

Самоубиство, 1929.

Садржај

I Увод

II Дефиниција, врсте и покушаји самоубиства

1. Дефиниција самоубиства
2. Врсте самоубиства
3. Покушаји самоубиства

III Суштина, узрок и повод самоубиства

1. Суштина самоубиства
2. Суицидални мотиви
3. Суицидална психа

IV Статистика, правилности и особитости самоубиства

1. Бројност
2. Учестаност
3. Пол
4. Позив
5. Места рођења и живљења
6. Доба живота
7. Вера
8. Брачност и родитељство
9. Годишње доба и месеци
10. Седмични дан и доба дана
11. Места догађаја
12. Начин самоубијања

13. Ранији покушаји самоубиства

14. Имовност

15. Изјаве

16. Породична оптерећеност

V Врсте мотива самоубиства

1. Телесна оболења

2. Душевна оболења

3. Афективни мотиви

4. Економски мотиви

5. Морални мотиви

VI Обдукциони налаз код самоубица

1. Анатомопатолошки налаз

2. Нормаланатомски налаз

VII Дијагностика и диференцијална дијагностика самоубиства

1. Потреба утврђивања и разликовања самоубиства

2. Тешкоће утврђивања и разликовања самоубиства

3. Утврђивање и разликовање самоубиства уопште

4. Посебно утврђивање и разликовање самоубиства

VIII Профилакса самоубиства

1. Потреба суицидалне профилаксе

Спровођење профилаксе самоубиства

Таблице и кривуље

I Насилна смрт у Београд од 1919. до 1928. године

II Целокупан број самоубица у Београду од 1919. до 1928. год.

- III Кривуља учестаности самоубиства у Београду (на крају књиге)
- IV Самоубице Београда по позиву
- V Места, покрајине и државе рођења самоубица
- VI Доба живота самоубица по квинквенијама
- VII Доба живота самоубица по деценијама
- VIII Кривуља доба живота самоубица по квинквенијама (на крају књ.)
- IX Кривуља доба живота самоубица по деценијама (на крају књиге)
- X Вера самоубица у Београду од 1919. до 1928. године
- XI Самоубиства у Београду по месецима
- XII Кривуља самоубиства у Београду по месецима (на крају књиге)
- XIII Кривуља самоубиства у Београду по седмичним данима
- XIV Кривуља самоубиства по дневним часовима
- XV Самоубиства по седмичним данима
- XVI Доба дана самоубиства
- XVII Места извршења самоубиства
- XVIII Начин самоубиства
- XIX Анатомопатолошки и нормаланатомски налаз код самоубица
- XX Релевантне анатомопатолошке промене код самоубица

179.7

3739

V-179

САМОУБИСТВО

Dr МИЛОВАН М. МИЛОВАНОВИЋ

В. ПРОФЕСОР УНИВЕРЗИТЕТА У БЕОГРАДУ



БЕОГРАД, 1929.

ДАЊЕ НАУЧНЕ КЊИЖАРЕ „SCIENTIA”

3739

-179

Уведено у нови инвентар бр. ~~1099~~
1 јануара 1942 год.
Београд.

САМОУБИСТВО

Dr. Милован М. Миловановић,
в. ПРОФЕСОР УНИВЕРЗИТЕТА У БЕОГРАДУ.



32997



Од истог писца изашле су:

ОБДУКЦИОНА ТЕХНИКА

СУДСКА МЕДИЦИНА

БЕОГРАД, 1929.
ИЗДАЊЕ НАУЧНЕ КЊИЖАРЕ „SCIENTIA“



БЕОГРАД, 1929.

ШТАМПАРИЈА „ТУЦОВИЋ“, МАКЕНЗИЈЕВА 3. ТЕЛЕФОН 11-42 и 47-35

САДРЖАЈ:

	СТРАНА
I Увод	1
II Дефиниција, врсте и покушаји самоубиства	8
1) Дефиниција самоубиства	8
2) Врсте самоубиства	10
3) Покушаји самоубиства	13
III Суштина, узрок и повод самоубиства	16
1) Суштина самоубиства	16
2) Суицидални мотиви	19
3) Суицидална психа	21
IV Статистика, правилности и особитости самоубиства	23
1) Бројност	24
2) Учестаност	26
3) Пол	26
4) Позив	28
5) Места рођења и живљења	29
6) Доба живота	30
7) Вера	32
8) Брачност и родитељство	33
9) Годишње доба и месеци	34
10) Седмични дан и доба дана	37
11) Места догађаја	38
12) Начин самоубијања	39
13) Ранији покушаји самоубиства	43
14) Имовност	44
15) Изјаве	44
16) Породична оптерећеност	46
V Врсте мотива самоубиства	48
1) Телесна оболења	48
2) Душевна оболења	53
3) Афективни мотиви	56
4) Економски мотиви	58
5) Морални мотиви	59
VI Обдукциони налаз код самоубица	61
1) Анатомопатолошки налаз	62
2) Нормаланатомски налаз	78

	СТРАНА
VII Дијагностика и диференцијална дијагностика самоубиства	82
1) Потреба утврђивања и разликовања самоубиства	83
2) Тешкоће утврђивања и разликовања самоубиства	86
3) Утврђивање и разликовање самоубиства уопште	90
4) Посебно утврђивање и разликовање самоубиства	94
VIII Профилакса самоубиства	103
1) Потреба суицидалне профилаксе	103
2) Спровођење профилаксе самоубиства	110

ТАБЛИЦЕ И КРИВУЉЕ:

	СТРАНА
I Насилна смрт у Београду од 1919. до 1928. године	4
II Целокупан број самоубица у Београду од 1919. до 1928. год.	25
III Кривуља учестаности самоубиства у Београду (на крају књиге)	I
IV Самоубице Београда по позиву	28
V Места, покрајине и државе рођења самоубица	29
VI Доба живота самоубица по квинквенијама	31
VII Доба живота самоубица по деценијама	31
VIII Кривуља доба живота самоубица по квинквенијама (на крају књ.)	II
IX Кривуља доба живота самоубица по деценијама (на крају књиге)	III
X Вера самоубица у Београду од 1919. до 1928. године	32
XI Самоубиства у Београду по месецима	34
XII Кривуља самоубиства у Београду по месецима (на крају књиге)	IV
XIII Кривуља самоубиства у Београду по седмичним данима	36
XIV Кривуља самоубиства по дневним часовима	36
XV Самоубиства по седмичним данима	37
XVI Доба дана самоубиства	38
XVII Места извршења самоубиства	38
XVIII Начин самоубиства	40
XIX Анатоомопатолошки и нормаланатомски налаз код самоубица	63/64
XX Релевантне анатоомопатолошке промене код самоубица	77

УВОД.

Самоубиство, као веома сложен и врло обиман, посве загонетан и искључиво човечански феномен, може се посматрати са више страна. Тако на пример: са филозофског, теолошког, етичког, психолошког, педагошког, уметничког или другог гледишта. И одиста, са више или мање оправданости и основаности расправљано је оно са најразличитијих становишта. Ипак је самоубиство пре свега биолошко-социолошки проблем у најширем смислу речи, односно у ужем смислу битно правно-медицинско питање. И то: како практично, тако и теориски, како формално тако и материјално. Сем тога, док је додир филозофа и теолога, етичара и психолога са самоубиством посредан и случајан, дотле је веза између самоубица са једне и с друге стране медиканара, нарочито медицинског експерта, и правника, особито криминалисте, најнепосреднија и редовна.

У област медицине самоубиство долази првостепено стога, што је оно као смањени нагон за самоодржањем специфично биолошка појава човека; јер се суштина, каузалитет и генеза самоубиства могу правилно схватити првенствено помоћу медицинске психологије и психопатологије; што се самоубилачки мотиви могу претежно пронаћи медицинским претраживањем и правилно оценити медицинским мерилем; ради тога што медицина битно доприноси познавању патогномоније и конституције, диспозиције и стигматизације; услед тога што је за дијагнозу самоубиства и диференцијалну дијагнозу између самоубиства и убиства, задеса или природне смрти медицинско трагање неопходно и најважније; што је медицина у стању расветлити наизменичне односе између самоубиства и пубертета, менструације, климактеријума и сенијума; због тога што без учешћа медицине нема ни приближно тачне статистике самоубиства. И тако даље.

Самоубиство: као социолошка појава маса, својом многобројношћу и учестаношћу као замашан губитак по народну

економију и финансије, као елеменат јавне безбедности и правног поретка и следствено предмет како кривичног и грађанског права тако и поступка кривичног и грађанског права, као опсежни и важни одељак моралне статистике, чије мотивације често потичу из односа црквеног, брачног, трговачког меничног или стечајног права, чија казуистика пружа драгоцене податке политичкој историји — све то и још много друго разлочи су, да самоубиство другостепено спада у делокруг права.

Дакле при свем томе, што самоубиство може бити обрађивано од разних дисциплина, ипак су медицина и право оне, које чине срж *суицидологије*, а правно-медицинска проучавања једина, која квалификују потпуног *суицидолога*.

Од увек је самоубиство било загонетка над загонеткама, интересовало све и свакога, изазивало тумачења и подстрекавало став појединаца и разних корпорација и институција. Па исто тако и данас је самоубиство једно од прворедних културних питања, које занима како лаика тако и стручњака, побуђује бригу појединаца и привлачи пажњу заједнице, које се намеће размишљању свакога и изискује свестрано проучавање. Разлочи за то су многобројни и разноврсни, субјективне и објективне природе.

Пре свега има мало самосвесних, културних и одраслих особа, и мање но што се мисли и но што се то признаје, које нису никада, макар и тренутно, помишљале на самоубиство, или барем пожелеле себи смрт као могући исход из извесне животне незгоде. Другим речима поред манифестних, постоје много више латентних самоубица. Још много мање има таквих, које доживљено самоубиство особа из уже или шире породице, међу пријатељима или блиским знанцима није дубоко ожалостило и тешко оштетило.

С друге стране пак самоубиство је убиквитарно и перманентно т. ј. оно је распрострањено у свима деловима света и вршено непрекидно у свима временима: како код античких тако и модерних, како код примитиваца тако и код цивилизованих.

Па онда је број самоубистава огroman. Само у Европи убије се годишње око 100.000 особа, а посебно у Немачкој број самоубица износи на годину око 15.000 и у Француској преко 10.000 за исто раздобље. Од 1919. до 1928. године догодило

се у Београду свега 510 самоубистава; само у 1928. години Београд је имао 94 самоубице.

Осим тога самоубиство бројно непрестано и свуда расте. Учестаност није само апсолутна, сразмерна броју становника, већ је и релативна т. ј. несразмерно већа према прираштају становништва. Докле је у деценијама од 1831. до 1840. и од 1891. до 1900. године број становника у Европи порастао за 60%, дотле се број самоубистава у Европи за исто међувреме попео за 400%. Па онда се од 1820. до 1878. године број самоубистава у Немачкој учетворостручио, док се број становника за исто раздобље није ни удвостручио. Године 1907. Београд је имао око 80.000 становника и 15 самоубица, а 1927. било је у Београду близу 250.000 становника и 73 самоубиства. Дакле док се број становништва у Београду за прошлих двадесет година утростручио, број самоубица се готово упетостручио.

И ако у Европи морталитет стално опада, и то назадовање се у главном заснива на смањивању смртности већином од акутних и мањином код хроничних заразних болести, ипак смртност од самоубиства напосе стално расте. Тако се у Београду смртност од самоубиства у току задњих десет година попела од 18 у години 1919. на 94 у години 1928. У години 1919. самоубиство у Београду износи 1,3%, а у 1928. години 3,0% целокупног морталитета у Београду. Што даље значи, да је сваки тридесет и трећи смртни случај у Београду самоубиство, односно да се најдаље сваког четвртог дана у Београду догоди просечно по једно самоубиство.

Када се томе дода још, да на једно самоубиство просечно и обично долазе по три јавна и још најмање по толико тајна покушаја самоубиства, онда се, поред морталитета од успешних, има приближна слика и морбидитета од неуспелих самоубистава.

Упоређење самоубиства са двама другим смртоносним болестима, наиме са раком и прогресивном парализом, такође јасно приказује сву штетност од самоубиства. Тако је н. пр. у години 1927. било у Београду 73 самоубиства, а умрло је од рака 39 особа и од прогресивне парализе 54 особе, при чему ваља имати на уму, да је од наведеног броја самоубица огромна већина (7/8) становник Београда, док је обрнуто од умрлих од рака само 1/3, а од умрлих параличара једва 1/6 Београђанин, а сви су остали т. ј. 2/3 умрлих од рака и 5/6 умрлих од прогресивне парализе из унутрашњости.

Значај учестаности самоубиства је нарочито упадљив, када се размотре кретање и односи кад насилне смрти уопште (видете таблицу I). Тако док је број убистава у Београду од 1919. до 1928. године остао подједнак, стационаран, без обзира на три пута повећани број становништва за прошлих десет година, и докле је број смртних задеса био сразмеран броју становника и три пута се такође увећао, дотле је број самоубиства несразмерно, за пет пута и више порастао.

*I Насилна смрт у Београду од 1919. до 1928. године**

Година	Задес	Само-убиство	Убиство	Свега
1919	34	15	24	73
1920	50	23	23	96
1921	61	24	15	100
1922	77	38	15	130
1923	79	50	19	148
1924	90	39	22	151
1925	83	57	19	159
1926	121	67	17	205
1927	149	61	21	231
1928	145	90	23	258
Свега	889	464	198	1551

Као и раније, и данас код лаика још увек владају заблуде о самоубиству и предрасуде према самоубицама. То се најбоље огледа у многим чудноватим тумачењима самоубиства, и испољава посве неумесним понашањем нелекара, па чак и лекара, према самоубицама. Шта више, не само форензичари и криминолози, већ ни сами суицидолози, чак ни неки сасвим савремени, нису слободни од савршено погрешних веровања о самоубиству нити од извесних предубеђења о самоубицама. Ту и јесте извор погрешним дефиницијама самоубиства, наopakим схватањима суштине самоубиства, неразумевању улоге самоубилачких мотива, извођењу нетачних правила из статистике самоубиства или чак састављању рђаве статистике само-

убиства, идентификовању самоубиства са психозама или самоубица са злочинцима, ниподаштавању многоструког губитка услед самоубиства, занемаривању профилаксе самоубиства, и т.д.

Када се све то зна, онда је јасно, да проблем самоубиства пружа још увек пространо поље за суицидолошка проучавања, и да самоубице дају обилно прилике за посматрања и искуства од стране суицидолога. У томе смислу и ова правно-медицинска монографија о самоубиству представља такође један покушај, да се у првome реду на основу сопствених студија и у другоме с погледом на немачку и француску стручну литературу, између осталог, допринесе решавању извесних питања из суицидологије.

Ниже изложена схватања о самоубицама и гледишта о самоубиству производ су посебног десетогодишњег проучавања самоубиства и претраживања самоубица. Она се ослањају на личну обраду самоубилачког материјала из просектуре Опште Државне Болнице односно Судско-медицинског Завода у Београду, и то у међувремену од 1. јануара 1919. до 31. децембра 1928. године. Тај пак самоубилачки материјал састоји се из 464 у просектури Опште Државне Болнице одн. Судско-медицинском Заводу у Београду истовремено и упоредно обдукованих и уопште суицидолошки претражених самоубица у Београду.

При томе сам начин обраде самоубиства и претраживања самоубица није био уобичајени: једностран, посредан и нестручан. Исти није ограничен само на форензичан, анатомопатолошки и нормаланатомски обдукциони налаз, као што би се то иначе очекивало, и како је то до сада по правилу чињено од других, чак модерних, форензичара и анатомопатолога, као н. пр. од *А. Хелера, Броша, Баршела, Х. Пфајфера* и других. А такође опет није био ни искључиво анамнестички, па следствено индиректни и лаички, како се можда не би очекивало, и какав је био вазда упражњаван од социолога и статистичара, као што су *Диркем, Мајр, Крозе, Киршен* и т. д. Напротив, идеја водиља је била: свестрано, непосредно и строго стручно расправљање сваког случаја самоубиства напосе. Не само аутоптичко, већ истовремено и упоредо такође анамнестичко претраживање сваког појединачног случаја самоубиства. Не посредно, из друге или треће руке, већ лично трагање и обавештавање; не нестручанско, већ судско-медицинско претресање и суицидолошко обрађивање сваког поје-

* Таблица се односи само на случајеве обдукованих у просектури Опште Државне Болнице одн. Судско-медицинском Заводу у Београду.

диног случаја самоубиства: то је био примењени метод претраживања самоубица и употребљени начин проучавања самоубиства од стране писца ових редака.

Према томе, поред проналажења и описивања форензичног, анатомопатолошког и нормаланатомског налаза код самоубица обдукованих у просектури Опште Државне Болнице одн. у Судско-медицинском Заводу у Београду, још су активно и целисходно, схематично или индивидуалишући, особно и стручно прибирани сви потребни анамнестички подаци, са свих страна и у сваком случају самоубиства напосе. Ти су подаци прибављани из иследничке истраге и са полициског увиђаја, од личних, усмених или писмених изјава самоубица, од уже или шире њихове породице, од њихових рођака, пријатеља, познаника, најближе околине, присутника и очевидаца, од болничких одељења, болничких и приватних лекара, од претпостављених и потчињених, од равнодушних и непријатеља, пословних сарадника, наставника, васпитачица, и т. д.

Разуме се, да би ти прикупљени анамнестички подаци могли бити употребљиви за жељену сврху, морали су се претходно најкритичкије процењивати, међусобно упоређивати, са аутоптичким резултатима исправљати, врло често поновно узимати и накнадно допуњавати, свестрано контролисати и постепено искристалисати, па тек онда бити искоришћавани за стварање завршних мишљења и доношења коначних оцена о сваком дотичном случају самоубиства.

Такво анамнестичко претраживање самоубиства није било ни најмање на штету аутоптичког, нити је под утицајем анамнезе ма у чему било занемаривано претраживање на обдукционом столу, као што ни аутоптички налаз није никако подлегао сугестији анамнестичких података. Напротив, употреба једне методе није замењивала и чинила излишном другу, већ је једна употпуњавала и исправљала другу. Многи аутоптички налази су омогућавани или олакшавани таквим подацима, као што су, обрнуто, многи аутоптички налази давали подстрека, да се у извесном правцу целисходније и упорније трага.

Вредност анамнестичких података овако добивених у просектури истоветна је са вредношћу анамнестичких дата прикупљених у клиници. Анамнеза целисходно докучена поред обдукционог стола има исту помоћну улогу у оријентисању као и анамнеза добављена на болесничкој постељи. И у јед-

ном као и другом случају све зависи од кога су прибирани и како су употребљени ти анамнестички подаци, као и од склада и сагласности између објективних налаза и субјективних података. И у једном и другом случају зналачки узета и мудро искоришћена анамнеза значи пола дијагнозе, или најмање само корист, а никако штету у циљу сазнања истине.

Таква активна, индивидуална, индуктивна, концентрична и вишестрана метода претраживања, истовремено и упоредно *анамнестичко-аутоптичка*, не само што је у судско-медицинској пракси давала потпуну слику дотичног случаја и доприносила темељном објашњењу многих, у више праваца загонетних случајева или понеких иначе неразумљивих појава, већ је такође постављала сигурне основе за стварање начелних гледишта и општих схватања о целокупном проблему самоубиства или о појединим питањима из истога.

II

ДЕФИНИЦИЈА, ВРСТЕ И ПОКУШАЈИ САМОУБИСТВА.

1) Дефиниција самоубиства.

Велика већина, шта више сасвим озбиљних и истакнутих, суицидолога није сматрала за нужно дефинисати самоубиство. Изузев маленога броја, као н. пр. *Диркема* и *Бернштајна*, изгледа, огромна већина аутора није ни приметила ову неодређеност појма самоубиства, нити пак била свесна свих последица, које су из те растегљивости назива самоубиства произишле. Вероватно се мислило, да је излишно дефинисати једну чињеницу, која је свима позната, и да је сувишно поближе означити један израз, којим се цео свет и свакодневно служи. Међутим, та је претпоставка била посве неоснована. И у току времена, то недостајање тачне дефиниције самоубиства у научној суицидологији постало је извор многих неспоразума и разних погрешних схватања. Шта више, ни ретки аутори који су запазили одсуство или нетачност дефиниције самоубиства, нису били довољно обазриви у томе, шта се све може подвести под именом самоубиства (*Хелер*), као што ни они који су покушали дати тачну дефиницију, нису је се доследно и увек држали (*Мајр*).

Тако се тој празнини у расправама о самоубиству има захвалити, што је под називом самоубиства подразумевано: и оно што је стварно самоубиство, али и оно што у истини није самоубиство. Увлачење и несамоубиства у област проучавања самоубиства и под именом самоубиства уследило је, те су многи статистички подаци о самоубиству били нетачни, многе тврдње неосноване, многи закључци противуречни, многа тумачења нескладна, многе чињенице загонетне и многе појаве необјашњиве. Тиме је један, већ иначе сам по себи сложен феномен постао још сложенији, и један тешко разрешљив проблем учињен још недокучљивијим.

Захваљујући тим непречишћеним појмовима о самоубиству, прећутно и опште узело се и сматра се: да је самоубиство сваки хотични чин, при коме је дошло до уништења сопсвенога живота без обзира на то, да ли је то лишавање себе живота намеравано или не. На тај начин су, поред несумњивих и стварних самоубиства, убрајани у самоубиства, на пример, и следећи поступци: смртне повреде пнеумоничара или тифусних који су у делиријуму, идући за својим халуцинацијама и илузијама, скочили кроз прозор; или смртоносно порење трбуха и сечење црева одмаклог паралитичара, који поводећи се за својим фиксидејама, жели тим начином себи одстранити „чир“ у желудцу; или смртна тровања деце од 2—3 године, која су попила гутљај раствора камене соде држећи је за воду; или смртни исход при узимању арсена или фосфора од стране затруднелих у циљу побацивања; или, шта више, смртоносно стрмоглављење дивљачи која бежи испред ловца и керова; и т.д.

Међутим за остварење самоубиства неопходан је читав низ претходних услова. Тако пре свега мора постојати трајно или пролазно, потпуно или делимично самосвести и свесности о животу и смрти. Друго мора бити сазнања, да је живот као такав скопчан са невољама, којих опет смрт сасвим и коначно ослобођава. Треће неминовна је способност за стварање одлуке о самоубиству. Напослетку још је неопходно знање и умење извођења уништавања свога живота. Према томе је самоубиство не само веома сложена, већ и виша психичка радња.

Очевидно је, да се изложени процес увиђања и расуђивања, одлучивања и извођења код делирантних пнеумоничара, маларичара, или тифусних, код дементног паралитичара, код деце од 2. до 3. године животног доба или код животиња не збива и не може збивати, као што ни сопствена смрт приликом побацивања није уопште жељена од дотичних побацила.

Напротив, сасвим и битно други је однос н. пр. код тешких фтизичара, почетних паралитичара, лаких меланхоличара, деачака и девојчица у пубертету или ванбрачно затруднелих, који хотично уништавају свој живот. Јер, и ако код њих постоји извесна, дакако незнатна и психолошки разумљива, алтерација психе, ипак је у суштини нетакнута способност увиђања и расуђивања, као што је и одржана моћ одлучивања и извођења.

Према свему томе под самоубиством треба искључиво подразумевати: свесно и намерно уништавање сопственог живота.

Насупрот томе, сваки хотичан поступак, при коме се случило лишење свога живота, а то се није желело и није се ни могло намеравати, треба сматрати као задесни чин одн. као задесну смрт.

Премда има случајева насилне смрти, који изгледају као убиство или задесна смрт, но где се намера самоубијања не може сасвим искључити, и обрнуто, и ако постоје и таква самоубиства код којих озбиљна и искрена намера самоуништења није ван спора и сумње, ипак изнета дефиниција за огромни број самоубица остаје у важности. Прво, зато што су такви случајеви изузеци, који потврђују правило, а друго због тога што такви случајеви, попут других појава у соматичкој и психичкој патологији, спадају у граничну, прелазну област између двеју потпуно различних и крајње супротних.

2) Врсте самоубиства.

Према трајању самоубиства, понашању самоубица, међусобним односима учесника, тенденциозности самоубилачког поступка, претходелим покушајима самоубиства, и др. сва се самоубиства могу поделити у више врсти.

Најрасна самоубиства су она, чије извођење траје секундама, минутима или сатима и која се највише после 12—24 сата завршавају смртно. Примери за то су: прегажење, вешање, утопљење, тровање стрихнином, кокаином, лизолом, и др.

Лагана самоубиства су пак она, где од почетка вршења па до смртог исхода међувреме износи данима, недељама, месецима или чак годинама. На пример: у првом реду тровања каменом содом, па онда устреле, тровање сублиматом, и т. д. — Ту би се могла убројити и самоубиства протестним гладовањем код затвореника или алкохолизмом одмах после и услед каквог душевног потреса (т. зв. *хронична самоубиства*).

За разлику од *директних самоубиштава*, која се извршују активним учешћем самоубица, постоје још и *индиректна самоубиства* т. ј. таква где из недостатка храбрости, због породичних, религиозних, друштвених и других обзира при извођењу самоубиства имају самоубице искључиво пасивну улогу, било тиме што се хотично излажу смртоносним подвизима, било на тај начин што себе доводе у ситуације опасне по живот, као на пр. многи учесници у ратовима и револуцијама,

атентатори, неумоболне особе које себе свесно оптужују за измишљене, смрћу кажњиве злочине, и т. д.

Осим *једноставних* самоубиштава, код којих самоубица убија једино себе, има и *заједничких, слојених* или *проширених самоубиштава*.

Тако *двојна самоубиства* су увек сексуална: или чешће између двоје хетеросексуалних, или много ређе између двоје хомосексуалних. Битно је за двојно самоубиство: обострана сагласност на заједничку насилну смрт, сем тога исто место и исто време догађаја. Изузетно се сваки понаособ убија или се наизменично међусобно убијају, редовно је пак један извршилац за обоје. Такође је по правилу и исти начин самоубиства за обоје, и најчешће устрела, вешање или тровање. Код хетеросексуалних парова обично је женска подстрекач, а мушкарац извршилац (т. зв. *индуковани самоубица*). Отуда не ретко пасивни егзекутор, лишен претходно непосредне сугестије иницијаторке, нема по том довољно енергије себе убити или се само лако обрани (т. зв. *непошћуно двојно самоубиство*). — Сем тога постоји још и *јавно двојно самоубиство*, на име незахтевано убијање т. ј. стварно убиство једне и самоповреда одн. фиктивни покушај самоубиства друге стране.

Породично самоубиство одиграва се најчешће између мужа и жене, чешће између родитеља и деце, нарочито мајке и деце, и знатно ређе код браће и сестара. Битно је: учешће двеју или више породично везаних особа, узајамна пријатељска осећања, добронамерност извршиоца и тренутне одн. предстојеће незгоде за све скупа, па онда пристанак одраслих, но код малолетних и без пристанка или чак приморавање. Потпуно је, када постоји смртни исход свих учесника, непотпуно породично самоубиство је, кад је смртни исход делимичан.

Симулисање самоубиства је представљање случаја природне смрти, убиства или задеса као самоубиство. То се може догодити: или случајно стицајем прилика (на пр. природна смрт под сумњивим околностима) или бити намерно удешено од заинтересованих (убица, задесника односно саучесника), или најзад од самог смртно повређеног (у циљу скривања убиства од стране свог љубавника, свог мужа, своје деце, својих родитеља, и т. д.).

Дисимулисање самоубиства је прикривање самоубиства под видом природне смрти, убиства или задеса. То може произићи:

или сасвим случајним стицајем околности, или може бити нарочито намештено од самоубице, његових сродника и пријатеља. Код намерног дисимулисања самоубиства сврха је: избећи прекоре због малодушности, отклонити срамоту од породице, одстранити последице религиозне или финансиске природе, затајити праве мотиве самоубиства, оптужити друге за тобожно убиство или задес, и т. д. Дисимулисање самоубиства је врло често, и обично што даље од извршења, утолико учестаније како од стране самоубица, тако и од његове заинтересоване околине.

Тенденциозна самоубиство су она којима се жели, поред осталог, изразити демонстрација или протест, и то у циљу да се н. пр. за самоубиство оптужи муж односно жена, да се створе неприлике љубавнику или мужу, да се родитељи односно деца извргну осуди као виновници самоубиства, да се направе непријатности претпостављенима, да се изврши освета над наставницима, и т. д. Тенденција може бити испољена усмено или писмено, преко новина, па онда самим местом догађаја (затвор, пред кућом драгане, у стану разведеног мужа, у школи за време испита, у суду при суђењу).

Истовремено самоубиство и убиство одн. покушај самоубиства карактеришу: истодобност и истоместност догађаја, неодложна узастопност убиства и самоубиства и редовност теже самоубилачке повреде од убилачке. Истовремено самоубиство са убиством односно покушајем убиства је љубавно, брачно или политичко.

Билансно самоубиство је резултат одлуке после свођења свих доживљаја из прошлости, процењивања користи односно штете од живота у садашњости и одмеравања свих разлога за и против даљег живота у будућности. Карактеристика је: уверење да је сопствени живот себи самоме од штете, а никоме од користи. Обично се догађа на завршетку извесне животне периоде или после тешких животних недаћа, када је наступила ситост живота.

Рецидивно самоубиство је самоубиство, коме су претходили покушаји самоубиства: један или више. Услов је при томе, да између покушаја самоубиства и успелог самоубиства постоји извесан слободни интервал т. ј. да у време задњег и успелог покушаја самоубиства не постоје свеже промене од

претходних покушаја, премда трагова и трајних последица ранијих покушаја може бити.

Комбиновано самоубиство је оно, које је изведено истовремено или узастопно на два или више начина, са два или више средстава. Битно је, да се истодобно налазе свеже промене од примене свих начина односно свих средстава. Код комбинованог самоубиства ваља разликовати: прво самоубиство разним начинима и разним средствима, друго самоубиство разним начинима, али истим средствима (н. пр. устрела главе и прсију, увод груди и трбуха, сеча руку и клање), и треће самоубиство истим начином а разним средствима (н. пр. тровање једном тинктуром и лизолом, сублиматом и вероналом, мешавином азотне и соне киселине). Обично је код комбинованог самоубиства један начин или једно средство од смртног, док су други начини или остала средства од не-смртног дејства. Изузетно могу сви примењени начини и сва употребљена средства деловати смртоносно и доћи у обзир као конкурентни узроци смрти. Смисао комбинованог самоубиства је: или да се сигурно дође до циља, по сваку цену, или што је први начин безуспешан односно лаганог дејства, или што први причињава велике болове. Комбинованих самоубиства је много више код мушких него код женских.

3) Покушаји самоубиства.

