

DOI : 10.31363/2313-7053-2018-3-10-21

## Атаки гнева и «гневные расстройства»: клиническая релевантность, проблема классификации, коморбидности и терапии (обзор литературы)

Симуткин Г.Г.

НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук»

**Резюме:** В обзоре литературных данных рассмотрена проблема диагностики, классификации, коморбидности, основных нейробиологических механизмов, а также терапии патологических проявлений гнева («гневные расстройства», атаки гнева) с учетом результатов современных эпидемиологических и клинико-биологических исследований.

**Ключевые слова:** атаки гнева, «гневные расстройства», аффективные расстройства, депрессия, коморбидность, психофармакотерапия, психотерапия.

### Anger attacks and «anger disorders»: clinical relevance, problem of classification, comorbidity and therapy (review)

Simutkin G.G.

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center,  
Russian Academy of Sciences

**Summary:** The review of literature data addresses the problem of diagnosis, classification, comorbidity, basic neurobiological mechanisms, as well as therapy of pathological manifestations of anger (“anger disorders”, anger attacks), considering into account the results of current epidemiological and clinical-biological studies.

**Key words:** anger attacks, anger disorders, affective disorders, depression, comorbidity, psychopharmacotherapy, psychotherapy

Эмоциональная жизнь человека состоит из яркой палитры различных эмоций, среди которых выделяют так называемые фундаментальные или базовые эмоции, в том числе и гнев [3]. Несмотря на важную роль гнева в эволюционно-биологическом смысле и в эмоциональной жизни человека, его культуральное восприятие имеет, как правило, негативный оттенок. Гнев остается в определенном смысле «забытой эмоцией», что нашло отражение в отсутствие усилий, направленных на достижение консенсуса даже в определении терминов, связанных с гневом (гнев, раздражительность, агрессия, враждебность, дисфория, эпизодическое нарушение контроля и др.) [34]. Статус раздражительности и гнева в психиатрии остается до настоящего времени не совсем ясным. Тем не менее, имеющиеся данные позволяют констатировать, что раздражительность образует отдельную дименсию с существенной стабильностью во времени, а при лонгитудинальном исследовании раздражительность особенно связана с депрессией и тревогой и является предиктором ухудшения социальных ролей в будущем. Исходя из прагматических соображений, представляется важным как определение границы между нормальными раздражительностью и гневом и их патологическими проявлениями, так и разработка возможных терапевтических подходов в соответствующих клинических случаях [60].

**Атаки гнева (АГ) и «гневные расстройства» — от феноменологического описания до определения диагностического места**

Наиболее активно проблема клинической оценки «гневных расстройств» (anger disorders), их места в классификации и соотношения с другими психическими и поведенческими расстройствами, а также вопросы терапии патологических проявлений гнева стали обсуждаться после описания так называемых АГ (anger attacks) и выделения целого кластера психических и поведенческих расстройств, при которых наиболее ярким проявлением был гнев хронического и/или эпизодического характера. В 1990 году М. Fava с соавторами [15] сообщили о серии клинических случаях, характерной чертой которых являлись неожиданные АГ на фоне депрессивной или тревожной симптоматики при отсутствии диагностических критериев расстройства личности (РЛ). Данная исследовательская группа, опираясь на результаты своих наблюдений, предложила критерии диагностики АГ, согласно которым в качестве критерия А выделялись внезапные приступы гнева (по крайней мере один в прошлом месяце) на протяжении 6 месяцев, сопровождающиеся интенсивной вегетативной активацией и оцениваемые пациентами как нехарактерные для них, несоответствующие вызвавшим их ситуациям, с последующим выраженным чувством вины или сожаления. Критерий Б определялся как наличие четырех или более из 13 вегетативных и поведенческих симптомов (сердцебиение, покраснение, чувство стеснения или сдавливания в груди, парестезии, головокружение, чрезмерная потливость, одышка, дрожание или «тряска», сильный страх

или тревога, ощущение потери контроля, ощущение, как при атаке (нападении) на других людей, физические и/или вербальные агрессивные проявления по отношению к другим людям, бросание или разрушение каких-либо предметов, вещей. Впоследствии предлагаемые диагностические критерии АГ легли в основу самоопросника The Anger Attacks Questionnaire—AAQ, позволяющего оценить наличие или отсутствие АГ у обследуемых лиц [24]. На основании хорошего терапевтического ответа при лечении АГ с помощью антидепрессантов первоначально была выдвинута гипотеза, согласно которой АГ рассматривались как вариант панического или депрессивного расстройств [15, 53]. Подобного рода АГ отмечались примерно у 30-50% больных с униполярной депрессией [22, 24], среднее число АГ в таких случаях доходило до 3,89 [46]—7,4 [23] в месяц, без значимых различий по возрасту и полу [66], однако в отдельных работах было показано, что у мужчин АГ встречаются чаще, чем у женщин [43, 62, 64].

Накапливающиеся клинико-биологические данные позволили установить, что депрессивные подгруппы с наличием АГ и с их отсутствием оказались различными с точки зрения клинических коррелятов, личностных особенностей и биологических характеристик [29,47]. С учетом своеобразия клинической картины АГ и их высокой сопряженности, по крайней мере, с аффективными и тревожными расстройствами, возникла необходимость решения вопроса о диагностической самостоятельности и коморбидности АГ. М. Fava et al. в 1993 году опубликовали работу [16], в которой приводится описание 2 случаев АГ, где отсутствовал конкурирующий диагноз тревожного или депрессивного расстройства и отмечался хороший ответ на кломипрамин (20-75 мг/сут). В соответствии «со своим опытом» авторы указали, что при лечении АГ кломипрамином, являющимся относительно селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС), терапевтический ответ наступал гораздо раньше, чем это обычно наблюдается у пациентов с депрессией. Кроме того, дозы кломипрамина, которые были эффективны при лечении АГ, оказались ниже тех доз, которые считаются необходимыми для реализации антидепрессивного эффекта. Авторы предположили, что более раннее начало эффективности антидепрессантов у пациентов с АГ может быть опосредовано через их острые и прямые эффекты: такие как ингибирование обратного захвата нейротрансмиттеров, а не через долгосрочные эффекты вследствие перестройки чувствительности рецепторных пулов нейронов. В последующем накапливающиеся клинические данные позволили установить, что АГ могут существовать в качестве отдельного синдрома. Было высказано предположение о возможности существования спектра клинических коррелятов раздражительного настроения и гнева, который варьирует от нормальных реакций на определенные события, легкой раздражительности со

случайными, легко контролируемыми вспышками гнева до длительных периодов отчетливой раздражительности и эго-дистонических неконтролируемых АГ, ярости, нехарактерных для соответствующего человека [22].

