

*Буслаева А.С., старший научный сотрудник,
Национальный медицинский исследовательский
центр здоровья детей Минздрава России,
Лазуренко С.Б., член-корреспондент Российской академии образования,
доктор педагогических наук, профессор, начальник центра психолого-
педагогической помощи в педиатрии, ведущий научный сотрудник,
Национальный медицинский исследовательский
центр здоровья детей Минздрава России,
Институт коррекционной педагогики Российской академии образования,
Свиридова Т.В., кандидат психологических наук, заведующая лабораторией,
Потапов А.С., доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник,
Национальный медицинский исследовательский
центр здоровья детей Минздрава России*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Аннотация: в статье представлены результаты психологического исследования 42 подростков (14-17 лет) с дебютом неспецифического язвенного колита, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России (2016-2017 г.г.). Психологическое обследование включало структурированное наблюдение за деятельностью и общением подростков в отделении и диагностические методики, направленные на исследование эмоциональной и мотивационно-потребностной сферы, самооценки и копинг-стратегий: адаптированный опросник детской депрессии (Maria Kovacs); методику «Диагностика самооценки» Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн, тест «Три желания» Л.С. Славиной, адаптированную методику диагностики копинг-стратегий (Л.И. Вассерман). Показаны психологические трудности подростков с дебютом неспецифического язвенного колита. Представлены клинические описания трех групп подростков: с высоким, средним и низким уровнем адаптации к условиям стационара. В качестве основных психологических критериев адаптации к стационару были выделены: стабильность и характер эмоционального состояния, общительность и умение запрашивать эмоциональную и инструментальную поддержку, умение переключаться с переживаний о состоянии собственного здоровья на другие виды деятельности. Определены основные направления психологической поддержки подростков с дебютом хронической болезни, которые прежде всего определяются характером психологических трудностей и уровнем адаптации к условиям стационара. Установлено, что необходимым условием для коррекции трудностей адаптации к условиям стационара у подростков с обострением болезни является психологическое сопровождение с момента первичного их поступления в отделение и далее - на всех этапах лечения.

Ключевые слова: дебют хронического соматического заболевания, ограниченные возможности здоровья, неспецифический язвенный колит у детей, стресс, совладающее поведение, адаптация к условиям стационара

Введение

К числу актуальных проблем современной педиатрии относят вопросы своевременного выявления и лечения неспецифического язвенного колита (НЯК) – хронического воспалительного заболевания кишечника [5, 6]. Клиническая картина данного заболевания характеризуется выраженными болями в животе, диареей, потерей веса и повышением температуры тела. При данном заболевании пациенту необходимо сочетать медикаментозную терапию и правильное питание на протяжении всей жизни [6]. Из-за этого кардинально изменяется привычный образ жизни как заболевшего ребенка, так и его близкого окружения [4]. Ситуация

манифестации болезни является высоко стрессогенной, так как требует немедленной госпитализации ребенка в круглосуточный стационар для определения тактики лечения, осмысления и приспособления к ситуации болезни, а также быстрого изменения пищевых привычек семьи [2]. Для предотвращения развития дистресса у подростка в ситуации обнаружения хронического заболевания, формирования у него высокого уровня приверженности лечению и улучшения качества жизни, необходимо наряду с медицинской своевременно оказывать и психологическую помощь [1, 2,3]. Однако нам не удалось обнаружить в литературе данных об особенностях психологического

сопровождения при такой сложной жизненной ситуации как дебют хронического заболевания. Поэтому целью исследования стало выявление психологических особенностей, которые осложняют адаптацию к условиям стационара подростков с впервые выявленным НЯКом, и определение направлений психологической помощи.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России. В течение 2016-2017 года были обследованы 42 подростка (14-17 лет) с дебютом неспецифического язвенного колита.

Психологическое обследование включало структурированное наблюдение за деятельностью и общением подростков в отделении и диагностические методики, направленные на исследование эмоциональной и мотивационно-потребностной сферы, самооценки и копинг-стратегий: адаптированный опросник детской депрессии (Maria Kovacs); методику «Диагностика самооценки» Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн, тест «Три желания» Л.С. Славиной, адаптированную методику для психологической диагностики копинг-стратегии со стрессовыми ситуациями (Л.И. Вассерман).

