



**Медицински университет - Варна
„Проф. Д-р Параскев Стоянов”**

**Факултет „Медицина”
Катедра “Психиатрия и медицинска психология”**

д-р Аделина Бояновна Джорджанова

**АНАЛИЗ НА СЪДЕБНОПСИХИАТРИЧНИТЕ И
СЪДЕБНОПСИХОЛОГИЧНИ ЕКСПЕРТИЗИ В
ГРАЖДАНСКИЯ ПРОЦЕС ПО ОПИСА НА
ОКРЪЖЕН СЪД – ВАРНА, ЗА ПЕРИОДА ОТ 2007
ДО 2012 ГОДИНА**

АВТОРЕФЕРАТ

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
„ДОКТОР”**

Научни ръководители:

Доц. д-р Петър Маринов Маринов, дм
Доц. д-р Добринка Демирева Радойнова - Ялъмова, дм

Официални рецензенти:

Проф. д-р Риналдо Савов Шишков, дмн
Доц. д-р Владимир Тодоров Велинов, дм

Варна, 2015 г.

Дисертационният труд съдържа 186 страници, включващи 14 таблици и 121 фигури. Цитирани са 188 литературни източника, от които 150 на кирилица и 38 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на Катедрата по Психиатрия и медицинска психология при МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна, на 15.10.2015 г.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 08.01.2016 г. от 11.30 часа в Аудитория „Проф. Вл. Иванов“, УМБАЛ „Св. Марина“, на открито заседание на Научното жури.

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ – Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ – Варна.

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	5
Цел, задачи и хипотези на изследването	6
Методика и организация на изследването	7
Резултати и обсъждане	8
Изводи	75
Приноси	76
Публикации, свързани с дисертационния труд	77

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БАР	Биполярно афективно разстройство
ВОС	Окръжен съд - Варна
ГПК	Граждански процесуален кодекс
ДЦП	Детска церебрална парализа
ЗД	Захарен диабет
ЗЗ	Закон за здравето
ЗЗД	Закон за задълженията и договорите
ЗЗДН	Закон за защита от домашно насилие
ЗЗСДН	Закон за защита срещу дискриминацията
ЗЛС	Закон за лицата и семейството
ЗН	Закон за наследството
ЗОДОВ	Закон за отговорността на държавата и общините за вреди
ИБС	Ишемична болест на сърцето
ИМИ	Ишемичен мозъчен инсулт
КСПЕ	Комплексна съдебнопсихиатрична и съдебнопсихологична експертиза
ЛР	Личностово разстройство
МКБ-10	Международна класификация на болестите - 10 – ревизия
МСБ	Мозъчносъдова болест
НК	Наказателен кодекс
НПК	Наказателно-процесуален кодекс
НСИ	Национален статистически институт
ООН	Организация на обединените нации
ПАВ	Психоактивни вещества
РДР	Рекурентно депресивно разстройство
СД	Съдова деменция
СК	Семеен кодекс
СПЕ	Съдебнопсихиатрична експертиза
СПО	Съдебнопсихиатрично и съдебнопсихологично освидетелстване
СПсЕ	Съдебнопсихологична експертиза
ССБ	Сърдечно съдова болест
ССН	Сърдечно съдова недостатъчност
ТБК	Белодробна туберкулоза
ХБ	Хипертонична болест
ХОББ	Хронична обструктивна белодробна болест
ЧМТ	Черепно-мозъчна травма

ВЪВЕДЕНИЕ

Понятията „вменяемост” и „дееспособност” са най-често срещаните и най-важните в съдебнопсихиатричната практика. Докато проблемите на вменяемостта по своята същност до голяма степен са отдавна изяснени, тези на дееспособността са недостатъчно разработени не само в нашата, но и в чуждестранната съдебнопсихиатрична литература. От една страна, това се дължи на обстоятелството, че въпросите, свързани с психиатричната експертиза в гражданския процес, са трудни за разбиране и практическо решение, а от друга, че на тях в миналото не е отделено необходимото внимание.

За по-правилното разбиране на понятието „дееспособност” допринася съпоставянето му с понятието „вменяемост”. Заслужава да се изтъкне, че относително по-малко внимание е отделено на разработването на критериите на дееспособността при лицата с психични разстройства в съотношение с критериите на вменяемост.

Проблемът за точните критерии в последните години се поставя и в чуждестранната литература, касаеща експертната оценка на поведението. Като причини се сочат интензифицирането на социално-икономическите отношения, нарастващото разпространение на психични разстройства в старческа възраст /поради удължената продължителност на живот, а в някои страни - поради демографския срив, напр. в България/ и съвременните познания от невробиологията. Някои от авторите подчертават наложителното формулиране на точни критерии, въпреки различията в правните доктрини. В редица страни оценката на загуби на годности е предимно обект на съдебната психология.

Дееспособността се придобива по презумпция, а недееспособността подлежи на доказване.

В чл. 5 на Закона за лицата и семействата в нашата страна са упоменати две медицински причини – „слабоумие” или „душевна болест”, но те невинаги могат да доведат до загуба на годности. Би било некоректно да се приеме, че всички лица с умствена изостаналост са недееспособни, само защото страдат от това психично разстройство. Също така е некоректно да се приеме, че диагнозата „Шизофрения” неминуемо ще попречи на личността да се грижи за своите интереси и да управлява живота си.

Психичните разстройства могат напълно или частично да изключат дееспособността, когато вследствие на болестта е нарушена годността за грижа за своите работи. Универсалната формула „грижа за своите работи” в по-детайлен вид включва свободата на формирането на собствена воля. Нейното нарушаване в случай на заболяване или недоразвитост /слабоумие или душевна болест/ означава, че индивидът не е в състояние да разпознае значението на своето волеизявление или не може да действа съгласно това познание, или, както често се формулира в правната

литература, не може да бъде воден от разумни мотиви или решението му не зависи от разумни доводи.

В съдебнопсихиатричната експертиза на дееспособност е решаващо определянето на тежестта на синдрома, степента, при която настъпва загубата на адекватно преживяване за себе си и взаимоотношенията с околните. Оценката на тези състояния до този момент се прави въз основа само на клиничко-емпиричните познания, без да има ясни критерии, които следва да се прилагат при конкретната оценка на граничните състояния - между дееспособност и ограничена дееспособност или между ограничена дееспособност и пълна недееспособност.

Последните публикации в България, касаещи понятията дееспособност и недееспособност в гражданския процес и съдебната психиатрия, са публикувани от д-р Иван Рачев през 80-те години на 20^{-ти} век и д-р Деница Топузова през 2008 година. Предстоят промени в гражданското право, свързани с директива на ЕС.

При изследване на недееспособността няма изграден единен стандарт, който да гарантира унифицирането на съдебнопсихиатричната практика в областта на дееспособността. Неяснотите в критериите относно недееспособността водят до незадоволителна надеждност при изготвяне на съдебнопсихиатрична оценка от различни експерти.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И ХИПОТЕЗИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

А. Цел

Целта на настоящата разработка е да се изследват и анализират съдебнопсихиатричните и съдебнопсихологичните експертизи от граждански дела и съответните съдебни решения, постановени от Окръжен съд - град Варна (ВОС), за срок от 5 (пет) години.

Б. Задачи

Настоящата цел може да бъде постигната чрез решаването на следните задачи:

- Да се направи характеристика на освидетелстваните лица
- Да се анализира структурата на СПЕ по части.
- Да се анализират експертизите и решенията в различните области на гражданското право:
 - Закон за лицата и семейството;
 - Закон за задълженията и договорите;
 - Закон за наследството;
 - Граждански процесуален кодекс;
 - Семейен кодекс;
 - Закон за отговорността на държавата и общините за вреди;

- Закон за защита от домашно насилие;
- Закон за защита срещу дискриминацията.
- Да се направи статистически анализ на основните групи диагностични оценки, водещи до приемане на недееспособност или ограничена дееспособност и тяхната клинична аргументация в експертизите.
- Да се анализират посмъртните съдебнопсихиатрични и комплексни експертизи.
- Да се анализират експертните становища, отхвърлени от Съда, и повторно назначените експертни оценки.

В. Хипотези

Хипотеза 1: При изследването на недееспособността няма изграден единен стандарт, който да гарантира унифицирането на съдебнопсихиатричната и съдебнопсихологичната практики в областта на недееспособността.

Хипотеза 2: Назначаването на допълнителни и повторни експертизи се основава на непълноти и неясноти в изготвените становища и на критериите за недееспособност в първичната съдебнопсихиатрична експертиза.

МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Предмет на изследване - съдебнопсихиатрични и съдебнопсихологични експертизи от граждански дела и съответните съдебни решения, постановени от Окръжен съд - град Варна (ВОС), за срок от 5 (пет) години.

2. Обект на изследване са общо 327 лица, освидетелствани от вещи лица с последващи постановени съдебни решения от Окръжен съд – Варна, за периода 2007 – 2012 година.

3. Конкретни проучвания - за постигане на научноизследователските цели и за решаване на предварително формулираните задачи бяха проучени и анализирани данните на освидетелстваните лица и съдебните решения. Беше извършен анализ на структурите на съдебнопсихиатричните, съдебнопсихологичните, комплексните експертизи. Допълнително бяха събрани социо-демографски данни, информация за наличие на психични разстройства, фамилна обремененост, коморбидност със соматични, неврологични и други психични разстройства. Събрана беше информация за най-често прилаганите закони в гражданския процес и задачите, които се поставят пред вещите лица. Бяха събрани данни за най-често използваните медицински критерии за доказване на недееспособността в гражданския процес.

4. Провеждане и организация на проучването

- Период на проучването 2007 – 2012 г.
- Проучването се реализира в УМБАЛ “Св. Марина” - гр. Варна и Окръжен съд – Варна.
- След обработка на резултатите и определяне на акцентите е проведено същинското изследване чрез обработката на данните с пакет за математическо-статистическа обработка SPSS v 20.0. в периода април- юни 2015 година.

5. Методи, приложени за реализирането на целта и задачите на изследването:

5.1. Документален метод – изследване на нормативните документи, свързани с изготвянето на експертизите и на съдебните решения.

5.2. Карта за събиране на данни за включените в проучването освидетелствани лица от: съдебнопсихиатричните и съдебнопсихологичните експертизи, части от истории на заболяването, психологични изследвания и съдебни решения.

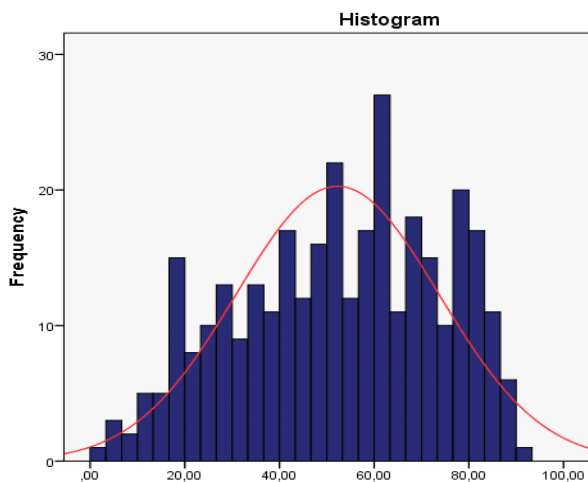
5.3. Статистически методи – за анализ и интерпретация на експерименталните данни с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им, обект на настоящия дисертационен труд:

- Дисперсионен анализ (ANOVA) за проверка на хипотези за равенство между повече от две средни;
- Вариационен анализ за представяне на статистическото разсейване между случаите в изследваната съвкупност по разновидности на даден признак;
- Корелационен анализ за изучаване на коефициенти (корелации) между променливи;
- Сравнителен анализ (оценка на хипотези) – статистическо сравнение на резултатите, за да се представи разликата между изследваните групи от признаци;
- Графичен и табличен метод за изобразяване на получените резултати.

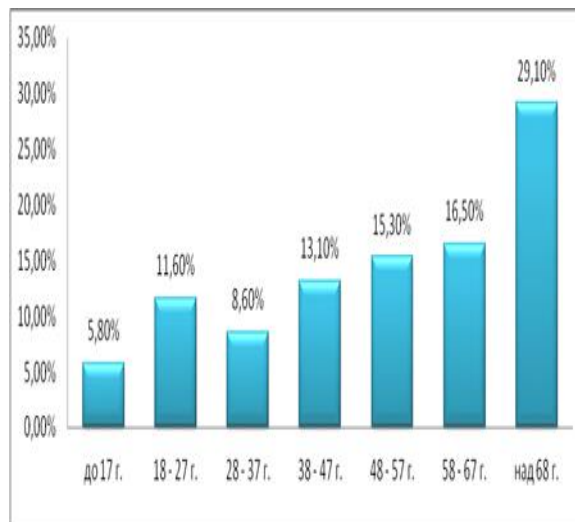
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Социо – демографска характеристика на освидетелстваните лица

За периода 2007 – 2012 г. бяха обхванати 327 освидетелствани лица, обекти на съдебнопсихиатричните и съдебнопсихологичните експертизи в гражданския процес по дела в Окръжен съд – Варна. Резултатите (фиг. 1) показват, че средната възраст на освидетелстваните лица е 52,3 г. \pm 21,5 г., минималната възраст е 3 г., а максималната - 91 г.

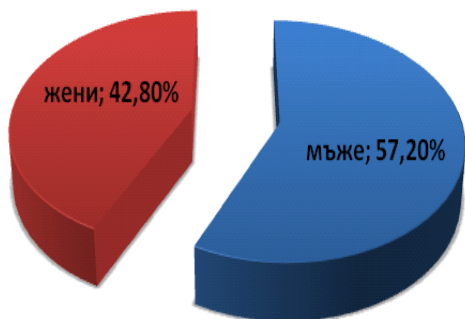


Фиг. 1. Разпределение по възраст

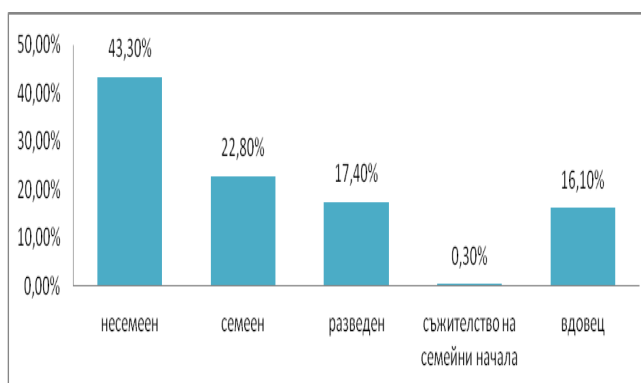


Фиг. 2. Разпределение на освидетелстваните лица по възрастови групи

Резултатите на фиг. 2 доказват тенденция към нарастване на броя на освидетелстваните лица с увеличаването на възрастта. В последната възрастова група (над 68 г.) се наблюдава най-висок относителен дял на освидетелствани.



Фиг. 3. Разпределение по пол

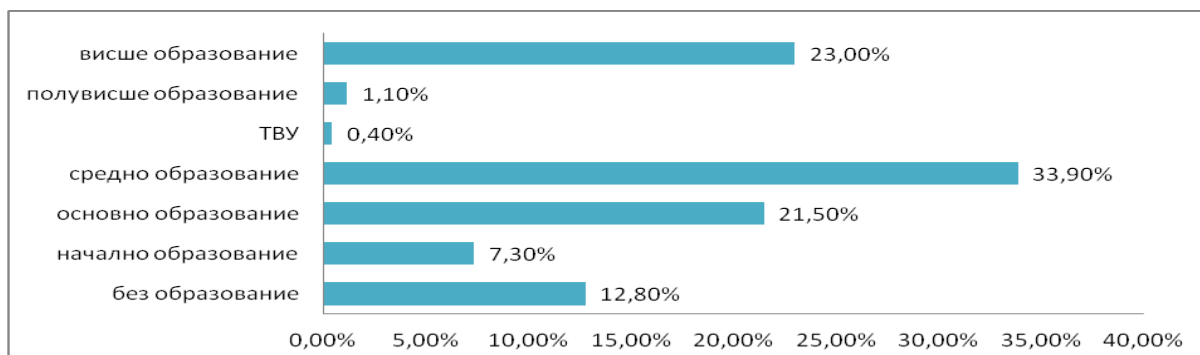


Фиг. 4. Разпределение според семейното положение

Разпределението по пол показва лек превес на мъжете в сравнение с жените (фиг. 3).

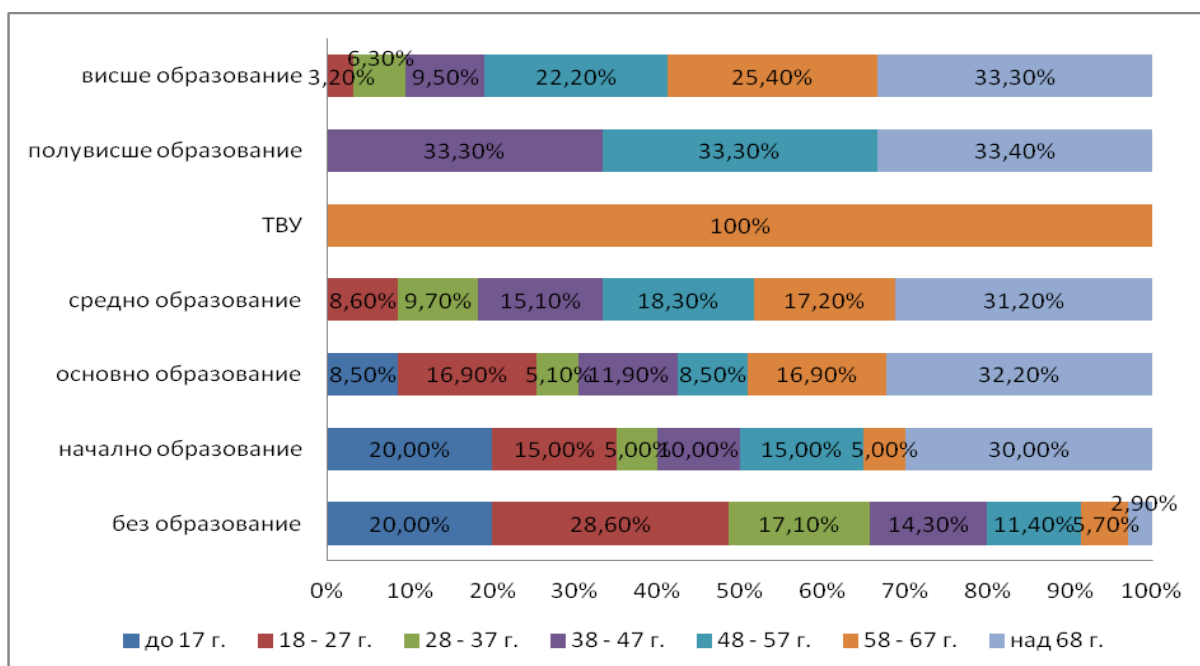
Не беше намерена съществена разлика във възрастовото разпределение на освидетелстваните според пола, като и при мъжете, и при жените средната възраст се доближава до тази на общата извадка (52,6 г. за мъже и 51,8 г. за жени).

Разпределението на освидетелстваните лица според семейното положение доказва, че 76,80 % от изследваните са официално необвързани (несемейни, разведени и вдовци) (фиг. 4).



Фиг. 5. Разпределение според образованието

Разпределението според образованието показва, че преобладават лицата със средно образование (33,90 %), следвани от тези с висше (23,00 %) и основно (21,50 %). Най-малък е относителният дял на лицата от трудово-възпитателните училища (0,40 %) (фиг. 5).



Фиг. 6. Разпределение по образование и възрастови групи

Анализът на освидетелстваните лица доказва, че е налице съществена разлика по отношение на средната възраст при различните образователни нива ($p < 0,001$), като

най-възрастни се оказаха лицата, преминали през ТВУ (61 г.), а най-млади - тези с основно образование (30,4 г.) (фиг. 6).

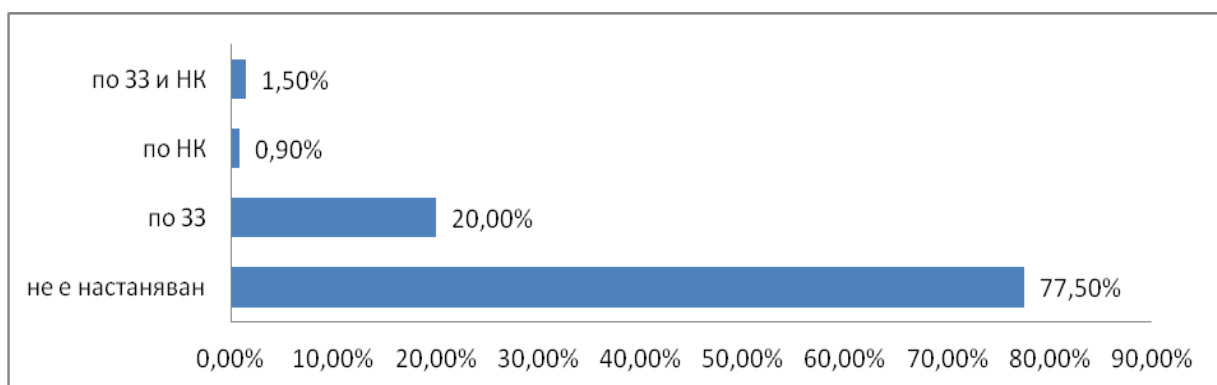
Също така беше установена и правопрпорционална умерена зависимост между възрастта и образователния ценз ($r=0,41$; $p < 0,001$), като възрастта на лицата нараства с повишаване на образователната степен на освидетелстваните. Единствено по отношение на ТВУ само в една възрастова група се установява 100 %, което се дължи на факта, че от всички освидетелствани само едно освидетелствано лице е завършило образованието си в ТВУ.

Интересен е фактът, че само 20,0 % от лицата, които са без образование, са до 17- годишна възраст.



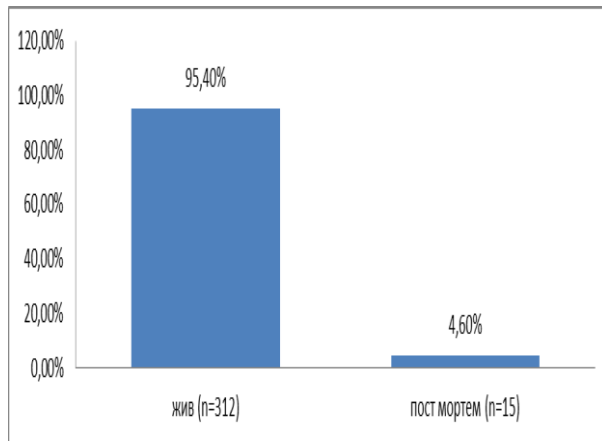
Фиг. 7. Социално функциониране

Без данни по отношение на социално функциониране са 18 лица или 5,50 % от изследваните. Основната част от освидетелстваните лица са пенсионери по възраст (80,20 %), от които 55,30 % са пенсионери по болест. Само 7,40 % от лицата са регистрирани като работещи. (фиг. 7)

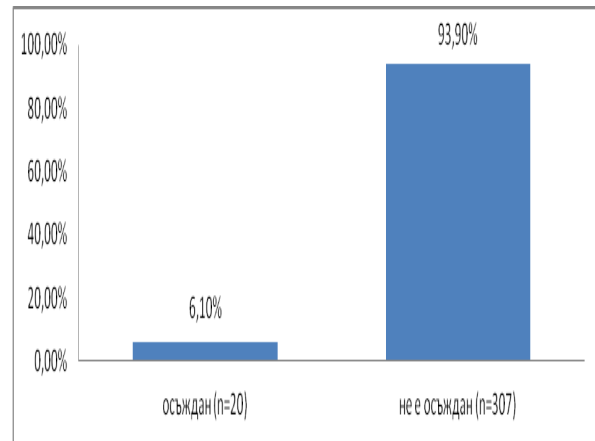


Фиг. 8. Настаявяване за лечение

От данните, представени на фиг. 8, се вижда, че преобладава процентът на лицата (77,50 %), които не са били настанявани за лечения в психиатрични стационари по Закона за здравето (ЗЗ) и по Наказателния кодекс (НК). Няма данни в експертизите за настаняването на двама от освидетелстваните (0,60 %).



Фиг. 9. Обект на СПЕ



Фиг. 10. Правен статус на лицата към момента на освидетелстване

Приблизително 5 % от всички освидетелствани са били обект на експертиза след тяхната смърт. (фиг. 9)

От всичките 327 лица, 6,10 % са били осъждани към момента на експертната оценка. (фиг. 10)

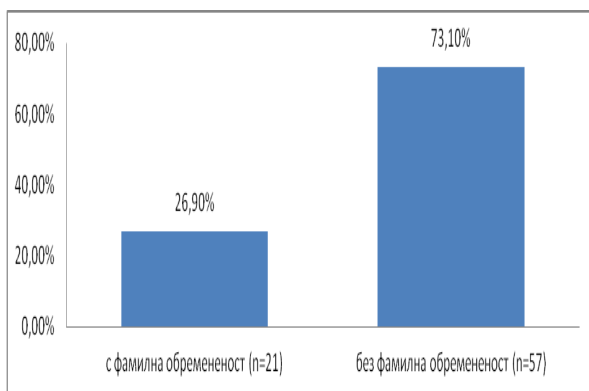
Анализ на фамилната обремененост

В проучването от всички изследвани лица само в експертизите на 78 освидетелствани (23,90 %) са отразени данни по отношение на фамилната им обремененост или фамилната им необремененост. От тези 78 лица, 26,90 % (21) са с данни за фамилна обремененост с психични разстройства. (фиг. 11)

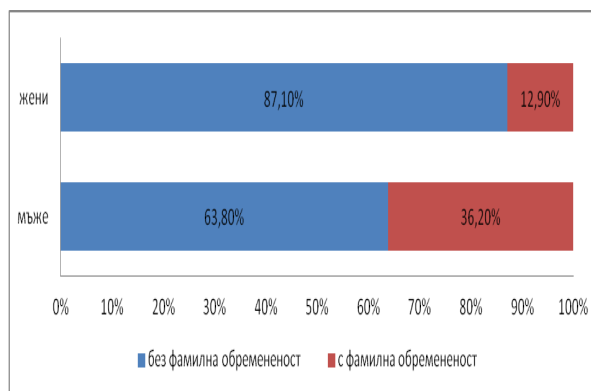
По отношение на фамилната обремененост с психични разстройства не беше намерена съществена разлика в средната възраст между двете освидетелствани групи.

Полът, от своя страна, показва съществена разлика по отношение на наличието на фамилна обремененост ($p < 0,05$). По-висок относителен дял на лицата с наследствени психични заболявания беше установен при мъжете (36,20 %), докато при жените този процент е приблизително три пъти по-нисък (12,90 %) (фиг. 12). Честотата на наличието на фамилна обремененост при мъжете е по-висока, отколкото при жените, като съотношението жени:мъже е 1:4.

Въпреки че не беше намерена съществена разлика от гледна точка на семейното положение, беше установено, че несемейните и разведените имат по-висок дял на лицата с фамилна обремененост (33,30 % за несемейни и 22,20 % за разведени).

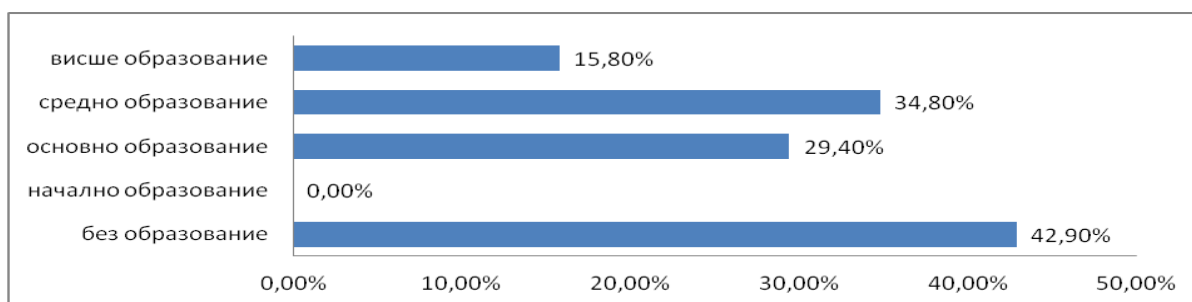


Фиг. 11. Фамилна обремененост



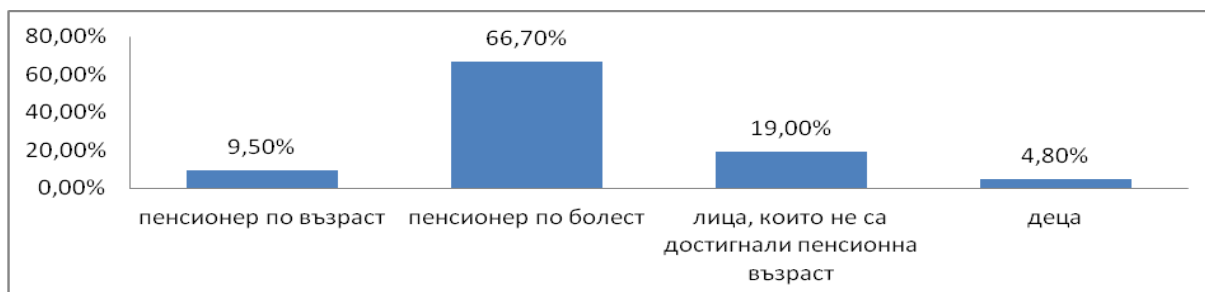
Фиг. 12. Фамилна обремененост според пола

По-малко от половината освидетелствани лица без образование са фамилно обременени (42,90 %), следвани от тези със средно – 34,80 %, и на трето място са с основно образование (29,40 %). (фиг. 13)



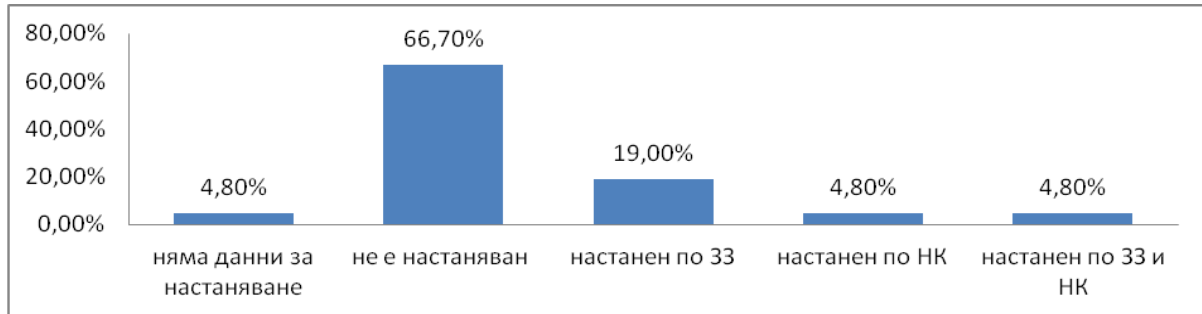
Фиг. 13. Относителен дял на лицата с фамилна обремененост според образователната степен

От изследваните лица с наличието на фамилна обремененост 66,70 % са пенсионери по болест. Останалите са пенсионери по възраст, деца и лица, които не са достигнали до пенсионна възраст ($p < 0,05$). (фиг. 14)



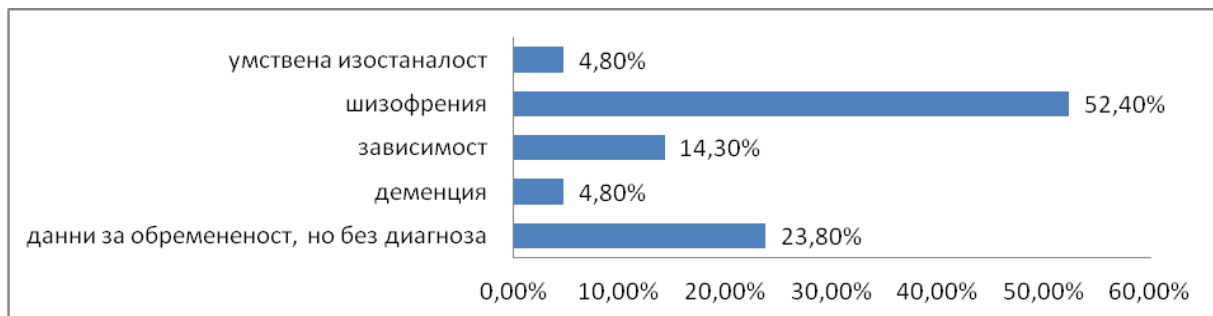
Фиг. 14. Относителен дял на лицата с фамилна обремененост според социалното функциониране

Интересен е фактът, че преобладаващата част от фамилно обременените освидетелствани (66,70 %) не са били настанявани на задължителен и/или принудителен принцип в психиатрични стационари ($p < 0,05$). (фиг. 15)



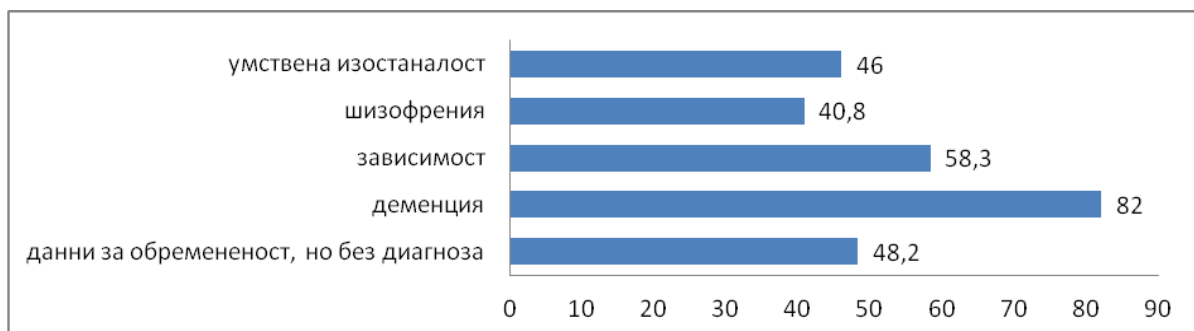
Фиг. 15. Относителен дял на лицата с фамилна обремененост според настаняването им във връзка с изпълнение на съдебни решения

От освидетелстваните лица post mortem само едно е с данни за фамилна обремененост.