В контексте соотношения АГ с МКБ-10 возможным вариантом их кодирования может быть F63.81—Другие расстройства привычек и влечений (расстройство с интермиттирующей раздражительностью). В планируемой новой версии МКБ-11 АГ могут соотноситься с шифром F63.8—Особые абнормальные привычки и нарушения контроля импульсов (расстройство с интермиттирующей раздражительностью). Отражением легитимности клинического понятия «гневного расстройства» или спектра «гневных расстройств» является выделение в DSM-IV (1994) интермиттирующего эксплозивного расстройства (Intermittent explosive disorder—IED), для которого характерно наличие повторяющихся эпизодов неконтролируемых агрессивных импульсов с насилием в отношении других лиц или сопровождающихся ломанием (разрушением) различных предметов. С появлением DSM-5 (2013) данное расстройство было отнесено к рубрике Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders (312.34), а его диагностические критерии претерпели определенные изменения: агрессивное поведение может проявляться еще и в виде вербальной агрессии и неразрушающей/не причиняющей вреда физической агрессии. IED сопровождается дисфункциональными последствиями на социальном, профессиональном, финансовом или юридическом уровнях. IED может диагностироваться в возрасте не младше шести лет [7], а его распространенность по данным эпидемиологического исследования NCS-R (The National Comorbidity Survey Replication, n=9282, критерии DSM-IV) в течение жизни и в течение 12 месяцев составляет 7,3% и 3,9% соответственно при среднем возрасте к началу IED—14 лет. Чаще всего IED коморбидно с расстройствами настроения, с тревожными расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ [35]. При критической оценке диагностических критериев IED по DSM-5 клиническое восприятие IED осложняется тем, что допускается его коморбидность с самыми различными расстройствами, клинические проявления которых так или иначе сопровождаются агрессивным поведением (СДВГ, антисоциальное и пограничное РЛ и др.).

Клинические наблюдения показывают, что патологические проявления гнева могут носить не только приступообразный характер, но и быть персистирующими, хроническими или выраженными АГ «наслаиваются» на имеющуюся хроническую патологическую раздражительность/чувство гнева. Примером попытки учесть такого рода расстройства в DSM-5 является диагноз Деструктивное расстройство дисрегуляции настроения (Disruptive mood dysregulation disorder—DMDD, 296.99), что соотносится с шифром F34.8 (Другие хронические (персистирующие) расстройства на-

строения) по МКБ-10. Примечательно, что именно с DMDD начинается глава DSM-5, посвященная депрессивным расстройствам. DMDD характеризуется персистирующей раздражительностью или сердитым, гневным настроением и частыми вспышками гнева, которые непропорциональны ситуации и значительно более выражены, чем типичная реакция однополых сверстников в схожих ситуациях, при продолжительности симптоматики 12 и более месяцев. Критерии DSM-5 для DMDD выделяют 2 компонента раздражительности: фазную раздражительность (то есть вспышки гнева) и тоническую раздражительность (негативный аффект, который сохраняется между вспышками гнева). Данный диагноз рекомендуется использовать в возрастном диапазоне 6-17 лет (типичное начало до 10 летнего возраста). Предполагаемая частота данного расстройства 2-5%, чаще у мальчиков. Появление диагноза DMDD явилось своего рода попыткой ограничить гипердиагностику биполярного аффективного расстройства (БАР) у детей и подростков [7]. Интересным примером психического расстройства с преобладанием «тонического» гнева является описываемый в литературе культурально-специфический синдром для корейской популяции Hwa-byung (火病) — НВ [37, 44, 45]. Название этого расстройства дословно означает «гневное расстройство» (anger disorder) или «огненная болезнь» (fire disease), поскольку его ключевыми симптомами являются чувство несправедливости, гнева, а также характерное покраснение кожи лица и чувство жжения, сопровождающие состояния гнева [44]. Распространенность НВ в Корее составляет 4,1%, а средняя длительность — более 10 лет. Считается, что для возникновения НВ важное значение имеет психосоциальный стресс, вызванный супружескими конфликтами и конфликтами с родственниками. По отношению к данному стрессу наиболее уязвимы корейские женщины, которым культурально предписывается подавлять такие реакции как гнев, ненависть, фрустрация [45]. По мнению S.K. Min [44], исходя из того, что гнев — это одна из универсальных и основных эмоций, патологический, дисфункциональный гнев или «гневное расстройство» под разными названиями можно найти не только среди лиц корейской национальности, но и в других культурах, где гнев является подавляемой эмоцией. До настоящего времени остается актуальной дискуссия о месте НВ в современных психиатрических диагностических системах. S.K. Min et al. [45] считают, что НВ может быть как изолированным, так и (что чаще всего и бывает) коморбидным с тревожными и депрессивными расстройствами, но в целом «гневные расстройства», в том числе и НВ, могут быть классифицированы в DSM-IV как 300.XX, а в ICD-10 как F46 (Anger disorder) или как F48.2 (Другие невротические расстройства). Тем не менее, допускается возможность рассматривать НВ в качестве полноправного «члена большой семьи расстройств настроения» [44]. В DSM-5 в специальном приложении (glossary of cultural

concepts of distress) НВ в большей степени соотносится с рубрикой тревожных расстройств. Другим примером «тонического» «гневного расстройства» является так называемое «посттравматическое озлобленное (ожесточенное) расстройство» (нем.: Posttraumatische Verbitterungsstörung, англ.: Posttraumatic embitterment disorder — PTEd), впервые описанное M. Linden в 2003 году у безработных иммигрантов из Восточной и Западной Германии после падения Берлинской стены, которое ассоциировалось со значительными социальными потрясениями [38]. Впоследствии это расстройство описывалось и у лиц, не перенесших таких значимых социальных потрясений, но в жизни которых были поколеблены базисные жизненные установки и ценности (например, касающиеся семьи, работы и т.д.). PTEd было предложено в качестве новой концепции для подгруппы расстройств адаптации (F43.2), а его частота оценивается на уровне 2-3 % населения при средней продолжительности более 6 месяцев [39]. Предложенное в рамках PTEd понятие «озлобление» очень похоже на основную психопатологическую концепцию НВ, но патогенез этих расстройств представляется разным [31].

#### **Раздражительность как диагностический критерий депрессии, проблема коморбидности АГ с другими психическими и поведенческими расстройствами**

Надежная оценка клинической ситуации как коморбидности АГ с тем или иным психическим расстройством (например, при их сочетании с РЛ или БАР), а не как одного из симптомов клинических проявлений текущего психического расстройства, нередко является трудно разрешимой задачей. Большинство исследований, посвященных АГ, было проведено на выборках пациентов с большим депрессивным расстройством (БДР) [19, 24, 25, 29, 47, 56], в результате чего оказалось, что раздражительное настроение и АГ во время депрессии не являются уникальной особенностью для детей и подростков, а является довольно распространенным явлением среди взрослых, страдающих БДР. З. Фрейд в своей работе «Печаль и меланхолия» (1917) указывал на тесную связь раздражительности, агрессии с депрессией, отмечая, что депрессивная реакция является результатом сложной трансформации агрессии, связанной с потерей значимого объекта, невозможностью выразить агрессию из-за страха наказания [6]. Данный тезис подтверждается отдельными современными исследованиями, согласно которым проявления враждебности у пациентов с депрессией выражены в меньшей степени, чем у здоровых лиц, что может быть связано с подавлением этими пациентами выражения гнева из-за страха перед последствиями своего поведения [26].

