

УДК 615.03:616.1:159.9-053.7

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И КОМБИНИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАЦИОННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ЛИЦ 18-22 ЛЕТ С ЯВЛЕНИЯМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

© Смольнякова О.В., Филиппенко Н.Г., Корнеева С.И.

Кафедра клинической фармакологии Курского государственного медицинского университета, Курск
E-mail: 1054@list.ru

В статье представлен сравнительный анализ эффективности фармакологического, психологического и комбинированного вмешательства у лиц юношеского возраста с проявлениями нарушений психологической адаптации на фоне повышенного уровня личностной и ситуационной тревожности. В исследовании оценивались взаимоотношения психологических и физиологических характеристик, что является важным фактором в понимании природы нарушения адаптации как явления и особенностей влияния психосоматического статуса на его развитие. Описанные теоретические и экспериментальные данные дают возможность обосновать избранные подходы к нивелированию персистирующего тревожного фона при условии наличия нарушений адаптации на различных уровнях организации индивида.

Ключевые слова: дезадаптационные нарушения, тревожность, глицин, психологическая коррекция, психофармакологическая коррекция, юношеский возраст, симпатикотония, ваготония.

ON THE ISSUE OF EFFICIENCY OF PHARMACOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL AND COMBINED CORRECTION OF HIGH LEVELS OF PERSONAL AND SITUATIONAL ANXIETY IN PERSONS AGED 18-22 WITH THE MANIFESTATIONS OF PSYCHOLOGICAL AND AUTONOMIC REGULATION DISTURBANCES

Smolnyakova O.V., Filippenko N.G., Korneeva S.I.

Department of Clinical Pharmacology, Kursk State Medical University, Kursk

The article deals with the comparative analysis of the efficiency of pharmacological, psychological and combined approaches in pre-adults with disorders of psychological adaptation against the background of high levels of personal and situational anxiety. The study evaluated the relationship between psychological and physiological characteristics that are important for understanding the nature of adjustment disorders and influence of psychosomatic characteristics on its development. The described theoretical and experimental data make it possible to justify the chosen approaches to leveling the background of persistent anxiety, provided the availability of maladjustment manifestations at multiple levels of the organization of an individual.

Keywords: maladjustment disorders, anxiety, glycine, psychological adjustment, psychopharmacological correction, adolescence, sympathicotonia, vagotonia.

В современной литературе неоднократно подчеркивался тот факт, что тревога является существенным элементом формирования психической дезадаптации и определяется как категория, обусловленная типом высшей нервной деятельности, темпераментом, характером и приобретенными стратегиями реагирования на внешние факторы, либо как эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и ожидания неблагоприятного развития событий [2, 5, 7, 8, 12]. Тандем «тревога – тревожность» играет существенную, нередко основополагающую роль при формировании невротических и неврозоподобных расстройств соматоформного типа. Универсальность тревоги как аффективного регулятора поведения [9,11] чрезвычайно важна в рамках перехода расстройств адаптации к возникновению психосоматической патологии. Также выявлено, что лица юношеского возраста используют менее конструктивные способы совладания со стрессом, нежели взрослые люди [4, 10].

Известно, что формирование тревоги является результатом неспецифического возбуждения ЦНС, обусловленного в свою очередь целым рядом факторов. С одной стороны значимую роль в развитии данного процесса играют названные внешние и внутренние анксиогенные факторы, с другой – изменение (возможно, нарушение) метаболических процессов, протекающих в самой центральной нервной системе, несостоятельность медиаторов торможения ЦНС, активность моноаминергических систем [6,14].

