
ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Н. М. Власова, М. Х. Мукушев, Н. Р. Суатбаев, Н. А. Черепанова

Данные предложения и замечания разработаны и предложены вниманию заинтересованных лиц коллективом областного психоневрологического диспансера Восточно-Казахстанской области и порождены повседневной практикой психиатрической службы на протяжении нескольких десятков лет работы нашего коллектива. Естественно, они носят рабочий характер, местами могут вызывать дискуссии, но, в целом, отражают нашу озабоченность проблемами, вызываемыми несовершенством законодательных актов и правоприменительной практикой. Мы также понимаем, что только ниже приведенными замечаниями и предложениями многих проблем не решить. Однако начинать с чего-то надо.

Наши предложения мы разбили на разделы, в соответствии с нормативными актами, в которые эти замечания и предложения вносятся. В последний раздел включены соображения более общего порядка, их последовательность может показаться недостаточно понятной, однако нам показалось важным выразить и эти пожелания, так как мы понимаем, что корректив требуют не только Закон «О психиатрической помощи...» и Приказ №269.

Предложения и замечания по внесению изменений в Приказ № 269 от 13.05.1998 г. Комитета здравоохранения МОКиЗ РК «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи»

В ряде пунктов приказа говорится, что «...если лицо (в отношении которого принимается то или иное решение) не достигло шестнадцатилетнего возраста или по своему психическому состоянию не способно к свободному волеизъявлению, то согласие (на совершение того или иного действия) должно быть получено от его родственников или законных представителей» (см. Приложение № 1: пункты 27; 39; 55; Приложение № 2: пункты 92; 103; 118; Приложение № 10: пункт 9). Но, если лицо достигло шестнадцатилетия и не лишено дееспособности, то родственники не являются его законными представителями (если только само лицо их таковыми не назначило). Если же лицо лишено дееспособности, то его законным представителем является только опекун, а не любой родственник. Для несовершеннолетних законными представителями являются родители, если они не лишены родительских прав, или официально назначенные опекуны. Все эти случаи четко прописаны в законодательстве и дополнений не требуют. Кстати, Закон РК «О психиатрической помощи...» о «родственниках» не упоминает. В ка-

ких-то случаях сам больной может доверить одному или нескольким родственникам защиту своих интересов. Но, как показывает практика, во многих случаях интересы больного и его родственников могут не совпадать и даже прямо противоречить друг другу; также могут не совпадать интересы разных групп родственников. Также не ясна процедура установления «неспособности к свободному волеизъявлению».

Поэтому мы предлагаем в этих пунктах использовать формулировку: «...согласие [...] должно быть получено от его законных представителей», не упоминая «родственников» вовсе. Также следует установить процедуру определения «неспособности к свободному волеизъявлению».

Перевод больного в другое лечебное учреждение (Приложение № 1: пункт 55; Приложение № 2: пункт 118) не должен нарушать гарантий статьи 5 Закона РК «О психиатрической помощи...»: «...получение психиатрической помощи по месту жительства, а также в случае необходимости – по месту нахождения». «Согласие родственников» (не являющихся законными представителями) здесь тем более не уместно, т.к. нередки случаи, когда именно недобросовестные родственники настаивают на «переводе в другое лечебное учреждение» вопреки интересам больного.

Приложение № 1: п. 59; Приложение № 2: п. 122: «Выписка больных, не имеющих документов, удостоверяющих их личность, постоянного места жительства [...] может быть произведена лишь после оказания им соответствующей социально-правовой помощи (восстановление паспорта и прописки [...])». Но не выписывать таких больных, согласно Закону, можно лишь при сохранении оснований для недобровольной госпитализации. Другое дело, если такие больные, имея направление психиатрического учреждения, получают обязательную помощь в органах внутренних дел в восстановлении паспорта и прописки. Задерживать их в стационаре из-за полицейских мер вовсе не обязательно. В системе органов внутренних дел имеются учреждения, оказывающие помощь лицам БОМЖ. Как правило, если отпали основания для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, то эти лица могут находиться в таких учреждениях, где они получают временную прописку, помощь в восстановлении документов, а иногда и направление на общественные работы. Другое дело, что должны быть согласованы ведомственные приказы, регламентирующие показания и противопоказания для направления в такие учреждения.