С другой стороны, другие исследования показывают, что депрессивные пациенты более часто выражают свою раздражительность и гнев, чем здоровые люди, особенно в отношении близких членов семьи, включая супругов и детей или в большей степени склонны переживать гнев, что

сопровождается гневными руминациями [9]. Относительно недавний обзор литературы [11] показал, что есть также целый ряд последствий депрессии, которые могут способствовать повышению риска агрессии: изоляция, потеря социальной поддержки, увеличение употребления алкоголя, гневные руминации и импульсивность. Негативные события могут порождать как депрессию, так и гнев. Один из вариантов развития событий в случае депрессии — поиск «козла отпущения», то есть, поиск внешнего лица или внешних лиц, виноватых в возникновении авersiveного аффекта. Раздражительная депрессия или «враждебная депрессия» (hostile depression) — достаточно распространенное явление, но ее клиническая оценка остается противоречивой [61]. Несмотря на то, что по данным STAR\*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) в выборке из 2307 пациентов с БДР у 1067 (46%) отмечалась повышенная раздражительность, раздражительная депрессия, по мнению авторов, не может быть выделена как отдельный субтип БДР [51]. По мнению V. Kovess-Masfety et al. [36], обобщивших результаты крупного международного исследования (the WHO World Mental Health Survey, 21 страна, n=110729), расширение диагностических критериев БДР для взрослых в DSM за счет добавления раздражительности как 10 симптома вместо традиционных 9 симптомов большой депрессии нецелесообразно, поскольку учет симптома раздражительности повышает показатели распространенности БДР в течение жизни всего на 0,4% (с 11,2 до 11,6%). С другой стороны, клиническое своеобразие депрессии с высоким уровнем агрессии подтверждено в работах отечественных авторов [2]. Данные других крупных эпидемиологических исследований подтверждают, что раздражительность может рассматриваться как кандидат в ключевые симптомы депрессивного синдрома с целью его правильной клинической оценки [17]. Особенно это может быть важным при оценке депрессии у мужчин [54, 62-64]. Проявления раздражительности в контексте текущей депрессии у женщин, в том числе в климактерическом периоде [4] или в рамках предменструального дисфорического расстройства также могут иметь важное клиническое значение. Важность раздражительности как диагностического критерия дистимии отражена DSM-5, поскольку для диагноза дистимии у детей и подростков вместо 2 летнего подавленного настроения (как в случае взрослых) достаточно наличие раздражительного настроения, наблюдаемого как минимум в течение года.

В большинстве исследований указывается на более тяжелые клинико-динамические характеристики в случае депрессивных расстройств с АГ (более ранний возраст к началу депрессивного расстройства, более выраженная депрессия, тревога и чувство безнадежности, большая длительность депрессивного эпизода, более хроническое и тяжелое долгосрочное течение депрессивного расстройства, более высокие показатели коморбидности в течение жизни со злоупотреблением

психоактивными веществами, тревожными расстройствами и с асоциальным РЛ, более серьезные психосоциальные нарушения), чем при «чистых» депрессивных расстройствах [23, 33, 56].

Однако в ряде работ не подтверждается значимое отрицательное влияние АГ на наиболее важные клинико-динамические характеристики депрессивных расстройств, за исключением ухудшения показателей качества жизни за счет большей степени нарушения интерперсональных отношений и ухудшения определенных социальных инструментов или навыков [47]. Накапливающиеся клинические наблюдения показали, что АГ достаточно часто встречаются не только при депрессивных расстройствах, но и при БАР. По мнению F. Venazzi [8] БДР с АГ может даже рассматриваться как промежуточный вариант между униполярной депрессией без приступов гнева и БАР II типа. По данным R.H. Perlis et al. [52] АГ не только более распространены в случае БАР, чем при монополярной депрессии (62% vs 26%), но и являются единственным достоверным предиктором биполярности. Тем не менее, другие исследования показали, что встречаемость АГ при монополярной и биполярной депрессии статистически значимо не отличается, а наличие АГ не может быть использовано для их разграничения [41]. Высокая вероятность АГ отмечается и в случае *расстройств тревожного спектра*. По данным N. Rainuly с соавт. [48] наибольшая частота АГ отмечалась в случае коморбидности тревожных и депрессивных расстройств — 68,7% (табл.) и концептуально АГ могут быть рассматриваемы как один из полюсов дименсионального спектра тревога — гнев в соответствии с концепцией ответа в

**Таблица. Распространенность атак гнева в зависимости от диагноза**

Диагноз	n	Частота АГ (%)
Расстройства адаптации	15	73.3
Коморбидные тревожные и депрессивные расстройства	16	68.7
Рекуррентная депрессия	22	59.1
Биполярная депрессия	22	54.5
Первый эпизод депрессии	129	51.9
ОКР	28	50.0
Соматоформные расстройства	26	46.1
Другие тревожные расстройства*	16	43.7
Паническое расстройство	20	40.0
Диссоциативные расстройства	17	35.2
Общая частота АГ		51,8

\* ГТР, фобическое расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство и тревожное расстройство неуточненное.

виде бегства-нападения, а статус АГ тесно связан или с тревогой и/или депрессией или с независимым синдромом, что требует дальнейшего изучения, но так или иначе АГ могут быть концептуализированы в отдельный синдром/расстройство (anger disorder).

АГ часто регистрируются в случае *расстройств пищевого поведения* (31%), особенно у женщин с нервной булимией [20], при ПТСР [30], при *обсессивно-компульсивным расстройстве* — 50% [49]. Особую клиническую проблему представляет собой соотношение АГ и РЛ. С одной стороны, первично АГ описывались у пациентов с депрессивными расстройствами без наличия коморбидного РЛ и это было постулировано как необходимый диагностический критерий АГ при рассмотрении их как самостоятельного психопатологического феномена [15]. С другой стороны, было обнаружено, что депрессивные пациенты с АГ в большей степени соответствуют диагностическим критериям избегающего, зависимого, пограничного, нарциссического и антисоциального РЛ, чем пациенты, страдающие депрессивными расстройствами без АГ [19, 21, 23]. К предикторам развития агрессивных и враждебных проявлений в депрессивном состоянии может быть отнесено наличие особенностей личности, характерных для эмоционально-неустойчивого (пограничного), демонстративного и нарциссического типа [2].

В работе А.А. Абрамовой [1] отмечается, что уровень физической агрессии значительно выше при депрессивных нарушениях в рамках РЛ, чем в случае больных с аффективными расстройствами и шизофренией. Клинической проблемой является и то обстоятельство, что некоторые диагностические критерии для РЛ являются более стабильными, чем другие (например, аффективная неустойчивость, а также неуместный, интенсивный гнев являются самыми стабильными критериями пограничного РЛ в течение первых 2 лет наблюдения [42], что затрудняет дифференциальную диагностику в соответствующих клинических случаях. Кроме того, клиническая ситуация еще более затрудняется, если есть коморбидность РЛ и аффективных расстройств, что в клинической практике является достаточно частой ситуацией [5]. Тем не менее, признавая всю сложность четкого выделения АГ как «равноправного партнера» в контексте коморбидности психических и поведенческих расстройств, можно говорить о том, что исходя из современных данных о возможных уникальных биологических механизмах агрессии в целом и АГ, в частности, специальный учет наличия в клинической картине текущего психического расстройства АГ может быть вполне оправдан, поскольку это может обеспечить более оптимальный алгоритм психофармакотерапии и психотерапии.

