Ilmiy tadqiqotlar va ularning yechimlari jurnali
Aoka guvohnoma № 323759 ISSN: 3060-4818

CHUQUR DEPRESSIV BUZILISH VA CHEGARAVIY SHAXSIYAT BUZILISHI KOMORBIDLIGIDA AFFEKTIV BEQARORLIK HAMDA DEPRESSIV SIMPTOMLAR DINAMIKASINING KLINIK XUSUSIYATLARI

Ergasheva Yulduz Yuldashevna
Abu Ali ibn Sino nomidago Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti, psixiatriya, narkologiya va tibbiy psixologiya kafedrasi dotsenti, tibbiyot fanlari doktori
Olimov Abdulloh Obid o'g'li
Abu Ali ibn Sino nomidago Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti, psixiatriya, narkologiya va tibbiy psixologiya kafedrasi klinik ordinatori
Mansurov Shavkat Sharif o'g'li
Buxoro davlat tibbiyot instituti Psixiatriya, narkologiya va tibbiy psixologiya kafedrasi magistranti

Annotatsiya: Ushbu ilmiy maqolada chuqur depressiv buzilish (Major Depressive Disorder — MDD) va chegaraviy shaxsiyat buzilishi (Borderline Personality Disorder — BPD) komorbidligida affektiv beqarorlikning klinik namoyon bo‘lishi, depressiv simptomlar dinamikasi, emotsional regulyatsiya buzilishlari va kasalliklarning uzoq muddatli kechish xususiyatlari tahlil qilingan. Tadqiqot xalqaro ilmiy adabiyotlar, prospektiv kuzatuvlar, kundalik emotsional holatni baholashga asoslangan tadqiqotlar hamda psixoterapiya samaradorligiga oid tizimli sharhlar ma’lumotlariga tayanadi. Ilmiy dalillar chegaraviy shaxsiyat buzilishi bilan kechuvchi depressiyada affektiv reaktivlik, shaxslararo munosabatlarga sezuvchanlik, emotsional regulyatsiya qiyinchiliklari va depressiv simptomlarning qaytalanishi muhim klinik ahamiyatga ega ekanligini ko‘rsatadi. Prospektiv tadqiqotlarda ushbu ikki buzilish birgalikda uchraganda depressiyaning remissiyaga erishish muddati uzayishi va qaytalanish xavfi ortishi aniqlangan. Shu bilan birga, zamonaviy intensiv longitudinal tadqiqotlar BPD belgilarining mavjudligi depressiv simptomlarning qisqa muddatli o‘zgaruvchanligini har doim ham kuchaytirmasligini ko‘rsatmoqda. Maqolada komorbid holatlarni differensial tashxislash, affektiv simptomlarni dinamik kuzatish va kompleks terapevtik yondashuvning klinik ahamiyati asoslab berilgan.

Kalit so‘zlar: chuqur depressiv buzilish, chegaraviy shaxsiyat buzilishi, komorbidlik, affektiv beqarorlik, depressiv simptomlar, emotsional disregulyatsiya, affektiv reaktivlik, klinik dinamika, remissiya, depressiya retsidivi, psixoterapiya.

Аннотация

В данной научной статье рассмотрены клинические особенности аффективной нестабильности, динамика депрессивной симптоматики, нарушения эмоциональной регуляции и

долгосрочное течение заболевания при коморбидности большого депрессивного расстройства (Major Depressive Disorder — MDD) и пограничного расстройства личности (Borderline Personality Disorder — BPD). Исследование основано на анализе международных научных публикаций, проспективных наблюдательных исследований, работ с использованием экологической моментальной оценки эмоционального состояния и систематических обзоров эффективности психотерапии. Научные данные свидетельствуют о значимости аффективной реактивности, межличностной чувствительности, трудностей эмоциональной регуляции и рецидивирования депрессивных симптомов у пациентов с сочетанием данных расстройств. Проспективные исследования показывают, что коморбидность большого депрессивного и пограничного расстройств личности может сопровождаться увеличением времени достижения ремиссии и повышением риска рецидива депрессии. Вместе с тем результаты современных интенсивных лонгитюдных исследований не подтверждают универсального усиления краткосрочной вариабельности депрессивных симптомов при наличии пограничных личностных черт. Обоснована необходимость дифференциальной диагностики, динамического мониторинга симптомов и комплексного терапевтического подхода.

Ключевые слова: большое депрессивное расстройство, пограничное расстройство личности, коморбидность, аффективная нестабильность, депрессивная симптоматика, эмоциональная дисрегуляция, аффективная реактивность, клиническая динамика, ремиссия, рецидив депрессии, психотерапия.

Abstract

This article examines the clinical characteristics of affective instability, the dynamics of depressive symptoms, emotional dysregulation, and the longitudinal course of comorbid major depressive disorder (MDD) and borderline personality disorder (BPD). The analysis is based on published international research, including prospective longitudinal studies, ecological momentary assessment investigations, and systematic reviews of psychotherapy outcomes. Available evidence indicates that affective reactivity, interpersonal sensitivity, emotion regulation difficulties, and recurrent depressive symptoms are clinically relevant in patients presenting with both disorders. Prospective studies suggest that comorbid BPD may prolong the time required to achieve remission from major depression and increase the risk of depressive relapse. However, recent intensive longitudinal investigations have not consistently demonstrated greater short-term variability of depressive symptoms among individuals with elevated BPD features. These findings emphasize the importance of distinguishing persistent depressive symptoms from context-dependent emotional responses and examining both disorders throughout their clinical course. The article discusses evidence-based approaches to differential diagnosis, longitudinal symptom monitoring, suicide risk assessment, and integrated psychotherapeutic and pharmacological management. The findings support a comprehensive and individualized clinical approach to comorbid MDD and BPD.

Keywords: major depressive disorder, borderline personality disorder, comorbidity, affective instability, depressive symptoms, emotional dysregulation, affective reactivity, clinical course, remission, depressive relapse, psychotherapy.

Kirish

Zamonaviy klinik psixiatriyada depressiv buzilishlar va shaxsiyat buzilishlarining komorbidligi diagnostika, davolash hamda uzoq muddatli prognozni belgilashdagi muhim muammolardan biri hisoblanadi. Ayniqsa, chuqur depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishi birgalikda uchragan holatlarda simptomlarning o‘zaro ta’siri, emotsional beqarorlikning xususiyatlari, depressiv epizodlarning davomiyligi va takrorlanish ehtimolini baholash alohida klinik ahamiyat kasb etadi.

