

## Стационарната психиатрична помощ в България и правата на човека

декември 2001

Съдържание:

Увод

Общ преглед на системата на стационарна психиатрична помощ в

България и обхват на принудителните медицински мерки

Организация, състояние на материалната база и хигиена

Настаняване

Лечение

Изолиране и имобилизация

Хранене

Персонал

Инспекции

Препоръки към правителството и другите институции на Република България

Приложение: Българското законодателство за принудителните медицински мерки

Увод

---

Настоящият доклад резюмира изследването на Български хелзинкски комитет на положението с правата на човека в системата на стационарната психиатрична помощ в България. БХК се занимава с човешките права на психично болните хора от няколко години. През 1994 и 1995 г. изследователи на комитета посетиха няколко психиатрични болници, а резултатите от наблюденията бяха включени в първия специален доклад на организацията за положението в местата за лишаване от свобода.[1] През 1996-1997 г. отново няколко изследователи на БХК посетиха друга група психиатрични болници и домове за умствено изостанали хора, а резултатите от техните наблюдения бяха включени в специален брой на списание "Човешки права без граници", издавано от белгийската неправителствена организация "Човешки права без граници"[2]. В рамките на своите проекти за наблюдение на местата за лишаване от свобода и на детските институции в България БХК извърши посещение на всички домове за умствено изостанали деца и на няколко дома за възрастни с тежки форми на умствена изостаналост, а от септември 2001 г. започна специалният проект на комитета за наблюдение на домовете за деца с тежка умствена изостаналост. Тези наблюдения породиха няколко публикации в средствата за масова информация в България, които предизвикаха широк обществен отзвук.[3]

Настоящото изследване е фокусирано върху правата на психично болните, които се настаняват в психиатрични стационари на задължително и принудително лечение от държавата, но то неизбежно засяга и положението на пациентите, постъпващи на доброволно лечение в тях. Изследването включи седем отделни, макар и взаимосвързани компонента: 1. Проучване на българското законодателство, свързано с организацията на дейността на психиатричната помощ в България, задължителното и принудителното лечение на психично болни лица и правата на пациентите; 2. Проучване на международните стандарти за третиране на хора с душевни болести и на опита на чужди страни; 3. Посещения в държавни психиатрични болници и общински психиатрични диспансери. Тези посещения бяха извършени съвместно с представители на Българската психиатрична асоциация; 4. Интервюиране на прокурори, съдии и лекари, непосредствено участващи в процедурата по настаняването, освобождаването и лечението на психично болните, които се лекуват задължително или принудително; 5. Наблюдение на съдебни дела за принудително настаняване и освобождаване; 6. Изследване чрез специално наети изследователи-адвокати на делата на пациенти, преминали през задължително лечение; 7. Наблюдение на провеждането на терапевтични процедури. На различни етапи от изследването БХК потърси съдействието на Българската психиатрична асоциация, което бе любезно предоставено. То бе необходимо при посещенията в психиатричните институции, при обсъждането на резултатите от наблюденията и при осигуряването на достъп до терапевтични процедури. На 20 септември 2001 г. представители на БХК и БПА обсъдиха първоначален вариант на настоящия доклад, в резултат от което в доклада бяха внесени няколко изминия и допълнения.

Изследването обхваща системно наблюдение на правата на човека в държавните и общински институции за стационарна психиатрична помощ. Тези институции са подчинени на Министерството на здравеопазването, което осигурява цялостното финансиране на държавните психиатрични болници, а също така и на общините, които осигуряват финансиране на общинските психиатрични диспансери. От неговия обхват са изключени институциите за лица с умствена изостаналост, част от които са към Министерството на социалните грижи, а друга част (помощните училища) - към Министерството на образованието. То също така не обхваща домовете за психично болни лица, които не се нуждаят от активно лечение, подчинени на Министерството на социалните грижи. Изследването също така не се занимава с правата на хората, които се лекуват доброволно амбулаторно, както и на тези, които се лекуват задължително амбулаторно.

1. Общ преглед на системата на стационарна психиатрична помощ

в България и обхватът на принудителните медицински мерки

---

През юни 2001 г. Министерският съвет на България прие Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2001-2005 година.[4] Програмата прави една твърде критична оценка на досегашната система на психиатрична помощ в България и предвижда серия от мерки за нейната деинституционализация. В тяхната основа стои преди всичко смяната на общия модел на психиатричната помощ - изграждане на един социално-здравен подход към лечението на психично болните за разлика от досегашния медицински. По-конкретно, системата от мерки включва съкращаване на много от досега съществуващите заведения за стационарна психиатрична помощ и изграждане на стационари към многопрофилните болници; предлагане на услуги на територията на общността и доставяне на грижи в дома на болния; въвеждане на модерни медицински технологии; създаване на регионални програми за психично здраве и тяхното обвързване с другите елементи на социалната среда на психично болните, както и зачитане на техните човешки права. Програмата се предвижда да се реализира чрез поредица от законодателни, административни и образователни мерки. В хода на изпълнението ѝ се залага на привличане и на ресурсите на местните власти, медиите и неправителствените организации, а така също и ангажиране на участието на гражданите. Изследването на БХК започна в самото начало на предполагаемото реализиране на програмата, което е вероятната причина екипите, посетили психиатричните заведения да регистрират само коментари и намерения, но нищо реално за конкретното реализиране на програмата.

Според Националната програма стационарната психиатрична помощ в България се осъществявала към 2000 г. от 11 държавни психиатрични болници с общо 3075 легла; 12 психиатрични диспансера с общо 1604 легла; 12 психиатрични отделения към общите болници с 593 легла и 9 психиатрични клиники и центрове с общо 896 легла. Тоест, общият брой на психиатричните легла в България е 6168, от които леглата в държавните психиатрични болници са 50%. В държавните психиатрични болници обикновено постъпват пациенти, чието състояние е по-тежко и които имат нужда от по-продължително лечение. Те са заведения на бюджетна издръжка. Общинските психиатрични диспансери са търговски дружества, собственост на общините. Там състоянието на болните е обикновено по-добро и съответно на това оборотът им средно годишно - по-голям. Поради това, че диспансерите могат да "прочистват" своите болни, насочвайки тези в по-тежко състояние към болниците, те са чест обект на неприязън сред голяма част от персонала на болниците.

По сведения на Националния център за здравна информация през 2000 година общият брой на постъпилите в стационарите на психиатричните институции в България е 34 754. Динамиката на броя на постъпващите на лечение годишно в психиатричните стационари през последните пет години може да се изобрази със следната таблица:

1996	1997	1998	1999	2000
40,174	36,076	37,181	35,680	34,754

Въпреки известни колебания, през последните пет години се очертава обща картина на спад в хоспитализациите на психично болни в психиатричните стационари на България. В по-отдалечена назад перспектива този спад е още по-голям като се има предвид, че през 1986-1988 г. общият брой на хоспитализациите е надхвърлял 50 000 през всяка една от тези години.[5]

От общия брой хоспитализирани тези, постъпили на принудително и задължително лечение в психиатричните стационари през 2000 г. е бил 1522 или 4.4%. През 1999 г. техният дял е бил 4.8%, а през 1998 г. - 3.9%. В сравнение с 1995 (5.65%) и 1996 (5.85%) този относителен дял е спаднал, но в сравнение с предходни години (включително по време на комунистическото управление), той не отбелязва драстични изменения.[6]

Принудителното и задължителното лечение в България се осъществява както в държавните психиатрични болници, така и в общинските психиатрични диспансери, в зависимост от състоянието на болните. В държавните психиатрични болници техният брой е по-голям от тези в диспансерите.

За да бъде картината на стационарната психиатрична помощ в България по-пълна, трябва да се отбележи, че разграничението между институциите за активно лечение (диспансерите и психиатричните болници) и социалните домове за лица с психични заболявания е до голяма степен условно. Наблюденията на БХК от края на 2001 г. в домовете за лица с психични заболявания разкриха очевидни парадокси. Докато в много от психиатричните болници наблюдателите на БХК завариха хора, които пребиваваха там по социални причини, без да демонстрират симптоми на психично заболяване, което има нужда от активно лечение, в социалните домове, напротив, те се натъкнаха на хора в обострени състояния, дори на такива, които имат нужда да бъдат лекувани по спешност.[7]

2. Организация, състояние на материалната база и хигиена

---

Въпросите на организацията, състоянието на материалната база и хигиената са тясно свързани с материалните условия, в които пациентите на психиатричните институции се държат. На свой ред последните съставляват важен елемент от правото на човека да не бъде подлаган на унизително и нехуманно отнасяне. Европейският съд по правата на човека е по принцип е склонен да разглежда условията на задържане от гледна точка на чл. 3 от Европейската конвенция за правата на човека (предвиждаща забрана за нечовешко или унизително отнасяне или наказание).[8] По няколко дела Комисията е допуснала за разглеждане жалби на хора, оплакващи се от отнасянето и условията на живот в психиатрични клиники. И макар впоследствие тези дела да са приключили с приятелски споразумения или да не са придвижени по други причини, възможността те да бъдат образувани на това специфично основание остава.[9]

Българският Закон за лечебните заведения определя режим на лицензиране на всички лечебни заведения[10] за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи. Изискванията, на които трябва да отговаря тяхната материална база и организация, за да бъдат лицензирани, се определят от Наредба №29 на Министерството на здравеопазването от 23 ноември 1999 г.[11] Този режим и тези изисквания важат и за всички заведения за стационарна психиатрична помощ без оглед на това какъв е техният тип и от кого са създадени. В допълнение към това, към лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца има допълнителни изисквания, определени с Правилника за устройството и дейността на лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ по чл. 5, ал.1 от Закона за лечебните заведения (ПУДЛЗСПП).[12] С Постановление №20 от 22 февруари 2000 г.[13] Министерският съвет определи десет държавни психиатрични болници като лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ, а с Постановление №212 от 6 октомври 2000 г.[14] към тях бе добавена и Психиатричната болница "Св. Иван Рилски" в Нови Искър. Наредбата и правилникът са двата нормативни акта, които бяха взети за основа от БХК при определяне на стандартите за вътрешен ред, състояние на материалната база, организация на дейността по приема и изписването на пациенти, организация на диагностичната и рехабилитационната дейност, както и управлението на заведенията за стационарна психиатрична помощ. В допълнение, бяха взети предвид и други нормативни актове, определящи стандартите за поддържане на хигиена и нормите за населеност.

Материалната база на психиатричните заведения, посетени от екипите на БХК и БПА, е с малки изключения остаряла, а в някои от тях - крайно амортизирана. Повечето от сградите са стари (някои - на повече от 100 години), неремонтирани или повърхностно ремонтирани, а средствата за поддръжка на инфраструктурата - оскъдни. Въпреки че са лицензирани, в много от тях не са спазени общите хигиенни изисквания към

строителството, оборудването, инсталациите, броя и размера на помещенията, площта на легло в стационарите, състоянието на санитарните възли и пр. така както са определени в приложението на Наредба №29. В повечето от държавните психиатрични болници няма обособени всички от изискваните от чл. 5 на ПУДЛЗСПП структурни блокове: консултативно-диагностичен, стационарен, блок за дневни грижи, административно-стопански и болнична аптека. Изключения в това отношение са само ДПБ-Раднево и ДПБ-Севлиево. Почти никъде в държавните психиатрични болници екипите на БХК и БПА не откриха и обособени вътре във всяко едно от отделенията сектори: за пациенти с висока степен на зависимост от грижи, за пациенти със средна степен на зависимост от грижи и за пациенти с ниска степен на зависимост от грижи. Това изискване следва от разпоредбата на чл.6, ал.2 от ПУДЛЗСПП. В няколко от посетените болници, когато стана дума за сектори в отделенията, никой от персонала (включително ръководството) не изглежда да осъзнаваше защо изобщо говорим за това. Този проблем се признава и в Националната програма за психично здраве на гражданите на Република България. В нея, след като се обяснява разпределението на леглата в психиатричните болници по категории, се добавя: "На практика заведенията не прокарват горното разграничаване." [15]

Проблемите на поддръжката на материалната база и хигиената в психиатричните институции бяха обект на загриженост още при първото посещение на Европейския комитет против изтезанията в България през март-април 1995 г. По повод затвореното съдебно отделение на ДПБ-Ловеч в доклада на комитета след посещението се казва: "Трябва да се каже обаче, че помещенията като цяло (включително кухнята) бяха мръсни и отблъскващи. Що се отнася до санитарните възли, те са крайно нехигиенични и се нуждаят от основен ремонт..." [16] По-нататък в доклада по повод на психиатричното крило на затворническата болница в Ловеч КПТ отбелязва: "Помещенията като цяло са бедни и овехтели, а санитарните възли са под всякаква критика." [17] Тези ограничени наблюдения на КПТ за съжаление са валидни и шест години по-късно за голяма част от българските психиатрични институции.

В няколко психиатрични стационара екипите на БХК и БПА на свой ред завариха сгради, помещения и санитарни възли в много лошо състояние (включително с редовни течове от покривите) и с неспазени основни хигиенни норми. Единици са институциите, в които болните имат редовен целодневен достъп до топла вода. В масовия случай топлата вода, особено в летния сезон, се подгръва от електрически бойлери по специални поводи (баня, миене на съдове и др.), а честотата на подаването ѝ намалява с намаляването на парите в оскъдните бюджети на психиатричните институции. В две психиатрични болници (ДПБ-Паталеница и във филиала на ПД-Благоевград в Г. Хърсово) няма изградено централно парно, а отоплението е комбинирано от електроуреди и печки с твърдо гориво.