Результаты

На основе наблюдения за подростками в отделении были выявлены особенности их поведения, свидетельствующие о разном уровне адаптации к условиям стационара. При этом учитывались: успешность ориентировки в отделении; особенности общения подростка с медицинским персоналом, соседями по палате, сверстниками из отделения, родителями; умение самостоятельно организовать собственный досуг, включенность в разнообразные виды деятельности; соблюдение правил поведения в лечебном учреждении. По результатам наблюдения, подростки были разделены на 3 группы по типу адаптации к условиям стационара.

1 группа (9 чел.; 21,4%) – с высоким уровнем адаптации к условиям стационара, при котором подростки быстро осуществляли ориентировку в новом помещении, легко и быстро узнавали, где в отделении находится тот или иной кабинет, неукоснительно следовали правилам отделения и предписаниям врача. Несмотря на погруженность в медицинские обследования подростки осуществляли доступные в условиях стационара виды деятельности (общение со сверстниками, социальным педагогом и др.), свободно обращались с вопросами к врачу и медицинским сестрам.

2 группа (26 чел.; 61,9%) – со средним уровнем адаптации к условиям стационара, при котором подростки неохотно выходили из палаты и эпизодически общались с ровесниками, основную часть времени проводили, сидя или лежа на кровати, самостоятельно не стремились узнавать, где в отделении находится тот или иной кабинет, в целом соблюдали правила поведения в отделении и следовали предписаниям врача. Самостоятельно подростку было сложно переключаться на другие темы разговора, менять виды деятельности в течение дня. Общение подростков с медицинским персоналом сопровождалось страхами, эмоциональным дискомфортом, неловкостью.

3 группа (7 чел.; 16,7%) – с низким уровнем адаптации к условиям стационара. Подростки крайне негативно относились к ситуации госпитализации, тяготились пребыванием в условиях стационара, в некоторых случаях нарушали правила поведения в отделении. Выходили из палаты только с целью проведения медицинских исследований, основную часть времени лежали на кровати, часто отказывались от еды и жаловались на плохой сон. Подростки не стремились к общению с ровесниками, самостоятельно не могли организовать досуг в отделении. Были крайне замкнуты, пассивны и эмоционально закрыты, реже - навязчивы и раздражительны в общении с медицинским персоналом.

Анализ результатов основной части обследования позволил выявить следующие психологические особенности подростков с разным уровнем адаптации к условиям стационара.

Эмоциональная сфера. По результатам структурированного наблюдения, анализа методики «диагностика самооценки» и «опросника детской депрессии» были выявлены особенности эмоционального состояния подростков с разными уровнями адаптации к условиям стационара. По шкале «настроение» методики «диагностики самооценки» у подростков из 3 группы эмоциональный фон значительно ниже, чем у детей из 2 и 1 групп (табл. 1). Аналогичные результаты были получены по шкале «Негативное настроение» опросника детской депрессии и по шкале «Ангедония», которая включала вопросы, связанные с питанием, сном, общением и возможностью получать удовольствие. У подростков из 1 группы лишь в единичных случаях встречались вегетативные нарушения, у подростков из 2 группы – в половине случаев, тогда как у большинства подростков из 3 группы выявлялись нарушения сна и потеря аппетита.

Таблица 1

Шкалы/средние значения и значимость различий	1 и 2 группа	2 и 3 группа
Настроение	3,1 против 2,4*	2,4 против 1,7*
Негативное настроение	4,1 против 7,2**	7,2 против 4,1**
Ангедония	2,5 против 8,4**	8,4 против 15,1**

** Здесь и далее двумя звездочками отмечены различия, значимые при $p \leq 0,01$, одной звездочкой – значимые при $p \leq 0,05$. Значимость проверялась по критерию Манна-Уитни

В ходе беседы были выявлены переживания подростков, качественный анализ которых показал, что тревога разной степени выраженности за состояние собственного здоровья присутствовала у всех обследованных детей. Большую эмоциональную устойчивость, хорошее настроение, несмотря на стрессовую ситуацию, удавалось сохранить подросткам из 1 группы, которые в ходе беседы высказывали надежду с надеждой на положительный исход лечения, т.е. образ будущего у подростков из данной группы сохранялся положительным. Некоторые подростки из 2 группы (34,6%) чрезмерно поверхностно относились к ситуации болезни, что позволяло им сохранить душевное спокойствие и положительный настрой. У большей части подростков из 2 группы (65,5%) эмоциональное состояние колебалось, надежда сменялась опасениями и наоборот. Подростки из 2 и 3 группы воспринимали свое будущее предпрешенным в связи с ситуацией болезни, не чувствовали, что могут влиять на ситуацию. Наиболее тяжелые эмоциональные реакции наблюдались у

подростков из 3 группы, в беседе они были чрезмерно погружены в размышления об ограничениях, воспринимали «диету» как подтверждение собственной «инаковости», болезненности, отличий от ровесников.

