

SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ A ABÚZUS NÁVYKOVÝCH LÁTEK

SUICIDAL BEHAVIOR AND DRUG ABUSE

Helena ZÁŠKODNÁ – Karel PAVLICA

Katedra psychologie a aplikovaných sociálních věd
Filozofická fakulta, Ostravská Univerzita v Ostravě
Reální 5, 701 03, Ostrava, ČR
zaskodna@seznam.cz

Abstrakt

Sebevraždy, stejně jako závislost na drogách představují vážný zdravotní a sociální problém který se projevuje celosvětově, napříč kulturami, kvůli zničujícím dopadům a ztrátám lidských životů. Přehled literatury a statistik monitorujících středisek ukazují, že se suicidiem je sdruženo mnoho rizikových faktorů, včetně psychopatologické symptomatologie. Tento článek představuje některé rizikové faktory a hodnotí spojení suicidia se závislostí na drogách.

Klíčová slova: sebevražda, rizikový faktor, abúzus drog, sociální problém.

Abstract

Both suicide and drug addiction represent serious health and social problems which occur globally across all cultures, causing devastating effects and loss of life. An overview of the literature and statistics from monitoring centres shows that suicide is associated with many risk factors, including psychopathological symptomatology. This article presents several risk factors and assesses the links between suicide and drug addiction.

Key words: suicide, risk factor, drug abuse, social problem.

ÚVOD

Sebevražda (suicidium) je forma agrese namířená vůči vlastní osobě. Představuje vědomé a úmyslné ukončení vlastního života, charakterizované přáním a snahou zemřít. Literatura rozlišuje mezi sebevraždou *biickou* (s reálným motivem, bez psychické poruchy, například bilanční sebevražda seniora s maligním onemocněním), *patickou* (motivace má povahu psychopatologickou, například depresi, závislost na alkoholu). Charakter sebevraždy nemá *úcelové suicidální jednání*, případně *demonstrativní suicidální jednání*, protože cílem tohoto jednání není smrt, ale vyřešení osobních problémů. Může se však stát, že úcelové nebo demonstrativní suicidální jednání skončí nešťastnou náhodou smrtí.

Vývoj sebevražedného záměru

Suicidální jednání se vyvíjí postupně. Počáteční občasně myšlenky na sebevraždu nemívají určitý obsah, postoj k suicidiu je záporný. V dalším stupni se tento negativní postoj mění v ambivalentní, jedinec zvažuje možné způsoby a připravuje prostředky. V okamžiku rozhodnutí o provedení suicidia může dojít k paradoxnímu uklidnění a zmírnění psychických potíží.

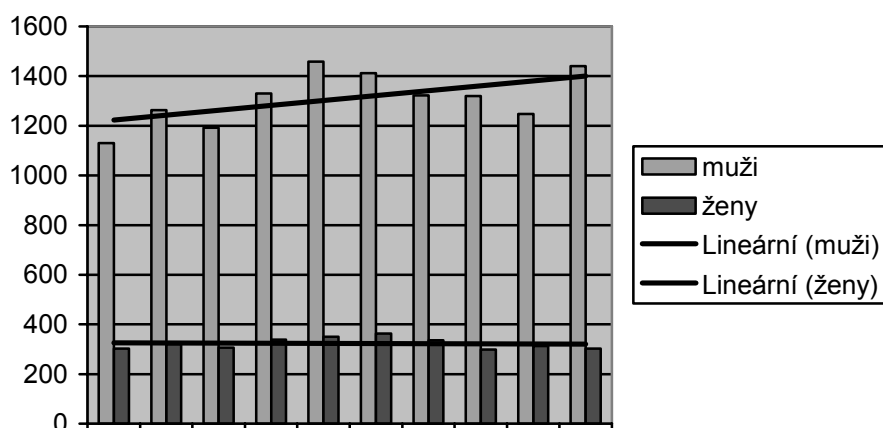
V této souvislosti E. Ringel popisuje třífázový presuicidální syndrom (in Vodáčková, 2002):

- Fázi *zúžení subjektivního prostoru* a životních perspektiv charakterizuje omezené, jednostranné vnímání reality s redukovanou schopností řešit problémy, sníženým rozsahem sociálních vztahů a omezenou schopností regulovat vlastní emoce. Psychiku postupně zaplavuje zoufalství, úzkost a pocit bezmocnosti, devalvace hodnot.
- Ve *fázi zablokované agresivity*, autoagresivity, jedinec obrací potlačenou agresivitu vůči vlastní osobě, obviňuje se, případně se nenávidí.
- Pro fázi *vtíravých suicidálních fantazií* jsou typické představy vlastní smrti, naléhavé myšlenky o postupu a způsobu provedení suicidia. Fantazie přinášejí úlevu, postupně se jeví jako nejlepší cesta řešení vlastní situace.

