

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

TINA BUČINEL

Mentorica: doc. dr. ZDENKA ŠADL

PROBLEM SAMOMORILNOSTI MED MLADIMI V SLOVENIJI

Diplomsko delo

Ljubljana, 2005

KAZALO

1. UVOD	4
2. TEORETIČNI DEL	6
2.1. OPREDELITEV SAMOMORA	6
2.2. SAMOMOR KOT DRUŽBENO ZGODOVINSKI POJAV	8
2.3. SOCIOLOŠKA RAZLAGA SAMOMORILSTVA	10
2.3.1. Emile Durkheim – teorija samomora	10
2.3.2. Kritika Durkheima	13
2.3.3. Vpliv religije na samomorilnost	15
3. SUICIDOGENI DEJAVNIKI	18
3.1. AVTOAGRESIVNO VEDENJE	19
3.1.1. Oblike - vrste avtoagresivnega vedenja	20
3.2. AGRESIVNOST IN IMPULZIVNOST	21
3.3. KDO SE NAGIBA K SAMOMORU OZIROMA KATERI LJUDJE SO SAMOMORILNO OGROŽENI?	22
4. SAMOMORILNOST V SLOVENIJI	24
4.1. SLOVENIJA IN EVROPA	25
4.1.1. Pogostost samomora v Evropi in pri nas	25
4.2. RAZLIČNE SPREMENLJIVKE SAMOMORA	28
4.2.1. Samomorilnost po regijah	28
4.2.2. Samomorilnost glede na spol	38
4.2.3. Samomorilnost glede na mesece, dneve, ure ter praznike	39
4.2.4. Samomorilnost glede na družbeno kategorijo	40
4.2.5. Način samomora	41
5. SAMOMORILNOST MED MLADIMI	43
5.1. DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SAMOMORILNO VEDENJE V ADOLESCENCI	44
5.1.1. Duševne motnje	44
5.1.2. Socialni in demografski dejavniki	45
5.1.3. Vpliv družine	45
5.1.4. Vpliv šole	45
5.1.5. Osebnostne značilnosti	46
5.1.6. Genetski in biološki dejavniki	46
5.2. VEDENJE MLADOSTNIKOV	47
5.3. ALKOHOLIZIRANOST MLADIH IN SAMOMOR	48
5.4. SAMOMORILNOST MLADIH V SLOVENIJI V ŠTEVILKAH	49
5.5. POMOČ	54
6. PREPREČEVANJE SAMOMORA	56
7. ŽALOVANJE PO SAMOMORU	58
8. ZAKAJ JE SLOVENIJA TAKO OBREMENJENA S SAMOMORI?	60
9. SKLEP	62
10. LITERATURA	65

KAZALO TABEL

TABELA 1: TRI KATEGORIJE DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA SAMOMOR.....	18
TABELA 2: KOEFICIENTI SAMOMORA PO SPOLU V SLOVENIJI V LETIH 1970 - 1980	24
TABELA 3: ŠTEVILO SAMOMOROV PO SPOLU V SLOVENIJI V LETIH 1997 - 2002.....	25
TABELA 4: DEVET DRŽAV Z NAJVIŠJO STANDARDIZIRANO STOPNJO UMRLJIVOSTI LETA 2004... 26	
TABELA 5: KOEFICIENTI SAMOMORA OD 15 - 24 LETA TER OD 45 - 54 LETA, PO SPOLU, SLOVENIJA IN NEKATERE EVROPSKE DRŽAVE, PO LETIH	28
TABELA 6: KOEFICIENTI SAMOMORILNOSTI PO UPRAVNIH ENOTAH CELJE ZA LETO 2000 IN LETO 2001	30
TABELA 7: ŠTEVILO SAMOMOROV V UPRAVNI ENOTI CELJE OD LETA 2002 DO LETA 2004.....	31
TABELA 8: SAMOMORILNOST V REGIJI MARIBOR IN SLOVENIJI, OD LETA 1991 DO LETA 2002 .	33
TABELA 9: STOPNJA UMRLJIVOSTI/100 000 PREBIVALCEV ZARADI ZUNANJIH VZROKOV NASILNE SMRTI, REGIJA, MARIBOR, 2002.....	33
TABELA 10: ŠTEVILO SAMOMOROV PO STAROSTNIH SKUPINAH IN UPRAVNIH ENOTAH, REGIJA MARIBOR, 2002	34
TABELA 11: ŠTEVILO SAMOMOROV NA KOROŠKEM OD LETA 1993 DO LETA 2002.....	35
TABELA 12: PRIMERJAVA KOEFICIENTOV SAMOMORA MED LJUBLJANSKO REGIJO IN SLOVENIJO, OD LETA 1990 DO LETA 2002	37
TABELA 13: ŠTEVILO SAMOMOROV NA PRIMORSKEM OD LETA 1998 DO LETA 2004	38
TABELA 14: SAMOMORI V SLOVENIJI PO MESECIH V LETU 2003.....	40
TABELA 15: PRIMERJAVA KOEFICIENTOV SAMOMORILNOSTI GLEDE NA ZAPOSLETEV.....	40
TABELA 16: NAČIN STORITVE SAMOMORA PO PODATKIH POLICIJE LETA 2003	42
TABELA 17: SAMOMORI MLADOSTNIKOV V LJUBLJANSKIH OBČINAH, OD LETA 1983 DO LETA 1987, PO PODATKIH ZAVODA RS ZA STATISTIKO	50
TABELA 18: SKUPNO ŠTEVILO VSEH SAMOMOROV MLADOSTNIKOV STARIH 15 DO 19 LET, PO SPOLU, SLOVENIJA, 1992 - 1996	51
TABELA 19: POGOSTOST IN REGIONALNA RAZŠIRJENOST SAMOMOROV MLADOSTNIKOV STARIH OD 15 DO 19 LET, SLOVENIJA PO SPOLU, 1992 - 1996.....	52
TABELA 20: SKUPNO ŠTEVILO VSEH SAMOMOROV MLADOSTNIKOV STARIH 15 DO 19 LET, PO SPOLU, SLOVENIJA, 1997 - 2003	52
TABELA 21: POGOSTOST IN REGIONALNA RAZŠIRJENOST SAMOMOROV MLADOSTNIKOV STARIH OD 15 DO 19 LET, SLOVENIJA, PO SPOLU, 1997 - 2003.....	53
TABELA 22: PROCENT UČENCEV, KI SO ŽE POSKUŠALI STORITI SAMOMOR	54

KAZALO GRAFOV IN SKIC

GRAF 1: KOEFICIENTI SAMOMORILNOSTI GLEDE NA RELIGIJO	16
SKICA 2: SAMOMORILNI PROCES	21
GRAF 3: KOEFICIENTI SAMOMORILNOSTI V EVROPSKIH DRŽAVAH	27
SKICA 4: SAMOMORILNI KOLIČNIK PO REGIJAH	29
GRAF 5: KOEFICIENTI SAMOMORILNOSTI PO UPRAVNIH ENOTAH REGIJE CELJE OD LETA 1985 DO 1999	30
GRAF 6: KOEFICIENTI SAMOMORA V SLOVENIJI IN V POMURJU OD LETA 1993 DO 2002	35
GRAF 7: KOEFICIENTI SAMOMORA PO UPRAVNIH ENOTAH KOROŠKE OD LETA 1993 DO 2002... ..	36
GRAF 8: KOEFICIENTI SAMOMORA PO UPRAVNIH ENOTAH REGIJE KRANJ OD LETA 1987 DO LETA 1996	37
GRAF 9: CELOTNA POPULACIJA SAMOMORILCEV V SLOVENIJI OD LETA 1997 DO LETA 2003, PO SPOLU	38
GRAF 10: PRIMERJAVA KOEFICIENTOV SAMOMORILNOST GLEDE NA STOPNJO ŠOLSKE IZOBRAZBE OD LETA 1985 DO LETA 1995	41
GRAF 11: KOEFICIENTI SAMOMORA PO SPOLU, SLOVENIJA, OD LETA 1992 DO LETA 1996.....	51
GRAF 12: KOEFICIENTI SAMOMORA PO SPOLU, SLOVENIJA, OD LETA 1997 DO LETA 2003.....	53

1. UVOD

Za diplomsko nalogo o samomoru s posebnim poudarkom na mladih sem se odločila zato, ker število samomorov, tudi med mladimi, narašča iz leta v leto, tako v razvitem svetu kot pri nas. Tema me je pritegnila tudi zaradi aktualnosti in nekakšne mističnosti, v katero so oviti samomori.

Samomor ljudem nikoli ni bila in tudi ne bo priljubljena tema pogovora. Beseda in samo dejanje sta zavita v tančico skrivnosti in tabuiziranosti, prav tako nosita negativen prizvok, prizvok smrti. Samomor je intimno dejanje, posameznik se ubije in sam nosi odgovornost. Je dramatičen dogodek, ki sproža nešteto vprašanj pri tistih, ki so ostali, pri svojcih, najbližjih umrlega in pri tistih, ki so kakorkoli bili v odnosu z umrlim. Samomor ni slučajno ali trenutno dejanje, ampak gre največkrat le za zadnje dejanje dolgo trajajočega procesa, silne življenjske stiske, ko posameznik oz. posameznica ne vidi nobene rešitve več in nobene oprijemljive rešilne bilke. Samomora ne izberemo, samomor se zgodi takrat, ko bolečina preraste mehanizme, ki sicer služijo njeni ublažitvi.

Ali človek lahko svobodno razpolaga s svojim življenjem in smrtjo? Takšna in podobna vprašanja se pojavljajo, pri tem pa prav tako nastajajo različne polemike in nesoglasja. Ni človeka, ki ne bi vsaj enkrat pomislil na svojo minljivost, na svoj kratek obstoj na tem planetu, kaj se bo zgodilo, ko fizično ne bo obstajal več, na smrt.

Poskus samomora in samo dejanje samomora se pojavita v obdobju težke krizne situacije, ki je odraz spremenjenih in motenih medčloveških odnosov. Pojavljajo se eksistencialni problemi, čustveno prazni družinski odnosi, konkurenca, družba se ne ozira na posameznika oz. posameznico, ki je prepuščen/a sam/a sebi in svojemu toku življenja. Posameznik/-ica se pogosto počuti odrinjeno na rob družbe in takrat ko se znajde v situaciji, ki je zanj/o nerešljiva, začne razmišljati o samomoru kot edinem možnem izhodu. Samomor je zadnji klic na pomoč in poslednji izraz nakopičene agresivnosti. Smisel življenja vsakega posameznika/-ce je stvar njegove/njene izbire v povezavi z družbenem okoljem, v katerem živi. Individuum je dejaven, svoboden in sam odloča o svoji usodi, smrt postane zgolj resnica življenja in ne njegov/njen smisel.

Karel Gržan v svoji knjigi *Prekinjeno življenje* ugotavlja, da v Sloveniji vsako leto umre okoli 19000 oseb, od tega 600 zaradi samomora (še nekaj sto pa se jih "skriva" med drugače statistično opredeljenimi), torej skoraj 3,2 %. Slovenija se s svojo visoko stopnjo uvršča v peščico držav, ki močno presegajo samomorilni količnik po Evropi in po svetu. (glej Gržan 1999)

Ko se nas samomor dotakne posredno ali neposredno, se začnemo spraševati, kaj je osebo pripeljalo do tega, da je to dejanje storila, kaj se je dogajalo "v njeni" glavi, da se odloči za tak izhod, ni bilo druge možnosti? Okoliščine, ki privedejo, da se to dejanje zgodi, so zelo različne. Vsekakor pa drži, da samomor terja od ljudi, da najprej pomislijo nase, šele na to na druge ter da osebe te okoliščine pojmujejo kot brezizhodne in ne vidijo druge rešitve. (Marušič in Roškar, 2003: 28) »Dokler bo na našem svetu dopustno takšno teptanje človekovega dostojanstva in njegovih pravic, bo le-to imelo kot svoj obvezni dodatek še samomor, pa najsi velja za greh, ali ne.« (Milčinski, 1998: 20)

Predmet naloge je samomor kot socialnopatološki pojav, ki je v Sloveniji pridobil strahovite razsežnosti. Dokazala bom, da je ta problem zelo alarmanten v Sloveniji, predvsem v vzhodnem delu, v Celju in Mariboru. Pozornost sem usmerila tudi na dejavnike, ki vplivajo na tako visoko število samomorilnosti v Sloveniji. Predvsem pa je diplomska naloga nastala zaradi interesa spoznati samomorilno obremenjenost populacije mladostnikov.

Naloga je razdeljena na uvod, osrednje dele in sklep. V uvodnem delu bom pojmovno opredelila samomor in različne teoretske pristope. Fenomen samomora bom obravnavala kot družbeno zgodovinsko dejstvo. Da bi se čimbolj približala družbenim vzrokom samomorilnosti, bom analizirala Durkheimov sociološki pogled na samomor in kritike tega pogleda. Predstavila bom njegovo videnje vzrokov ter drugače misleče teoretike in kritike. Nato bom usmerila pozornost na samomore v različnih tipih religij, nadaljevala z dejavniki tveganja, opozorilnimi znaki samomora in z opredelitvijo avtoagresivnega vedenja, ki je zelo pomemben dejavnik pri samomoru. Med drugim bom predstavila slovenski samomor skozi prostor in čas ter številsko ovrednotenje le-tega z eksplorativno raziskavo. Nato bom tabelarno obdelala in grafično predstavila pogostost samomora v Evropi in pri nas. Samomorilnost med prebivalstvom bom prikazala glede na spol, izobrazbo, stan, kraj in mesec storitve dejanja in nekatere druge spremenljivke. V nadaljevanju se bom osredotočila na samomorilnost med mladimi, njihovo vedenje in agresivnost. S tabelami in razlago bom prikazala prispevek "mlade" generacije h koeficientu samomorilnosti. Pod drobnogled sem vzela mladostnike stare od 15 do 19 let, ki so od leta 1992 do leta 2003, v Sloveniji, storili to dejanje. Statistične podatke sem dobila na Inštitutu za varovanje zdravja, na Polikliniki v Ljubljani in na Zavodu za zdravstveno varstvo. Podatke sem analizirala po različnih spremenljivkah samomora, kot sta spol in regijska pripadnost. Nameravam ugotoviti, ali se število samomorov med mladimi v Sloveniji, v omenjenem obdobju, povečuje ali zmanjšuje. V nadaljevanju podajam načine, kako preprečevati samomorilnost in kakšne so faze žalovanja po izgubi samomorilne osebe. Diplomsko delo bom zaključila z razlagami različnih avtorjev o tem, zakaj je Slovenija tako obremenjena s samomorom.

Pri ugotavljanju, analiziranju in dokazovanju bom uporabljala empirično (analiza statističnih podatkov) ter neempirično metodo (analiza in interpretacija sekundarnih virov).

2. TEORETIČNI DEL

2.1. OPREDELITEV SAMOMORA

V sociološki literaturi obstaja veliko deloma nasprotujočih si definicij samomora. Že sama definicija samomora lahko odločilno vpliva na to, ali bomo neko smrt označili za samomor ali ne. Posledica tega so višji oziroma nižji koeficienti v neki državi, kraju ali regiji. V nadaljevanju bom predstavila nekaj definicij samomora domačih in tujih avtorjev.

Franc Leskošek v svoji doktorski disertaciji, *Sociološki vidiki samomorilnosti na Slovenskem*, pravi: »Samomor je dejanje s smrtnim izidom, s katerim si je pokojnik z določenim znanjem in načrtovanim ter pričakovanim usodnim koncem povzročil želeno spremembo.« In dodaja: »Samomorilni poskus oziroma parasuicid je nefatalno in prostovoljno dejanje, s čimer si posameznik brez tuje pomoči ali volje povzroči samopoškodbo.« (Leskošek, 2000: 15)

Samomor je način, na katerega se izraža neka napetost, posameznik/-ica pa z dejanjem škoduje sam/a sebi. Čeprav je seznanjen/a s končnim rezultatom svojega dejanja, ga/jo to ne odvrne od misli in ne od dejanja. Samomor je dokončna rešitev trenutnih težav. Ko je človek v stiski, je samomor lahko edini možen izhod in hkrati klic na pomoč. Pri človeku, ki je že poskušal napraviti samomor, je verjetnost, da bo poskušal še enkrat, zelo velika. Posameznik/-ica meni, da ni rešil/a problemov in bo verjetno poskusil/a znova.

V Svetovni Zdravstveni organizaciji (WHO) definirajo samomor kot dejanje s pričakovanim, načrtovanim in znanim končnim izidom. Cilj posameznika/-ice je smrt. V glavi samomorilca se odvija t.i. samomorilni proces, ki vključuje samomorilno vedenje, na podlagi samomorilnih misli pa vodi do dejanja. (Retterstol, 1993: 1 -10)

Alojz Ihan pojmuje samomor kot svojevrsten psihosomatski protokol, tj. organizirano dejanje. Primerja pa ga s spolnim aktom oz. s panično reakcijo. V svojih možganih ima vsak človek samomorilski program, ki se sproži v določenih okoliščinah. Meni, da samomor naredi oseba, ki se podredi vrednotam svoje skupnosti. Dejanje izvrši zato, ker uboga navodila družbe, v katere verjame. Večina ljudi meni, da samomor izvršijo asocialni ljudje, saj ne pomislijo, da skupnost, ki ji pripadajo, ukazuje svojim pripadnikom, da naredijo takšno dejanje. Avtor pa meni, da samomor individuma ni izraz asocialnosti, temveč izraz absolutne pripadnosti skupnosti, ki ji pripada. »Samomorilec je tisti, ki instrukcije v določenih življenjskih okoliščinah prepozna, jih dekodira in uboga sporočila, čeprav za ceno lastnega življenja. Samomor zato ni izraz asocialnosti, ampak absolutne pripadnosti skupnosti.« (Ihan, 2000: 10)

Onja T. Grad pravi, da je samomor pri odraslih posledica dolgotrajnega razmišljanja, borbe z mislijo in ne trenutna odločitev. Včasih so samomor pojmovali kot moralno sporno dejanje, danes pa kot nek sprejemljiv izhod v sili. (glej Vistoropski, 2002: 17)

Samomor je zavestno in namerno uničenje lastnega življenja. Za uresničenje le-tega je potrebno veliko izpolnjenih pogojev. Biti mora prisotna zavest in vednost o življenju in smrti ter spoznanje, da smrt dokončno osvobaja življenje. Potrebno je tudi znanje in sposobnost za uničenje svojega življenja. Vsako dejanje, pri katerem človek izgubi življenje, a tega ni ne želel in ne nameraval, moramo šteti za nezgodo. Samomorilni poskus pa je hoteno dejanje ali ravnanje z namenom, da človek uniči svoje življenje, pri čemer pa si samo okvari zdravje –

neuspelo nameravano uničenje svojega življenja, torej kratko povedano neuspeli samomor. Nasprotno pa je hoteno dejanje z namenom, da si človek zgolj oškoduje zdravje, samopoškodba. (Milovanović v Milčinski, 1985: 116 - 118)

Emile Durkheim je menil, da se človek lahko ubije, ko je izločen iz družbe ali pa, ko je na družbo preveč navezan. Posebej izpostavi tiste osebe, ki se ubijejo v izrednih situacijah, v revolucionarnih gibanjih, v kriznih situacijah in v stanju popolne izgubljenosti. Njegovo izhodišče je bilo, da se tako moralni kot fizični pojavi vedejo podobno, če jih obravnavamo v velikem obsegu. Takrat pridejo v ospredje družbena dejstva, ki jih je moč pojasniti le z drugimi družbenimi dejstvi, medtem ko se individualna, posamična dejanja zabrišejo. Posamezniki, ki sestavljajo družbo se zamenjujejo, število samomorov pa ostaja enako. Durkheim vzrokov za določeno število samomorov v določeni družbi torej ne vidi v posameznikih oz. individualnih okoliščinah. Meni tudi, da ima vsaka skupina določeno mero kolektivnega nagnjenja do samomora in to naj bi bil vir vseh individualnih nagnjenj in ne obratno. Tako rekoč delovanje celotne družbe neposredno ustvarja koeficient samomorilnosti. Ena od Durkheimova trditev se glasi: »Sleherno ljudstvo ima kot kolektiv določeno tendenco k samomoru, ki je zgolj njegova in od katere je odvisna velikost davka, ki ga plačuje prostovoljni smrti.« Iz tega lahko sklepamo, da lahko sociološko pojasnimo delež samomorov, vzroke za to pa moramo poiskati v kolektivnem nagnjenju. (Durkheim, 1992: 17)

Igor Škamperle pa razume samomor kot odraz obupa, šibkosti, žalosti in poguma. Pravi, da je slovenska samomorilnost povezana z introvertnim značajem slovenskega človeka. Posameznik je zazrt vase in pripravljen sam rešiti probleme. Samomor je po njegovem zgrešeno dejanje, saj je življenje pravica, odgovornost do življenja pa temeljna postavka, ki nam je dana. (Marušič in drugi, 2002: 9)

Pogled Igorja Škamperleta na problem samomorilnosti na slovenskem, bi lahko primerjali z Milčinskim. Oba pogleda sta zanimiva z vidika poudarjanja osebnostne lastnosti intravertiranosti nasproti ekstravertiranosti. Profesor Lev Milčinski je veliko pisal o vase obrnjeni agresivnosti pri slovenskem narodu. »V slovenskem narodnem značaju prevladuje zavrtá espanzivnost (agresivnost)...« In dodaja: »...pri nekom, ki je obremenjen z navznoter zasukano agresijo in nagnjenjem k malodušju in samoobtoževanju, to primarno antinomično dogajanje z večjo verjetnostjo v nadaljnjem zavilo na tir, ki vodi v smrt.« Agresivnost slovenskega samomora se kaže že v samem načinu izvedbe samomorilnega dejanja. Blizu 70 % samomorov predstavlja smrt z obešanjem, le-to velja za drzno, agresivno in aktivno načrtovano dejanje. (glej Marušič in drugi, 2002)

Izpostavila bi tudi pravno klasifikacijo samomora. To je vrsta kaznivega dejanja nad samim seboj. Samomor morajo obvezno obravnavati tožilstva in organi pregona, torej policija. Poročilo gre na tožilstvo. (Marušič in drugi, 2002: 11)

Pomembno vlogo na področju samomorilnosti ima t.i. **indirektno samodestruktivno vedenje (ISDV)**, za katerega je značilno, da ga prizadeti ne doživlja kot samomorilsko. Posameznika ogroža in mu postopno skrajšuje življenje. To vedenje je povezano in se kaže kot občutek razburjenosti, jeze, potrtosti, vdanosti v usodo, vendar ni prisotne samomorilske težnje. Poznamo mnogo oblik indirektnega samodestruktivnega vedenja: alkoholizem in zloraba drog (bolj znana kot oblika kroničnega samomora); različne psihosomatske bolezni; nekatere prometne nezgode, zlasti tiste, ki so povezane z vožnjami v pijanosti; igranje na srečo; nekatere oblike delikventnega vedenja; prostitucija; zelo tvegani športi na primer padalstvo, globoko potapljanje, vrhunski alpinizem in drugo. (Milčinski 1985: 64 - 67)

Anton Trstenjak pravi, da: »je ironija in klavrnost človeške veličine v tem, da svojo vzvišenost nad vsem živalskim svetom dokazuje s sposobnostjo umoriti sebe in bližnjega.« (Trstenjak, 1986:121)

2.2. SAMOMOR KOT DRUŽBENO ZGODOVINSKI POJAV

Samomor so poznali v preteklosti, daljni in bližnji, srečujemo ga danes in ga bomo tudi v prihodnosti. Pojavlja se v različnih družbenih, geografskih in religijskih okoljih. Samomor je eden najbolj nedoumljivih dejanj, ki pa so ga v zgodovini človekovega zavedanja bodisi silovito odklanjali ali pa odobraval. Je samomor pravilno, nepravilno, dopustno ali nedopustno, dobro ali pregrešno dejanje? Skozi zgodovino so se izoblikovala različna stališča.

Že v antičnem svetu so nastopila prva nasprotujoča si stališča. V **Platonovem** (429 – 347 pr. n. št.) *Faidonu*, v dialogu med Kebesom in Sokratom, slednji zavrne pravico do samomora, - kajti kot pravi: »Življenje je božji dar«. Čeprav je Platon samomor obsojal, je odnos do tega dejanja nekoliko omilil, rekoč, da se pri nepopravljivi zločinski zasnovi, neozdravljivi boleznih in sramoti, ki se ji ni mogoče izogniti, sme prekiniti življenje. Tudi **Aristotel** (384 – 322 pr. n. št.) poudarja, da je samomor greh, kriminalno ravnanje proti državi, ki ji ljudje dolgujejo svoja življenja. **Evipid** (485 – 406 pr. n. št.) in **Plutarh** (50 – 125 s. n. št.) sta razglasila samomor za strahopetno, malopridno, nevredno dejanje. (Leskošek, 20001: 1). Prav tako meni tudi **Vergil** (70 - 19 pr. n. št.) v svojem delu *Eneida* in obsodi samomorilce na pekel. **Seneka** (2 - 66 n. št.) pa ima precej drugačno stališče do samomora, saj ga obravnava kot izraz svobode in kreposti. »Kdor svojega življenja ne spoštuje, mu tudi tuje življenje ni nič vredno, toda pametni živi tako dolgo, kot to zahteva dolžnost.« **Cicero** pravi, da ima življenje samo en vhod in mnogo izhodov in da bog prepoveduje, da bi zapustili svoje življenje brez njegovega dovoljenja. (Dolenc in Borisov, 1990: 10)

V poznem grškem obdobju je samomor veljal za zakonitega, saj ga je država dovolila. Posameznik je moral vprašati za dovoljenje pristojne oblasti (senat) ter uveljaviti razloge, zaradi katerih mu je življenje postalo neznosno. »Svobodno razpolaganje s svojim življenjem« je bil slogan stoikov. **Zenon** (332 – 262 pr. n. št.) je izpostavil tri opravičljive razloge zanj in sicer, samomor ujetega vojaka iz domoljubnih razlogov; prostovoljna smrt storilca kaznivega dejanja; revščina in duševna bolezen. Vnet stoik je bil tudi filozof **Marcus Avrelius** (121 – 181 n. št.), zato ni čudno, da je za Rimljane samomor pomemben način smrti. Idealno pravilo se je glasilo: racionalno, dostojanstveno, pravočasno in častno. Rimski pisatelj **Plinius** (23 – 79 n. št.) je to evforično navdušenje prikazal v svojem delu in zapisal: »Samomor povzdigne človeka celo nad bogove – kajti oni se ne morejo ubiti, ker so nesmrtni«. Leskošek meni, da ne gre toliko za smrt, kot za pravico (so)odločati o svojem življenju in smrti. Samomor je bil za stare **Grke in Rimljane** izhod v sili in kot takšen tudi časten. Samomor je bil nekaj višjega in posebnega za **sekto donatistov** v 4. stoletju. Šele **sveti Avguštin** je zavrl takšno dejanje, ko je v svojem delu *O božji državi* samomor in samomorilce teološko moralno enačil z umorom in z morilci. (Leskošek, 2001: 2)

Leta 313 je **Konstantin I. Veliki** (287 – 337 n. št.) z *Milanskim ediktom* povzdignil krščanstvo v državno religijo in njegov negativen odnos do samomora je zaznamoval ves evropski srednji vek. K obsodbi samomora v tistem času sta pripomogli dve okoliščini in sicer institucionalna-religiozna-ortodoksna ter literarno-kulturna-posvetna.

K prvemu institucionalno-religiozno-ortodoksnemu stališču lahko prištejemo že Avguštinovo mišljenje ter miselnost Tomaža Akvinskega (1225 – 1274), ki je poudarjal nerazdružljivost samomorilnega dejanja z naravnim zakonom. V svojem delu *Summa Theologica* je zapisal, da je samomor nesprejemljivo dejanje in sicer zato, ker je protinaraven; ker je življenje darilo bogov, zato posameznik z njim ne sme in ne more samostojno razpolagati. Druga okoliščina (literarno-kulturna-posvetna) pa je samomorilno dejanje obsodila in zavrnila.

Z renesanso se začenjajo novi pogledi na samomor. **Dante** je v svoji *Božanski Komediji* (1307 – 1313) samomorilce pahnil v trinajsti krog pekla, Katona pa je preselil v vice, kjer je s svojim samomorom branil svobodo. Nameni jim celo gozd samomorilcev, kajti njihove duše vzklijejo in zrastejo v grčava drevesa, na katerih gnezdiyo Harpije. **Thomas Moore** je v *Utopiji* (1516) dopustil samomor neozdravljivo bolnim, ampak le, če so dobili pristanek svečenika in magistrata. Socialno vedenje do samomora se je od 13. do 17. stoletja spremenilo. **Erazem** v *Pokopu* pravi, da smrt ni grozna. **Montaine** v svojih *Esejih* poudarja, da sta samo neznosno trpljenje ali težka smrt opravičljivi za samomorilsko odločitev. V 18. stoletju je bil samomor zelo razširjen v Angliji, saj so ga prištevali v nujno nacionalno ukrepanje. (Dolenc in Borisov, 1990: 13)

V času Napoleona so v Parizu ustanovili Društvo prijateljev samomorilcev. Za časa Jožefa II. je bila za samomor predvidena policijska kazen. Samomor so obravnavali kot prekršek. Tudi nemški kazenski zakonik iz leta 1813 ni več štel samomora med kazniva dejanja.

