

КОНСЕНСУСНО СТАНОВИЩЕ ЗА ОБСЛУЖВАНЕ И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ОПАСНО ПОВЕДЕНИЕ

приет на Конференцията на
Частнопрактикуващите психиатри Боровец 7-9 юни 2002г

УВОД

Предотвратяването на опасните действия на лица с психични разстройства се реализира приоритетно в системата на психиатричната помощ, която тясно взаимодейства с институциите за социален контрол, борба с престъпността и общата здравна мрежа. Предвиждането и предотвратяването на болестно мотивираното опасно поведение остава в полето на компетентност на психично-здравните специалисти със съдебно-психиатричен опит.

Предвиждането и справянето с опасните прояви, които застрашават живота и здравето на пациента или околните, включва установяване на диагноза и прогноза на психичното разстройство, както и дейности за благоприятно повлияване едновременно на разстройството и на поведението на опасния болен.

Психичното разстройство сложно взаимодейства с непатологичните детерминанти на поведението, свързани с особеностите на личността, социалния ѝ опит и нагласи, личностовите интеракции с околните, стресовите фактори на средата и конкретната ситуация на конфликти, ролята на алкохолна и/или наркотична злоупотреба и други.

ЕКСПЕРТИЗА НА ОПАСНОТО ПОВЕДЕНИЕ

Изследването и оценката на факторите, които взаимодействат в генезата на опасното поведение на конкретния пациент, са предмет на психиатрична експертиза, която е база за прогнозиране на поведението и за мерките, препоръчани за превенция и лечение.

Експертният анализ трябва да оцени при всеки пациент мястото и ролята на психичното разстройство в произхода на опасното поведение. Тази роля варира в широки граници от полюса на императивна мотивация за опасно поведение, както е например в налудната себезащита, до полюса на незначително болестно оцветяване на едно разбираемо престъпно поведение.

Ролята на психиатричната експертиза на невменяемостта се изчерпва с наказателното производство, но експертната на опасното поведение има по-широко приложение в системата на принудителното и задължителното лечение в здравното законодателство.

ЕТИЧНИ АСПЕКТИ

Професионалната роля на психиатъра в експертната на обществената опасност се отклонява значително от медицинския модел на терапевта. Тук психиатърът се оказва дълбоко въввлечен в системите за социален контрол и правораздаване и се оказва раздвоен между дълга към пациента и лоялността към тези системи и към цялото общество, които обслужва. Този деонтологичен конфликт изисква особена професионална прецизност и търсене на баланс между дълга към пациента и защитата на обществото.

Предизвикателство за професионалната компетентност и моралната устойчивост на психиатъра са експертните въпроси, свързани с установяването на риска за обществена опасност на пациента. Оценката за потенциалната обществена опасност е вероятностна, с висок процент грешка. Предметът на тази оценка е комплексен и често излиза от полето на компетентност на психиатъра. Кой може да оценява вероятностния риск за опасно поведение на един индивид е въпрос, който все още няма задоволителен отговор. Усещайки своята безпомощност, институциите за социална защита (правоохранителни и правораздавателни органи, социални служби) неправомерно оказват натиск върху психиатъра, те се стремят да го ангажират в невъзможна категоричност в отговора на въпросите относно риска, създаден от определен индивид.

Психиатърът като експерт на обществено опасното поведение неизбежно попада в ролята на двоен агент, но е задължен да съблюдава строго клиничната си компетентност и да не се оставя да бъде увеличан прекомерно в социалния контрол.

НОРМАТИВНИ АСПЕКТИ

Обществено опасното поведение, еднакво в здраве и в болест, има само нормативна дефиниция. Основната трудност при работа с понятието обществена опасност е, че то е вероятно поведение, което не се поддава на клинично дефиниране и на емпирично прогнозиране. Спрямо пациентите работното понятие има един съществен имплицитен елемент с това, че то визира поведение на лица с психични разстройства.

Основните експертни и терапевтични задължения за психиатъра при работа с обществено опасния пациент са нормативно закрепени в Наказателния Кодекс, Наказателно-Процесуалния Кодекс, Закона за Народното Здраве и Правилника за Приложение на Закона за Народното Здраве.

Терминологичното разграничение между принудително и задължително лечение на обществено опасните пациенти е чисто формално и няма клинични разграничители.