Још мање него код самоубиства, упуштали су се аутори у дефинисање покушаја самоубиства. Последице тога биле су, наравно, још горе него код самоубиства. Под именом покушаја самоубиства подведено је отуда више поступака који то нису, него таквих који су то стварно били, и много више онаких који су тако изгледали, него оних који су то у истини били. Због тога је по правилу статистика покушаја самоубиства готово неупотребљива, одатле општа забуна и стална несигурност при расправљању истог питања. Према томе, пре сваког даљег излагања, неопходна је потреба јасне и исправне дефиниције покушаја самоубиства.

Као што је често самоубиство побркано са задесном смрћу, тако је и појам покушаја самоубиства помешан са појмом самоповреде. Међутим, и ако по спољашњем изгледу слични, то су ипак два чина, који су иначе савршено различни: и по побудама и по сврхама. *Покушај самоубиства је хоћичан*

поступак у циљу намерног уништавања сопственог живота, али при коме се нанело само оштећење свога здравља. Или краће речено: покушај је промашено намеравао уништење сопственог живота, или најкраће: покушај самоубиства је неуспело самоубиство. Напротив, хотичан чин намерног и искључивог оштећења само и једино свога здравља је самоповреда.

Мора се одмах нагласити, да уколико је, у главном, лакше двојити самоубиство од задесне смрти, утолико је теже у сваком даном случају разликовати покушај самоубиства од самоповреде. Код покушаја самоубиства има се захвалити случајностима, невештини, неодлучности, интервенцији и још многим чему другом, непредвиђеном и нежељеном, што покушај није успео, мада је у тренутку извођења постојала озбиљна намера и диктовала искрена жеља, да се учини крај животу. Код самоповреде, обрнуто, удешено је све: средство, начин, време, место, мера, предео тела и остало, да се по могућству избегне тежа и озбиљнија оштета здравља, а по сваку цену смртни исход. А истовремено је код самоповреде срачунато све, да се постигне тенденција поступка, наиме: да се сврати пажња на се, умилостави љубавник, сломи отпор родитеља, ублажи оцена наставника, повуче оптужба за преступ или предухитри истрага за злочин. Ако се пак самоповреда изузетно заврши смртно, услед непредвиђених компликација, неодмереног дозирања, погрешног рачуна или других разлога, ипак се то догодило насупрот истинској намери и дошло упркос другојачијем очекивању.

Наравно, да је у даним случајевима праву, искрену и озбиљну намеру тешко или понекад уопште немогуће докучити, и отуда се у циљу диференцијалне дијагнозе између покушаја самоубиства и самоповреде морају узети у обзир све могуће субјективне и објективне чињенице. Тешкоће у разликовању покушаја самоубиства од самоповреда повећане су и тиме још, што има случајева, где границе између покушаја самоубиства и самоповреде нису већ ни с тога одсечне, јер ни саме дотичне особе нису увек свесне својих правих побуда и стварних намера. Па онда има много случајева, где истовремено или наизменично постоје обе жеље и оба циља у алтернативи: или самоповреда или покушај самоубиства, и једно и друго у виду замршеног сплета између симулације првог и дисимулације другог, и обрнуто. Најзад има случа-

јева који су све скале прешли: од претње самоубиством, па преко самоповреде и покушаја самоубиства, све до успелог самоубиства. А ригор сваку претходну самоповреду самоубица ваљало би узети стварно за неуспели покушај самоубиства. У већини случајева то и јесте. Но у другим случајевима покушајима самоубиства и самоубиствима претходи самоповреда у правом смислу те речи. Она има за сврху искључиво аларм: скретање пажње на се, указивање на опасност, призивање помоћи. Тек када све то остане без одзива и одјека, приступа се истинском покушају самоубиства или самом самоубиству.

III

СУШТИНА, УЗРОК И ПОВОД САМОУБИСТВА.

1) Суштина самоубиства.

Према подацима из историје самоубиство је код најстаријих народа било сматрано: или као приватна ствар појединаца и као таква није повлачила срамоту нити прекор; или као индиферентни поступак који није осуђиван никаквом казном; или је, напротив, слављено као херојско дело побеђених односно заробљених ратника; или као племенити потез мудраца којим се испољавало преимућство човека над животињама и боговима; или се одобравало као целисходно и последње прибежиште изнемоглих стараца, неизлечивих болесника или пострадалих имућника; и т. д.

Исто тако и разне религије имале су разнолика становишта према самоубиству. Докле га једне препоручују као богоугодно дело (будизам), друге су према њему равнодушне (јеврејство), треће га и не помињу у својим догмама (хришћанство), дотле га четврте одлучно одбацују као богомрски чин (мухамеданство).

Тек доцније заступници вероисповести и представници црква, а првенствено хришћанске, схватив како је самоубиством веровање у догме поколебано, и осетив колико је самоубиством омаловажена посредничка улога цркве између Бога и верних, заузимају крајње непријатељски став према самоубиству. Тумачећи, да догма „не уби“ значи: не уби ни свога ближњег ни себе самога, хришћанска црква проглашава самоубиство као грех према Богу и злочин према људима, и захтева за самоубице казну како на овоме тако и на ономе свету. Такво гледишту хришћанске цркве следује и ондашње законодавство и покорава се цело тадашње јавно мњење у хришћанским земљама.

Па ипак, још тада се прави разлика између самоубица! Ако је самоубица урачунљив, кажњаван је лишавањем црквене сахране, укопавањем изван гробља осталих верних,

спаљивањем, потапањем или излагањем леша јавној порузи, па онда конфисковањем имања како самоубице тако и његове породице. Но ако је самоубица неурачунљив, онда је кажњавање било нешто блажије, али ипак према ондашњем кривом схватању умоболности, наравно ништа правичније. Разуме се по себи, да је, сходно осталом понашању, и покушај самоубиства био кажњаван затвором и злоставом.

Тек ренесанс, реформација и револуција, као у многим другоме, крајем XVIII и почетком XIX века доносе преокрет како у ставу према самоубиству, тако и у понашању према самоубицама. Пре свега теориски рехабилитују самоубиство. Самоубица није ни грешник нити злочинац, већ несретник и бедник, за чију је несрећу криво његово рођење, а чија беда је управо самооптужба друштва (*Монџескије*, *Волџер*). У пракси пак јавно мњење и законодавство уопште усвајају ускоро и сасвим та гледишта реформације и револуције, докле их црква лагано и нерадо, али начелно и стварно, но са извесним формалним ограничењима и оградама прихвата, и докле у енглеско-американском кривичном закону не заостане и последњи рудимент ранијих драконских мера према самоубицама у виду анахроничне кажњивости покушаја самоубиства.

Таква су била, у најкраћим и најкрупнијим потезима изложена, схватања ранијих времена и старих народа о суштини самоубиства све до почетка научне суицидологије.

Прве значајније научне обраде самоубиства потичу из 1783. година од Немца *Ауенбругера* и из 1838. године од *Ескирола*, францускога психијатора. Док је мишљење првога, на име да је самоубиство управо душевна поремећеност *sui generis*, било не много запажено, дотле је учење другога имало веома замашног одјека. Свакојако под утицајем своје струке и посматрајући самоубице искључиво у душевним болницама, *Ескирол* долази до уверења, да самоубиство није ништа друго него само једна врста душевног оболења („*la folie suicide*“, „*la monomanie suicide*“). Таквим учењем *Ескирол* донекле научно утемељује и употпуњује већ и пре тога постојало, примитивно и лаичко, но слично становиште. Јер док су нестручњаци и пре *Ескирола* узимали, да је урачунљивост код самоубица правило, а неурачунљивост изузетак, *Ескирол* је потврдио, да су све самоубице безизузетно умоболници

одн. неурачунљиви. На тај начин је схватање суштине самоубиства било упрошћено, одговарало је духу времена и излазило је у сусрет жељама и осећањима ондашње средине.

То убеђење *Ауенбругера* и *Ескирола* исповеда деценијама читав низ одличних суицидолога (*Бриер де Боамон*, *Озиандер*, и други), и таквом становиштву следују читаве генерације лекара и нелекара, у Француској и ван ње, код Немаца и ван њих. Но најпре лагано, па онда све то више, уколико се проучавање самоубиства и познавање самоубица све већма продубљује и проширује, односно уколико суицидологија постаје научнија, почиње све јаче колебање веровања у *Ауенбругеро* и *Ескиролово* учење о самоубиству. То се најпре огледа у томе, што познији аутори почињу сматрати самоубиство само као знак извесних душевних оболења, али не више као умоболност *sui generis*, и што све већма допуштају могућност, премда ретког, постојања и душевно здравих самоубица (*Гризингер*, *Лежсо*).

Задњих деценија прошлога и првих деценија овога века, што се самоубице свестраније, темељније и посебније претражују и што се самоубиство објективније и непристрасније посматра, све се јасније увиђа, бар делимична, нетачност тврдњи *Ауенбругера* и *Ескирола*, и све се већма смањује број у ужем и правом смислу душевно оболелих самоубица. Тако се најпре њихов број своди на $\frac{1}{8}$, па онда на $\frac{1}{4}$ и напоследку чак на $\frac{1}{5}$ свих самоубица (*Моше*, *Крејелин*, *Вагнер-Јаурег*, *Хофман*, *Хаберда*, *Шавињи*, *Вајганд*, *Хибнер*, *Хелер*, и др.) У београдском самоубилачком материјалу има 13,7% психотичара, 31,3% психопата и у 55,0% душевно здравих самоубица. Дакле од свих самоубица у Београду 45,0% их је душевно абнормалних у најширем смислу те речи.

Сем тога, опажања која су учинили *Гауџ* у Минхену, где су све неуспеле самоубице за извесно време после покушаја посматране на психијатриској клиници, и *Штелцнер* у Берлину на психијатриској клиници *Циена*, куда су упућиване све женске што су покушале самоубиство, установила су, да се све самоубице могу поделити у три групе: прво душевно оболеле у ужем смислу, друго душевно здраве и треће психопате т. ј. оне особе које по својим психичким особинама стоје на граници између душевно здравих и болесних. Напоследку посматрања *Марија*, *Крепелина*, *Гауџа*, *Нонеа*, *Рајхарда*, *Некеа*, *Штелцнера*, као и на београдском самоубилачком

материјалу потврђују још чињеницу, да се међу умоболним самоубицама по правилу налазе прави умоболници у почетном стадијуму, у ремисији и интермисији или уопште са лакшом душевном поремећеношћу. Док је у току прошлих десет година међу крајње одмаклим паралитичарима београдске Душевне Болнице умирало просечно по 51 годишње искључиво природном смрћу, и међу њима од преко пет стотина није било ни једног самоубиства, обрнуто код сасвим почетних паралитичара из града и ван исте Душевне Болнице извршено је годишње просечно по два самоубиства, односно за десет прошлих година скупа 21 самоубиство. Од свега четири случаја самоубиства на просечно дневно бројно стање од 500—600 све само и јако одмаклих умоболника из београдске Душевне Болнице за задњих десет година су: два случаја схизофреније и по један секундарне епилепсије и меланхолије. Од тога опет двоје њих извршило је самоубиство убрзо после интернације, а за трећи случај је дијагноза уопште спорна између неурозе и психозе.

Из свега до сада изложенога проистиче: прво, да самоубиство није врста умоболности, како су своједобно тврдили *Ауенбругер* и *Ескирол*, нити да је само симптом душевне поремећености, како су обазривије претпостављали њихови следбеници (*Гризингер*, *Лежсо*), да, напротив, умоболници чине само један извешан, свакако мањи део самоубица, и да су праве умоболне самоубице редовно у почетку, мањем степену или побољшаном стању душевне поремећености — према томе да умоболност у ужем смислу одн. психоза не сачињава суштину самоубиства, те да је следствено питање суштине самоубиства и даље отворено и нерешено.

2) Суицидални мотиви.

Постоје, међутим, два чиниоца који су заједнички свима самоубицама и својствени свима самоубиствима, а који су од пресудне важности за суштину самоубиства. То су: самоубилачки мотиви и самоубилачка психа.

Суицидални мотив је чињеница, која побуђује и појашњава на извршење самоубиства, чињеница коју самоубица сматра као повод и разлог за уништење сопственог живота. Према области из које потичу, сви се мотиви могу поделити у: *ендогене* и *екзогене*. Ендогени мотиви су у самој особи самоубице и односе се на *соматичка* и *психичка* оболења. Екзогени могу

бити: *афективни, економски и морални*. Ну поред простих има и тако сложених мотива, који се могу истовремено убржати како у обе главне врсте, тако и у више њихових подврсти.

По правилу у сваком појединачном случају самоубиства има више мотива, и то *главних и споредних*, у разним варијацијама и комбинацијама, који дејствују сумацијом или кумулацијом. Само изузетно постоји искључиво један *једини* мотив.

Даље мотиви могу бити ближи, непосредни или даљи, посредни. Једни су јавни, познати, други тајни, непознати. Најближи мотив не мора бити и најглавнији, он има често само улогу једне капи више у препуној чаши. Као што ни јавни мотив не мора бити једини.

Нема самоубица без мотивација, нити постоје самоубиства без мотива. Има ретких самоубица, које свој суицидални мотив нису ником саопшtile или ни чим испољиле, као што постоје и изузетна самоубиства, за која се нису могли сазнати мотиви, где тајну мотива самоубице носе са собом у гроб — али суицидални мотив постоји безусловно у сваком случају самоубиства.

Било из макоје области: соматичке или психичке, афективне, економске или моралне, безброј је и најразноврснијих чињеница уопште, које све могу бити и бивају суицидални мотиви. Све те чињенице нису ни по чему ни квантитативно ни квалитативно изванредне и необичне, напротив исте те чињенице доживљују и преживљују мање или више и све не-самоубице. Другим речима суицидални мотиви су скроз субјективни чиниоци т. ј. то су само такве чињенице, које самоубица осећа за побуде и које он сматра за разлоге свога самоубиства. Без обзира на то, што о томе други мисле и како то други осећају, да ли су дотични суицидални мотиви објективно узев ситнице или крупнице, и да ли су оне адекватне вредности и одговарајуће сразмере према чину самоубијања или не, они су искључиво пресудни за самоубицу и једино меродавни за самоубиство.

Управо та апсолутна субјективност суицидалних мотива и јесте разлог, што се мора претпоставити, да, и ако је мотив један од неминовних састојака суштине самоубиства, ипак није једини који сачињава битност самоубице. Чињенице саме по себи, па макакве безначајности или обрнуто макакве важности иначе биле, нису и не могу бити суицидални мотиви, ако оне не изазивају специфичну реактивност дотичне особе.

Према томе за остварење самоубиства, поред суицидалног мотива безусловно је постојање и суицидалне психе као носилце специфичне суицидалне реактивности.

3) Суицидална психа.

Када се клинички и казуистички, анамнестички и катамнестички претражују покушачи самоубиства и самоубице, онда се дође до убеђења, да сви они мање или више, у овом или оном облику имају донекле извесне заједничке, истоветне и и потпуно карактеристичне психичке особине.

Те одлике суицидалне психе у главном су следеће: поремећеност нагона за самоодржање у смислу ослабљености животног нагона и појачаности нагона за уживањем; условљеност живљења: стављање квалитативности изнад квантитативности, неборбеност или условна борбеност; развијена индивидуалност, појачана самосвест, егоцентричност и интроспективност; интелектуалност изнад анималности; интелигентност преко просечне своје средине и свога позива; скептичност и критичност; беспредрасудност и ирелигиозност; неаклимативност, неакомодативност, антифаталност и антиаскетство; општа хиперестетичност: физичка, психичка и етичка; извесна идеалност, неотупелост, неогуглалост, и т. д.

Сва та набројена својства, разно спрегнута и разно одмерена, условљавају специфичну суицидалну реактивност и сачињавају суицидалну психу.

Из свега доведе изложенога произлази, да је самоубиство резултат двају компоненти: суицидалне психе и суицидалних мотива. Само истовремено дејство та два неопходна чиниоца производи самоубиство. Обрнуто, самоубиство је неостварљиво, ако постоји и делује или само суицидални мотив без суицидалне психе, или искључиво суицидална психа без суицидалних мотива. Између квалитета и квантитета суицидалних мотива и суицидалне психе влада увек извесан константан однос: што је појачанија суицидална реактивност, утолике ће и слабији и малобројнији мотиви дати исти ефект.

Не редовно, али чешће или чак ређе, сусрећу се код самоубица извесна пролазна физиолошка одн. патолошка стања. Таква стања су: пубертет, климактеријум, менструација, дефлорација, трудноћа, порођај, лактација, сенијум, алкохоли-

саност и стање варења. Њихов значај за самоубиство био би у томе, што она стварају суицидалну стимулацију. Уколико је чешће налажење тих стања код самоубица само проста случајност, или је условљено социјалним приликама, или је последица психолошких и психопатолошких особина, или је пак производ корелације инкреције и суицидалне психе, биће доцније код дотичних поглавља нарочито напоменуто. Толико је пак сигурно, да сва та стања, која би требало да дају потстрека самоубицама и стварају склоност према самоубиству, ни из далека немају за самоубиство онај значај као суицидална психа и суицидални мотиви, и свакако нису неминовни састојци суштине самоубиства.

IV

СТАТИСТИКА, ПРАВИЛНОСТИ И ОСОБИТОСТИ САМОУБИСТВА.

Бројно претраживање и проучавање самоубиства као специфичне појаве човечијег друштва од неоцењиве је користи по суицидологију. Оно је показало и доказало, да и код самоубиства, као и код многих других привидно произвољних поступака човечијих, ипак владају извесни закони, и да се самоубиство такође одликује нарочитим својствима. Статистика самоубиства утврдила је најпре, да у самоубиству има *правилности*, које важе за сва времена и за све земље, то су опште правилности самоубиства. За тим је она установила тако исто, да самоубиство карактеришу извесне *особитости*, које вреде само за некоје пределе и за понека доба т. ј. месне и временске особитости самоубиства.

Статистика самоубиства, као у осталом и статистика уопште, нож је са две оштрице: једном се сече, другом посече. Отуда, при свем томе што је статистика самоубиства открила многе истине о самоубиству, и што је исправила крупне заблуде створене априористичким дедукцијама, исто тако учинила је и многе забуне и доста пометње при проучавању самоубиства. Разлози статистичких грешака у главном су: одсуство или нетачност дефиниције, па онда лаичко, посредно и нецелисходно скупљање статистичких података, закључивање и уопштавање на основу малених бројева, доношење суда с погледом на изнимне и пролазне појаве, и т. д.

То што важи за статистику самоубиства, на пример, код Немаца или Француза, вреди још у много већој мери и за статистику самоубиства у нас, и то делом из истих разлога, а делом због наше опште неспособности за екзактан и организован рад. Отуда је статистика самоубиства у нас пре свега посве незнатна, уколико је пак има, највећим делом је неупотребљива за научне сврхе. И врло је вероватно, да су нетачности из наше статистике и навеле изврснога статистичара и социолога

Мајра на неке погрешне закључке о самоубиству у нас, као што ће на то доцније, у току овог излагања бити указивано.

Следећи статистички подаци односе се на 510 случајева самоубиства из Београда уопште, у току прошлих, послератних десет година, и то од 1919. до 1928. године. Ну докле су од 464 самоубице, обдуковане и проучене у просектури Опште Државне Болнице одн. Судско-медицинском Заводу, узети сви статистички подаци, дотле су, напротив, унети само извесни и несумњиво тачни подаци за 7 грађанских самоубица, необдукованих у просектури Опште Државне Болнице одн. Судско-медицинском Заводу, као и за 39 војних самоубица из Војне Болнице у Београду. Дакле, поред тога што су од 46 грађанских и војних самоубица, необдукованих и необрађених у просектури одн. Заводу, употребљена у минималном опсегу, још су искоришћена за статистику само она дата, која су могла бити беспрекорно проверена.

Закључци на темељу изложених статистичких података извођени су само на већим бројевима, као што су и установљене правилности и особитости засноване само на несумњивим чињеницама. Због јаче колебљивости прилика, нарочито прве квинквеније после рата, као и услед бојазни од извођења прераних закључака на основу недовољних збирова, подробније разграновање статистичких констатација вршено је веома обазриво и само до извесних граница.

1) Бројност.

Од 1. јануара 1919. до 31. децембра 1928. године било је у Београду свега 510 самоубиства, и то 285 код мушких и 225 код женских (видети таблицу II).

Од целокупнога броја самоубица обдуковано и иначе претражено је у просектури Опште Државне Болнице односно Судско-медицинском Заводу 464 самоубице, и то 239 мушких и 225 женских. Необдукованих у просектури односно у Заводу било је 46 искључиво мушких самоубица, и то 7 грађанских и 39 војних особа. У првој квинквенији, од 1919. до 1923. године било је свега 169 самоубица (85 мушких и 84 женске), а у другој квинквенији од 1924. до 1928. године пак 341 самоубице (200 мушких и 141 женска), дакле равно два пута више самоубиства у другој но у првој квинквенији.

II Целокупан број самоубица у Београду од 1919. до 1928. год.

Година	Мушки	Женски	Свега
1919	10	8	18
1920	14	11	25
1921	12	16	28
1922	20	20	40
1923	29	29	58
1924	28	15	43
1925	29	28	57
1926	43	31	74
1927	46	27	73
1928	54	40	94
Свега	285	225	510

Код бројности самоубиства важе као општа правила: прво, да је редовно, свуда и свакада број самоубиства у градовима (2 до 3 пута) већи него на селу, и друго, да је самоубиство у већим градовима многобројније него у мањим. То потврђују подаци како из стране тако и из наше статистике самоубиства. Тако је у Паризу између 1896. и 1900. године на 100.000 становника долазио по 31 самоубица, а у осталој Француској на исти број становништва и за исто међувреме 24 самоубице. У Бечу је између 1896. и 1900. г. на 100.000 становника падало по 28 самоубица, док на осталу Аустрију за исто раздобље и исти број становништва по 15. У Београду пак од 1896. до 1900. године срачунато на 100.000 становника (јер их је Београд стварно тада имао само 59.750—65.598) било би 18 самоубица, а у осталој, предкумановској Србији за исти период времена и на исти број становништва износило је свега 4 самоубице. Од године 1919. до 1928. у Београду је пак на 100.000 становника падало по 30—33 самоубице.

Многобројнија самоубиства у градовима него на селу, и у великим градовима него у малим могу се објаснити: како све јачим и чешћим стицањем свих оних својстава, која сачињавају суицидалну душевну конструкцију, тако и умноженијим и сложенијим суицидалним мотивима при живљењу у градовима односно у велеградовима.

2) Учестаност.

Из таблице II и кривуље III (на крају књиге) проистиче даље: да се од 1919. до 1928. године број самоубиства у Београду попео од 18 на 94 годишње, дакле за више од пет пута (и тај вишак изнад пет пута пада на мушке); да је прираштај сталан и прогресиван, али са изузетним, повременим и незнатним опадањем, и то 1924. за 15 и 1927. за свега 1 од прошлогодишњих износа; да су та повремена и незнатна опадања редовно ретроградно или антероградно компензаторно изравната са порастима у 1923. за 18, а у 1928. за 21 самоубицу.

Пошто је број становништва у Београду 1916. године износио 47.908, а 1921. пак 111.739, то 1919. године није могао имати мање од 100.000 становника и на то је било 18 самоубица. Када се узме, да је 1928. године број становништва Београда био 284.098, и да је самоубица било 94, онда излази да, док се становништво Београда за задњих десет година једва утростручило, број самоубица се више него упетостручио.

Из горњих података о кретању самоубиства у Београду, а такође и из интернационалне статистике самоубиства произлази: прво, да је самоубиство све учестаније, и то не умножава се само апсолутно, напореда са порастом становништва, већ и релативно у односу на прираштај становника.

3) Пол

Како из таблице II тако и из кривуље III (на крају књиге) излази, да је за прошлих десет година у Београду било више мушких него женских самоубица и то равно 60 више, односно 55,9% мушких и 44,1% женских самоубица. Међутим, то тако изгледа само, када се посматрају апсолутни бројеви. Узев релативне односе у обзир, може се установити, да је стварно било готово подједнако мушких и женских самоубица. Јер као и раније, пре рата у Србији и градовима Србије, па следствено и у Београду, тако и за последњих десет поратних година у Београду је број мушких становника већи од броја женских, и стоји у сразмери као 5 : 4, а то опет сасвим одговара постојанству и односу учешћа мушких и женских међу самоубицама у Београду.

Од пет деценија на овамо у ванбалканској Европи редовно је 2—5 пута више мушких него женских самоубица, како у

селима тако и у градовима, и ако је женских становника било у сасвим незнатној већини (1045 : 1000). Такође и у Србији било је само два пута више мушких но женских самоубица, премда је мушких било чак у маленој већини т. ј. и ако се број мушких према женским становницима у њој односно као 1000 : 945.* То опште преовлађивање мушких самоубица условљено је претежнијим постојањем суицидалних особина код мушких услед њиховог образовања и васпитања и многобројношћу суицидалних мотива код мушких због њихове изложености у животној борби. Из супротних разлога су женске у мањини заступљене код самоубица.

Међутим од пре две деценије свуда у градовима, нарочито већим и највећим, почиње нагло умножавање броја женских самоубица. Узроци томе су: промењено, интензивније и екстензивније образовање и васпитање женских у градовима, што је даље уследило, те су женске све већма задобиле својства која чине суицидални душевни склоп с једне, и с друге стране те су женске јаче, самосталније и непосредније иступиле у животну борбу.

У погледу учешћа пола код самоубица у Београду током прошлих десет година, постоји одступање од општег и старог правила утолико, што се противно истоме број мушких и женских самоубица изједначио (1 : 1). Сем тога када се упореди бројни однос мушких и женских самоубица из прве квинквеније са другом, падају у очи необична занимљива колебања. Тако прве две године по рату било је 5 мушких самоубица више него женских, треће године обрнуто 4 женске самоубице више од мушких, и задње две године прве квинквеније изједначио се број мушких и женских самоубица. У свима пак годинама друге квинквеније, међутим, опет има знатно више (59) мушких од женских.

* С обзиром на статистичке податке из Србије о међувремену од 1881. до 1885. и од 1886. до 1890. године истиче *Мајр* Србију као земљу са највећим (51,7—54,9%) учешћем женских самоубица у Европи! Вероватно је то омашка услед рђаве обавештености. Јер према аутентичним подацима из 1891. до 1910. године, премда је просечни однос мушких према женским становницима и Србије 1000 : 945, ипак је сразмера мушких самоубица према женским износила 2 : 1.

4) Позив.

У табели IV класификовано је 59 разних врсти појединих позива мушких и 37 разних врсти појединих позива женских самоубица у 15 разних група позива.

Из ње се, поред осталог, види, да су најмногобројније самоубице неквалификовани радници одн. неквалификоване раднице. Међу последњима упадљив је број служавки, који износи нешто више од $\frac{1}{6}$ целокупног броја женских самоубица. Та је појава уочена и раније и од других (*Росџ, Кирџен*).

На другом месту су, са $\frac{1}{3}$ целокупног броја женских самоубица, т. зв. домаћице т. ј. супруге и мајке. На трећем пак, са готово $\frac{1}{5}$ свих мушких самоубица, су војне особе и то: 15 официра, 10 подофицира и 36 војника, жандарма и граничара.

Самоубиства ученика одн. ученица средњих школа као и занатлиских одн. трговачких ученика, која су, исто тако као и дечија самоубиства, раније у Немачкој и Француској привлачила особиту пажњу јавности и изазивала многострука и опширна расправљања у стручној литератури, одговарају код нас бројним подацима из односне француске и немачке статистике.

IV Самоубице по позиву

ГРУПЕ ПОЗИВА	Мушки	Женски	Укупно
Занатски и трговачки ученици одн. ученице	6	5	11
Занатски и трговачки помоћници	25	13	38
Ученици и ученице гимназија и средњих школа	13	10	23
Студенти и студенткиње универзитета	10	4	14
Неквалификовани радници одн. раднице	55	64	119
Занатлије и занатлике	33	16	49
Трговци и трговкиње	24	1	25
Банкари и рентијери	5		5
Државни чиновници и званичници одн. званичнице	39	13	52
Приватни званичници одн. званичнице	9	7	16
Официри, подофицири и војници	61		61
Домаћице		72	72
Удаваче		6	6
Проблематични мушкарци	5		5
Проблематичне женскиње		14	14
Свега	285	225	510

5) Места рођења и живљења.

Као што се може из табели V видети, од 510 самоубиства из Београда само 22 падају на особе рођене у Београду. Иначе скоро половина самоубиства долази на особе рођене у Северној и Јужној Србији, док друга, исто тако нешто крња, половина потиче делом ($\frac{1}{3}$) из осталих покрајина Југославије, а делом ($\frac{1}{8}$) из страних држава.

V Места рођења самоубица

Места, покрајине или државе рођења	Мушки	Женски	Свега
Београд	13	9	22
Србија (северна и јужна)	147	99	246
Војводина и Срем	31	66	97
Хрватска и Славонија	16	22	38
Босна и Херцеговина	11	5	16
Словенија	5	10	15
Црна Гора	3	3	6
Далмација	3		3
Русија	37	5	42
Немачка	7		7
Мађарска	4	1	5
Пољска	1	2	3
Чешка	3		3
Бугарска	2	1	3
Грчка		1	1
Италија	1		1
Литванија		1	1
Швајцарска	1		1
Свега	285	225	510

По том од интереса је, да докле су самоубице из покрајина Југославије ван Северне и Јужне Србије у $\frac{2}{3}$ женске, докле код особа из страних држава обрнуто $\frac{5}{6}$ чине мушки. Од свих странаца готово $\frac{2}{3}$ су руске избеглице, и међу њима опет $\frac{7}{8}$ је Руса и $\frac{1}{8}$ Русиња.

Напошетку 60% је међу самоубицама таквих, који у Београду уопште не живе стално, већ или великом већином у

покрајинама Југославије, или у незнатној мањини у иностранству. Од тих су 5% мушки и 1% женски. Такви су у Београд допутовали кратко време пред самоубиством једино или прејужно и условно у циљу извршења самоубиства баш у Београду. То они чине из разних побуда: или с тога што је Београд по невољи изабран за поприште догађаја после и услед бегства из непријатељски расположене куће, породице одн. средине; или што се удаљавањем из пријатељски наклоњене породице одн. околине технички и психолошки олакшава извођење одлуке о самоубиству; или у Београд су дошли ради последњег покушаја тражења службе одн. посла; или услед рефлектоидног бегства и инстинктивног скривања због престапа или срамоте у месту борављења (проневере, банкротства); или долазак у Београд има за циљ тенденциозно самоубијање (већи одјек, новине, средиште власти); или ради отискивања од родног краја у непознату и туђу средину, за коју га ништа не веже и у којој га нико не зна; или због истовременог извршења убиства као последице љубавног, брачног или политичког неспоразума; или са сврхом у великом граду покушати затајивање свог идентитета и скривање своје смрти уопште; и т. д.

6) Доба живота.