Mazkur maqolada «chuqur depressiv buzilish» atamasi xalqaro adabiyotlarda qo‘llanadigan major depressive disorder, ya’ni katta depressiv buzilish ma’nosida ishlatiladi. Ushbu tashxis depressiv epizodning og‘irlik darajasini avtomatik ravishda anglatmaydi: depressiv epizod yengil, o‘rtacha yoki og‘ir kechishi mumkin. Shuning uchun buzilishning diagnostik turi bilan simptomlarning og‘irlik darajasi bir-biridan farqlanishi lozim.

Katta depressiv buzilish kayfiyatning barqaror pasayishi, avval qiziqish uyg‘otgan faoliyatdan zavqlanish qobiliyatining kamayishi, energiya yetishmasligi, uyqu va ishtaha o‘zgarishlari, kognitiv faoliyatning susayishi, aybdorlik yoki qadrsizlik hissi bilan tavsiflanadi. Depressiv epizod diagnostikasida belgilar davomiyligi, funksional buzilish darajasi hamda boshqa ruhiy yoki somatik sabablarning mavjudligi hisobga olinadi.

Chegaraviy shaxsiyat buzilishi esa shaxslararo munosabatlar, o‘zini anglash, affektiv holat va impulslarni boshqarish sohalaridagi davomli beqarorlik bilan tavsiflanadi. Uning klinik ko‘rinishlari orasida tashlab ketilishdan kuchli qo‘rquv, munosabatlarning keskin o‘zgaruvchanligi, identifikatsiya beqarorligi, impulsiv xatti-harakatlar, surunkali bo‘shliq hissi, kuchli g‘azab, o‘ziga zarar yetkazish bilan bog‘liq xatti-harakatlar va stressga bog‘liq dissotsiativ belgilar uchrashi mumkin [1].

Leichsenring va hammualliflarning 2024-yilda World Psychiatry jurnalida e’lon qilingan ilmiy sharhida chegaraviy shaxsiyat buzilishining umumiy katta yoshli aholi orasidagi hayot davomida uchrash ko‘rsatkichi turli epidemiologik tadqiqotlarda 0,7–2,7% oralig‘ida qayd etilgani ko‘rsatilgan. Psixiatriya ambulator xizmatlariga murojaat qiluvchilar orasida bu ko‘rsatkich taxminan 12%, statsionar bemorlar orasida esa 22% atrofida bo‘lishi bildirilgan [1]. Ushbu ko‘rsatkichlar tadqiqot populyatsiyasi va diagnostik metodlarga bog‘liq ravishda o‘zgarishi mumkin.

Katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining birgalikda uchrashi klinik simptomlarning og‘irligini baholashni murakkablashtiradi. Chunki ikkala buzilishda ham salbiy emotsional holat, umidsizlik, o‘zini salbiy baholash, ijtimoiy faoliyatning cheklanishi va suitsidal fikrlar kuzatilishi mumkin. Biroq ularning yuzaga kelish mexanizmlari, vaqt bo‘yicha davomiyligi va tashqi omillarga reaktivligi har doim ham bir xil emas.

Gunderson va hammualliflar tomonidan o‘tkazilgan longitudinal tadqiqotlar depressiv buzilish hamda chegaraviy shaxsiyat buzilishi o‘zaro ta’sirlashuvchi, ammo alohida diagnostik mezonlarga ega klinik holatlar ekanligini tasdiqlagan. Xususan, chegaraviy shaxsiyat buzilishidagi simptomlarning kamayishi ayrim bemorlarda keyinchalik depressiv simptomlarning yaxshilanishi bilan bog‘liq bo‘lgan [2].

Biroq bu bog‘liqlik barcha bemorlarda bir xil kechmaydi. Affektiv beqarorlik faqat chegaraviy shaxsiyat buzilishiga xos emas; depressiv va boshqa affektiv buzilishlarda ham emotsional o‘zgaruvchanlik kuzatilishi mumkin. Shu sababli komorbidlikning klinik mohiyatini tushuntirishda simptomlarning mavjudligini qayd etish bilan cheklanmasdan, ularning davomiyligi, intensivligi, qo‘zg‘atuvchi omillari va vaqt davomidagi o‘zgarishini o‘rganish talab etiladi.

Tadqiqotning maqsadi — xalqaro klinik tadqiqotlar asosida katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishi komorbidligida affektiv beqarorlik hamda depressiv simptomlarning klinik dinamikasini tahlil qilish, kasalliklarning o‘zaro prognostik ta’sirini aniqlashtirish va diagnostika hamda davolash uchun ahamiyatli xususiyatlarni umumlashtirish.

Metodologiya

Mazkur maqola ilmiy adabiyotlarni tahliliy umumlashtirishga asoslangan narrativ sharh shaklida tayyorlandi. Tadqiqotning nazariy-metodologik asosini katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining komorbidligi, affektiv beqarorlik, emotsional regulyatsiya, depressiv simptomlar dinamikasi hamda uzoq muddatli klinik prognozga bag‘ishlangan xalqaro ilmiy ishlar tashkil etdi.

Adabiyotlarni o‘rganishda PubMed ilmiy ma’lumotlar bazasidagi maqolalar, xalqaro psixiatriya va klinik psixologiya jurnallarida chop etilgan tadqiqotlar, shuningdek, klinik amaliyot uchun ishlab chiqilgan dalillarga asoslangan tavsiyalar ko‘rib chiqildi. Tahlilda 2004–2024-yillarda nashr etilgan prospektiv, longitudinal, klinik-kuzatuv va tizimli sharh tadqiqotlariga alohida e’tibor qaratildi.

Ilmiy ma’lumotlarni tahlil qilish quyidagi yo‘nalishlar asosida amalga oshirildi:

- Katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining komorbidlik xususiyatlarini baholash.
- Affektiv beqarorlikning intensivligi, davomiyligi va shaxslararo omillarga bog‘liqligini aniqlashtirish.
- Depressiv simptomlarning remissiyasi va qaytalanishiga oid prospektiv natijalarni solishtirish.
- Emotsional disregulyatsiyani o‘lchash usullarining klinik ahamiyatini baholash.
- Psixoterapevtik va farmakologik yondashuvlarga oid dalillarni umumlashtirish.

