

НАСИЛИЕТО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ – ДИАГНОСТИКА И СЪДЕБНОМЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА, ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРАКТИЧЕСКИ КАЗУС

Д. Радойнова

CHILD ABUSE – DIAGNOSTICS AND MEDICOLEGAL INVESTIGATION, CHARACTERISTICS AND A CASE REPORT

D. Radoinova

Резюме. Разглеждат се основните понятия на насилието в детска възраст, прави се характеристика на видовете насилие и формите на изявиите му. Дават се най-важните указания за диагностицирането му в клиничната и в съдебномедицинската практика, спецификата на явлението и проявите му; особеностите на съдебномедицинската експертиза. Практическият случай демонстрира трудностите за диагностика и експертиза. Дават се алгоритми за разпознаването и интерпретацията на синдрома както за лекарите, които рядко се срещат с него, така и за съдебномедицинските експерти.

Summary. The general terms of child abuse are discussed, together with characteristics of the types of violence and the forms of manifestation. The most important guidelines for its diagnosis in clinical and medico-legal practice and the specifics and the expression of this phenomenon are given. The peculiarities of the medicolegal investigation of child abuse are considered. The case report demonstrates the difficulties in diagnosis and investigation. Algorithms for the identification and interpretation of the syndrome are proposed as aid for physicians who rarely examine such cases and for medicolegal experts.

Key words: child abuse, non-accidental trauma, diagnostics, medicolegal investigation

Темата за насилието над деца е малко позната у нас и често се пренебрегва. Тя е сериозен проблем в педиатрията – като разпознаване и поведение, в социалната медицина – като обхващане, противодействие и превенция. В съдебномедицински аспект детското насилие е свързано със задължителните експертизи и специфичните им задачи във връзка с чл. 187 от Наказателния кодекс – „Който изтезва малолетно или непълнолетно лице, намиращо се под негови грижи, или чието възпитание му е възложено, ако извършеното не представлява по-тежко престъпление, се наказва с лишаване от свобода до три години или с пробация, както и с обществено порицание.“

В литературата се използват различни термини за дефиниране на многообразните форми на малтретирането при деца. Проблемът е комплексен и има различни аспекти. Засяга предимно ранната детска възраст, според различните автори най-уязвима е възрастта под 3 години [1], според други [5] – до 5 години. Среща се във всяка социална група, но най-често – при хора с ниско социално ниво.

Използват се различни термини: child abuse, battered child syndrome, shaken baby syndrome или non-accidental trauma, child abuse and neglect syndrome. Още Caffey, J през 1946 г. [5] дефинира, че shaken baby syndrome се характеризира с комбинацията от интракраниални увреждания, ретинални хеморагии и костни фрактури. Dias MS et al [1] разглеждат shaken infant or shaken impact syndrome отделно и го представят като „опустошителна“ форма на детското насилие. Липсата на единна терминология може да се обясни с голямото разнообразие на формите и проявите на детското малтретиране, но всяко понятие дефинира характерна изява или начин на причиняване на насилието. СЗО дефинира малтретирането като всяка злоупотреба и пренебрежение, което детето търпи под 18 г. Категориите за малтретиране са: физическо, емоционално, сексуално и пренебрегване. По-нови определения за физическото малтретиране са насочени към начина, по който се получават нараняванията [2], поради което се предпочита термина “неслучайна травма” (non accidental trauma, NAT).

В България също се използват различни термини: насилие в детска възраст (най-общ термин), малтретиране, синдром на измъчвано (бито) и/или лошо гледано дете и др.

Още през 1726 г. италианският съдебен лекар P. Zachia поставя съдебномедицински въпроси при насилието спрямо деца. През 1898 г. във Франция е приет един от първите закони за специфично наказание срещу лица, извършващи насилие спрямо деца под 15-годишна възраст [11].

Целта на статията е да се даде най-обща характеристика на явлението, указания за диагностиката и разпознаването му, представя се и експертен случай с препоръки за съдебномедицинската експертиза.

Проблемът за насилието върху децата и лошото им гледане е сложен и трябва да бъде разглеждан от различни аспекти – социален, правен, психологичен, психиатричен, съдебномедицински. Изучаването и познаването му ще доведе до двоен ефект – намаляване на жертвите и на разходите за лечението им. Клиничното и експертното разпознаване и доказване на малтретирането при децата не е лесно и изисква съвместна работа на педиатри, съдебни лекари, специалисти по образна диагностика, невролози, психолози и др.