По подобен начин стои и въпросът с хигиената. В повечето институции възможностите за нейното поддържане не са добри. В няколко от посетените болници и особено диспансери екипите на БХК и БПА завариха задоволително или дори добро равнище на поддържаната хигиена, но в много други санитарните възли бяха по правило амортизирани, а понякога и мръсни. Постелното бельо бе недостатъчно, мръсно или изобщо липсваше, особено в острите мъжки отделения. В няколко институции болните бяха облечени с пижами когато е топло, а когато е студено - допълнително с войнишки шинели от армията на бившата ГДР.[18] Имаше много какво да се желае от хигиенна гледна точка относно състоянието и на едните, и на другите. Това, заедно с мършавия външен вид на болните - резултат от недохранването, им придаваше особено окаян вид. Общо взето в държавните психиатрични болници положението със сградния фонд, материалните условия и хигиената е по-лошо отколкото в диспансерите, макар да има изключения.

### 3. Настаняване

---

#### а) Международни и вътрешни стандарти

Настаняването в психиатрично заведение в България е доброволно и принудително. Доброволното настаняване не се различава от настаняването в което и да е друго болнично заведение. По-сериозен проблем от гледна точка на правата на човека представлява принудителното настаняване. То на свой ред бива два вида: по административноправен и по наказателноправен ред.

Административноправен ред (известен още като "задължително лечение"): По този ред са настанени огромното мнозинство от принудително лекуваните в България. По силата на чл. 36, ал. 3 от Закона за народното здраве "На задължително лечение в държавно или общинско лечебно заведение, постановено по съдебен ред, подлежат и болни от шизофрения, параноя, циклофрения, епилепсия, от сенилни, пресенилни, травматични, съдови и органично-мозъчни психични разстройства, от инфекциозни, соматогенни, психогенни и интоксикационни психози, от олигофрения и тежка психопатия, които поради заболяването си могат да извършат престъпления от значителна обществена опасност или представляват опасност за близките си или за околните, или застрашават сериозно здравето си." Редът за тяхното настаняване се урежда от чл.59, 61-63 от ЗНЗ. Настаняването на задължително лечение става от районните съдилища по предложение на районните прокурори. Прокурорът прави предложение за задължително лечение въз основа на проверка и съдебно-психиатрична експертиза. Съдът е длъжен да разгледа предложението в двуседмичен срок от постъпването на предложението. С промените в

закона от февруари 1997 г. освен задължително стационарно, съдилищата могат да постановяват и задължително амбулаторно лечение. Прокурорът може да постановява принудително извършване на експертиза, амбулаторно или стационарно, ако лицето без основателни причини откаже извършването ѝ доброволно. Ако лицето е настанено за извършване на стационарна експертиза, престоят му в институцията не може да надхвърля 30 денонощия, а по изключение - до три месеца. Лицето може да бъде довеждано принудително на съдебното заседание ако откаже да се яви доброволно. Съдът може да изслуша лицето в лечебното заведение ако състоянието му не позволява то да се явява в съда. То има право на защита. Последното обаче не е гарантирано със задължителна защита. Според едно тълкувателно решение на Общото събрание на наказателните колегии на ВС от 1984 г. участието на защитник в съдебните производства по чл. 59 от ЗНЗ не е задължително.[19] На всеки шест месеца районният съд се произнася служебно за прекратяване или продължаване на лечението въз основа на експертиза от здравното заведение.

Наказателноправен ред (известен още като "принудително лечение"): По силата на член 89 от Наказателния кодекс по отношение на лице, извършило общественоопасно деяние в състояние на невменяемост или изпаднало в такова състояние преди постановяване на присъдата или през време на изтърпяване на наказанието, съдът може да постанови предаване на близките му, ако те поемат задължение за грижи и лечение; принудително лекуване в обикновено психо-неврологично заведение или принудително лекуване в специална психиатрична болница или в специално отделение на обикновено психо-неврологично заведение. Предложение за такова лекуване могат да направят районният или окръжният прокурор. Преди това прокурорът е длъжен да назначи експертиза и да разпорежи на следовател да изясни дали лицето представлява опасност за обществото. По този ред участието на защитник пред съда е задължително. Тоест, ако лицето няма нает, съдът назначава служебен защитник. И в този случай след изтичане на шест месеца от лечението съдът служебно се произнася за продължаване, заменяне или прекратяване на принудителното лечение.

Процедурата по настаняването на задължително и принудително лечение, така, както е установена от българското законодателство, представлява сериозен проблем от гледна точка на съответствието с международноправните стандарти, гарантиращи правото на лична свобода. България е една от малкото страни-членки на Съвета на Европа, срещу които има произнесено решение на Европейския съд по правата на човека в Страсбург във връзка с настаняването на задължително лечение, т.е. по реда на ЗНЗ. С решението си от 5 октомври 2000 г. по делото Върбанов срещу България Европейският съд по правата на човека установи нарушение на две разпоредби на Европейската конвенция, чл. 5, т. 1, засягащ законността на задържането в психиатрични заведения и чл. 5, т. 4, засягащ



правото на обжалване на задържането. Тези две нарушения според решението на съда поставят три проблема със съответствието на Закона за народното здраве с нормите на Конвенцията:

1. Първият проблем е, че всяко решение за задържане, включително за експетизи, взето без становище на медицински екперт, е нарушение на чл. 5, т. 1, б. "е" от Европейската конвенция, която допуска задържането на душевно болни лица въз основа на законово установена процедура.[20] В противен случай не може да се твърди, че задържаното за експертиза лице е душевно болно. Съдът е категоричен, че "е било възможно и задължително да се направи предварителна преценка от психиатър, поне въз основа на събраните писмени доказателства...При тези обстоятелства Съдът не може да приеме, че при липсата на преценка от психиатър, становищата на прокурора и полицейския служител за психичното състояние на жалбоподателя...са достатъчни да оправдаят заповед за неговото задържане..."[21] ЗНЗ в тогавашната му редакция обаче не задължава прокурорите да търсят такава преценка.

2. Вторият проблем е в това, че в тогавашното българско законодателство няма изрично формулирани правомощия на прокуратурата да задържа лица в лечебни заведения за екпертиза. Съдът не призна за такива нормите на член 59, ал. 2 и чл. 61, ал. 1 от ЗНЗ. Не отговарят на изискването за законност и разпоредбите на Инструкция №1/81 г. на Министерството на здравеопазването[22], както и Указание №295/85 на Главна прокуратура (което не е дори публикувано). "Във връзка с това Съдът за пореден път изтъква, че изразите "в съответствие със закона" и "в съответствие с процедури, предвидени от закона" налагат оспорваните мерки да се основават на вътрешното право. И също така напомня, че качеството на приложимия закон е свързано с изискването законът да е достъпен за засегнатото лице, а последиците от прилагането му да са предвидими."[23] По тези причини съдът намери нарушение на чл. 5, ал 1 от Европейската конвенция за правата на човека.

3. Третият проблем е в несъответствието на българското законодателство с нормата на член 5, т. 4 от Конвенцията, изискваща на всеки задържан да бъде предоставена възможност да обжалва законността на своето задържане пред съд. Съдът определи, че както изобщо, така и в конкретния случай, такава възможност може да бъде предоставена в две форми - чрез постановяване на самото първоначално задържане от съд, при което на задържаното лице трябва да бъде предоставена възможност за изслушване или лично или чрез някаква форма на представителство; чрез възможност за обжалване на решението за първоначалното задържане, постановено от несъдебен орган, пред съд. ЗНЗ обаче не предвижда нито едната, нито другата възможност. Поради това съдът намери нарушение на член 5, ал. 4 от Конвенцията.

В периода на разглеждането на делото пред Европейския съд по правата на човека българското правителство направи няколко изменения на Закона за народното здраве в частта му, която засяга принудителните медицински мерки. Макар те да бяха направени след като делото бе приключило в България, то се опита да се позове на тази реформа, за да отхвърли някои от оплакванията, разбира се, безуспешно. Най-големите изменения бяха направени през февруари 1997 г.[24]От трите проблема за съответствие на българското законодателство с нормите на Европейската конвенция, с тези изменения бе решен само втория, засягащ правомощията на прокуратурата да задържа хора за стационарно психиатрично освидетелствуване. Тези правомощия бяха дадени с новия чл.61, ал.2 от ЗНЗ - "Ако лицето без основателни причини откаже извършването на съдебно-психиатрична експертиза, прокурорът се разпорежда тя да се извърши принудително - амбулаторно или стационарно." Другите два проблема обаче останаха нерешени - прокурорите не бяха задължени да търсят каквото и да е мнение на лекар преди настаняването в стационар за психиатрична експертиза, а прокурорското задържане продължи да бъде необжалваемо в съд. По време на второто посещение на БХК и БПА в ДПБ-Паталеница изследователите установиха един интересен начин на справяне с първия проблем - няколко районни прокуратури изискваха медицински удостоверения от лекари-психиатри, въз основа на което издаваха постановления за настаняване за експертиза. Едно от медицинските удостоверения, което изследователите видяха, бе дълго близо две ръкописни страници и съдържаше подробно описание на състоянието на пациента. В огромното мнозинство от случаите обаче пациентите продължават да се настаняват за експертизи без предварително становище на квалифициран специалист.

#### b) Проблемът с опасното поведение

По делото Върбанов срещу България Европейският съд не обсъди критериите, които сегашният член 36, ал.3 от ЗНЗ издига за настаняване на лице на задължително лечение. В тази разпоредба са изчерпателно изредени някои видове и групи психични заболявания, от които болните трябва да страдат, за да е възможно те да бъдат настанени на задължително лечение. Освен това, необходимо условие е също доказването, че поради заболяването си те "могат да извършат престъпления от значителна обществена опасност или представляват опасност за близките си или за околните, или застрашават сериозно здравето си". Така формулиран, текстът предизвиква няколко сериозни проблема. Преди всичко, в него има изискване за доказване само на възможно действие когато става дума за извършване на престъпления със значителна обществена опасност. Текстът не определя дали тази възможност трябва да е дългосрочна или краткосрочна, от където следва, че тя може да бъде всякаква. Проблемът е в това, че доказването на дългосрочна възможност не е по силите на съвременната психиатрия. По ключовото в това отношение

решение на американския Върховен съд Беърфут срещу Естел[25] Американската психиатрична асоциация бе поканена да представи становище. В него тя обоснова, че "медицинските познания просто не са се развили дотам, че да направят дългосрочните предсказания - типът показания, които се изискват по настоящото дело - акуратни в разумна степен. Многобройните изследвания в тази област показват, че дори при най-добри условия психиатричните предсказания за дълготрайна бъдеща опасност са погрешни в най-малко два от всеки три случая." [26] На второ място, от текста не е ясно каква опасност трябва да представляват психично болните за близките или за околните, за да е възможно те да бъдат затваряни за задължително лечение. Очевидно е, че това, което се смята за опасно от един не е такова в очите на друг. Прегледът от БХК на юриспруденцията на няколко съдилища и присъствието на няколко дела показва, че съдилищата тълкуват термина "опасност" по най-различни начини. Преди всичко, в много решения липсва каквато и да било конкретност в определянето на опасността на поведението, както и на подробно обсъждане на аргументите за настаняването на задължително/принудително лечение.[27] Когато се обсъждат конкретни факти, за едни съдилища опасност има там, където болният е показал, че с действията си реално е застрашил телесния интегритет на друг човек. За други обаче опасност представлява заплахата за спукване на гумите на колата. В друг случай "опасност" е събирането на шумни компании в дома и пускането на силна музика. Оценката на това дали едно поведение е опасно или не се прави най-често с експертизата. Наблюденията показват, че при липса на точно определение за "опасност" българската психиатрия, както и българското правораздаване съчетават по един забележителен начин клиничните критерии с ценностите на общността.[28] Особено значение в този контекст придобива предходната хоспитализация. Макар впечатленията на БХК да не са основани на представителна извадка от случаи, изглежда наличието на предходни хоспитализации значително усилва шанса на човека да бъде настанен на задължително лечение. Друго обстоятелство от решаващо значение е желанието на близките да се освободят от пациента по какъвто и да било начин и възможността да сторят това използвайки връзки в правоохранителните органи, прокуратурата и съда. По време на второто си посещение в ДПБ-Бяла БХК се запозна със случаи на пациенти, които след изписване от болницата с уж овладяно състояние, са се връщали обратно в настанени принудително само един-два дни по-късно.[29]

### с) Практиката по настаняването

Липсата на прецизност в законовите формулировки обаче съвсем не е най-сериозната заплаха пред психично болните хора в България да бъдат произволно лишени от своята свобода. Наблюденията на БХК показаха, че законът, несъвършен какъвто е, се нарушава, понякога изключително грубо, в ущърб на пациентите на психиатричните институции.

Въпреки че член 61, ал. 3 от ЗНЗ определя, че "престоят на лицето в специализирано лечебно заведение за стационарна психиатрична експертиза не може да надхвърля 30 денонощия", а ал. 4 допуска удължаването на този срок само по изключение до три месеца, спазването на тези срокове е по-скоро изключение, отколкото правило в психиатричните институции на България. От всичките 34 дела за настаняване по реда на чл. 36, ал.3 и следващите от ЗНЗ, с които изследователите на БХК се запознаха, само в един случай лицето бе пребивавало в стационара в рамките на срока по прокурорското постановление. В пет случая лицето бе пребивавало в стационара за експертиза без да се е явило на съд повече от 92 дни.<sup>30</sup> В единия от случаите<sup>31</sup> прокурорското постановление за настаняване в стационара за експертиза няма срок. По това дело настаняваният за задължително лечение, след като прекарва няколко месеца в психиатричния стационар незаконно лишен от свобода, така и не дочаква своето дело за настаняване, тъй като почива. Един от най-драстичният случай, с който БХК се сблъска бе този на Христо Марков Георгиев, когото изследователите на БХК завариха на 5. 09. 2001 г. в ДПБ-Карлуково настанен вече близо седем месеца с прокурорско постановление за експертиза, без да му е насрочено дело за настаняване във Врачанския районен съд. По това дело бе просрочен дори срока за служебен преглед на настаняването. По време на второто си посещение в ДПБ-Бяла на 11. 09. 2001 БХК научи за друг случай на пациент, който е прекарал девет месеца в болницата с постановление на Русенската районна прокуратура без да бъде настанен с решение на съда. БХК установи, че нередко се просрочват сроковете и на служебните прегледи на настаняванията. В тези случаи пациентите на психиатричните институции прекарват понякога месеци след шестмесечния срок за да бъдат освободени или задължителното им лечение да бъде продължено. Сред тях са както пациенти, настанени по административноправен, така и такива, настанени по наказателноправен ред.

