

предела спешната необходимост от уеднаквяване на образованието и правомощията на съществуващите до този момент разнородни специалности в медицинските и немедицински висши училища в България.

Адаптирането на тази медицинска специалност към европейската практика предполага изучаването ѝ да се извършва двустепенно (бакалавър и магистър) във висшите медицински училища. Подобно правно регулиране на професията „Кинезитерапевт“ би спомогнало за преодоляване на противопоставянето ѝ на лекарите по физикална медицина с оглед ефективното функциониране и на двата вида специалности в условията на развитие на общественото здраве. Необходимо е ситуацията в България да се оцени и промени, като се има предвид европейския и световен опит.

Библиография

1. Атанасова, Е., Е. Мутаfoва, Т. Костадинова. Ефект на потребителските плащания върху домакинските бюджети в България. Scripta Scientifica Medica, 43, 2011, 4, 296.
2. Манчева, П., М. Делийски, Ст. Попова, Р. Алахвердян. Полиморбидността – смисъл, същност и значение в общата практика. Социална медицина, 2004, 4, 17-18.
3. Национална здравна стратегия 2014–2020.
4. Национална класификация на професиите и длъжностите, 2011. Приложение 4 към Заповед №РД01-931/27.12.2010, последни промени от 01.01.2015.
5. Парашкевова, П., Ив. Стефанова, Ст. Миндова. Практическото обучение по кинезитерапия – основа за изграждането на специфични компетенции. Научни трудове на РУ „А. Кънчев“, 2009, 48(8.1):136-138.

6. Петрова, Г. Стратегически избор и модел за интегрирани здравни грижи в Република България в условията на членството ни в Европейския съюз, дисертационен труд, Варна, 2012.
7. Тодорова, Л. Процесът TUNING и подготовката на обучението по ерготерапия в Русенския университет. I национална научна конференция с международно участие „Качество на висшето образование 2006“. Сборник научни доклади, Русе, РУ „Ангел Кънчев“, 1-2 юни, 2006.
8. Barr V., S. Robinson, B. Marin-Link, L. Underhill, A. Dotts, D. Ravensdale. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly, 2003, 7(1):73–82.
9. DeLisa, J. A., G. M. Martin. Rehabilitation medicine: past, present and future. Rehabilitation medicine: principles and practice, 3rd ed., Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998, 3-32.
10. Glover-Takahashi, S., D. Millette, T. Eftekari. Exploring Issues Related to the Qualification Recognition of Physical Therapists. World Confederation for Physical Therapy, London, 2003.
11. International standard classification of Occupations, 2008, ISCO-08.
12. Word Confederation for Physical Therapy. Ethical principles. London, UK: WCPT, 2011.
13. Word Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Direct access and patient client self-referral to physical therapy. London, WCPT, 2011.
14. Word Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Ethical responsibilities of physicaltherapists and WCPT members. L., WCPT, 2011.
15. Word Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. London, UK: WCPT, 2011.
16. World Confederation for Physical Therapy. Policy Statement: Regulation of the physical therapy profession. London, UK: WCPT, 2011.
17. World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for the development of a system of legislation/regulation/recognition of physical therapists. London, UK: WCPT, 2011.
18. www.wcpt.org.

Автор

ас. *Гергана Ненова*, магистър-кинезитерапевт, гр. Варна, бул. „Христо Смирненски“ №1, МБАЛ „Св. Марина“ ЕАД-Варна, отделение по ортопедия и травматология на МБАЛ „Св. Марина“ – Варна, УНС по рехабилитация, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, МК, e-mail: geri_nenova@yahoo.com

ИСТОРИЯ НА МЕДИЦИНАТА

НЕДЕЕСПОСОБНОСТТА В ЗАКОНИТЕ – ОТ ЮСТИНИАН ДО НАШИ ДНИ

А. Джорджанова, П. Манчева

Въведение

Актуалността на научните изследвания, отнасящи се до историческите аспекти на недееспособността, е в пряка връзка със свободата на личността и с потребността от усъвършенстване на медико-социалната помощ за уязвимите групи от населението – децата, инвалидите и възрастните хора. Невъзможността на недееспособните лица за социална адаптация са предизвиквали двойствени чувства в различните исторически периоди от развитието на човечеството – жалост и състрадание от една страна и възползване от тяхната безпомощност с цел материални облаги – от друга. За да бъде правилно разбрана, тази правна категория трябва да бъде свързана с икономическите отношения, които я обуславят – от римското право до съвременното законодателство. Само по този начин може да се преодолеят неясните моменти и противоречията, които откриваме в разпорежданията на Дванадесете таблици, интерполациите на Трибониан и мощниците в Юстиниановата кодификация. Прегледът на законите, регулиращи дееспособността, разкрива стремежа на законодателя да се предостави защита. Тази защитна функция е насочена към лицето с увреждане, третите лица и цялото общество.