Насилието се прилага най-често спрямо извънбрачните деца, тези с физически уродства или психични отклонения. Извършителите са родители, осиновители, родственици, по-често при хора от по-ниските социални слоеве. Dias, M. et al [1] съобщават, че при мащабното им проучване за 5,5-годишен период при 65205 деца в 37% от случаите насилникът е баща или пастрок, в 21% малтретирането е от приятели, а в 13% – от майка, вкл. и небιологична.

Използваните средства за насилие са разнообразни, но могат да се обединят в следните групи: 1) физични средства (механична травма, изгаряния, механична асфиксия, електрически ток и др.); 2) химични средства (различни отровни вещества или лекарства); 3) психо-физични средства (психично малтретиране, заплашване, налагане на строги наказания, сексуални действия и др.); 4) лошото гледане се осъществява чрез оставяне на детето без храна и елементарни грижи.

Значимостта на проблема се определя както от различните по тежест временни или трайни нарушения на здравето, така и с починалите деца. Според Dias, M. et al [1] при налична черепно-мозъчна травма леталитетът е между 13 и 30%, а значими неврологични последици има при поло-

вината от оцелелите деца. При част от тях настъпват трайни увреждания, най-често неврологични: глухота, слепота, изоставане в нервно-психичното развитие, проблеми в поведението и обучението. Доказана е връзката между детското малтретиране във всичките му форми и някои хронични страдания при възрастните: психиатрични проблеми, зависимости, алкохолизъм, като 30% от тях малтретират също своите деца [10]. Смъртността в САЩ е 1530 деца годишно или средно по 4 деца на ден [7]. Foerster RB et al [2] пишат, че тези случаи в САЩ са 17 на 100 000, като засягането по-често е при момчета, а черепната травма е най-честата причина за смърт при физически малтретирани деца.

Икономическите загуби при обслужването на пациентите с временни и трайни нарушения на здравето са значими. Статистическите данни за САЩ показват, че при трайни увреждания на централната нервна система (ЦНС) медицинското обслужване достига до 1 млн. долара на случай [4].

В практиката най-често се среща механичната травма с причиняване на увреждания с различна тежест: охлузвания, кръвоносадания, рани, счупвания на дългите кости и ребрата, счупване на долната челюст и черепните кости с увреждане на мозъка, увреждане на вътрешните органи с разкъсване на слезката, черния дроб, стомаха, червата и др. Тези травми обикновено завършват със смърт.

Основните въпроси на съдебномедицинската експертиза са: вид, морфология и тежест на уврежданията, механизъм на причиняването им, брой и сила на ударите, здравословно състояние на детето, характер на телесната повреда, при настъпване на смърт – причинна връзка между нея и външното въздействие. Отговорът на тези въпроси е специфичен в детската възраст, защото са различни и изявите на уврежданията.

Опитът и литературата дават възможност да се посочат най-общи решаващи или благоприятстващи фактори, които трябва да се познават, за да се диагностицират случаите с неслучайна травма. Рискът е по-голям при случаи със: домашно насилие; психични, соматични или неврологични заболявания у човека, който се грижи за детето; злоупотреба с алкохол и наркотици при насилника; проблеми с жилището, финансови затруднения; самотни родители, особено ако са незрели или без подкрепа. По-застрашени са деца с проблеми в развитието си, с различни соматични и неврологични заболявания, с нестабилно поведение, недоносени.

Съмнение за неслучайна травма има, когато е налице необяснимо или лошо обяснено от гледания човек нараняване у детето; увреждания, неотговарящи на анамнезата; променяща се анамнеза; несъответствия във времето на получаване на травмата; липса на анамнеза за травма или травмата се представя като злополука (нешастна случайност); описва се лека травма, а е налице сериозно увреждане; има забавяне в търсенето на медицинска помощ и др. По-трудни за разпознаване са случаите, когато няма категорични данни за нараняване и няма външни белези, които да насочват към травма.