Просрочването на сроковете за настаняване за експертиза и за задължително лечение очевидно притеснява ръководствата на психиатричните институции. Изследователите на БХК и БПА изслушаха многобройни оплаквания във връзка с това при своите посещения в тях. Член 142а от Наказателния кодекс на България предвижда наказателна отговорност за противозаконно лишаване от свобода, включително на длъжностно лице, с възможност за налагане на наказание лишаване от свобода на извършителя за срок до десет години в зависимост от случая. Някои ръководители на психиатрични институции изразиха готовност да пускат на свобода пациентите си в случаите когато техният престой не е узаконен. При посещението на БХК и БПА в ДПБ-Бяла през май 2001 г. директорът на болницата сподели, че неговите опити да пускат пациентите си след изтичането на срока на тяхното настаняване за експертиза се е натъкнал на решителна устна съпротива и заплахи от страна на Районна прокуратура-Русе, след което той е престанал с тези опити.

БХК установи, че основната причина за тези груби нарушения на закона са безотговорните действия на самите органи на съдебната власт, прокуратурите и съдилищата, както и от лекарите, които изготвят експертизите. БХК не може да се основе на представителна извадка от случаи, но общото впечатление е, че в повечето случаи експертизите се изготвят в срок от вещите лица, но прокуратурите или съдилищата не предприемат необходимите действия за насрочване на делата за настаняване. По подобен начин стои и въпросът със служебния преглед и освобождаването от задължително лечение. При прегледа на дела обаче БХК установи и просрочване на сроковете за изготвяне на експертиза. От прегледаните 24 дела в 8 случая срокът за изготвяне на експертизата бе просрочен, в три от които за повече от 20 дни[32]. Общият извод от наблюденията на БХК на настаняването е, че както по закон, така и като се вземат предвид грубите нарушения на закона, психично болните хора в България, които се настаняват или освобождават от задължително лечение са изложени на сериозен риск от произвол и нарушаване на техните права на лична свобода и на справедлив съдебен процес.

БХК извърши и наблюдения в съдебна зала на 15 дела по настаняване и освобождаване от задължително лечение, за да наблюдава как тези процедури протичат на практика. Почти без изключение наблюдаваните дела представляваха съдебни фарсове с елементи на абсурд, съперничащи дори на най-ярките описания по темата в художествената класика. В няколко случая, поради това, че делото за настаняване се гледаше месеци след първоначалното прокурорско постановление, пациентите се явяваха в овладяно състояние и експертите се принуждаваха да се откажат от собствената си експертиза и да препоръчат освобождаване. По време на делата служебните адвокати (когато изобщо присъствуваха такива) се наемаха няколко минути преди началото на съдебното заседание по коридорите на съда с обединените усилия на прокурора и съдията. Те не се запознаваха изобщо или се запознаваха съвсем бегло с обемистите папки с материали по делото, след което заседанието продължаваше. Най-често адвокатите се съгласяваха с всичко, което прокурорът или експертите искаха, а понякога настаняваният дори не си даваше сметка, че човекът, който стои до него/нея, е определен да защитава неговите/нейните интереси. Макар съдебната процедура да е по принцип състезателна, тя се дирижира от експертите-психиатри.

Отделен въпрос, свързан с настаняването, е уведомяването за правата още от момента на настаняването. Принципите на ООН за защита на лица с психична болест изискват пациентът да бъде уведомен за правата си колкото се може по-скоро след приемането му на език който разбира, а в случай че не е в състояние да разбере тази информация - правата му да се прехвърлят върху лице, което е негов личен представител.[33] Изследването на БХК показва, че формална система за съобщаване на правата в българските психиатрични институции няма установена. Нито ЗНЗ, нито ПУДЛЗСПП

изискват пациентите да бъдат уведомени за правата си веднага след приемането. От получените съобщения от директорите на институциите стана ясно, че това не е въпрос, на който се отдава голямо значение, а доколкото има нещо подобно на уведомяване за правата, то се прави по различен начин в различните институции, а в някои изобщо не се прави.

#### 4. Лечение

---

В своето наблюдение на лечението в условията на стационарна психиатрична помощ БХК обърна внимание на няколко взаимосвързани проблема: организацията на лечението, информираното съгласие за лечение, методите на лечение и контрола върху терапевтичните процедури.

##### а) Формите на лечение

Един от основните проблеми с лечението в българските заведения за стационарна психиатрична помощ е ограничаването му основно до фармакотерапия. Съвременната психиатрия изисква във всички случаи лечението да включва разнообразни терапевтични методи.[34] В своя Осми общ доклад, посветен специално на принудителното настаняване в психиатрични институции, Комитетът срещу изтезанията на Съвета на Европа също изисква лечението "да включва широк спектър от рехабилитационни и терапевтични дейности, в това число достъп до трудотерапия, групова терапия, индивидуална психотерапия, до занимания с изкуство, драма, музика и спорт".[35] При своето първо посещение в България през 1995 г. КПИ отбелязва със задоволство възможностите за ангажиране на пациентите в трудотерапия, както и в терапия с музика, изкуства, спорт и други занимания в ДПБ-Раднево, но отбелязва със загриженост факта, че лечението на пациентите в затвореното съдебно отделение в ДПБ-Ловеч "се свежда главно до фармакотерапия".[36] В един доклад на работна група от психиатри, сформирана от Министерството на здравеопазването, за да направи анализ на състоянието на психиатричните здравни заведения се казва, че като цяло в българските психиатрични заведения "почти не са развити и не функционират психологични, психосоциални лечебни и рехабилитационни програми".[37] На свой ред, Министерството на здравеопазването с Националната програма за психично здраве на гражданите на Република България определи, че основният смисъл на програмата е тъкмо в разрушаването на медицинския модел на третиране на психичната болест.[38]

ПУДЛЗСПП изисква във всяка държавна психиатрична болница да се изградят мултидисциплинарни екипи. Правилникът не посочва от какви специалисти трябва да бъдат изградени те, но вероятната му презумпция е, че лечението на психично болните

трябва да включва разнообразни терапевтични методи, които да се допълват взаимно. Наблюдението на БХК показва, че изграждането на мултидисциплинарните психиатрични екипи е в повечето случаи само формално, ако изобщо е взето насериозно. На въпросите за техния състав, запитаните ръководители на заведенията най-често включваха в тях лекарите, психолозите, сестрите, трудотерапевтите, а понякога дори санитарите. Като се вземе предвид, че психолозите и трудотерапевтите, ако изобщо ги има (В ДПБ-Карлуково, в ДПБ-Паталеница и в ДПБ-Бяла например няма назначени на щат психолози и трудотерапевти) са обикновено общо не повече от 3-4 души за цялата болница, става ясно какво би могло да бъде и тяхното участие в терапията. В само 3-4 от посетените от БХК и БПА институции имаше развита арт-, култур- или трудотерапия, която бе част от индивидуалните планове за лечение. В много институции след 1989 г. бяха закрити съществуващите дотогава спомагателни стопанства и трудоволечебни работилници. В тях трудотерапията, доколкото изобщо остана да съществува, се сведе до поддържане на хигиената в болницата или диспансера.

От гледна точка на правния принцип, самият факт на настаняването в психиатричен стационар за експертиза с прокурорско постановление още не означава, че лицето може да бъде лекувано принудително. Това може да стане само след като съдът е постановил задължително (по реда на ЗНЗ) или принудително (по реда на НПК) лечение. На практика обаче много са рядко пациентите, които не се лекуват веднага след настаняването за експертиза. Понякога, особено когато пациентът е с първа хоспитализация, той се оставя за няколко дни без терапия, за да се установят по-точно симптомите на заболяването. Веднага след това обаче той започва да се лекува. Това, разбира се, не е учудващо, като се има предвид продължителността и произвола, който цари при насрочването на съдебните дела (виж по-горе частта за настаняване). Нещо повече, нерядко състоянието на пациента е вече стабилизирано до насрочването на делото и по тази причина, особено ако то се забави, експертите препоръчват в съдебно заседание направо освобождаване от задължително/принудително лечение.

#### b) Информираното съгласие за лечение

Другият фокус на наблюдението на БХК във връзка с лечението бе информираното съгласие за лечение. Българското законодателство съдържа противоречиви норми относно информираното съгласие за лечение. От една страна, чл. 25, ал. 3 от Закона за народното здраве постановява, че "прегледите, изследванията, имунизациите и лечението се извършват със съгласието на болния освен когато законът предвижда задължителни прегледи, изследвания, имунизации и лечение." От друга страна, в същия раздел на закона има норми, които изискват вземането на съгласие от болните в следните, изрично определени случаи:

1. При извършване на хирургични операции и "сложни диагностични методи". Член 32 от закона гласи: "Хирургически операции и сложни диагностични методи се извършват със съгласие на болните, а ако те са недееспособни - със съгласие на техните законни представители или попечители. Без такова съгласие лекарите могат да извършват хирургически операции и да прилагат сложни диагностични методи, когато е невъзможно то да се получи своевременно, а неизвършването им застрашава живота на болния.";

2. При използване на методи за профилактика, диагностика и лечение, ненамерили всеобщо приложение и при използване на методи за диагностика и лечение, които водят до временна промяна в съзнанието на човека. Член 31, ал.3, 4 и 5 от закона гласят: "(3) Методи за профилактика, диагностика и лечение, ненамерили още всеобщо приложение, могат да се използват само в интерес на болния по ред, определен от Министерството на здравеопазването. (4) Методи за диагностика и лечение, които водят до временна промяна в съзнанието на човека, като хипнози и упоявания, могат да се прилагат само в надлежно обзаведени лечебни заведения от специално подготвени лица. (5) За прилагане на методите по алинеи 3 и 4 се взема предварително съгласието на лицата, върху които ще се прилагат, а ако те са недееспособни - съгласието на техните законни представители или попечители."

Електроконвулсивната терапия и другите видове шокови терапии (например, инсулиновата) попадат във втората категория методи, тези за диагностика и лечение, които водят до временна промяна на съзнанието. Според Инструкция №5 за прилагане на методи за диагностика и лечение, които водят до временна промяна на съзнанието от 1975 г.[39] като такива са определени: "биологични шокови методи с използване на електрошок, инсулин, кардиазол и други медикаменти; хипнози, упоявания (наркози)".

Разпоредбите на ЗНЗ за информираното съгласие, макар и приложими към всички институции за стационарна психиатрична помощ, са твърде бедни откъм указания за това, каква трябва да бъде формата на информираното съгласие за лечение. Малко по-конкретни в това отношение са разпоредбите на Националния рамков договор (НРД) между националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България (чл. 210-230 и 411-427).[40] В общия случай (чл.210-230) Националният рамков договор изисква информираното съгласие да се вземе за всякакви форми на лечение, при това след като на пациента се предостави многостранна медицинска информация. Според член 223 "За да се получи информирано съгласие, лекарят или стоматологът трябва да предостави на пациента или негов законен представител медицинска информация в обем, даващ му възможност да приеме или откаже предложеното лечение. Медицинската информация включва: 1. диагноза на медицинското състояние на пациента и прогноза; 2. описание на целта, курса на лечение,



разумните алтернативи, очакваните резултати и вероятността за успех от предлаганото лечение; 3. рисковете, свързани с предлаганите изследвания и лечение, вкл. страничните ефекти, болка и други неудобства; 4. вероятността за успех и рисковете при алтернативни форми на лечение или при липса на лечение; 5. каква част от предлаганите изследвания и лечение се покрива от НЗОК." В този общ случай обаче не е наложително съгласието да се вземе писмено. Според чл. 225 то може да бъде взето и устно, а "писменото съгласие се оформя чрез подписване на декларация". Няма нормативно изискване многостранната медицинска информация, изисквана от чл. 223, да бъде част от декларацията, която пациентът подписва. В случаите, когато се оказва болнична помощ (чл.411-427), информираното съгласие се дава след предоставянето на същата многостранна медицинска информация както в общия случай, само че задължително писмено (чл. 414, ал. 2). И в този случай обаче няма изискване информацията да се предоставя писмено във всеки конкретен случай, след което пациентът да се подписва върху формуляра, на който тя е предоставена. Няма също така информиране на пациента за възможността да оттегли своето съгласие по всяко време или да го даде само за част от процедурите. В този пункт българското законодателство се разминава с нормите, установени в модерните системи на здравеопазване, особено когато се прилага електроконвулсивна терапия. В такива случаи от дееспособният пациент задължително следва да се подписва формуляр, в който или в приложение на който е предоставена пълна информация за прилаганата терапия.[41]

Националният рамков договор се прилага за всякакви форми на лечение, амбулаторни или стационарни, които са осигурени с договори между Националната здравноосигурителна каса и лекарите или институциите, които предлагат лечение. Той обхваща огромното мнозинство от лечебните дейности в България (вероятно повече от 90%). В случаите с прилагането на неговите разпоредби към психиатричните институции в България обаче има един сериозен проблем. Той е в това, че договор не обвързва държавните психиатрични болници, които са заведения на бюджетна издръжка. А според чл. 364 на НРД изпълнители на болнична помощ по него могат да бъдат само лечебни заведения, които са търговски дружества, както и тези по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ, които са към Министерството на отбраната.[42] Но дори и общинските психиатрични диспансери, които са търговски дружества, в много редки случаи имат осигурени някакви клинични пътеки, даващи възможност за прилагането на договора към някои видове лечебни процедури в тях.

