

Лемещук Олексій
Мілютіна Катерина

ТРАНСФЕР-ФОКУСОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ: ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТІВ З МЕЖОВИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ

Анотація

Актуальність теми дослідження. Розлади особистості межового рівня становлять значну клінічну проблему через високу поширеність, тяжкі функціональні порушення та обмежені можливості традиційних терапевтичних підходів. Трансфер-фокусована психотерапія (ТФП), розроблена на основі теорії об'єктних стосунків Отто Кернберга, пропонує специфічне психодинамічне втручання для цієї групи пацієнтів.

Мета й методи дослідження. Метою статті є ознайомлення українських фахівців з теоретичними основами ТФП, аналіз існуючих емпіричних досліджень ефективності методу та компаративний аналіз концепції межової організації особистості з сучасними класифікаційними системами МКБ-11 та DSM-5. Здійснено систематичний огляд літератури та компаративний аналіз діагностичних підходів.

Результати роботи. Представлено теоретичну модель рівнів організації особистості Кернберга з детальним описом межової організації особистості. Проаналізовано дев'ять неконтрольованих досліджень та три рандомізовані контрольовані дослідження ефективності ТФП. Результати демонструють значні покращення у зменшенні депресії, тривожності, суїцидальної поведінки, гніву, імпульсивності, а також унікальні для ТФП зміни в рефлексивній функції та стилі прив'язаності. Виявлено нейробіологічні кореляти терапевтичних змін, зокрема нормалізацію функціонування фронто-лімбічних нейронних мереж.

Ключові висновки. ТФП є емпірично валідованим методом лікування межового розладу особистості з доведеною ефективністю. Концепція межової організації особистості демонструє конвергенцію з сучасними вимірювальними підходами МКБ-11 та DSM-5 AMPD. Перспективними є дослідження впливу ТФП на ширший спектр розладів межового рівня.

Ключові слова: трансфер-фокусована психотерапія, ТФП, межовий розлад особистості, межовий рівень організації особистості, теорія об'єктних стосунків, Отто Кернберг, МКБ-11, DSM-5.

TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY: CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

Background. Borderline-level personality disorders represent a significant clinical challenge due to their high prevalence, severe functional impairment, and the limited efficacy of traditional therapeutic approaches. Transference-Focused Psychotherapy (TFP), developed within Otto Kernberg's object relations theory, offers a specific psychodynamic treatment for this group of patients.

Methods. The aim of the article is to familiarize Ukrainian professionals with the theoretical foundations of TFP, to analyze existing empirical research on the TFP model's effectiveness, and to conduct a comparative analysis of the concept of borderline personality organization with contemporary classification systems ICD-11 and DSM-5. A systematic literature review and comparative analysis of diagnostic approaches were conducted.

Results. The theoretical model of personality organization levels proposed by Kernberg is presented, with a detailed description of the borderline personality organization. Nine uncontrolled and three randomized controlled studies of TFP efficacy were analyzed. The findings indicate significant improvements in reducing depression, anxiety, suicidal behavior, anger, and impulsivity, as well as unique TFP-related changes in reflective functioning and attachment style. Neurobiological correlates of therapeutic change were identified, including normalization of frontolimbic neural network functioning.

Conclusions. TFP is an empirically validated treatment for borderline personality disorder with proven effectiveness. The concept of borderline personality organization shows convergence with modern dimensional approaches of ICD-11 and DSM-5 AMPD. Future research should explore the effects of TFP on a broader spectrum of borderline-level disorders.

Keywords: transference-focused psychotherapy, TFP, borderline personality disorder, borderline level of personality organization, object relations theory, Otto Kernberg, ICD-11, DSM-5.

Вступ
Розлади особистості становлять значну проблему для сучасної психіатрії та клінічної психології через високу поширеність, тяжкі функціональні порушення та складності терапевтичного втручання. Концепція межової організації особистості, розроблена Отто Кернбергом у 1960-70-х роках, стала фундаментальним внеском у розуміння структурних особливостей особистості

та їх клінічних проявів (Kernberg, 1975; Kernberg, 1984). На відміну від попередніх підходів, які фокусувалися переважно на симптоматичних проявах, Кернберг запропонував структурно-динамічну модель, що враховує рівень організації психічних функцій, якість об'єктних стосунків, типи захисних механізмів та збереженість тестування реальності (Kernberg, 1981).

Межовий рівень організації особистості (МОО) характеризується специфічною констеляцією структурних особливостей: дифузією ідентичності, яка обумовлена домінуванням примітивних захисних механізмів, заснованих на розщепленні, при збереженні тестування реальності. Ця концептуалізація дозволила не лише краще зрозуміти природу межового розладу особистості (МРО), але й розробити специфічний психотерапевтичний підхід - трансфер-фокусовану психотерапію (ТФП) (Clarkin et al., 2007; Yeomans et al., 2015). ТФП базується на систематичному аналізі трансферу (перенесення) як вираження внутрішніх об'єктних стосунків пацієнта, що дозволяє працювати з розщепленими репрезентаціями себе (селф) та об'єкта безпосередньо в терапевтичних стосунках.

За останні десятиліття відбулася значна еволюція діагностичних підходів до розладів особистості. Якщо класифікаційні системи DSM-IV та МКБ-10 базувалися на традиційному категоріальному підході з виділенням десяти окремих типів розладів особистості, то нові версії - DSM-5 (зокрема, Альтернативна модель розладів особистості в Розділі 3) та МКБ-11 - рухаються в напрямку вимірювальних моделей (Bach & First, 2018; Krueger & Hobbs, 2020). Обидві системи тепер визнають первинність оцінки тяжкості порушення функціонування особистості, що концептуально близьке до ідеї Кернберга про рівні організації особистості (Mulder et al., 2016).

