

УДК 616.89–053

К РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е. В. Корень

ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Теоретико-методологическое обоснование психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами, опирающееся на научно обоснованную концептуальную базу, представляется чрезвычайно сложной задачей по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих как психическое состояние больного ребенка, так и основные характеристики социального функционирования ребенка в значимых сферах жизнедеятельности.

Меняющийся контекст психического здоровья с выходом за рамки нозоцентрической парадигмы с пересмотром роли пациента и семейного окружения в лечебно-реабилитационном процессе и признанием высокой значимости социальных факторов в формировании, динамике, исходах психических расстройств и качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами диктует необходимость развития личностно-ориентированного подхода, полипрофессиональных (бригадных) форм помощи и методов психосоциальной терапии, основанных на оценке потребностей детей и родителей [3, 6, 11, 17].

Недостаточная эффективность традиционно используемых лечебно-реабилитационных подходов в свете современных требований к повышению качества психиатрической помощи детям и подросткам в значительной степени обусловлена отсутствием интегративного подхода, который позволил бы учитывать весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинико-биологических детерминант [11, 12].

Это делает актуальным разработку концептуальной модели психосоциальной терапии (ПСТ) и психосоциальной реабилитации (ПСР) детей и подростков с психическими расстройствами, основанную на преодолении односторонних биологических подходов и теорий, ориентированных исключительно на социогенез психических расстройств [2, 5, 20], и рассматриваемую как составная часть стратегии развития детской психиатрии.

Биопсихосоциальная парадигма психиатрии обуславливает необходимость расширения границ реабилитационных вмешательств с усилением внимания к

психосоциальным факторам как участвующим в формировании и динамике психических расстройств и социальной дезадаптации, так и влияющим на адаптационный ресурсный потенциал ребенка (терапевтический альянс, семейная поддержка, принятие и удержание в сообществе и др.) [25, 31, 32].

Важен также переход от рассмотрения страдающего психическим расстройством ребенка как объекта психиатрической помощи к отношению к нему как к субъекту (вместе с семейным окружением) [11, 24].

В свете современных психореабилитационных подходов, опора на активную позицию пациента и семейного окружения рассматривается в качестве кардинального условия эффективности адресованных к личности больного психосоциальных воздействий как в плане готовности к сотрудничеству, так и осознанного отношения к лечебно-реабилитационному процессу и противостояния негативному влиянию психического расстройства [4, 8, 20]. Как указывает М. McCabe [29], все большее значение придается вовлечению детей, в зависимости от их уровня развития, в качестве активных партнеров в процесс принятия решений о проведении различных видов вмешательств.

Биопсихосоциальная природа психических и поведенческих расстройств у детей ведет к рассмотрению психосоциальной реабилитации как мультидисциплинарной сферы деятельности, скоординированных усилий разных специалистов, работающих с детьми и подростками в сфере охраны психического здоровья [18].

При этом особое внимание обращено к повышению уровня социального функционирования и «функционального» выздоровления («functional recovery»), выводящего на первый план реадaptацию и интеграцию в обществе ребенка с психическим расстройством или нарушением психического развития [6, 20, 30].

В таком понимании ПСТ и ПСР, с учетом роли психосоциальных факторов, участвующих в формировании психосоциальной дезадаптации у детей с

психическими расстройствами, должны опираться на знания о патогенезе, клинике, течении и прогнозе психических расстройств у детей, обосновывающие комплексный подход к диагностике, соответствующий психореабилитационной направленности вмешательств (психосоциальная составляющая психиатрического диагноза) [2, 14].

Необходимо отметить, что реабилитационная направленность здравоохранения и роль психосоциальных факторов в формировании психических расстройств у детей всегда подчеркивались с момента создания первых служб охраны психического здоровья детей и подростков, и многими исследователями выделялись психосоциальные механизмы не только формирования психопатологической симптоматики, но и социальной дезадаптации (школьной, семейной и т.д.) с определением роли тех или иных факторов в формировании и динамике психических расстройств в детском возрасте [9, 16].

Констатация невозможности проведения нацеленных психосоциальных вмешательств на основе доминировавшей клинической парадигмы со сдвигом акцента в сторону изучения влияния психосоциальных факторов на социальное функционирование больных в контексте ПСР требует разработки и применения нового понятийного аппарата с использованием интегративных показателей, основанных на категориях психического здоровья [4, 11, 20]. При этом биологическая составляющая реабилитации (восстановление нарушенной функции) должна сочетаться с повышением уровня адаптивного функционирования и позитивными изменениями субъективных аспектов качества жизни, представленными в динамике взаимодействия больного со средой. Тем самым преодолевается один из недостатков реабилитационной модели, рассматривающей пациента как статичного субъекта, подверженного действию отдельных факторов и не включающего принцип его собственной активности [1].