В разделе «Обслуживание сельского населения» приложения № 2 слишком сужены требования к квалификации и круг обязанностей районного психиатра, что программирует заведомую неполноценность этой службы. На наш взгляд, районный психиатр должен выполнять тот же круг обязанностей, что и участковый психиатр психоневрологического диспансера, такими же должны быть и квалификационные требования.

В приложении № 2: пункт 44-2 достаточной является формулировка «...всеми формами психических заболеваний», последующее перечисление является избыточным. К тому же «эпилепсия» сама по себе психическим заболеванием не является (раздел G40 ICD - 10), больные этим заболеванием должны наблюдаться и получать лечение у невропатолога и лишь при наличии психических расстройств – ещё и у психиатра. Такие «неувязки» в нормативных документах лишь усугубят путаницу, и без того досаждающую практикам.

Приложение №2: пункт 49. Почему-то получается, что первичное **психиатрическое** освидетельствование и установление **психиатрического** диагноза может проводить невропатолог (он указывается в скобках). Но невропатолог совершенно некомпетентен в психиатрии! Далее предлагается диагноз невропатолога использовать при учёте первичной заболеваемости. Кроме явной нелепицы здесь имеет место грубое расхождение со статьёй 20 п. 2. Закона: «Установление диагноза психического заболевания [...] являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. Пункт 3 - заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер».

Приложение № 2, раздел IX «Патронаж», пункт 75: ключевой момент – «...вознаграждение семье, взявшей больного на патронаж» – остается благим пожеланием, финансированием не подкрепленным. В настоящее время отсутствует как нормативно-правовая база, так и сама система патронажа. А такая система могла бы быть весьма существенной частью социальной политики государства по исполнению Закона «О психиатрической помощи...».

Приложение № 2, раздел XIV, пункты 103, 106; приложение № 10: нечетко определяются понятия «неотложной госпитализации» и «обязательного лечения». Кое-где эти понятия подменяют понятие «недобровольной госпитализации». Видимо, всё же следует использовать понятие «недобровольной госпитализации», предусмотренной Законом.

Приложение № 2: пункт 106; приложение № 10: пункт 10. Здесь говорится, что для больных, «помещённых в психиатрический стационар в порядке неотложной госпитализации», решение о продлении «обязательного лечения» принимает через каждые 6 месяцев главный психиатр органа здравоохране-

ния. Это находится в явном противоречии со статьёй 31 («Продление госпитализации в недобровольном порядке»), п. 2 Закона: «Продление госпитализации свыше шести месяцев производится по решению суда».

В приложении № 3 должны быть предусмотрены основания для недобровольной госпитализации в соматопсихиатрическое отделение.

Приложение № 7: пункт 8: «Больные, доставляемые психиатрическими бригадами в психиатрические стационары с путевой дежурного врача-психиатра в ночное время, выходные и праздничные дни, подлежат обязательной госпитализации». Непонятно - почему? На практике довольно часты случаи необоснованной доставки каретой «Скорой помощи» людей (даже не всегда больных) в психиатрические стационары. Почему такое доверие к врачу бригады «Скорой помощи» и недоверие к дежурному врачу стационара? Почему дежурный врач стационара ограничивается в принятии решений в учреждении, за работу которого он на время дежурства несет полную ответственность? Ведь, если с доставленным лицом что-то случится, то отвечать будет он, а не врач бригады «Скорой помощи». Почему доставленное лицо обязательно должно переночевать (а то и провести несколько выходных или праздничных дней) в психиатрическом стационаре?!

Приложение № 8: пункт 8. Следует заменить «гипнотарий» на «помещение для проведения психотерапии», так как в настоящее время гипнотерапия является далеко не единственной и далеко не самой распространенной разновидностью психотерапии.

Приложение № 8: пункт 9. О «плите для стерилизации шприцев и игл» пора забыть – сейчас это попросту запрещено СанПиНами.

Приложение № 11: пункты 1; 3. В отношении сообщения сведений о психическом состоянии граждан следственным и судебным органам следует уточнить, что они должны выдаваться только по их письменным запросам, сформулированным в виде конкретных вопросов в отношении конкретного лица, более того - необходимо указывать номер уголовного дела, а также процессуальную роль запрашиваемого лица. Недопустимы требования выдачи, каких бы то ни было, списков психически больных. Данные меры необходимы для защиты прав граждан, так как, к сожалению, в системе правоохранительных органов существует «утечка» информации, которая может обернуться нарушением прав больных.

