



УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb114959>

Новый психиатрический диагноз: разрушительное расстройство регуляции настроения

А.А. Портнова¹, Ю.П. Сиволап²¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия²Российский университет дружбы народов, Москва, РоссияАвтор, ответственный за переписку: Юрий Павлович Сиволап, yura-sivolap@yandex.ru

АННОТАЦИЯ

В принятом в 2013 г. руководстве DSM-5 представлен обновлённый перечень аффективных нарушений, открывающийся принципиально новым психиатрическим диагнозом разрушительного расстройства регуляции настроения (disruptive mood dysregulation disorder). Разрушительное расстройство регуляции настроения диагностируется у детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет и проявляется постоянной сильной и стойкой раздражительностью, а также вспышками гнева, не соразмерными вызвавшей причине. Очевидно, что состояние значительной части детей и подростков с разрушительным расстройством регуляции настроения до появления этого диагноза ошибочно расценивалось как проявление биполярного расстройства. Критерием принципиального отличия разрушительного расстройства регуляции настроения от биполярного расстройства служит отсутствие маниакальных либо гипоманиакальных при первом из них. Разрушительное расстройство регуляции настроения характеризуется выраженной коморбидностью и часто сочетается с оппозиционным вызывающим расстройством, расстройством поведения и дефицитом внимания с гиперактивностью, а также тревогой. Течение и прогностическое значение разрушительного расстройства регуляции настроения, а также выбор наиболее эффективных методов фармакологического лечения и психотерапии требуют многочисленных дальнейших исследований.

Ключевые слова: *разрушительное расстройство регуляции настроения, биполярное расстройство, оппозиционное вызывающее расстройство, дефицит внимания с гиперактивностью, депрессия, тревога, антипсихотики, дети и подростки.*

Для цитирования:

Портнова А.А., Сиволап Ю.П. Новый психиатрический диагноз: разрушительное расстройство регуляции настроения // Неврологический вестник. 2022. Т. LIV. Вып. 4. С. 64–70. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb114959>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb114959>

The new psychiatric diagnosis: disruptive mood dysregulation disorder

Anna A. Portnova¹, Yury P. Sivolap²

¹National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia

²RUDN University, Moscow, Russia

Corresponding author: Yury P. Sivolap, yura-sivolap@yandex.ru

ABSTRACT

The DSM-5, adopted in 2013, presents an updated list of affective disorders, which opens with a fundamentally new psychiatric diagnosis of a disruptive mood dysregulation disorder. Disruptive mood dysregulation disorder is diagnosed in children and adolescents aged 6 to 18 years and is manifested by chronic severe and persistent irritability or anger, as well as outbursts of anger disproportionate to the cause. It is obvious that the condition of a significant part of children and adolescents with a disruptive mood dysregulation disorder before the appearance of this diagnosis was mistakenly regarded as manifestations of bipolar disorder. The criterion of the fundamental difference between disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder is the absence of manic or hypomanic in the first of them. Disruptive mood dysregulation disorder is characterized by high comorbidity and is often combined with oppositional defiant disorder, conduct disorder and attention deficit with hyperactivity, as well as anxiety. The course and prognostic significance of a disruptive mood dysregulation disorder, as well as the choice of the most effective methods of pharmacological treatment and psychotherapy require numerous further studies.

Keywords: *disruptive mood dysregulation disorder, bipolar disorder, oppositional defiant disorder, attention deficit hyperactivity disorder, depression, anxiety, antipsychotics, children and adolescents.*

For citation:

Portnova AA, Sivolap YP. The new psychiatric diagnosis: disruptive mood dysregulation disorder. *Neurology Bulletin*. 2022;LIV(4):64–70. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb114959>.

Разрушительное расстройство регуляции настроения (disruptive mood dysregulation disorder) — новый термин в психиатрии, впервые появившийся в 2013 г. в пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5 — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), одобренного Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association) в качестве национального классификатора.

В Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) данный диагноз отсутствует.