Ако от противоречивата законова уредба се обърнем към практиката ще видим, че процедурите по търсенето и вземането на информирано съгласие от пациентите, настанени на стационарно психиатрично лечение в психиатричните институции в България, са неадекватни. Законът за народното здраве се тълкува изключително

ограничително, а в някои случаи дори се нарушава. Доколкото информирано съгласие изобщо се търси и взема, това засяга изключително доброволните пациенти. От пациентите, настанени на задължително лечение, не се търси информирано съгласие за прилаганите терапевтични процедури. Много лекари споделиха, че настаняването на пациент на задължително лечение дава права на лекаря да определя лечението му както намери за добре.

Принципите на ООН за защита на лица с психична болест допускат лекуване на пациенти, настанени принудително за лечение при определени условия. Тези условия са три: "(а) пациентът, за съответен период от време, е задържан принудително; (б) пациентът необосновано отказва да даде такова съгласие, но независим орган, имащ на свое разположение цялата необходима информация, включително информацията, посочена по-горе в параграф 2, е убеден, че за съответен период от време при пациента липсва годността да дава или да откаже информирано съгласие за предложения лечебен план или ако местният закон предвижда това, с оглед грижата за собствената сигурност на пациента или сигурността на другите, и (в) независимият орган е убеден, че предлаганият лечебен план отговаря на най-добрия здравен интерес на пациента." [43]

В своя Осми общ доклад Комитетът против изтезанията обаче е категоричен: "Принудителното помещаване на лице в психиатрично учреждение не трябва да се тълкува като разрешение за провеждане на лечение без негово съгласие. От това следва, че на всеки вменияем пациент, доброволен или недоброволен, трябва да бъде предоставена възможност да се откаже от лечението или от каквото и да било друго медицинско вмешателство." [44]

Но дори когато се взема от доброволни пациенти в българските психиатрични институции, информираното съгласие се свежда най-често до изискване пациентът да се подпише, че е "съгласен да се лекува" в дадената болница или диспансер на втора страница от историята на заболяването, без да става ясно доколко са изпълнени изискванията на чл. 223 от Националния рамков договор (които при това не е задължително да бъдат изпълнявани). Понякога дори в реномирани психиатрични учреждения, като например Медицинска академия в София, БХК установи, че родители и близки дават съгласие за лечение на пациенти, които не са поставени под запрещение и на които тези хора не са настойници или попечители. В няколко случая изследователите попаднаха на случаи, при които дори съгласие за ЕКТ (в един от тях - немодифицирана) е дадено от близки на пълнолетни доброволни пациенти, без те да са поставени под пълно или ограничено запрещение.

В няколко психиатрични стационара екипите на БХК и БПА се натъкнаха на интересна практика да се "убеждават" пациентите, настанени принудително с прокурорски

постановления за експертиза, да "приемат" доброволно лечение като по този начин се избегне тромавата съдебна процедура по тяхното настаняване на задължително лечение. Няма никакво съмнение, че в някои случаи лекарите прибягват до подобен метод фрустрирани от непредвидимостта и произвола, който съдебната процедура допуска. БХК не успя да установи с какви методи се извършва "убеждаването", но изглежда то в някои случаи е съпроводено с преки или косвени заплахи.[45]

Разпоредбите на ЗНЗ, които определят търсенето на информирано съгласие, са приложими към всички институции за стационарна медицинска помощ. Освен това ПУДЛЗСПП (чл.9, ал.4), приложим към условията на държавните психиатрични болници, изисква когато пациентът или негов законен представител откаже психиатричната помощ въпреки съвета на приемащия лекар, това да се отбелязва в личната амбулаторна карта, амбулаторния журнал или в историята на заболяването с подпис на пациента или на неговия законен представител. Ако те откажат да подпишат, това следва да се отбелязва в присъствието на двама свидетели. Тази разпоредба не забранява лечението на пациента който е отказал, а в ПУДЛЗСПП няма друга, която да забранява това. Освен това тя не удовлетворява изискванията на Принцип 11.6 от Принципите на ООН за защита на лица с психична болест, изискващи утвърждаване на решението за лечение от независим орган. Но дори и тя не се спазва - екипите на БХК и БПА не видяха държавна психиатрична болница, в която разпоредбите на чл. 9, ал.4 от правилника да са спазени.

БХК смята, че въпросът с информираното съгласие в България следва да се определи със Закона за народното здраве, за да бъде приложим към всички случаи на оказване на медицинска помощ от какъвто и да било тип и при каквито и да било условия. Заедно с това, информираното съгласие, което следва да се взема при условията на член 223 от Националния рамков договор, следва да се дава в писмен вид под декларация, в която се дава цялата информация, изискваща се от тази разпоредба.

#### с) Електроконвулсивната терапия

Друг проблем, върху който БХК фокусира своето внимание във връзка с лечението е прилагането в България на някои, традиционно проблематични биологични терапии в системата на психиатрична помощ. Такива са електроконвулсивната терапия (ЕКТ) и психохирургията. Трябва да се каже, че психохирургията е метод, който никога не е използван в България. Извън психиатричните институции БХК срещна бивши пациенти, които твърдяха, че им е правена лоботомия, но във всички случаи това бяха хора, оперирани в чужбина, макар и с направления от български институции. Никъде в българските психиатрични институции екипите на БХК и БПА не срещнаха случаи на прилагане на психохирургични методи за лечение.

>Що се отнася до ЕКТ, това е метод, който е практикуван в България още от края на 40-те години и продължава да се практикува в много психиатрични институции и до днес. Понастоящем тя се прилага по-често в общинските диспансери, отколкото в държавните психиатрични болници. Изследването на БХК установи, че през последните 5-6 години прилагането ѝ в няколко държавни психиатрични болници е било преустановено. Основните причини за това са две - местоположението на тези болници и свързаните с него трудности, включително финансови, при осигуряване на анестезиолог.

Прилагането на ЕКТ в България предизвика сериозна загрижаност по време на първото посещение на Европейският комитет против изтезанията през март-април 1995 г. Тогава комитетът установи прилагането на немодифицирана ЕКТ (без анестезия и мускулна релаксация) в държавните психиатрични болници в Ловеч и Раднево и препоръча незабавното преустановяване на тази практика.[46] КПТ смята прилагането на немодифицираната ЕКТ за изцяло неприемливо и рисковано. В своя Осми общ доклад комитетът препоръча ЕКТ да се прилага само в модифицирана форма.[47] Световната практика по прилагането на ЕКТ също не допуска прилагането ѝ в немодифициран вид.[48] Изследването на БХК показва, че ЕКТ продължава да се прилага в не модифицирана форма в много психиатрични клиники в България. Според едно скорошно изследване близо 20% от психиатрите, отговорили на едно анкетно проучване на Българската психиатрична асоциация, назначават ЕКТ без анестезия и миорелаксация.[49]

От нормативна гледна точка прилагането на ЕКТ в немодифициран вид не е забранено в България. Напротив, Инструкцията на Министерството на здравеопазването за електроконвулсивната терапия на душевни болести от 1952 г.[50], която продължава да бъде действащият нормативен акт, който урежда процедурата за нейното прилагане, не изисква анестезия и мускулна релаксация, а предписаните от нея процедури са изцяло съобразени с прилагането ѝ в немодифициран вид. От посетените от БХК психиатрични болници и диспансери немодифицирана ЕКТ се прилага в Специализираната болница за активно лечение по неврология и психиатрия "Св. Наум", Женска психиатрична клиника - София (известна още като Женската психиатрична клиника на 4-ти километър), Областният диспансер за психични заболявания със стационар - Пловдив, Областният диспансер за психични заболявания със стационар - Велико Търново, Държавна психиатрична болница - Раднево, Държавна психиатрична болница - Ловеч, Държавна психиатрична болница - Кърджали и Държавна психиатрична болница - Паталеница. БХК смята прилагането на немодифицирана ЕКТ за недопустимо и е обезпокоен от факта, че шест години след като КПТ препоръча нейното преустановяване тя все още се практикува в българските психиатрични институции. Необходимо е издаването на нов нормативен акт, който да замени инструкцията за електроконвулсивната терапия от 1952 г. и който да уреди процедура за прилагане на ЕКТ само в нейния модифициран вид.

#### d) Дискриминацията при лечението в психиатричните институции

При посещенията си в държавните психиатрични болници екипите на БХК и БПА се натъкнаха на един парадокс на системата на здравеопазване в България, който има дискриминационен ефект върху пациентите на държавните психиатрични болници. Поради оскъдните бюджети в последните се назначават предимно по-евтини лекарства. Например, от невролептиците това са главно хлоразин (българското търговското наименование на хлорпромазина), халоперидол, флуперин и други от така наречените типични невролептици. Много по-рядко се назначават атипични невролептици, такива като рисполепт и лепонекс, поради това, че са по-скъпи. Последните, от друга страна, се заплащат понастоящем 100% от ЗОК, но поради това, че държавните психиатрични болници не могат да сключат договори с тях, техните пациенти са в по-неблагоприятно положение от пациентите на амбулаторно лечение.

Сериозен проблем с лечението в психиатричните институции е стоматологичната помощ. Стоматолози на щат няма никъде в тях, а при новите условия оказването на стоматологична помощ на техните пациенти е изключително трудно, а в някои случаи невъзможно. В повечето институции, посетени от екипите на БХК и БПА, имаше пациенти със сериозни стоматологични проблеми, които не се лекуваха.

#### 5. Изолиране и имобилизация

---

##### a) Международни и вътрешни стандарти

Изолирането и имобилизацията на психично болни са стари проблеми на психиатрията, които са предизвикали немалко обществени реакции под най-различна форма през последните две столетия. Действащите международни стандарти в това отношение са все още неизяснени. Няма единство и в националните законодателства. Принципите на ООН за защита на лица с психична болест допускат изолиране и имобилизация при следните условия: "Физически ограничения или принудителна изолация на пациента не следва да бъдат използвани освен в съответствие с официално утвърдените процедури на психичноздравната служба и само когато това са единствените средства, с които се разполага, за да се предотврати непосредствена или неизбежна увреда на пациента или на други. Всички случаи на физическо ограничение или принудителна изолация, основанията за тях, характера и размера им трябва да бъдат регистрирани в медицинската документация на пациента. Пациентът, спрямо който са приложени ограничения или изолация, следва да бъде държан при човечни условия, да му се оказва помощ и да бъде отблизо и редовно наблюдаван от квалифициран член на персонала. Личният представител на пациента, ако има такъв и той е овластен за такива случаи,

трябва незабавно да бъде уведомен за каквито и да са физически ограничения или принудителна изолация." [51] Този стандарт на Принципите не е безпроблемен. В него не се казва нищо за времеви ограничения на физическите ограничения и изолацията, за средствата, които могат да се използват, както и за условията на държане при изолация, освен че те трябва да бъдат "човечни". Те не отиват по-далеч от изискването тези мерки да се регистрират "в медицинската документация" на пациента.

Доста по-конкретни, но и донякъде противоречиви са стандартите на Съвета на Европа. Във водещия сред тях, Препоръка 1235 на Парламентарната асамблея на Съвета на Европа от 1994 г. за психиатрията и човешките права, се допуска използването на физическо сдържане и употребата на фармацевтични средства за тази цел, но не и механично фиксиране: "никакво механично фиксиране не бива да се използва. Използването на фармацевтични средства за сдържане трябва да бъде пропорционално на преследваната цел и не бива да се накърнява трайно човешкото право за създаване на поколение." [52] В същия дух в цитирания вече Осми общ доклад Комитетът против изтезанията препоръчва: "в случаите, където физическото сдържане въпреки всичко е необходимо, то трябва да се осъществява, по принцип, без употреба на ремъци и усмирителни ризи". [53] Въпреки това КПТ, в противоречие със стандарта на Препоръка 1235, допуска използване на ремъци и усмирителни ризи, но "само в крайно редки случаи". [54] По подобен начин и изолирането на пациентите според КПТ трябва да бъде крайна мярка. По отношение както на физическото сдържане, така и на изолацията, комитетът препоръчва изработването на детайлно разработена политика, определяща целите, продължителността и надзора над тези мерки. По-нататък в препоръките се казва: "Всеки случай на физическо сдържане на пациента (ръчно сдържане, прилагане на средства за физическо ограничаване, изолиране) трябва да се регистрира в специален дневник, предназначен специално за целта, (а също и в документите на пациента). Записът трябва да съдържа датата за началото и края на предприемането на дадената мярка, обстоятелствата по случая, причините, по които се е наложила дадената мярка, името на лекаря, който я е назначил и одобрил, а също информация за каквито и да било травми, получени от пациента или персонала." [55] По време на първото си посещение в България през март-април 1995 г. по отношение на изолирането и другите ограничителни мерки КПТ препоръчва изработването на детайлна политика за фиксиране и изолиране и въвеждане на специални дневници във всяко психиатрично заведение, в които да се вписват с всичките необходими детайли [56] изолиранията и другите средства за обуздаване.

Българското законодателство не съдържа никакви стандарти за фиксиране и изолиране. Такива стандарти не установяват и вътрешните правилници на институциите.