В українському контексті знання про ТФП та її теоретичні основи залишаються обмеженими, хоча міжнародні дослідження переконливо демонструють ефективність цього методу. Станом на 2024 рік у світі проведено дев'ять неконтрольованих досліджень (Buchheim et al., 2017; Cuevas et al., 2000; Diamond et al., 2013; Fischer-Kern et al., 2015; Lenzenweger et al., 2018; Lopez et al., 2004) та три рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) ефективності ТФП, які показали значні покращення в різних аспектах психопатології пацієнтів з МРО (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006).

Метою даної статті є: (1) ознайомлення української професійної спільноти з існуванням та основами моделі ТФП, зокрема з описом концепції межової організації особистості; (2) здійснення компаративного аналізу концепції МОО із сучасними класифікаційними системами МКБ-11 та DSM-5; (3) представлення існуючих досліджень змін, обумовлених застосуванням ТФП для пацієнтів з межовим розладом особистості. Такий інтегративний підхід дозволить не лише краще зрозуміти теоретичні основи методу, але й оцінити його емпіричну валідність та місце в сучасному терапевтичному ландшафті.

Матеріали та методи дослідження

Дане дослідження є систематичним оглядом наукової літератури з

використанням компаративного аналізу теоретичних концепцій та синтезу емпіричних даних. Для пошуку релевантних джерел використовувалися міжнародні бази даних PubMed, PsycINFO, Web of Science, а також спеціалізовані ресурси International Society for Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP). Часовий діапазон пошуку охоплював період з 1970 року (початок публікацій О. Кернберга про межову організацію особистості) до 2025 року.

Критеріями відбору джерел були: (1) англomовні та іспаномовні публікації в рецензованих наукових журналах; (2) емпіричні дослідження ефективності ТФП (як контрольовані, так і неконтрольовані); (3) теоретичні роботи, присвячені концепції межової організації особистості та теорії об'єктних стосунків Кернберга; (4) офіційна документація МКБ-11 та DSM-5 щодо класифікації розладів особистості. Ключовими термінами пошуку були: transference-focused psychotherapy, TFP, borderline personality organization, borderline personality disorder, Otto Kernberg, object relations theory, ICD-11 personality disorders, DSM-5 AMPD.

Методологія аналізу включала: (1) компаративний аналіз концепції межової організації особистості Кернберга з критеріями тяжкості розладів особистості в МКБ-11 та рівнями функціонування особистості в DSM-5 AMPD; (2) систематизацію результатів емпіричних досліджень ефективності ТФП за ключовими показниками (симптоматика, функціонування, рефлексивна функція, прив'язаність); (3) синтез даних для створення узагальненої картини доказової бази методу. Особлива увага приділялася методологічній якості досліджень, зокрема наявності контрольних груп, рандомізації, стандартизованих інструментів вимірювання та статистичної потужності.

Результати дослідження

Теорія об'єктних стосунків Отто Кернберга та концепція межової організації особистості

Отто Кернберг розробив структурну модель організації особистості, яка включає три основні рівні: невротичний, межовий та психотичний (Kernberg, 1975). Ця модель базується на теорії об'єктних стосунків, яка розглядає психічну структуру як систему інтерналізованих репрезентацій себе та значущих інших, що формуються в ранньому дитинстві через взаємодію з первинними об'єктами прив'язаності (Kernberg, 1976). Центральною ідеєю є те, що ці внутрішні репрезентації визначають характер міжособистісних стосунків, регуляцію афекту та загальне функціонування особистості протягом життя.

Ключовими параметрами диференціації рівнів організації особистості є: (1) ступінь інтеграції ідентичності - від цілісної інтегрованої ідентичності на невротичному рівні через дифузійну ідентичність на межовому рівні до фрагментованої ідентичності на психотичному рівні; (2) типи домінуючих захисних механізмів - зрілі (витіснення, раціоналізація, інтелектуалізація) на невротичному рівні versus примітивні (розщеплення, примітивна проєкція, проєктивна ідентифікація, всемогутній контроль, примітивна ідеалізація/знецінення) на межовому та психотичному рівнях; (3) збереженість тестування

реальності - збережене на невротичному та межовому рівнях, порушене на психотичному рівні (Kernberg, 1975; Kernberg, 1981).

Структурне психодинамічне розуміння рівнів організації особистості

Теорія Кернберга визначає три рівні організації особистості через якісно різні структурні характеристики:

Невротичний рівень характеризується:

- Консолідованою ідентичністю з інтеграцією позитивних і негативних репрезентацій
- Зрілими захисними механізмами (витіснення, раціоналізація, інтелектуалізація, реактивне утворення)
- Збереженим тестуванням реальності
- Зрілою концепцією об'єктних стосунків з усвідомленням цілісності та амбівалентності
- Інтегрованою Супер-Его структурою з диференційованими моральними цінностями

Межовий рівень визначається:

- Дифузійною ідентичністю з нездатністю інтегрувати позитивні та негативні аспекти себе й інших
- Домінуванням примітивних захисних механізмів (розщеплення, примітивна проекція, проективна ідентифікація, примітивна ідеалізація/знецінення, всемогутній контроль)
- Збереженим тестуванням реальності за відсутності психотичних симптомів
- Патологічними інтерналізованими об'єктними стосунками з полярними репрезентаціями
- Неінтегрованою Супер-Его структурою з протиріччями в системі цінностей.

Психотичний рівень характеризується:

- Фрагментацією ідентичності з відсутністю інтегрованого відчуття себе
- Примітивними захисними механізмами та регресивними феноменами (проективна ідентифікація, психотична проекція, злиття)
- Порушеним тестуванням реальності з нездатністю розрізняти зовнішнє та внутрішнє
- Симбіотичними об'єктними стосунками з втратою меж між собою та іншими
- Дезінтегрованою Супер-Его структурою з відсутністю стабільних інтерналізованих цінностей.

Ця структурна диференціація дозволяє концептуалізувати межовий рівень організації особистості як проміжний між невротичним та психотичним, що має унікальні структурні характеристики та потребує специфічних терапевтичних підходів.