Новый термин мало что говорит многим, в том числе хорошо подготовленным, психиатрам и клиническим психологам. Между тем, данной диагностической категорией открывается перечень депрессивных и близких к ним расстройств в DSM-5 (табл. 1). Возможно, это сделано для того, чтобы практические специалисты чаще принимали во внимание возможность диагностики этого состояния.

радостных событий, таких как день рождения или посещение парка развлечений, однако в контексте разрушительного расстройства настроения такие явления не должны служить поводом для диагностики биполярного расстройства [1].

Диагностические критерии разрушительного расстройства регуляции настроения приведены в табл. 2.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ

Расстройство часто встречается у пациентов детских психиатрических клиник и в основном выявляется у мальчиков.

Популяционное исследование с включением 3258 участников в возрасте от 2 до 17 лет показало, что распространённость разрушительного расстройства регуляции настроения составляет 0,8–3,3% с отчётливым преобладанием у дошкольников [2].

L.R. Dougherty и соавт. (2014) провели структурированное интервью родителей 462 детей в возрасте 6 лет. Наряду с этим оценивались предикторы разрушительного расстройства регуляции

Таблица 1. DSM-5: депрессивные и сходные с ними расстройства

Разрушительное расстройство регуляции настроения.
Большое депрессивное расстройство, единичный эпизод.
Большое депрессивное расстройство, рекуррентное.
Персистирующее депрессивное расстройство (дистимия).
Депрессивное расстройство, вызванное психоактивным веществом или лекарственным препаратом.
Предменструальное дисфорическое расстройство.
Депрессивное расстройство в связи с другим заболеванием.
Другое уточнённое депрессивное расстройство.
Неуточнённое депрессивное расстройство

Основными и постоянно присутствующими признаками расстройства служат хроническая (но не эпизодическая, что подчёркивается), сильная и стойкая раздражительность и вспышки гнева, не соразмерные вызвавшему их поводу.

Постоянное, а не протекающее в виде аффективных фаз, раздражённое или злобное настроение составляет принципиальное отличие разрушительного расстройства регуляции настроения от биполярного расстройства.

Тяжёлыми и регулярными вспышками гнева объясняется то, что дети с разрушительным расстройством регуляции настроения держатся особняком от других мальчиков и девочек.

D.W. Black и N.C. Andreasen (2014) указывают, что, как известно любому родителю, ребёнок в соответствии с уровнем развития способен демонстрировать повышение настроения во время

настроения в возрасте 3 лет с выделением шести доменов: демография, детская психопатология, функционирование, темперамент, психопатология родителей, психосоциальное окружение.

Исследование показало, что диагностика разрушительного расстройства регуляции настроения в возрасте 6 лет ассоциирована со следующими предикторами у 3-летнего ребёнка: дефицит внимания с гиперактивностью, оппозиционное вызывающее расстройство, нарушенный профиль шкалы Child Behavior Checklist, ухудшение общения со сверстниками, темперамент (более высокая активность ребёнка с повышенной интенсивностью негативных эмоций и сниженным контролем усилий), расстройство употребления психоактивных веществ у родителей на протяжении жизни и повышенная враждебность родителей [3].

Таблица 2. DSM-5: диагностические критерии разрушительного расстройства регуляции настроения