**Возможные нейробиологические механизмы, отвечающие за агрессивное поведение и АГ, терапевтические подходы к «гневным расстройствам»**

Можно предполагать, что повторяющиеся агрессивные действия, АГ имеют определенную

нейробиологическую основу, механизмы которой только начинают пониматься [57]. В первую очередь, агрессивное поведение и наличие АГ в ряде исследований увязывается с дисфункцией серотонинергической системы, причем у пациентов с депрессией, сопровождающейся АГ, вероятно, имеет место относительно большая серотонинергическая дисрегуляция, чем у пациентов с депрессией без АГ [25, 43]. Исследования, опирающиеся на нейровизуализацию, обнаружили определенные особенности у пациентов с БДР и АГ, по сравнению со случаями «чистого» БДР: региональное увеличение мозгового кровотока в левой вентромедиальной префронтальной коре и левой амигдале во время индукции гнева [10], более распространенные или серьезные подкорковые сосудистые поражения головного мозга [29].

Пытаясь найти связь между депрессией, тревогой и агрессией, Н.М. Van Praag [58,59] предложил новый подтип депрессии «stressor-precipitated, cortisol-induced, serotonin-related, anxiety/aggression-driven (SeCA) depression (провоцируемая стрессом, индуцируемая кортизолом, связанная с серотонином, побуждаемая тревогой-агрессией депрессия)» или SeTA-депрессия, биологическую основу которой составляет аномальное взаимодействие серотонинергической системы и кортизола. Согласно современным обобщенным данным важную роль в возникновении агрессивного поведения при провокации определенными стимулами играет сбой тормозных систем контроля в префронтальной коре, модулирующей это поведение. Важным представляется дисбаланс между недостаточностью префронтальной регуляции и гиперответом миндалины и других отделов лимбической системы при аффективной оценке происходящего. Недостаточность серотонинергического регулирования тормозной системы, чрезмерная катехоламинергическая стимуляция и подкорковый дисбаланс глутаматергической/ГАМКергической систем, а также патология в нейропептидных системах, участвующих в регулировании поведения, направленного на аффилиацию, могут способствовать аномалиям в этой схеме регуляции агрессивного поведения.

Таким образом, фармакологические вмешательства, например, с помощью нормотимиков, способных уменьшить лимбическую раздражительность или с помощью СИОЗС, усиливающих контроль «сверху вниз», а также психосоциальных вмешательств, позволяющих развить альтернативные навыки преодоления имеющихся поведенческих трудностей и укрепить рефлексивную задержку, могут быть иметь терапевтический эффект при наличии патологических проявлений агрессии. Последние новые фармакологические опции, включая 5-НТ2А антагонисты, 5-НТ2С агонисты, опиатные смешанные агонисты/антагонисты и окситоцин, теоретически могут быть весьма эффективными в регулировании агрессивного поведения, но они нуждаются в тщательном клиническом изучении [57]. Поскольку увеличение раздражительности, наличие АГ прежде все-

го связывают с серотонинергической дисфункцией, наибольшее количество работ в отношении терапии АГ посвящено эффективности СИОЗС. В ряде исследований подтвердилась высокая эффективность в отношении АГ у пациентов с БДР флуоксетина [14, 23, 24], сертралина [13;19]. Примечательно, что в случае использования СИОЗС при терапии депрессии с АГ отчетливо раньше уменьшаются раздражительность и количество АГ и лишь позднее уменьшается такие симптомы как депрессивное настроение, сниженные активность и побуждения [12, 43]. В целом редукция симптомов АГ наблюдается у 53-71% пациентов амбулаторного звена при использовании таких антидепрессантов, как флуоксетин, сертралин и имипрамин [19, 21, 24]. Эффективным в отношении проявлений агрессивности и АГ признается использование не только СИОЗС, но и сочетание антидепрессантов с антиконвульсантами/нормотимиками или самостоятельное использование последних [19, 27, 50].

Согласно данным кокрановского обзора [28] эффективность 4 антиэпилептических препаратов (вальпроат/дивалпроекс, карбамазепин, окскарбазепин и фенитоин) в отношении агрессии оценивается как противоречивая, что обуславливает необходимость дальнейших исследований в этом направлении. Антиагрессивное действие окскарбазепина/карбамазепина, лития и фенитоина подтверждено и в случае IED [32]. В качестве терапевтической опции при АГ помимо СИОЗС или ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина возможно использование в качестве аугментации атипичных нейролептиков: арипипразола, оланзапина или кветиапина [43]. Новый атипичный нейролептик брекспипразол, имеющий показание для вспомогательного лечения БДР [65], может быть эффективен и в отношении раздражительности и гнева [18, 40]. Безусловно важным терапевтическим звеном при симптомах раздражительности и АГ является психотерапия. Мета-аналитический обзор показал, что различные психотерапевтические подходы (ког-

нитивная, когнитивно-поведенческая терапия, экспозиционная терапия, психодинамическая терапия, психообразование, релаксационная терапия, тренинг умений, стресс-прививочная (stress inoculation) терапия, и мультикомпонентная терапия) являются эффективным средством в отношении патологических проявлений гнева [55].

### Заключение

Таким образом, современные подходы к клиническому пониманию патологических проявлений раздражительности и гнева основываются на предположении о необходимости более пристального изучения проявлений гнева как психопатологического феномена, который может существовать, с одной стороны, в виде продолжительных, «тонических» проявлений, а, с другой стороны, в виде приступообразных, «пароксизмальных» эпизодов гнева или их сочетания. При этом данные клинические проявления в отдельных случаях могут быть понимаемы, как симптом в рамках текущего психического расстройства, как отдельное «гневное расстройство» или как клиническая ситуация коморбидности.

Биологические механизмы, лежащие в основе нормальных и патологических проявлений гнева, в настоящее время недостаточно изучены, но наибольшее количество исследовательских данных указывает на заинтересованность серотонинергической системы и нарушение соотношения активности глутаматергической/ГАМКергической систем. Терапевтические опции в отношении патологических проявлений гнева остаются предметом научной дискуссии и целью дальнейших исследований. Наиболее эффективными представляются психофармакологические стратегии, учитывающие биологические механизмы, лежащие в основе патологических проявлений раздражительности и гнева, а также психотерапевтические методы, обеспечивающие улучшение контроля над ними.

### Литература

1	Абрамова А. А. Агрессивность при депрессивных расстройствах: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Москва. — 2005. — 23с.	Abramova A.A. Aggressiveness in depressive disorders: avtoref. dis. ... kand. psikholog. nauk. Moskva. — 2005. (In Rus.).
2	Ваксман А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии (закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и социально-психическая адаптация): авторефер. дис. ... канд. мед. наук. — Москва. — 2005. — 26 с.	Vaxman A.V. Hostility and aggressiveness in the structure of depression (patterns of formation, prognostic significance, therapy and socio-psychological adaptation): avtorefer. dis. ... kand. med. nauk. Moskva. — 2005. (In Rus.).
3	Изард К.Э. Психология эмоций / Перев. с англ. — СПб: Изд-во «Питер». — 2000. — 464 с.	Izard C.E. The Psychology of Emotions. SPb: Izd-vo «Piter». — 2000 (In Rus.).
4	Мазо Г.Э., Ганзенко М. А. Депрессии у женщин в период менопаузального перехода // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2016. — Т. 18, № 6. — С.30–36.	Mazo G. E., Ganzenko M. A. Depression in women with menopausal transition. — Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya. — 2016; 18(6): 30-36. (In Rus.).

