

# Влияние импульсивности на клиническую картину и терапевтический ответ при генерализованном тревожном расстройстве: роль коморбидных психических расстройств

Потанин С.С., Морозова М.А., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Рупчев Г.Е., Лепилкина Т.А.,  
Кибитов А.А.

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

## Оригинальная статья

**Резюме.** Цель исследования: Изучение влияния импульсивности на выраженность симптомов и эффективность терапии генерализованного тревожного расстройства (ГТР) с учетом влияния коморбидных психических расстройств. Материалы и методы: В исследование были включены 153 пациента с ГТР, в том числе 36 пациентов с сопутствующими психическими расстройствами. Психометрическая оценка симптомов тревоги и депрессии проводилась с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), симптомов импульсивности — по Шкале импульсивности Баррата (Barratt Impulsiveness Scale). О пациентах собиралась следующая информация: демографические данные, сведения о психофармакотерапии и эффективность лечения. Для оценки влияния импульсивности было проведено сравнение двух групп пациентов: с клинически значимой импульсивностью (общий балл по шкале Баррата выше 70) и без таковой (общий балл по шкале Баррата ниже 70) в общей группе пациентов и в подгруппе без коморбидных психических расстройств, напрямую влияющих на уровень импульсивности. Результаты: было обнаружено, что повышенный уровень импульсивности связан с большей выраженностью симптомов тревоги и депрессии по шкале HADS в общей выборке пациентов, однако, при учете влияния коморбидных диагнозов, значимого влияния уровня импульсивности на симптоматику отмечено не было. Среди отдельных характеристик импульсивности выявлена только связь с нарушением внимания и повышенными показателями по шкале тревоги HADS. Импульсивность не оказала влияния на эффективность терапии. Заключение: Результаты исследования показывают, что симптомы импульсивности при ГТР в значительной степени обусловлены сопутствующей патологией, тогда как при изолированном ГТР влияние импульсивности на симптоматику минимально. Значимого влияния импульсивности на терапевтический ответ в данном исследовании не обнаружено.

**Ключевые слова:** импульсивность, генерализованное тревожное расстройство, тревога, депрессия, госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала Баррата.

## Информация об авторах:

Потанин Сергей Сергеевич\* — e-mail: potanin\_ss@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9180-1940>.  
Морозова Маргарита Алексеевна — e-mail: margmorozova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7847-2716>.  
Бениашвили Аллан Герович — e-mail: beniashvilia@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5149-3760>.  
Бурминский Денис Сергеевич — e-mail: desbur@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7098-2570>.  
Рупчев Георгий Евгеньевич — e-mail: rupchevgeorg@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4440-095X>.  
Лепилкина Таисия Алексеевна — e-mail: lepilkina@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2640-4658>.  
Кибитов Андрей Александрович — e-mail: andreykibitov18@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7766-9675>.

**Как цитировать:** Потанин С.С., Морозова М.А., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Рупчев Г.Е., Лепилкина Т.А., Кибитов А.А. Влияние импульсивности на клиническую картину и терапевтический ответ при генерализованном тревожном расстройстве: роль коморбидных психических расстройств. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:4:91-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-1093>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов



## The influence of impulsivity on the clinical symptoms and therapeutic response in generalized anxiety disorder: the role of comorbid mental disorders

Sergei S. Potanin, Margarita A. Morozova, Allan G. Beniashvili, Denis S. Burminskiy, George E. Rupchev,  
Taissia A. Lepilkina, Andrey A. Kibitov  
Mental Health Research Center, Moscow, Russia

### Research article

**Summary.** Objective. The aim of the study was to study the influence of impulsivity on the severity of symptoms and the effectiveness of therapy for generalized anxiety disorder (GAD), taking into account the factor of comorbid mental disorders. Materials and methods. The study included 153 patients with GAD, including 36 patients with concomitant mental disorders. Psychometric assessment of symptoms of anxiety and depression was carried out using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), symptoms of impulsivity—on the Barratt Impulsivity Scale. The following information was collected about the patients: demographic data, information about psychopharmacotherapy and the effectiveness of treatment. To assess the impact of impulsivity, two groups of patients were compared: with clinically significant impulsivity (total Barratt score above 70) and without it (total Barratt score below 70) in the general group of patients and in a subgroup without comorbid mental disorders that directly affect the level of impulsivity. Results. Increased level of impulsivity is associated with a greater severity of symptoms of anxiety and depression on the HADS scale in the general sample of patients, however, when taking into account the influence of comorbid diagnoses, there was no significant effect of the level of impulsivity on symptoms. Among the individual characteristics of impulsivity, only the association with attention deficit and increased score on the HADS anxiety scale was revealed. Impulsivity had no effect on the effectiveness of therapy. Conclusion. The results of the study show that the symptoms of impulsivity in GAD are largely due to concomitant pathology, whereas in isolated GAD the effect of impulsivity on symptoms is minimal. No significant effect of impulsivity on the therapeutic response was found in this study.