Фиг. 16. Диагнози при фамилната обремененост

Прави впечатление, че над половината от изследваните фамилно обременени лица са с шизофрени разстройства (52,40 %), докато лицата с деменция и умствена изостаналост са с най-малък относителен дял. (фиг. 16)

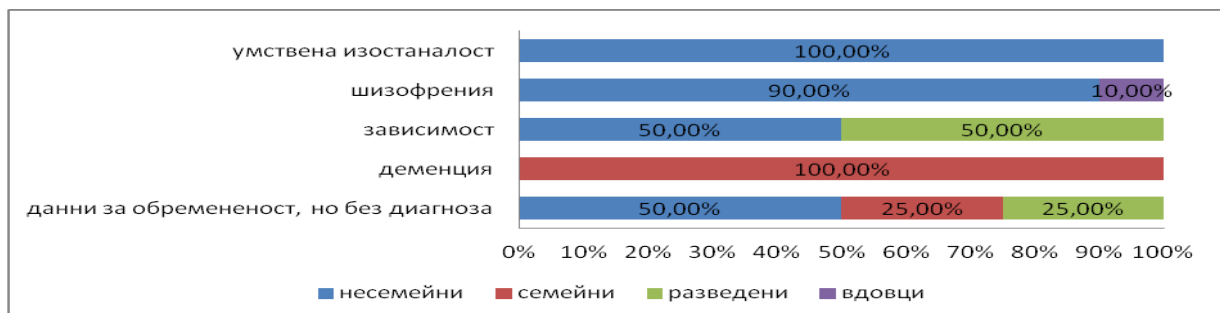


Фиг. 17. Средна възраст и диагноза при фамилната обремененост

Въпреки липсата на съществена разлика в средната възраст по отношение на диагнозата на фамилната обремененост, данните от изследването потвърждават тези от психиатричната литература и практика, т.е. късната възраст се характеризира с органични разстройства, докато по-младата възраст е характерна за отключване на психози от шизофрения кръг. (фиг.17) Според Петров, И. [69] „деменцията е ясно възрастово зависима“ и „честотата ѝ нараства стръмно с възрастта – от около 1% към 65 до 24% над 85“, като тези данни се потвърждават и в изследванията на Арнаудова - Жекова, М. [5].

По отношение на половия признак диагнозите, показани на фиг. 16, са основно представени от мъжкия пол с изключение на шизофренията, където 27,30 % от освидетелстваните са жени.

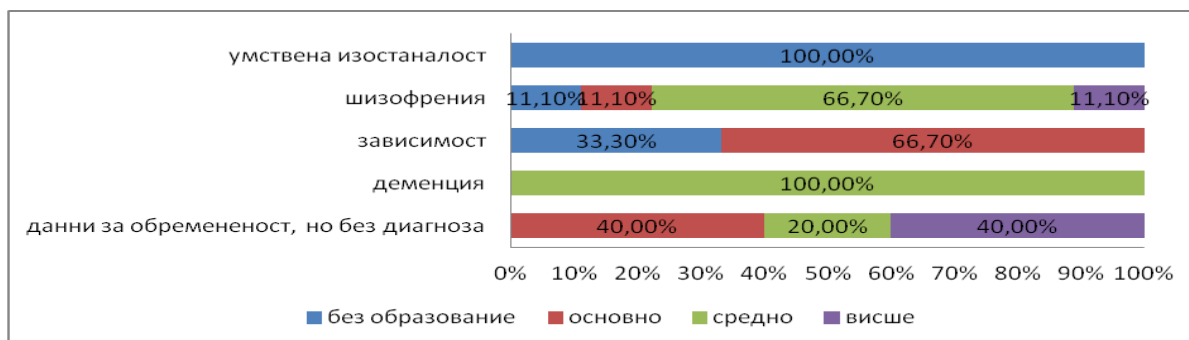
От гледна точка на семейния статус се наблюдава разлика при лицата с отделните диагнози на фамилна обремененост ($p < 0,05$), като всички лица с органични разстройства са семейни, за разлика от лицата със зависимости, които са или необвързани, или разведени. Освидетелстваните с шизофрени разстройства в 90 % от случаите са несемейни, а 10 % от тях са овдовяли. Всички лица с умствена изостаналост са несемейни. (фиг. 18)



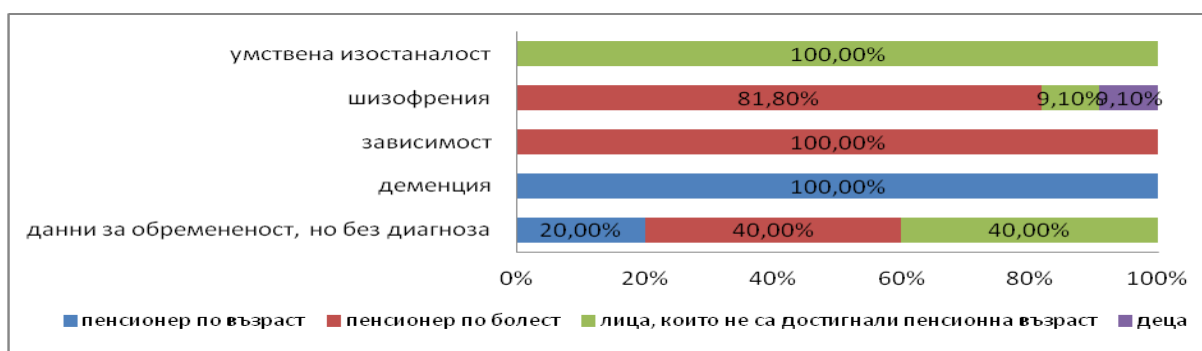
Фиг. 18. Семейно положение и диагноза на фамилна обремененост

Налице е разлика в образователната степен при лицата с различна диагноза на фамилната обремененост ($p < 0,05$), като всички лица с деменция са завършили средно образование, а тези с умствена изостаналост са останали извън образователната система. (фиг. 19)

Социалното функциониране показва сигнификантна разлика по отношение на диагнозата на лицата с фамилна обремененост ($p < 0,05$). Освидетелстваните лица с ограничени разстройства са пенсионери по възраст, а освидетелстваните със зависимости са пенсионери по болест. Лицата с умствена изостаналост, от своя страна, са нито реализирани, нито са пенсионирани по болест. (фиг. 20)

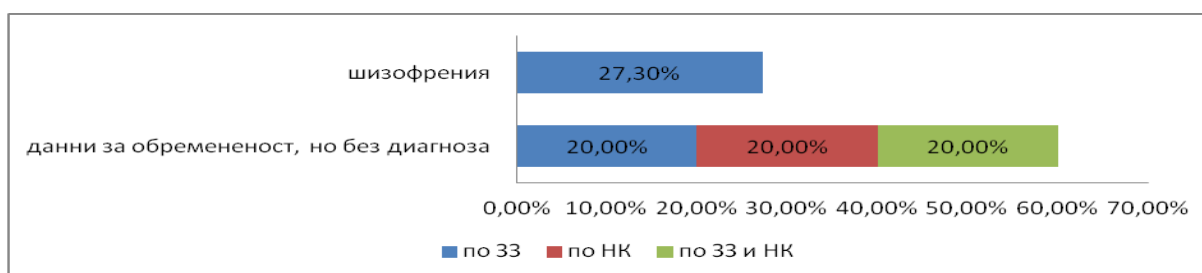


Фиг. 19. Образователна степен и диагноза на фамилна обремененост



Фиг. 20. Социално функциониране и диагноза на фамилна обремененост

Освидетелстваните лица, които са били настанени в лечебно заведение на задължителен и/или принудителен принцип, имат следното разпределение по диагноза на фамилната обремененост: (фиг. 21) Най-голям е броят на лицата с шизофрени разстройства – 27, 30%.



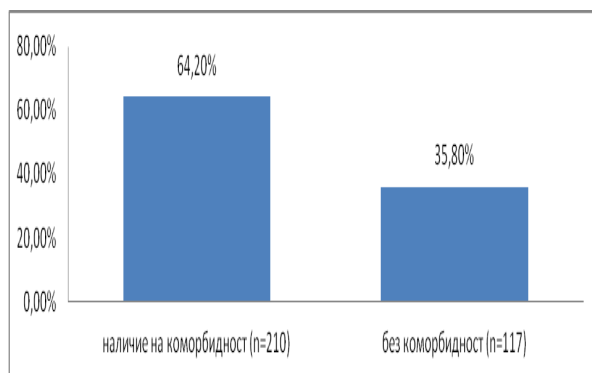
Фиг. 21. Разпределение на лицата с диагноза на фамилна обремененост според начина на настаняване по ЗЗ и НК

Анализ на коморбидността

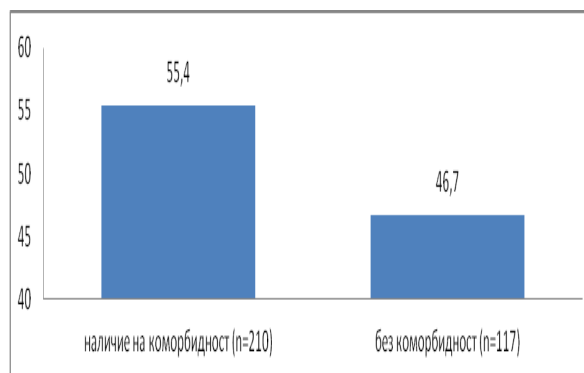
Според Merriam Webster Collegiate English Dictionary от 2012 година терминът коморбидност произлиза от „co” = добавен, „morbus” = болест и се дефинира като от „Съществуване симултантно със и обикновено независимо от друго медицинско състояние”.

В последната си монография от 2015 година Арнаудова-Жекова, М. е отбелязала, че според други дефиниции, например на First от 2005 г., коморбидността е „медицинско състояние при пациент, което предизвиква, е предизвикано от/или е свързано с друго състояние при същия пациент” [6].

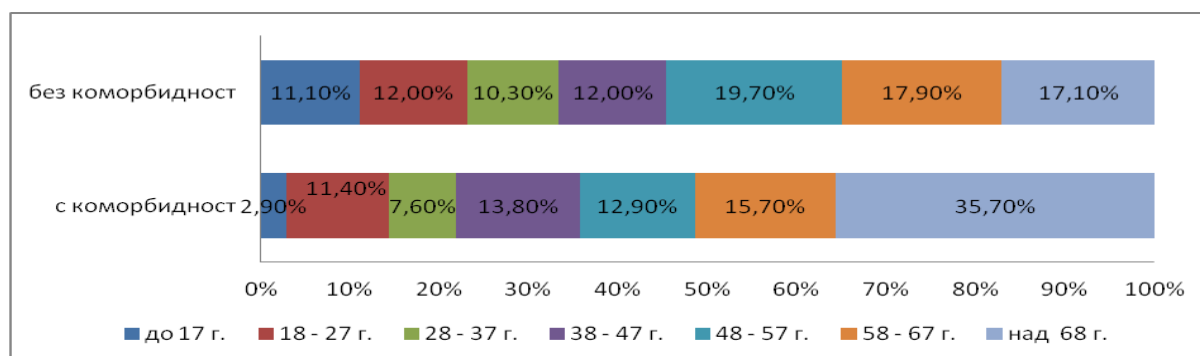
В проучването 64,20 % от освидетелстваните са с коморбидност (фиг. 22), като се наблюдава съществена разлика в средната възраст на изследваните лица ($p < 0,001$). (фиг. 23)



Фиг. 22. Коморбидност

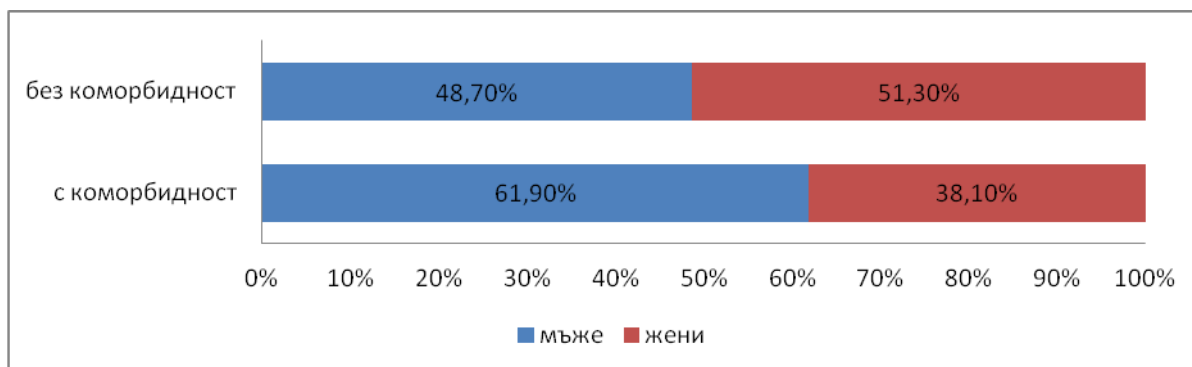


Фиг. 23. Средна възраст и коморбидност



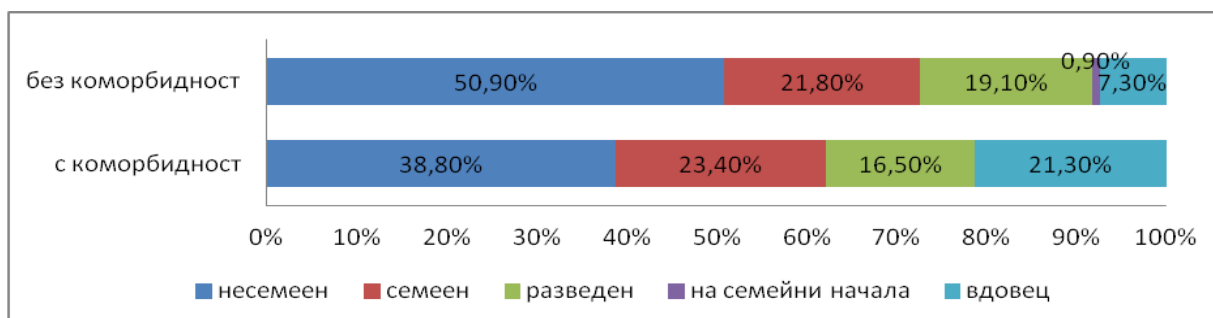
Фиг. 24. Разпределение на лицата според наличието на коморбидност и възрастова група

Резултатите, представени на фиг.24, показват наличието на съществена разлика в честотата на коморбидността при лицата от различните възрастови групи ($p < 0,01$), като се наблюдава тенденция за повишаване на относителния дял на коморбидността с нарастване на възрастта. Епидемиологичните данни от медицинската литература и практика на редица автори - Kunik, Benton, Snow-Turek, Molinari, Orengo, Workman [171]; Dunkin, Amano [160]; Borson, Bariels, Colenda, Gotlieb, Meyers [155]; Ahmed [151]; Jovanovic, Jovavic, Milovanovic [166], също доказват, че медицинската коморбидност се задълбочава с напредването на възрастта.



Фиг. 25. Коморбидност и пол

Данните от изследването показват, че по отношение на коморбидността е налице съществена разлика между мъжете и жените ($p < 0,05$), като мъжете имат по-висок относителен дял на коморбидността в сравнение с жените. (фиг. 25)



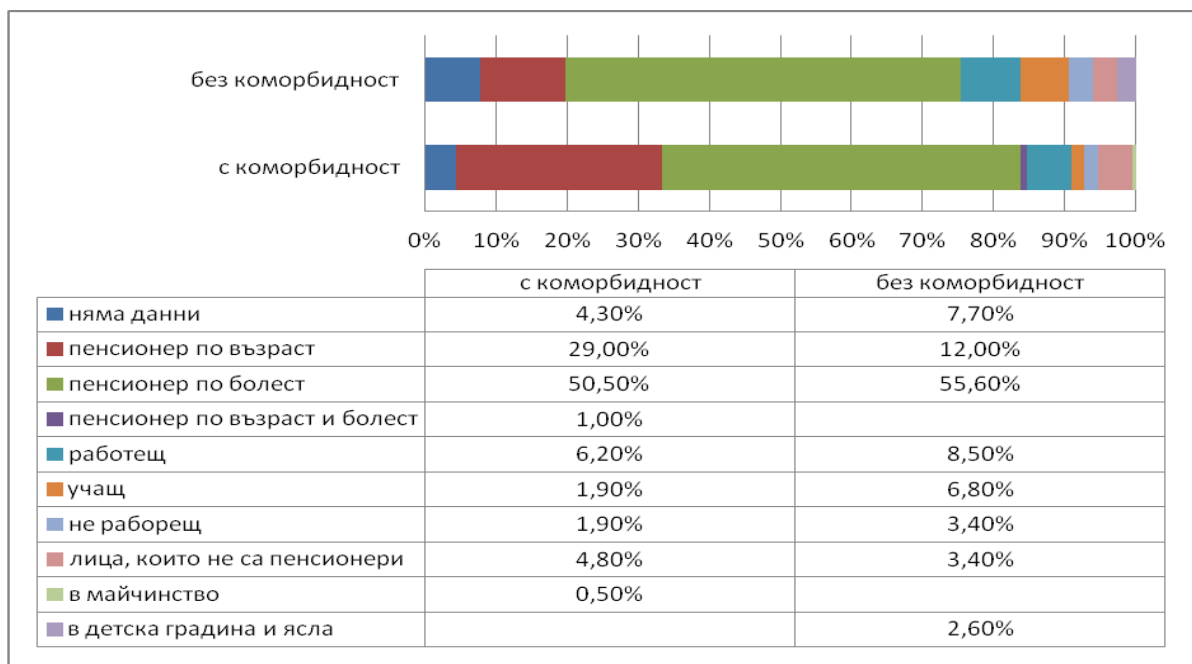
Фиг. 26. Коморбидност и семейно положение

Представените данни на фиг. 26 доказват, че въпреки наличието на коморбидност относителният дял на лицата, които са обвързани или са били такива, е по-голям в сравнение с тези без коморбидност – 61,20 % за лицата с коморбидност и 49,10 % за лицата без коморбидност ($p < 0,05$).

От социо-демографските фактори образованието е единственият фактор, който не показва връзка с коморбидността, като разпределението на лицата с коморбидност и тези без копира това на общата извадка.

От фиг. 27 се вижда, че и при двете групи преобладава процентът на пенсионерите по болест (50,50 % за лицата с коморбидност и 55,60 % за лицата без коморбидност). При останалите заетости обаче се наблюдава съществена разлика ($p < 0,01$). При освидетелствани в детската възраст коморбидност не се отчита.

Висок относителен дял при лицата с коморбидност имат пенсионерите по възраст (29,0 %), работещите (6,20 %) и лицата, които не са пенсионери (4,80 %).

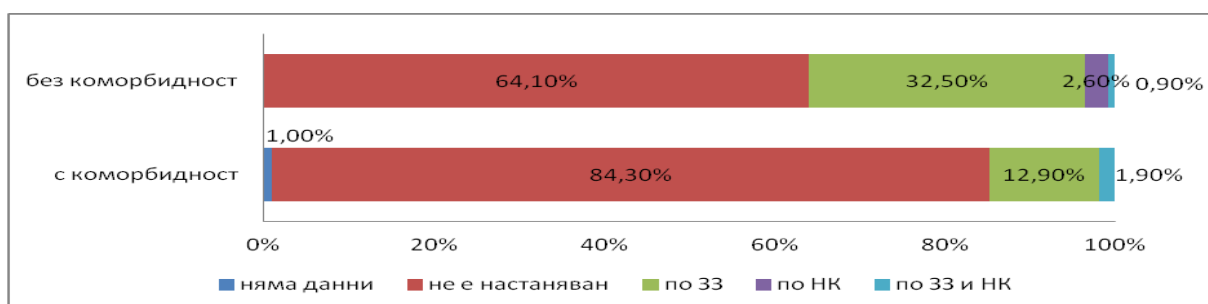


Фиг. 27. Коморбидност и социално функциониране

При лицата без коморбидност с висок дял са пенсионерите по възраст (12,0 %), работещите (8,50 %), учащите (6,80 %) и тези, за които няма данни (7,70 %).

Впечатление прави, че пенсионерите по възраст са на второ място и при двете групи, но има значителна разлика в относителния дял (29,0 % с коморбидност срещу 12,0 % без коморбидност).

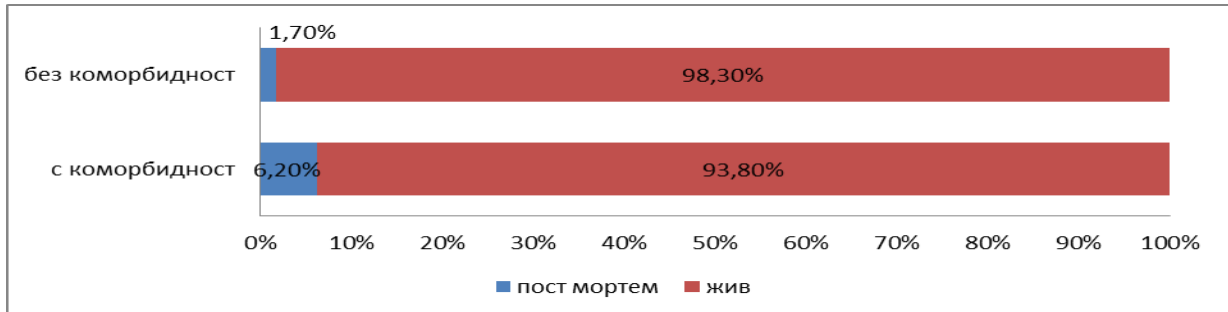
Друга голяма разлика се наблюдава при учащите, където относителният им дял е по-голям при лицата без коморбидност (1,90 % с коморбидност срещу 6,80 % без коморбидност).



Фиг. 28. Коморбидност и задължително и принудително лечение

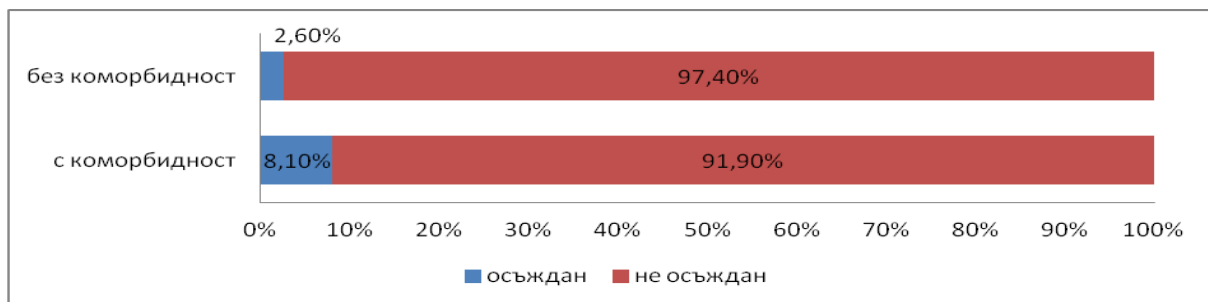
Резултатите, представени на фиг. 28, показват сигнификантна разлика в относителния дял на лицата, които принудително и задължително са били настанени в психиатрични стационари при двете групи с коморбидност и без наличието на такава ($p < 0,001$).

Лицата с коморбидност имат много по-нисък относителен дял на настанените на задължително или принудително лечение в сравнение с тези без коморбидност (14,80 % с коморбидност срещу 35,90 % без коморбидност).



Фиг. 29. Обект на СПЕ и коморбидност

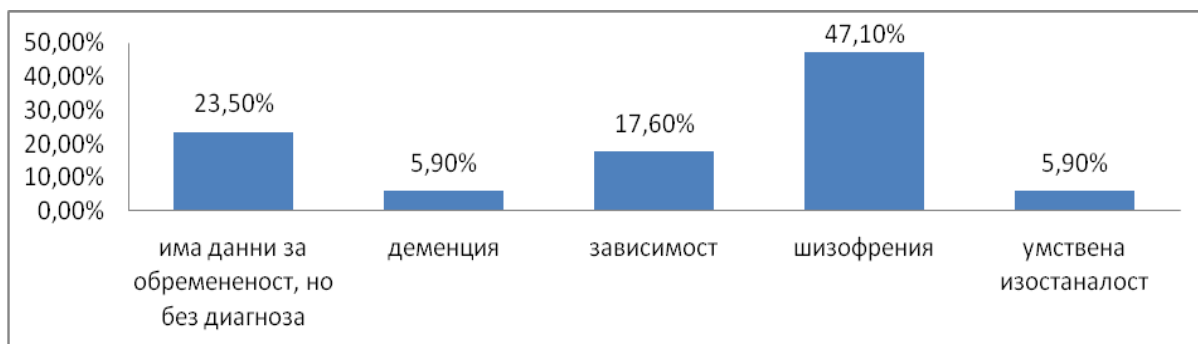
Въпреки че над 90 % от освидетелстваните лица са били живи по време на освидетелстването, се наблюдава разлика по отношение на тези, при които се наблюдава коморбидност и са били освидетелствани post mortem ($p < 0,05$). (фиг. 29)



Фиг. 30. Правен статус и коморбидност

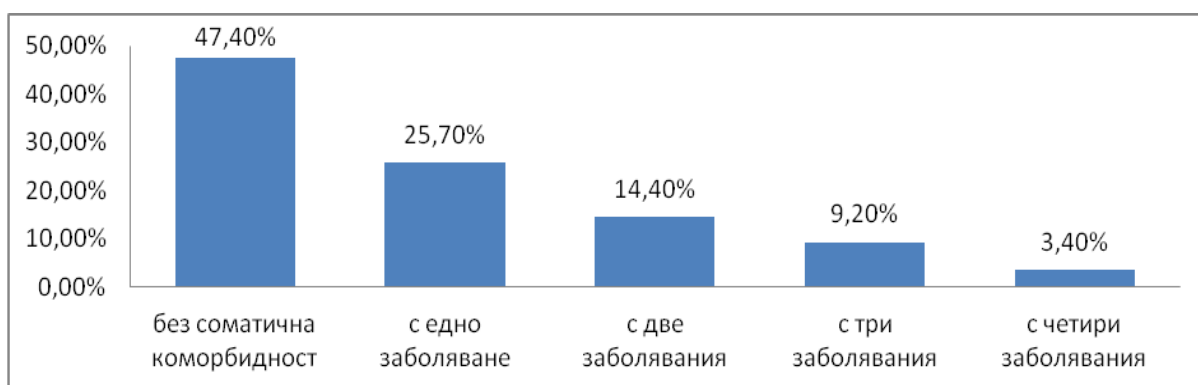
Лицата с коморбидност имат по-висок относителен дял на осъжданите в сравнение с лицата без коморбидност ($p < 0,05$), като съотношението на осъжданите без коморбидност и такива които са били осъждани, е 1:3,1. (фиг. 30)

Въпреки че няма съществена разлика между наличието на коморбидност и фамилна обремененост в изследването, съотношението на фамилно обременените без коморбидност към тези с наличието на такава е 1:4,25 в полза на лицата с фамилна обремененост и коморбидност.



Фиг. 31. Относителен дял на лицата с коморбидност и фамилна обремененост по диагнози

Лицата без коморбидност, но с наличие на фамилна обремененост са с разстройства от шизофрениния кръг, докато при лицата с коморбидност диагнозите на фамилната обремененост са представени на фиг. 31.

