

## БОЛЬНИЧНЫЙ ПО ПЕДОФИЛИИ И ИНВАЛИДНОСТЬ ПО НАРКОМАНИИ

*Владимир Давыдович Менделевич*

*Казанский государственный медицинский университет,  
420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: mend@tbit.ru*

Реферат. Статья посвящена анализу двойственного отношения в психиатрии к пациентам с поведенческой патологией, включающей личностные, наркологические и сексуальные расстройства, расстройства привычек и влечений. С одной стороны, эти расстройства признаются полноценными психиатрическими диагнозами, классифицируемыми по МКБ и DSM. С другой, таким пациентам фактически отказывается в возможности пользоваться всеми законными преимуществами больных (листами нетрудоспособности, инвалидностью). Анализируется процесс «медиализации» поведенческих девиаций и недостаточной научной обоснованности сохранения их психиатрических классификаций.

Ключевые слова: личностные расстройства, поведенческие расстройства, педофилия, гомосексуализм, гемблинг, нетрудоспособность, инвалидность, диспансерное наблюдение, МКБ-10, DSM-5, медиализация.

### THE SICK LIST ON PEDOPHILIA AND DISABILITY ON DRUG ADDICTION

Vladimir D. Mendelevich

Kazan State Medical University,  
420012, Kazan, Butlerov St., 49, e-mail: mend@tbit.ru

The article is devoted to the analysis of the dual attitude in psychiatry to patients with the behavioural pathology including personal, addictive and sexual disorders. On the one hand, these disorders are admitted as the psychiatric diagnoses classified by ICD and DSM. On the other hand, such patients actually are refused in an opportunity to take all lawful advantages of patients (sick lists, disability). Process of “medicalization” of behavioural deviations and insufficient scientific validity of inclusion their psychiatric classifications is analyzed.

Key words: personal disorders, behavioural disorders, pedophilia, homosexuality, gambling, disability, dispensary observation, ICD-10, DSM-5, medicalization.

Современная психиатрия изобилует разнообразными методологическими парадоксами. Главным из них является недостаточная научная убедительность процедуры причисления психических и поведенческих феноменов к кругу болезненных и включение их в диагностические системы [1, 4, 6, 26]. В условиях отсутствия прогресса в понимании механизмов этиопатогенеза продолжает увеличиваться число диагнозов

[6, 7, 13, 17, 20–23]. Все новые и новые клинические феномены переходят из числа девиаций в разряд психических расстройств. В первой классификации (DSM-I), вышедшей в 1952 году, существовало 106 диагнозов, в современной (DSM-5) – уже 282 [19]. Психиатрический раздел МКБ-10 содержит около 300 диагнозов, в следующую версию предполагается добавить дополнительные диагностические единицы в основном из группы поведенческой и аддиктивной патологии – патологическое накопительство (хординг), компульсивное переедание и др. [24].

Вызывает удивление сохранение в международных классификациях особенностей поведения, которые профессиональным сообществом уже давно не признаются диагнозами. Классический пример – диагноз гомосексуализма (F66.1). Двойственность ситуации заключается в том, что данный диагноз входит в МКБ-10, но в примечании к нему указывается, что «сама по себе ориентация по полу не рассматривается в качестве расстройства» [5]. Расстройством признается лишь то, что «пациент страдает от сомнений в собственной половой принадлежности или ориентации по полу, что приводит к тревоге или депрессии». *Парадокс: расстройство как бы есть, но его и нет.* Непонятно, почему в МКБ сохраняется патология, диагностируемая не на основании стержневых, а исключительно на базе сопутствующей психопатологии, которую правильнее кодировать иными, соответствующими ей диагнозами.