Tahlil uchun muhim manbalardan biri Gunderson va hammualliflarning 2004-yilda e’lon qilingan prospektiv tadqiqoti hisoblanadi. Unda chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud bo‘lgan 161 bemor 6, 12, 24 va 36 oylik davrlarda takroriy baholangan. Tadqiqotchilar katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining vaqt bo‘yicha o‘zaro bog‘liqligini regressiya modellari yordamida o‘rganganlar [2].

Keyingi muhim manba 2014-yilda e’lon qilingan, 10 yillik kuzatuv natijalariga asoslangan tadqiqotdir. Unda chegaraviy shaxsiyat buzilishi va affektiv buzilishlar birgalikda mavjud bo‘lgan 223 bemorning klinik dinamikasi tahlil qilingan [3].

Shuningdek, Grilo va hammualliflarning depressiya remissiyasiga bag‘ishlangan ikki yillik tadqiqoti [4], depressiya qaytalanishining olti yillik prognozini o‘rgangan ishlari [5] hamda Zanarini va hammualliflarning 24 yillik klinik kuzatuvi [6] asosiy longitudinal dalillar sifatida foydalanildi.

Affektiv beqarorlikni o‘rganishda ekologik momental baholash — Ecological Momentary Assessment (EMA) — metodidan foydalangan tadqiqotlar alohida tahlil qilindi. Ushbu yondashuv insonning kundalik hayotidagi emotsional holatini takroriy qayd etishga asoslanadi va retrospektiv baholashda yuzaga keladigan ayrim xotira xatolarini kamaytirishga yordam beradi [7].

Maqolada keltirilgan statistik ko‘rsatkichlar nashr etilgan tadqiqotlarning asl natijalaridir. Mustaqil klinik bemorlar guruhi shakllantirilmagan, yangi eksperimental natijalar yoki hisoblanmagan statistik ko‘rsatkichlar taqdim etilmagan. Shu sababli natijalar bo‘limi adabiyotlarda qayd etilgan dalillarning qiyosiy tahlilini ifodalaydi.

Natijalar

Komorbidlikning klinik kechishga ta’siri

Ilmiy adabiyotlar tahlili katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining komorbidligi depressiv epizodlarning kechishi va bemorning umumiy psixososial faoliyatiga sezilarli ta’sir ko‘rsatishi mumkinligini ko‘rsatdi.

Gunderson va hammualliflar tomonidan 2004-yilda o‘tkazilgan tadqiqotda chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud bemorlarda komorbid depressiya ushbu shaxsiyat buzilishining remissiya tezligini sezilarli o‘zgartirmagan. Biroq chegaraviy shaxsiyat buzilishi birgalikda mavjud bo‘lganda katta depressiv buzilish remissiyasiga erishish sekinlashgan.

Tadqiqotning muhim natijalaridan biri shundaki, chegaraviy shaxsiyat buzilishi simptomlarining yaxshilanishi keyinchalik depressiyaning yaxshilanishini bashorat qilgan. Aksincha, depressiv simptomlarning kamayishi har doim ham chegaraviy shaxsiyat buzilishi belgilarining keyingi susayishini anglatmagan [2].

2014-yilda o‘tkazilgan 10 yillik kuzatuv tadqiqotida esa ushbu bog‘liqlik yanada kengroq baholangan. Tadqiqotda 223 bemor ishtirok etgan bo‘lib, ulardan 161 nafarida katta depressiv buzilish, 34 nafarida bipolyar I buzilish va 28 nafarida bipolyar II buzilish chegaraviy shaxsiyat buzilishi bilan komorbid holatda uchragan.

Natijalarga ko‘ra, katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishi bir-birining remissiyasini kechiktiruvchi omillar sifatida qayd etilgan. Chegaraviy shaxsiyat buzilishining depressiya remissiyasiga ta’siri statistik jihatdan ahamiyatli bo‘lgan ($p=0,0004$). Depressiyaning chegaraviy shaxsiyat buzilishi remissiyasiga ta’siri ham ahamiyatli natija bergan ($p=0,0002$).

Bundan tashqari, ikkala buzilish o‘rtasida qaytalanish jarayoniga taalluqli statistik bog‘liqlik kuzatilgan. Chegaraviy shaxsiyat buzilishining depressiya qaytalanishiga ta’siri $p=0,0410$, depressiyaning chegaraviy shaxsiyat buzilishi qaytalanishiga ta’siri esa $p=0,0011$ darajasida qayd etilgan [3].

Ushbu natijalar komorbid holatda har ikkala buzilishning dinamikasi alohida kuzatilishi lozimligini ko‘rsatadi. Bemor depressiv simptomlarining kamayishi shaxsiyat buzilishiga xos emotsional va shaxslararo muammolar to‘liq bartaraf etilganini anglatmaydi.

Depressiv simptomlar remissiyasi va qaytalanishi

Grilo va hammualliflarning 2005-yilda e’lon qilingan ikki yillik prospektiv tadqiqotida katta depressiv buzilish mavjud 302 bemor kuzatilgan. Tadqiqot natijalariga ko‘ra, 24 oy davomida depressiyaning umumiy remissiya ko‘rsatkichi 73,5% ni tashkil etgan.

Biroq chegaraviy, shizotipal yoki qochuvchi shaxsiyat buzilishi mavjud bemorlarda depressiyadan remissiyaga erishish muddati shaxsiyat buzilishi bo‘lmagan bemorlarga nisbatan uzoqroq bo‘lgan [4].

Mazkur tadqiqotning muhim jihati shundaki, shaxsiyat buzilishlarining depressiya kechishiga ta’siri boshqa noqulay prognostik omillar hisobga olingandan keyin ham saqlanib qolgan.

Grilo va hammualliflarning 2010-yilgi olti yillik kuzatuvida esa 303 bemorning 260 nafari, ya’ni 86% i depressiv epizoddan remissiyaga erishgan. Remissiyaga erishgan 260 bemorning 183 nafarida (70%) kuzatuv davrida depressiya qaytalangan.