**Keywords:** impulsivity, generalized anxiety disorder, anxiety, depression, hospital anxiety and depression scale, Barratt scale.

#### Information about the authors:

Sergei S. Potanin\* — e-mail: potanin\_ss@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9180-1940>.  
 Margarita A. Morozova — e-mail: margmorozova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7847-2716>.  
 Allan G. Beniashvili — e-mail: beniashvilia@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5149-3760>.  
 Denis S. Burminskiy — e-mail: desbur@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7098-2570>.  
 George E. Rupchev — e-mail: rupchevgeorg@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4440-095X>.  
 Taissia A. Lepilkina — e-mail: lepilkina@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2640-4658>.  
 Andrey A. Kibitov — e-mail: andreykibitov18@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7766-9675>.

**To cite this article:** Potanin SS, Morozova MA, Beniashvili AG, Burminsky DS, Rupchev GE, Lepilkina TA, Kibitov AA. The influence of impulsivity on the clinical symptoms and therapeutic response in generalized anxiety disorder: the role of comorbid mental disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:4:91-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-1093>. (In Russ.)

**Conflict of interests:** the authors declare no conflicts of interest

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) является одним из самых распространенных психических расстройств в общей популяции [26]. Данное состояние характеризуется длительно присутствующей нецеленаправленной тревогой, беспокойством, не ограничивающимся каким-то узким кругом тем, соматическими проявлениями тревоги (напряжением в мышцах, ускоренным сердцебиением, потливостью, трепором и т.п.), а также выраженным дистрессом и нарушением социального функционирования [17]. Поскольку основным симптомом генерализованного тревожного расстройства традиционно считаются тревога, опасения и беспокойство, проблема импульсивности у данной группы пациентов часто остается вне поля зрения клиницистов и исследователей.

В то же время, зависимость от употребления психоактивных веществ (ПАВ) при генерализованном тревожном расстройстве является хорошо известным и описанным феноменом [4, 24]. Кроме того, при ГТР часто встречаются коморбидные психические расстройства, которые также могут сопровождаться импульсивным поведением. Например, среди взрослых пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) около половины страдают ГТР [15], а в работе авторов А. Qadeer Shah, 2023 [23] выявлена достаточно широкая распространённость ГТР в группе пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ) — до 30 % пациентов. При этом зачастую именно импульсивность является фактором социальной дезадаптации, долгосрочного вреда соматическому здоровью и опасных форм

поведения (вождение в нетрезвом виде, физическая агрессия и т.п.) [13].

Исследования импульсивности при ГТР в данный момент относительно немногочисленны. В нескольких работах показана повышенная импульсивность у пациентов с ГТР в целом [10, 19, 22, 25]. При более подробном анализе исследований по этой теме можно отметить выделение особых подгрупп пациентов, для которых импульсивность является значимым фактором. Например, в исследовании Natasha Kim (2020) [8] little is known about this relationship in anxious patients. Our aim was to investigate the associations between impulsivity, inhibitory control, energy-dense food consumption, and body mass index (BMI) выявлена связь импульсивности с проблемами пищевого поведения, а в работе Giulio Perugi (2011) [20] выдвинута гипотеза о роли коморбидной циклотории как фактора импульсивности. В исследовании Evyn M. Peters (2018) [21] подчёркивается «неустойчивость настроения» как предиктор импульсивности, а Todd B. Kashdan (2008) [14] выделяют «отдельную подгруппу пациентов с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), склонных к поиску нового». Также в нескольких работах [7, 9, 11, 19] отмечается влияние депрессивных симптомов и «негативного аффекта» на выраженную импульсивность. В то же время, в исследовании Alessandra Del Carlo (2012) [6] получены противоположные результаты: отсутствие коморбидной депрессии было связано с повышенным риском импульсивности.