Самоубица из прве деценије живота у Београду није уопште ни било, насупрот међународним статистичким и казуистичким подацима у томе. У осталом из прве квинквеније живота самоубица у правом смислу те речи сигурно нема ни на страни, из разлога који су изнесени у поглављу о дефиницији самоубиства. Казуистика по томе, уколико је објављена, не може издржати критику, и дотични случајеви могу се безизузетно свести на смртне задесе само криво протумачене. Док су опет т. зв. самоубице из друге квинквеније живота веома сумњиве као такве, и велико је питање, да ли су оне уопште и стварно самоубице, када се појам самоубиства јасно схвати и тачно омеђи.

Најмлађи је самоубица код нас од 13, а најстарији од 99 година. У најранијој деценији самоубиства у нас, а то је у другој, има међутим два пута више женских самоубица него мушких. Као најчешћа година самоубиства је 22. а најчешће такве три узастопне године су 20., 21. и 22., и готово једна петина свих самоубица тих су година. Од 13. до 60. све су наредне

године заступљене најмање са по једним самоубицом, а највише са по 34 самоубице. После 60. године и што ближе 99. години све чешћи су и дужи размази између појединих година.

VI Доба живота самоубица по квинквенијама

Квинквенија	Мушки	Женски	Свега	Квинквенија	Мушки	Женски	Свега
11—15	3	8	11	56—60	18	8	26
16—20	29	66	95	61—65	15	6	21
21—25	64	54	118	66—70	7	1	8
26—30	46	22	68	71—75	1	1	2
31—35	30	13	43	76—80		2	2
36—40	22	13	35	81—85			
41—45	20	14	34	86—90		1	1
46—50	13	12	25	91—95			
51—55	16	4	20	96—100	1		1

VII Доба живота самоубица по деценијама

Деценија	Мушки	Женски	Свега
11—20	32	74	106
21—30	110	76	186
31—40	52	26	78
41—50	33	26	59
51—60	34	12	46
61—70	22	7	29
71—80	1	3	4
81—90		1	1
91—100	1		1

Као што се даље из приложених, по деценијама и квинквенијама доба живота самоубица сређених, таблица и још очигледније из кривуља (VIII и IX на крају књиге) разазнаје: бројна заступљеност је разнолика, према томе да ли се број односи на оба пола укупно или на сваки понаособ. Кад оба пола заједно најчешћа су самоубиства у трећој деценији односно петој квинквенији. Међутим од заједничке кривуље она мушких одступа утолико, што показује елевацију у шестој деценији, а посебно у дванајестој квинквенији, док кривуља женских самоубица има елевацију у петој деценији одн. деветој квинквенији.

Дакле кад се узму апсолутни бројеви, онда је целокупни утисак: нагли пораст самоубица од најмлађих па до доба између 21. до 30. године, за тим без мало такође јак пад између 31. до 40., па онда следећих деценија постепено опадање, све до доба између 61. до 70. године, а оданде опет нешто брже опадање до краја.

Међутим када се упореде релативни бројеви т. ј. бројеви самоубица са бројевима њихових вршњака несамоубица, а при томе се има на уму, да од десете године живота па на више број вршњака стално опада међу становништвом, онда слеђује, да број самоубиства почев од треће па до двадесете

квинквеније непрестано расте, односно да самоубиство са старењем бива све учестаније, при чему се пораст у петој квинквенији нарочито истиче и увек превазилази ону из шесте квинквеније.

Релативна учестаност самоубиства код старијих особа условљена је: све чешћим телесним и душевним оболењима, све сложенијим животним односима и отуда све многобројнијим самоубилачким поводима, све мањом одн. смањеном способношћу за илузије живота, све већом разочараношћу, све јачим очајањем и све мањом надом.

7) Вера.

Вероисповест самоубица у Београду приказује следећа таблица:

X Вера самоубица у Београду од 1919. до 1928. год.

В Е Р А	Мушки	Женски	Заједно
Православни	236	168	404
Католици	39	50	89
Протестанти	5	5	10
Јевреји	5	7	12

Од неких аутора, нарочито *Росџа* и *Крозеа*, указано је на заштитно дејство католичанства противу самоубиства и, на супрот томе, наглашено повољно упливисање протестанства на самоубиство. То мишљење су опет други суицидолози, међу њима особито *Гауј*, *Принцинг* и *Рефиш*, најодлучније оспорили. Сем тога је *Крозе* изнео даље, да после католичанства највише штити од самоубиства православље. У прилог томе навео је *Крозе* „изванредну ниску“ бројност самоубиства код Руса и Срба.

Пре свега када се има на уму позната нетачност руске и српске статистике самоубиства, и када се статистика самоубиства Београда за прошлих десет година упореди са истом велеградова других вероисповести (н. пр. Берлина или Париза), онда излази да поставка *Крозеа* у погледу заштитне моћи православља није основана. Што се тиче поменутих односа католичанства и протестанства према самоубиству, београдски

материјал је сасвим неподесан за правилну оцену по томе. Ипак имајући у виду неке чињенице из београдске казуистике самоубиства, добија се утисак као да је, не врста вероисповести по себи, већ права побожност појединаца и средине макоје вероисповести у извесном смислу заштитни фактор према самоубиству. Између осталог ту претпоставку, изгледа, поткрепљују и примери ређег самоубиства у протестанској Енглеској, Шведској, Норвешкој, Финској и Холандији, осредње честог самоубиства у католичкој Италији одн. Шпанији или учестанијег самоубиства у католичкој Француској.

8) Брачност и родитељство.

Према брачном стању било је самоубица:

нежењених	134	неудатих	127
жењених	116	удатих	61
удовица	5	удовица	20
разведених	8	разведених	14
?	22	?	3

Од самоубица из Београда деце је:

	мушких	женских	укупно
имало	74	36	110
немало	152	154	306
?	59	35	94

Из статистике брачности самоубица излази, да је број нежењених самоубица нешто мало већи од ожењених, а особито да је број неудатих знатно већи од удатих самоубица. Исто тако и статистика родитељства самоубица показује, да је број неродитеља међу њима без мало три пута већи од родитеља самоубица. Те чињенице запазили су и други суицидолози статистичари, и оне су им дале повода за претпоставку о заштитном утицају брака односно деце на самоубиство (*Диркем*, *Берџијон*, *Мајр*. Међутим), то је, с једне стране, само привидно тако, и долази отуда, што већина самоубица по природи ствари или услед своје младости није још ни ступила у брак или због тога што је старошћу престала бити у брачном стању, односно што већина самоубица из истих разлога није ни могла имати деце или, ако их је имала, што су децу у току дужег живота изгубили. С друге стране пак казуистика и мотивације самоубиства уче, да брак у самоубилачким поводима игра честу и важну улогу, било што неудавање значи

за извесне женске тежак неуспех у животној борби, било што је брак обилан извор за брачне неспоразуме, и што несрећни бракови, као и још понеке друге ређе констелације у животу стварају такве сукобе, непрестане и огорчене, сурове и безобзирне, где две индивидуе буду одиста стављене пред дилемом: он одн. она или ја. Сем тога родитељство, било да није жељено, јер је ванбрачно, било што доноси породичне неспоразуме између родитеља и деце, не ретко је једини или главни мотив самоубиства.

9) Годишње доба — месеци.

Из приложене таблице и придодане кривуље (на крају књиге) излази, да је самоубиство оба пола укупно најчешће јуна, а најређе јануара месеца, односно да је максимално тромесечје мај, јун и јули (летња кулминација), а минимално тромесечје децембар, јануар и фебруар (зимска депресија). Размера између бројева самоубиства максималног месеца одн. тромесечја и минималног месеца одн. тромесечја је као 2 : 1. После омањег скока у марту настаје постепено пењање до јуна, а одатле опет лагано спуштање кривуље до јануара.

XI Самоубиства у Београду по месецима

Месеци	Мушки	Женски	Укупно
Јануар	14	15	29
Фебруар	14	18	32
Март	28	13	41
Април	28	19	47
Мај	27	26	53
Јуни	29	31	60
Јули	31	25	56
Август	26	21	47
Септембар	24	19	43
Октобар	19	15	34
Новембар	21	14	35
Децембар	24	9	33
Свега	285	225	510

Кретање самоубиства само мушких односно само женских одступа од заједничког утолико, што максимум мушких

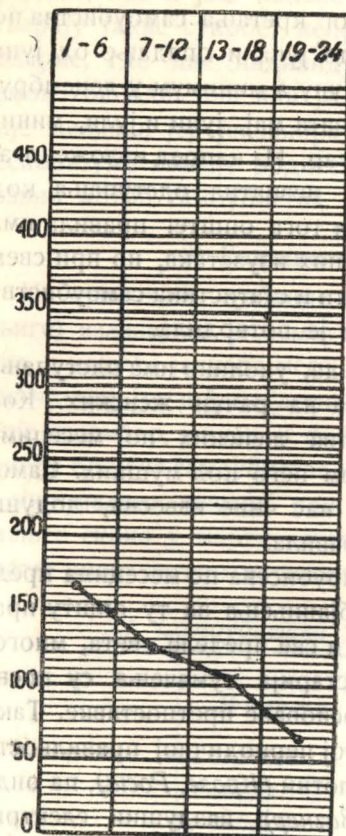
пада на јули, а што минимум женских самоубица долази на децембар, те је следствено и минимално тромесечје женских новембар, децембар и јануар.

Општа правила интернационалног кретања самоубиства по месецима су: пењање од јануара до јуна и опадање од јуна до децембра, па онда максимум у јулу а минимум у децембру, за тим максимално тромесечје обухвата мај, јуни и јули, минимално пак новембар, децембар и јануар. Из напред изложенога, међутим, виде се извесна, сасвим незнатна одступања код самоубица у Београду. У осталом од тога општег правила има и иначе, у другим случајевима малених изузетака, но при свем томе опште правило остаје у важности и статистика самоубиства у Београду битно и у главnome га је потврдила.

Запажено је од понеких аутора, да, уколико има одступања од општег правила, обично су иста на рачун женских. Код нас, напротив, кретање самоубиства женских по месецима подударније је са општим правилом него код мушких. Самоубиства мушких су та, која код нас чине извесна, додуше незнатна одступања од општег правила.

Поменуто правилно кретање самоубиства по месецима представља т.зв. статистички закон. Објашњења за ту општу правилност, која важи за сва времена и све пределе света, многобројна су. Већином и нарочито старија тумачења су посве неумесна нагађања или сасвим неосноване претпоставке. Тако су једни веровали, да су узроци тој периодичној правилности климатички (*Озиандер*), други топлотни (*Крозе, Росџ*), па онда положај сунца према земљи (*А. Вагнер*), ваздушни електрицитет (*Кисер, Брандштейер*), светлост и зрачење сунца (*Мајр*), контраст између зимске студени и летње врућине и ненавикнутост на прелазну температуру у пролеће (*Ломброзо, Принцинг*), и т. д. Нешто савременије и стварније изгледало је мишљење францускога социолога *Диркема*. Наиме полазећи од претпоставке, да се самоубиства догађају најчешће дању и да су максималних суицидалних месеца најдужи дани, *Диркем* је мислио, а у томе му следују *Крозе* и *Жакар*, да је тиме дато више прилике за међусобне сукобе и следствено пружено више мотива за самоубиство. Како код ове тврдње већ прва премиса није тачна т. ј. да су самоубиства много чешће дању него ноћу, то наравно не може бити ни крајња конклузија.

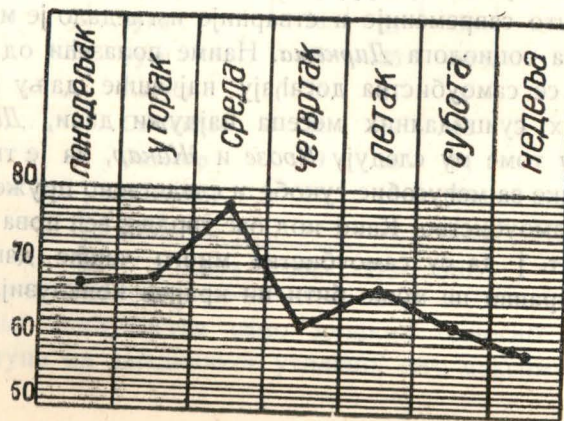
XIII Кривуља самоубиства
по дневним часовима



Међутим много је вероватније, да кулминација самоубиства пада на месец јун и оне месеце око њега услед тога, што у то доба периодично влада код људи општа живчана раздражљивост и лабилност психе, а посебно још појачана полна раздражљивост коју ваља схватити као рудимент човечијег доба спаривања. Да то тумачење има највише смисла и стварнијег оправдања доказују и следеће чињенице: што је истодобно и криминалитет према особи повећан, што су онда и силовања као и затрудњавања, нарочито ванбрачна, најчешћа, и најзад што су и душевна оболења односно погоршања умоболности најмногобројнија управо тих месеца (*Вилманс, Рајхард, Хибнер, Гедекен*).

Напоследку још једна примедба! У изложеној статистици кретања самоубиства по годишњем добу у Београду избегнута је погрешка, која се иначе код многих страних не ретко сусреће. Наиме као дотични месеци самоубиства урачу-

XIV Кривуља самоубиства по седмичним данима



нати су искључиво месеци вршења, успелог или претходно неуспелог самоубиства, а не месеци наступеле смрти после и услед тога. Јер смрт код самоубиства наступа у две трећине напрасно, али у једној трећини је смртни исход лаган, и то неколико или више дана, недеља, месеци или чак година после покушаног самоубиства.

10) Седмични дан и доба дана.

Следећи подаци приказују 464 самоубиства распоређена према извођењу по седмичним данима:

XV Самоубиства по седмичним данима

Седмични дан	Мушки	Женски	Свега
Понедељак	33	34	67
Уторак	37	32	69
Среда	46	32	78
Четвртак	33	29	62
Петак	29	36	65
Субота	33	31	64
Недеља	28	31	59

Као што се види, како из приложене таблице тако и из XIV кривуље (на страни 36), разлике нису велике. Највећа износи 19, и то између максимума у среду и минимума у недељу. Иначе на прва три дана седмична (понедељак, уторак и среду) пада већина, готово половина од целокупног броја самоубиства.

Постоји неслагање између београдске и иностране статистике, где максимум долази на суботу, недељу и понедељак, а објашњен је са алкохолисаномшћу и примањем надница тих дана (*Гери, Мајр*). Максимум прва три дана седмична у нас може се растумачити: почетком поновнога дејства истих суицидалних мотива из прошлих недеља.

Доба дана извршења 464 самоубиства показује, поред XIII кривуље (на страни 36.), и таблица на страни 38.

Из изнетих дата излази: прво, да се највише самоубиства изврше ноћу, па онда све ређе у току дана, и понајмање пре поноћи; друго, да се готово подједнако врше самоубиства како преко дана тако и преко ноћи.

XVI Доба дана самоубиства

Доба дана	Мушки	Женски	Скупа
Од 1 до 6 сати одн. по поноћи	95	69	164
Од 6 до 12 сати онд. пре подне	64	62	126
Од 12 до 18 сати одн. по подне	51	54	105
Од 18 до 24 сати одн. пре поноћи	34	35	69

Страна статистика је пре свега неодређена у означавању доба дана, и по том нејасна у закључцима (*Гери, Морзели*), или чак тврди да је самоубиство чешће дању него ноћу (*Диркем, Киршен*). У нашој статистици је подела доба дана и ноћи рационалнија, а добивени резултати једнозначнији. Понашање самоубица по нашој статистици треба тако разумети, да и почетак новог дана, као и почетак нове седмице, доноси најчешће приступање извршењу самоубиства с обзиром на предстојећи почетак дејствовања истих суицидалних мотива од прошлога дана.

11) Места догађаја.

Што се тиче места извршења самоубиства, општа је карактеристика: редовно скривено извођење самоубилачког чина,

XVII Места извршења самоубиства

МЕСТА	Мушки	Женски	Свега	МЕСТА	Мушки	Женски	Скупа
Сопствени стан	117	179	296	Паркови	7	2	9
Туђи стан	10	4	14	Улице	8		8
Сопствена радња	6		6	Околина Београда	17	3	20
Туђа радња	2	1	3	Сава	9	7	16
Сопствена канцеларија	4		4	Дунав	4	1	5
Туђа канцеларија	3		3	Ново Гробље	3	1	4
Хотел	13	6	19	Марково Гробље	3		3
Јавно купатило	1		1	Јеврејско Гробље		1	1
Кафана	5	1	6	Железнички колосек	18	7	25
Општа Државна Болница	9	6	15	Универзитет		2	2
Универзитетска Клиника	2		2	Касарна	35		35
Војна Болница	4	1	5	Притвор	3	1	4
Душевна Болница	2	2	4	Свега	285	225	510

шта више и онда када се то дешава ван сопственог стана или на јавним местима. Само изузетно је вршење самоубиства *сogam publico*, остентативно пред очевидцима и демонстративно пред присутницима.

У више од половине случајева (и то 44% мушких и 79% женских) поприште догађаја је сопствен стан, и то опет најчешће спаваћа соба, па онда кујна. Такође је простор извршења самоубиства је при затвореним, а често чак при закључаним вратима. По том од значаја је следећи контраст. Док се у Општој Државној Болници у Београду за десет прошлих година убило 15 особа (већином болничара и болничарки, мањином телесних болесника и болесница), а у београдској Војној Болници за исто време петоро од болесника, у Душевној Болници пак извршено је свега 4 самоубиства, управо онолико колико и на једноме од унутрашњих одељења Опште Државне Болнице у Београду.

Па онда упадљива је учестаност вршења самоубиства у Кошутњаку и Топчидеру; као што је обрнуто приметна реткост самоубиства у осталој околини Београда. Од паркова најчешће место извршења самоубиства је Калемегдан. — Код железничких колосека извођење самоубиства збива се најчешће на улазу или излазу из станица (београдске или топчидерске).

Изузев сопственог стана, ипак се не може рећи, да извесна места у Београду имају нарочиту привлачну моћ за самоубице (предилекциона места), као што је то не редак случај у светским градовима, као н. пр. Сена у Паризу или Тиргартен у Берлину.

12) Начин самоубијања.

Технику 510 самоубиства у Београду од 1919. до 1928. г. илуструје таблица на 40. страни.

Према томе у Београду се изводила самоубиства за прошлих десет година начинима само из три области: из хемиске у 43,1%, из механичке у 34,9% и из алиментарне области у 22,0% случајева. Није било ни једног случаја самоубиства извршеног физичким или бактеријским повредама.

Најчешћи је начин самоубиства у Београду тровање и то у 43,1%, по том устрела у 24,0%, вешање у 16,9%, раздерање у 6,5%, утопљење у 4,9%, бодење у 2,3%, сечење у 2,1% и сасвим изузетно задављење у 0,2%.

Пошто за време од пре десет прошлих година о техници самоубиства у Београду не постоје тачни подаци, то нека ради упоређења послуже подаци из раздобља од 1893. до 1908.

XVIII Начини самоубиства

НАЧИНИ ОДН. СРЕДСТВА	Мушки	Женски	Свега	НАЧИНИ ОДН. СРЕДСТВА	Мушки	Женски	Свега
Прегажење	18	8	26	Соном киселином	2	2	4
Скок	5	2	7	Сирћетном киселином	1	3	4
Клање	10	1	11	Карболном киселином	1	2	3
Бодeње груди	7	1	8	Азотном киселином	1	1	2
Бодeње трбуха	4	1	5	Арсеном	1	2	3
Устрела главе	80	5	85	Сублиматом	4	6	10
Устрела груди	31	6	37	Вероналом	2	2	4
Вешање	61	25	86	Морфином	4	3	7
Задављење	1	1	2	Кокаином	2	1	3
Утопљење	17	8	25	Угљеноксидом	1	1	2
Тровање натријумхидр.	28	136	164	Хлоралхидратом	1	1	2
Лизолом	3	13	16	Стрихнином	1	1	2

године из преткумановске Србије. У њој је било вешања у 53,7%, устрела у 30,5%, утопљења у 7,7%, бодeња и сечења у 4,2%, тровања у 2,6% и непознатих начина у 1,3%*.

Тровања натријумовим хидратом чине 32,1% свих начина самоубиства и 74,5% свих тровања уопште у Београду. Четири петине отрованих натријумовим хидратом су женске и само једна петина мушких. Сразмерно узев прве три године број тровања натријумовим хидратом расте, доцнијих година до задње стационаран је. Прве три године тровања каменом содом код мушких није било, доцније их је све више, и последње године чине једну четвртину свих тровања натријумовим хидратом.

Код тровања лизолом $\frac{4}{5}$ је женских и то већином прости-тутки, болничарки или болесница у болницама. Сублимат је отров виших друштвених слојева; морфин пак лекара, апоте-

* Колико је наша статистика самоубиства у Србији нетачна, најбоље до-казује то, што има 1,3% непознатих начина самоубиства, при свем томе што од свију чињеница код самоубиства најлакше је статистички установити управо начин самоубиства!

кара, лабораната, болничара. Тровања вероналом, хлоралхи-дратом, стрихнином или азотном киселином су посве изузетна.

Устрела главе је више него два пута чешћа од устреле груди. Раздeрања су у $\frac{4}{5}$ последица прегажења и у $\frac{1}{5}$ од скока са висине. Код обе врсте раздeрања више од два пута је мушких него женских. Само је једно прегажење трамвајем, сва остала железницом. Бодeња груди било је два пута више него трбуха.

Прве три године вешање је било сасвим ретко, у години 1921. чак једно годишње. Но после вешања једног угледног Београђанина почиње нагло умножавање и последње године догодило се 18 вешања у Београду.

При свем томе што Београд готово са три стране заплу-скују две велике реке, утопљење у њима је упадљиво ретко. Утопљења је било $\frac{3}{4}$ у Сави и $\frac{1}{4}$ у Дунаву. Утопљења у другим срединама, сем Саве и Дунава, није било.

Поред осталих десило се и 21 комбиновано самоубиство, и то 6 код женских и 15 код мушких. Та су самоубиства већ урачуната код збира начина самоубиства уопште, и то по оном начину који је једино или претежно смртно деловао. Од на-чина који су код комбинованих самоубиства упражњавани безуспешно или са споредним дејством су ови: тровање јодном тинктуром, калијумхиперманганом, вероналом, каменом содом, шафраном, па онда сечење ручних судова, секотине уопште, убод игле у срце, гутање стакла, гутање игала, запушење гркљана, скок, и т. д.

Први је *Мајр* на основу статистике преткумановске Србије од 1902. до 1906. године истакао, и по њему се у литератури иностраној непрестано понављају, две особитости технике самоубиства у тадашњој Србији, које одступају од карактеристике начина самоубиства из међународне статистике. То су пре свега необична учестаност устрела код женских, а по том минимални број утопљења у преткумановској Србији. Из раздобља од 1893. до 1908. године види се из статистике Србије, насупрот тврдњама *Мајра*, да на прво место процен-туално долази вешање (са 53,7%), па тек онда на друго устрела (са 30,5%), а сем тога да проценат устрела женских не износи 23,9% према 41,5% код мушких, како то наводи *Мајр*, већ да је свега 10,2% код женских према 40,8% код мушких. Па онда из исте статистике уочава се, да утопљење

износи процентуално укупно у међувремену од 1893. до 1908. год. свега 7,7% (и то 6,3% за мушке и 10,4% за женске). Према томе докле је по статистици за 1893.—1908. годину у преткумановској Србији код мушких одиста два пута чешћа устрела него просечно по међународној статистици, дотле је устрела код женских три пута чешћа него просечно на страни, али свакако није осам пута учестанија него обично, како се то иначе пише и преписује у страниј стручној литератури. И ако је савремена одлика великих градова: све многобројнија самоубиства женских устрелом, ипак устрела женских у Београду у међувремену од 1919. до 1928. г. износи само 4,8% од свих начина самоубиства примењених од женских у Београду. — Друкчије стоји ствар код утопљења! Како према *Мајру* тако и према *Кустеру* излази, да је у Србији било увек три пута мање самоубиства утопљењем него иначе у иностранству. И одиста, самоубиства у Београду од 1919. до 1928. године потврђују ту особитост самоубиства у нас, с тим што је и у Београду било за последњих десет година четири пута мање самоубиства утопљењем него што је то на страни.

Техника самоубиства је донекле симболична и симптоматична по самоубице, и то за њихов пол, позив, друштвени положај, њихово душевно стање, и т. д. Тако је тровање уопште чешће код женских него код мушких, а посебно тровање каменом содом знатно чешће код женских него код мушких, и она је самоубилачко средство претежно служавки и раденица. Напротив устрела, бодење или клање много је чешће код мушких него код женских; специјално устрела је готово редоваи начин самоубиства код војних особа. Самоубиство тровањем морфином карактеристично је за лекаре, апотекаре, лаборанте и болничаре. Необичност и суровост начина извршења самоубиства није наравно сигуран нити вероватан знак душевне поремећености, али је сумњив на исто (н. пр. многобројне и нецелиходне убодине или секотине). Осим тога необичност технике самоубиства може бити условљена и тренутним нестајањем погодног средства (н. пр. у затвору, душевној болници), па онда алкохолисаности, психопатолошким афектом, и т. д. Свако место и нарочито свако време има своје посебне начине самоубиства и међу њима један најчешћи. То су месне и временске особитости технике самоубиства. Раније, пре више деценија интернационално најчешћи начини самоубиства били

су (у 80%) вешање и утопљење, па онда чешћи устреле и изузетни тровања. Сада је, међународно и уопште узев, обрнуто: све мање вешања и утопљења, све више устрела и тровања. Сем тога начини самоубиства за које се пре више деценија није знало (н. пр. прегажење железницом и тровање угљенмоноксидом), сада су знатно учестала.

Најчешћи начин самоубиства извесног места и извесног времена у главном условљен је законом подражавања, односно зависи првенствено од месне и временске моде самоубијања. Тек другостепено и знатно мање имају удела и утицаја при избору начина самоубиства: приручност и приступачност средства, лакоћа и простота извођења начина, сигурност и брзина дејства, незнатност припреме, и др. Међутим безболност начина самоубијања и јевтиност средства за уништавање сопственог живота од подређене су важности за избор начина самоубиства. Тако су н. пр. сирћетна киселина и лизол јако распрострањени отрови, приступачни, јевтини и веома ефикасни, па ипак се у Београду трују несразмерно више каменом содом. Вешање је безболан, брз и поуздан начин самоубијања, не изискује нарочите припреме, па ипак тровања содом, и ако су скопчана са боловима и дејствују већином лагано и често безуспешно, многобројнија су. То исто важи и за утопљење с обзиром на разгранату водену мрежу и на реткост самоубилачког утопљења у Београду. Или то приказује и подједнако често прегажење и вешање, премда се за први начин мора напустити свој стан и изаћи ван града, и ако је прегажење скопчано са најзамашнијим разобличењима тела.

13) Ранији покушаји.

Код 464 самоубице било је ранијих покушаја самоубиства у 11,0% случајева, и то у 6,0% код мушких и у 5,0% код женских. У 9,0% случајева претходели покушај пред самоубиством је усамљен, у 2,0% самоубиству су претходили по два или више покушаја самоубиства. Размаци између јединог односно задњег покушаја самоубиства и самоубиства, или између више појединих покушаја могу износити данима, недељама, месецима или чак годинама.

Приметно је, да се већина тих рецидивиста састоји из душевно оболелих (од прогресивне парализе, меланхолије, шизофреније, алкохолизма, трауматичне психозе и др.). Као што су опет за

неуспех тих покушаја самоубиства карактеристичне извесне околности, на пример: скок са мале висине, површно клање, покушај утопљења на савском пристаништу и на очиглед целог света, секотине зглавка и поглавине, слаб раствор соде и минимално прогутано од тога, атипична устрела главе или прсију, унапред заказано вешање, истрчавање испред локомотиве у станици и у присуству многих особа, и т. д.

Начини самоубиства успелог и неуспелог: или се међусобно разликују (н. пр. сеча судова — веронал — морфин — сублимат), или су чак истоветни, опетовани (н. пр. сода — сода, утопљење — утопљење, вешање — вешање, бодeње — бодeње).

14) Имовност.

Степени имовности самоубица могу бити: немаштина, сиромаштина, имућност и богатство. Мерила за те степене имовности су следећа. Немаштина је, када се нема или не зарађује ни неопходни минимум за живот. Сиромаштина је, када се има или зарађује барем потребан минимум за екзистенцију. Имућност је, када се за извесно време може живети без зараде: од имања, уштеђевина, потпоре рођака, кредита, и т. д. Богатство је, када се трајно може живети од ренте, без рада и зарађивања.

Према томе код 464 самоубице било је немаштине у 3,0%, сиромаштине у 64,0%, имућности у 29,0% и богатства у 4,0%. При свем томе што је нетачна, априористички или тенденциозно учињена, претпоставка извесних аутора о првенственој или чак искључивој меродавности економског фактора за самоубиство, ипак се не може порицати нити сме потцењивати улога економског стања као суицидалног мотива, као што су то опет други аутори урадили.

Јер сиромаштина дејствује чешће и обично као један од самоубилачких мотива, премда као једини или главни изузетно. Већ немаштина у вези са старошћу или болешћу може деловати као најглавнији суицидални мотив. Док нагло осиромашење, пострадаост, банкротство и декласираност су често главни, а не ретко и једини мотиви самоубиства.

15) Изјаве.

Изјаве су усмене или писмене, или истовремено усмене и писмене. Од 464 самоубице установљено је у 46,0% усмених, у 13,0% писмених и у 7,0% усмених и писмених изјава. Код

34,0% није се могло ништа сазнати о изјавама, што наравно не значи, да их уопште није било.

Неосновано је мишљење *Хаберде*, да озбиљан кандидат самоубиства „готово никада“ не испољава своје самоубилачке намере. Тачно је само то, да много више њих прете самоубиством него што има самоубица, као што у осталом и знатно више има кандидата самоубиства него самоубица, или као што има неколико пута више покушаја самоубиства од успешних. Али је свакако неоспорно, да има веома много самоубица, које су испољавале своје самоубилачке намере, и то не само једном приликом и код једне особе, већ у више махова и код више особа из своје околине.

Поред осталог чинење усмених изјава зависно је и од околности, да ли је било још интервала, коликог и каквог, између започетог вршења самоубиства и наступеле смрти. Као што је постојање писмених изјава условљено писменошћу и степеном образованости.

Усмене изјаве дају се у облику претњи, преклињања, тражења савета, захтевања помоћи, изазивања саучешћа, образлагавања своје намере, пригодом јадања уопште; па онда могу бити сасвим индиректне, заобилазне, нејасне, загонетне. Оне су праћене очајањем, огорчењем, резигнацијом, сарказмом или чак хумором.