Несмотря на имеющиеся недостатки, применение системного подхода к решению клинико-реабилитационных проблем детской психиатрии в их специфическом преломлении на социальном, социально-психологическом и личностном уровнях дает ключ к пониманию сущности психических расстройств. В основу формирования концептуальной модели ПСР в детской психиатрии должны быть положены принципы психопатологии развития.

Данный постулат в корне меняет сложившиеся представления об ограниченных и опосредованных рамках применения психосоциальных вмешательств в детской психиатрии, обращенных преимущественно к хроническим и инвалидирующим формам психической патологии у детей и осуществляемых преимущественно после купирования основных болезненных проявлений [9, 11].

Как подчеркивает В.В.Ковалев, «среди различных аспектов влияния психических процессов на общее здоровье человека наименее исследованным можно считать онтогенетический аспект, то есть

роль факторов и механизмов индивидуального развития и созревания человека как личности» [10].

В подходе психопатологии развития основное значение придается важности основных процессов развития ребенка и связанных с ними задач, касающихся определения роли контекста и влияния разнообразных взаимосвязанных факторов, участвующих в формировании как адаптивного, так и неадаптивного развития по отношению к тому, что является нормой для соответствующего периода развития [22, 26, 33].

Обеспечение разносторонними усилиями наиболее оптимальных условий для психического развития детей и подростков с психическими расстройствами, постулируемое как основная цель психосоциальной реабилитации путем обеспечения непрерывности и поступательности цикла «развитие–интеграция–развитие», позволяет охватить существо проблем практически у всех детей с психическими расстройствами, включая этапность и преемственность помощи, необходимость усиления роли пациентов и родителей в лечебно-реабилитационном процессе, частое «наложение» ряда социальных проблем, многообразное влияние возрастного фактора и определяющее значение работы с семьей при выборе «мишеней» и модулей психосоциальной реабилитации [11].

Диктуемая этим необходимостью рассмотрения психосоциальной дезадаптации детей с психическими расстройствами как результата негативного влияния психического расстройства и нарушения развития, искажающего социализацию и способствующего фиксации неадаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования, влечет за собой развитие многоосевой диагностики в контексте оценки ресурсов психического здоровья для преодоления болезни и достижения оптимального возрастного уровня социального функционирования, позволяет объединить на практике профилактическую, лечебно-реабилитационную и ресоциализирующую составляющие психосоциальной реабилитации, а также определить ориентиры и задать новый импульс для исследований эффективности разрабатываемых моделей комплексной помощи.

Как указывает M.Rutter, несмотря на то, что проявления детской психопатологии отличаются чрезвычайно большим разнообразием причин и симптомов, все они имеют общую основу: патологические нарушения указывают на сбой в процессе адаптации, имевшие место на одной или нескольких стадиях развития [25, 33].

По H.Remschmidt, современная психопатология развития отходит от фазовых моделей развития в сторону процессуальных моделей, которые подтверждают динамичность взаимодействия между индивидом и всем многообразием средовых воздействий и социальным окружением. При этом индивид рассматривается как активный участник собственного развития [19].

Это может стать исходным пунктом в разработке вопросов изучения детей с аномалиями психического развития, обусловленными наличием психи-

ческого расстройства. К тому же развивающийся организм, личность ребенка имеют массу компенсаторных, адаптивных возможностей, а развитие морфофункциональных систем продолжается до 20–25-летнего возраста [25].

С позиций психопатологии развития неадаптивная психическая деятельность является важнейшим механизмом, препятствующим реализации имеющихся адаптивных ресурсов и искажающим психическое развитие ребенка, особенно в сензитивные периоды развития, путем фиксации неадаптивных паттернов психогенеза аффективных переживаний и поведения, препятствующих усвоению нового опыта, необходимого для приспособления к меняющимся возрастным требованиям [33].

С традиционными для психопатологии развития подходами согласуется представление о негармоничных чертах характера как одним из основным факторов риска («психосоциальная уязвимость») к возникновению и углублению психосоциальной дезадаптации, а также значение психосоциальных факторов как наиболее сильных предикторов девиантного поведения и дезадаптации, где наибольшее значение в детском возрасте приобретают нарушения семейного контекста.