Известно, что любая диагностическая процедура не просто констатирует, что конкретное психическое или поведенческое отклонение можно считать проявлением нездоровья, но и то, что его носитель из девианта или маргинала превращается в «полноценного» пациента, получая все «преимущества больного». Вместо социального отторжения (экслюзии) и дискриминации, он обретает статус «страдающего» и нуждающе-

гося в медицинской помощи. У него появляется возможность лечиться по утвержденным врачами научно обоснованным стандартам, получать больничный, иметь медицинскую страховку и при необходимости даже выходить на инвалидность. Подобная длинная логическая цепочка – от девианта к инвалидности – демонстрирует повышенную ответственность психиатров за выработку научных критериев включения новых диагнозов в классификационные схемы. Признав человека больным, врачи, основываясь на принципах медицинской этики, должны идти до конца и распространять на «нового больного» все имеющиеся способы психосоциальной поддержки.

На деле же общемировой тренд расширения круга диагностируемых психических расстройств, приписывания обычным человеческим особенностям характеристик патологии без убедительного нейрофизиологического обоснования диагноза<sup>1</sup> не приводит к улучшению качества жизни пациентов и порождает всё новые и новые юридические казусы. Не все психиатры согласны с тенденцией расширения границ психиатрии. Критика «психопатологизации» ведётся как с позиции медицинской этики и деонтологии, так и здравого смысла. Признается, что определение психиатрами социально неодобряемых поступков у человека и возведение их в ранг психических отклонений с «наклеиванием» ярлыка-диагноза оборачивается для человека новыми проблемами – стигматизацией уже на основании диагноза. Если раньше девиант оказывался под социальным прессингом в силу его «маргинальности и нравственных изъянов», то обретение статуса психически нездорового «не спасает» его от дискриминации. Его начинают стигматизировать уже по медицинским основаниям. Правда, психиатры утверждают, что выявление у человека психических расстройств не должно приводить поражению в правах и не всегда однозначно диктует необходимость, например, диспансерного наблюдения (учёта) в специализированных медицинских учреждениях и лечения. На деле всё оказывается не так. Кроме того, упускается из виду, что, *если болезнь не требует лечения, то может быть это и не болезнь*, и что диагноз должен отвечать своему фундаментальному предназначению – являться информационной основой для оказания медицинской помощи [4].

В последнее время в американской психиатрии этот вопрос рассматривается в необычном ракурсе – обсуждается целесообразность и допу-

стимость сохранения запрета лицам с отдельными психическими расстройствами (по DSM) получать инвалидность [18, 27, 29]. Сегодня законодатели отказывают таким пациентам в положенных по болезни льготах. Известно, что при основных психических заболеваниях этот вопрос урегулирован, и пациенты с шизофренией, БАР, умственной отсталостью, невротическими и органическими расстройствами имеют право выходить на инвалидность. Дискуссия возникла в отношении наркологических, сексуальных и некоторых иных поведенческих расстройств. До настоящего времени в американский Акт об инвалидизирующих заболеваниях<sup>2</sup> не включены ни поведенческие расстройства в связи с употреблением ПАВ, ни гомосексуализм, ни бисексуальность, ни транссексуализм, ни педофилия, ни эксгибиционизм, ни вуайеризм, ни клептомания, ни пиромания, ни патологический гемблинг [18, 29]. Продолжает существовать двойственное отношение к пациентам с личностными расстройствами, в частности, с пограничным и нарциссическим [28, 30], а также с наркологической патологией. Появились работы о целесообразности включения в Акт нового диагноза – хординга (патологического накопительства) [25].

Проанализируем сложившуюся ситуацию на примере российской психиатрической практики, которая имеет как сходные с мировой, так специфические профессиональные процедуры. Начнём с закреплённого законодательно диспансерного принципа наблюдения за психически больными. Согласимся, что в настоящее время не всех пациентов психиатры «ставят на учёт», а лечат исключительно при их «информированном [добровольном] согласии». К тому же, в последние годы обнаруживается тенденция сужения круга «учтённых» за счёт расширения круга «консультативно-наблюдаемых». Так, по данным официальной статистики с 1990 по 2015 год число больных, взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом психического или поведенческого расстройства сократилось в 1,7 раза, а численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, увеличилась более чем в три раза и превысила 2 млн человек [3].

