevanju etiopatogeneze suicida. Psihijatrija, Materiali Simpozija o nevrologiji in psihijatriji, Ljubljana, Lek, 1969; 439 - 446.

- 114) Milić V.: Samoubistva u Jugoslaviji. Anali pravnog fakulteta u Beogradu. 3 - 4, 1959; 387 - 408.
- 115) Milovanović M.: Sudska medicina. Prosveta, Beograd, 1947.
- 116) Moll A.E.: Suicide - Pathology. Canadian M.A.J., 74, 1956; 104 - 112.
- 117) Morgenthal W.: Letzte Aufzeichnungen von Selbstmördern. Huber, Bern, 1945.
- 118) Neuringer C.: Divergencies Between Attitudes Towards Life and Death Among Suicidal, Psychosomatic, and Normal Hospitalized Patients. J.of Consulting and Clinical Psychology, 32, 1, 1968; 58 - 63.
- 119) Osmond H.: Schizophrenia and Suicide. J. of Schizophrenia, 1, 1, 1967.
- 120) Pöldinger W.: Psychopharmaceuticals and the Prevention of Suicide. Proceedings of IV.-th International Conference for Suicide Prevention. Los Angeles 1967; 39 - 53.
- 121) Palmer S.: Murder and Suicide in Forty Non-literate Societies. Gibbs: Suicide. Harper-Row, New York, 1968.
- 122) Pandey R.E.: The Suicide Problem in India. The Internat. J.of Social Psychiatry, 14, 3, 1968; 193.
- 123) Pečar J.: V. mednarodna konferenca za preprečevanje samomorov. Revija za kriminalistiko in kriminologijo, XXI, 1, 75 - 80, 1970.
- 124) Philip A.E.: Personality Characteristics of Attempted Suicide in Edinburgh. Referat na 5.internacionalni konferenci za prevencijo suicida.
- 125) Philip A.E., McCulloch J.W.: Some Psychological Features of Persons Who Have Attempted Suicide. The British J. of. Psychiatry, 114, 515, 1968.
- 126) Platon: Poslednji dnevi Sokrata (prevod: Sovrđ), Slovenska Matica, 1955.
- 127) Pokorny A.D.: A Follow.up Study of 618 Suicidal Patients. The Amer. J.of Psychiatry, 122, 10, 1966.
- 128) Porterfield L.: The Problem of Suicide. Gibbs: Suicide, Harper-Row, New York, 1968; 31 - 57.
- 129) Prohić, Enimović: Samoubistva u SR BiH 1956 do 1963. 13 maj, 8, 1 - 2, 1965.

- 130) Prokupek J.: Certification of Suicides in Czechoslovakia. Proceedings of IVth International Conference for Suicide Prevention, Los Angeles, 1967. 31 - 33.
- 131) Prokupek J.: K problémum psychiatrické diagnostiky pri sebevražedných pokusech. Československá psychiatrie, 64, 2, 1968.
- 132) Public Health Papers 35: Prevention of Suicide. WHO, Geneva, 1968.
- 133) Rendon R.: Epidemiological Aspects of Suicide and Attempted Suicide in Venezuela. Referat na 5. internacionalni konferenci za prevencijo samomora, 1969, London.
- 134) Richman J.: Family Determinants of Attempted Suicide. Proceedings of IVth International Conference for Suicide Prevention, London, 1969. 372 - 380.
- 135) Riemann F.: Grundformen der Angst. Reinhardt E., München, 1967.
- 136) Ringel E.: Der Selbstmord. Verlag für medizinische Wissenschaften, W. Maudrich, Wien, 1953.
- 137) Ringel E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Holinsk, Wien 1961.
- 138) Ringel E.: Suicide Prevention and Humaneness. Vita, 5, 1, dec., 1969.
- 139) Ringel E.: Möglichkeiten der Selbstmordverhütung. Selbstmordverütung. Huber, Bern, 1969.
- 140) Ringel E.: Presidential Address. IVth International Conference for Suicide Prevention, Los Angeles, 1967.
- 141) Ringel E.: Suicide Prevention in Vienna. Resnik: Suicidal Behaviors. Churchill LTD, London, 1968.
- 142) Ringel E.: Lebensschwierigkeiten und präsuicidale Einengung. Wiener Ztschr.f. Nervenheilkunde u. deren Grenzgebiete, 25, 2 - 4, 1967.
- 143) Ritson E.B.: Suicide Amongst Alcoholics. Br. J. med.Psychol. 1968, 41, 235.
- 144) Ringel E., Spiel W., Stepan M.: Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 1955, 4; 161 - 168.
- 145) Ropschitz D.H.: Ovenstone I.M.K.: A Two Year's Survey on Selfaggressive Acts, Suicides and Suicidal Threats in the Halifax District between 1962 and 1964. The International J.of Social Psychiatry, 14, 3, 1968.