Statistika suicidálního jednání

Suicidální jednání tvoří podle celosvětových statistik jednu z hlavních příčin úmrtí lidí ve věku mezi 15 až 44 lety. Ve věkové kategorii od 15 do 34 let jde po dopravních nehodách dokonce o druhý nejčastější důvod úmrtí. V průběhu jednoho roku zemře na světě přibližně jeden milion lidí sebevraždou. Česká republika přitom patří k zemím s vysokým výskytem sebevražedného jednání (spolu se skandinávskými zeměmi, Polskem, Maďarskem, Slovenskem aj.) tj. sebevražd a sebevražedných pokusů. Sebevražedné pokusy jsou přitom zhruba třikrát častější ve srovnání s počtem dokonaných sebevražd.

Graf 1: Diference mezi pohlavími v počtu sebevražd v České republice v letech 2000 až 2009



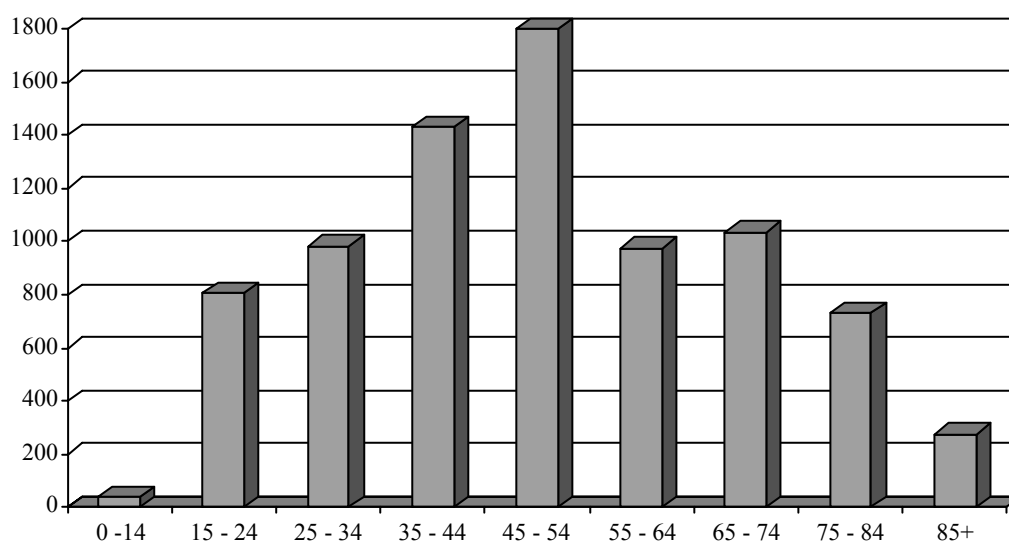
Legenda ke grafu 1: ve sloupcích zleva – doprava jsou statistické údaje od roku 2000 do roku 2009.
Zdroj: Český statistický úřad

V uplynulých letech se na území České republiky množství suicidií stabilizovalo a neměnilo u žen, zatímco u mužů počet suicidií meziročně mírně kolísá a trvá lehce vzestupný trend (graf 1). Jinou odlišností tvoří celková početní disproportion, muži spáchali dokonanou sebevraždu téměř čtyřikrát častěji ve srovnání s ženami. Obě pohlaví se dlouhodobě odlišují v použitém prostředku. Pro muže je typičtější oběšení, použití střelné zbraně a skok z výšky, ženy nejčastěji ukončují svůj život otravou léky.

Suicidální jednání v průběhu ontogeneze

V dětském věku (do 14 let) je suicidální chování spíše vzácné (viz tabulka 1). Děti mohou reagovat sebevražedně na vleklé rodinné problémy, týrání, případně zneužívání. Po 15. roce dochází postupně k prudkému nárůstu výskytu sebevražd. Pro adolescenty je obzvláště rizikové sociální osamocení, ostrakismus, zklamání v lásce a interpersonální konflikty.

