

УДК: 616.89-851-006-039

И.С. РЫТКИС

/Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины/

Тревожная и депрессивная симптоматика в структуре расстройств адаптации у студентов с привычным курением на инициальном этапе формирования никотиновой зависимости

Резюме

Тривожна і депресивна симптоматика в структурі розладів адаптації у студентів зі звичкою до тютюнопаління на ініціальному етапі формування нікотинної залежності

I.С. Риткіс

У статті наведено дані про поширеність, клінічну та синдромологічну структуру емоційних розладів, що супроводжують звичку до тютюнопаління, та ініціальний етап формування нікотинної залежності серед студентів медичних та педагогічних спеціальностей.

Ключові слова: тривога, депресія, студенти, звичка до тютюнопаління, нікотинна залежність

Summary

Anxiety and Depression in Structure of Adaptation Disorders in Students with Habitual Smoking and Initial Stage of Nicotine Dependence Formation

I. Rytkis

In the articles results about prevalence, clinical and syndromological structure of emotional disturbances, which accompanied habitual smoking and initial stage of nicotine dependence formation among the students of medical and pedagogical specialties' are given.

Key words: anxiety, depression, students, habitual smoking, nicotine dependence

В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объем информации, жестким контролем и регламентацией режима учебы, а также с решением различных проблемных ситуаций [1, 5–6]. Напряженный темп жизни и учебы предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики студентов, срыв которых приводит к возникновению стресса, снижению учебной адаптации, ухудшению успеваемости и, что особенно актуально, употреблению психоактивных веществ. За период обучения в вузе выделяют три основных критических периода, которые приходятся на первый, третий и пятый курсы [7]. Поступив в вуз, молодые люди сталкиваются с большой психоэмоциональной нагрузкой, значительной умственной работой, необходимостью адаптации к новым условиям обучения, режиму дня, питанию, а у ряда студентов и к новым условиям проживания и общения с окружающими. В связи с продолжающимся развитием организма студентов в период обучения, он подвержен различным неблагоприятным воздействиям, что может привести к срыву процесса адаптации. На третьем, четвертом курсах имеет место перео-

ценка ценностей, переосмысление выбора специальности. Кроме того, у студентов медицинских специальностей в программе появляются клинические дисциплины, и они начинают ощущать еще и «груз» врачебной ответственности [15, 16]. Особенность кризиса пятого, шестого курсов связана с будущим трудоустройством, перспективами работы и профессионального роста в рамках выбранной специальности. Отсутствие резервов психического и физического здоровья на каждом из этапов может привести к развитию расстройств адаптации и инициировать употребление психоактивных веществ, в т.ч. табакокурение [13, 14]. Ситуация с употреблением сигарет в среде студенческой молодежи высших учебных заведений Украины выглядит драматично – курят большинство молодых людей в возрасте до 25 лет, и эта цифра с каждым годом увеличивается [2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за последние 5 лет, Украина входит в группу стран, где ситуация с распространением табакокурения признается катастрофической, то есть к курению ежегодно приобщаются более 500 тысяч молодых людей [2].

Цель настоящего исследования – изучение клинко-психопатологической структуры адаптационных расстройств у курящих студентов.

Матеріали и методы исследования

Нами обстежені студенти 1–5 (6) курсів Донецького національного медичного університету імені М. Горького і Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, які підтвердили звичку куріння.

Статус куріння студентів оцінювали по наступним параметрам: з метою виявлення наявності і ступеня вираженості табачної залежності у курящих молодих людей використано тест Фагерстрёма [8], для уточнення мотивації куріння – методика дослідження типу курительного поведіння Д. Хорна (D. Horn, 1969) [12].

В якості інструмента для виявлення тривожної і депресивної симптоматики була використана Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A.S., Snait R.P., 1983) [17]. Для більш детальної кваліфікації стану і оцінки ступеня вираженості тривожної і депресивної симптоматики використовували шкали Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Hamilton M., 1959) [10] і депресії (HDRS) (Hamilton M., 1967) [11]. Верифікацію адаптаційних розстройств здійснювали в процесі клінічної бесіди, яка представляла собою об'єктивне клініко-психіатричне обстеження з використанням діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації захворювань 10-го перегляду (МКБ-10) (глава V «Психічні і поведінкові розстройств») [4] і відповідавала загальноприйнятій в психіатрії і наркології деонтологічній нормі. Статистичну обробку результатів дослідження проводили в пакетах статистичного аналізу MedStat (Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, 2004) [3], Statistica Neural Networks 4.0 (StatSoft Inc., 1999).