- 146) Rosina - Šelih A.: Samomor kot kazenskopravni problem. Pravniki, 14, 1961; 275 - 282.
- 147) Rushing W.A.: Individual Behavior and Suicide. Gibbs P.: Suicide. Harper-Row, New York, 1968.
- 148) Sainsbury D.: Suicide in London, an Ecological Study. Chapman, Hall, London, 1955.
- 149) Schmidt G.: Die Krankheit zum Tode. F. Enke, Stuttgart, 1968.
- 150) Schneider P.B.: La tentative de suicide. Delachaux et Niestlé, Neuchatel, Paris, 1954.
- 151) Schneider P.B.: La prophylaxie du suicide chez les alcooliques. Präventivmedizin. 10, 6, nov., dec. 1965; 432 - 439.
- 152) Schubert R., Staudacher H.L.: Erfahrungen an einer zentralisierten Entgiftungsstation. D. Med. Wochenschrift, 92, 9, 386 - 392, 1967.
- 153) Schultz - Hencke: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. G. Thieme, Stuttgart, 1951.
- 154) Schmarz F.: Probleme des Selbstmordes. Huber, Bern, 1946.
- 155) Seiden R.H.: Suicidal Behavior Contagion on a College Campus. Proceedings of the Fourth International Conference for Suicide Prevention, Los Angeles, 1967. 360 - 367.
- 156) Shakespeare W.: King Lear. The Complete Works of W.S. Collins, London.
- 157) Shaw C.R., Schelkun R.T.: Suicidal Behavior in Children. Psychiatry (Washington), 28, 2. maj 1965; 157 - 168.
- 158) Shneidman E.S., Farberow N.L.: Clues to Suicide. McGraw-Hill, New York, 1957.
- 159) Shneidman E., Mandelkorn P.: How to Prevent Suicide. Public Affairs Committee, New York, 1967.
- 160) Shneidman E.S.: Preventing Suicide. Gibbs: Suicide. Harper-Row, New York, 1968.
- 161) Shneidman, Farberow: The Logic of Suicide. Clues to Suicide. McGraw Hill, New York, 1957; 3 - 10.
- 162) Sifneos P.E.: Manipulative Suicide. The Psychiatric Quarterly, jul. 1966; 1 - 13.

- 163) Simić I., Pandurović S., Jokanović D.: Samoubistva i pokušaji samoubistava na području Beograda u 1967. godini. Jugoslovenska revija za kriminologiju i krivično pravo, 2, 4, okt., dec. 1969; 633 - 642.
- 164) Slođnjak A.: Geschichte der slowenischen Literatur. Walter de Gruyter, 1958, Berlin.
- 165) Somerhausen C., Dierkens-Dopchie N.: Le suicide chez les jeunes en Belgique, CEDJ, Bruxelles, 1967.
- 166) Somogyi S.: Il suicidio in Italia 1864-1962, analisi statistica. Suicidio e tentato suicidio in Italia. Giuffrè Ed. 1967, Milano; 3 - 147.
- 167) Steiner J.R.: Treblinka. Fayard, 1966, Paris.
- 168) Stenback A., Achte K.A., Rimón R.H.: Physical Disease, Hypochondria, and Alcohol Addiction in Suicides Committed by Mental Hospital Patients. Brit.J.Psychiat., 111 : 933 - 937, 1965.
- 169) Stengel E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Psychiatrie der Gegenwart, III, Springer, Berlin, 1961.
- 170) Stengel E.: Enquiries into Attempted Suicide. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1952, 45: 613 - 620.
- 171) Stengel E.: Social Effects of Attempted Suicide. Canadian M.AmJ., 1956, 74 : 116 - 120.
- 172) Stengel E.: Suicide. Hospital Medicine, jan.1968: 1058 - 1067.
- 173) Stengel E.: The Prevention of Suicide in Old Age. Präventivmedizin, 10, 6, 1965.
- 174) Stengel E., Farberow N.L.: Certification of Suicide Around the World. Proceedings of IVth International Conference for Suicide Prevention, Los Angeles, 1967: 8 - 15.
- 175) Stengel E.: Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. Selbstmordverhütung (Ringel izd.). Huber, Bern, 1969, 9 - 50.
- 176) Statistični godišnjak XVI, Savezni zavod za statistiku, Beograd, 1969.
- 177) Svećenski B.: Iz problematike suicida u J.N.A. Tipkopolis. Beograd 1967.
- 178) Svećenski B.: Iz problematike suicidalnog pokušaja u J.N.A. Tipkopolis, Beograd, 1968.
- 179) Špadijer - Džinić J.: Samoubistva u Vojvodini (1959-1963). Inštitut za kriminološka i kriminalistička istraživanja. Beograd, 1966.