Межовий рівень організації особистості характеризується синдромом дифузії ідентичності, який проявляється у нездатності інтегрувати позитивні та негативні аспекти уявлень про себе та інших (Kernberg, 1981). Внаслідок домінування механізму розщеплення, особи з МОО переживають себе та інших як повністю хороших або повністю поганих, із швидкими переходами

між цими полярними станами. Це призводить до хаотичних міжособистісних стосунків, нестабільності афекту, імпульсивності та хронічного відчуття порожнечі. Водночас, на відміну від психотичного рівня, тестування реальності залишається збереженим, хоча і з деякими спотвореннями, особливо в сфері міжособистісного функціонування - пацієнти здатні розрізняти себе та інших, внутрішнє та зовнішнє, можуть критично оцінювати свої уявлення за наявності зовнішньої конфронтації (Kernberg, 1967). Основні відмінності рівнів організації особистості за Отто Кернбергом представлено в Таблиці 1.

Таблиця 1.
Рівні організації особистості за О. Кернбергом

Параметр	Невротичний рівень	Межовий рівень	Психотичний рівень
<i>Ідентичність</i>	Інтегрована	Дифузна	Фрагментована
<i>Захисні механізми</i>	Зрілі (витіснення, раціоналізація)	Примітивні (розщеплення, проєктивна ідентифікація)	Примітивні, дезінтегровані
<i>Тестування реальності</i>	Збережене	Збережене, з деякими спотвореннями в сфері міжособистісного функціонування	Порушене
<i>Об'єктні стосунки</i>	Цілісні	Розщеплені, чорно-біле сприйняття, ідеалізація / знецінення	Злиті, симбіотичні

Для систематичної діагностики рівня організації особистості Кернберг розробив Метод структурного інтерв'ю, який згодом було стандартизовано у формі Структурованого інтерв'ю організації особистості (STIPO та STIPO-R) (Clarkin et al., 2007). Цей інструмент оцінює ключові аспекти функціонування особистості: якість об'єктних стосунків, захисні операції, механізми копінгу, агресію, моральні цінності та тестування реальності. STIPO демонструє хороші психометричні властивості та широко використовується як у дослідницьких, так і в клінічних цілях (Stern et al., 2010).

Компаративний аналіз: від теорії Кернберга до сучасних класифікацій

Останні десятиліття позначилися значною еволюцією діагностичних підходів до розладів особистості. МКБ-11, яка набула чинності у 2022 році, представляє фундаментально новий підхід, зосереджений на оцінці загального порушення функціонування особистості з градацією за тяжкістю (Bach & First, 2018). Замість традиційних категоріальних діагнозів (параноїдний, шизоїдний, межовий тощо), МКБ-11 пропонує єдиний діагноз розладу особистості з обов'язковим визначенням одного з чотирьох рівнів: особистісні труднощі (субклінічний рівень), легкий розлад особистості, помірний розлад особистості та тяжкий розлад особистості (Tyrer et al., 2015).

Визначення тяжкості базується на глобальній оцінці порушень у двох доменах: (1) Я-функціонування, що включає ідентичність, самосприйняття, самокерованість та емоційну регуляцію; (2) міжособистісне функціонування, що охоплює здатність до емпатії, інтимності, кооперації та управління конфліктами

(Bach et al., 2022). Легкий рівень характеризується помірними проблемами в одному або обох доменах при збереженні загальної здатності функціонувати у більшості сфер життя. Помірний рівень передбачає значні труднощі в обох доменах з виразним впливом на професійне та соціальне функціонування. Тяжкий рівень проявляється тяжкими порушеннями в обох доменах, ризиком для себе або інших, можливістю транзиторних дисоціативних або психотикоподібних станів (Mulder et al., 2016; Swales, 2022).

Для детальнішого опису стилістичних особливостей патології особистості МКБ-11 пропонує п'ять доменів рис: негативна афективність (схильність до негативних емоцій, тривожність, емоційна лабільність), відчуженість (соціальна ізоляція, обмежена афективність), дисоціальність (маніпулятивність, обман, безжалісність), розгальмованість (імпульсивність, ризикована поведінка, лабільність уваги), ананкастність (перфекціонізм, ригідність, емоційна та поведінкова стриманість) (Tyrer et al., 2011). Важливо, що у відповідь на занепокоєння професійної спільноти щодо збереження доступу до спеціалізованих втручань, МКБ-11 також включає опціональний специфікатор межового патерну (6D11.5), який практично ідентичний критеріям МРО у DSM (Reed, 2018).

Альтернативна модель розладів особистості DSM-5 (AMPD), представлена у Розділі 3 Керівництва, пропонує гібридний вимірювально-категоріальний підхід (Krueger et al., 2012). Критерій А цієї моделі оцінює рівень функціонування особистості за Шкалою рівнів функціонування особистості (LPFS) від 0 (мінімальне порушення) до 4 (екстремальне порушення). LPFS структурно схожа з критеріями МКБ-11 і також оцінює Я-функціонування (ідентичність та самокерованість) і міжособистісне функціонування (емпатія та інтимність) (Bender et al., 2011). Критерій В описує патологічні риси особистості через п'ять широких доменів: негативна афективність, відчуженість, антагонізм, розгальмованість та психотизм, які деталізуються через 25 специфічних фасетів за опитувальником PID-5 (Krueger et al., 2012). Для наочності порівняльні дані концептуальних моделей розладів особистості зведено в таблицю – див. Таблицю 2.