Желева, М. и Р. Петров [12] във връзка с представения случай извеждат ясни и точни клинични правила за диагностика на детското насилие в педиатрията: анамнезата се сменя задълбочено, като се разпитват родителите, придружителите и детето, необходимо е да се задават и насочващи въпроси. Анамнезата при видима травма трябва да уточни специфични детайли около нараняването: кога детето е било добре и кога се е влошило; къде, кога и как е получена травмата; какво се е случило след нараняването; какви симптоми са наблюдавани и какви мерки са взети и др. п. Този подход може да бъде взаимствен изцяло и в съдебната медицина при освидетелстването на деца с подозрение за малтретиране.

Съмнение за неслучайна травма трябва да се допуска, когато при физикалното изследване се установят външни

увреждания на кожата и меките тъкани – ожулвания, кръвоносадания, травматичен оток, рани, изгаряния и др., особено при бебета, неподвижни деца, когато измененията са далеч от костни проминенции. Насочено трябва да се търсят отпечатайки от пръсти, предмети, уреди и др. Характерни места на нараняванията са гърдите, горните и долните крайници, врата, лицето, скалпа, ушните миди и тъпанчето, френулума, устните, езика, глутеалната област и перинеума. Според някои автори [3, 5] при деца под 1 година 75% от фрактурите са предизвикани. Те са единични или множествени, често с различна давност и на нетипични места.

Обобщени данни показват, че според вероятността да са предизвикани, фрактурите в детска възраст биват високо, средно и слабо специфични. Високо специфичните са: метафизалните, ребрените (предни и задни), скапуларните, фрактурите на гръс. *spinosi* и стерналните. Умерено специфични са мултиплените, телата на прешлените, на пръстите и множествени фрактури на черепните кости [6]. Чести, но слабо специфичните са фрактурите на ключицата, дългите кости, линейните фрактури на черепа, в резултат на падане на малки деца от по-малко от 1 м. Умерено и малко специфичните счупвания стават високо специфични, ако няма ясна анамнеза за случайност, особено у кърмаче. Фрактурите на ребра са рядко срещани в детска възраст с изключение на тежка механична травма. Те не могат да бъдат получени при провеждане на изкуствен сърдечен масаж, за разлика от възрастните, защото ребрата им са подчертано еластични. Според Fong CM et al [3] при деца под 3 год. възраст, 71% от ребрените счупвания са предизвикани насилствено.

Неслучайната травма на главата (*shaken baby syndrome*) е клинична съвкупност от находки, резултат на удране, яростно разтърсване, раздрусване, движение на главата напред-назад, или на ударите ѝ в мека или твърда повърхност. Увреждането на мозъка може да стане по различни механизми, вкл. и в резултат на хипоксемично-исхемично увреждане – разстройство в кръвоснабдяването и кислородното хранене на мозъка [8]. Синдромът включва интракраниален кръвоизлив, дифузно аксонално увреждане и вторичен мозъчен оток. Може да се съчетава с ретинални кръвоизливи и костни фрактури, които, дори без други клинични прояви, след изключване на други заболявания, са съмнителни за неслучайна травма. Много често външните, видимите травми са леки, а вътрешните са тежки и понякога животозастрашаващи. При освидетелстването се установяват увреждания с различна давност, с различна степен на оздравяване, множествени увреждания по гърба и/или отпред двустранно, които не могат да бъдат обяснени с предварителните данни; характерни места на уврежданията са добре предпазени при падане или други нещастни случаи, което също трябва да заостри вниманието на изследващия.

Много важен момент за лекарите, които се срещат по-рядко с проблема е, че животозастрашаващото увреждане на главата или корема може да бъде без анамнеза за травма, както и без външни белези за насилие, или много дискретно изразени такива [9].

Клиничните и съдебномедицинските принципи на поведение при неслучайна травма могат да се резюмират така: съмнения за малтретиране → освидетелстване и регистриране с поставяне на диагноза в клиниката, ако случаят е в болница, или амбулаторно → лечение → уведомяване на съответните институции (полиция, Държавна Агенция за закрила на детето) → прецизно документирани и фотозаснемане → проследяване с изготвяне на експертизата.

В педиатрията според Желева, М. и Р. Петров [12], преди поставяне на диагнозата „детско насилие“, изследванията трябва да изключат заболявания с подобна клинична картина: хеморагична диатеза, заболявания, предразполагащи

към фрактури, възпалителни заболявания на ЦНС, съдови малформации на мозъка, други причини за падания и случайни фрактури. Решаващо за диагнозата „детско насилие“ е комбинацията от задълбочена анамнеза, физикално и оброчно изследване, включващо конвенционални рентгенографи, компютърен томограф и ядрено-магнитен резонанс.