Результаты и их обсуждение

Нами встановлено, що 889 студентів Донецького національного медичного університету імені М. Горького (59,3±1,2%) і 560 студентів Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (56,0±1,6%) підтвердили, що вони курять. Так, 639 студентів медичних спеціальностей (42,6±1,3%) і 413 студентів педагогічних спеціальностей (41,3±1,6%) курять в наші часи щодня: 197 майбутніх лікарів (13,1±0,9%) і 138 майбутніх педагогів (13,8±1,1%) курять від випадку до випадку і в момент проведення дослідження кинули курити 53 студент-медик (3,5±0,5%) і 9 студент-педагогів (0,9±0,3%).

Табаккуріння у студентів представлено в двох різних клінічних різновидностях: звичка до куріння і початкова стадія формування табачної залежності. Звичка до куріння (51,4±1,3% студентів) характеризувалася епізодичним, преривистим і контролюваним характером вживання нікотину без проявів психологічної залежності. Кількість вживаних в сутки сигарет не перевищувало 5–7 шт., переважно віддавалися ультралегким і легким сигаретам. Куріння характеризувалося короткими і швидкими вдихами сигаретного диму, відбувалося тільки в присутстві інших, «за компанію», т.е. було своєрідним «ритуалом спілкування» і способом виробити певне враження на оточуючих, а сам ексцес супроводжувався різними неприємними відчуттями, такими як головна біль, головокружіння, тошнота, слабкість, упало серцебиття або перебори в роботі серця.

На початкових етапах формування нікотинної залежності у студентів (48,6±1,3%) куріння приймало систематичний характер з появою сильного бажання покурити, зниженням

здатності контролювати куріння і підвищенням переносимості негативного впливу нікотину, внаслідок чого відзначалося збільшення загальної кількості сигарет (до 10–15 штук в сутки) і перехід на більш крепкі сигарети. Крім того, змінювалися і стереотип куріння – затяжки сигаретного диму ставали глибокими і більш тривалими по часу. Також курячі студенти відзначали наявність нав'язливих думок про сигарету і бажанням закурити при певних обставинах (в час напруженої умовної роботи в період підготовки до модульного або рубіжного контролю, в перервах в час занять, за чашкою кави, після сніданку, в стресових ситуаціях і др.). При цьому студенти акцентували увагу на суб'єктивному відчутті (куріння підвищувало настрій, здатність до роботи і покращувало короткотривалу пам'ять, увагу, що позитивно впливало на їх успішність). Більшість студентів цієї групи (70,3±1,9%) відзначали у себе наявність психологічної прив'язаності до процесу куріння, зростає толерантність до нікотину – після вживання сигарети неприємних відчуттів практично не виникало, а куріння, навпаки, викликало відчуття задоволення, розслаблення, іноді легкої ейфорії з відчуттям підвищення здатності до роботи. Куріння стало однією з стереотипних поведінкових реакцій, незважаючи на те, що активно критикувалося близьким оточенням курячого і було пов'язано з різними негативними наслідками при усвідомленні ступеня шкоди від куріння самим курячим. Також відзначалося захопленість курінням, яка проявлялася в тому, що заради куріння студенти повністю або частково відмовлялися від інших важливих альтернативних форм задоволення і інтересів. При вимушеному скороченні кількості вживаних сигарет змінювалася манера куріння – респонденти більш глибоко затягувалися для отримання максимального ефекту від нікотину, а при відмові від тютюну у них спостерігалося сильне бажання покурити, відчуття неможливості або слабкості, подразливість, нервозність, тривога, безсоння, підвищений апетит, головна біль і труднощі з концентруванням уваги.

Відповідно до результатів, отриманих за допомогою тесту Фагерстрёма, у більшості курящих студентів виявлено дуже слабу табачну ступень вираженості нікотинної залежності (745 курящих осіб, 51,4±1,3%); слаба – у 277 (19,1±1,0%) студентів; середня залежність – у 191-го (13,2±0,9%); висока залежність – у 201 (13,9±1,3%) студента і дуже висока залежність – у 35 (2,4±1,3%) осіб.

