

# Samobójstwa w armiach NATO i państw partnerskich w pierwszej dekadzie XXI wieku

Suicides in the Armed Forces of NATO and partner states in the first decade of the 21<sup>st</sup> century

**Piotr Ilnicki, Stanisław Ilnicki**

Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii CSK MON WIM w Warszawie;  
kierownik: płk dr n. med. Radosław Tworus

**Streszczenie.** Realizując program Światowego Zgromadzenia Zdrowia „Prewencja samobójstw – globalnym imperatywem”, Organizacja ds. Nauki i Techniki NATO, w ramach panelu Zdrowie i Medycyna, utworzyła grupę badawczą RTG-218, która skierowała do szefów wojskowej służby zdrowia 34 państw NATO i państw partnerskich pytania dotyczące liczby oraz cech samobójstw, monitoringu suicydologicznego i programów prewencji samobójstw w tych państwach. Na podstawie odpowiedzi uzyskanych od połowy respondentów opracowano raport STO-TR-HFM-218 z rekomendacjami dla kierownictwa i dowódców NATO. Cel pracy. Konfrontacja danych raportu z wynikami badań polskich suicydologów. Uzasadnienie wdrożenia rekomendacji raportu w Wojsku Polskim. Wnioski. Samobójstwo jest jedną z głównych przyczyn śmierci żołnierzy w armiach NATO. Zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia związane z używaniem alkoholu i środków psychoaktywnych są najczęstszymi medycznymi czynnikami ryzyka samobójczego. Fałszywe poglądy na temat samobójstw, ograniczony dostęp do fachowej pomocy oraz obawa przed stygmatyzacją są głównymi przeszkodami skutecznej profilaktyki. Psychoedukacja oraz systematyczny monitoring oparty na dowodach naukowych stanowią podstawę nowoczesnych programów prewencji suicydologicznej. Rekomendacje raportu NATO powinny być wdrożone w Wojsku Polskim.

**Słowa kluczowe:** samobójstwa, Siły Zbrojne NATO, prewencja

**Abstract.** Implementing the World Health Organisation's program "Prevention of Suicide: A Global Imperative", the NATO's Science & Technology Organization (STO NATO), has established within the Health and Medicine (HFM) panel the RTG-218 Research Task Group that sent questions to the Surgeons General of 34 NATO member states and the partner states. The questions referred to the number and features of suicides, suicidologic surveillance and programs of suicide prevention in those states. Basing on responses obtained from a half of the states invited, the STO-TR-HFM-218 report containing recommendations for both the leadership and commanders of the NATO was developed. Objective of the Paper. Confronting the report's data with results of research conducted by Polish suicidologists. Defining conclusions concerning implementation of the report's recommendations in the Polish Armed Forces. Conclusions. Suicides are one of the main causes of death in the NATO armed forces. Depression disorders and alcohol and psychoactive drugs abuse are the most frequent medical suicide risk factors. False views on suicides, limited access to professional aid and a fear of stigmatisation are the main obstacles to effective prevention. Modern suicidologic prevention methods consist in a psycho-educational activity and regular monitoring of suicides based on a scientific basis. The NATO report's recommendations should be implemented in the Polish Armed Forces.

**Key words:** suicides, NATO Armed Forces, prevention

Nadesłano: 29.12.2017. Przyjęto do druku: 9.04.2018

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2018; 96 (2): 105–111

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

**Adres do korespondencji**

mjr lek. Piotr Ilnicki

Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii

CSK MON WIM

ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44

tel. +48 261 816 524

e-mail: pilnicki@wim.mil.pl

## Wstęp

Samobójstwa są istotnym problemem zdrowia publicznego. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2012 roku pozbawiło się życia ponad 800 tys. osób. Samobójstwo stanowiło piętnastą pod względem częstości przyczynę zgonów na świecie, a średni standaryzowany współczynnik samobójstw wynosił 11,4 na 100 000 mieszkańców. Wśród osób w wieku 30–49 lat samobójstwo stanowiło piątą co do częstości, a w wieku 15–29 lat – drugą (po wypadkach drogowych) przyczynę zgonu [1].