Самооценка. Анализ результатов методики «диагностика самооценки» и беседы с подростками в отделении показал особенности образа Я в группах с разным уровнем адаптацией к условиям стационара. У подростков из 1 и 2 группы самооценка по шкалам «здоровье» и «счастье» статистически значимо выше, чем у подростков из 3 группы (табл. 2). Образ Я подростков из 3 группы изменяется, они чувствуют себя более несчастными и идентифицируются с образом больного человека в большей степени, чем подростки из двух других групп. Подростки из 3 группы называли себя «тяжело больными», «самыми больными в классе», встречались случаи, когда подростки называли себя «инвалидами». В 1 и 2 группе ни одного аналогичного случая не было зафиксировано.

Таблица 2

Шкалы самооценки /средние значения и значимость различий	1 и 2 группа	2 и 3 группа	1 и 3 группа
Шкала «здоровье»	2,6 против 2,1	2,1 против 1,2**	2,6 против 1,2**
Шкала «счастье»	2,8 против 2,6	2,6 против 1,5**	2,8 против 1,5**
Разница между Я-реальное и Я – идеальное по шкале «здоровье»	1,1 против 1,4	1,4 против 2,3**	1,1 против 2,3**
Разница между Я-реальное и Я – идеальное по шкале «счастье»	0,8 против 1,2	1,2 против 2,1**	0,8 против 2,1**

У подростков из 1 и 2 группы разница между Я-реальным и Я-идеальным по шкалам «здоровье» и «счастье» статистически значимо меньше, чем у подростков из 3 группы. Чрезмерно высокий уровень притязаний у подростков из 3 группы на фоне низкой актуальной самооценки по шкале «здоровье» и «счастье» могут приводить к возникновению чувства неудовлетворенности и нарастанию эмоциональных трудностей.

Обобщая результаты методики «диагностика самооценки» отметим, что в целом самооценка наиболее устойчива у подростков из 1 и 2 групп. Профиль актуальной самооценки подростков из 3 группы характеризуется заниженными значениями

по шкалам «здоровье» и «счастье», они склонны идентифицироваться с образом «больного подростка».

Мотивационно-потребностная сфера. В процессе анализа особенностей мотивационных представлений подростков (сфера «здоровья» и «деятельность») были выявлены выраженные различия между группами с разным типом адаптации к условиям стационара. У подростков из 2 (74,0%) и 3 группы (80,9%) преобладают желания, касающиеся вопросов здоровья в отличие от подростков из 1 группы (22,2%). Различия между 1-ой и 2-ой, а также между 1-ой и 3-ей группами значимы при $p < 0,01$. Желания подростков из 1 группы более

сбалансированы, разнообразны, чем у подростков из 2 и 3 группы с тенденцией к сужению мотивационно-потребностной сферы.

Чрезмерная вовлеченность подростков из 2 и 3 групп в вопросы, связанные со здоровьем, уменьшает количество желаний из других значимых сфер жизни и поддерживает ощущение необратимости негативных влияний болезни на жизнь и привычные занятия и др.

Копинг-стратегии. Исследование репертуара копинг-стратегий у подростков с дебютом неспецифического язвенного колита показало, что подростки из 1 группы чаще используют «поиск социальной поддержки» и стратегию «планирование решения проблемы», чем подростки из 2 и 3 групп (табл. 3).