Мозъчното увреждане често води до апнея с резултатна хипоксия поради дифузна клетъчна увреда, като по-късно се включват и вторични хипоксични промени. Физикалният преглед може да бъде слабо информативен, но винаги трябва да се направи, за предпочитане и от съдебен лекар, който има по-голям опит и практика за установяване на дискретни външни механични увреждания. Той ще търси кръвоносаждения и други кожни промени, фрактури, ретинални кръвоизливи, вътрешни увреждания и пр. Използването на ЯМР е задължително, тъй като той дава допълнително доказателство за травма, включваща малки огнища на исхемия или дифузна аксонална увреда.

Неслучайната травма създава проблеми с временните и трайните поражения, които нанася и отражението им върху порасналите вече деца, както и значителните икономически загуби. Първата стъпка да се помогне на такива деца е да се разпознаят белезите на насилието, за да се диагностицират, което става чрез тяхното изучаване и познаване. У нас Държавната агенция за закрила на детето е ориентирана и практически насочена, стъпвайки на Закона за закрила на детето и правилника за прилагането му [13]. Все още липсват специфичните познания за проявите и диагностиката от различните медицински специалисти, с които децата се срещат за първи път.

Описание на случая: момче на 3 г. и 7 м. е доведено по спешност в болницата от родителите си със слаба сърдечна дейност и липса на дишане, преживява 41 дни. Детето е родено от трета бременност, първо раждане (майката е 21 г., протестира, живее със сестра си, сина си и сutenъора, който е баща на момченцето). Майката съобщила, че около 01.30 ч. през нощта детето се задавило при ядене и спряло да диша. Тя съобщава, че преди 7-8 дни детето е паднало от мотор, като ударило главата си (имал оток) и лявото ухо. При освидетелстването при приемането му се установяват пресен оток и кръвоносаждения по лицето (*Снимка 1*), по лявата ушна мида и по главата. Родителите обясняват тези травми с извършената от тях реанимация за съживяването му. В детска реанимация започва цялостен диагностично-лечебен процес, направени са консултации с детски невролог, УНГ, неврохирург, кардиолог, невроофтальмолог, който установява пресни и стари ретинални и преретинални хеморагии с оток в макулите. Въпреки реанимацията в пълен обем, детето остава в кома, на механична вентилация за поддържане на параметрите. Независимо от това, постепенно се развива кръвоизливен синдром, ателектатично-пневмоничен и вентрикуло-кровоизливен синдром, декубитални и невротро-

Снимка 1. Пресен травматичен оток и кръвоносаждения по лява буза и лява ушна мида



фични язви по кожата и детето умира (*Снимка 2*).

Основанията ни за приемането на неслучайна травма (синдром на бито дете) са: стари травматични промени – множество двустранни счупени ребра с различна давност и калциеви отлагания по кожата на гръдния кош около тях като последици на стари кръвоносаждения; наличие на калциеви отлагания и по хрущяла по лявата ушна мида, последица на повтарящи се травми там и най-вероятно на продължителни и многократни „опъвания“ на ухото (описани в литературата „пурпурни“ уши); типични места на травмите; липса на каквито и да са болестни процеси извън травматичните увреждания; детето е физически добре гледано, със съответно за възрастта общо развитие; наличие на пресни травми по лицето, лявото ухо и типични кръвоизливи в черепната кухина (субарахноидален, ограничен субдурален); свидетелски показания за побой през последната година от членове на фамилията и др. Обяснението за инцидента от майката и бащата не е достоверно от медицинска гледна точка. Няма причини едно здраво дете да се задави и да аспирира храна по време на хранене, не е логично и получаването на кръвоносаждения по лицето да е от шамарите по време на реанимацията (тогава защо няма кръвоносаждане по дясната буза), от какво и от кога е отокът в дясна слепоочна област. С такива слаби по интензитета удари не може да се обясни кръвоизлива в черепната кухина.