Писмене изјаве се односе на: откриће чина, јављање самоубиства (места, времена и начина); образложење мотива, оправдавање поступка, оптужбе против других или против себе: основане или неумесне, безличне и нејасне или личне и сасвим одређене. Или самоубилачке писмене изјаве садрже потврду самоубилачког чина и молбу, да се нико не криви за за смрт. Па онда су често искључиво пословне (последња жеља, завештања, регулисање дугова, именовање потраживања, упућивање својих у послове, у финансиске операције); или садрже молбу својима за опроштај, тешење својих, савете породици и добре жеље уопште и т. д. Покаткад су циничне, или зачињене хумором, филозофског или филантропског карактера.

Има случајева, где између мотива означених у изјавама самоубица и стварних постоји огромна разлика. Не ретко те су изјаве неискрене и имају за циљ, да праве разлоге самоубиства прикрију у своме или интересу својих. Или пак у тим

изјавама могу бити тешке, али лажне оптужбе противу других. Није тачно тврђење, да људи у очи смрти или на самрти говоре увек и само истину.

Пада у очи реткост усмених и изузетност писмених изјава психотичара. Када постоје: или су сасвим кратке и онда просто обавештајне, строго пословне, или, ако су опширније, својом садржином често одају душевну поремећеност уопште или чак извесну врсту психозе. То претежно одсуство изјава психотичара долази од избегавања признања своје умоболности и од нерадог навођења исте као разлог самоубиства. У осталом та је појава уочена и код умоболника у душевним болницама. Тако по *Крејелину*: само незнатан број психотичара увиђа и признаје своје душевно оболење, већина држи себе за потпуно душевно здрава, а не мало њих сматрају себе за особито паметне и способне.

Изјаве, и то не само усмене већ и писмене, чине се: или много раније, данима недељама, месецима или чак годинама пре извршења самоубиства, или последњих часова односно задњих тренутака пред самоубиством, или за време извођења истог, или чак накнадно у интервалу између вршења самоубиства и настале смрти. Отуда датум писмених изјава не мора увек бити у сагласности са датумом извршења, нити мора вазда бити склада између писмено најављенога начина самоубиства и стварно изведене технике самоубиства, као што нису ретке ни нетачности у писменим изјавама односно места извршења самоубиства. Такође писмене изјаве самоубица могу бити без датума, чак без потписа. Као што се покатшто догађало, да су од заинтересованих справљане фиктивне, фалсификоване самоубичине изјаве.

16) Породична оптерећеност.

Код 464 самоубице постојала је породична оптерећеност у 13,3%, и то код 5,5% мушких и 7,7% женских. Оптерећеност се односила на асценденцију и колатералије: на родитеље, бабу или деду, браћу или сестре, ујаке, стричеве или тетке. Иста се испољавала у 6,6% самоубиством, 4,4% психопатијом и у 2,2% психозом код предака или бочника.

Из тога се не сме закључити, као што су то чинили *Моше* и *Хелер*, да је самоубиство непосредно наследно, и да се при породичној оптерећености потомак мора неминовно убити.

Али је врло вероватно, да је суицидална психа као диспозиција наследна, а она је опет једна од кардиналних компонената суштине самоубиства. Као што се не може ни спорити, да је учестаност појединачних самоубистава у извесним породицама, извршених у разним размацама и у узастопним или напоредним генерацијама, једна значајна дегенеративна појава, и да су таква самоубиства најмање знаци нервне раздешености и психичке неуравнотежености.

ВРСТЕ МОТИВА САМОУБИСТВА.

На 464 самоубице долазе 19 односно 4,0% случајева без докучених мотива самоубиства т. ј. код којих се ни једном примењеном методом претраживања није могао открити мотив. Разуме се, то не значи да мотива није било. Већина таквих случајева је, што је сасвим разумљиво, из првих година по светскоме рату. Сем тога упадљиво је, да се мотиви обично нису могли сазнати тамо, где је постојала оправдана сумња у душевно здравље или извесност душевног оболења. То је, у осталом, у складу са изнетом чињеницом, о реткости одн. недостајању изјава код умоболних.

Као што је већ раније изложено, суицидални мотиви су: телесна оболења (или кратко телесни), душевна оболења (или скраћено душевни), афективни, економски и морални. По броју најчешће су заступљени телесни, душевни и афективни мотиви, па онда ређе економски и најређе морални. Но сви мотиви нису подједнаке суицидалне вредности, већ напротив разне, и то није случај само код разних врста мотива, него шта више код једне и исте врсте. С обзиром на то разнo суицидално дејство појединих мотива, они се и деле на: једине, главне или споредне. У једној половини свих мотива они су главни, а у по једној четвртини исти су једини или споредни. С погледом на заступљеност јединих и главних мотива т. ј. на каквоћу по самоубиство пресудних мотива јаче делују морални, економски и афективни, а слабије душевни и телесни. Другим речима постоји управо обрнути однос између дејства квалитета и квалитета суицидалних мотива.

1) Телесна оболења.

Све анатомопатолошке промене код самоубица не могу важити као суицидални мотиви. Напротив, од свих анатомопатолошких промена код самоубица само је један изванредан, уско ограничени и то најмањи број оних соматичких оболења,

која могу имати улогу суицидалних мотива. Таква соматичка оболења по правилу су само она, која су тешка или најтежа, дуготрајна или неизлечива, несносна или са боловима скопчана. За тим и тај незнатни део соматичких оболења, која могу бити суицидални мотиви, стварно не делује увек и у сваком случају суицидално, него само изузетно и условно чак и онда, када у дотичном случају постоји истовремено и суицидална психа. Соматичко оболење које је за једнога суицидални мотив, за другога није, па ма како оно било тешко или најтеже, дуготрајно или неизлечиво, несносно или скопчано са боловима.

Поред других субјективних момената, који одлучују о томе: да ли ће извесно телесно оболење дејствовати самоубилачки или не, још су не ретко степен и врста дотичног оболења од пресудне важности. Са тога становишта телесна оболења самоубица су: или сама по себи неиздржљива и несносна (као болови разноврсног порекла, карциноматозне фистуле између материце с једне и с друге стране мокраћне бешике и гужњег црева, незадржавање мокраће, и др.); или она која чине живот пасивним, осуђеним на стално боловање и поштеду, неспособним за икаква задовољства па и најпримитивнија (као једење или полно општење); или су најзад таква да ометају рад, зараду, напредовање, онемогућавају сопствено или породично опстојавање.

Телесна оболења као суицидални мотиви код 464 самоубице била су следећа: туберкулозна и сифилисна оболења, енцефаломенингеални ожиљци, кардиопатије, оболења јетре, хронична запалења унутрашњих полних органа женских, сенилна оболења, неоплазме, паразити и грануломи.

Између 464 самоубице *туберкулозно оболење* је релевантно у 40 односно 8,6% свих случајева, и то код 29 мушких и 11 женских. Једино релевантно је туберкулозно оболење у 27 одн. 5,8%, главно релевантно је у 10 одн. 2,1%, и у 3 одн. 0,7% је споредно релевантно.

Само у три случаја не постоји активно туберкулозно оболење плућа. Та три ванплућна, али активна туберкулозна оболења су: једна туберкулоза бубрега и мокраћне бешике, једна туберкулоза трбушнице и материце, и једна милијарна туберкулоза и туберкулоза оба јајника, и сва та три оболења делују као

једини или главни мотиви. У свима осталим случајевима туберкулоза плућа је флоридна (конгломератна или кавернозна, односно конгломератна и кавернозна), и то у 26 случајева постоји искључиво туберкулоза плућа, а у 11 случајева туберкулоза плућа удружена је са ванплућном туберкулозом, као туберкулоза црева, зглавкова, па она туберкулоза коже, грла, бубрега и солитарни туберкул малог мозга.

Поред активне туберкулозе као главног или споредног мотива дејствују још најразноврснији мотиви из других области.

Сифилис је у 89 одн. 19,1% случајева релевантан обдукциони налаз, и то код 59 мушких и 30 женских. Као једини мотив делује сифилисно оболење у 41 одн. 8,8%, као главни у 28 одн. 6,1% и као споредни мотив у 20 одн. 4,2% случајева.

Код 41 случаја, где је сифилис једини мотив, 21 долазе на хронични енцефалолептоменингитис, 2 на обневиделост услед *atrophia nervi optici*, 2 на артерит мозга, 9 на аортокоронарит, 4 на тврду гризлицу (све мушки од 20. до 25. године), 2 на секундарни сифилис (обе женске) и 1 на дорзални табес удружен са аортокоронаритом. Као главни мотив дејствује сифилисно оболење у 28 случајева, и то: у 21 као аортокоронарит, у 4 као секундарни сифилис, у 1 као дорзални табес, у 1 као енцефаломалација и 1 као примерни афект код 64 годишњег старца! Напослетку као споредни мотив је сифилис у 20 случајева, и то: као аортокоронарит у 11 и као секундарни сифилис у 9 случајева.

По *Фурнијеу* самоубиства сифилисних догађају се: прво, при сифилисној психози; друго, из очајања због тешких раних појава сифилиса; треће при првом познавању о свом сифилисном оболењу; и четврто због социјалних последица (брак, породица). Код сифилисних из Београда нема ни једног самоубиства из очајања услед тешких свежих појава сифилиса, вероватно због садашње ефикасније терапије сифилиса. Социјални фактори, сем брачних и љубавних односа, играли су утолико извесну улогу, што су се два оболења манифестовала у специјалним интернатима. Међутим чисто морбидни моменти позних сифилисних оболења играли су не мање важну улогу као суицидални мотиви. Тако на пример: обневиделост од сифилисног оболења очног живца, појаве гуме мозга, узетост због енцефаломалације сифилисног порекла, онемогућеност

рада и зарађивања код табеса, а нарочито и највише читави низ тешких последица аортокоронарита особа између 40 и 50 година животног доба — били су чиниоци од пресудне важности за одлуку о уништењу свога живота.

Енцефаломенингеални ожиљци са следственом трауматичном психозом одн. епилепсијом важе као суицидални мотиви у 8 случајева, и то у пет случајева дејствују као једини и у три као главни мотиви за самоубиство. Енцефаломенингеални ожиљци су у четири случаја у вези са кранијалним дефектима, а у три случаја са кранијалним импресијама. Поред енцефаломенингеалних ожиљака односно трауматичних психоза и епилепсија у три случаја делују суицидално још алкохолизам и брачни неспоразум, од којих један са покушајем убиства, а други са убиством супруге.

Срчане мане, свих могућих врсти и комбинација изузев оболења пулмоналних залистака, могу доћи у обзир као мотиви самоубиства у свега 8 случајева. И то као једини мотив само у једном случају: јакостепене, декомпензоване митралне инсуфицијенције и стенозе са потпуном перикардијалном синехијом. Сем тога у 3 случаја срчане мане имају још улогу главног, а у 4 случаја споредног мотива самоубиства.

Оболења јетре су у четири облика дејствовала самоубишачки: као атрофична цироза, оболење жучне бешике, ехинококус и гума јетре. Атрофична цироза је релевантна у 4 случаја и то само као споредни мотив, док као главни уз то делују алкохолизам, аортокоронарит и пострадаост. Холелитијаза у једном случају са 293 камичака је споредни мотив. У другом случају холелитијаза са аортокоронаритом је један од главних мотива. И у трећем случају здружена са гнојавим холециститом и јаком жутицом, можда, једини мотив самоубиства. — Гуме јетре преко величине кокошијег јајета у једном случају важе као споредни мотив. — Ехинококус јетре у величини преко две песнице одраслога са следственом јакостепеном дегенерацијом срчаног мишића, бубрега, јетре, и др. је, поред презадужености, љубавног и породичног неспоразума, и ако заживотно тобож субјективно непримећен нити објективно ни

од лекара дијагностикован, дејствовао свакако, ако не више, оно као један од главних мотива.

Хронична запаљења унутрашњих полних органа женских и њихове последице релевантни су у 60 случајева одн. 12,9%. У 47 случајева дејствују као главни и у 13 као споредни мотиви. Од тих оболења најчешћа су: хроничне ендометросалпингитиде, па онда ендометросалпингитиде у вези са адхезијама, променама положаја и облика код унутрашњих полних органа и свима консекутивним компликацијама. Код 21 брачне женске је релевантно оболење унутрашњих полних органа готово стално скопчано са брачним, а код 39 ванбрачних женских са љубавним неспоразумима, који су управо главни и непосредни самоубилачки мотиви. Најзад је упадљиво, да је код брачних женских број оних из нових бракова више него два пута већи од оних из старих бракова.

Сенилна телесна оболења релевантна су у 13 случајева, и то као општа, одмакла атеросклероза у 9, хипертрофија простате у 3, и prolapsus uteri у 1. Скречњалост крвних судова је у 5 случајева главни мотив уз немаштину, сенилну деменцију и хипертрофију простате; у 4 случаја скречњалост је споредног мотивног значаја. Хипертрофија простате је у једном случају главни, у два случаја споредни потстрек за самоубиство. У једном случају prolapsus uteri, праћен гнојним запаљењима мокраћних органа и неиздржљивим боловима после операције, сигурно је главни, а вероватно и једини повод самоубиства.

Неоплазми од суицидалне релевантности нађено је свега 7, и то: мозга 3, материце 3 и карлице 1. По врстама неоплазме су: glioma apoplecticum, fibroma cerebri, fibroma nervi facialis, carcinoma uteri, myoma uteri и sarcoma pelvis.

У пет случајева је неоплазма једини разлог самоубиства, и то код глиома мозга због дуготрајне главобоље и узетости, код фиброма у зиду мождане коморе ради неиздржљивих, ничим неотклоњивих болова главе и страха од душевне поремећености, код рака материце првенствено услед несносних последица фистула између материце с једне и с друге стране мокраћне бешике и гужњег црева, и код огромног саркома карлице неизлечивост и непрекидни болови су искључиви поводи

самоубиства. Крвављења из миома материце једне педесетогодишње *virgo intacta*, као и *fibroma nervi facialis* били су уз друге такође главни суицидални мотиви.

Од *животињских паразита*: један *cysticercus cellulosae cerebri* је споредни и један, већ раније поменути, ехинококус јетре је главни повод самоубиства.

Од *гранулома* релевантних по самоубиство су: једна као голубије јаје велика гума мозга као главни, три до величине кокошијег јајета гуме јетре споредни и један до величине већег ораха солитарни туберкул малог мозга, са соматичким и психичким манифестацијама, вероватно главни мотив.

2) Душевна оболења.

Укореењено је и распрострањено мишљење, нарочито међу психијаторима, да самоубиство лежи у самом душевном оболењу, да произлази из врсте умоболности и да је чак симптом извесних психоза. Међутим самоубиство потиче из личности саме, из психичке битности особе, а не *ipso facto* из њене душевне поремећености. Сам Гауџ наводи, да има знатне разлике односно склоности ка самоубиству између Бавараца и Саксонаца и онда када су они оболели од исте душевне болести, као што постоје иначе разлике између душевно здравих Бавараца и Саксонаца. Као што се не може рећи, да су самоубиства одлика сифилисног или туберкулозног оболења, при свем томе што су између соматичких оболења самоубиства тако честа код сифилисних и туберкулозних, не може се такође ни тврдити, да је самоубиство симптом меланхолије или схизофреније. Према томе самоубиство код душевних оболења је само једна интеркурентна компликација, као што су н. пр. катарална пнеумонија, дизентерија, инаницијални маразам, туберкулоза и др. код душевно поремећених. Дакле душевно оболење код самоубиства има улогу мотива, и односи се према самоубиству као сваки други суицидални мотив.

Утврђивање функционалних душевних оболења, која чине 1/3, вршено је искључиво, а органских психоза, која чине 2/3 свих умоболности самоубица, извођено је првенствено на основу анамнестичких података. Исти се састојали из: лекарски стављених дијагноза још за живота, обавештења о ранијем животу

и понашању непосредно пред самоубиством, личних изјава, података од породице, ближе или даље околине, и т. д. При свем томе што органске психозе, као прогресивна парализа, сенилна деменција, трауматична психоза и алкохолизам, имају патогномоничан или карактеристичан анатомски односно хистолошки супстрат, ипак је установљивање душевног оболења као суицидалног мотива и код њих извођено у првом реду анамнестичким, а у другом аутоптичким претраживањем. Тако је поступано због тога, што само налажење анатомопатолошких и хистопатолошких промена, које су иначе патогномоничне или карактеристичне за извесне органске психозе, још не доказује постојање дотичног душевног оболења (*Крејелин, Нисл, Алцхајмер, Генерих, Вебер*), а још мање значи, да је то душевно оболење дејствовало као суицидални мотив. Као што је опет с друге стране не ретко бивало, да је анатомопатолошки или хистопатолошки налаз код самоубица био указивач, у коме је правцу требало анамнестички трагати за органским психозама, које су стварно биле суицидални мотиви, и без чијег би открића и не узимања у обзир дотични случај самоубиства остао потпуно нерасветљен или недовољно објашњен.

Душевне поремећености, у најширем смислу речи, деловале су код 464 самоубице као суицидални мотиви у облику психопатије, алкохолизма, *delirium tremens*, кокаинизма, морфинизма, меланхолије, циркуларне психозе, хистерије, трауматичне психозе, секундарне епилептичне психозе, прогресивне парализе, шизофреније, сенилне деменције и имбецилности.

Случајева *психопатије* било је 29 и то код 14 мушких и 15 женских; најчешће код особа из треће деценије. Ни у једном случају психопатија није једини мотив. У свима случајевима удружена је као главни мотив са: наследном оптерећеношћу, алкохолизмом, љубавним, брачним и породичним неспоразумима, и разним мотивима из свију других области.

Алкохолизам има улогу мотива у 99 случајева одн. у 20,2%, и то код 89 мушких и 10 женских. У две трећине алкохолизам дејствује као главни и у једној трећини као споредни, но никада као једини мотив. Удружен је иначе са најразноврснијим другим мотивима, али најчешће са сифилисним аортокоронаритом, активном туберкулозом, љубавним и, осо-

бито често, са брачним неспоразумима, проневерама, пострдалошћу, убиствима одн. покушајима убиства жене, љубавнице, љубавника или политичког непријатеља. Најзад у два случаја алкохолизам је компликован са *пијаначким бунилом*; као што је у два случаја алкохолизам комбинован са *кокаинизмом*, и у једном случају са *морфинизмом*.

Меланхолија као мотив важила је 14 пута, и то код пола мушких и пола женских. Изузев једног случаја здруженог са аортокоронаритом и једног са брачним неспоразумом (вероватно због несхватања душевне поремећености жене од стране мужа!), сви су остали случајеви меланхолије једини мотив самоубства. — *Циркуларна психоза* је у једном случају као главни мотив поред немаштине и сенијума.

Хистерије било је у 6 случајева, искључиво код женских, и, насупрот меланхолији, увек скопчана са другим мотивима, а првенствено са брачним, породичним и љубавним неспоразумима.

Трауматична психоза деловала је суицидално у 7 случајева, што је већ поменуто код енцефаломенингеалних ожиљака. — Сем тога био је и један случај *секундарне епилепсије* после и услед енцефаломалације сифилисног порекла.

Прогресивна парализа мотив је самоубиства у 21 случај, код 17 мушких и 5 женске. Већина паралитичара је из девете и, по том, из осме квинквеније животног доба. Редовно дејствује као једини мотив. Премда није сасвим искључено, да и други мотиви учествују при одлучивању. Јер је прогресивна парализа праћена у 14 случајева од аортокоронарита, у по 3 случаја од алкохолизма и већим гумама јетре, и у по једном случају од *atrophia nervi optici*, табеса и гуме мозга.

Шизофренија је дејствовала као мотив самоубиства 22 пута, и то 16 пута код мушких и 6 код женских. Огромна већина је из четврте квинквеније. Карактеристично је, да је скоро у две трећине шизофренија везана са неспоразумима (породичним, брачним или љубавним), а више од трећине са неуспехом у школи или на занату. Само код четири случаја други мотив није могао бити откривен.

Сенилна деменција је у три случаја споредни мотив самоубиства, док су главни мотиви брачни неспоразуми, алкохолизам, и друго.

Имбецилност је такође у 3 случаја споредни мотив. Главни су: силовање, осумњичено девичанство, неуспех у школи и породичне неприлике.

3) Афективни мотиви.

Приликом извођења самоубиства у јачој или слабијој мери, али редовно постоји извесно узбуђење. Но та психолошки сасвим појмљива узрујаност није узрок, већ напротив последица одлуке о самоуству и само пропратница је извршења самоубилачког чина. Међутим, код извесних самоубиштава афект, било психолошки или психопатолошки, управо је једини, главни или споредни мотив самоубиства.

Ти афективни мотиви су: љубавни неспоразуми, немогућност остварења брака, брачни неспоразуми, породични неспоразуми, злоставе од туђина, очајање због обневиделости, страх од казне, туга за умрлима и јарост због насилног исељавања.

Љубавни неспоразум је мотив у 72 случаја, и то код 13 мушких и 59 женских. У више од две трећине су дотичне особе из четврте, пете или шесте квинквеније животног доба. Међу женским је 18 служавки и 13 раденица. Али су иначе одговарајуће заступљени сви позиви и сви сталежи: почев од наставнице гимназије и студенткиње универзитета па до служавке и раденице, од чиновнице и званичнице па до певачице и проститутке код женских, или код мушких од наставника гимназије до гимназисте, и од студента универзитета до жанدارма или покућара.

Само у осам случајева код женских делује чиста еротика. У осталима је иста компликована са скорије или давније изгубљеним девичанством, гонороричним и сифилисним оболењима, ванбрачном трудноћом или ванбрачним порођајем. Код мушких, изузев хипопластичара, уз љубавни неспоразум дејствују још: пре свега алкохолизам, за тим психопатија, туберкулоза, пострадалост, беда, и т. д.

Знатно чешће самоубиство из љубави код женских и претежно иницијаторска улога женских код двојних самоубиштава,

ма да су женске полно пасивније од мушких, сведочи о томе, да сексуални мотиви код женских нису једини нити пресудни. Јер не треба заборавити: у основи љубав за мушке значи задовољење полног нагона или еротична забава, док је за женске још и моћно средство за успех у животној борби.

Код случајева самоубиства због *немогућности остварења брака* било је једно потпуно и једно непотпуно двојно самоубиство т. ј. она смртно устрељена, он несмртно.

Брачних неспоразума као суицидалних мотива има 57, и то 24 код мушких и 33 код женских; у 39 случајева код старих, и у 18 код нових бракова склопљених недељама, месецима или годину дана пре самоубиства. У 14 случајева брачни неспоразум дејствује као једини мотив, и то код 8 старих и 7 нових бракова. У остала 43 случаја, сем брачних неспоразума, имају суицидалну улогу још многи и други мотиви.

Породични неспоразум је мотив у 34 случаја и то 12 пута код мушких и 22 пута код женских. Усамљени породични неспоразум делује суицидално само у 5 случајева, и искључиво код женских. Код осталих случајева са породичним неспоразумом у вези су разна телесна и душевна оболења, алкохолизам, шизофренија, ендометрит, аортит, и т. д.

Злостава од туђина и рђаво поступање од истих је повод за самоубиство у 5 случајева, и то искључиво код мушких, обично између 16. и 20. године, и у већини код занатлиских ученика и помоћника. Изгледа, да је само у једном случају злостава једини мотив, у осталима има и других мотива, као шизофренија, алкохолизам, и т. д.

Очајања због *обневиделости* било је у четири случаја: три женске и један мушки. У два случаја највероватније делује обневиделост као једини мотив, у друга два као један од главних.

Страх од казне, највише због блуда, а по том ради силовања, проневере и непослушности, дејствовао је као побуда за самоубиство у шест случајева: три женска и три мушка. Вазда је страх од казне само један од мотива, до душе један од главних.

Јарост због насилног исељавања у два случаја био је најнепосреднији потстрек за извршење самоубиства. У једном случају једна тешко породично оптерећена студенткиња, а у другом једна старица са табесом, аортитом и артропатијама. Јарост због насилног исељавања је чисто поратни мотив.

Туга за умрлима је у 7 случајева (5 мушких и 2 женске) суицидални мотив. Најчешће је туга за умрлом женом, па онда децом или вереником. Само у једном случају је самоубиство уследило сатима и у другом данима по смрти умрлих, иначе већином тек недељама, месецима па и годинама по односном смртном случају. Неочекивано је, али је истина, да чак у свима тим т. зв. алтруистичким, племенитим самоубиствима има по правилу толико и таквих, било телесних, душевних или економских мотива, који би сами за се, и без туге за умрлима, били довољно меродавни за одлуку о самоубиству. Тако се не може мимоићи претпоставка, да је субјективно осећани или означени мотив само подсвесна рационализација, целисходно образложење и bona fide сублимација стварног, у сваком случају главнијег мотива самоубиства.

4) Економски мотиви.

У уже економске мотиве спадају: немаштина, неуспех у школи, незапосленост одн. губитак службе, пострададост и избегличка беда.

Немаштина т. ј. потпуна лишеност новчаних средстава и немогућност икакве зараде, деловала је суицидално у 15 случајева, код 5 мушких и 10 женских. Ипак нема ни једног случаја, где је немаштина била усамљени мотив, но обично је конкурентни мотив поред сенијума, болести или породичних неприлика. Огромна већина тих самоубица пада на раздобље од шесте деценије па на више.

Самоубиства услед *неуспеха у школи* било је свега 13, и то 5 код мушких и 8 код женских особа између 14. и 21. године. Она су распоређена на више разреде гимназије, трговачку школу, па онда на грађанску, техничку и нудилску школу. Неуспех у школи пример је сложеноса мотива, јер премда припада претежно економској области, ипак су делом

побуде афективне природе и душевног порекла, јер четири случаја имају све знаке схизофреније, три психопатије и два имбецилности.

Незапосленост одн. *губитак службе* суицидални су мотиви у 16 случајева, и то код 12 мушких и 4 женске. У огромној већини повезани су са још другим мотивима, као алкохолизмом, психопатијом, породичним неспоразумом, и другим.

Пострадалост је у 27 случајева била повод за самоубиство, и то код 26 мушких и једне женске. Од 27 случајева само су три са искључиво економским мотивом, остали имају више мотива. Најчешћи други мотиви су: телесно оболење, старост, алкохолизам, и т. д. Све су пострадале особе преко четрдесете године живота.

Избегличка беда Руса као суицидални мотив је изузетна временска и месна особитост самоубиства у Београду. Свега самоубиства код Руса у Београду било је 42, и то 37 код мушких и 5 код женских. У 10 од тих случајева избегличка беда није била мотив самоубиства; док је у 32 случаја (28 мушких и 4 женске) као једини или главни повод самоубиства означена избегличка беда.

5) Морални мотиви.

У моралне мотиве убројавају се: притвор, ванбрачни порођај, ванбрачна трудноћа, осумњичена брачност трудноће, клевета за непостојећу ванбрачну трудноћу, осумњичено девићанство, откривена обљуба, блуд, проневера, варалиштво, покушај политичког убиства, покушај убиства жене, покушај убиства пасторке, убиство жене, убиство мужа, убиство љубавнице, убиство љубавника, крађа и силовање.

Самоубиства у *притвору* и због притвора било је четири, три мушка и једно женско. Међу мушким је један трговачки помоћник под ислеђењем због пасивне педерастичке. Даље интересантно је, да су се сва та самоубиства догодила у истом притвору, у истој години, у току од једва шест месеци и, сем једног скока кроз прозор, на исти начин: вешањем.

Свих 12 *проневера* извршено је од мушких и све проневерене своте су махом незнатне. Више од две трећине проневерача

је из треће деценије животног доба. Само изузетно делује проневера као једини мотив, по правилу их има више, но она је обично главни или барем најнепосреднији мотив. — Све *крађе* су по правилу ситне и просте, и редовно су главни мотиви.

Колико сугестивно самоубиства дејствују међусобно, најбоље приказују то *самоубиства извршена истовремено са убиством или покушајем убиства*. Тако је у току три узастопне седмице марта 1927. године изведено три самоубиства истодобно са два убиства и једним покушајем убиства. Самоубице и убице су један Мађар, један Србин и један Немац, двојица од њих су месари по занимању. Сем тога у току прве две недеље децембра 1928. године један самоубица је веома тешко озледио а други убио своју жену.

Два случаја самоубиства услед *ванбрачног порођаја* веома су слична међу собом: обе од љубавника напуштене, од породице изгнане, од друштва неприхваћене и, поврх тога, од послодаваца непримљене служавке.

Самоубиства код *ванбрачне трудноће* почињу у трећем месецу, када трудноћа субјективно бива несумњива, и завршавају се у седмом месецу трудноће, када трудноћа и објективно постаје сумњива: односно при крају прве и на почетку друге половине трудноће. То су све они случајеви, код којих није ништа или обрнуто све узалуд покушано у циљу побацивања односно озакоњавања ванбрачне трудноће; где се имало подједнако страха како од последица порођаја тако и чедоморства. Изузев једне од 30 година, све остале самоубице су животног доба од 16. до 22. године. Ванбрачна затрудњавања по месецима била су распоређена овако: фебруара 1, марта 3, априла 4, новембра 1 и децембра 1. По позиву самоубице су: три раднице, три званичнике, једна служавка и једна наставница. — У једном случају и брачна трудноћа супруге једног руског официра дејствовала је суицидално и, поред избегличке беде, била је пресудни разлог за заједничко, породично самоубиство.

Два *изгубљена девичанства* осумњичена су, и то оба пута с правом. У једном случају отац је захтевао лекарски преглед, и то је био најнепосреднији повод самоубиству, а у другом случају на три дана пред заказаним венчањем извршено је самоубиство тровањем.

VI

ОБДУКЦИОНИ НАЛАЗ КОД САМОУБИЦА.

Приликом обдуковања лешева самоубица није циљ само установити самоубиством изазване промене и њихове последице, већ је неопходно потребно, како из теориских тако и практичних разлога, утврдити и сва нормаланатомска својства и све анатомопатолошке промене. Дакле није довољно изнаћи промене, које су настале услед и после самоубилачког чина (постсуицидалне), већ истовремено открити како све нормаланатомске особине тако и све анатомопатолошке промене, које су постојале и пре самоубилачког поступка (пресуицидалне).

Отуда је обдукциони налаз код самоубица тројак: *форензичан, анатомопатолошки и нормаланатомски*. Форензичан налаз има чисто дијагностички и диференцијално дијагностички циљ: утврдити све самоубилачким поступком нанесене промене и разликовати их од природних или насилних, причињених убиством или задесом. Нормаланатомском налазу је сврха: установити сва она нормаланатомска својства и т. зв. физиолошка стања, која могу имати улогу стимулације и мотивације за самоубиство.

Задатак пак анатомопатолошког налаза је двострук: један је шири, општи и други ужи, посебни. Општи се састоји у темељном изналажењу и верном описивању без разлике свих анатомопатолошких промена код самоубица, исто онако као и код клиничких обдукција несамоубица. Посебни пак иде за тим, да од свих утврђених процени и одабере само оне анатомопатолошке промене, које одају суицидалну конституцију, патогномонију, стимулацију и мотивацију самоубица.