W 2013 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia zainicjowało program globalnej prewencji samobójstw, który zakłada systematyczne gromadzenie i analizę danych dotyczących zachowań samobójczych oraz międzynarodową wymianę doświadczeń w zakresie skutecznych metod ich ograniczania [2].

Służba wojskowa, zwłaszcza na misjach poza granicami państwa, uważana jest czynnikiem ryzyka suicydalnego. Dlatego – nawiązując do programu prewencji samobójstw WHO – Organizacja ds. Nauki i Techniki NATO (Science & Technology Organization – STO NATO), w ramach panelu ds. Czynników Ludzkich i Medycyny (Human Factors and Medicine – HFM), utworzyła grupę badawczą (Research Task Group RTG-218) w celu:

- uzyskania informacji dotyczących zachowań suicydalnych w armiach państw NATO, Partnerstwa dla Pokoju (Partnership for Peace – PfP) oraz współdziałających z NATO (Other Military Cooperation – OMC),
- poznania realizowanych w tych państwach programów prewencji zachowań samobójczych,
- utworzenia platformy stałej międzynarodowej współpracy w tej dziedzinie,
- opracowania zaleceń dotyczących skutecznych działań prewencyjnych dla dowódców wszystkich szczebli NATO, a zwłaszcza dla szefów Służb Medycznych NATO (Chiefs of Military Medical Services in NATO – COMEDS) [3].

Realizując wymienione cele, HFM-RTG-218 przygotowała kwestionariusz z pytaniami o: (1) liczbę żołnierzy w czynnej służbie w danym państwie; (2) miejsce samobójstwa w rankingu przyczyn zgonów w wojsku; (3) obowiązującą definicję samobójstwa; (4) współczynnik samobójstw (w.s.) żołnierzy ogółem i osobno (5) dla mężczyzn oraz (6) kobiet; (7) w.s. weteranów; (8) obowiązującą w wojsku definicję samobójstwa usiłowanego (próby samobójczej); (9) współczynnik prób samobójczych; (10) organ uprawniony do określania przyczyny śmierci żołnierza; (11) organ zarządzający danymi dotyczącymi zgonów personelu wojskowego; (12) pięć najczęstszych przyczyn śmierci żołnierzy; (13) procedury ustalania i dokumentowania przyczyn śmierci żołnierzy; (14) monitoring samobójstw w armii; (15) trzy najczęstsze sposoby popełniania samobójstwa przez wojskowych;

(16) specyficzne dla wojska czynniki przeciwdziałające samobójstwu (*protective factors*); (17) specyficzne dla wojska oznaki ryzyka samobójczego (*risk indicators*); (18) trzy najczęstsze rozpoznania psychiatryczne u suicydentów wojskowych; (19) strukturę sił zbrojnych w państwie; (20) definicję misji wojskowych (*deployment*); (21) czas trwania misji (minimalny, maksymalny, przeciętny); (22) przeciętną przerwę między misjami; (23) trzy najczęstsze miejsca misji w ostatnich 5 latach; (24) ogólną liczbę samobójstw i w.s. podczas misji; (25) metody skutecznej redukcji zachowań samobójczych (*the best practices*) – w danym państwie, w wojsku i wśród weteranów; (26) oczekiwane formy współpracy międzynarodowej na tym polu.

W 2013 roku kwestionariusz ten wraz z zaproszeniem do wzięcia udziału w badaniu (sondażu) i wyjaśnieniem jego celu wysłano do szefów służby zdrowia (Surgeon General) 34 państw NATO, PfP i OMC, z których odpowiedziała połowa. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi opracowano raport STO-TR (Science and Technology Organization Technical Report) HFM-218 z uzgodnionymi w drodze konsensusu rekomendacjami [3].