Приложение № 12. Считаю необоснованным запрет на предоставление лечебных отпусков лицам, проходящим военную (призывники, допризывники) и трудовую экспертизу. В выходные и праздничные дни этим лицам никаких обследований не проводится, лечения они, как правило, не получают, в недобровольных мерах не нуждаются и, к тому же, склонны нарушать режим, попросту от безделья.

Предложения и замечания по внесению изменений в Закон Республики Казахстан от 16 апреля 1997 года N 96-1

«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (с изменениями, внесенными Законом РК от 16.07.01 г. N 244-III)»
(далее по тексту - «Закон»)

Закон предусматривает недобровольные меры: недобровольное психиатрическое освидетельствование и недобровольную госпитализацию – для лиц, у которых предполагается наличие тяжёлого психического расстройства, обуславливающего:

- его непосредственную опасность для себя и окружающих;
- его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При этом не даётся определения «тяжёлого психического расстройства». Произвольное толкование этого понятия в некоторых случаях даёт возможность подвергать недобровольным мерам лиц с расстройствами непсихотического уровня (невротическими и невротоподобными, психопатическими и психопатоподобными, легкими аффективными), когда способность к ответственному принятию решений и самостоятельному контролю поведения заведомо не нарушается. Это может, с одной стороны - вести к ущемлению прав этих лиц, с другой – в каких-то ситуациях позволять им уклоняться от ответственности, в том числе уголовной.

Поэтому мы предлагаем в статье 1 Закона «Основные понятия» дать чёткое определение «тяжёлого психического расстройства», увязав его с известными признаками недееспособности – «невозможность лица, вследствие психического заболевания или слабоумия, понимать значение своих действий или руководить ими».

Таким образом, мы вносим предложение. **Дополнить статью 1 Закона «Основные понятия» следующим определением:**

«Тяжелое психическое расстройство – состояние, обусловленное психическим заболеванием или слабоумием, делающее невозможным данным лицом понимать значение своих действий или руководить ими».

Целесообразно в качестве обязательных признаков для проведения недобровольной госпитализации, помимо вышперечисленных непосредственных оснований, ввести следующие (аналогично соответствующему Закону РФ):

- обследование или лечение пациента возможны только в стационарных условиях (иногда лечение и проведение обследования возможны и вне стационара);

- психическое расстройство, которым страдает больной, является тяжёлым (в соответствии с вышеприведенным определением);

- именно это психическое расстройство обуславливает непосредственное основание для госпитализации (возможны разнообразные коллизии, например, опасность данного лица для окружающих может быть обусловлена его сознательным злонамеренным поведением, а не имеющимся у него психическим расстройством, возможно, даже в стадии ремиссии).

Мы предлагаем следующую **редакцию статьи 29 Закона.**

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Недобровольная госпитализация лиц с тяжёлым психическим расстройством для обследования и лечения, без его согласия и/или без согласия его законного представителя может осуществляться только при наличии всех следующих обязательных признаков:

- обследование или лечение пациента возможны только в условиях стационара;
- психическое расстройство у данного лица является тяжёлым (в соответствии с определением в статье 1 данного Закона);
- именно это психическое расстройство обуславливает непосредственное основание для госпитализации, а именно:
 - его непосредственную опасность для себя или окружающих;
 - его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
 - существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Также нам представляется целесообразным не просто осуществлять «последующую информацию органов прокуратуры» (статья 29 Закона), а ввести соответствующую судебную процедуру для недобровольной госпитализации.

Следует также сделать другие замечания.

Пункт 1 статьи 7 Закона делает невозможным приглашение адвоката в случае принятия недобровольных мер, то есть именно в тех случаях, когда его помощь действительно может понадобиться.