V literaturi je samomor uradno potrdil Goethe v *Trpljenju mladega Wertherja* konec 18. stoletja, v katerem opisuje pretresljivo osamljenost in odtrganost od sveta. Usoda mladega Wertherja je tako pretresla mlado generacijo, da se je marsikatera duša odločila zapustiti ta svet. Dober primer literarnega lika, ki ga zaznamuje smrt je tudi Andrej Bolkonski iz **Tolstojevga** romana *Vojna in mir* (1864 - 1869). Andrej je bil nesrečno zaljubljen v lepo Natašo, ki se odloči za drugega. Njemu se sesujejo vsi upi na ljubezen in od takrat naprej mu smrt postane blizu. Tanatos je takrat prevladal nad erosom, vendar ne za dolgo. Andrej je zaradi svoje trde vzgoje in načel prestal preizkušnjo in ni napravil samomora. Šel je vojsko, postal heroj in bil kot heroj ubit. (Ihan, 2000: 11)

Koeficient samomora je bil na slovenskem ozemlju pred dobrimi 100 leti desetkrat nižji, kot je danes. Dejanje samomora so tedaj obravnavali kot zelo sramotno. Truplo samomorilca so obravnavali kot mrhovino, tista oseba, ki ji poskus ni uspel, je morala računati na zapor. Danes samomor v Sloveniji ne velja več za kaznivo dejanje. Vendar pa se še vedno najdejo podeželske fare, v katerih samomorilce obravnavajo kot prestopnike in jih pokopavajo brez religioznih obredov, čeprav je to v nasprotju s cerkvenim dokumentom o evtanaziji iz leta 1980. Omenjeni dokument pravi, da tako evtanazija kot samomor nasprotujeta zakonu ljubezni do človeka in Boga, vendar pa samomorilcem ne odreka več cerkvenega pogreba. (glej Marušič in Roškar, 2003)

Kot je razvidno iz kratkega prikaza, so v različnih obdobjih samomor različno vrednotili. Samomor je bila človekova osebna pravica, popolno "lastninsko pravico" nad življenjem posameznika pa je imela družba. Krščanstvo je samomor prepovedovalo in ga prikazovalo kot upor proti božji volji. V srednjem veku so samomorilce kaznovali celo po njihovi smrti. V 20. stoletju je srednji družbeni razred enačil samomor z grehom, uvrščali so ga med duševne motnje. (Dolenc in Borisov, 1990: 17) Današnja družba je postala tako pluralna, da so biblijski časi enega samega plemena in enega samega Boga nepreklicno mimo. Danes samomorilec žrtvuje svoje življenje zaradi pomote, zaradi arhaičnih družbenih mehanizmov,

vsajenih v možgane, ki pa žal niso ustrezni trenutnemu času, ki ga živimo in ničemer več ne služijo. (Ihan, 2000: 11)

2.3. SOCIOLOŠKA RAZLAGA SAMOMORILSTVA

Prva disciplina, ki se je znanstveno lotila preučevanja samomorilnega vedenja, zahvaljujoč delu Emila Durkheima *Samomor (Le suicide)* iz leta 1897, je bila sociologija.

2.3.1. Emile Durkheim – teorija samomora

Durkheimova monografija *Samomor* velja za eno od temeljnih in klasičnih del na področju problematike samomora. Durkheim se je opiral na sociologijo, prvo disciplino, ki je pričela samomor znanstveno preučevati in iskati družbene korenine samomorilskega vedenja.

Durkheim je v svojem *Samomoru* uveljavil sociološko metodo raziskovanja družbeno patoloških pojavov. Izhajal je iz predpostavke, da se moralni pojavi vedejo podobno kot fizični, če jih zajemamo in opazujemo v velikem obsegu. Takrat se individualne posebnosti zabrišejo in izstopijo splošna dejstva, ki uravnavajo družbena dogajanja. Durkheim poudarja, da samomor ni individualno dejanje in da ga je moč obravnavati samo kot družbeno dejstvo, ki ga lahko pojasnimo z drugimi družbenimi dejstvi. Samomor kot posameznikovo in posamično dejanje je torej družbeno dejstvo, družbena dejstva pa so neodvisna od posameznika, njegove zavesti in volje, in zato delujejo kot nekaj zunanjega. Metodološka predpostavka, na kateri je Durkheim utemeljil svoj znanstveni pristop je zajeta v njegovi trditvi, da je "družbena dejstva treba jemati kot stvari". (Durkheim v Andolšek, 1996: 53)

Durkheim meni, da družba ni preprosta vsota posameznikov, ampak trden, usklajen in močno integriran sistem, ki je nastal z združevanjem individualne zavesti in predstavlja svojo lastno, neodvisno realnost. Pravi, da je družba moralno bitje, skupek energij, ki nas od zunaj pripravijo na dejanje samomora. Družbo definira kot fenomen, ki obstaja v svoji avtonomni realnosti, kot pojav posebne vrste (*sui generis*). Omeji jo na duhovno sfero in doda, da je družba celota idej, prepričanij in občutkov, ki sestavljajo sistem. Ta pa je neodvisen od posameznikov in ima svoje posebno življenje. Durkheim ga imenuje kolektivna zavest. Le-ta obstaja pred posamezniki in je neodvisna od njih, pomembna pa je zato, ker usmerja njihovo družbeno življenje. Posamezniki so v večji meri proizvod skupnega življenja. Individualno odločitev za dejanje kot je samomor lahko pojasnimo le s skrbnim preučevanjem značilnosti družbenih skupin in družbenega okolja, v katerem posamezniki živijo, z družbeno solidarnostjo oz. integracijo skupin.

Durkheim je hotel dokazati razliko med sociološko analizo družbenih pojavov in analizami drugih disciplin. Za študij samomora se je odločil zaradi razpoložljivosti podatkov o samomoru iz številnih evropskih držav. Ti podatki so mu predstavljali družbena dejstva. Poudaril je tudi to, da psihologi ne morejo v celoti pojasniti samomora, torej z osebnimi razlogi ne moremo pojasniti stopnje samomorilnosti. Le sociologija lahko pojasni družbeno dejstvo samomora. Durkheimov cilj je bil dokazati, da so stopnje samomorilnosti v posamezni družbi v nekem časovnem obdobju stabilne. Odkril je razlike v stopnjah samomorilnosti med različnimi starostnimi skupinami v isti družbi. Ugotovil je, da se samomori najpogosteje

dogajajo v letih, ko so ljudje najbolj vključeni v družbeno življenje. Življenje si vzame veliko manj žensk kakor moških, in sicer zato, ker so veliko manj vpletene v kolektivno življenje. Ugotovil je tudi:

- da so stopnje samomorilnosti v protestantskih državah višje kot v katoliških,
- da je stopnja samomorilnosti pri Judih še nižja kot pri katolikih,
- da so k samomoru manj nagnjeni poročeni ljudje kot samski,
- da je stopnja samomorilnosti pri poročenih ženskah brez otrok višja, kot pri poročenih z otroki,
- da je nizka stopnja samomorilnosti povezana s političnimi prevrati (vojna, gospodarske krize...),
- da je visoka stopnja samomorilnosti povezana z visoko stopnjo izobraženosti. (glej Haralambos in Holborn, 1999:825 - 828)

Durkheim je v svoji analizi ugotovil, da je intenzivnost pojava odvisna od treh vzrokov, in sicer:

- od narave posameznikov, ki sestavljajo družbo,
- od načina, kako so posamezniki povezani, to pomeni, od narave družbene organizacije ter
- od minljivosti dogodkov, ki motijo delovanje kolektivnega življenja, ne da bi spremenili njegovo anatomsko konstitucijo, denimo, nacionalne, ekonomske krize itn.

To pomeni, da so v vsaki človeški družbi večja ali manjša nagnjenja do samomora, kar lahko utemeljimo z naravo družbe. Vsaka družbena skupina ima določeno mero kolektivnega nagnjenja do tega dejanja, ki ga sestavljajo tokovi egoizma, altruizma ali anomalije. Ti tokovi pripravijo posameznike/-ice do tega, da storijo samomor. Osebni dogodki, ki veljajo za bližnje vzroke samomora, so dejavni le toliko, kolikor jim dovoljujejo žrtvine moralno razpoloženje. »Vse je odvisno od intenzivnosti, s katero so sociološki vzroki učinkovali na posameznika.« In naprej :«..edino družbene razmere, od katerih je odvisno število samomorov, povzročijo spreminjanje tega števila; edino te razmere so namreč sprejemljive. Število samomorov prav zato ostane stalno dokler se družba ne spremeni.« (Durkheim, 1992: 12 - 33)

Pri raziskovanju namena samomorilnosti je uporabljal kvantitativne »znanstvene« metode (primerjalna metoda) in objektivne statistike o samomoru, ki so bile na razpolago. (glej Haralambos in Holborn, 1999: 825-828) Durkheim je izbral obratno pot, kot je bila prevladujoča pri raziskovanju samomora v njegovem času. Ne začne pri fenomenološki analizi posameznih primerov (stiske posameznikov/-ic), temveč išče začetke samomorilnih tokov v kolektivni zavesti.

Pomembno je tudi poudariti vrste integriranosti v skupinah, pri čemer Durkheim govori o »mehanski« in »organski« solidarnosti. Slovenki kritik in avtor knjige *Samomor in Slovenci* (1983), dr. Lev Milčinski, je v njej izpostavil Kerševanov povzetek Durkheimove solidarnosti, kjer pravi, da sta mehanska in organska solidarnost značilni za določen tip družbene organiziranosti in odločilno vplivata na različno integriranost posameznika v skupino. Mehansko solidarnost Durkheim pojmuje kot obliko solidarnosti, kjer prevladuje medsebojna podobnost, neizrazitost individualnih pripadnikov skupine, močne kolektivne ideje, vrednote, norme, cilji, kohezivnost in identificiranost njenih pripadnikov s sistemom. Takšna integriranost skupnosti je značilna za tradicionalne družbe in tukaj je število samomorov bistveno manjše kot v modernih družbah. Če se samomori že zgodijo, potem so posamezniki bolj nagnjeni k altruističnemu tipu samomora. V modernih družbah pa prevladuje organska solidarnost, ki je utemeljena na medsebojni odvisnosti ljudi zaradi delitve

in menjave dela. V teh družbah naraščajo dezintegrativni in anomični procesi. Vse več je tekmovanja med ljudmi, individualizacija narašča, množijo se egoistični cilji. Povečuje se tudi tveganje za neuspeh, oteženo je doseganje osebnih ciljev, kar je osnova za egoistične in anomične samomore. Prav tako pa je tudi družbena izolacija močan dejavnik pri samomorilnosti, saj posameznik vedno manj funkcioniira kot družbeno bitje.

Durkheim pravi, da je stopnja samomorilnosti obratno sorazmerna s stopnjo integriranosti v družbi, kar pomeni da samomor variira obratno sorazmerno z integracijo družbene skupine, katere del je posameznik.

Durkheim je po eni strani samomor zavračal, saj je menil, da je posameznik nekaj svetega, religioznega in da dejanje samomora žali občutek kolektivne zavesti. Po drugi strani, pa pravi, da samomor nima negativnega družbenega predznaka, temveč določena stopnja tega pojava vpliva pozitivno, tako ima po njegovem samomor pozitivno integrativno vlogo, saj krepi solidarnost skupnosti. (glej Kerševan v Durkheim, 1992)

Durkheim razlikuje štiri vrste samomorov glede na stopnjo družbene integracije in regulacije. Tip samomora, ki je najbolj razširjen v modernih družbah je **sebični oziroma egoistični samomor** (nizka integracija, visoka individualizacija). Pomanjkanje integracije vodi v apatično in depresivno stanje. Posamezniku se zdi življenje nesmiselno, dolgočasno, prisoten je občutek osamljenosti. Ne najde odgovora na vprašanja, kdo je, kako ga vidijo drugi, kaj bo postal itd., počuti se prazno in brezvoljno. Takrat posameznikova identiteta ni dovolj trdna, boji se, da jo bo na nek način izgubil, to pa vodi v osamitev in beg pred stiki z ljudmi. Stiki z najbližjimi postajajo površinski, odnosi neobvezujoči, razvije se črnogledost, nesposobnost razmišljanja o prihodnosti, ki postaja negotova. V modernih družbah, kjer prevladuje organska solidarnost, visoka tehnološka in racionalna organiziranost, kjer se rušijo družbene norme in vrednote, se povečuje število egoističnih samomorov (na primer upokojenci v domovih za ostarele, stanja, v katerih se človek počuti zapuščenega, nezaposlenost, ko je človek odrinjen na družbeni rob ipd.). Nasproten tip samomora predstavlja **altruističen samomor**, ki odseva visoko stopnjo družbene integracije. Posameznik je praktično prisiljen v samomor, čuti ga kot neko obvezno opravilo, neko dolžnost. Prepričan je, da se mu bo to povrnilo v onostranstvu (Jim Jones v Guyani, samomori v sektah, vojne, ipd...). Samomor občuti kot neko nesebično ljubezen do bližnjega, žrtvovanje za kolektiv. Gre za popolno identifikacijo posameznika z družbeno skupino, zaradi katere se odpove svojim osebnim interesom. Tretji tip, ki ga je avtor izpostavil, pa je **anomičen** tip samomora. Ljudi vidi kot divjake, egoistične, individualistične kreature, ki so se pripravljene boriti za lastne interese ne glede na posledice. Družbeni obstoj in harmonija sta možna le, če so vezana na kulturna pravila, norme, vrednote. V določenih kulturnih pogojih te norme izgubijo svojo prisiljujočo, obvezujočo moč. Ta tip samomora predstavlja stanje z nizko regulacijo. Stopnja anomičnih samomorov je odvisna od pozitivnih in negativnih situacijskih sprememb (ekonomski boom, ekonomska depresija, vojna...). Takšne spremembe ustvarjajo nove situacije, v katerih stare norme ne veljajo več, nove pa še niso vzpostavljene. To vmesno stanje imenuje Durkheim anomija, ki jo označujejo ogorčenost, vznemirjena, naveličanost in breznormnost (gospodarske krize, politični prevrati ipd.). Usmerjenost ni več jasna, ljudje izgubijo vodstvo, počutijo se izkoreninjene, izgubljene. Četrty, **fatalističen** tip samomora pa predstavlja stanje visoke družbene regulacije. Delovanje posameznika je v celoti kontrolirano, počuti se utesnjenega (npr. sužnji, zaporniki). Durkheim meni, da družba posameznika preveč omejuje in zato je pritisk nanj zelo velik. (Durkheim, 1992: 70)

2.3.2. Kritika Durkheima

Durkheim se je zavedal omejenosti raziskovanja samomora v njegovem času in možnosti, ki so mu bile takrat na voljo. Opozarjal je na nepopolnost podatkov, saj ni bilo natančnih in dobrih opisov, ki bi lahko dali popolno sliko razvoja situacije in samomorilčeve osebnosti. Primanjkovali so ključni podatki, ki bi opisali stanje samomorilca v trenutku samomora (t.i. psihološke situacije). Kljub temu pa avtor obstaja pri trditvi, da se s pomočjo individualnih problemov ni moč dokopati do "pravih" vzrokov samomora.

Durkheim je v sociološko teorijo vnesel pomembna spoznanja, iz katerih so izhajali poznejši raziskovalci, ki so ovrgli, podprli ali dopolnili njegovo teorijo samomora.

Pozitivisti (npr. Jack P.Gibbs, M. Halbwachs, Walter T.Martin, Powell, Henry in Short, Gold in drugi), ki so imeli enak pristop do proučevanja samomora kot Durkheim (opiranje na statistične podatke), so kritizirali predvsem Durkheimovo interpretacijo rezultatov in ne njegovega osnovnega pristopa. (Dolenc in Borisov, 1990: 168) Maurice Halbwachs je v svojo teorijo vključil poleg ekoloških tudi psihološke dejavnike, ter makrosociokulturnemu raziskovanju priključil še individualnost. Durkheimovo delo je dopolnil z uporabo novejših statistik o samomorilnosti ter z novimi metodami statistične analize (korelacijskimi koeficienti). Potrdil je skoraj vse Durkheimove ugotovitve. Dvomil je le o Durkheimovem poudarku o pomenu religije v določanju samomorilnosti oziroma menil je, da je Durkheim precenil religijski pomen in vpliv urbaniziranosti. Halbwachs je pomen pripisoval posamezniku in menil, da je individualna situacija samomorilca pomembna kategorija pri znanstvenem razlaganju samomora. Halbwachs je tako pomagal utreti pot temeljni preusmeritvi raziskovanja in sociološke teorije samomora, ne da bi pri tem zavrgel temeljne Durkheimove teze. Jack P.Gibbs in Walter T.Martin sta se strinjala s tem, da je potrebno samomor preučevati z uporabo znanstvenih metod in statističnih podatkov. Durkheimovo sociološko teorijo sta dopolnila s tezo, da pogostost samomora variira obratno sorazmerno s statusno integracijo. Čim večja je konfliktnost vlog ali statusov, tem večja je možnost, da posameznik/-ica stori samomor. To teorijo uspešno pojasnujeta z visoko stopnjo samomorilnosti med begunci, brezdomci, razvezanimi ljudmi, torej med ljudmi z neugodno statusno konfiguracijo. Najpomembnejši sklep Henryja in Shorta pa je njuna ugotovitev, da nevarnost samomora upada z naraščanjem števila socialnih stikov, izolacija ter sočasna izključitev družbenega okolja, pa krepi samomorilne težnje. (Knez, 2003: 41)

Kritiki pozitivističnega pristopa, t.i. interpretativni sociologi k samomoru pripisujejo glavno vlogo človeški dejavnosti. Poudarjajo, da je potrebno upoštevati, kako oseba interpretira situacijo, kakšen pomen ji pripisuje in kako na osnovi tega ukrepa oziroma se odziva nanjo. Menijo, da ljudje nimamo nekega avtomatičnega odzivnika, na osnovi katerega bi se odzivali na zunanje dražljaje. Ljudje razmišljamo in naše obnašanje odseva našo razlago pomembnosti zunanjih dražljajev. Ljudje se različno odzivamo na stvari kot so npr. brezposelnost ali razveza. Ne odločamo se avtomatsko za samomor. Interpretativni sociologi (npr J.D. Douglas in Jean Baechler) navajajo številne kritike metodologije Durkheimovega dela. J.D. Douglas kritizira uporabo statistik v študiju samomora. Meni, da Durkheimu ni uspelo proučiti problema zanesljivosti in veljavnosti (dvomi o veljavnosti statistik). Kar zadeva zanesljivost oziroma verodostojnost podatkov je jasno, da obstajajo razlike oziroma težave pri primerjanju različnih regij ali držav. Kar zadeva vrednost podatkov je precej verjetno, da so zabeležene številke o samomorih nižje od dejanskih. Douglas prav tako meni, da vseh samomorov ne moremo obravnavati na enak način. V različnih kulturah ima samomor različne pomen. Za vsakim samomorom stoji drugačen motiv in posledično drugačen družbeni pomen. Rešitev

vidi v študijah primerov, ki bi temeljili na intervjujih, na analizah zapiskov in dnevnikov samomorilca.

Sociologi fenomenoloških teorij (J.Maxwell Atkinson in drugi) zavračajo znanstvene in kvantitativne metode pri študiji samomora. Menijo, da je nemogoče priti do dejanskih podatkov, zato je nemogoče izdelati in preveriti vzročne razlage. Končni produkt fenomenološke raziskave je razumevanje pomenov, ki jih vsakdanjem življenju uporabljajo člani družbe. Atkinson meni, da ne obstaja resnična samomorilnost kot objektivna realnost. Avtor se je opiral na metode, ki jih uporabljajo mrliški ogledniki pri kategorizaciji smrti ter na podatke, ki so izhajali iz pogovorov z mrliškimi ogledniki. Prepričan je, da mnenja mrliških oglednikov vplivajo na kategorizacijo smrti. Fenomenologi trdijo, da je pozitivizem ustvaril popačeno sliko družbenega življenja.

Steve Taylor pa se ne strinja s fenomenologi, ki sklepajo, da je samomor zaradi različnih problemov nemogoče pojasniti. Taylorjeva metodologija ne temelji na statističnih opažanjih, temveč na poskusih odkrivanja »osnovnih struktur in vzročnih procesov, ki jih ni mogoče opazovati«. Ta pristop temelji na realističnem pojmovanju znanosti. Taylor razvije svojo teorijo samomorov in v njej loči različne vrste samomorov. Tako kot Durkheim razlikuje štiri vrste samomorov, vendar s to razliko, da Taylor govori o soočanju določenih posameznikov in ne poudarja tesne povezanosti posameznika z delovanjem družbe. Loči dva tipa samomorov, ektopični ali vase usmerjeni samomori ter simfizični ali k drugim usmerjeni samomori. K prvemu tipu samomora prišteva dve vrsti. Prvi, submisivni samomor, ki ga stori oseba, ki je prepričana da je njeno življenje brez vrednosti in da je bolje, da umre. Ponavadi je vzrok samomora smrt ljubljene osebe. Drugi, tanatacijaski samomor, pa se zgodi, ko je oseba sama o sebi negotova. K drugemu tipu samomora prišteva t.i. simfizični ali k drugim usmerjen samomor. Pojavi se, ko je oseba prepričana, da so ji drugi naredili neznosno življenje. Samomorilci prepričajo krivdo za njihovo smrt drugim, tako, da se počutijo krive in odgovorne. Poskusi samomora pa so oblika komunikacije, ko žrtev pokaže, kako je obupana in skuša ugotoviti, kako bodo drugi reagirali na to. (Haralambos, 1999:824 - 834)

Večina kritikov torej poudarja, da Durkheim ni upošteval psiholoških in individualnih dejavnikov. Zanimaril je proučevanje individualnih usod ter ni pojasnil, zakaj so eni ljudje bolj nagnjeni k samomorilnemu vedenju kot drugi.

V Sloveniji izstopata dva kritika Durkheimove teorije, **Lev Milčinski** in **Jože Goričar**. Avtor že omenjenega dela *Samomor in Slovenci (1983)*, dr. Lev Milčinski, sprejema Durkheimovo tezo, da samomor variira obratno sorazmerno z integracijo družbene skupine, katere del je posameznik. Bolj ko je družba povezana, manj je samomorov. Dodaja pa še, da je vsak posamezen primer potreben natančne analize za odkrivanje vzrokov samomorilnosti (case study). »Do samomora ne pride zaradi neposredne reakcije na življenjski udarec, temveč je samomorilno dejanje le zadnji prizor iz drame, ki se je lahko začela že leta poprej, mogoče celo v človeški mladosti.« (Ringel v Milčinski, 1985: 41) Meni, da je Durkheim svojo smer raziskovanja samomora sam zapeljal v slepo ulico, saj je zavrnil vpletanje psiholoških elementov v teorijo. Njegovi nasledniki (Halbwachs, Gibbs, Martin, Powell, Henry, Short, Gold in drugi) so v njegovo teorijo vnesli psihosocialne, kulturno-antropološke in psihoanalitične teze. (glej Lev Milčinski v Tomori in Zihrel, 1999:368) Milčinski meni, da je samomor rezultat nesrečnega snidenja eksogenih in endogenih faktorjev. Pri raziskovanju je potrebno torej upoštevati samomorilčevo osebnost, njegovo zgodovino in okolje, v katerem živi. Zagovarja »psihološko avtopsijo«, ki govori o nujnosti ugotavljanja vseh vzrokov za smrt. Ko strokovnjaki opredelijo smrt kot samomor, se morajo pogovoriti s sorodniki in

znanci samomorilca. Ta način bi tako prispeval k večji preglednosti dogodka. Spoznali bi samomorilčevo osebnost, preteklost in temeljne dogodke, ki so botrovali usodni odločitvi in dejanju. (Milčinski, 1983:294)

Goričar (1983) poudarja, da je že samo definiranje samomora pri Durkheimu sporno. Meni, da se je Durkheim izogibal iskanju samomorilčevih namenov in da je tako zanemaril psihološko kategorijo samomora. Naslednja stvar, na katero opozarja Goričar, je vprašljivost Durkheimove tipologije samomorov, ki se razteza od najstrožje neformalne socialne kontrole do druge skrajnosti t.j. popolna breznormnost in individualizem. Pripomba se nanaša tudi na metodologijo, na podlagi katere iz stopnje samomorilnosti v neki družbi sklepamo o njeni dezintegriranosti in anomičnosti. Po tej trditvi bi morali šteti države z visoko razvito industrijo za anomične, saj naj bi v njih delovalo veliko dezintegriranih sil in ki določajo visok koeficient samomorov. Goričar je prepričan, da na podlagi enega samega kazalca ni mogoče postaviti take trditve.

Durkheim po Goričarju tudi ni dokazal, da je anomija vzrok za povečano število samomorov v določeni družbi. Poleg tega metodologija ne dopušča jasnega odgovora na zastavljeno vprašanje: ali je anomija vzrok za povečano število samomorov ali pa obratno, število samomorov povzroča družbeno anomijo? Po vseh teh trditvah bi po Durkheimu lahko rekli, da je Slovenija, glede na visoko razvito industrijo, anomična družba, v kateri delujejo dezintegrativne sile. Gre za pomanjkanje večplastnega in multidisciplinarnega pristopa in raziskovanja. Goričar meni, da metodologija, ki jo je uporabljal Durkheim, ne daje jasnega odgovora. Nezanesljivost statističnih podatkov je v temelj Durkheimovega problema. Goričar poudarja, da najnovejše raziskave uporabljajo multidisciplinarni pristop k obravnavi samomorilnosti. Za uspešno raziskovanje samomorov je potrebno uporabljati metodo »case study« (proučevanje posameznih primerov), saj imamo opraviti z zelo intimnim destruktivnim dejanjem ter spodbuditi sodelovanje treh znanstvenih disciplin sociologije, socialne psihologije in psihologije. (Goričar, 1983:199 - 206)

Danes vemo, da samomora ne moremo doumeti le po sociološki plati, ampak da se mu lahko približamo le, če upoštevamo vse tri poglavitne vidike tega fenomena, biološkega, sociološkega in psihološko - psihiatričnega. (glej Milčinski, 1985)

2.3.3. Vpliv religije na samomorilnost

Religija je za Durkheima eden izmed najpomembnejših nematerialnih družbenih dejstev, ki določa procese v družbenem sistemu. Meni, da je družbeno življenje nemogoče brez skupnih vrednot in moralnih prepričanj, ki tvorijo kolektivno zavest. Religija temelji na veri v obstoj nadnaravnih bitij in njihovo moč, da koristijo ali škodijo ljudem. Durkheim meni, da religija krepi kolektivno zavest, zato poudarja kolektivno čaščenje. Čaščenje družbe utemeljuje skupne vrednote in moralne usmeritve. Le-te definira kot svete in povečuje njihovo učinkovitost pri usmerjanju družbenega delovanja. (glej Haralambos, 1999)

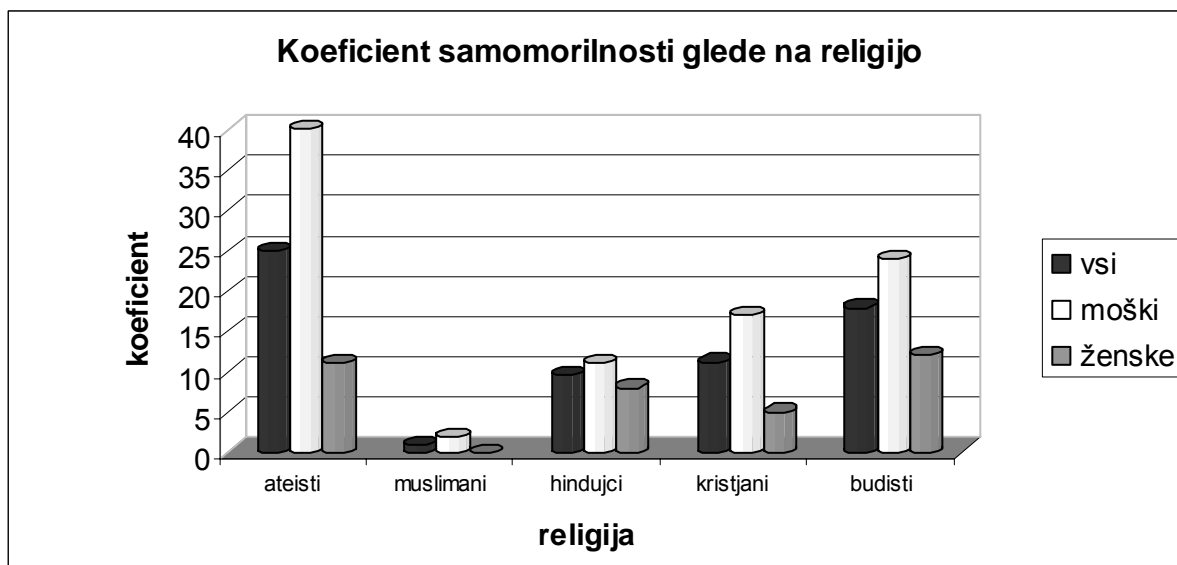
Durkheim je posebno pozornost posvetil razlikam med verskimi okolji. Meni, da vzroki za različne koeficiente samomorilnosti ne izhajajo iz verskega nauka in cerkvenega odnosa do samomora. Ljudje imajo v protestantskih verskih okoljih (Švica, Saška, Prusija, Danska, ČRSSR, Madžarska, Avstrija, Finska, Švedska) najvišji koeficient, katoliki nižjega, Židi pa najnižjega. Protestantske in katoliške cerkve obsojajo samomor in uče o posmrtnem življenju. Židovska religija pa je o posmrtnem življenju bolj nedorečena in tudi do samomora nima tako ostrega stališča. Katoliška religija obvladuje ravnanje in mišljenje svojih pripadnikov s svojo

avtoritarnostjo, trdnimi dogmami, kolektivnimi oblikami verskega življenja, institucijo spovedi itn. V zgodnjem krščanstvu je število samomorov nenormalno naraslo, saj so posamezniki hoteli občutiti božjo voljo, biti bližje Bogu, živeti večno. Takrat je bil odnos do življenja pesimističen. Židovska religija pričakuje od vernikov tesno povezanost družine in sorodstva ter solidarnost znotraj te manjšine. Durkheim je tako prišel do sklepa, da je stopnja samomorilnosti v veliki meri odvisna od kvalitete posameznikove vključenosti v skupnost. Rešitev vidi v večji solidarnosti, povezanosti posameznikov z družbo, v krepitvi pozitivnih povezovalnih življenjskih silnic, v skupnosti, razvoju in uveljavljanju moralnih vrednot. (glej Durkheim, 1992:148 - 149)

Marko Kerševan v spremni besedi Durkheimovega dela *Samomor* pravi, da imajo najvišje koeficiente samomorov dežele, ki so dosegle relativno visoko stopnjo modernega gospodarskega in družbenega razvoja s spremljajočo "protestantsko" delovno mentaliteto. Omenil je tudi to, da smo se Slovenci, glede na to, da imamo visok koeficient samomorilnosti, preselili v skupino "protestantskih" dežel. (glej Kerševan v Durkheim, 1992)