Основным нефармакологическим лечебным мероприятием, по мнению ряда авторов, является рациональная психотерапия и аутотренинг с целью уменьшения стресса, достижения психологического комфорта и облегчения возврата к нормальному психологическому функционированию пациента. В случае, когда ликвидировать полностью или частично психоэмоциональные провоцирующие факторы не представляется возможным, задачей психотерапевтического воздействия

будет являться изменение отношения и повышение толерантности к ним, выработка адекватной реакции. Выраженным лечебным эффектом обладают различные релаксационные методики (диафрагмальное дыхание, нервно-мышечная релаксация, аутогенный тренинг, саморегуляция с помощью нейролингвистического программирования), а также психологические тренинги с элементами рациональной психотерапии [3, 13]. В случае неэффективности обозначенных методик либо при их недостаточной результативности рекомендуется обращаться к фармакологической коррекции дезадаптационных нарушений.

В последние годы существенно возрос интерес к психотропным свойствам естественных метаболитов и, в частности, аминокислоты глицина. Как показано в исследованиях на экспериментальных животных и людях, препарат оказывает стимулирующее действие на мнестические процессы, что сочетается со способностью вызывать мягкий снотворный и успокаивающий эффект. В основе как противотревожного, так и мнестического действия глицина может лежать один и тот же клеточный механизм, связанный с его способностью мобилизовать ГАМК и глутаматергические рецепторы [15].

В литературе указывается [1], что эффективность глицина достаточна не только у лиц со значимыми психосоматическими нарушениями, но и у лиц практически здоровых, имеющих, например, незначительные соматические, мнестические нарушения, донозологический уровень тревожности, что, несомненно, повышает значимость данного препарата при коррекции различных видов дезадаптационных нарушений.

Целью исследования явилось сравнение эффективности фармакологической, психологической и сочетанной коррекции тревожных проявлений у лиц юношеского возраста, обладающих признаками психологической дезадаптации различной степени выраженности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки уровня тревожности и изучения её структуры как интегративного показателя нами использовалась методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ). Данная методика является оригинальным экспресс-психолого-диагностическим инструментом для дифференцированной оценки и содержательной квалификации по 5 новым факторам (субшкалам) тревоги как неспецифического, сложного по генезу аффективного регулятора поведения личности и тревожности как личностно-типологической характеристики. Основными показаниями к использованию интегра-

тивного теста тревожности являются массовые (скрининговые, проспективные) исследования различных контингентов испытуемых с целью анализа адаптогенной и патогенной роли тандема «тревога-тревожность» в развитии соматоформной патологии.

В соответствии с теоретической основой разработки ИТТ и эмпирической целесообразностью рассматривается тревога как состояние и тревожность как личностное качество, точнее, как личностно-типологическое свойство человека. С целью дифференциации и детализации представления о влияниях различных компонентов самооценки испытуемого как носителя тревоги используется метод факторного анализа, что позволяет в структуре 15 признаков выделить 5 факторов, интерпретируемых в качестве вспомогательных шкал, а именно подшкалы «эмоциональный дискомфорт» (ЭД), «астенический компонент тревожности» (АСТ), «фобический компонент тревоги» (ФОБ), «тревожная оценка перспективы» (ОП) и «социальная защита» (СЗ).

В исследование включено 126 лиц женского пола. Критерии включения: наличие проявлений психологической и вегетативной дезадаптации, возраст 18-22 года. Критерии исключения: тяжелая сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой или нервной системы, требующая постоянной медикаментозной коррекции, психиатрическая патология, наличие противопоказаний к используемым методам коррекции.

Первоначально определялся уровень ситуационной и личностной тревожности у лиц с наличием проявлений психологической и вегетативной дезадаптации. Обстоятельства: исключалось применение тонизирующих напитков в течение часа перед исследованием, курение в течение часа до проведения обследования, применение лекарственных препаратов, оказывающих стимулирующее или угнетающее действие на дыхательную, нервную, сердечно-сосудистую системы.

Дизайн исследования представлял собой двойное открытое когортное исследование в параллельных группах. Скрининг осуществляли среди студентов II-V курсов среднеспециального образовательного учреждения. Из обследованных 267 человек в исследование включены 126. Стратификационными признаками являлись: возраст, наличие признаков нарушения психологической и вегетативной адаптации.