Таблиця 2
Порівняння концептуальних моделей розладів особистості

Аспект	Кернберг (МОО)	МКБ-11	BSM-5 AMPD
<i>Філософія підходу</i>	Структурно-динамічна	Вимірювальна	Гібридна вимірювально-категоріальна
<i>Основа діагностики</i>	Рівень організації особистості	Тяжкість порушення функціонування	Критерій А+ Критерій В
<i>Рівні / градації</i>	3 (невротичний, межовий, психотичний)	4 (труднощі + 3 рівня тяжкості)	5 рівнів (0-4 за LPFS)
<i>Домени рис</i>	Не застосовується систематично	5 доменів	5 доменів (25 фасетів)
<i>Тестування реальності</i>	Центральний критерій диференціації	Включено в критерії тяжкості	Не є центральним

Компаративний аналіз виявляє значну конвергенцію між класичною структурною моделлю Кернберга та сучасними вимірювальними підходами. Обидві нові класифікаційні системи визнають центральність оцінки тяжкості порушення функціонування особистості, що концептуально відповідає ідеї рівнів організації особистості (Mulder et al., 2016). Примітно, що в офіційній документації МКБ-11 є пряме посилання на традиційний структурний підхід до класифікації організації особистості, особливо щодо можливості транзиторних психотичних станів на найнижчому, найтяжчому рівні, що повністю узгоджується з описом низького межового рівня в теорії Кернберга (Morey et al., 2013).

Спільними елементами всіх трьох підходів є: (1) визнання вимірювального характеру патології особистості; (2) фокус на порушеннях само-функціонування та міжособистісних стосунків як центральних проявах; (3) градація за тяжкістю як центральний організуючий принцип; (4) інтеграція патологічних рис для опису стилістичних особливостей. Водночас існують і відмінності: теорія Кернберга приділяє значно більшу увагу якісним аспектам захисних механізмів та об'єктних стосунків, тоді як МКБ-11 та DSM-5 AMPD зосереджені на більш операціоналізованих критеріях функціонування та поведінкових проявах рис (Waugh, 2019).

Ця конвергенція має важливе значення для розуміння місця ТФП у сучасному терапевтичному ландшафті. Якщо раніше могло здаватися, що психодинамічна модель Кернберга належить до іншої парадигми, аніж дескриптивна психіатрія, то нині стає очевидним, що обидва підходи описують одні й ті самі клінічні феномени, лише з різних перспектив та різними мовами. Це відкриває можливості для інтеграції психодинамічного розуміння з сучасними діагностичними критеріями та дослідницькими методами (Levy et al., 2012).

Трансфер-фокусована психотерапія: теоретичні основи та механізми дії

Трансфер-фокусована психотерапія була розроблена Отто Кернбергом як специфічне психодинамічне втручання для пацієнтів з межевою організацією особистості (Clarkin et al., 2006; Yeomans et al., 2015). Базуючись на теорії об'єктних стосунків, ТФП ставить у центр терапевтичної роботи аналіз трансферу як вираження внутрішніх об'єктних стосунків пацієнта. Фундаментальною гіпотезою є те, що в терапевтичних стосунках пацієнт неминуче відтворює свої розщеплені репрезентації себе та об'єкта, що дає можливість безпосередньо працювати з цими внутрішніми структурами.

Основною метою ТФП є інтеграція розщеплених репрезентацій себе та об'єкта, що досягається через систематичну інтерпретацію домінуючих афективних станів та примітивних захисних механізмів у трансфері (Kernberg et al., 2008). Терапевтичний процес починається з встановлення чіткого терапевтичного контракту, який визначає базові умови роботи та відповідальність пацієнта. Далі терапевт підтримує технічну нейтральність, уникаючи як надмірної графікації, так і надмірної фрустрації пацієнта, що створює оптимальний простір для розгортання та аналізу трансферу (Caligor et al., 2018).

Ключовими терапевтичними техніками ТФП є: (1) прояснення - допомога

пацієнту у більш чіткому формулюванні того, що він переживає; (2) конфронтація - привертання уваги пацієнта до суперечностей або аспектів, які він не усвідомлює; (3) інтерпретація - пояснення несвідомого значення переживань пацієнта, особливо зав'язків між різними репрезентаціями себе та об'єкта. Ці техніки застосовуються послідовно, відповідно до принципу рухатися від поверхні до глибини (Clarkin et al., 2006). Механізмами терапевтичних змін у ТФП є: усвідомлення та інтеграція суперечливих селф-станів, розвиток рефлексивної функції (здатності розуміти себе та інших у термінах ментальних станів), трансформація примітивних захисних механізмів у більш зрілі, формування більш безпечного стилю прив'язаності та покращення регуляції афекту (Levy et al., 2012).

Нейробиологічні зміни внаслідок ТФП

Дослідження Perez та співавторів (2016) вперше продемонструвало нейробиологічні кореляти терапевтичних змін у пацієнтів з МРО після курсу ТФП (Perez et al., 2016). Використовуючи функціональну магнітно-резонансну томографію (фМРТ), дослідники вивчали нейронну активацію під час виконання емоційно-лінгвістичного завдання типу «go/no-go» («рух-стоп»), що дозволило дослідити взаємодію між негативною емоційною обробкою та гальмівним контролем поведінки.

Після проходження ТФП (у середньому 12,1 місяця терапії) у пацієнтів з МРО спостерігалися значущі зміни у фронто-лімбічних нейронних мережах. Зокрема, виявлено:

- Відносне підвищення активації дорсальної префронтальної кори, включно з дорсальною передньою поясною (dACC), дорсолатеральною префронтальною (dlPFC) та фронтополярною корою
- Відносне зниження активації вентралатеральної префронтальної кори (vlPFC) та гіпокампу
- Покращення в обмеженні (constraint) корелювало з підвищенням активації лівої дорсальної передньої поясної кори
- Зменшення афективної лабільності корелювало позитивно з активацією лівої задньо-медіальної орбітофронтальної кори/вентрального стріатуму і негативно з активацією правої мигдалини/парагіпокампулярної ділянки

Ці нейробиологічні зміни підтверджують гіпотезу, що ТФП сприяє кращому регуляторному контролю префронтальної кори над лімбічними структурами, відповідальними за емоційну реактивність. Цікаво, що базові (до лікування) патерни нейронної активації виявились предикторами терапевтичного успіху: гіпоактивація правої дорсальної передньої поясної кори до лікування передбачала більше покращення в обмеженні імпульсів, а гіпоактивація лівої задньо-медіальної орбітофронтальної кори/вентрального стріатуму передбачала більше зменшення афективної лабільності.