## b) Практика

Изследването на БХК установи, че изолиране и/или фиксиране на пациенти се практикува рутинно в българските психиатрични институции. Арсеналът на използваните средства за фиксиране е разнообразен. Най-разпространени са кожените и брезентовите колани, с които китките на пациентите се фиксират за рамките или пружините на леглата, а в някои случаи се използва и допълнителен по-дълъг колан, с който се фиксира кръста. В няколко институции се използват синджири, които завършват с гривни със самозаклучващи се или допълнително поставящи се катинари (ДПБ-Царев брод, ДПБ-Церова кория, ПД-Враца). На други места се използват метални белезници (ДПБ-Паталеница). Както синджириите, така и белезниците са средства за фиксиране, използването на които е неприемливо в съвременната психиатрия и могат да се смятат за средства за нехуманно третиране. В първия си доклад за България КПТ препоръча белезниците, открити в психиатричното крило на затворническата болница в Ловеч да бъдат изхвърлени.[57] В няколко други случая екипите на БХК и БПА прочетоха в рапортите и в тетрадките за инциденти описания на фиксирането, които навеждаха на мисълта, че те са наложени за наказания на пациентите (например, за пререкания с персонала в съдебното отделение на ДПБ-Ловеч).

Продължителността на фиксирането, според съобщенията на персонала, варира в рамките на 1-4 часа. Няколко пациенти обаче съобщиха за по-продължителни срокове. В един случай екипът на БХК и БПА установи фиксиране на пациент (потвърдено от персонала) в продължение на пет дни (в ПД-Пловдив), а в друг изследователският екип завари пациент на осмия ден от неговото фиксиране (в ПД-Бургас). В тези случаи без съмнение може да се говори за жестоко и нехуманно третиране.[58]

Фиксирането на пациентите в масовия случай се отбелязва в тяхната история на заболяването и/или в рапортите на лекарите или сестрите. По тази причина екипите на БХК и БПА се затрудниха в оценката си на неговата честота. Единствено в ДПБ-Севлиево имаше специална тетрадка, в която се отбелязваха случаите на фиксиране. В нея от началото на 2001 г. до 10 май с.г. бяха записани 16 случая на фиксиране в женското отделение и 20 случая на фиксиране в мъжкото отделение, т.е. общо 36 случая за 18-те седмици от началото на годината или средно по 2 случая седмично, една значителна честота за тази малка по капацитет институция. В два случая (ДПБ-Церова кория и ДПБ-Царев брод) екипите на БХК и БПА установиха липса на каквито и да е записи на фиксирането, включително в техните истории на заболяванията.[59]

Изолирането в отделни помещения е също често практикувана мярка в българските психиатрични институции. При повечето от посещенията на БХК и БПА изследователските екипи завариха настанени в изолаторите пациенти. И в този случай, както и с фиксирането, не може да се говори за каквато и да било ясно формулирана политика, още

по-малко за писмени правила, които служат за ръководство и обучение на персонала. В няколко случая изследователите на БХК и БПА установиха, че пациенти пребивават в изолаторите с дни и че тяхното изолиране не се записва никъде. В ДПБ-Карлуково един пациент бе настанен в изолатора на отделението за хронично болни (малка стая със затъмнен прозорец и с решетка вместо врата) за постоянно поради това, че е извършил няколко убийства, включително в психиатрично заведение, и се смята за особено опасен.

## 6. Хранене

---

### а) Законови стандарти

В наблюдението си на системата на стационарната психиатрична помощ БХК обърна сериозно внимание на храненето в тях, изхождайки от презумпцията, че особено спрямо пациентите, настанени принудително, държавата има задължение да осигури достатъчна като количество и с добро качество храна, отговаряща на нормативноустановените стандарти за здравословно хранене. В България такъв стандарт установява Наредба №16 на Министерството на здравеопазването за физиологичните норми на хранене на населението.[60] Чл. 3 от наредбата определя, че "здравните заведения, детските градини, училищата, звената, обслужващи системата на просветата, почивните домове, предприятията, учрежденията и др., организират общественото хранене в съответствие с разпоредбите в тази наредба". С нея се определят необходимите физиологични норми за здравословно хранене, които включват норми за прием на енергия, белтъчини, въглехидрати, мазнини, витамини и минерални вещества. Нормите са диференцирани по пол, възраст, ръст, телесна маса и интензивност на извършвания физически труд. Институтът за социални и синдикални изследвания на КНСБ прави на всеки четири месеца изчисления на издръжката на живот на лице от домакинството. За месец март 2001 г. институтът е изчислил, че за осигуряването средно на 3669 ккал на един човек ден в България (за жени - 3487 ккал, за мъже - 4257 ккал) са били нужни средно за месеца 122.55 лева, което прави 3.95 лева на ден.[61]

### б) Практика

Установената с Наредба №16 норма на хранене е такава, за която психиатричните институции в България не смеят дори да мечтаят. По време на посещенията на екипите на БХК и БПА, особено в държавните психиатрични болници, паричната норма на хранене на един човек за един ден (т.нар. "храноден") бе средно под 1 лев. Нещо повече, по всичко изглежда, че тя в последните няколко години е намалена дори в сравнение с мизерните си стойности от 1998 г. Ето няколко показателни примера:



*Храноден в лева през 1998 и 2001 г в държавните психиатрични болници [62]*

	<i>Храноден през 1998</i>	<i>Храноден през първата половина на 2001</i>
ДПБ-Ловеч	1.04	0.73
ДПБ-Церова кория	1.15	0.70
ДПБ-Раднево	1.08	1.08
ДПБ-Кърджали	0.77	0.56
ДПБ-Царев брод	1.10	0.98
ДПБ-Севлиево	1.49	1.41
ДПБ-Карвуна	1.13	1.00
ДПБ-Карлуково	1.18	0.57
ДПБ-Паталеница	1.09	1.12
ДПБ-Нови Искър	0.84	1.31
ДПБ-Бяла	1.19	0.98

От таблицата се вижда ужасяващото положение, в което държавата е поставила психиатричните институции в България. Хранодните са с пъти под нормите на Наредба №16, а през последните години те в повечето от болниците са намалели. При това намалението е без съмнение далеч под критичната точка, когато в резултат от недохранване могат да се получат трайни увреждания на здравето. Трябва също така да се отбележи, че официалните данни за хранодните понякога представляват завишение спрямо реално изконсумираното. Така по време на посещението на екипа на БХК и БПА в психиатричния диспансер - Враца на 4 юни 2001 г. директорката съобщи, че при храноден 1.56 лева за предходния месец, основната храна била "варена маруля" - пролетна супа, а по документи пациентите би трябвало да са изяли 6 кг. телешко месо. Според нея общинското предприятие, което изготвя храната и я доставя в баки в диспансера, калкулира повече отколкото реално доставя.

Докато част от пациентите имат възможност да допълват своя храноден от местната лавка с мизерните си пенсии или с пари, получени от близки, във всяка от посетените институции екипите на БХК и БПА установиха значително количество хора, които са принудени да се прехранват само с осигурената от държавата храна. Много от тях имаха видими следи от недохранване, а оплакванията от лошата и недостатъчна храна бяха масови.

## 7. Персонал

---

В изследването си БХК обърна основно внимание и на положението на персонала. Няма съмнение, че адекватното съотношение между пациентите и персонала, както и доброто заплащане и социалната сигурност на персонала са фактори, способстващи за създаване на подходяща атмосфера за терапия и защита на правата на пациентите. За съжаление и в това отношение в българските психиатрични институции има много какво да се желае.

БХК не разполага с достатъчно данни, за да може да се проследи историята на съотношението между медицинския персонал и пациентите в българските психиатрични институции. През последните години очевидно е съкращаван персонал, но също така е намалял и броя на пациентите в тях. Понастоящем с увереност може да се каже, че както за системата като цяло, така и особено за държавните психиатрични болници съотношението между болните и медицинския персонал не дава възможност за осигуряване на адекватни грижи за пациентите. Проблемът с недостигът на персонал бе отбелязан и от КПИ при посещението му в три психиатрични институции през 1995 г.[63], както и в цитирания по-горе доклад на групата психиатри, определени от МЗ да направи анализ на състоянието на психиатричните здравни заведения.[64] Малко по-добро е положението в общинските диспансери, където съотношението между медицински персонал и пациенти е по-добро.

По подобен начин и с подобен ефект стои и въпросът със заплащането. То е общо взето мизерно. Един от парадоксите на психиатричните институции в България е, че лекар със специалност в тях взема много по-малко пари от общопрактикуващите лекари без специалност дори в най-отдалечените райони на страната. Ето няколко от по-драстичните примери:

- По време на първото посещение на екипа на БХК и БПА в ДПБ-Карлуково на 3 април 2001 г. при капацитет на стационара 280 легла от общо 144 души персонал, само 36 души е персоналът с висше, полувисше и средно специално медицинско образование, т.е. съотношението на този персонал към пациентите е 1:7.7. От този персонал обаче лекарите (включително директора и интерниста) са само 13, т.е. съотношението лекар-пациент е 1:21.5. Основната месечна заплата на лекар със специалност е 184 лв., на ординатор - 116 лв., на медицинска сестра - 116 лв., на санитар - 79 лв.

- По време на първото посещение на екипа на БХК и БПА в ДПБ-Паталеница на 8 май 2001 г. при капацитет на стационара 150 легла от общо 60 души персонал, само 22 души е персоналът с висше, полувисше и средно специално медицинско образование, т.е. съотношението на този персонал към пациентите е 1:6.8. От този персонал лекарите са 7,

т.е. съотношението лекар-пациент е 1:21.4. Лекарите-завеждащи отделение получават 269 лв. месечно, ординаторите - 189 лв., медицинските сестри - 126 лв., санитарите - 87 лв.

- По време на второто посещение на екипа на БХК и БПА в ДПБ-Бяла на 11 септември 2001 при капацитет на стационара 320 легла от общо 156 души персонал 51 души е персоналът с висше, полувисше и средно специално медицинско образование, т.е. съотношението на този персонал към пациентите е 1:6.3. Лекарите са само 8, т.е. съотношението лекар-пациент е 1:40. Основните заплати на лекарите-специалисти са 365 лева, на лекарите-ординатори - 217 лева, на медицинските сестри с голям стаж - 174 лева, на медицинските сестри с малък стаж - 131 лева, на санитарите - 103 лева.

- По време на първото посещение на екипа на БХК и БПА в ДПБ-Церова кория на 3 април 2001 г. при капацитет на стационара 175 легла от общо 78 души персонал, 38 души е персоналът с висше, полувисше и средно специално медицинско образование, т.е. съотношението на този персонал към пациентите е 1: 4.6. Лекарите са 9, т.е. съотношението лекар-пациент е 1:19.4. Средната брутна заплата на лекарите е 337 лв., на средния медицински персонал - 165 лв., на санитарите - 103 лв.

## 8. Инспекции

---

По време на първото си посещение през 1995 г. Комитетът против изтезанията установи, че процедурите за подаване на жалби и ефективна инспекция в посетените от него психиатрични заведения "са незадоволителни"[65], както и че външният надзор над тези заведения "е в най-добрия случай спорадичен".[66] КПТ препоръча психиатричните заведения "да бъдат посещавани редовно от представители на независима инстанция извън болниците, които са натоварени със задачата да инспектират как персоналът се грижи за пациентите и най-вече да са оторизирани да разговарят на четири очи с пациенти, да получават жалби от тях и да правят необходимите препоръки. Желателно е също така тази официална инстанция да публикува годишен доклад за своята дейност, за да се осигури по-голяма гласност и де се стимулира една обществена дискусия на тема психиатрични заведения."[67] С цел да не се допусне обществена изолация на персонала на психиатричните заведения комитетът също така препоръча "да се насърчава присъствието в психиатричните заведения на независими личности или преставители на независими организации."[68]

Шест години след първото посещение на КПТ, неговите констатации и препоръки по отношение на психиатричните заведения остават в пълна сила. Инспекциите на психиатричните институции продължават да бъдат сериозен проблем в системата на

психиатричната помощ в България. Преди всичко, не са създадени никакви нови институции за надзор и контрол. Изследването на БХК установи, че най-често са инспекциите на ХЕИ и противопожарната охрана. По-рядко психиатричните институции се посещават от районните центрове по здравеопазване, Инспекцията по труда и органите на Държавен финансов контрол. Още по-рядко са проверките на Министерството на здравеопазването. Изследователите на БПК и БПА не попаднаха на никакви следи от посещения на органите на прокуратурата. Прокуратурата е длъжна да инспектира психиатричните заведения, в които се настаняват принудително хора по силата на чл. 127, т.2 от Конституцията и чл. 118, т.2 от Закона за съдебната власт, които я задължават да упражнява надзор над изпълнението на всякакви принудителни мерки. При изпълнение на тези си функции тя има правомощия да изисква документи, сведения, експертизи, да възлага ревизии, да разпитва граждани и да посещава всякакви помещения и места. БХК констатира и по други поводи, че на практика органите на прокуратурата не изпълняват своите задължения по надзора над принудителните мерки.[69] Инспекциите и на другите органи обаче много често се правят през пръсти. Например, нито една от проверките на ХЕИ в ДПБ-Карлуково не е установила, че в болницата не се пазят проби от храната в хладилник при ниска температура в продължение на 48 часа, основно изискване на санитарните органи за всички обществени кухни в България и че дори в кухненските помещения на болницата няма хладилник. Инспекциите на другите органи рядко стигат до стаите на болните и почти никога - до разговори с тях насаме. И в това отношение, както и в много други, психично болните хора в България са встрани от вниманието на обществото, а заведенията, в които те се настаняват и лекуват - встрани от контрола на неговите институции.

## ПРЕПОРЪКИ

към правителството и другите институции на Република България

За да се подобри положението със стационарната психиатрична помощ в България и за да се защитят човешките права на психично болните при техните контакти с институциите, БХК отправя към правителството на Република България и към другите институции следните препоръки:

1. За да се постигне адекватна профилактика, лечение и социална интеграция на психично болните следва незабавно да започне реализирането на програмата за деинституционализиране на психиатричната помощ в България, паралелно с въвеждането на услуги в общността, както и програми за психично здраве на национално и регионално равнище.

2. С цел подобряване на материалните условия и издигане качеството на обслужването в психиатричните институции следва да се предприеме ремонтране и обновяване на базата и подобряване на хигиената в тях. Нормативните актове за диференциране на грижите следва да се осъвременят и да се прилагат стриктно.