Аналізуючи типи курительного поведінки обстежених студентів, виявлено домінування типу «зняття тривожності» (646 молодих людей, 44,6±1,3%); «психологічна залежність» (425 студентів, 29,3±1,2%); «стимулювання активності» (387 студентів, 26,7±1,2%); «ритуальні дії» (320 осіб, 22,1±1,1%); «розслаблення» (291 студент, 20,1±1,1%) і «звичка» (244 осіб, 16,8±0,9%). Крім того при аналізі розподілу типів курительного поведінки студентів в залежності від профілю вуза статистично значимих відмінностей не виявлено ($p=0,32$ за критерієм χ^2).

Домінування серед причин продовження куріння студентів антистресового ефекту обумовило необхідність більш уважливого вивчення їх емоційного стану. Так, у 877 курящих студентів (60,5±1,3%) були виявлені ознаки емоційних розстройств, представлені подавленим, тоскливим настроєм з втратою інтересу до оточуючих подій, поєданими з відчуттям опустошеності,

отсутствием инициативы, чувством безнадежности и бесперспективности будущего с постоянными мыслями негативного содержания в форме предчувствия надвигающейся беды, чувством тревоги, страха, «общей неудовлетворенности жизнью», значительной усталостью при незначительной физической и умственной нагрузке с накоплением повседневных проблем, интолерантностью к эмоционально сложным жизненным ситуациям, сензитивностью, раздражительностью, а также пассивно-страдальческой позицией с низкой самооценкой и пессимистической переоценкой предыдущего жизненного опыта, своих достижений с ее проекцией в будущее. Следует отметить, что большинством молодых людей депрессивный аффект субъективно воспринимался не как проявление угнетенного настроения, а как потеря интереса к ранее значимым сторонам жизни. Проявления депрессии были лишены суточных колебаний или были подвержены инвертированному циркадному ритму с усилением астено-депрессивной симптоматики во второй половине дня. Большинство студентов отмечали повышенную потребность в длительном отдыхе, который, однако, не приносил им полного восстановления сил. Также обращал на себя внимание тот факт, что у студентов с эмоциональными нарушениями снижение способности к сосредоточению при усвоении нового учебного материала ухудшало интеллектуальную работоспособность и приводило к снижению успеваемости, что в свою очередь провоцировало недовольство собой с чувством вины, беспомощность, раздражение и еще больше усугубляло уже имеющиеся проблемы с настроением. Кроме того, студенты акцентировали внимание на периодически возникающих тревожных опасениях и ощущениях напряженности, беспокойства, связанных с предчувствиями грядущих неприятностей или возможных неудач в учебе, interpersonalных взаимоотношениях со сверстниками противоположного пола, ощущении скованности, взвинченности, особенно во время получения зачетов (или сдачи модульного контроля), ожидании несчастья не только с собой, но и близкими, невозможности как сконцентрироваться, так и расслабиться, наличии навязчивых мыслей, которые усиливались в вечернее и ночное время, что препятствовало засыпанию. Нарушения сна характеризовались кошмарными сновидениями, прерывистым сном, ранним пробуждением с невозможностью уснуть и отсутствием чувства свежести при пробуждении.

Следует отметить, что выраженность эмоциональных расстройств изменялась в зависимости от курса обучения. Так, наименее устойчивыми к учебному стрессу и в большей степени подверженными адаптационным расстройствам оказались курящие студенты как медицинского, так и педагогического профиля первого, третьего и пятого/шестого курсов обучения ($15,9 \pm 1,2\%$; $22,8 \pm 1,4\%$ и $38,5 \pm 1,6\%$ соответственно). Такие результаты, по нашему мнению, связаны с тем, что первокурсники испытывают большие психоэмоциональные и умственные нагрузки, сталкиваются с необходимостью адаптации к новым условиям обучения, а ряд иногородних студентов – к новым условиям проживания и общения с окружающими. Третий (четвертый) курсы являются определяющими в становлении студента как будущего специалиста. В это время нередко возникает вопрос о правильности выбора профессии, а также происходит соединение на практике требований профессии к личности и ее возможностей. Однако личностные особенности и требования профессии могут не совпадать. В результате этого мотивация обучения снижается, падает интерес к продолжению обучения, возникают внутриличностные конфликты. Кроме того, в студенческом возрас-

те еще недостаточно сформирована способность к активному преодолению возникающих трудностей. Особенности кризиса пятого (шестого) курса связаны с будущим трудоустройством, перспективами работы и профессионального роста в рамках выбранной специальности.