В нашей работе предпринята попытка оценить, насколько импульсивность влияет на выраженность симптомов ГТР, и в какой степени на эту связь влияет коморбидная психическая патология. Кроме того, поставлена задача оценки влияния фактора импульсивности на эффективность фармакотерапии ГТР.

**Цель исследования:** оценка влияния импульсивности (с учетом коморбидных психических расстройств) на особенности клинической картины и эффективность терапии ГТР.

**Материалы и методы.** В исследуемую группу были включены пациенты с установленным диагнозом ГТР согласно критериям МКБ-10 [12], в возрасте от 18 до 65 лет, мужчины и женщины (N=153). Набор проводился среди пациентов, обращающихся за амбулаторной помощью в ФГБУ Научный Центр Психического Здоровья, клинику Майндсет и клинику Нейро-пси. На момент включения в исследование именно симптоматика ГТР должна была определять клиническую картину состояния.

Оценка эффективности терапии проводилась клинически и психометрически: пациенты заполняли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [3,27] и Шкалу импульсивности Барратта (Barratt Impulsiveness Scale) [1,18], после чего проводился стандартный прием психиатра с проведением полного диагностического интервью с установлением диагноза и назначением терапии. Наличие и

тип сопутствующих психических расстройств не ограничивались, при этом условием включения в исследуемую группу было превалирование симптомов ГТР над сопутствующими расстройствами. Информация о сопутствующих расстройствах также фиксировалась и учитывалась при анализе данных.

Для оценки влияния фактора импульсивности на выраженность тревожной симптоматики пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия импульсивности согласно результатам оценки по шкале Барратта. В случае, если общий балл по данной шкале был 71 и выше пациенты были отнесены в группу высокого уровня импульсивности (ВИ) в случае, если показатель был ниже — в группу нормативной импульсивности (НИ). Пациентам назначалась терапия в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава РФ [2]. Для оценки эффективности терапии проводился анализ терапевтического ответа суммарно по анамнестическим и катамнестическим данным по следующим параметрам: число значимых изменений терапии (отмена основного препарата и переход на другой), количество препаратов в максимально эффективной схеме, эффективность терапии (ремиссия, частичный ответ, минимальный ответ или его отсутствие). Полученные данные приведены с применением методов описательной статистики, и проведен статистический анализ различий между группами, выделенными по уровню импульсивности. Для оценки различия выраженности симптомов тревоги и депрессии, влияния возраста и пола на импульсивность, влияния импульсивности на уровень тревоги и депрессии, и влияния сопутствующих психических расстройств на уровень тревоги и депрессии использовался критерий Манн-Уитни.

Для оценки взаимосвязи между выраженностью симптомов тревоги и депрессии и импульсивностью также был проведен корреляционный анализ. Для оценки различия эффективности терапии между группами повышенного уровня импульсивности и нормальной импульсивности использовался критерий  $\chi^2$ .

**Результаты.** Всего в исследуемую группу были включены 153 пациента, средний возраст  $32,4 \pm 9,3$ ; 44 (28,8%) мужчины, 109 (71,2%) женщин. Данные по выраженности симптомов тревоги и депрессии, уровню импульсивности, характеристик терапии ГТР и ее эффективности приведены в Табл. 1.

По итогам оценки по Шкале импульсивности Барратта в группу ВИ вошло 73 пациента (21 мужчины и 52 женщины, средний возраст  $30,1 \pm 8,3$ ), в группу НИ — 80 пациентов (23 мужчины и 57 женщин, средний возраст  $34,7 \pm 10,0$ ).

Были обнаружены статистически значимые различия по уровню тревоги и депрессии между группами ВИ и НИ: в группе ВИ была выше выраженная тревога и депрессия по данным оценки по шкале HADS (Табл. 2).

**Таблица 1. Демографические показатели, параметры заболевания и терапии**  
**Table 1. Demographics, disease and therapy parameters**

Показатель	Значение
Пол	109 женщин, 44 мужчины
Возраст (среднее ± SD)	32,4 ± 9,3
Выраженность тревоги по шкале HADS (среднее ± SD)	13,1 ± 3,5
Выраженность депрессии по шкале HADS (среднее ± SD)	8,0 ± 3,7
Уровень импульсивности по шкале Барратта (среднее ± SD)	70,4 ± 10,1
Число изменений схемы (среднее ± SD)	2,2 ± 1,4
Число препаратов в схеме (среднее ± SD)	1,4 ± 0,7
Эффективность	Без улучшения — 75 Частичное улучшение — 63 Ремиссия — 15

Значимого влияния пола на импульсивность выявлено не было.