3. Храненето в българските психиатрични институции следва да се подобри чувствително. Нормите за физиологично хранене трябва да бъдат приспособени към потребностите на психично болните и да бъдат стриктно спазвани.

4. Процедурата по настаняването на задължително/принудително лечение следва да се реформира основно за да се съобрази с международно установените стандарти за защита на правото на лична свобода и сигурност и на справедлив съдебен процес. Тя следва да се опрости и да се ускори. Незаконното задържане в психиатрично заведение не следва да се допуска. Настаняването и принудителното лечение следва да станат обект на две отделни процедури, всяка от които трябва да съдържа подходящи гаранции.

5. Ясното и строго дефиниране на опасното поведение в тясна връзка възможностите за неговото краткосрочно и дългосрочно предсказване трябва да стане част от законодателната реформа за задължително/принудително лечение.

6. Формите на лечение в българските психиатрични институции следва да се разнообразят като се въведат и/или се разшири прилагането на трудотерапия, групова терапия, индивидуална психотерапия, занимания с изкуство, спорт и др. дейности.

7. Информираното съгласие за лечение трябва да се уреди законодателно за всички пациенти - както доброволни, така и тези, за които е постановено задължително/принудително лечение. То трябва да бъде писмено и да има възможност да бъде дадено предварително или чрез предварително упълномощено от пациента лице. В общия случай информираното съгласие трябва да се получи след като на пациента бъдат съобщени диагнозата, целта и курса на лечението, неговата същност, алтернативите, вероятността за успех, рисковете, страничните ефекти и цената на лечението.

8. Електроконвулсивната терапия следва да се прилага само в нейната модифицирана форма, т.е. с използване на анестезия и мускулна релаксация. Процедурата за нейното прилагане следва да се уреди с нормативен акт и да бъде съобразена с напредналите терапевтични стандарти.

9. Случаите, в които се прилагат изолиране и имобилизиране на психично болни хора следва да се уредят с нормативен акт. Те трябва да се прилагат само с терапевтична цел и да се постановяват от лекар, който трябва непрекъснато да наблюдава състоянието на

пациента. Механичното имобилизиране следва да се избягва. Всеки случай на изолиране или имобилизиране трябва да бъде регистриран в специална книга с неговото начало, край, продължителност, лицето, което е разпоредило мярката и медицинските основания за това.

10. Трайното изолиране на психично болни следва да се забрани.

11. Държавата трябва да признае специалните предизвикателства и рискове, на които е изложен персоналетът в психиатричните институции. Той трябва да бъде специално стимулиран материално и морално. Следва да се създаде специална нормативна и институционална уредба за подготовка на психиатричните сестри.

12. Институциите за стационарна психиатрична помощ трябва да бъдат периодично и ефективно инспектирани от представители на законодателната, изпълнителната и съдебната власт. Тези инспекции трябва да включват срещи насаме с пациенти и вземане на незабавни мерки за отстраняване на нередностите. Неправителствените правозащитни организации трябва да бъдат допускани да осъществяват наблюдения във всички психиатрични институции.

ПРИЛОЖЕНИЕ:

Българското законодателство за принудителните медицински мерки

(Всички актове са актуализирани към 1 декември 2001 г.)

Закон за народното здраве

Чл.36. (3) На задължително лечение в държавно или общинско лечебно заведение, постановено по съдебен ред, подлежат и болни от шизофрения, параноя, циклофрения, епилепсия, от сенилни, пресенилни, травмни, съдови и органично-мозъчни психични разстройства, от инфекциозни, соматогенни, психогенни и интоксикационни психози, от олигофрения и тежка психопатия, които поради заболяването си могат да извършат престъпления от значителна обществена опасност или представляват опасност за близките си или за околните, или застрашават сериозно здравето си.

(4) Настаняването в държавно или общинско лечебно заведение за задължително лечение на психично болни по ал. 3 се извършва от районния съд по реда на чл. 59, 61, 62 и 63.

(5) Когато състоянието на психично болния налага вземането на незабавни мерки, главният лекар може да нареди той да бъде настанен временно на лечение в държавното

или общинското лечебно заведение, като уведомява веднага за това районния прокурор, който сезира съда за вземане на решение по предходната алинея.

(6) При постановяване на решение за задължително лечение съдът определя неговата форма - амбулаторно, полустационарно или стационарно, и вида на лечебното заведение, в което то се провежда.

(7) На задържаното психично болно лице се осигурява възможност да обжалва решението на съда, който незабавно се произнася по неговата законосъобразност.

(8) Задължителното лечение в лечебното заведение се прекратява с решение на районния съд по местонахождение на заведението. Съответният районен прокурор изготвя предложение до съда въз основа на съдебно-психиатрична експертиза от болничното заведение.

(9) На всеки шест месеца въз основа на представената съдебно-психиатрична експертиза от здравното заведение съдът служебно се произнася за прекратяване или продължаване на лечението.

Чл.59. Настаняването на задължително лечение се извършва с решение на районния съд по предложение на районния прокурор.

Чл. 61. (1) Районният прокурор прави предложение за задължително лечение въз основа на проверка и съдебно-психиатрична експертиза. Сигнали и предложения до прокурора за задължително лечение могат да правят държавните и общинските органи, лечебните заведения, роднините и други заинтересовани граждани.

(2) Ако лицето без основателни причини откаже извършването на съдебно-психиатрична експертиза, прокурорът се разпорежда тя да се извърши принудително - амбулаторно или стационарно.

(3) Престоят на лицето в специализирано лечебно заведение за стационарна съдебно-психиатрична експертиза не може да надхвърля 30 денонощия.

(4) По изключение срокът по ал. 3 може да се удължи само от органа, който е разпоредил настаняването, но не повече от три месеца.

(5) Съдът изпраща препис от предложението на лицето, чието задължително лечение се иска. То може в 7-дневен срок да направи възражение и да посочи доказателства.

Чл. 62. (1) В двуседмичен срок от постъпване на предложението съдът разглежда делото в открито съдебно заседание с участието на прокурора и лицето, чието задължително лечение се иска. То има право на защита.

(2) Ако лицето без основателни причини не се яви доброволно при разглеждане на делото в съда, то се довежда принудително. Когато е настанено в лечебно заведение и състоянието му не позволява да се яви в съдебно заседание, съдът го изслушва в лечебното заведение.

Чл. 63. (1) Съдът се произнася по предложението на прокурора, след като изслуша лицето, с решение въз основа на събраните доказателства.

(2) Решението на съда може да се обжалва пред окръжния съд в седемдневен срок от съобщението. В производството пред районния и окръжния съд се прилагат разпоредбите на Наказателно-процесуалния кодекс, доколкото в тази глава не се съдържат специални правила.

(3) Влязлото в сила решение се привежда в изпълнение от здравните органи, на които при нужда органите на Министерството на вътрешните работи оказват съдействие.

Чл. 64. Когато до изтичане на определения срок от съда лицето не е излекувано, съдът по предложение на районния прокурор и въз основа на заключение на съдебно-психиатрична експертиза може съгласно предходния член да постанови ново решение за задължително лечение.

#### Наказателен кодекс

Чл. 89. По отношение на лице, извършило общественоопасно деяние в състояние на невменяемост или изпаднало в такова състояние преди постановяване на присъдата или през време на изтърпяване на наказанието, съдът може да постанови:

а) предаване на близките, ако поемат задължение за лекуването му под наблюдение на психо-неврологичен диспансер;

б) принудително лекуване в обикновено психо-неврологично заведение;

в) принудително лекуване в специална психиатрична болница или в специално отделение в обикновено психо-неврологично заведение.

Чл. 90. (1) Принудителното лекуване в обикновено психо-неврологическо заведение може да бъде постановено от съда по отношение на душевно болен, който с оглед на неговото психическо състояние и на характера на извършеното общественоопасно деяние се нуждае от болнични грижи и лекуване по принудителен ред.

(2) Принудителното лекуване в специална психиатрическа болница или в специално отделение може да бъде постановено от съда по отношение на душевно болен, който с оглед на своето психическо състояние и на характера на извършеното общественоопасно



деяние се явява особено опасен за обществото или за своите близки. В тези случаи лицето се държи под усилен надзор, изключващ възможността то да извърши ново общественоопасно деяние.

Чл. 91. (1) Прекратяването и изменяването на постановената принудителна медицинска мярка става от съда, когато това се налага от настъпила промяна в състоянието на болния или от нуждите на неговото лекуване.

(2) Във всички случаи след изтичане на шестмесечен срок от настаняването в лечебното заведение съдът се произнася за прекратяване, продължаване или заменяване на принудителното лечение.

Чл. 92. (1) Когато престъплението е извършено от лице, което страда от алкохолизъм или от друга наркомания, съдът може наред с наказанието да постанови и принудително лекуване.

(2) Когато е наложено наказание без лишаване от свобода, принудителното лекуване се извършва в медицински заведения със специален лечебен и трудов режим.

(3) Принудителното лекуване на осъдените на лишаване от свобода се провежда през време на изпълнение на наказанието. Срокът за принудително лекуване се приспада от срока на лишаване от свобода.

(4) Когато това е необходимо, съдът може да постанови лекуването да продължи и след освобождаването на осъдения от мястото за лишаване от свобода - в медицинските заведения, указани в алинея втора.

(5) Принудителното лекуване се прекратява от съда, когато неговото продължаване не е повече необходимо.

Наказателно-процесуален кодекс

Настаняване за изследване в психиатрично заведение

Чл. 155. (1) В досъдебното производство съответният първоинстанционен съд в състав от съдия и двама съдебни заседатели по искане на прокурора, а в съдебното производство - съдът, който разглежда делото, по искане на страните или по свой почин може да настани обвиняемия за изследване в психиатрично заведение за срок не по-дълъг от тридесет дни.

(2) Съдът се произнася с определение в открито заседание, в което изслушва експерт-психиатър и лицето, чието настаняване се иска. Участието на прокурор и защитник е задължително.

(3) Определението, постановено в досъдебното производство, подлежи на жалба и протест пред съответния въззивен съд в тридневен срок.

(4) Въззивният съд се произнася в състав от трима съдии в открито заседание с участието на прокурора, обвиняемия и неговия защитник. Неявяването на обвиняемия без уважителни причини не е пречка за разглеждане на делото.

(5) Ако срокът за изследване, определен от съда, се окаже недостатъчен, той може да бъде продължен еднократно с не повече от тридесет дни по реда на ал. 2.

(6) Времето, през което лицето е било настанено в психиатрично заведение, се зачита като задържане под стража.

## Глава 22, Раздел 1 - Прилагане на принудителни медицински мерки

### Предложение за прилагане на принудителни медицински мерки

Чл. 429. (1) Предложение за прилагане на принудителни медицински мерки по чл. 89 и следващите от Наказателния кодекс прави районният прокурор, а в случаите по чл. 426 - окръжният прокурор.

(2) Преди да направи предложението, прокурорът назначава експертиза и възлага на следовател да изясни поведението на лицето преди и след извършване на деянието и представлява ли това лице опасност за обществото.

(3) Следователят изпраща събраните материали със заключение на прокурора, който изготвя предложение до съда.

### Съд, който разглежда предложението

Чл. 430. Предложението за прилагане на принудителни медицински мерки се разглежда от районния съд по местоживеенето на лицето, а в случаите по чл. 429, ал. 1 във връзка с чл. 426 - от окръжния съд по местоизтърпяване на наказанието.

### Разпоредително заседание

Чл. 431. (1) Когато намери, че са налице всички условия за разглеждане на делото в съдебно заседание районният съдия насрочва заседание. В останалите случаи той внася делото в разпоредително заседание.

(2) В разпоредителното заседание, след като изслуша заключението на прокурора, съдът прекратява делото или го насрочва за разглеждане в съдебно заседание.

### Съдебно заседание

Чл. 432. (1) За съдебното заседание се призовават лицето, спрямо което се иска прилагането на принудителни медицински мерки, неговите родители, настойникът или попечителят му и пострадалият.

(2) Участието на прокурор, както и на защитник е задължително.

(3) Присъствието на лицето, спрямо което се иска прилагане на принудителни медицински мерки, не е задължително, когато неговото здравословно състояние е пречка за това.

(4) Във всички случаи съдът изслушва заключението на експерт-психиатър.

Определение на съда

Чл. 433. (1) Съдът се произнася еднолично с определение.

(2) Срещу определението на съда лицата по чл. 432, ал. 1 и 2 могат да подават жалби или протест в седемдневен срок от постановяването му.

(3) Ако отмени определението, въззивната инстанция решава делото.

Продължаване, заменяване или прекратяване на принудителните медицински мерки

Чл. 434. (1) След изтичане на шест месеца от настаняването на принудително лечение съдът служебно се произнася за продължаване, заменяване или прекратяване на принудителното лечение.

(2) Преди изтичане на шестмесечния срок от настаняването на принудително лечение, както и в случаите по чл. 89, буква "а" от Наказателния кодекс съдът може да замени или да прекрати принудителното лечение по предложение на прокурора.

(3) Съдът се произнася по продължаването, заменяването или прекратяването на принудителните медицински мерки в съдебно заседание, след като вземе мнението на съответното лечебно заведение и заключението на експерт-психиатър.

ИНСТРУКЦИЯ № 1 министъра на народното здраве

за дейността на здравните органи при

настаняване на лица в психиатрични

стационари по принудителен ред

## Раздел II

Настаняване на лица в психиатрични стационари за извършване на

съдебнопсихиатрична експертиза

Чл. 4. (1) Съдебнопсихиатричната експертиза се извършва:

1. амбулаторно - в здравно заведение, при следователя, в съда, в място за лишаване от свобода или в дома на болния;
2. в психиатричен стационар от общ тип;
3. в профилиран психиатричен стационар за задържани или изтърпяващи наказание лишаване от свобода.