Принудително е лечението, предвидено в НК (чл. 89-91), което се прилага спрямо лица след извършено обществено опасно действие в състояние на невменяемост. Задължителното лечение се регулира от ЗНЗ (чл. 36) и ППЗНЗ (чл. 69-73) и неговото приложно поле са лицата, които сериозно застрашават своя живот и здраве или тези на околните.

И двата вида правно регулирана принуда при лечението имат общ субект и това са лицата с психични разстройства, които носят повишен риск за извършване на първично или повторно обществено опасно действие.

НОРМАТИВНА ПРОЦЕДУРА

Процесът на прилагане на принудително и на задължително лечение на пациенти с висок риск за опасно поведение е подробно регламентиран в НК, НПК, ЗНЗ и ППЗНЗ и практическото му изпълнение се състои от следните последователни стъпки.

1. Общо- практикуващият лекар или друг специалист при среща с пациент със съмнение за обществено опасно поведение свързано с психични отклонения е длъжен да го насочи незабавно към специалист психиатър за изследване и преценка на опасността.

2. Задължение за специалиста психиатър е да изследва пациента и да направи детайлизирана оценка на риска (Приложение № 1). Когато бъде установен висок риск от извършване на обществено опасно деяние психиатърът настанява по спешност пациента в психиатричен стационар (чл. 36 ал. 5 ЗНЗ), като уведомява районния прокурор и близките на лицето. Когато бъде установен риск от извършване на обществено опасно деяние от средна или ниска степен, психиатърът уведомява прокурора за състоянието на пациента с оглед необходимостта от лечение (чл. 36 ал. 3), както и близките на пациента.

3. Професионалната оценка на риска за извършване на обществено опасни действия, който пациентът представлява, е основен предмет на психиатричната експертиза, възложена от правните органи. В експертното заключение следва да се уточни степента на риска (висока, средна или ниска) и да се предложат необходимите правни и медицински мерки за неговото овладяване - лечение в стационар за особено опасни пациенти, лечение в обикновен стационар, при полустационарни условия или амбулаторно (Приложение № 1). Такава оценка и предложение се прави и при пациенти постъпили на доброволно лечение, които настояват да бъдат изписани преди стабилизиране на състоянието им.

4. При периодичното преосвидетелстване на пациента, настанен на принудително/задължително лечение се прилагат стриктни критерии и процедура за оценка на динамиката на състоянието му и риска. (Приложение № 2).

5. При експертната оценка за продължаване, видоизменяне или прекратяване на принудителното и задължителното лечение задължително се предлага стъпаловидна редукция на ограниченията спрямо пациента чрез:

- преминаване от стационар за особено опасни лица с психични разстройства към
- обикновен психиатричен стационар,
- полустационарно лечение и накрая
- амбулаторно лечение с предаване на пациента на грижите на близките му под контрол на психиатричния диспансер.

При тази последователност отпада риска от нарушаване на закона чрез пускане на пациента на принудително/задължително лечение в домашен отпуск.

6. При отказ на пациента да изпълнява предписания режим и лечение следва незабавно да бъде уведомена прокуратурата и районния полицейски инспектор, които предприемат мерки за осигуряване на предписаните от съда режим и лечение.

7. За всеки изписан пациент след принудително или задължително лечение се уведомява личния лекар чрез епикриза с указания за последващо наблюдение и лечение.

Документи, съпътстващи консенсусното становище:

- Приложение № 1: Критерии за оценка на риска с оглед настаняване на принудително/задължително лечение
- Приложение № 2: Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване с оглед продължаване, видоизменяне или прекратяване на принудителното и задължителното лечение
- Приложение № 3: Фиш (аналогично на бързо известие при инфекциозни заболявания) за уведомяване на районния прокурор при настаняване на пациент в психиатричен стационар по спешност поради висок риск от извършване на обществено опасни действия.
- Приложение № 4: Извадки от нормативни документи, които са неотменна част от консенсусното становище

ДИСКУСИОННИ ОБЛАСТИ:

Пускането на пациенти на принудително/задължително лечение в домашен отпуск

Търсене на информирано съгласие при пациенти на принудително/задължително лечение

Лечение без съгласието на пациента по време на експертното освидетелстване (процедура)

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

ДО МС

Организиране на свръхбързо съдебно производство до 24 ч. с участие на дежурен съдия, дежурен прокурор и адвокат, при задължение на психиатъра да изготви експертна оценка на риска до 24 часа; вкл. и чрез посещение на съдебния състав в стационара при пациента, когато той не е годен да бъде представен пред съда.