А. Тяжёлые повторяющиеся вспышки гнева, проявляющиеся в высказываниях или поведении (например, физическая агрессия в отношении людей или собственности) и по своей интенсивности и продолжительности совершенно не соответствующие ситуации или вызвавшей причине.
В. Вспышки гнева не соответствуют уровню развития.
С. Вспышки гнева в среднем развиваются 3 раза в неделю и чаще.
Д. Настроение между вспышками гнева постоянно раздражённое или злое большую часть дня, почти каждый день, что заметно окружающим (например, родителям, учителям и сверстникам).
Е. Критерии А–D присутствуют в течение 12 мес и более. В течение всего этого времени у индивида не отмечаются периоды протяжённостью 3 мес и более, когда критерии А–D полностью отсутствуют.
Ф. Критерии А и D наблюдаются не менее чем в двух или трёх местах (например, дома, в школе, в компании сверстников) и, по крайней мере, один из них выражен сильно.
Г. Диагноз не может выставляться впервые в возрасте моложе 6 и старше 18 лет.
Н. В соответствии с историей наблюдений, критерии А–Е появляются в возрасте до 10 лет.
И. Никогда не должно наблюдаться отчётливого периода длительностью больше 1 дня, в течение которого отмечаются все критерии маниакального или гипоманиакального эпизода, за исключением продолжительности.
Ж. Нарушения поведения возникают не только во время эпизода большого депрессивного расстройства и не объясняются более убедительно другим психическим расстройством [например, расстройством аутистического спектра, посттравматическим стрессовым расстройством, сепарационным тревожным расстройством или персистирующим депрессивным расстройством (дистимией)].
Уточнение. Этот диагноз не может сосуществовать с оппозиционным вызывающим расстройством, перемежающимся взрывным расстройством либо биполярным расстройством, хотя он может сочетаться с другими диагнозами, в том числе большим депрессивным расстройством, дефицитом внимания с гиперактивностью и расстройствами употребления психоактивных веществ. У индивидов с симптомами как разрушительного расстройства регуляции настроения, так и оппозиционного вызывающего расстройства должно диагностироваться только разрушительное расстройство регуляции настроения. Диагноз разрушительного расстройства регуляции настроения не должен ставиться индивидам с когда-либо перенесёнными маниакальными или гипоманиакальными эпизодами

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД

Прогностическое значение разрушительного расстройства регуляции личности в связи с недавним появлением данной диагностической категории изучено недостаточно, и практически невозможно оценивать отдалённые катамнезы пациентов.

Существуют основания для предположения о том, что дети с разрушительным расстройством регуляции настроения характеризуются высоким риском депрессии и тревоги в зрелом возрасте [1, 4].

Процитированные выше L.R. Dougherty и соавт. двумя годами позже опубликовали данные второго исследования, продолжавшего первое, в котором оценили трёхлетние исходы разрушительного расстройства регуляции настроения у 473 детей в возрасте 6 лет.

Продemonстрирована высокая вероятность сохранения разрушительного расстройства регуляции настроения у 6-летнего ребёнка, по меньшей мере, до 9-летнего возраста.

Показано, что разрушительное расстройство регуляции настроения в возрасте 6 лет служит предиктором дефицита внимания с гиперактивностью в 9-летнем возрасте, а также указывает на высокую вероятность депрессии в течение последующей жизни.

Наконец, рассматриваемое расстройство в возрасте 6 лет позволяет прогнозировать более серьёзные функциональные нарушения, проблемы со сверстниками и потребность в помощи служб образовательной поддержки в возрасте 9 лет, после контроля всех ранее диагностированных психических расстройств.

Авторы приходят к выводу, что разрушительное расстройство регуляции настроения оказывает неблагоприятное влияние на весь период детства и подчёркивают, что это влияние не может сводиться к последствиям коморбидных психических расстройств и объясняться только их наличием [5].

КОМОРБИДНОСТЬ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Включение разрушительного расстройства регуляции настроения в DSM-5 в значительной степени восполняет пробел в квалификации расстройств настроения детского возраста и обеспечивает корректную диагностику для тех детей и подростков с тяжёлой постоянной раздражительностью и вспышками гнева, которые прежде ошибочно расценивались в качестве проявления биполярного расстройства [1, 4].

Отмечается, что количество случаев диагностики биполярного расстройства в детской психи-

атрии, причём произведённой исключительно на основании констатации скачков настроения от грусти до ярости, за последние несколько десятилетий увеличилось примерно в 40 раз.

Показано также, что семейная история, гендерные соотношения, течение и исходы у детей с этими симптомами отличались от соответствующих характеристик пациентов с биполярным расстройством. Что наиболее важно, у пациентов с неправомерно диагностированным биполярным расстройством не возникали маниакальные или гипоманиакальные эпизоды, а клинические проявления исчерпывались депрессивными симптомами с гневом и раздражительностью [1].