Римското частно право представлява една развита и свършена в техническо отношение правна система, която

е оказала огромно влияние върху по-нагаташното развитие на правото. От едно примитивно право, което урежда отношенията на гражданите в малка държава-град, римското право се превръща в разгърната правна система, регламентираща стокообмена на робовладението в неговия разцвет. В римското право намираме първите опити за правно регулиране на института на недееспособността.

Целта на статията е да изследва и представи развитието на института на недееспособността от римското право до съвременното право на Европейския съюз. Методите са исторически преглед и документално-съдържателен анализ на данни от научната литература и нормативните актове.

Същност

Недееспособността в древен Рим и Западна Европа

Институтът на дееспособността в римското право е бил определян като „способност да се осъществяват правата и да се изпълняват задълженията“ [16, 19]. Не всички граждани на Рим са били дееспособни. За недееспособни се признавали душевноболните, слабоумните и жените и на всички тях се е определял попечител. Лицата от женски пол са били с ограничена правоспособност, независимо от навършването на пълнолетие и през целия си живот се намирали под пос-

тояната опека на главата на домакинството, мъжа, близък родственик. Това ограничение на публично-правния статус на жените, независимо от съсловното им положение, се е смятало необходимо поради „присъщото за жената лекомислие“ [11]. Източниците на Римското право, в които откриваме института на недееспособността, са стигнали до нас благодарение на запазените извори: Юстиниановия кодекс; Веронски ръкопис; Институции; фрагменти от т.нар. Правила – тематично и философско обобщение; дейността на римските юристи по подпомагане на римските граждани при водене на процеси и разрешаване на спорове е отразена в съчинения (Въпроси и Отговори); *Corpus iuris* – съхранени закони върху камък и бронзови плочки; „Лекс Хортензия“ (287 г. пр.н.е.) – утвърждава се равнопоставеността на закона и решенията на народното събрание; Законите от времето на Цезар – създаване на нов тип гражданско съдопроизводство и уреждане на публично-правни и частно-правни въпроси; Законът на 12-те таблици; Вечният едикт.

Това многообразие от правни източници е наложило те да бъдат кодифицирани. Преди Юстиниан първите опити да се кодифицира римското право са правени от Гай около 110-180 г. пр.н.е. В края на трети век пр.н.е. Григорий и Хермогениан съставят *Codex Gregorianus* и *Codex Hermogenianus*, които са първите сборници от императорски институции. В 438 г. пр.н.е. е издаден *Codex Theodosianus* от император Теодосий.

Един от първите източници, в които откриваме опит за определяне на дееспособността като правна категория е *Corpus Iuris Civilis* (*Institutiones, Digesta* или *Pandecta, Codex Iustiniani* и *Novellae leges*). Кодификацията е дело на император Юстиниан I (527-570 г. пр.н.е., роден в сегашните български земи близо до днешен Пловдив) и включва кодексите на Григорий, Хермогениан и Теодосий и конституциите на Гай [10, 17].

Юстиниановият кодекс е издаден през 529 г. пр.н.е., като в следващите години от него са се правили много преписи. Основните правни школи на империята по онова време са били в Константинопол, Бейрут и Антинопия в днешна Турция. Един от преписите е запазен в Италия в университета в Болоня. Смята се, че на базата на този препис през XI век започва рецепцията на римското право в Западна Европа и в крайна сметка – в по-голямата част на света. Съвременното название на кодекса *Corpus Iuris Civilis* („Кодекс от граждански закони“) е дадено в средновековните проповеди и от гласаторите през 12 век [23].

В Юстиниановия кодекс са застъпени въпросите за дееспособността и за отговорността за собствените действия на „людете, лишени от разум“. В него откриваме състоянията, които водят до невменяемост: *insania* (безумие), *dementia* (побърканост със сетивни измами), *moria* (побърканост с глуповати прояви), *fatuitas* (слабоумие), *mente capiti* (засегнатост на ума), която може би съответства на дементност в съвременните психиатрични класификации [21]. Към душевните болести се включват и състоянията на „силните афекти“. В римското право душевноболните и безумните се смятат за лишени от дееспособност и са неотговорни за постъпките си, като отговорност носят техните опекуни [3].