Milčinski meni, da so religije po eni strani vabile in posredno podpirale samomor s svojimi prekrasnimi slikami posmrtnega življenja in krščanskega raja, po drugi strani pa so obsojale samomorilce in jih enačile z morilci. Meni, da je samomor spremljevalec visoko razvite zahodne porabniške družbe. (glej Milčinski, 1985: 55)

Graf 1: Koeficienti samomorilnosti glede na religijo



Vir: Bertolote in Fleischmann; A global perspective in the epidemiology of suicide, 2004

Zgornji Graf 1 nam ponazarja razlike v koeficientih samomorilnosti v različnih religijah. **Muslimani** praktično ne poznajo samomora, saj je v njihovi veri prepovedan. Njihov koeficient je malo nad ničlo. *Koran* samomor razglasa za težji zločin kot umor. Mohamed je oznanil, da je Bog vsakemu posamezniku dodelil dostojanstvo, in le on določa, kdaj je čas njegove smrti. Verjetno je Mohamedova prepoved vplivala na nizek koeficient samomorilnosti v muslimanskih deželah. Najvišje koeficiente samomorilnosti imajo ateisti in budisti, prav tako tudi moški v teh religijah. (glej Bertolote in Fleischmann, 2004) Podoben koeficient samomora kot muslimani imajo tudi **hindujci**. Njihov koeficient je prav tako nizek. To dokazujejo že stari *Vedski zapisi* (okoli 1200 pr.n.š.), v katerih so dopuščali samomor, če je bil religiozno utemeljen. Najboljše žrtvovanje je bilo človeško življenje. To se je v

nekaterih predelih Indije ohranilo do danes (npr. samovžig vdove na grmadi pokojnega moža). V **budistični religiji** je bil samomor sprejet v določenih okoliščinah. Na primer na Kitajskem je bil s posebnim blagoslovom sprejet samomor vojskovodij po izgubljeni bitki. Kriminalci ali osebe, ki so prišle navzkriž z zakonom so se izognile sramovanju in sramotnemu procesu s samomorom. Na Japonskem so ločili dva tipa samomora, glede na okoliščine in motive. Prvi tip samomora t.i. "funshi" je oblika samomora po gospodarjevi smrti. Do sredine 7. stoletja je bilo v navadi, da so v primeru smrti gospodarja na grmadi zgoreli tudi njegovi najbližji (soproga, služabniki, sužnji,...), ki naj bi mu služili tudi v onostranstvu. Drugi tip samomora pa je "munenbara", ki se je vršil ob porazu vojaka. Ta se je tako izognil mučenju in sramoti. Kasneje so s tem dejanjem izražali nestrinjanje z vladarjem. (Leskošek, 2001) Katoliška cerkev v *Katekizmu* (1993) pravi, da je vsak odgovoren za svoje življenje pred Bogom, ki posamezniku podeli življenje. Dolžni smo skrbeti za svoje življenje in si ga ne lastiti, saj ne razpolagamo z njim mi, ampak Bog. Upoštevane pa so olajševalne okoliščine (psihične motnje, zaskrbljenost, velik strah pred preizkušnjo, trpljenje, mučenje), ki zmanjšujejo samomorilčevo odgovornost. (Milčinski, 1998: 19) Leskošek v svojih člankih velikokrat poudari, da teologija človeku ne dovoljuje razpolaganja s samim seboj. Človek je bil s svojim rojstvom vpoklican v "corpus christianium" in za svoja dejanja odgovarja Bogu. Človek ne razpolaga ne s svojim življenjem ne s smrtjo. Kdor položi roko nase se upre Bogu in ga ni mogoče pokopati v blagoslovljeno zemljo. Takšen odnos krščanstva do posameznika, ki stori samomor, se je ponekod ohranil vse do danes. Samomorilce pokopljejo brez religioznih obredov. Leta 1983 pa je bil sprejet cerkveni dokument (Zakonik cerkvenega prava), ki pravi, da morajo samomorilce pokopati kot ostale in jim ne odrekati cerkvenega pogreba. (Leskošek, 2001)

3. SUICIDOGENI DEJAVNIKI

Pri samomorilnem vedenju ni mogoče izpostaviti enega samega ključnega dejavnika. Gre za prepletanje številnih dejavnikov tveganja (medicinski, psihosocialni, kulturni, družbeno-ekonomski). Ti dejavniki izvirajo po eni strani iz osebnosti po drugi pa iz okolja. Pojavljajo se glede na čas, kraj in specifičnost osebnosti, v različnih kombinacijah.

Andrej Marušič v monografiji *Slovenija s samomorom ali brez* iz leta 2003, navaja tri kategorije dejavnikov tveganja za samomor (glej Tabela 1). Prva, **individualna kategorija** vključuje osebnostne poteze in duševno stanje posameznika. Tveganje za samomorilno vedenje se povečuje z negativnim razpoloženjem (obup, brezup), ravnanjem po trenutnem vzgibu (impulzivnost) ali s pretiranimi dejanji (agresivnost). Med psihiatričnimi obolenji je med najpomembnejšimi depresivna motnja in zloraba psihoaktivnih snovi. Depresivnost kot vodilna poteza osebnostne naravnosti je pojav, ki je povezan z neugodnim domačim ozračjem v razvojnem obdobju. Takšni ljudje so občutljivi, negotovi, neinicijativni, nenehno potrebujejo oporo in podporo. Druga, **medosebna kategorija** se nanaša na socialno izolacijo, posameznike, ki so družbeno osamljeni oz. »brez življenjske energije«, na brezposelnost, neporočenost, ovdovelost, neurejene družinske razmere itd. Nesposobnost vzpostavljanja ali rušenje vzajemnega odnosa povečuje to tveganje za samomorilno vedenje. V tretjo, **družbeno kategorijo** sodijo družbeni dejavniki oziroma družbene značilnosti okolja, ki pri posamezniku/-ici izzovejo in spodbudijo neugodno duševno stanje in neugodne medsebojne odnose (dolgoletno stanje brezposelnosti, nizek dohodek, ločitev, kriminal, odsotnost pomoči bližnjih, ipd). Avtor ne izključuje tudi možnosti prekrivanja in prepletanja določenih medsebojnih kategorij, npr. posameznik/-ica z določeno duševno motnjo (psihološko – biološki dejavnik) je brezposeln/-na (socialno – ekonomski dejavnik), brez družine in socialno izoliran/-a.

Tabela 1: Tri kategorije dejavnikov tveganja za samomor

KATEGORIJA	PRIMERI
INDIVIDUALNA	depresija, žalovanje po izgubi ljubljene osebe, stvari... shizofrenija, zloraba psihoaktivnih snovi, slabo telesno zdravje...
MEDOSEBNA	neurejene družinske razmere, samski stan, ločitev, ovdovelost, brezposelnost...
DRUŽBENA (socio – kultura)	dolgoletna brezposelnost, nizek dohodek, ločitve, kriminal, odsotnost pomoči bližnjih, ustanov...

Vir: Marušič in Zorko (2003: 10 - 21)

Samomorilni proces poteka v več stopnjah. Razvije se lahko v enem dnevu, tednu, mesecu ali več letih in pri katerikoli starosti. Na začetku se pojavijo misli t.i. samomorilne misli, ki so posledica neznosnih situacij, iz katerih posameznik ne vidi izhoda. Milčinski pravi, da v tisti fazi posameznik razmišlja o možnosti, ali bi si življenje skrajšal ali ne. Teh misli ne oznanja okolici in jih zadržuje zase. Avtor v zborniku *Psihijatrija* navaja, da se samomor ne zgodi zaradi ene same obremenilne situacije ali psihične travme. Križati se morata dejavnik, ki zavzema šibko mesto v posameznikovi osebnosti, z ustrezno travmatsko situacijo ali pa zbor subjektivnih in objektivnih okoliščin. Posameznik ne stori tega dejanja naenkrat, temveč je to le zaključek že nekoč začetih zgodb. Navaja dve sili, ki poglavitno odločata o izidu, "alarm" težnja smrti in "apel" klic pomoči. V tistem, odločilnem trenutku je zelo pomembno, da najde posameznik, ki je v stiski, človeka, ki ta klic pomoči razume in da mu je pripravljen pomagati. (Milčinski, 1999:362)

Franc Leskošek in Lev Milčinski zagovarjata podoben pristop, oba pojasnjujeta, da je samomor večplasten fenomen. Samomorilni proces se začne razvijati v zgodnjem otroštvu. Od spleta okoliščin je odvisno, ali se ga bo dalo preprečiti ali ne. Ugotavlja, da samomorilno nagnjenje spodbuja osamljenost in da je samomorov manj v prepleteni, povezani družbi kot v razcepljeni in individualizirani. Leskošek slovensko družbo opredeli kot razcepljeno, in pravi da v naši družbi narašča individualizacija, nepovezanost in egocentričnost. Ti procesi tudi pojasnjujejo visok koeficient samomorilnosti v Sloveniji. (Leskošek v Merljak, 2001)

Po najnovejših raziskavah pa moramo veliko dejavnikov samomorilnosti obravnavati v povezavi z uživanjem alkohola. Primer je Finska, ki je znana po visokem količniku samomora zaradi razširjenosti alkoholizma. Ugotovili so, da imajo Finci visok agresivnostni potencial in si dajejo duška v t.i. divjih pivskih navadah. (Achté, 1985: 62) Podobno ugotavlja tudi Milčinski, ki pravi, da se človek, ki je odvisen od teh substanc (drog in alkohola), zapleta v številne mučne življenjske situacije. S svojim vedenjem ogroža svoje najbližje, opušča svoje obveznosti v delovnem okolju in se zapleta v kazniva dejanja. Takšno vedenje spremljajo številna samoobtoževanja in občutki krivde. Raziskave potrjujejo vpliv odvisnosti od alkohola, saj je med osebami, ki so naredile samomor, četrtna do tretjina alkoholikov. Ta odstotek variira glede na spol in starost oseb. Poleg kroničnega alkoholizma, ki je oblika latentne samomorilnosti, pa je tvegana tudi enkratna človekova opitost, saj zmanjšuje kontrolo in odpira pot samouničevalnim vzgibom. (Milčinski, 1983:184)

3.1. AVTOAGRESIVNO VEDENJE

Beseda agresija izhaja iz latinskega izvora *ad - gredi*, kar pomeni "lotiti se nečesa". Samomorilni ljudje so zelo obremenjeni z agresivnostjo. Življenjske okoliščine in osebne značilnosti jim zaprejo pot do tega, da bi agresijo in nasilje sprostili v sprejemljivi obliki navzven.

Beseda agresija ima pri ljudeh negativen pomen, saj jo je iz dneva v dan več. Mediji nam vsak dan prikazujejo slike in zgodbe nasilja in agresije. Naša občutljivost za nasilje se iz dneva v dan manjša, saj potrebujemo vedno večjo "dozo" agresije in nasilja, da nas sploh pretreseta. Ko nekdo omeni besedo agresivnost, se mi pred očmi pojavijo naslednje besede: napadalno, nasilno, rušilno, ukazovalno, vsiljivo, ipd. Zdrava agresivnost je človeku potrebna za obvladanje življenja in je eden izmed temeljnih pogojev za zrelo in smiselno delovanje odrasle osebe. Zdravo agresiven človek je sposoben spopasti se, razrešiti in obvladati različne

ovire, obremenitve in preizkušnje, ki so postavljene predenj. Pa vendar je vse manj te zdrave agresivnosti in vedno več "nezdrave".

3.1.1. Oblike - vrste avtoagresivnega vedenja

V nekaterih oblikah avtoagresivnega vedenja prizadeta oseba svojega vedenja ne doživlja kot samouničujočega. Takšno ravnanje pa okolica razume kot način vedenja, ki posamezniku skrajšuje življenje.

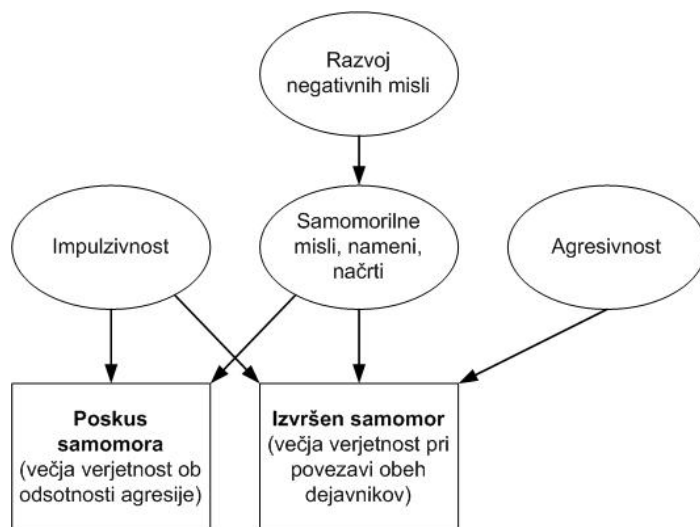
Milčinski tako loči več oblik avtoagresivnega vedenja:

1. **Indirektno samouničevalno (samodestruktivno) vedenje (ISDV)**, za katerega je značilno, da ga posameznik zanika, čeprav nam njegov življenjski slog kaže na to, da si ta oseba skrajšuje življenje. V skrajni fazi se ti ljudje predajo in sprijaznijo z usodo, govore o "božji volji", kar je resno opozorilo v smislu nevarnosti pojava samomorilnih motivov. To se kaže v odvisnosti od alkohola in zlorabe drog; različnih psihosomatskih boleznih; zanemarjanju terapevtskih navodil pri boleznih; v različnih oblikah samopoškodb; prometnih nesreč; igranju na srečo; nekaterih oblikah delikventnega vedenja; prostituciji; zelo tveganih športi, ipd.
2. **Samomorilna razmišljanja**, ki služijo bolj "poigravanju" človeka z mislijo, da bi si kaj naredil. Pri tem si tudi skuša predstavljati, kako bodo na njegovo smrt reagirali njegovi najbližji. Teh razmišljanj posameznik/-ica ne oblikuje v izgovorjeno ali zapisano besedo in tako ostanejo za okolico skrita. Najpogosteje imajo takšna razmišljanja otroci pred vstopom v adolescenco ali mladostniki.
3. **Samomorilne tendence** se odražajo kot agresivna dejanja. Posameznik jih usmeri proti sebi, vendar pa gre zgolj za indirektno vedenje, ki se še ni realiziralo s samomorilnim dejanjem.
4. **Parasuicidalna pavza**, pomeni beg iz neznosnega sveta realnosti, v spanje. Največkrat gre za samozastrupitev z zdravili (npr. povečan odmerek uspaval). Ponavadi je to videno kot poskus samomora, vendar pa oseba to zanika in pove, da o tem niti ni razmišljala.
5. **Samomorilne grožnje** so besede, s katerimi oseba naznani okolici svojo odločitev, da si namerava vzeti življenje. Ponavadi okolica teh besed ne jemlje resno in se z osebo ne obremenjuje.
6. **Namerno samopoškodovanje** se pojavi v nenadnem impulzivnem reagiranju posameznika na subjektivno neznosno situacijo, brez zavestnega samomorilnega namena. Oseba je presenečena nas svojim dejanjem. Takšna dejanja srečamo pogosteje pri osebah, ki so vedenjsko in osebnostno motene. Okolica oceni takšno ravnanje za samomorilni poskus, oseba pa ga lahko izrabi kot uspešno manipulativno sredstvo.
7. **Parasuicidalna gesta** je grožnja z opozorilnim ali demonstrativnim značajem v povezavi z manj nevarnim dejanjem, ki je usmerjen proti sebi.
8. **Samomorilni poskus** je najbolj nevarna oblika avtoagresivnega vedenja. Prizadeti posameznik jasno prične in izpelje agresivno vedenje uperjeno proti sebi, z namenom, da opozori na sebe oziroma pokliče na pomoč. Razmerje med smrtjo in življenjem je odvisno od posameznika in od dejanja do dejanja.
9. **Bilančni samomor** predstavlja dejanje, pri katerem si posameznik vzame življenje po svobodni volji in čisti zavesti. Milčinski pravi, da je to dejanje, s katerim se človek sam usmrti, njegov namen pa je viden tudi za okolico. (Milčinski, 1999:361 - 363)

3.2. AGRESIVNOST IN IMPULZIVNOST

Saška Roškar izpostavlja in poudarja dva dejavnika, ki povečujeta tveganje za samomor, agresivnost in impulzivnost. Pravi, da se te misli počasi stopnjujejo in začne se razvijati samomorilni namen, ki vodi v samomorilni načrt. Tukaj prideta so izraza agresivnost (dostop do orožja, noža) in impulzivnost (uporaba drog, alkohola), ki določita nadaljnjo usodo posameznika. Veliko je odvisno tudi od okolja, v katerem oseba živi. Asocialno in delikventno okolje vplivata na opisano obnašanje, le-to pa pospešuje samomorilni proces. Impulzivna oseba je bolj izpostavljena večjemu tveganju za samomorilno in asocialno vedenje kot neimpulzivna oseba. Če se ta dva dejavnika (impulzivnost in agresivnost) prepletata in delujeta skupaj, bo večja verjetnost, da bo posameznik/-ica storil/-a samomor in da bo to dejanje tudi izvršeno, kot če je prisoten samo eden od dveh dejavnikov (glej Skica 2). (Roškar, 2003: 34 - 35)

Skica 2: Samomorilni proces



Vir: Marušič in Farmer (2003: 34)

Erwin Ringl pa v svojem psihiatričnem modelu najprej izpostavi utesnitev, ki je že zelo zgodaj vidna pri suicidalnih nevrotskih osebah. Otrok začne kazati vidne znake zavrtosti in malodušnosti. V ozadju ga nenehno razjeda dvom o starševski ljubezni. Tako zavrti oseba nima v prihodnosti zadostne sposobnosti zaživeti polno življenje, saj mu primanjkuje odločnosti in samozavesti. Na vsakem koraku se dokazuje njegova nesposobnost, manjvrednost in nekoristnost na tem planetu. Tak posameznik kmalu zapade v stagnacijo. Vse se vrti v istem krogu. Sledi faza regresije. Posameznik se začne ozirati na preteklost in podoživljati svojo mladost. Porajati se začne osamljenost in razvijati prve samomorilne misli. Po utesnitvi se pojavi druga stopnja, agresivna zavrtost, kar pomeni dušenje lastnih in v življenju potrebnih ter družbeno še sprejemljivih agresivnih teženj. Agresivnost, ki ne najde odvoda navzven, se lahko obrne k subjektu samemu. Po prvih dveh stopnjah pa se začnejo porajati samomorilne fantazije. Posameznik začne zavračati in zatajevati realnost. Ne povezuje več izvenzavestnih vsebin z zavestnimi v enovitost. Človek se odtrga od realnega stanja in situacij, s tem pa se me tudi začne utrjevati misel na samomor. (Ringel, 1973:221-224)

Iz psihiatričnega Ringlovega modela se razvijejo "psihotični" samomori (teh je okoli četrtina) in predstavljajo konstanto, ki se ne menja s časom in ne s krajem. Dispozicija za ta tip samomora se najpogosteje deduje. Drugi tip, "nepsihotični" samomori (jih je okoli 75 %) se razvijejo že pri otroku, ko ga v razvojnem obdobju zmoti neugodno ozračje (delna ali popolna izguba staršev, alkoholizem v družini, samomor v družini, razveza staršev ipd.). Človeka ne potegne v samomor ena sama neugodna okoliščina, temveč stik zunanjih in notranjih dejavnikov. (Leskošek, 1990: 14)

3.3. KDO SE NAGIBA K SAMOMORU OZIROMA KATERI LJUDJE SO SAMOMORILNO OGROŽENI?

"Verjetno nihče ne bi našel v sebi toliko duševnih moči, kolikor jih potrebuje, da samega sebe ubije, če – prvič – s tem, ko je to storil, hkrati (simbolično) ne ubije tega objekta (človeka), s katerim se je poistovetil, in – drugič – zasučje k sebi težnjo po smrti, operjeno (primarno) na nekoga drugega." (Freud v Milčinski, 1999:368)

Vzroki samomorilnega vedenja so številčni, kompleksni in prepleteni. Osrednjo vlogo imajo duševne motnje, kot so depresija ter odvisnost od alkohola in drugih drog. Ogroženi so tudi bolniki s hudimi telesnimi boleznimi ter tisti, ki so že kdaj poskušali storiti samomor. Socialno-ekonomski dejavniki, ki vplivajo na samomorilnost so revščina, nezaposlenost, izguba ljubljene osebe, ločitve, neuspehi in nezadovoljstvo v šoli ali na delu. Ljudje, ki se znajdejo osamljeni ali so obstali pred nerešljivo življenjsko situacijo, pomislijo na rešitev, ki se jim zdi v tistem trenutku najugodnejša, samomor. Osamljenost je obubožanje pristnih čustvenih stikov z drugimi ljudmi. Grafenauer meni, da gre za odsotnost sveta, ki se vzpostavlja le v družbenih razmerjih, v katerem ima posameznik/-ica možnost, da se potrdi kot polnovredna osebnost. Človek naj bi bil doma v svojem družbenem sistemu in ne last družbenega sistema oziroma njegova individualna dobrina. V takšnih okoliščinah človek hitro izgubi interes za lastno življenje. (Grafenauer, 1990:276)

Kdo se nagiba k temu, da stori samomor? Milčinski navaja, da več moških kot žensk stori samomor (razmerje je 3:1), medtem ko je več žensk kot moških, ki skušajo napraviti samomor (parasuicid). Samomorilnost je premosorazmerna s starostjo (starejši ljudje se počutijo osamljene, so bolni ipd.), medtem ko naraščajo parasuicidi med mladimi. Več je samomorov tudi med samskimi, razvezanimi in poročenimi, ki nimajo otrok. Število samomorov narašča v času kriz, upade pa v času vojne. Dodaja, da se število samomorov ravna po verski privrženosti (glej poglavje o religiji) in da je večje število samomorov med belci kot med črnci. Nekatero poklice bolj ogroža samomor (npr. zdravnike) kot druge. Meni, da je najbolj pogost samomor med osamljenimi, duševno bolnimi, med alkoholiki, uživalci drog, osebami, ki so povzročili prometno nesrečo ter med tistimi, ki so zagrešili kaznivo dejanje (uboj). Ugotavlja, da so nagnjenja k samomoru podedovana in da je večje število samomorov v urbanih kot ruralnih okoljih. Boljše kot so življenjske razmere, večje so zahteve družbe in posameznika v njej in tako večje nevarnosti frustracij (prikrajšanost, neuspešnost, razočaranje, nezadoščenost). Večje število samomorov je med priseljenci ter med posamezniki, ki živijo v slabših življenjskih pogojih in socialnih razmerah. Število samomorov narašča v deželah, kjer se industrializacija hitreje razvija. Na koncu pa avtor dodaja, da pogostost samomorov variira glede na letne čase. (glej Milčinski 1985: 36)

Leskošek ugotavlja, da je samomorov največ v pozni pomladi in v zgodnjem poletju. Politični in ekonomski pritiski, krize in vojne imajo kot motiv večji ali manjši pomen na intenzivnost samomorilnosti. Pri mladostnikih je najbolj pomemben dejavnik učni uspeh, neugodne

družinske razmere ter delna ali popolna izguba staršev. Eden izmed pomembnih dejavnikov samomorilnosti je tudi invalidnost ter neozdravljiva ali kronična bolezen. Opitost pred dejanjem pa olajša samomorilčevo odločitev (30 – 40 % samomorilcev pred dejanjem zaužije alkohol). (Leskošek, 1989: 46 - 49)

Resnost tega problema kažejo podatki Svetovne znanstvene organizacije. Na svetu vsako uro stori samomor od osemdeset do sto ljudi, v enem dnevu tako okoli dva tisoč, v enem letu pa se nabere tri četrt milijona nesrečnikov. Za vsakim takim dejanjem žaluje 5 bližnjih oseb, na leto 4 milijone. (Vistoropski, 2002: 17)

4. SAMOMORILNOST V SLOVENIJI

Slovenija ima glede na njeno majhnost zelo visok koeficient samomorilnosti in tako žalostno in izrazito izstopa iz evropskega povprečja.

Prvi podatki, ki jih je vredno omeniti za Slovenijo, segajo v sedemdeseta leta prejšnjega stoletja. Koeficient samomorilnosti v Sloveniji se je gibal okrog 3 (trije samomori na 100.000 prebivalcev na leto). Čez deset let se je koeficient povešal med 6 in 7. V času med prvo in drugo svetovno vojno se je dvignil na 19, po vojni pa na 20. Pogostost samomora je tako začela segati nad povprečje med obema vojnama. Leta 1980 se je koeficient gibal že okrog 30, leta 1989 pa je dosegel magično mejo 35. Slovenijo so uvrščali na drugo mesto, takoj za Madžarsko, ki ima koeficient samomorilnosti 35,8/100.000 prebivalcev. (glej Gržan, 1999: 16) Največ samomorov je bilo zabeleženih leta 1984, ko je za posledicami tega dejanja umrlo 698 oseb, medtem ko je bila leta 1990 stopnja samomorilnosti v zadnjih petnajstih letih najnižja. V tem obdobju so bili ljudje bolj povezani in složni zaradi pričakovanja osamosvojitve. (Vistoropski, 2002: 17) V letih 1990 do 1999 je trend gibanja samomorilnosti v Sloveniji začel rahlo upadati. Vse zasluge lahko pripišemo procesu osamosvojitve, uspehom v političnih in vojaških spopadih s prejšnjim sistemom, demokratizaciji in vsesplošnim odpiranjem v svet. (Markota, 2001)

Tabela 2: Koeficienti samomora po spolu v Sloveniji v letih 1970 - 1980

leto	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
skupaj	29,6	28,5	27,4	27,1	29,9	29,3	30,6	31,7	31,3	32,4	34,0
moški	48,7	45,8	43,0	43,8	48,1	48,3	49,1	50,3	50,2	51,5	53,3
ženske	11,8	12,4	12,8	11,5	12,8	12,2	14,2	15,8	14,5	15,5	16,6

Vir: Samomor in Slovenci (zbornik), 1983: 84

Tabela 2 kaže stalnost koeficientov od leta 1970-1980 ter razliko v samomorilnosti med moško in žensko populacijo (več o tem kasneje)

Milčinski v svojem delu *Samomor in Slovenci* iz leta 1985, izpostavi besede Borisa Paternuja.

Že od svoje prve skupne zavesti naprej so bili Slovenci vedno znova ogrožen narod; čezenj so segle skoraj vse oblike osvajalne pustolovščine evropske in deloma tudi azijske zgodovine; politična stvarnost je spet in spet zanikala njihov obstoj in njihovo bodočnost. Zaradi vsega tega so si morali Slovenci iskati potrdilo za ta svet tudi nekje zunaj tega sveta, najčesteje v privzdignjenih, odrešujočih ideologijah. Ta navezanost na obstajanje, ki je v bistvu verniško, dogmatično in notranje nesvobodno, je ostala močna sestavina naše notranje narave, pa naj se tako zavedamo ali ne. (Paternu v Milčinski, 1985:222)

Trend samomora se do danes ni spremenil, že nekaj desetletij lahko govorimo o stabilnem samomorilnem količniku, ki se giblje okrog 30 samomorov na 100.000 prebivalcev na leto (glej Tabela 3)

Tabela 3: Število samomorov po spolu v Sloveniji v letih 1997 - 2002

leto	1997	1998	1999	2000	2001	2002
št. prebivalcev	1984923	1978334	1987755	1990094	1994026	1995033
skupaj	592	612	590	588	581	540
moški	473	477	453	433	459	433
ženske	120	135	137	155	122	107
koeficient samomorilnosti	29,8	30,9	29,7	29,5	29,1	27,1

Vir: Statistični urad RS, 2003.