(2) В случаите на предходната алинея изследването на лицето се извършва от здравните органи също при негово съгласие, когато лицето не даде съгласие, здравните органи незабавно изискват от прокурора или от съда писмено нареждане и съдействие за амбулаторно изследване или настаняване на лицето временно в психиатричен стационар за извършване на съдебнопсихиатрична експертиза.

(3) Временното настаняване на лица за извършване на съдебнопсихиатрична експертиза в профилиран психиатричен стационар за задържани се извършва само след вземане на мярка за неотклонение, задържане под стража или задържане за изтърпяване на наказание лишаване от свобода.

Чл. 5. (1) Максималният срок на престоя на лице, временно настанено за извършване на съдебнопсихиатрична експертиза в психиатричен стационар, е 30 дни. В този срок следва да се изпрати исканата експертиза съгласно чл. 35, ал. 2 от Наредба № 5 за съдебномедицинските и съдебнопсихиатричните експертизи (ДВ, бр. 27 от 1976 г.).

(2) По изключение срокът по предходната алинея може да се продължи само от органа, който е разпоредил временното настаняване. За целта е необходимо мотивирано искане на експертите, в което се посочват причините, поради които изследването не може да бъде завършено в определения срок. Във всички случаи продължаването следва да се иска преди изтичане на срока и то не може да надвишава 30 дни.

(3) След изтичане на срока по предходните алинеи, ако прокурорът или съдът не са разпоредили писмено друго, лицето се изписва от психиатричния стационар незабавно освен ако то декларира писмено, че желае да остане на лечение и са налице медицински показания за това. И в двата случая главният лекар на здравното заведение, в което е разкрит психиатричният стационар, уведомява за изписването на болния органа, който е

назначил съдебнопсихиатричната експертиза и е разпоредил временното настаняване на лицето в заведението за експертизата, както и близките на лицето.

(4) Лицата, настанени временно в психиатричен стационар за извършване на съдебнопсихиатрична експертиза, на които е определена мярка за неотклонение, задържане под стража, и тези, които изтърпяват наказание лишаване от свобода, се връщат в местата, от които са изпратени, след като е изготвена съдебнопсихиатричната експертиза. Това става и когато е изтекъл срокът на престоя за извършване на експертизата по ал. 1 и 2 освен ако съдът или прокурорът са разпоредили писмено друго.

Чл. 6. Заключение на съдебнопсихиатричната експертиза, назначена с оглед прилагане на принудителни мерки за лечение, освен изискванията, посочени в чл. 37, ал. 6 от Наредба № 5 за съдебномедицинските и съдебнопсихиатричните експертизи, трябва да съдържа и:

1. препоръка до съда за характера на психиатричния стационар, в който следва да бъде проведено лечението;

2. становище, доколко състоянието на болния налага вземане на незабавни мерки съгласно чл. 36, ал. 5 ЗНЗ за временното му настаняване или временното продължаване на престоя в психиатричен стационар до разглеждане на делото от съда. В този случай експертът уведомява главния лекар на заведението, в което е разкрит психиатричният стационар, за необходимостта от прилагане на тази мярка.

Чл. 7. Амбулаторната съдебнопсихиатрична експертиза се извършва и се изпраща в срок до 20 дни на органа, който я е назначил.

### Раздел III

#### Настаняване за прилагане на принудителни медицински мерки

Чл. 8. (1) Когато състоянието на психично болния налага вземането на незабавни мерки и той е настанен временно на лечение в психиатричен стационар по чл. 36, ал. 5 ЗНЗ, главният лекар на здравното заведение, в което е разкрит психиатричният стационар, уведомява не по-късно от 24 часа от настаняването на лицето устно и писмено районния прокурор по местоживееене на болния и предлага да даде писмено разпореждане за временното настаняване на болния в заведението, за изготвяне на съдебнопсихиатрична експертиза и сезиране на съда.

(2) Писменият сигнал по предходната алинея трябва да съдържа подробно описание на психичното състояние на болния, диагнозата и конкретните основания, които правят необходимо незабавно временното настаняване на лечение в психиатричен стационар.

(3) Когато прокурорът откаже да издаде разпореждане за временното настаняване на лечение на болния, главният лекар на заведението нарежда болният да бъде изписан незабавно.

Чл. 9. (1) Районната психиатрична диспансерна служба по местоживееене на болния, след като се получи решението на съда за задължително или принудително лечение, организира незабавното му настаняване в психиатричен стационар.

(2) При необходимост ръководителят на районната психиатрична диспансерна служба иска съдействие от органите на Министерството на вътрешните работи (МВР) за настаняването на болния (при неявяване в срок, при укриване или съпротива).

(3) Когато след писмено искане на съдействие от органите на МВР настаняването на болния не бъде осъществено, ръководителят на районната психиатрична диспансерна служба уведомява за това писмено районния прокурор по местоживееене на болния и съда, който е издал решението за задължително или принудително лечение.

(4) Транспортирането на болните става съобразно разпоредбите на "Инструкция за задълженията на органите на Министерството на здравеопазването, народните съвети, Министерството на транспорта и Министерството на вътрешните работи при транспортирането на психично болни лица" от 1968 г. (необнародвана).

Чл. 10. (1) (Изм. и доп. - ДВ, бр. 44 от 1991 г.) Задължителното или принудителното лечение се провежда в психиатрични стационари на държавни психиатрични заведения или на други държавни здравни заведения и в профилираните психиатрични стационари с повишена сигурност, съответстващи на характера на принудителната медицинска мярка, определена от съда, и съгласно районирането, определено със заповед на министъра на здравеопазването.

(2) Психиатричните стационари с повишена сигурност се определят от министъра на здравеопазването съгласувано с МВР.

Чл. 11. (1) Главният лекар на заведението, в което е разкрит психиатричният стационар, определен съобразно разпоредбите на предходния член, е длъжен да осигури незабавно приемане на болния за провеждане на задължително или принудително лечение.

(2) След приемане на болния главният лекар на заведението уведомява писмено съда, който е издал решението за задължително или принудително лечение, районния прокурор, поделенията на МВР, районната психиатрична диспансерна служба по местоживееене на болния и близките му.

Чл. 12. (1) Провеждането на задължително или принудително лечение в психиатричните стационари се осигурява с наличните технически съоръжения и медицинския персонал в щата на здравното заведение.

(2) Лечебен режим с допълнителни мерки за сигурност се прилага само за настанените в профилираните психиатрични стационари с повишена сигурност, който се осъществява с помощта на ведомствена охрана.

(3) Режимът по предходната алинея се определя от МНЗ съгласувано с МВР.

Чл. 13. (1) Методите на лечение и принципите на прилагането им при болни, настанени на задължително или принудително лечение, не се различават от методите на лечение на доброволно постъпилите в психиатрични стационари.

(2) Настанените на задължително или принудително лечение могат да напускат района на заведението само за нуждите на трудовото лечение, за специални медицински изследвания и в изключителни случаи по нареждане на главния лекар само с придружител от персонала на заведението.

(3) Когато болен, настанен на задължително или принудително лечение или временно за извършване на съдебнопсихиатрична експертиза, напусне самоволно района на заведението, главният лекар на заведението уведомява незабавно районния прокурор и съответното поделение на МВР по местоживееене на болния и по местонахождението на здравното заведение, както и съответната районна психиатрична диспансерна служба, с искане на съдействие за довеждането му.

(4) Когато болен от алкохолна или друга наркоманна болест, настанен на принудително лечение, напусне самоволно района на заведението, времето, през което не е бил в заведението, не се включва в определения от съда срок на лечение.

Чл. 14. (1) Когато се налага преместване на болен, настанен на задължително или принудително лечение, от един психиатричен стационар в друг, провеждането на болния се извършва след предварителна уговорка между главните лекари на двете заведения и само ако стационарът, в който се превежда болният, съответствува на характера на психиатричния стационар за провеждане на задължителното или принудителното лечение, определен от съда.

(2) При преместване по предходната алинея главният лекар на заведението уведомява съда, който е издал решението за задължително или принудително лечение, районния прокурор, поделението на МВР, районната психиатрична диспансерна служба по местоживееене на болния и близките му, като посочва причините за преместването.

(3) Когато здравното състояние на болния, настанен на задължително или принудително лечение, налага незабавното му лечение в непсихиатрично здравно заведение, главният лекар на заведението, в което е разкрит психиатричният стационар, извършва превеждането на болния след предварителна уговорка с главния лекар на съответното здравно заведение.

(4) Когато здравното състояние на болния не налага повече лечение в здравното заведение, в което е бил преведен по предходната алинея, главният лекар на непсихиатричното заведение осигурява връщането му в психиатричния стационар, от който е бил преведен.

#### Раздел IV

Прекратяване, продължаване или заменяне на принудителните мерки

за лечение

Чл. 15. (1) (Изм. - ДВ, бр. 44 от 1991 г.) Когато преди изтичане на една година от настаняването в психиатричен стационар на болен на задължително лечение по чл. 36 ЗНЗ или преди изтичане на 6 месеца от настаняване на болен на принудително лечение по чл. 89 или чл. 92, ал. 1, 2 или 4 НК в психичното му състояние настъпи значително подобрение, което не налага повече задължително или принудително лечение, главният лекар на здравното заведение, в което е разкрит психиатричният стационар, изпраща незабавно до районния прокурор в района на съда, в който се намира здравното заведение, предложение за прекратяване на лечението, придружено със съответна съдебнопсихиатрична експертиза.

(2) Главният лекар на заведението осигурява извършването на съдебнопсихиатричната експертиза и в зависимост от заключението прави мотивирано предложение за прекратяване, продължаване или заменяне на принудителното или задължителното лечение:

1. петнадесет дни преди изтичане на първите шест месеца от настаняването на болния на принудително лечение по чл. 89, буква "б" или "в" и чл. 92, ал. 1, 2 или 4 НК и преди изтичане на всеки следващи шест месеца;

2. тридесет дни преди изтичане на първата година от настаняване на болен на задължително лечение по чл. 36 ЗНЗ и преди изтичане на всяка следваща година.

(3) При трудности в експертната задача по предходната алинея по нареждане на главния лекар състоянието на болния се обсъжда предварително от лекарски колегиум на заведението.



(4) (Изм. - ДВ, бр. 44 от 1991 г.) Главният лекар на заведението изпраща предложението и съдебнопсихиатричната експертиза съгласно ал. 2, т. 1 на съда и по т. 2 на прокурора от района на съда, в който се намира здравното заведение.

Чл. 16. (1) На настанените на лечение в профилирани психиатрични стационари с повишена сигурност се извършва медицинско освидетелствувание всеки шест месеца от комисия в състав:

1. представител на МНЗ;
2. главният лекар на заведението (завеждащият отделението);
3. лекуващият лекар.

(2) Комисията се произнася относно здравното състояние на болния, режима и резултатите от лечението.

Чл. 17. Преди да направи предложение за прекратяване на задължителното или принудителното лечение, главният лекар на заведението е длъжен да се съобрази с готовността и възможността на близките на болния да се грижат за него в домашни условия или подготовката и настаняването му в дом за социални грижи при съответните показания, както и с извършеното от районната психиатрична диспансерна служба по трудоустрояване, поставяне под запрещение, социално подпомагане, пенсиониране, жилищно настаняване и др., когато състоянието на болния изисква това.

Чл. 18. Главният лекар на заведението уведомява психиатричната диспансерна служба и поделението на МВР по местоживее на болния за предстоящото му изписване 30 дни преди изтичане на срока за настанените на принудително лечение по чл. 59 ЗНЗ и незабавно след получаването от съда на решението за прекратяване в другите случаи на задължително или принудително лечение.

Чл. 19. (1) Главният лекар на заведението осигурява изписването на болните, настанени на принудително лечение по чл. 59 ЗНЗ, в деня на изтичане на срока на лечението, и изписването на болните, настанени на задължително лечение по чл. 36 ЗНЗ, на принудително лечение по чл. 89 или чл. 92 НК, веднага след получаване решението на съда за прекратяване на лечението.

(2) Болни, настанени на принудително лечение след прекъсване изтърпяването на наказание лишаване от свобода, след прекратяване на принудителното лечение се връщат в местата, откъдето са били изпратени.

## Раздел V

### Регистрация, контрол и отчетност

Чл. 20. Психиатричната диспансерна служба по местоживеене на болния регистрира решенията на съда за задължително или принудително лечение в специален дневник. Такъв дневник за приетите от тях по този ред болни водят и всички психиатрични стационари.

Чл. 21. Регистрацията, общата организация и контрол, свързани с правилното провеждане на задължителното и принудителното лечение, се извършват от завеждащия съдебнопсихиатричен, респективно наркологичен кабинет, разкрит щатно или функционално към всяко психиатрично диспансерно или стационарно заведение.

Чл. 22. (1) Психиатричните диспансерни служби по местоживеене на болния осъществяват специализирано диспансерно наблюдение на всички задължително или принудително лекувани психично болни след тяхното изписване от психиатричен стационар.

(2) Специализираното диспансерно наблюдение има за задача да спомага за предотвратяване на повторни общественоопасни действия, които биха застрашили околните или самия болен. Това диспансерно наблюдение включва чести контролни прегледи, поддържащо лечение, настаняване на работа, трудоустрояване или пенсиониране, социално подпомагане на болния или близките му, отправяне предложение за поставяне под запрещение и други медицински и социални мерки.

(3) При осъществяване на дейността по предходната алинея психиатричната диспансерна служба търси съдействие от членовете на семейството на болния, отечественофронтонските организации, доброволните отряди, органите на народната милиция, центрове за възпитателна работа с населението по местоживеене и др.

(4) Психиатричната диспансерна служба по местоживеене на болен с прекратено задължително или принудително лечение изпраща незабавно писмено предложение за прилагане на принудителни мерки за лечение до съответния районен прокурор, когато установи, че са налице условията за прилагане на задължително или принудително лечение. Предложенията на психиатричната диспансерна служба трябва да отговарят на изискванията по чл. 9, ал. 2.