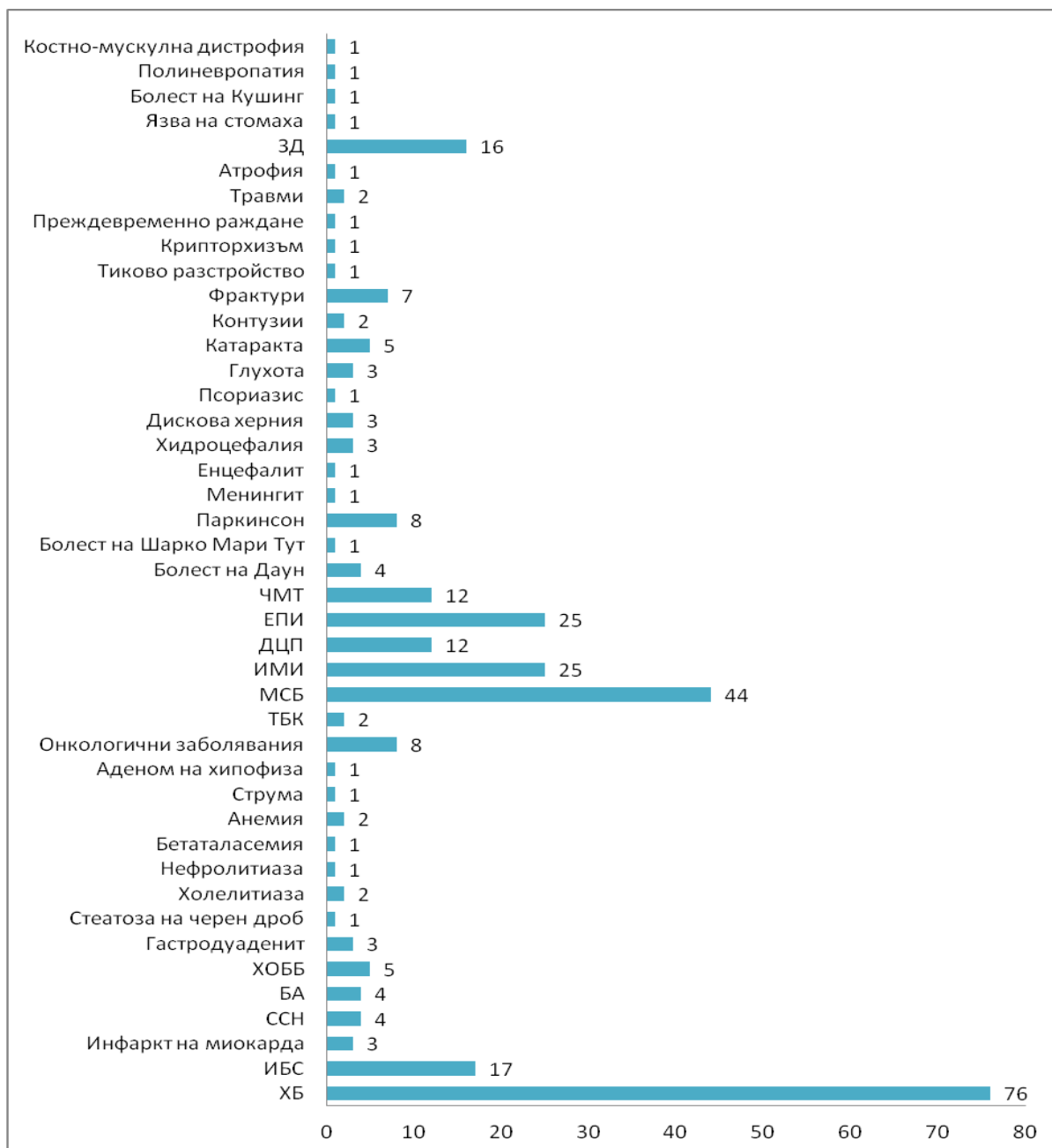


Фиг. 32. Относителен дял на броя заболявания при коморбидност със соматични разстройства

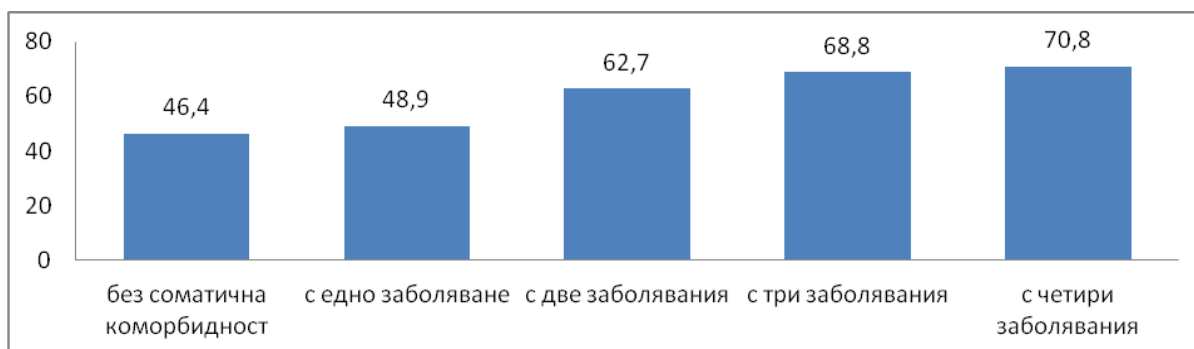
От изследваните лица 172 (52,60 %) са с коморбидност, като разпределението според броя на заболяванията е представено на фиг. 32 – с едно заболяване са 25,70%, с две – 14,40%, с три – 9,20% и с четири – 3,40%.

На фиг. 33 е представен броят на регистрираните соматични заболявания при освидетелстваните лица. Най-голям е броят на лицата с хипертонична болест (ХБ) – 76, следван от мозъчносъдова болест (МСБ) – 44, епилепсия и исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) – по 25, захарен диабет (ЗД) – 16 и исхемична болест на сърцето (ИБС) - 17.

Резултатите, представени на фиг. 34, показват тенденция към нарастване на броя на заболяванията с увеличаване на възрастта ($p < 0,001$). Също така беше намерена правопрпорционална умерена зависимост между възрастта и броя на заболяванията ($r=0,35$; $p < 0,001$). Такава тенденция е отразена и в психиатричната литература и практика. Според Ahmed [151], Kunik[171], Borson[155] и Dunkin и Amono[160], повечето лица над 65 години страдат от повече от едно заболяване.



Фиг. 33. Брой на регистрираните соматични заболявания

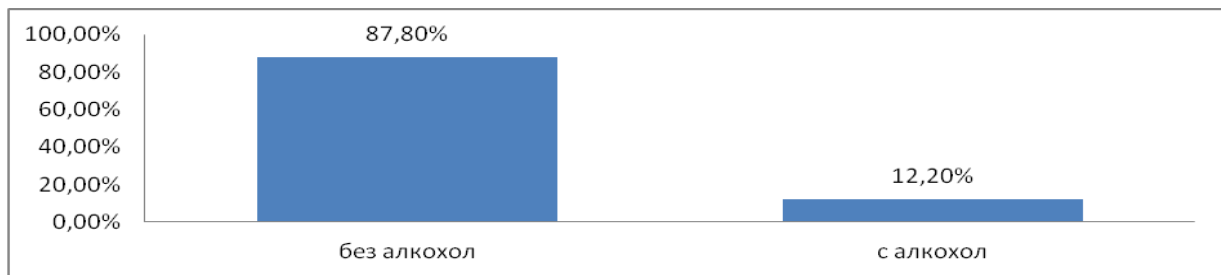


Фиг. 34. Средна възраст и соматична коморбидност

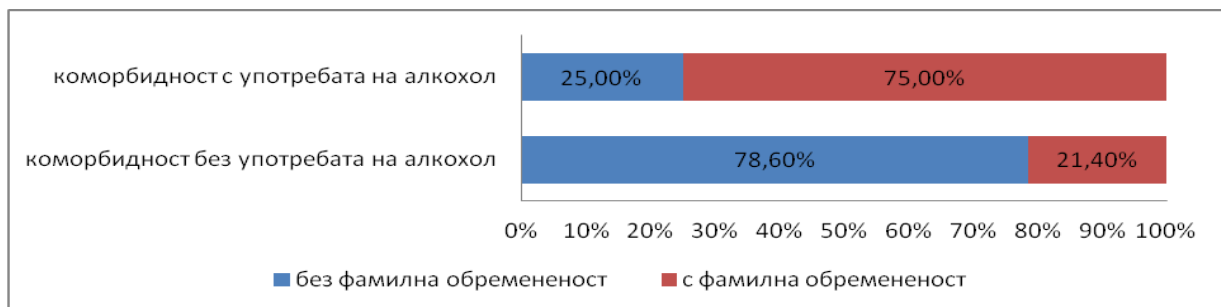
Полът няма отношение към броя на заболяванията, като при всички групи преобладават мъжете.

От всички изследвани освидетелствани лица при 40 (12,20 %) беше регистрирана коморбидност с употреба на алкохол (фиг. 35)

При анализа на коморбидността с употребата на алкохол и фамилната обремененост беше намерена съществена разлика в относителния дял на лицата, употребяващи алкохол и в същото време имащи данни за фамилна обремененост, и тези, които нямат такава ($p < 0,01$). (фиг. 36)

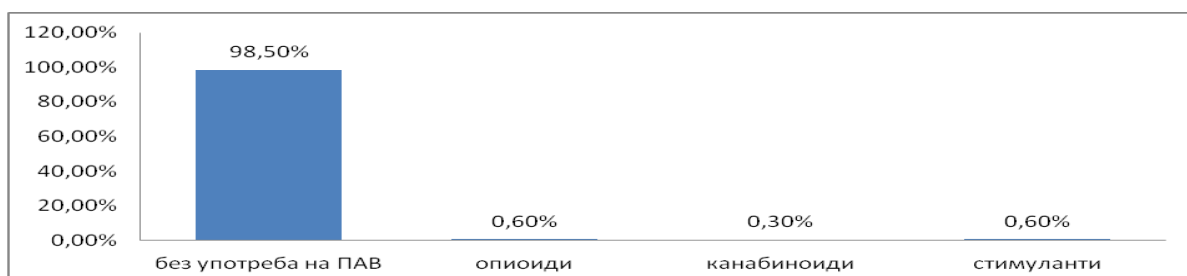


Фиг. 35. Коморбидност с употреба на алкохол

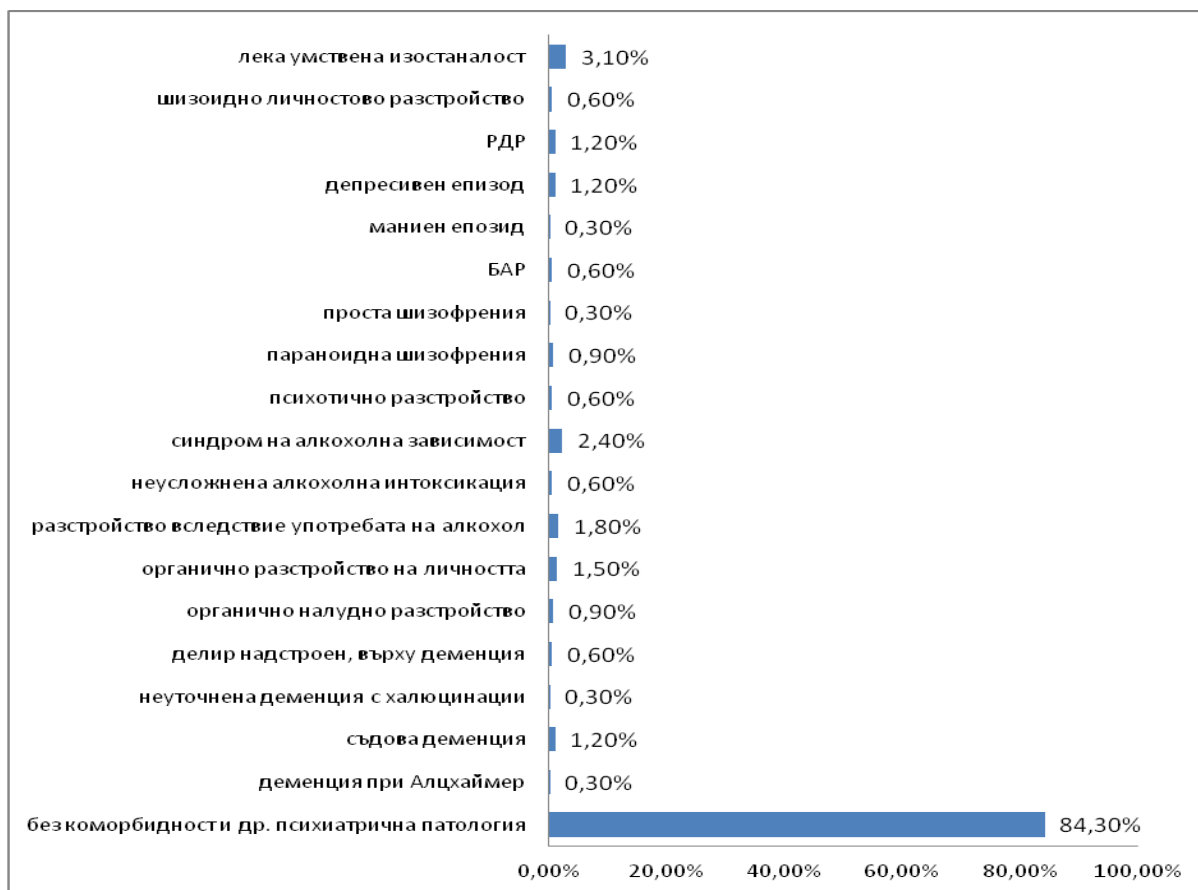


Фиг. 36. Коморбидност с употреба на алкохол и фамилна обремененост

Резултатите показаха и наличието на умерена зависимост между коморбидността с употребата на алкохол и наличието на фамилна обремененост ($r=0,36$; $p=0,001$), като лицата, които са обременени, са по-склонни да злоупотребяват с алкохол в сравнение с останалите освидетелствани лица. Освидетелстваните лица, които са с коморбидност с психоактивни вещества (ПАВ), са незначителна част от извадката – 5 (1,50 %). (фиг. 37)



Фиг. 37. Коморбидности с други ПАВ

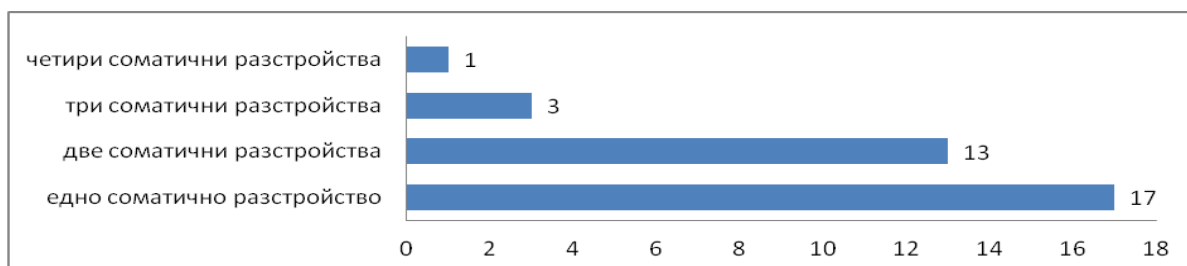


Фиг. 38. Коморбидност с психични разстройства

Резултатите, представени на фиг. 38, показват, че 15,70 % от освидетелстваните лица са с коморбидност с други психични разстройства, като най-голям относителен дял имат лицата с лека умствена изостаналост (3,10 %), следвани от такива със синдром на алкохолна зависимост (2,40 %).

Всички 16 лица, при които беше констатирана коморбидност с психични разстройства, свързани с употребата на алкохол, системно злоупотребяват със спиртни напитки.

Двама, които са регистрирани с коморбидност с психични разстройства, употребяват ПАВ – стимуланти.



Фиг. 39. Коморбидност със соматични и психични разстройства (брой лица)

Лицата, които имат едновременно коморбидност със соматични и психични разстройства, са 34 (10,40 %), като разпределението им по брой соматични заболявания е представено на фиг. 39.

2. Анализ на структурата на СПЕ по части

В Р. България няма приет стандарт на структурата на съдебнопсихиатричната експертиза.

Според Наредба № 2 от 26 октомври 2011 г. за условията и реда за извършване на съдебномедицинските, съдебнопсихиатричните и съдебнопсихоложните експертизи:

Чл. 23. (1) За всяка съдебнопсихиатрична експертиза се съставя документ, озаглавен "Съдебнопсихиатрична експертиза", който се състои от увод, данни от делото, данни от психиатричното изследване, експертно обсъждане и заключение.

(2) Уводът съдържа данни за вещото лице, изследваното лице и задачите на експертизата.

(3) От делото се включват:

1. номер и дата на делото и кой орган го е образувал;
2. кратки съществени данни за характера на делото и естеството на деянието или съдебния спор;
3. кратко извлечение на същественото от показанията на обвиняемия, свидетелите или страните.

(4) Данните от психиатричното изследване включват:

1. анамнезни сведения с посочване на източника им;
2. сведения от всички допълнително събрани документи, особено за здравословното състояние на лицето, изпратено за експертиза;
3. резултатите от цялостното телесно, неврологично и психично изследване.

(5) Експертното обсъждане съдържа:

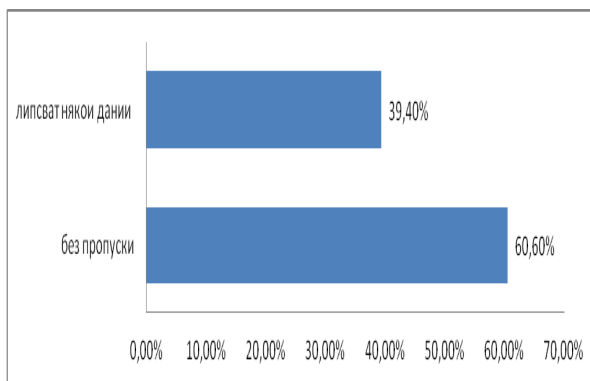
1. разбор на семейната (вкл. наследствената) и на социалната анамнеза, на биологичното, психичното и социалното развитие на изследваното лице, на миналите заболявания и на сегашното му здравословно състояние;
2. анализ на психичното състояние на лицето преди, по време и след извършване на деянието или действието - предмет на правен спор;
3. диагнозата на психичното заболяване и отражението на установената болест върху критериите за разбиране и ръководене на постъпките с оглед да се даде ясен отговор на поставените въпроси в смисъла на изброените в чл. 22 задачи на експертизата.

(6) В заключението се отразяват:

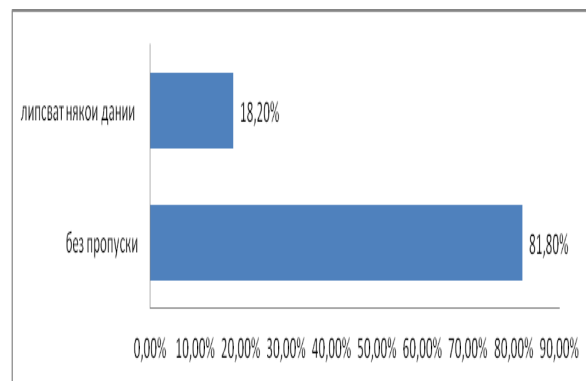
1. научнообоснованите изводи по поставената задача - окончателна, ясно формулирана диагноза и съдебнопсихиатрична оценка, както и допълнителни отговори на поставените пред експертизата въпроси;

2. конкретни медицински препоръки с оглед необходимите мерки или грижи с медицински характер спрямо лицето, обект на експертизата.

В изследването данните за структурата на първата част на първичната съдебнопсихиатрична експертиза (СПЕ) показват, че 60,60 % от експертизите са изготвени без пропуски. В останалите са налице пропуски и неточности в различните елементи на информацията по отношение на освидетелствания (напр. в СПЕ № 125 освидетелстваната в паспортната част е със средно образование, а в заключението е с висше образование, като подобни пропуски се наблюдават и в др. СПЕ по отношение на имената, ЕГН и семеен статус) и на органа, който е назначил експертизата - не са описани номерата на делата и на длъжностното лице, постановило експертизата. (фиг. 40)



Фиг. 40. Структура на първа част – паспортна, в първичната СПЕ

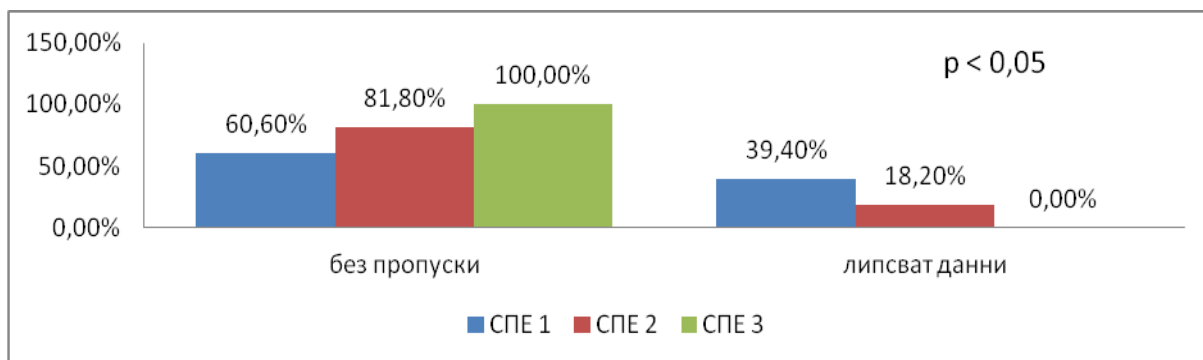


Фиг. 41. Структура на първа част във вторична СПЕ

Вторична експертиза е назначена на 33 лица, при които в 81,80 % от случаите първата част е попълнена коректно, а при останалите се наблюдават пропуски в първичната информация - по отношение на освидетелствания и на назначаващия орган. (фиг. 41)

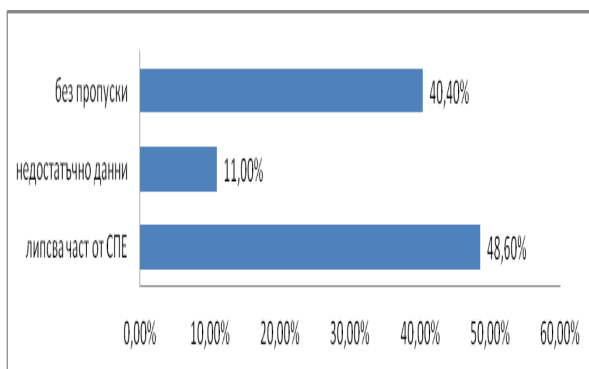
Трима освидетелствани са били обект на трета експертиза, при което са налице пълни данни в първата част на експертизата.

Сравнителният анализ между първите части на първична, вторична и третична експертиза показва, че се наблюдава съществена разлика в качеството на предоставената или неописаната информация ($p < 0,05$), като с всяка последваща назначена експертиза намалява процентът на допуснатите пропуски. (фиг. 42).

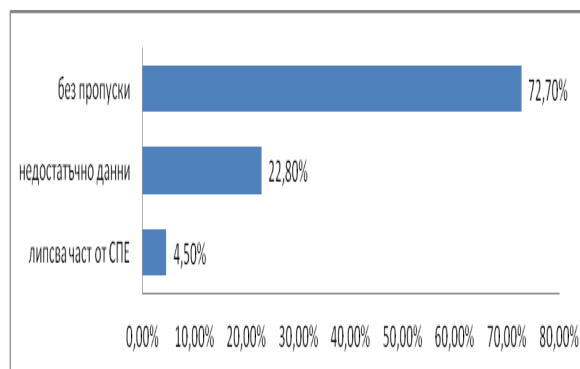


Фиг. 42. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите в първа част на отделните СПЕ

Втората част на първичната експертиза, за разлика от първата част, показва нарастване с приблизително 20 % на експертизите, които имат пропуски в данните по делото, т.е. в тези експертизи липсват диспозитиви, свидетелски показания и друга важна информация, която е необходима за анализа при изготвянето на експертното обсъждане. (фиг. 43)



Фиг. 43. Структура на втора част в първична СПЕ

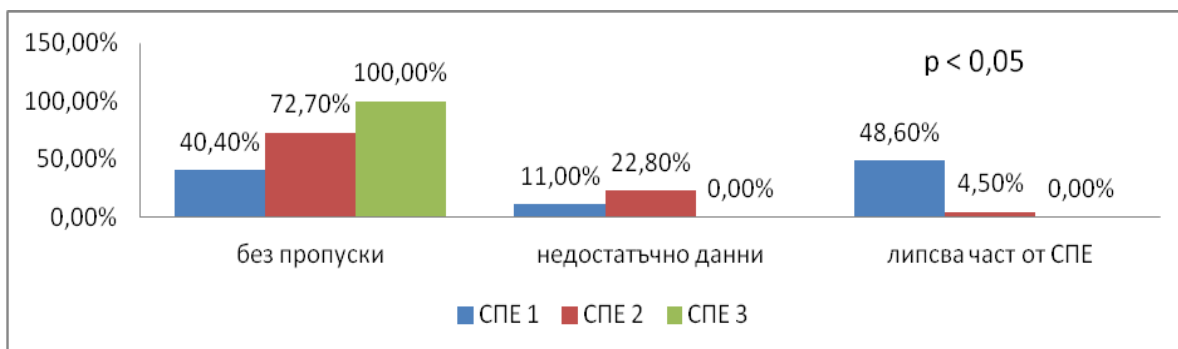


Фиг. 44. Структура на втора част във вторична СПЕ

При вторичната СПЕ с коректно попълнена втора част са 72,70 % от общия брой, или с приблизително 10 % по-малко коректно попълнена втора част на СПЕ в сравнение с първата част на вторичната СПЕ. (фиг. 44)

При третичната СПЕ се повтаря тенденцията от първата част, т.е. всички необходими елементи, залегнали в Наредбата, са спазени.

Сравнителният анализ на информацията, подадена от експертите, във втората част на СПЕ показва съществена разлика между отделните СПЕ ($p < 0,05$), като третичната СПЕ е изпълнена изцяло според изискванията на Наредбата, докато в първичната СПЕ се констатират най-много пропуски. (фиг. 45)

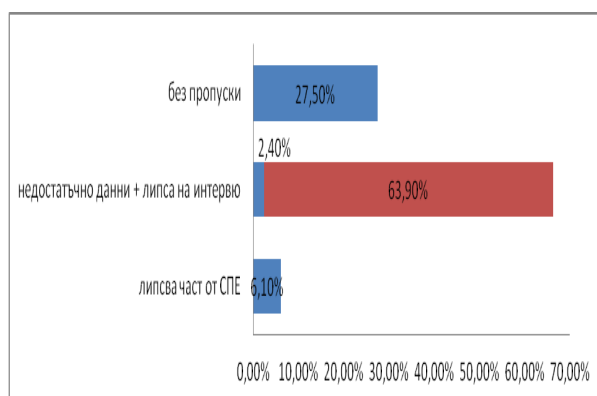


Фиг. 45. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите, във втора част на отделните СПЕ

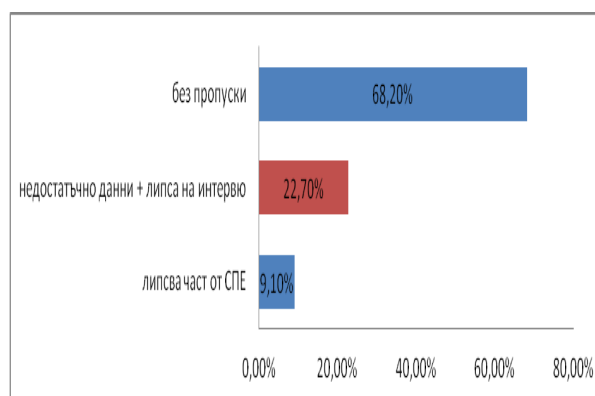
В третата част на първично назначената СПЕ най-висок относителен дял имат недостатъчните анамнестични данни и отсъствието на психиатрично интервю (66,30 %). При 63,90 % от експертизите няма описани интервюта. (фиг. 46) Психиатричното интервю е основният инструмент на психиатричния преглед. [98] Интервюто представлява целенасочено, последователно поставяне на серия от въпроси и търсене на определени отговори (скали на изследване), които обхващат всички аспекти на психопатологията [70]. Основната цел на експертното интервю е да бъде получена информация от освидетелствания. Центрирането на изследването върху личността на освидетелствания се обуславя от необходимостта именно личността да бъде изследвана най-задълбочено и в здраве, и в болест.

Във вторичните СПЕ относителният дял на експертизите без пропуски в тази част е по – голям, отколкото в първичната СПЕ, с 40,70 %, като основно се отчита, че не са описани интервюта в частта за експертно изследване (22,70 %). (фиг. 47)

Третичната експертиза отново е изработена екзактно.



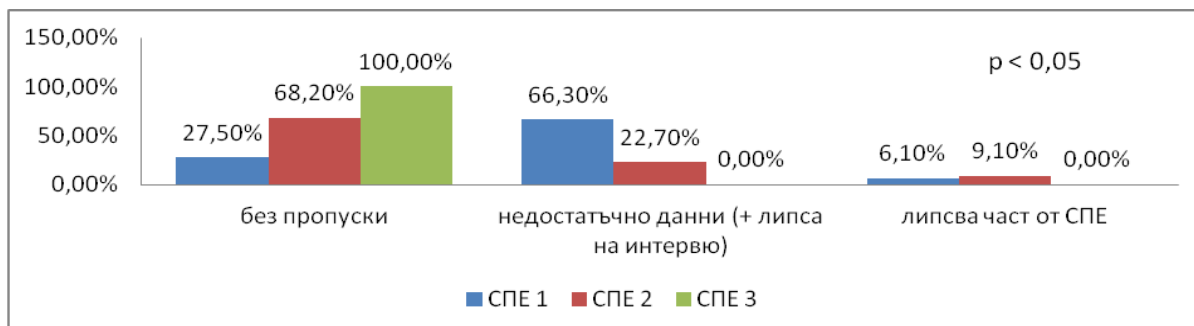
Фиг. 46. Структура на трета част в първична СПЕ



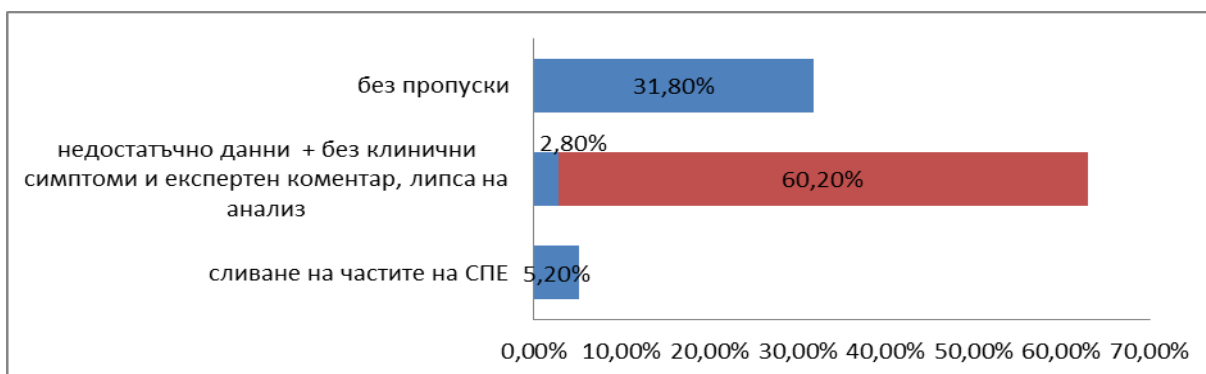
Фиг. 47. Структура на трета част във вторична СПЕ

Сравнителният анализ на информацията в третата част на експертизите показва разлика в относителните дялове между СПЕ без пропуски и тези с пропуски ($p < 0,05$).