Graf 2: Četnost sebevražd podle věkových skupin v letech 1996-2000



Zdroj: Český statistický úřad

Většina adolescentů se odhodlává k sebevražednému pokusu bez opravdového úmyslu zemřít. Dospívajícím chybí zkušenosti a nadhled dospělého, který je schopen lépe posoudit závažnost situace. Emoce také obvykle převažují nad racionálním přístupem, s čímž souvisí i celková labilita a tendence k impulsivním reakcím (Vágnerová, 1999).

Zřetelné suicidální riziko s sebou nesou patogenní rodinné poměry – kupříkladu abúzus všech typů návykových látek, výskyt duševní nemoci, případně suicidia u některého z příbuzných. Často jde o strukturně nebo funkčně narušené rodiny s výchovnými závadami. Suicidální chování může sloužit jako apel a upozornění na tyto nepříznivé okolnosti. Význam má také dosažitelnost suicidálního prostředku – podle odhadů mají adolescenti z rodin, kde je k dispozici střelná zbraň, 4–10krát vyšší sebevražednost než adolescenti, kteří se zbraní doma nepřicházejí do styku (Miller et al. 2002 in Hort, Kocourková, 2006).

Ke specifickým suicidálnímu chování v adolescenci patří větší rozmanitost forem suicidálního jednání. Pohrávání se suicidálními myšlenkami je pro tento věk charakteristické. K výhrůžkám nebo demonstrativním sebevraždám sahají mladí kvůli zmírnění výchovného tlaku, ale také k vymáhání lásky nebo přátelství. Sebevražda může sloužit jako prostředek pomsty nebo trestání okolí v případech, kdy se zdá nemožné dojít naplnění přání nebo požadavků. Sebevražedný pokus může dokonce posloužit jako podmínka vstupu do party nebo též jako politický protest (Černý, 1970).

Zvláštní, absurdní, kategorii suicidií tvoří imitace dokonatého suicidia mediálního hrdiny. Znamý sociolog D. Phillips doložil analýzou amerických statistických údajů, mnohonásobný vzrůst obětí v bezprostředně následujícím období po sebevraždě „slavného“ člověka. Počet sebevražedných pokusů přitom stoupá pouze v těch regionech, v nich byla smrt „slavného“ člověka publikována a společensky – mediálně – jí byla věnována zvýšená pozornost. Navíc statistiky uvádějí přímou úměru mezi počtem obětí a rozsahem medializace slavné sebevraždy (čím větší množství informujících zpráv v novinách, fotografií známého sebevraha na titulní straně novin, reportáží v televizi, aj., tím vyšší počet následných sebevražd). Největší nebezpečí nárůstu obětí přitom hrozí v prvních třech až čtyřech dnech, v dalších zhruba dvanácti dnech počet případů postupně klesá. D. Phillips (1974) vysvětluje popsany vliv publikovaných sebevražd efektem Werthera. Zjistil mimo jiné, že hynoucí lidé jsou do určité míry podobní „mediálnímu hrdinovi“, který vystupuje v roli modelu suicidia. Analýzy statistik přinesly kupříkladu zjištění, že spáchal-li slavnou sebevraždu mladý člověk, pak

následující oběti patřily do podobné věkové kategorie, zatímco v případě staršího člověka - modelu, následovaly sebevraždy starších lidí. Údaje Phillipse nasvědčují smutné pravidelnosti o tom, že zvýšené povědomí něčí sebevraždy usnadňuje rozhodování o sebevraždě vlastní.

Důvody suicidálních pokusů adolescentů bývají obvykle spletité, často jde o spolupůsobení několika motivů. Vedle již zmíněných poruch rodinného prostředí tvoří klíčové faktory: přílišný stres, sociální a školní problémy (Hawton et al., 1987), emoční problémy, zvláště deprese a v neposlední řadě i užívání návykových látek (například Pfeffer, Taylor, Stansfeld, Withers, Kaplan, aj.).

Jeden z modelů, který vychází z klinického pozorování osob se suicidálním pokusem, staví na kognitivních aspektech osobnosti, na *způsobu řešení problémů* (problem-solving model). V souladu s tímto modelem vykazují osoby náchylné k sebeustrukci menší flexibilitu ve schopnostech analyzovat a řešit problémovou situaci. Kognitivní deficit představuje predispoziční rizikový faktor, omezující schopnosti individua zvládat zátěžové situace (Clum, Patsiokas, Luscomb, 1979). Způsob řešení problémů připomíná rigidní kognitivní styl zvaný „všechno nebo nic“, omezující vytváření alternativních způsobů adaptace na stres.