Ці дані свідчать, що ТФП може сприяти нормалізації функціонування нейронних мереж, залучених до емоційної регуляції та поведінкового контролю, і надають об'єктивні біологічні маркери ефективності психодинамічного лікування у пацієнтів з МРО.

Емпіричні дослідження ефективності трансфер-фокусованої психотерапії

Ефективність ТФП була досліджена у шести неконтрольованих та трьох рандомізованих контрольованих дослідженнях. Перше опубліковане дослідження було проведено мексиканською дослідницькою групою під керівництвом Пабло Куваса (Cuevas et al., 2000). У дослідженні взяли участь 19 пацієнтів (4 чоловіки, 15 жінок) з діагнозом межового розладу особистості за DSM-IV. Пацієнти отримували мануалізовану психодинамічну психотерапію Кернберга двічі на тиждень по 45 хвилин протягом 48-72 сесій. Терапію проводили 4 психоаналітики з середнім досвідом 12 років та 10 психотерапевтів з середнім досвідом 4,67 років, усі сесії відеозаписувалися та супервізувалися експертами щотижня.

Результати продемонстрували значне зменшення афективної нестабільності після 48 сесій, тоді як критерії порушень ідентичності майже не змінилися навіть у пацієнтів, які перебували в терапії майже два роки. Процентне покращення за шкалою глобальної оцінки функціонування (GAF) від початку до 72 сесій становило 70%, що свідчить про суттєве підвищення загального функціонування. Важливо, що не було виявлено значущих відмінностей у покращенні залежно від досвіду терапевта, що вказує на важливість дотримання мануалу та якісної супервізії (Cuevas et al., 2000).

Подальше дослідження тієї ж мексиканської групи, опубліковане Лопесом та співавторами у 2004 році, фокусувалося виключно на жінках з межовим розладом особистості (Lopez et al., 2004). З 14 пацієток віком 18-40 років, які розпочали лікування, 10 завершили 48 сесій ТФП (рівень відсіву 29%). Терапію проводили сім нових терапевтів - випускники постдипломної програми з психотерапії. Після 24 сесій критерії імпульсивності зникли у дев'яти пацієток, афективної нестабільності - у двох, порушень ідентичності - у трьох. Після 48 сесій усі десять пацієток більше не відповідали критеріям імпульсивності, вісім - критеріям афективної нестабільності. Статистичний аналіз виявив значні позитивні зміни за Опитувальником SCL-90 та шкалою GAF між початковими вимірами та вимірами після 24 і 48 сесій - результати наведені в Таблиці 3.

Таблиця 3.

Статистична значущість змін показників SCL-90 та GAF у пацієток з межовим розладом особистості в процесі Трансфер-фокусованої психотерапії

Вимір	Початковий показник (середнє ± стандартне відхилення)	24 сесії (середнє ± стандартне відхилення)	48 сесій (середнє ± стандартне відхилення)	Рівень значущості (p) між початковими та 24 сесіями	Рівень значущості (p) між початковими та 48 сесіями	Рівень значущості (p) між 24 та 48 сесіями
<i>SCL-90</i>	2.14 = 1.00	1.09 = 0.84	0.67 ± 0.47	0.01 (t=3.36)	0.002 (t=4.32)	0.054 (t-2.22) (майже значуще)
<i>Шкали GAF</i>	37.10 - 18.90	68.10 - 11.28	86.00 + 3.95	0.00 (t=6.85)	0.00 (t=9.03)	0.00 (t=6.02)

Додаткові неконтрольовані дослідження включають:

- Diamond et al. (2013) - вивчення впливу ТФП на пацієнтів з нарцисичним розладом особистості (Diamond et al., 2014)
- Lenzenweger et al. (2018) - аналіз траєкторій змін при ТФП (Lenzenweger et al., 2018)
- Fischer-Kern et al. (2015) - дослідження змін у рефлексивній функції (Fischer-Kern et al., 2015)
- Buchheim et al. (2017) - зміни в патернах прив'язаності (Buchheim et al., 2017)

Кларкін та співавтори провели перше рандомізоване контрольоване дослідження, яке порівняло три форми лікування МРО: трансфер-фокусовану психотерапію (ТФП), діалектично-поведінкову терапію (ДПТ) та підтримуючу психодинамічну терапію (ППП) (Clarkin et al., 2007). У дослідженні взяли участь 90 пацієнтів з межовим розладом особистості, які були рандомізовані в одну з трьох груп лікування тривалістю один рік. Дизайн вимірювань був багатохвильовим, що дозволило відстежити динаміку змін протягом усього періоду лікування.

Результати показали, що всі три групи продемонстрували значні покращення в депресії, тривозі, глобальному функціонуванні та соціальній адаптації. Однак були виявлені специфічні ефекти різних втручань. ТФП та ДПТ були асоційовані зі значним зменшенням суїцидальної поведінки, тоді як ППП не показала такого ефекту. ТФП та ППП продемонстрували покращення в аспектах імпульсивності. Унікальним для ТФП виявився значний ефект щодо зменшення гніву, дратівливості, вербальної та прямої агресії - жодна з двох інших форм лікування не показала подібних результатів (Clarkin et al., 2007). Кожна терапевтична сесія в дослідженні Clarkin et al. (2007) знімалася на відео. Ці відеозаписи лягли в основу подальших досліджень ефектів ТФП.