Статья 27 о диспансерном наблюдении, на наш взгляд, должна быть пересмотрена. При этом приоритет должен быть отдан добровольности диспансерного наблюдения (то есть с согласия самого больного, либо его законного представителя). Но также должно быть предусмотрено и диспансерное наблюдение как недобровольная мера (по тем же основаниям, что и другие недобровольные меры). В целом, учитывая, что лицо, находящееся под диспансерным наблюдением, может быть в любой момент

(например, при очередном посещении участкового психиатра) подвергнуто недобровольным мерам медицинского характера - таким, например, как недобровольное психиатрическое освидетельствование - считаем необходимым, признавать факт ограничения в гражданских правах лиц, наблюдающихся и состоящих на диспансерном учёте (применение недобровольных мер и есть ограничение гражданских прав). Признание этого факта позволит сделать следующий шаг, а именно – применять эти меры только по решению суда, при наличии достаточно веских оснований, таких как, например, основания для недобровольной госпитализации (см. выше). Ограничение в гражданских правах – серьёзное решение в условиях гражданского общества и цивилизованная международная практика предполагает реализацию таких действий через взвешенный правовой механизм. Иначе говоря, свобода лечиться или болеть является более важным вопросом, нежели обязанность соответствовать каким-либо стандартам здоровья.

Пункт 1 статьи 38 Закона не рассматривает случая, когда лицо, не лишённое дееспособности, не даёт согласия на свое помещение в психоневрологическую организацию (дом-интернат для больных хроническими психическими заболеваниями). На наш взгляд, здесь должны быть предусмотрены основания для недобровольного помещения, аналогичные основаниям для недобровольной госпитализации.

Предложения в другие нормативные акты и документы, определяющие политику в сфере охраны психического здоровья и смежных областях

Считаем, что дополнительно необходимо ввести запрет на выдачу каких-либо сведений (справок) об отношении граждан к психиатрическому диспансерному учету, в том числе, что граждане не состоят на этом учете. Сейчас эта практика распространена по причине того, что данные справки требуют от граждан практически при любом трудоустройстве (и не только). При этом в случае отказа выдачи справки психиатрические учреждения косвенно разглашают информацию, являющуюся врачебной тайной. Вопросы профессиональной пригодности должны решаться путем обязательных медицинских осмотров, с выдачей заключения без указания отношения к диспансерному наблюдению*.

Считаем также, что необходим пересмотр противопоказаний по допуску к государственным секретам, где эти противопоказания (психиатрические) являются необоснованно широкими.

Считаем необходимым, внести в гражданское законодательство понятие об **ограниченной дееспособности для психически больных** граждан (по аналогии с ограниченной дееспособностью для лиц, страдающих алкоголизмом), что позволит избежать многих проблем, связанных с нарушением гражданских и имущественных прав психически больных граждан.

Назрела необходимость разработки конкретных нормативно-правовых и экономических механизмов исполнения **государственных гарантий, закрепленных в статье 16 Закона Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»** - иначе эта часть Закона останется декларацией, весьма далекой от реальной практики, что дискредитирует Закон, делая его популистским лозунгом.

Считаем необходимым, пересмотреть другие подзаконные акты, имеющие отношение к лицам, страдающим психическими расстройствами, так как имеются примеры нарушения Конституции РК и Закона «О психиатрической помощи...» в отношении этой социально незащищенной группы населения. В частности, существует Приказ Министерства труда и социальной защиты (!) Республики Казахстан, прямо запрещающий брать на надомное обслуживание одиноко проживающих граждан, если они состоят на диспансерном учете у психиатра*. Таких «нормативно-правовых» актов, прямо нарушающих равные со всеми гражданами права лиц, психически больных, в различных ведомствах – наберется не один десяток.

Считаем необходимым, более чётко определить **статус наркологических больных**, так как согласно существующим международным нормам (МКБ - 10) - эти больные относятся к категории психически больных. В Республике Казахстан не создано своей классификации психических и поведенческих расстройств, где наркологические расстройства были бы отнесены к какому-либо другому классу болезней. При таком положении вещей налицо несоответствие существующей правовой базы (в частности Закона «О психиатрической помощи...») действующей политике государства в этой области. В частности, существующая практика наркологической помощи (в том числе принудительной) – во многих аспектах противоречит и означенному Закону, и Конституции РК вообще. К примеру, помещение на принудительное лечение по заявлению родственников, без согласия самого лица, притом, что формально это лицо не совершило какого-либо правонарушения – является антиконституционным, не смотря на то, что такое решение выносится судом.

С другой стороны, государство должно разработать правовой механизм, позволяющий защищать

* - эти проблемы могут быть решены путем упразднения системы диспансерного учета.