Док је форензични налаз уопште често претресан и опсежно излаган, дотле је анатомопатолошки и нормаланатомски мање проучен и посве недовољно обрађен. Нарочито то важи за задње пола века, док је, обрнуто, раније претраживању анатомопатолошког и нормаланатомског налаза код самоубица било посвећено више труда и веће пажње. Разлози

Редни број	Анатомопатолошки и нормал-анатомски налаз	Утврђен пута	Редни број	Анатомопатолошки и нормал-анатомски налаз	Утврђен пута
92	Atherosclerosis aortae	35	126	Epididymitis gonorrhoea	2
93	Hypoplasia aortae	43	127	Hypertrophia prostatae perm.	6
94	Hyperplasia lienis	48	128	Endometritis purul.	7
95	Režnjavost slesine	67	129	Endometrit. et urethrit. gonorrh.	15
96	Umnoženost i uvećanost limfnih čvorića slesine	130	130	Endometrosalpingitis	43
97	Lipomatosis hepatis	76	131	Tbc uteri	1
98	Cirrhosis hepatis atroph.	65	132	Tbc tubar.	3
99	Gumma hepatis perm.	7	133	Adhaesiones org. gen. int. fem.	41
100	Cholelithiasis	3	134	Uterus septus	1
101	Cholecystitis purul.	5	135	Myoma uteri	4
102	Echinococcus hepatis perm.	1	136	Carcinoma uteri	2
103	Induratio pancreatis	1	137	Prolapsus uteri	1
104	Hypoplasia gland. suprarenal.	24	138	Status menstruationis	43
105	Atrophia et sclerosis renum	31	139	Graviditas	10
106	Nephritis chronica	2	140	Puerperium	3
107	Embrion, režnjavost bubrega	2	141	Virginitas	41
108	Nephritis circumsc. luica	81	142	Defloratio recens	6
109	Tbc renum	27	143	Defloratio obsoleta	59
110	Pyelonephritis purul.	4	144	Arthritis deformans	1
111	Gastritis chronica	2	145	Ankylosis articul.	3
112	Status digestionis	38	146	Coxitis chron.	1
113	Enterocolitis chron.	84	147	Tbc articul.	6
114	Tbc intestini ulc.	31	148	Status alcoholicus	40
115	Umnoženost i uvećanost limfnih čvorića creva	7	149	Alcoholismus	99
116	Abnormna dužina crvuljka	150	150	Venostasis universalis	132
117	Tbc appendicis ulc.	62	151	Atherosclerosis universalis	18
118	Urethritis gonorrhoea	53	152	Status thymicolymphaticus	19
119	Cystitis chronica	1	153	Status thymicus	3
120	Tbc vesicae urinae	3	154	Status lymphaticus	5
121	Gredasta mokraćna bešica	4	155	Status hypoplasticus	6
122	Hernia inguinal. unilat.	1	156	Typus masculinus heterosex.	8
123	Tbc peritonei	31	157	Typus feminin. heterosex.	2
124	Sarcoma pelvis	3	158	Tbc miliaris ac. univ.	1
125	Epididymitis tbc.	1	159	Atrophia fusca viscerum	45
			160	Senium	38
			161	Marasmus senilis	6

Наведени анатомопатолошки налаз није целокупан и сасвим исцрпан, и не поклапа се потпуно са записаним налазом у обдукционим протоколима дотичних самоубица. Најпре због уштеде у простору изостављени су многи подробнији и мање важни налази, као н. пр. аскаридиоза, фиброми бубрега, аденони штитњаче, адхезије јетре или слезине, и т. д. Па онда нису побројане ни оне анатомопатолошке промене, код којих постанак, пресуицидалан или постсуицидалан, може бити споран, као н. пр. бронхитис, едем мозга, неменструалне метрорагије и друго.

Анатомопатолошки, као у осталом и нормаланатомски, налаз београдских самоубица у главном се слаже са истоврсним налазом *Хелера*, *Олендорфа*, *Броша*, *Х. Пфајфера*, *Коймана* и *Можђена*. У подробностима, разуме се, има одступања. Она су условљена разним схватањем суштине самоубиства, месним приликама и временским разликама лешног материјала самоубица, искоришћавањем целокупног или одабирањем самоизвесног самоубилачког материјала погодног за обраду, и т. д. Тако разликом у дефинисању самоубиства између *Хелера* и писца ових редака може се објаснити замашан број самоубица са акутним заразним болестима, као трбушним тифом и фибринозном пнеумонијом, код *Хелера* и потпуно одсуствовање истих у београдском самоубилачком материјалу. Алкоголизам у половини целокупног броја самоубица код *Хелера* свакако је обележје месних прилика у Килу, као што и огроман број хроничног лептоменингита и пахименингита *Олендорфа* долази највероватније од проучавања ограниченог и нарочито одабраног броја самоубица обдукованих у берлинском Судско-медицинском Заводу. Самоубилачки материјал *Броша*, састављен искључиво од особа мушког пола и војничког позива, већ самим тим повлачи извесна, лако разумљива неподударанја. Материјал *Баршела* је скроз тенденциозно одабран и једнострано, искључиво са становишта тимиколимфатичне конституције посматран, и отуда се разликује како од обрађеног материјала *Хелера*, *Броша* и *Пфајфера*, тако и од београдског. Напоследку незнатна неслагања између београдског и самоубилачког материјала *Хелера*, *Олендорфа*, *Пфајфера* и *Можђена* потиче и од неједнаке сразмере мушких самоубица према женским. Јер док је однос између мушких и женских самоубица код *Можђена* 5 : 1, код *Олендорфа* 4 : 1 и код *Хелера* и *Пфајфера* 3 : 1, у београдском је, апсолутно узев, број мушких према броју женских самоубица у размери 5 : 4 т. ј. број женских самоубица је код београдског материјала знатно јаче заступљен.

Но када се анатомопатолошки, као у осталом и нормаланатомски, налаз код самоубица, било из материјала *Хелера*, *Олендорфа*, *Броша*, *Пфајфера*, *Коймана* или *Можђена*, било и нарочито из београдског материјала самоубица, упореди са истоврсним обдукционим налазом код природно или насилно умрлих несамоубица, онда се долази до закључка: да је анатомопатолошки и нормаланатомски налаз код самоубица и

квалитативно и квалитативно исповешан са анатомо-патолошким и нормаланатомским налазом код несамоубица.

Од Озиандера и Ескирола па до Баршела и Пфајфера кроз радове многих суицидолога, који су се бавили анатомопатологијом самоубица, провлачи се претпоставка или чак тврдња о постојању нарочите соматичке конституције самоубица. Остављајући на страну сва ранија гледишта о томе, као н. пр. Ескиролово о скрофулозној и Озиандерово о атрбиларној конституцији самоубица, која су с обзиром на данашње стање медицинске науке или савршено неоснована или очигледно фантастична, ипак се најновије становиште по томе, чији је најглавнији представник био Баршел, мора безусловно узети у претрес.

Наиме Баршел и његови једномишљеници тврде, да тимиколимфатична конституција диспонује не само за напрасну смрт, и не само да уопште постанак оболења олакшава а ток истих отежава, већ исто тако ствара склоност ка самоубиству, те да следствено у тимиколимфатичном статусу треба тражити прави узрок самоубиства.

Пре свега постојање и суштина тимиколимфатичног статуса, као и његових подврсти тимичног и лимфатичног статуса, онако како су инаугурисани и дефинисани од А. Палтауфа и протумачени од Баршела, још су веома спорни. Докле је за једне његова екзистенција несумњива, налазе га свуда и све више, и приписују му изванредан патолошки значај, дотле за друге он или уопште не постоји као такав, или, уколико постоји, изузетан је и има сасвим други смисао.

Несумњиво је, да статус тимиколимфатикус нема онај убиквитет („80% и више“), који су му придавали Баршел и његови следбеници. То је, у осталом, у задње време и сам Баршел признао. Претерано је такође, да тимиколимфатична конституција има онај морбидни и мортални значај, који му је испрва приписиван. Међутим истина је, да је од сувише ревносних присталица тимиколимфатичне конституције чак и нормално стање тимуса и лимфног апарата код здравих, ухрањених особа из друге и треће деценије животног доба схваћено као абнормално, и протумачено као израз патолошке конституције (Хамар, Борси, Грол, Левенштал, Јафе, Штернберг, и др.). Али је опет нетачно, да тимиколимфатична конституција уопште не постоји, као што крајњи противници тврде. Напротив,

она постоји, само је ретка и мора се веома критички и беспрекорно установити. Да тимиколимфатични статус одиста постоји, доказује хиперплазија тимуса и лимфног апарата код одраслих туберкулозно или карциноматозно кахектичних, код сенилно и инаницијално марантичних, где је контраст између хиперплазије тимуса и лимфног апарата с једне и с друге стране атрофије свих осталих органа очигледан и убедљив. Сем тога, екзистенцију тимиколимфатичне конституције потврђују како несразмерна увећаност и умноженост лимфног апарата, тако и неодговарајућа величина тимуса и одржаност његовог специфичног ткива код особа из доба инволуционог стадијума тих органа.

Између 464 самоубице било је, критички процењених, свега 19 одн. 4,1% случајева са тимиколимфатичном конституцијом, и то 15 мушких и 4 женске, у животном добу између 17. и 35. године. Лимфатични статус утврђен је у 5 одн. 1,1% случајева: 4 мушка и једна женска. Тимичног статуса нађено је три пута односно у 0,6%, и то једна 33 годишња женска и два мушкарца од по 30 и 35 година. — Поред 27 одн. 5,8% особа са, тоталном или парцијалном, тимиколимфатичном конституцијом, било их је још 17 одн. 3,6% са хипопластичном конституцијом т. ј. особе са хипертрофијом мозга, заосталом сраслошћу тврде можданице са лобањиним кровом, перзистенцијом веначнога шави, дивовскога раста, инфантилног стаса, хетеросексуалном длакавошћу, режњавошћу слезине и бубрега, особитом дужином црвуљка, хипоплазијом артериског система, надбубрега и полних органа, и т. д. Према томе укупно особа са абнормалном соматичком конституцијом т. ј. тимиколимфатичном и хипопластичном било је свега 44 односно 9,4%.

Ну када се сви ти случајеви абнормалне соматичке конституције испитају сваки појединачно и сви скупа, онда се види следеће: Прво, да иста соматичка конституција уопште не може доћи у обзир као узрок самоубиства из простог разлога тога, што је узрок самоубиства чинилац психогене природе. Друго, да се ни као пригодни и привремени стимуланс иста конституција не може узети због тога, што она није никакво пролазно стање, већ нарочити и трајни телесни склоп. И треће, да код свих тих случајева као једини или главни мотиви вазда дејствују: љубавни, брачни или породични неспоразуми, психопатије, схизофреније, алкохолизам, па онда притвор, крађе,

проневере, и т. д. Према томе излази, да тимиколимфатична и хипопластична конституција једва може важити као релевантан налаз, и онда највише да може вредети као споредни мотив.

Напоследку, када се 44 самоубице са абнормалном соматичком конституцијом упореде са исто толиким бројем несамоубица, напрасно или лагано умрлих, из истот животног доба и са истим квалитативним и квантитативним обележјима абнормалне соматичке конституције — онда, из свега до сада о томе изложенога, јасно проистиче, да се абнормална соматичка конституција, било у облику тимиколимфатичне или хипопластичне конституције, не може идентификовати са тобожном, хипотетичном суицидалном конституцијом, другим речима да т. зв. *специфична соматичка суицидална конституција стварно и уопште не постоји*.

Под сугестијом своједобног схватања суицидолога, да је самоубиство, ако не врста, оно ипак знак умоболности, па онда под утицајем краниолога *Гала* и *Бенедикта* и криминалног антрополога *Ломброза*, и најзад под упливом првобитне вере у свемоћ патолошке анатомије и тежње психијатора пронаћи анатомски супстрат психичких оболења, трагало се неуморно у другој половини прошлог и почетком овога столећа за патогномонијом самоубица. Колико је то узело маха, најбоље сведочи и пример самога *Вирхова*, који се такође није могао отети општој струји и не означити дистопију дебелог црева као карактеристику самоубица! И како је то дуго трајало, најлепше приказује поступање *Хелера*, *Броша* и *Пфајфера*, који се ни до пре две три деценије нису ни најмање устручавали искључиво на основу анатомопатолошког налаза установити одн. искључити урачунљивост самоубица.

Нема органа у коме се нису тражиле и налазиле за самоубице типичне промене. Ипак се из појмљивих разлога, највише таквих стигма тражило и налазило на лобањи и у мозгу самоубица. Сва могућа одступања од норме у погледу величине, пространости, дужине, облика, дебљине или танкости крова лобање, дубине и ширине лобањиних јама, ширине и дубине прстастих отисака, судних жљебова, сраслости шавова, и многобројна друга обележавана су као стигме самоубица. Па онда величина, тежина, недостаци, хиперемичност или едем мозга, његов однос према тврдим или меким можданицама, величина

комора, изглед постава комора, и разна друга својства мозга означавања су као патогномонични знаци самоубица.

На крају крајева после дугог лутања и колебања сва та тобожна обележја самоубица нису одвела никаквом позитивном и трајном резултату. Или се увидело, да сва та одступања од норме нису стварно патолошке промене, већ спадају у област морфолошке варијације органа; или да су бројно незнатна, те да се на основу истих могу извући макакви општи закључци; или се напоследку дошло до уверења, да се исто такве „специфичне“ одлике самоубица налазе и код несамоубица.

При свем томе што се знало за негативна искуства о соматичкој патогномоничности код самоубица (*Меркел*, *Вебер*, *Неке*, *Шилер*, *Хаберда*), и ако се имало такво схватање суштине самоубиства, које се не би могло довести у склад са соматичном стигматизацијом самоубица, ипак, да би се имао сопствени суд о томе, а и контроле ради, поновљена су претраживања у правцу изналажења телесних стигма самоубица, и то специјално на лобањи и мозгу истих.

У току задњих десет година, изузев свих случајева прегажења, скока са висине, устрела главе и шест случајева утопљења где због одмакле трулежи лобањин садржај није могао бити претражен, проучено је 293 случаја и то 157 мушких и 136 женских. Мерени су и бележени, сређивани и упоређивани су: облик, величина, висина лобање, дебљина лобањиног крова, израчунаван капацитет лобањине дупље по *Рајхарду* и т. д.; такође мозак је мерен, посматрани сви његови делови, описиване све нађене подробности на тврдим и меким можданицама, на можданом ткиву и можданим коморама, упоређиван са мозгом несамоубица, и т. д. Но крајњи резултат свега тог мучног и дуготрајног посла био је: да се из анатомопатолошких промена лобање и мозга нису могле установити никакве особите ни заједничке одлике за самоубице, и да је код истога броја несамоубица утврђено квантитативно и квалитативно приближно једнаких или истоветних анатомопатолошких промена. Другим речима из свега досадашњег излагања произлази, да *не постоји специфична суицидална стигматизација одн. патогномонија*.

Између 464 самоубице нађен је status alcoholicus у 40 случајева одн. 8,6%, и то 37 пута код мушких и 3 пута код

женских. У свима тим случајевима поред алкохолисаности истовремено делују као суицидални мотиви: алкохолизам у две трећине, па онда породични, љубавни и нарочито брачни неспоразуми, аортит, туберкулоза, пострадалост, незапосленост, ит.д.

Намеће се питање: какву улогу има алкохолисаност у самоубиству. Алкохолисаност је пролазно патолошко стање, и оно ствара афективност и импулзивност, даје смелости за извршење самоубиства лабавећи све психичке кочнице, елиминише све противпобуде свести и сужава видик разума. Када се све то има на уму, подсети колико је огроман број свакодневне алкохолисаности и без помисли на самоубиство, и најзад узме у обзир незнатан проценат алкохолисаности код самоубица, онда излази, да алкохолисаност има мање улогу мотива при одлучивању, а више улогу стимуланса при извршавању самоубиства.

Код 464 самоубице утврђено је преко три хиљаде разних, појединих анатомопатолошких промена, које се опет могу класификовати у преко 150 врсти разних соматичких оболења. Поставља се питање: да ли све те анатомопатолошке промене или барем све те врсте телесних оболења могу имати улогу суицидалних мотива.

Већ одавна су т. зв. морални статистичари запазили, да и соматичка оболења бивају означавана као разлози самоубиству. Доцније је то искуство још посебно потврђено и од суицидолога статистичара. Начин њиховог утврђивања соматичких оболења као суицидалних мотива био је искључиво анамнестички одн. иследнички у најширем смислу речи. Личне, усмене или писмене изјаве самоубица, тумачења њихове околине, најближе или најдаље, обавештења од службено надлежних и позивом заинтересованих: све су то били како за моралне тако и за суицидалне статистичаре извори анамнестичких података. Међутим, сви ти извори нису увек били ни обилни ни чисти. Они су пре свега редовно субјективни, а за тим већином лаички, и најзад не ретко природом ствари веома скучени или чак уопште нецрпљиви: према томе из више узрока недовољни, у разним правцима непоуздани и у многим случајевима недокучљиви. Нетачности анамнестичких података могу потицати најпре од неискрености како самоубица тако и њихове околине, јер и једни и други могу прави одн. пре-

тежни мотив затајити, а наведено соматичко оболење употребити само као изговор, као што је н. пр. означавање умоболности као суицидални мотив и служило и данас служи као општи изговор за мотивацију самоубиства. Друго, ако се претпостави код самоубица и њихове околине добронамерност, питање је ипак: да ли се у оцени соматичког оболења као мотива самоубиства не варају било самоубице било, још у већој мери, њихова околина. Па онда, уколико се самоубице могу телесно осећати болесним, или их њихова околина може држати за такве, није увек вероватно, а још мање сигурно, да су они као лаици у стању несумњиво знати природу, врсту, тежину или значај телесног оболења, па шта више ни онда када су лекарски прегледани, јер је познато, колика је разлика у тачности између клиничке и анатомске дијагнозе. Недостаци те субјективне и лаичке методе повећани су још тиме, што су редовно како морални тако и суицидални статистичари долазили до анамнезе не непосредно и лично, већ их прибављали посредно преко убичајених статистичких установа и органа. Најзад не мала мана анамнестичког претраживања и у томе је, што је велика већина суицидолога статистичара била нелекар, те према томе није располагала потребним стручним знањем о соматичким оболењима уопште, нити је пак могла са разумевањем примати и одабирати анамнестичке податке о истима. Из свих тих разлога и сами, критички настројени, суицидолози статистичари, као *Диркем*, *Крозе*, *Мајр*, *Киршен*, и други, били су свесни несигурности анамнестичке методе за утврђивање соматичких оболења као суицидалних мотива, и веома се скептички изражавали о њеној вредности.

Још од најстаријих суицидолога обдуцената као *Елферша*, *Озиандера*, *Ескирола* и других установљено је аутопсијама самоубица, да, поред осталог, такође и анатомопатолошке промене могу бити самоубилачки мотиви. Доцније пак, када је т. зв. анатомска обрада самоубиства понова уведена од патолошког анатома *А. Хелера*, а по том прихваћена и настављена од читавог низа патолошких анатома и судских медицинара, као што су *Гројсвал*, *Олендорф*, *Брош*, *Баршел*, *Еглхубер*, *Х. Пфајфер*, *Којман*, *Можшен*, и други, то је још у већој мери потврђено.

Када се имају на уму сви недостаци анамнестичке методе одређивања соматичких оболења као суицидалних мотива с једне, и с друге стране када се зна, да је аутоптичка метода објективнија и стручнија, изгледало је аутоптичко утврђивање мотивне вредности соматичких оболења тачније и употребљивије. Тако је изгледало: у први мах и само неупућенима, али стварно није било тако, и није тако изгледало посвећенијима, као што су били *Хаберда*, *Вагнер-Јаурег*, *Гауф*, *Л. Вебер*, и други. Показало се, међутим, да уколико је анамнестичка метода била непоуздана због своје субјективности и лаичности, да је утолико и аутоптичко претраживање постало несигурно баш услед своје претеране објективности и стручне једностраности. Наиме, упражњавајући само аутоптичко претраживање *Хелер* и његови следбеници дошли су, између осталог, до следећих закључака: Први је, да *све* анатомопатолошке промене код самоубица без разлике могу бити мотиви самоубиства. Други је, да се *искључиво* аутопсијом могу установити соматичка оболења, која имају улогу суицидалних мотива. Руководећи се таквим назорима *Хелер* и његове присталице при одређивању соматичких оболења као суицидалних мотива, пре свега нису се ни најмање обзирали на анамнестичке податке, нити се старали, да их прибаве и сазнају; а по том отишли су тако далеко, да су н. пр. у свакој промени лептоменинга видели знак неурачунљивости самоубица, у свакој плеуралној адхезији проналазили мотив самоубиства, у свакој хипертрофији простате открили *taedium vitae*, и т. д.

Пре свега што важи са све суицидалне мотиве уопште, вреди и за мотиве из соматичке области. Мотив је увек и кроз субјективни чинилац т. ј. мотив самоубиства је првенствено оно, што самоубица осећа сам и што он држи као разлог свог самоубиства, без обзира на то шта он означава или шта други тумаче као мотив. Изузетни су случајеви, где самоубице нису свесне својих правих подстрека, исто онако као што покатоштво и несамоубице нису свесне својих истинских побуда код извесних својих поступака. Такође има не ретко случајева, где самоубице или њихова околина намерно или ненамерно, искрено или неискрено, али свакако погрешно означавају телесно оболење као мотив. Као што се чешће догађају случајеви самоубиства, где не постоје никакви подаци о мотиву, па наравно ни о соматичком оболењу. У тим случајевима аутопсија има

за задатак, да провери, допуни, исправи или сасвим замени анамнестичке податке. У таквим случајевима је аутоптичко претраживање неопходно, незаменљиво или једино пресудно. С друге стране опет савршено је неосновано, да се само аутопсијом може установити телесни мотив самоубиства. Треба се само сетити, колико је незнатан број самоубиства оболелих од рака, туберкулозе или прогресивне парализе према целокупном и огромном броју несамоубица оболелих од рака, туберкулозе или прогресивне парализе, па увидети одмах да и најтеже анатомопатолошке промене не значе *ipso facto* и мотив самоубиства. Ма колико да је морбидитет и морталитет тих болести клинички и патолошки значајан, оне самим својим опстојањем не значе, да су биле нити да неминовно морају бити суицидални мотиви. Исто тако не треба смести с ума, да не ретко има функционалних телесних оболења без икаквог анатомског супстрата, или да између функционалних тешкоћа одн. клиничких појава (н. пр. болова) и анатомског налаза постоји понекада огромна, без анамнезе и историје боловања невероватна и неслућена, несразмера.

Дакле телесно оболење у првом реду може се сигурно сматрати за суицидални мотив само онда, када је оно истовремено анамнестички означено и аутоптички утврђено, одн. када постоји сагласност између анамнестичких података и аутоптичког налаза. У другом реду, када има противуречности између анамнестичких података и аутоптичког налаза, онда, узимајући све анамнестичке и аутоптичке чињенице у обзир, са великом поузданошћу одлучује знање из патологије и искуство из суицидологије. У трећем реду, када или анамнестички подаци или аутоптички налаз недостају, тада, такође имајући у виду све податке из анамнезе или све из аутопсије знатно доприноси вероватности искуство из патологије и знање из суицидологије.

Према свему томе, насупрот уверењу и упражњавању *Хелера* и његових присталица, искључиво аутоптичко као у осталом и само анамнестичко претраживање и одређивање соматичких оболења као суицидалних мотива, без знања из суицидологије и без искуства из патологије може пружити закључке само могућне вредности. Вероватан суд односно соматичких оболења као суицидалних мотива добија се, ако се уз примену било само анамнезе или само аутопсије, упо-

треби још знање из суицидологије и искуство из патологије. Најзад потпуне сигурности о мотивном значају соматичког оболења има се ипак само онда, када се истодобно располаже како анамнестичким подацима тако и аутоптичким налазом, и када између истих постоји подударане.

Једнострано, искључиво аутоптичко утврђивање суицидалних мотива *Хелера* и осталих суицидолога обдуцената, поред горе наведених грешака, имало је још и других рђавих последица. Оно је било управо узрок, што се могло утврдити, и сходно томе поступати, као да све анатомопатолошке промене могу бити суицидални мотиви, и да између појединих телесних оболења у погледу њихове мотивне вредности нема никакве разлике. Међутим, као што ни све чињенице из било које области мотива нису једнаке важности по одлуку о самоубиству, исто тако ни сва соматичка оболења не делују у подједнакој мери суицидално, већ нека више или мање, а друга опет никако. Ова последња су следствено ирелевантна по самоубиство, док су она прва напротив релевантна и делују суицидално као једини, главни или споредни мотиви.

За доказ горњих тврдњи нека је наведено неколико, и из других разлога поучних, примера. Но на првом месту нека је укратко изложен један пример у циљу приказивања од писца примењене методике узимања анамнезе и начина утврђивања мотива самоубиства.

Један педесетогодишњи, бивши трговац и тренутно општински службеник, отац многобројне и још незбринуте деце, затворен сам у својој спаваћој соби, трује се једног раног јутра узимањем раствора камене соде. При пријему у болници, као и при кратком боловању на одељењу болнице, упитан за мотив тровања најпре оћутава, доцније пак преко воље изјављује: тровао се случајно, уместо воде узео раствор камене соде. При саслушавању његове многобројне, малолетне и одрасле деце, дознаје се: да тровање није случајно, они шта више нису ни имали камене соде у кући, него је он сам купио и сам растворио у воденој чаши; иначе тобоже мотив не знају. Доцније за тим при поновном и засебном саслушавању најзад се најстарији син одлучује на признање: Отац је пре две године пострадао у трговини, и од тада је из милосрђа примљен у општину као службеник. Напоследку, кад се после обдукције његовој жени скрене пажња, да је самоубица био оболео

од туберкулозе бубрега, мокраћника, мокраћне бешике и до-семеништа, она најзад допуњује и исправља анамнезу: Од године дана самоубица је имао велике болове у мокраћној бешици, и био је принуђен мокрити сваки четврт или пола сата, преко дана као и преко ноћи. Из тога разлога је, и ако им је стан тескобан, он морао ноћивати сам у засебној соби. Несаница и изнуреност због болова и непрестаног мокрења с једне, и немогућност несметаног и исправног отправаљања службе у општини, која је за њ и његову породицу било задње уточиште, доводиле су га у очајање. Последњих месеца и у више наврата говорио је жени о своме самоубиству, а задњих дана и цело његово понашање одавало је одлучивање и решеност на извршење самоубиства.

Остали примери су следећи: 1. Официр устрељује се. Пре тога напише писмо, и у њему самоубиство образложи тугом за својом супругом, која је умрла пре више месеци. Исто тако је и својој околини пре самоубиства усмено објаснио своју душевну депресију. При обдукцији, поред осталог, нађено је: неколико до величине кокошијег јајета гума јетре, сифилисни аортокоронарит и енцефалолептоменингит какав се налази код паралитичара. При даљем трагању сазнаје се поврх тога још, да је његов брачни живот био све пре, само не идеалан. — 2. Гимназиста убија се, маја месеца, у Топчидеру. Не оставља никакве писмене, нити се зна за какве усмене изјаве. Шта је мотив самоубиства? На изглед здрав и иначе имућан младић, Топчидер и мај месец: шта може друго бити него т. зв. несретна љубав. Приликом аутопсије: *ulcus dignit.* Накнадно се јавља и венеролог, који му је непосредно пред самоубиством ставио дијагнозу примарног афекта и том приликом био сведок његове поражености. — Дакле без обдукционог налаза, како у првом тако и другом случају, анамнестички установљени мотив био би неистинит. Тек аутоптичким проверавањем могло се једино доћи до правог мотива самоубиства.

Или обрнути примери: 3. Млад трговац устрељује се смртно. У писму као мотиве означава: презадуженост, породичне неприлике и љубавни неспоразум. Обдукција открива ехинококус јетре већи од две песнице одраслога са свима секундарним, општим променама које прате једно такво тешко оболење јетре. Најближа родбина, којој би то управо у интересу било,

најодлучније одбија претпоставку, да је оболење од ехинококуса могло бити један од разлога за самоубиство: нити се самоубица осећао болесним, нити га је његова најближа околина сматрала болесним, баш напротив. — 4. Приватни чиновник трује се. Усмено и писмено мотивише свој чин тиме, што не може више издржати ужасну, дуготрајну, ни чим неотклоњиву главобољу и сталан страх од душевне поремећености. То потврђују: породица, пријатељи, знанци и лекари који су га лечили. Аутопсијом се проналази у зиду десне бочне коморе мозга само један као лешник велики фибром. — У трећем случају, када би се обдуцент при утврђивању суицидалног мотива ослонио само на обдукциони налаз, и не би имао у виду анамнестичке податке, погрешно би, јер би преценио значај аутоптичког налаза. У четвртм случају пак, руководећи се при установљивању суицидалног мотива искључиво обдукционим налазом, а без анамнезе, опет би се преварио, али сада због тога, што би соматичко оболење свакако потценио.

Према томе из свега до сада изложеног излази, да би се поуздано и истинско утврђивање соматичких оболења као суицидалних мотива уопште остварило, и нарочито да би се могао потпуније и ближе одредити степен мотива, који извесно соматичко оболење у дотичном случају самоубиства има, морају се неминовно здружити обе досадање самосталне, раздвојене методе: анамнестичка и аутоптичка. Свака од тих метода за се, било само анамнестичка, како су је упражњавали статистичари суицидолози, било искључиво аутоптичка, као што су то учинили ранији обдуценти суицидолози, по природи ствари немоћна је извршити намењени јој задатак; свака од њих независно употребљена половна је и даје крње, погрешне или непоуздане резултате. Тек обе заједно: анамнестичка и аутоптичка чине једну органску целину; само онда када се обе споје и када се обе међусобно допуњавају, поправљају и проверавају, представљају два пута који воде истом циљу. Само истовремено и ујоредно анамнестичко-аутоптичко претраживање суицидалних мотива омогућује тачно и стварно утврђивање соматичких оболења као суицидалних мотива, и дојашта ујачаније утврђивање мере учешћа анатомопатолошких промена у суицидалној мотивацији.

Примењујући у сваком појединачном случају ту нову, у напред изложеним врстама образложену анамнестичко-аутоптичку методу за утврђивање анатомопатолошких промена као

суицидалних мотива на 464 самоубице обдуковане и проучене у просектури Опште Државне Болнице одн. Судско-медицинском Заводу у Београду, дошло се до резултата, који су изнесени у приложеној табели релевантних анатомопатолошких промена као суицидалних мотива.

XX Релевантне анатомопатолошке промене код самоубица.