Отчита се тенденция към нарастване на относителния дял на експертизите без пропуски след всяка следваща назначена СПЕ, като при третичната СПЕ частта е изготвена изцяло по изискванията на Наредбата. (фиг. 48)



Фиг. 48. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите в третата част на отделните СПЕ



Фиг. 49. Структура на четвъртата част в първична СПЕ

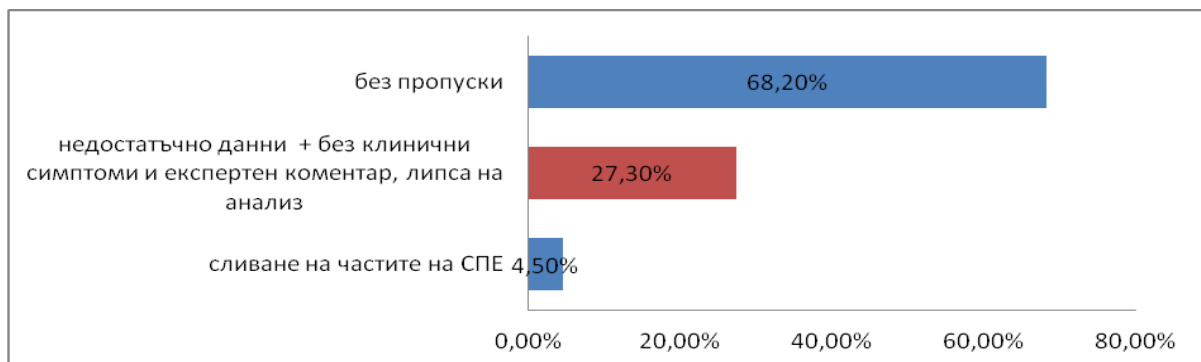
Четвъртата част в СПЕ е Обсъждане, което е комплексно и обхваща всички източници. Анализират се всички предоставени данни от анамнезата, от всички медицински документи, от материалите по делото и от други източници. Важна стъпка в експертните анализи е подробното описание на клиничните синдроми, установени при актуалните експертни изследвания. Експертните изследвания са многопосочни, съобразно възникналите хипотези от данните от делото, анамнезите и предходните медицински документи. В този раздел на обсъждането отново двувариантно се представят болестните прояви (описателно, феноменологично и оценъчно-психиатрично). Към всяка група синдроми се допълват данните от психологичното изследване и резултатите от други изследвания и консултации.

В изследването първично назначената СПЕ се характеризира с относително висок дял на допуснатите пропуски, като най-много проблеми се наблюдават при отсъствието на информация за клиничните симптоми и синдроми, изграждащи диагнозата, експертен коментар и анализ на данните по делото (60,20 %). (фиг. 49).

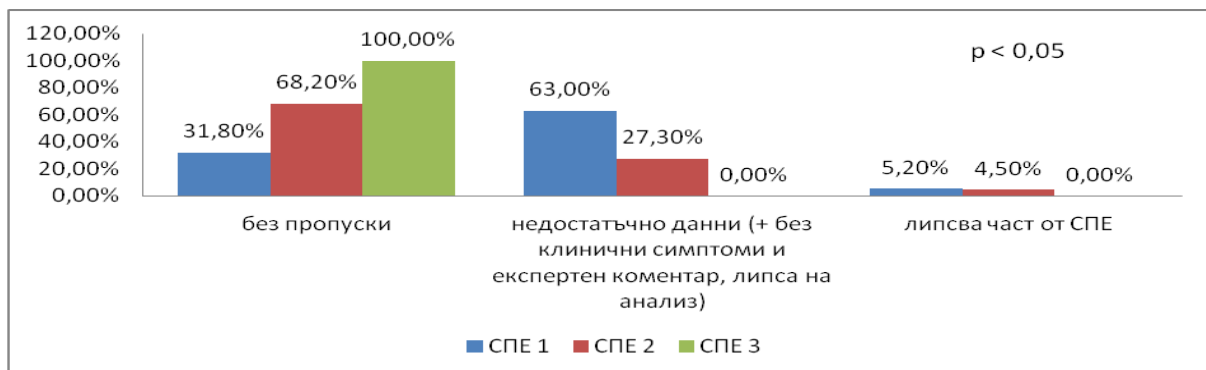
При вторичната СПЕ относителният дял на тези пропуски е значително по-малък (27,30 %), но отново се акцентира на липсата на достатъчно информация и анализ на данните. (фиг. 50)

Третичната експертиза отново е изготвена екзактно.

Сравнителният анализ на четвъртата част на отделните СПЕ показва сигнификантна разлика в относителния дял на направените пропуски в първична, вторична и третична експертиза, като най-висок е при първичните експертизи. (фиг. 51). Беше отчетено, че в някои експертизи се наблюдава сливане на частите от изследването и обсъждането или сливане на други части от експертизата. (фиг. 50 и 51)



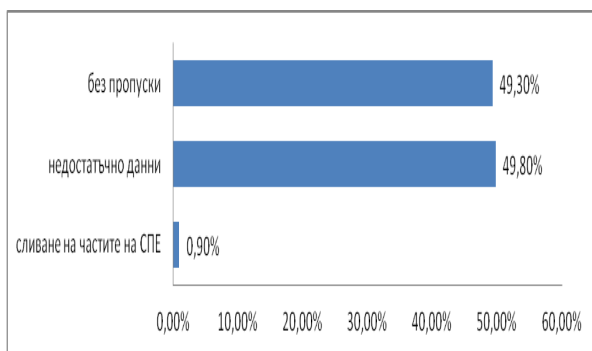
Фиг. 50. Структура на четвъртата част във вторична СПЕ



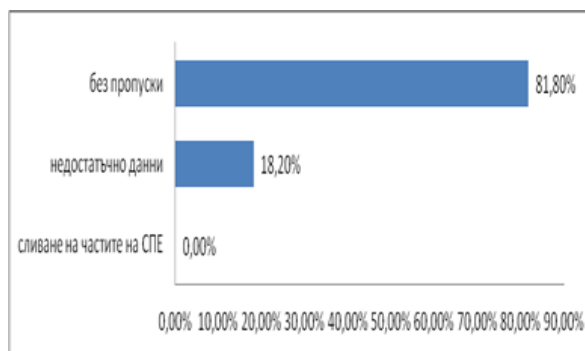
Фиг. 51. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите, в четвъртата част на отделните СПЕ

При последната, заключителна част на първичната СПЕ се наблюдава приблизително равномерно разпределение на експертизите с и без пропуски. (фиг. 52) Това е и частта с най-висок относителен дял на липса на пропуски в първичната СПЕ.

При вторичната СПЕ се наблюдава значително висок процент на експертизите без пропуски в заключителната част (81,80 %). Недостатъчни са данните при 18,20 % от експертизите, като най-често са констатациите по отношение на непопълнените изцяло паспортни данни на освидетелстваните. (фиг. 53)



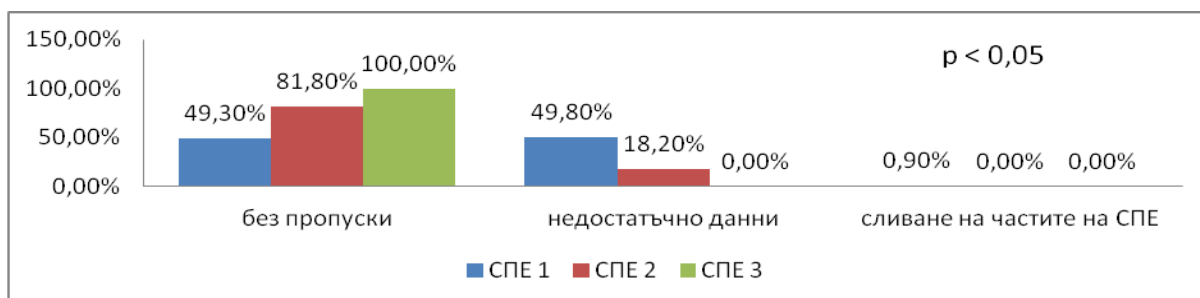
Фиг. 52. Структура на пета част в първична СПЕ



Фиг. 53. Структура на пета част във вторична СПЕ

Третичната експертиза отново се характеризира с изцяло включени необходими данни при изготвянето на последната част на СПЕ.

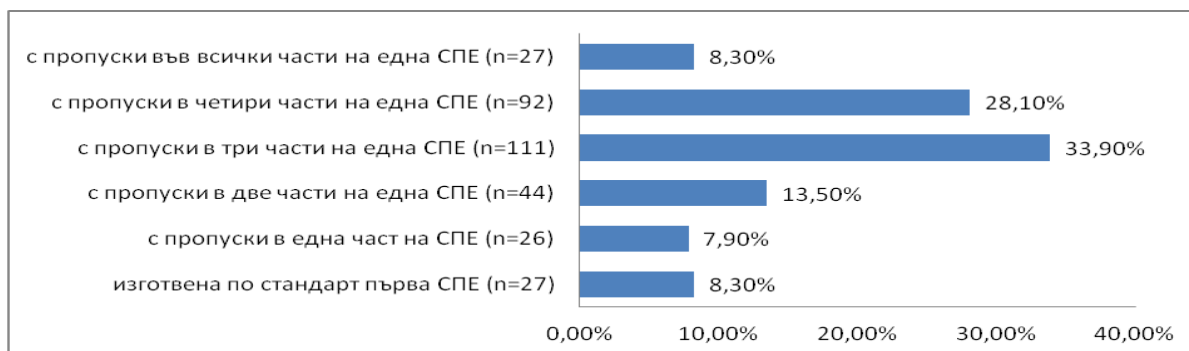
Сравнителният анализ в заключителната част показва сигнификантна разлика между относителния дял на експертизите с и без пропуски при първична, вторична и третична СПЕ. ($p < 0,05$). (фиг. 54)



Фиг. 54. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите, в петата част на отделните СПЕ

Резултатите от проучването показват, че по критериите на Наредбата за изготвяне на съдебнопсихиатрични експертизи са изработени само 27 от 327 изследвани експертизи. (фиг. 55)

Най-много пропуски в една СПЕ има във втора, трета и четвърта част (64 СПЕ), които са свързани със същността на експертизата и последвалото становище.



Фиг. 55. Относителен дял на допуснатите пропуски в отделните части на първичната експертиза

На второ място по брой допуснати грешки в една експертиза е комбинацията (сливането) между втора, трета, четвърта и пета част (49 СПЕ), което, от своя страна, води до въпроса, доколко съответните СПЕ са основание за вземането на мотивирано съдебно решение.

Резултатите, представени на фиг. 56, показват, че по-малко от половината от експертните са без пропуски при изготвянето на тяхното съдържание (45,30 %). Най-много забележки са отправени по отношение на поставените диагнози в експертните, които са по МКБ-9 (31,80 %), въпреки че в Р. България през 1992 година е излязло първото издание на Международната класификация на болестите – X ревизия (МКБ-10) [68] и би трябвало да се работи по действащата към момента класификация. Такива диагнози като Шизофрения. Параноидна форма; Олигофрения; Афективна психоза, биполарно протичане; Циклофрения; Психоорганичен синдром; Синдром на алкохолна зависимост; Характеропатия; Глобарна и лакуларна деменция са поставени на освидетелствани в следните СПЕ – № 6, № 15, № 16, № 21, № 23, № 25, № 27, № 34, № 37, № 40, № 41, № 46, № 47, № 49, № 51, № 52, № 53, № 54, № 56, № 57, № 58, № 59, № 61, № 62, № 63, № 70, № 72, № 74, № 83, № 85, № 86, № 88, № 90, № 95, № 97, №101, № 105, №107, № 111, № 112, №113, №114, № 115, № 117, № 118, №120, № 122, № 125, № 127, № 128, № 129, № 134, № 135, № 139, № 143, №146, № 148, № 150, № 152, № 158, № 162, № 165, № 166, № 170, № 172, № 176, № 177, № 180, № 181, № 184, № 185, № 191, № 194, № 195, №196, № 199, № 200, № 201, № 202, № 204, № 205, № 206, № 207, № 211, № 212, № 216, № 219, № 220, № 221, № 231, № 232, №235, № 238, № 255, № 261, № 268, № 286, № 294, № 319, № 320, № 322, № № 323, № 324, и № 328.

В експертните са отразени и следните диагнози: Корова атрофия; Съдови психози с делирозна симптоматика; Вътрешна хидроцефалия; Синдром на дълбока умствена изостаналост.

Относително висок е дялът (15,90 %) на експертните, в които е било необходимо определянето на прецизно изясняване на когнитивния капацитет на освидетелстваните.

Това се наблюдава в следните СПЕ № 2, № 4, № 6, № 7, № 10, №11, № 20, № 24, № 26, № 27, № 35, № 43, № 44, № 45, № 48, № 50, № 52, № 68, № 71, № 77, № 80, № 81, № 82, № 90, № 92, № 98, № 102, № 108, № 110, № 119, № 126, № 132, № 143, № 151, № 154, № 155, № 160, № 163, № 164, № 165, № 166, № 168, № 170, № 171, № 178, № 179, № 190, № 207, № 213, №218, №157 и № 308.

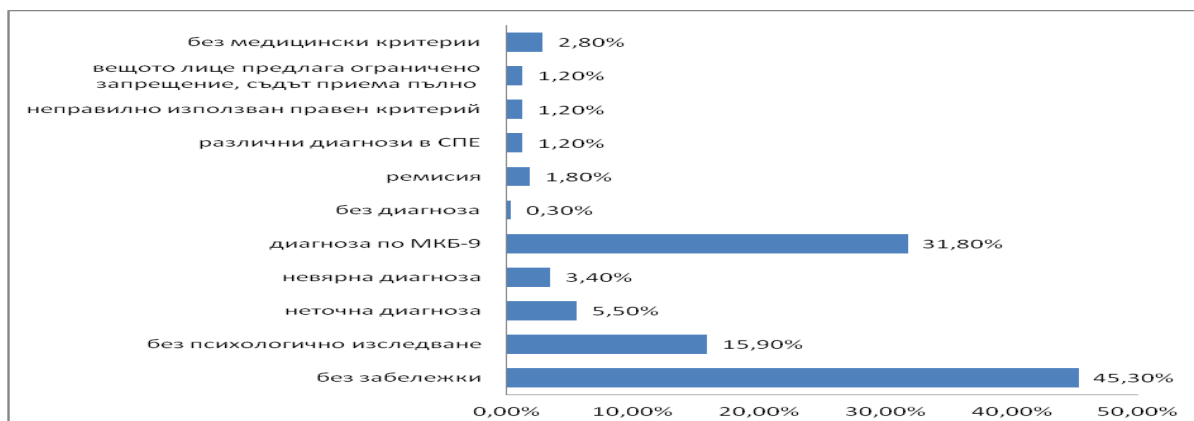
Поставените от експертите диагнози: „от лека към средна умствена изостаналост” или „от средна към тежка умствена изостаналост”, „Деменция, неуточнена”, „Умерено към средно тежко изразен психоорганичен синдром”, не са издържан нито в диагностичен, нито в експертен план.

Прилаганите от специалиста психиатър и специалиста психолог методи на изследване се различават. Както експертът психолог не може да се ангажира с отговори на въпроси и заключения от областта на медицинската дисциплина психиатрия, така и психиатърът не следва да провежда измерване на психологичните категории. [139]

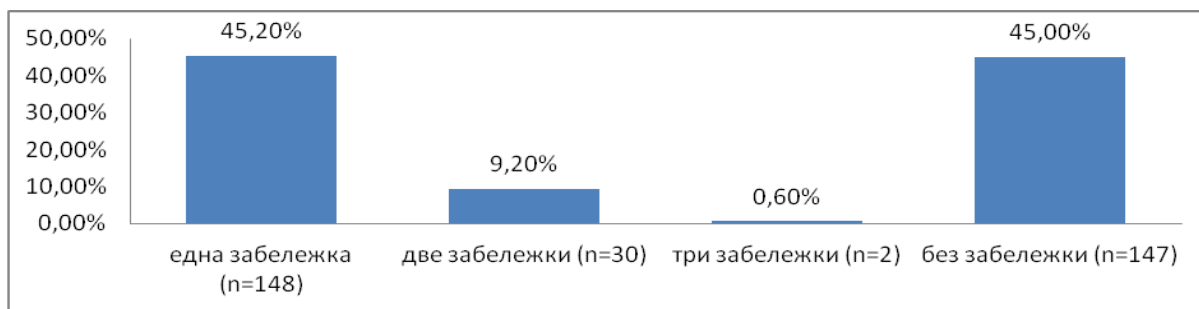
В някои експертизи се откриват противоречия, напр. в СПЕ № 38 - в обсъждането е отразено, че към момента на СПО освидетелстваният не употребява алкохол, а диагнозата в заключението е «Синдром на алкохолна зависимост. Абстинентно състояние с припадъци». В СПЕ № 5 в обсъждането се говори, че освидетелстваният е с «Органично разстройство на личността», а в заключението диагнозата е «Органично налудно разстройство». Подобно е и в СПЕ № 34 - в обсъждането на освидетелствана, която е с дългогодишна параноидна шизофрения, е отразено, че страда от «Шизоафективно разстройство» и в заключението е с диагноза «Шизофрения. Параноидна форма».

В СПЕ № 72 експертът предлага на съда освидетелстваният да бъде поставен под частично запрещение. В българското законодателство са приети пълното и ограниченото запрещение.

От изследваните СПЕ при 180 (55,00 %) са установени забележки от различно естество, като при някои от СПЕ е регистрирана повече от една забележка. (фиг. 57)

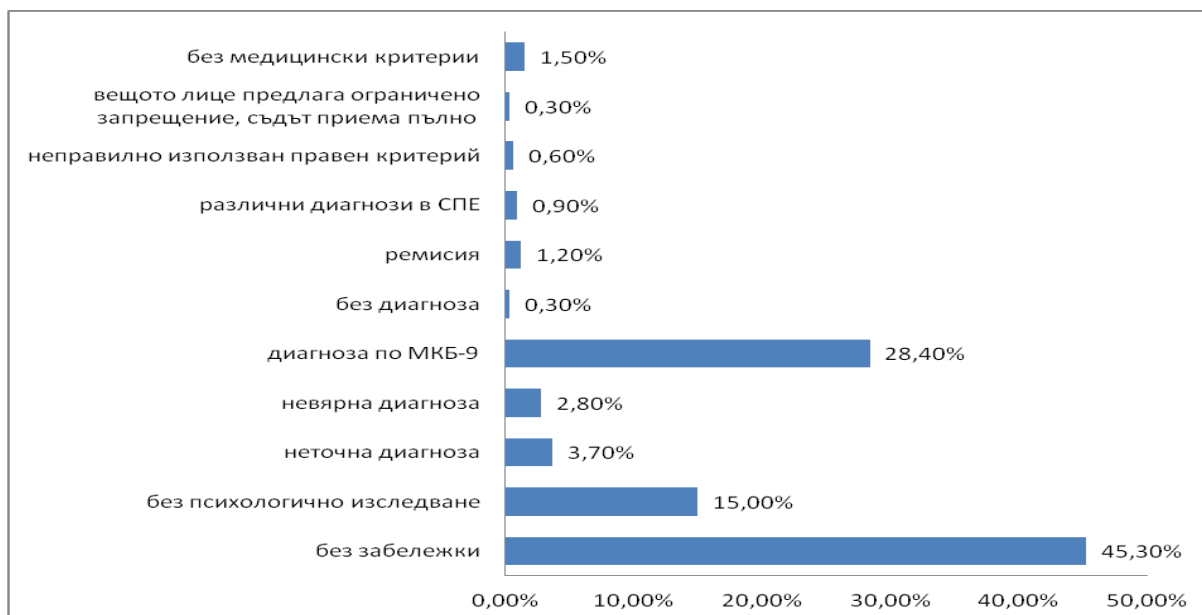


Фиг. 56. Забележки при изготвянето на СПЕ



Фиг. 57. Относителен дял на СПЕ по брой забележки

Забележките, отправени към съдържанието на вторичната СПЕ, припокриват тези, които се отнасят и за първичната експертиза, като отново са водещи диагнозите, поставени по МКБ-9 (28,40 %) и отсъствието на психологични изследвания при уточняването на интелектуално-мнестичните възможности на освидетелстваните лица.(15,00 %). (фиг. 58)



Фиг. 58. Забележки при изготвянето на вторична СПЕ

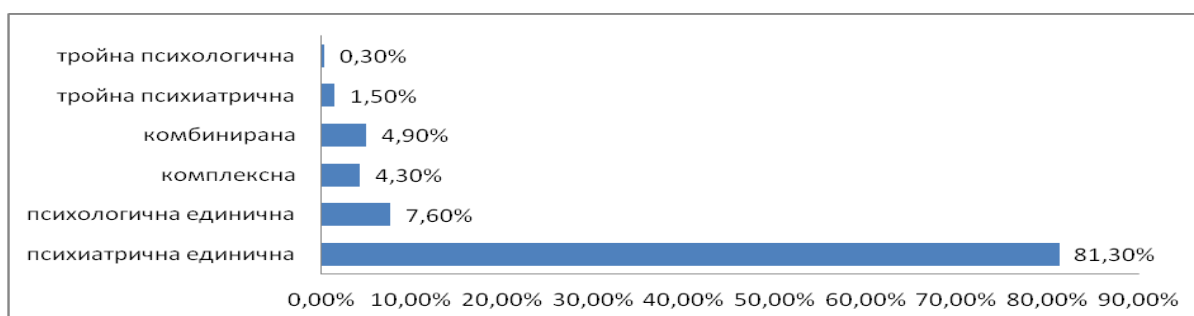
3. Анализ на експертизите и решенията в различните области на гражданското право

От изследваните първични СПЕ най-висок относителен дял имат психиатричните единични експертизи (81,30 %) (фиг. 59), следвани от единичните психологични експертизи.

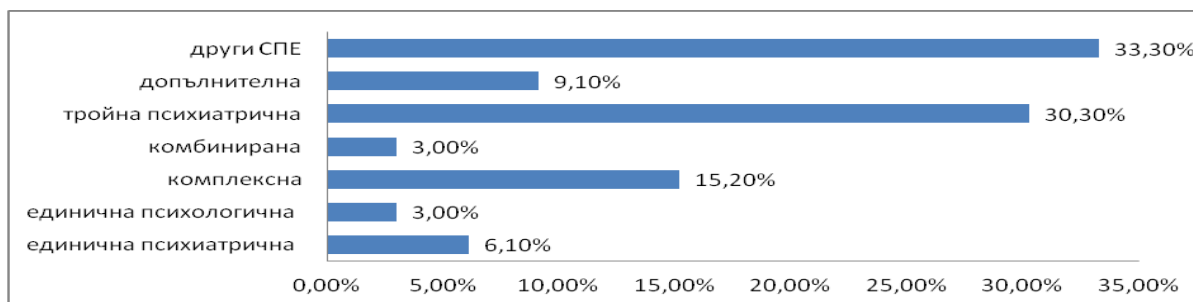
При вторичните СПЕ се наблюдават високи относителни дялове на други видове СПЕ (33,30 %) и на тройните психиатрични експертизи (30,30 %) (фиг. 60), което значително се различава от основния вид на първичната СПЕ ($p < 0,05$).

Всички третични СПЕ са тройни психиатрични експертизи.

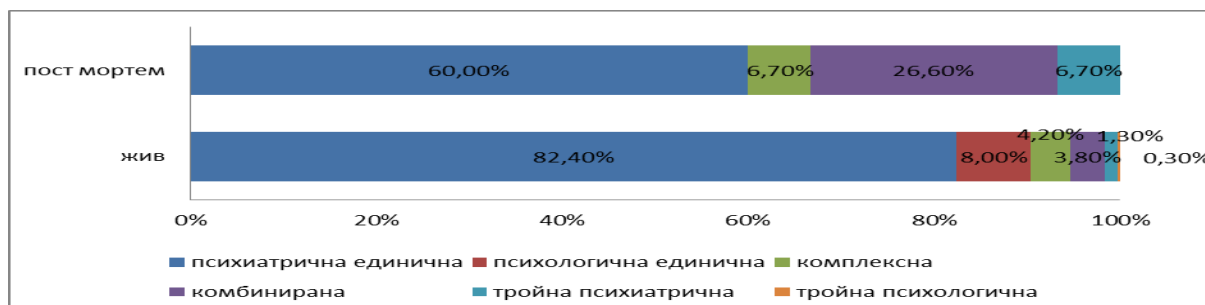
Резултатите, представени на фиг. 61, показват, че е налице съществена разлика във вида на първичната СПЕ и обекта на освидетелстване ($p=0,001$). При освидетелстваните живи лица се извършват значително повече психиатрични единични освидетелствания, отколкото при лицата post mortem (82,40 % срещу 60,00 %). Също така единствено при живите освидетелствани лица е изготвена единична и тройна психологична експертиза. При лицата, освидетелствани post mortem, с висока честота е комбинираната експертиза (26,60 %), докато при живите тя се е изготвяла в 3,80 % от случаите.



Фиг. 59. Вид експертиза при първична СПЕ



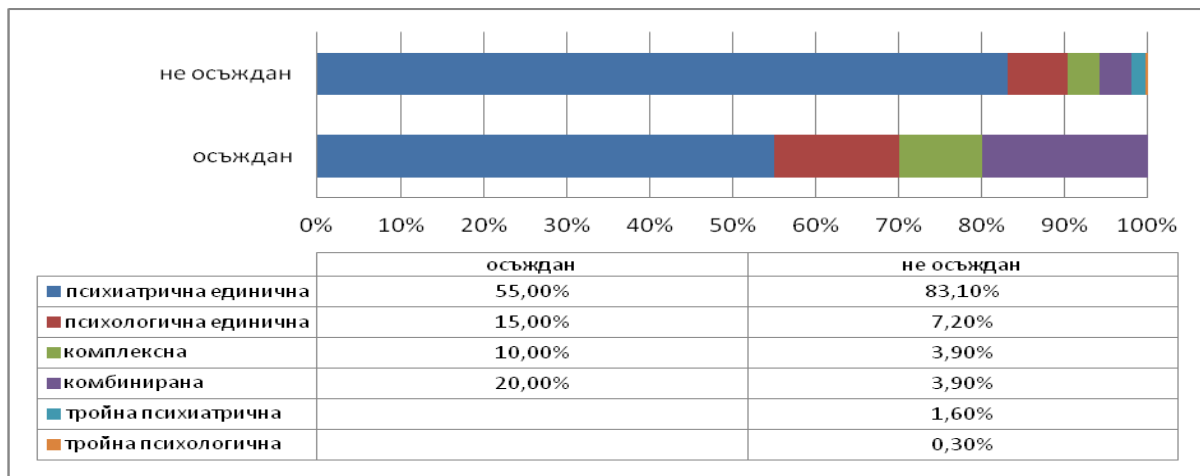
Фиг. 60. Вид експертиза при вторична СПЕ



Фиг. 61. Вид експертиза при първична СПЕ и обект на СПЕ

Правният статус на обектите е другият фактор, при който беше намерена съществена разлика във вида на изготвената първична експертиза ($p=0,009$). (фиг. 62) Значителна част от неосъжданите лица са били обект на единична психиатрична експертиза (83,10 %), докато този вид експертна оценка е със значително по-нисък

относителен дял при вече осъжданите освидетелствани лица (55,00 %). Интересен е фактът, че при осъжданите лица не са били постановявани тройни експертизи.



Фиг. 62. Вид експертиза при първа СПЕ и правен статус

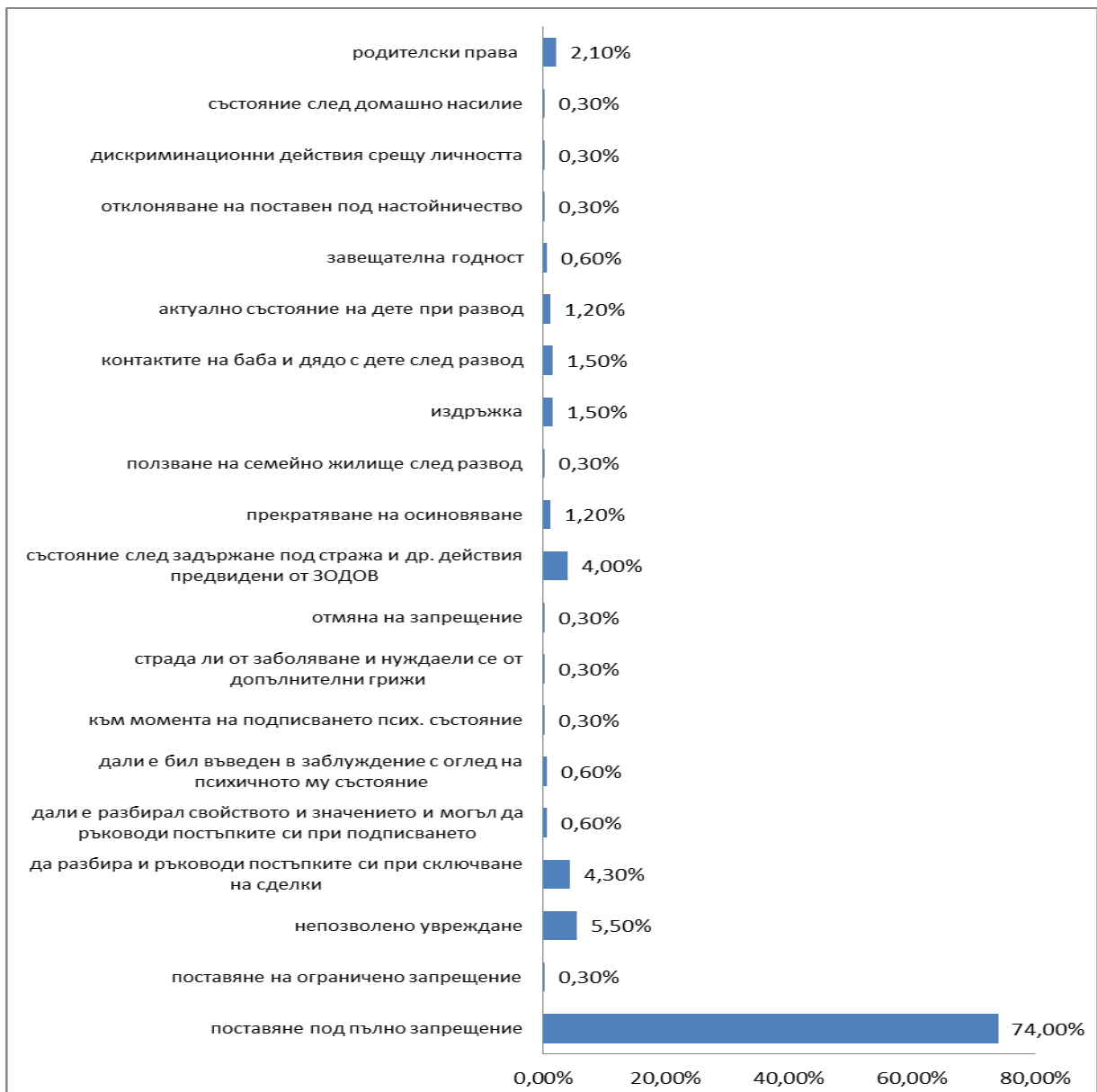
При вторичната и третичната СПЕ не се наблюдава съществена разлика във вида на експертизата, обекта и правния статус.