При аутопсията на детето е установено: състояние след кома с мозъчна смърт – тотална коликвационна некроза в мозъка (размекчение на мозъка), включително и в областта на мозъчния ствол, кръвоизливи под меката мозъчна обвивка и мозъчните стомахчета; състояние след продължителна непрекъсната механична вентилация – огнищни ателектази в белите дробове, задебеляване на междуалвеоларните прегради, дегенеративни промени, огнищни некрози и кръвоизливи в някои от вътрешните органи, възпалителен секрет в бронхиалните разклонения на десния белодробен дял, пролежни рани и трофични промени по кожата на гърба и крайниците, следи от инжекционни бодове; стеатонекроза по повърхността на панкреаса и около нея; дясностранен мастоидит – наличие на гноевиден секрет в кухините на десния сисовиден израстък на черепа; двустранни стари счупвания на ребра, цикатрикс и задебеляване в кожно хрущялната част на лявата ушна мида. Прието е, че непосредствената причина за смъртта е острата сърдечно-съдова и дихателна недостатъчност, развили се при дълготрайна механична вентилация (изкуствено дишане) при регистрирана мозъчна смърт.

Обобщените литературни и клинични данни при детето М.С., доказващи малтретиране са: 1) Най-честа възраст до 3.5-5 години; 2) Неясна и променяща се анамнеза, находка от образните изследвания; 3) Пресни кръвоносаждения по лявото ухо и бузата, дясната слепоочна област; 4) Наличие на фрактури с различна давност – множествени на ребра, отзад, отпред, латерално; 5) Субарахноидален кръвоизлив; 6) Очни увреждания – ретинални, преретинални, стари и пресни хеморагии; застойни папили, оток на папилите. 7) Тежък мозъчен оток при приемането: липса на реакция при дразнене – Глазгоу-скала 3-4 (GCS: 3-4), липса на спонтанно дишане, арефлексия, нереагиращи разширени зеници, което доказва тежко мозъчно увреждане.

Воденото досъдебно производство не доказва категорично участието на родителите на детето и беше прекратено.

Заклучение

1. Подходът към проблема за малтретирането в детска възраст трябва да бъде интердисциплинарен. В диагностично-лечебния процес освен педиатър, трябва да се

включат различни консултанти: офталмолог, детски хирург, невролог, ортопед, гинеколог, психолог, съдебен лекар. Решаващо за поставянето на диагноза е комбинацията от насочена анамнеза, физикално и образно изследване, включващо задължително СТ и MRI.

2. Неслучайната черепна травма може винаги да бъде съмнителна за малтретиране при несъответстваща клинична картина, абнормна образна находка и допълнителни физикални данни за насилие, които са неспецифични.

3. Проблемът за детското насилие е и междуведомствен и трябва да се решава съвместно от заинтересованите институции и съответните медицински специалисти според локализацията на травмите и уврежданията на мозъка и вътрешните органи. Необходимо е всички медици да работят еднопосочно, вкл. и с органите на досъдебното производство, прокуратурата и съда.

4. В зависимост от случая, се назначават различни експертизи: съдебномедицинска, съдебнопсихиатрична и съдебнопсихологична експертиза. Основни въпроси за съдебномедицинската експертиза са: вид и характер на уврежданията, механизъм на тяхното причиняване, брой и сила на ударите, здравословно състояние на детето, характер на телесната повреда, при настъпила смърт – причинна връзка между нея и външното въздействие.

5. Правилният подход включва колкото е възможно по-бързо пострадащото дете да бъде освидетелствано от съдебен лекар, тъй като той познава в детайли външните изяви на травмите. Като правило трябва да се знае, че външните белези на насилието при деца са много по-дискретни, отколкото при възрастните. Това може да се обясни със здравината на съдовете и на съединителната тъкан, което препятства травматичния оток и обема на кръвонасяданията.

6. При сериозни и сложни случаи съдебномедицинската експертиза трябва да бъде колективна (комисионна) с участието на педиатър, рентгенолог, невролог и др.