- 180) Šindilovski M.: Samoubistva u NR Makedonija. Zaštita, 3 - 4, 1962.
- 181) Tavčar D.: Smrtna samoubistva trovanjem u Ljubljani (1945 - 1955). Zbornik radova sa II. stručnog sastanka udruženja sa sudsku medicinu SFRJ.
- 182) Tabachnik N., Litman R.E.: Self-Destructiveness in Accident. Proceedings of IVth International Conference for Suicide Prevention, Los Angeles, 1967.
- 183) Tabachnik N. in dr.: Comparative Psychiatric Study of Accidental and Suicidal Death. Archives of General Psychiatry, jan, 1966, 14, 60 - 68.
- 184) Thomson C.P.: Suicide Prevention in a Rural Area. Proceedings of the IVth International Conference of Suicide Prevention, Los Angeles, 1967.
- 185) Toolan J.M. Suicide and Suicidal Attempts in Children and Adolescents. Amer. J. of Psychiatry, 118, 719 - 724.
- 186) Trstenjak A.: Če bi še enkrat živel. Mohorjeva družba, Celje, 1965.
- 187) Tuckman J., Youngman W.F.: Kreizman G.: Suicide and Physical Illness. J. of General Psychology, 1966, 75, 291 - 295.
- 188) Vedrinne J.: Prospects of Clinical Assistance for Suicidal Cases. Proceedings of the IVth International Conference for Suicidal Prevention, Los Angeles, 1967; 77 - 82.
- 189) Vogelnik A.: Žalostna kronika. Naši razgledi, 14, 24. jul. 1965.
- 190) Waage G.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. S Karger, Basel, 1966.
191. Wahl G.W.: The Fear of Death. Feifel: The Meaning of Death. McGraw - Hill, New York, 1959; 16 - 29.
- 192) Walk D.: Suicide and Community Care. Brit. J. Psychiat. 113, 1381 - 1391, 1967.
- 193) Weisz A.E. in dr.: Suicide Threats, Suicide Attempts and the Emergency Psychiatrist. Proceedings of the IVth International Conference for Suicide Prevention. Los Angeles, 1967. 227 - 251.
- 194) Weitbrecht H.J. Selbstmord-prophylaxe bei Jugendlichen. Präventivmedizin, 10, 6, 1965; 458 - 473.
- 195) WHO Chronicle, 22, 11, 1968: Suicide and its Prevention. 489 - 491.

- 196) Wolfgang M.E.: Suicide by Means of Victim- precipitated Homicide. Resnik: Suicidal Behaviors. Churchill LTD, London, 1968.
- 197) World Health Statistics Annual, WHO, Geneva, 1967.
- 198) Zalokar J.: Proti selplu samomora. Prostor in čas, II, 4/5, 1970.
- 199) Zalokar J.: Nekaj primerov samoagresivnih tendenc pri psihopatskih stanjih. Neuropsihijatrija, 7, 1 - 2, 1959.
- 200) Zrimec S.: Nasilne smrti v LRS v letih 1950 - 1954. Prikazi in študije, Zavod za statistiko LRS, 2, 10, 1956.
- 201) Zumpfe L.: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen. S. Karger, Basel, New York, 1966.
- 202) Zupanc P.: Krain und seine öffentliche Gesundheit 1881-1890. Kleinmayr - Bamberg, Laibach, 1893.
- 203) Žmuc M.: Alkohol in samomor. Tipkopiš, delo za Prešernovo nagrado v letu 1968.
- 204) Žmuc M.: Alcohol and Suicide. Alcoholism, 4, 1, 1968; 38 - 44.
- 205) N.: Nekaj o samomorih in samomorilcih. Kriminalistična služba, 2, 1951; 170 - 179.
- 206) xx: Surmortalité masculine et alcoolisation. La revue de l'alcoolisme, XII, 4, XI.-XIII, okt.-dec.1966.
- 207) Strokovnjak o samomorih, Delo, 26/1-1969.
- 208) Eros di tutti gli uomini liberi. Epoca, 2/2-1969.
- 209) Notranje ministretvo ČSSR o samomorih. Delo, 27/1-1969.
- 210) Schelsky H.: Soziologie der Sexualität. Rowohlt, Hamburg, 1958.
- 211) Mead M.: Mann und Weib. Rowohlt, Hamburg, 1960.
- 212) Fein R.: Economics of Mental Illness. Basic Books, New York, 1958.
- 213) Proceedings of the fifth International Conference for Suicide Prevention; edited by R. Fox, published by the J.A.S.P.; Wien, 1970.
- 214) Ružička L.: Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologickeho. Studie ČSAV, č. 1, 1968; Academia, Praha.