Kot je razvidno iz Tabela 3, je bilo največ samomorov leta 1998 in sicer 612. Takrat je v Sloveniji umrlo 19039 posameznikov, od tega je storilo samomor 3,3 % ljudi. Najmanj jih je storilo to dejanje leta 2000 in leta 2002. Po zadnjih podatkih policijske uprave Slovenija je leta 2003 samomor storilo 562 posameznikov. V primerjavi z letom 2002 se je v letu 2003 torej zgodilo 4,07 % več samomorov. Leta 2005 (v obdobju od 01.01. - 30.06.2005) pa je samomor storilo že 244 posameznikov (www.policija.si/si 14.08.2005)

Škamperle pravi: »Naša družba ohranja neko splošno miselnost, ki jo po drugi strani sama ustvarja. Nagnjena je k temu, da pričakuje in si želi estetsko izbranih, fizično manjših, vendar ekstremnih stvari.« S sociološkega vidika se to nanaša na slovenski značaj, ki je v primerjavi z značajem ostalih narodov nagnjen k ekstremnim variantam (alpinizem, hitra vožnja ipd.). S Škamperletovo mislijo se strinja tudi Jože Blažič, ki dodaja, da smo Slovenci specialisti v doseganju nekaterih ciljev. Ti cilji ne opravičuje sredstvo za doseg, moramo jih doseči, v nasprotnem primeru se stvari zaključijo s samomori. (Marušič, 2002: 13)

4.1. SLOVENIJA IN EVROPA

4.1.1. Pogostost samomora v Evropi in pri nas

Svetovna zdravstvena organizacija je 10. september proglasila za svetovni dan boja proti samomoru, saj samomorilnost postaja vedno večji problem v svetu in pri nas, breme razvite družbe. Zaradi samomora vsako leto umre okoli milijon ljudi, kar je več kot tistih, ki v enem letu umrejo v vojnah. (www.siol.net 8.12.2004)

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je 815.000 posameznikov v letu 2000 naredilo samomor, kar v povprečju pomeni en samomor na vsakih 40 sekund. S tem se samomor uvršča na trinajsto mesto vzrokov smrti. (<http://www.sigov.si/ivz/ogl> 22.09.2004)

Z že omenjeno visoko stopnjo samomorilnosti je Slovenija v Evropi in v svetu v samem vrhu. Po zadnjih podatkih Svetovne zdravstvene organizacije za leto 2004 je Slovenija po standardizirani stopnji umrljivosti zaradi samomora deveta na svetu. Tako je visoko nad evropskim povprečjem in presega tudi povprečje držav, ki so 1. maja 2004 vstopile v Evropsko unijo. Največji količnik v Evropi najdemo v pribaltskih državah (nad 40 na 100.000 prebivalcev na leto) in v Ruski federaciji, sledita jim srednjeevropske države, kot sta Madžarska in Slovenija, Ukrajina in Belorusija na vzhodu ter Finska na severu. Izpostavimo novo članico Poljsko, ki je kot največja evropska država za zdaj še z relativno nizko stopnjo

samomorilnosti. Zelo težko je primerjati podatke v različnih časovnih obdobjih in iz različnih dežel. Že nekaj desetletij govorimo o precej stabilnem količniku v Sloveniji, 30 samomorov na 100.000 prebivalcev na leto. (<http://www.sigov.si/ivz/ogl> 22.09.2004)

Število samomorov v Evropi se od vzhoda proti zahodu zmanjšuje, gre za obratno sorazmerje med koeficientom samomorilnosti in življenjskim standardom. Višji kot je življenjski standard oz. premoženje na prebivalca, manjše je število samomorov. Z dviganjem koeficienta pa je povezana tudi raven pismenosti, saj le-ta pripomore k izrazitejšemu občutku manjvrednosti. Predvsem je to občutiti v Litvi, ki je vodilna v samodestruktivnosti lastnega prebivalstva. Koeficient samomorilnosti znaša tam kar 43,9. Po vseh podatkih stori to dejanje trikrat več moških kot žensk. Sledijo ji Rusija, Belorusija, Kazahstan, Latvija itd. (Marušič, 2003: 12 - 14) Koeficient samomora se znižuje s severa proti jugu. V Španiji, Italiji in Grčiji se koeficienti samomorilnosti gibljejo pod 10. To lahko povežemo z religijo, ki je močnejša v južnih katoliških deželah. Prav tako so tam močnejše tudi družinske vezi, zaupanje in predanost religiji. Samomor obravnavajo kot večni tabu in moralni predsodek. (Rotterstol, 1993: 25 - 26)

Tabela 4: Devet držav z najvišjo standardizirano stopnjo umrljivosti leta 2004

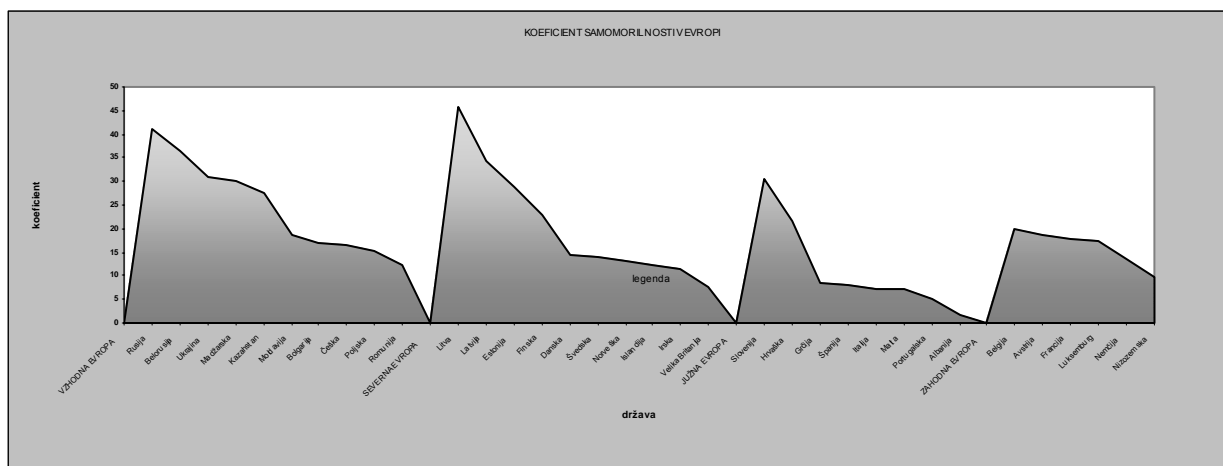
	Država	Samomorilni količnik
1.	Litva	43,9
2.	Rusija	36,4
3.	Belorusija	32,4
4.	Kazahstan	31,3
5.	Latvija	27,3
6.	Estonija	26,0
7.	Madžarska	25,4
8.	Ukrajina	24,5
9.	Slovenija	24,5

Vir: Marušič, <http://www.sigov.si/ivz/ogl> (22.09.2004)

V Evropi količniki samomora naraščajo v starostnem obdobju od 15. do 34. leta in padajo v starosti 65 in več. (glej Milčinski, 1985: 39)

V Graf 3 so prikazane statistične ugotovitve o koeficientu samomorilnosti v posameznih državah Evrope, zbrane iz letnih poročil Svetovne zdravstvene organizacije.

Graf 3: Koeficienti samomorilnosti v evropskih državah



Vir: World Health Organization (WHO): Suicide rates, 2004

V grafu opazimo večja odstopanja v koeficientu samomorilnosti med posameznimi državami. Samomorilnost se v evropskem prostoru od države do države razlikuje. Tako na primer v vzhodni Evropi odstopa Rusija z zelo visokim koeficientom samomorilnosti 41,25 (70,6 moških in 11,9 žensk), sledi ji Belorusija s 36,55 smrtnikov na 100.000 prebivalcev (63,6 moških, 9,5 žensk), Ukrajina s koeficientom 31,05 (52,1 moških, 10 žensk). V severni Evropi pripada prvo mesto Litvi (45,85, 75,6 moških, 16,1 žensk), drugo Latviji s koeficientom 34,25 (56,6 moških, 11,9 žensk). Južna Evropa se žal ponaša s slovenskim vodstvom in njenim koeficientom 30,35 (47,3 moških in 13,4 žensk), sledi pa ji naša soseda Hrvaška z 21,6 (32,9 moških in 10,3 žensk). V zahodni Evropi vodi Belgija s koeficientom 20,05 (29,4 moških, 10,7 ženski), sledi ji Avstrija z 18,55 (27,3 za moške in 9,8 za ženske).

Na takšna odstopanja med posameznimi državami vplivajo različni demografski dejavniki, etnične razlike, religioznost, odnos do samomora, zakonodaja v zvezi s samomorom, način obvladanja stresa, zanesljivost in veljavnost zdravstvene statistike v dani državi. (Marušič, 2003: 21). Pomemben dejavnik pa je tudi agresivnost, dodaja Ringel. (Ringel v Milčinski 1985: 61)

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) vsako leto izda bilten, ki vsebuje tudi podatke o številu samomorov po spolu za vse države, ki so vključene v Svetovno zdravstveno organizacijo. V Tabela 5 vidite koeficiente samomora po spolu od 15 do 24 leta in od 45 od 54 leta za Slovenijo in ostale evropske države.

Tabela 5: Koeficienti samomora od 15 - 24 leta ter od 45 - 54 leta, po spolu, Slovenija in nekatere evropske države, po letih

	moški		ženske	
	koeficient samomora od 15-24 leta	koeficient samomora od 45-54 leta	koeficient samomora od 15-24 leta	koeficient samomora od 45-54 leta
Slovenija (2002)	17,3	72,6	2,2	17,0
Finska (2002)	29,1	40,2	7,2	19,4
Avstrija (2002)	20,1	38,6	3,6	12,6
Madžarska (2002)	17,0	74,0	3,6	19,7
Hrvaška (2002)	17,2	37,4	4,4	11,1
Češka Republika (2001)	17,2	40,2	2,6	10,6
Bolgarija (2002)	9,1	31,5	4,3	7,2
Nemčija (2001)	12,4	26,5	2,7	8,5
Italija (2000)	6,7	12,2	1,6	4,3
Grčija (1999)	3,8	7,2	1,0	2,2

Vir: World Health Organization, WHO, 2004 (Geneve)

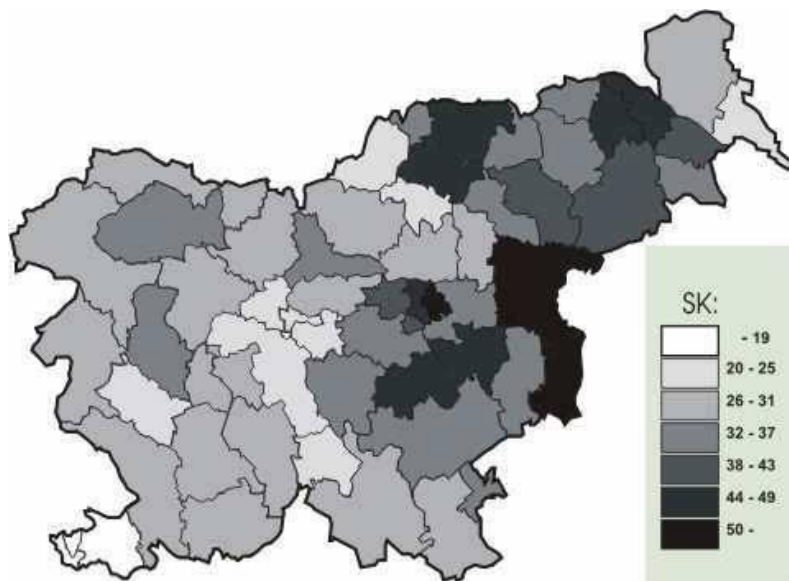
Finska je vodilna pri samomorilnosti mladostnikov, od 15 do 24 leta v primerjavi z ostalimi evropskimi državami, saj znaša njen koeficient pri moških 29,1. Sledijo ji Avstrija, Slovenija, Hrvaška, Češka, Madžarska. V starostni skupini od 45 do 54 let pa Slovenija zavzema drugo mesto (72,6), takoj za Madžarsko, ki vodi v samodestruktivnosti in se "ponaša" s koeficientom 74,0. Pri mlajših ženskah pa je v ospredju spet Finska, s koeficientom 7,2, sledijo ji Hrvaška, Bolgarija, Madžarska. V kategoriji žensk od 45 do 54 leta pa vodi Madžarska (19,7 samomora na 100.000 prebivalcev), sledijo pa ji Finska, Slovenija, Avstrija itd.

4.2. RAZLIČNE SPREMENLJIVKE SAMOMORA

4.2.1. Samomorilnost po regijah

Posebnost problematike slovenskega samomora je njegova regionalna razpršenost. Podobno kot v Evropi tudi v Sloveniji upada stopnja samomorilnosti od severovzhoda proti jugozahodu. Te regionalne razlike so vsaj 3-kratne. (glej Skica 4).

Skica 4: Samomorilni količnik po regijah



Vir: Marušič in Zorko (2003)

Andrej Marušič razvrsti slovensko družbo, po tipu samomora, na 4 skupine. V prvo skupino uvrsti dinarski tip samomora, ki je podoben hrvaškemu. Sledi štajersko-prekmurski tip, ki je zelo podoben madžarskemu, v tretjo skupino pa uvršča gorenjski tip, ki je podoben srednjeevropskemu tipu samomora (npr. pri Švicarjih, Avstrijcih) in zadnji, primorski tip, ki je podoben Istranom, Dalmatincem, Italijanom in je tri do štirikrat redkejši kot štajerski. (Marušič, 2002)

Problem samomorilnosti v Sloveniji je najbolj izrazit v severovzhodnih predelih, ki so bolj ruralni in gospodarsko manj razviti. Na teh področjih živi starejša populacija, kar je še eden od dodatnih faktorjev samomorilnosti. Svoje prispeva tudi pokrajina, kotline, grape, odmaknjenost ter seveda obilno vinorodnih območij.

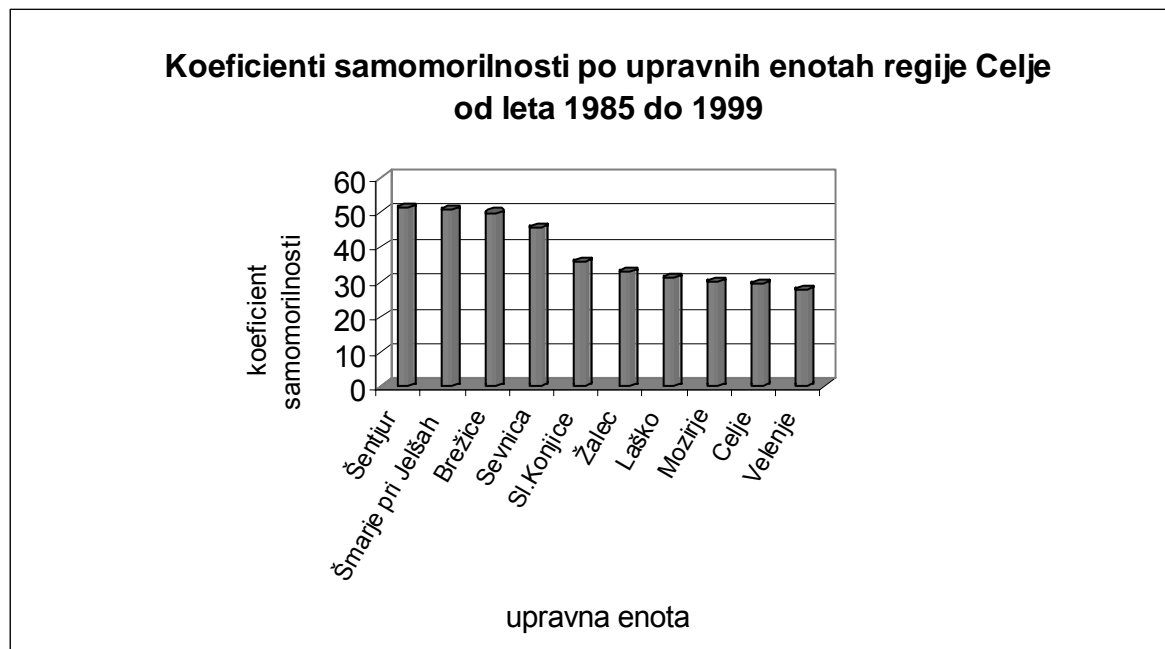
V Sloveniji si vsako leto vzame življenje 600 posameznikov, 25 oseb na 100.000 prebivalcev. V severovzhodnih predelih ta številka naraste na 50 samomorov na 100.000 prebivalcev. S takšno problematiko se vsako leto srečujejo v Celju, kjer si vzame življenje od 100 do 115 oseb. (Delo, <http://www.delo.si/article.print.php?ID=9431>, 15.10. 2004). Druga regija z zelo visokim koeficientom samomorilnosti je mariborska (35,1), sledi ji novomeška (33,19), murskosoboška (32,7), ravenska (31,7), gorenjska (31,1), ljubljanska (27,7), goriška (22,2) in kopraska (20,1). (Leskošek, 1999: 274 – 275)

Celje

Na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje so iz baze podatkov o umrlih prebivalcih s stalnim bivališčem v regiji Celje, pripravili analizo umrlih zaradi samomora v obdobju od leta 1985 do 1999. Podatki nam povedo, da si je v omenjenem obdobju v Celjski regiji namerno vzelo življenje 1641 ljudi. Največ leta 1993 (120), najmanj pa leta 1990 (98). Število 120 pa tam ostaja stalnica že nekaj let. Za regijo znaša koeficient samomorilnosti 36,4/100.000 prebivalcev. Velike razlike obstajajo tudi znotraj same regije, med upravnimi enotami. Najvišji koeficient samomora ima upravna enota Šentjur (51,4/100.000 prebivalcev). Sledi ji upravna enota Šmarje pri Jelšah s koeficientom 50,7/100.000 prebivalcev, Brežice in Sevnica. Glede na to, da imajo nekaj več kot 30.000 prebivalcev, pomeni, da samomor naredi

povprečno 15 ljudi na leto. Koeficient samomora je bil v celotnem prikazanem obdobju močno nad slovenskim. V povprečju je za regijo znašal 36,4 na 100.000 prebivalcev, za Slovenijo pa 30,6 na 100.000 prebivalcev (glej Graf 5).

Graf 5: Koeficienti samomorilnosti po upravnih enotah regije Celje od leta 1985 do 1999



Vir: Juričič-Konec,

http://www.zzvce.si/aktualno/gradivo_zamedije/gradivo2004/zajezitev_samomor.php
(8.12.2004)

Podatki o samomorilnosti za posamezne upravne enote Celje za leto 2000 in leto 2001, ki mi je posredovala Ga. Nuša Juričič-Konec pa so naslednji (glej Tabela 6).

Tabela 6: Koeficienti samomorilnosti po upravnih enotah Celje za leto 2000 in leto 2001

Leto	Brežice	Celje	Laško	Mozirje	Sevnica	Sl.Konj.	Šentjur	Šma.p.J.	Velenje	Žalec
2000	33,22	25,31	47,73	29,97	27,92	35,46	55,25	55,73	34,04	35,84
2001	32,80	20,49	37,64	30,28	34,28	44,73	46,04	53,73	24,36	42,81

Leta 2000 je v upravni enoti Celje samomor storilo 83 posameznikov, koeficient samomorilnosti tako po izračunih znaša 36,5. Regijski koeficient je v primerjavi s Slovenijo (29,7) za isto obdobje zelo visok. Najvišji koeficient samomora ima upravna enota Šmarje pri Jelšah (55,73). Glede na to, da imajo okrog 9615 prebivalcev, pomeni, da stori samomor povprečno 5 ljudi na leto. Šmarjem sledi Šentjur (55,25), Laško s koeficientom 47,73, Žalec (35,84) itd. Leta 2001 sta samomorilno dejanje storili dve osebi manj, torej 81. Koeficient samomorilnosti za celotno regijo znaša 34,5 in je v primerjavi s Slovenijo (29,2) za isto obdobje še vedno zelo visok. Tudi leta 2001 je na prvem mestu upravna enota Šmarje pri Jelšah s koeficientom 55,73, sledi ji Šentjur (46,04), Slovenske Konjice (44,73), Žalec (42,81) itd. (Juričič-Konec, osebno)

Po podatkih policijske uprave Celje za leto 2002, 2003 ter 2004 pa je število samomorov sledeče (glej Tabela 7).

Tabela 7: Število samomorov v upravni enoti Celje od leta 2002 do leta 2004

leto	2002	2003	2004
število	99	89	87

Vir: <http://www.policija.si/si/organiziranost/pu/ce/statistika/statistika>

V letu 2002 je bilo na območju upravne enote Celje storjenih 99 samomorov. Koeficient samomorilnosti tako znaša 33,38. Največ samomorilcev je izbralo obešanje, in sicer 60, z zastrupitvijo je končalo 12 oseb, z ustrelitvijo 7, s skokom v globino 4, z zadužitvijo 3, z rezanjem žil 3, s skokom pod vlak 3, po eden z utopitvijo in skokom pred druga prevozna sredstva in 5 oseb na drug način. Vzrok storitve samomora je bil v 36 primerih bolezni, v 10 primerih alkoholizem, v 8 primerih družinske težave in v 45 primerih drugo. Leta 2003 je bilo storjenih 89 samomorov (koeficient 35,05). Z obešanjem 57, z ustrelitvijo 13, z zadužitvijo 4, z utopitvijo 3, z eksplozijo 3, z zastrupitvijo 2, z rezanjem žil 2, s skokom pod vlak 2, s skokom v globino 1 in 2 na drug način. Vzrok storitve samomora je bila v 32 primerih bolezni, v 11 družinske razmere, v 9 primerih alkoholizem in v 37 primerih drugo. V letu 2004 je bilo storjenih 87 samomorov. Največ jih je bilo storjenih z obešanjem 67, z ustrelitvijo 6, z utopitvijo 4, z zadužitvijo 2, z zastrupitvijo 2, z rezanjem žil 2, s skokom pod vlak 3 in s skokom v globino 1. Vzrok storitve samomora je bila v 31 primerih bolezni, v 6 primerih družinske razmere, v 12 primerih alkoholizem in v 36 primerih drugo.

Ob analizi starosti samomorilcev lahko zaključim, da število samomorov narašča s starostjo. V letu 2002 so mladoletniki storili 2 samomora, osebe med 18. in 24. letom starosti so storile 2 samomora, osebe med 24. in 34. letom starosti pa 13 samomorov. Leta 2003 mladoletniki niso položili roke nase, medtem ko so osebe med 18. in 24. letom starosti storile 5 samomorov, osebe med 24. in 34. letom pa 6 samomorov. V letu 2004 so zabeležili 1 samomor mladoletne osebe, osebe med 18. in 24. letom starosti so storile 4 samomora, osebe med 24. in 34. letom starosti pa 6 samomorov. Osebe med 34. in 44. letom so leta 2002 storile 18 samomorov, osebe med 44. in 54. letom 20 samomorov, osebe med 54. in 64. letom pa 22 samomorov, enako število samomorov so storile osebe stare nad 64 let. Za leto 2003 se je za samomorilno dejanje odločilo 14 oseb med 34. in 44. letom, 20 oseb med 44. in 54. letom, 17 oseb med 54. in 64. letom, osebe stare nad 64 let pa so storile 27 samomorov. V letu 2004 so osebe med 34. in 44. letom storile 13 samomorov, osebe med 44. in 54. letom 22 samomorov, osebe med 54. in 64. letom 15, osebe, stare nad 64 let, pa so storile 26 samomorov. Po spolu prevladujejo moški, saj so storili v treh letih 221 samomorov, ženske pa 53 samomorov. (<http://www.policija.si/si/organiziranost/pu/ce/statistika/statistika>, 12.08.2005)

Nuša Juričič-Konec navaja, da lahko kot glavni vzrok za tako visok koeficient samomorilnosti v Celjski regiji, prepisemo visoki stopnji brezposelnosti, nizkemu dohodku na prebivalca in duševnim motnjam, boleznim, zlasti depresijam. Po ocenah naj bi polovico samomorov povzročila depresija. Razširjenost te bolezni ocenjuje na 2 do 5 odstotkov in je v naraščanju. Vse večji vzrok pa postaja prisotnost problematike zasvojenosti z alkoholom. Le ta pri ljudeh v akutni opitosti sprošča zavore in kontrole ter zmanjša strah, pri kroničnem pitju se razvijejo kronične psihične motnje, kar pospeši samomorilna razmišljanja in dejanja. Podobno kot pri depresijah, tudi ljudje s težavami zaradi alkohola dolgo ne poiščejo ustrezne pomoči, njihove težave tudi niso vedno prepoznane in tudi ne vedno pravočasno zdravljene. (Juričič-Konec, 8.12.2004)

Na podlagi zgoraj navedenih podatkov za celjsko regijo so se pokazale nekatere značilnosti v pojavljanju samomora. Med umrlimi zaradi samomora v regiji Celje je bilo trikrat več moških kot žensk. Čeprav v prikazanem obdobju ni bilo značilnega trenda rasti ali upada števila

samomorov, so pri moških v posameznih letih opazovali nekoliko večja nihanja v številu kot pri ženskah. Največ umrlih moških zaradi samomora je bilo starih med 45 do 49 let, žensk med 55 in 64 let. Samomor je napravilo tudi 364 oseb, starejših od 65 let, med njimi je bilo kar 64 starejših od 80 let. V petnajstletnem obdobju so bili v regiji Celje zabeleženi štirje primeri samomora med otroci, starimi komaj 10 do 14 let; med njimi so bili trije fantje in ena deklica. Med mladimi od 15 do 19 let je nad življenjem obupalo 33 fantov in 12 deklet. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe je bila stopnja samomora v prikazanem obdobju najvišja med umrlimi z zabeleženo končano in nedokončano osnovno šolo, najnižja pa pri umrlih s končano višjo oziroma visoko šolo. (Juričič-Konec, 11.08.2005)

http://www.zzvce.si/raziskave_clanki/raziskava_o_samomoru1.php

Glede na to, da je v celjski regiji nenormalno visok koeficient samomorilnosti, so se leta 2001 odločili za izvajanje aktivnosti in projektov za omejevanje in preprečevanje samomorilnosti. Odločili so se za poskus interdisciplinarnega mrežnega pristopa in ustanovili Regijsko skupino za preprečevanje samomora na Celjskem, v katero so vključeni strokovnjaki iz zdravstvenih domov, psihiatrična bolnišnica Vojnik, centri za socialno delo, osnovne, srednje šole, društva in posamezniki iz regije. Cilj regijske skupine je zmanjšati koeficient samomora z izobraževanjem strokovnjakov in laične skupnosti, sodelovanje z mediji, raziskovanje na področju duševnega zdravja ter izvajanje primarno preventivnih programov. Skupina sodeluje tudi z Inštitutom za varovanje zdravja RS in s slovenskim združenjem za preprečevanje samomora. Leta 2002 so tako strokovnjaki iz regijske skupine izpeljali 25 delavnic in seminarjev. V načrtu imajo še izobraževanje medicinskih sester, ter predstavnikov zavodov za zaposlovanje v regiji. (Tiskovna konferenca – Svetovni dan preprečevanja samomora, 10.september 2004, <http://www.sigov.si/ivz/ogl>, 22.09.2004)

Mladinski projekt "To sem jaz" so razvili leta 2001 in je usmerjen v spodbujanje pozitivne samopodobe mladostnikov, vključuje pa 57 osnovnih in srednjih šol iz celjske regije. Maja 2002 so na zavodski mladinski spletni strani Tosemjaz.net v sodelovanju z Inštitutom za razvijanje osebne kakovosti pripravili novo projektno temo z naslovom Verjamem vase, ki govori o pomenu samopodobe za razvoj otroka in mladostnika. Na forumu na spletni strani odgovarja štirinajst strokovnjakov. (Konec – Juričič, 2003:144)

V prihodnosti nameravajo ustanoviti tudi svetovalni center za preprečevanje samomora in center za ljudi, ki imajo težave z alkoholom. Njegova funkcija naj bi bila ustrezna priprava pacienta na zdravljenje v bolnišnici, spremljanje pacientovega življenja po zdravljenju ter strokovna pomoč. (Konec – Juričič, 2003: 144 - 145)

Maribor

Mariborska regija je po koeficientu samomorilnosti v Sloveniji na drugem mestu. Spodaj navedeni podatki so del vitalne statistike umrljivosti zavoda za zdravstveno varstvo Maribor. Samomorilnost je bila v regiji Maribor najvišja v letu 1998 (37,1), nato malo nižja v letu 1991(36,8) in v letu 1999 (36,8), najnižja pa v letu 1995 (25,3). Med upravnimi enotami prihaja do velikih razhajanj. Npr. v Lenartu je bil leta 1991 koeficient samomorilnosti 28,7, naslednje leto že 51,4, leta 1994 pa je koeficient presegal nerazložljivih 90,9. V Mariboru ni opaziti takih velikih razhajanj, razen leta 1995, ko je bil koeficient zelo nizek, 21,0, leta 1992 pa visok 37,5. V Ormožu je bilo najmanj samomorov leta 1997, ko je bil koeficient 11,3, največ pa leta 2000 (50,8). V Ptujju ni opaziti nobenih velikih odstopanj, medtem ko v Slovenski Bistrici izstopa leto 1991 z najvišjim koeficientom 57,2. V primerjavi s Slovenijo ima mariborska regija koeficient samomorilnosti skoraj vedno močno nad 30, razen leta 1995

(25,39 in leta 2002 (29,7), medtem ko se koeficient samomorilnosti v Sloveniji giblje okoli 30 (glej Tabela 8).

Tabela 8: Samomorilnost v regiji Maribor in Sloveniji, od leta 1991 do leta 2002

Leto	Lenart	Maribor	Ormož	Ptuj	Sl.Bistrica	Regija	Slovenija
1991	28,7	31,0	28,2	47,3	57,2	36,8	32,3
1992	51,4	37,5	33,8	34,5	15,0	35,1	29,0
1993	34,1	31,1	33,6	31,6	35,8	32,0	30,8
1994	90,9	29,5	44,8	33,0	32,7	34,8	31,2
1995	17,0	21,0	28,2	33,0	35,6	25,3	28,4
1996	56,7	31,1	50,6	40,7	33,2	35,9	30,8
1997	56,5	33,5	11,3	30,1	26,8	32,1	29,8
1998	56,4	31,5	50,7	40,2	44,4	37,1	30,9
1999	26,2	35,9	39,4	33,4	53,1	36,8	29,7
2000	46,8	34,4	50,8	24,8	32,3	33,8	29,5
2001	50,0	25,4	33,7	34,7	44,4	31,3	29,2
2002	44,1	24,3	39,4	33,2	38,3	29,7	27,1

Vir: Zdravstveno statistični letopis za mariborsko regijo za leto 2002

Iz Tabela 9 je razvidno, da je največ prebivalcev mariborske regije leta 2002, če upoštevamo vse vzroke nasilne smrti, storilo samomor (40,3 procenta) oziroma 29,7 prebivalca na 100000. Medtem ko so samomori najpogostejši pri moških, kjer stopnja samomorilnosti znaša 48,7 oziroma skoraj polovica od vseh nasilnih smrti (45,2 procenta), so pri ženskah najpogostejši padci (15,9), nato samomori (11,6), ostale nezgode, prometne nezgode itd.