5	Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Бохан Н.А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности (обзор зарубежной литературы) // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — Том 24, №2. — С.91-97.	Simutkin G.G., Yakovleva A.L., Bokhan N.A. Comorbidity of affective and personality disorders. <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya</i> . 2014; 24(2): 91-97. (In Rus.).
6	Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психика: структура и функционирование. — М.: Академический проект, — 2007. — С. 208—223.	Freud S. Mourning and Melancholia. <i>Psikhika: struktura i funktsionirovanie</i> . M.: Akademicheskii proekt, 2007:208-223. (In Rus.).
7	American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. — 2013.	American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. — 2013.
8	Benazzi F. Major depressive disorder with anger: a bipolar spectrum disorder? // <i>Psychother. Psychosom.</i> — 2003. — Vol.72. — P. 300-306. DOI: 10.1159/000073026	Benazzi F. Major Depressive Disorder with Anger: A Bipolar Spectrum Disorder? <i>Psychother Psychosom.</i> 2003; 72:300-306. DOI:10.1159/000073026.
9	Besharat M, Nia M, Farahani H. Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. <i>Asian J Psychiatr.</i> — 2013. — Vol.6. — P.35-41. DOI:10.1016/j.ajp.2012.07.013.	Besharat M, Nia M, Farahani H. Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. <i>Asian J Psychiatr.</i> 2013; 6:35-41. DOI:10.1016/j.ajp.2012.07.013.
10	Dougherty D, Rauch S, Deckersbach T et al. Ventromedial Prefrontal Cortex and Amygdala Dysfunction During an Anger Induction Positron Emission Tomography Study in Patients With Major Depressive Disorder With Anger Attacks. — <i>Arch Gen Psychiatry.</i> — 2004. — Vol.61. — P.795. DOI:10.1001/archpsyc.61.8.795.	Dougherty D, Rauch S, Deckersbach T et al. Ventromedial Prefrontal Cortex and Amygdala Dysfunction During an Anger Induction Positron Emission Tomography Study in Patients With Major Depressive Disorder With Anger Attacks. <i>Arch Gen Psychiatry.</i> 2004;61(8):795. DOI:10.1001/archpsyc.61.8.795.
11	Dutton D, Karakanta C. Depression as a risk marker for aggression: A critical review. <i>Aggress Violent Behav.</i> — 2013. — Vol.18. — P.310-319. DOI:10.1016/j.avb.2012.12.002.	Dutton D, Karakanta C. Depression as a risk marker for aggression: A critical review. <i>Aggress Violent Behav.</i> 2013; 18:310-319. DOI:10.1016/j.avb.2012.12.002
12	Farabaugh A, Sonawalla S, Johnson DP et al. Early improvements in anxiety, depression, and anger/hostility symptoms and response to antidepressant treatment. — <i>Ann Clin Psychiatry.</i> — 2010. — Vol.22. — P.166-171.	Farabaugh A, Sonawalla S, Johnson DP et al. Early improvements in anxiety, depression, and anger/hostility symptoms and response to antidepressant treatment. <i>Ann Clin Psychiatry.</i> 2010; 22:166-171.
13	Farnam A, MehrAra A, Dadashzadeh H, Chababianlou G, Safikhanlou S. Studying the Effect of Sertraline in Reducing Aggressive Behavior in Patients with Major Depression. — <i>Adv Pharm Bull.</i> — 2017. — vol.7. — P.275-279. DOI:10.15171/apb.2017.033.	Farnam A, MehrAra A, Dadashzadeh H, Chababianlou G, Safikhanlou S. Studying the Effect of Sertraline in Reducing Aggressive Behavior in Patients with Major Depression. <i>Adv Pharm Bull.</i> 2017;7(2):275-279. DOI:10.15171/apb.2017.033.
14	Fava M, Alpert J, Nierenberg A et al. Fluoxetine Treatment of Anger Attacks: A Replication Study. — <i>Annals of Clinical Psychiatry.</i> — 1996. — Vol.8. — P.7-10. DOI:10.3109/10401239609149084.	Fava M, Alpert J, Nierenberg A et al. Fluoxetine Treatment of Anger Attacks: A Replication Study. <i>Annals of Clinical Psychiatry.</i> 1996; 8:7-10. DOI:10.3109/10401239609149084.
15	«Anger attacks»: possible variants of panic and major depressive disorders. — <i>American Journal of Psychiatry.</i> — 1990. — Vol.147. — P.867-870. DOI:10.1176/ajp.147.7.867.	«Anger attacks»: possible variants of panic and major depressive disorders. <i>American Journal of Psychiatry.</i> 1990;147(7):867-870. DOI:10.1176/ajp.147.7.867.
16	Fava M, Anderson K, Rosenbaum J. Are Thymoleptic-Responsive “Anger Attacks” a Discrete Clinical Syndrome? — <i>Psychosomatics.</i> — 1993. — Vol.34. — P.350-355. DOI:10.1016/s0033-3182(93)71869-1.	Fava M, Anderson K, Rosenbaum J. Are Thymoleptic-Responsive “Anger Attacks” a Discrete Clinical Syndrome?. <i>Psychosomatics.</i> 1993;34(4):350-355. DOI:10.1016/s0033-3182(93)71869-1.