- 215) Slovenski narod danes (Rus V., Černe F., Goričar J., Debenjak B., Juvančič I, Paternu B.) Antrophos I-II., 1969, 101 - 128.
- 216) Javoršek J.: Kako je mogoče. Obzorja, Maribor, 1969.
- 217) Statistični koledar Jugoslavije 1968. Zvezni zavod za statistiko, Beograd 1968.

P R I L O G E

ANKETNI VPRAŠALNIK O SUICIDANTU

Priimek in ime _____ spol: moški ženski

Prebivališče _____ zap.štev.po spisku

1. Starša: oba živa; oče umrl l. _____, mati umrla l. _____
 živita ločeno od l. _____, v sporih od l. _____
 /Če je bil pokojnik nezakonski, vpisati namesto od-
 govora o datumu očetove smrti "nezakonski"/
 Poklic očeta: _____ matere: _____
 Število bratov _____; sester _____; pokojnik je bil _____ po
 vrsti

2. Sožitje v mladosti:

| | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Do leta: | | | | | | | | |
| s kom: | | | | | | | | |

3. DRUŽINSKA ANAMNEZA:

| | oče | mati | soro- jenci |
|--------------------------------|-----|------|----------------|
| duševne bolezni | | | |
| čudaštvo | | | |
| zaostalost v duševnem razvoju | | | |
| božjast | | | |
| alkoholizem | | | |
| nevroze | | | |
| suicid | | | |
| delinkventnost in kriminalnost | | | |

4. SUICIDANT IN:

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| odnosi s starši v mladosti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| odnosi s sorojenci v mladosti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| /z vsemi - z nekaterimi/ | | | | | | |
| daljše bolezni v otroških letih: | | | | | | |
| invalidnost /kakšna/: | | | | | | |
| zdravljenje v psihiatričnem zavodu: | | | | | | |
| /kolikokrat, kdaj, kje/ | | | | | | |

5. RAZMERE V DRUŽINI:

| | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|
| materialne | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| stanovanjske | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

6. Kdaj in zakaj se je suicidant osamosvojil in zapustil družino:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Če ne, kakšni so bili v zadnjem času odnosi s starši: | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|

7. Koliko časa je živel v kraju sedanjega prebivališča, odkod se je priselil:

/Navesti natančni naslov prejšnjega prebivališča. Če je živel v kraju prebivališča od rojstva, vpišemo "od rojstva". Krajše prekinitve /vojaški rok/ pri tem niso pomembne/.

8. Poklici in zaposlitve pokojnika

| Delo, ki ga je opravljal | kje | do leta |
|--------------------------|-----|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

/Pri upokojencih vpišemo v razpredelnico na koncu, za zaposlitvami, leto in način upokojitve - osebna, invalidska/

9. ZADNJE DELOVNO MESTO

opis:

prizadevnost:

S kakšnim uspehom je opravljal delovne naloge:

na sploh:

v zadnjem mesecu pred suicidom:

10. Razmerje do dela

Kako je bil zadovoljen z delom /v celoti - delno - ni bil/
 Če ni bil, kako je izražal nezadovoljstvo

Ali je želel /izražal mnenje/ da bi spremenil
 delovno mesto da ne
 delovno organizacijo da ne

Ali je kdaj izražal željo po:

napredovanju na delovnem mestu da ne
 strokovnem izpopolnjevanju da ne

11. Kakšni so bili odnosi med njim in:

| | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|
| nadrejenimi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| njemu enakimi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| podrejenimi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

12. Ali je pogosto izostajal z dela:

| | | | | | | |
|------------------------|---------|----|----|-------|----|----|
| nasplah zaradi: | bolezni | da | ne | drugo | da | ne |
| v zadnjem letu zaradi: | bolezni | da | ne | drugo | da | ne |

13. Ali sta poklic in zaposlitev pokojniku ustrezala
 v finančnem pogledu da ne

14. Partnerjevo: rojstno leto _____, narodnost _____
 izobrazba _____, poklic pred poroko _____
 po poroki _____

Spoznala sta se leta _____, poročila /ali pričela živeti skupaj/ pa leta _____

Kateri zakon je bil po vrsti: za pokojnika _____,
 Partner je umrl da ne za partnerja _____.

| Pogoji, kakor so bili | ob poroki | | | | | ob času suicida | | | | |
|-----------------------|-----------|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|
| materialni | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| stanovanjski | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| zdravstveni | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

15. OSEBE ALI OKOLIŠČINE, KI SO MOTILE ZAKONSKO ZVEZO /kako?/
 sorodstvo: 1 vaše 2 pokojnikovo
 prijatelj: 4 vaš 8 pokojnikov
 16 drug moški 32 druga ženska
 64 poklicna /pre/ zaposlenost pokojnika
 128 neprilike /težave/ v pokojnikovem poklicu
 256 drugo: _____