Историческият поглед представя трите основни групи психично разстройствата – болестното развитие на интелектуално-мнестичната дейност (слабоумие), психотичните процеси и болестните реакции на личността (патологичен афект), които са обект на разглеждане на Римското право.

В Средните векове, когато действията на човешката личност са подчинени на предразсъдъци, римското право е единствения „писан разум“ (*ratio scripta*). В Западна Европа съществуват норми за опазването на имуществото на душевноболните още по времето на крал Едуард II през 1324

година [3]. Особено силно влияние оказва римското право през XVI век в Средна Европа, където германските народи го прилагат като закон. Едва през XVII век германската юриспруденция си поставя за задача да „съедини“ това, което е заимствано от римското и онова, което е създадено от германското право. Така се появяват баварският (1756), пруският (1794) и австрийският (1811) законници [9, 10].

До пиренейските области (Баден, 1809), в епохата на наполеоновите войни, достига *Code civil* в превод с минимални допълнения, където остава действащ и след освобождението от френско владичество. По-късно – през 1863 г., гражданското право на Саксония, в което се откриват много от елементите на римското право, е кодифицирано. Впоследствие Френският граждански кодекс ликвидира феодалните порядки в държавата и въвежда буржоазния модел на устройство на обществените отношения във Франция, основан на равенството пред закона и свободата на изява на личността. Кодексът е в основата на съвременното гражданско законодателство в повечето европейски страни. С известни промени Наполеоновият кодекс е актуален и днес във Франция, като около 4 000 от правните норми, закрепени в него са във вида, който са имали през 1804 г., когато е създаден [26, 29].

По-късно класиците на марксизма дават висока оценка на римското право, като посочват значението му за развитието на правните системи на европейските държави. Днес действащите закони на повечето от тях съдържат в голяма степен римскоправни елементи, включително и такива, отнасящи се до института на недееспособността.

Институтът на недееспособността в българското законодателство

Първите писани източници, отнасящи се до дееспособността се намират в отправените от цар Борис въпроси към папа Николай I през 866 г. [18]. Хронологично те предхождат законите, които по-късно се установяват в християнската държава. Тези въпроси се отнасят до престъпленията (вкл. убийства на родители, братя и сестри, бягства през граница, кражби и др.) и брака (многоженство, инцест, женитби на вдовците, изневери и др.). В. Ганев (1959) определя отговорите на папата на поставените от цар Борис въпроси като „напредничаво разрешаване на проблемите, поради което са били използвани, при съставянето на „Законъ соудним людемъ“ [5]. Съветите на папа Николай I се приемат като основополагащи за съставянето на Правовия кодекс на българската държава през периода 866–868 година. Ганев го преценява като „най-старият български и славянски правен паметник от християнската ера“, в който са били правно регулирани наказателните, гражданските и брачните начала в гражданския процес.

Целенасоченото развитие на института на недееспособността в психиатрията започва много по-късно – едва след Освобождението (1878). Изследванията на редица автори допринасят за развитието на института на недееспособността в правото и съдебната психиатрия:

► в началото на XX век Ст. Данаджиев обнародва 25 съдебно-психиатрични освидетелствания, но най-забележителният му съдебно-психиатричен принос представляват: монографията „Невменяемостта в нашия Наказателен кодекс“ (1922), книгата „За афекта в углавния процес“ (1927) и „Принципи на душевната хигиена“ [6, 8, 7];

► Д. Владов (1911) се смята за основоположник на първата задълбочена разработка на хомоцида при психичните болести [3];

► Н. Шипковенски провежда първото в света системно изследване върху шизофренната хомоцидност и публикува резултатите в монография, като създава базисни ръководства по психиатрия и по съдебна психиатрия. Статията

му „Недееспособност и запрещение“ се отнася основно до гражданския процес [24];

► П. Дончев (1977) описва основните психопатологични механизми в криминалното поведение на психично болните [13];

► Ст. Тодоров (1977) изследва агресията при шизофреници [22];

► Б. Щърбанов (1985) проучва криминалното поведение на прогнозата при непълнолетните [4];

► М. Пенева (1982) изследва опасното поведение при жените [3];