Създаване на институция обществен защитник на правата на пациента при спешното му настаняване и съдебна процедура, вкл. и чрез ангажиране на НПО.

Контрол от страна на прокуратурата върху провеждането на принудително/задължително лечение, независимо от формата му и обезпечаване на лечението при отказ от страна на пациента.

Уточняване на възможностите на прокурора за изолиране на опасния болен след приключване на експертното освидетелстване, преди влизане в сила на решението на съда за лечение

Уточняване на дейностите на районния полицейски инспектор в провеждането на амбулаторно принудително/задължително лечение при отказ от страна на пациента.

ДО МЗ

Разкриване на специализирано отделение за лечение на жени с висок риск от извършване на обществено опасни действия.

Издаване на нормативен документ за специализирани дейности на психиатричните извънболнични структури за амбулаторно принудително/задължително лечение на опасни пациенти и за специализиран учет (предложение за създаване на работна група за изготвяне на предварителен вариант на такъв документ).

Осигуряване на безплатно лечение за пациентите на амбулаторно принудително/задължително лечение – провеждането на такова лечение да е от компетентност само на държавни извънболнични психиатрични структури с осигурени при тях медикаменти.

Приложение № 1

КРИТЕРИИ ЗА ПЪРВОНАЧАЛНА ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ОПАСНО ПОВЕДЕНИЕ, ИЗВЪРШВАНА В АМБУЛАТОРНИ УСЛОВИЯ И ПРИ ПЪРВОНАЧАЛНА ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА, ИЗВЪРШВАНА В АМБУЛАТОРНИ ИЛИ СТАЦИОНАРНИ УСЛОВИЯ:

I. Болестни критерии към момента на изследването или освидетелстването:

I.I. Критерии свързани с психотични синдроми:

1. Агресивно или автоагресивно поведение
2. Психомоторна възбуда
3. Обърканост
4. Негативизъм
5. Дисимулация
6. Синдроми владеещи поведението на пациента (императивни халюцинации, интензивни налудни синдроми, витална застрашеност, паратимия, кататонни прояви, епилептични еквиваленти
7. Други интензивни психотични синдроми
8. Честа и бърза смяна на синдромите (изразена динамика)
9. Некритичност

I.II. Критерии свързани с личностова промяна:

1. Импулсивност
2. Агресивна зареденост
3. Етична деградация
4. Когнитивни изкривявания

II. Ситуативни критерии към момента на изследването или освидетелстването:

1. Спонтанно агресивно поведение
2. Провокирано агресивно поведение
3. Провокативна семейна среда
4. Изоставяне на пациента от семейството и близките му
5. Прекъсване на лечението
6. Поява или засилване на употребата на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти
7. Конфликтни взаимоотношения с вероятната жертва
8. Резки промени в социалното, битово и финансово състояние
9. Опасни намерения, планиране и/или поведенчески прояви, високо рискови, с малък шанс за спасяване от агресия и/или автоагресия

III. Критерии, свързани с био-психо-социалното развитие на пациента:

1. Предходни криминални прояви
2. Предходни настанявания на принудително/задължително лечение
3. Предходни консултации с психиатър с мнение за неотложна хоспитализация
4. Фамилна анамнеза за агресивни и/или автоагресивни модели за справяне
5. Криминално проявено семейство
6. Мъжки пол
7. Непълноценно семейство
8. Затруднения в социалната адаптация
9. Разрушение на съществуващи в миналото взаимоотношения
10. Склонност или употреба на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти
11. Тежка преморбидна личностова патология
12. Обучителни затруднения, ниско образователно ниво
13. Когнитивен дефицит

IV. Социални критерии, затрудняващи възможностите за ресоциализация, валидни към момента на изследването или освидетелстването:

1. Отсъствие на адекватно лечение и/или съдействие за лечение
2. Живее сам или в непълно семейство
3. Конфликтна семейна среда
4. Остри актуални стресори (загуба, географско преместване, физикални или терминални заболявания)