17	Fava M, Hwang I, Rush A, Sampson N, Walters E, Kessler R. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. — <i>Mol Psychiatry</i> . — 2009. — Vol.15. — P.856-867. DOI:10.1038/mp.2009.20.	Fava M, Hwang I, Rush A, Sampson N, Walters E, Kessler R. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. <i>Mol Psychiatry</i> . 2009;15(8):856-867. DOI:10.1038/mp.2009.20.
18	Fava M, Ménard F, Davidsen C, Baker R. Adjunctive Brexpiprazole in Patients With Major Depressive Disorder and Irritability. — <i>J Clin Psychiatry</i> . — 2016. — Vol.77. — P.1695-1701. DOI:10.4088/jcp.15m10470.	Fava M, Ménard F, Davidsen C, Baker R. Adjunctive Brexpiprazole in Patients With Major Depressive Disorder and Irritability. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2016;77(12):1695-1701. DOI:10.4088/jcp.15m10470.
19	Fava M, Nierenberg AA, Quitkin FM et al. A preliminary study on the efficacy of sertraline and imipramine on anger attacks in atypical depression and dystymia — <i>Psychopharmacol Bull.</i> — 1997. — Vol.33. — P.101-113.	Fava M, Nierenberg AA, Quitkin FM et al. A preliminary study on the efficacy of sertraline and imipramine on anger attacks in atypical depression and dystymia <i>Psychopharmacol Bull.</i> 1997; 33:101-113.
20	Fava M, Rappe S, West J, Herzog D. Anger attacks in eating disorders. — <i>Psychiatry Res.</i> — 1995. — Vol.56. — P.205-212. DOI:10.1016/0165-1781(95)02577-j.	Fava M, Rappe S, West J, Herzog D. Anger attacks in eating disorders. <i>Psychiatry Res.</i> 1995; 56:205-212. DOI:10.1016/0165-1781(95)02577-j.
21	Fava M, Rosenbaum J. Anger attacks in depression. <i>Depress Anxiety</i> . — 1998. — Vol.8. — P.59-63. DOI:10.1002/(sici)1520-6394(1998)8:1+<59::aid-da9>3.3.co;2-p.	Fava M, Rosenbaum J. Anger attacks in depression. <i>Depress Anxiety</i> . 1998;8(S1):59-63. DOI:10.1002/(sici)1520-6394(1998)8:1+<59::aid-da9>3.3.co;2-p.
22	Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. — <i>J Clin Psychiatry</i> . — 1999. — Vol.60. — P.21-24.	Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. <i>J Clin Psychiatry</i> . 1999; 60 Suppl 15:21-24.
23	Anger attacks in unipolar depression, Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. — <i>American Journal of Psychiatry</i> . — 1993. — Vol.150. — P.1158-1163. DOI:10.1176/ajp.150.8.1158.	Anger attacks in unipolar depression, Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. <i>American Journal of Psychiatry</i> . 1993; 150:1158-1163. DOI:10.1176/ajp.150.8.1158.
24	Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M, Pava J, Steingard R, Bless E. Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. — <i>Psychopharmacol Bull.</i> — 1991. — Vol.27. — P.275-279.	Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M, Pava J, Steingard R, Bless E. Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. <i>Psychopharmacol Bull.</i> 1991; 27:275-9.
25	Fava M, Vuolo R, Wright E, Nierenberg A, Alpert J, Rosenbaum J. Fenfluramine challenge in unipolar depression with and without anger attacks. — <i>Psychiatry Res.</i> — 2000. — Vol.94. — P.9-18. DOI:10.1016/s0165-1781(00)00120-7.	Fava M, Vuolo R, Wright E, Nierenberg A, Alpert J, Rosenbaum J. Fenfluramine challenge in unipolar depression with and without anger attacks. <i>Psychiatry Res.</i> 2000; 94:9-18. DOI:10.1016/s0165-1781(00)00120-7.
26	Goldman L, Haaga D. Depression and the Experience and Expression of Anger in Marital and Other Relationships. — <i>J Nerv Ment Dis.</i> — 1995. — Vol.183. — P.505-509. DOI:10.1097/00005053-199508000-00002.	Goldman L, Haaga D. Depression and the Experience and Expression of Anger in Marital and Other Relationships. <i>J Nerv Ment Dis.</i> 1995; 183:505-509. DOI:10.1097/00005053-199508000-00002.
27	Hollander E, Tracy K, Swann A et al. Divalproex in the Treatment of Impulsive Aggression: Efficacy in Cluster B Personality Disorders. — <i>Neuropsychopharmacology</i> . — 2003. — Vol.28. — P.1186-1197. DOI:10.1038/sj.npp.1300153.	Hollander E, Tracy K, Swann A et al. Divalproex in the Treatment of Impulsive Aggression: Efficacy in Cluster B Personality Disorders. <i>Neuropsychopharmacology</i> . 2003; 28:1186-1197. DOI:10.1038/sj.npp.1300153.



28	Huband N, Ferriter M, Nathan R, Jones H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . — 2010. DOI:10.1002/14651858.cd003499.pub3.	Huband N, Ferriter M, Nathan R, Jones H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . — 2010. DOI:10.1002/14651858.cd003499.pub3.
29	Iosifescu D, Renshaw P, Dougherty D et al. Major Depressive Disorder With Anger Attacks and Subcortical MRI White Matter Hyperintensities. — <i>J Nerv Ment Dis</i> . — 2007. — Vol.195. — P.175-178. DOI:10.1097/01.nmd.0000253820.69362.87.	Iosifescu D, Renshaw P, Dougherty D et al. Major Depressive Disorder With Anger Attacks and Subcortical MRI White Matter Hyperintensities. <i>J Nerv Ment Dis</i> . 2007; 195:175-178. DOI:10.1097/01.nmd.0000253820.69362.87.
30	Jakupcak M, Tull M. Effects of Trauma Exposure on Anger, Aggression, and Violence in a Nonclinical Sample of Men. — <i>Violence Vict</i> . — 2005. — Vol.20. — P. 589-598. DOI:10.1891/vivi.2005.20.5.589.	Jakupcak M, Tull M. Effects of Trauma Exposure on Anger, Aggression, and Violence in a Nonclinical Sample of Men. <i>Violence Vict</i> . 2005; 20:589-598. DOI:10.1891/vivi.2005.20.5.589.
31	Joe S, Lee J, Kim S, Won S, Lim J, Ha K. Posttraumatic Embitterment Disorder and Hwa-byung in the General Korean Population. — <i>Psychiatry Investig</i> . — 2017. — Vol.14. — P.392. DOI:10.4306/pi.2017.14.4.392.	Joe S, Lee J, Kim S, Won S, Lim J, Ha K. Posttraumatic Embitterment Disorder and Hwa-byung in the General Korean Population. <i>Psychiatry Investig</i> . 2017; 14:392. DOI:10.4306/pi.2017.14.4.392.
32	Jones R, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor P. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. — <i>British Journal of Psychiatry</i> . — 2011. — Vol.198. — P.93-98. DOI:10.1192/bjp.bp.110.083030.	Jones R, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor P. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. <i>British Journal of Psychiatry</i> . 2011; 198:93-98. DOI:10.1192/bjp.bp.110.083030.
33	Judd L, Schettler P, Coryell W, Akiskal H, Fiedorowicz J. Overt Irritability/Anger in Unipolar Major Depressive Episodes. — <i>JAMA Psychiatry</i> . — 2013. — Vol.70. — P.1171. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2013.1957.	Judd L, Schettler P, Coryell W, Akiskal H, Fiedorowicz J. Overt Irritability/Anger in Unipolar Major Depressive Episodes. <i>JAMA Psychiatry</i> . 2013; 70:1171. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2013.1957.
34	Kennedy H. Anger and Irritability. — <i>British Journal of Psychiatry</i> . — 1992. — Vol.161. — P.145-153. DOI:10.1192/bjp.161.2.145.	Kennedy H. Anger and Irritability. <i>British Journal of Psychiatry</i> . 1992; 161:145-153. DOI:10.1192/bjp.161.2.145.
35	Kessler R, Coccaro E, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The Prevalence and Correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. — <i>Arch Gen Psychiatry</i> . — 2006. — Vol.63. — P.669. DOI:10.1001/archpsyc.63.6.669.	Kessler R, Coccaro E, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The Prevalence and Correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. <i>Arch Gen Psychiatry</i> . 2006;63(6):669. DOI:10.1001/archpsyc.63.6.669.
36	Kovess-Masfety V, Alonso J, Angermeyer M et al. Irritable mood in adult major depressive disorder: results from the world mental health surveys. — <i>Depress Anxiety</i> . — 2013. — Vol.30. — P.395-406. DOI:10.1002/da.22033.	Kovess-Masfety V, Alonso J, Angermeyer M et al. Irritable mood in adult major depressive disorder: results from the world mental health surveys. <i>Depress Anxiety</i> . 2013;30(4):395-406. DOI:10.1002/da.22033.
37	Lee J, Wachholtz A, Choi K. A Review of the Korean Cultural Syndrome Hwa-Byung: Suggestions for Theory and Intervention. — <i>Journal of Asia Pacific Counseling</i> . — 2014. — Vol.4. — P.49-64. DOI:10.18401/2014.4.1.4.	Lee J, Wachholtz A, Choi K. A Review of the Korean Cultural Syndrome Hwa-Byung: Suggestions for Theory and Intervention. <i>Journal of Asia Pacific Counseling</i> . 2014;4(1):49-64. DOI:10.18401/2014.4.1.4.
38	Linden M. Posttraumatic Embitterment Disorder. — <i>Psychother Psychosom</i> . — 2003. — Vol.72. — P.195-202. DOI:10.1159/000070783.	Linden M. Posttraumatic Embitterment Disorder. <i>Psychother Psychosom</i> . 2003; 72:195-202. DOI:10.1159/000070783.