► Вл. Велинов (1988) изучава рецидивното криминално поведение при шизофреници [4];

► Р. Милев (1991) изследва криминалното поведение при болни с афективни разстройства [3];

► П. Маринов (2007) проучва шизофреничния хомицид [3];

► Р. Борисов (2008) описва предиктори и критерии за оценка на риска при психично болните [3];

► Н. Ангелова-Барболова през 2009 г. защитава дисертация на тема „Клинико-социална характеристика на болните с шизофрения с агресивно поведение, принудително хоспитализирани“ [2];

► Едни от най-стойностните публикации у нас, разглеждащи дееспособността и недееспособността в гражданския процес и съдебната психиатрия, са публикувани от Иван Рачев през 80-години на XX век и Деница Топузова през 2008 година.

Тази плеяда от български психиатри/съдебни психиатри разработва института на недееспособността през призмата на съдебната практика и допринася в голяма степен за актуализацията на Наказателния кодекс през годините. Прегледът на действащото българско законодателство открива по-голямата част от правната уредба на института на недееспособността в Закона за лицата и семейството (ЗЛС). В него се въвеждат две условия за ограничаването на дееспособността: медицинско и социално. В редакцията си от 1949 г., обаче, ЗЛС предвижда като медицинско условие (критерий наличието на „слабоумие, душевна болест или физически недъг“), а физическото увреждане отпада с изменението на закона от 1953 г. Остават остарелите понятия „слабоумие и душевна болест“, които днес следва да бъдат заместени от терминологията на Международната класификация на болестите, десета ревизия (МКБ – 10) – лека, умерена, тежка и дълбока степен на умствена изостаналост, и респективно психично разстройство. Няма колебание в теорията и практиката, че ограничаването на дееспособността е предпоставено от кумулативната даденост на двете условия. Водещо обаче е медицинското условие – наличието на „слабоумие“ или „душевна болест“. Хората с увреждания и в частност тези с психично здравни проблеми и интелектуални затруднения, по презумпция се приемат за недееспособни, на база само на диагнозата. Правоспособността се придобива *ex lege* (с възникването на субекта), дееспособността се придобива по презумпция, а недееспособността – подлежи на доказване.

След приемането на Конвенцията на Организацията на обединените нации (КПХУ) за правата на хората с увреждания пред класическото разбиране за правоспособността и дееспособността на физическите лица е отправено ново предизвикателство. Появява се необходимост то да бъде променено в посока на осигуряване на гаранции за самостоятелно упражняване на правата от всяко лице, независимо от увреждането му и доколкото то засяга неговия ментален или функционален капацитет [27]. Европейският съюз (ЕС) ратифицира Конвенцията през 2009 г., като залага основните ѝ стандарти в политическите и нормативните актове на европейското законодателство [25]. Предлаганото ново раз-

биране за личността и възможността ѝ да упражнява самостоятелно правата си съгл. чл. 12 от Конвенцията отчита реалността на процеса на вземане на решение и измества акцента от „отнемането на правната възможност на лицата да правят избори“ върху „подкрепата“.

България, като страна членка на ЕС ратифицира КПХУ през 2012 г., но българската правна доктрина все още не поставя под съмнение концепцията си за дееспособността, въпреки критиката към уредбата [1, 14, 20, 28]. Налага се необходимостта от промяна както в теорията и принципите ѝ, така и създаване на работещи и адекватни „нови правни институти“, които да заменят съществуващите (някои от тях функционирали повече от 2000 години). Това означава да се промени парадигмалния подход на правото към хората с увреждания – не като обекти на грижа, а като активни субекти на правата им, от подход на милосърдие към подход, основан на правата, от патернализъм към овластяване.

В българското законодателство обявяването на дадено лице за недееспособно се отнася за всички области на правния живот с изключение на правото на брак и гласуване (ограничена дееспособност). Понастоящем институтът на недееспособността е залегнал в Закона за лицата и семейството, като в чл. 1 от ЗЛС се урежда правоспособността, а в чл. 2 – дееспособността и нейните условия. Дееспособността в българското законодателство се извежда чрез тълкуване на чл.5 от ЗЛС [15] (Изм. – Изв., бр. 89 от 1953 г.) *Непълнолетните и пълнолетните, които поради слабоумие или душевна болест не могат да се грижат за своите работи, се поставят под пълно запрещение и стават недееспособни. Пълнолетните с такива страдания, чието състояние не е така тежко, за да бъдат поставени под пълно запрещение, се поставят под ограничено запрещение.*

В чл. 5 на ЗЛС са упоменати две медицински причини – „слабоумие“ или „душевна болест“, но те винаги могат да доведат до недееспособност. Би било некоректно да се приеме, че всички лица с умствена изостаналост са недееспособни, само защото страдат от дадено психично разстройство. Също така е некоректно да се приеме, че диагнозата „Шизофрения“, например, неминуемо ще ограничи възможностите на лицата да се грижат за своите работи и да ръководят дейността и постъпките си.