Для оценки взаимного влияния симптомов тревоги и депрессии и различными проявлениями импульсивности был проведен корреляционный анализ. В качестве факторов при анализе были выбраны отдельные группы вопросов (факторы) шкалы Барратта и оценки по подшкале тревоги и депрессии шкалы HADS. Была обнаружена умеренная положительная корреляция между общей оценкой по подшкале тревоги HADS и внимательностью (коэффициент корреляции 0,4,  $p<0,05$ ) и отвлекаемостью внимания (коэффициент корреляции 0,45,  $p<0,05$ ).

Далее была проведена оценка влияния коморбидной патологии на выраженность импульсивности. Данные по видам сопутствующих психических расстройств в исследованной выборке и по числу пациентов с сопутствующими расстройствами в группах ВИ и НИ приведены в Табл.3.

В группе ВИ среди сопутствующих расстройств наблюдались (в порядке убывания частоты) СДВГ ( $n = 9$ ), расстройства личности ( $n = 6$ ; в т.ч. пограничное расстройство личности [ПРЛ,  $n = 5$ , и тревожно-избегающее расстройство,  $n = 1$ ]), расстройства пищевого поведения ( $n = 3$ ; в т.ч. компульсивное переедание,  $n = 2$ , нервная анорексия,  $n = 1$ ), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) ( $n = 2$ ), депрессивный эпизод средней степени ( $n = 1$ ), социофобия ( $n = 1$ ), синдром дезперсонализации-дереализации ( $n = 1$ ), специфическая фобия ( $n = 1$ ). Всего сопутствующие психические расстройства наблюдались у 24 (32,9 %) пациентов.

В группе НИ среди сопутствующих расстройств наблюдались ПТСР ( $n = 3$ ), СДВГ ( $n = 2$ ), инсомния неорганической этиологии ( $n = 2$ ), расстройства личности ( $n = 1$ , в т.ч. смешанное расстройство личности  $n = 1$ ), расстройства пищевого поведения ( $n = 1$ , в т.ч. компульсивное переедание  $n = 1$ ), социофобия ( $n = 1$ ), трихотилломания ( $n = 1$ ), экскориационное расстройство ( $n = 1$ ). Всего сопутствующие психические расстройства наблюдались у 12 (15 %) пациентов.

Ввиду небольшого количества пациентов и гетерогенного соотношения по видам расстройств анализ различий импульсивности в зависимости от конкретного вида сопутствующего расстройства был нецелесообразен. Однако для оценки возможного влияния сопутствующей патологии был проведен анализ с исключением пациентов с сопутствующими расстройствами, которые подразумевают нарушение контроля над импульсивным поведением (СДВГ, ПТСР, ПРЛ, компульсивное переедание, трихотилломания, экскориационное расстройство). В анализ были включены 126 пациентов: 55 пациентов в группе ВИ и 71 пациент в группе НИ. Результаты анализа приведены в Табл.3.

Как и при анализе в общей выборке (Табл.2), наблюдаются различия по уровню тревоги и депрессии между группами ВИ и НИ (выраженность тревоги и депрессии выше в группе ВИ), однако тенденция в этой подгруппе не достигает статистической значимости.

Для оценки различия эффективности терапии между группами ВИ и НИ использовали критерий  $\chi^2$ . Не было обнаружено значимого влияния уровня

**Таблица 2. Различия по уровню тревоги и депрессии по шкале HADS между группами ВИ и НИ**  
**Table 2. Differences in the level of anxiety and depression on the HADS scale between high and low impulsivity groups**

	Группа ВИ ( $n = 73$ )	Группа НИ ( $n = 80$ )	Статистическая значимость отличий
Выраженность тревоги по шкале HADS (среднее ± SD)	13,8 ± 3,5	12,6 ± 3,4	$p < 0,05$
Выраженность депрессии по шкале HADS (среднее ± SD)	8,7 ± 3,7	7,4 ± 2,7	$p < 0,05$
Возраст (лет)	30,1 ± 8,2	34,4 ± 9,8	$p < 0,05$
Пол	21 мужчина и 52 женщины	23 мужчины и 57 женщин	$p > 0,05$