Все испытуемые были разделены на 3 равноценные группы по исходному состоянию здоровья по изучаемым признакам. Оценка общего клинического состояния проводилась на основании субъективного статуса и объективного обследования испытуемых.

С целью устранения выявленных нарушений в каждой из групп параллельно проводился коррекционный курс длительностью четыре недели.

В первой группе осуществлялась немедикаментозная коррекция посредством выполнения аутогенных тренировок по методикам И.Г. Шульца, Г. Бенсона, применения методов рациональной психотерапии (объяснение и разъяснение, переориентация, убеждение) на протяжении одного месяца. Занятия проводились в индивидуальной и групповой форме трижды в неделю, а также самостоятельно в соответствии с данными рекомендациями.

Во второй группе испытуемые получали метаболический препарат глицин (аминоуксусная кислота) производства медицинского научно-производственного комплекса «Биотики», Москва, в дозе 100 мг 2 раза в сутки на протяжении одного месяца.

Третья группа подвергалась сочетанному воздействию препаратом глицин в означенной дозе и названными психологическими методиками.

Оценка полученных результатов проведена по истечению периода наблюдения по следующим показателям: генерализованный уровень ситуационной и личностной тревоги/тревожности, выраженность компонентов тревоги (эмоциональный дискомфорт, астенический компонент, фобический компонент тревоги, тревожное ожидание перспективы, социальная защита) в общей структуре изучаемых признаков.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов прикладных программ BIOSTAT v 3.03, STATISTIKA v 6.0, XLSTAT. Соответствие выборочной совокупности нормальному распределению определяли с помощью критерия К. Пирсона или критерия Колмогорова-Смирнова.

Количественные показатели оценивались с помощью t-критерия Стьюдента для независимых и зависимых переменных. При распределении переменных, отличных от нормального, достоверность различий оценивалась с помощью непараметрических методов: U-критерия Манна-Уитни и критерия Колмогорова-Смирнова. Статистически значимыми считали различия при значении $p < 0,05$. С целью унификации табличных данных показатели, распределение которых отличалось от нормального, представлены в таблицах в виде $M \pm SD$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В табл. 1 представлены результаты, полученные при использовании методики ИТТ для оценки динамики показателей личностной и ситуационной тревожности до начала коррекционных мероприятий и по истечению контрольного периода (после одного месяца фармакологической, психологической и сочетанной коррекции).

Как следует из полученных данных, начальный уровень личностной тревожности в исследуемых группах сходен; тем не менее достоверное снижение рассматриваемого показателя на фоне проводимых мероприятий отмечено в различной степени. На основании приведенных данных можно сделать вывод о том, что как монотерапия глицином, так и сочетанное психофармакологическое воздействие оказывают выраженное влияние на динамику показателя личностной тревожности в исследуемых группах. Тем не менее прирост эффективности в случае присоединения психотерапии к применению глицина не настолько велик, как разница в эффективности психологического воздействия и фармакотерапии в отдельности.

Таблица 1

Динамика уровня личностной и ситуационной тревожности на фоне проводимой коррекции

Группа исследования	Уровень личностной тревожности, сырые баллы		Δ , %	Уровень ситуационной тревожности, сырые баллы		Δ , %
	до начала коррекции	на фоне коррекции		до начала коррекции	на фоне коррекции	
Психотерапевтическое воздействие (n=42)	21,50 ± 6,15	17,21 ± 6,77	19,93*	22,08 ± 4,10	16,23 ± 3,89	26,48*
Фармакотерапия глицином (n=42)	21,09 ± 7,49	15,48 ± 7,58	26,64*	20,86 ± 8,11	14,64 ± 7,08	29,79*
Комбинированное воздействие (n=42)	21,80 ± 4,72	15,40 ± 6,78	29,36*	20,00 ± 7,33	13,50 ± 8,54	32,50*

Примечание: * - достоверность различий средних $p < 0,05$.

