

化解精神病患者肇事之痛

5月19日，云南省沾益县盘江镇龙凤村精神病患者茹某用自制梭镖杀死本村村民一人，砍伤两人。

5月23日，广西柳州市柳江县里雍镇红花村精神病患者张某打人，致一死两伤。而这已是张某4年内第二次行凶。2006年8月，张某打死自己的母亲，其妻因劝阻被他用刀砍成重伤，送医院抢救无效身亡，14岁的女儿也被他砍中，还有一位村民也被他刺了一刀。

5月26日，黑龙江省大庆市龙凤区一男子用剪刀杀死12岁女儿的同学丁某，又杀死自己13岁的女儿，然后从自家5楼阳台上跳下身亡。据警方透露，该男子生前患有精神病。

在数日内发生的多起精神病患者行凶杀人背后，隐藏的是一个亟待引起重视的社会问题。种种事实表明，精神病已成为我国严重的公共卫生和社会问题，一旦救治不及时和看管不严，很可能给其家庭和社会带来不可预知的危险。

有关专家指出，重性精神病人的救治和监管仅靠亲属远远不够，需要政府将这一群体的救治纳入国家公共卫生投资的视野，真正

这一比率将升至1/4。

专家指出，从一般心理障碍到严重精神疾患之间，还有一段距离。他们中的许多人，平常看起来和常人毫无二致，但这并不意味着完全健康。当其中一些人面临就业、婚姻、子女、养老等生存压力时，其无助和挫折都可能成为一触即发的“引信”，瞬间点燃“炸药包”。

令人担忧的是，北京安定医院精神病司法鉴定科通过1984年至1996年共13年间的1515例精神病学司法鉴定案分析得出结论：在接受刑事被告精神鉴定案的1515例中，患有精神病患者1248例，约占82%。而这些精神病人所实施的社会危害行为，以侵犯人身、侵犯财产和妨害社会管理秩序3种为主，共占94.1%。而如果精神分裂症实施社会危害行为，发生人身伤害事件的可能性将会在50%以上。

陕西省西安市一位基层民警说：“根据多年案例分析，造成恶性事件的精神病患者主要是具有暴力倾向的青壮年，具有较强的暴力性和攻击性，作案手段残忍。同时，侵害对象具有不确定性，但多

草了《中华人民共和国精神卫生法》，并先后修改了10余稿。但历时20多年，至今仍未出台。相关法律法规的缺失，形成了大多数精神障碍患者仍处于“放任自流”的状态，个别患者自伤、自杀、杀人、伤人等意外情况难以防范。

更为关键的一点是，当前对于精神病人的救助、管理机制严重缺失。

解决部分重性精神病患者肇事肇祸问题，首先要通过系统和规范的治疗缓解和控制其病情。但由于精神病人中80%需终身康复治疗，这使许多患者家庭难以承受长期的规范化治疗。

《瞭望》新闻周刊从一些病人家属处了解到，当前重性精神病患者如果住院治疗，每年至少需要数万元；即使采取“家庭病床”治疗，每年最少也需1万元。由于治疗费用高昂，加之被病人几年甚至十几年和几十年的消耗，大多数家庭已一贫如洗，就连享受医保的病人家庭也无力承担入院门槛费和门诊自付部分，更别说大部分病人没有医保。

目前的现实是，在大多数情况

生活贫困的肇事肇祸精神病人，免费发放维持治疗的基本治疗药品；劳动保障部门按政策落实精神病人的医疗费用在城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险中报销；财政部门负责核拨收容治疗经费，加强资金监管；社区居（村）委会负责协助开展精神病人的肇事肇祸危险性评估、随访管理、应急处置。

江西省采取的具体措施包括，一是摸排鉴定，按照“街不漏巷、乡不漏村、村不漏户”的要求，在全省范围内对肇事肇祸精神病人开展全面排查摸底，做到情况明、底数清；二是集中收治，对经鉴定确认发生过肇事肇祸行为或有肇事肇祸倾向的精神病人，特别是对有过打人毁物，可能危害人民群众生命财产安全的精神病人，由公安机关集中送往精神病医院治疗，精神病医院要无条件地收治；三是分类管控，确保肇事肇祸精神病人不脱管、不失控。

据统计，在相关措施出台之后，江西省2007年精神病人肇事肇祸引发的刑事、治安案件比上年分别下降76%和53%。

在黑龙江，从今年3月起，黑龙江所有社区医院和乡镇卫生院等城乡基层医疗卫生机构都免费为全体居民提供重性精神病管理服务，包括定期随访、监督服药等。

黑龙江省将建立健全由各地市主管领导任组长，卫生、民政、公安、司法、教育、社保、财政以及残联等部门和团体组成的精神卫生工作领导小组，统筹安排精神病患者治疗、康复、就业、收养和福利待遇等问题。

在湖北，将很快开展对全省80万重性精神病人的调查评估，加强治疗管理，对可能危害他人、社会的患者给予免费治疗。

吉林省长春市也形成了一套行之有效的办法。自2004年起，长春市政府就针对重症贫困精神病人实施了免费送药、免费住院治疗的专项救助，近两年又针对精神病人治疗、康复、托管方面加大了力度，仅去年就有855名重症患者得到免费住院治疗。