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

16. ODNOSI S POKOJNIM: 5 4 3 2 1

17. Težave:

18. Okolje in sosedstvo:
 a. Kje je pokojnik živel ob času suicida: _____
 b. Stanovanje - vrsta: _____ površina _____ m²
 c. Člani gospodinjstva, ki je v njem pokojni živel: _____

/gospodarsko pridobitne in osebe z dohodki podčrtati /

19. Odnosi z bližnjo sosesko 5 4 3 2 1 0

20. S kom se je pokojnik navadno družil:

- 1 s člani lastne družine
- 2 s člani gospodinjstva
- 4 s sorodniki
- 8 s prijatelji
- 16 z znanci
- 32 s sodelavci
- 64 drugo: _____

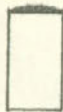
| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

0 z nikomer se ni družil, iskal je samote

21. Ali je mogoče oporekati ljudem, ki se je z njimi družil,
 in zakaj /alkohol, brezdelje, delinkventnost, postopaštvo/

22. Politična angažiranost pokojnika med zadnjo vojno:

- 1 partizan, aktivist
2 interniran, izseljen, v zaporu
4 v domobranski ali okupatorski vojski
0 ni bil aktivno angažiran



Politična angažiranost:

| | vsaj 5 let po vojni | zadnje leto |
|----------------------------------|------------------------|----------------|
| poklicni politični delavec | | |
| aktivist, odbornik | | |
| aktiven član brez funkcij | | |
| neaktiven član, izven organizac. | | |

23. KAKO JE PREJŠNJE ČASE NA SPLOŠNO SHAJAL Z DRUGIMI LJUDMI:

- a. bil v sporih z njimi
b. se jim izogibal
c. primerno shajal z njimi
d. bil priljubljen in dovolj družaben
e. zelo priljubljen in družaben

24. LJUDJE SO GA SMATRALI ZA:

1. duševno zdravega
2. čudaškega, pa ne duševno bolnega
3. duševno bolnega, pa ne nevarnega
4. duševno bolnega, potrebnega zavodske oskrbe

Ali je bila znana diagnoza njegove duševne bolezni?

25. Ali se je pokojnik v svojem vedenju, ravnanju in izražanju pred suicidalnim dejanjem izpremenil:

- 0 nič
1 komaj opazno
2 očitno
3 izredno

Koliko časa pred suicidom so te izpremembe nastopile?

Kratek opis teh sprememb:

26. Pokojnikovi načrti za prihodnost:

27. Ali se je ukvarjal s športom, kako in s katerim?
/redno, občasno; tekmoval, aktivno, simpatizer/

28. Kako je pokojnik preživljal svoj prosti čas

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| a. obiskoval kino | | |
| b. obiskoval gledališče | | |
| c. obiskoval sportne prireditve | | |
| d. obiskoval zabavne prireditve | | |
| e. gledal televizijo | | |
| f. poslušal radio | | |
| g. hodil na sprehode ali izlete | | |
| h. se ukvarjal z | | |
| i. honorarno delal | | |
| j. obiskoval sorodnike | | |
| k. ostalo: | | |

/možni odgovori: redno, večkrat, včasih, redko, nikoli/

29. Odnos do alkohola:

30. Način suicida:

Ali gre za: dvojni samomor - razširjeni samomor
Opitost v času storitve dejanja:
Recidivnost: 0 prvo dejanje
1 pred tem že poskus
2 pred tem že več poskusov
? neznano

31. ZAKAJ SE JE PO VAŠEM MNENJU ODLOČIL ZA SAMOMOR?

32. KAJ JE MOGOČE REČI O POKOJNIKOVEM VEDENJU KRITIČNEGA DNE:

33. ALI JE KDAJ GOVORIL, DA BO STORIL SAMOMOR? /komu, kdaj, kolikokrat/

34. STALIŠČE GLEDE SAMOMORA - Ali ni pokojniku res preostalo nič drugega?

35. KAKO BI BILO PO VAŠEM MNENJU MOGOČE PREPREČITI TO DEJANJE?

36. ALI SODITE, DA JE SAMOMOR IZHOD IZ TEŽAVNIH ŽIVLJENJSKIH SITUACIJ?

37. ALI JE POKOJNIK ZAPUSTIL POSLOVILNO PISMO? /kje je, na koga naslovljeno/

A) KOMISIJSKI ZAPISNIK

o ogledu trupla

1. Priimek, očetovo ime in ime
2. Ime in dekliški priimek matere
3. Rojstni: datum kraj
- SO
4. Poklic
5. Družinsko stanje
6. Število (in starost) otrok
7. Šolska izobrazba in potek šolanja
8. Zaposlitev
9. Zadnje prebivališče
10. Ogleđ so opravili (obkroži):

| | | |
|----------------|---------------|------------------|
| 1. krim. ref. | 3. del.milice | 5. preis. sodnik |
| 2. krim.tehnik | 4. zdravnik | 6. jav. tožil. |
11. UJV je bila obveščena (obkroži)