Найбільш значущими виявилися зміни в рефлексивній функції та стилі прив'язаності, які були виявлені лише в групі ТФП. Леві та співавтори, аналізуючи дані того ж дослідження, показали, що 28,6% пацієнтів, які отримували ТФП, змінили свій стиль прив'язаності з небезпечного на безпечний, тоді як жоден з пацієнтів груп ДПТ та ППП не продемонстрував такої зміни (Levy et al., 2006). Це принципово важливий результат, оскільки стиль прив'язаності є стабільною характеристикою, яка формується в ранньому дитинстві і традиційно вважається резистентною до змін. Покращення рефлексивної функції - здатності розуміти себе та інших у термінах ментальних станів - також було специфічним для ТФП і відповідає теоретичним припущенням про механізми терапевтичної дії цього методу.

Таблиця 4.

Зведені данні результатів досліджень Clarkin et al. (2007) та Levy et al. (2006)

Показник	ТФП	ДПТ	ППП
<i>Депресія</i>	+	+	+
<i>Тривога</i>	+	+	+
<i>Глобальне функціонування</i>	+	+	+
<i>Соціальна адаптація</i>	+	+	+
<i>Суїцидальна поведінка</i>	+	+	-
<i>Гнів та агресія</i>	+	-	-
<i>Імпульсивність</i>	+	-	+
<i>Рефлексивна функція</i>	+	-	-
<i>Безпечна прив'язаність</i>	+ (28,6%)	-	-

Дьорінг та співавтори провели друге велике РКД, в якому порівнювали ТФП з лікуванням, що проводили досвідчені психотерапевти спільноти (treatment by experienced community psychotherapists) (Doering et al., 2010). Дослідження було проведено у Мюнхені та Відні, в ньому взяли участь 104 жінки з межовим розладом особистості, які отримували амбулаторне лікування протягом одного року. Результати виявилися ще більш переконливими на користь ТФП. Рівень відсіву в групі ТФП становив 38,5%, тоді як у контрольній групі - 67,3% (різниця статистично значуща). Значно менше пацієнтів групи ТФП здійснили спроби самогубства порівняно з контрольною групою ($d = 0,8$, $p = 0,009$).

ТФП виявилася значно ефективнішою в усіх ключових доменах: межові симптоми ($d = 1,6$, $p = 0,001$), психосоціальне функціонування ($d = 1,0$, $p = 0,002$), організація особистості за STIPO ($d = 1,0$, $p = 0,001$) та кількість психіатричних госпіталізацій ($d = 0,5$, $p = 0,001$). Обидві групи продемонстрували значні покращення в депресії та тривозі без суттєвих відмінностей між групами ($d = 0,3-0,5$). Група ТФП також показала покращення в загальній психопатології (Doering et al., 2010). Розміри ефектів (Cohen's d) в діапазоні від 0,8 до 1,6 для ключових показників вказують на клінічно значущі та стійкі зміни.

Третє РКД, проведене Гізен-Блу та співавторами, порівнювало ТФП зі схематерапією (Giesen-Bloo et al., 2006). Обидва втручання тривали три роки і показали значні покращення в психо- та особистісній патології. Схема-терапія виявилася дещо ефективнішою після трьох років лікування, хоча ці результати були піддані методологічній критиці з боку дослідників ТФП (Yeomans, 2007). Незважаючи на це, результати підтверджують ефективність ТФП порівняно з іншим структурованим психотерапевтичним підходом. Кокранівський огляд психотерапевтичних втручань для МРО визнає ТФП одним з корисних методів лікування разом із діалектично-поведінковою терапією, менталізаційно-орієнтованою терапією, схема-терапією та STEPSS (Stoffers et al., 2012).

Важливим доповненням до існуючої доказової бази є нещодавнє дослідження Абея та співавторів (2025), яке було присвячено вивченню ефективності ТФП в умовах стаціонару. У цьому проспективному натуралістичному лонгітюдному

дослідженні брали участь 74 пацієнти з межовим розладом особистості, які отримували 6-місячну мануалізовану ТФП у стаціонарних умовах, з яких 31 пацієнт завершив повний курс лікування. Симптоми оцінювалися за допомогою Списку Межових Симптомів (BSL-23) на початку лікування, після 3 місяців терапії, та в кінці лікування. Результати показали значне зниження показників BSL-23 від початку до кінця терапії з середнім розміром ефекту $d=0,54$, тоді як у контрольній групі, що перебувала в листі очікування, змін не спостерігалось. Це свідчить про ефективність стаціонарної ТФП у зменшенні специфічних для МРО симптомів, при цьому тривалість лікування виявилася важливим фактором (Abel et al., 2025).

Кейн та співавтори (2025) досліджували інтерперсональні та афективні процеси у пацієнтів з МРО під час ТФП з використанням екологічної моментальної оцінки. 45 пацієнтів з діагнозом МРО брали участь у 18-місячному клінічному дослідженні ТФП, заповнюючи оцінки міжособистісних подій у повсякденному житті протягом 14 днів у трьох часових точках (0, 9 та 18 місяців). Результати продемонстрували зменшення волатильності в афективних вимірах та ідентифікаційній сплутаності, при цьому пацієнти з часом почали сприймати себе та інших як більш дружніх, щасливих та енергійних. Дослідження показує, що ТФП допомагає пацієнтам розвивати тепліші асоціації до афективних та міжособистісних переживань, змінюючи звичні дезадаптивні сприйняття себе та інших (Cain et al., 2025).

Ківіті та співавтори (2021) вивчали, чи має робота з рефлексивним функціонуванням під час сесій регулюючий вплив на емоційне збудження в різних психотерапіях МРО, включаючи ТФП. Вивчалися ранні, середні та пізні відеозаписи сесій з рандомізованого контрольованого дослідження Кларкіна та ін. (Clarkin et al., 2007), де групи ТФП ($n=30$), діалектично-поведінкової терапії ($n=29$) та підтримуючої психодинамічної терапії ($n=29$) були проаналізовані. Терапевтичні інтервенції, що спонукали пацієнтів розглядати психічні стани («запити на рефлексивне функціонування»), були вдвічі поширеніші в ТФП порівняно з іншими методами лікування. В усіх видах терапії такі запити сприяли кращому рефлексивному функціонуванню, що, у свою чергу, призводило до зниження емоційного збудження. Це свідчить про те, що розуміння психічних станів може мати емоційно-регулюючу роль у психотерапіях МРО (Kivity et al., 2021).