## Cel pracy

Celem pracy było porównanie ustaleń raportu HFM-218, w którym brak jest danych z Polski, z rezultatami badań dotyczących samobójstw w Wojsku Polskim po przystąpieniu do NATO. Wskutek ograniczeń edytorskich w pracy przedstawiono odpowiedzi na część pytań kwestionariusza. Pozostałe zostaną omówione w następnej publikacji.

## Materiał i metody

Korzystano z wyników badań własnych [4] oraz badań polskich suicydologów [5,6], informacji z Roczników Statystycznych RP [7,8] i danych statystycznych uzyskanych z Departamentu Personalnego MON [9]. Wyniki przedstawiono w tabelach raportu HFM-RTG-218, uzupełnionych o dane dotyczące Polski. Wybrano tabele względnie kompletne, z niewielką liczbą pustych wierszy.

## Wyniki

Strukturę stanu osobowego WP oraz armii państw uczestniczących w projekcie NATO STO HFM-218, według kryterium płci żołnierzy, przedstawiono w tabeli 1.

W 2012 roku wśród 18 państw porównywanych pod względem odsetka obywateli pełniących czynną służbę wojskową Polska zajmowała (*ex aequo* z Niemcami, Litwą, Łotwą i Zjednoczonym Królestwem) 12. pozycję – 0,25% (średnia – 0,36%) [7]. Pod względem odsetka

**Tabela 1. Struktura demograficzna Wojska Polskiego i armii państw uczestniczących w projekcie badawczym wg płci**  
**Table 1. Military Population Demographics by Gender as Reported by Poland and Other States Participating in the Study**

państwo	rok	stan osobowy ogółem	% populacji ogólnej	żołnierze mężczyźni			żołnierze kobiety		
				n	%	średnia wieku	n	%	średnia wieku
Australia	2010	50 049	0,2	–	–	–	–	–	–
Austria	2012	30 000	0,4	–	–	–	–	–	–
Belgia <sup>1</sup>	2012	35 934	0,3	33 015	91,9	42,5	2919	8,1	41,7
Dania	2013	15 800	0,28	14 770	93,5	–	1030	6,5	–
Estonia	2012	5800	0,43	5104	88,0	33,0	696	12,0	40,0
Finlandia <sup>1</sup>	2011	8844	0,16	8526	96,4	–	318	3,6	–
Francja	2012	325 583	0,5	275 297	85,0	32,9	50 286	15,0	31,9
Holandia	2011	53 130	0,32	48 630	91,0	–	4500	9,0	–
Kanada <sup>1</sup>	2012	67 449	0,4	58 116	86,2	35,0	9332	13,8	35,0
Litwa <sup>1</sup>	2012	7382	0,25	6696	90,7	32,0	686	9,3	36,0
Łotwa <sup>1</sup>	2012	5008	0,25	3956	79,0	–	1052	21,0	–
Niemcy	2011	205 149	0,25	187 191	91,0	–	17 958	9,0	–
Polska	2012	95 318	0,25	92 934	97,5	33,5	2384	2,5	31,0
Rumunia <sup>1</sup>	2011	80 000	0,37	73 600	92,0	–	6400	8,0	–
Słowenia <sup>1</sup>	2011	7500	0,36	6300	85,0	–	1200	15,0	–
Turcja	2013	593 708	0,77	–	–	–	–	–	–
UK <sup>1</sup>	2014	159 620	0,25	143 780	90,0	27,0	15 840	10,0	32,0
USA <sup>3</sup>	2012	2 270 127	0,74	1 907 693	84,0	30,0	362 434	16,0	29,4

– oznacza brak danych

<sup>1</sup> Zjednoczone Królestwo (United Kingdom – UK) – dane dotyczą żołnierzy służby czynnej

<sup>2</sup> Z żandarmerią i żołnierzami rezerwy; bez tych formacji siły zbrojne Francji liczą 222 215 żołnierzy

<sup>3</sup> Mediana jako wartość średnia

kobiet w wojsku zajmowaliśmy miejsce ostatnie – 2,5% (średnia – 9,8%). Polskie żołnierki cechowały się młodszym wiekiem w porównaniu z kobietami pozostałych armii (poza amerykańską) – 31,0 (średnia – 34,6) [9].