Редни број	Релевантне анатомопатолошке промене	Као мотиви			
		једини	главни	споредни	укупно
1	Lupus vulgaris		1		1
2	Ulcus durum	4	1		5
3	Syphilis secundaria	2	4	9	15
4	Atrophia nervi optici	2			2
5	Encephalomalacia	1	1		2
6	Arteriitis luica aa. cerebri	1	1		2
7	Gumma cerebri		1		1
8	Tuberculum solitarium cerebelli		1		1
9	Cysticercus cellulosae cerebri			1	1
10	Fibroma cerebri	1			1
11	Fibroma nervi facialis		1		1
12	Glioma apoplecticum	1			1
13	Tabes dorsalis	1	1		2
14	Tbc pulmon. cogl. et cavern.	26	9	2	37
15	Cardiopathia chronica	1	3	4	8
16	Aortocoronaritis luica	9	21	11	41
17	Atherosclerosis aa. cerebri et. coronar.		5	4	9
18	Cirrhosis hepatis atroph.			4	4
19	Cholelithiasis et cholecyst. purul.	1	1	1	3
20	Echinococcus hepatis perm.		1		1
21	Gumma hepatis perm.			1	1
22	Hypertrophia prostatae perm.		1	2	3
23	Prolapsus uteri		1		1
24	Inflam. et adhaes. org. gen. int. fem.		47	13	60
25	Carcinoma uteri	2			2
26	Myoma uteri		1		1
27	Sarcoma pelvis	1			1
28	Tbc miliaris acuta		1		1
29	Tbc peritonei		1		1
30	Tbc articular.		2	1	3

Из горње табели произлази најпре, да је код 464 београдске самоубице у 212 случајева одн. у 45,6% суицидални мотив соматичко оболење, и то: у 53 случајева одн. у 11,4% оно је једини, у 103 случаја одн. у 22,2% главни, и у 56 случајева одн. 12,0% исто је само споредни мотив самоубиства.

Сређена по етиологији та соматичка оболења као суицидални мотиви код београдских самоубица су: неспецифична

запалења и њихове последице у 18,9%, сифилис у 15,6%, туберкулоза у 9,5%, неоплазме у 1,2% и паразити у 0,4% случајева.

2) Нормаланатомски налаз.

Нормаланатомски обдукциони налаз је двојаког значаја. Најпре он обухвата она пролазна физиолошка стања одн. извесна нормаланатомска својства, која могу стимулантно утицати на самоубиство, као на пример полно сазревање, менструација, стање дојења, климактеријум, сенијум и стање варења. За тим садржи такође таква привремена физиолошка стања одн. нормаланатомске особине, који могу дејствовати као суицидални мотиви, као што су: девичанство, недевичанство, ванбрачна трудноћа и ванбрачни порођаји.

При свем томе што је самоубиство релативно најчешће у старости, ипак околности — да самоубиства почињу крајем треће квинквеније и у четвртој показују и ванредан прираштај, да у петој квинквенији достижу акму апсолутног броја самоубиства, те да у шестој настане нагла осека, и ако број вршњака од почетка треће квинквеније стално опада до стопе године живота — ипак све те побројане околности показују, да поред других чинилаца, као што су душевна и телесна оболења, почетак непосредне и појачане животне борбе, умна сазрелост и јасније увиђање безизлазности свога положаја, и *пубертет* игра извесну улогу у самоубиству. Уколико при томе утиче аутоинтоксикација као производ унутрашње полне секреције на још ненавикнути или на већ оболели организам, може се за сада и само претпостављати, али не и доказати. Ипак и у томе ваља бити веома обазрив, нарочито код женских у пубертету, које ту апсолутну елевацију самоубиства у другој деценији у главном (са две трећине) и сачињавају. За мушке је еротика већином забава, коју пружа полни нагон, за женске је претежно средство за брак, а брак опет значи успех у животной борби. Поред еротике код њих игра несумњиво и економски момент извесну улогу, утолико пре што су све дотичне женске самоубице због материјалне неосигураности или недовољне оспособљености за самосталан живот искључиво или барем претежно упућене на брак. То пак утолико пре пада у очи, што по правилу самоубиства и покушаји самоубиства већине тих женских наступају увек онда, када је учињен раскид веридбе, или када је венчање

постало неостварљиво, или када се дотични партнер са другом верио или венчао.

Менструација је код 225 женских самоубица уопште установљена 43 пута одн. у 19,1%, што пак посебно да 190 менструалних женских самоубица износи 22,6%. У та 43 случаја менструације урачунати су само они случајеви напрасне самоубилачке смрти, који су се у тренутку извршења самоубиства налазили у било ком ступњу менструације. За утврђивање менструације није било меродавно само присуство течне, јасно црвене крви у материчној дупљи, хиперемија и хеморагије материчне слузокоже и раздешеност епитела исте, већ увек и присуство зрна месечнице (*corpus menstruale*) у свима његовим ступњевима. То је нарочито због тога потребно, да би се менструација сигурно двојила од патолошких метрорагија из других разлога или из психичких узрока.

Још *Ескирол* је веровао, да менструација, нарочито њена пременструална фаза, подстиче на самоубиство. Та претпоставка је од појаве монографије *Краффа-Ебинга* о *psychosis menstrualis*, за неко време по том, била радо прихваћена и доста распрострањена. По истој једна трећина женских извршује самоубиство за време менструације, а менструација опет код тих самоубица игра улогу моћног стимуланса. То су у главном тврдили и неки обдуценти женских самоубица. Тако н. пр. *Хелер* је на обдукционом столу нашао менструације код 35,0%. *Славик* код 33,0% и *Пилц* у 36,0% код женских самоубица. Међутим савремени психијатори као *Блојлер*, *Груле*, *Рајхард* и др. делом поричу уопште постојање, делом сумњају у значај менструалне психозе у смислу *Краффа-Ебинга*. Сем тога ни налажење менструације код женских самоубица на обдукционом столу не може се тим самим протумачити тако, као да је менструација стимуланс за самоубиство. Учестаност и нарочито дужина трајања менструалног стања код менструалних, женских не искључују случајну коинциденцију између менструације и самоубиства. Уброје ли се неколико дана пре и више дана после менструације у међувреме утицајно на самоубиство, то излази да свака трећа или четврта полно зрела женска у време самоубиства мора бити у пременструалном, интраменструалном или постменструалном ступњу.

Сенијум је у 27 случајева (и то код 15 мушких и 12 женских) релевантан по самоубиство. У 17 случајева је главни, а у 10 споредни мотив самоубиства. Поред одмакле или сасвим дубоке старости као главног одн. споредног суицидалног мотива дејствују још понајвише: немаштина и телесна оболења (атеросклеротичне манифестације, туберкулоза, хипертрофија простате, срчане мане, и т. д.).

Да *климактеријум* има извесног стимулантног утицаја на самоубиство, изгледа није искључено. Када се посматра кривуља кретања самоубиства по годинама живота, примећује се јасно код женских самоубица у животном добу од 40. до 50. године апсолутна и још већма релативна учестаност самоубиства, које код мушких из истог живота доба нема.

На 277 случајева (186 мушких и 91 женске) напрасног самоубиства (јер само таква могу доћи у обзир!) нађено је код 65 мушких и 19 женских, дакле скупа у 84 случаја самоубиства *стање варења*.

Постављају се питања: или је стање варења за извођење самоубиства стимуланс исто тако као на пример алкохолисаност; или је случајан налаз условљен распрострањеношћу и дуготрајношћу стања варења, нешто слично налажењу менструације код женских самоубица; или стање варења код самоубица потиче од тога, што се пред самоубиством обедује у циљу дисимулације самоубилачке намере; или најзад је налажење стања варења код самоубица последица успореног варења услед самоубилачког расположења.

Брош, који је стање варења нашао у половини обдукованих самоубица, мишљења је, да стање варења проузрокује истовремено многокрвност унутрашњих, трбушних органа и малокрвност мозга. Са тим поремећајем исхране мозга отпада читав низ психичких кочница. Отуда људи са самоубилачким намерама, који у гладноме стању не би, можда, никада имали храбрости убити се, у стању варења приводе ту намеру у дело.

Девичанство је нађено у 41 случај самоубиства. Изузев два случаја, у свима осталим девичанство нема улогу мотива нити стимуланса. У оба поменута случаја стварно постојалог, девичанство је осумњичено и пропраћено клеветама.

Недевичанство је утврђено скупа код 72 случаја, а у 59 случајева је исто релевантан налаз. Животно доба свих релевантних случајева је између 16. и 30. године. Као релевантан налаз недевичанство је готово стално скопчано са љубавним неспоразумима. У 3 случаја постоји свежа обљуба, у 10 случајева давнашња, у 48 је обљуба у вези са венеричним оболењима и у 8 компликована је са ванбрачном трудноћом. Изузетно као једини мотив дејствовало је недевичанство у једном случају због силовања и у другом услед страха од открића приликом већ заказаног венчања.

Ванбрачна трудноћа и *ванбрачни порођај*, не као физиолошка стања, већ из моралних, афективних и највише економских разлога, дејствују суицидално као непосредни и једини мотиви.*

Једини случај самоубиства при крају *лактације* има за главне мотиве откривено неверство и психопатију супруге.

VII

ДИЈАГНОСТИКА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОСТИКА САМОУБИСТВА.

Да би се самоубиство могло уопште и теориски проучавати, и, особито, да би се могло у даном случају и даном тренутку практично и појединачно расправити, поред осталог, неопходно је, да самоубиство буде беспрекорно утврђено и несумњиво разликовано од несамоубиства. Тај услов, до душе, није увек и сасвим испуњен ни у теориској суицидологији, нити од свих суицидолога теоретичара. Међутим, у свакодневној и текућој пракси, изузев ретких специјалних стручњака међу форензичарима и криминолозима, код огромне већине позивом и службом заинтересованих, како медицинара тако и правника, махом преовлађују, у погледу утврђивања самоубиства и разликовања истог од несамоубиства, две тешке и опасне заблуде. Једна је, да је утврђивање самоубиства готово излишно или свакако мање потребно, него што је утврђивање убиства или задеса. Друга је, да је утврђивање самоубиства и разликовање истог од несамоубиства сасвим просто и веома лако.

Неоспорно је, да ни суицидолози који су самоубице научно претраживали и самоубиство теориски проучавали, нису без грешења у томе правцу, што најбоље приказују колико одсуство дефиниције толико и погрешно дефинисање самоубиства. Ипак два горе поменута предубеђења, јако распрострањена и дубоко укореењена како међу медицинским вештацима тако и криминалним истраживачима, разлог су, да се у свакидашњој пракси утврђивања самоубиства или уопште не врше, или да се обављају само привидно, или пак да се изводе нецелисходно, површно и једнострано. Сходно томе, те две предрасуде постале су извор честих и судбоносних грешака, форензичких и криминалистичких, и проузроковале су не ретко крупне и кобне последице било за појединце или целину. Примери за то су, како на страни тако и, још већма, код нас, многобројни и свакидашњи. На другом месту биће, засебно и опширно,

изложена колико занимљива толико поучна казуистика по томе. Но да се ипак горње тврдње не би држале за дидактичка претеривања и стручњачка цепидлачења, доста ће бити, на овом месту и овом приликом, подсетити само на недавни, дугогодишњи и чувени скопљански (Ћамил-бегов) процес, у коме је питање самоубиства било од пресудне важности, па да и мање обавештени и недовољно заинтересовани схвате сву тежину и опасност поменутих заблуда. Или је пак довољно само скренути пажњу на то, да се један случај из наше скоре политичке прошлости наводи у иностраним судско-медицинским уџбеницима као пример погрешног утврђивања самоубиства (*Хофман-Хаберда*)!

1) Потреба утврђивања и разликовања самоубиства.

Много је и значајних разлога, из којих проистиче нужност утврђивања самоубиства и безусловност разликовања самоубиства од несамоубиства. Од тога низа разлога нека су у следећим врстама укратко наведени најглавнији и најчешћи.

Осим других, јавних и приватних потреба, још је пре и изнад свега првенствено интерес јавне безбедности у сваком смртном случају сазнати прави узрок смрти: природан или насилан. Код насилне смрти опет правни поредак захтева још даље трагање и строго двојење: постоји ли убиство, задес или самоубиство. Према томе како јавна безбедност тако и правни поредак изискује неминовно и неодложно да сваки случај самоубиства буде беспрекорно установљен и несумњиво разликован од природне смрти, убиства или задеса. Напротив, свако правовремено пропуштање утврђивања самоубиства или погрешно установљивање истог може имати недогледних кривичноправних и грађанскоправних последица, и следствено причинити да невини страдају и криви ликују, да једни буду неправедно оштећени, а други лишени правне одговорности.

Па онда не ретко потреба породице самоубице налаже утврђење односно искључење самоубиства. Поводи за то могу бити разни. Тако се понекад иначе случај природне смрти узима од околине као самоубиство. Како се већ самоубиство по себи од многих сматра, не само за породичну несрећу, већ и као породична срамота и мана, то се код дотичне породице ствара тежња за одстрањивањем те неосноване, како се то обично каже, породичне мрље. То пак разјашњење у

толико пре и чешће породица тражи, ако се на тобожно самоубиство надовезују још тумачења околине, која су неповољна било по умрлога или по саму породицу. — Исто је тако породици стало до проверавања узрока смрти, када у случајевима стварног самоубиства околина претпоставља убиство или задес, и сумњичи чланове породице као извршиоце злочина или преступа. — Обрнуто пак догађа се, да породица самоубице, из било којих узрока не верује у самоубиство, претпоставља убиство односно задес и за њих окривљује друге. У таквом случају обострани интерес изискује утврђивање одн. искључивање самоубиства. — Најзад покатак породица жели знати, да ли нису дефлорација или трудноћа, сифилис и гонореја поводи самоубиства; или би уопште хтела званичним и стручним трагањем открити мотиве самоубиства; или докучити извесне податке о телесном односно душевном стању самоубице.

За тим могу захтевати утврђивање постојања самоубиства они туђини, који су окривљени за тобожно убиство или тобожни задес; или могу тражити објашњење случаја самоубиства оне особе, које су осумњичене, да су посредно или непосредно, интелектуално, морално или материјално допринеле извршењу самоубиства.

Право наследника на полицу животног осигурања самоубице може бити оспорено и бива оспоравано због т. зв. суицидалне клаузуле. Она је последњих деценија од разних осигуравајућих друштава разнолико формулисана. Тако по једнима: осигурање не важи уопште, ако је осигураник извршио самоубиство. По другима: осигурање вреди само онда у случају самоубиства, ако је исто изведено у стању душевне поремећености. Према томе и због суицидалне клаузуле код осигурања живота самоубица настаје потреба проверавања самоубиства, и то: било да се установи урачунљивост односно неурачунљивост осигураног самоубице.

После задесних или убилачких повреда дешавају се покатак самоубиства. Она могу бити без узрочне везе са претходним задесним или убилачким повредама, али исто тако могу раније задесне или убилачке повреде бити понеким самоубиствима и суицидални мотиви. И, доиста, извесна самоубиства бивају како од самоубица претходелим задесним или убилачким повредама мотивисана, тако исто од њихових породица схваћена као по-

следеце ранијих, задесних или убилачких повреда. У таквим случајевима, без посебног и темељног претраживања дотичног случаја самоубиства, питање кривичне одговорности или накнаде штете немогуће је правилно и правично решити.

Мање или више све цркве, хришћанске и нехришћанске, праве извесне разлике у погледу сахране и упоја између самоубица и несамоубица. Самоубице уопште и душевно здраве самоубице напоје бивају при сахрани и упоју лишаване извесних преимућстава и благонаклоности цркве. Како за побожне породице није равнодушно, хоће ли се њихов умрли сматрати за самоубицу или не, да ли ће пак самоубица бити држан за душевно здравог или болесног, то не остаје ништа друго, него да ти захтеви и односи цркве и породице буду доведени у склад путем проверавања самоубиства.

Статистика самоубиства не интересује само суицидологију и судску медицину, већ и разне друге дисциплине, као н. пр. општу статистику, моралну статистику, националну економију, социологију, социјалну медицину, социјалну патологију, и т. д. Међутим, до екзактне статистике самоубиства може се доћи једино тако, ако сваки случај самоубиства буде био посебно и свестрано верификован. Колико је та тврдња основана и умесна, показују изјаве познатог националног економа и социолога *Мајра*, који за сваки случај самоубиства захтева не само посебну, већ и строго стручну верификацију, те у томе циљу, и ако нелекар, тражи у сваком случају самоубиства, између осталог, још безусловно и обавезно обдуковање самоубица, као што је то заведено у Шлезвиг-Холштајну. Осим тога немогуће је замислити нити остварити тачну статистику насилне смрти, за коју се интересује морална а специјално криминална статистика, ако се нема употребљива статистика самоубиства.

Даље када наследници споре важност извесних пред смрт склопљених уговора или учињених завештања или примљених обавеза од стране самоубице, под претпоставком њихове умоболности; или када се жели постхума рехабилитација самоубица, који су иначе били злочинци или преступници, наводећи у прилог томе њихову неурачунљивост — и онда се може захтевати претраживање самоубица и расветљавање самоубиства.

Напоследку, колико научни толико стручни и дидактички разлози изискују свестрано претраживање самоубица и беспре-

корно утврђивање самоубиства. Научна суицидологија била би неостварљива, када за своју подлогу не би имала сву текућу судско-медицинску и свакодневну криминолошку обраду самоубиства и самоубица. Стручна знања и искуства о самоубиству и самоубицама не могу се стећи ни имати, ако самоубиства и самоубице не буду били сталан предмет форензичне и криминалистичке праксе. Као што не треба заборавити ни то, да је претраживање самоубица и утврђивање самоубиства од необичне користи за судско-медицинску наставу, како за медицинаре као будуће медицинске вештаке, тако и за правнике као будуће криминалисте.

2) Тешкоће утврђивања и разликовања самоубиства.

Опште је и редовно предубеђење код огромне већине позивом и службом заинтересованих, да ништа није лакше ни простије него утврдити одн. искључити самоубиство и разликовати самоубиство од несамоубиства. Међутим, лако је само бити наговорен и поверовати или стећи утисак, да постоји самоубиство, и просто је само нагађати и претпостављати о постојању самоубиства. Али помоћу стварног, исцрпног и систематског претраживања свим средствима и у свима правцима, и после процене свих прикупљених чињеница донети образложени закључак о постојању или непостојању самоубиства — већином није ни лак ни прост посао, не ретко је врло тежак и сложен потхват, а изузетно је опште нерешљив задатак. И то не важи само за позивом и службом заинтересоване нестручњаке, већ и за стручне и искусне форензичаре и криминологе односно суицидологе, и не вреди само за прилике, где се, силом околности, употребљавају најпростији и најскученији начини претраживања, већ шта више и онда када се у циљу утврђивања примене све могуће и сасвим савремене методе претраживања. Колико је то тачно, нека су од многих кратко наведена мишљења само два класичара: једног медикара и једног правника. Тако француски лежиста *А. Тардије* вели: „Разликовање самоубиства од убиства или задеса увек је крајње тежак задатак, који се може решити само најбрижљивијим проучавањем свих околности дотичног случаја“. Док немачки криминолог *Х. Грос* каже: „Случајеви т. зв. ларвисаног самоубиства т. ј. случајеви природне смрти или убиства који су приказани као истинска самоубиства, спадају у најтеже задатке,

што их иследник може имати“. У истом смислу, наиме о тешкоћама установљивања самоубиства и разликовања самоубиства од несамоубиства изражавају се и многи други форензичари и суицидолози, као *Машка, Хофман, Блуменшток, Хаберда, Корен, Жилбер, Вибер, Пује, Цимке, Лохше*, и други.

У осталом мишљења суицидолога поклапају се потпуно и са искуствима из свакидашње судско-медицинске праксе. Тако од 1881. до 1890. године било је у Швајцарској 518 смртних случајева, и то 433 мушка и 85 женских, код којих се није могла установити врста насилне смрти: самоубиство, убиство или задес. У Будапешти од 1896. до 1900. године такође се није могла утврдити врста насилне смрти код 168 лешева. У Хамбургу је такав случај просечно код 40—50 лешева годишње. У години 1900. било је у Пруској свега 6660 самоубиства. Између њих: 13 су сумњива као убиства, а у 205 случајева није искључен задес. Године 1907. пак испоставило се такође у Пруској, да је између 7643 смртна случаја, првобитно држана за самоубиство, било стварно 16 случајева убиства и 234 случаја задеса. Дакле коефицијент несигурности одн. погрешности при утврђивању самоубиства износио је 3,3% и то у Пруској, земљи извршне криминалистичке и судско-медицинске службе. У Београду пак за прошлих десет година био је 41 случај односно 8,8% случајева самоубиства, који су првобитно сматрани као убиство, задес или природна смрт.

Извори тешкоћа утврђивања самоубиства и искључивања несамоубиства су многи и разноврсни.

Најпре се стално у даном случају и даном тренутку смеће с ума чињеница, да поред правог, истинског самоубиства постоји још привидно, лажно, фиктивно, симулисано или дисимулисано самоубиство. Другим речима, има не мало и не ретко случајева природне смрти, убиства или задеса, који или случајно изгледају или се намерно од самоубица самих одн. других особа приказују као самоубиства. И обрнуто, има такође случајева самоубиства, који се стицајем околности могу учинити односно који се од самоубица или других особа желе представити као природна смрт, убиство или задес.

По том, нема ни једне једине чињенице, било из области ислеђења или вештачења, која би сама по себи утврђивала самоубиство. То значи не постоје чињенице апсолутне, већ само релативне доказне вредности за самоубиство. Та релативна

доказна вредност извесне чињенице може бити већа или мања али ма колико замашна била, искључиво њено установљење не разрешава обавезе даљег трагања нити дужности потпуног доказивања постојања одн. непостојања самоубиства. Јер само скуп више чињеница чини самоубиство више или мање могућним односно вероватним, или пак појачава вероватност до границе сигурности. Обично се личним изјавама самоубица, нарочито писменим, и очевицима извршења самоубиства придаје апсолутна доказна вредност. Међутим, и то ваља особито нагласити, неоправдано. Јер те писмене изјаве могу бити: или фалсификоване, или истините но тицати се раније намераваног и неизвршеног одн. уопште ненамераваног већ фиктивног самоубиства, али се не односити на задњи догађај. Исто тако хотична смртна повреда у присуству очевидаца, макар праћена и одговарајућим усменим изјавама, не значи ео ipso намерно уништавање сопственог живота, и не искључује задес или смртну самоповреду из било ког разлога.

Изузев загушења, којим је немогућно извести самоубиство, иначе свима другим начинима насилне смрти, којима се може причинити убиство или изазвати задес, може се извршити и самоубиство. Према томе, са поменутих изузетком, иста механичка, физичка, алиментарна, хемиска или бактеријска средства којима се могу обавити убиства или проузроковати задеси, могу се употребити и у самоубилачке сврхе. Дакле, уопште нема искључивих и специфичких начина самоубиства, убиства или задеса.

Насупрот општем веровању, самоубиство не спада у ред т. зв. „очигледних ствари“, чија се истинитост увиђа на први поглед или о чијој стварности убеђују прве речи. Напротив, самоубиство је чин, који се мора систематски претражити, догађај који се има методски реконструисати, поступак који треба психолошки рашиљити и логички повезати; он је задатак који се има решити и загонетка коју ваља одгоненути. Као убиство или задес, и самоубиство мора бити у сваком појединачном случају претресано и процењивано, па следствено доказано или оспорено. При томе начин установљивања самоубиства не сме бити већ од почетка дедуктиван, синтетичан, никако а priori, већ напротив индуктиван, аналитичан, свакако а posteriori.

Премда је све већи прираштај самоубица, и ако сваким даном самоубиство постаје све важније правно и све сложе

није медицинско питање, ипак суицидални проблем није довољно научно обрађен, а нарочито није одговарајуће дидактички изложен. Изузев *Машке, Гардија, Хофмана, Хаберде, Вибера и Крајера*, који су суицидологији посветили особиту пажњу и обимнија поглавља, те, између осталог, изнели и општа начела при утврђивању самоубиства, већина аутора судско-медицинских уџбеника, па и најновијих, само узгред, укратко и површно додирује питање самоубиства. Према томе када се недостатку посебног и опширног излагања самоубиства у савременим уџбеницима, дода и непоклањање заслужне пажње суицидологији на судско-медицинским предавањима и демонстрацијама, онда се, наравно, не треба чудити, што позивом и службом заинтересовани медицинари и правници имају тако мало знања о самоубиству и тако незнатно разумевања за самоубице.

Тешкоће утврђивања самоубиства долазе још и отуда, што породице самоубица бона или mala fide ометају и отежавају правилан и потпун ток претраживања, било ислеђења или вештачења; или што породице самоубица намерно или ненамерно, активно или пасивно упућују претраживање погрешним трагом и заводе супротним правцем. Ако таквим настојањима породица самоубица изиђу у сусрет и неумесна сентименталност или неоснована обзирност меродавних, и томе се придружи несхватање суштине питања и недораслост за постављени задатак од стране надлежних, онда су кобна пропуштања неизбежна и зле последице неминовне. Међутим, претраживање извесног случаја самоубиства може бити од штете искључиво за оне, којима је немирна савест. Док, напротив, изостајање благовременог и свестраног разјашњења самоубиства може тешко и непоправљиво оштетити како приватне тако и јавне интересе.

Не мало је утврђивање самоубиства отежано и тиме, што при ислеђивању односно вештачењу таквих случајева учествују само посве изузетно специјални стручњаци, судски медицинари и криминалисти, који располажу знањем и имају искуства из суицидологије, који су навикнути на логику таквих догађаја и упознати са психологијом убиства, самоубиства и задеса. Међутим, у таквим случајевима специјални стручњаци су у толико неопходнији, што се често има не само одгонети загонетка, коју је ђуд случајности задала, већ се морају савлађивати

оштроумне препреке и избећи досетљиве замке припремљене од злочинаца, којима је стало до уништења трагова убиства или задеса, или до изазивања сумње као да је смрт њихове жртве проузрокована самоубиством. У свима таквим случајевима техничка спрема, специјално знање и обилно искуство форензичара и криминолога су једина јемства, да ће све тешкоће при утврђивању самоубиства и разликовању истог од несамоубиства бити најуспешније преброђене.

3) Утврђивање и разликовање самоубиства уопште.

Утврђивање и разликовање самоубиства значи: систематско, исцрпно и свестрано претраживање и процењивање свих чињеница ради установљења односно искључења самоубиства. То претраживање састоји се из ислеђења (правнички говорећи) односно анамнезе (медицински подразумевајући) и вештачења у најширем смислу те речи. Претраживање самоубиства, разуме се, може бити у разним правцима, али криминалистичко ислеђење и медицинско вештачење чине осовину утврђивања самоубиства и разликовања истог од несамоубиства. Ислеђење без вештачења и обрнуто вештачење без ислеђења чини претраживање половним, а процењивање несигурним. Само заједно и истовремено: ислеђење и вештачење дају потпуно претраживање, односно условљавају беспрекорно утврђивање самоубиства и несумњиво разликовање истог од несамоубиства. Ислеђење и вештачење су два пута који воде истом циљу. Само, на свакоме од њих мора се ићи самостално и сваким од њих доћи до краја. Тек по свршетку обе врсте претраживања, када се већ имају појединачни резултати обеју метода, здружују се исти ради постизавања коначног и потпуног закључка.

Вештачење се оснива искључиво на објективним чињеницама, док је ислеђење производ објективних и субјективних чињеница т. ј. оних које су се установиле сопственим чулима и оних које су се дознале туђим. Разуме се по себи, да су објективне чињенице од већег дијагностичког и диференцијално-дијагностичког значаја, али се не смеју ни субјективне потцењивати нити ниподаштавати. У толико пре, што се покато долази до истине једино или барем претежно уз помоћ субјективних. Критичан и предострожан се мора бити свакојако, како код примене објективних тако и при искоришћавању субјективних

чињеница, премда ипак знатно обазривији према субјективним чињеницама.

До објективних чињеница код медицинског вештачења долази се инспекцијом и обдукцијом леша. Преглед леша обухвата установљавање спољнег изгледа и спољних промена искључиво тела и телесних делова: одређивање и описивање седишта, облика, врсте, броја, распореда повреда споља, утврђивање крвних трагова, знакова борбе и одбране, или установљавање присуства, места, распореда и др. туђих длака, сопственог семена, измета, бљувотина, мокраће, испљувка, и т. д.

Као што је раније већ изложено и образложено, приликом судско-медицинске обдукције самоубица мора се истовремено установити како форензичан, тако и анатомопатолошки и нормаланатомски налаз. Пре обдукције треба се обавестити о анамнези одн. ислеђењу дотичног случаја. Но анамнестичке одн. иследничке податке ваља примити критички и резервисано, не допуштати икакав сугестивни утицај истих и нипошто не стварати ма какав претходни суд, а нарочито никако, ни коме и ни у ком облику не саопштавати унапред, пре започете или у току вршења обдукције, своје мишљење. *Бруардел* је, истина, проповедао, да при вештачењу треба уши затворити, а очи отворити, што је свакако мудро, али још рационалније: не затварати уши, али добро отварати очи. У току целе обдукције непрекидно морају обдуценту пред очима лебдити кардинална питања: природна или насилна смрт, ако је насилна: самоубиство, задес или убиство. Јер само на тај начин може се бити сигуран, да се ништа неће пропустити, превидети или чак уништити, што је нужно за дијагнозу и диференцијалну дијагнозу самоубиства.

Криминалистичко ислеђење постиже се прибављањем објективних и субјективних чињеница. Објективне чињенице су плод месног увиђаја, а субјективне резултат истраге односно ислеђења у ужем смислу.

При месном увиђају могу се установити следеће чињенице: место и простор догађаја, лежиште и положај леша, околни предмети, повредна средства, стање одела, обуће и рубља. Ну приликом утврђивања горњих чињеница не треба ни једног тренутка губити из вида, да њих увиђај може, али не мора затећи у њиховом првобитном стању. Напротив, ваља свуда и вазда бити свестан тога, да до увиђаја све те чињенице

могу бити и бивају хотично или нехотично, добронамерно или злонамерно, од самоубице или од других, раније приспелих, особа, мање или више, или чак битно измењене. Осим тога треба имати на уму следеће особености самоубица односно самоубиства.

Већином самоубице извршују уништавање свога живота у самоћи, затворени или закључани, или, ако је то силом прилика због присуства других неизводљиво, ипак скривено, или ако је то на јавним местима, у нарочитим скровиштима. Обично је попрште догађаја сопствени стан. Ван свог стана одлази се у циљу извршења самоубиства: прво, када то начин извођења изискује (утопљење, прегажење, скок са висине), или када се не може несметано извести самоубилачки потхват (много укућана, под присмотром баш због сумње на самоубиство), па онда када је баш кућни мотив и отерао из куће и нагонио у смрт (брачни и породични неспоразуми), или када се намерно жели извршење самоубиства демонстративно и *coram publico* (на улици, у школи, у ресторану, и т. д.).