Как и в случае анализа динамики личностной тревожности, при оценке показателя ситуационная тревожность на фоне заявленных видов воздействия получены различные результаты. Минимальная эффективность – 26,48%* - продемонстрирована в группе психотерапии, максимальная – в группе сочетанного воздействия – 32,5%*. Однако столь значимых различий в эффективности примененных методов коррекции, как при оценке личностной тревожности, отмечено не было.

Таким образом, в результате коррекционных мероприятий на протяжении месяца было отмечено статистически достоверное снижение уровня как ситуационной, так и личностной тревожности. Доказано, что уровень реактивной тревоги более подвержен коррекционному воздействию по сравнению с уровнем тревоги личностной. Максимальной эффективности удалось достигнуть на фоне комбинированного психофармакологического воздействия (29,36% и 32,50% в случае личностной и ситуационной тревожности соответственно). Тем не менее монотерапия метаболическим препаратом демонстрирует более интенсивную динамику, чем изолированное применение психотерапевтических методик.

Поскольку анализ эффективности проводимых мероприятий в зависимости от преобладания активности симпатического либо парасимпатического звена вегетативной нервной системы представляется достойным внимания, были проанализированы данные, полученные для симпатико- и ваготоников. Результаты представлены в табл. 2.

По результатам исследования можно говорить не только о более низком исходном уровне как личностной, так и реактивной тревожности в группе симпатикотонии в сравнении с параллельной группой, но и о большей подверженности коррекционному воздействию лиц с преобладанием симпатического звена вегетативной нервной системы.

Таким образом, для лиц с различными проявлениями дезадаптации свойственно увеличение уровня ситуационной и личностной тревожности, корригируемое избранными способами воздействия в различной степени.

Так как в структуре тревоги/тревожности согласно избранному способу диагностики представляется возможным выделить дополнительные компоненты, раскрывающие содержательный характер исследуемых показателей, на следующем этапе была предпринята попытка детализированного разбора исследуемых величин. Данные, полученные для различных видов тревожности, представлены ниже.

Как видно из представленных данных (табл. 3), на фоне психологического воздействия максимальная положительная динамика в структуре ситуационной тревожности выявлена по показателю, отражающему специфику тревоги в сфере социальных контактов СЗ - Δ 39,0%*. Минимально в данном случае трансформируется субшкала ЭД. При анализе динамики структуры ситуационной тревожности на фоне немедикаментозной коррекции минимальная динамика прослеживается по субшкале ОП, максимальная по субшкале ЭД - 14,99% и 42,61% соответственно.

В группе испытуемых, получавших фармакотерапию глицином, наиболее демонстративной является модификация фобического компонента как личностной тревоги – регресс показателя в данном случае составил 44,67%*, так и ситуационной – положительная динамика 67,29 %*. Учитывая, что данная подшкала демонстрирует саму суть тревоги как явления, подобная положительная динамика обусловлена способностью препарата мобилизовать ГАМК- и глутаматергические рецепторы, оказывая тем самым выраженное противотревожное действие. Минимальная положительная динамика отмечается по показателю «Социальная защита».

Таблица 2

Уровень личностной и реактивной тревожности в группах симпатико- (группа 1) и ваготонии (группа 2) до начала коррекционных мероприятий и на фоне их проведения

Вид тревоги	Уровень тревоги в группе 1 (n=61), сырые баллы		Δ , %	Уровень тревоги в группе 2 (n=65), сырые баллы		Δ , %
	до начала коррекции	на фоне коррекции		до начала коррекции	на фоне коррекции	
личностная	24,636 ± 3,040	20,000 ± 6,567	18,83*	17,833 ± 5,161	12,750 ± 4,746	28,49*
ситуативная	24,545 ± 3,986	17,758 ± 6,240	27,66*	16,250 ± 5,417	10,667 ± 5,101	34,34*

Примечание: * - достоверность различий средних $p < 0,05$.