Dane dotyczące bezwzględnej liczby zgonów samobójczych i współczynniki samobójstw (w.s.) żołnierzy w porównywanych państwach, z uwzględnieniem płci suicydentów, oraz informacje dotyczące monitoringu samobójstw w wojsku przedstawiono w tabeli 2.

W analizowanym okresie w 27,8% państw w.s. wynosił >20,0/100 000 żołnierzy, w 16,7% kształtował się na poziomie 15,0–19,9/100 000, w 22,2% w przedziale 10,0–14,9, w 5,5% <10,0, a 27,8% państw nie udzieliło informacji na ten temat. Polska – obok Danii, Niemiec i Turcji – charakteryzowała się w tym czasie jednym z najniższych w.s. w wojsku – 11,8, przy średnim w.s. dla ogółu 18,0. Wyróżniała się też – wraz z 6 innymi państwami – brakiem samobójstw wśród kobiet służących w wojsku [4]. Systematyczny monitoring samobójstw prowadziło 66,7% państw [3,4].

Ranking głównych przyczyn śmierci żołnierzy w porównywanych armiach przedstawiono w tabeli 3.

Na pytanie dotyczące głównych przyczyn śmierci żołnierzy służby czynnej odpowiedziało tylko 9 (52,9%) państw. W 77,8% z nich samobójstwo było jedną z trzech najczęstszych przyczyn śmierci żołnierzy.

Zjednoczone Królestwo (UK) i Kanada w rankingu przyczyn zgonów w wojsku zajęły odpowiednio 7. i 5. miejsce [3]. W Wojsku Polskim w 2012 roku samobójstwa stanowiły trzecią pod względem częstości przyczynę śmierci żołnierzy [9].

Powyższe dane, rozpatrywane na tle rankingu głównych przyczyn śmierci w porównywanych państwach, świadczą o tym, że zgony samobójcze w armiach tych państw zdarzały się częściej niż wśród osób cywilnych [1,8].

Ranking sposobów pozbawiania się życia przez żołnierzy porównywanych armii przedstawiono w tabeli 4.

Wśród 12 państw, które odpowiedziały na pytania kwestionariusza, w 6 wojskowi najczęściej popełniali samobójstwo przez postrzał i powieszenie (tyle samo przypadków). Zwraca uwagę, że w Belgii wszystkie samobójstwa w wojsku nastąpiły przez powieszenie, a w Turcji nie było takich przypadków [3].

**Tabela 2. Samobójstwa żołnierzy wg płci w Polsce i w państwach uczestniczących w projekcie badawczym**  
**Table 2. Military Suicide Data by Gender in Poland and the States Participating in the Study**

państwo	rok	ogółem		żołnierze mężczyźni		żołnierze kobiety		monitoring samobójstw w wojsku
		liczba	w.s.	liczba	w.s.	liczba	w.s.	
Australia	2013	92	–	85	–	7	–	tak
Austria	2012	–	27,0	–	27,0	–	0,0	tak
Belgia	2012	13	36,0	12	33,0	1	34,0	nie
Dania	1990–2009	41	10,0	41	10,0	0	0,0	tak
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	nie
Finlandia <sup>1</sup>	2011	3	17,2	3	17,2	0	0,0	tak
Francja <sup>2</sup>	2012	69	20,6	62	22,6	7	8,4	tak
Holandia	–	–	–	–	–	–	–	nie
Kanada	2010	12	17,6	12	20,4	0	0,0	tak
Litwa	2012	3	23,0	3	25,8	0	0,0	tak
Łotwa	2003–2011	9	20,0	9	20,0	0	0,0	nie
Niemcy	2011	18	8,5	18	9,3	0	0,0	tak
Polska	2012	11	11,5	11	11,5	0	0,0	tak
Rumunia	–	–	–	–	–	–	–	nie
Słowenia	–	–	–	–	–	–	–	nie
Turcja	2013	64	10,8	64	10,8	–	–	tak
UK	1994–2013	408	13,5	391	14,3	17	10,7	tak
USA <sup>3</sup>	2013	259	18,7	244	20,7	15	4,1	tak