Základ modelu tvoří tři předpoklady:

1. Lidé, kteří se pokusili o sebevraždu, mají sníženou schopnost řešení interpersonálních problémů.
2. Sebevražedné pokusy se s větší pravděpodobností objevují během období silného stresu.
3. Lidé, kteří se pokusili o sebevraždu, obtížně vytvářejí adaptivní copingové strategie jsou-li vystaveni byť běžné životní zátěži.

V období mladší dospělosti se suicidia vyskytují méně často, ubývá impulzivních a zkratkových pokusů. Stabilizující význam má fungující partnerství i rodičovská role. Pohnutky tvoří vážná onemocnění s nepříznivou prognózou, vztahové problémy s klíčovými osobami, smrt blízkého člověka, aj..

Konec střední dospělosti a počátek starší dospělosti (40–54 let) charakterizuje bilancování dosavadního života a s ním i spojená krize, k níž dochází, pokud osobní bilance nedopadla uspokojivě. Roli sehrává také kvalita a kvantita osobních vztahů, citové zázemí, aktuální zdravotní stav, ekonomická úroveň, profesní začlenění a případný abúzus alkoholu.

Počet dokonaných sebevražd u seniorů je vyšší než v dřívějších obdobích, vzhledem k příčinám mívají nejčastěji biický – bilanční charakter. Motivy tvoří četné chronické somatické, respektive psychické potíže, sociální izolace, ztráta mnoha životně významných rolí, úbytek prestiže při odchodu do důchodu, omezené možnosti pro zvládání zátěže, neveselé vyhlídky do budoucna (Vágnerová, 1999).

Drogová úmrtí

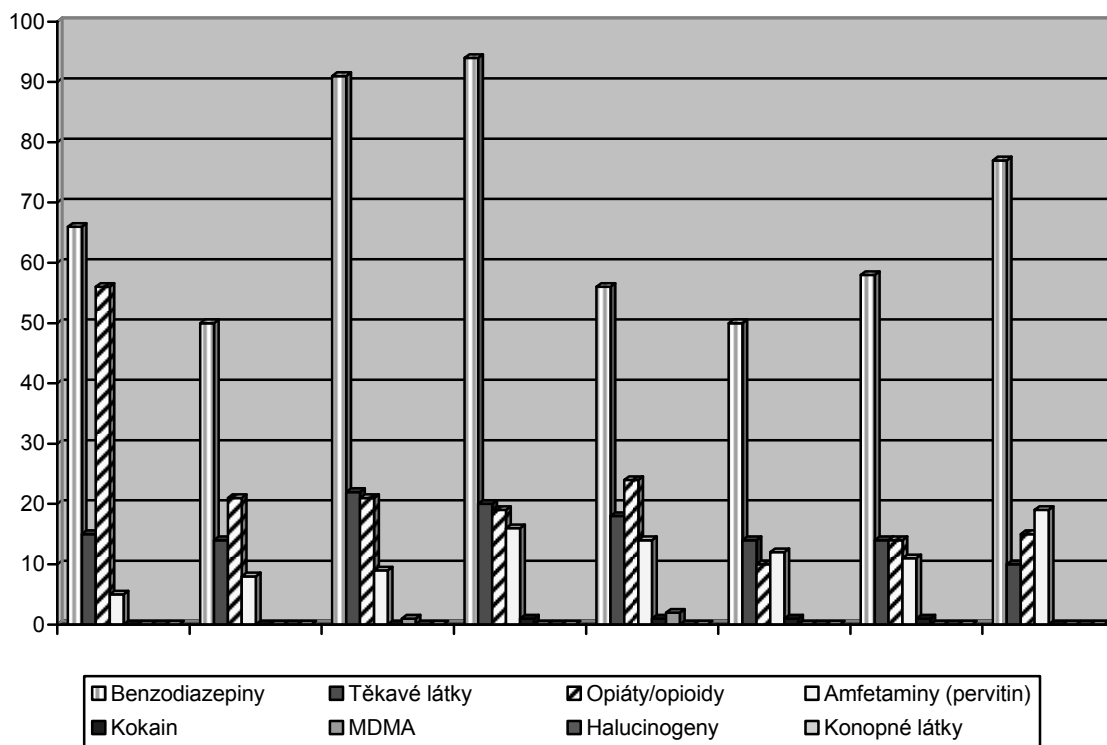
Závažným přispěvatelem do registru suicidií je závislost na návykových látkách. Významný čeští odborníci V. Hort a J. Kocourková (2006) citují zahraniční studie, které uvádějí, že 15–25 % závislých suiciduje za přítomnosti další komorbidity (deprese, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti). Závislost také může účinkovat jako facilitátor nebo přímo spouštěč sebevražedného jednání (Hawton, 1987; Weissman et al., 1989). Zhruba 20 % obětí se v okamžiku smrti nachází ve stavu intoxikovaném (Buzan, Weissberg, 1992 in Hort, Kocourková, 2006).