Позорница најчешћег одигравања самоубилачког чина је обично простор у кући, где се човек најдуже задржава (спаваћа соба, кујна), или пак простор који је најскривенији у стану и допушта издвајање, осамљење и следствено несметано извођење (ужетик, таван, подрум).

За утврђивање одн. искључивање самоубиства од значаја су сви они околни предмети, којима су самоубиства изведена или који су могли имати ма какве везе са самоубиством. Тако на пример код вешања: ослонац, свеза и предмет за пењање; код утопљења: одело или делови одеће на обали, предмети за отежавање или везивање; код задављења: свеза; код устреле: ватрено оруђе, пројектил, чаура, пројектилом оштећена места, мирис барута, запаљеност одела; код скока са висине: обично преостале ствари око прозора, висина, састав тла, препреке; код прегажења: шешир, торбица, књиге, бележници и друго поред колосека, место догађаја на улазу одн. излазу из станица или на савијутку; код бодјења: шиљато оруђе (нож, кама); код сечења: сечиво (нож, бријач, справа за бријање); код тровања: преостали отров (изглед, количина, боја, мирис, ознака), суд од отрова, избљувани отров, и т. д.

Такође је од дијагностичке важности лежиште леша: под, кревет, столица, отоман, и др. Па онда положај леша: лежећи

(на леђима, потрбушке или бочно), седећи, чучећи, висећи, и т. д. За тим све оно што се односи на одећу, рубље и обућу: голост, полуобученост, потпуна обученост одн. обувеност, ред или неред у оделу, разгрнутост, откопчаност, оштећеност одела (поцепаност, просеченост, прободеност, проваљеност, опаљеност истога); трагови крви на оделу, обући или рубљу, и т. д.

Истрага односно ислеђење у ужем смислу значи прикупљање субјективних података, и то: извештајем о извршењу самоубиства, пријавом налазача самоубице, испитивањем присутника, трагањем за изјавама самоубице, саслушавањем најближе околине (укућана и суседа), обавештавањем од шире околине (породице, другова, пријатеља, познаника, лекара, и др.).

Извештај о извршеном самоубиству може потицати од самоубице, од случајних налазача, од породице, укућана, суседа и других. Код налазача самоубица ваља имати на уму, да нису увек они први који су открили самоубицу одн. самоубиство, него да је пре њих могло бити и других, који су нашли самоубицу, али га нису пријављивали властима, било да избегну све непријатности, што могу проистећи из такве пријаве, било због тога што су претходни, непознати налазачи леш одн. смртно повређеног опљачкали и незнано се удаљили.

Даље, особе које се представљају као случајни гледаоци или слушаоци извршења самоубиства, могу то и не бити, него напротив злочинци или задесници; па онда могу бити лажни присутници т. ј. издавати се само као такви, да би изгледали интересантни, или за то што су то иначе психопатски настројене особе. Обрнуто, истински гледаоци и слушаоци извођења самоубиства могу то прећутати, да би избегли извесне неугодности скопчане са тим или по њих неповољна тумачења, или што њихово присуство стоји у вези са суицидалним мотивима. Они могу нетачно репродуковати виђено и чуто, или тачно репродуковати, али нетачно тумачити: исто онако као иначе сведоци уопште. То чини те веродостојност чак и очевидаца није апсолутна: јер и кад неко изјави присутнима, да се убија, и то чини хотично пред њима, није још сасвим искључено: да ли је постојала намера самоуништења или је то била груба и глупа шала, која је неочекивано трагично завршена, или је то био несвестан поступак делиранта, опијеног, душевно неурачунљивог, и т. д.

Укућани и суседи, породица, другови, пријатељи, познаници, лекари и др. могу пружити веома драгоцене податке о самом чину, мотивима, претходелом понашању или ранијем животу самоубица, па онда о телесном и душевном стању, ранијим покушајима, породичној оптерећености (алкоголизму, сифилису, психозама, самоубиству у породици), и др.

4) Посебно утврђивање и разликовање самоубиства.

При свем томе што се самоубиства, изузев загушења, могу извршити свима начинима и из свих области повреда, ипак су самоубиства у Београду упражњавана само хемиским, механичким и алиментарним повредама. Па и код тих врста повреда нису сви поједини начини употребљавани, него само некоји. Тако од алиментарних само: вешање, утопљење и задављење, од механичких: устрела, раздерање, бодење и сечење, и од хемиских извршена су тровања са свега четрнајест разних отрова.

Сходно томе у следећим редовима биће у најкраћим тезима изложена дијагностика и диференцијална дијагностика само у Београду за последњих десет година упражњаваних начина самоубиства.

Обешени одн. они које за такве држе затичу се у двојаком ставу: невисећем или висећем. Из тога разлога, пре но што би се уопште пришло диференцијалној дијагнози између самоубиства, убиства или задеса вешањем, мора се у првом случају одлучити питање: да ли је вешање уопште постојало или не, а у другом случају: је ли вешање посмртно или заживотно. Има врло много примера за то, да дијагностика и диференцијална дијагностика, која не полази од горњих питања или их недовољно и небрижљиво узима у обзир, даје често повода за правне грешке или за дуготрајна и неуспешна суђења.

Пре свега бразда на врату код лешева нађених у невисећем положају не мора потицати од вешања, већ може бити и од задављења. Сем тога поред т. зв. правих бразда од вешања или задављења постоје још браздолике промене на врату т. зв. привидне бразде, које стварно нису бразде и имају сасвим други узрок свом постанку. Најзад и стварно обешени могу бити са једва приметном пругом или чак са неприметним трагом од замке.

Редовно у циљу фикције самоубиства вешањем, леш природно умрлог или насилно умореног може се још накнадно обесити. То посмртно вешање разликује се од заживотног (самоубилачког, убилачког или задесног): прво, што на бразди посмртно обешеног нема кожных гребена са виталним променама; друго, што код посмртно обешеног има мање или нема никаквих заживотних реакција код поткожних озледа врата; и треће, што поред месних промена од посмртног вешања постоје још прави узроци смрти: природни или насилни.

Непотпуно вешање (у стојећем, чучећем или полулежећем ставу) није знак посмртног вешања, како се то чешће претпоставља. Битно је при томе, да је ослонац свезе изнад врата, свеза затегнута, макар само вратом, а замка присно приљубљена уз врат, па и ако не у целој обиму врата.

Тек пошто је несумњиво установљено вешање уопште и заживотно вешање напосе, прелази се на разликовање самоубилачког вешања од убилачког или задесног.

Пре свега заживотно вешање је најчешће самоубилачко, ретко убилачко и изузетно задесно. Убилачко вешање је могућно извести код несразмере снага нападача и нападнутога (деца, онесвешћени, узети или немоћни одрасли). Код здравих, снажних и свесних одраслих убилачко вешање је тешко изводљиво, но ипак је могућно при употреби особитог лукавства, примени мучког препада или уз учешће више нападача. У последњем случају, не увек али већином, има трагова од напада и одбране, како на жртви тако и на нападачима. Но при томе не треба смести с ума да заживотне ванмесне озледе на обешенима могу бити и код самоубица, и потицати од грчева и трзаја приликом умирања (обично на лактовима, коленима или петама), а да посмртне озледе код обешених могу бити нанесене при спонтаном паду обешеног услед прекида свезе или при неспретном скидању обешеног.

За разликовање задесног од самоубилачког вешања од пресудног је значаја: особитост и необичност места, лежишта, положаја, ослонца, свезе и замке (оковратник, забрадача), голост или обученост обешеног уопште или обученост оделом другог пола, присуство и распоред необичних предмета око самоубице (као огледала, опсцених слика, порнографских књига), и др.

Везаност ногу или руку, евентуално запушеност устију обешеног не искључују самоубиство вешањем. Сем тога ни

комбинована самоубиства (као вешање и устрела, тровање или др.), где вешање има завршну и свакако претежну улогу у постизавању самоубилачке намере, нису тако ретка.

Као што је познато, сви лешеви из воде нису утопљеници, као што ни сви утопљеници нису самоубице. Према томе мора се најпре установити: је ли леш из воде утопљеник или не, па тек онда: да ли је утопљење последица самоубиства, убиства или задеса. Несумњиво је удесно утопљење најчешће, самоубилачко је често, и чешће него што се обично држи, док је убилачко утопљење ретко.

Диференцијална дијагноза између лешева утопљеника и неутопљеника оснива се на постојању одн. непостојању знакова виталног продирања течних и чврстих састојака из средине утопљења у тело. Уколико је диференцијална дијагноза са означенога становишта код свежих лешева из воде лакша, утолико је тежа код трулих лешева из воде.

Беспрекорно разликовање самоубиства од задеса или убиства утопљењем искључиво медицинским вештачењем, а посебно обдуковањем, готово је немогуће. На основу објективних чињеница, било медицинских или иследничких, може се постићи само могућна, у вези са субјективним подацима вероватна, а сигурна оцена о пореклу леша из воде ни објективним ни субјективним чињеницама. Тешкоће су повећане још тиме, што се леш не ретко нађе више сати или десетине километара удаљен од места живљења и утопљења, тако да је на тај начин отежано како установљење истоветности леша, тако и утврђивање ближих и даљих околности случаја.

Голи утопљеници су најчешће задесно утопљени при купању, али могу бити и самоубице као и уморени утопљењем; јер нису сва утопљења приликом купања удесна, има међу њима извесног броја самоубица и изузетно уморених. Лешеви самоубица су најчешће обучени, али не искључиво. Многа задесна и већина убилачких утопљења дешавају над обученим особама.

Самоубиства утопљењем догађају се током целе године, мада лети чешће но зими. Задесна утопљења најчешћа су приликом купања у рекама и збивају се само лети, чешћа су у пролеће при великим водама и поплавама, и честа су при паду

у воду са превозних средстава и дешавају се преко целе године. Убиства утопљењем су изузетна и огромној већини код деце.

Оптерећеност утопљеника (камењем, циглама, теговима у џеповима или завезаним око тела), или увезаност ногу или руку утопљеника највероватније значе самоубиство утопљењем. Међутим оптерећеност одн. увезаност код неутопљеника потичу најчешће напротив од убиства другим начином и накнадног потапања леша. Код оптерећених одн. увезаних трулих лешева из воде, где је несумњиво разликовање утопљеништва од неутопљеништва знатно отежано, од особите је важности питање: да ли је оптерећеност одн. увезаност од сопствене или туђе руке. Тога ради не треба никада одмах и превремено скидати свезе, а ако се то мора, онда не ваља раздрешавати чворове, већ свезе пресећи изнад или испод чворова.

Налажење устрелине, убодине, раздерине или тровања код лешева из воде не искључује комбиновано самоубиство над водом устрелом, убодом или тровањем; као што и заживотне озледе при паду у воду или посмртне раздерине пловећег леша не противурече самоубиству утопљењем.

Раније се мислило, да је самоубиство задављењем неизводљиво. Ну после читавог низа проверених случајева из казуистике самоубиства задављењем зна се, да је оно могућно, али сасвим ретко. Неопходни услов за самоубилачко задављење је, да стезање врата замком траје и по онесвешћењу т. ј. да се испољава и при налажењу леша задављенога. Одсуство подлива и огреботина дуж бразде задављења сведочи пре за самоубиство.

Самоубиства устрелом најчешће се врше кратким ватреним оруђима (револвером, браунингом), ређе дугим (војничком или ловачком пушком), а изузетно само динамитом.

Самоубиства кратким и дугим ватреним оруђима су искључиво устреле из близине, и то већином опет из непосредне близине; док обрнуто устреле из даљине готово искључују самоубиство. Сем тога улаз устрелине код самоубица је увек приступачан и дохитљив са наоружану руку. У већини је улаз устрелине код самоубиства на обично голим деловима тела, у мањини пак на редовно обученим пределима тела, и то чешће на местима која су у циљу устрељивања откривена, или ређе на местима покривеним оделом у тренутку стрељања.

Обично су мете самоубилачких устрела глава и прса, а сасвим изузетно трбух.

Улази устрелина из кратких и дугих ватрених оруђа код самоубица су најчешће у десној, слепоочници и у левом прсном пределу; знатно ређе у пределу повија, леве слепоочнице, устију, десног прсног предела или предела потрбушине; изузетно свуда на глави и трупу докле год може допрети наоружана рука односно врх цеви, чак потиљак, шија, спољни ушни отвор, леђа или појасни предео бивају изузетно места гађања. Исто тако устрелине из уста, премда у огромној већини одлика самоубица, може потицати од убиства, баш и у оним случајевима где зуби, па предњи, бочни или доњи зидови усне дупље нису озлеђени т. ј. када је пуцано несумњиво кроз усни отвор. Најзад више устрелина може бити и код самоубица. Одлика је пак њихова, да се налазе на глави или у левом прсном пределу, и то опет са улазима збијеним на једном уско ограниченом месту.

Огареност коже са дланене и жбицине стране последњих зглавкова палца, кажипрста и средњака чешћа је код самоубица, али не редовна. Покаткад има и озледа на руци која је пуцала услед трзања оруђа. Не ретко је огарена и опечена кожа са надланичне стране прстију оне шаке, чији су прсти указивали мету гађања или придржавали отвор цеви, нарочито код пушке.

Као улаз и правац продора је код самоубиства карактеристичан; увек је од улаза управљен ка правоме и најчешћем циљу: мозгу и срцу. Као типичан правац продора код устреле из десне слепоочнице је: правац с десна на лево, спреда позади и оздо на више. Код устрела из левог прсног предела, само онда када је окинута кажипрстом десне шаке, типичан је правац: спреда позади, с лева на десно и озго на ниже.

Грчевито стезање оруђа шаком готово је сигуран знак самоубиства, само је оно изузетак, али не правило. Чешће је код самоубица лабаво држање оруђа шаком, али то може бити и фиктивно удешено. Најчешћи је случај да је оруђе испало из шаке и налази се на мањем или већем одстојању од ње. Оруђе нађено поред смртно устрељеног није тим самим доказ самоубиства; као што ни нестанак оруђа не искључује самоубиство. У првом случају оруђе може бити подметнуто у циљу прикривања постојећег убиства; у другом пак оруђе је или

украдено или склоњено, шта више понекад склоњено од самог самоубице.

Самоубиства тупим оруђима догађају се: скоком са висине и прегажењем. Самоубилачки скок врши се најчешће кроз прозор; а прегажење само возилима са колосеком, и то најчешће од железнице, а сасвим изузетно од трамваја.

Објективним претраживањем немогуће је разликовати намерни скок од ненамерног пада или од одгуравања од другог. Чак ни субјективни подаци не пружају сигурност. Јер пад услед изненадне вртоглавице или епилептичног наступа може од палоба бити схваћен као последица одгуравања од најближих поред себе. Или може свој намерни скок самоубица доцније и злонамерно протумачити као отискивање туђом кривицом.

Код прегажења самоубица од железнице већином се дешава легање на колосек т. ј. полагања врата или врата и ногу на шине, било да је труп ван или између шина, а изузетно се догађа иступање испред локомотиве. Код трамваја је по правилу истрчавање испред моторних кола начин самоубијања. При иступању испред железничке локомотиве или моторних кола трамваја озледе код самоубиства су исте као и код задесног прегажења т. ј. сасвим разнолике раздерине. Међутим код легања на колосек карактеристично је: прво, нарочита локализација озледа, обично врата са главом и ногу са карлицем, друго, попречни, упоредни и исте висине правац озледа, а све то као израз т. зв. маказног дејства точкова и шина на тело попречно положено на колосеку.

Заживотно прегажење разликује се од посмртног виталним реакцијама, и то крвним подливима и зачепљењем крвних судова плућа машћу, а сем тога и одсуством повреда друге врсте. Везаност ногу, покривеност очију и запушеност ушију наговештава самоубиство. Запушење ушију шакама и следствено истовремено и истога правца озледе главе одн. врата и руку у истој висини: типично је за самоубице.

У односу према честоме покушају самоубиства сечењем крвних судова, обично на прегибима руку и чешће леве руке, и изузетно на прегибима ногу, поглавини и слепоочницама, самосеча самоубица у облику самоклања је ретка. И обрнуто, док су секотине врата код самоубица већином опасне по живот,

дотле су секотине других делова тела, било код покушаја самоубиства изведених истима или самоубиства извршених другим начинима, редовно безопасне по живот.

Секотине самоубица су по правилу на домаку шаке, већином десне или мањином леве руке. Вазда је на маленом, уско ограниченом простору истог предела тела више секотина: збијених, упоредних, са незнатним међусобним размацима. Секотине руку најчешће су око ручног и лакатног зглавка и између њих, са дланене стране, косе или попречне, многобројне, упоредне, са почетком према жбици и свршетком према лакатњачи, обично са дубљим и јаснијим почетком и плићим, нејаснијим завршетком, који се продужава у цртасту огреботину. Код самоклања су секотине редовно у горњој трећини гушног предела, већином изнад грленог испупчења, између штитасте рскавице и језичњаче, а изузетно на самом грлу или душинику. Увек је више упоредних секотина, а то се нарочито испољава како зупцима коже дуж ивица главне секотине тако и засецима на грленим рскавицама. Положај секотина на врату је већином асиметричан и правац њихов кос, док је мањином њихов положај симетричан и правац попречан. Ако су секотине врата извршене десном руком, већи део ране је обично с леве стране, а правац је кос с лева на десно и озго на ниже; ако је клање изведено левом руком, онда је секотина обрнутог лежишта и правца. Ипак секотина претежно са десне стране је сумњива и као убилачка. Особита дубина секотине до ртењаче и њена нарочита величина од једног до другог обртача главе не могу бити диференцијално дијагностички знаци између самоубилачке и убилачке секотине, сем када је вратна ртењача дубље засечена или чак пресечена, што наравно пре указује на убилачки учин. Истовремени налазклања и типичних секотина око зглавкова чешће руку или изузетно ногу одн. потрбушине готово сигурно посведочава самоубиство. Пресечено одело на врату упућује пре на помисао о убиству сечом; обрнуто непресечени оковратник, или чак откривено, одгрнуто одело са врата особитости су самоубица. Сечиво у руци по себи не објашњава ништа. Исто тако окрвављене или чисте руке не наговештавају самоубиство нити искључују убиство. Јер при наглом превлачењу оштрим сечивом не мора доћи до окрвављења шаке ни код самоубице, а јом мање код убице, ако се исти при томе налазио позади жртве. Као што ни окрвављеност шаке не значи тим самим

самоубиство, пошто је позната чињеница, да се повређени инстинктивно увек машају места повреде, те да том приликом може доћи и долази и код убилачког клања до задрљавања шаке својом крвљу, којом у осталом и убица у циљу фикције може задрљати шаку своје жртве.

Убодине самоубице могу бити свуда тамо, где може дохитити рука наоружане шиљатим оруђем, па чак и на леђима и шији. Но ипак су убодине најчешће у левом прсном одн. срчаном пределу, ређе у желудачном но које су стварно намењене срчаном, а изузетно у пределу потрбушине. Обично је код самоубица одело разгрнуто при бодену, али не увек. Више убодина у истом пределу тела и на уско ограниченом месту наговештавају пре самоубиство. Множина убодина не оспорава самоубиство. Код самоубица убодом нема типичних убодина на шакама, које потичу од убица и нанесене су приликом одбране.

Смртна тровања натријумовим хидратом су код одраслих, здравих и снажних искључиво самоубилачка, код деце од прве до треће године у огромној већини задесна, изузетно убилачка. Код одраслих постоје само ретки покушаји убилачког тровања, и сасвим изузетно од опијених несмртна задесна тровања. То долази отуда, што исти отров изазива болове, чим дође у додир са слузокожом и кожом, те се због тога не може неприметно ни дати ни неосетно узети. Стога не ретке накнадне тврдње трованих одраслих, да су отров нехотично, у мраку, уместо лека или сирћета за салату и т. д. узели, само су невешти изговори. — То исто, у главном, важи и за тровања соном, азотном, сирћетном и карболном киселином.

Такође убилачка и задесна тровања лизолом због мириса, укуса и боје ретка су, док су, напротив, самоубилачка тровања знатно чешћа.

Тровања сублиматом, где се у органима за варење нађу још нерастворене пастиле или еозинска боја пастила, највероватније су самоубилачка.

Иначе код тровања морфином, арсеном, вероналом, кокаином, угљенкишом или хлоралхидратом обдукцијом се не може разликовати самоубиство од убиства или задеса. Ту одлучују објективни и субјективни подаци из ислеђења.

Обдукцијом установљене велике количине и нађени још нерастворени кристали стрихнина у органима за варење: сведоче највероватније за тровање у самоубилачкој намери.

VIII

ПРОФИЛАКСА САМОУБИСТВА.

Не само хуманост и филантропија према самоубицама, тим најнесретнијима међу несретнима, већ такође и нарочита многобројност и све већа, како апсолутна тако и релативна, учестаност самоубиства, па онда распрострањеност истих, осетан економски губитак већином особа из најпродуктивнијег доба живота, несумњива штета по друштво, државу и породицу — све то, и још многи други и важни, у току досадашњег излагања у више махова изнесени разлози, неминовно и журно изискују профилаксу самоубиства. Није само корист појединаца, већ је исто тако општи интерес, да самоубиство буде не само описано, дефинисано, свестрано проучено, утврђено и разликовано, већ да оно буде, смишљено и успешно, и спречавано.

По пре но што би се прешло на испитивање и излагање профилактичких мера противу самоубиства, поставило се и поставља се питање потребе суицидалне профилаксе. У колико је пак питање спровођења профилаксе самоубиства јакo необрађено, у толико је опет питање потребе суицидалне профилаксе веома занемарено.

1) Потреба суицидалне профилаксе.

Још од почетка научне суицидологије питање потребе суицидалне профилаксе пролазило је кроз разне мене и кретало се из крајности у крајност. Тако док су једни суицидолози, као *Ескирол*, *Боамон*, *Лежсоа*, *Озиандер*, *Еџинген*, *Хелер*, *Крозе*, *Морзели*, *Масарик*, и др. увиђали потребу профилаксе самоубиства, томе питању посвећивали много труда и особиту пажњу, и захтевали по могућству спречавање сваког самоубиства, дотле су други, као *А. Вагнер* и *Кејтеле*, сматрали, да је та профилакса немогућна, пошто је самоубиство исто тако друштвена неминовност као н. пр. умирање или рађање. Трећи су пак, као *Гројшјан*, *Пфајфер*, *Хохе*, *Биндинг* и остали, држали суицидалну профилаксу излишном, јер самоубиство

није ништа друго него чистиште човечијег друштва, а самоубице су и онако некорисни чланови друштва.

Такво дијаметрално разилажење у погледу једног важног питања из области крупнога и сложенога биолошко-социолошког проблема као што је самоубиство, произлазило је и произлази делом из површног или погрешног схватања суштине самоубиства, а делом због недовољног или једностраног познавања самоубица.

Пре свега нихилизам и пасивност ранијих времена и у другим врстама медицинске одн. јуристичке профилаксе и терапије били су израз ондашњег, нижега степена медицинске одн. правне науке. Преокрет и напредак у свима правцима медицине и права за последњих педесет година, активност и резултати у целокупној профилакси и терапији у истоме међувремену чине данас такође неумесним и беспредметним даље становиште нихилизма и пасивности у суицидалној профилакси односно „терапији самоубиства“, како су је *Морзели* и *Масарик* називали. Према томе сувишно би било, бавити се даље тим застарелим и напуштеним гледиштем, те тиме само разбијати широм отворена врата.

Напротив, много је целисходније испитати оправданост или неоправданост она друга два крајња и потпуно супротна становишта. Наиме претрести: да ли је из друштвених, државних, породичних и особних разлога суицидална профилакса потребна или излишна, да ли треба спречавати свако самоубиство или ни једно.

Да се то одлучи, мора се без икаквих предубеђења претражити: какве су то особе, које се саме лишавају живота, односно другим речима ваља свестрано и непристрасно проценити: да ли је живот самоубица штетан, индиферентан или користан по друштво, државу, породицу или по њих саме. А опет корисност, индиферентност или штетност једне индивидуе условљена је њеним физичким, психичким и етичким својствима.

По правилу број самоубистава са старосћу све већма расте, и у сенијуму, од 60. године па на више, самоубиство је релативно најчешће. Ипак, с обзиром на незнатну процентуалну заступљеност старих особа у целокупном становништву са 7,8%, апсолутни број самоубистава старих особа није велики. С једне стране та бројна чињеница, а с друге што старе особе преко

60. године спадају у непродуктивни део становништва, и с треће што сенијум сам за себе не делује као суицидални мотив, већ је увек скопчан са немаштином и болешћу, разлози су, те су самоубиства у старости од маленог интереса по друштво, државу и породицу.

Напротив, апсолутна учестаност самоубица млађих и средњих годишта, од 15 до 60. године, који чине 67,7% целокупног броја самоубица, утолико је већ самим бројем значајнија појава. Међутим, када се томе дода још највећа продуктивност тога доба живота, корист коју их тих генерација има породица, држава и друштво, онда је лако увидети, да су истовремено те најмногбројније самоубице и привредно најдрагоценији чланови породице, државе и друштва.

Телесна оболења су готово у једној трећини свих самоубица мотиви самоубиства. Између истих истичу се бројношћу неспецифична хронична запалења разних органа и каквоћом: активна, флоридна туберкулоза (у огромној већини плућа) и разне манифестације свежег и позног сифилиса. Знатно ређе су, и ако не мање важности, неоплазме, нарочито мозга и материце. У главном и код самоубица заступљене су, и по квалитету и по квантитету, иста телесна оболења, која се налазе и код несамоубица истог животног доба и истог друштвеног слоја. Само су самоубице са наведеним телесним оболењима свакако мање штетне по породицу и друштво него несамоубице са истим болестима. Јер дотичне самоубице прекидају своја тешка оболења и неизлечиве болести управо онда, када постају неспособне за рад и зараду и бивају упућене на туђу помоћ, док несамоубице са истим оболењима падају на терет породице и друштва и изискују необичне моралне и замашне материјалне жртве.

Самоубиства искључиво младих особа из четврте и пете квинквеније због свеже заразе сифилисом износе 4,0%. Имајући у виду огромни број сифилисних несамоубица, ефикасност савремене терапије сифилиса, њихову младост и етичке моменте који при одлуци о самоубиству играју извесну улогу, самоубиства таквих особа не могу бити никако индиферентна ни породици ни друштву.

Обрнуто, самоубиства особа са неоперабилним, по природи или по локализацији малигним неоплазмама значе само скра-

ћивање патњи дотичних самоубица и смањивање узалудних моралних и материјалних жртава од стране породице и друштва.

Малобројна (1,1%) самоубиства особа са трауматичном епилепсијом, која је баш на граници између телесне и душевне дефектности, нису за породицу и друштво ни изблиза од такве добити, колико су, првенствено са криминалног становишта, од штете несамоубице са генуином епилепсијом и епилептичном психозом.

По интелектуалним способностима судећи, нема квалитативних и квантитативних разлика између самоубица и несамоубица. Шта више има се утисак, као да су самоубице просечно интелигентније него несамоубице из исте друштвене средине, истог позива, истог животног доба, исте школованости и исте образованости. Тај утисак поткрепљују индиректно и ове чињенице: немање самоубиства код животиња и мале деце, по том ређа самоубиства код примитивних него културних, код женских него код мушких, код сељака него код грађана, неписмених него код писмених, и т. д. Па онда насупротив тврдњи *Шшелцнера*, да самоубиство значи увек суђавање умног видика, сигурно је пак, да је за извршење самоубиства поред других позитивних особина, неопходна, макар и пролазна, продубљеност и проширеност умног видика, и да је нужно, премда и тренутно, сазнање свога положаја и увиђање свога стања. Између осталог, то потврђује и опште искуство, да су код одмаклих психотичара са секундарном деменцијом и рођених идиота самоубиства, у правом смислу те речи, изузетна. У београдској Душевној Болници, са просечним, дневним бројним стањем између 500—600 таквих умоболника, било је за десет прошлих година свега четири самоубиства, управо исто толико, колико се за исто раздобље на једном од унутрашњих одељења Опште Државне Болнице у Београду догодило самоубиства код одељењског особља, чије је душевно стање било изван сваке сумње. Међутим, не може се узети, као да умоболници у истој Душевној Болници нису имали прилике и средстава за извршење самоубиства, баш напротив.

Ништа није толико социјално обесценило самоубице као поставка *Ауенбругера*, *Ескирола* и других, да је самоубиство само једна врста умоболности или барем знак душевне поремећености. Такво мишљење о самоубицама, изнето ауторита-

тивно, опште распрострањено и одржавано готово пола века, и ако је данас напуштено као највећим делом нетачно, ипак није сведено на праву своју важност. Јер и ако је несумњиво, да је један извештај део самоубица душевно поремећен, ипак још није беспрекорно ни приближно сагласно установљено, колики је тај број. Исто тако, и ако је спорно, колики је број самоубица душевно здравих, ипак је неоспорно, да је извештај, и свакако не малени, део самоубица потпуно душевно здрав (*Крејелин, Вагнер-Јаурега, Вајганд, Л. Вебер, Мајше, Шавињи, Хофман, Хаберда, Рајхард, Груле, Хорсман, и други*). А као крајња реакција на мишљење *Ауенбругера* и *Ескирола* је схватање, да су све самоубице потпуно душевно здраве особе (*Греј*), и, шта више, чак да је самоубиство управо симптом душевног здравља (*Федерн, Штекел, Рајтлер*)!

Број умоболних самоубица износи по *Хибнеру* 30—40%, по *Мајшеу* готово 33%, по *Крејелину* само 30%, по *Крозеу* 1/4—1/3, по *Хелеру* 22,7%, по *Ротшфуксу* 20,26%, и т. д. По материјалу, који служи као основ овим редовима, међу самоубицама има: правих и у ужем смислу психотичара 13,7%, психопата 31,3% и душевно нормалних 55,0%. Није искључено, да се под бројем нормалних крије још који душевно абнормални, који није могао бити откривен ни једном од примењених метода утврђивања. Али је свакако сигурно, да наведени бројеви психотичара и психопата представљају барем минимум од 45,0% душевно абнормалних у најширем смислу те речи.

Према томе између једне тврдње, да су све самоубице умоболници и друге, да су све самоубице душевно здраве, истина је на средини. Као што злочин сам по себи није знак умоболности, такође ни самоубиство није ни врста душевног оболења нити обележје душевне поремећености. Исто тако као што међу злочинцима, поред душевно здравих, има и умоболника, тако и код самоубица, сем психички нормалних, постоје и психички абнормални. Најзад самоубиство умоболних није такође ни последица умоболности, већ само интеркурентна компликација истога, и значи истовремено постојање и поклапање самоубилачке психе и душевне поремећености као мотива.