Основните задачи при изготвянето на първична СПЕ в гражданското право са свързани с поставянето под пълно запрещение на освидетелстваните лица (74,00 %), като всички останали задачи с изключение на непозволеното увреждане (5,50 %) са под 5 %. (фиг. 63)

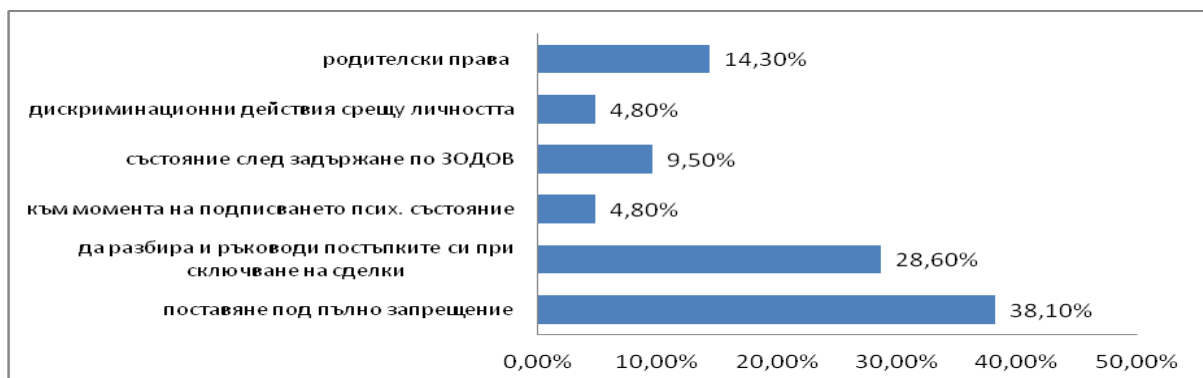
При вторичната СПЕ поставянето под пълно запрещение на освидетелстваните лица продължава да е водеща задача при изготвянето на експертизата (38,10 %), но има и други задачи с висока честота, като изследване на освидетелстваните лица за възможността да разбират и да ръководят постъпките си при сключване на сделки (28,60 %) и родителска годност (14,30 %). (фиг. 64)

По въпросите, касаещи недееспособността при сключването на сделки, са работили редица чужди автори – Gove, D. и Georges, J. през 2001 [163], Малкин, Д.А през 2004 [66], Харитоновна, Н.К. през 2004, 2006 и 2008 [133, 134], Илейко, В.Р. и Первомайский, В.Б. през 2006 [49], Храмова, О.П. през 2006 [138], Королева, Е.В. през 2010 [63], които са предлагали разделянето на психичните разстройства на хронични и временни.

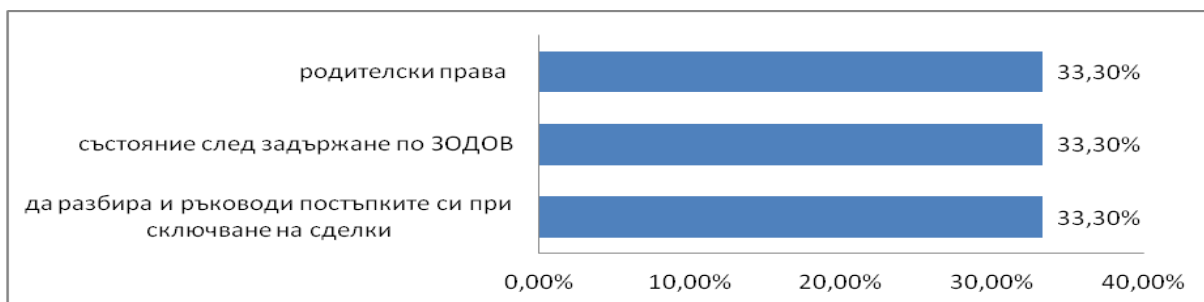
При сравняването на задачите, които се поставят на експертите при изготвянето на първична и вторична СПЕ, беше установена значителна разлика ($p < 0,01$). Докато при първичната СПЕ се изследва предимно ограничаването на гражданските права, то при вторичната СПЕ навлизат и други задачи, свързани със способността на лица да управляват личните си дела. Задачите при третичната СПЕ са различни за трите отделни експертизи. (фиг. 65)



Фиг. 63. Задачи при първична СПЕ



Фиг. 64. Задачи при вторична СПЕ



Фиг. 65. Задачи при третична СПЕ

Табл.1. Задачи на първична СПЕ, обект и правен статут

	Обект		Правен статут	
	Жив	Пост мортем	Осъждан	Не осъждан
Поставяне под пълно запрещение	77,20 %	6,70%	35,00%	76,50%
Поставяне на ограничено запрещение	0,30 %	-	-	0,30%
Непозволено увреждане	5,40 %	6,70%	-	5,90%
Да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки	2,20 %	46,70%	-	4,60%
Дали е разбирал свойството и значението и могъл да ръководи постъпките си при подписването	-	13,30%	-	0,70%
Дали е бил въведен в заблуждение с оглед на психичното му състояние	0,30%	6,70%	-	0,70%
Псих. състояние към момента на подписването	-	6,70%	-	0,30%
Страда ли от заболяване и нуждае ли се от допълнителни грижи	0,30%	-	-	0,30%
Отмяна на запрещение	0,30%	-	-	0,30%
Състояние след задържане по ЗОДОВ	4,20%	-	65,00%	-
Прекратяване на осиновяване	1,30%	-	-	1,30%
Ползване на семейно жилище след развод	0,30%	-	-	0,30%
Издръжка	1,60%	-	-	1,60%
Контактите на баба и дядо с дете след развода	1,60%	-	-	1,60%
Актуално състояние на дете при развод	1,30%	-	-	1,30%
Завещателна годност	-	13,30%	-	0,70%
Отклоняване на поставен под настойничество	0,60%	-	-	0,60%
Дискриминационни действия срещу личността	0,30%	-	-	0,30%
Състояние след домашно насилие	0,30%	-	-	0,30%
Родителски права	2,20%	-	-	2,30%

Сравнителният анализ между обекта на експертизата и задачите, поставени за изготвяне на първична СПЕ, отразяват следната разлика ($p < 0,001$), като при живите освидетелствани лица основната задача е поставянето им под пълно запрещение

(77,20 %), а при лицата, освидетелствани post mortem, е способността им за завещателна годност (46,70 %). (табл. 1) При изследването на връзката между обекта на освидетелстване и задачите, поставени пред експертите, беше установена умерена зависимост ($r=0,309$ $p < 0,001$), като в 9,54 % от случаите поставянето на задачите пред вещите лица е свързано с обекта на освидетелстване.

По отношение на правния статус на освидетелстваните също беше намерена съществена разлика при поставянето на задачите на експертните лица ($p < 0,001$), като при осъжданите лица се изследва състоянието след задържане по ЗОДОВ (65,00 %), а при неосъжданите освидетелствани лица е поставянето им под пълно запрещение (76,50 %). (табл. 1)

Задачите, които се поставят пред експертите от съда за изготвянето на СПЕ, съществено се различават в зависимост от вида на експертизата ($p < 0,001$), като основната задача при изготвянето на единична психиатрична експертиза е поставянето под пълно запрещение (89,50 %), за единична психологична е определянето на издръжка за дете (20,00 %). При комплексната експертиза има две основни задачи: поставянето под пълно запрещение и непозволеното увреждане (по 28,60 % за всяка задача). Водещата задача при комбинираната експертиза е непозволеното увреждане (43,80 %), а при тройните експертизи (психиатрични и психологични) водеща е определянето на родителските права на освидетелстваните лица. (табл. 2)

Беше намерена зависимост между вида на експертизата и задачите, които се поставят на експертите ($r = 0,752$; $p < 0,001$), като при 56,55 % от казусите видът на експертизата се определя от поставената задача.

В табл. 3 са представени различните задачи за изготвяне на вторична СПЕ според обекта на изследване и правния статус.

При освидетелстваните живи лица водеща задача е евентуалното им поставяне под пълно запрещение (47,10 %), докато при лицата, освидетелствани post mortem, е способността им за завещателна годност, която е и единствената причина за изготвяне на вторична посмъртна СПЕ ($p = 0,03$). (табл. 3)

От гледна точка на правния статус единствената задача за изготвяне на повторна експертиза при осъждани лица е състоянието им след задържане, а при неосъжданите водеща задача е евентуалното поставяне под пълно запрещение (42,10 %) ($p < 0,001$).

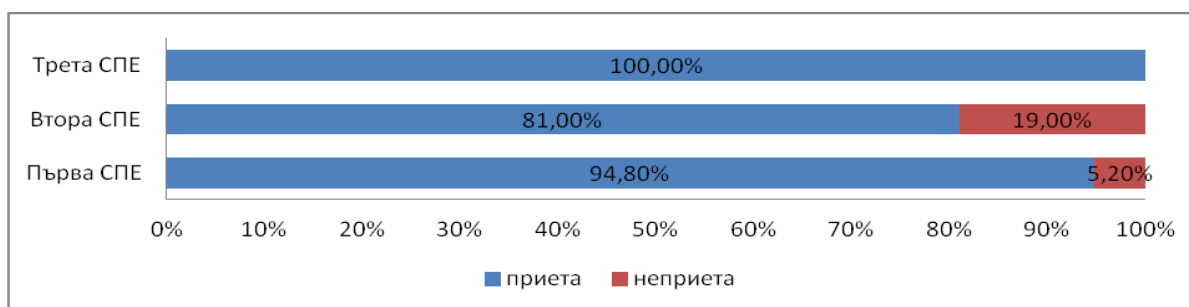
Няма съществена разлика от гледна точка на задачите на третичната СПЕ и вида на експертизата.

Табл. 2. Задачи на първична СПЕ и вида на експертизата

	Психиатрична единична	Психологична единична	Комплексна	Комбинирана	Тройна психиатрична	Тройна психологична
Поставяне под пълно запрещение	89,50%	-	28,60%	-	-	-
Поставяне на ограничено запрещение	0,40%	-	-	-	-	-
Непозволено увреждане	2,30%	-	28,60%	43,8%	20,0%	-
Да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки	3,40%	-	14,30%	12,50%	20,0%	-
Дали е разбирал свойството и значението и могъл да ръководи постъпките си при подписването	0,40%	-	-	6,20%	-	-
Дали е бил въведен в заблуждение с оглед на психичното му състояние	0,80%	-	-	-	-	-
Псих. състояние към момента на подписването	0,40%	-	-	-	-	-
Страда ли от заболяване и нуждае ли се от допълнителни грижи	0,40%	-	-	-	-	-
Отмяна на запрещение	0,40%	-	-	-	-	-
Състояние след задържане по ЗОДОВ	1,50%	12,0%	14,3%	25,0%	-	-
Прекратяване на осиновяване	-	16,0%	-	-	-	-
Ползване на семейно жилище след развод	0,40%	-	-	-	-	-
Издръжка	-	20,0%	-	-	-	-
Контактите на баба и дядо с дете след развода	-	16,0%	7,10%	-	-	-
Актуално състояние на дете при развод	-	16,0%	-	-	-	-
Завещателна годност	-	-	-	6,20%	20,0%	-
Отклоняване на поставен под настойничество	0,40%	-	7,10%	-	-	-
Дискриминационни действия срещу личността	-	4,00%	-	-	-	-
Състояние след домашно насилие	-	-	-	6,20%	-	-
Родителски права	-	16,0%	-	-	40,0%	100%

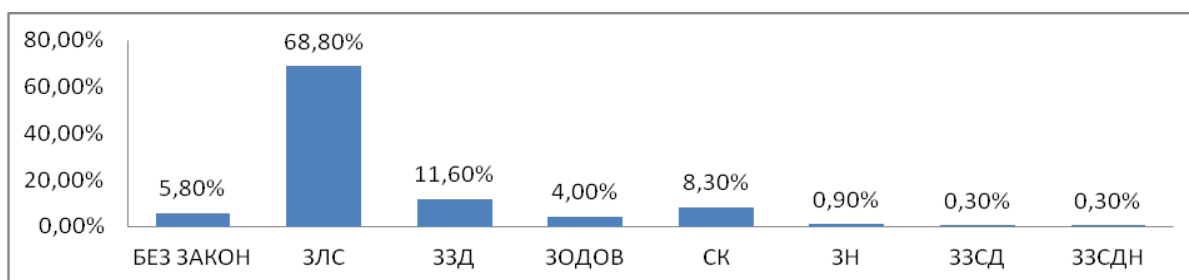
Табл. 3. Задачи на вторична СПЕ, обект и правен статус

	Обект		Правен статус	
	Жив	Пост мортен	Осъждан	Не осъждан
Поставяне под пълно запрещение	47,10%	-	-	42,10%
Да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки	11,80%	100,0%	-	31,60%
Псих. състояние към момента на подписването	5,90%	-	-	5,30%
Състояние след задържане по ЗОДОВ	11,80%	-	100,0%	-
Дискриминационни действия срещу личността	5,90%	-	-	5,30%
Родителски права	17,60%	-	-	15,80%



Фиг. 66. Окончателно приети СПЕ

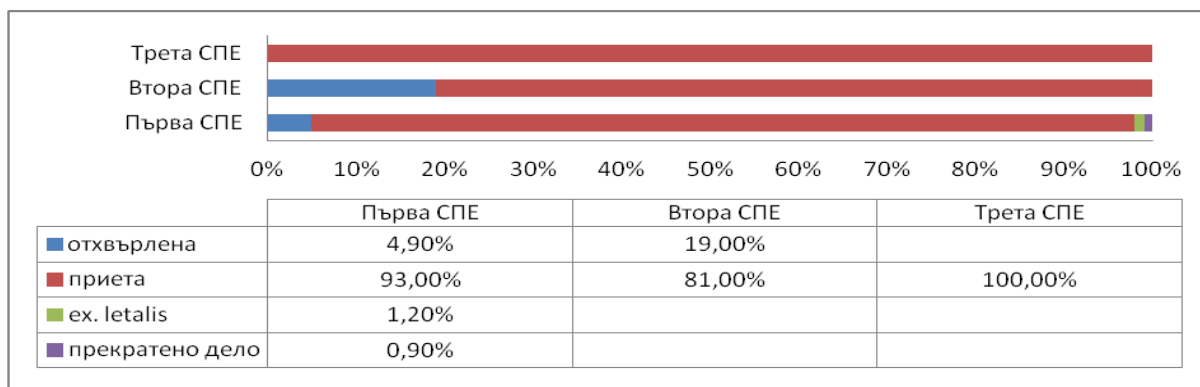
Данните, представени на фиг. 66, показват относителния дял на приетите и неприети СПЕ, като се вижда, че при третичните СПЕ са приети от Съда.



Фиг. 67. Закон, по който е произнесено решение на съда

Основният закон, по който се произнасят решенията на съда, е Законът за лицата и семейството (68,80 %), следван от Закона за задълженията и договорите (11,60 %). Всички останали - ЗОДОВ, СК, ЗН, ЗЗСД, ЗЗСДН, са под 10 %. (фиг. 67)

Налице са и съдебни решения, в които не са отразени закони.

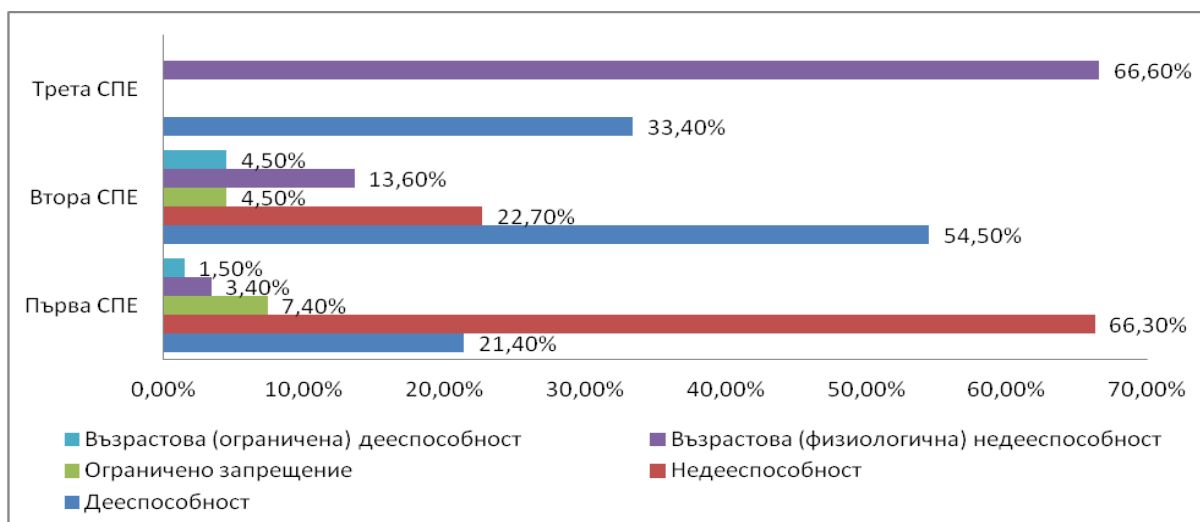


Фиг. 68. Приета и отхвърлена СПЕ

При първична СПЕ са приети 93,00 % от експертните, за вторичните процентът е 81 %, а третичните експертни са приети на 100 % от съда. (фиг. 68)

4. Анализ на диагностичните оценки, водещи до приемане на недееспособност или ограничена дееспособност, и връзката им с параметрите на експертната и експертната оценка

Правните критерии при първичната СПЕ основно са свързани с недееспособността на освидетелстваните лица (66,30 %), докато тези във вторичната СПЕ са насочени към дееспособността или недееспособността на освидетелстваните. (54,50 %). В третичната СПЕ се разглежда основно възрастовата недееспособност. (фиг. 69)



Фиг. 69. Правни критерии при СПЕ

Изследването на диагнозата на лицата и правните критерии показва, че при първична СПЕ при дееспособността с най-висок процент са лицата без диагноза (37,70 %). При постановяването на лицата под пълно запрещение с най-висок процент

са освидетелстваните, страдащи от параноидна шизофрения – 31,30 %, следвани от освидетелстваните със съдова деменция – 11,20 % , и с умерена умствена изостаналост – 7,90 %. В казусите с последващо приемане на ограничено запрещение отново на първо място са освидетелстваните, страдащи от параноидна шизофрения - 45,80 %. При възрастовата недееспособност – без диагноза са 72,70 % освидетелствани лица, а при възрастова дееспособност – без диагноза са 60,00 % от експертите ($p < 0,001$).

При вторичната СПЕ основните диагнози при освидетелстваните лица са при: ($p < 0,01$)

- дееспособност – без психиатрична диагноза 50 % от казусите
- недееспособност – 60,00 % с параноидна шизофрения
- ограничено запрещение – 100 % лека умствена изостаналост
- възрастова недееспособност – 100 % без психиатрична диагноза
- възрастова дееспособност – 100 % посттравматично стресово разстройство

При трите третични СПЕ освидетелстваните лица са със следните диагнози – личностово разстройство, параноидна шизофрения и умерена умствена изостаналост.

На табл. 4 са представени психопатологични симптоми и синдроми в психиатричните диагнози, които са отразени в експертите, касаещи недееспособността.

Наблюдава се съществена разлика в броя и сферите на психопатологични симптоми и синдроми и поставените диагнози ($p < 0,01$), като IQ 50 – 69 съществува при комбинация на лека умствена изостаналост с параноидната шизофрения.

IQ 35 – 49 - умерена умствена изостаналост (16).

IQ 20 – 34 - тежка умствена изостаналост (7).

IQ под 20 - дълбока умствена изостаналост (4).

IQ неуточнено е основен синдром при съдова деменция (15), следвана от деменция при Алцхаймер с ранно начало и умерена умствена изостаналост (по 7 лица)

Разстройства на мисленето: брадипсихичен по темп, идеен вихър, шперунг, мантизъм, инкохерентност, разкъсан – параноидна шизофрения (81), съдова деменция (22), умерена умствена изостаналост (14), деменция при Алцхаймер с ранно начало (10).

Халюцинации или налудни интерпретации на реалността - параноидна шизофрения (46), съдова деменция (10).

Афективни нарушения с доминиране на болестно променените емоции - параноидна шизофрения (74), съдова деменция (20), умерена умствена изостаналост (15), деменция при Алцхаймер с ранно начало (11).

Нарушения на ориентацията за личност и ситуации - параноидна шизофрения (41), съдова деменция (26), умерена умствена изостаналост (22), деменция при Алцхаймер с ранно начало (14).

Табл. 4. Психопатологични симптоми и синдроми в психиатричните диагнози, които са отразени в експертните, касаещи недееспособността (брой)

Симптом и синдром	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
МКБ-10															
00	-	-	-	-	2	5	3	4	6	6	2	2	6	3	-
00.0	-	1	-	-	7	10	5	11	14	14	7	3	14	9	-
00.1	-	1	-	-	2	7	-	6	9	7	2	-	7	3	-
01	-	-	1	-	15	22	10	20	26	25	15	10	26	18	-
01.0	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	1	1	-	-
01.1	-	-	-	-	1	7	3	6	9	5	6	1	-	9	-
01.3	-	-	-	-	5	9	5	9	9	9	3	4	9	4	-
01.2	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	-
01.9	-	-	-	-	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1
02.8	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	1	1	1	-	-
03	-	-	-	-	2	4	2	4	3	3	-	-	4	2	-
06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
06.2	-	-	-	-	2	9	5	9	8	9	-	3	9	1	-
07.0	-	-	-	-	-	2	-	2	1	2	-	1	2	-	-
07.2	-	-	-	-	1	1	-	2	2	3	2	-	3	1	-
10	-	-	-	-	1	1	1	2	-	2	-	-	2	-	-
10.00	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-
10.2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
10.6	-	-	-	-	2	2	-	1	2	2	-	2	2	1	-
19	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-
20.0	8	-	-	-	1	81	46	74	41	41	4	-	80	43	7
20.1	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	1	-	1
20.6	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22.0	-	-	-	-	-	3	-	3	3	2	-	-	3	-	-
30	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-
31	-	-	-	-	-	4	-	6	4	4	1	-	6	1	-
33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-
70	6	-	-	-	2	8	-	4	6	8	1	-	9	-	-
71	-	16	-	-	7	14	1	15	22	22	2	-	21	5	-
72	-	-	7	-	2	-	-	4	6	7	4	1	7	-	-
73	-	-	1	4	1	-	-	2	4	5	3	-	5	-	-
84.1	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	-	1	-	-

Легенда на психопатологични симптоми и синдроми :

- IQ 50 – 69
- IQ 35 – 49
- IQ 20 – 34
- IQ под 20
- IQ неуточно
- Разстройства на мисленето: брадипсихичен по темп, идеен вихър, шперунг, мантизъм, инкохерентност, разкъсан
- Халюцинации или налудни интерпретации на реалността
- Афективни нарушения с доминиране на болестно променените емоции
- Нарушения на ориентацията за личност и ситуации
- Разстройства на вниманието и паметта, които нарушават възпроизвеждането на информация, имаща отношение към вземането на решения
- Тежки разстройства на Аз-а
- Количествени и качествени нарушения на съзнанието
- Липса на инсайт
- Негативна симптоматика
- Паратимия и парабулия

Разстройства на вниманието и паметта, които нарушават възпроизвеждането на информация, имаща отношение към вземането на решения - параноидна шизофрения (41), съдова деменция (25), умерена умствена изостаналост (22), деменция при Алцхаймер с ранно начало (14).

Тежки разстройства на Аз-а - съдова деменция (15), деменция при Алцхаймер с ранно начало (7), тежка умствена изостаналост (4), дълбока умствена изостаналост (3).

Количествени и качествени нарушения на съзнанието - съдова деменция (10).

Липса на инсайт - параноидна шизофрения (80), съдова деменция (26), умерена умствена изостаналост (21), деменция при Алцхаймер с ранно начало (14).

Негативна симптоматика - параноидна шизофрения (43), съдова деменция (18).

Паратимия и парабулия - параноидна шизофрения (7).

Табл. 5. Правни критерии и психопатологични симптоми и синдроми в психиатричните диагнози, които са отразени в експертните, касаещи дееспособността/недееспособността на освидетелстваните лица (брой)

Правни критерии	Правни критерии				
	Дееспособност	Недееспособност	Ограничено запрещение	Възрастова недееспособност	Възрастова дееспособност
Медицински симптоми и синдроми					
IQ 50 – 69	1	10	3	-	-
IQ 35 – 49	-	17	1	-	-
IQ 20 – 34	-	8	-	-	-
IQ под 20	-	5	-	-	-
IQ неуточнено	4	47	4	-	1
Разстройства на мисленето: брадипсихичен по темп, идеен вихър, шперунг, мантисън, инкохерентност, разкъсан	19	153	19	1	2
Халюцинации или налудни интерпретации на реалността	3	76	5	-	-
Афективни нарушения с доминиране на болестно променените емоции	16	156	17	1	1
Нарушения на ориентацията за личност и ситуации	15	147	11	1	2
Разстройства на вниманието и паметта, които нарушават възпроизвеждането на информация, имаща отношение към вземането на решения	13	161	11	1	2
Тежки разстройства на Аз-а	-	47	1	-	-
Количествени и качествени нарушения на съзнанието	-	31	1	-	-
Липса на инсайт	17	192	20	1	2
Негативна симптоматика	10	78	9	1	2
Паратимия и парабулия	1	7	-	-	-

На табл. 5 са представени правните критерии – дееспособност, недееспособност, ограничено запрещение, възрастова дееспособност и недееспособност и психопатологични симптоми и синдроми в психиатричните диагнози, които са отразени в експертизите, касаещи дееспособността/недееспособността на освидетелстваните лица.

5. Анализ на посмъртните съдебни експертизи

През последните години, видно от изследвания на А. Р. Мохонько и Л.А. Муганцева [73,74] от съдебнопсихиатричната експертна служба на Руската Федерация, през 2005 година значително се е увеличил броят на посмъртните експертизи през последните десет години. Това е свързано с интензифицирането на социално-икономическите отношения, нарастващото разпространение на психични разстройства в старческа възраст/поради удължената продължителност на живот, а в някои страни поради демографския срив, напр. в България/ и съвременните познания от невробиологията. По данни на ООН [97] се предвижда през периода от 2007 до 2050 година броят на лицата на 60 и повече години да достигне до 2 милиарда. Изнесените нови данни от Националния статистически институт (НСИ) [80] показват, че през 2014 година се е запазила тенденцията на застаряване на населението в Р. България. От данните на НСИ е ясно, че в края на 2014 г. хората на 65 и повече години са 1 440 329, или 20 на сто, от всички в страната.

Редица автори, които са изучавали социалните и клиничните аспекти на посмъртната експертиза в гражданския процес, отразяват, че този вид експертиза е особено сложна поради отсъствието на обекта на изследване и даване на заключение въз основа на доказателства от материалите по делото. В някои случаи обаче няма и налична медицинска документация, която да обективизира състоянието на освидетелстваното лице по време на даден граждански акт, да характеризира личността му и да дава някакви представи по отношение на психичното здраве или болест.

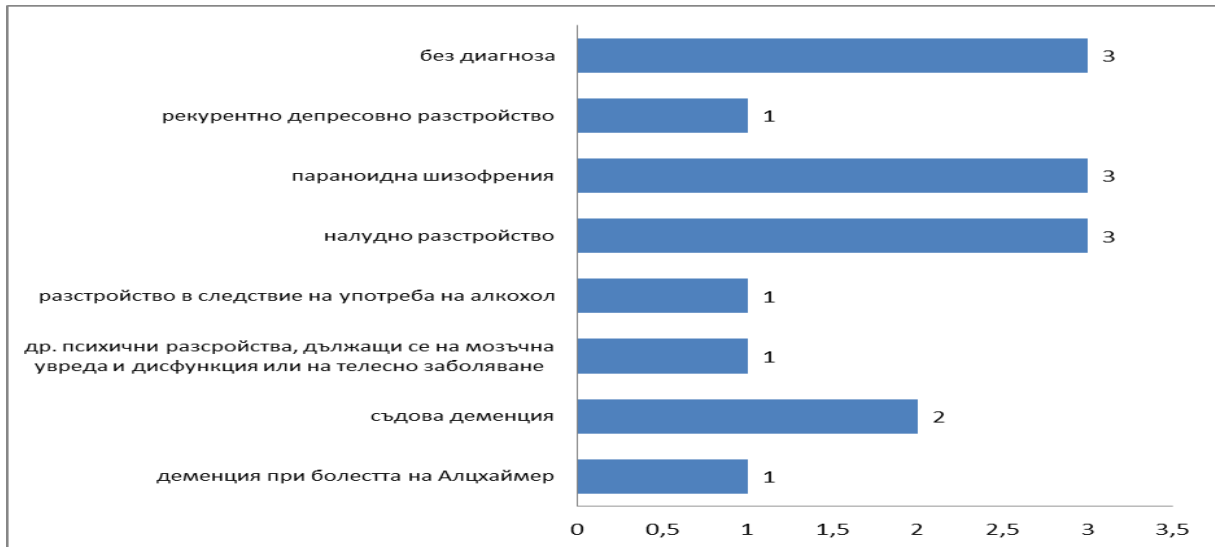
Тези експертизи са натоварени с големи рискове от непълнота на данните и несигурност в диагностичните и експертните оценки. Липсва непосредственото общуване с обекта на експертизата, невербалните му сигнали, начинът му за участие в освидетелстването, възможността да му бъдат зададени необходимите уточняващи въпроси.

От изследваните и анализирани СПЕ при 4,60 % (15) от случаите изготвянето на експертно решение е станало след смъртта на лицето.

От тези лица 60 % (9) са мъже и 40 % (6) са жени. Само един от задочно освидетелстваните е фамилно обременен с шизофрено разстройство.

Средната възраст на лицата, освидетелствани post mortem, е 70,2 г. \pm 9,3 г. и съществено се различава от тази на лицата, които са живи – 51,4 г. \pm 21,5 г. ($p = 0,001$). Минималната възраст е 57 г., а максималната – 85 г.

Поставената диагноза в СПЕ е показана на фиг. 70.



Фиг. 70. Диагноза, поставена при СПЕ (брой лица)

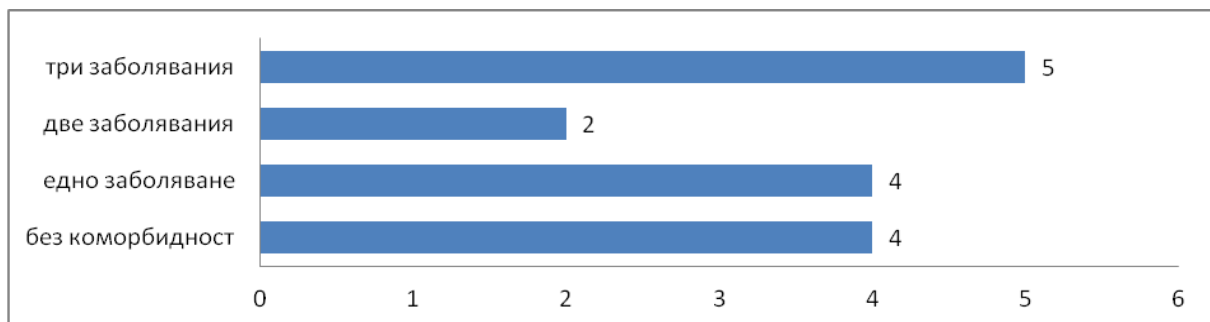
Без поставена психиатрична диагноза са 3 освидетелствани лица.