– oznacza brak danych

w.s. – współczynnik samobójstw na 100 000 żołnierzy

<sup>1</sup> Dane dotyczą służby z poboru

<sup>2</sup> Dane uśrednione z lat 2002–2012

<sup>3</sup> Wyniki zaktualizowane z 2013 r. the Centers for Disease Control and Prevention's Web-based Injury Statistics Query and Reporting System

W Polsce w 2012 roku 89,5% samobójstw zostało popełnionych przez powieszenie, a tylko 1,8% przez postrzał [4].

Ranking zaburzeń psychicznych rozpoznawanych u suicydentów w porównywanych armiach przedstawiono w tabeli 5.

W 10 państwach uczestniczących w sondażu na pierwszych dwóch miejscach w rankingu rozpoznań wymieniano zaburzenia depresyjne w przebiegu zaburzeń afektywnych (F30-39) oraz zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (F40-48). Następnym w kolejności rozpoznaniem były zaburzenia związane z używaniem alkoholu i innych środków psychoaktywnych (F10). Podobny był rozkład najczęstszych rozpoznań psychiatrycznych w Wojsku Polskim: F32 (50,0%), F43.2 (30,4%), F10 (19,6%) [5,6].

## Omówienie

Raport HFM-RTG-218 jest pierwszą w historii NATO próbą całościowego przedstawienia skali i uwarunkowań zachowań samobójczych żołnierzy oraz rekomendacji dotyczących ich prewencji. Fakt odmowy odpowiedzi na pytania kwestionariusza HFM-218 przez połowę spośród 34 zaproszonych szefów Wojskowej Służby Zdrowia państw NATO i PłP oraz niepełne odpowiedzi udzielone przez niektórych uczestników sondażu świadczą o przeszkodach, jakie napotyka współpraca międzynarodowa w dziedzinie suicydologii wojskowej.

W większości państw uczestniczących w sondażu samobójstwa stanowiły drugą lub trzecią pod względem częstości przyczynę śmierci żołnierzy. Jednakże różnice wartości w.s. między tymi państwami nie mogą być podstawą do znaczących statystycznie porównań. Występują bowiem znaczne różnice w identyfikacji i klasyfikacji zachowań samobójczych w różnych armiach, a dane prezentowane w sondażu dotyczą tylko ostatniego

**Tabela 3. Główne przyczyny zgonów w wojsku i w generalnej populacji porównywanych państw**  
**Table 3. Main Causes of Death in Army and General Population in Compared States**

państwo	rok	główne przyczyny zgonów w wojsku			miejsce samobójstwa	
		1.	2.	3.	w wojsku	w państwie
Australia	2010	wypadki drogowe	choroby	samobójstwa	3	15
Austria	2013	wypadki drogowe	inne wypadki	samobójstwa	3	13
Belgia	2012	–	–	–	–	15
Dania	2011	–	–	–	–	10
Estonia	2011	–	–	–	–	9
Finlandia	2007	wypadki drogowe	samobójstwa	inne wypadki	2	7
Francja	2011	choroby	wypadki drogowe	samobójstwa	3	8
Holandia	2011	–	–	–	–	4
Kanada	2006	straty bojowe	wypadki	choroby	5	7
Litwa	2012	wypadki drogowe	samobójstwa	choroby	2	6
Łotwa	2009	–	–	–	–	5
Niemcy	2012	–	–	–	–	12
Polska	<b>2012</b>	wypadki drogowe	inne wypadki	samobójstwa	3	<b>13</b>
Rumunia	2011	–	–	–	–	11
Słowenia	2009	–	–	–	–	–
Turcja	2013	samobójstwa	wypadki z bronią	wypadki drogowe	1	12
UK	2013	choroby	inne wypadki	wypadki drogowe	7	22
USA	2012	wypadki	straty bojowe	samobójstwa	3	10