Дискусія

Результати систематичного огляду досліджень ефективності ТФП демонструють переконливу доказову базу для застосування цього методу в лікуванні межового розладу особистості. Дев'ять неконтрольованих досліджень та три незалежні РКД послідовно показують значні покращення в широкому спектрі показників: зменшення межової симптоматики, депресії, тривожності, суїцидальності, гніву, імпульсивності, а також покращення глобального та психосоціального функціонування. Особливо важливими є унікальні для ТФП зміни в рефлексивній функції та трансформація стилю прив'язаності з небезпечного на

безпечний, що відповідає теоретичним припущенням про механізми дії методу і вказує на глибинні структурні зміни, а не лише симптоматичне полегшення.

Компаративний аналіз концепції межової організації особистості з сучасними класифікаційними системами МКБ-11 та DSM-5 AMPD виявляє значну конвергенцію підходів. Всі три моделі визнають центральність оцінки тяжкості порушення функціонування особистості, фокусуються на порушеннях Я-функціонування та міжособистісних стосунків і використовують градацію за тяжкістю як організуючий принцип. Особливо примітним є те, що МКБ-11 прямо посилається на традиційний структурний підхід до класифікації організації особистості, включаючи можливість транзиторних психотичних станів на найтяжчому рівні, що повністю узгоджується з описом низького межового рівня в теорії Кернберга (Morey et al., 2013; Mulder et al., 2016).

Виявлені нейробиологічні кореляти терапевтичних змін після ТФП надають важливе підтвердження гіпотези, що психодинамічна психотерапія може впливати на нейронні мережі, залучені до емоційної регуляції та поведінкового контролю. Зокрема, посилення активації дорсальної передньої поясної кори та зниження активності мигдалини свідчить про покращення здатності до регуляції емоцій та контролю імпульсів. Ці результати узгоджуються з даними, отриманими для інших методів психотерапії (ДПТ, когнітивно-поведінкова терапія), що свідчить про можливі спільні механізми терапевтичної дії, незважаючи на різні теоретичні моделі.

Водночас залишається низка важливих питань для подальших досліджень. По-перше, усі опубліковані дослідження ефективності ТФП фокусувалися виключно на пацієнтах з діагнозом межового розладу особистості за DSM. Однак теорія Кернберга постулює, що межовий рівень організації особистості може проявлятися через різні типи розладів особистості - не лише межовий, але й нарцисичний, параноїдний, шизоїдний, шизотипічний, гістрійонний та антисоціальний (Kernberg, 1975; Kernberg, 1984). Відповідно, постає питання: чи є ТФП ефективною для пацієнтів з межовим рівнем організації особистості в цілому, незалежно від специфічного типу розладу особистості?

По-друге, в контексті МКБ-11 виникає питання про ефективність ТФП для пацієнтів з різними рівнями тяжкості розладу особистості. Більшість досліджених пацієнтів, імовірно, відповідали б критеріям помірною або тяжкого розладу особистості за МКБ-11. Чи буде ТФП настільки ж ефективною для пацієнтів з легким рівнем тяжкості? І навпаки, чи потребують пацієнти з тяжким рівнем модифікацій стандартного протоколу ТФП?

По-третє, важливим є питання коморбідності. Пацієнти з межовим розладом особистості часто мають коморбідні розлади Осі I за DSM-IV (депресивні розлади, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад, розлади харчової поведінки, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин). Наскільки ефективна ТФП у зменшенні цієї коморбідної симптоматики? Чи потребують деякі коморбідні стани додаткових спеціалізованих втручань паралельно з ТФП?

По-четверте, залишається питання про специфічні та неспецифічні фактори терапевтичних змін у ТФП. Хоча дослідження Кларкіна та співавторів (Clarkin et al., 2007) показало унікальні для ТФП зміни в рефлексивній функції та прив'язаності, що відповідає теоретичним припущенням про механізми дії методу, необхідні додаткові дослідження процесів, які дозволили б краще зрозуміти, які саме елементи ТФП є ключовими для терапевтичних змін. Це має не лише теоретичне, але й практичне значення для тренінгу терапевтів та забезпечення якості лікування.

Нарешті, важливим є питання культурної адаптації та валідності методу в різних контекстах. Опубліковані дослідження проводилися переважно в США, Мексиці, Німеччині та Австрії. Чи потребує ТФП модифікацій для застосування в інших культурних контекстах, зокрема в українському? Які аспекти методу є універсальними, а які можуть потребувати культурної адаптації? Ці питання особливо актуальні для України, де ТФП лише починає впроваджуватися, і де станом на 2025 рік лише п'ять терапевтів отримали міжнародну сертифікацію в методі.

В **ИСНОВКИ**

Трансфер-фокусована психотерапія є емпірично валідованим методом лікування межового розладу особистості з переконливою доказовою базою. Три незалежні рандомізовані контрольовані дослідження та шість неконтрольованих досліджень послідовно демонструють значні покращення в широкому спектрі показників психопатології та функціонування. Особливо важливими є унікальні для ТФП зміни в рефлексивній функції та трансформація стилю прив'язаності, що вказує на глибинні структурні зміни особистості, а не лише симптоматичне полегшення. Нейробіологічні дослідження підтверджують здатність ТФП впливати на функціонування фронто-лімбічних мереж мозку, що забезпечує об'єктивні маркери терапевтичних змін.