Droga se také může stát přímým prostředkem suicidia. Je však problematické určit, kdy došlo k předávkování pouze nešťastnou náhodou a kdy byla droga požitá vědomě proto, aby přivodila smrt (Koutek, Kocourková, 2003). Často to, co figuruje v úmrtních listech jako

předávkování, ve skutečnosti znamená vyvrcholení dramatické hry se smrtí, kterou lze vysledovat u každé toxikomanie (Bergeret, 1995).

V České republice jsou povinně prováděny pitvy všech neočekávaných úmrtí v případech, kdy nebyla stanovena příčina smrti, a u všech násilných úmrtí. Od roku 1998 jsou sledována přímá drogová úmrtí z předávkování a od roku 2003 také nepřímá úmrtí - za přítomnosti drog prostřednictvím speciálního registru soudního lékařství a soudní toxikologie (Mravčík, et al. 2009).

Graf 3 : Přímá drogová úmrtí v České republice v letech 2001–2008



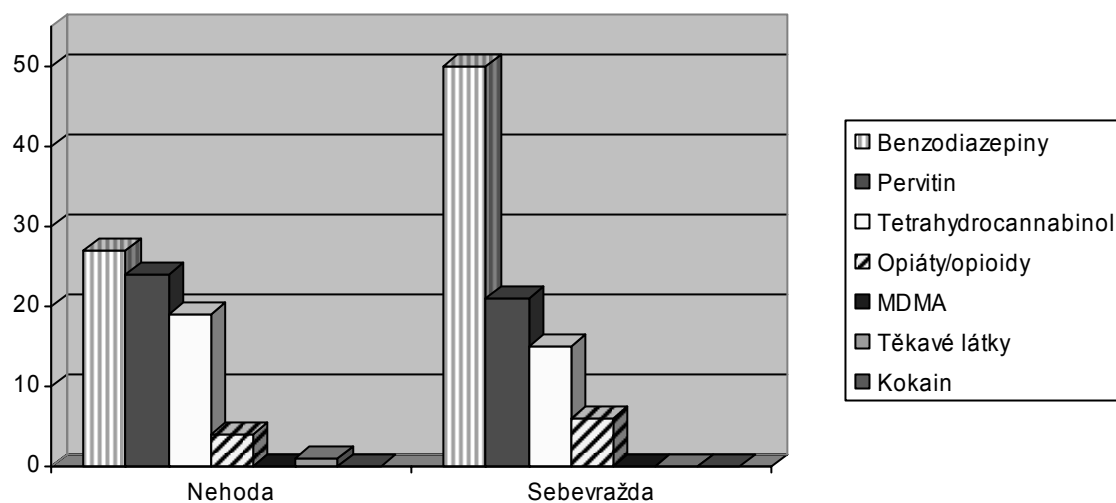
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009.
Zleva – doprava roky 2001–2008.

Graf 3 upozorňuje na trend zaznamenaný v uplynulých letech, jehož klíčové charakteristiky tvoří snižující se počet smrtelných předávkování heroinem, respektive jinými opiáty a dále těkavými látkami, se současně vysokou úrovní počtu smrtelných předávkování benzodiazepiny. Pokud jde o rozsah předávkování psychotropními léky, jeho přesné vyhodnocení je komplikované, vzhledem k nesorodnosti této skupinu návykových látek (graf 3 prezentuje pouze benzodiazepiny). Důvod tvoří také skutečnost, že tato kategorie zahrnuje předávkování sebevražedná, náhodná či bez zjištěného úmyslu, a to jak léky indikovanými a řádně předepsanými, tak léky zneužívanými.

Pokud jde o hojně zneužívaná stimulantia (pervitin), počet předávkovaných osob ve sledovaném osmiletém období mírně stoupá. Zcela výjimečně bylo zaznamenáno úmrtí v důsledku předávkování kokainem (4 případy) a taneční drogou extází – MDMA (3 případy). V monitorovaném období nebyl zachycen žádný případ úmrtí předávkováním halucinogeny a THC – konopnými látkami.