– oznacza brak danych

<sup>1</sup> dane dotyczą tylko żołnierzy z poboru.

roku sprawozdawczego. Różna jest również struktura sił zbrojnych (armia zawodowa czy również z poboru), różna kultura i wymagania dotyczące na przykład czasu służby na misjach poza granicami kraju.

Zasadność tych zastrzeżeń potwierdzają zmiany wartości w.s. w Wojsku Polskim: w 2012 roku wynosił on 11,5/100 000 żołnierzy, w latach 2000–2008, przed profesjonalizacją, 19,0/100 000, a po profesjonalizacji, w latach 2009–2011 – 16,6 [4]. W 2012 roku zgony samobójcze były trzecią pod względem częstości przyczyną śmierci kadry, a w całym okresie 2009–2016 drugą, po wypadkach komunikacyjnych [9].

W roku przygotowywania raportu w połowie państw uczestniczących w sondażu wojskowi najczęściej dokonywali samobójstw przez postrzał, a w drugiej połowie przez powieszenie. W Wojsku Polskim przed profesjonalizacją 59,9% samobójstw dokonano przez powieszenie, a 29,1% przez postrzał; po profesjonalizacji – 89,5% przez powieszenie, a 1,8% przez postrzał [4]. Na podstawie danych przedstawionych w raporcie nie można określić dominującej metody samobójstwa w armiach NATO.

We wszystkich porównywanych państwach, łącznie z Polską, pierwsze miejsca w rankingu zaburzeń psychicznych rozpoznawanych u suicydentów wojskowych

zajmują zaburzenia depresyjne, zarówno w przebiegu zaburzeń afektywnych, jak i zaburzeń adaptacyjnych. Na drugim miejscu wymieniane są zaburzenia psychiczne związane z używaniem alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Na te zaburzenia przypada łącznie 90% rozpoznań. Niestety z raportu nie wynika, co było podstawą tych ocen – dane z dokumentacji medycznej, centralnego rejestru przyczyn zgonów czy wnioski z retrospektywnej analizy akt prokuratorskich lub sądowych.

Powyższe kontrowersje wskazują na potrzebę oparcia badań nad samobójstwami w wojsku na jednolitych podstawach naukowych, zapewniających porównywalność wyników i umożliwiających międzynarodową wymianę doświadczeń w dziedzinie prewencji.

Z komentarzy załączonych do odpowiedzi na pytania kwestionariusza HFM-218 wynika, że w większości państw deklarujących prowadzenie monitoringu samobójstw, w tym również w Polsce, ogranicza się on do rejestracji zgonów samobójczych z niezbyt dużą liczbą informacji przydatnych w badaniach naukowych. Tylko w krajach skandynawskich [10], Kanadzie [11], a przede wszystkich Stanach Zjednoczonych prowadzi się bieżącą analizę indywidualnych uwarunkowań samobójstw – socjodemograficznych, biologicznych i psychologicznych,