**Таблица 3. Различия по уровню тревоги и депрессии между группами ВИ и НИ среди пациентов без сопутствующих расстройств, связанных с повышением импульсивности****Table 3: Differences in anxiety and depression levels between the between high and low impulsivity groups among patients without comorbid disorders associated with increased impulsivity**

	Группа ВИ (n = 55)	Группа НИ (n = 71)	Статистическая значимость отличий
Выраженность тревоги по шкале HADS (среднее ± SD)	13,5 ± 3,5	12,6 ± 3,3	p = 0,08
Выраженность депрессии по шкале HADS (среднее ± SD)	8,5 ± 3,7	7,5 ± 3,8	p = 0,07

**Таблица 4. Характеристики психофармакотерапии в группах ВИ и НИ****Table 4: Characteristics of psychopharmacotherapy in high and low impulsivity groups**

	Среднее количество препаратов в схеме	Среднее количество смен терапии	Ремиссия	Частичный эффект	Отсутствие эффекта
Группа ВИ	1,5	2,2	32	32	9
Группа НИ	1,3	2,1	43	31	6

импульсивности на эффективность терапии. Группы ВИ и НИ не отличались по параметрам количества смены схем терапии ( $p = 0,9$ ), числа препаратов в схеме ( $p = 0,3$ ), и качеству терапевтического ответа ( $p = 0,4$ ), данные приведены в Табл.4.

**Обсуждение.** Результаты исследования показали достаточно сложное взаимодействие между выраженной импульсивностью и клиническими аспектами ГТР. При анализе группы в целом, повышенная импульсивность была значимо связана с большей выраженностью симптомов тревоги и депрессии по шкале HADS. Большая выраженность депрессивных симптомов в нашем исследовании частично соответствует результатам работы Fresán, A., 2021 [9], где в группе пациентов с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) и коморбидной депрессией наблюдалась повышенная импульсивность. В нашей выборке депрессивный эпизод был отмечен только у одного пациента, что связано с особенностями подбора участников — согласно критериям включения, симптоматика ГТР должна была значительно превалировать над другими диагнозами. Поэтому большинство пациентов с депрессией были исключены, так как именно депрессивные симптомы доминировали у подавляющего большинства из них.

Тем не менее, сходство результатов можно констатировать. Это может свидетельствовать о том, что даже при минимальной выраженности депрессивных симптомов у пациентов с ГТР сохраняется тенденция к повышенной импульсивности, что, вероятно, связано с общими патофизиологическими механизмами этих расстройств. Дальнейшие исследования, включающие более сбалансированные группы по выраженности депрессии, могут помочь уточнить взаимосвязь между этими состояниями и дать более точные рекомендации для клинической практики.

В нашей выборке пациентов значительное влияние на полученные результаты оказали сопут-

ствующие психические расстройства, непосредственно связанные с импульсивностью. Так, при анализе выраженности импульсивности в группе с изолированным ГТР, без коморбидных психических расстройств, повышающих импульсивность, разница в показателях тревоги и депрессии переставала быть статистически значимой (хотя и сохранялась на уровне высокой тенденции). Эти данные коррелируют с результатами нескольких исследований, выделяющих «особые подгруппы» пациентов с ГТР, для которых импульсивность была более характерна (циклотимия, поиск нового, негативная аффективность) [7, 14, 20, 22, 23]. В ходе корреляционного анализа по отдельным факторам шкалы Баррата и подшкалам шкалы HADS была обнаружена умеренная положительная корреляция между общей оценкой по уровню выраженности тревоги и факторами внимательности и отвлекаемости внимания шкалы Баррата.

В данном исследовании, ввиду небольшого числа пациентов, подобная корреляция не позволяет сделать какой-либо вывод о взаимосвязи между отдельными проявлениями импульсивности и уровнем тревоги при ГТР. Однако возможная преобладающая роль определенного проявления импульсивности при конкретных ведущих клинических проявлениях является возможной областью для дальнейших исследований. В отношении терапевтического ответа значимого влияния обнаружено не было ни по одному из трех параметров (число изменений схемы, число препаратов в максимально эффективной схеме, общая оценка эффективности терапии). Возможно, данный результат может объясняться неспецифическим влиянием препаратов, назначенных для терапии ГТР в этой выборке пациентов. Большинство из них получали СИОЗС, которые могут не только снижать уровень тревоги, но и импульсивности [5, 16].