Основные клинические проявления разрушительного расстройства регуляции настроения перекрываются с симптомами других психических нарушений у детей и подростков, в том числе оппозиционного вызывающего расстройства (oppositional defiant disorder), расстройства поведения (conduct disorder), дефицита внимания с гиперактивностью и тревожных расстройств.

Необходимо принимать во внимание, что, в соответствии с критериями DSM-5, при перекрывании симптомов оппозиционного вызывающего расстройства и разрушительного расстройства регуляции настроения (а такое сочетание наблюдается чаще всего) необходимо диагностировать второе из них.

При проведении популяционного скрининга признаки оппозиционного вызывающего расстройства были обнаружены у 92% детей с симптомами разрушительного расстройства регуляции настроения, а симптомы разрушительного расстройства регуляции настроения — у 66% детей с оппозиционным вызывающим расстройством, что, по мнению исследователей, делает весьма маловероятным наличие симптомов разрушительного расстройства настроения без оппозиционного вызывающего расстройства, хотя, видимо, второе может возникнуть без симптомов первого.

Сопутствующие психологические проблемы (тревога, депрессия, расстройство поведения и синдром дефицита внимания с гиперактивностью) в дополнение к оппозиционному вызывающему расстройству не увеличивали риск появления симптомов разрушительного расстройства регуляции настроения сверх того, что наблюдалось только при оппозиционном вызывающем расстройстве. Только у 3% детей с психологическими проблемами, отличными от оппозицион-

ного вызывающего расстройства, были симптомы разрушительного расстройства регуляции настроения.

Авторы указывают на то, что результаты, полученные ими в общей популяции, аналогичны результатам для психиатрической выборки, и высказывают предположение, что разрушительное расстройство регуляции настроения едва ли можно отличить от оппозиционного вызывающего расстройства на основе симптоматики, и считают важным оценивать все критерии DSM-5 и проверять наличие коморбидных психических расстройств при рассмотрении диагноза разрушительного расстройства регуляции настроения.

Полученные результаты подтверждают рекомендацию группы экспертов МКБ-11 о том, что симптомы разрушительного расстройства регуляции настроения скорее следует относить к оппозиционному вызывающему расстройству, чем рассматривать их в качестве самостоятельной диагностической совокупности [6].

Из-за совпадения диагнозов и растущего использования фармакологических методов лечения у детей и подростков включение разрушительного расстройства регуляции настроения в DSM-5 подвергается многочисленным критическим замечаниям, основная суть которых сводится к суждению о недостаточном обосновании появления новой диагностической категории [4].

ЛЕЧЕНИЕ

Поскольку диагноз разрушительного расстройства регуляции настроения появился меньше 10 лет назад и в настоящее время используется лишь в национальном диагностическом классификаторе DSM-5, эффективные подходы к его лечению изучены недостаточно.

G.A. Edelson и A.R. Abricht (2022) приводят данные о том, что в некоторых клиниках антипсихотики пациентам с разрушительным расстройством регуляции настроения назначаются чаще, чем молодым пациентам с биполярным расстройством (58,9% против 51% соответственно).

Авторы полагают, что лекарственные препараты при данном расстройстве (особенно в случае коморбидных сочетаний) в дальнейшем будут назначаться скорее на основе преобладающих симптомов, чем психиатрического диагноза [7].

Основываясь на тех же данных, что и только что процитированные исследователи, R.L. Findling и соавт. (2022) сообщают о частом и преимущественном применении антипсихотиков при разру-

шительном расстройстве регуляции настроения и указывают на более частую госпитализацию при данном состоянии, чем при биполярном расстройстве, что объясняется тяжестью симптомов и частой коморбидностью [8].

Предварительные данные указывают на эффективность комбинации аripипразола и метилфенидата в лечении разрушительного расстройства регуляции настроения, сочетающегося с дефицитом внимания с гиперактивностью, однако подтверждение рациональности и безопасности этой комбинации требует проведения рандомизированных контролируемых испытаний [9].