Tadqiqotda shaxsiyat buzilishlari, xususan, chegaraviy va obsesiv-kompulsiv shaxsiyat buzilishlari mavjudligi depressiyaning tezroq qaytalanishi bilan bog‘liq bo‘lgan. Shaxsiyat buzilishining mavjudligi qaytalanish vaqtini bashorat qilishda xavf nisbati 1,5 (HR=1,5) bilan tavsiflangan [5].

Bunda 70% qaytalanish ko‘rsatkichi butun remissiyaga erishgan tadqiqot guruhiga tegishli bo‘lib, uni faqat chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud bemorlarning individual qaytalanish ko‘rsatkichi sifatida talqin qilish mumkin emas.

Zanarini va hammualliflarning 2019-yilda nashr etilgan tadqiqotida 290 nafar chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud statsionar bemor va boshqa shaxsiyat buzilishlari bo‘lgan 72 nafar taqqoslash guruhi ishtirokchisining 24 yillik kuzatuv natijalari o‘rganilgan.

Tadqiqot natijalariga ko‘ra, boshlang‘ich bosqichda depressiya tashxisi mavjud bo‘lgan chegaraviy shaxsiyat buzilishi bemorlarining 93% i uzoq muddatli kuzatuv davomida kamida bir marta ikki yillik depressiya remissiyasiga erishgan. Shu bilan birga, remissiyaga erishganlarda depressiyaning qaytalanishi taxminan 90% ni tashkil etgan. Dastlab depressiya kuzatilmagan bemorlarning 86% ida esa kuzatuv davomida yangi depressiv epizod yuzaga kelgan [6].

Ushbu natijalar uzoq davom etuvchi klinik kuzatuvda depressiv simptomlarning remissiyasi ham, qaytalanishi ham keng tarqalganligini ko‘rsatadi. Biroq tadqiqot dastlab statsionarda davolangan bemorlarga asoslangani sababli natijalarni barcha ambulator bemorlarga to‘g‘ridan-to‘g‘ri tatbiq etish cheklangan.

Affektiv beqarorlik va emotsional reaktivlik

Affektiv beqarorlik chegaraviy shaxsiyat buzilishining asosiy klinik belgilaridan biri bo‘lib, salbiy emotsiyalarning yuqori intensivligi, kayfiyatning takroriy keskin o‘zgarishi va tashqi stress omillariga sezuvchanlik bilan tavsiflanadi.

Nica va Links tomonidan 2009-yilda e’lon qilingan ilmiy sharhda kundalik hayot davomida emotsional holatni takroriy qayd etish usullarining natijalari umumlashtirilgan. Tadqiqotchilar chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud shaxslarda salbiy emotsiyalarning intensivligi va o‘zgaruvchanligi sog‘lom nazorat guruhlari hamda ayrim depressiv buzilish guruhlariga nisbatan yuqoriroq bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatganlar [7].

Mneimne va hammualliflarning 2018-yilgi tadqiqotida 38 nafar chegaraviy shaxsiyat buzilishi, 15 nafar katta depressiv buzilish, 14 nafar bipolyar buzilish mavjud ishtirokchi va 62 nafar sog‘lom nazorat guruhi vakilining emotsional holati taqqoslangan. Ishtirokchilar ikki hafta davomida kuniga besh marta baholangan.

Tadqiqot natijalariga ko‘ra, shaxslararo munosabatlardagi murakkab vaziyatlarga javoban aybdorlik va uyat hissining kuchli reaktivligi, shuningdek, uyat hissining uzoqroq saqlanishi chegaraviy shaxsiyat buzilishi uchun nisbatan xos belgilar bo‘lgan. G‘azab va ta’sirchanlikning beqarorligi esa bir nechta diagnostik guruhlarda uchragan [8].

Biroq komorbid holatda affektiv beqarorlikning kuchayishi barcha tadqiqotlarda tasdiqlanmagan.

Köhling va hammualliflarning 2016-yilgi tadqiqotida katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishi birgalikda mavjud bo‘lgan 20 bemor hamda faqat katta depressiv buzilish mavjud 21 bemor solishtirilgan. Yetti kun davomida kuniga besh marta emotsional holat baholangan.

Natijalarda komorbid guruhda affektiv beqarorlikning umumiy darajasi depressiya mavjud, ammo chegaraviy shaxsiyat buzilishi bo‘lmagan guruhga nisbatan yuqoriroq ekanligi tasdiqlanmagan. Shu

bilan birga, komorbid bemorlarda yolg‘iz qolishdan keyingi kayfiyat pasayishi va o‘z emotsional o‘zgarishlarining sabablarini anglash bilan bog‘liq ayrim farqlar qayd etilgan [9].

Emotsional disregulyatsiyaning klinik ahamiyati

Dixon-Gordon va hammualliflar tomonidan 2015-yilda o‘tkazilgan tadqiqotlar emotsional regulyatsiya buzilishlarining komorbidlikdagi ahamiyatini yoritgan.

Birinchi tadqiqotda 488 nafar yosh ayolning psixologik ko‘rsatkichlari baholangan. Ikkinchi tadqiqotda esa psixoaktiv moddalarga qaramlik bilan davolanayotgan 176 nafar klinik ishtirokchida depressiv va chegaraviy simptomlar bilan bog‘liq emotsional javoblar o‘rganilgan.

Natijalarda chegaraviy shaxsiyat buzilishi belgilarining yuqori darajasi davomli qo‘rquv, tashvish va salbiy affektiv javoblar bilan bog‘liq ekanligi aniqlangan. Komorbid simptomlar yuqori bo‘lgan ayrim guruhlarda impulsiv xatti-harakatlarni nazorat qilish bilan bog‘liq qiyinchiliklar ham kuchliroq bo‘lgan. Biroq kortizol reaktivligida guruhlararo farq aniqlanmagan [10].

Bu dalillar chegaraviy shaxsiyat buzilishi va depressiya komorbidligining faqat kayfiyat pasayishi bilan emas, balki salbiy emotsiyalarni boshqarishdagi murakkabliklar bilan ham bog‘liqligini ko‘rsatadi.

Tahlil va muhokama

Affektiv beqarorlik va depressiv simptomlar o‘rtasidagi klinik farqlar

Katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining birgalikda uchrashida differensial diagnostika murakkabligining asosiy sabablaridan biri ayrim simptomlarning fenotipik o‘xshashligidir.