<sup>1</sup>Обозначаемый терминами «психопатологизация», или «медикализация» обыденной жизни [6–8].

<sup>2</sup>Дословное название – «Закон о защите прав граждан с инвалидностью».

Однако эти цифры и тенденции вряд ли успокоят конкретного человека, обратившегося к психиатрам и попавшего с диагнозом поведенческого расстройства в консультативную группу. Да, действительно, он будет иметь право отказаться от терапии и от него не станут требовать ежемесячно появляться в психоневрологическом диспансере. Но ведь карта амбулаторного (консультативного) наблюдения на него всё равно будет заведена и хочет он или нет, но будет храниться в базах данных психиатрических учреждений в течение многих лет. То есть пациент, вроде бы, не состоит на учёте, он как будто бы даже не признан психически больным и выявленное у него поведенческое расстройство не поражает его в правах. Но формально этот человек, зафиксированный психиатрической службой, воспринимается окружающими как душевнобольной, а информация о его обращении к психиатрам может оказаться доступной, к примеру, для представителей правоохранительных органов и других заинтересованных лиц.

Российские психиатры обосновывают необходимость сохранения и расширения консультативного наблюдения (учёта) гуманистическими соображениями – созданием условий для доступной квалифицированной психиатрической помощи и законодательными преимуществами, например, возможностью получать больничный лист и оформлять инвалидность. Но в реальности перечисленные «льготы» распространяются отнюдь не на всех пациентов. Так, к примеру, больничные в РФ на практике выдают не при каждой болезни (расстройстве), а инвалидность вообще определяется в особых случаях. *Трудно себе представить, чтобы психиатры, например, выдали листок нетрудоспособности пациенту с педофилией или определили группу инвалидности по наркозависимости.* При этом иным категориям пациентов психиатрического профиля выдача больничных является рутинной процедурой. Зададимся вопросом, почему так происходит? Чем эти расстройства отличаются от иных? Почему пациент с выставленным по МКБ-10 диагнозом не всегда может претендовать на получение больничного?

В нормативных документах [10, 14] указывается, что основаниями для получения листка нетрудоспособности могут служить заболевания и травмы, беременность и роды, протезирование и некоторые иные состояния. То есть можно утверждать, что *любое психическое или поведен-*

*ческое расстройство, существующее в МКБ-10, может являться основанием для выдачи больничного.*

Считается, что факт временной нетрудоспособности психически больного устанавливается на основании выявления следующих критериев [15]: а) наличия заболевания (расстройства), которое по своему характеру или степени выраженности исключает возможность продолжения трудовой деятельности; б) необходимости проведения пациенту такого лечения, которое несовместимо с одновременным осуществлением трудовой деятельности; в) необходимости временного перевода работника по состоянию его психического здоровья на другую работу. Отметим, что *в число критериев для установления временной нетрудоспособности не входит ни нозологическая принадлежность выявляемого расстройства, ни уровень психических расстройств, ни обязательство находиться в диспансерной группе «учёта».* Если «примерить» перечисленные критерии временной нетрудоспособности на лиц с патологическим гемблингом или педофилией, то обнаружится, что и по первому, и по второму из перечисленных критериев обнаружится соответствие – выраженность расстройств у таких пациентов, несомненно, может достигать степени, при которой трудовая деятельность исключена (например, при непреодолимом влечении к игре или компульсивном сексуальном влечении), а проведение терапии может оказаться несовместимой с работой. Получается, что при педофилии или гемблинге пациент может на законных основаниях находиться на больничном. Почему же врачи столь неохотно выдают, а вернее вовсе не выдают больничные таким лицам?