Tabela 9: Stopnja umrljivosti/100 000 prebivalcev zaradi zunanjih vzrokov nasilne smrti, regija, Maribor, 2002

vzrok nasilne smrti	Moški		Ženske		Skupaj	
	Stopnja/ 100000	%	Stopnja/ 100000	%	Stopnja/ 100000	%
prometne nezgode	20,5	19,0	4,9	11,8	12,5	16,9
padci	16,01	14,9	15,9	38,2	15,9	21,6
samomori	48,7	45,2	11,6	27,9	29,7	40,3
napad	2,6	2,4	0	0	1,3	1,7
ostale nezgode	19,8	18,5	9,2	22,1	14,4	19,5
skupaj	107,6	100,0	41,5	100,0	73,8	100,0

Vir: Zdravstveno statistični letopis za mariborsko regijo za leto 2002

Tabela 10: Število samomorov po starostnih skupinah in upravnih enotah, regija Maribor, 2002

Starostna skupina	Lenart	Maribor	Ormož	Ptuj	Sl. Bistrica	Regija
1 do 14 let	0	0	0	0	0	0
15 do 19 let	0	0	2	0	0	2
20 do 44 let	2	14	4	6	4	30
45 do 64 let	4	21	1	11	6	43
65 in več let	2	9	0	6	3	20
Skupaj	8	44	7	23	13	95

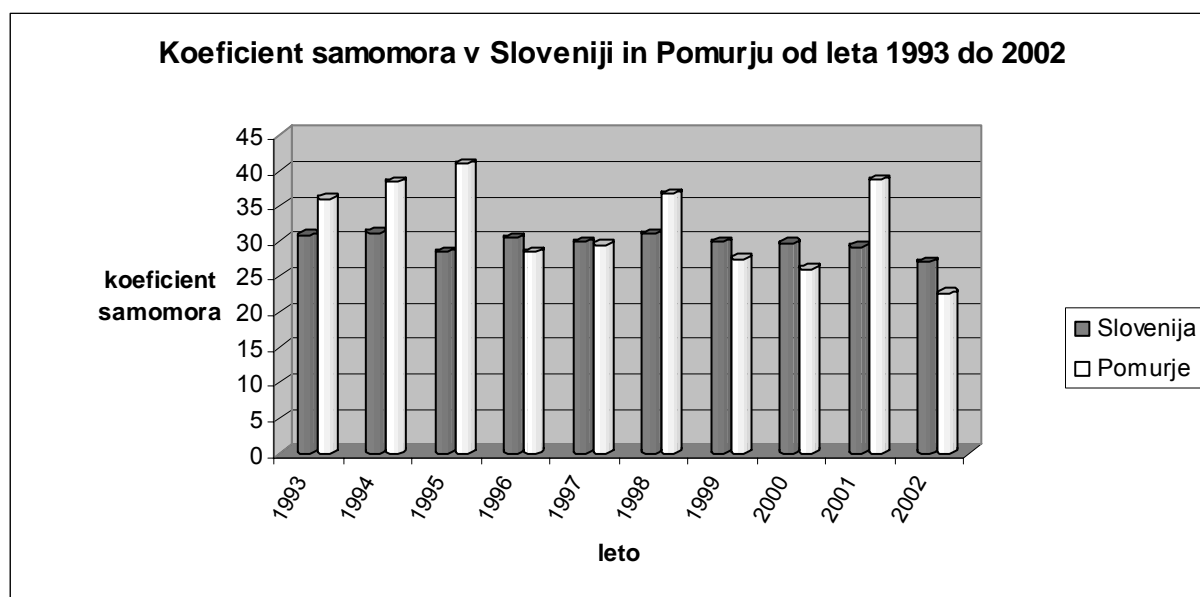
Vir: Zdravstveno statistični letopis za mariborsko regijo za leto 2002

Tabela 10 nam prikazuje, da je bilo leta 2002 storjenih 95 samomorov, od tega se jih je največ zgodilo v Mariboru (44), nato v Slovenski Bistrici (13), Ptuju (23), Lenartu (8) in Ormožu, kjer je 7 oseb storilo samomor. Največ samomorov so storile osebe med 45. in 64. letom starosti, 43, osebe med 20. in 44. letom starosti 30 samomorov, osebe stare 65 let in več 20 samomorov, 2 samomora pa so storile tudi osebe med 15. in 19. letom starosti.

Pomurje

Na zavodu za zdravstveno varstvo Murska Sobota so mi posredovali koeficiente samomorilnosti za pomursko regijo, v primerjavi s Slovenijo, od leta 1993 do leta 2002 (glej Graf 6).

Graf 6: Koeficienti samomora v Sloveniji in v Pomurju od leta 1993 do 2002



Vir: <http://www.zzv-ms.si/si/statistika/Statistika.htm> (13.08.2005)

V Pomurju je koeficient samomorilnosti od leta 1993 do leta 1995 nad slovenskim koeficientom. Nato pa se v intervali spušča in narašča, iz 40,9 na 28,5 itd. Največji samomorilni koeficient je zapaziti v letu 1995 (40,9), najmanjšega pa leta 2002 (22,6).

Ravne na Koroškem

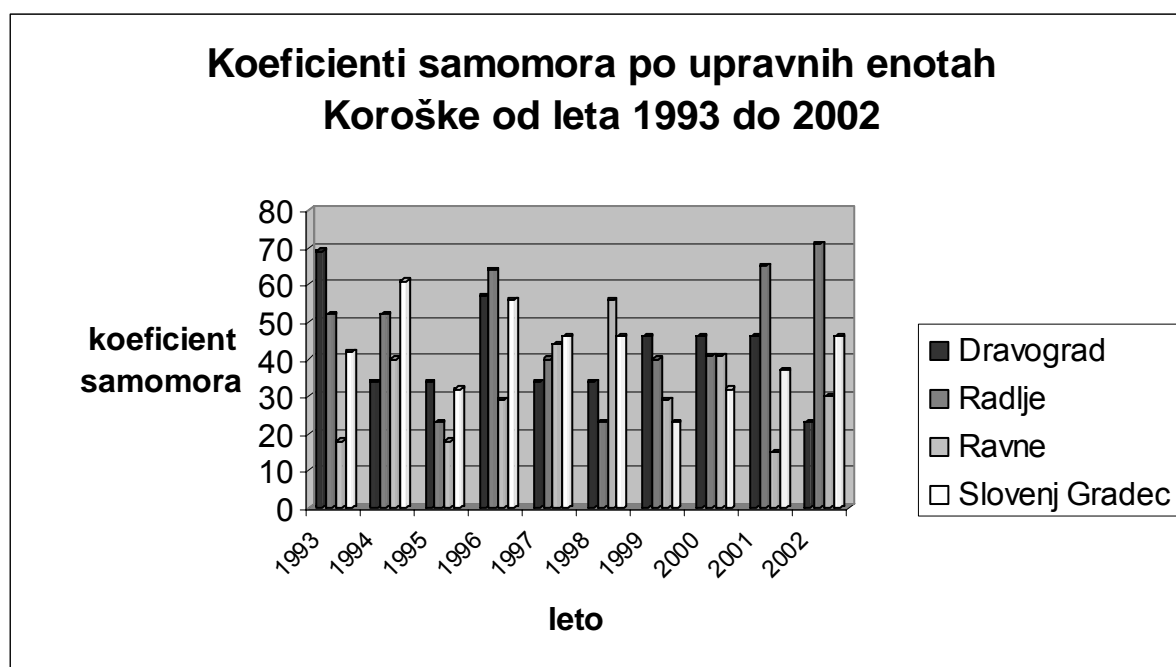
Na Ravnah na Koroškem so leta 2004 izdelali poročilo, ki prikazuje pregled nekaterih kazalcev zdravstvenega stanja in dela zdravstvene službe v letih med 1993 in 2002. V tem poročilu zasledimo tudi podatke o umrljivosti in koeficiente samomorilnosti. TABELARNO IN GRAFIČNO SEM PRIKAZALA ŠTEVILU SAMOMOROV UE KOROŠKE OD LETA 1993 DO LETA 2002 (Tabela 11) TER KOEFICIENT SAMOMORA PO UE KOROŠKE MED LETOM 1993 IN 2002 (Graf 7). Največ samomorov je bilo storjenih leta 1994 in leta 1996, 36. Najmanj pa so jih zabeležili leta 1995, 19.

Tabela 11: Število samomorov na Koroškem od leta 1993 do leta 2002

leto	št. samomorov
1993	29
1994	36
1995	19
1996	36
1997	32
1998	32
1999	24
2000	29
2001	26
2002	32
skupaj	295

Vir: ZZV Ravne

Graf 7: Koeficienti samomora po upravnih enotah Koroške od leta 1993 do 2002



Vir: ZZV Ravne

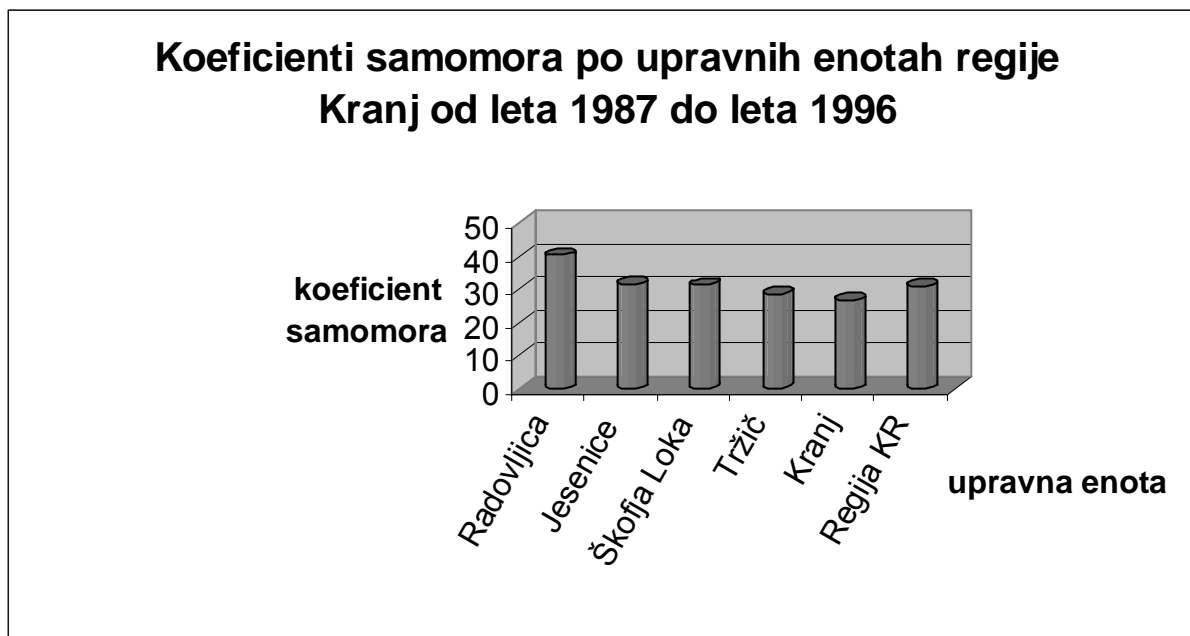
Bolj natančno poročilo umrljivosti pa so na ZZV Ravne izdelali za leto 2000 in leto 2001. V letu 2000 je bilo storjenih 29 samomorov, kot je razvidno že iz **Error! Reference source not found.**, od tega je storilo samomor 25 moških in 4 ženske, v letu 2001 pa 26 (24 moških in 2 ženski). V letu 2000 je bilo največ samomorov med osebami starimi od 65 - 69 let (5), medtem se je leto kasneje namerno poškodovalo 13 oseb v starostni skupini od 20 – 44 let, v zgornji starostni skupini nad 45 let pa 12 oseb.

Gorenjska

Analiza umrlih zaradi samomora je bila pripravljena tudi za področje Gorenjske od leta 1987 do leta 1996. V tem opazovanem obdobju je za samomorilnim dejanjem umrlo 605 ljudi (405 moških in 145 žensk), 60 na leto. Koeficient samomorilnosti je bil v tem obdobju 31,1 na 100.000 prebivalcev. Iz Graf 8 je razvidno, da je s samomorom najbolj obremenjena

radovljiška regija, ki je s svojim koeficientom (40,4) celo nad slovenskim povprečjem, sledi ji jeseniška regija s koeficientom 31,44, škofjeloška s 31,41 itd. Čeprav se Gorenjska uvršča na šesto mesto (torej bolj na dnu) po regijski primerjavi, ima še vedno visok koeficient. (Leskošek, 1999:275)

Graf 8: Koeficienti samomora po upravnih enotah regije Kranj od leta 1987 do leta 1996



Vir: Leskošek, 1999:275

Po podatkih statističnega letopisa je leta 2001 na Gorenjskem storilo samomor 42 moških in 16 žensk, leta 2002 je umrlo 1631 ljudi, od tega se je za samomorilno dejanje odločilo 62 posameznikov (51 moških in 11 žensk), kar je 3,8 odstotka. Višina umrljivosti ni enaka za vse skupine prebivalcev. Razlikuje se med spoloma, upravnimi enotami Gorenjske ter med starostnimi skupinami. Med upravnimi enotami je za leto 2002 najbolj obremenjena Radovljica najmanj pa Škofja Loka. Umrljivost se je leta 2001 v upravnih enotah Jesenice, Kranj in Škofja Loka znižala, v upravni enoti Radovljica zvišala, medtem ko v upravni enoti Trzin ni bilo sprememb. Umrljivost je visoka v prvem letu življenja, nato pada, po 20. letu starosti pa zoper prične rasti, večji dvig doseže po 45. letu starosti, največjega pa po 65. letu starosti. (ZZV Ljubljana - prebivalci, vitalna statistika, 2001, 2002)

Ljubljana

Najnižji koeficient samomora za prestolnico Ljubljano je zaslediti v letu 2002 (22,2), najvišjega pa leta 1991 (33,3), (glej Tabela 12). (ZZV Ljubljana)

Tabela 12: Primerjava koeficientov samomora med ljubljansko regijo in Slovenijo, od leta 1990 do leta 2002

Leto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
koeficient Ljubljana	24,5	33,3	24,8	26,0	27,8	25,9	24,2	30,0	25,2	28,7	25,3	27,3	22,2
koeficient Slovenija	27,7	32,3	29,5	30,9	31,2	28,4	30,5	29,9	30,9	29,7	29,5	29,2	27,5

Vir: ZZV Ljubljana – prebivalci, vitalna statistika,

Koeficienti samomora v ljubljanski regiji so le malo pod slovenskim povprečjem. Razmerje med moškimi in ženskami je 3:1. Vodilni vzrok smrti predstavlja samomor v starosti od 20 do 44 let, pogostejši pa je v starejših starostnih skupinah. (<http://www.zzv-lj.si/index0.htm>, 11.08.2005)

Obmorski kraji

Problem samomora pa ne bremeni obmorskih krajev in mediteranskega temperamenta. Morje ljudi polni, energetske in simbolično so bolj povezani ter odprti. Sončni žarki preganjajo depresije in pozitivno vplivajo na posameznika in njegovo dobro počutje. (Leskošek, 1996: 12)

Zahtevane podatke o številu samomorov v primorski regiji so mi posredovali iz Policijske uprave Nova Gorica (glej Tabela 13), za sedemletno obdobje, od leta 1998 do leta 2004.

Tabela 13: Število samomorov na primorskem od leta 1998 do leta 2004

leto	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
št.samomorov	13	22	25	20	19	25	17

Vir: <http://www.policija.si/si> (15.08.2005)

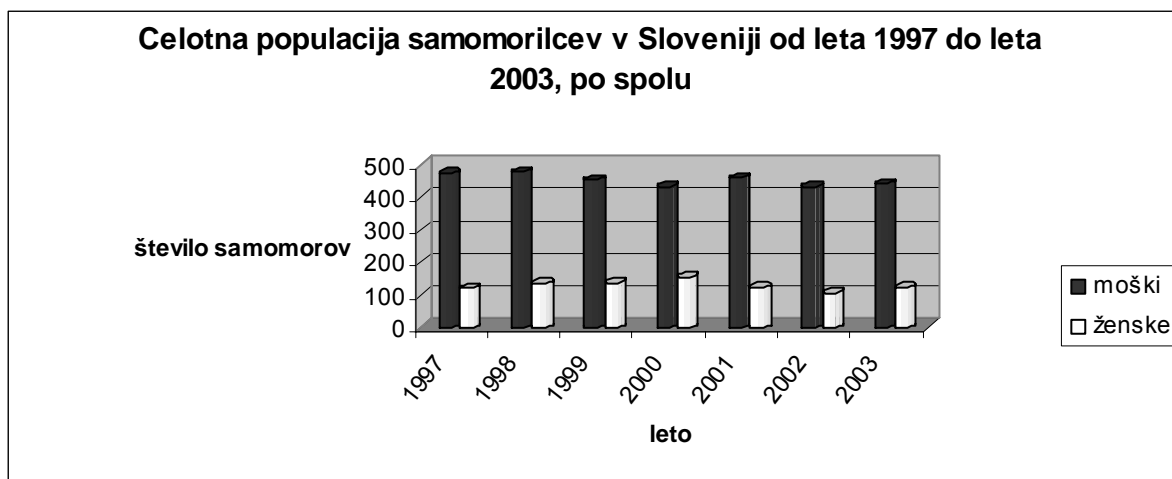
Največ samomorov se je zgodilo leta 2000 ter leta 2003, najmanj pa leta 1998.

4.2.2. Samomorilnost glede na spol

Po statističnih podatkih stori to dejanje več moških kot žensk, razmerje se giblje 3:1. To se dogaja zaradi različnih družbenih vlog in položaja, ki ga imata v družbi moški in ženska. Moški ima primarno vlogo in določene standarde, po katerih se nagraduje uspešnost ali kaznuje neuspešnost. Dečki usmerjajo svojo vlogo (ne)uspešnosti že v otroških letih z značilnimi igračami (puške, avtomobili, vojaki ipd.), morajo biti močni in ne smejo jokati. Kasneje, ko se znajdejo v težkih situacijah, pa ne znajo izražati čustev. Ženske imajo več obvezujočih vlog in tako izravnava neuspešnost ene na račun druge. Leskošek pravi, da so razlike med spoloma odvisne od bioloških in kulturnih dejavnikov. V večini kultur je moško vedenje agresivno in dominantno, žensko pa emocionalno ter občutljivo. Ženskam so bile v zgodovini dodeljene tri glavne vloge, reprodukcija, vzgoja in družina. Posledica tega je širša mreža neformalnih družbenih odnosov. (Vistoropski, 2002: 19) Poskus samomora je bolj pogost pri ženskah kot pri moških. Eden od preventivnih faktorjev, ki zaščiti ženske, je dejstvo, da izberejo manj nevarno metodo in jih tako več preživi. Najbolj pogosta metoda samomora pri ženskah je zastrupitev, zaužitev prevelike količine tablet, ki so lahko dostopne (najpogosteje gre za antidepresive in sedative).

Anton Trstenjak razliko med moškim in ženskim samomorom povzema v svoji znani misli: »Ženska je kot breza – vznemiri jo vsak rahel vetrič, močan pa jo upogne, a ker je prožna, se ne zlomi. Moški pa je hrast, ki rahlega vetriča ne čuti, močan veter pa ga razseka.« (Trstenjak v Vistoropski, 2002: 18)

Graf 9: Celotna populacija samomorilcev v Sloveniji od leta 1997 do leta 2003, po spolu



Vir: Statistični letopis Republike Slovenije 2003

Graf 9 nazorno prikazuje velike razlike med številom moških in ženskih številom samomorov. Vsako leto je razmerje 3:1, v moško korist. Tako se je leta 1997 namerno poškodovalo 593 oseb, od tega 473 moških in 120 žensk. Leta 1998 je 477 moških in 135 žensk storilo samomor, leto kasneje 453 moških in 137 žensk. Leta 2000 je storilo samomor 433 moških in 155 žensk. 459 moških in 122 žensk se je za to dejanje odločilo naslednje leto. Leta 2002 je samomor naredilo 433 moških (80 %) in 107 žensk (20 %), razmerje že 1:4. Leto 2003 pa prikazuje, da je samomor storilo skupaj 562 oseb, 440 moških in 122 žensk. V omenjenem obdobju je torej samomor naredilo 4066 oseb, od tega 3168 moških in 898 žensk, ali izraženo v procentih: 77,9 % moških in 22,1 % žensk.

4.2.3. Samomorilnost glede na mesece, dneve, ure ter praznike

Glede na mesece v letu je največ samomorov pri moških v mesecih od maja do avgusta, pri ženskah pa od julija do septembra. V jesenskih mesecih število samomorilcev malo upade, vendar pa poraste spet v decembru v času praznikov.

Po Leskoškovih podatkih je največ samomorov v pozni pomladi oziroma v zgodnjem poletju in v jeseni. Med tedni največ v ponedeljek, podnevi. Velika večina ljudi je mnenja, da je največ samomorov pozimi, vendar ni tako. Ljudje so v tistem času radi doma, na toplem in se tako ne zavedajo občutka osamljenosti. Ta občutek se prebudi spomladi, ko se začne vse prebujati, ko posvetijo prvi topli sončni žarki in ko se bliža čas počitnic. Takrat občutijo, kako sami so in začnejo opazovati razliko med sabo in ljudmi, ki so zadovoljni. (glej Leskošek, 2003)

V letu 2003 je bil najbolj kritičen mesec maj, ko se je za samomor odločilo 59 posameznikov, medtem ko je bil v letu 2000 najbolj kritičen april z 72 žrtvami. Po vseh statističnih podatkih o samomoru po dnevih v tednu je najbolj črn dan ponedeljek. Na ta dan se je v obdobju od leta 1985 do leta 1996 zgodilo 2233 samomorov oziroma 2,3 - krat več kot v nedeljo (987). V torek število samomorilcev močno upade, v četrtek pa začne spet naraščati. Ponedeljek že tako ali tako slovi kot manj priljubljen dan, začetek delovnega tedna. Najpogosteje se za to dejanje odločijo med 12.01 in 18. uro. Največ prazničnih samomorov se zgodi na prvi maj (glej Tabela 14), medtem ko jih je najmanj na dan mrtvih. Prav tako so visoke številke po novem letu, saj se sanjarjenja, ki so bila v polnem teku pred novoletnimi prazniki, sesujejo in razkrijejo kot neko prazno upanje. (Leskošek, 2003: 9)

Tabela 14: Samomori v Sloveniji po mesecih v letu 2003

mesec	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec	skupaj
št.samom.	43	32	35	51	59	54	35	54	52	37	37	18	507

Vir: www.policija.si/si/statistika/drugo.html

4.2.4. Samomorilnost glede na družbeno kategorijo

Leskošek meni, da so samomorilno najbolj ranljive družbene kategorije v Sloveniji delavci z osnovno šolo, (pol) kvalificirani delavci, ovdoveli, razvezani, brezposelni, alkoholiki, kmetje in upokojenci, kronično bolni in duševno moteni, vsekakor moški. (Leskošek, 2000)

V Tabela 15 so prikazane družbene kategorije posameznikov, ki so najbolj podvržene samomorilnosti, po zadnjih zbranih podatkih v psihiatrični kliniki v Ljubljani.

Tabela 15: Primerjava koeficientov samomorilnosti glede na zaposlitev

POKLIC	MOŠKI (%)	ŽENSKE (%)	SKUPAJ (%)
upokojenci	29,5	44,2	33
delavci	34,7	14,3	29,9
uslužbenci obrtniki	10,5	13,6	11,3
neznano, brez poklica, drugo	9,7	10,2	9,8
kmetje	8,9	5,4	8
samostojni podjetniki	4,2	-	3,2
učenci, dijaki, študentje	2,5	4,1	2,9
gospodinje (ne v kmetijstvu)	-	8,2	1,9
SKUPAJ			100

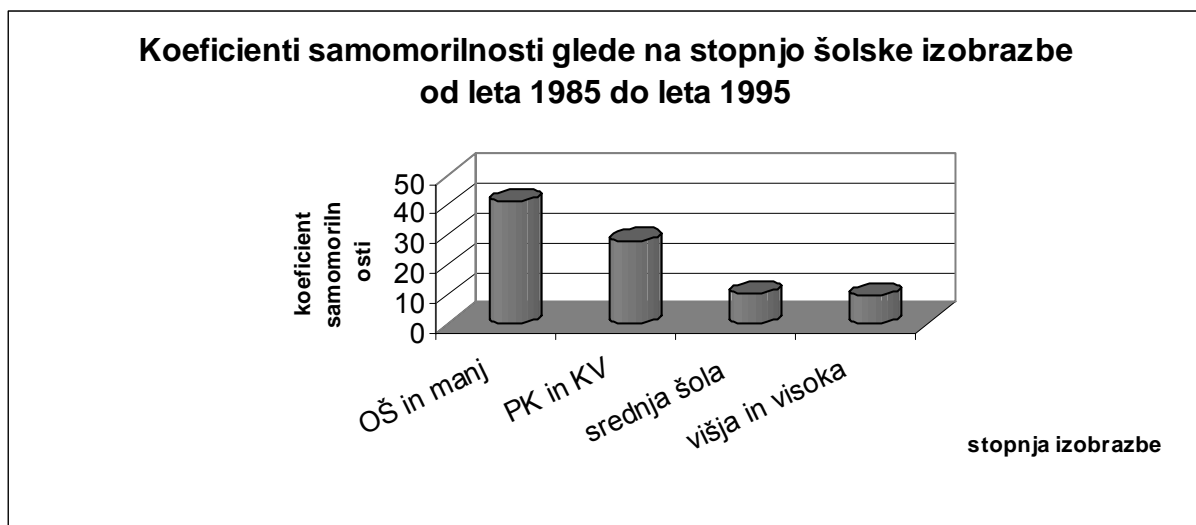
Vir: Virant – Jaklič, 1998

Iz zgornje tabele je razvidno, da so upokojenci najbolj rizična skupina, predvsem ženski spol. To je posledica predhodne izgube življenjskega sopotnika (glede na daljšo življenjsko dobo ženskega spola), bolezni (kronična, boleča in dolgotrajna) ali pa osamljenosti (predvsem socialna izolacija igra tukaj pomembno vlogo). Prav tako imajo visok koeficient samomorilnosti ljudje z nizko stopnjo izobrazbe, ki imajo zelo omejen osebni dohodek. Počutijo se potisnjeni na družbeni rob. (Marušič, 2003: 18) Leskošek meni, da je najvišji koeficient opaziti pri zaposlenih v gozdarskih in industrijsko – rudarskih poklicih, ter med posamezniki, ki so sorazmerno nizko izobraženi. (Leskošek, 2004: 9).

Raziskave kažejo, da ima večina brezposelnih oseb, posebno tistih, ki so brez zaposlitve leto dni ali več, psihične težave. Brezposelnost za posameznika/-co ne pomeni le materialnega problema, temveč predstavlja enega izmed težjih psihosocialnih problemov, ki so povezani tako z gmotnim položajem brezposelne osebe kot tudi z lastnim socialnim doživljanjem brezposelnosti. Izguba zaposlitve osebo stigmatizira, hkrati pa nezavedno izgublja dostop do informacij. Tako spremenjen gmotni položaj vpliva na celoten način njenega življenja (in njene družine) ter na spremembo človekovega socialnega položaja (počuti se manjvredno, ne more se več udeleževati družabnih dejavnosti, izguba samospoštovanja, samopotrjevanja, povečanje obolevnosti je psihosocialnega izvora, prekinitvev socialnih stikov). Oseba se zapira sama vase. Prehajanje v dolgotrajno ali celo trajno brezposelnost pogosto spremljajo depresije

in poskusi samomora. (Velikonja in drugi, 1998: 39) Zgoraj navajam, da se najbolj izobraženi redkeje odločajo za samomor, vendar pa se le-ti najpogosteje srečujejo s samomorilnimi mislimi. V statističnem vzorcu 5000 posameznikov je 28,9 % visoko izobraženih že pomislilo na samomor. Sledijo jim posamezniki s srednješolsko izobrazbo (25,7 %), poklicno (18,8 %) ter z osnovnošolsko (13,9 %) izobrazbo (glej Graf 10). Med najbolj ogrožene poklice visoko izobraženih posameznikov, sodijo zdravniki. To lahko tolmačimo s tem, da imajo precej neobtežen dostop do sredstev in metod samomorilnosti, poleg stresnega življenja. (Leskošek, 2004: 9)

Graf 10: Primerjava koeficientov samomorilnost glede na stopnjo šolske izobrazbe od leta 1985 do leta 1995



Vir: Leskošek, 2004: 9.

Tudi tukaj velja izpostaviti in potrditi Durkheimov sklep obratnega sorazmerja, višja kot je izobrazba, nižji so koeficienti samomorilnosti.

Takšni statistični podatki nam predstavljajo le grobo orodje, ki daje neko začetno orientacijo, pri številnih patoloških spremembah, vzrokih in razvojih samomorilnosti. Ne nudijo pa nam intimnih notranjih bojov, ki jih doživlja vsak posameznik/-ica v svojem življenju, preden stori to individualno dejanje. Znanstveniki pravijo, da jim primanjkuje podatkov. Dragocena bi bila pričanja tistih posameznikov, ki so samomor poskušali narediti in po srečnem naključju preživeli. Do njih je zelo težko priti, saj se s tem dejanjem ne ponašajo in jim to predstavlja neko kazen. Dejstvo je, da je petina ljudi takih, ki so samomor poskušali storiti in jim ni uspelo, poskus ponovila. (Leskošek, 1996: 13)

4.2.5. Način samomora

Najpogostejši moški samomorilni način je obešanje, zastrupitev z avtomobilskimi izpušnimi plini ter ustrelitev. Pri ženskah pa je v ospredju utopitev, skok z višine in/ali skok pred vozilo. Moški pri svojih načinih bolj uporabljajo svoje tehnično znanje. Tabela 16 za leto 2003 potrjuje te najpogostejše načine samomorov, saj je na prvem mestu še vedno obešanje, sledi ustrelitev, skok z višine, zastrupitev, utopitev, zadušitev itd.