Har ikki buzilishda salbiy kayfiyat, o‘ziga ishonchsizlik, umidsizlik, ijtimoiy munosabatlarning yomonlashishi va kuchli ruhiy iztirob kuzatilishi mumkin. Biroq ushbu belgilarni vaqt davomida baholash ularning klinik mohiyatini aniqlashtirishga yordam beradi.

Katta depressiv buzilishda depressiv kayfiyat va anhedoniya odatda kamida ikki hafta davom etadigan depressiv epizod tarkibida baholanadi. Depressiya simptomlari kun davomida o‘zgarishi mumkin bo‘lsa-da, diagnostik baholashda ularning umumiy davomiyligi va funksional oqibatlari muhimdir.

Chegaraviy shaxsiyat buzilishidagi affektiv beqarorlik ko‘pincha shaxslararo vaziyatlar, yaqin inson bilan nizolar, rad etilish hissi yoki tashlab ketilish xavotiri bilan bog‘liq holda namoyon bo‘ladi. Bunda emotsional o‘zgarishlar nisbatan qisqa vaqt ichida yuzaga kelishi mumkin.

Shu bilan birga, mazkur vaqt farqlari mutlaq diagnostik mezon emas. Depressiya mavjud bemorlarda ham tezkor emotsional o‘zgarishlar bo‘lishi mumkin, chegaraviy shaxsiyat buzilishida esa depressiv kayfiyat uzoq davom etishi mumkin [7, 14].

Thompson, Berenbaum va Bredemeierning 2011-yilgi tadqiqotida affektiv beqarorlik va depressiya o‘rtasidagi bog‘liqlik uchta mustaqil tadqiqot ma’lumotlari asosida baholangan. Birinchi tadqiqotda 288 nafar katta yoshli ishtirokchi, keyingi tadqiqotlarda esa 142 va 101 nafar ishtirokchi o‘rganilgan.

Natijalar affektiv beqarorlik depressiv simptomlar bilan ham bog‘liq ekanligini ko‘rsatgan. Ayniqsa, emotsional o‘zgaruvchanlik depressiv simptomatika bilan aloqador omil sifatida aniqlangan [14].

Ushbu dalillar affektiv beqarorlikni chegaraviy shaxsiyat buzilishiga mutlaq xos belgi deb hisoblash to‘g‘ri emasligini ko‘rsatadi.

Depressiv simptomlarning qisqa muddatli dinamikasi

Depressiv simptomlarning vaqt bo‘yicha o‘zgarishi zamonaviy psixiatriyada intensiv longitudinal tadqiqotlarning muhim yo‘nalishiga aylangan.

Kline va hammualliflarning 2024-yilda Journal of Affective Disorders jurnalida chop etilgan tadqiqotida katta depressiv buzilish mavjud 207 nafar katta yoshli bemorning simptomlari 90 kun davomida baholangan.

Ishtirokchilarning depressiv simptomlari kuniga uch marta ekologik momental baholash orqali qayd etilgan. Tadqiqotning asosiy maqsadi chegaraviy shaxsiyat buzilishi belgilarining og‘irligi depressiv simptomlar o‘zgaruvchanligini bashorat qilishini aniqlashdan iborat bo‘lgan.

Kutilgan natijadan farqli ravishda, statistik modellar chegaraviy shaxsiyat buzilishi belgilarining og‘irligi depressiv simptomlarning vaqt bo‘yicha o‘zgaruvchanligi bilan sezilarli bog‘liq emasligini ko‘rsatgan [11].

Mazkur natija muhim klinik xulosaga olib keladi: chegaraviy shaxsiyat buzilishi simptomlari yuqori bo‘lgan barcha depressiv bemorlarda depressiv simptomlar ham tez-tez yoki keskin o‘zgaradi, deb hisoblash mumkin emas.

Biroq tadqiqotda chegaraviy shaxsiyat buzilishi og‘irligini baholash uchun o‘zini o‘zi baholash vositalaridan foydalanilgani va faqat chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud, depressiyasiz alohida taqqoslash guruhi bo‘lmagani natijalarni talqin qilishda cheklov hisoblanadi.

Ushbu xulosalar Köhling va hammualliflarning 2016-yilgi tadqiqot natijalari bilan ma’lum darajada mos keladi. Har ikkala tadqiqotda ham komorbidlik affektiv o‘zgaruvchanlikning avtomatik tarzda yuqoriroq bo‘lishini anglatmasligi ko‘rsatilgan [9, 11].

Bu esa affektiv beqarorlik va depressiv simptomlar o‘zgaruvchanligi bir-biriga yaqin, lekin o‘zaro aynan bir xil bo‘lmagan klinik konstruktlar ekanligini ko‘rsatadi.

Shaxslararo munosabatlar va salbiy emotsiyalar

Chegaraviy shaxsiyat buzilishida emotsional reaksiyalarni tushuntirishda shaxslararo munosabatlar alohida ahamiyat kasb etadi.

Mneimne va hammualliflarning tadqiqotida rad etilish, xiyonat, tashlab ketilish, ranjish va o‘zini salbiy baholash bilan bog‘liq vaziyatlar emotsional holatga ta’sir qiluvchi omillar sifatida o‘rganilgan [8].

Dixon-Gordon va Laws tomonidan 2021-yilda e’lon qilingan tadqiqotda 164 nafar talaba ikki hafta davomida kundalik salbiy emotsional reaksiyalarini qayd etgan.

Tadqiqotda chegaraviy shaxsiyat buzilishi belgilari va depressiv simptomlar salbiy emotsiyalarning intensivligi hamda ayrim vaziyatlardagi o‘zgaruvchanligi bilan bog‘liq bo‘lgan. Biroq ijtimoiy stress omillariga javoban emotsional o‘zgaruvchanlik bilan bog‘liqlik asosan chegaraviy shaxsiyat buzilishi belgilarida kuzatilgan [13].

Bu tadqiqot klinik bemorlar emas, talabalar guruhida o‘tkazilganligi sababli uning natijalarini klinik tashxis mavjud bemorlarga tatbiq etishda ehtiyotkorlik talab qilinadi.

Shunga qaramay, mazkur dalillar komorbid bemorlarda salbiy emotsiyalarni baholashda ularning faqat intensivligini emas, balki qaysi ijtimoiy vaziyatlardan keyin yuzaga kelishini ham aniqlash muhimligini ko‘rsatadi.