Běžně přijímaná definice „úmrtí se vztahem k drogám“ zahrnuje dvě kategorie, a to *nehody a sebevraždy pod vlivem návykových látek*.

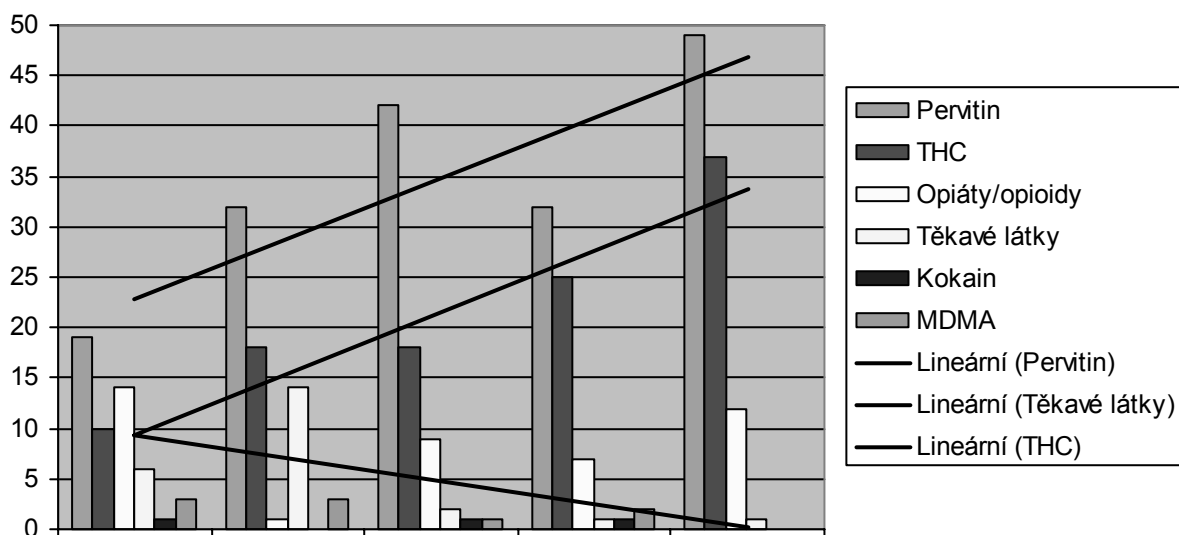
Graf 4 : Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2008 podle vybraných skupin drog a příčin smrti



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009

Podle údajů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti bylo v roce 2008 zaznamenáno 209 úmrtí za přítomnosti drog. Heterogenní kategorii tvořily opioidy, vedle heroinu a morfinu byly zachyceny také substituční opioidy (metadon, buprenorfin). Záměrná či nezáměrná úmrtí způsobily kombinace s THC (tetrahydrocannabinolem), halucinoogeny (psylocibinem) nebo s pervitinem. Ke zvláštním zjištěním patří zachycení buprenorfinu, tento substituční opiat byl identifikován v registru drogových úmrtí vůbec poprvé.

Graf 5: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog v České republice v letech 2004–2008



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009. Zleva doprava roky 2004–2008.

Graf 5 prezentuje výsledky monitoringu vybraných skupin návykových látek v pětiletém období. Jde o nález drog v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod zjištěný na odděleních soudního lékařství v České republice v letech 2004–2008. Zřetelný *vzestupný trend* vykazuje přítomnost stimulačního pervitinu a širokou veřejností podceňovaného THC (tetrahydro-

cannabinolu). *Sestupný trend* byl naopak zaznamenán u počtu úmrtí za přítomnosti těkavých látek. Kokain a taneční droga MDMA (metylen-dioxymetamfetamin) byly zachyceny zcela okrajově.

Sebevražedné jednání a závislost na drogách

Výše uvedená statistická data naznačují zřetelné souvislosti obou sociálně patologických fenoménů. Užívání návykových látek představuje jak rizikový faktor, tak také akcelerátor sebevražedného jednání.