Несмотря на ограниченное количество и разнородность исследований с небольшим объёмом выборки, в настоящее время существуют психосоциальные вмешательства с доказанной эффективностью для пациентов с разрушительным расстройством регуляции настроения [10].

Определённые надежды в лечении гнева, агрессии и раздражительности связываются с новым методом компьютеризированной психотерапии, основанным на смещении (interpretation bias) предубеждённого восприятия пациентами выражения лиц окружающих.

Первое рандомизированное контролируемое исследование эффективности данного метода в отношении 44 пациентов с разрушительным расстройством регуляции настроения не дало положительных результатов, что нашло отражение в подзаголовке опубликованной на основе полученных данных статьи («A Fast-Fail Study», то есть «исследование с быстрым провалом»), однако её авторы высказывают предположение, что подобные вмешательства могут иметь определённые терапевтические перспективы [11].

Мы предполагаем, что перспективные клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению разрушительного расстройства регуляции личности будут включать антидепрессанты, стабилизаторы настроения и антипсихотики (а также, возможно, другие лекарственные средства) с доказанными эффективностью и безопасностью для детей и подростков и предлагаемые национальными клиническими руководствами по другим психическим расстройствам.

Уже сейчас можно прогнозировать, что ведущим классом психотропных лекарственных средств в клинических рекомендациях по фармакологической терапии разрушительного расстройства регуляции настроения окажутся антипсихотики второго поколения (если в ближайшие годы не появятся принципиально новые лекарственные препараты).

По-видимому, частая коморбидность данного расстройства с другими психическими нарушениями сделает неизбежной рациональную полипрагмазию в тех случаях, когда монотерапия будет недостаточной.

Также не вызывает сомнений, что основное место в системе оказания помощи пациентам с разрушительным расстройством регуляции настроения будет принадлежать психотерапии и психосоциальной поддержке, в том числе в родительских семьях, школах и дошкольных учреждениях.

Резюмируя приведённые данные, считаем необходимым заключить, что новый для мирового психиатрического сообщества диагноз разрушительного расстройства, несмотря на критическое отношение некоторых экспертов, заслуживает внимания специалистов, отражает клиническую реальность и поэтому необходим для клинического применения, будет использоваться в научных и практических целях и со временем войдёт в официальные международные медицинские документы.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Funding. This publication was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interests. The authors declare no conflicts of interests.

Contribution of the authors. Both of authors made a contribution in paper read and approved its final version.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Black D.W., Andreasen N.C. Introductory textbook of psychiatry. Sixth edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014. 760 p.
2. Copeland W.E., Angold A., Costello E.J., Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood

- dysregulation disorder // Am. J. Psychiatry. 2013. Vol. 170. N. 2. P. 173–179. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12010132.
3. Dougherty L.R., Smith V.C., Bufferd S.J. et al. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: Correlates and predictors in

young children // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44. N. 11. P. 2339–2350. DOI: 10.1017/S0033291713003115.

4. Bruno A., Celebre L., Torre G. et al. Focus on disruptive mood dysregulation disorder: A review of the literature // *Review Psychiatry Res.* 2019. N. 279. P. 323–330. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.05.043.

5. Dougherty L.R., Smith V.C., Bufferd S.J. et al. Disruptive mood dysregulation disorder at the age of 6 years and clinical and functional outcomes 3 years later // *Psychol. Med.* 2016. Vol. 46. N. 5. P. 1103–1114. DOI: 10.1017/S0033291715002809.

6. Mayes S.D., Waxmonsky J.D., Calhoun S.L., Bixler E.O. Disruptive mood dysregulation disorder symptoms and association with oppositional defiant and other disorders in a general population child sample // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2016. Vol. 26. N. 2. P. 101–106. DOI: 10.1089/cap.2015.0074.

7. Edelsohn G.A., Abright A.R. Editorial: Safer Use of Antipsychotics in Youth (SUAY): should treatment be guided by symptoms? // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2022. Vol. 61. N. 1. P. 34–36. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.07.009.