5. Финансова и битова необезпеченост, Безработен
6. Криминално проявено семейство
7. Отсъствие на партниране на семейството в боледуването и на годност на семейството за грижи
8. Отсъствие на референтна (приятелска, подкрепяща) среда
9. Асоциална референтна среда
10. Конфликтни взаимоотношения с вероятната жертва

V. Психологични фактори към момента на изследването или освидетелстването:

1. Набелязване на потенциални жертви
2. Дълбока личностова промяна
3. Експлозивност
4. Враждебност
5. Отсъствие на емпатия
6. Обичайно агресивно поведение
7. Липса на самоконтрол
8. Недооценка на състоянието
9. Мирогледни възгледи, връзка с етнически или психокултурални социални групи, изповядващи агресия
10. Ситуации, довели до посттравматичен стрес (причиняване на смърт при ПТП, участие във военни действия и сходни)
11. Виктимизация или нарцистична рана в миналото

Указания:

Тези критерии имат указателен характер и се преценяват индивидуално за всеки пациент, съобразно източника на информация и неговата надеждност, необходимостта от консултации и от прилагането на специфични интервенции.

Някои от тях сами по себе си налагат спешна хоспитализация (агресивно или автоагресивно поведение, психомоторна възбуда, обърканост, помрачение на съзнанието)

При положителен отговор на въпросите, всеки критерий се оценява с 1 точка.

При натрупване на 35 и повече точки се приема, че рискът от опасни прояви е висок и пациентът се настанява по спешност. При натрупване между 20 и 34 се приема, че рискът е от умерена степен и се прави предложение за лечение до Районната прокуратура. Под 20 точки се обсъжда провеждане на лечение без принуда, със съдействието на близките на пациента.

При експертна оценка на риска се прилагат и психологични изследвания.

Личностови психологични критерии, свързани с риска:

Умствена компетентност

- Разстройства на психичните процеси (внимание, памет, мислене)
- Дефицити в интелектуалния процес

Емоционална компетентност

- Незрели емоции, повърхностни и плитки емоции
- Нисък праг на раздразя; бърз интензитет на негативни емоции с експлозивност
- Загуба или липса на самоконтрол върху импулсивното поведение
- Ригидност на негативния афект
- Липса на състрадателност (емпатия), липса на емоционален резонанс
- Липса на чувство за вина
- Нарцистичност, невъзможност за емоционално свързване; чувство за превъзходство и грандиозност
- Емоционална нестабилност на самооценката с променливи чувства за изоставеност, ненужност, празнота, суицидни пориви и враждебност

Социална компетентност

- Разстройства и неизградени комуникативни умения: затруднена комуникация до невъзможност за приятелски контакти; проблем с лидерство; манипулативност;
- Социално неприемливи норми на поведение; антисоциални мирогледни възгледи; житейска позиция на враждебност и възмездяване; стил на обичайно агресивно поведение присъщо и на родители или други членове в семейството; приобщаване към стила на живот на банди, групи с антисоциално поведение или терористични действия;
- Неефективни стратегии за справяне с проблемни житейски ситуации чрез противопоставяне, действия с насилие или злоупотреба с психоактивни вещества
- Невъзможност за прогнозиране в перспектива, няма планове за бъдещето; действия без обмисляне на последиците; не може да използва собствения си опит при решаване на проблемни ситуации

Тестове прилагани от обучени психолози:

Специализирани тестове за когнитивни процеси и интелект:

- пиктограма, Бентон, Хенчел
- Векслер, Рейвън

Въпросници:

- за агресивност на Бъс-Дюрки; Залтц-Елщейн; П. Петкова;
- скала за импулсивност на Барат; въпросник за гнева на Спилбъргър; въпросник за нарцисизъм на Фарс и Ерскин

Проективни методики:

- за фрустрационен толеранс на Розенцвайг;
- на Зонди
- ТАТ, Роршах

**КРИТЕРИИ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ПРИ ПРЕОСВИДЕТЕЛСТВАНЕ С ОГЛЕД
ПРОДЪЛЖАВАНЕ, ВИДОИЗМЕНЯНЕ ИЛИ ПРЕКРАТЯВАНЕ НА
ПРИНУДИТЕЛНОТО/ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ**