права родственников и соседей (то есть ближайшего окружения), которые, так или иначе, страдают от антисоциального поведения наркологических больных. По нашему мнению, в отношении этих лиц должны возбуждаться уголовные, гражданские дела либо дела об административном правонарушении, в ходе которых проводится экспертиза на предмет вменяемости. Если больной признается невменяемым, то он освобождается от ответственности с назначением ему по необходимости принудительного лечения. Если он признается вменяемым (в той или иной мере) – то лечение может быть предложено, как мера альтернативная наказанию. Насколько нам известно, такова мировая практика применения принудительных мер медицинского характера для наркологических больных.

Большой проблемой является отсутствие «общественных» государством (**статья 16 Закона «О психиатрической помощи...»**) специальных **общежитий для больных, утративших социальные связи либо неспособных из-за характера заболевания проживать в кругу семьи**. Такие общежития, помимо прочего, позволили бы снизить нагрузку на дома-интернаты для психохроников с одной стороны, и на больницы загородного типа для длительного пребывания – с другой. Не секрет, что до 50% контингента населения, находящегося на попечении в этих учреждениях – вышеозначенная группа лиц.

Требуется решения вопрос о лицах, страдающих психическими расстройствами и нуждающихся в уходе в большей степени, нежели в лечении – для этого необходимо организовать учреждение по типу **хосписа**.

Необходимо создание специальных учреждений режимного типа для лиц, страдающих психическими заболеваниями, **склонных к стойким психопатоподобным расстройствам или/и алкоголизации**, так как в обычные дома-интернаты для психохроников их не принимают. Помещение таких больных в эти учреждения должно также осуществляться после решения вопроса о дееспособности, то есть с соблюдением правовых норм. В настоящее время, согласно действующему законодательству, такие больные, являясь инвалидами по психическому заболеванию, часто уже в пожилом возрасте, не помещаются на принудительное лечение от алкоголизма, не могут быть оформлены в дом-интернат, не несут ответственности за совершаемые правонарушения, и часто, просто периодически, госпитализируются в психиатрический стационар, где после протрезвления и стабилизации поведения – находиться им не показано. Однако в силу того, что зачастую они имеют достаточное количество социальных проблем – они продолжают находиться на стационарной койке достаточно длительное время по так называемым **«социальным показаниям»**.

В целом, считаем, что необходимо дать более чёткую трактовку понятию **«наркологическая по-**

мощь», так как в настоящее время нет единого толкования этого термина. Существующие мнения располагаются от **«психиатрической помощи для отдельной категории больных (страдающих психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления ПАВ)»** до **«совокупности методов лечения зависимого поведения»**. Если первая трактовка предполагает, что наркологическая служба должна заниматься всей группой больных, страдающих заболеваниями, входящими в рубрику F10-19 МКБ-10, то вторая - низводит работу всей службы до психотерапии зависимого поведения. При этом в эту группу расстройств логичным будет включить и другие виды аддикции (например, гэмблинг-аддикцию).

Считаем, что необходимо разработать чёткие критерии для определения **«социальные показания»** для госпитализации и пребывания в стационаре для психически больных. Согласно действующему законодательству психиатрическая служба обязана заниматься социальными аспектами жизни психически больных, однако нет чётких рамок, определяющих объём этих психосоциальных мероприятий. Нам представляется, что **все мероприятия, не относящиеся к лечебно - диагностическим процедурам, являются «социальными»**. Не менее 10 - 15% койко-дней в психиатрических стационарах дают эти «социальные» вмешательства. Необходимо классифицировать их, вести статистический учет, так как в настоящее время наша статистика, не выделяющая эти очевидно неизбежные и весьма частые мероприятия, - носит недостоверный характер. За основу, как нам кажется, можно взять **Z - шифры МКБ – 10**. В дальнейшем же критерии, определяющие «социальные показания», можно усовершенствовать.

В современном законодательстве о браке и семье необходимо предусмотреть меры ответственности родителей за психическое и эмоциональное здоровье детей – по аналогии с зарубежным опытом. Здоровье детей, являясь, с одной стороны, приоритетом национальной политики, с другой - «отдаётся на откуп» родителям, которые довольно часто не несут никакой ответственности ни перед обществом, ни перед государством, исключая крайние случаи, когда государство лишает нерадивых родителей родительских прав. В настоящее время опекуны несут, куда большую ответственность, нежели родные родители за своих детей. Нет правовых механизмов, позволяющих воздействовать на родителей, которые мало уделяют детям внимания, проявляют в быту жестокость по отношению к детям (каковая может проявляться без физического насилия).