Návykové látky se podílejí na sebevražedném jednání různými způsoby. Drogovou mortalitu lze členit na čtyři podskupiny (Püschel in Zábranský et al., 2004):

- 1) úmrtí v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování,
 - a) neúmyslné předávkování (neznalost koncentrace drogy, „došlehávání“ atd.);
 - b) sebevražda předávkováním („zlatá rána“);
- 2) úmrtí v důsledku dlouhodobého zneužívání návykové látky,
 - a) v důsledku infekce HIV/AIDS získané infikovanou injekcí;
 - b) v důsledku jaterního selhání po obdobně získané virové hepatitidě typu B nebo C;
 - c) úmrtí ze sepse, endokarditid a další;
- 3) sebevraždy spojené se závislostí na návykových látkách,
 - a) sebevraždy pod vlivem drog;
 - b) sebevraždy v abstinčním stavu;
- 4) smrtelné nehody ovlivněné návykovými látkami,
 - a) dopravní nehody pod vlivem drog;
 - b) pády z výšek pod vlivem drog a další.

V případě alkoholu se riziko výrazně zvyšuje u dlouhotrvajícího abúzu anebo je-li počátek abúzu umístěn do období časně mládí. I. Rossow, B. Grøholt a L. Wichstrøm (2005), kteří měřili vztah mezi pitím alkoholu a suicidálním chováním u mládeže, potvrdili mimo jiné, že větší část suicidálních pokusů souvisí s alkoholem spíše než s jakoukoliv jinou drogou. Také další výzkum zaměřený na faktory, které souvisejí s opakovanými pokusy o sebevraždu u adolescentů, prokázal vedle deprese zejména přítomnost abúzu alkoholu a dalších drog (Vajda, Steinbeck, 2000). Na „vražednou kombinaci“ suicidií a návykových látek upozornili A. Tanskanen et al. (2000). Ve své studii prokázali, že pouhé kouření tabáku zvyšuje riziko spáchání sebevraždy a nezáleží přitom na tom, jaké množství tabáku kuřák vykouří. Poukázali také na zvyšující se riziko, pokud je kuřák zároveň i silný piják alkoholu.

Podobné výsledky uvádí L. Appleby (2000), který za nejrizikovější považuje polymorfní abúzus. Pro lidi, kteří kombinují sedativa a nelegální drogy platí podle tohoto autora až 40tinásobně zvýšené riziko sebevraždy oproti populaci, která drogy neužívá. U závislých na opiátech existuje riziko sebevraždy 14tinásobně vyšší, což zhruba odpovídá asociaci suicidia a závažného psychického onemocnění.

Závislí jedinci jsou vystaveni působení mnoha faktorů, zvyšující riziko, případně facilitující sebevražedné chování. Řadí se k nim například tyto:

1. Kromě somatických nemocí u závislých trvá větší nebezpečí onemocnění depresí a jinými formami emočních poruch, které tvoří prediktory suicidia.
2. Psychicky nemocní jedinci, které souběžně konzumují návykové látky, představují 40 % celkového počtu sebevražedných pokusů (u psychicky nemocných bez abúzu se toto riziko snižuje téměř o polovinu).
3. Problematický životní styl zvyšuje pravděpodobnost výskytu sociálních a materiálních potíží, které se pro život závislého mohou stát časem nesnesitelné a bude hledat cesty k jejich redukci.

4. Tendenci ke zneužívání návykových látek častěji projevují impulzivní jedinci se sníženou percepcí rizika. Jimi provozované rizikové aktivity mohou vést k úrazům ale i jiným formám sebepoškození.
5. Ke společným znakům závislosti a sebevraždy patří podle K. Evanse (2003) určitý únik od skutečnosti, touha po zmírnění stresu, rozptýlení úzkosti a nudy a po úniku do dočasného prožitku štěstí. Psychická bolest, které se snaží suicidiem jedinec uniknout, vyplývá z neuspokojení významných, životně důležitých potřeb (Shneidman, 1992). Jak sebevraždu, tak i závislost charakterizuje snaha osvobodit se od bolesti a utrpení.

Z výzkumu K. Pavlicy (2010), zaměřeného na sledování rizikových faktorů u 57 respondentů obou pohlaví, závislých na drogách a se suicidálním pokusem, vyplynula řada závěrů, z nichž některé zde uvádíme:

- závislost na drogách asociuje se sebevražednými myšlenkami i pokusy;
- z kategorie „drogově závislých“, jsou nejvíce ohroženi sebevražedným pokusem alkoholicí;
- riziko pokusu o sebevraždu se zvětšuje, je-li v okolí někdo, kdo se o ni v minulosti pokusil;
- osoby se zvýšeným skóre neuroticismu, hůře zvládající zátěž, mají tendenci podléhat závislosti na tabáku a častěji se u nich vyskytují suicidální myšlenky;
- introvertní jedinci s vyšším neuroticismem, hůře zvládající zátěž, mají tendenci podléhat závislosti na alkoholu a častěji se u nich vyskytují pokusy o sebevraždu;
- méně spokojeny se životem jsou osoby závislé, introvertní a ty, které myslí na sebevraždu či se o ni pokoušely;
- lidé, kteří jsou závislí na drogách, nebo ti, kteří myslí na sebevraždu či se o ni pokusili, a rovněž introverti očekávají menší sociální oporu než ostatní;
- menší pomoc zejména od matky očekávají zejména lidé, kteří někdy mysleli na sebevraždu, oproti těm, kteří na ni nemysleli;
- menší emoční podporu v původní rodině pociťovali a menší pomoc zejména od matky, otce a širší rodiny očekávají lidé, kteří jsou závislí na drogách a pokusili se o sebevraždu, na rozdíl od těch, kteří nemají zkušenost s drogovou závislostí a na sebevraždu ani nemysleli.

ZÁVĚR

Sebevražedné jednání i zneužívání návykových látek vyplývají z různých příčin a jejich kombinací. Přestože o motivaci a záměrech suicidálního jednání lze z hlediska retrospektivní perspektivy mnohdy jen spekulovat, pro potřeby dalšího výzkumu a prevence je potřebné objasnění jejich role k hlubšímu porozumění obou těchto často sdružených sociálně patologických fenoménů.

LITERATURA

- APPLEBY, L. *Drug misuse and suicide: A tale of two services*. *Addiction*, 95 (2), Feb 2000, s. 175–177.
- BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vydání. Praha: Victoria publishing 1995.
- BUZAN, R. D., WEISSBERG, M. P.: Suicide : risk factors and therapeutic considerations in emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 10, 1992, s. 335–343. In V.

- Hort, J. Kocourková: Sebevražedné chování v medicínské praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102, 2006, 4, s. 201–203.
- CLUM, G, PATSIOKAS, A, LUSCOMB, R: Empirically based comprehensive treatment program for parasuicides. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979; 47: s. 937–945.
- ČERNÝ, L. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. 1. vydání. Praha: Avicenum 1970.
- EVANS, K. *Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. 1. vydání. Praha, Volvox Globator 2003.
- HAWTON, K.: Assessment of suicide risk. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 1987, pp. 145–153. In V. Hort, J. Kocourková: Sebevražedné chování v medicínské praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102, 2006, 4, s. 201–203.
- HORT, V., Kocourková, J.: Sebevražedné chování v medicínské praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102, 2006, 4, s. 201–203.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vydání. Praha: Portál 2003.
- MARIS, R. et al. (Eds.) *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press 1992.
- MILLER, M., AZRAEL, D., HEMENWAY, O.: Firearm availability and unintentional firearm deaths, suicide and homicide among 5–14 year olds. *The Journal of Trauma*, 52, 2002, s. 267–274.
- MRAVČÍK, V. et al. (Ed.): Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009.
- PAVLICA, K.: Zvládání zátěže závislých na drogách se suicidálním pokusem. Nepublikovaná doktorská disertační práce. Ostrava: FF OU 2010. (Školitelka: H. Záškodná)
- PHILLIPS, D. P.: *The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect*. *American Sociological Review*, 1974, 39, p. 34–354.
- RINGEL, E. (Ed.): *Selbstmordverhütung*. Verlag Klotz, Eschborn 1997. In D. Vodáčková (d.): Krizová intervence. Praha: Portál 2002.
- ROSSOW, I., GRØHOLT, B., WICHSTRØM, L. *Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002*. *Addiction*, 100, s. 79–88.
- SHNEIDMAN, E. S.: A conspectus for conceptualizing the suicidal scenario (s. 50–65). In R. Maris et al. (Eds.): *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press 1992.
- TANSKANEN A. et al.: *Smoking and the risk of suicide*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 101, 2000, s. 243–245.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vydání. Praha: Portál 1999.
- VAJDA, J., STEINBECK, K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 2000, pp. 437–445.
- VODÁČKOVÁ, D. (Ed.): Krizová intervence. Praha: Portál 2002.
- WEISSMAN, M. M., KLERNAN, G. L., MARKOWITZ, J. S. et al.: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attack. *The New England Journal of Medicine*, 321, 1989, s. 1209–1214. In V. Hort, J. Kocourková: Sebevražedné chování v medicínské praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102, 2006, 4, s. 201–203.
- ZÁBRANSKÝ, T. et al.: *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR. Stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády v České republice 2004.