С диагноза параноидна шизофрения са три освидетелствани лица, такъв е и броят на лицата с налудно разстройство.

Двама освидетелствани са с диагноза съдова деменция.

С деменция при Алцхаймер е един освидетелстван, както и по един страдал от рекурентно депресивно разстройство, от психично разстройство, дължащо се на мозъчна увреда и дисфункция или телесно заболяване, и от разстройство, дължащо се на употребата на алкохол.

От всички 15 лица, които са освидетелствани post mortem, 11 (73,30 %) са с коморбидност (фиг. 71), като петима от тях са с по три заболявания.

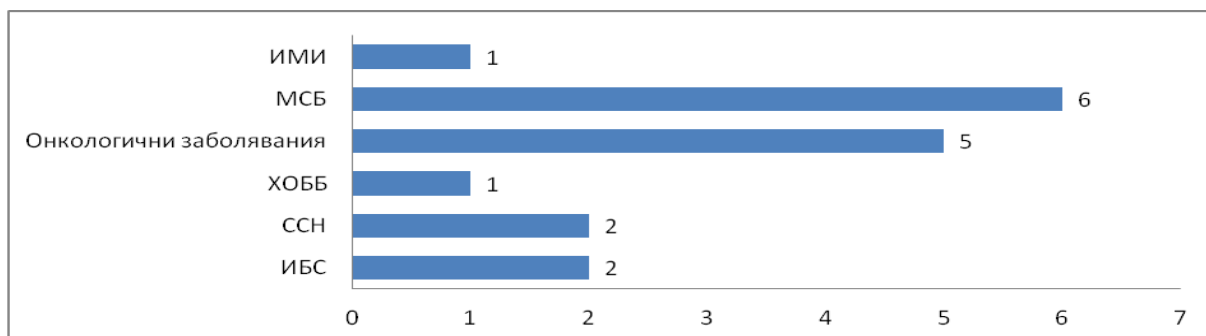


Фиг. 71. Коморбидност (брой)

Със соматичната коморбидност са 6 лица, които са страдали и от МСБ, а с онкологични заболявания са 5 лица (фиг. 72)

От изследваните 15 СПЕ post mortem само при едно лице беше констатирана коморбидност с ПАВ и конкретно употреба на алкохол.

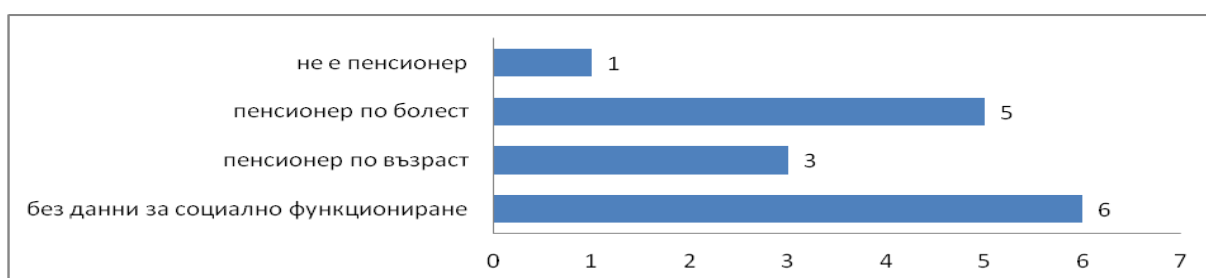
12 от лицата са без друга диагностична психиатрична категория, като едно лице е било с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употребата на ПАВ, и две лица с разстройства на настроението.



Фиг. 72. Соматична коморбидност (брой)

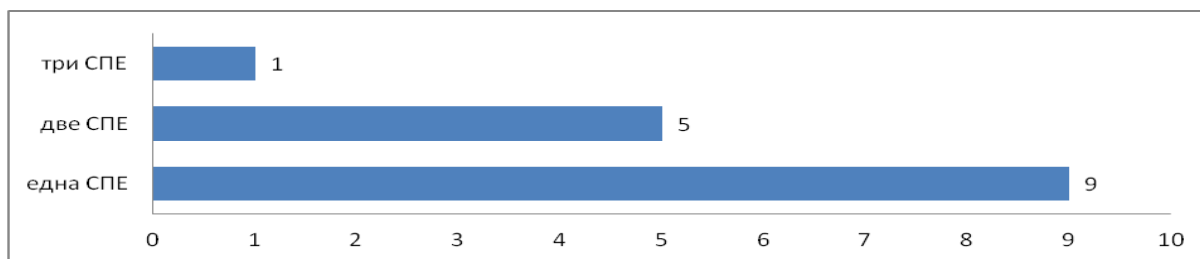
Относно социалното функциониране за 6 (40 %) от лицата няма данни в СПЕ, като при останалите има следните данни (фиг. 73) – 5 от освидетелстваните са били пенсионери по болест, 3 – пенсионери по възраст, и един от тях не е бил пенсионер.

Само при 4 лица има данни за настаняване за лечение по Закона за здравето, като при останалите 10 е посочено, че не са били настанявани за лечение, а за едно лице няма данни.



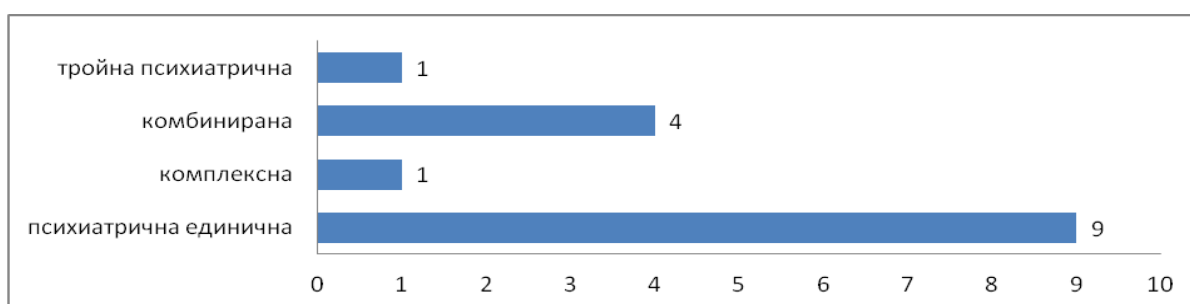
Фиг. 73. Социално функциониране

Анализът на броя на експертизите показва, че при 5 от освидетелстваните има назначена от съда втора СПЕ, а при едно от лицата има постановена и третична експертиза (фиг. 74).



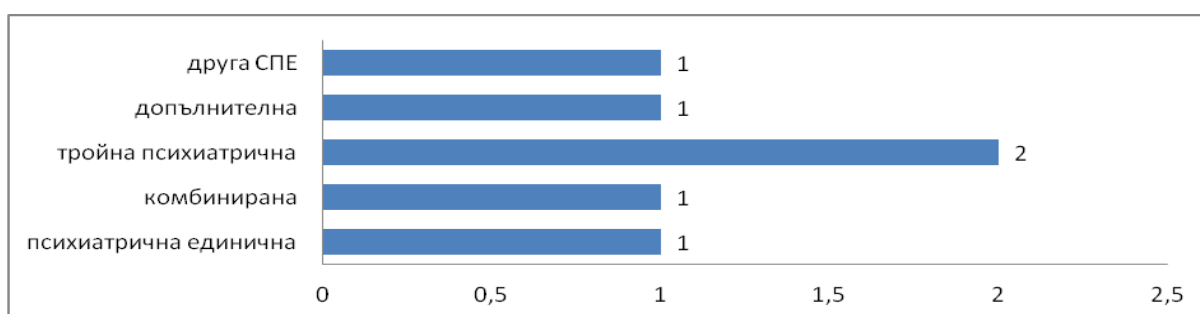
Фиг. 74. Брой СПЕ при освидетелстваните пост мортем лица (брой лица)

Първична единична психиатрична експертиза е била изготвена при 9 лица. (фиг. 75) Обект на задочна комбинирана експертиза са били 4 лица.



Фиг. 75. Вид на първична СПЕ

При вторичната СПЕ има приблизително равномерно разпределение с лек превес на тройната психиатрична експертиза (фиг. 76)



Фиг. 76. Вид на вторична СПЕ

При едно лице е изготвена третична тройна психиатрична експертиза.

Всички лица, които са били обект на освидетелстване post mortem, са били неосъждани.

Основната задача, която е била поставена на експертите при изготвянето на първичната СПЕ, е била способността на лицето да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки (7), останалите задачи са представени на фиг. 77. Задачите на

експертизата при два казуса са касаели разбирането на свойството и моженето за ръководене на постъпките към момента на подписването на граждански акт.



Фиг. 77. Задачи при първична СПЕ (брой)

На експертна оценка са били подложени по 1 освидетелстван със следните задачи: какво е било психическото състояние към момента на подписване на граждански документ, дали лицето е било въведено в заблуждение предвид психичното му състояние, дали е имало медицински критерии за поставянето му под запрещение и дали е било обект на непозволено увреждане.



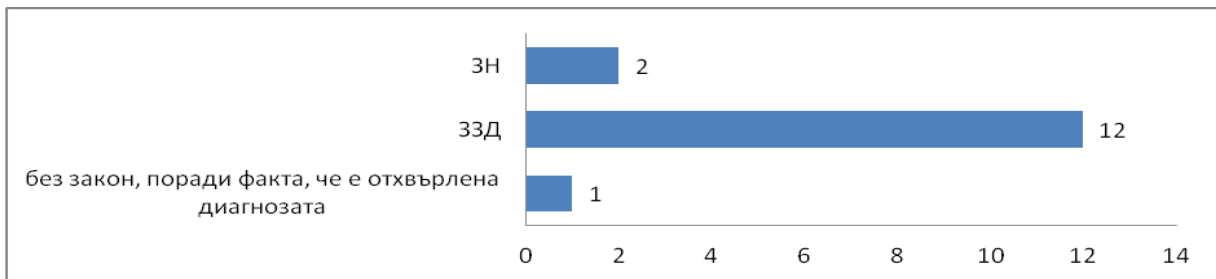
Фиг. 78. Диагнози при първична СПЕ

Ведещи диагнози при изготвянето на първична СПЕ са параноидна шизофрения и налудно разстройство. (фиг. 78)

При всички лица, на които е била изготвена вторична СПЕ, задачите на експертизата са били дали освидетелстваният е могъл да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки. Диагнозата параноидна шизофрения се регистрира при две от лицата, а останалите освидетелствани са без психиатрична диагноза.

При третичната СПЕ освидетелстваният е бил обект на задачата:” да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки”, като поставената диагноза е шизоидно личностово разстройство.

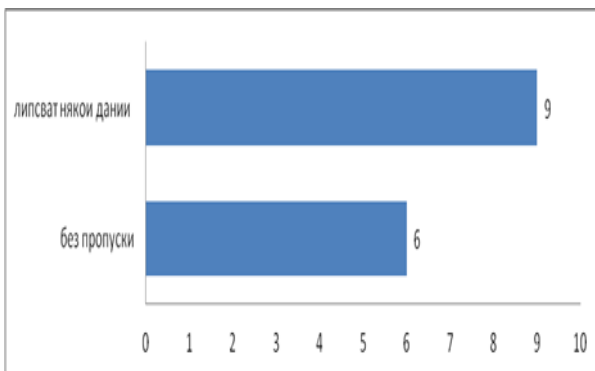
С окончателно приета първична СПЕ са 10 лица, като при останалите 5, при които не е била приета СПЕ, причините са: отхвърляне на СПЕ при трима и ex. letalis при двама.



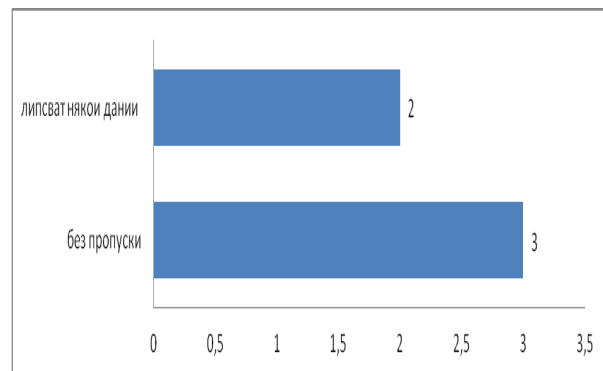
Фиг. 79. Закон, по който е произнесено решението на съда (брой)

Законът, по който са произнесени най-много съдебни решения, е Законът за задълженията и договорите (12). (фиг. 79)

По отношение на структурата на СПЕ в първата част на експертизата се констатира липса на някои данни при първична СПЕ (9), докато при последващата броят им намалява (2). (фиг. 80 и 81)

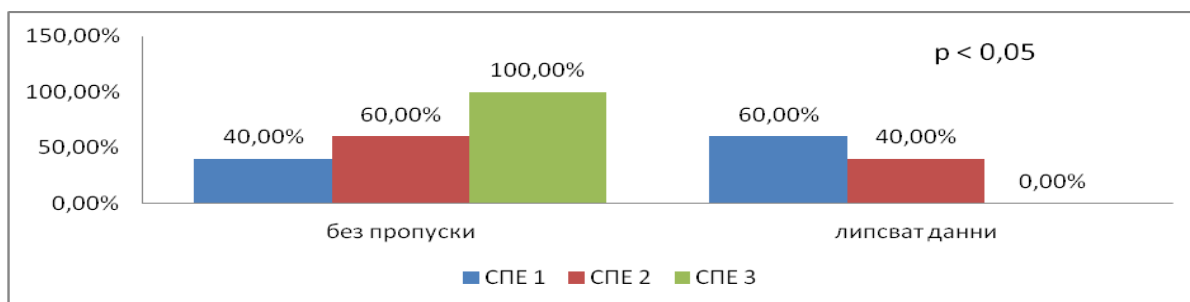


Фиг. 80. Структура на първа част – паспортна, в първична СПЕ (брой)



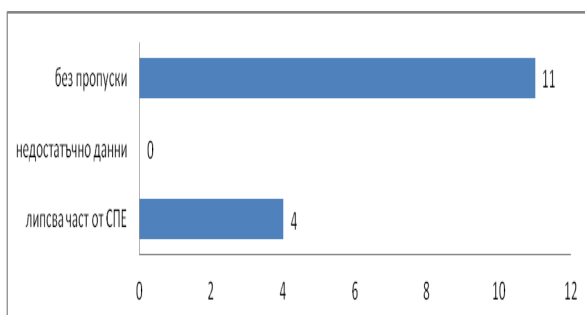
Фиг. 81. Структура на първа част – паспортна, във вторична СПЕ (брой)

Един освидетелстван е бил обект на трета експертиза, което се характеризира с пълни данни в първата част на експертизата.

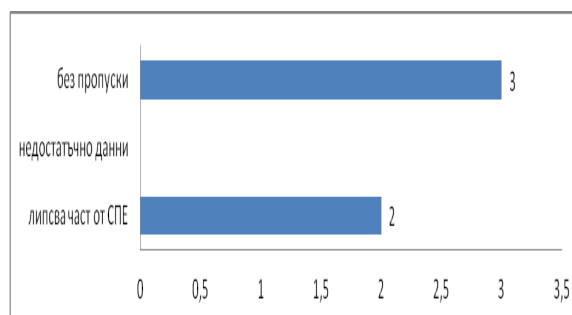


Фиг. 82. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите, в първа част на отделните СПЕ

Резултатите, представени на фиг. 82, показват разлика в относителния дял на експертизите с и без пропуски в първата част ($p < 0,05$), където се вижда, че относителният дял на експертизите с пропуски намалява при последваща експертиза.



Фиг. 83. Структура на втора част в първична СПЕ



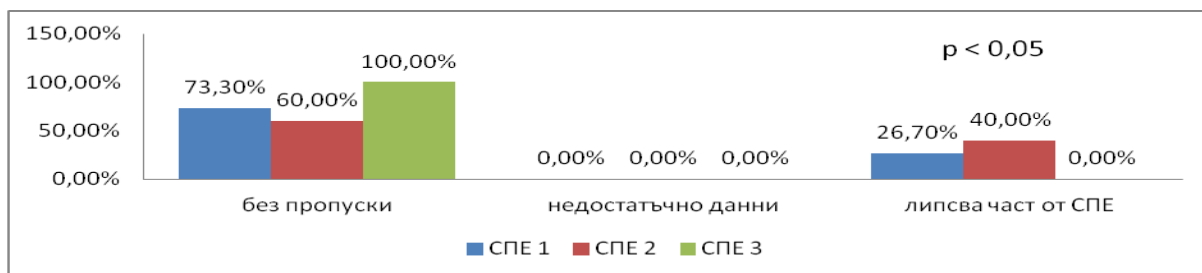
Фиг. 84. Структура на втора част във вторична СПЕ

Втората част на първична и вторична СПЕ не се регистрира в изготвените експертизи. (фиг. 83 и 84)

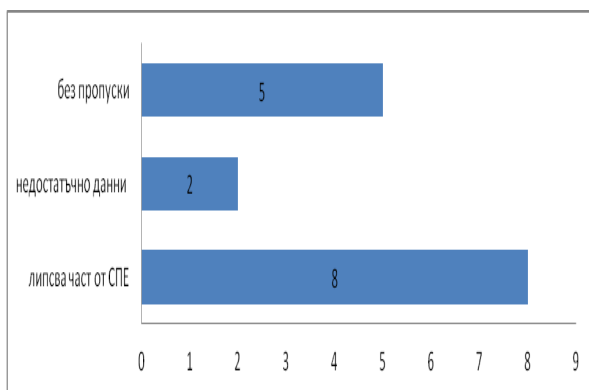
Обекти на изследване при посмъртната СПЕ се явяват изключително материалите по делото, медицинската документация, както и липсата на такава. [45] Тези данни са изключително необходими за анализа и изграждането на експертната оценка.

При третично назначената СПЕ се повтаря тенденцията от първата част, т.е. всички необходими елементи, залегнали в Наредбата, са спазени.

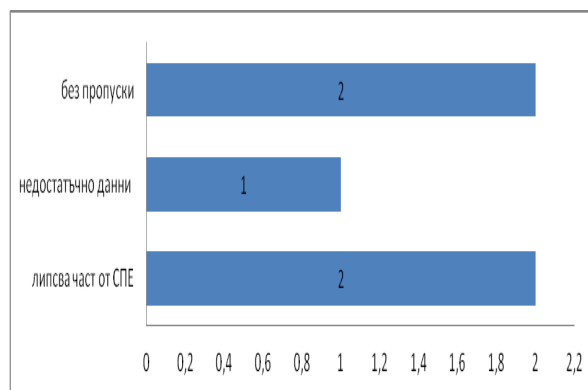
Сравнителният анализ показва, че при вторичната и третичната СПЕ намалява броят на пропуските и конкретно на липсващите части ($p < 0,05$). (фиг. 85)



Фиг. 85. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите, във втора част на отделните СПЕ



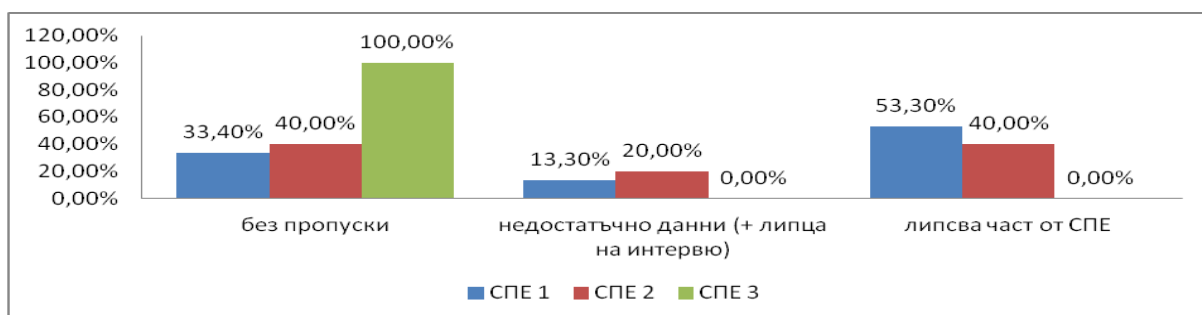
Фиг. 86. Структура на трета част в първична СПЕ (брой)



Фиг. 87. Структура на трета част във вторична СПЕ (брой)

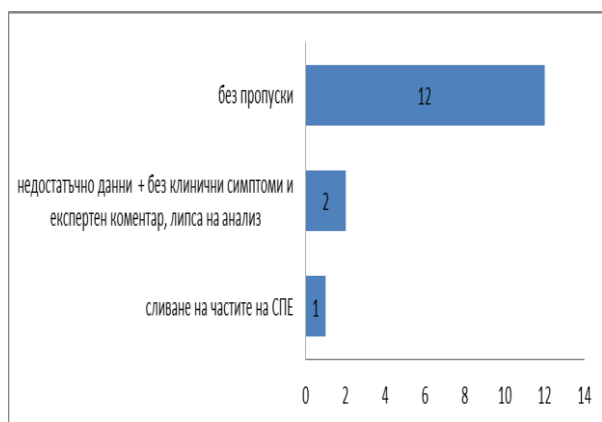
В третата част на СПЕ отново водеща е липсата на част от СПЕ (фиг. 86 и 87). При посмъртните СПЕ вещите лица не могат да имат непосредствени впечатления и съпреживяване с освидетелстваното лице. Това лишава вещите лица от възможността за оценка на невербалните, несъзнавани послания, които, от своя страна, понякога са по-информативни от вербалните обяснения на освидетелстваното лице. Поради тази особеност при посмъртните експертизи в третата част не заема своето място клиничното интервю.

Третата експертиза отново е попълнена екзактно.

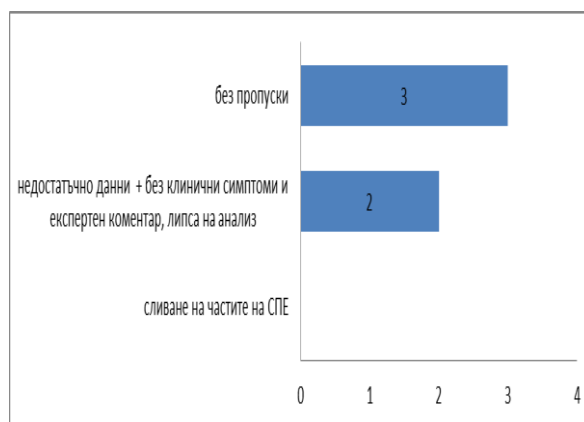


Фиг. 88. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите, в третата част на отделните СПЕ

Резултатите, представени на фиг. 88, отразяват тенденцията от втора част на СПЕ.



Фиг. 89. Структура на четвъртата част в първична СПЕ (брой)

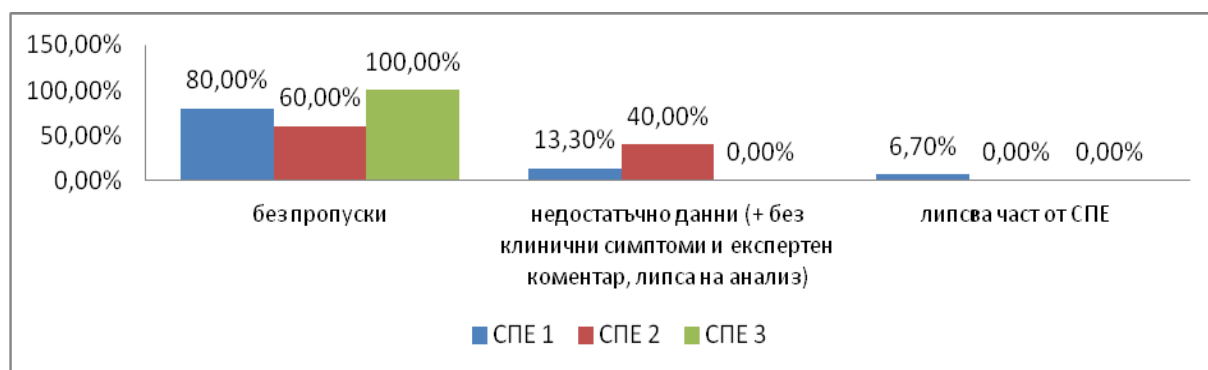


Фиг. 90. Структура на четвъртата част във вторична СПЕ

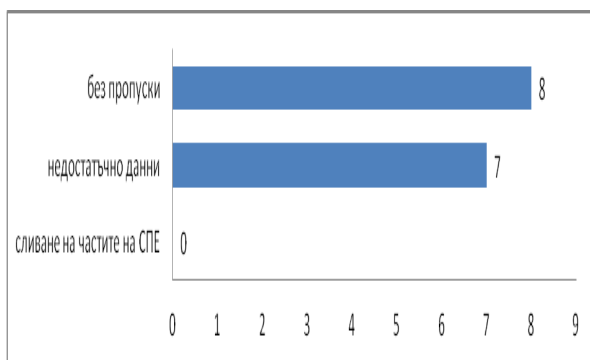
В четвъртата част преобладава броят на СПЕ, както първична, така и вторична, без пропуски, като допуснатите пропуски са свързани основно с недостатъчно данни при изготвянето на анализа и коментара по отношение на състоянието на експертното лице към момента на подписването на гражданския акт или друго действие и анализ на свидетелските показания. (фиг. 89 и 90)

Третичната експертиза отново е изготвена екзактно.

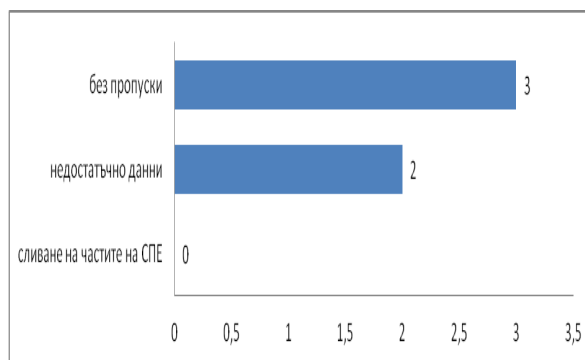
Сравнителният анализ показва, че преобладава процентът на експертизите без допуснати пропуски в изготвянето на четвъртата част. (фиг. 91)



Фиг. 91. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите, в четвъртата част на отделните СПЕ



Фиг. 92. Структура на петата част в първичната СПЕ

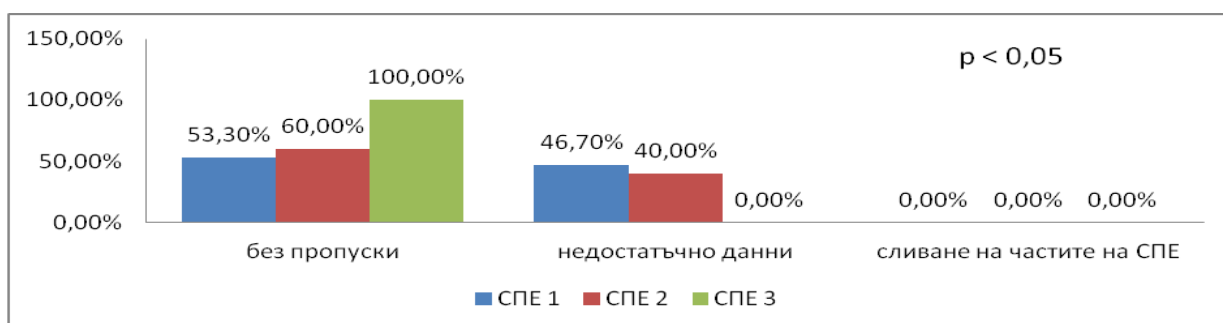


Фиг. 93. Структура на петата част във вторичната СПЕ

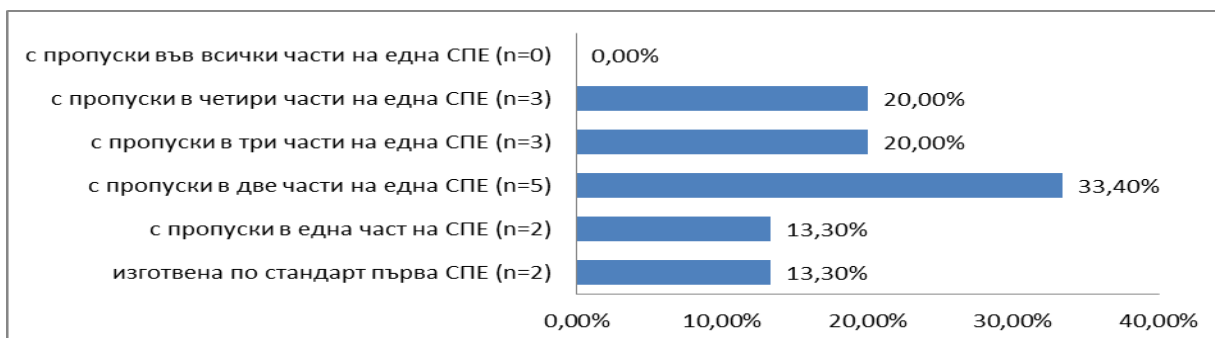
В заключителната част, за разлика от предходните части, при първичната СПЕ се наблюдава висок брой на недостатъчните данни (7), докато вторичната СПЕ запазва тенденцията от четвъртата част. (фиг. 92 и 93)

Заключителната част в третичната експертиза е изготвена според Наредбата.