I. Болестни критерии, валидни към момента на преосвидетелстването:

I.I. Критерии свързани с психотични синдроми:

1. Неблагоприятно протичане на болестта или влошаване
2. Агресивно или автоагресивно поведение
3. Психомоторна възбуда
4. Обърканост
5. Негативизъм
6. Дисимулация
7. Синдроми владеещи поведението на пациента
8. Други интензивни психотични синдроми
9. Честа и бърза смяна на синдромите (изразена динамика)
10. Некритичност

I.II. Критерии свързани с личностова промяна:

1. Импулсивност
2. Агресивна зареденост
3. Етична деградация
4. Когнитивни изкривявания

II. Ситуативни личностово-поведенчески критерии към периода на лечение и момента на преосвидетелстването:

1. Спонтанно или провокирано агресивно поведение
2. Конфликтни взаимоотношения (близки, пациенти, персонал и др.)
3. Отказ от провеждане на лечение
4. Нарушения на предписаните лечение и режим
5. Опасни намерения, планиране и/или поведенчески прояви на агресия и/или автоагресия

III. Критерии, свързани с био-психо-социалното развитие на пациента и възможностите за ресоциализация:

1. Предходни криминални прояви
2. Предходни настанявания на принудително/задължително лечение
3. Фамилна анамнеза за агресивни и/или автоагресивни модели
4. Криминално проявено семейство
5. Непълноценно семейство
6. Провокативна семейна среда
7. Затруднения в социалната адаптация, несвързани със заболяването
8. Разрушаване на съществуващи в миналото взаимоотношения
9. Тежка преморбидна личностова патология
10. Мъжки пол
11. Склонност или употреба на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти
12. Обучителни затруднения, ниско образователно ниво
13. Когнитивен дефицит

IV. Социални критерии, затрудняващи възможностите за ресоциализация, валидни към момента на преосвидетелстването:

1. Отсъствие на възможност за пълноценно провеждане на амбулаторно лечение
2. Отсъствие на възможност за партниране от семейството и близките при лечението и обгрижването
3. Живее сам или в непълно семейство
4. Конфликтна семейна среда
5. Изоставяне на пациента от семейството и близките
6. Остри актуални стресори към момента на преосвидетелстването (загуба, физикални или терминални заболявания)
7. Финансова и битова необезпеченост, безработен
8. Криминално проявено семейство
9. Отсъствие на референтна (приятелска, подкрепяща) среда
10. Асоциална референтна среда

V. Психологични критерии към момента на преосвидетелстването:

1. Дълбока личностова промяна

2. Експлозивност, враждебност
3. Отсъствие на емпатия
4. Обичайно агресивно поведение
5. Липса на самоконтрол
6. Недоценка на състоянието
7. Мирогледни възгледи, връзка с етнически или психокултурални социални групи, изповядващи агресия

VI. Психологични изследвания, прилагани при експертна оценка на риска при преосвидетелстване:

Личностови психологични критерии свързани с риска:

Интелектуална компетентност:

- Разстройства на психичните процеси (внимание, памет, мислене)
- Дефицити в интелектуалния процес

Емоционална компетентност:

- Незрели емоции, повърхностни и плитки емоции
- Нисък праг на раздразя; бърз интензитет на негативни емоции с експлозивност
- Загуба или липса на самоконтрол върху импулсивното поведение
- Ригидност на негативния афект
- Липса на състрадателност (емпатия), липса на емоционален резонанс
- Липса на чувство за вина
- Нарцистичност, невъзможност за емоционално свързване; чувство за превъзходство и грандиозност
- Емоционална нестабилност на самооценката с променливи чувства за изоставеност, ненужност, празнота, суицидни пориви и враждебност

Социална компетентност

- Разстройства и неизградени комуникативни умения: затруднена комуникация до невъзможност за приятелски контакти; проблем с лидерство; манипулативност;
- Социално неприемливи норми на поведение; антисоциални мирогледни възгледи; житейска позиция на враждебност и възмездяване; стил на обичайно агресивно поведение присъщо и на родители или други членове в семейството; приобщаване към стила на живот на банди, групи с антисоциално поведение или терористични действия;
- Неефективни стратегии за справяне с проблемни житейски ситуации чрез противопоставяне, действия с насилие или злоупотреба с психоактивни вещества
- Невъзможност за прогнозиране в перспектива, няма планове за бъдещето; действия без обмисляне на последиците; не може да използва собствения си опит при решаване на проблемни ситуации