Проведенный нами клинический структурно-динамический анализ выявленных эмоциональных расстройств у студентов позволил выделить несколько их синдромальных вариантов: тревожный ($14,3 \pm 1,2\%$), астенический ($19,6 \pm 1,3\%$), тревожно-депрессивный ($36,3 \pm 1,6\%$), астено-депрессивный ($20,6 \pm 1,3\%$), депрессивно-апатический ($9,2 \pm 0,9\%$). Выявлено, что тревожный ($18,1 \pm 2,2\%$) и депрессивно-апатический ($16,4 \pm 2,1\%$) синдромы достоверно чаще ($p < 0,05$) сопровождали табакокурение как привычку, а тревожно-депрессивный ($38,7 \pm 2,0\%$) и астенический ($23,1 \pm 1,7\%$) – начальный этап формирования табачной зависимости.

Клинико-нозологическая оценка эмоционального состояния студентов медицинских и педагогических специальностей, показавших повышенные показатели по скрининговым шкалам, позволила распределить их на тревожные, депрессивные и астенические реакции как проявления расстройств адаптации, а тревожные и депрессивные реакции – в структуре инициального этапа формирования никотиновой зависимости. Выявленные эмоциональные расстройства были преимущественно представлены субклиническими астеническими, адинамическими, тревожными и депрессивными симптомокомплексами.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра эмоциональные расстройства у студентов представлены преимущественно расстройствами адаптации в виде пролонгированной депрессивной у $28,6 \pm 1,5\%$ и смешанной тревожно-депрессивной реакции у $43,2 \pm 1,7\%$, реакции смешанного расстройства эмоций и поведения у $28,2 \pm 1,5\%$ молодых людей, которые сопровождалась различными вегетативными проявлениями (тахикардией, гипергидрозом или чувством сухости во рту, изменением перистальтики, учащенным мочеиспусканием, чувством сдавления и сжатия в груди, удушьем и др.).

Сходство тревожно-депрессивной симптоматики в структуре адаптационных расстройств, сопровождающих привычное курение, и на инициальных этапах формирования табачной зависимости у студенческой молодежи делает обоснованным проведение сравнительного исследования выраженности как отдельных тревожных и депрессивных симптомов, так и суммарного показателя тяжести эмоциональных нарушений с учетом различных механизмов их формирования. В целях более объективной оценки выраженности тревожной и депрессивной симптоматики нами использованы клинические шкалы: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и тревоги (HAM-A).

При анализе результатов, полученных с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), выявлено, что как тревожная, так и депрессивная симптоматика на инициальном этапе формирования никотиновой зависимости достоверно более выражены, чем в рамках адаптационных расстройств, сопровождавших привычку к курению. Кроме того, анализ выраженности симптомов по шкале HADS у курящих студентов медицинских и педагогических специальностей, выявил достоверное ($p < 0,001$) утяжеление симптомов как тревоги, так и депрессии по мере нарастания тяжести никотиновой зависимости. Так, выраженность депрессивной симптоматики у студентов с расстройствами адаптации, сопровождавшими привычное курение, применительно к МКБ-10 соответствовала легкому, а депрессия в структуре

инициального этапа формирования никотиновой зависимости – умеренному депрессивному эпизоду (по G.D.Guelfi, 1993) [9].

Аналогичные результаты были получены при анализе выраженности депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS): депрессия на начальном этапе формирования никотиновой зависимости достоверно глубже, чем при привычном курении ($p < 0,001$).