Klinik suhbat davomida bemordan emotsional holat o‘zgarishining boshlanish vaqti, davomiyligi, shaxslararo munosabatlar bilan bog‘liqligi hamda emotsional reaksiyadan keyingi xatti-harakatlari haqida ma’lumot olish differensial diagnostikaga yordam beradi.

Yosh omili va affektiv beqarorlik dinamikasi

Affektiv beqarorlikning vaqt davomida o‘zgarishiga yosh omili ham ta’sir ko‘rsatishi mumkin.

Santangelo va hammualliflar tomonidan 2018-yilda o‘tkazilgan tadqiqotda 14–53 yosh oralig‘idagi 260 nafar ayol ishtirok etgan. Ularning 130 nafarida chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud bo‘lgan, qolgan 130 nafar ishtirokchi nazorat guruhini tashkil etgan.

Ishtirokchilar to‘rt kun davomida elektron kundalik orqali taxminan har soatda emotsional holatini qayd etgan.

Tadqiqotda chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud guruhda yosh ortishi bilan kundalik affektiv beqarorlikning kamayishi kuzatilgan. Bu bog‘liqlik komorbid buzilishlar soni va chegaraviy shaxsiyat buzilishi og‘irligini hisobga olgandan keyin ham saqlangan [12].

Mazkur natija klinik jihatdan muhim bo‘lsa-da, tadqiqot kesimli dizaynga ega bo‘lgan. Shuning uchun undagi yosh farqlarini individual bemorlarning uzoq muddatli o‘zgarishlari bilan aynan bir xil deb talqin qilish mumkin emas.

Biroq ushbu ma’lumotlar affektiv beqarorlikni hayot davomida o‘zgarmaydigan belgi sifatida baholash ilmiy jihatdan asosli emasligini ko‘rsatadi.

Komorbid buzilishlarda suitsidal xavfni baholash

Katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining komorbidligi klinik xavflarni baholashda alohida e’tiborni talab qiladi.

Katta depressiv buzilishda umidsizlik, qadrsizlik hissi, kuchli ruhiy iztirob va suitsidal fikrlar kuzatilishi mumkin. Chegaraviy shaxsiyat buzilishida esa takroriy o‘ziga zarar yetkazish, impulsiv xatti-harakatlar va kuchli emotsional inqirozlar klinik ahamiyatga ega.

Leichsenring va hammualliflarning 2024-yilgi sharhida chegaraviy shaxsiyat buzilishi o‘ziga zarar yetkazish va suitsidal xatti-harakatlar xavfi yuqori bo‘lgan ruhiy buzilishlardan biri sifatida tavsiflangan [1].

Komorbid holatda xavfni baholashda joriy depressiv epizodning og‘irligi, avvalgi suitsidal urinishlar, hozirgi suitsidal niyat va reja, impulsivlik, psixoaktiv moddalardan foydalanish hamda bemorning ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash imkoniyatlarini kompleks tekshirish muhimdir.

Shuningdek, o‘ziga zarar yetkazish bilan bog‘liq barcha xatti-harakatlarni bir xil suitsidal niyat natijasi deb hisoblash mumkin emas. Bunday holatlarning funksiyasi va xavflilik darajasi individual klinik baholash orqali aniqlanishi kerak.

Komorbid bemorlarda xavfni faqat bir martalik tekshiruv asosida baholash yetarli bo‘lmasligi mumkin. Ayniqsa, depressiv simptomlar keskin kuchaygan yoki shaxslararo inqiroz yuzaga kelgan davrlarda xavfni qayta baholash klinik jihatdan asosli hisoblanadi.

Simptomlar dinamikasini baholashning diagnostik usullari

Affektiv beqarorlik va depressiv simptomlar dinamikasini aniqlashda standart klinik suhbat, strukturaviy diagnostik intervyu, psixometrik shkalalar va takroriy kuzatuv usullaridan kompleks foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Katta depressiv buzilishni baholashda Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) va Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) kabi vositalardan foydalaniladi.

Chegaraviy shaxsiyat buzilishi uchun strukturaviy klinik intervyular, shuningdek, emotsional regulyatsiyadagi qiyinchiliklarni baholashga mo‘ljallangan psixometrik instrumentlar muhim ahamiyatga ega.

Biroq hech bir alohida so‘rovnoma natijasi to‘liq klinik diagnostikaning o‘rnini bosmaydi.

Ekologik momental baholash esa kun davomida emotsional holatlarning real sharoitdagi o‘zgarishini qayd etish imkonini beradi. Ushbu usulning asosiy afzalligi emotsional holatni faqat retrospektiv xotira orqali emas, balki kundalik vaziyatlarda takroriy kuzatish orqali baholashidir [7, 8, 11].

Komorbid holatlarda depressiv simptomlarning umumiy og‘irligi va affektiv o‘zgaruvchanlikni bir-biridan ajratib o‘lchash ayniqsa muhimdir. Masalan, depressiya shkalasidagi umumiy ball pasaygan taqdirda ham bemorda shaxslararo stressga kuchli emotsional reaktivlik saqlanishi mumkin.

Shu sababli klinik kuzatuv remissiya, simptomlar qaytalanishi, funksional faoliyat va emotsional regulyatsiya holatini birgalikda baholashni qamrab olishi kerak.

Klinik tadqiqotlar natijalarining qiyosiy umumlashtirilishi

Quyidagi jadvalda mavzuga bevosita aloqador asosiy tadqiqotlarning tekshirilgan natijalari jamlangan.