Таблица 3

Динамика интегративного показателя личностной (ЛТ) и ситуационной (СТ) тревожности на фоне немедикаментозной терапии

Субшкала	Личностная тревожность		Δ, %	Ситуационная тревожность		Δ, %
	до коррекции, сырые баллы	на фоне коррекции, сырые баллы		до коррекции, сырые баллы	на фоне коррекции, сырые баллы	
ЭД	171,46 ± 31,03	142,62 ± 33,30	16,82*	125,93 ± 63,27	72,27 ± 34,21	42,61*
АСТ	174,55 ± 33,23	131,00 ± 31,55	24,95*	149,17 ± 40,39	101,00 ± 51,89	32,29*
ОП	162,08 ± 50,70	129,92 ± 46,94	19,84*	151,67 ± 36,22	128,92 ± 34,33	14,99*
ФОБ	92,29 ± 33,51	32,57 ± 12,84	30,7*	117,23 ± 37,72	73,23 ± 39,94	37,55*
СЗ	156,07 ± 45,19	95,20 ± 44,26	39,00*	147,19 ± 48,52	114,19 ± 37,48	22,42*

Примечание: * - достоверность различий средних $p < 0,05$.

Таблица 4

Динамика интегративного показателя личностной (ЛТ) и ситуационной (СТ) тревожности на фоне терапии глицином

Субшкала	Личностная тревожность		Δ, %	Ситуационная тревожность		Δ, %
	до коррекции, сырые баллы	после коррекции, сырые баллы		до коррекции, сырые баллы	после коррекции, сырые баллы	
ЭД	156,05 ± 34,97	109,33 ± 50,14	29,97*	155,20 ± 54,67	92,80 ± 61,89	40,20*
АСТ	166,20 ± 70,56	109,70 ± 54,71	33,99*	164,10 ± 39,50	113,10 ± 57,74	31,07*
ОП	173,90 ± 41,88	142,60 ± 43,29	17,99*	165,30 ± 56,43	107,00 ± 57,83	35,27*
ФОБ	99,10 ± 37,09	34,52 ± 11,12	44,67*	99,57 ± 34,81	32,57 ± 14,72	67,29*
СЗ	153,18 ± 43,47	97,36 ± 62,77	36,44*	154,20 ± 32,83	111,30 ± 42,16	27,82*

Примечание: * - достоверность различий средних $p < 0,05$.

Таблица 5

Динамика интегративного показателя личностной (ЛТ) и ситуационной (СТ) тревожности на фоне комбинированного психофармакологического воздействия

Субшкала	Личностная тревожность		Δ, %	Ситуационная тревожность		Δ, %
	до коррекции, сырые баллы	после коррекции, сырые баллы		до коррекции, сырые баллы	после коррекции, сырые баллы	
ЭД	168,64 ± 51,15	113,36 ± 63,69	32,78*	179,64 ± 47,88	123,07 ± 51,42	31,49*
АСТ	148,21 ± 50,25	97,00 ± 57,76	34,55*	157,50 ± 43,36	123,86 ± 31,41	21,36*
ОП	147,22 ± 61,72	112,64 ± 60,76	23,49*	141,07 ± 41,20	86,57 ± 46,85	38,63*
ФОБ	128,07 ± 45,18	70,86 ± 47,41	65,16*	98,30 ± 45,79	15,68 ± 8,27	84,05*
СЗ	163,14 ± 53,11	94,93 ± 36,33	41,81*	142,14 ± 47,56	92,86 ± 43,00	34,67*

Примечание: * - достоверность различий средних $p < 0,05$.