**Tabela 4. Trzy najczęstsze sposoby popełniania samobójstwa przez żołnierzy porównywanych państw**  
**Table 4. Top 3 Suicide Methods in Soldiers of Compared States**

państwo	rok	główne metody samobójstwa%		
		1.	2.	3.
Australia	2009	–	–	–
Austria	2012	postrzał 46,0	powieszenie 26,0	rzucenie się pod 10,0
Belgia	2012	powieszenie 100,0	–	–
Dania	1990–2009	postrzał 41,0	powieszenie 22,0	zatrucie 24,0
Estonia	–	–	–	–
Finlandia <sup>1</sup>	1991–2007	postrzał 60,4	powieszenie 16,7	skok z wysokości 8,3
Francja	2002–2012	postrzał 44,7	powieszenie 40,5	zatrucie lekami 5,7
Holandia	–	–	–	–
Kanada	2011–	powieszenie 63,2	postrzał 23,7	zatrucie 13,2
Litwa	2012	powieszenie 60,0		
Łotwa	2003–2011	powieszenie 77,8		
Niemcy	2011	powieszenie 44,4	rzucenie się pod 10,0	
Polska	2009–2012	powieszenie 89,5	postrzał 1,8	inne 8,7
Rumunia	–	–	–	–
Słowenia	–	–	–	–
Turcja	2013	postrzał 80,8	zatrucie 13,7	skok z wysokości 2,7
UK	2014	powieszenie 43,0	postrzał 22,0	zatrucie gazem 13,0
USA	2011	postrzał br. pryw. 53,9	powieszenie 29,4	broń służbowa 6,5

– oznacza brak danych

<sup>1</sup> dane dotyczą tylko żołnierzy z poboru

oraz sytuacyjnych – służbowych, medycznych i psychospołecznych. W latach 2008–2015 wyniki tych analiz były publikowane w raportach DoDSER [13]. Obecnie monitoring samobójstw w Siłach Zbrojnych Ameryki prowadzony jest w ramach programu STARRS-LS 2016–2020 [14].

Przeszkodami w skutecznej prewencji samobójstw we wszystkich armiach NATO, w tym również w Wojsku Polskim, są: niski poziom wiedzy na temat dostrzegalnych dla otoczenia objawów zwiększonego ryzyka samobójstwa, fałszywe poglądy dotyczące prawdopodobieństwa realizacji zapowiedzi i prób samobójczych, unikanie pomocy psychologicznej i medycznej w stanie kryzysu suicydalnego z obawy przed środowiskową stygmatyzacją, a niekiedy również utrudniony dostęp do tej pomocy. Celem raportu STO-HFM-218, dedykowanego władzom i dowódcom wszystkich szczebli NATO, jest upowszechnienie wiedzy na temat uwarunkowań zachowań samobójczych żołnierzy, usprawnienie umiejętności wczesnego rozpoznawania objawów zespołu przedsamobójczego oraz promocja programów skutecznej prewencji samobójstw w wojsku. Rekomendacje przedstawione w raporcie zostaną omówione w następnej publikacji.

## Wnioski

- Samobójstwo jest jedną z głównych przyczyn śmierci żołnierzy w armiach NATO.
- Zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia związane z używaniem alkoholu i środków psychoaktywnych są najczęstszymi medycznymi czynnikami ryzyka.
- Fałszywe poglądy na temat samobójstw, ograniczony dostęp do fachowej pomocy oraz obawa przed stygmatyzacją środowiskową są głównymi przeszkodami skutecznej profilaktyki.
- Skoordynowana psychoedukacja oraz systematyczny monitoring samobójstw oparty na dowodach naukowych są podstawą współczesnych programów prewencji suicydologicznej.
- Rekomendacje raportu NATO powinny być wdrożone w Wojsku Polskim.