В отношении института опеки, а также прав и обязанностей опекунов. Представляется, что для того чтобы граждане были более заинтересованными в оформлении опеки над психически больными – нужно предусмотреть возможность оформления наследования имущества недееспособных граждан

(возможно, в качестве наследников второй и третьей очереди – этот вопрос требует детальной проработки). В настоящее время у людей нет заинтересованности в уходе за психически больным, а делать расчёт на милосердие не приходится. Этим объясняется большая нагрузка на дома-интернаты, которые финансируются из бюджета. Разработка правового механизма с соответствующим контролем законности и качества исполняемых опекунских обязанностей позволит сэкономить бюджетные средства, реализовать принцип социальной справедливости, когда именно человек, ухаживающий за недееспособным лицом, сможет воспользоваться наследуемым имуществом. Другим вариантом решения этой проблемы может быть более широкое использование органами опеки и попечительства такой формы, как **договор пожизненной ренты**, заключаемый между лицом, берущим на себя обязательства по уходу - с одной стороны, и от лица, нуждающегося в уходе, органом опеки и попечительства - с другой.

Необходима разработка системы налоговых льгот при обеспечении трудовой реабилитации психически больных (при оплате лечебного труда в лечебно-трудовых мастерских желательна отмена всех налоговых платежей, а для работодателя, обеспечивающего квоты рабочих мест для психически больных – снижение налоговых платежей либо другие льготы).

В программы научных исследований в области психиатрии необходимо включение проблем социальной психиатрии. В настоящее время эти пробле-

мы представляются наиболее актуальными, а исследований на эту тему катастрофически мало. Такие исследования должны носить междисциплинарный характер, при этом необходимо разрабатывать методологию научного поиска, так как клиничко-психиатрические подходы мало пригодны для изучения социальных процессов и закономерностей, то есть методология должна быть, по большей части, гуманитарной. В противном случае, наша наука будет не в состоянии дать адекватный ответ «вызовам времени». Считаем также, что необходимо уделять большее внимание гуманитарным вопросам при подготовке специалистов в области психиатрии и психотерапии - эти вопросы должны изучаться не как вспомогательные, но как основные, наряду с клиническими дисциплинами. Именно такой сбалансированный подход позволит воспитывать грамотных клиницистов-гуманитариев, каковыми должны быть психиатры и психотерапевты. В этой связи, считаем не оправданным включение специальности «**медицинский психолог**» в перечень врачебных специальностей и должностей. Нам представляется, более оправданным дополнительное (либо специальное) обучение клиническим дисциплинам психологов с гуманитарным образованием. При этом, как мы считаем, подразумевается необходимость повышения качества психологического образования, так как зачастую современные выпускники психологических кафедр, отделений и факультетов не соответствуют требованиям нашей службы.

МОТИВАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н. И. Распопова

г. Алматы

Республика Казахстан (РК) в последние годы стабильно входит в число государств с наиболее неблагоприятной суицидальной обстановкой. За последнее десятилетие смертность от самоубийств в Казахстане достигла 29,4 на 100 тысяч населения в год. Эти показатели оцениваются как чрезвычайно высокие, так как по мировым стандартам уровень самоубийств 20,0 на 100 тысяч населения в год считается критическим. По данным ВОЗ (2001) показатель распространенности завершённых самоубийств, принятый в качестве среднего для 53 стран мира, составляет 15,1 на 100 тысяч населения в год. Самоубийство относится к трём ведущим причинам смертности в возрастной группе от 15 до 34 лет, что характерно для обоих полов.

Анализ статистических показателей смертности от самоубийств в РК за 2004 год позволил выявить

некоторые гендерные и возрастные особенности частоты самоубийств. Среди суицидентов соотношение мужчин и женщин в РК составляет 6,2:1. Преvalирование суицидов среди мужской части населения характерно для большинства стран мира. Исключение составляет Китай, где суициды занимают первое место среди причин смерти у женщин и третье место у мужчин.

У мужчин максимально высокие показатели численности самоубийств выявляются в возрастной группе 30 - 39 лет (82,7 на 100 тысяч мужского населения), а среди женщин наиболее высокая суицидальная активность наблюдается в старших возрастных группах (60 лет и старше – 16,7 на 100 тысяч женского населения).

Статистические данные о завершённых суицидах – это лишь верхушка айсберга, которая не мо-