39	Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B. Diagnostic criteria and the standardized diagnostic interview for posttraumatic embitterment disorder (PTED). — <i>Int J Psychiatry Clin Pract.</i> — 2008. — Vol.12. — P.93-96. DOI:10.1080/13651500701580478.	Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B. Diagnostic criteria and the standardized diagnostic interview for posttraumatic embitterment disorder (PTED). <i>Int J Psychiatry Clin Pract.</i> 2008; 12(2):93-96. DOI:10.1080/13651500701580478.
40	Maeda K, Sugino H, Akazawa H et al. Brexpiprazole I: In Vitro and In Vivo Characterization of a Novel Serotonin-Dopamine Activity Modulator. — <i>Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics.</i> — 2014. — Vol.350. — P.589-604. DOI:10.1124/jpet.114.213793.	Maeda K, Sugino H, Akazawa H et al. Brexpiprazole I: In Vitro and In Vivo Characterization of a Novel Serotonin-Dopamine Activity Modulator. <i>Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics.</i> 2014; 350:589-604. DOI:10.1124/jpet.114.213793.
41	Mammen O, Pilkonis P, Chengappa K, Kupfer D. Anger Attacks in Bipolar Depression. — <i>J Clin Psychiatry.</i> — 2004. — Vol.65. — P.627-633. DOI:10.4088/jcp.v65n0506.	Mammen O, Pilkonis P, Chengappa K, Kupfer D. Anger Attacks in Bipolar Depression. <i>J Clin Psychiatry.</i> 2004; 65(5):627-633. DOI:10.4088/jcp.v65n0506.
42	McGlashan T, Grilo C, Sanislow C et al. Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders. — <i>American Journal of Psychiatry.</i> — 2005. — Vol.162. — P.883-889. DOI:10.1176/appi.ajp.162.5.883.	McGlashan T, Grilo C, Sanislow C et al. Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders. <i>American Journal of Psychiatry.</i> 2005; 162(5):883-889. DOI:10.1176/appi.ajp.162.5.883.
43	Meshkat D, Kutzelnigg A, Kasper S Winkler D. Ärgerattacken bei Depressionen: Geschlechtsspezifische Aspekte. — <i>Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie.</i> — 2010. — Vol.11. — P.22-25.	Meshkat D, Kutzelnigg A, Kasper S Winkler D. Ärgerattacken bei Depressionen: Geschlechtsspezifische Aspekte <i>Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie.</i> — 2010. — Vol.11. — P.22-25.
44	Min S. Clinical Correlates of Hwa-Byung and a Proposal for a New Anger Disorder. — <i>Psychiatry Investig.</i> — 2008. — Vol.5. — P.125. DOI:10.4306/pi.2008.5.3.125.	Min S. Clinical Correlates of Hwa-Byung and a Proposal for a New Anger Disorder. <i>Psychiatry Investig.</i> 2008; 5:125. DOI:10.4306/pi.2008.5.3.125.
45	Min S, Suh S, Song K. Symptoms to Use for Diagnostic Criteria of Hwa-Byung, an Anger Syndrome. — <i>Psychiatry Investig.</i> — 2009. — Vol.6. — P.7. DOI:10.4306/pi.2009.6.1.7.	Min S, Suh S, Song K. Symptoms to Use for Diagnostic Criteria of Hwa-Byung, an Anger Syndrome. <i>Psychiatry Investig.</i> 2009;6(1):7. DOI:10.4306/pi.2009.6.1.7.
46	Morand P, Thomas G, Bungener C, Ferreri M, Jouvent R. Fava's Anger Attacks Questionnaire: evaluation of the French version in depressed patients. — <i>European Psychiatry.</i> — 1998. — Vol.13. — P.41-45. DOI:10.1016/s0924-9338(97)86750-8.	Morand P, Thomas G, Bungener C, Ferreri M, Jouvent R. Fava's Anger Attacks Questionnaire: evaluation of the French version in depressed patients. <i>European Psychiatry.</i> 1998; 13:41-45. DOI:10.1016/s0924-9338(97)86750-8.
47	Painuly N, Sharan P, Mattoo S. Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. — <i>Psychiatry Res.</i> — 2007. — Vol.153. — P.39-45. DOI:10.1016/j.psychres.2006.03.001.	Painuly N, Sharan P, Mattoo S. Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. <i>Psychiatry Res.</i> 2007; 153:39-45. DOI:10.1016/j.psychres.2006.03.001.
48	Painuly N, Grover S, Gupta N, Mattoo S. Prevalence of anger attacks in depressive and anxiety disorders: Implications for their construct? — <i>Psychiatry Clin Neurosci.</i> — 2011. — Vol.65. — P.165-174. DOI:10.1111/j.1440-1819.2010.02177.x.	Painuly N, Grover S, Gupta N, Mattoo S. Prevalence of anger attacks in depressive and anxiety disorders: Implications for their construct?. <i>Psychiatry Clin Neurosci.</i> 2011; 65:165-174. DOI:10.1111/j.1440-1819.2010.02177.x.
49	Painuly NP, Grover S, Mattoo SK, Gupta N. Anger attacks in obsessive compulsive disorder. — <i>Ind Psychiatry J.</i> — 2011. — Vol.20. — P.115-119. DOI:10.4103/0972-6748.102501.	Painuly NP, Grover S, Mattoo SK, Gupta N. Anger attacks in obsessive compulsive disorder. <i>Ind Psychiatry J</i> 2011; 20:115-119. DOI:10.4103/0972-6748.102501.