Кроме того, по частоте положительных ответов по шкале HDRS у студенческой молодежи с адаптационными расстройствами, сопровождающими привычное курение, преобладали следующие симптомы: депрессивное настроение $61,4 \pm 2,8\%$ респондентов, тревога – $48,3 \pm 2,6\%$ и желудочно-кишечные соматические симптомы – $37,7 \pm 2,5\%$; по выраженности депрессивное настроение – $22,4 \pm 1,8\%$; тревога – $23,2 \pm 1,3\%$; снижение работоспособности и активности – $27,4 \pm 1,7\%$ и соматическая тревога – $29,1 \pm 2,4\%$. В свою очередь, в группе студентов с формирующейся табачной зависимостью преобладали такие симптомы, как депрессивное настроение – $59,6 \pm 2,0\%$ респондентов, тревога – $49,4 \pm 2,1\%$ и общие соматические симптомы – $36,6 \pm 2,0\%$; по выраженности депрессивное настроение – $32,6 \pm 1,8\%$; снижение работоспособности и активности – $29,4 \pm 1,9\%$, соматическая тревога – $27,6 \pm 1,2\%$ и тревога – $25,1 \pm 1,4\%$.

При анализе выраженности тревожных симптомов по шкале HAM-A у обследованных лиц выявлено, что тревога в рамках инициального этапа формирования табачной зависимости также оказалась глубже, чем при адаптационных ($p < 0,005$), а наибольшая выраженность тревоги оказалась у студентов как медицинских, так и педагогических специальностей с высокой степенью формирующейся табачной зависимости.

Выводы

Таким образом, содержательный комплекс эмоциональных расстройств у студентов с привычным курением и инициальным этапом формирования табачной зависимости тесно связан с особенностями обучения в ВУЗе на современном этапе реформирования системы образования и является следствием все увеличивающейся интенсификации умственного труда и нервно-эмоциональных перегрузок. При этом перенапряжение нервной системы принимает застойный характер и тем самым провоцирует возникновение состояний фрустрации, адаптационных расстройств и инициирует и поддерживает табакокурение.

Список использованной литературы

1. Карякина С.Н. Характеристика учебного стресса студентов младших и старших курсов высшего учебного заведения / С.Н. Карякина // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2010. – №2–3. – С. 210–215.
2. Лінський І.В. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І.В. Лінський, О.І. Мінко, Е.Б. Первомайський, співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 2. – С. 44–58.
3. Лях Ю.Е. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко и соавт. – Д.: Папакіца Е.К., 2006. – 214 с.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: «АДИС», 1994. – 300 с.
5. Мокина Н.А. Оценка распространенности и статуса табакокурения среди студентов старших курсов медико-профилактического и лечебного факультетов СамГМУ / Н.А. Мокина, О.М. Аверина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – № 2. – С. 497–501.
6. Шепеленко І.П. Жизненные стратегии студенческой молодежи в условиях современного украинского общества / И.П. Шепеленко // Украинский социум. – 2009. – №1. – С. 10–12.
7. Яворовская Л.Н. Проблема адаптации студентов-первокурсников к процессу обучения в вузе / Л.Н. Яворовская // Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми безперервної освіти»: Тези доповідей. – Харків, 2003. – С. 106–107.
8. Fagerstrom K. Measuring the degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment / K. Fagerstrom // Addict Behav. – 1978. – P. 235–241.
9. Guelfi G.D. Devaluation clinique standardis ee en psychiatrie, psycho-pathologie generale. Depression, anxiete, et anxiodepression / G.D. Guelfi // Editions Medicales Pierre Fabre. – 1993. – P. 76.
10. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // Br. J. Med. Psychol. – 1959. – Vol. 32. – P. 50–55.
11. Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness / M. Hamilton // Brit. J. Soc. Clin. Psychol. – 1967. – Vol. 6. – P. 278–296.
12. Ikard F. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect / F. Ikard, D. Green, D. Horn // Int. J. Addict. – 1969. – №4. – P. 649–659.
13. Morrell H.E.R. Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and Negative reinforcement expectancies as contributing factors. / H.E.R. Morrell, L.M. Cohen, D.E. McChargue // Addictive Behaviors. – 2010. – №35. – P. 607–611.
14. Nichter M. Gendered Dimensions of Smoking Among College Students. / M. Nichter, E.E. Lloyd-Richardson, B. Flaherty et al. // Journal of Adolescent Research. – 2006. – №215. – Vol. 21. – P. 215–244.
15. Schwenk Th.L. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students / Th.L. Schwenk, L. Davis, L.A. Wimsatt // JAMA. – 2010. – №304. – Vol. 11. – P. 1181–1190.
16. Weiss R.L. Understanding Depression and Distress Among Medical Students / R.L. Weiss // JAMA. – 2010. – №304. – P. 1231–1233.
17. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.