Tabela 16: Način storitve samomora po podatkih policije leta 2003

način samomora	število
obešanje	327
ustrelitev	60
skok v globino	29
zastropitev	26
utopitev	20
zadušitev	17
skok pod vlak	10
rezanje žil	13
eksplozija	3
ostalo	2
skupaj	507

Vir: www.policija.si/si/statistika/drugo.html

5. SAMOMORILNOST MED MLADIMI

»Mladostništvo ni le doba cvetoče radosti,
vznemirljivih pričakovanj in odpiranj vrat v prihodnost,
temveč tudi čas doživljanja stisk, občutij nemoči, jeze in obupa«
(Martina Tomori, Pot k odraslosti, 1983)

Zelo težko je opredeliti pojem mladi, mladina, mladost. Uletova meni, da mladina dandanes ni več homogena družbena kategorija (kar pomeni, da se različne mladinske kulture med seboj bojujejo) in da vzporedno z družbeno dekonstrukcijo mladih izginja tudi medgeneracijski spor med mladimi in odraslimi. Opredeljevanje mladine se v vsaki družbi oblikuje v skladu z njenimi potrebami, značilnostmi in ideologijo. Mladost je kompleksen družbeni, ideološki in simbolni konstrukt. (glej Ule, 1996)

Večina avtorjev, ki se ukvarja z mladinsko problematiko (Brake, Downes, Ule, Dekleva in drugi), se strinja s trditvijo, da so mladi najpomembnejši pri širjenju znanstvenih in kulturnih inovacij in da je 20. stoletje – stoletje mladih. Mladinska gibanja pred prvo svetovno vojno so bila omejena na srednješolsko moško mladino, ki je bila po večini konzervativno usmerjena. Po prvi svetovni vojni so se že pojavila družbenokritična gibanja in reformna gibanja mladih (nove življenjske opredelitve). Mladina je bila takrat že manj konformna kot pred prvo svetovno vojno, teže obvladljiva in že "nevarna" za tedanje politiko in kulturo. Po drugi svetovni vojni se je razširilo in podaljšalo obvezno šolanje, na splošno se je izboljšal življenjski standard in pridobili so več prostega časa. Revolucija mladih v šestdesetih letih in druga študentska gibanja, so bila začetek mnogih dejavnosti mladih na različnih področjih (političnem, kulturnem, gospodarskem, izobraževalnem itd.). Največji sociokulturni dosežek (detabuizacija spolnosti, liberalizacija medspolnih, družinskih in medgeneracijskih odnosov, razvoj ekološke zavesti itd.) mladih pa se je zgodil v sedemdesetih in osemdesetih letih dvajsetega stoletja, ko so osrednje vrednote in ideali potrošniške mladine postali splošno sprejeti ideali in vrednote sodobnih družb. V tem času si je mladina iz obdobja med otroštvom in odraslostjo ustvarila svoj lasten svet, ki ga odrasli ne morejo po svoje usmerjati, nadzorovati ali si ga prisvajati. Najpomembnejši razlogi za spreminjanje mladine so podaljšanje šolanja, vedno večja individualizacija izobraževalnih poti, profesionalizacija socialnega nadzora. Namesto kontrolnih sistemov družine in šole se uveljavljajo nove socialne kontrole mladih, kot so kontrola prek potrošnje, institucij prostega časa in kulturne industrije. Kontrola postaja vse bolj brezosebna. To pa vodi do dolgoročnejših sprememb, ki mladostnike spodbuja k zgodnejšemu samo-upravljanju fizičnega in psihičnega počutja, mladi posnemajo odrasle (uživanje alkohola, drog ipd.), sodelujejo v potrošnih in storitvenih dejavnostih (trgovina, turizem, kultura, izobraževalne dejavnosti) itd. (Ule, 1999:238 - 272).

Uspeh mladih v šoli in zunaj šolskih dejavnostih je postalo glavno merilo uspešnih družin. To ima svoje negativne učinke v preobremenjenosti otrok in stresih zaradi občutkov neuspešnosti. Rastoč pritisk na mlade in vedno večja tveganja pa se kažejo v samouničevalnemu vedenju mladih (samomorilni poskusi in samomori). (Mrevlje, 1995: 22)

Razsežnost samomora in avtodestruktivnosti med mladimi iz leta v leto narašča. Epidemiološke študije samomora po svetu in pri nas poudarjajo, da se v zadnjih desetletjih povečuje delež mladih, ki končajo svoje življenje s samomorom. Po podatkih SZO (Svetovna

zdravstvena organizacija) je samomor v adolescenci med prvimi tremi vzroki smrti v večini držav. (Tomori, 2003: 79)

Vida Sterle, klinična psihologinja, ki se ukvarja z otroško psihologijo, depresivnimi motnjami in samomori pravi, da v praksi srečujejo vedno več depresivnih in suicidalnih otrok. Samomorilni in depresivni znaki, ki se pojavljajo pri odraslih se razlikujejo od tistih, ki se pojavljajo pri mladostnikih. Otrokova depresija se kaže v napadalnih izpadih, ki so pogosto usmerjeni k materi ali okolici. Agresivnost do mame je pogosto povezana z brezmočno navezanostjo nanjo. Otrok, z razliko od odraslih, še ni sposoben zaznati svojih notranjih dogajanj, ne zna in ne more spregovoriti o stiskah, ki ga oklepajo. Vse več otrok ima oteženo življenje, tako v materialnem, socialnem kot v duhovnem smislu. Njihova življenja so tako polna napetosti in nezadovoljstva, otroci so depresivni in pogosto nagnjeni k samomoru. (Sterle, 1990: 207 - 208)

5.1. DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SAMOMORILNO VEDENJE V ADOLESCENCI

5.1.1. Duševne motnje

Pri večini samomorilnih mladostnikov, je mogoče opaziti prisotnost posameznih vrst duševnih motenj. Najpogostejše so depresije s sindromom psihičnega ali telesnega izvora. Raziskovalci trdijo, da je izvor depresije potrebno iskati v prvem, drugem in tretjem letu otrokovega življenja. Otrok v tem obdobju potrebuje občutek stalnosti in varnosti, ki mu jo lahko nudi družina. Bolj ko se otrok počuti varnega, manj je razočaran nad življenjem in boljše osnovo ima za preživetje in premagovanje življenjskih težav. Nezadovoljitev otrokovih potreb v prvem letu življenja je lahko usodna zanj. Glede na to, da vseh potreb in želja starši ne morejo zadovoljiti, pride do razdvojenosti, ki jo otrok začne čutiti do staršev. Taki otroci imajo kasneje težave pri navezovanju stikov, ne morejo se vživeti v potrebe drugih in ostajajo vase zaljubljeni. Postanejo veliki narcisoidi. Najtežja preizkušnja za otroka je takrat, ko izgubi osebo, na katero je zelo navezan (ljubezensko in vitalno). Pri mnogih se tako pojavi t.i. anaklitična depresija. Ta oseba se odziva na vse nadaljnje izgube v življenju z depresijo in nagnjenostjo k samomoru. Nekateri znaki depresije pri otroku so podobni kot pri odraslih. Pri otroku opazimo bledico, toge kretnje, nezadovoljstvo, razdražljivost, nerazpoloženost, strah, dolgčas, odtujenost. Otrok pogosto opušča razne aktivnosti, ki se jim je predhodno posvečal. Oži se krog prijateljev in znancev. Otrok se, v primerjavi z odraslo osebo, bolj zateka v psihosomatiko, kjer se srečuje s spremembo vegetativnih delovanj (nihanje krvnega pritiska, potenje, motnje spanja, motnje hranjenja). Končno obliko depresivnega razvoja pa lahko zaznamujejo samomorilno vedenje s poskusi samomora ali pa celo izvršen samomor. Otrok verjame, da bo s tem, ko ga ne bo več, konec njegovih težav, strahu in dvoma. Predstavlja si, da ga bodo drugi šele potem razumeli, da jim bo hudo in da bodo strašno žalovali za njim. (Sterle, 1990: 207 - 210)

Mladostnik je depresiven, če je potrj ali je izgubil interes in zadovoljstvo ob vsakdanjih dejavnostih simptomov, ki trajajo več kot dva tedna:

- občutki manjvrednosti, samoobtoževanja ali krivde,
- težje izpolnjevanje vsakdanjih obveznosti,
- občutki neobvladovanja svojega življenja,
- umik iz socialnega okolja,
- slabša koncentracija, počasno razmišljanje ali izrazita neodločnost,
- neobičajno počasno ali hitro govorjenje,

- utrujenost in pomanjkanje energije,
- motnje spanja,
- motnje apetita in nenadna nihanja telesne teže,
- zmanjšana želja po spolnosti,
- govorjenje o smrti ali samomoru.

Tveganje za samomor se še poveča, kadar se depresiji pridružijo občutki obupa in brezizhodnosti, huda tesnoba, nemir ali razdražljivost, huda nespečnost, uživanje alkohola ali nedovoljenih drog. (Juričič-Konec in Lešer, 2004)

5.1.2. Socialni in demografski dejavniki

Veliko mladostnikov, ki se nagibajo k samomorilnim mislim in dejanjem, izhaja iz družin, ki nimajo urejenih in ugodnih življenjskih in socialnih razmer. Te razmere so rezultat njihove prikrajšanosti (gmotne, socialne, izobrazbene itd.), oziroma prisiljeni so živeti pri neugodnih življenjskih pogojih, ki vplivajo na njihovo vrsto navad, ki ogrožajo zdravje. (Tomori v Marušič in Roškar, 2003: 80)

5.1.3. Vpliv družine

Najbolj pomembno funkcijo pri odraščanju in socializaciji mladostnika ima družina. V družini se otrok uči medsebojnih odnosov, sprejema vrednote, stališča, osebno odraščanja, zori in čustvuje. Družina je namreč vezni člen med mladostnikom, družbo in širšim okoljem. Prva leta je otrok najbolj izpostavljen težavam, ki lahko v poznejšem obdobju bistveno vplivajo na njegov način reagiranja in dojemanja različnih dogodkov. Prek družine dobiva otrok sliko stvarnosti, krepi svoje sposobnosti za oblikovanje stresov, premagovanje ovir in se tako razvija v osebo, ki se samostojno odloča. Že zelo zgodaj otrok oblikuje podobo o tem, ali je njegovo življenje odvisno od njegovega prizadevanja, ali pa je žrtev okoliščin in volje drugih. (Tomori, 1995: 54 - 55)

V obdobju adolescence se razvoj posameznika/-ice zaključi. V tem težkem obdobju starši ne smejo biti otroku nasprotniki, ampak zavezniki, ne glede na mladostnikovo upornost, kritičnost in žaljivost. Konflikti v tem obdobju med starši in adolescenti izbruhnejo zaradi številnih različnih vzrokov. Moteni in nestabilni družinski odnosi se dostikrat izražajo v pretiranem popivanju mladih, delikventnosti in nenazadnje v mislih na samomor. Zelo pomemben dejavnik, ki vpliva na otrokovo razpoloženje in posledično s tem tudi na samomorilne misli in dejanja, so duševne motnje pri starših. Slaba razpoloženja, depresivne motnje, zloraba alkohola, disocialne motnje, družinska zgodovina samomorilnega vedenja, vse to vpliva na otrokov razvoj in njegovo slabo počutje in podobo. Tak mladostnik se zelo težko vključuje v življenje svojih vrstnikov, saj mu primanjkuje samozavesti. Med bojem in begom tako vedno izbere beg. (Tomori, 1983: 111 - 126) Stabilno in toplo družinsko ozračje je torej temelj za razvoj mladostnikovega istovetenja z odraslimi člani v družini.

5.1.4. Vpliv šole

Prav tako kot vloga družine, je pomembna tudi vloga šole v dinamiki samomorilnega vedenja otrok in mladostnikov, kot oblika socializacijskega okolja. Šola lahko nastopa kot ogrožajoči, prispevajoči, sprožilni ali varovalni dejavnik. Posebej velik je poudarek na oblikovanju samopodobe, ki določa sposobnost obvladanja mladostnikovega vedenja in njegovih

okoliščin. Socialna nesprejetost, šolska neuspešnost, spori in drugi podobni problemi vodijo do negativne samopodobe mladostnika, njegovega občutka nemoči, depresij in psihosomatskih težav. Vse to slabša otrokov položaj v šoli. Potrebe, ki so jih prej zadovoljevali starši, začno zadovoljevati vrstniki. Ti mu svetujejo, ga spodbujajo, obveščajo in vplivajo na preoblikovanje vrednot, katere je vanj vsadila družina. Pomagajo mu pri oblikovanju spolne identitete in omogočajo, da preizkusi različne vzorce socialnega vedenja. Vrstniki postanejo mladostniku središče dogajanja. Šola je eden podsistemov v otrokovem življenjskem sistemu. Le-ta pa je zelo povezan z otrokovim najpomembnejšim sistemom, družino. Za neuspehe in spore v šoli je otrok kaznovan ponovno doma, od tepeža, raznih prepovedi, druženj pa do očitkov staršev. Otok se znajde v začaranem krogu brez izhoda, brez upanja. (Sterle, 1990: 207 - 219)

Po drugi strani, pa nam sovjetski avtorji (npr. V. Kagana) podajajo raziskave, v katerih dokazujejo, da šola deluje kot pomemben varovalni dejavnik. Tu se šola kaže kot družbena ustanova, na katero je (teoretično) možno vplivati glede organizacije, načina dela, zahtev, etosa. Varovalni vplivi šole lahko delujejo neposredno na otoka ali pa preko staršev (npr. učitelj svetuje staršem v primeru težje vodljivega otroka). Danes se varovalna vloga šole kaže predvsem pri preprečevanju trpinčenja otrok (možnost odkrivanja, aktiviranja strokovnih služb, pomoč otroku, vplivanje na starše, zmanjševanje dogodkov, ki sprožijo kruto ravnanje ipd.). Šola lahko omejuje izpostavljenost otrok neugodnim vplivom ulice. To je pomembno zlasti pri otrocih, ki živijo v neugodnih okoljih. Varovalna vloga šole se kaže tudi v tem, da preprečuje ali prekinja verižne reakcije, ki sledijo otrokovi prizadetosti zaradi neugodnih družinskih ali bolezenskih vzrokov. Razumevajoč odnos učitelja in učenca lahko veliko pomaga otroku z družinskimi krizami (razveze staršev, smrt starša, preselitev, bolezen itd.). Šola vpliva tudi na izgradnjo otrokove samopodobe. Otok doživlja samega sebe, dobi oceno svojih zmožnosti in kar je najpomembnejše, postane upravljalec lastnega življenja. (Sterle, 1990: 119 – 220) Pripadnost skupini vrstnikov, odnosi, ki jih vzpostavlja otrok ali mladostnik s posameznimi sošolci, s skupinami, z razredom kot celoto, z učiteljem, čustvena pripadnost in dober odnos s čustveno pomembnimi osebami so v adolescenci zaščitni dejavniki pred kriznimi okoliščinami. (Šalehar, 1990: 228)

5.1.5. Osebnostne značilnosti

Raziskave samomorilnega vedenja (Tomori, 2003: 81) so pokazale pogostost osebnostnih in vedenjskih značilnosti, ki se kažejo kot motnje. Izstopa depresija, splošno nerazpoloženje, labilnost razpoloženja, pesimizem, ter nezadovoljstvo s seboj in drugimi. Prevladujejo občutki potlačenosti, napetosti, pojavlja se tuhtanje, sanjarjenje, impulzivnost, nasilnost, socialni umik ipd. Tako se pri mladostnikih zmanjša zaupanje vase in druge ljudi, počutijo se kot žrtev dogajanja brez lastne moči. Pri fantih se kaže večja negotovost v odločanju, slabše so pripravljene na uveljavljanje, so plahi in kažejo več psihosomatskih znakov kot deklice. Prav tako je rizičnost pri fantih večja kot pri dekletih. (Tomori, 2003: 81)

5.1.6. Genetski in biološki dejavniki

Pomembno vlogo pri samomorilnem vedenju mladostnikov ima tudi delovanje serotina. Le-ta kot mediator v osrednjem živčevju vpliva predvsem na depresivnost, impulzivnost in nasilno vedenje pri posamezniku oziroma posameznici. (Tomori, 2003: 81)

5.2. VEDENJE MLADOSTNIKOV

Vedenjske spremembe in pojave, ki jih srečujemo med mladimi se odražajo v različnih oblikah. Od samouničevalnih oblik (preizkušanje drog, alkohola, umikanje v samoto ipd.) do zavrtne in odprte agresivnosti. Tovrstna dejanja in vedenja že odražajo njegovo oziroma njeno stisko in klic na pomoč. Te spremembe so bolj opazne pri mladostnikih, za katere je to nov življenjski slog v smislu novega življenjskega vzorca.

Ko otrok vstopa v adolescenco (v obdobju 13., 14. leta), se pri njem začno pojavljati določena življenjska vprašanja, na katera nima ali noče imeti odgovora. Če ob njegovem reševanju problemov odpovedo dotedanji vedenjski vzorci in izkušnje, začnemo govoriti o adolescentni krizi, ki jo štejemo med t.i. razvojne krize. Ko postane stiska za mladostnika neznosna, poskuša opozoriti okolico nase in kliče na pomoč. Okolica teh znakov velikokrat ne prepozna ali se ji posmehuje, češ da gre za izsiljevanje, demonstracijo ali manipuliranje. Mladostnik se tako znajde v situaciji, ko mora sam prevzeti odgovornost nase. Če odgovorov na vprašanja ni, se počuti prazno in brezvoljno in nima cilja nadaljevati svojega življenjskega poslanstva. Njegova osebna identiteta postane šibka, začne se odmikati od vrstnikov in opuščati (v primeru izobraževanja) predavanja. Temu sledijo slabe ocene ali neopravljene izpitne obveznosti. Vse to še dodatno povzroči brezvoljnost in pasivnost. Nesposoben je razmišljati o prihodnosti in na življenje gleda s temne plati. V večini primerov ga spremlja depresija, občutek krivde in lastne nevrednosti. Rad se zateka k prebiranju pesimistične literature, poslušanju otožne glasbe, pogoste so misli o smrti in na smrt. Starši, ki odkrijejo vse te opozorilne znake, morajo svojim otrokom pomagati tako, da se pogovorijo in spregovorijo o tem, ter da rešijo probleme. Starši morajo znati sprejemati njihovo ljubezen. Pozitivno razrešena kriza pa je pomembna pozitivna izkušnja v nadaljnjem življenju, odraščanju, razvijanju samozavesti in samopodobe. Mladostniško obdobje je tako odvisno od mladostnikov in od staršev, ki mu lahko osamosvajanje olajšajo ali zavrejo. Pri mladem človeku je ta proces najpomembnejši. (glej Sternad, 2004: 35 - 36)

Mladostnik v fazi adolescence začne navezovati pristne stike s sovrstniki in se začne z njimi primerjati. Pomembne postanejo njegove in njihove norme, pravila in vrednote. Posameznik si ali izbori svoje mesto za možnost pozitivnega uveljavljanja ali pa prevzame negativno samopotrjevanje. Mladostnik potrebuje družino, prijatelje, interesne skupine in občutek pripadnosti sebi enakim. (Mrevlje, 1995: 14 - 16)

Mladostniki tako sodijo v najbolj rizično skupino, se pravi, da je pri njih večja verjetnost in nevarnost samouničevalnega vedenja in reagiranja. Dejanja so impulzivna in nepremišljena, tako, da je nenadna reakcija za njih lahko usodna.

Mrevlje opredeli dve taki rizični skupini. Prva rizična skupina predstavlja impulzivne, dramatične in nepredvidljive mladostnike, ki so včasih tudi agresivni, žaljivi in provokativni. Njihovo obnašanje je odvisno od njihovega trenutnega počutja. Druga rizična skupina pa predstavlja mladostnike, ki so nesamozavestni, negotovi, zavrti, nedružabni in pasivni. Stari rek pravi, da moramo biti bolj zaskrbljeni za tihe, plahe in neopazne mlade ljudi, kot za tiste, ki so bolj glasni in provokativni. Pozornost moramo posvečati obema rizičnima skupinama. Statistični podatki kažejo, da okolica kaj hitro prezre spremenjeno vedenje tako pri tihih, odmaknjenih in prikrito depresivnih kot pri glasnih, provokativnih mladostnikih. (Mrevlje, 1995: 18 - 23)

Po Federicku opažamo zlasti pri mladem človeku, ki je na poti v samomorilno krizo, da se vse manj pogovarja s svojci, izogiba se prijateljev in išče samoto. Ponoči slabo spi, čez dan je videti zaskrbljen, peša mu tek. Izraža se, kot da mu njegovi pretekli dosežki nič več ne pomenijo in za nevrščnosti okoli sebe išče krivdo v sebi. Razdaja predmete, ki so mu bili prej dragi, češ, da jih ne bo več potreboval. Peša v študiju, kadi, pije, govori o samomoru ali pa to posredno nakazuje z besedami. Taki mladostniki navzven pogosto ne kažejo potrnosti. Pozornost usmerijo v razdiranje in ne upoštevajo družbenih norm, se pretepajo, izmikajo se obveznostim ter se prepirajo s svojci. (Federic v Milčinski, 1985: 129 - 130)

Mrevlje izpostavi tri skupine samouničevalnega vedenja pri mladih. Pravi, da se v adolescentni dobi, predvsem pri fantih kaže zanimanje za nevarne športe in tvegane dejavnosti. Ta početja nudijo zadoščanje ob soočenju in premagovanju nevarnosti ter dokazovanje svojih sposobnosti sebi in drugim. Tukaj lahko poudarimo, da so to normalne razvojne oblike in da reakcije staršev ne smejo temeljiti na paniki in prepovedi. V drugo skupino uvršča mladostnike, ki začnejo s preizkušnjo in kasneje zlorabo droge in alkohola. Ti se pogosto umikajo v samoto in prekinejo stike z vrstniki in odraslimi. Opuščajo interesne dejavnosti ter se umikajo v bolezen. Povečuje se tveganje in izzivanje za nevarnosti, neselektivno spolno vedenje v odnosu do drugega ali istega spola, skratka neprilagojeno vedenje. V tretjo skupino pa uvršča samomorilne poskuse, samopoškodbe in samozastrupitve. Samomorilen poskus mladostnika je ponavadi impulzivna, nenadna reakcija na prehudo obremenitev in pritisk okolice na zdravega, alkoholiziranega ali slabo prilagojenega mladostnika. (Mrevlje, 1995: 21 - 22)

Težko je predvideti in preprečiti najstniški samomor, vsekakor pa so vidni dejavniki (brezupnost, agresivno vedenje, uživanje alkohola, drog, socialni, družinski, šolski problemi, brezposelnost ipd.) eden od glavnih pokazateljev, da ima mladostnik težave. (Šalehar, 1990: 228)

5.3. ALKOHOLIZIRANOST MLADIH IN SAMOMOR

Vedno več je zaužitega alkohola med mladimi, starostna meja v uživanju pa se iz leta v leto znižuje. Narava alkoholne bolezni je naravnana tako, da nenehno "skrbi" za nove kliente oziroma za nove generacije. Rugelj meni, da alkoholični starši uvajajo svoje otroke v alkoholizem že zelo zgodaj, vda se jih kar 40 procentov. Pri vsakem alkoholiku se pokaže, da je imel stik z alkoholnimi pijačami že v mladosti. Mladi vse več izkoriščajo alkohol v takšne ali drugačne namene. Njihovo popivanje je zunanji odraz motenih odnosov v družini. Stisko, praznino, žalost, neperspektivnost poskušajo premagati z alkoholom. Tako se njihovo opijanje stopnjuje in vodi do nastanka alkoholizma oziroma tak človek je že alkoholik, čeprav šele v začetnem obdobju. Izkoriščanje alkoholne omame v te namene pa zavira razvoj mladostnika. Ne pridobi zadostnih izkušenj, delovnih navad in znanja za življenje. Rugelj meni, da mladi popivajo zaradi lažje vzpostavitve kontaktov in navezovanja stikov z nasprotnim spolom, ter dodaja, da so mladi v treznem stanju zagrenjeni in nesposobni. Mladi se bodo morali veliko ukvarjati sami s seboj, da bodo sposobni spoznati, kako se navezuje stike in vede v treznem stanju.

Mladim alkoholikom je zelo težko pomagati. Problem je v tem, da so skoraj vsi mladi alkoholiki motene osebnosti, ki bi potrebovali zdravljenje v zavodih. Pri zdravljenju mladega alkoholika mora sodelovati tudi njegova družina, mu dajati podporo in zaupati. Družina, kot smo že omenili, oblikuje mladostnikovo osebnost, jo kultivira, socializira in individualizira. V temeljnih človeških sposobnostih je nenadomestljiva in le tako bo čustveno zorenje mladega

človeka na pravi poti. Izhod se kaže v prevzgoji in samem sistemu življenja. »V tridesetih letih dela z alkoholiki mi ni uspelo urediti in rehabilitirati niti enega mladega alkoholika, razen Anite P.. Zato upravičeno sklepam, da je mladina, ki pijančuje in se vdaja vse bolj zaskrbljujočemu vandalizmu, zapisana propadu.« (Rugelj, 2000: 257 - 266)

Ni enega samega vzroka, zakaj se mladostnik poda v svet omame, temveč je vzročnih dejavnikov več. Eden od teh je težnja po neodvisnosti, samostojnosti in emancipaciji. To je povezano z razvojem mladostnikove osebnosti in njegovega samospoštovanja. Od le-tega je odvisno, kako se bo mladostnik vedel, sprejemal vsakdanje težave in kako bo reševal zadane probleme. Raziskave so pokazale, da so tisti mladostniki, ki imajo več samospoštovanja bolj zadovoljni z življenjem in bolj zaščiteni pred negativnimi vplivi iz okolja. Alkohol je tiste vrste droga, ki lahko ustvari občutek samospoštovanja in samostojnosti. Mladostniki so velikokrat negotovi vase, niso prepričani v svoj prav, so potrti, depresivni, iščejo svojo podobo, sebe. Vpliv alkohola naredi mladostnika pomembnejšega, pametnejšega in dovolj pogumnega, da naveže stike z drugimi. Druga pomembna lastnost alkohola je lagodnost. Skozi življenje se naučimo, kako priti do lagodja in ta proces učenja je težaven. Naučiti se moramo opravljanja napornega dela in razviti delovne navade. Alkohol predstavlja vmesno fazo, preskok, način, kako doseči lagodje po čimbolj lagodni poti. Naslednji pomemben dejavnik je občutek pripadnosti skupini vrstnikov. Vsi imamo občutek, da nekemu pripadamo, tako imajo tudi mladostniki potrebo po pripadnosti neki skupini, s katero se identificirajo (skupen stil oblačenja, enak način govora, način pitja alkohola itd.). Naslednji pa je težnja po posnemanju odraslih. Mladostniki velikokrat posnemajo svoje starše, naj bo to obnašanje, govor, prevzem vrednot ali pa pivske in kadilske navade. (Ziherl, 1995: 32 - 35)

Za zelo učinkovito preventivo se je izkazala t.i. metoda sedmih korakov. To je metoda, ki mladostniku pomaga reči "ne" alkoholu. Prvi korak je usmerjen k pogovoru. Starši bi se morali veliko pogovarjati z mladostnikom o uživanju alkohola, o njegovih učinkih in posledicah pretiranega ali zmernega pitja. Drugi korak je poslušanje. Mladostniku pomagamo tako, da ga dobro poslušamo, saj le tako dobimo celosten pogled na problem in mu s tem damo občutek, da ga cenimo in imamo radi. V tretjem koraku pomagamo otroku, da bo imel dobro mnenje o sebi. Pomagamo mu krepiti samopodobo. V naslednjem koraku mu pomagamo pri razvoju primernih življenjskih vrednot. V petem koraku smo mu vzor, v šestem mu pomagamo vzdržati pritisk vrstnikov, v sedmem pa ga vzpodbujamo k raznim dejavnostim (šport, glasba, drugi konjički). (Ziherl, 1995: 41 - 47)

5.4. SAMOMORILNOST MLADIH V SLOVENIJI V ŠTEVILKAH

V Sloveniji vsako leto konča svoje življenje okrog 20 mladostnikov, od tega 4 krat več fantov kot deklet.

Konec šestdesetih let 20. stoletja je v Sloveniji vladala prava moralna panika zaradi pogostosti samomora med mladimi. Značilne razlage tistega časa so bile, da so posamezniki izgubljeni, čustveno prazni, brez kakršnega koli življenjskega smisla itd. Vse to se je začelo s prihodom danes vsem znane potrošniške mrzlice, življenjskih potrošniških obrazcev in pretiranega poudarka na materialnih vrednotah. (Štrajn, 1995: 7 - 9)

Že samo v 5 letih, od leta 1983 pa do leta 1987 so v Ljubljani izgubili 35 mladih, dva od njih sta bila mlajša od 14 let (glej Tabela 17)

Tabela 17: Samomori mladostnikov v ljubljanskih občinah, od leta 1983 do leta 1987, po podatkih Zavoda RS za statistiko

občina	1983	1984	1985	1986	1987	skupaj
Bežigrad	0	0	1	1	4	6
Center	0	0	2	1	0	3
Moste	2	2	3	2	2	11
Šiška	3	1	0	0	4	8
Vič	2	1	2	1	1	7
skupaj	7	4	8	5	11	35

Vir: Šalehar, 1990: 229.

Skupne značilnosti samomorov mladostnikov v občini Ljubljana - Šiška od leta 1983 do leta 1987 so bile naslednje. Samomor se je zgodil spomladi ali jeseni, prevladovali so fantje stari od 16 do 18 let, ki so obiskovali eno od srednjih šol in imeli slab učni uspeh. Niso bili družabni in niso imeli prijateljev. Sprožilni dejavnik je bil vedno povezan s šolo, oziroma dejanje je bilo označeno kot beg iz "nerešljive" situacije. Nikoli prej niso grozili s samomorom ali ga poskusili storiti. Niso pustili poslovilnega pisma. Najpogostejši način je bilo obešanje, doma ali v gozdu, ali ustrelitev z dostopnim službenim orožjem. (Šalehar, 1990: 230)

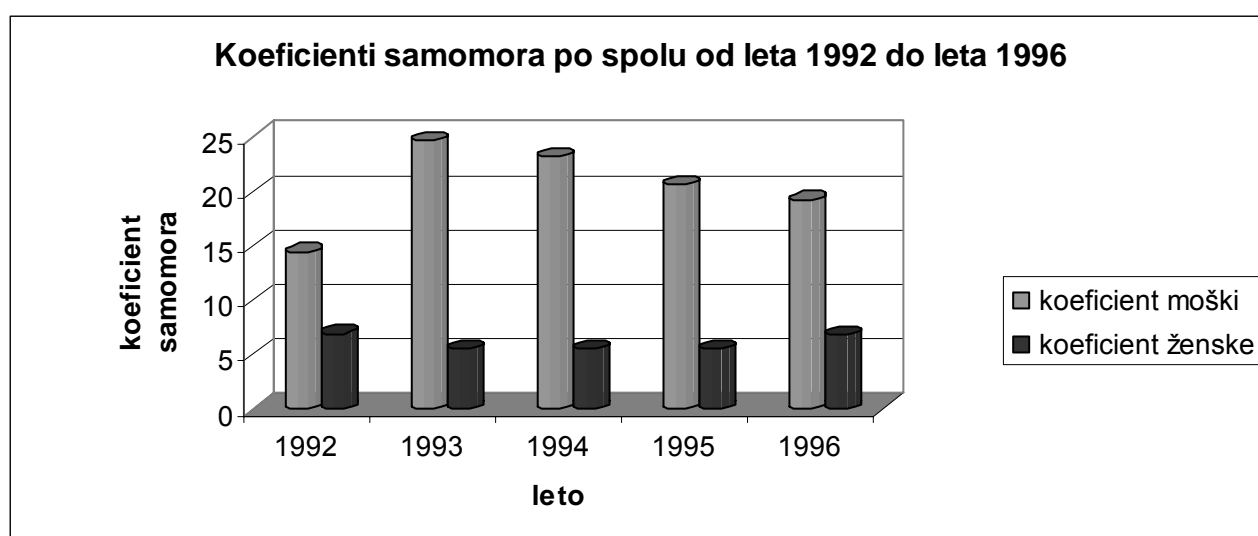
Tabelarno in grafično sem prikazala skupno število vseh samomorov mladostnikov starih od 15 do 19 let, po spolu, od leta 1992 do leta 1996 ter koeficiente samomora mladostnikov, po spolu, za isto obdobje (Graf 11). V tem obdobju je bilo registriranih 100 samomorov (Tabela 18). Največ samomorov so mladostniki storili leta 1993 (23), najmanj pa leta 1992 (15). Po številu primerov so fantje 3,7 krat bolj obremenjeni kot dekleta, kar potrjuje splošno znano razmerje med spoloma za odraslo populacijo. Povprečni koeficient samomora pri fantih je 20,4, pri dekletih pa 6,0. Za celotno populacijo mladostnikov znaša povprečni koeficient samomorilnosti 13, 3 in je v primerjavi z odraslo populacijo bistveno nižji.