Између самоубица психотичара друго место по броју заузимају паралитичари. Дијагноза прогресивне парализе до сада је значила истовремено безнадежну прогнозу и неизбежан губитак особе у најбољим привредним годинама. Ако би ле-

чеће парализе по *Вагнер-Јаурега* успело, и прогноза парализе постала повољнија, онда би штета од самоубиства паралитичара била очигледна и огромна. Међутим, при садашњем стању ствари може се само напоменути, да су паралитичари као самоубице ипак далеко од мање штете и по породицу и по друштво него паралитичари несамоубице. Јер сви паралитичари врше самоубиства искључиво у почетном стадијуму или у почетним ремисијама одн. интермисијама, (*Мари, Неке, Ноне, Штелцнер*), дакле онда када својом болешћу и својим поступцима још нису могли направити велике штете ни себи ни другоме. С друге стране опет самоубиством паралитичара постају излишне све моралне и материјалне жртве породице и друштва око њиховог даљег одржавања, као што је самоубиством истих учињен и крај почетка њиховог бедног вегетисања.

Самоубиство правих, излечивих меланхоличара је несумњива штета, особа са циркуларном и периодичном психозом сумњиве користи, а оних са секундарном деменцијом свакако без штете по породицу и друштво. Незгода је само у томе, што особе из прве и друге групе врше самоубиства по правилу или у почетку или у току лаког оболења (*Крејелин, Гауј, Рајхард, Штелцнер*), када је тешко ставити сигурну дијагнозу и још теже одредити тачну прогнозу, а што трећа група оболелих уопште не врши самоубиство, када је већ поуздано, да су неизлечиви.

Са гледишта бескорисности т. зв. душевно мртвих *Хохе* је метнуо на прво место идиоте и на задње паралитичаре, па онда схизофреничаре на друго, и сенилно дементне на треће место. С обзиром на редовну одмаклу старост и на безнадежну прогнозу *quoad vitam et sanationem* сенилно дементних, самоубиство истих не представља никакав породични ни друштвени губитак, у толико пре што је број самоубица сенилно дементних позве незнатан. Међутим, и врло рђава прогноза *quoad sanationem* и веома добра *quoad vitam* схизофреничара, па онда могућност 20—30 година њиховог живота у секундарној деменцији, као и изванредна учестаност самог оболења од схизофреније чине, да се живот схизофреничара не може сматрати као вредносан по породицу или друштво.

Растегљивост појма психопатије, несигурност у диференцијалној дијагнози и нарочито подељеност и несагласност

аутора у погледу оцењивања њихове социјалне вредности: разлози су тешкоћама при одмеравању значаја самоубиства психопата. С погледом на необично велику заступљеност психопата у човечијам друштву, на неоспорну, а каткада особиту социјалну корисност многих од њих, на несразмеру између маленог броја психопата самоубица и огромног броја психопата несамоубица, добит од самоубиства психопата за породицу и друштво готово је никаква. Нарочито када се имају на уму многобројне асоцијалне и антисоцијалне психопате, које причињавају све могуће недаће друштву и породици, али им не пада на памет уништавање сопственог живота, онда је самоубиство, по правилу најмање злочестих, психопата пре штета него корист.

Улога алкохолизма у самоубиству је очигледна, и број алкохоличара самоубица знатан. У београдском материјалу износи 21,3% свих самоубица. Један део алкохоличара, морфиниста и кокаиниста има сва својства психопата, и са становишта њихове социјалне вредности мора бити исто тако и оцењен. Други део тих тоksiномана самоубица је, како психички тако и етички, са таквим асоцијалним особинама и антисоцијалним инстинктима, представља такву несрећу за породицу, такав терет за државу и такву опасност по друштво, да је њихово самоубиство одиста чистиште човечијег друштва. Штета је наравно само, што је то самоочишћење бескрајно ретко према огромном броју тих тоksiномана, и још већа, што тако позно долази.

Остаци примитивног и лаичког схватања, да је самоубиство грех према Богу и злочин према људима, и да је, сходно томе, самоубица грешник и злочинац, прешли су овде онде и у суицидологију, и послужили су понеким ауторима (н. пр. *Канџу*, *Ж. Ж. Русоу*, *Прудону*, *Озиандеру*, и др.) као аргументи за оправдање гледишта о етичкој дисквалификацији самоубица. Савремено и непристрасно, као и строго научно проучавање тога питања, међутим, дало је сасвим неочекиване, обрнуте резултате. Наиме, уочен је са разних страна између самоубиства и злочинства, односно између самоубица и злочинаца извештан антагонизам (*Лакасањ*, *Морзели*, *Фери*, *Курела*, и др.)

Тако је пре свега запажено, да у местима и срединама где има више убиства, мање је самоубиства, н. пр. јужна Француска и Баварска, и обрнуто: где преовлађују самоуби-

ства, малобројнија су убиства, као н. пр. северна Француска и Саксонска (*Гери*, *Гауџ*, *Курела*). Даље утврђена је: реткост самоубиства код злочинаца уопште, изузетност самоубиства код убица посебно, и супротност између непрестаног пораста самоубиства код слободног становништва и сталног опадања истог ког затвореника (*Жоли*, *Бер*, *Лакасањ*, *Лисл*). По том је психолошка анализа самоубиства и самоубица открила, да је самоубиство стварно одушка и супституенс за злочинство, и да је већина самоубица била кандидат за убицу (*Крафџ-Ебинг*, *Фрајер*, *Шекекел*).

Горње констатације, учињене са више и разних страна, потврђују и извесне чињенице из статистике насилне смрти у Београду. Тако док је у Београду од 1919. до 1928. године број убиства остао у главном стационаран, шта више повремено се нешто мало смањивао, дотле је број самоубиства за исто међувреме, од 1919. године стално и нагло растао, да се 1928. године упетостручи. За тим докле је 1919. године број убиства у Београду био знатно већи од самоубиства, као карактеристична поратна појава, дотле је 1928. године број самоубиства преко три пута већи од броја убиства. Најзад је и целокупни број самоубиства за прошлих десет година више него два пута већи од броја убиства.

У десетогодишњем београдском материјалу самоубице су убице у 1,5%, покушачи убиства у 1,0%, и преступници (проневериоци, варалице, крадљивци, крадљивице, и др.) у 4,7%. Поред тако незнатнога бројног учешћа самоубица у криминалитету, још је типично за њих: што су сва њихова убиства одн. покушаји убиства искључиво афективни: редовно љубавни или брачни, а изузетно породични или политички; па онда је по правилу убиству одн. покушају убиства одмах и неодложно следовало самоубиство; најзад су њихове проневере обично ситне, а крађе махом просте. Из тих разлога није неосновано узети, да су самоубице и међу деликвентима ипак најбољи етички елементи, који су још у стању увидети своју погрешку и осетити свој пад, те имају снаге да себе казне најтежом казном, свакако много строжије, него што би их иначе друштвени и државни закони казнили.

Не ретко и не само од лаика сматра се самоубиство као кукавичлук. При свем томе што се не може порећи, да у извесном, мањем делу самоубиство значи одиста полагање оружја

пред животом, ипак се самоубиством испољава и одлучност коју стварно плашљивица нема, и очитује моралност која пропалици обично недостаје. Кад би самоубиство било кукавичлук, онда би оно свакако знатно чешће било, пошто се свет састоји из већине страшљивица и мањине хероја. Несамоубијање у извесним случајевима и под некојим околностима несумњиво је знак карактерне слабости, интелектуалне отупелости и етичке огуглалости (*Биндинг, Ноне, Хорсџман*, и други).

Да су, напоследку, не ретка самоубиства код силовања, ванбрачне дефлорације, ванбрачне трудноће и ванбрачног порођаја, из појмљивих разлога, чиста штета и необична срамота за друштво, излишно је још нарочито доказивати.

Из свих претходних разлагања може се закључити следеће: Пре свега профилакса самоубиства је потребна, не безизузетно у свима случајевима, али у претежној већини неопходно и хитно потребна. Нужност суицидалне профилаксе није општа ни безусловна, она је индивидуална и кондиционална. Условност потребе профилаксе самоубиства проистиче из корисности, индиферентности или штетности од живота дотичног самоубице за друштво, државу, породицу или њега самог. Корисност, индиферентност или штетност зависне су опет од: доба живота, излечивости или неизлечивости телесног одн. душевног оболења, привредне моћи или немоћи, социјалности или асоцијалности, криминалности или некриминалности појединих самоубица. Односно уопште и укратко узев: потреба суицидалне профилаксе произлази из физичке, психичке и етичке вредности самоубица.

2) Спровођење профилаксе самоубиства.

Самоубиство је производ из узрока и повода. Узрок је психогене природе и састоји се у специфичној суицидалној психи. Поводи су пак мотиви телесне, душевне, афективне, економске и моралне природе.

Спровођење профилаксе противу самоубиства може бити само онда изводљиво и успешно, ако се, истовремено и упоредно, делује превентивно т. ј. у циљу спречавања постанка суицидалне психе с једне, и с друге стране дејствује репресивно т. ј. у сврси сузбијања стварања суицидалних мотива. Исто тако све те профилактичке мере морају бити симултано инди-

видуалне и колективне, пошто је самоубиство резултат међусобних и наизменичких односа како индивидуалних тако и колективних. Најзад те мере не смеју бити плод теориског маштања и без реалне подлоге, нити диктоване неумесном сентименталношћу или неоснованом филантропијом. Напротив, те мере морају бити производ специјалног и темељног, стварног и блиског познавања целог суицидалног проблема, и саобразне начелима изнетим у поглављу о потреби суицидалне профилаксе.

Суицидална психа је делимично наслеђана, делимично стечена васпитањем и образовањем. У циљу спречавања наслеђивања суицидалне психе паметно и практично би било избећи брак, а особито пород, са члановима породица у којима је било самоубистава, душевних оболења, алкохолизма или сифилиса. Еугенично одабирање људи, спречавање размножавања оптерећених, захтев конзенса за склапање бракова, полно стерилисање, и слично томе: данас су само лепе жеље у борби противу наслеђивања самоубилачке душевне конструкције.

Ради спречавања стицања суицидалне психе ваљало би васпитањем и образовањем радити на томе: да се не развија претерана реактивност уопште; да се не негује прекомерна индивидуалност, необична самосвесност и нездрави егоизам; да се ублажи емоционалност и уништи импулзивност; да се очеличи карактер за животну борбу и припреми на неуспехе у животу; да се не пробуђују претензије без стварне подлоге и одговарајуће вредности; да се култивише друштвена, породична и брачна солидарност; да се избегне полутанство: на средини између примитивности и цивилизованости; да се одгаје важне особине карактера као стрпљење, владање собом, самопоуздање и истрајност.

Начин сузбијања стварања суицидалних мотива мора се равнати према врсти мотива.

Тако се т. зв. телесни мотиви могу сузбити: рационалним популарисањем целокупне медицине; подизањем свести о вредности здравља и изграђивањем сазнања о штетности болести; стварним пружањем куративне и превентивне лекарске помоћи свима и свакоме.

Код душевних мотива као средства за сузбијање самоубиства долазе у обзир: Радикално лечење прогресивне парализе, јер непотпуно, напротив, још пре доводи до самоубиства. Код

излечиве меланхолије: што пре и што дужа изолација. Противу алкохолизма као мотива: неуморна борба и свима средствима до потпуне истраге. Код психопатије: стручна психоанализа и психотерапија психопата, поучавање околине о начину поступања према истима, подешавање средине, позива и др. за психопате.

Огромна већина афективних мотива односе се на љубавне, брачне или породичне неспоразуме. Када се ти мотиви дубље аналишу, онда се уочава: прво, да су љубавни неспоразуми условљени прецењивањем улоге еротике у животу и слепим подавањем њеном утицају; друго, да су брачни неспоразуми резултат с једне стране склапања бракова без дужег обостраног познавања и ступања у брак уз одсуство најбитнијих и најнеопходнијих особина за брачни живот код нових бракова, и с друге стране узајамна безобзирност и несолидарност, не-благовремено раскидање неиздржљивог брака код старих бракова; и треће, да су породични неспоразуми производ антифамилијарног васпитања, нетрпељивости и несмисла за индивидуално поступање према појединим члановима породице. Из свих наведених констатација намећу се профилактичне мере саме по себи.

Противу самоубиства због ванбрачне дефлорације и трудноће или ванбрачног порођаја одбранбене мере биле би: савремено васпитање појединаца и друштва, борба против предрасуда, хипокризије и једностраности сексуалног морала, доношење савременог законодавства и стварање установа за прихватање ванбрачне мајке и ванбрачног детета.

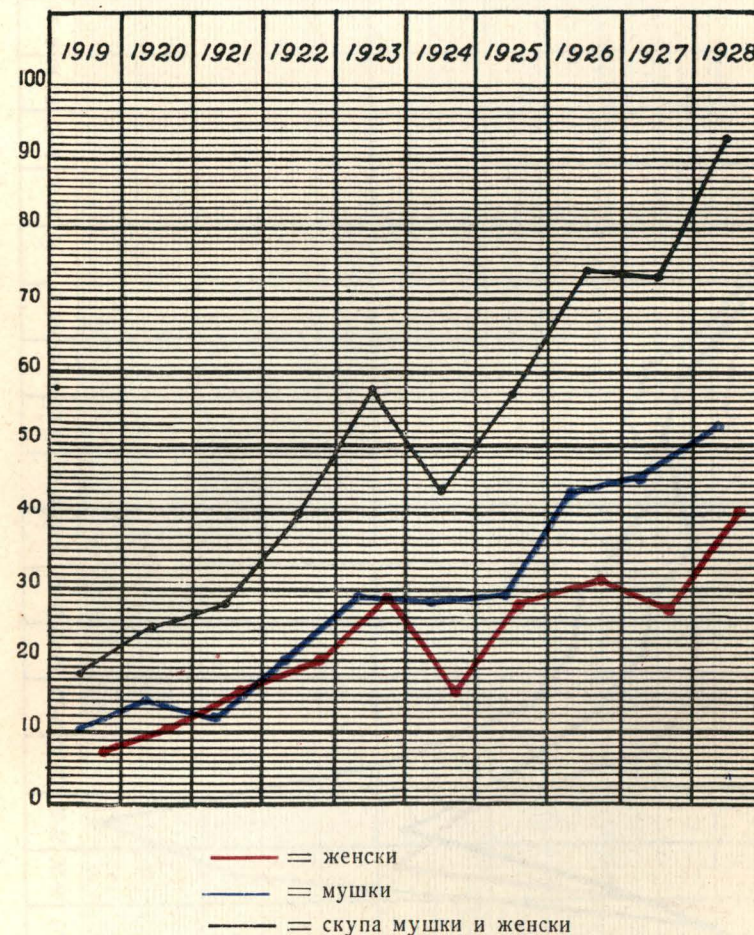
Збрињавање сиромашних, старих и болесних; рационално запославање незапослених; стварање и искоришћавање установа за саветовање при избору позива и за процену физичких и психичких подобности пре коначног одавања извесном позиву; благовремено напуштање позива за који се немају способности ни воље; међународним уговорима целисходно одстрањивање једног од ратних зала као што је избеглиштво — то би, укратко, биле стварне мере за сузбијање дејства економских суицидалних мотива.

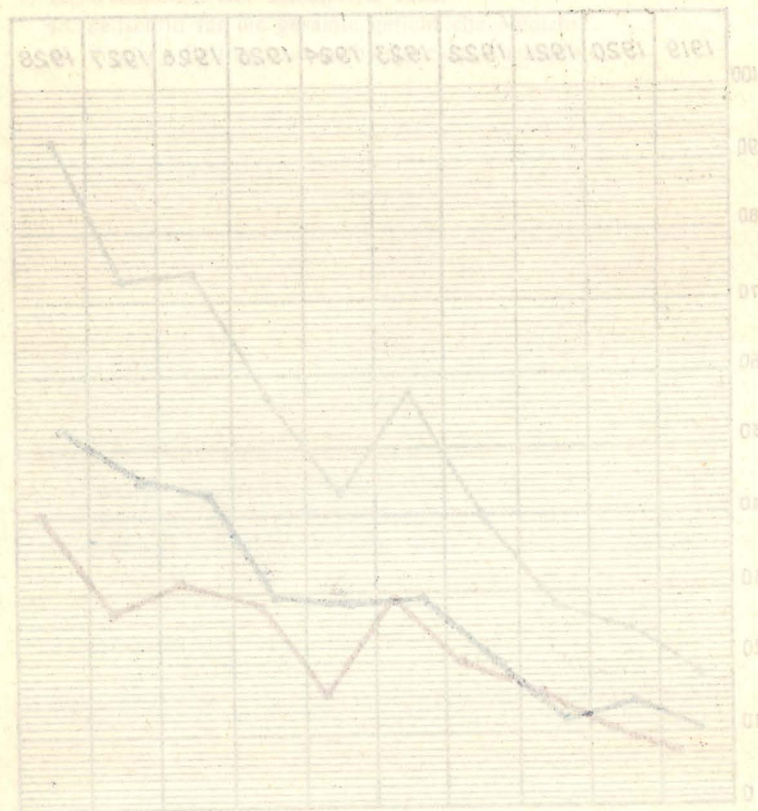
ЛИТЕРАТУРА:

1. Aertzliche Sachverständigen-Zeitung.
2. Annales d'hygiène publique et de médecine légale.
3. Annales de médecine légale.
4. Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale.
5. Archiv für Kriminologie.
6. Bartel: Zur pathologischen Anatomie des Selbstmordes, Wien, klin. Wochenschrift 1910, 14.
7. Bartel: Über Obduktionsbefunde bei Selbstmordfällen, Zeitschr. f. ger. Med. 1923, 1.
8. Brierre de Boismont: Du suicide et de la folie suicide, 1865.
9. Brosch: Die Selbstmörder, 1909.
10. Durkheim: Le suicide, étude de sociologie, 1897.
11. Esquirol: Sur la monomanie suicide, 1828.
12. Eulenburg: Schülerelbstmorde, 1909.
13. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medicin.
14. Gaupp: Über den Selbstmord, 1910.
15. Heller A.: Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen, Münch. med. Wochenschrift 1900, 48.
16. Hofmann-Haberd: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 1927.
17. Hübner A. H.: Über den Selbstmord, 1910.
18. Јовановић Б.: Самоубиства у Краљевини Србији, Годишњица Чупића, XXXII, 1913.
19. Котуровић: Статистички преглед самоубиства у Србији, Годишњица Чупића, XI, 1889.
20. Krose: Die Ursachen der Selbstmordhäufigkeit, 1906.
21. Kürten: Statistik des Selbstmordes im Königreich Sachsen, 1913.
22. Кустер: Демографски подаци о Краљевини Србији, 1928.
23. Legoyt: Le suicide ancien et moderne, 1881.
24. Mašchka: Handbuch der gerichtlichen Medicin, 1881.
25. Masaryk: Der Selbstmord als soziale Massenerscheinung der modernen Zivilisation, 1881.
26. Mayr: Statistik und Gesellschaftslehre, III Bd, 1917.
27. Milovanović: Prilog patološkoj anatomiji samoubica, Medicinski Pregled, 1928, 8.
28. Milovanović: Pitanje suicidalne profilakse, Liječnički Vjesnik, 1928, 11.
29. Миловановић: Утврђивање самоубиства уопште, Архив за правне и друштвене науке, 1929, 2.
30. Monatsschrift für Kriminalpsychologie.
31. Morselli: Der Selbstmord, 1881.
32. Ollendorff: Krankheit und Selbstmord, 1905.
33. Pfeiffer H.: Über den Selbstmord, 1912.

34. Placzek: Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung, 1915.
35. Redlich und Lazar: Über kindliche Selbstmörder, 1914.
36. Rost: Bibliographie des Selbstmords, 1927.
37. Статистички Годишњаци Краљевине Србије.
38. Stelzner: Analyse von 200 Selbstmordfällen, 1906.
39. Vibert: Précis de médecine légale, 1921.
40. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin.
41. Virchow's Archiv für pathologische Anatomie.
42. Weichbrodt: Der Selbstmord, 1923.
43. Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.
44. Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie.

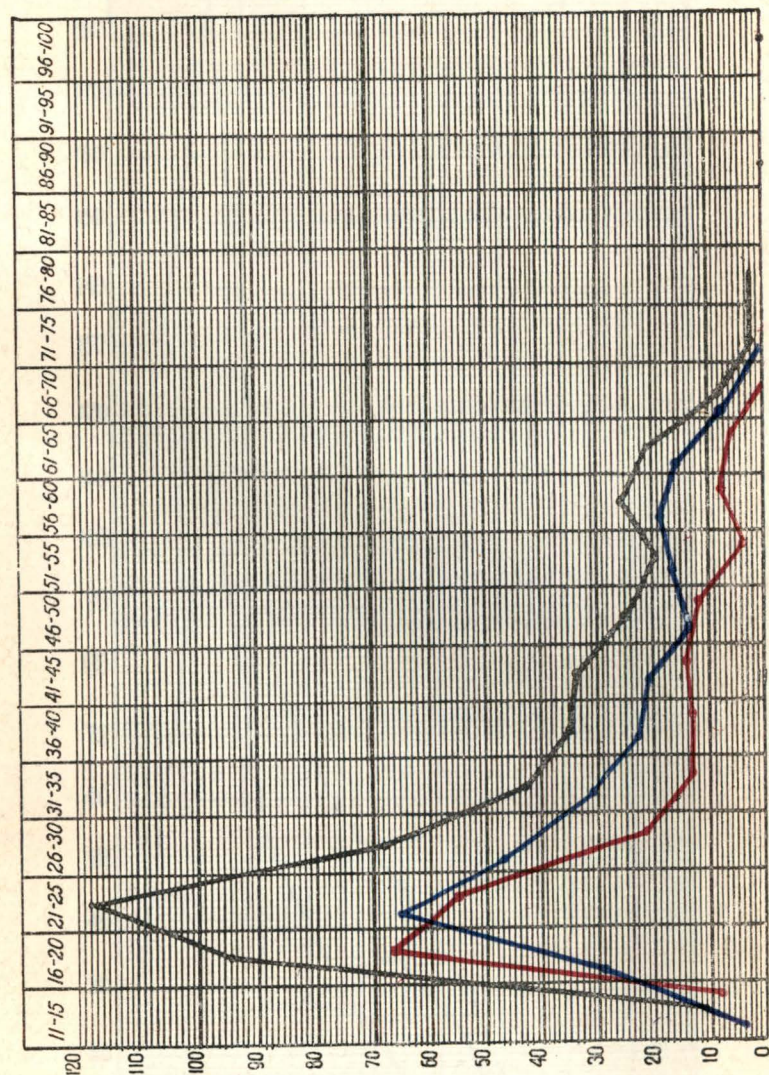
III Кривуља учестаности самоубиства у Београду од 1919. до 1928. године.





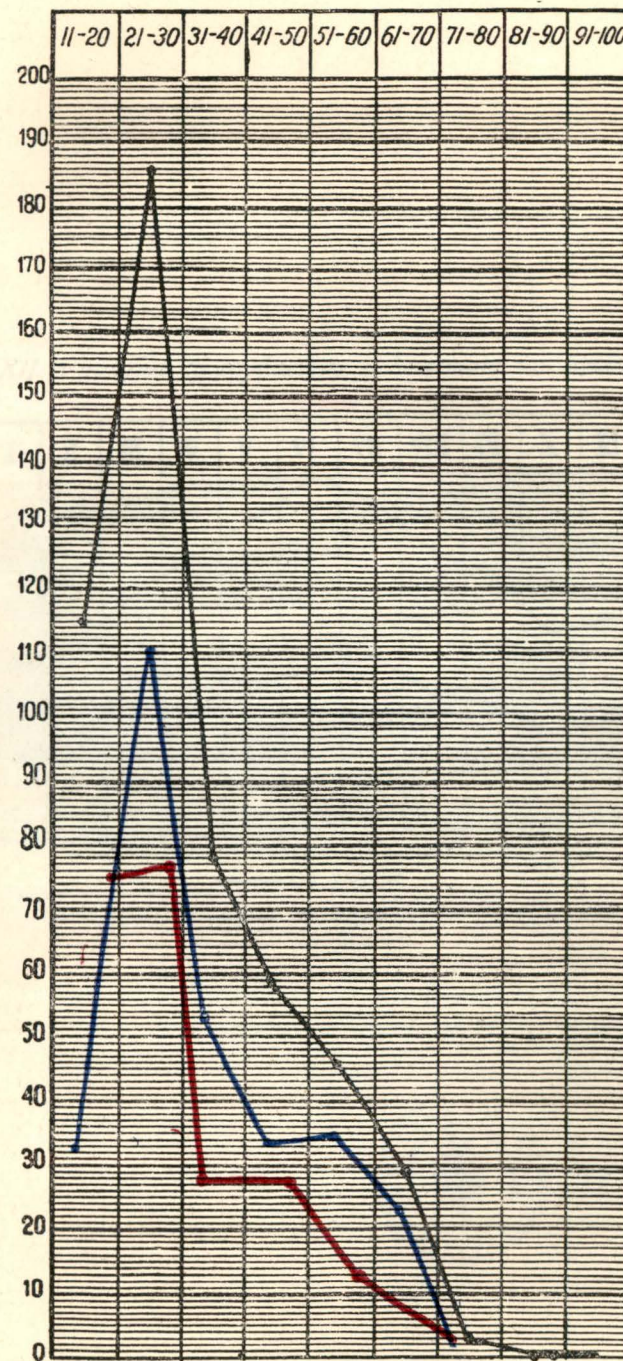
— = укупно
— = мушки
— = женски

VIII Кривуља доба животоа самоубица по квинквенијама.



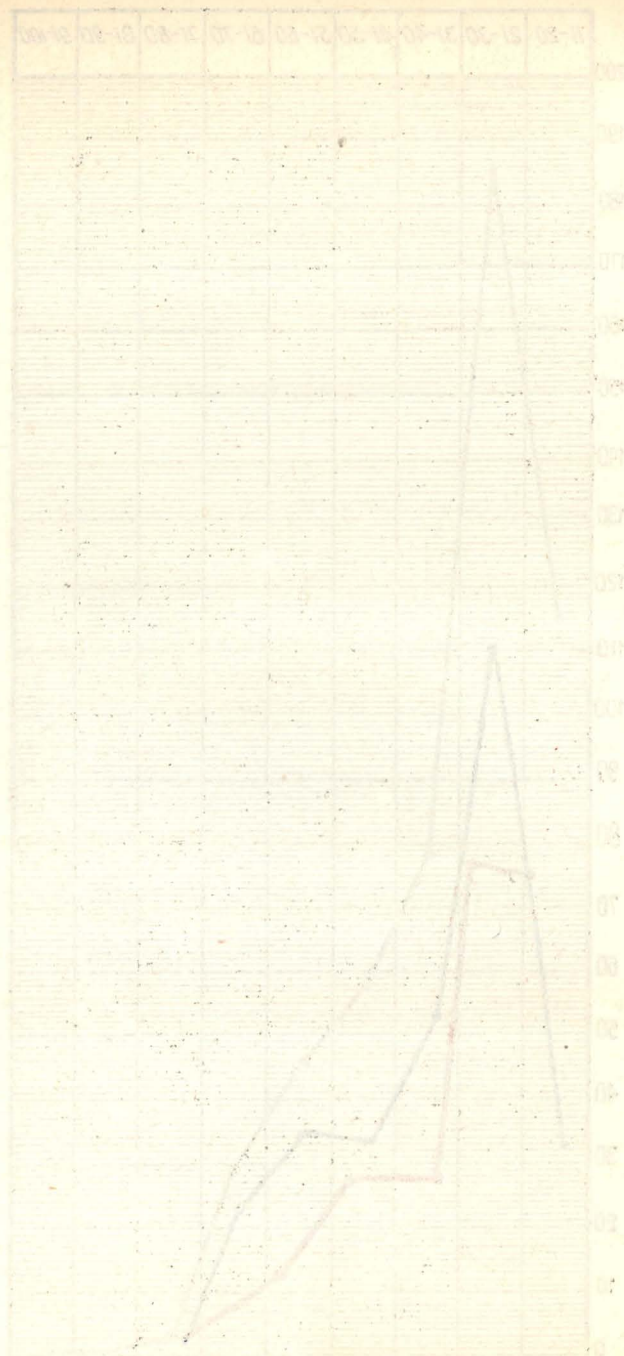
— = укупно
— = мушки
— = женски

IX Кривуља доба живога самоубица по деценијама.

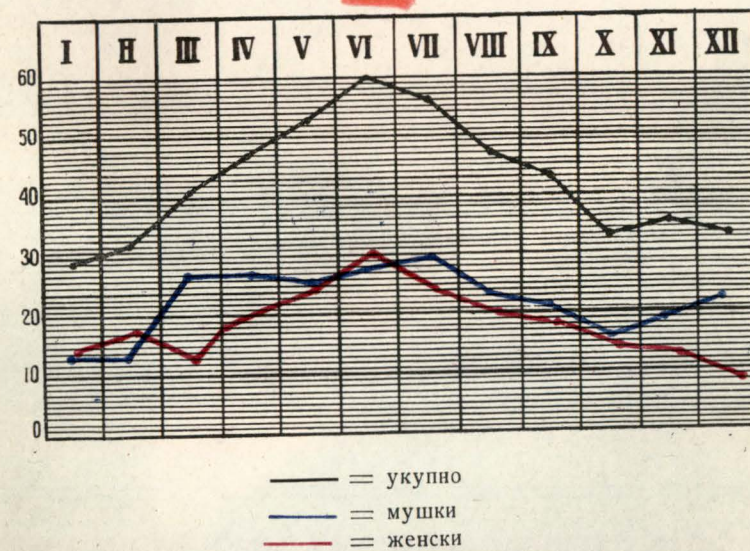


— укупно

— мушки



XII Кривуља самоубиства у Београду по месецима.



32997

SCIENTIA

СТОВАРИШТЕ
МЕДИЦИНСКИХ ИНСТРУМЕНАТА
БЕОГРАД — СЛАВИЈА, ШУМАДИЈСКА 2.

ИНСТРУМЕНТЕ
за хирурге, гинекологе, зубаре и т. д.

ИГЛЕ
за инјекције, пункцију, узимање крви и т. д.

НАМЕШТАЈ
за лекарске ординације и болнички уређај

МИКРОСКОПЕ
првокласне израде

Мулаже, препарата по „Spalteholz”
хигијенске таблице и слике
(Deutsches Hygienemuseum, Dresden)



Заступништво за Србију

КРУП-ОВИХ
ХИРУРШКИХ
ИНСТРУМЕНАТА

из V 2 A челика који никако не рђа

Тражите каталогe и понуде.

НАУЧНА КЊИЖАРА
SCIENTIA
БЕОГРАД — СЛАВИЈА, ШУМАДИЈСКА 2.



ЛИФЕРУЈЕ
СВЕ НАУЧНЕ КЊИГЕ И ЧАСОПИСЕ
НА СВИМА ЈЕЗИЦИМА,
БРЗО И ТАЧНО
ПО ОРИГИНАЛНИМ ЦЕНАМА ИЗДАВАЧА.



ТРАЖИТЕ КАТАЛОГЕ И ПОНУДЕ.