Кроме того, становление различных форм (включая школьную) социальной дезадаптации у детей с психическими отклонениями «...происходит не просто на фоне, а в неразрывной связи с симптомами психического дизонтогенеза» [13].

В ряде случаев этот процесс сопровождается формированием непатологических личностных деформаций по типу так называемых психосоциальных расстройств (делинквентность, усиление агрессивности, социальной апатии, самоизоляция с ограничением контактов и т.д.), отражающих нарушение этапных процессов социализации [15, 21].

По мнению И.А.Коробейникова, «теснейшая связь процессов социализации и социальной адаптации определяется наличием единого интегрирующего их субъекта – личности ребенка, при этом усвоение социального опыта индивидом, под которым подразумевается, прежде всего, опыт приобретаемый в структуре межличностных отношений, происходит на основе социально-психической адаптации, как сложнейшего механизма формирования модуса социального поведения» [13].

В парадигме психического здоровья, детерминирующей холистический подход к личности психически больного ребенка, одним из наиболее существенных этапов в формировании концептуальной базы ПСР должен стать интегральный динамический подход, заключающийся в отказе от рассмотрения дефекта указанных расстройств и состояний как статических необратимых феноменов и в осознании необходимости основополагаться в реабилитационной деятельности на наличие определенного психосоциального ресурса, соответствующего тому или иному уровню психического здоровья, с обращением к сохранным сторонам психики, что связано с

пониманием так называемой жизнестойкости («resilience») не только как личностных черт, а как процесса активизации и усиления адаптационных ресурсов, включающих приоритетные для каждого возрастного этапа психосоциальные составляющие.

При разработке концептуальной модели ПСТ и ПСР детей и подростков следует также опираться на достаточно известное положение об отсутствии прямых линейных корреляций между наличием психического расстройства и уровнем психосоциальной дезадаптации со значительной вариабельностью выраженности нарушений социального функционирования. Значительная роль в этом процессе отводится микросоциальным условиям, способствующим или препятствующим формированию и закреплению дезадаптивных форм личностного реагирования, что имеет принципиальное значение для детской психиатрии в плане учета фактора развития.

Одной из наиболее важных структурных составляющих такого подхода к социальной адаптации в контексте ПСР является существование связи и качественных переходов между повышением уровня социального функционирования с возрастанием готовности к адаптивному реагированию, понимаемой как адаптационный ресурс личности с тенденцией к более гармоничному психическому развитию детей. Об этом могут свидетельствовать результаты исследований, показавшие более благоприятный исход шизофрении у детей с более низким преморбидным уровнем адаптации [23].

В свете указанных представлений, возникающая психосоциальная дезадаптация понимается как препятствие к адаптации («дефицит адаптации»), в основе чего лежит неспособность противостоять давлению социальных требований, иногда принимающая характер «псевдоадаптации» [16], при которой имеющаяся у детей и подростков нормально-возрастная недостаточность в вопросах социального взаимодействия, социальной компетенции и копинга ведет к усилению уязвимости к психосоциальным стрессорам.

Таким образом, концептуализация дефекта адаптации, связанного с наличием любого психического расстройства у детей, как континуума нарушений психического развития от грубых дизонтогенетических нарушений с выраженной задержкой развития до дисфункциональных состояний психосоциальной дезадаптации, с искажением возрастных этапов социализации, который мы называем «функциональным дефицитом процесса психосоциального развития», характеризующим один из основных механизмов негативного влияния психического расстройства на функционирование ребенка в обществе, отвечает стратегическим потребностям в развитии реабилитационных подходов.

Согласно принятой ВОЗ в 1992 году [27] классификации здоровья и инвалидности (International Classification of Functioning, Disability and Health) при всех группах психических расстройств, может быть применена характерная для большинства

видов нарушений психического здоровья триада: «повреждение (impairment), ограничение функций (disability) и обусловленное ими нарушение социального функционирования (handicap)», из которой вытекают целенаправленные реабилитационные мероприятия [19], фокусируемые на (потенциальных) последствиях психического расстройства и направленные на их преодоление и реадaptацию больных. Как следствие такого подхода, с позиций психического здоровья социальная адаптация может быть представлена и измерена как уровень функционирования психически больного ребенка в различных значимых социальных сферах.

Поскольку современный этап ПСР характеризуется развитием форм и методов ПСТ как самостоятельной стратегии помощи [20], а роль психосоциальных факторов как в развитии и динамике расстройства, так и в плане влияния на уровень функционирования детей представляется доказанной, логика следования модели, опирающейся на принципы психопатологии развития, позволяет выделить некоторые стратегические направления нацеленных психосоциальных вмешательств в контексте создания условий для психического развития ребенка, страдающего психическим расстройством.