50	Pasquini M, Picardi A, Specca A et al. <i>Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health</i> . — 2007. — Vol.3. — P.3. DOI:10.1186/1745-0179-3-3.	Pasquini M, Picardi A, Specca A et al. <i>Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health</i> . 2007; 3:3. DOI:10.1186/1745-0179-3-3.
51	Perlis R, Fava M, Trivedi M et al. <i>Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder</i> .— <i>Acta Psychiatr Scand</i> . — 2009. — Vol.119. — P.282-289. DOI:10.1111/j.1600-0447.2008.01298.x.	Perlis R, Fava M, Trivedi M et al. <i>Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder</i> . <i>Acta Psychiatr Scand</i> . 2009; 119:282-289. DOI:10.1111/j.1600-0447.2008.01298.x.
52	Perlis R, Smoller J, Fava M, Rosenbaum J, Nierenberg A, Sachs G. <i>The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder</i> .— <i>J Affect Disord</i> . — 2004. — Vol.79. — P.291-295. DOI:10.1016/s0165-0327(02)00451-2.	Perlis R, Smoller J, Fava M, Rosenbaum J, Nierenberg A, Sachs G. <i>The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder</i> . <i>J Affect Disord</i> . 2004; 79:291-295. DOI:10.1016/s0165-0327(02)00451-2.
53	Rosenbaum JF, Fava M, Pava JA et al. <i>Anger attacks in unipolar depression, Part 2: Neuroendocrine correlates and changes following fluoxetine treatment</i> . — <i>American Journal of Psychiatry</i> . — 1993. — Vol.150. — P.1164-1168. DOI:10.1176/ajp.150.8.1164.	Rosenbaum JF, Fava M, Pava JA et al. <i>Anger attacks in unipolar depression, Part 2: Neuroendocrine correlates and changes following fluoxetine treatment</i> . <i>American Journal of Psychiatry</i> . 1993; 150:1164-1168. DOI:10.1176/ajp.150.8.1164.
54	Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Wälinder J. <i>Prevention of male suicides: lessons from Gotland study</i> . — <i>The Lancet</i> . — 1995. — Vol.345. — P.524. DOI:10.1016/s0140-6736(95)90622-3.	Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Wälinder J. <i>Prevention of male suicides: lessons from Gotland study</i> . <i>The Lancet</i> . 1995; 345:524. DOI:10.1016/s0140-6736(95)90622-3.
55	Saini M. <i>A Meta-analysis of the Psychological Treatment of Anger: Developing Guidelines for Evidence-Based Practice</i> . — <i>J Am Acad Psychiatry Law</i> . — 2009. — Vol.37. — P.473-488.	Saini M. <i>A Meta-analysis of the Psychological Treatment of Anger: Developing Guidelines for Evidence-Based Practice</i> . <i>J Am Acad Psychiatry Law</i> . 2009; 37:473-488.
56	Sayar K, Guzelhan Y, Solmaz M et al. — <i>Annals of Clinical Psychiatry</i> . — 2000. — Vol.12. — P.213-218. DOI:10.1023/a:1009082409702.	Sayar K, Guzelhan Y, Solmaz M et al. — <i>Annals of Clinical Psychiatry</i> . 2000; 12:213-218. DOI:10.1023/a:1009082409702.
57	Siever L. <i>Neurobiology of Aggression and Violence</i> . — <i>American Journal of Psychiatry</i> . — 2008. — Vol.165. — P.429-442. DOI:10.1176/appi.ajp.2008.07111774.	Siever L. <i>Neurobiology of Aggression and Violence</i> . <i>American Journal of Psychiatry</i> . 2008; 165:429-442. DOI:10.1176/appi.ajp.2008.07111774.
58	Van Praag H. <i>Anxiety/aggression — driven depression</i> . <i>Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry</i> . — 2001. — Vol.25. — P.893-924. DOI:10.1016/s0278-5846(01)00151-8.	Van Praag H. <i>Anxiety/aggression — driven depression</i> . <i>Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry</i> . 2001;25(4):893-924. DOI:10.1016/s0278-5846(01)00151-8.
59	Van Praag H. <i>Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterisation of a new, hypothetical depression subtype (SeCA depression)</i> . — <i>Psychiatry Res</i> . — 1996. — 65. — P.143-157. DOI:10.1016/s0165-1781(96)02923-x.	Van Praag H. <i>Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterisation of a new, hypothetical depression subtype (SeCA depression)</i> . <i>Psychiatry Res</i> . 1996;65(3):143-157. DOI:10.1016/s0165-1781(96)02923-x.
60	Vidal-Ribas P, Brotman M, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. <i>The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review</i> . — <i>Journal of the American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry</i> . — 2016. — Vol.55. — P.556-570. DOI:10.1016/j.jaac.2016.04.014.	Vidal-Ribas P, Brotman M, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. <i>The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review</i> . <i>Journal of the American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry</i> . 2016;55(7):556-570. DOI:10.1016/j.jaac.2016.04.014.

61	Weissman M, Klerman G, Paykel E. <i>Clinical Evaluation of Hostility in Depression.</i> — <i>American Journal of Psychiatry.</i> — 1971. — Vol.128. — P.261-266. DOI:10.1176/ajp.128.3.261.	Weissman M, Klerman G, Paykel E. <i>Clinical Evaluation of Hostility in Depression.</i> <i>American Journal of Psychiatry.</i> 1971;128(3):261-266. DOI:10.1176/ajp.128.3.261.
62	Winkler D, Pjrek E, Kasper S. <i>Anger Attacks in Depression—Evidence for a Male Depressive Syndrome.</i> — <i>Psychother Psychosom.</i> — 2005. — Vol.74. — P.303-307. DOI:10.1159/000086321.	Winkler D, Pjrek E, Kasper S. <i>Anger Attacks in Depression—Evidence for a Male Depressive Syndrome.</i> <i>Psychother Psychosom.</i> 2005; 74:303-307. DOI:10.1159/000086321.
63	Winkler D, Pjrek E, Kindler J, Heiden A, Kasper S. <i>Validation of a Simplified Definition of Anger Attacks.</i> — <i>Psychother Psychosom.</i> — 2006. — Vol.75. — P.103-106. DOI:10.1159/000090894.	Winkler D, Pjrek E, Kindler J, Heiden A, Kasper S. <i>Validation of a Simplified Definition of Anger Attacks.</i> <i>Psychother Psychosom.</i> 2006; 75:103-106. DOI:10.1159/000090894.
64	Winkler D, Pjrek E, Konstantinidis A et al. <i>Anger attacks in seasonal affective disorder.</i> — <i>Int J Neuropsychopharmacol.</i> — 2005. — Vol.9. — P.215. DOI:10.1017/s1461145705005602.	Winkler D, Pjrek E, Konstantinidis A et al. <i>Anger attacks in seasonal affective disorder.</i> <i>Int J Neuropsychopharmacol.</i> 2005;9(02):215. DOI:10.1017/s1461145705005602.
65	Yoon S, Jeon S, Ko Y et al. <i>Adjunctive Brexpiprazole as a Novel Effective Strategy for Treating Major Depressive Disorder.</i> — <i>J Clin Psychopharmacol.</i> — 2017. — Vol.37. — P.46-53. DOI:10.1097/jcp.0000000000000622.	Yoon S, Jeon S, Ko Y et al. <i>Adjunctive Brexpiprazole as a Novel Effective Strategy for Treating Major Depressive Disorder.</i> <i>J Clin Psychopharmacol.</i> 2017; 37(1): 46-53. DOI:10.1097/jcp.0000000000000622.
66	Zaidi U. <i>Gender Difference in Perceived Social Support and Clinical Anger in Depressed Patients.</i> — <i>IOSR Journal of Humanities and Social Science.</i> — 2014. — Vol.19. — P.79-84. DOI:10.9790/0837-191217984.	Zaidi U. <i>Gender Difference in Perceived Social Support and Clinical Anger in Depressed Patients.</i> <i>IOSR Journal of Humanities and Social Science.</i> 2014;19(12):79-84. DOI:10.9790/0837-191217984.

## Сведения об авторе

**Симуткин Герман Геннадьевич** — д.м.н., в.н.с. отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». E-mail: ggsimutkin@gmail.com