Психичните разстройства могат напълно или частично да изключат дееспособността, когато вследствие на болестта са нарушени годността за грижа за своите работи. Универсалната формула „не могат да се грижат 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 формира релевантно волеизявление или както често се споменава в правната литература: „не може да бъде воден от разумни мотиви или решението му не зависи от разумни доводи“.

В съдебно-психиатричната експертиза на дееспособността от решаващо значение е определянето на тежестта на синдрома и степента, при която настъпва загубата на адекватно преживяване за себе си. Оценката на тези състояния понастоящем се прави само въз основа на клинично-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 или пълна недееспособност.

В контекста на промените в областта на правата на хората с увреждания и утвърждаването на социалния подход спрямо различните видове увреждания става ясно, че тази доктрина вече не отговаря на обективните обществени потребности и на ценностната парадигма, на която се основава цялото международно право за правата на човека. Съвре-

менните политики в тази област следва да бъдат базирани на включването, на премахване на бариерите пред тази обществена група, както е и правният отговор на тази тенденция [12].

Заклучение

Анализът на историческото развитие на института на недееспособността показва, че за българското законодателство римското право не оказва такова пряко въздействие, каквото откриваме в законотворчеството на Западна Европа. Изследването на този правен институт у нас разкрива липсата на единен стандарт, който да гарантира унифицирането на съдебно-психиатричната практика в областта на дееспособността. Неяснотите в критериите относно недееспособността водят до незадоволителна надеждност при изготвяне на съдебно-психиатрична оценка от различни експерти. Въпреки твърденията, че недееспособността има значение главно за извършване на правните действия на лицето, на практика социалният ѝ смисъл не може да бъде отречен. Всъщност, дееспособността и недееспособността обуславят автономността във всички обществени сфери, тъй като достъпът до тях de facto е през правата на човека, а дееспособността се оказва ключът към тях. Необходимо е сериозна промяна в правната рамка в отговор на стандартите, залегнали в Конвенцията на Организацията на обединените нации. Такава промяна ще създаде реални условия за равнопоставеност на най-уязвимата група хора с увреждания – тези с психични проблеми и интелектуални затруднения.