При анализе результатов, полученных в группе комбинированной психофармакологической терапии, выявлен факт нарастания силы терапевтического воздействия и максимальной выраженности положительной динамики по исследуемым показателям в структуре личностной тревоги. Данная закономерность прослеживается по подшкалам ЭД и АСТ, достигая максимума в субшкале ФОБ. Максимальную модификацию как в структуре личностной, так и в структуре ситуаци-

онной тревоги претерпел показатель ФОБ (Δ 84,05%*) на фоне комбинированного воздействия. Субшкалы ОП и СЗ демонстрируют схожие результаты с таковыми в структуре личностной тревожности - максимальное изменение показателей на фоне комбинированного воздействия - 38,63%* и 34,67%* соответственно.

Анализируя результаты, полученные для личностной тревожности, необходимо отметить, что в то время как на фоне психологической коррек-

ции зафиксированы различия показателей до и после вмешательства ЭД - 16,8%*, АСТ - 24,9%* и ФОБ - 30,7%*, при сочетанном воздействии Δ ЭД составляет 32,78%*, АСТ - 34,55%* и ФОБ - 65,16%*. Несмотря на явно более выраженный результат во втором случае, необходимо акцентировать внимание на различии, выраженном в процентном соотношении конечных результатов при использовании тех или иных методик. Так, например, при оценке степени коррекции эмоционального дискомфорта испытуемых можно говорить, что фармакотерапия более эффективна по отношению к психологическому воздействию на 43,88%, а результат сочетанной терапии в свою очередь по степени эффективности превосходит монотерапию глицином всего на 8,57%. В данном случае несомненно превосходство фармакотерапии перед психологическим воздействием. Однако несмотря на то, что эффект комбинации превышает эффект каждой из методик изолированно, на основании полученных результатов можно говорить, что в тандеме «фармакологический препарат – психокоррекционная методика» ведущую позицию занимает именно метаболическое средство. Подобные закономерности прослеживаются и в остальных названных случаях.

Отдельного внимания заслуживают субшкалы ОП, отражающей проекцию страхов в перспективу и СЗ - проявления тревожности в сфере социальных контактов или попытки испытуемого рассматривать социальную среду как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе. В данном случае минимальный регресс показателей отмечен именно в группе фармакотерапии - 17,99%* и 36,44%* соответственно. Однако лучшие результаты по данным параметрам, как и в предыдущем случае, продемонстрированы в группе комбинированной психофармакологической терапии (23,49%* и 41,81%* для показателей ОП и СЗ). Несмотря на небольшую значимость фармакокоррекции данных показателей, следует отметить и незначительное их отличие от таковых в группе психокоррекции - на 9,32% и 6,4% соответственно. Большую эффективность психологического воздействия можно связать с диффузностью, абстрактностью сути означенных показателей, связанных с общими симптомами неясного чувства напряженности, что явилось своеобразной точкой приложения именно для выбранных способов психокоррекции (аутогенные тренировки, приемы рациональной психотерапии).

Если вышеназванные показатели являются фоновыми и не представляют сущности тревоги как явления, то фобический компонент тревоги отражает наиболее специфический фактор её структуры. В исследовании показано, что максимальная трансформация (от $99,10 \pm 37,09$ до $34,52$

$\pm 11,12$ сырых баллов, $\Delta 65,16\%$ *) данного элемента личностной тревоги достигается при применении метаболического препарата параллельно с психологическим воздействием. Разность в эффективности сочетанного воздействия и использования психокоррекционного подхода составляет 52,89% в пользу первого.

В случае детального анализа динамики ситуационной тревожности обращает на себя внимание несколько иное распределение удельного веса эффективности коррекционных мероприятий. Так, для показателей ЭД и АСТ в структуре ситуационной тревожности максимально эффективным является психологическое воздействие: уменьшение выраженности значений от $125,93 \pm 63,27$ до $72,27 \pm 34,21$ и от $149,17 \pm 40,39$ до $101,00 \pm 51,89$ сырых балла по означенным субшкалам соответственно. Различие средних в данном случае составило 42,61%* и 32,29%*. Для сравнения: в группе фармакотерапии получены следующие результаты - $\Delta 40,20\%$ * и 31,07%*. Отличие в эффективности названных методик крайне незначительно - 5,7% и 3,8% - и объясняется мобильностью ситуационной тревожности как показателя и хорошей степенью подверженности данного показателя психологической корректуре.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. На фоне избранных способов корригирующего воздействия удается достичь статистически значимого снижения уровня как личностной, так и ситуационной тревожности.