Таблица 3

Копинг-стратегии / группы подростков	1 группа	2 группа	3 группа
Конфронтация	24,3	21,2	67,5**
Поиск социальной поддержки	62,4**	35,1	37,4
Принятие ответственности	31,5**	61,2	58,2
Планирование решения проблемы	61,3**	24,8	29,3
Самоконтроль	37,2**	63,16	58,4

Для подростков из 1 группы характерно стремление получить эмоциональную, информационную и действенную поддержку от родных и друзей, они снижают эмоциональное напряжение в ситуации госпитализации за счет планирования собственных действий для улучшения физического состояния с учетом рекомендаций врача. Они реже, чем подростки из 2 и 3 группы, используют копинг-стратегии «принятие ответственности» и «самоконтроль». Копинг-стратегия «принятия ответственности» предполагает, что человек признает свою роль в возникновении проблемы. Использование подростком в качестве копинга стратегию «принятие ответственности» в ситуации дебюта болезни может приводить к необоснованному самообвинению.

Свойственная для подростков 2 и 3 группы копинг-стратегия «самоконтроль» в поведении проявляется в виде целенаправленного подавления и сдерживания эмоций в связи с проблемной ситуацией, что может приводить к возрастанию эмоционального напряжения, снижению настроения, невозможности получить необходимую поддержку.

Подростки из 3 группы чаще используют стратегию «конфронтация», чем подростки из 1 и 2 групп. Они испытывают трудности планирования действий, совершает необдуманные поступки (хаотичный поиск информации о болезни в интернете), часто сопровождающиеся элементами конфликтности.

Таким образом, стиль преодоления стресса у подростков из 1 группы включает активный поиск социальной поддержки и планирование этапов преодоления возникших проблем со здоровьем, что позволяет сохранять большую эмоциональную

устойчивость и оптимизм. Склонность подростков из 2 и 3 группы к необдуманным поступкам, самообвинению, их чрезмерная эмоциональная сдержанность и нежелание обращаться за социальной поддержкой крайне негативно влияют на эмоциональное состояние.

Итак, обобщая результаты наблюдения и данных психологического обследования подростков с дебютом неспецифического язвенного колита, можно выделить 3 группы с разным уровнем адаптации к условиям стационара:

1 группа – с высоким уровнем адаптации к условиям стационара. Подростки находятся в удовлетворительном эмоциональном состоянии, их самооценка незначительно снижена, они осуществляют разнообразные виды деятельности, доступные в условиях стационара, общаются с ровесниками. Используют в качестве стратегии совладания со стрессом «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы».

2 группа – со средним уровнем адаптации к условиям стационара. Постоянное чувство тревоги по поводу госпитализации и ситуации болезни у подростков часто сопровождается нарушениями сна и аппетита. Оценка собственного состояния здоровья колеблется от чрезмерно негативного до благоприятного. Наблюдается сужение мотивационно-потребностной сферы с фиксацией внимания на процессе лечения. В качестве копинг-стратегий подростки используют «принятие ответственности» и «самоконтроль».

3 группа – с низким уровнем адаптации к условиям стационара. У подростков наблюдаются выраженные эмоциональные трудности, снижен фон настроения, нарастает чувство беспокойства в отношении состояния собственного здоровья, кото-

рые сопровождаются выраженными вегетативными нарушениями, чаще всего бессонницей и снижением аппетита. Они замкнуты, чрезмерно фиксированы на вопросах лечения, осуществляют хаотичный поиск информации о заболевании. Самооценка подростков значительно снижена, они идентифицируются с образом «больного подростка». Преобладающими копинг-стратегиями являются «принятие ответственности», «самоконтроль» и «конфронтация».

Задачи психологической помощи

В *группе подростков с высоким уровнем адаптации* к условиям стационара достаточно минимальной психологической поддержки. Важен мониторинг эмоционального состояния с целью своевременного выявления психологических трудностей и организации необходимых видов помощи. Они нуждаются в информационной поддержке о видах деятельности, не связанных с процессом лечения, которые можно осуществлять на территории лечебного учреждения: о возможности получать психологическую помощь как в период данной госпитализации, так и на амбулаторно-поликлиническом этапе; о педагогическом сопровождении в период госпитализации и возможности усвоить с преподавателями материал пропущенных уроков; о занятиях с социальным педагогом, которые проводятся на территории отделения ежедневно; о больничной библиотеке и книгах, представленных в ней.