Бележки под линия:

1 Наблюдение върху положението в местата за лишаване от свобода и някои психиатрични боници в България, доклад на БХК, София, 1995 г.

2 Виж: Кукли на верига, "Човешки права без граници", №5, 1997 г. Виж също френската версия на публикацията: Le poids des chaines, Droit de l'homme sans frontier, no.5-6, 1997.

3 Виж: Антоанета Ненкова, "Невидимият свят на слабоумните", Епоха, 26 май - 1 юни 2000 г.; Антоанета Ненкова, "Ужасът Факия", Обектив, юли 2000 г.; Антоанета Ненкова, "Ужасът Факия", 24 часа, от 02 август 2000 г.

4 Достъпна на интернет страницата на Министерството на здравеопазването: [www.mh.government.bg](http://www.mh.government.bg) (понататък за краткост Национална програма).

5 Н. Бешков, И. Герджиков, Психиатричната помощ в Република България-1998 г., София, МЗ, 1999 г., с. 32.

6 Ср. Н. Бешков, Ив. Герджиков, Психиатричната помощ в Република България-1996, София, МЗ, 1997, с.42.

7 БХК ще обобщи наблюденията си на положението в домовете за социални грижи през 2002 г.

8 Виж напоследък: ECHR, Peers v. Greece, Judgment from 19 April 2001, с което съдът намери нарушение на чл. 3 защото "условията на задържане на жалбоподателя в отделението за изолация на крило Делта на затвора в Коридалос [в Гърция] представляват унижително третиране" (§75).

9 Виж П. ван Дайк и Г.Й.Х. ван Хууф, Европейска конвенция за правата на човека - теория и практика, София, БАПЧ, 2000 г., с.296-297.

10 ДВ, бр. 62 от 9 юли 1999 г. с последващи изменения и допълнения.

11 ДВ, бр. 108 от 10 декември 1999 г. с последващи изменения и допълнения.

12 ДВ, бр. 63 от 1 август 2000 г.

13 ДВ, бр. 17 от 29 февруари 2000 г.

14 ДВ, бр. 84 от 13 октомври 2000 г.

15 Национална програма, Раздел 2, гл. 2.

16 Report to the Bulgarian Government on the visit to Bulgaria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or degrading Treatment or Punishment (CPT) from 26 March to 7 April 1995, Strasbourg, 6 March 1997 (по-нататък за краткост CPT Report), §197.

17 CPT Report, §204.

18 По повод на тази практика КПТ отбелязва още през 1995 г. във връзка със затвореното съдебно отделение на ДПБ-Ловеч: "Делегацията също така бе поразена от факта, че всички пациенти непрекъснато ходят с пижами; не им се дава достъп до собствените им дрехи, а други нормални дрехи не им се предоставят. Според КПИ такава практика е определено оспорима като се има предвид особено, че

понякога се налага пациентите да останат дълго време в отделението. Индивидуализирането на облеклото трябва да бъде част от лечебния процес." (CPT Report, §200).

19 Тълкувателно решение №39 от 7.06.1984 г., н.д. №31/84 г., ОСНК. Въпреки това решение обаче съдиите в повечето случаи назначават адвокат по време на съдебната фаза на процедурата по настаняване.

20 Чл. 5, т. 1 от Европейската конвенция за правата на човека: 1. Всеки има право на свобода и сигурност. Никой не може да бъде лишен от свобода освен в следните случаи и само в съответствие с процедури, предвидени от закона:.....е) законно лишаване от свобода...на душевноболни лица."

21 ECHR, Case of Vurbanov v Bulgaria, Judgment, Strasbourg, 5 October 2000, §48, available at the ECHR web site: [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int).

22 ДВ, бр. 58 от 24 юли 1981 г. с последващи изменения.

23 Varbanov v. Bulgaria, §51.

24 ДВ, бр. 12 от 7 февруари 1997 г.

25 Barefoot v. Estelle, 463 US 880.

26 Brief Amicus Curiae for the American Psychiatric Association in re: Barefoot v. Estelle, p. 8-9.

27 Ето едно типично решение в това отношение: "[Съдът] намира, че с оглед влошеното психологично състояние на предложения Б..., изразяващо се в прояви на агресивност към околните, същият се нуждае от лекарска намеса и се налага настаняването му за принудително лечение." (Решение №215/2001 на Тутраканския районен съд)

28 По подобен начин, при същата правна ситуация, по време на комунизма някои хора, които не приемаха идеалите и нормите на тогавашното общество бяха настанявани в психиатрични клиники. Злоупотребите с психиатрията за политически цели обаче, макар и да съществуваха, никога не достигнаха мащабите на подобни злоупотреби в бившия Съветски съюз.

29 Из интервюто на БХК с г-жа Мария Владова, главна сестра на ДПБ-Бяла, на 11. 09. 2001г.: "От едната врата го пускат да си ходи, а от другата врата жена му вече е тръгнала да подава жалба да го хоспитализират отново принудително."

30 Виж следните дела за настаняване на задължително лечение с номера: 2127/2000 на Районен съд-Русе, 1251/2001 на Районен съд-Русе, 102/1997 на Районен съд-Плевен, 59/1999 на Районен съд-Плевен, 148/1998 на Районен съд-Плевен.

31 №59/1999 на Районен съд-Плевен.

32 Това са делата с номера: 1340/2001 на Районен съд-Русе, 146/2000 на Районен съд-Раднево и 333/1998 на Районен съд-Раднево.

33 Принцип 12.

34 "Определени клинични проблеми, възникващи у пациентите, могат да се решават с помощта на един от най-предпочитаните за всяка конкретна ситуация методи на лечение, но психиатрите винаги трябва да се

стараят да използват широк спектър от терапевтични методи и средства за въздействие, за да осигурят на пациента квалифицирано лечение." (Х. Каплан, Б. Садок, Клиническа психиатрия, превод с английското с допълнения под ред. Т.Б. Димитриевой, Москва, Гэотар медицина, 1999, с.373). "Провокиращата роля на социалните стресори във възникването на рецидиви [при шизофренията] обуславя важноста на използването на психосоциалните лечебни подходи, присъединяването на които към методите на биологичната терапия позволява да се снижи рецидивирването допълнително на 25-30% от равнището, достижимо при използването само на невролептици." (Ю.В. Попов, В.Д. Вид, Современная клиническая психиатрия, Спб, Речь, 2000, с.96.)

35 8-th General Report, CPT/Inf (98) 12, para.37.

36 CPT Report, §§192, 201.

37 Н. Бешков, Ив. Герджиков, Психиатричната помощ в Република България-1996,с.54.

38 "Сериозната психична болест обаче остава спътник за цял живот и изисква решения по линия на подобряване качеството на живота на болния и възвръщане на смисъла от него. Сегашната система е безпомощна пред тези изисквания. Липсва концепция как да бъдат приобщени приносите на немедицинските специалисти." (Национална програма, Раздел 3, гл. 3)

39 ДВ, бр. 19 от 7 март 1975 г. с последващи изменения.

40 ДВ, бр. 107 от 28 декември 2000 г. с последващи изменения и допълнения.

41 Виж например следните примери за това как трябва да изглежда формата за информирано съгласие: State of Vermont Department of Developmental and Mental Health Services, Informed Consent Package for Electroconvulsive Therapy (ECT), at: [www.state.vt.us/dmh/mhECTinformedconsent/htm](http://www.state.vt.us/dmh/mhECTinformedconsent/htm), retrieved 30 August 2001; Victorian Government Department of Human Services, ECT Manual: Licensing, Legal Requirements and Clinical Practice Guidelines, Melbourne, January 2000; Richard Abrams, Electroconvulsive Therapy, third edition, New York-Oxford, Oxford University Press, 1997, pp. 291-293.

42 Това, че българската държава допуска институции с един и същ статут, каквито са лечебните заведения на Министерството на отбраната и държавните психиатрични болници да имат различни възможности да получават средства от фондовете на НЗОК е ярък пример за дискриминационно отношение към психиатричните институции и техните пациенти. Тази дискриминация, както ще се види по-нататък, има съвсем конкретни негативни последици за пациентите на психиатричните болници.

43 Принципи за защита на лица с психична болест и за подобряване на психичноздравната помощ (Резолюция №46/119 на Генералната асамблея на ООН от 17. 12. 1991 г.), Принцип 11.6, достъпни на български на интернет страницата на БХК: [www.bghelsinki.org/frames-zakon\\_bg.html](http://www.bghelsinki.org/frames-zakon_bg.html).

44 8-th General Report, CPT/Inf (98) 12, para. 41.

>45 Ето например какво гласи типовата декларация за "доброволно" лечение, на която БХК попадна при второто си посещение в ДПБ-Царев брод на 31 август 2001 г.: "Задължавам се да спазвам стриктно лечебно охранителния режим. Уведомен съм, че при неспазване на горното преписката ми ще бъде възобновена." В писмо от 19.11.2001 г. до БХК, след запознаване с предварителната версия на настоящия доклад, директорът на ДПБ-Царев брод писа по този повод: "Позволете ми да не се съглася с вашата интерпретация на текста от декларацията, че той е средство за пряка или косвена заплаха за пациента, т.е. че чрез него се

прилага някаква форма на принуда. Цитираното изречение е просто информация за пациента. Освен това подписването на декларацията се предшества от период на наблюдение, няколко интервюта, оценка на симптоматиката, оценка на риска от опасно поведение, критичността, готовността за съдействие и т.н. Едва след това се прави експертна преценка и заключение дали се налага стационарно лечение."

46 Report to the Bulgarian Government on the visit to Bulgaria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 26 March to 7 April 1995, para. 185-187.

47 8-th General Report, CPT/Inf (98) 12, para. 39.

48 Виж например: APA, *The Practice of Electroconvulsive Therapy*, second edition, Washinton, APA, 2001, Chapter 11, pp.125-203 и Richard Abrams, *Electroconvulsive Therapy*, third edition, New York-Oxford, Oxford University Press, 1997, pp. 205-211 за практиката в САЩ.

49 Георги Ончев, Спиридон Алексиев, *Психиатричната практика в България: резултати от национално анкетно проучване сред професионалисти*, Бюлетин на БПА, брой 4/2000 г. Изследването обхваща 23% от практикуващите психиатри в България, но не е представително за групата.

50 Инструкцията е публикувана в: Н. Бешков, И. Герджиков, *Психиатричната помощ в Република България - 1996*, стр. 102-111.

51 Принцип 11, точка 11.

52 Council of Europe, Parliamentary Assembly, Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights, para. 7.1.b, available at: <http://stars.coe.fr/ta/ta94/EREC1235.htm>.

53 8-th General Report, CPT/Inf (98) 12, para. 47.

54 Ibid., para. 48.

55 Ibid., para. 50.

56 CPT Report, para. 217, 219.

57 "КПИ понякога се среща с пациенти на психиатрични институции, по отношение на които са били предприемани средства за физическо съдържане в продължение на няколко дни; Комитетът трябва да подчертае, че подобна практика не може да има никакво терапевтично оправдание и, по негово мнение, е равносилна на жестоко третиране." (8-th General Report, CPT/Inf (98) 12, para.48).

58 CPT Report, para. 218.

59 В цитираното вече писмо от 19.11.2001 г. до БХК (виж бележка 44), директорът на ДПБ-Царев брод писа по повод използването на синджир и липсата на записи на фиксиранията: "Държа да Ви уведомя, че цитираният от Вас случай е изолиран, а не политика на болницата. От пролетта на тази година съм иницирал в ДПБ комплекс от мероприятия за реформиране на работата, включващи подобряване на битовите условия, изработването на терапевтични програми и клиничен профил и т.н. Въпросът за имобилизацията и правата на пациентите бе дебатиран неколкократно и в резултат се изработиха подробни правила за имобилизация - кои са индикациите, кой е оторизиран да назначава имобилизиране, как се извършва, за колко време, как да се съкрати времето на имобилизация, регистрирането в историята на

заболяването и пр. Уверено мога да заявя, че заедно с колегите работим по посока на промяна на нагласите за спазване на правата на пациентите и създаване на нетърпимост към случаи на нехуманно отношение. Считам, че благодарение на тези усилия използването на синджери или липсата на записи за фиксиранията е невъзможно да се случат сега."

60 ДВ, бр. 64 от 9 август 1994 г.

61 ИССИ работи с малко завишени норми. Тези изчисления на института съвпадат с нормата за прием на калории при висока степен на интензивност на физически труд за млади пълнолетни мъже, определена от Наредба №16. Нормата за прием на калории при ниска степен на интензивност на физически труд, усреднена за мъже и жени, в наредбата съвпада с нормата на ИССИ за 14-18 годишни деца, която изисква средно месечно по 108.50 лева на човек, или 3.50 лева на ден (Виж Институт за социални и синдикални изследвания, Бюлетин "Жизнено равнище", №1, 2001 г., с. 54-55).

62 Това са болниците, в които БХК успя да установи стойности на хранодните за периода януари-юни/юли/септември, 2001 г. Данните за 1998 г. са от: И. Бешков, И. Герджиков, Психиатричната помощ в България - 1998 г., с. 47.

63 "Броят на здравния персонал от всички нива едва ли може да се сметне за достатъчен." (CPT Report §209)

64 "Броят на работещите в момента лекари, полувисш (среден) и друг медицински персонал е под определения стандарт за страната и препоръките на СЗО" (И. Бешков, Ив. Герджиков, Психиатричната помощ в България - 1996, с.54).

65 CPT Report, §220.

66 Ibid., §222.

67 Ibid.

68 Ibid., §223.

69 Социално-педагогическите интернати и възпитателните училища-интернати, София, Изд. на БХК, 2001 г., с.22.