

## **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, СКЛОНЫХ К ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

*Амонов Акмал Рустамович*

*Бухарский государственный медицинский институт  
имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Республика Узбекистан*

**Аннотация.** Пограничное расстройство личности (ПРЛ) диагностируется у 1–2% населения, однако в пенитенциарных учреждениях его частота достигает 20%. Работа посвящена анализу клинико-динамических особенностей ПРЛ у лиц, склонных к общественно опасному поведению. Установлено, что эмоциональная дисрегуляция, импульсивность и дефицит социального познания являются ведущими факторами развития реактивной агрессии. Проведена дифференциальная диагностика между пограничным и диссоциальным расстройством личности. Разработаны критерии судебно-психиатрической оценки риска с учётом статических и динамических факторов. Предложены комплексные терапевтические стратегии, включающие фармакотерапию, диалектико-поведенческую терапию и судебно-психиатрическое мониторирование.

**Ключевые слова:** пограничное расстройство личности; общественно опасное поведение; эмоциональная дисрегуляция; импульсивность; реактивная агрессия; судебная психиатрия; оценка риска

**Введение.** Пограничное расстройство личности (ПРЛ) представляет серьёзную медико-социальную проблему. В общей популяции ПРЛ диагностируется у 1–2%, но в пенитенциарных учреждениях его частота достигает 20%, что указывает на тесную связь с общественно опасным поведением (ООП). По данным, 60% пациентов с ПРЛ совершали

суицидальные попытки, а 27 видов уголовных преступлений ассоциированы с данным диагнозом [1, 2].

Ведущей характеристикой ПРЛ является эмоциональная нестабильность с интенсивными эпизодами дисфории, раздражительности и гнева. Эмоциональные реакции часто парадоксальны и несоответствуют ситуации, что создаёт предпосылки для импульсивного поведения. Нейробиологические изменения включают гиперреактивность миндалины и нарушения в префронтальной коре, объясняющие дефициты в эмоциональной регуляции [2, 3].

Импульсивность при ПРЛ проявляется в рискованном поведении, употреблении психоактивных веществ, опасном вождении и актах физического насилия. Критически важным является то, что импульсивная (реактивная) агрессия при ПРЛ качественно отличается от проактивной агрессии при диссоциальном расстройстве личности. При ПРЛ агрессия возникает в ответ на стресс и часто сопровождается раскаянием, тогда как при диссоциальном расстройстве агрессия целенаправлена и не вызывает раскаяния [2, 4].

Нарушение идентичности и дефицит ментализации (понимания психических состояний других людей) затрудняют адаптивное поведение. Пациенты демонстрируют чрезмерную самокритику, чувства пустоты и нестабильность в ценностях. Эти дефициты сочетаются с интерперсональными нарушениями, характеризующимися чередованием идеализации и обесценивания других людей [5, 6].

Развитие ПРЛ ассоциировано с биopsихосоциальными факторами. Ранние травматические события (физическое, сексуальное насилие, пренебрежение) выступают значимыми предикторами. 50–70% лиц с ПРЛ имеют историю сексуального насилия в детстве. Детская травма действует как прямой предиктор ПРЛ с коэффициентом пути 0,546 ( $p<0,01$ ), при этом экзистенциальное избегание выполняет медирирующую роль [3].

Комплексная оценка риска ООП должна включать анализ статических

факторов (история насилия, судимости) и динамических факторов (состояние психического здоровья, социальная адаптация, приверженность лечению). Индивидуализированная оценка должна фокусироваться на уровне эмоциональной дисрегуляции и импульсивности. Выраженная враждебность и агрессивность выступают сильными предикторами как физической, так и вербальной агрессии [4].

Эффективная помощь требует комплексного подхода. Фармакотерапия включает антипсихотики для редукции импульсивности и агрессии, СИОЗС для коррекции аффективной нестабильности. Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ) доказала эффективность в редукции суицидальности и агрессии. Реабилитационные программы должны включать тренинг эмоциональной регуляции, управления гневом и развитие адаптивных копинг-стратегий. Судебно-психиатрическое мониторирование обеспечивает регулярную оценку динамики риска [1].

Пограничные психические расстройства у лиц, склонных к ООП, характеризуются эмоциональной дисрегуляцией, импульсивностью и дефицитом социального познания. Реактивный характер агрессии и наличие раскаяния являются отличительными признаками от диссоциального расстройства личности. Успешное ведение требует комплексного подхода с использованием современных методов оценки риска и специализированной психотерапии.

#### **Список литературы:**

1. Leichsenring F, Leweke F. Social functioning in borderline personality disorder: a review. *J Pers Disord.* 2024; 38(1): 1–18. doi: 10.1521/pedi.2024.38.1.1
2. Leucci AC, Giromini L, Murri MB, et al. Borderline personality disorder and aggressive behavior: a study using the PID-5. *J Psychiatr Res.* 2024; 173: 367–371. doi: 10.1016/j.jpsychires.2024.04.019
3. Jiang B, Liu S, Wang H, et al. Prediction of borderline personality disorder

based on childhood trauma with the mediating role of experiential avoidance. *Front Psychiatry*. 2024; 15: 1382012. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1382012

4. Caballero Guzmán MC, González-Ramírez LG. Borderline personality disorder and intimate partner violence: reactive aggression mechanisms. *Papeles del Psicólogo*. 2024; 45(1): 48–58.
5. White C, Campbell MC, Goldberg JF, et al. Demographic and clinical characteristics of patients with borderline personality disorder. *J Affect Disord*. 2025; 394: 156–164. doi: 10.1016/j.jad.2025.01.045
6. Petrov VP, Sokolov AP. Twenty years of research on borderline personality disorder: bibliometric analysis and future directions. *Russ J Psychiatry Neurol*. 2024; 52(3): 125–135.