В *группе со средним уровнем адаптации* к условиям стационара, помимо описанных выше задач, необходимо снижение тревоги и эмоционального напряжения у подростков по поводу госпитализации. Для этого их необходимо знакомить с правилами пребывания в отделении, режимом дня, расположением кабинетов, способами коммуникации с медицинским персоналом, предстоящими исследованиями и др. В задачи психологического сопровождения также входит обучение навыкам снижения эмоционального напряжения. В этой функции могут выступать: релаксация, готовность принимать и запрашивать помощь, реагировать негативные эмоции конструктивными способами. Большое значение имеет формирование устойчивого, позитивного отношения к процессу лечения, укрепление надежды на благоприятный прогноз и формирование высокого уровня приверженности лечению. С целью минимизации рисков возникновения самообвиняющего поведения и укрепления чувства контроля над ситуацией, подростки нуждаются в деликатном обсуждении причин возникновения болезни и эффективных способов ее лечения. Важной задачей также явля-

ется расширение мотивационно-потребностной сферы подростков за счет организации систематического общения со сверстниками из отделения.

Подростки *с низким уровнем адаптации к условиям стационара* являются наиболее психологически уязвимыми. Помимо выше перечисленных направлений психологической помощи, они нуждаются в организации дополнительных условий для преодоления выраженных эмоциональных трудностей, стабилизации фона настроения, профилактики и коррекции нарушений правил поведения в отделении. Задачей психологического сопровождения становится обучение подростков умению распознавать собственные эмоциональные переживания и психологические потребности, которые скрываются за ними, реагировать данные переживания социально приемлемым способом, применять техники саморегуляции эмоционального состояния и обращаться за разными видами поддержки к близким и друзьям. Подростки нуждаются в обучении эффективным стратегиям совладания с тревогой, стрессом, общим эмоциональным дискомфортом. На индивидуальных психологических занятиях подростков следует обучать способам организации физически и психологически «комфортного» пространства в условиях стационара: выбирать и носить любимую, красивую, комфортную одежду, обувь; оформлять и украшать личное пространство фотографиями близких, значимыми предметами интерьера, книгами и др.; создавать безопасное пространство, где можно приватно хранить личные вещи. Следует познакомить подростков с понятием «личное пространство», «психологические границы» и способами восстановления и укрепления собственного психологического пространства в условиях больницы. Подросткам, у которых эмоциональные трудности сопровождаются выраженными вегетативными нарушениями, показана также помощь невролога.

Подростки со средним и низким уровнем адаптации из-за тяжелого эмоционального состояния часто бывают не готовы к участию в психологических занятиях в групповой форме. На первых этапах сотрудничества психолога и подростка проводятся индивидуальные встречи, целью которых также является подготовка подростка к включению в группу.

Особое внимание необходимо уделить обсуждению вопросов происхождения, течения и прогноза заболевания с фиксацией их внимания на современных результативных возможностях лечения и сохранения качества жизни. Необходимо подчеркивать риски использования недостоверной

информации о болезни и лечении, полученной из интернет-источников, формировать доверие по отношению к лечащему врачу и приверженность лечению.

Выводы

1. Подростки с дебютом неспецифического язвенного колита различаются по степени адаптации к условиям стационара. Для адаптивных подростков характерны более стабильное эмоциональное состояние, большая общительность и умение запрашивать эмоциональную и инструментальную поддержку, умение переключаться с переживаний о состоянии собственного здоровья на другие виды деятельности.

2. Нарастание эмоциональных трудностей заболевшего подростка, погруженность в

переживания относительно болезни, идеи самообвинения, сниженная самооценка, идентификация с образом больного человека негативно влияют на адаптацию подростка к условиям стационара.

3. Необходимым условием для коррекции трудностей адаптации к условиям стационара у подростков с дебютом неспецифического язвенного колита является психологическое сопровождение с момента первичного поступления ребенка в отделения круглосуточного стационара и далее – на всех этапах лечения.

4. Задачи психологической поддержки подростка определяются характером психологических трудностей и уровнем адаптации к условиям стационара.