Можно предполагать, что психиатры всё же не считают личностные и поведенческие расстройства, к примеру, педофилию болезнями в медицинском смысле слова. В своей оценке таких пациентов они нередко исходят не из профессиональной, а из морализаторской позиции, видимо полагая, что данное поведение имеет нравственную основу и что не следует «поощрять» таких «пациентов» больничными и инвалидностью. В таком случае *непонятно упорство, с которым психиатры продолжают сохранять такие «нравственные» диагнозы в классификациях.*

Заметим, что Фондом социального страхования РФ (ФСС) не запрещена выдача больничных пациентам с поведенческими расстрой-

ствами и даже определены ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при психических расстройствах и расстройствах поведения [9]. В Письме ФСС указывается, что при специфических расстройствах личности (F60) допустимо оформление временной нетрудоспособности на срок 15–20 дней при средней тяжести расстройства и 25–45 дней при тяжёлой.

Известно, что для больных с зависимостью от алкоголя или иных психоактивных веществ на период их амбулаторного и стационарного лечения в РФ установлены особые правила выдачи листков нетрудоспособности [15]. «Таким больным листок нетрудоспособности выдаётся в обычном порядке, но в медицинской документации диагноз обязательно подтверждается соответствующей записью специалиста-нарколога. Кроме того, обязательным условием выдачи больничного листка является соблюдение пациентом врачебных рекомендаций. При отказе больного от показанного стационарного лечения листок нетрудоспособности не выдаётся. Не выдаётся он и при лечении подобных больных в условиях анонимности и конфиденциальности». Значит, и для наркологически больных юридических барьеров не существует.

Анализ частоты оформления групп инвалидности данному контингенту пациентов показывает, что всё же это довольно редкое явление [16]. По данным Республиканской клинической психиатрической больницы (МЗ Республики Татарстан) с 2000 по 2016 год под наблюдением ежегодно находилось от 10 до 69 инвалидов с личностными расстройствами (F60) [12], что составляет всего около 0,1% от всех инвалидов по психическому заболеванию. За тот же период, инвалидность на короткий срок устанавливалась ещё одному пациенту с расстройствами привычек и влечений (F63) и одному с психологическими и поведенческими расстройствами, связанными с половым (психосексуальным) развитием и ориентацией по полу (F66).

Аналогом американского Акта по инвалидирующим заболеваниям можно считать Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2016 года №1024н [11], в соответствии с которым к классам психических болезней (по МКБ-10), при которых допустимо установление групп инвалидности, причислены: нарушения психологического развития (F80-F89), умственная отсталость (F70-F79), шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства (F20-F29), расстройства настроения (аффек-

тивные расстройства) (F30-F39), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48), органические, включая симптоматические психические расстройства (F00-F09). Фактически нет возможности назначить группы инвалидности при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте (F6), поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5), а также психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с (вызванных) употреблением психоактивных веществ (F1)<sup>3</sup>.

При этом известно, что к так называемым «стойким расстройствам функций организма», необходимым для определения учреждениями медико-социальной экспертизы инвалидности, относят не только нарушения сознания, ориентации, интеллекта, мышления, восприятия, познавательных функций высокого уровня, но и «нарушения личностных особенностей, волевых и побудительных функций, эмоций» [2, 11], которые как раз и преобладают при непсихотических расстройствах, включая основные нарушения поведения у наркологически больных. При этом при квалификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий относят как нарушения к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации (не типичных для пациентов с непсихотическими психическими и аддитивными расстройствами), так и «нарушения способности к общению, обучению, трудовой деятельности» и «способности контролировать своё поведение» (характерных для них) [11].

С нашей точки зрения, отмеченные парадоксы современной психиатрии обусловлены несовершенством процесса признания тех или иных социально неодобряемых форм поведения расстройствами. В отношении ошибочности отнесения личностных расстройств к сфере деятельности психиатров доводы уже приводились [6, 7, 13]. В силу двойственности отношения профессионального сообщества к пациентам с поведенческой патологией настало время ставить вопрос об исключении всей данной группы диагнозов из психиатрических классификаций. Необходи-

<sup>3</sup>Известно, что инвалидность пациентам, злоупотребляющим алкоголем и ПАВ, в некоторых случаях оформляется, но не по наркологическому заболеванию, а по сопутствующему (амнестический или иной психопатологический синдром как результата алкоголизации или наркотизации).