Tabela 18: Skupno število vseh samomorov mladostnikov starih 15 do 19 let, po spolu, Slovenija, 1992 - 1996

leto	število samomorov					
	skupaj M+Ž	koeficient samomora	moški	koeficient samomora	ženske	koeficient samomora
1992	15	10,1	11	14,4	4	6,9
1993	23	15,4	19	24,7	4	5,5
1994	22	14,6	18	23,2	4	5,5
1995	20	13,3	16	20,6	4	5,5
1996	20	13,2	15	19,2	5	6,8

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije od leta 1992 - 1996

Graf 11: Koeficienti samomora po spolu, Slovenija, od leta 1992 do leta 1996



Vir: Statistični letopis Republike Slovenije od leta 1992 - 1996

Iz Tabela 19 je razvidno, da je bilo največ samomorov med mladostniki storjenih v ljubljanski regiji, sledijo ji celjska, mariborska in novomeška regija. Preseneča nizko število samomorov mladostnikov v regiji Murska Sobota. Iz tega lahko sklepamo, da je večje število mladostnikov, ki so storili samomor v omenjenem obdobju, prihajalo iz urbanih okolij. Vemo namreč, da je samomorilnost odraslih v Sloveniji značilen vaški, podeželski tip regionalne razširjenosti samomorov, kar pomeni, da so najbolj obremenjeni predeli vzhodne Slovenije (regije Celje, Murska Sobota in Novo Mesto) ter gorenjske regije na severu.

Tabela 19: Pogostost in regionalna razširjenost samomorov mladostnikov starih od 15 do 19 let, Slovenija po spolu, 1992 - 1996

regija	št. samomorov			število vseh mladostnikov	koeficient samomora
	skupaj	moški	ženske		
Celje	17	13	4	91959	18,5
N. Gorica	3	2	1	39256	7,6
Koper	5	4	1	50226	10,0
Kranj	7	5	2	76362	9,2
Ljubljana	28	23	5	221267	12,7
Maribor	14	13	1	117550	11,9
Novo Mesto	7	6	1	49796	14,0
Ravne	12	8	4	51106	23,5
drugo	4	3	1	53971	7,4
skupaj	3	2	1	-	-
	100	79	21	751493	13,3

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije od leta 1992 - 1996

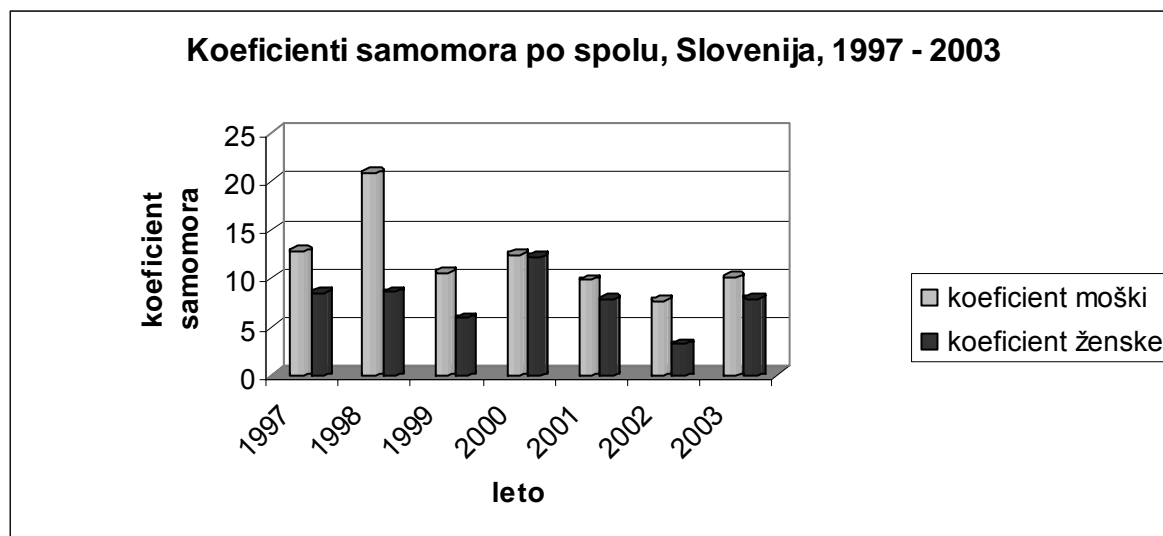
V obdobju od leta 1997 do leta 2003 pa je bilo registriranih 117 samomorov (glej Tabela 20), torej 17 več kot v prej omenjenem obdobju. Največ mladih se je namerno poškodovalo leta 1998, kar 30, najmanj pa leta 2002, 10. Povprečni koeficient samomora pri fantih je 15,3 pri dekletih pa 7,7. Za celotno populacijo mladostnikov znaša povprečni koeficient samomorilnosti 12,0 (glej Graf 12: **Koeficienti samomora po spolu, Slovenija, od leta 1997 do leta 2003**).

Tabela 20: Skupno število vseh samomorov mladostnikov starih 15 do 19 let, po spolu, Slovenija, 1997 - 2003

leto	število samomorov					
	skupaj M+Ž	koeficient samomora	moški	koeficient samomora	ženske	koeficient samomora
1997	19	12,8	13	16,9	6	8,5
1998	30	20,8	24	32,0	6	8,6
1999	15	10,6	14	10,1	4	5,9
2000	17	12,4	9	12,4	8	12,2
2001	13	9,8	8	11,7	5	7,8
2002	10	7,7	8	12,0	2	3,2
2003	13	10,1	8	12,2	5	7,9

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije od leta 1997 - 2003

Graf 12: Koeficienti samomora po spolu, Slovenija, od leta 1997 do leta 2003



Vir: Statistični letopis Republike Slovenije od leta 1997 - 2002

Tabela 21: Pogostost in regionalna razširjenost samomorov mladostnikov starih od 15 do 19 let, Slovenija, po spolu, 1997 - 2003

regija	število samomorov		
	skupaj	moški	ženske
Celje	24	15	9
N. Gorica	3	1	2
Koper	7	6	1
Kranj	11	9	2
Ljubljana	35	23	12
Maribor	18	12	6
Novo Mesto	9	6	3
Ravne	8	7	1
Murska Sobota	2	2	0
skupaj	117	81	36

Vir: Statistični letopis Republike Slovenije od leta 1997 - 2003

V tem obdobju se je zopet največ samomorov zgodilo v ljubljanski regiji, sledi ji celjska, mariborska itd (glej Tabela 21).

V raziskavi ESAD, ki so jo izvedli med slovenskimi srednješolci v letu 2003 kaže, da je kar 6,8 % fantov in 13,6 % deklet v starosti 14 do 19 let že poskušalo storiti samomor. Tabela 22 prikazuje podatke o prav tako anonimni raziskavi ESPAD 03, za regijo Ljubljana za učence 1. razredov srednjih šol rojene leta 1987, ki mi je posredovala ga. Tjaša Jerman iz ZZZV Ljubljana.

Tabela 22: Procent učencev, ki so že poskušali storiti samomor

	fantje	dekleta	skupaj
nikoli	88,6	73,7	80,7
vsaj 1- krat	11,4	26,4	19,3
enkrat	4,4	13,9	9,4
dvakrat	2,2	3,3	2,8
3- do 4- krat	0,4	3,9	2,3
5- krat ali pogosto	4,4	5,1	4,8
skupaj	100,0	100,0	100,0

Vir: ESPAD 03, ZZV Ljubljana

Kot je iz tabele razvidno, na samomor pomisli več mladih deklet kot fantov, medtem ko to misel izvrši več fantov kot deklic.

Po zadnjih podatkih, ki so mi jih posredovali iz policijske uprave Slovenija za leto 2005 (za obdobje od 01.01. – 30.06.2005), pa je samomor storilo 261 posameznikov, od tega eden v starostni skupini nad 14 let do 18 let starosti ter 11 v starostni skupini nad 18 do 24 let starosti. (<http://www.policija.si/si> 14.08.2005)

5.5. POMOČ

Starši, prijatelji, sorodniki, skratka vsi, ki so v pogostem stiku z depresivnim mladostnikom, v večini opazijo in prepoznajo njegovo oziroma njeno spremenjeno vedenje. Misel na samomor in odločitev za to dejanje je nekaj, do česar je mladostnik prišel že med razvojem krize in je ni uspel rešiti.

Mrevlje vidi pomoč v komunikaciji. Mladostnika je potrebno direktno vprašati o tem, ali je že razmišljal o samomoru. Moramo biti dober in aktiven poslušalec, ne smemo pridigati, moralizirati in mu zbujati občutka krivde. Izraziti moramo skrb zanj in naše upanje vanj ter mu ponuditi pomoč. Poskušamo izvedeti, kaj ga vznemirja, prosimo ga, naj nam zaupa svoj problem, poskušamo ga razbremeniti. Kadar naša rešitev in pomoč nista dovolj, ne smemo oklevati in takoj pokličemo profesionalno pomoč. Depresivni mladostniki si pogosto želijo popolno zaupanje in tajnost, tudi kadar hočejo odraslim zaupati, da so njihove misli povezane s samomorom. (Mrevlje, 1995: 24 - 25)

Milčinski meni, da potrebno najprej ustvariti govorno povezavo, pri kateri pazimo, da se ne bo to usmerila v naivno tolaženje, temveč, da razvijemo iskreno pripravljenost, da skupaj z mladostnikom presodimo težavnost položaja in poiščemo izhod. V nadaljevanju prislunemo posamezniku/-ici, ocenimo kakšna je teža njegove/njene čustvene prizadetosti in kakšne nevarnosti iz tega izvirajo. Nadaljnja pomoč je v tem, da damo prizadetemu/-ti vedeti, da mu/ji stojimo ob strani. Nevsiljivo, a vendar vztrajno ga/jo spodbujamo k dejavnostim, ki jih ima rad/-a. Zgolj na podlagi razgovora je zelo težko je presoditi, samo po razgovoru s samomorilnim človekom, ali bo v bližnji prihodnosti storil samomor ali ne. Navidezna pomiritev po razgovoru še ni zagotovilo, da je samomorilna kriza že prešla. (Milčinski 1984:148 - 154)

V Sloveniji obstajajo različni programi izobraževanja in razni seminarji o samomorilnem vedenju. Njihovi cilji so:

- povečanje ozaveščenosti o problemu samomorilnega vedenja,
- usposabljanje za razpoznavo opozorilnih znakov (potrtoost, umik, govor o smrti, pomanjkanje smisla življenja, povečana občutljivost, vzdraženost ipd.), psihosocialnih motenj (socialna izolacija, impulzivno, nasilno vedenje, zloraba alkohola in drugih proaktivnih snovi ipd.),
- seznanjanje z možnostmi, načini strokovne pomoči in motiviranje za obravnavo.

Ponavadi se ti seminarji izvajajo kot skupinski pogovori, izmenjava izkušenj, igranje vlog, trening komunikacije z mladimi, preventivni videoposnetki, izdaja publikacij s potrebnimi znanji in napotki. (Tomori v Marušič in Roškar, 2003: 86)

Že vsak zdravstveni delavec, ki dela z mladostniki, bi moral poznati znake nevarnosti za samomor, meni Šaleharjeva. Osveščati bi morali tiste, ki imajo vpliv na razvoj mladostnika (starši, učitelji, skrbniki itd.). Urediti bi morali, da bi podatki o samomorilnih mladostnikih krožili in bili dostopni v zdravstvenih ustanovah. Izboljšati bi morali sodelovanje s šolami, šolskimi svetovalnimi službami in centri za socialno delo. (Šalehar, 1990:231)

6. PREPREČEVANJE SAMOMORA

Samomor in druge oblike samomorilnega vedenja predstavljajo velik javno zdravstveni problem. Samomor še zdaleč ni zgolj medicinski problem, pač pa tudi družbeni, filozofski, kulturno–zgodovinski, moralno–etnični, religiozni in bivanjski.

Tako kot v svetu, so se tudi že pri nas uveljavile razne vrste institucij za preprečevanje samomora. To so centri za preprečevanje samomora, v katerih združujejo strokovnjake kot so psihiatri, psihologi, socialni delavci, duhovniki, pravniki. Drugo so oddelki za krizne intervencije, namenjene ljudem, ki prebolevajo duševne krize. Tretje so telefonske službe, ki nudijo ustrezen strokovni nasvet osebam, ki svoje identitete noče razkriti. Glede na številne oblike pojavljanja samomorilnega vedenja in številne dejavnike tveganja za ta pojav, se morajo v reševanje intenzivneje vključiti posamezne stroke s svojimi specifičnimi znanji in pristojnostmi – zdravstvo, socialna služba, policija, šolstvo, mediji, društva, lokalne skupnosti. O samomoru moramo čim večkrat glasno spregovoriti, saj nam bo le–to pomagalo pri vzpostavitvi realnejšega odnosa do pojava in do ljudi, povezanih z njim. S tem bomo zmanjšali strahove, nelagodja in nekako presekali ta večni tabuizem na tem področju. Kdor želi izvajati preprečevanje na tem področju, mora gojiti poslušnost za klic na pomoč, da ob pravem času zasliši apel in nanj reagira. Ne smemo pozabiti, da samomor ni bolezen.

V zdravstvu poznamo tri oblike preprečevanja: primarno, sekundarno in terciarno preprečevanje. Na te tri razrede razdelimo tudi preprečevanje samomora. **Primarna** je tista, ki odkriva izvore samomorilnih teženj in si prizadeva, da bi jih izključili iz človekovega delovanja. Na tem področju so pomembni vsi, posamezniki, družina, skupnost, različne stroke. Vsi se prizadevajo, da bi odpravili okoliščine in pritiske, v katerih se pojavljajo samomorilna dejanja. Osnovna prizadevanja vseh naštetih so usmerjena v krepitev samozavesti, dvig občutka lastne vrednosti in učenje pravih načinov reševanja problemov. S tem je potrebno začeti že zelo zgodaj, v vrtcu, lokalni skupnosti, šoli, na delovnem okolju. Primarna preprečevanje samomora je najtežja, saj tukaj preprečevanje ne temelji toliko na poznavanju določene realnosti, temveč na čustveni naravnosti oziroma na življenjski filozofiji, kako najhitreje odkriti korenine samomorilnih teženj in jih izriniti. Pri **sekundarni preprečevanju** gre za zgodnje odkrivanje samomorilno ogroženih in za organizacijo njihove zaščite pred avtoagresivnimi dejanji. Ponavadi je to področje psihiatrov ter njihovih sodelavcev. V ospredju je (ob)varovanje duševno bolnih – depresivnih in shizofrenih, ki imajo višji koeficient samomora kot ostali. Pomembno vlogo ima tudi socialno delo, ki se vključuje v delo terapevtskih skupin, skupin za samopomoč ter kriznih centrov. Zdravljenje temelji na načelih, ki jih je izdala Republiška strokovna komisija za alkoholizem in druge odvisnosti. **Terciarna preprečevanje** pa so v bistvu medicinske tehnike (urgentne, internistične in kurirske službe), s katerimi je mogoče samomorilcu rešiti življenje. (Milčinski, 1999:371)

Na področju sekundarne in terciarne preprečevanja je pozornost potrebno nameniti zlasti ljudem, pri katerih je tveganje za samomorilne dejanje večje. Kvalitetna skrb za kronično bolne, zlasti osebe z duševnimi motnjami in obolenji, v vseh fazah njihove bolezni lahko pomembno zniža stopnjo samomorilnega vedenja. Tukaj pridejo v ospredje poleg zdravstvenih služb tudi socialne službe, društva, nevladne organizacije, delodajalci in svojci.

Onja T. Grad meni, da je pri tem problemu zahtevana angažiranost mnogih. Doslej naj bi bilo le zdravstvo, znotraj njega pa psihiatrija, ki se je sistematično ukvarjala s problemom

samomora. Zmanjšanje koeficienta samomora naj bi dosegli, po njenih besedah, le v primeru, če se bodo v tej akciji povezale vse plati, kjer samomorilno vedenje lahko prepoznamo in preprečimo. Do sedaj naj bi se s preprečevanjem samomora ukvarjalo Ministrstvo za zdravstvo, kar pomeni, da je samomor sprejet kot bolezen ali kot posledica bolezni. Ta predpostavka že v izhodišču zmanjšuje možnosti celostnega razumevanja fenomena samomora in njegovega preprečevanja. Edini način za preprečevanje oziroma za dolgoročno zmanjšanje samomorilnosti je nacionalni program. Njegov cilj bo v naslednjih desetih letih zmanjšati samomorilnost za 20 odstotkov. V Sloveniji se le-ta pripravlja v sodelovanju in s podporo svetovne zdravstvene organizacije. (Grad v Leskošek in Šprogar, 1996:11) Po zadnjih podatkih, ki jih navaja minister Keber, naj bi bil program končan v letu 2005, vendar pa o tem še vedno ni sluha. (<http://www.siol.net> 11.11.2004)

Nacionalni program naj bi opredelil rizične skupine in poskušal vplivati na spremembo načina življenja in razmišljanja ljudi. Skrbeti bo potrebno, da samomor ne bo tabu tema in da ne bo več pomenil stigmatizacije, meni bivši minister Keber. Prav s spremembo stališča ljudi do samomora bo možno marsikomu, ki se znajde v stiski in pomisli na to dejanje, pomagati, meni Onja Tekavčič-Grad. Marušič pravi, da se v Sloveniji v zadnjih desetletjih še nismo lotili preprečevanja samomora na učinkovit način. Eden tovrstnih ukrepov po njegovem naj bi bil novi "proti-alkoholni" zakon. V svetu naj bi tovrstni ukrepi že pokazali pozitivne rezultate pri številu samomorov. Po številu samomorov med najbolj ogrožene regije v Sloveniji sodijo Celje in Ravne na Koroškem, kjer pa inštitut za varovanje zdravja pripravlja izobraževanje splošnih zdravnikov po doslej najbolj učinkoviti metodi, ki jo je uvedel predstojnik WHO organizacije za duševno zdravje v Evropi, Wolfgang Rutz. (www.siol.net 11.11.2004).

7. ŽALOVANJE PO SAMOMORU

Izguba bližnjega pomeni osebi največjo bolečino, ki ji je zadana v življenju. Ranjena je njena duša, tako kot je bila duša umrlega, ki je storil samomor. Prizadet ni samo človek, ki razmišlja o samomoru, prizadeti so vsi, ki s takšno osebo živijo. To je življenje pod nenehnim pritiskom. Za vsakim človekom, ki umre zaradi samomora, ostane pet bližnjih, ki za njim žalujejo. Glede na visoko število samomorov v Sloveniji je to 3000 prizadetih na leto, kar pomeni 0.15 % vsega prebivalstva v Sloveniji.

Potek žalovanja je naporno in dolgotrajno. Pri vsakem posamezniku/-ici je drugačno in odvisno od njegovega oziroma njenega psihičnega, fizičnega ravnotežja, od energije, socialno–kulturnih, etničnih, družbenih dejavnikov ter nenazadnje okoliščin smrti. Čeprav je žalovanje skrajno oseben proces in odgovor posameznika/-ice, obstaja določen vzorec, po katerem se ta proces odvija in ga lahko pričakuje vsak žalujoči. Najprej se pojavi **šok**, ki je prisoten pri nenadni, nesprejeti smrti. Posameznik/-ica postane čustveno zavrta, otopel/a in noče sprejeti smrti-izgube. Nekateri se niti ne zavedajo oziroma se tega nočejo zavedati. Žalujoči se nekako ščiti in uporablja svoj obrambni mehanizem tako, da zanika izgubo. Ta faza traja od enega do sedem dni in omogoča počasen prehod v naslednjo fazo procesa. **Protest** označujejo hrepenenje, močna čustvena reakcija, mešajo se pričakovana čustva, kot so: jok, huda bolečina ob izgubi, nemir in panika, razdražljivost, spremenjeno doživljanje samega sebe (občutki manjvrednosti), spremenjeni vzorci vedenja, spremenjeni odnosi z ljudmi. Ta faza traja od dveh tednov do treh mesecev. **Dezorganizacija** prizadetega posameznika in njegovega življenja traja prvo leto po smrti in predstavlja nekakšno otopelost in brezizhodnost. Pojavijo se motnje spanja, apetita, dihalne težave, utrujenost, pretirana aktivnost, nemir, težave z zbranostjo, nesposobnost prevzemanja pobud v socialnih razmerah, stiska, obup, tesnoba, razdražljivost, krivda, jeza, itd. Zadnjo fazo procesa predstavlja **reorganizacija**. Žalujoči poskuša sprejeti novo podobo sebe in s tem novo vlogo. Stabilna obdobja so vse daljša, čeprav je možno trenutno poslabšanje razpoloženja, predvsem ob obletnicah in podobnih dogodkih, ki spominjajo na umrlega. (Tekavčič-Grad v Marušič in Roškar, 2003:156 - 158)

Žalovanje po samomoru vključuje poleg že zgoraj naštetih bistvenih elementov tega procesa še druge, tipične za tovrstno žalovanje, kot so krivda, stigma (ožigosanje okolice) in sramota. Žalujoči se počuti zavrženega, nepriljubljenega, nevrednega in velikokrat odgovornega za smrt preminulega. Umrli se je raje odločil za prekinitev življenja, kot da bi ostal z njim oziroma njo. Žalujoči čuti, da ga okolica ocenjuje, počuti se stigmatiziranega in izoliranega. Marsikdaj so ti občutki točni, velikokrat pa so posledica lastnih občutij krivde in posledično tudi občutka, da ga oziroma jo okolica ocenjuje. Ljudje iz okolice pogosto ne vedo, kako bi se odzvali in se stiku s svoji preminulega tako raje izognejo.

Samomor v družini vpliva na delovanje celotnega družinskega sistema. Za to obstajata dva razloga:

1. družine, kjer se zgodi samomor, so bile že pred dejanjem manj funkcionalne ali celo disfunkcionalne ali
2. samomor lahko razruši družinski sistem, da ne more več funkcionirati.

V Sloveniji obstaja pomoč bližnjim po samomoru od leta 1989 v okviru Psihiatrične klinike v Ljubljani. Pomoč je individualna ali skupinska. Skupinska pomoč je zaprtega tipa z omejenim

številom udeležencev in določenim številom seans. (Tekavčič-Grad v Marušič in Rožkar, 2003:159 - 164)

8. ZAKAJ JE SLOVENIJA TAKO OBREMENJENA S SAMOMORI?

V Sloveniji že kar nekaj časa letno stori samomor okoli 600 ljudi in vsaj 5 do 10-krat toliko posameznikov poskuša storiti samomor. Lahko bi rekli, da vsak od približno dveh milijonov Slovencev, pride v svojem življenju, tako ali drugače v stik s samomorilnim vedenjem neke osebe. (Mrevlje, 1995:112 - 113)

Na vprašanje o visoki obremenjenosti Slovenije s samomorom najdemo veliko poskusov razlag in odgovorov. Mrevlje pravi, da pripadamo srednjeevropskemu bazenu, kjer je koeficient samomora razmeroma visok. Sem spadajo Avstrija (Koroška in Štajerska), Madžarska, Vojvodina in del Češke in Slovaške, kjer so bile in so številke še vedno visoke, ne glede na družbene sisteme. Iz tega sklepamo, da je pomembna geografska pripadnost, podobne meteorološke razmere, skupne kulturno-zgodovinske in socialno-politične okoliščine. Nacionalni značaj Slovencev opisuje avtor kot pretežno pedanten in redoljuben. Prezahtevni smo do sebe in drugih, zelo malenkostni, občutljivi in samoagresivnostno naravnani. K temu prištevamo tudi zlorabo alkohola in legalnih ter ilegalnih drog. Vse to potencialno vodi k razpadu, slabljenju osebnosti v psihičnem, fizičnem in socialnem smislu. (Mrevlje, 1995: 14 - 26)

Slovenci nikoli nismo imeli zgodovine, razen Karantanije, in na podlagi tega se narodna zavest ni mogla najbolje razviti. Nenehno smo se podrejali močnejšim in večjim sosedom, saj smo bili razdeljeni in maloštevilni. Do leta 1918 smo živeli v notranjeavstrijskih deželah in na podlagi le-teh smo se navzeli discipliniranega življenja in mišljenja. V letih med prvo in drugo svetovno vojno smo bili ločeni na zahodni del (ki je bil pod italijansko oblastjo) in vzhodni del z jugom (Jugoslavijo). Za zahodni del Slovenije ni nobenih podatkov o samomorilnosti, medtem ko je koeficient za vzhodni del znašal 19,4. Od leta 1943 in nadaljnjih 50 let sta ta dva dela Slovenije tvorila severozahodno republiko Jugoslavijo. Leta 1991 pa se je Slovenija osamosvojila in razvila parlamentarno demokracijo. Že takoj tistega leta je bilo občutiti upad samomorilnosti. (Marušič, 1998)

Trstenjak meni, da smo Slovenci v nenehnem strahu pred iztirjanjem, ne znamo prenašati porazov, smo grobi, uporni, željni neodvisnosti, navdaja nas občutek manjvrednosti in tako tiho lezemo v depresijo. Pri tem tipu vzorca gre za nekakšno dušenje in zadrževanje agresivnih teženj, ki ne najdejo ustrezne poti navzven. Tu se lahko zgodi, da se ost agresije usodno zasuče proti subjektu samemu, kar pa se pri Slovencih prepogosto dogaja. Prav tako meni tudi zgodovinar F. Kos, ki pravi, da smo bili Slovenci med najkrvoločnejšimi plemeni v zgodovini. (glej Trstenjak 1986)

V družbeni sedanosti našo družbo obvladujeta porabniška slepota in lov za materialnimi dobrinami. Emocionalni in duhovni prostor se krčita in individuum se čedalje bolj pogreza v vedno večjo samoto, osamo in tesnobo. Takšno nesorazmernost med emocionalnim in materialnim področjem pogojujejo okoliščine, v katerih ljudje materialno bolje živijo, a je njihovo emocionalno in duhovno področje oslABLJENO (samomor, alkoholizem, prometne, delovne nezgode). (Leskošek, 1998: 11)

Janko Bohak meni, da Slovenija takih problemov, kot jih ima sedaj, ko imamo statistiko samomorilnosti (od 2/2 19. stoletja), v zgodovini ni imela. Takrat je bil koeficient samomorilnosti tako visok zaradi dežele Avstroogrske, medtem ko Slovenci nismo bili tako

ogroženi. Proti koncu 19. stoletja so se številke začele dvigovati, narasle so tudi v času prve svetovne vojne, v času gospodarske krize (propad kmetij, odhod kmetov v Ameriko itd). V času druge svetovne vojne so številke zopet poskočile, a ne toliko kot v petdesetih letih in osemdesetih letih. V času osamosvajanja Slovenije se je koeficient zopet znižal, vendar ne za dolgo. To pomeni, da se Slovenci v svoji državi ne počutimo varne. (Bohak v Gržan, 1999: 40 - 41)

Slovenija je bolna družba, in to predvsem socialno in duhovno. Vse to je odsev pomanjkanja prevladujočega vrednostnega sistema, oziroma odsev mešanice vseh vrednot; kjer noben vrednostni sistem ne prevladuje, zato se najglasneje izražajo negativne vrednote: agresivnost in samoagresivnost, škodoželjnost in zaplotništvo, privoščljivost in zatiranje drugih, pa tudi pomanjkanje znanja, sposobnosti in veščin, ki posameznika postavljajo v družbi, sposobnost komuniciranja z drugim in s sabo, poslušanje in razumevanje drugega, spoštovanje sebe in drugih, tolerantnost... (Hanžek v Gržan, 1999: 43)

Marko Kerševan meni, da razloga za tako visoko stopnjo samomorilnosti ne moremo iskati v "modernih družbah", ne v "socializmu", "habsburški dediščini", kot tudi ne v "slovenskemu nacionalnemu značaju". Razloge je potrebno iskati v kombinaciji tradicionalne zaprtosti in modernega individualizma. Najbolj samomorilna v Sloveniji niso najbolj moderna okolja, temveč gospodarsko zaostala vaška okolja, ki v Sloveniji niso več zgolj kmečka, ampak kmečka v razkroju in moderna v nastajanju. Sedanje družbeno stanje v Sloveniji, ki je očitno nezdravo (glede na tako visok koeficient samomorilnosti), nas sili v spremembo razmer, vendar brez garancije. (Kerševan, 1990:183)

Škamperle pravi: »Naša družba ohranja neko splošno miselnost, ki jo po drugi strani sama ustvarja. Nagnjena je k temu, da pričakuje in si želi estetsko izbranih, fizično manjših, vendar ekstremnih stvari.« S sociološkega vidika se to nanaša na slovenski značaj, ki je v primerjavi z značajem ostalih narodov nagnjen k ekstremnim variantam (alpinizem, hitra vožnja ipd.). S Škamperletovo mislijo se strinja tudi Jože Blažič, ki dodaja, da smo Slovenci specialisti v doseganju nekaterih ciljev. Ti cilji ne opravičuje sredstvo za dosego, moramo jih doseči, v nasprotnem primeru se stvari zaključijo s samomori. (Marušič, 2002: 13)

Ali je samomor beg ali rešitev? Ga odobravamo ali ne? Je družbeno sprejemljiv ali odklonski? Je herojsko dejanje ali dokaz nemoči? To sploh ni važno. Vsi se bomo morali močno potruditi, da ga izkoreninimo. Pri stiskah, ki vodijo v suicidalno dejanje, je včasih dovolj že iskren pogovor. Četudi si mislimo, da smo trdni kot hrast, nismo imuni na udarce strele. In sočlovek je tisti, ki nam v stiski lahko pomaga ter nudi zavetje. Potrebno je poiskati pomoč, pogovor, ne pa bežati stran, se zapirati med štiri stene. Konec koncev pa: kdo nam lahko prepreči, da prekinemo tisto, kar je samo naše? Samo mi smo vladar našega planeta imenovanega Življenje in naša odločitev je, ali bomo živeli in užili življenje, ki nam je bilo podarjeno samo enkrat, ali ne.