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. da je nenadoma umrl | 3. da je najdeno truplo |
| 2. da je napravil samomor | 4. ----- |
12. Kdo je prvi našel truplo in kje
13. Ugotovitve zdravnika (vzrok smrti in način storitve)
14. Obdukcija da ne
15. Priimek in ime prič, ki so v komisijskem zapisniku imenovane in kaj vedo: ker so bili navzoči po dogodku /1/
ali pa navajajo okoliščine iz življenja /2/

B) Podatki iz življenja suicidenta

1. Odnos do družine, s katero je živel
2. Odnos do okolice, kjer je živel
3. Odnosi na delovnem mestu
4. Spremembe neposredno pred samomorom
/psihične in fizične/
5. Zadnji dan pred samomorom - - -
/izjave, prepiri, čudno vedenje/
6. Vedenjske značilnosti na sploh -
/vase zaprt, grob, izogibal se ljudi/
7. Alkoholizem /Prepisati vse navedbe, vključno ev.
zdravljenje, alkoholizem v družini ali sorod-
stvu itd./



8. Okoliščine, ki so kazale na samomor /izjave:
komu, kdaj; poskusi: koliko, kako itd./
9. Telesno in duševno zdravje
/telesne okvare, invalidnost, operacije, zdravljenja v bolnišnicah, delanezmožnost - za suicidanta, zakonskega druga, otroke, starše/
10. Dogodki iz suicidantovega življenja /nesreče, neuspehi, smrti bližnjih, samomori, obsodbe, kaz. postopki, požar itd./
11. Življenjske navade /zapravljivost, nepoštenost, delomrznost, skrbnost, . . . /
12. S kom se je družil
13. Okoliščine, ki je iz njih mogoče sklepati na socialno-ekonomsko stanje /navedbe o dohodkih, premoženju, stanovanjskih razmerah - velikost, zasedenost stanovanja itd./
14. Poslovilno pismo - ni
- podatki na posebnem listu

C) Poslovilno pismo

1. Poslovilno pismo je bilo /najdeno - poslano;
naslovljeno na: - brez naslova, poslano po pošti
itd./
2. Obseg pisma in tehnični opis /na čem, velikost,
s čim pisano, kako, datum ali ne, podpis-kako,
kje je original itd./
3. Če je pismo krajše, ga prepišemo, sicer pa kratek
povzetek vsebine, predvsem
 - pojasnjuje motiv samomora
 - krivi druge /koga/
 - se opravičuje
 - pove način samomora
 - ureja vprašanja, izraža želje
/nekakšna oporoka/
 - se poslavlja /od koga/

KLINIČNA BOLNIŠNICA ZA PSIHIATRIJO LJUBLJANA - DISPANZER

Mat. št.:

Datum:

TENTAMEN SUICIDII

anamnestična shema

A. OSEBNI PODATKI

1. Priimek in ime, pri poročenih tudi rojstni priimek:

2. Spol: 1 moški 2 ženski

3. Rojstni kraj in občina:

4. Rojstni datum:

5. Sedanje bivališče /naslov in občina/

6. Od kdaj živi tu:

7. Poklic:

8. Zaposlitev:

9. Družinsko stanje: 1 samski 2 poročen 3 vdovec
4 razvezan 5 živi v konkubinatu

10. Šolska izobrazba:

11. Narodnost:

12. Rojstvo: 1 zakonski 2 nezakonski

B. SOROJENCI

1. Število: _____ preiskovanec je _____ po vrsti.

C. STARŠI

| v anamnezi | oče | mati | soro- jenci | strici tete | stari starši |
|------------------------------------|-----|------|----------------|----------------|-----------------|
| 1. psihoza | | | | | |
| 2. osebnostna deviacija | | | | | |
| 3. epilepsija | | | | | |
| 4. nevroza | | | | | |
| 5. alkoholizem | | | | | |
| 6. suicid | | | | | |
| 7. suicidalni poskus | | | | | |
| 8. delinkventnost, kriminalnost | | | | | |
| 9. oligofrenija | | | | | |