Тестове прилагани от клинични психолози:

Специализирани тестове за когнитивни процеси и интелект:

- пиктограма, Бентон, Хенчел
- Векслер, Рейвън

Въпросници:

- за агресивност на Бъс-Дюрки; Залтц-Епщейн; П. Петкова;
- скала за импулсивност на Барат; въпросник за гнева на Спилбъргър; въпросник за нарцисизъм на Фарс и Ерскин

Проективни методики:

- за фрустрационен толеранс на Розенцвайг;
- на Зонди
- ТАТ, Роршах

Указания:

Тези критерии имат указателен характер и се преценяват индивидуално за всеки пациент, съобразно източника на информация и неговата надеждност, необходимостта от консултации и от прилагането на специфични интервенции.

При положителен отговор на въпросите, всеки критерий се оценява с 1 точка.

При натрупване на 10 и повече точки се приема, че рискът продължава да е висок и пациентът следва да остане при същите условия на лечение. При натрупване над тази сума се предлага условията на лечението да се променят към по-висока степен на сигурност, в зависимост от клиничните критерии.

Предложение за прекратяване на принудително/задължително лечение може да се направи само ако сборът от оценката на критериите е 10 или по-малко.

ИЗВЕСТИЕ ДО РАЙОННАТА ПРОКУРАТУРА ПРИ НАСТАНЯВАНЕ НА ПСИХИАТРИЧЕН
ПАЦИЕНТ ПО СПЕШНОСТ

БЛАНКА НА ЗАВЕДЕНИЕТО

УВЕДОМИТЕЛНО ПИСМО

**ДО
РАЙОННА ПРОКУРАТУРА**

На вниманието на

(ако е известно кой от зам. районните прокурори е ангажиран с принудителното и задължително лечение на психиатрични пациенти)

гр.

КОПИЕ:

..... (Психиатричното здравно заведение, в чийто стационар се настанява пациента по спешност)

Уведомяваме Ви, че на бе настанено по спешност в (НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС НА БОЛНИЦАТА). лицето (ИМЕ НА ПАЦИЕНТА), ЕГН
....., адрес, № лични документи (ако са известни).

Същият (същата) се води (не се води) на диспансерен учет с диагноза от
г.

Настаняването в психиатрична болница е извършено без съгласието на пациента на основание чл. 36 ал. 3 и ал. 5 ЗНЗ.

Основания за спешно настаняване:

Диагноза: (съобразно диагностичните категории в чл. 36 ал. 3 ЗНЗ)

Синдром: (с акцент върху болестните прояви, поради които пациентът е неадекватен и рисков)

Конкретни прояви: (описание на конкретни действия на пациента, които обуславят спешността).

Приложение: епикриза.

Молим за вашето разпореждане.

ЛЕКАР СПЕШЕН ЕКИП:

(подпис, име)

(печат)

ДИРЕКТОР:

(подпис, име)

Нормативни документи относно принудителното/задължително лечение

НАКАЗАТЕЛЕН КОДЕКС

ПРИНУДИТЕЛНИ МЕДИЦИНСКИ МЕРКИ

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 психоневрологичен диспансер;
- б) принудително лекуване в обикновено психоневрологично заведение;
- в) принудително лекуване в специална психиатрична болница или в специално отделение в обикновено психоневрологично заведение.

Чл. 90. (1) Принудителното лекуване в обикновено психоневрологично 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 психиатрична болница или в специално отделение може да бъде поставено 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 изменянето 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 настъпяването в лечебно заведение съдът се произнася за прекратяване, продължаване или заменяване на принудителното лечение.