Литература

1. Агаларова К.Н. Субъективные параметры оценки больничной среды и их влияние на психологическое благополучие пациентов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 2. С. 84 – 97. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Agalarova.shtml> (дата обращения: 05.01.2019)
2. Киселева М.Г. Если ребенок болеет. Психологическая помощь тяжелобольным детям и их семьям. М: Генезис, 2016. 176 с.
3. Куртанова Ю.Е. Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 118 – 127. doi:10.17759/cpse.2016050409
4. Леонтьев Д.А. Развитие личности в норме и в затрудненных условиях // Культурно-историческая психология. 2014. Том 10. № 3. С. 97 – 106.
5. Федорова В.Л. Психологические механизмы формирования внутренней картины болезни и совладающего со стрессом поведения у больных с воспалительными заболеваниями кишечника: дис. ... канд. психол. наук. М., 2009. 190 с.
6. Щербakov П.Л. Воспалительные заболевания кишечника у детей: болезнь Крона и неспецифический язвенный колит // Детский доктор. 2000. №4. С. 22 – 26.

References

1. Agalarova K.N. Sub"ektivnye parametry ocenki bol'nichnoj sredy i ih vliyanie na psihologicheskoe blagopoluchie pacientov [Elektronnyj resurs]. Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2015. Tom 4. № 2. S. 84 – 97. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Agalarova.shtml> (data obrashcheniya: 05.01.2019)
2. Kiseleva M.G. Esli rebenok boleet. Psihologicheskaya pomoshch' tyazhelobol'nym detyam i ih sem'yam. M: Genезis, 2016. 176 s.
3. Kurtanova YU.E. Vozmozhnosti psihologicheskoy rehabilitacii pacientov s pervichnymi limfedemami [Elektronnyj resurs]. Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2016. Tom 5. № 4. S. 118 – 127. doi:10.17759/cpse.2016050409
4. Leont'ev D.A. Razvitie lichnosti v norme i v zatrudnennyh usloviyah. Kul'turno-istoricheskaya psihologiya. 2014. Tom 10. № 3. S. 97 – 106.
5. Fedorova V.L. Psihologicheskie mekhanizmy formirovaniya vnutrennej kartiny bolezni i sovladayushchego so stressom povedeniya u bol'nyh s vospalitel'nymi zabolevaniyami kishechnika: dis. ... kand. psihol. nauk. M., 2009. 190 s.
6. SHCHerbakov P.L. Vospalitel'nye zabolevaniya kishechnika u detej: bolezni Krona i nespecifiche-skiy yazvennyj kolit. Detskij doktor. 2000. №4. S. 22 – 26.

*Buslaeva A.S., Senior Research Officer,
National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of Russia,
Lazurenko S.B., Corresponding Member of the Russian Academy of Education,
Doctor of Pedagogic Sciences (Advanced Doctor), Professor, Head of the Center for Psychological
and Pedagogical Assistance in Pediatrics, Leading Research Officer,
National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of Russia,
Institute of Correctional Pedagogy, Russian Academy of Education,
Sviridova T.V., Candidate of Psychological Sciences (Ph.D.), Head of the Laboratory,
Potapov A.S., Doctor of Medical Sciences (Advanced Doctor), Professor, Chief Research Officer,
National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of Russia*

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH THE ONSET OF A CHRONIC DISEASE

Abstract: the article presents the results of a psychological study of 42 adolescents (14-17 years old) with the onset of ulcerative colitis who are being treated in the gastroenterology department of the National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of Russia (2016-2017). The psychological examination included a structured observation of the activities and communication of adolescents in the department and diagnostic techniques aimed at studying the emotional and motivational-need areas, self-esteem and coping strategies: an adapted questionnaire of children's depression (Maria Kovacs); methodology "Diagnostics of self-esteem" T. Dembo – S.Ya. Rubinstein, test "Three desires" by L.S. Slavina, an adapted method of diagnostics of coping strategies (L.I. Wasserman). The psychological difficulties of adolescents with the onset of ulcerative colitis are shown. Clinical descriptions of three groups of adolescents are presented: with high, medium and low levels of adaptation to hospital conditions. The following were identified as the main psychological criteria for adaptation to a hospital: stability and nature of the emotional state, sociability and the ability to request emotional and instrumental support, the ability to switch from worries about the state of one's own health to other activities. The main directions of psychological support for adolescents with the onset of chronic illness, which are primarily determined by the nature of psychological difficulties and the level of adaptation to hospital conditions, have been determined. It was found that a prerequisite for correcting the difficulties of adaptation to hospital conditions in adolescents with an exacerbation of the disease is psychological support from the moment of their initial admission to the department and further – at all stages of treatment.

Keywords: debut of a chronic somatic disease, disabilities, ulcerative colitis in children, stress, coping behavior, adaptation to hospital conditions