10. Leto smrti oče: _____ mati: _____
11. Poklic oče: _____ mati: _____
12. Odnos do preiskovanca oče: _____ mati: _____
/5 zelo dober 4 dober 3 zadovoljiv 2 slab 1 zelo slab/
13. Odnos med staršema: _____
/5 zelo dober 4 dober 3 zadovoljiv 2 slab 1 zelo slab/
14. Starost preiskovanca ob ev. razvezi staršev: _____
15. Ali je preiskovanec rasel
a. v domovih, zavodih? _____
b. ob nadomestnih osebah in katerih
/mačeha, očim, stara mati,..../ _____
16. Preiskovančeva subjektivna ocena teh nadomestnih oseb
/5 zelo dobra 4 dobra 3 zadovoljiva 2 slaba 1 zelo slaba/
17. Materialne razmere v družini: _____
18. Stanovanjske razmere v družini: _____
/5 zelo dobre 4 dobre 3 zadovoljive 2 slabe 1 zelo slabe/
19. Globalna subjektivna ocena preiskovanca o njegovih domačih razmerah v mladosti: _____
/5 zelo dobre 4 dobre 3 zadovoljive 2 slabe 1 zelo slabe/
20. S kom živi preiskovanec sedaj: _____
Ocena teh odnosov: _____
/5 zelo dobri 4 dobri 3 zadovoljivi 2 slabi 1 zelo slabi/

Č. ZAPOSILITEV

1. Starost ob prvi zaposlitvi: _____
2. Število dosedanjih zaposlitev: _____
3. Ustreznost sedanjega delovnega mesta:
a. po sposobnosti _____ b. po interesih _____
c. v finančnem pogledu _____
č. v pogledu medsebojnih odnosov _____

D. OSTALA ANGAŽIRANOST

- a. Politična angažiranost preiskovanca med zadnjo vojno:

1. partizan, aktivist
2. ujetnik, interniran, izseljen, v zaporu
4. v domobranski ali okupatorski vojski
0 ni bil aktivno angažiran

b. Sedanja politična angažiranost:

- 1 poklicni politični delavec
- 2 aktivist, odbornik
- 3 aktiven član brez funkcij
- 0 neaktiven član, izven organizacij

c. Kako na splošno shaja z drugimi ljudmi:

- 1 prihaja v spore z njimi
- 2 se jih izogiblje
- 3 primerno shaja z njimi
- 4 zelo priljubljen in družaben

č. Kako preživlja prosti čas:

- pretežno ga prebije
- 1 sam
 - 2 v krogu družine
 - 3 med poklicnimi tovariši
 - 4 med drugimi znanci

- v tem času pretežno:
- 1 počiva
 - 2 je zmerno aktiven
 - 3 je intenzivno aktiven

E. ZAKONSKA ZVEZA

/Morebitni trajnejši konkubinat se obravnava kot zakon/

Partnerjevo rojstno leto _____, narodnost _____

šolska izobrazba _____

poklic pred _____

poroko _____ po poroki _____

spoznala sta se leta _____, poročila

/ali pričela živeti skupaj/ pa leta _____.

Katera zakonska zveza je ta po vrsti za preiskovanca _____

za partnerja _____

Partner umrl leta _____.

Razmere v zakonski skupnosti /konkubinatu/ oceniti:

/5 zelo dobre 4 dobre 3 zadovoljive 2 slabe 1 zelo slabe/

Materialne razmere ob poroki /začetku zveze/ _____

ob času suicidalnega poskusa _____

Stanovanjske razmere ob poroki /začetku zveze/ _____

ob času suicidalnega poskusa _____

Zdravstveno stanje partnerja _____

Odnosi preiskovanca s partnerjem _____

Število in starost otrok: _____

Ali je partner alkoholik: / 1 da 0 ne /

F. ZDRAVSTVENA ANAMNEZA

1. Nosečnost / 1 v redu 2 motena /
2. Porod / 1 bp 2 s komplikacijami /
3. Zgodnji razvoj / 1 normalen 2 nakazuje blažje deviacije 3 hude deviacije /
4. Hujše bolezni v otroški dobi: _____
5. Hujše poškodbe v otroški dobi: _____
6. Invalidnost nastopila, kakšna in kdaj: _____

7. Nevrotični pojavi v otroštvu: _____
8. Menarhe /starost/ _____
9. Hujše bolezni pozneje: _____
10. Hujše poškodbe kasneje: _____
11. Nevrotične motnje /kdaj, kakšne/: _____
12. Psihotične motnje /kdaj, kakšne/: _____
13. Druge duševne abnormnosti ali epilepcija /starost/:

14. Število rojstev _____, ab. _____.
15. Zdravljenje v psihiatričnih zavodih
/katerih, kolikokrat/ _____
Zavodna diagnoza: _____