**Заключение.** Несмотря на то, что различия в уровне импульсивности при ГТР в большей степени могут быть объяснены коморбидными психи-

ческими расстройствами, определенное влияние на выраженность симптоматики импульсивность оказывает и при вариантах ГТР без сопутствующих психических расстройств. В нашем исследовании не было обнаружено влияния импульсивности на эффективность терапии ГТР.

#### Литература / References

1. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барретта» (BIS-11). Психология И Право. 2015;5(3):75-89.  
Enikolopov SN, Medvedeva TI. *Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)*. Psihologiya I Pravo. 2015;5(3):75-89. (In Russ.).  
<https://doi.org/10.17759/psylaw.2015050307>
2. Клинические рекомендации МЗ РФ “Генерализованное тревожное расстройство” [ср. minzdrav.gov.ru]. minzdrav; 2024.  
Доступно: [https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/457\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/457_3)  
*Klinicheskie rekomendacii MZ RF “Generalizovannoe trevozhnoe rasstrojstvo”*. [cr.minzdrav.gov.ru]. minzdrav; 2024.  
Available at: [https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/457\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/457_3)
3. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Кибитов А.А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. Профилактическая Медицина. 2023;26(4):7-14.  
Morozova MA, Potanin SS, Beniashvili AG, Burminsky DS, Lepilkina TA, Rupchev GE, Kibitov AA. *Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale Russian-language version in the general population*. Profilakticheskaya Medicina. 2023;26(4):7-14. (In Russ.).  
<https://doi.org/10.17116/profmed2023260417>
4. Alegria AA, Hasin DS, Nunes EV, Liu SM, Davies C, Grant BF, Blanco C. Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Substance Use Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2010;71(9):3391.  
<https://doi.org/10.4088/JCP.09m05328gry>
5. Coccaro EF, Lee RJ, Kavoussi RJ. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in patients with intermittent explosive disorder. J Clin Psychiatry. 2009;70(5):653-662.  
<https://doi.org/10.4088/JCP.08m04150>
6. Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Rizzato S, Swann AC, Dell'Osso L, Perugi G. Different measures of impulsivity in patients with anxiety disorders: A case control study. Psychiatry Res. 2012;197(3):231-236.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.020>
7. Ferreira-Garcia R, Gitahy Falcão Faria C, Nardi AE, da Rocha Freire RC. Negative Affect Mediates Impulsivity in Generalized Anxiety Disorder. Psychopathology. 2020;52(6):327-333.  
<https://doi.org/10.1159/000503395>
8. Fonseca NK de O da, Molle RD, Costa M de A, Gonçalves FG, Silva AC, Rodrigues Y, Price M, Silveira PP, Manfro GG. Impulsivity influences food intake in women with generalized anxiety disorder. Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz 1999. 2020;42(4):382-388.  
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0556>
9. Fresán A, Robles-García R, González-Castro TB, Pool-García S, Tovilla-Zárate CA, Hernández-Díaz Y, Juárez-Rojop IE, López-Narváez ML. Masked Depression: Profile and Severity of Symptoms and Impulsivity in Patients with Generalized Anxiety Disorder. Int J Ment Health Addict. 2021;19(2):429-437.  
<https://doi.org/10.1007/s11469-019-00076-3>
10. Gecaite-Stonciene J, Saudargiene A, Pranckeviciene A, Liaugaudaite V, Griskova-Bulanova I, Simkute D, Naginiene R, Dainauskas LL, Ceidaite G, Burkaukas J. Impulsivity Mediates Associations Between Problematic Internet Use, Anxiety, and Depressive Symptoms in Students: A Cross-Sectional COVID-19 Study. Front Psychiatry. 2021;12.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.634464>
11. Guo Z, Cui Y, Qiu R, Bu L, Yang T, Li Y, Zhu X. The association of impulsivity with depression and anxiety symptoms: A transdiagnostic network analysis and replication. J Affect Disord. 2024;359:100-108.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.076>
12. Janca A, Ustün TB, Early TS, Sartorius N. The ICD-10 symptom checklist: a companion to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1993;28(5):239-242.  
<https://doi.org/10.1007/BF00788743>
13. Johnson SL, Porter PA, Modavi K, Dev AS, Pearlstein JG, Timpano KR. Emotion-related impulsivity predicts increased anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord. 2022;301:289-299.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.037>
14. Kashdan TB, Hofmann SG. The high-novelty-seeking, impulsive subtype of generalized social anxiety disorder. Depress Anxiety. 2008;25(6):535-541.  
<https://doi.org/10.1002/da.20382>
15. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Seznik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry. 2006;163(4):716-723.