9. SKLEP

V svoji diplomski nalogi sem obravnavala fenomen samomora, za katerega ugotavljam, da predstavlja velik problem sodobnih zahodnih družb. Samomora ne moremo omejiti na eno samo dimenzijo, ker je večplasten in tako zamotan, da ga ne moremo pojasniti z enim samim vidikom oz. perspektivo. Ugotavljam pa, da je tesno povezan z alkoholizmom in drugimi oblikami zasvojenosti.

Samomor predstavlja neravnovesje med bolečino in načinom njene ublažitve. Potrebno je poiskati metodo in sredstva za zmanjšanje te bolečine. Če uporabim Durkheimove besede, predstavlja samomor izraz človekovega tujstva. Je individualen in družbeni pojav, v katerem je najbolj prisotna in razvidna človekova samota in osamljenost pred smrtjo. Doživljanje te osamljenosti in samote je dobro razvidno iz poslovnega pisma Karoline Cankar, ki je 3. maja leta 1907 storila samomor.

Upam, da se mi bo posrečilo, ker se že toliko časa pripravljam: končati to nesrečno življenje. Kdor obsoja samomorilce, ta si gotovo ne more predstavljati, kakšno strahoto tak človek s seboj nosi, kako se oprijemlje za vsako bilko, kako odlaša in odlaša in šele, kadar nikjer nič več ni, kadar je tema krog in krog in nikjer prijateljske roke, ki bi mu pomagala iz tega močvirja – se porodi prijazna misel na samomor. Svet postane tedaj na mah lep; navzlic spoznanju, da bi postal tujec, ki ga je človeška družba pahnila od sebe... Moč mi je zlomljena in ni mogoče več vztrajati, bratje me ne marajo, prijateljev nikdar nisem imela, glava mi je trudna in težka, in nimam jo kam položiti. V smrt torej! (Leskošek, 1999:274)

Emile Durkheim je svoje sociološke metode utemeljeval ob analizi samomorov in pri tem poskušal dokazati, da je samomor kot individualno in individualizirano dejanje pravzaprav družbeno dejstvo. Kritiki so menili, da je Durkheim spregledal individualno plat tega pojava, jaz pa menim, da je dal samo izrazito prednost družbenemu, saj je bil prepričan, da individualne posebnosti ne morejo pojasniti družbenega deleža samomorov. Menil je, da bodo ugotovitve o vzrokih in virih samomorilnosti vplivale na preventivo in zmanjšanje števila samomorov. Pri odpravljanju problema samomorilnosti moramo torej odpraviti najprej družbene vzroke, ki vplivajo na individualne posledice. Dejstvo je, da število individualnih posledic, ki se iz leta v leto večja, proizvede družba. Med najbolj pomembne posledice uvrščamo duševne motnje (depresija, psihoze, shizofrenije, vedenjske motnje, odklonskost in zloraba psihoaktivnih snovi, obupanost, brezup, samomorilne misli itd). Depresivne osebe so na primer samomorilno ogrožene že zaradi same depresije, poleg nje pa se pojavijo še drugi, dodatni dejavniki tveganja (impulzivnost, slab šolski uspeh, zloraba psihoaktivnih snovi, obup itd). Zanimivo je to, da je bilo pred stotimi leti (s stališča Durkheimove teorije) desetkrat manj duševnih motenj, ki so vzpodbudile posameznike in posameznice k usodnemu dejanju, kot danes. Iz tega lahko sklepamo, da je moderna družba generator duševnih motenj pri posamezniku oz. posameznici, torej da je družba tista, ki proizvede tolikšno število obolenj in posledično seveda samomora. Durkheim je menil, da če se zavzemamo za napredek in izboljšanje, ne moremo brez naraščanja delitve dela, medsebojnega tekmovanja ljudi, njihove individualizacije, večje prizadevnosti in s tem višjih egoističnih ciljev. Vse to pa spet vodi do odtujenosti, osamljenosti in posledično do samomora. Število individualnih posledic se bo povečevalo toliko časa, dokler se družba ne spremeni. (glej Kerševan, 1990)

Cilj diplomske naloge je bil ugotoviti značilnosti populacije mladostnikov starih 15 – 19 let v Sloveniji, ki so v letih 1992 – 2003 storili samomorilno dejanje ter ugotoviti razlike glede na splošne socioekonomske in demografske spremenljivke. V Sloveniji je tako od leta 1992 do leta 2003 opaziti nihanje števila mladostniških samomorov. Dekleta so bolj nagnjena k apelativnem in manipulativnem tipu agresivnosti (samomorilni poskus), pri fantih pa prevladuje dejanje z usodnim izidom (samomor). Vzroke za omenjena nihanja samomorilnosti pri nas je težko razložiti. Pogosto so povečanja povezana s slabšim šolskim uspehom, družinsko situacijo in drugimi rizičnimi psihosocialnimi faktorji okolja. Določen vpliv bi lahko prepisali tudi medijem, ki imajo vpliv na oblikovanje stališč o samomorilni problematiki. Ne moremo pa zanemariti tudi težnje mladostnikov po posnemanju zgledov iz okolja, ki dajejo mladostniku vzorce za reagiranje v duševni stiski. Vzroke lahko najdemo tudi v povezavi s kakšnimi sistemskimi vzgojno izobraževalnimi spremembami, ki bi lahko na mladostnika delovali stresno. S samomorilnim dejanjem je v veliki meri povezan tudi alkohol, ki vpliva na to, da si mladostnik "lažje" vzame življenje. Zanimivo je dejstvo, da je pri samomoru približno ena tretjina fantov storila samomorilno dejanje v opitem stanju. Skleпам, da bodo mladi, ki že zelo zgodaj doživljajo poraze in stigmatizacijo, v srednjih in poznih letih resni kandidati za samokaznovanje. Na podlagi dosegljivih statističnih podatkov sem tako ugotovila, da se generacijska meja samomorilnosti pomika vse bolj navzdol. Čeprav samomor med mlajšo generacijo še ni prav pogost, so pa zato pogostejši samomorilni poskusi. V Sloveniji je mladih samomorilcev veliko (okoli 18 na leto). Enega od glavnih vzrokov za tako visoko letno število pripisujem pomanjkanju individualnega vzgojnega učinka na otrokovo zavest (alkohol v družini, razveza staršev, neupoštevanje otrokove osebnosti in individualnosti ipd). Vse to dela mlade ljudi nevrotike in iz teh osnov se razvijajo samomorilni vzorci, ki kasneje pripeljejo do dokončne odločitve.

Mirjana Ule pravi, da v sedanjih razvitih družbah ni jasne meje med otroštvom in odraslostjo. Mladi so izpostavljeni velikim pritiskom. Pridobiti si želijo čim več in čim višjo izobrazbo, visoko kulturno raven in nanju vezana odličja, ki omogočajo družbeno promocijo, kariero in privilegije. Pomembna so tudi formalna in neformalna priznanja v potrošnji, prostem času (šport, mediji, modni stili, posebne spretnosti itd.) itd. Vsa ta prizadevanja po čim večjih odličjih pa vplivajo na podaljšanje mladosti. Odhod od doma oz. staršev je za mlade pomemben dogodek v njihovem življenju. Mladi se tako zaradi individualizacije takega življenjskega poteka soočajo z vedno večjimi tveganji, težavami in zapleti. Na podlagi tega se pojavlja trend postadolescence ali t.i. podaljšane mladosti. (Ule, 1999:263 - 268) Podaljšano mladost obvladujejo tri institucije: izobraževalni sistem, sistem zaposlovanja in pristočni kulturni sistem. Mladost je obdobje šolanja in tako vsi problemi in pritiski izhajajo iz te dejavnosti. Za mladostnika je zelo pomemben prehod iz šole v zaposlitev, ki ponazarja prehod iz mladosti v odraslost. Raziskave nezaposlenih mladih kažejo, da je to danes ena najbolj ogroženih populacij mladih. Povečanje vseh tveganj in negotovosti v življenju mladih zajemamo v pojmu življenjska demoralizacija. To je psihosocialni položaj posameznika/-ice, ki se kaže v občutku nemoči, samoodtujitvi, socialni izolaciji, občutku nesmisla in praznosti, občutku nepravčnosti in avoritarizmu. (Ule, 2000: 11 - 33)

Otroštvo in mladostništvo sta brez dvoma najbolj kritični obdobji v človekovem življenju. Danes vse večji odstotek mladih, starih do 30 let, odlaša z odhodom iz domačega okolja, ki jim nudi varnost, udobje, finančno podporo ipd. Norme, ki so bile v preteklosti močno začrtane (poroka, služba, otroci itd.), izgubljajo svojo moč. Ni več pomembno ali je nekdo poročen ali ne, koliko otrok ima, ali dela osem ur ali ne. Danes prevladujejo samostojne izbire življenjskega sloga, dinamičnost, skrb za zdravje in dober videz. Subjektivne vrednote so stopile v ospredje, kolektivne pravice pa postajajo stvar preteklosti. Sodobna družba je družba

tveganja in tako je posameznik/-ica izpostavljen/a mnogim tveganjem zaradi nestanovitne povezave med zahtevami in dejanji.

Za zmanjšanje števila samomorilnosti menim, da je potrebno posvetiti več časa družini, življenjskim vrednotam, partnerskim odnosom, pridobiti si več časa za otroke ipd. Potrebno je tudi tesnejše sodelovanje med šolo, družino in posameznikom/-ico, mladim dati več možnosti za kvalitetnejšo rast, zmanjšati brezposelnost ipd. Preventiva na tem področju je zelo pomembna, enako kot strokovna opremljenost najrazličnejših strokovnih profilov. Dokler pa ne bomo poznali pravih vzrokov za samomor, tudi ne moremo govoriti o učinkoviti nacionalni strategiji za preprečevanje samomora. Pojavljajo se vprašanja, kako, kje in kdaj spregovoriti o samomoru. Zelo malo ali skoraj nič se ne govori ali piše o problemu samomorilnosti. Na internetu je zaslediti zelo malo podatkov v zvezi s samomori, ki bi bili javno objavljeni. Za boljšo osveščenost o tem problemu, bi bilo potrebno vzpostaviti kvalitetno in sprotno statistično spremljanje pojava samomorilnosti in poskusa samomorilnosti, strokovno analizo ter objavo teh podatkov. Le ažurni podatki nam bodo omogočili izhodišča za pravočasne in pravilne preventivne ukrepe.

Kerševan (1990) meni, da so sociologi na Slovenskem zmožni ponuditi le nekaj razmišljanj in tez, ne pa raziskav in odgovorov. Pa vendar iz vsega doslej lahko trdim, da je slovenska družba in da smo Slovenci kot narod obremenjeni s trajnim suicidalnim sindromom, ki se kaže tako na individualni kot na splošni socialni ravni. Dejstvo, da imamo zelo nizko rodnost (nataliteto) in tako visok koeficient samomorilnosti, ocenjujem za zelo resen problem. Kljub tehnologiji, industriji, sodobni komunikaciji, razvoju mest in podeželja, dobrih pogojih in možnostih izobraževanja, se še vedno zdi, da se Slovenci predajamo tesnobi in osamljenosti. Vse to nas vodi v depresivnost, alkoholizem in samomore.

**KAKO
BIT ' HOČEŠ POET IN TI PRETEŽKO
JE V PRSIH NOSIT ' AL ' PEKEL AL NEBO!
STANU
SE SVOJGA SPOMNI, TRPI BREZ MIRU!**
(Prešeren)

10. LITERATURA

- Achte, K. A., LÖNNQUIST, J. (1985). »Kulturni vidiki samomorilnosti v različnih deželah.« V : *Samomor in Slovenci* (druga predelana in dopolnjena izdaja), Lev Milčinski (ur.), Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 62.
- Bohak, J. (1999). »Pogovor z Jankom Bohakom.« V: *Prekinjeno življenje – samomorilnost na Slovenskem*, Karel Gržan (ur.). Ljubljana: Družina, 1999. – (Zbirka Razpotja življenja; 1), str. 29 - 47.
- Dernovšek Z. Mojca (2003). »Preprečevanje samomora v primarnem zdravstvu.« V : *Slovenija s samomorom ali brez* (monografija), Andrej Marušič in Saška Roškar (ur.), Ljubljana: DZS, str. 64 - 73.
- Dolenc, Anton in Borisov, Peter (1990). »Zgodovinski pogled na samomor ali ovrednotenje samomora skozi prostor in čas.« V: *Medicinski razgledi 1990*, 29: Suppl 6 (monografija), Anton Dolenc (ur.), Ljubljana: Medicinski razgledi.
- Durkheim, Emile (1992). *Samomor – Prepoved incesta in njeni izviri*, Ljubljana: ŠKUC, Filozofska fakulteta Ljubljana.
- Goričar, Jože (1983). »Sociologija o samomoru (Nekaj vprašanj in ugotovitev).« V: *Samomor in Slovenci* (Zbornik), Lev Milčinski (ur.) Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Inštitut za medicinske vede, Univerzitetna psihiatrična klinika v Ljubljani, str. 199 - 206.
- Grafenauer, Niko (1990). »Oblike slovenskega samomora.« V: *Medicinski razgledi 1990*, 29: Suppl 6 (monografija), Anton Dolenc (ur.), Ljubljana: Medicinski razgledi. Str. 271 - 290.
- Gržan, Karel (1999). *Prekinjeno življenje – samomorilnost na Slovenskem* / Karel Gržan. -, Ljubljana: Družina, 1999. – (Zbirka Razpotja življenja; 1).
- Hanžek, Matjaž (1999). »Pogovor z Jankom Bohakom.« V: *Prekinjeno življenje – samomorilnost na Slovenskem*/Karel Gržan (ur.). Ljubljana: Družina, 1999. – (Zbirka Razpotja življenja; 1), str. 43.
- Haralambos, Michael in Holborn Martin (1999). *Sociologija – teme in pregledi*, Ljubljana: DZS.
- Hudolin, V. (1971). *Kaj je alkoholizem*. Ljubljana: Republiški odbor Rdečega križa Slovenije: Koordinacijski odbor SRS za boj proti alkoholizmu, 1971.
- Hudolin, V. (1982). *Klubovi lječenih alkoholičara*. Zagreb: Jumena.
- Ihan, Alojz (2000): »Družbene korenine samomorilnosti.« Delo, 16. september, str.10 - 11.
- Juričič-Konec, Nuša (2003). »Samomor v regiji Celje – možnosti in primer preprečevanja v lokalni skupnosti.« V: *Slovenija s samomorom ali brez* (monografija), Andrej Marušič in Saška Roškar (ur.), Ljubljana: DZS, str. 144 - 152.
- Juričič-Konec, Nuša in Lešer, Iztok (2004). Zgibanka: »Kadar nas je strah, da bi si kdo vzel lahko življenje.« Skupina za preprečevanje samomora v regiji Celje pri Zavodu za zdravstveno varstvo Celje, 2004
- Kerševan, Marko (1983). »Sociologija in samomor.« V: *Samomor in Slovenci* (Zbornik), Lev Milčinski (ur.), Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Inštitut za medicinske vede, Univerzitetna psihiatrična klinika v Ljubljani, str. 20 - 21.

- Kerševan, Marko (1990). »Razmišljanje o sociološkem ozadju samomorilnosti na Slovenskem.« V: Medicinski razgledi 1990; 29: SUPPL 6 (monografija), Anton Dolenc (ur.), Ljubljana: Medicinski razgledi. Str: 183 - 187.
- Kerševan, Marko (1992). Emile Durkheim, Sociologija in samomor, Spremna beseda k Durkheim, Emile, *Samomor- Prepoved incesta in njeni izviri*, Ljubljana: ŠKUC, Filozofska fakulteta Ljubljana, str. 139 - 155.
- Knez, Danijela (2003). »Sociološki pogledi na samomor.« V: *Slovenija s samomorom ali brez* (monografija), Andrej Marušič in Saška Roškar (ur.), Ljubljana: DZS, str. 38 - 43.
- Leskošek, Franc. »Zakaj več deset Gorenjcev vsako leto položi roko nase.« Gorenj. Glas (1985), 26.X.1990, str. 14 - 15, portret.
- Leskošek, Franc (1989). Sociološki vidiki samomorilnosti – empirična raziskava samomora na Gorenjskem (magistrsko delo), Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani, Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo.
- Leskošek, Franc in Šprogar, Jelka. »Samomor bo večna skrivnost.« 7D (Marib.), 1996, letn. 25, št. 4, str. 10 - 13, fotogr.
- Leskošek, Franc. »Preteklost nam je vcepila introvertiranost, prihodnost nas bo skoraj zanesljivo odprla.« Delo – Znanost (Ljubl.), 21.11.1998, 40, št. 16, str. 11, ilustr.
- Leskošek, Franc. »Samomorilnost od 1987 do 1996.« V: Dežman, Jože (ur.). Gorenjska: 1999 – 2000: (knjiga gorenjske samozavesti), (Gorenjski kraji in ljudje, 14). Kranj: Gorenjski Glas, 1999, str. 274 - 275.
- Leskošek, Franc (2000). *Sociološki vidiki samomorilnosti na Slovenskem (doktorska disertacija)*, Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Leskošek, Franc (2001). »Samomor kot družbeni in kulturnozgodovinski pojav. Od popolne obsodbe do popolne svobode.« Delo – Znanost (Ljubljana), 13. jan. 2003, leto 45.
- Leskošek, Franc. »Samomorilnost v Sloveniji po mesecih, dnevih, urah in med prazniki: nevarna je predvsem pomlad.« Delo – Znanost (Ljubl.), 13. jan. 2003, leto 45.
- Leskošek, Franc. »Manj izobraženi ne iščejo izhodov: samomor in izobrazba.« Delo – Znanost (Ljubl.), 26. jan. 2004, leto 46, št. 20, str.9.
- Markota, Mladen (2001). *Zdravje v Sloveniji: 1990 – 1999*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2001.
- Marušič, A. (1998): »Suicide Mortality in Slovenia: Regional Variation.« Crisis 19/4 (1998).
- Marušič, Andrej in drugi (2002). »Samomor kot legitimna smrt?« Emzin (revija za kulturo), emzinova govorilnica, julij 2002, št. 1 - 2, str 8 - 17.
- Marušič, Andrej, Roškar, S. (2003): *Slovenija s samomorom ali brez* (monografija), Ljubljana: DZS, 2003.
- Marušič, A., Roškar, S., H. Hughes, R. (2004): »Familial Study of social Behavior Among Adolescents in Slovenia.« Crisis 2004; Volume 25 (2): 74 - 77.
- Marušič, A. in Zorko, M. (2003): »Slovenski samomor skozi prostor in čas.« V: *Slovenija s samomorom ali brez* (monografija), Andrej Marušič in Saška Roškar (ur.), Ljubljana: DZS, 2003, str. 10 - 21.
- Milčinski, Lev (1984). *Psihoterapija* (11) Suicidologija, Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani; Univerzitetna psihiatrična klinika v Ljubljani.
- Milčinski, Lev (1985). *Samomor in Slovenci* (druga predelana in dopolnjena izdaja), Lev Milčinski (ur.), Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Milčinski, Lev. (1986). Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

- Milčinski, Lev (1998). *Smrt Ivana Hribarja*, Psihiatrična klinika Ljubljana, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, str. 18 - 20.
- Milčinski, Lev (1999). »Fenomenologija in opredelitev samomorilnega vedenja.« V: *Psihiatrija* (Zbornik), Martina Tomori in Slavko Zihlerl (ur.), Medicinska fakulteta, Ljubljana, str. 361 - 375. 18.
- Milovanović, D. (1985). »Milovanovičev poskus psihosocialne opredelitve samomora.« V: *Samomor in Slovenci* (druga predelana in dopolnjena izdaja), Lev Milčinski (ur.), Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 116 -117
- Mrevlje, G. (1995). Oblike, vzročnost in dinamika samomorilnega vedenja pri otrokih in mladostnikih. *Ciklus seminarjev Namesto koga roža cveti*: Meridiana, str. 14 – 26.
- Retterstol, N. (1993). *Suicide - A European perspective*. Cambridge: Cambridge University Press 1993.
- Ringel, E. (1973). Osnove sodobne profilakse samomora. Ljubljana: Zdravstveni vestnik, 42: 221 - 224.
- Ringel, E. (1985). »Kulturni vidiki samomorilnosti v različnih deželah.« V: *Samomor in Slovenci* (druga predelana in dopolnjena izdaja), Lev Milčinski (ur.), Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 61 - 62.
- Roškar, Saška (2003). »Samomor med duševnostjo in telesom.« V: *Slovenija s samomorom ali brez* (monografija), Andrej Marušič in Saška Roškar (ur.), Ljubljana: DZS, str. 29 - 37.
- Rugelj, Janez(1984). *Alkoholizem in združeno delo* (monografska publikacija), 2. predelana in dopolnjena izdaja. Ljubljana: Univerzum, 1984. Str: 294.
- Rugelj, Janez. (1985). *Sovražnik št. 1: kaj in kam z milijonom alkoholikov*. Ljubljana: Društvo za študij varnostnih problemov, 1985.
- Rugelj, Janez. (1985). *Zmagovita pot*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Rugelj, Janez (2000). »Alkoholizem med mladimi.« V: *Pot samouresničevanja* (monografska publikacija), Rugelj Janez (ur.), Ljubljana: samozal. : Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski, 2000, str. 257 - 267.
- Sterle, Vida. (1990). »Samomor na Slovenskem. Depresivnost, suicidalno vedenje in presuicidalni sindrom pri otroku in mladostniku.« Ljubljana: *Medicinski razgledi*, str: 207 - 210.
- Sternad, Dragica (2004): »Samomorilnost – želja živeti.« *Naša žena* 6/2004, str. 35 - 36.
- Šalehar, M. (1990). »Samomori mladostnikov.« V: *Samomori na Slovenskem*, Dolenc, A. (ur.). Ljubljana: Medicinski razgledi, 1990, str. 227 - 232.
- Štrajn, Darko. (1995). »Uvod: Razsežnosti avtodestruktivnosti.« *Ciklus seminarjev Namesto koga roža cveti*: Meridiana, str. 7 - 9.
- Tomori, Martina. (1983). *Pot k odraslosti: kaj je in kaj ni motnja v otrokovem duševnem razvoju* (monografska publikacija), Ljubljana: Cankarjeva založba, 1983.
- Tomori, Martina. (1995). »Mladostnik in droga – tvegano iskanje.« *Ciklus seminarjev Namesto koga roža cveti*: Meridiana, str. 48 - 74.
- Tomori, M. (2003). »Preprečevanje samomora pri mladostnikih.« V: *Slovenija s samomorom ali brez* (monografija), Andrej Marušič in Saška Roškar (ur.), Ljubljana: DZS, str. 79 - 90.
- Trstenjak, Anton (1986). *Ko si še enkrat živel*. Celje. Mohorjeva družba.

- Ule, Mirjana (1996). *Mladina v devetdesetih: analiza stanja v Sloveniji*. Znanstveno in publicistično središče: Ministrstvo za šolstvo in šport Republike Slovenije, Urad Republike Slovenije za mladino, Narodna in univerzitetna knjižnica Ljubljana.
- Ule, Mirjana (1999). »Spremna beseda: Stoletje mladine.« V: *Mladina in zgodovina: tradicije in spremembe v evropskih starostnih odnosih od leta 1770 do danes* (monografska publikacija), Dialogi : humanistična in družboslovna zbirka, Šentilj : Aristej, 1999, str: 263 - 268.
- Ule, Mirjana (2000). »Mladi v družbi novih tveganj in negotovosti.« V: *Prestopniško in odklonsko vedenje mladih: vzroki, pojavi, odzivanje*. Ljubljana: Bonex 2000, str. 11 - 33.
- Velikonja, Marija in drugi (1998). *Brezposelnost v izobraževanju*. Andragoški center RS. Ljubljana.
- Virant-Jaklič, Mira in Jeraj, Tamara (1998). *Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1996*, Psihiatrična klinika Ljubljana, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo.
- Vistoropski, Nika (2002): »Ta zatohla zaprtost, ta ozkost srca in duha : samomorilnost Slovencev«. Pogovor z Olgo T. Grad, Franc Leskoškom in Anjo Zavasnik : Ona 4, 13, str.17 - 19 (2.april 2002)
- World Health Statistic Annual. Health (2003). »Slovenski samomor skozi prostor in čas.« V: *Slovenija s samomorom ali brez* (monografija), Marušič, Andrej in Roškar, Saška (ur.), Ljubljana: DZS, 2003, str. 12.
- Zihlerl, Slavko (1995). »Alkohol in njegova vloga v življenju mladostnika.« *Ciklus seminarjev Namesto koga roža cveti*, Ljubljana, Meridiana, str. 26 - 47.

MEDMREŽJE:

- Bertolote in Fleischmann: »A global perspective in the epidemiology of suicide, 2004.«
<http://www.med.uio.no/iasp/bertolote.pdf> (4.1.2005)
- Čujež, Manca (2004): »Reci da življenju. Razgovor o fenomenu samomora s strokovnimi gosti.« Marec 2004
<http://www.skms.net/preteklost.php?ID=23> (8.10.2004)
- Delo – Približno 600 Slovencev na leto stori samomor
<http://www.delo.si/article.print.php?ID=9431> (15.10.2004)
- Diversity in Families and household
http://www.rouncefield.homestead.com/files/a_soc_dev_8.htm (21.09.2004)
- <http://www.siol.net/novice/news-tech/newsutil/article> (11.11.2004)
- <http://www.zzv-lj.si/c-sm/zanimivosti/Dan%20preprecevanja%20samomora1.doc> (8.12.2004)
- http://www.rouncefield.homestead.com/files/a_soc_dev_8.htm (8.12.2004).
- Konec-Juričič, N. (2004): 10.september 2004 – Svetovni dan preprečevanja samomora. Postopno utiranje poti za zaježitev samomorilnosti. V Sloveniji je problematika samomorilnega vedenja najbolj izražena v celjski regiji.
http://www.zzv-ce.si/aktualno/gradivo_zamedije/gradivo2004/zajezitev_samomor..php. (08.12.2004)
- Konec-Juričič, N.: »Samomor v regiji Celje v obdobju 1985 do leta 1999.«
http://www.zzv-ce.si/raziskave_clanki/raziskava_o_samomoru1.php (11.08.2005)
- Leskošek, Franc (2000): Povzetek doktorske disertacije: »Sociološki vidik samomorilnosti na Slovenskem.«
<http://www.dr-leskosek.com/> (10.10.2004)
- Leskošek, Franc (27.06.2001): »Samomor kot družbeni in kulturnozgodovinski pojav.«
http://www.delo.si/article.print_tiskana.php?ID_t=87aa33fc373e7fd32042cadce6c530 (11.10.2004)
- Leskošek, Franc (04.07.2001): »Od popolne obsodbe do popolne svobode.«
http://www.delo.si/article.print_tiskana.php?ID_t=c2f510c1775cb0b748716405c5350 (11.10.2004).
- Marušič, Andrej (22.09.2004): Tiskovna konferenca – Svetovni dan preprečevanja samomora, 10.september 2004.
<http://www.sigov.si/ivz/ogl>
- Merljak, Sonja (16.05.2001): »Pomaga, če v stiski nisi sam.«
http://www.delo.si/article.print_tiskana.php?ID_t=e801811d6cbe58af976ff95a303ba5 (11.10.2004)
- Statistični urad Republike Slovenije, Statistični letopis RS 2003.
http://www.stat.si/letopis/index_letopis.asp (12.12.2004)
- Šešok, J. (november 2003): »Poraba alkohola in kazalci škodljive porabe alkohola v Sloveniji v letu 2002.«
<http://www.sigov.si/ivz/vsebine/alkohol/poraba.pdf> (25.12.2004)
- Vitalna statistika, zdravstveni statistični letopis za leto 2001 in 2002
www.zzv-lj.si/prebivalci/vitalnastatistika (20.11.2004)

- Zavod za zdravstveno varstvo Maribor: Zdravstveno statistični letopis za mariborsko regijo za leto 2002
http://www.zzv-mb.si/webslo/?pid=view_menu&submenu_id=55 (13.08.05)
- Zavod za zdravstveno varstvo Pomurje: Zdravje in zdravstveno varstvo na Koroškem, izbrana poglavja, leto izdelave 2004
<http://www.zzv-ms.si/si/statistika/Statistika.htm> (13.08.2005)
- Zavod za zdravstveno varstvo Ravne: Zdravstveno statistični letopis za regijo Ravne
<http://www.gov.si/zzvrvne> (10.08.2005)
- World Health Organization: Suicide rates
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/
(22.09.2004)