димо проанализировать причины трансформации «классификации психических заболеваний» в «классификацию психических и поведенческих расстройств». Важно понять, являются ли поведенческие расстройства психопатологическими (психическими), или они представляют собой иной класс отклоняющегося поведения. Данный парадокс заложен в само название данной рубрики МКБ. Ведь, если бы поведенческие расстройства признавались частью психических, то не понадобился бы союз «и», разделяющий их<sup>4</sup>. Другим вариантом решения проблемы могло бы стать обнаружение неопровержимых научных доказательств нейрофизиологических основ поведенческих расстройств (т.н. «биологических основ психопатий»), что позволило бы уравнивать поведенческие расстройства с психическими и сделало бы возможным сохранение этих диагнозов в МКБ и DSM. Однако, до настоящего времени убедительных доказательств нейрофизиологических и церебральных основ поведенческих отклонений научной общественности так и не представлено.

Анализ проблемы позволяет сделать вывод о том, что избранный психиатрами в качестве основного тренд на «медиализацию», на признание расстройствами разнообразных поведенческих девиаций, на расширение границ психиатрии оказался на деле тупиковым. Он не привёл к повышению эффективности медико-центрированной помощи «новым пациентам», не защитил их от стигматизации, не улучшил отношение общества к психиатрии. Пришло время сменить научную парадигму. Необходимо перестать *«множить сущности без необходимости»*. Психиатрическая диагностика – не «игра в бисер», а расстройства – не «стеклянные бусы».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Развитие концепта психопатии в отечественной и зарубежной психологии (обзор литературы) // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Т. 8. № 3. С. 77–86.
2. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. / Руководство для врачей и психологов. СПб: «Фолиант», 2002. 256 с.
3. Калабеков И.Г. Российские реформы в цифрах и фактах. М.: РУСАКИ, 2016. 498 с.

4. Меззич Х., Салоум И. К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз. // Независимый психиатрический журнал. 2007. №3. С. 15–19.

5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства. СПб, 1994. 304 с.

6. Менделевич В.Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. №6. С. 166–168.

7. Менделевич В.Д. Классификация психических расстройств vs. систематика поведенческих девиаций: медиализация как тренд // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2016. №1. С. 10–16.

8. Михель Д.В. Медиализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. №4 (60). вып. 2. С. 256–263.

9. Письмо ФСС РФ от 01-09-2000 02-1810-5766 «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)» [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_law\\_56793/d14628393aebcf9bfa76adabc16708faaac525ac/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_56793/d14628393aebcf9bfa76adabc16708faaac525ac/)

10. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 №624н (ред. от 02.07.2014) «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».

11. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 года №1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

12. Психиатрическая помощь в Республике Татарстан (2011-2013 гг.). / Статистический сборник. Казань, 2014. 56 с.

13. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 1 // Неврологический вестник. 2016. № 4. С. 47–57.

14. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323-ФЗ, ст. 59.

15. Цыганков Б.Д., Евтушенко В.Я. Экспертиза временной нетрудоспособности в психиатрической практике (учебное пособие). М., 2003. 22 с.

16. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.) / Статистический справочник под ред. З.И. Кекелидзе, Б.А. Казаковцева. М., 2015. 572 с.

17. Anckarsater H. Beyond categorical diagnostics in psychiatry: scientific and medicolegal implications // Int J Law Psychiatry. 2010. Vol. 33 (2). P. 59–65.

18. Barry K.M. Disabilityqueer: Federal Disability Rights Protection for Transgender People // Yale Hum. RTS. & DEV. L.J. 2013. Vol. 16. P.1–50.

19. Christmas D. DSM-5: Fictions, Fallacies, and the Future of Classification. [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas\\_DSM-5FFFC.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas_DSM-5FFFC.pdf)

20. Conrad P. Schneider J.W. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992. P. 263–265.

21. Fava G.A., Guidi J., Grandi S. et al. The Missing Link between Clinical States and Biomarkers in Mental Disorders. // Psychother Psychosom. 2014. Vol. 83. P. 136–141.

22. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis // World Psychiatry. 2013. Vol. 12. P.111–112.

<sup>4</sup>Ведь неправильно, к примеру, говорить «врачи и педиатры», поскольку педиатры тоже врачи.

23. Freeman R., Lewis D., Michels R. et al. The initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns // *Am. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 170. P. 1–5.
24. Luciano M. Proposals for ICD-11: a report for WPA membership. // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13 (2). P. 206–228.
25. Ly P., Ayers C.R., Howard I., Mayers T., Porter B., Iqbal Y. Hoarding Severity Predicts Disability in Late-life Hoarding Disorder Patients // *Hawai'i journal of medicine & public health*. 2014. Vol. 73 (9), suppl 1. P. 30.
26. Pinna F., Del Vecchio V., Luciano M. et al. Shall psychiatry change its target? Reflections on the evolving role of psychiatry // *Riv Psichiatri*. 2015. Vol. 50 (1). P. 3–7.
27. Rudnick A. What is a psychiatric disability? // *Health Care Anal*. 2014. Vol. 22 (2). P.105–113.
28. Skodol A.E., Bender D.S., Morey L.C. Narcissistic personality disorder in DSM-5. // *Personal Disord*. 2014. Vol. 5 (4). Pp. 422–427.
29. Wade K.V. Challenging the exclusion of gambling disorder as a disability under the Americans with disabilities act // *Duke Law Journal*. 2015. Vol. 64. P. 947–989.
30. Zanarini M.C., Jacoby R.J., Frankenburg F.S., Reich B., Fitzmaurice G. The 10-Year Course of Social Security Disability Income Reported by Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects. // *J Pers Disord*. 2009. Vol. 23 (4). P. 346–356.
6. Mendelevich V.D. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2000. №6. pp.166–168. (in Russian)
7. Mendelevich V.D. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2016. №1. pp. 10–16. (in Russian)
8. Mikhel' D.V. *Vestnik SGTU*. 2011. №4 (60). vypusk 2. pp. 256–263. (in Russian)
9. *Pis'mo FSS RF ot 01-09-2000 02-1810-5766 «Orientirovochnye sroki vremennoj netrudosposobnosti pri naibolee rasprostranennykh zabolevaniyakh i travmakh (v sootvetstvii s MKB-10)»* [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_law\\_56793/d14628393ae6cf9bfa76adabc16708faaac525ac/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_56793/d14628393ae6cf9bfa76adabc16708faaac525ac/) (in Russian)
10. *Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii ot 29.06.2011 №624n (red. ot 02.07.2014) «Ob utverzhdenii Poryadka vydachi listkov netrudosposobnosti»*. (in Russian)
11. *Prikaz Ministerstva truda i sotsial'noi zashchity RF ot 17 dekabrya 2015 goda №1024n «O klassifikatsiyakh i kriteriyakh, ispol'zuemykh pri osushchestvlenii mediko-sotsial'noi ekspertizy grazhdan federal'nyimi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-sotsial'noi ekspertizy»*. (in Russian)
12. *Psikhiatricheskaya pomoshch' v Respublike Tatarstan (2011-2013 gg.) / Statisticheskii sbornik*. Kazan, 2014. 56 p. (in Russian)
13. Snedkov E.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2016. № 4. pp. 47–57. (in Russian)
14. *Federal'nyi Zakon "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v RF" ot 21.11.2011 №323-FZ, st. 59*. (in Russian)
15. Tsygankov B.D., Evtushenko V.Ya. *Ekspertiza vremennoj netrudosposobnosti v psikiatricheskoi praktike (uchebnoe posobie)*. Moscow, 2003. 22 p. (in Russian)
16. *Epidemiologicheskie pokazateli i pokazateli deyatelnosti psikiatricheskikh sluzhb v Rossiiskoi Federatsii (2005-2013 gg.) / Statisticheskii spravochnik pod red. Z.I. Kekelidze, B.A. Kazakovtseva*. Moscow, 2015. 572 p. (in Russian)

## REFERENCES

Поступила 05.06.17.