同时，作为对公共服务能力的补充，长春市调动社会力量兴办从事精神病人康复、托管服务的残疾人社会福利机构，提高了贫困重症精神病患者托管能力。

2009年，长春市通过市和县（市）区政府安排专项资金、争取上级补助资金、医保和新农合支付医疗费等渠道，累计投入到贫困重症精神病人康复救助方面的资金达到1200多万元。市政府还要求每个城区每年要有不少于20万元的投入。

通过加强康复托管救助、提高公立精神病医院康复托管能力以及扶持残疾人社会福利机构发展等举措，为贫困精神病人及其家属建立了保障体系。近几年，长春市精神病人肇事恶性案件明显下降，基本消除了这类残疾人居家关锁、流落街头的现象。

一些已经出台精神卫生条例的城市，也从各个方面对精神病患者予以帮助和保护。

例如，《杭州市精神卫生条例》规定，精神病患者在发病期间给他人造成人身伤害和财产损失，其本人及监护人均无力承担赔偿责任的，受害人可以向市、区人民政府申请适当补助。

《上海市精神卫生条例》对精神病患者权益的保护作出了规定，禁止歧视、侮辱、虐待、遗弃精神病患者；禁止非法限制精神病患者的人身自由；未经本人或其监护人同意，任何单位或个人不得公开精神病患者及其家属的姓名、住址、工作单位、肖像、病史资料以及其他可推断出其具体身份的信息等。

（据《瞭望》新闻周刊）



在世界精神卫生日当天，有关单位利用展板进行宣传，希望大家关注中小学生心理障碍早期预防及早期治疗。（资料图片）

帮助精神病患者，特别是重性精神病人实现“病能有医，疯能有控”。

精神卫生现状不容乐观

当前，我国精神病患者基数庞大，在救助、监管普遍不力的现状下，精神病患者失于监护，导致发病肇事、危害社会的事件时有发生。

受访专家分析，在社会转型期，诱发精神病的因素增多，例如生活节奏的加快导致社会普遍的心理紧张，价值观念混乱甚至解体造成普遍的无所适从感，社会严重分化造成的心理失衡，以及人的期望值与实际落差增加等，种种因素造成当前我国精神病患者人数不断攀升。

中国疾病预防控制中心精神卫生中心2009年年初公布的数据显示，我国各类精神病患者人数在1亿人以上，但公众对精神病的知晓率不足五成，就诊率更低。另有研究数据显示，我国重性精神病患者人数已超过1600万。

按照国际上衡量健康状况的伤残调整生命指标评价各类疾病的总负担，精神疾患在我国疾病总负担的排名中居首位，已超过了心脑血管、呼吸系统及恶性肿瘤等疾患。各类精神问题约占疾病总负担的1/5，即占全部疾病和外伤所致残疾及劳动力丧失的1/5，预计到2020年，

是与精神病人经常接触的家人或周围邻居或同乡；犯罪行为具有突发性和无目的性，防不胜防。多数案例后果严重，社会危害大，给被害人亲属及周围群众造成极大的心理伤害。”

多块短板亟待弥补

频频发生的精神疾患恶性肇事背后，是当前我国精神卫生领域存在的诸多问题。

受访专家分析，首先，防治体系薄弱，专业机构及人员严重匮乏。据中国疾病预防控制中心统计，截至2005年年底，全国精神卫生医疗机构仅572家，共有精神科床位132881张，注册精神科医师16383人。照此计算，全国平均精神科床位密度为每万人1.04张；平均每10万人中才有一位精神科医师。

其次，我国精神卫生法规不健全。这影响了对精神疾患人员合法权益的保护，包括治疗、求医、就业、救济以及不受歧视等。精神病有不同于一般残疾的特殊性，若没有明确的立法规定，涉及精神病人救助的各部门只能按一般残疾人的规定来对待和处理，这种情况下精神病人的具体问题很难解决，因此迫切需要立法。

早在1985年，四川大学华西医院精神病学教授刘协和就主持起

下，重性精神病人肇事惹祸之前，没有专门机构对其行为进行监管，也没有相关救治经费。一旦肇事惹祸，公安部门会将其送往医疗机构进行精神鉴定。如果确定当事人在肇事惹祸期间不能辨认或控制自己的行为，将不负刑事责任并被遣送回家，形成精神病人肇事“事前没人管，事后也没人管”的局面。

各地探索实际问题

针对种种短板和漏洞，近年来，一些地方已进行了不少探索和尝试。

例如，针对仅2006年一年全省就发生肇事肇祸精神病人杀人、伤害案件百余起的现实情况，江西省认识到，收治管控肇事肇祸精神病人这件事政府必须管，所需经费应由财政出。

江西省明确了收治管控精神病人各相关部门的职责：各级综治办牵头组织，加强协调指导和督促。公安机关将肇事肇祸精神病人列为重点进行管控，并负责强制收治；卫生部门负责肇事肇祸精神病人的监测，督促精神病医院做好鉴定、收治和管控工作；民政部门负责流浪社会的精神病人的救助及送返原籍，对无劳动能力、无生活来源，以及无法查清原籍和监护人的肇事肇祸精神病患者，由所属精神卫生机构接收治疗；残联对治疗出院后