2. Уровень ситуационной тревоги более подвержен коррекционному воздействию по сравнению с уровнем тревоги личностной. Максимальная эффективность достигается на фоне сочетанного воздействия (29,36% и 32,50% в случае личностной и ситуационной тревожности соответственно). Тем не менее монотерапия метаболическим препаратом демонстрирует более интенсивную динамику, чем изолированное применение психотерапевтических методик.

3. При детальном разборе интегрального показателя озвученных видов тревоги максимальный результат достигнут по шкале, иллюстрирующей фобический компонент для ситуационной тревоги на фоне сочетанного психофармакологического воздействия - $\Delta 84,05\%$. В структуре личностной тревоги динамика данного показателя так же превалировала на фоне комбинированной терапии - $\Delta 65,16\%$. Показательным является то, что данный фактор является основополагающим в интегральной структуре тревоги.

4. В исследовании показано нарастание силы коррекционного воздействия от психотерапии к психофармакологическому методу, однако, не-

смотря на то, что эффект комбинации превышает эффект каждой из методик изолированно, можно говорить, что в сочетанной психофармакологической терапии ведущую позицию занимает именно метаболическое средство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арушанян Э.Б., Сафошкина Е.В., Хрипунова А.А. Хронобиологические особенности мнестического и противотревожного действия глицина у молодых людей // *Психофармакология и биологическая наркология*. – 2005. – Т. 5, № 1. – С. 858-860.
2. Булатова Т.А., Черных Е.И. Социальная тревожность в контексте психологических защит // *Вестник Томского государственного педагогического университета*. – 2010. – № 2. – С. 107-112.
3. Грецов А.Г., Бедарева Т. Психологические игры для старшеклассников и студентов. – СПб.: Питер, 2008. – 192 с.
4. Евдокимова Я.Г. Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации у студентов младших курсов // *Психологическая наука и образование* – 2007. – № 5. – С. 71–82.
5. Иванова О.Н., Бильданова В.Р. Тревожность и её особенности в подростковом возрасте. *Международный журнал экспериментального образования*. – 2011. – № 8. – 56 с.
6. Козловский В.Л. От патогенеза тревоги к применению анксиолитиков // *Психиатрия и психофармакотерапия* – 2002. – Т. 4, № 2. – С. 51–54.
7. Краснов В.Н., Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2008. – № 3. – С. 33-38.
8. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация [Электронный ресурс] // *Психологическая наука и образование*. – 2011. – № 1. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39944.shtml, свободный (08.06.2013).
9. Кузнецова О.В. Типы реакций на фрустрирующие ситуации при разном уровне личностной тревожности // *Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова*. – 2007. – № 2. – С. 114-118.
10. Москова М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов в предэкзаменационный период // *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. – 2008. – № 49. – Режим доступа <http://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnye-factory-emotsionalnoy-dezadaptatsii-studentov-v-predexzamenatsionnyu-period>, свободный (09.06.2013).
11. Мэй Р. Проблема тревоги. – М.: Эксмо — Пресс, 2009. – 432 с.
12. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Суетин М.Е. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // *Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал для психиатров и врачей общей практики*. – 2005. – Т. 7, № 2. – С. 94-95.
13. *Справочник практического психолога (Психологический практикум)*/ Н.Н. Ежова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. – 380 с.
14. Costall B., Naylor R.J. Serotonin and psychiatric disorders. A key to new therapeutic approaches // *Arzheim Forch*. – 1998. – Vol. 42. – P. 246-249.
15. Smith C.U. Elements of molecular neurobiology. – London, 1996. – 522 p.