В первую очередь речь идет о психосоциальных параметрах влияния психического расстройства на процесс психосоциальной адаптации в контексте создания условий для развития, где ПСТ влияет на уровень адаптивности ребенка через франкирующее воздействие на лечебно-реабилитационный процесс посредством оптимизации терапии (формирование терапевтического альянса, достижение и поддержание комплаенса в приеме лекарств, следование терапевтическому плану и т.д.).

Другое направление связано с содействием повышению роли ребенка в ПСР через развитие принципа «делегирования полномочий» семье, которое определяет пути для поддержания изменений, повышения компетентности, возможностей, умения для того чтобы добиться повышения и реализации присущего психически больному ребенку потенциала здоровья, определяющего эффективность воздействия на ключевые детерминанты психосоциального функционирования [28, 31].

Динамическое обследование 360 детей и подростков с психическими расстройствами в возрасте 4–17 лет, включавшее изучение клинко-социальных характеристик и потребностей больных и их семей, оценку динамики социального функционирования при проведении ПСТ и ПСР с опорой на принципы психопатологии развития, позволило выделить ряд общих закономерностей психосоциальной дезадаптации как процесса нарушения развития.

К ним относится широкий спектр нарушений развития с подтверждением ведущей роли психосоциальных факторов в их формировании при раз-

личных психических расстройствах у детей, частое «наложение» ряда негативных психосоциальных ситуаций, возможность сохранения дезадаптивных психосоциальных механизмов нарушения развития после купирования ведущей симптоматики, синергизирующий эффект адекватной психофармакотерапии и ПСТ в преодолении тенденции к фиксации неадаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования.

Краткосрочная динамика изменения уровня социальной адаптации, оцениваемой преимущественно в психосоциальном контексте лечебно-реабилитационного процесса (мотивация к лечению, комплаенс, готовность родителей к сотрудничеству, формирование запроса у родителей на проведение ПСТ и субъективная удовлетворенность терапевтическим процессом, обращение за помощью при изменении состояния и др.), показала тенденцию к уменьшению числа детей и подростков со стойкой социальной дезадаптацией, связанной с обострением состояния ($p < 0,01$) и наличием выраженных эмоциональных и поведенческих проблем, в том числе требующих повторной госпитализации ($p < 0,001$), что значительно улучшило адекватную реализацию лечебно-реабилитационных мероприятий.

По параметрам соответствия и практической реализации совместно выработанного индивидуально-терапевтического плана позитивные изменения уровня социального функционирования и достижения социальной компетентности, обеспечивающих реадaptацию ребенка с возвращением в стимулирующую среду и удержанием в сообществе, несколько опережали клиническую динамику психического состояния.

В долгосрочной перспективе оценка устойчивости достигнутых позитивных изменений в уровне социальной адаптации по всем группам пациентов показала достоверное ($p < 0,01$) повышение баллов по шкале общего функционирования (CGI-S), а также в степени ресоциализации (возвращение к учебе, улучшение межличностных контактов, сохранение установок на преодоление расстройства и т.д.), особенно заметное у больных с наличием социальной поддержки со стороны родителей.

Таким образом, выбор психопатологии развития, в качестве основы концептуальной модели ПСР детей и подростков с психическими расстройствами, позволяет, при практическом использовании данной модели, учитывать клинко-социальные потребности детей на различных возрастных этапах, охватить все психические расстройства у детей и подростков, обеспечить профилактическую (ресурсосберегающую) направленность психосоциальных вмешательств, интегрировать усилия специалистов разных специальностей, опираться на вмешательства, ориентированные на семью, а также выработать критерии эффективности ПСТ и ПСР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Жигулина И.В. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и

психосоциальной реабилитации больных // Журнал психиатрии и медицинской психологии. Донецк, 2009. Т. 21, № 1. С. 3–11.

2. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 4. С. 5–20.
3. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 3. С. 5–13.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: Медпрактика-М, 2002. 179 с.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 494 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001.
7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998. 256 с.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995. № 4. С. 175–182.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. 560 с.
10. Ковалев В.В. Онтогенетический аспект психической патологии // Социальная и клиническая психиатрия. 1991. Т. 1, № 1. С. 2–6.
11. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 5–15.
12. Корень Е.В. Стратегии развития детской психиатрии: психосоциальная реабилитация // XV съезд психиатров России (материалы съезда). М., 2010. С. 148.
13. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. М.: ПЕР СЭ, 2002. 192 с.
14. Коробейников И.А. Диагностика нарушений психического развития у детей в контексте проблем интеграции междисциплинарного знания // Дефектология. 2004. № 1. С. 54–60.
15. Королев В.В. Психические отклонения у подростков-правонарушителей. М., 1992. С. 5–19.
16. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
17. Организация многопрофильных бригад в детско-подростковой психиатрической службе Свердловской области: Практические рекомендации. Екатеринбург, 2001. 47 с.
18. Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей. Доклад комитета экспертов ВОЗ // Серия технических докладов 613. Женева, 1979.
19. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нем. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с.
20. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 356 с.
21. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987.
22. Achenbach T. Conceptualization of developmental psychopathology // Handbook of developmental psychopathology / M.Lewis, S.Miller (Eds.). New York: Plenum Press, 1990. P. 3–27.
23. Asarnow J.R., Tompson M.C., McGrath E.P. Childhood-onset schizophrenia: clinical issues // J. Child Psychol. Psychiatr. 2004. Vol. 45. P. 180–194.
24. Botbol M. Person-centered child and adolescent psychiatric care // International Journal of Integrated Care, 29 January 2010. Section on Person-Centered Clinical Care <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/498/994>
25. Child and adolescent psychiatry / M.Rutter, E.A.Taylor (Eds.). 4th ed. Wiley-Blackwell, 2005.
26. Cicchetti D., Cohen D.J. Perspectives on developmental psychopathology // Developmental psychopathology. Vol. I: Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1995. P. 3–22.
27. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Pocket-sized book. World Health Organization, 2001. 229 p.
28. Kaplan R.M. Two pathways to prevention // Am. Psychol. 2000. Vol. 55, N 4. P. 382–386.
29. McCabe M.A. Involving children and adolescents in medical decision-making: Developmental and clinical considerations // J. Pediatr. Psychol. 1996. Vol. 21, N 4. P. 505–516.
30. Mezzich J. Institutional consolidation and global impact: towards psychiatry for the person // World Psychiatry. 2006. N 5. P. 65–70.
31. Millstein S.G., Petersen A.C., Nightingale E.O. Adolescent health promotion: rationale, goals, and objectives // Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century. N.Y.: Oxford University Press, 1993. P. 3–10.
32. Remschmidt H., van Engeland H. (Eds.). Child and adolescent psychiatry in Europe. Historical development. Current situation. Future perspectives. New York, Darmstadt, Steinkopff: Springer, 1999. P. 409.
33. Rutter M., Scoufe L.A. Developmental psychopathology: concepts and challenge // Development Psychopathology. 2000. Vol. 12. P. 265–296.

К РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е. В. Корень

В статье обосновывается необходимость разработки концептуальной модели психосоциальной реабилитации в детской психиатрии с позиций психопатологии развития, где во главу угла ставится обеспечение наиболее оптимальных условий для развития ребенка. Психосоциальная дезадаптация детей с психическими расстройствами при этом рассматривается как результат негативного влияния психического расстройства и одновременно как процесс нарушения развития, искажающий социализацию и способствующий фиксации неадаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования.

Также был выделен ряд общих характеристик, касающихся рассмотрения процесса психосоциальной дезадаптации как «функционального дефицита процесса психосоциального развития», одного из основных механизмов негативного влияния психического расстройства на функционирование ребенка в обществе, что отвечает стратегическим потребностям в развитии реабилитационных подходов.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, психосоциальная дезадаптация, психопатология развития, психические расстройства, дети и подростки.

DEVELOPMENT OF A CONCEPTUAL MODEL OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION FOR MENTALLY DISORDERED CHILDREN AND ADOLESCENTS

E. V. Koren

The author formulates the grounds for development of a conceptual model of psychosocial rehabilitation in child psychiatry based on developmental psychopathology, with principal accent on providing the best possible conditions for individual development of the child. Psychosocial maladjustment of children with mental disorders is considered in this context as a negative consequence of a mental disorder and, at the same time, as a process of disordered development that distorts the child's socialization and reinforces maladaptive emotional and behavioral reactions.

The author also emphasizes a number of general characteristics, which are involved in interpretation of the process of psychosocial maladjustment as 'a functional deficit in the process of psychosocial development' and a basic mechanism of the negative effect of a mental disorder on child's functioning in community that happens to be the strategic aim in rehabilitation.

Key words: psychosocial rehabilitation, psychosocial maladjustment, developmental psychopathology, mental disorders, children and adolescents.

Корень Евгений Владимирович – кандидат медицинских наук, руководитель отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: evkoren@yandex.ru