ЗАКОН ЗА НАРОДНОТО ЗДРАВЕ

МЕДИЦИНСКО ОБСЛУЖВАНЕ

Чл. 36. (Изм. - ДВ, бр. 15 от 1991 г., изм. - ДВ, бр. 12 от 1997 г.) (1) (Изм. - ДВ, бр. 62 от 1999 г.) Болните от венерически заболявания, лепра и други заразни болести, посочени в правилника за прилагане на закона, подлежат на задължително лечение в държавно или общинско лечебно заведение.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 15 от 1991 г., изм. - ДВ, бр. 12 от 1997 г., изм. - ДВ, бр. 62 от 1999 г.) Настъпяването в държавно или общинско лечебно заведение за задължително лечение на болни по предходната алинея се извършва по нареждане на директора на съответното здравно заведение.

(3) (Изм. - ДВ, бр. 15 от 1991 г., изм. - ДВ, бр. 12 от 1997 г., изм. - ДВ, бр. 62 от 1999 г.) На задължително лечение в държавно или общинско лечебно заведение, постановено по съдебен ред, подлежат и болни от шизофрения, параноя, циклофрения, епилепсия, от сенилни, пресенилни, травмени, 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) (Изм. - ДВ, бр. 12 от 1997 г., изм. - ДВ, бр. 62 от 1999 г.) Настъпяването 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) (Изм. - ДВ, бр. 15 от 1991 г., бр. 12 от 1997 г., изм. - ДВ, бр. 62 от 1999 г.) 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) (Изм. - ДВ, бр. 12 от 1997 г., изм. - ДВ, бр. 62 от 1999 г.) 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) (Нова - ДВ, бр. 12 от 1997 г.) На задържаното психично болно лице се осигурява възможност да обжалва решението на съда, който незабавно се произнася по неговата законосъобразност.

(8) (Нова - ДВ, бр. 12 от 1997 г., изм. - ДВ, бр. 62 от 1999 г.) 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) (Нова - ДВ, бр. 12 от 1997 г.) На всеки шест месеца въз основа на представената съдебно-психиатрична експертиза от здравното заведение съдът служебно се произнася за прекратяване или продължаване на лечението.

ПРАВИЛНИК ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ЗАКОНА ЗА НАРОДНОТО ЗДРАВЕ

ОСОБЕНИ ПРАВИЛА ПРИ ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (Загл. изм. - ДВ, бр. 65 от 1994 г.)

Раздел II

Задължително лечение

Чл. 69. (Изм. - ДВ, бр. 65 от 1994 г., изм. - ДВ, бр. 39 от 1998 г.) Ръководителят на психиатричното заведение може да прави предложение до прокурора за задължително задържане на лечение и на доброволно постъпил психично болен, който в хода на лечението настоява за изписване, ако са налице изискванията на чл. 36, ал. 3 от закона.

Чл. 70. (1) (Изм. - ДВ, бр. 65 от 1994 г., изм. - ДВ, бр. 39 от 1998 г.) В случаите, когато поради състоянието на психично болен се е наложило да се вземат незабавни мерки и той е бил временно настанен на лечение в здравното заведение съгласно чл. 36, ал. 5 от закона, ръководителят на заведението е длъжен да уведоми районния прокурор в срок до 24 часа от настаняването.

(2) Когато прокурорът откаже да направи предложение в случаите по чл. 69 и по предходната алинея, здравното заведение е длъжно да освободи болния незабавно.

Чл. 71. (Изм. - ДВ, бр. 65 от 1994 г., отм. - ДВ, бр. 39 от 1998 г.)

Чл. 72. Психиатричното заведение уведомява незабавно близките на болния след постъпването му на задължително лечение.

Чл. 73. (1) (Изм. - ДВ, бр. 65 от 1994 г., изм. - ДВ, бр. 39 от 1998 г.) Когато задължителното лечение вече не е необходимо, ръководителят на психиатричното заведение изпраща до районния прокурор предложение за прекратяването му със съответна медицинска експертиза.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 65 от 1994 г., изм. - ДВ, бр. 39 от 1998 г.) Във всички случаи преди изтичане на първата и всяка следваща година от задължителното настаняване на лечение ръководителят изпраща мотивирано мнение до районния прокурор за прекратяване или за продължаване на задължителното лечение със съответната медицинска експертиза. Мнението се изпраща своевременно, за да може съдът да се произнесе относно прекратяването или продължаването на лечението преди изтичането на годишния срок.

(3) Когато съдът реши да се прекрати принудителното лечение, здравното заведение е длъжно да освободи незабавно настанения.