**Tabela 5. Trzy najczęstsze rozpoznania psychiatryczne w samobójstwach żołnierzy porównywanych państw**  
**Table 5. Top 3 Psychiatric Conditions in Military Suicides of Compared States**

państwo	rok	rozpoznanie		
		1.	2.	3.
Australia	2010	F40-48 (-)	F30-39 (-)	F10 (-)
Austria <sup>1</sup>	2013	F43.2 (-)	F30 (-)	F10 (-)
Belgia				
Dania		-	-	-
Estonia		-	-	-
Finland	2011	F40-F48 (49,7%)	F30-39 (18,6%)	F10 (17,2%)
Francja	2005–2010	F30-39 (71,3%)	F43-F48 (40,2%)	F09 (4,3%)
Holandia				
Kanada	2002	F30-39 (-) 16%	F40-48 (-) 10%	F10-19 (-) 5%
Litwa*	2011	F32 (41,9%)	F40-48 (41,9%)	F60-69 (6,9%)
Łotwa	-	-	-	-
Polska	2012	F32 (50,0%)	F43.2 (30,4)	F10 (19,6%)
Rumunia	-	-	-	-
Słowenia	2011	F43.2 (33%)	F32 (22%)	F69 (15%)
Turcja	2013	F43.2 (-) -	F32 (-)	F40-F41 (-)
UK	2013	F43 (-) 11,3%	F32 (6,1%)	F10 (-) 1,6%
USA	2009	F43.1 (9–20%)	F32 (8–15%)	F09 (4–8%)

Znaczenie kodów wg ICD-10

F00-F09 Organiczne zaburzenia psychiczne. F09 Bliżej nieokreślone

F10-F19 Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. F10 Zaburzenia związane z używaniem alkoholu

F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii, urojenioiwie

\* F10-19: 4,7%; F50-F59: 2,3%; F20-29: 2,3%

F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne): F32 Epizod depresyjny

F40-F48 Zaburzenia nerwicowe i związane ze stresem: F43.1 Zespół stresu potraumatycznego (PTSD); Ostra reakcja na stress;

F43.2 Zaburzenia adaptacyjne

F50-F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi

F60-F69 Zaburzenia osobowości

## Piśmiennictwo

- World Health Organization Mortality Database. World Health Organization Web Site. [www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/en/](http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/). Updated November 2015
- Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization Web Site, 2014. [www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
- North Atlantic Treaty Organization, Science and Technology Organization, Research Task Group 218. Military Suicide Prevention: Report Prepared for NATO Leadership (STO-TR-HFM-218). STO/NATO, Geneva 2016
- Ilnicki P. Samobójstwa żołnierzy w okresie transformacji Sił Zbrojnych RP w latach 2000–2012. Maszynopis rozprawy doktorskiej. WIM, Warszawa 2017
- Florkowski A. Samobójstwa w wojsku. In: Hołyst B, ed. Kondycja psychiczna społeczeństwa polskiego a samobójstwa. Wyższa Szkoła Menedżerska, Warszawa 2013: 605–624
- Florkowski A, Flinik-Jankowska M, Gmitrowicz A, et al. Psychopatologiczne uwarunkowania samobójstw żołnierzy. *Suicydologia*, 2015; 7: 77–81
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012. GUS, Warszawa 2013
- Roczniki Demograficzne. GUS, Warszawa 2009–2014
- Departament Personalny Ministerstwa Obrony Narodowej. Warszawa 2017
- Wasserman D. Suicide: an unnecessary death. Oxford University Press, Oxford 2016
- Rolland-Harris E, Cyr E, Zamorski MA, Report on Suicide Mortality in the Canadian Armed Forces (1995 to 2015). Surgeon General Health Research Program SGR-2016-005. November 2016
- Bongar B, Sullivan G, James L, eds. Handbook of military and veteran suicide – assessment, treatment, and prevention. Oxford University Press 2017
- USA: Department of Defense (DoD) Suicide Event Report (DoDSER). [www.dsps.mil/SuicideData/DoDSERAnnualReports.aspx](http://www.dsps.mil/SuicideData/DoDSERAnnualReports.aspx)
- The Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers – Longitudinal Study (STARRS-LS). [www.starrs-ls.org/](http://www.starrs-ls.org/)