- <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
16. Knutson B, Wolkowitz OM, Cole SW, Chan T, Moore EA, Johnson RC, Terpstra J, Turner RA, Reus VI. Selective Alteration of Personality and Social Behavior by Serotonergic Intervention. *Am J Psychiatry*. 1998;155(3):373-379.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.155.3.373>
  17. Lizeretti NP, Extremera N. Emotional Intelligence and Clinical Symptoms in Outpatients with Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Psychiatr Q*. 2011;82(3):253-260.  
<https://doi.org/10.1007/s11126-011-9167-1>
  18. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51(6):768-774.  
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
  19. Pawluk EJ, Koerner N. A preliminary investigation of impulsivity in generalized anxiety disorder. *Personal Individ Differ*. 2013;54(6):732-737.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.11.027>
  20. Perugi G, Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Akiskal K, Dell'Osso L, Akiskal H. Impulsivity in anxiety disorder patients: Is it related to comorbid cyclothymia? *J Affect Disord*. 2011;133(3):600-606.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.033>
  21. Peters EM, Bowen R, Balbuena L. Mood instability contributes to impulsivity, non-suicidal self-injury, and binge eating/purging in people with anxiety disorders. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2019;92(3):422-438.
  22. Pierò A. Personality correlates of impulsivity in subjects with generalized anxiety disorders. *Compr Psychiatry*. 2010;51(5):538-545. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.02.003>
  23. Qadeer Shah A, Prasad D, Caropreso L, Frey BN, de Azevedo Cardoso T. The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2023;164:304-314.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>
  24. Spechler PA, Stewart JL, Kuplicki R, Paulus MP. Parsing impulsivity in individuals with anxiety and depression who use Cannabis. *Drug Alcohol Depend*. 2020;217:108289.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108289>
  25. Weyandt LL, Francis A, Shepard E, Guðmundsdóttir BG, Channell I, Beatty A, DuPaul GJ. Anxiety, Depression, Impulsivity, and Mindfulness among Higher Education Faculty during COVID-19. *Health Behav Policy Rev*. 2020;7(6):532-545.  
<https://doi.org/10.14485/HBPR.7.6.3>
  26. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63Suppl8:24-34.
  27. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

#### Сведения об авторах

**Потанин Сергей Сергеевич** — к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории психофармакологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения Научный центр психического здоровья (Россия, Москва, 115522, Каширское шоссе, д. 34). E-mail: potanin\_ss@mail.ru.

**Морозова Маргарита Алексеевна** — д.м.н., профессор, заведующая лабораторией психофармакологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения Научный центр психического здоровья. E-mail: margmorozova@gmail.com

**Бениашвили Аллан Герович** — к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории психофармакологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения Научный центр психического здоровья. E-mail: beniashvilia@yandex.ru

**Бурминский Денис Сергеевич** — к.м.н., научный сотрудник лаборатории психофармакологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения Научный центр психического здоровья. E-mail: desbur@gmail.com

**Рупчев Георгий Евгеньевич** — к.пс.н., научный сотрудник лаборатории психофармакологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения Научный центр психического здоровья. E-mail: rupchevgeorg@mail.ru.

**Лепилкина Таисия Алексеевна** — к.пс.н., научный сотрудник лаборатории психофармакологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения Научный центр психического здоровья. E-mail: lepilkina@hotmail.com.

**Кибитов Андрей Александрович** — аспирант Федерального государственного бюджетного научного учреждения Научный центр психического здоровья. E-mail: andreykibitov18@gmail.com.

Поступила 07.02.2025

Received 07.02.2025

Принята в печать 17.07.2025

Accepted 17.07.2025

Дата публикации 25.12.2025

Date of publication 25.12.2025