Библиография

1. Анализ на съответствието на българското законодателство с КПХУ, http://www.equalrights.bcnl.org/uploadfiles/documents/bg_review_uncrpd_final.pdf, „Прилагане на член 12 и член 33 от КПХУ, http://www.equalrights.bcnl.org/uploadfiles/documents/comparative_study_uncrpd_final.pdf
2. Ангелова-Барболова, Н. Клинико-социална характеристика на шизофренией с агресивними формами поведения, подвергнутых недобровольной госпитализации. Дис. канд. мед. наук, Москва, 2009.
3. Велинов, В. П. Маринов. Практическа психиатрия, том 2. Ася-Росен Младенов, София, 2008, 19-21, 52-59.
4. Велинов, В. Автореферат. Канд. дис. ЦМБ, София, 1998.
5. Ганев, В. Законът за судным людьмъ. БАН, София, 1959.
6. Данаджиев, Ст. Невменяемостта в нашия наказателен закон. С., 1922.
7. Данаджиев, Ст. Принципи на психическата хигиена. София, 1935.
8. Данаджиев, Ст. За афекта (раздразненото състояние) в главния процес. 2 изд., София, 1932.
9. Джеров, Ал. Гражданско право. ИК „Труд и право“, София, 2012, 34.
10. Джеров, Ал. Гражданско право. Обща част. Книга първа. Изд. „Проф. М. Дринов“, София, 1994, 27-30.
11. Дождев Д. В. Римское частное право. Норма, Москва, 2008, 685.
12. Доклад на Комисията по правни въпроси на Европейския парламент (препоръки към Комисията относно правната защита на пълнолетни лица: трансгранични последици (2008/2123(INI)), 8.
13. Дончев, П. Върху разпространението, произхода, болестните механизми и превенцията на обществено-опасните действия при психично болни. Дис-д-р м.н.. София, 1977.
14. Европейският съд по правата на човека. Критичен анализ на българската уредба по дееспособността – несъответствие с чл. 3, 5, 6, 13 и 8. В особените мнения от Европ. конв. за защита правата на човека в Решението по делото „Станев срещу България“, <https://mjs.bg/47/233/>.
15. Закон за лицата и семейството. Държавен вестник, бр.89 от 1953/последни промени: ДВ, бр. 120 от 29.12.2002.
16. Илейко, В. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. КИТ, Киев, 2006, 249-256.
17. Панова, Е. В. Кодификацията на Юстиниан. НБУ, 2004.
18. Петрова, Г. История на българската държава и право. (680–1878). Изд. „Сиела“, София, 2009, 30.
19. Покровский, И. А. История римского права. Москва, 2004, 540.
20. Решение от 4.11.2013 г. по гр. дело № 16 532/ 2012 г. по описа на Софийски градски съд, <http://challengingthelaw.com/wp-content/uploads/2013/11/Reshenie-K-za-pravata-na-horata-s-uvrejdanija.pdf>.
21. Стоименов, Й. Съдебна психиатрия. Учебник за студенти по право. Изд. „Марин Дринов“, София, 2003, 33.
22. Тодоров, Ст. Агресивни и автоагресивни действия на шизофренично болните. Автореферат на дис. за прид. научна ст. кмн. Варна, 1979.
23. Торбов, Ц. История и теория на правото. Юриспрес, София, 2002, 7.
24. Шипковенски Н. Недееспособност и запрещение. Пр. мисъл, 1972, 4.
25. Council decision 2010/48/EC of 26 November 2009 concerning the conclusion, by the European Community, of the United Nations Convention on the Rights of Persons with disabilities.
26. Fenet, P. A. Recueil complet des travaux préparatoires du Code civil. T. 1 – 15. Paris, 1836
27. Human rights Commissioner Office, Comm DH/Issue Paper Strasbourg, 20 February 2012, “Who gets to decide? Right to legal capacity for persons with intellectual and psychosocial disabilities”, 2012.
28. Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems, 2013.
29. Starck, B. Introduction au droit. Paris, 1991.

Автори

Д-р Аделина Джорджанова, д.м., УМБАЛ „Св. Марина“, Клиника по психиатрия и медицинска психология, гр. Варна, бул. „Христо Смирненски“ №1, e-mail: adelina.jordjanova@abv.bg

БЪЛГАРСКАТА МЕДИЦИНА В СРЕДНОВЕКОВИЕТО

М. Георгиев

Като коренно население на Балканите и Мала Азия през първото хилядолетие преди новата ера траките са най-близки съседи на древните гърци, перси и скити. Тракийското общество е в най-висок разцвет през VI-III в. пр. Хр. и оставя следи на висока култура: орфизъм, култове към лекаря Салмоксис, представен и в Платоновия „Хармид“, и към Асклепий – бащата на божественото медицинско семейство.

Но същинската старобългарска култура и медицина се заражда след приемането на християнството при княз Борис I (865). Тогава се извършват най-важните промени при утвърждаването на етническата и социално-икономическата структура на българското феодално общество, развиват се нови насоки при формиране на неговата идеология, изграждат се нова материална и духовна култура. След IX век България се включва активно в процеса на идейните взаимодействия между народите, тогава тя създава своята културно-народностна самобитност. Благодарение на приемането на християнството, на утвърждаването на славянската

азбука и на старобългарския език като официален през втората половина на IX век българската книжовност развива всички познати тогава жанрове и обгръща широк кръг познания за природата и човека. Най-често това са преводи и преработки на византийски съчинения с естественонаучно съдържание, в които причинното познание за действителността се преплита с езически и християнски митични елементи. В новосъздадената книжнина старобългарските мислители въвеждат заети от други езици понятия (термини) или създават българските им съответствия, които по-късно образуват основата на терминологията и научното мислене чрез славянските езици. В техните произведения се съдържат най-добрите постижения на тогавашната обществено- и естествоведческа мисъл: философия, историография, география, астрономия, биология, медицина и пр.

Юстиниановото законодателство утвърждава постановеното още от император Константин I задължение на градските лекари да обучават своите наследници в професията.