Библиография

1. Dias, MS, K. Smith, K. deGuehery, P. Mazur, V. Li and ML Shaffer. Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program. *Pediatrics*, 115, 2005, 470-477.
2. Foerster RB., M. Petrou, D. Lin, MM Thurher, MD Carison, PJ Strouse, P. Sundgren. Neuroimaging evaluation of non-accidental head trauma with correlation to clinical outcomes: A review of 57 causes. *J Pediatr*, 2009, 154 (4): 573-577.
3. Fong, CM, HM Cheung, PY Lau. Fractures associated with non-accidental injury - an orthopaedic perspective in a local regional hospital. *Hong Kong Med J*, 11, 2005, 445-451.
4. Giardino AP, C. Pataki. Physical Child Abuse Treatment & Management. <http://emedicine.medscape.com/article/915664-overview>.
5. Kellogg ND., Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007;119(6):1232-41. [PubMed: 17545397].
6. Loder, RT, Bookout C. Fracture patterns in battered children. *J Orthop Trauma*, 1991;5:428-33.
7. National Children Alliance. National Statistics on Child Abuse. 2011. <http://www.Nationalchildrenalliance.org/NCANNationalStatistics>.
8. Knight, B. Simpson's Forensic Medicine., 12th ed., Arnold, London, 2003. Child abuse syndrome., 125-129.
9. Ricci, LR, RG Bachur. Child Abuse in Emergency Medicine. <http://emedicine.medscape.com/article/800657-overview>.
10. Smith, SM, R. Hanson. 134 Battered Children: a Medical and Psychological Study. *Br. Med. J.*, 14, 1974 , 3, 666-670.
11. Дойчинов, Ив. Съдебна медицина, Пловдив, 1997, 209-211.
12. Желева, М., П. Петров. Неслучайната травма в детска възраст – условия за правилното ѝ разпознаване у нас. *Поведение. Практическа педиатрия*, 2012, №11, 11-12.
13. Закон за закрила на детето. 2000, посл. изм. ДВ. бр. 15 от 15 февруари 2013г. Правилник за прилагане на Закона за закрила на детето. Обн. ДВ. бр.66 от 25 Юли 2003г.

Автор

доц. д-р Добринка Радойнова, дм, ръководител на УНС по съдебна медицина и деонтология, Катедра по обща, клинична патология, съдебна медицина и деонтология, МУ – Варна 9002, ул. "М. Дринов" 55, Моб. тел. 0879 202927, e-mail: dradoinova@mail.bg

ПЕТКО И СТИГМАТА – ОТ ПОЛИЦЕЙСКИ ПРОВАЛ КЪМ ЗЛОУПОТРЕБА С ПСИХИАТРИЯТА

Г. Ончев

Проф. д-р Георги Ончев е роден в София (1960). Завършва 114-та Английска езикова гимназия (1979), ВМИ София (1987). Работи в Психиатричната болница в гр. Ловеч, клиницист и преподавател е в УМБАЛ „Александровска“ и Медицинския университет – София. Консултант е по психиатрия в Танзания (1996-1998). Притежава специалност по психиатрия, квалификации в Танзания, Унгария, Дания. Има придобити магистърски степени по научна информатика, здравна политика и здравен мениджмънт.

Професор е по психиатрия (2013). Изследователският му опит е свързан с клиничната психиатрия – личностова патология, зависимости, шизофрения, транскултурална психиатрия, подходи за лечение и обслужване, клинични инструменти.

Експерт е в Програмата за развитие на ООН, в международни консорциуми, главен изследовател на проучвания в психично-здравната област по Рамковите програми на ЕС. Автор е на много научни публикации и монографии: „Принуда в психиатрията: емпирични данни и добра практика“ (2010), „Личностова абнормност в клиничната практика“ (2. изд, 2012). Началник е на отдел с остър и рехабилитационен сектор в Клиниката по психиатрия в УМБАЛ „Александровска“ от 2008 г. Член е на Редколегията на сп. „Социална медицина“ от 2013 г.



Проф. Георги Ончев, психиатър

Отдавна не е имало подобен разгул на агресивно публично говорене срещу психично болните и психиатрията. Като народонаселение, ние никога не сме се отличавали с особен респект към правата и автономността на хората с психично-здравни проблеми. Сегашната вакханалия от ретроградност обаче няма аналог от близките години. Крехкият интегритет на общността периодично не удържа тревож-

ността си и тя избива в експанзия от архаични зловещи нагласи към психично болните по конкретни поводи – шизофреника убил детето си, или друг (неясно с каква диагноза, но „май психо...“) удушил баба си. Сегашният повод е трагедия, която е пряк резултат от неефективно правораздаване и некадърна полицейска акция. Къде е мястото на психиатрията тук? Бил психично болен, трябвало да се лекува, и