Сравнителният анализ показва, че има разлика в относителния дял на експертизите с и без пропуски в заключителната част. (фиг. 94)

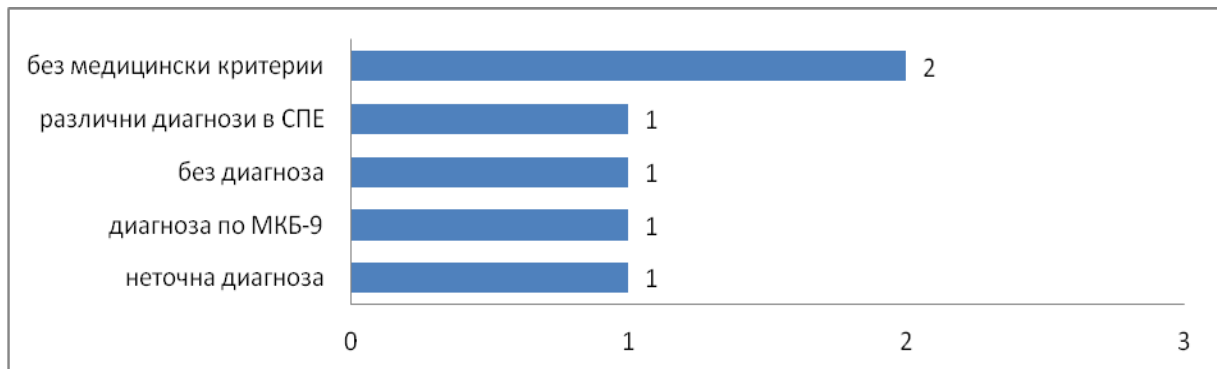


Фиг. 94. Сравнителен анализ в информацията, подадена от експертите, в петата част на отделните СПЕ



Фиг. 95. Относителен дял на допуснатите пропуски в отделните части на първа експертиза

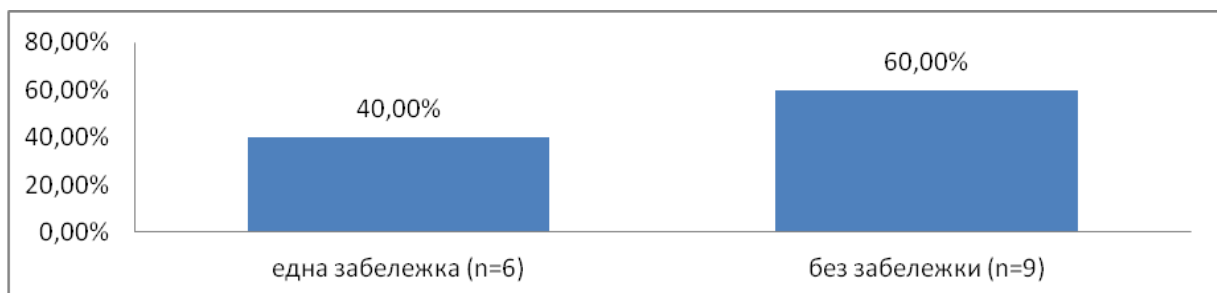
Най- много пропуски в една СПЕ има в двете ѝ части (33,40 %), като при нито една от изготвените първични СПЕ не са регистрирани пропуски във всичките ѝ части. (фиг. 95)



Фиг. 96. Забележки при изготвянето на СПЕ (брой)

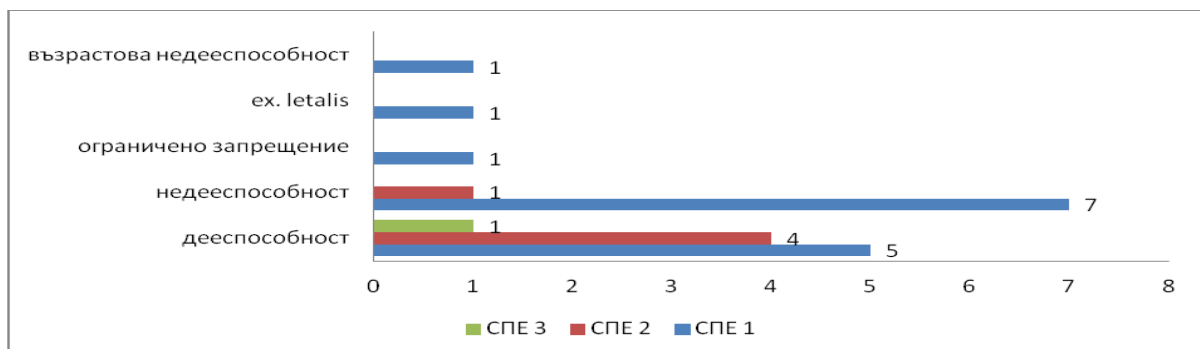
Основната забележка при изготвянето на СПЕ е, че не са отразени медицински критерии, като останалите забележки са представени на фиг. 96.

Допълнителният анализ показва, че в по-голямата си част експертите са без забележки, като при 40 % от тях има само по една забележка. (фиг. 97)



Фиг. 97. Относителен дял на СПЕ по брой забележки

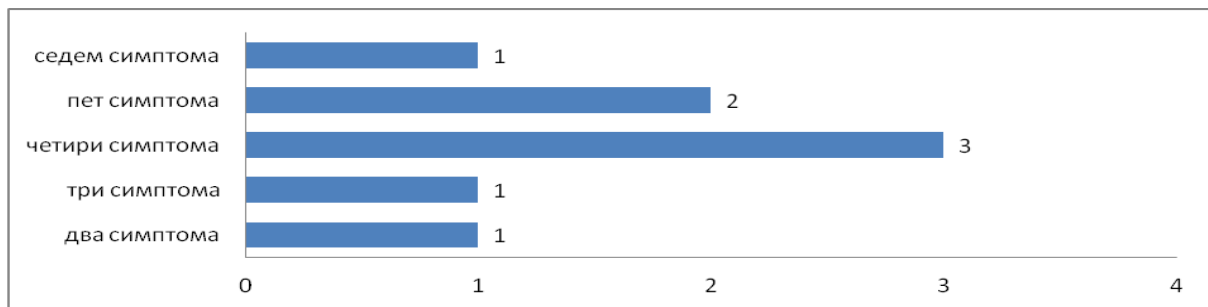
При назначени вторични и третични СПЕ не са регистрирани забележки по отношение на изготвянето на експертите.



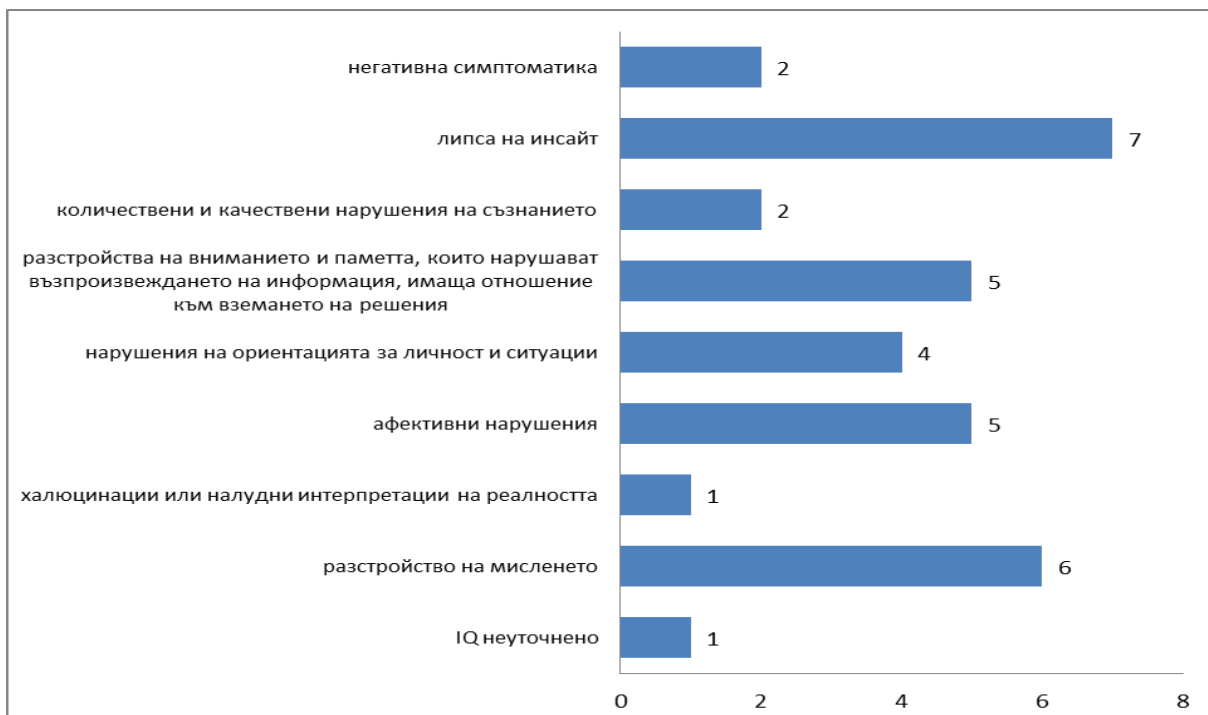
Фиг. 98. Правни критерии на трите СПЕ и ex. letalis

Основните правни критерии, застъпени в първичната и вторичната СПЕ, са дееспособност и недееспособност на лицата, докато в третичната назначена експертиза е разгледана само дееспособността. (фиг. 98)

От изследваните СПЕ при 8 освидетелствани лица (53,30 %) са констатирани медицински симптоми, които определят тяхната недееспособност. Интересен е фактът, че всички обекти на експертизите имат повече от един симптом. (фиг. 99)



Фиг. 99. Брой симптоми (брой лица)

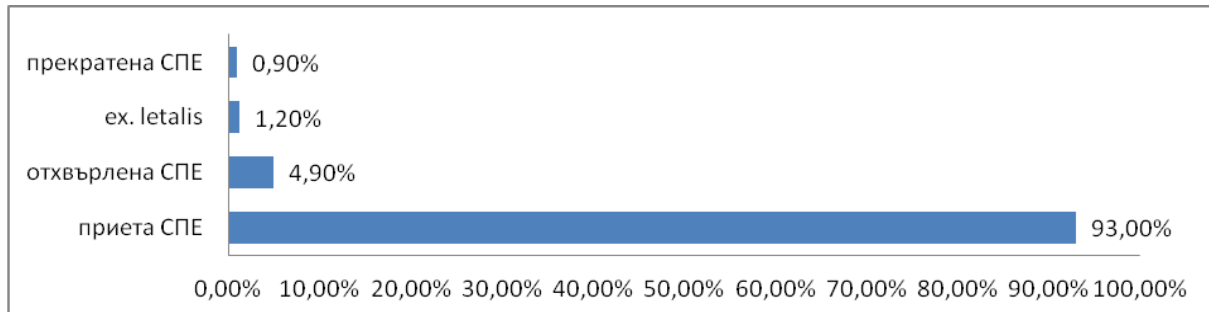


Фиг. 100. Медицински симптоми и синдроми в психиатричните диагнози

При най-много лица в изготвените СПЕ са описани следните медицински симптоми и синдроми: липса на инсайт – 7; разстройство на мисленето – 6; афективни нарушения – 5 и също толкова разстройства на вниманието и паметта, които нарушават възпроизвеждането на информация, имаща отношение към вземането на решения. (фиг. 100)

6. Анализ на обжалваните съдебни решения с отхвърлени експертизи и повторно назначените експертни оценки

От първичните СПЕ са приети от съда 304 (93,00 %), останалите 23 СПЕ не са приети от съдебните власти (фиг. 101).

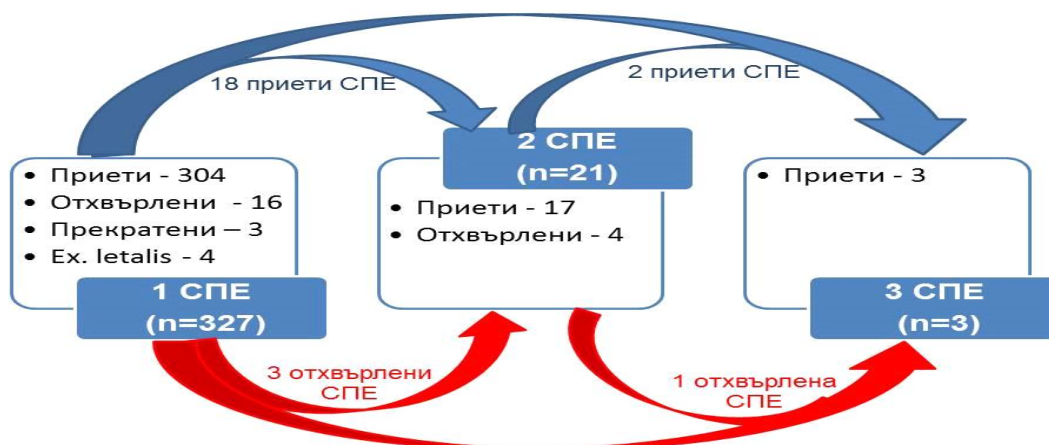


Фиг. 101. Приети и неприети първични СПЕ

Резултатите, представени на фиг. 102, показват, че въпреки приемането на първичната СПЕ при 18 лица е била назначена последваща експертиза.

От неприетите първични СПЕ трите са прекратени и четирите ex. letalis остават на това ниво, като не се назначава повторна експертиза. От отхвърлените 16 при първа СПЕ, само при три е била назначавана повторна експертиза.

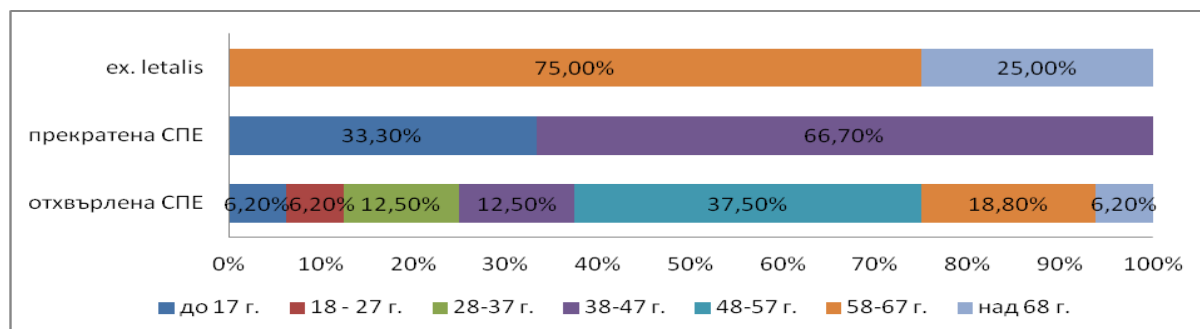
При две лица има приети първична, вторична и третична СПЕ, като при едно от тях има неприета първа и втора и приета трета СПЕ.



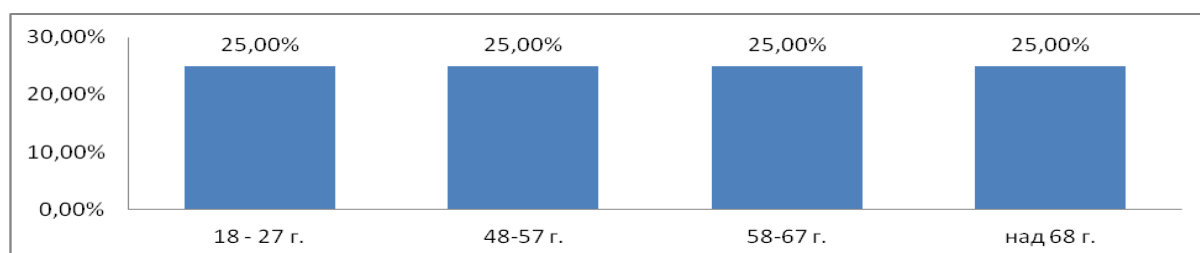
Фиг.102. Развитие на експертните становища при следваща експертиза

Разпределението по възрастови групи показва съществена разлика във възрастта на лицата, на които не е била приета първичната СПЕ ($p < 0,05$), като при отхвърлените експертизи преобладават лицата във възрастовата група 48 – 57 г. (37,50 %), при

прекратените – 38 – 47 г. (66,70 %), а при ex. letalis преобладава възрастовата група 58 – 67 г. (75,00 %). (фиг. 103)



Фиг. 103. Разпределение по възрастови групи на неприетите първични СПЕ



Фиг.104. Разпределение по възрастови групи на неприети вторични СПЕ

На фиг. 104 е представено разпределението по възрастови групи при неприетите вторични СПЕ.

Не беше намерена съществена разлика в разпределението по пол и наличието на фамилна обремененост на неприетите СПЕ.

Табл.6. Диагноза на неприетите първични СПЕ (брой)

ДИАГНОЗА	СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекратена СПЕ	Ex. letalis
Съдова деменция	-	-	-	1
Др. психични разстройства, дължащи се на мозъчна увреда или телесно заболяване	1	-	-	-
Посткомозионен синдром	1	-	-	-
Разстройство вследствие на употреба на алкохол	-	-	-	1
Неусложнена алкохолна интоксикация	1	-	-	-
Параноидна шизофрения	8	-	-	2
Шизоафективно разстройство	1	-	-	-
Посттравматично стресово разстройство	1	-	-	-
Други невротични разстройства	1	-	-	-
Лека умствена изостаналост	1	-	-	-
Без психиатрична диагноза	1	3	-	-

Резултатите, представени в табл. 6, показват, че преобладаващата диагноза на неприети първични СПЕ е параноидна шизофрения, прекратените СПЕ са без психиатрична диагноза, а при при казусите с ех. letalis отново е налице параноидната шизофрения.

Пример за неприета от Съда експертиза:

Експертен казус: Мъж на 48 години, фамилно необременен, с правилно ранно развитие, завършил средно образование и работил до 1991 година. След смъртта на родителите си живеел в наследствен имот, без ток и вода поради липса на финансови средства. Препитавал се с предаване на вторични суровини. По данни на брат му, който инициира поставянето му под запрещение, подекспертният споделял, че има «имплантирани в ухото микрофони и електроди».

По време на освидетелстването без интервю е отразен в СПЕ следният психичен статус: "Психомоторно напрегнат. Ориентиран цялостно. Без данни за психично заболяване. Споделя богата халюцинаторна и псевдохалюцинаторна продукция. Мисловният процес леко ускорен, правилен по строеж, в съдържанието богати параноидни налудности за отношение, преследване и унищожение, налудности за въздействие и овладяност, изводими от тях мегаломанни налудности, символно мислене, налудности за особена мисия. Синдром на Кандински-Клерамбо. Емоционално-паратимен, волево – нормобуличен. Без данни за употреба на алкохол. Памет и интелект – болестно трансформирани."

Заключение: "О. страда от Шизофрения. Параноидна форма. Непрекъснато протичане. Халюцинаторно-параноиден синдром. Отказва лечение на психозата и по този начин уврежда здравето си. ... Към настоящия момент е уместно провеждането на активно лечение на психичното му разстройство, след което да се прецени необходимостта от поставянето му под запрещение."

По време на съдебно заседание: "... Ответникът счита, че въпросът по делото е работа на прокуратурата. ... Вещото лице предлага, т.к. ответникът отказва лечение, да бъде поставен под пълно запрещение. Съдът приема, че ответникът страда от душевна болест. Ответникът живее в дом без електричество и вода, отглежда домашни птици и събира отпадъци. Само поради това не може да се приеме, че не може да се грижи за своите работи. Отношенията на ответника с длъжностни лица е възможен. ... Ответникът отказва лечение на психозата си ... следователно неспособността за даване на информирано съгласие за лечение не може да бъде приравнена за невъзможност за грижа за своите работи и не е основание за поставяне под запрещение."

Съдът отхвърля иска за поставяне под запрещение.

Диагнозите на отхвърлените вторични СПЕ са параноидна шизофрения при три от освидетелстваните лица и посттравматично стресово разстройство при един освидетелстван.



Фиг.105. Коморбидност със соматични разстройства (брой)

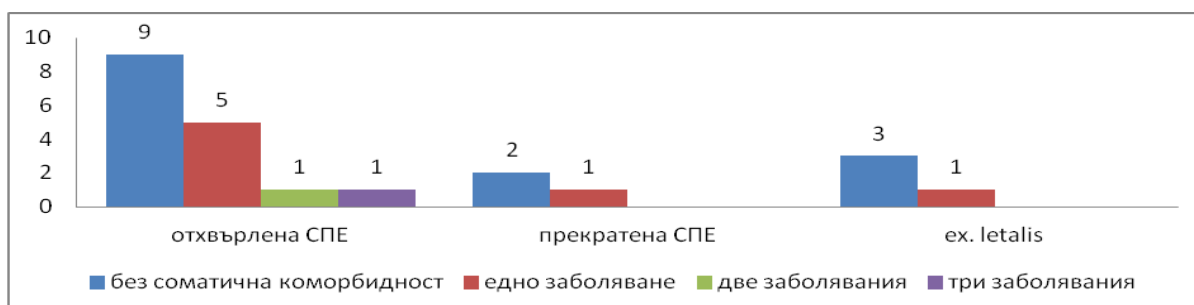
От неприетите първични СПЕ 7 лица са с коморбидност със соматични разстройства, като разпределението им е представено на табл. 7. (фиг. 105)

От отхвърлените четири вторични СПЕ две от освидетелстваните лица са с коморбидност със соматични разстройства.

Табл. 7. Видове коморбидност със соматични разстройства при неприети първични СПЕ (брой)

ДИАГНОЗА	СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекиратена СПЕ	Ex. letalis
ХБ		2	-	-
Холелитиаза		-	1	-
Онкологични заболявания		1	-	-
МСБ		1	-	1
Епилепсия		1	-	-
ЧМТ		1	-	-
Фрактури		1	-	-
Костно-мускулна дистрофия		1	-	-
ХОББ		1	-	-
Катаракта		1	-	-

Броят на соматичните заболявания при неприетите първични СПЕ е представен на фиг. 106, като преобладават броят на лицата с по едно соматично разстройство.



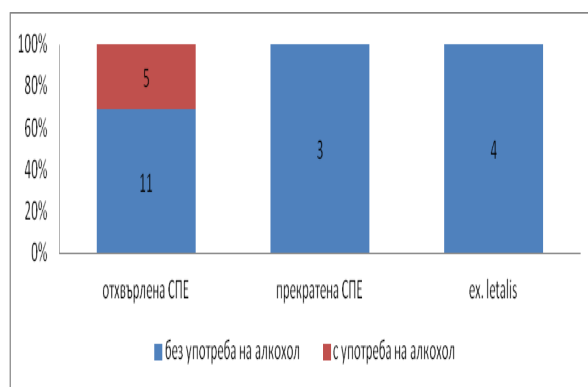
Фиг.106. Брой соматични заболявания (брой лица)

При вторичните СПЕ едно лице е с едно соматично заболяване, а другото - с три.

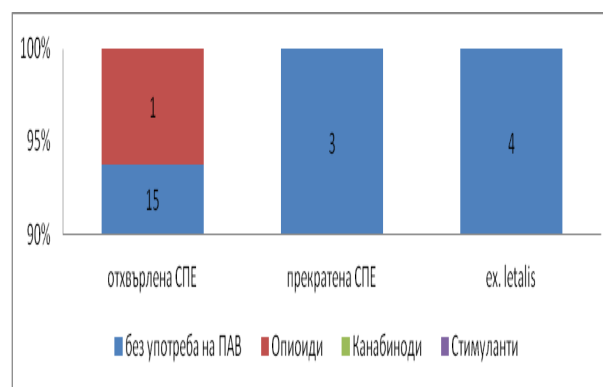
Употреба на ПАВ и по-конкретно на алкохол е констатирана само при 5 лица от отхвърлените първични СПЕ. (фиг. 107)

Нито едно от освидетелстваните лица, при които е била отхвърлена вторичната СПЕ, не злоупотребява с алкохол и други видове ПАВ.

Отново при отхвърлените първични СПЕ има констатирана употреба на други видове ПАВ – опиоиди. (фиг. 108)



Фиг. 107. Употреба на ПАВ – алкохол (брой)



Фиг. 108. Употреба на други видове ПАВ

Табл. 8. Видове коморбидност с психиатрични разстройства при неприети първични СПЕ (брой)

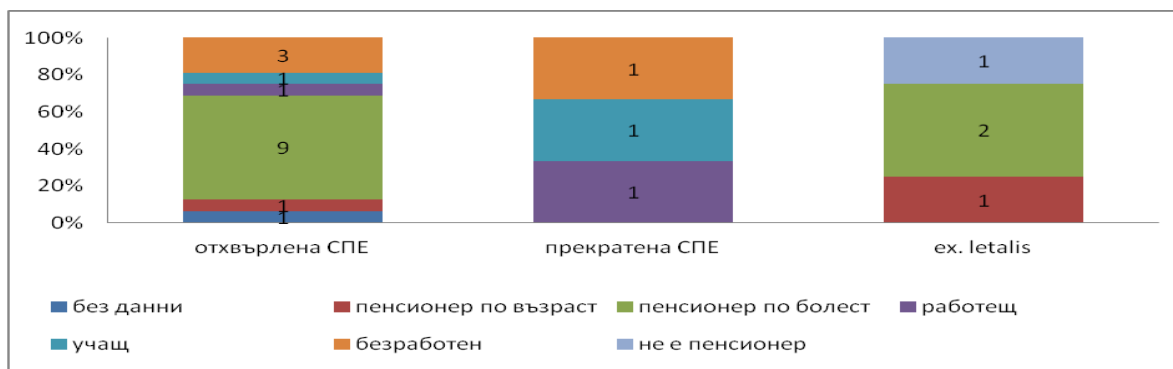
СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекратена СПЕ	Ex. letalis
ДИАГНОЗА			
Неусложнена алкохолна интоксикация	1	-	-
Синдром на алкохолна зависимост. Усложнено алкохолно състояние	2	-	-
Без коморбидност с друга психиатрична патология	13	3	4

Данните на табл. 8 показват видовете коморбидност с психиатрични разстройства, като преобладава броят на лицата без коморбидност с друга психична патология.

При неприетите вторични СПЕ не бяха регистрирани случаи на коморбидност с психиатрични разстройства.

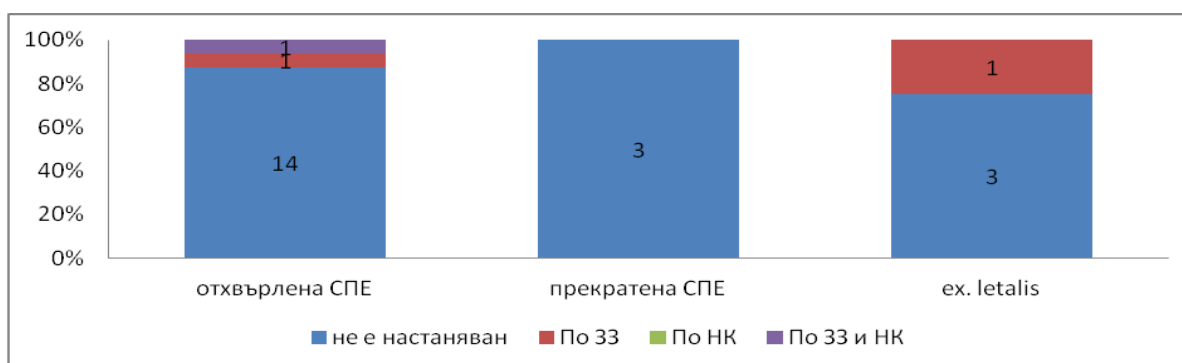
Социалното функциониране на лицата, при които е била неприета първичната СПЕ, показва съществена разлика при отхвърлените, прекратените СПЕ и такива, неприети поради смърт ($p < 0,01$). (фиг. 109)

При отхвърлените СПЕ и ex. letalis преобладава броят на пенсионерите по болест, докато при прекратените се регистрира равномерно разпределение между безработен, учащ и работещ.



Фиг. 109. Социално функциониране (p < 0,01)

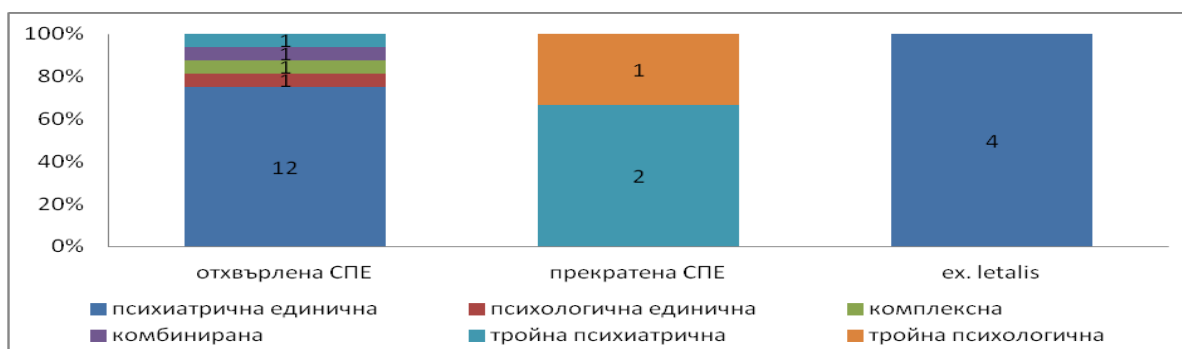
Две от освидетелстваните лица при неприетите вторични СПЕ са пенсионери по болест, едно е учащ и един от тях не е пенсионер.



Фиг. 110. Настанен за лечение

Основната част от лицата не са били настанявани за лечение на задължителен и принудителен принцип. (фиг. 110)

Две от лицата, освидетелствани са втори път, са били настанени за лечение по Закона за здравето, а другите две не са били настанявани за лечение в здравно заведение.



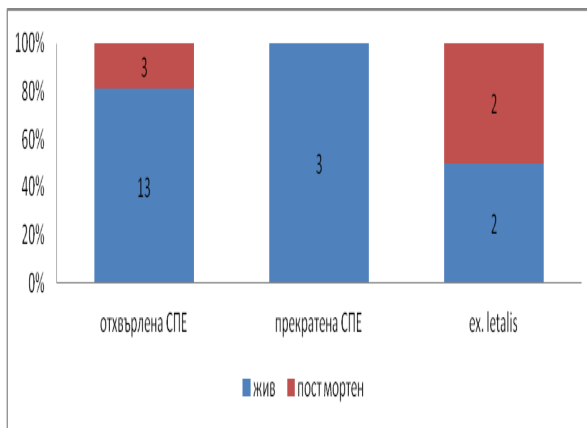
Фиг. 111. Вид на неприетата първична СПЕ (брой) (p < 0,001)

Наблюдава се съществена разлика във вида на неприетата първична СПЕ ($p < 0,001$), като при отхвърлените СПЕ преобладават психиатричните единични експертизи, при прекратените – тройната психиатрична, а всички с *ex. letalis* са единични психиатрични експертизи. (фиг. 111)

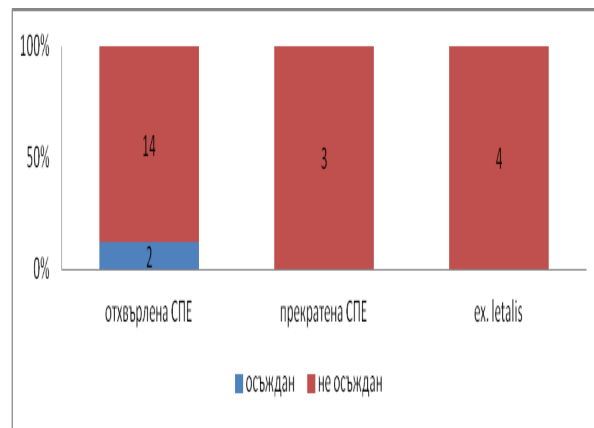
Видовете СПЕ, които са били отхвърлени повторно, са една комплексна и три тройни психиатрични експертизи.

Разлика беше констатирана и по отношение на обекта на първичната СПЕ ($p < 0,001$), като при отхвърлените три са пост мортем, а при *ex. letalis* разпределението е 50/50. (фиг. 112) При всички прекратени СПЕ лицата са живи.

Обектите на повторните СПЕ, които са били отхвърлени, са две живи лица и две лица, освидетелствани пост мортем.