Tadqiqot	Ishtirokchilar va muddat	Asosiy ilmiy natija
Gunderson va boshq., 2004 [2]	161 bemor, 36 oy	BPD mavjudligi MDD remissiyasini sekinlashtirgan
Gunderson va boshq., 2014 [3]	223 bemor, 10 yil	MDD va BPD o‘zaro remissiya hamda qaytalanish dinamikasiga ta’sir ko‘rsatgan
Grilo va boshq., 2005 [4]	302 bemor, 24 oy	Umumiy depressiya remissiyasi 73,5%; ayrim shaxsiyat buzilishlarida remissiya sekinroq
Grilo va boshq., 2010 [5]	303 bemor, 6 yil	Remissiyaga erishgan 260 bemorning 70% ida depressiya qaytalangan
Zanarini va boshq., 2019 [6]	290 BPD va 72 taqqoslash ishtirokchisi, 24 yil	BPD va MDD mavjud bemorlarda depressiyaning remissiya–qaytalanish kechishi aniqlangan
Köhling va boshq., 2016 [9]	41 bemor, 7 kun	Komorbidlikda affektiv beqarorlik har doim kuchliroq bo‘lmagan
Kline va boshq., 2024 [11]	207 bemor, 90 kun	BPD simptomlari og‘irligi depressiv simptomlar o‘zgaruvchanligini bashorat qilmagan

Jadvaldan ko‘rinadiki, uzoq muddatli klinik tadqiqotlarda komorbidlik depressiyaning remissiyasi va qaytalanishiga ta’sir ko‘rsatuvchi omil sifatida qayd etilgan. Biroq qisqa muddatli intensiv kuzatuvlarda affektiv beqarorlik hamda depressiv simptomlar o‘zgaruvchanligi o‘rtasidagi bog‘liqlik bir xil natija bermagan.

Bu tafovut tadqiqotlarning turli klinik savollarga javob berishi bilan ham bog‘liq. Uzoq muddatli tadqiqotlar ko‘proq remissiya va qaytalanishga, intensiv kundalik kuzatuvlar esa emotsional holatlarning soatlik yoki kunlik tebranishlariga e’tibor qaratgan.

Kompleks terapevtik yondashuvning klinik asoslari

Katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining komorbidligida davolash strategiyasi har ikkala buzilishning klinik xususiyatlarini hisobga olishi lozim.

Chegaraviy shaxsiyat buzilishini davolashda psixoterapiya asosiy yondashuv hisoblanadi. Klinik tadqiqotlarda dialektik xulq-atvor terapiyasi (DBT), mentalizatsiyaga asoslangan terapiya (MBT), sxema-terapiya va boshqa strukturaviy psixoterapiya yo‘nalishlari o‘rganilgan [1].

Crotty va hammualliflarning 2024-yilda e’lon qilingan tizimli sharhida 2545 nafar ishtirokchini qamrab olgan 25 ta psixoterapiya tadqiqoti tahlil qilingan.

Natijalar bir qator psixoterapevtik yondashuvlarning chegaraviy shaxsiyat buzilishi simptomlari va funksional holatga ijobiy ta’sir ko‘rsatishi mumkinligini tasdiqlagan. Biroq mavjud dalillar bitta psixoterapiya turining barcha boshqa yondashuvlardan ustunligini ishonchli tasdiqlamagan [16].

Depressiv simptomlarni davolashda esa katta depressiv buzilishga mo‘ljallangan dalillarga asoslangan psixoterapiya va zarur hollarda farmakoterapiya usullaridan foydalaniladi.

Buyuk Britaniyaning National Institute for Health and Care Excellence (NICE) tashkiloti tomonidan 2022-yilda e’lon qilingan NG222 klinik qo‘llanmasida depressiya bilan birgalikda shaxsiyat buzilishi mavjud bo‘lganda antidepressant va psixologik davolash kombinatsiyasini ko‘rib chiqish tavsiya etilgan.

Mazkur tavsiyalarda davolashni strukturaviy, multidissiplinar muhitda tashkil qilish, simptomlarni validatsiyalangan vositalar yordamida monitoring qilish va zarur hollarda mutaxassislashtirilgan xizmatga yo‘naltirish qayd etilgan [15].

Shuningdek, chegaraviy shaxsiyat buzilishining asosiy belgilari uchun ma’lum bir psixotrop preparatning barqaror va ishonchli samaradorligi tasdiqlanmagan. Shu sababli farmakologik davolash, odatda, alohida tashxislangan komorbid depressiya yoki boshqa klinik holatlarni davolash doirasida ko‘rib chiqiladi [1].

Komorbid bemorlarda individual davolash rejasini ishlab chiqishda depressiv epizod og‘irligi, affektiv reaktivlik, impulsivlik, suitsidal xavf, oldingi davolash natijalari va bemorning psixoterapiyaga qatnashish imkoniyatlari birgalikda baholanishi kerak.

Bundan tashqari, davolash samaradorligini faqat depressiv simptomlarning kamayishi orqali baholash yetarli emas. Shaxslararo munosabatlar barqarorligi, emotsional regulyatsiya, kundalik faoliyat va qaytalanish xavfi ham muntazam kuzatilishi lozim.

Xulosa

Katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishining komorbidligi klinik jihatdan murakkab, ko‘p omilli va vaqt davomida o‘zgaruvchan psixopatologik holat hisoblanadi. O‘rganilgan ilmiy manbalar mazkur buzilishlarning birgalikda uchrashi depressiv simptomlarning davomiyligi, remissiya muddati, qaytalanish ehtimoli va psixososial faoliyat bilan bog‘liq ekanligini ko‘rsatadi.

Gunderson, Grilo va Zanarini tomonidan olib borilgan prospektiv tadqiqotlar chegaraviy shaxsiyat buzilishi mavjud bemorlarda depressiya remissiyasi kechikishi va takroriy depressiv epizodlar klinik ahamiyat kasb etishini tasdiqlagan.

Affektiv beqarorlik komorbid holatning muhim xususiyatlaridan biri bo‘lsa-da, uni faqat chegaraviy shaxsiyat buzilishiga xos simptom deb hisoblash ilmiy jihatdan asosli emas. Depressiv buzilishlarda ham affektiv o‘zgaruvchanlik mavjud bo‘lishi mumkin.

Shuningdek, Köhling va Kline tomonidan o‘tkazilgan tadqiqotlar chegaraviy shaxsiyat buzilishining mavjudligi depressiv simptomlarning qisqa muddatli o‘zgaruvchanligini barcha bemorlarda kuchaytirishi haqidagi taxminni tasdiqlamagan.

Komorbidlikda shaxslararo sezuvchanlik, emotsional regulyatsiya qiyinchiliklari, salbiy affektiv reaktivlik va depressiv epizodlarning uzoq muddatli dinamikasi o‘zaro bog‘liq, ammo alohida baholanishi zarur klinik ko‘rsatkichlardir.