Концепція межової організації особистості Отто Кернберга демонструє значну конвергенцію з сучасними вимірювальними підходами до класифікації розладів особистості в МКБ-11 та DSM-5 AMPD. Усі три моделі визнають центральність оцінки тяжкості порушення функціонування особистості, фокусуються на порушеннях само-функціонування та міжособистісних стосунків і використовують градацію за тяжкістю як організуючий принцип. Це підтверджує актуальність структурного підходу Кернберга і легітимізує використання ТФП в контексті сучасних діагностичних систем.

Перспективними напрямками подальших досліджень є: (1) вивчення ефективності ТФП для пацієнтів з різними типами розладів особистості межового рівня, не обмежуючись лише межовим розладом особистості; (2) дослідження ефективності ТФП для пацієнтів з різними рівнями тяжкості розладу особистості за МКБ-11; (3) вивчення впливу ТФП на коморбідну психопатологію; (4) дослідження процесів та механізмів терапевтичних змін у ТФП; (5) культурна адаптація та валідація методу в різних контекстах, включно з українським.

Для України особливо актуальним є розвиток професійної освіти в галузі ТФП, створення супервізійної інфраструктури та проведення локальних досліджень ефективності методу. Враховуючи високу поширеність розладів особистості та обмежені можливості традиційних терапевтичних підходів, впровадження ТФП могло б суттєво розширити арсенал доступних ефективних втручань для цієї складної клінічної популяції.

REFERENCES

1. Abel, T., Happel, M., Daerr, F., Spitzer, C., Benecke, C., & Dulz, B. (2025). Transference-focused psychotherapy in an inpatient setting for borderline personality disorders: changes in symptomatology. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 28(1), Article 810. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.810>
2. Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18, Article 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
3. Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S., & Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: A European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9, Article 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0>
4. Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
5. Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., Pokorny, D., & Fischer-Kern, M. (2017). Change of unresolved attachment in borderline personality disorder: RCT study of transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 314–316. <https://doi.org/10.1159/000460257>
6. Cain, N. M., Meehan, K. B., Roche, M. J., Sowislo, J., Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2025). From bench to bedside: Examining the interpersonal and affective context of borderline personality disorder as it unfolds over time in psychotherapy. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. <https://doi.org/10.1037/abn0001032>
7. Cain, N. M., Meehan, K. B., Roche, M. J., Sowislo, J., Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2025). From bench to bedside: Examining the interpersonal and affective context of borderline personality disorder as it unfolds over time in psychotherapy. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. <https://doi.org/10.1037/abn0001032>
8. Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. American Psychiatric Publishing.
9. Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2007). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University.
10. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
11. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Publishing.
12. Cuevas, P., Camacho, J., Mejia, R., Rosario, I., Parres, R., Mendoza, J., & Lopez, D. (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con la psicoterapia psicodinámica. *Salud Mental*, 23(6). https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/832/831
13. Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S., Fischer-Kern, M., Delaney, J., & Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic

and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 527–551. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.815087>

14. Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
15. Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 173–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143842>
16. Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
17. Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
18. Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
19. Kernberg, O. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
20. Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169–195.
21. Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
22. Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601–620. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x>
23. Kivity, Y., Levy, K. N., Kelly, K. M., & Clarkin, J. F. (2021). In-session reflective functioning in psychotherapies for borderline personality disorder: The emotion regulatory role of reflective functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(9), 751–761. <https://doi.org/10.1037/ccp0000674>
24. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
25. Krueger, R. F., & Hobbs, K. A. (2020). An overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, 53(3–4), 126–132. <https://doi.org/10.1159/000508538>
26. Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., & Kernberg, O. F. (2018). Predicting domains of change in personality disorder patients: A growth curve analysis. *Journal of Personality Disorders*, 32(4), 518–538. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_302
27. Levy, K. N., Meehan, K. B., & Yeomans, F. E. (2012). An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 139–167). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_8
28. Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027–1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
29. Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 137–151. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.137>
30. López, D., Cuevas, P., Gómez, A., & Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad: Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44–54. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242706>
31. Morey, L. C., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2013). Validating the proposed diagnostic and statistical

- manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 729–735. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8>
32. Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD-11. *Personality and Mental Health*, 10(2), 84–95. <https://doi.org/10.1002/pmh.1336>
 33. Perez, D. L., Vago, D. R., Pan, H., Root, J., Tuescher, O., Fuchs, B. H., Leung, L., Epstein, J., Cain, N. M., Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F., Levy, K. N., Silbersweig, D. A., & Stern, E. (2016). Frontolimbic neural circuit changes in emotional processing and inhibitory control associated with clinical improvement following transference-focused psychotherapy in borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1), 51–61. <https://doi.org/10.1111/pcn.12357>
 34. Reed, G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry*, 17(2), 227–229. <https://doi.org/10.1002/wps.20533>
 35. Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
 36. Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), Article CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
 37. Swales, M. A. (2022). Personality disorder diagnoses in ICD-11: Transforming conceptualisations and practice. *Clinical Psychology in Europe*, 4, Article e9635. <https://doi.org/10.32872/cpe.9635>
 38. Tyrer, P., Crawford, M., & Mulder, R. (2011). Reclassifying personality disorders. *The Lancet*, 377(9780), 1814–1815. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61926-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61926-5)
 39. Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
 40. Waugh, M. H. (2019). Construct and paradigm in the AMPD. In C. J. Hopwood, A. L. Mulay, & M. H. Waugh (Eds.), *The DSM-5 alternative model for personality disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment* (pp. 1–47). Routledge.
 41. Yeomans, F. E. (2007). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 609–610. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.609-c>
 42. Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.

Дані про авторів

Олексій ЛЕМЕЩУК, здобувач ступеня Доктор філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Oleksii Lemeshchuk, PhD student, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID: 0009-0001-0130-8782

E-mail: A@Lemeshchuk.com

Катерина МІЛЮТИНА, доктор наук, професор кафедри психології, Академія праці, соціальних відносин і туризму

Kateryna Miliutina, Doctor of Science, Professor of the Department of Psychology, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

ORCID: 0000-0003-0013-2989

E-mail: katerinamilutina1963@gmail.com