8. Findling R.L., Zhou X., George P., Chappell P.B. Diagnostic trends and prescription patterns in disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2022. Vol. 61. N. 3. P. 434–445. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.05.016.

9. Pan P.-Y., Fu A.-T., Yeh C.-B. Aripiprazole/Methylphenidate combination in children and adolescents with disruptive mood dysregulation disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: An open-label study // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2018. Vol. 28. N. 10. P. 682–689. DOI: 10.1089/cap.2018.0068.

10. Waxmonsky J.G., Baweja R., Bansal P.S., Waschbusch D.A. A review of the evidence base for psychosocial interventions for the treatment of emotion dysregulation in children and adolescents // *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2021. Vol. 30. N. 3. P. 573–594. DOI: 10.1016/j.chc.2021.04.008.

11. Haller S.P., Stoddard J., Botz-Zapp C. et al. A randomized controlled trial of computerized interpretation bias training for disruptive mood dysregulation disorder: A fast-fail study // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2022. Vol. 61. N. 1. P. 37–45. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.05.022.

REFERENCES

1. Black DW, Andreasen NC. *Introductory textbook of psychiatry*. Sixth edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014. 760 p.

2. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry.* 2013;170(2):173–179. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12010132.

3. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ et al. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: Correlates and predictors in young children. *Psychol Med.* 2014;44(11):2339–2350. DOI: 10.1017/S0033291713003115.

4. Bruno A, Celebre L, Torre G et al. Focus on disruptive mood dysregulation disorder: A review of the literature. *Review Psychiatry Res.* 2019;(279):323–330. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.05.043.

5. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ et al. Disruptive mood dysregulation disorder at the age of 6 years and clinical and functional outcomes 3 years later. *Psychol Med.* 2016;46(5):1103–1114. DOI: 10.1017/S0033291715002809.

6. Mayes SD, Waxmonsky JD, Calhoun SL, Bixler EO. Disruptive mood dysregulation disorder symptoms and association with oppositional defiant and other disorders in a general population child sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016;26(2):101–106. DOI: 10.1089/cap.2015.0074.

7. Edelsohn GA, Abright AR. Editorial: Safer Use of Antipsychotics in Youth (SUAY): should treatment be guided by symptoms? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022;61(1):34–36. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.07.009.

8. Findling RL, Zhou X, George P, Chappell PB. Diagnostic trends and prescription patterns in disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022;61(3):434–445. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.05.016.

9. Pan P-Y, Fu A-T, Yeh C-B. Aripiprazole/Methylphenidate combination in children and adolescents with disruptive mood dysregulation disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: An open-label study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2018;28(10):682–689. DOI: 10.1089/cap.2018.0068.

10. Waxmonsky JG, Baweja R, Bansal PS, Waschbusch DA. A review of the evidence base for psychosocial interventions for the treatment of emotion dysregulation in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2021;30(3):573–594. DOI: 10.1016/j.chc.2021.04.008.

11. Haller SP, Stoddard J, Botz-Zapp C et al. A randomized controlled trial of computerized interpretation bias training for disruptive mood dysregulation disorder: A fast-fail study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022;61(1):37–45. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.05.022.

ОБ АВТОРАХ

Портнова Анна Анатольевна, докт. мед. наук;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5938-0202>;
eLibrary SPIN: 5899-0069;
e-mail: aapserbsky@mail.ru

Сиволоп Юрий Павлович, докт. мед. наук, проф.;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4494-149X>;
eLibrary SPIN: 3586-5225;
e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

AUTHOR'S INFO

Anna A. Portnova, M.D., D. Sci. (Med.);
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5938-0202>;
eLibrary SPIN: 5899-0069;
e-mail: aapserbsky@mail.ru

Yury P. Sivolap, M.D., D. Sci. (Med.), Prof.;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4494-149X>;
eLibrary SPIN: 3586-5225;
e-mail: yura-sivolap@yandex.ru