Tahlil asosida quyidagi ilmiy-amaliy xulosalar shakllantirildi:

- Katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishi diagnostikasida simptomlarning og‘irligi bilan bir qatorda ularning davomiyligi, paydo bo‘lish sharoiti va vaqt bo‘yicha dinamikasi baholanishi kerak.
- Affektiv beqarorlik va depressiv simptomlarning o‘zgaruvchanligi bir-biriga yaqin, ammo to‘liq bir xil bo‘lmagan klinik ko‘rsatkichlardir.
- Komorbid bemorlarda depressiya remissiyasi bilan bir qatorda chegaraviy shaxsiyat buzilishi simptomlari, funksional holat va qaytalanish xavfi uzoq muddat kuzatilishi lozim.
- Klinik baholashda shaxslararo stress omillari, emotsional regulyatsiya qobiliyati va suitsidal xavfga alohida e’tibor berilishi zarur.
- Davolash strategiyasi har ikkala buzilishning klinik xususiyatlarini hisobga oluvchi individual va kompleks yondashuvga asoslanishi kerak.

Umumiy xulosa sifatida, katta depressiv buzilish va chegaraviy shaxsiyat buzilishi komorbidligining klinik mohiyatini aniqlashda faqat depressiv simptomlarning mavjudligini baholash yetarli emas. Affektiv beqarorlik, shaxslararo reaktivlik, simptomlarning qisqa va uzoq muddatli o‘zgarishi, remissiya hamda qaytalanish jarayonlarini birgalikda o‘rganish yanada asoslangan diagnostik va terapevtik qarorlar qabul qilish imkonini beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

1. Quyida ilmiy nashrlarning bibliografik sahifa oraliqlari keltirilgan. Manbalar matndagi [1]–[16] havolalariga mos ravishda tartiblangan.
2. Leichsenring F., Fonagy P., Heim N., Kernberg O. F., Leweke F., Luyten P., Salzer S., Spitzer C., Steinert C. Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. World Psychiatry. 2024. Vol. 23, No. 1. P. 4–25. DOI: 10.1002/wps.21156.
3. Gunderson J. G., Morey L. C., Stout R. L., Skodol A. E., Shea M. T., McGlashan T. H., Zanarini M. C. va boshq. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions. Journal of Clinical Psychiatry. 2004. Vol. 65, No. 8. P. 1049–1056. DOI: 10.4088/JCP.v65n0804.

4. Gunderson J. G., Stout R. L., Shea M. T., Grilo C. M., Markowitz J. C., Morey L. C., Sanislow C. va boshq. Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. Journal of Clinical Psychiatry. 2014. Vol. 75, No. 8. P. 829–834. DOI: 10.4088/JCP.13m08972.
5. Grilo C. M., Sanislow C. A., Shea M. T., Skodol A. E., Stout R. L., Gunderson J. G., Yen S. va boshq. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2005. Vol. 73, No. 1. P. 78–85. DOI: 10.1037/0022-006X.73.1.78.
6. Grilo C. M., Stout R. L., Markowitz J. C., Sanislow C. A., Ansell E. B., Skodol A. E., Bender D. S. va boshq. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: A six-year prospective study. Journal of Clinical Psychiatry. 2010. Vol. 71, No. 12. P. 1629–1635. DOI: 10.4088/JCP.08m04200gre.
7. Zanarini M. C., Hörz-Sagstetter S., Temes C. M., Frankenburg F. R., Hein K. E., Reich D. B., Fitzmaurice G. M. The 24-year course of major depression in patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects. Journal of Affective Disorders. 2019. Vol. 258. P. 109–114. DOI: 10.1016/j.jad.2019.08.005.
8. Nica E. I., Links P. S. Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. Current Psychiatry Reports. 2009. Vol. 11, No. 1. P. 74–81. DOI: 10.1007/s11920-009-0012-2.
9. Mneimne M., Fleeson W., Arnold E. M., Furr R. M. Differentiating the everyday emotion dynamics of borderline personality disorder from major depressive disorder and bipolar disorder. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2018. Vol. 9, No. 2. P. 192–196. DOI: 10.1037/per0000255.
10. Köhling J., Moessner M., Ehrenthal J. C., Bauer S., Cierpka M., Kämmerer A., Schauenburg H., Dinger U. Affective instability and reactivity in depressed patients with and without borderline pathology. Journal of Personality Disorders. 2016. Vol. 30, No. 6. P. 776–795. DOI: 10.1521/pedi_2015_29_230.
11. Dixon-Gordon K. L., Weiss N. H., Tull M. T., DiLillo D., Messman-Moore T., Gratz K. L. Characterizing emotional dysfunction in borderline personality, major depression, and their co-occurrence. Comprehensive Psychiatry. 2015. Vol. 62. P. 187–203. DOI: 10.1016/j.comppsych.2015.07.014.
12. Kline E. A., Lekkas D., Bryan A., Nemesure M. D., Griffin T. Z., Collins A. C., Price G. D. va boshq. The role of borderline personality disorder traits in predicting longitudinal variability of major depressive symptoms among a sample of depressed adults. Journal of Affective Disorders. 2024. Vol. 363. P. 492–500. DOI: 10.1016/j.jad.2024.07.104.
13. Santangelo P. S. va boshq. Affective instability across the lifespan in borderline personality disorder — A cross-sectional e-diary study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2018. Vol. 138, No. 5. P. 409–419. DOI: 10.1111/acps.12950.
14. Dixon-Gordon K. L., Laws H. Emotional variability and inertia in daily life: Links to borderline personality and depressive symptoms. Journal of Personality Disorders. 2021. Vol. 35, Supplement A. P. 162–171. DOI: 10.1521/pedi_2021_35_504.

15. Thompson R. J., Berenbaum H., Bredemeier K. Cross-sectional and longitudinal relations between affective instability and depression. Journal of Affective Disorders. 2011. Vol. 130, No. 1–2. P. 53–59. DOI: 10.1016/j.jad.2010.09.021.
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: Treatment and management. NICE Guideline NG222. London: NICE, 2022. P. 72, «Depression in people with a diagnosis of personality disorder», recommendations 1.11.1–1.11.4. Rasmiy klinik qo‘llanma.
17. Crotty K., Viswanathan M., Kennedy S., Edlund M. J., Ali R., Siddiqui M., Wines R., Ratajczak P., Gartlehner G. Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2024. Vol. 92, No. 5. P. 275–295. DOI: 10.1037/ccp0000833.