Фиг. 112. Обект на СПЕ (брой)



Фиг.113. Правен статус

При отхвърлените първични СПЕ две от лицата са били осъждани, при всички останали лицата са не осъждани. (фиг. 113) Всички освидетелствани лица при вторичните СПЕ са били не осъждани.

Основните задачи при отхвърлените първични СПЕ и *ex. letalis* са евентуалното поставяне под пълно запрещение. При прекратените СПЕ единствената задача са родителските права ($p < 0,001$). (табл. 9)

Задачи при вторични СПЕ:

- Поставяне под пълно запрещение – при една СПЕ
- Да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки – при две СПЕ
- Актуално психично състояние към момента на подписването – при една СПЕ

Табл. 9. Задачи при неприети първични СПЕ (брой)

СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекратена СПЕ	Ex. letalis
ЗАДАЧИ			
Поставяне под пълно запрещение	6	-	3
Непозволено увреждане	1	-	-
Да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки	3	-	-
Дали е разбирал свойството и значението и е молъл да ръководи постъпките си при подписването	1	-	-
Дали е бил въведен в заблуждение с оглед психичното състояние	1	-	1
Отмяна на запрещение	1	-	-
Състояние след задържане под стража или други действия предвидени от ЗОДОВ	2	-	-
Завещателна годност	1	-	-
Родителски права	-	3	-

Табл. 10. Психиатрична диагноза при неприети първични СПЕ (брой)

СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекратена СПЕ	Ex. letalis
ПСИХИАТРИЧНА ДИАГНОЗА			
Съдова деменция	-	-	1
Др. психични разстройства, дължащи се на мозъчна увреда или телесно заболяване	1	-	-
Посткомозионен синдром	1	-	-
Неусложнена алкохолна интоксикация	1	-	-
Синдром на алкохолна зависимост	1	-	1
Параноидна шизофрения	8	-	2
Шизоафективно разстройство	1	-	-
Посттравматично стресово разстройство	1	-	-
Други невротични разстройства	1	-	-
Лека умствена изостаналост	1	-	-
Без психиатрична диагноза	1	3	-

Преобладаващата психиатрична диагноза на неприетите първични СПЕ и ex. letalis е параноидна шизофрения, докато всички прекратени експертизи са без психиатрична диагноза ($p < 0,01$). (табл. 10)

Психиатричните диагнозите на отхвърлените вторични СПЕ са параноидна шизофрения при три от освидетелстваните лица и посттравматично стресово разстройство при едно лице.

Основните закони, по които който е произнесено съдебно решение при неприети първични СПЕ при отхвърлените СПЕ са по ЗЗД. При прекратените - по СК,

а при ex. letalis отново преобладава броят на казусите, в които не се упоменава законна рамка ($p < 0,001$). (табл. 11)

Табл. 11. Закон, по който е произнесено съдебно решение при неприети първични СПЕ (брой)

ЗАКОН	СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекратена СПЕ	Ex. letalis
Без закон поради отхвърлена диагноза		6	-	3
ЗЛС		1	-	-
ЗЗД		6	-	1
ЗОДОВ		2	-	-
СК		-	3	-
ЗН		1	-	-

Закон, по който е произнесено съдебно решение при неприети вторични СПЕ:

- ЗЛС при една СПЕ
- ЗЗД при три СПЕ

Забележките при неприетите първични СПЕ са представени на табл. 12, като преобладава броят на диагнозите по МКБ-9 и наличието на ремисия при отхвърлените СПЕ.

При неприетите вторични СПЕ бяха регистрирани забележки при две експертизи: различни диагнози в експертните становища и липса на медицински критерии.

Табл. 12. Забележки при неприети първични СПЕ (брой)

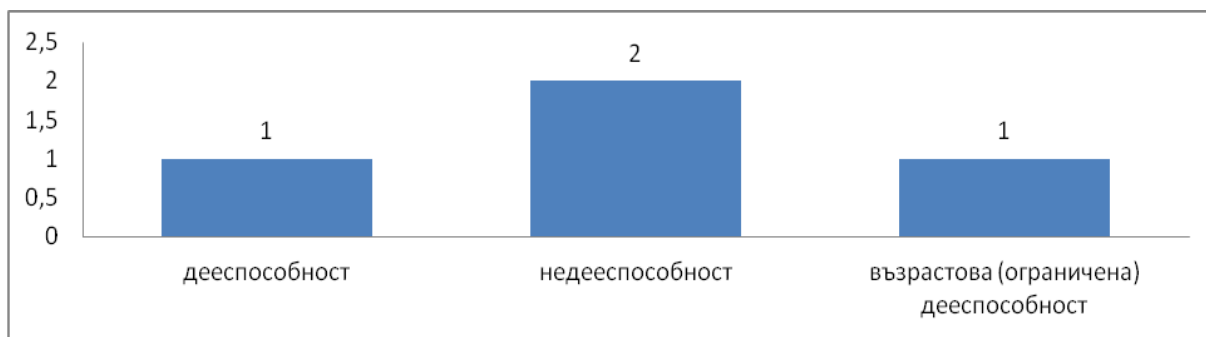
ЗАБЕЛЕЖКИ	СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекратена СПЕ	Ex. letalis
Неточна диагноза		1	-	-
Невярна диагноза		1	-	-
Диагноза по МКБ-9		4	-	1
Ремисия		3	-	-
Различни диагнози		1	-	-
Неправилно използван правен критерий		1	-	-
Съдът отхвърля критерий поради непълнолетие		1	-	-

Наблюдава се разлика в правните критерии при неприетите първични СПЕ ($p < 0,001$), като при неприетите основни са дееспособността и недееспособността, при

прекратените е възрастовата недееспособност, а при ex. letalis има равномерно разпределение на няколко критерия. (табл. 13)

Табл. 13. Правни критерии и ex. letalis при неприети първични СПЕ (брой)

СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекратена СПЕ	Ex. letalis
ПРАВНИ КРИТЕРИИ			
Дееспособност	9	1	1
Недееспособност	6	-	1
Ограничено запрещение	-	-	1
Ex. letalis	-	-	1
Възрастова (физиологична) недееспособност	1	2	-



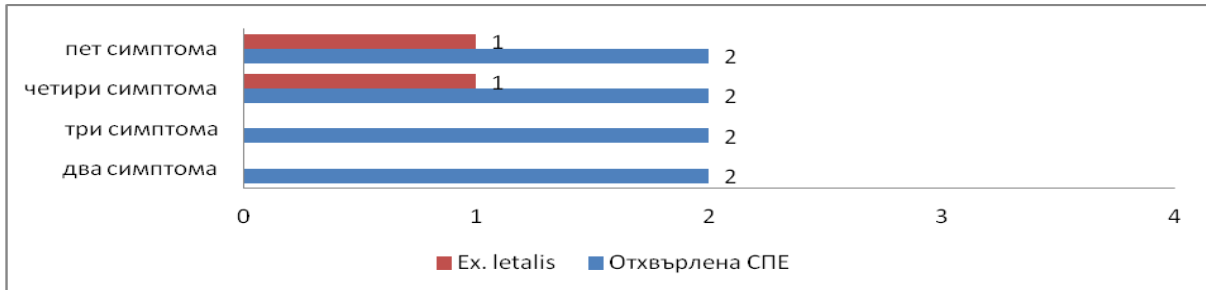
Фиг. 114. Правни критерии при отхвърлени вторични СПЕ (брой)

Правните критерии при неприетите вторични СПЕ са представени на фиг.114.

Табл. 14. Психопатологични синдроми при неприети първични СПЕ (брой)

СПЕ	Отхвърлена СПЕ	Прекратена СПЕ	Ex. letalis
МЕДИЦИНСКИ СИМПТОМИ			
Разстройства на мисленето	6	-	2
Афективни нарушения	4	-	2
Халюцинации или налудни интерпретации на реалността	1	-	1
Нарушения на ориентацията за личност и ситуации	3	-	1
Разстройство на вниманието и паметта	2	-	-
Количествени и качествени нарушения на съзнанието	1	-	-
Липса на инсайт	5	-	2
Паратимия и парабулия	2	-	-
Негативна симптоматика	3	-	1

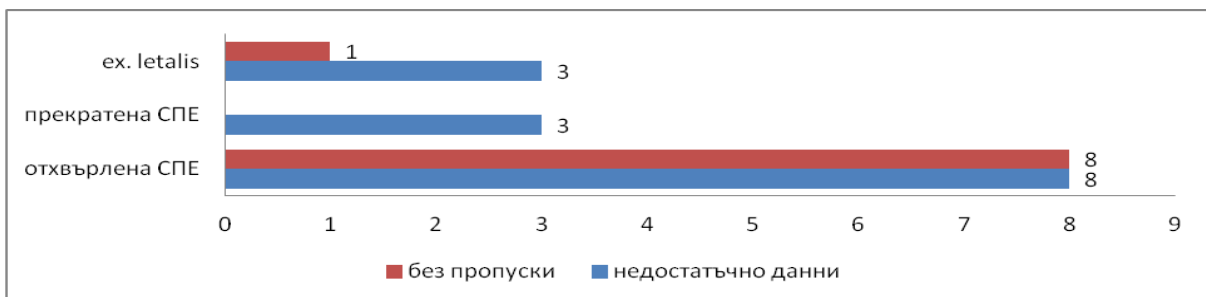
Резултатите от табл. 14 показват, че при отхвърлените СПЕ основно преобладават разстройствата в мисловния процес и некритичността, а при ex. letalis има разпределение между няколко симптома и синдрома.



Фиг. 115. Брой симптоми и синдроми (брой лица)

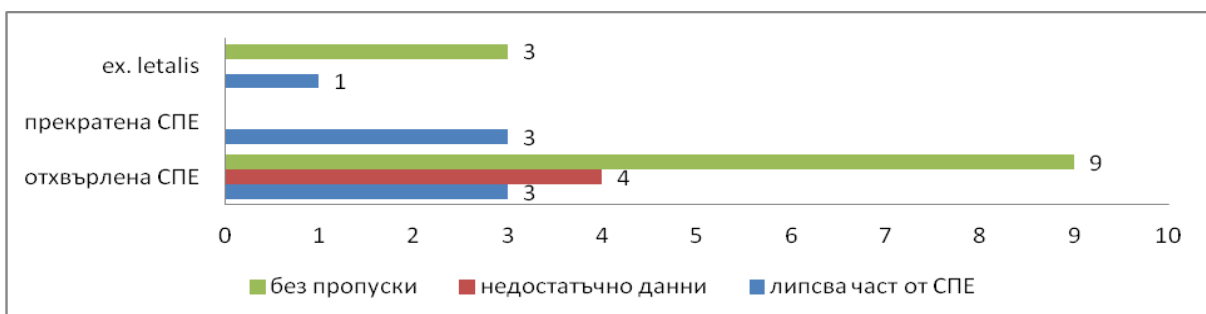
Резултатите от фиг. 115 показват, че при отхвърлените СПЕ има равномерно разпределение на казусите с два до пет симптома и синдрома, а при ex. letalis са с четири и пет едновременно.

Резултатите относно структурата на първата част на първичната СПЕ показват, че преобладава броят на експертизите с недостатъчно данни. (фиг. 116)



Фиг. 116. Структура на първа част на неприета първична СПЕ

Първата част на отхвърлените вторични СПЕ при две от експертизите е изготвена без пропуски, а при другите две са констатирани липси на някои данни.



Фиг. 117. Структура на втора част на неприета първична СПЕ

При втората част по-голям е броят на становищата без пропуски. (фиг. 117)

Втората част на вторичните СПЕ е попълнена екзактно при всички освидетелствани лица.

В третата част преобладават СПЕ-тата е с недостатъчно данни и липса на интервю. (фиг. 118)



Фиг. 118. Структура на трета част на неприета първична СПЕ

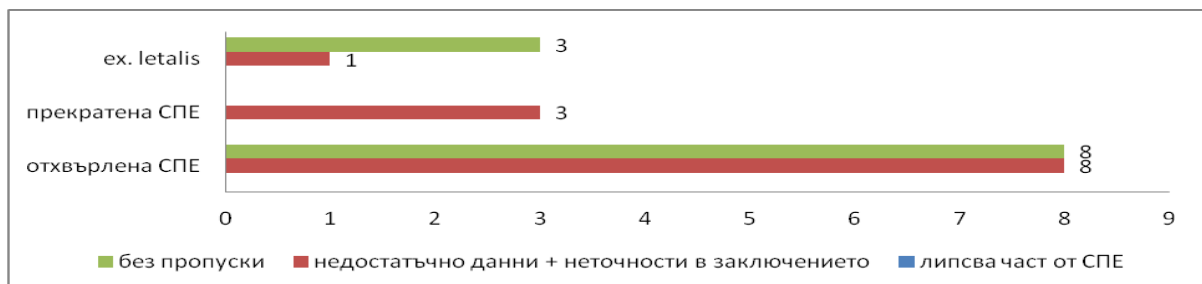
В третата част на вторичните отхвърлени СПЕ са констатирани пропуски само в една експертиза, като при останалите тази част е изготвена по изискванията на Наредбата.



Фиг. 119. Структура на четвърта част на неприета първична СПЕ

В четвъртата част отново броят на експертизите с недостатъчно данни и липса на анализ е по-висок в сравнение с тези без пропуски. (фиг. 119)

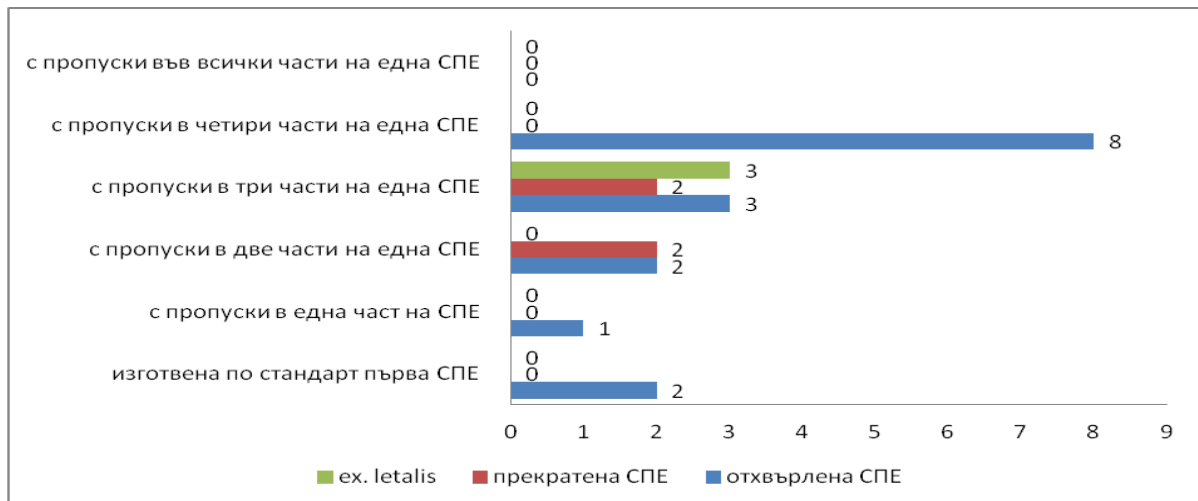
Четвъртата част при вторичните СПЕ е изготвена без пропуски при три от експертизите, като при една липсват данни и анализ.



Фиг. 120. Структура на пета част на неприета първична СПЕ

В последната заключителна част е налице същото разпределение, както в първата част, което показва, че допуснатите пропуски в началото оказват влияние и върху заключението при експертизата. (фиг. 120)

В заключението на вторичните СПЕ неточности са констатирани при две от експертизите, като останалите са с необходимите данни.



Фиг. 121. Относителен дял на допуснатите пропуски в отделните части на първа експертиза

Резултатите, представени на фиг. 121, показват разлика в броя на допуснатите пропуски в една СПЕ при отхвърлените, прекратените и ex. letalis първични експертизи ($p < 0,001$). При неприетите СПЕ най-много са тези с пропуски в четирите части на една СПЕ. При прекратените е налице равномерно разпределение между експертизите с пропуски в две и три части на една СПЕ, а при ex. letalis всички имат пропуски в три части на експертизата.

ОБОБЩЕНИЕ

За периода 2007 – 2012 г. бяха изследвани 327 освидетелствани лица, обекти на експертизи в гражданския процес по дела в Окръжен съд – Варна.

В проучването 64,20 % от освидетелстваните са с коморбидност – със соматични и/или психични разстройства, като се наблюдава тенденция за повишаване на относителния дял на коморбидността с нарастване на възрастта. Данните от изследването показват, че по отношение на коморбидността е налице съществена разлика между мъжете и жените ($p < 0,05$), като мъжете имат по-висок относителен дял на коморбидността в сравнение с жените. От изследваните лица с коморбидност с едно заболяване са 25,70%, с две – 14,40%, с три – 9,20%, и с четири – 3,40%. По-голям е броят на освидетелстваните със соматична коморбидност, от които най-голям е броят на лицата с хипертонична болест – 76, следван от мозъчносъдова болест – 44,

епилепсия и исхемичен мозъчен инсулт – по 25, захарен диабет – 16, и исхемична болест на сърцето - 17. Резултатите показват, че 15,70 % от освидетелстваните лица са с коморбидност и с други психични разстройства, като най-голям относителен дял имат лицата с лека умствена изостаналост (3,10 %), следвани от такива със синдром на алкохолна зависимост (2,40 %). От всички освидетелствани лица при 40 (12,20%) беше регистрирана коморбидност с употреба на алкохол. Освидетелстваните лица, които са с коморбидност с психоактивни вещества (ПАВ), са незначителна част от извадката – 5 (1,50 %).

Резултатите от проучването показват, че по критериите на Наредбата за изготвяне на съдебнопсихиатрични експертизи са изработени само 27 от 327 изследвани експертизи. Най-много пропуски са регистрирани във втора, трета и четвърта част на СПЕ. На второ място по брой допуснати пропуски в едно експертно становище е комбинацията (сливането) между втора, трета, четвърта и пета част (49 СПЕ), което, от своя страна, води до въпроса, доколко съответните СПЕ са основание за вземането на мотивирано съдебно решение. Във втората част на първичната експертиза в 48,60% от казусите липсват диспозитиви, свидетелски показания и друга важна информация, която е необходима за анализа при изготвянето на експертното обсъждане, т.е. не е описана цялата част. В третата част на първично назначената СПЕ най-висок относителен дял имат недостатъчните анамнестични данни и отсъствието на психиатрично интервю (66,90 %). Най-много забележки са отправени по отношение на поставените диагнози в експертните становища, които са по МКБ-9 (31,80 %). Относително висок е дялът (15,90 %) на експертизите, в които е било необходимо определянето на прецизно изясняване на когнитивния капацитет на освидетелстваните. Вторична експертиза е назначена на 33 лица. Забележките, отправени към съдържанието на вторичната СПЕ, припокриват тези, които се отнасят и за първичната експертиза, като отново са водещи диагнозите, поставени по МКБ-9 (28,40 %), и отсъствието на психологични изследвания при уточняването на интелектуално-мнестичните възможности на освидетелстваните лица (15,00 %). Отчита се тенденция към нарастване на относителния дял на експертизите без пропуски след всяка следваща назначена СПЕ, като третичната СПЕ (3 броя) изцяло е изготвена по критериите на Наредбата за изготвяне на съдебнопсихиатрични експертизи.

Налице е съществена разлика по отношение на вида на назначените първична и вторична СПЕ. Назначената от съда първична експертиза е съдебнопсихиатричната експертиза (81,30 %), следвана от единичната психологична експертиза, докато повторно назначените са или психиатрични с участието на трима психиатри, или с участието и на други експерти от други експертни области, т.е. при някои повторно назначената експертиза съществено се различава от първично назначената поради факта, че в експертната оценка са включени и други области на изследването. Задачите, които се поставят пред експертите от съда за изготвянето на СПЕ, съществено се

различават в зависимост от вида на експертизата ($p < 0,001$), като основната задача при изготвянето на единична психиатрична експертиза е евентуалното поставяне под пълно запрещение (89,50 %), а за единичната психологична е определянето на издръжка за дете (20,00 %). При комплексната експертиза има две основни задачи: евентуалното поставяне под пълно запрещение и непозволеното увреждане (по 28,60% за всяка задача). Водещата задача при комбинираната експертиза е непозволеното увреждане (43,80 %), а при тройните експертизи (психиатрични и психологични) водещо е определянето на родителските права на освидетелстваните лица. При сравняването на задачите, които се поставят на експертите при изготвянето на първична и вторична СПЕ, беше намерена значителна разлика ($p < 0,01$). Докато при първичната СПЕ се изследва предимно ограничаването на гражданските права, то при вторичната СПЕ навлизат и други задачи, свързани със способността на лица да управляват личните си дела. Основният закон, по който се произнасят решенията на съда, е Законът за лицата и семейството (68,80 %), следван от Закона за задълженията и договорите (11,60 %). Всички останали закони - ЗОДОВ, СК, ЗН, ЗЗСД, ЗЗСДН, са под 10 %. При първична СПЕ са приети 93,00 % от експертните становища, за вторичните процентът е 81 %, а третичните експертизи са приети на 100 % от съда.

При оценка на гражданските права при първична СПЕ с най-висок процент са освидетелстваните лица без диагностична оценка (37,70 %). При постановяването на лицата под пълно запрещение с най-висок процент са освидетелстваните, страдащи от параноидна шизофрения – 31,30 %, следвани от освидетелстваните, страдащи от съдова деменция – 11,20 %, и с умерена умствена изостаналост – 7,90 %. В казусите с последващо приемане на ограничено запрещение отново на първо място са освидетелстваните, страдащи от параноидна шизофрения - 45,80 %. При възрастовата недееспособност без диагноза са 72,70 % освидетелствани лица, а при възрастова дееспособност без диагноза са 60,00 % от експертизи ($p < 0,001$).

Най-често срещани са следните симптоми и синдроми в психиатричните диагнози, които са отразени в експертизите, касаещи недееспособността:

- IQ 50 – 69 съществува при комбинация на лека умствена изостаналост с параноидна шизофрения.
- IQ 35 – 49 - умерена умствена изостаналост (16).
- IQ 20 – 34 - тежка умствена изостаналост (7).
- IQ под 20 - дълбока умствена изостаналост (4).

Разстройства на мисленето: брадипсихичен по темп, идеен вихър, шперунг, мантизъм, инкохерентност, разкъсан – параноидна шизофрения (81), съдова деменция (22), умерена умствена изостаналост (14), деменция при Алцхаймер с ранно начало (10).

Халюцинации или налудни интерпретации на реалността - параноидна шизофрения (46), съдова деменция (10).

Афективни нарушения с доминиране на болестно променените емоции - параноидна шизофрения (74), съдова деменция (20), умерена умствена изостаналост (15), деменция при Алцхаймер с ранно начало (11).

Нарушения на ориентацията за личност и ситуации - параноидна шизофрения (41), съдова деменция (26), умерена умствена изостаналост (22), деменция при Алцхаймер с ранно начало (14).

Разстройства на вниманието и паметта, които нарушават възпроизвеждането на информация, имаща отношение към вземането на решения - параноидна шизофрения (41), съдова деменция (25), умерена умствена изостаналост (22), деменция при Алцхаймер с ранно начало (14).

Тежки разстройства на Аз-а - съдова деменция (15), деменция при Алцхаймер с ранно начало (7), тежка умствена изостаналост (4), дълбока умствена изостаналост (3).

Количествени и качествени нарушения на съзнанието - съдова деменция (10).

Липса на инсайт - параноидна шизофрения (80), съдова деменция (26), умерена умствена изостаналост (21), деменция при Алцхаймер с ранно начало (14).

Негативна симптоматика - параноидна шизофрения (43), съдова деменция (18).

Паратимия и парабулия - параноидна шизофрения (7).

Посмъртните СПЕ в изследването са 15 на брой. Тенденцията, която се установи при анализа на структурата на СПЕ, се потвърждава и при посмъртните експертизи. С окончателно приета първична СПЕ са 10 лица, като при останалите 5, при които не е била приета СПЕ, причините са: неприемане на СПЕ при трима и ех. letalis при двама.

Анализът на броя на посмъртните експертизи показва, че при 5 от освидетелстваните има вторично назначена от съда СПЕ, а при едно от лицата има постановена и третична експертиза. Втората част на първична и вторична СПЕ не се регистрира в изготвените експертизи. Обекти на изследване при посмъртната СПЕ се явяват изключително материалите по делото, медицинската документация, както и липсата на такава. Тези данни са изключително необходими за анализа и изграждането на експертната оценка. В четвъртата част преобладава броят на СПЕ, както първична, така и вторична, без пропуски, като допуснатите пропуски са свързани основно с недостатъчно данни при изготвянето на анализа и коментара по отношение на състоянието на експертното лице към момента на подписването на гражданския акт или друго действие и анализ на свидетелските показания.

Сравнителният анализ показва, че при вторичната и третичната СПЕ намалява броят на пропуските и конкретно на липсващите части ($p < 0,05$).

Основната задача, която е била поставена на експертите при изготвянето на първичната СПЕ, е била способността на лицето да разбира и ръководи постъпките си при сключване на сделки (7). Законът, по който са произнесени най-много съдебни решения, е Законът за задълженията и договорите (12). Най-често са описани следните

медицински симптоми и синдроми: липса на инсайт – 7; разстройство на мисленето – 6; афективни нарушения – 5, и също толкова разстройства на вниманието и паметта, които нарушават възпроизвеждането на информация, имаща отношение към вземането на решения.

От първичните СПЕ са приети от съда 304 (93,00 %), останалите 23 СПЕ не са приети от съдебните власти. Въпреки приемането на първичната СПЕ при 18 лица е била назначена последваща експертиза. От неприетите първични СПЕ трите са прекратени и четирите ех. letalis остават на това ниво, като не се били назначавани повторни експертизи. От отхвърлените 16 при първа СПЕ, само при три е била назначава повторна. При две лица има приети първична, вторична и третична СПЕ, като при едно от тях има отхвърлени първа и втора и приета трета СПЕ. Преобладаващата диагноза на неприетите първични СПЕ е параноидна шизофрения, прекратените СПЕ са без психиатрична диагноза, а при казусите с ех. letalis отново е налице параноидна шизофрения. Диагнозите на отхвърлените вторични СПЕ са параноидна шизофрения при три от освидетелстваните лица и посттравматично стресово разстройство при един освидетелстван.

В заключение може да се каже, че резултатите от настоящото изследване категорично потвърждават необходимостта от създаването и приемането на Стандарт за структурата на съдебнопсихиатричната експертиза с цел повишаване както качеството на експертната дейност, така и подобряването на дейността на съдебната система, чрез намаляване на времето за издаване на съдебно решение и разходите за последващи експертизи.

ИЗВОДИ

- От изследваните освидетелствани лица с данни за фамилна обремененост са 78, от които само 21 са с диагнози за психично заболяване. В проучването от 210 освидетелствани с коморбидност (64,20%), 174 лица са със соматични заболявания, а 16 са с психични разстройства.
- Резултатите от проучването показват, че само 27 от 327 (8,25%) изследвани експертизи отговарят на критериите на Наредбата за изготвяне на съдебнопсихиатрични експертизи. Най-много пропуски са регистрирани във втора, трета и четвърта част на експертизите.
- При оценка на гражданските права при първична СПЕ с най-висок процент са освидетелстваните лица без диагноза (37,70 %). При постановяването за пълно запрещение с най-висок процент са освидетелстваните, страдащи от параноидна шизофрения – 31,30 %. Основният закон, по който се произнасят решенията на съда, е Законът за лицата и семейството (68,80 %), следван от Закона за задълженията и договорите (11,60 %). Всички останали закони - ЗОДОВ, СК, ЗН, ЗЗСД, ЗЗСДН, са под 10 %. Относно недееспособността, в психиатричните диагнози най-често срещани са следните симптоми и синдроми: разстройства на мисленето, халюцинации или налудни интерпретации на реалността, афективни нарушения с доминиране на болестно променените емоции, нарушения на ориентацията за личност и ситуации, разстройства на вниманието и паметта, тежки разстройства на Аз-а, количествени и качествени нарушения на съзнанието, липса на инсайт, негативна симптоматика, паратимия и парабулия.
- Анализът на броя на посмъртните СПЕ показва, че 5 от тях са вторично назначени от съда, а в един случай има и третична експертиза. Втората част на първичната и вторичната СПЕ не се регистрира в изготвените експертизи. Обекти на изследване при посмъртна СПЕ са основно материалите по делото, медицинската документация, както и липсата на такава.
- 304 (93,00 %) от първичните експертизи са приети от съда, а останалите 23 не са приети. Преобладаващата диагноза у неприетите първични СПЕ е параноидна шизофрения. Прекратените СПЕ са без психиатрична диагноза, а при индивидите с ex. letalis преобладава диагнозата параноидна шизофрения.
- През последните години във връзка с преосмислянето на мястото на съдебната психиатрия между другите експертни науки се отбелязва очевидният дефицит на изследванията в областта на методологията на съдебнопсихиатричната експертиза. Налице са противоречия между теорията на психиатричната експертиза, нейната практика и настоящото законодателство. Необходимо е създаването на единна система от съдебнопсихиатрични знания, законодателство по отношение на психиатричната експертиза и експертната практика.

ПРИНОСИ

- Доказана е необходимостта от изготвяне и приемане на Стандарт за структура на съдебнопсихиатричната експертиза, по който да бъдат изработвани експертизите с цел повишаване на качеството на експертната дейност.
- За първи път в Р. България е проведено изследване върху експертизите в гражданския процес по дела на Окръжен съд – Варна.
- За първи път се осъществява качествен анализ на изготвените съдебнопсихиатрични, съдебнопсихологични и комплексни експертизи.
- За първи път са изследвани проблемите на неприетите СПЕ и причините, водещи до неприемането им.
- Изготвен е Проект-стандарт по съдебна психиатрия през 2014 година, приет от МЗ с участието на Маринов, П., Велинов, В., Ружчева, М., Филипова, В., Стефанов, Ст.

ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

- Джорджанова, А., Радойнова, Д., Куков, К. Клинико-экспертные основания оценки способности осуществления родительских прав у женщины с биполярным аффективным расстройством (описание клинического случая судебной психолого – психиатрической экспертизы). Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология, выпуск № 3, том 6 /2013
- Матанова В., Куков К., Върбанов С., Маринов П., Джорджанова А., Петрова А. Аспекти на защитното поведение в експертната практика. Клинична и консултативна психология. Година V, бр. 3 (17), 2013
- Джорджанова, А., Радойнова, Д., Куков, К. Некоторые аспекты междисциплинарной экспертно-психиатрической и психологической оценки способности осуществления родительских прав в Республики Болгарии. Сборник тезисов Российского общества психиатров (часть 2). Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: „Междисциплинарный подход в понимании и лечении психиатрических расстройств: миф или реальность?“ 14-17 мая 2014 г., Санкт-Петербург, Россия, под общей редакцией Н.Г. Назнанова. Изд. „Альма Астра“, Санкт- Петербург, 2014

ДОКЛАДИ НА НАУЧНИ ФОРУМИ

- А. Джорджанова. Някои аспекти на СПЕ в гражданския процес. XXIII годишна конференция на Българската психиатрична асоциация, 02-04.10.2015 г., Пловдив