G. ODNOS DO ALKOHOLA

1. Pije / 1 da 0 ne /
2. Pije zmerno od svojega _____ leta, ekscesivno od _____ leta.
Nadaljnja vprašanja le za ekscesivne pivce:
3. Pije 1 pretežno kontinuirano 2 pretežno dipsomansko
4. Pije pretežno 1 vino 2 žganje 3 pivo 4 meša
5. Pije - a) pretežno sam b) pretežno v družbi
6. Nagiba k abnormnim opojem 1 da 0 ne
7. Prebolel že _____ delirijev ali drugih alkoholnih psihoz
8. Ima somatske komplikacije: _____
/ciroza, polinevritis, /

9. Zaradi alkohola je trpela služba /1 da 0 ne/
trpel zakon in družina /1 da 0 ne/
bil disciplinsko obravnavan /1 da 0 ne/
10. Prekrški /število in narava/: _____
11. Kazniva dejanja /število in narava/: _____
12. Ali je že bil zdravljen ambulantno /1 da 0 ne/
hospitalno /1 da 0 ne/

H. ALI UŽIVA KAKŠNE MEDIKAMENTE OZ. DROGE V TOKSIKOMANSKEM
SMISLU

katere in od kdaj: _____

I. SUICIDALNO DEJANJE

1. Storjeno dne _____
2. Način /sredstvo/ _____
3. Demonstrativnost - tendencioznost
/ 1 očitna 2 nakazana 0 je ni /
4. Domnevni zunanji motivi /glavni, stranski/
a. ljubezenski konflikt
b. družinski ali zakonski spor
c. stanovanjske in ekonomske težave
č. težave v službi
d. kazenski postopek, zapor, tožba, internacija
e. neuspeh pri šolanju ali študiju
f. telesna bolezen, invalidnost
g. osamljenost, izguba svojca
h. drugo: _____
0 ni eruirati očitnih zunanjih motivov
5. Pri sprožitvi suicidalnega dejanja so sodelovale duševne
ali nevrotične motnje 1. po vtisu kot izključni motiv
2. hkrati z zunanjimi motivi
3. po vtisu docela nepomembno
6. Ali je pred suicidalnim dejanjem pil /1 da 0 ne/
7. Kritičnost do suicidalnega dejanja
1 popolna, zavrača dejanje kot nesmiselno
2 ambivalenten odnos do dejanja
3 še vedno manifestno suicidalen
4 taji suicidalni namen
8. Stopnja ogroženosti od suicidalnega dejanja
/1 smrtno nevarno 2 srednje 3 nenevarno/
9. Število dosedanjih suicidalnih poskusov _____.

J. POVZETEK STATUSA

1. Luciden / 1 da 0 ne /
2. Komunikativen / 1 da 0 ne /
3. Emocionalna lega: 1 veder, umerjen 3 morozen
2 depresiven 4 anksiozen
5 drugo _____
4. Inteligentnost po oceni 1 normalna ali nadpovprečna
2 mejni primer, naznačena
deterioracija
3 subnormalnost, dementnost
5. Blodnjavost / 1 da 0 ne /
6. Halucinantnost / 1 da 0 ne /
7. Drugi psihotični znaki / 1 da 0 ne /
8. Diagnoza: _____
9. Ocena osebnostne strukture /po S.-H./:
1 shizoidna 4 histerična
2 depresivna 5 mešana
3 anankastična 6 neopredeljen

K. INDICIRANI UKREP

1. hospitalizacija
2. ambulantno vodenje v dispanzerju
3. predan drugi specialistični službi, splošni
ambulanti, patronažni službi v vodenje
4. poseben ukrep ni potreben

L. PROGNOZA

/1 ugodna 2 dvomljiva 3 neugodna/

- a. Glede duševne motnje: _____
- b. Glede suicidalnosti: _____

M. KATAMNEZA

/čez 1 leto/ dne _____

1. Subjektivno počutje /1 dobro 2 slabo/
2. Socialna prilagojenost /1 dobro, 2 slabo/:
a. v poklicu _____
b. v šoli _____
c. v družini _____
3. Zdravstveno stanje / 1 dobro 2 slabo/
4. Število suicidalnih poskusov v tem času _____
5. Uspel suid dne _____

Podpis zdravnika:

N. STALIŠČE GLEDE SAMOMORA - ALI VAM NI PREOSTALO
NIČ DRUGEGA, KOT DA STE STORILI TO DEJANJE?

O. KAKO BI BILO PO VAŠEM MNENJU MOGOČE PREPREČITI TO
DEJANJE?

P. ALI SODITE, DA JE SAMOMOR IZHOD IZ TEŽAVNIH ŽIVLJENJ-
SKIH SITUACIJ?

Podpisa zdravnika:

NARODNA IN UNIVERZITETNA
KNJIZNICA



00000504472

