

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

Natalija Đ. Ignjatović

**INDIKATORI POREMEĆAJA LIČNOSTI U ADOLESCENCIJI:
EKSPERTSKA PROCENA, INVENTAR SAMOPROCENE I
SUBJEKTIVNI DOŽIVLJAJ**

doktorska disertacija

Beograd, 2026

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

Natalija Đ. Ignjatović

**INDICATORS OF ADOLESCENT PERSONALITY DISORDER:
EXPERT ASSESSMENT, SELF-REPORT INVENTORY AND
SUBJECTIVE EXPERIENCES**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2026

Mentorka:

dr Tamara Džamonja Ignjatović, redovna profesorka
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

Komentorka:

dr Jelena Vranješević, redovna profesorka
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

Članice komisije:

dr Ksenija Krstić, vanredna profesorka
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

dr Ivana Peruničić Mladenović, docentkinja
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

dr Nina Brkić Jovanović, vanredna profesorka
Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

Datum odbrane: _____

Zahvalnica

Na prvom mestu, zahvalnost dugujem mladim ljudima koji su sa mnom podelili svoja najintimnija i neretko najbolnija životna iskustva, pruživši mi priliku da svet makar za trenutak gledam njihovim očima.

Hvala psihijatrima i kolegama psiholozima koji su mi, kao učesnici istraživanja, velikodušno dali uvid u unutrašnje procese svoje kliničke prakse.

Zahvalna sam stručnim saradnicima u školama i kolegama iz psihijatrijskih ustanova za pomoć u organizaciji istraživanja, a posebno Aleksandru Peuliću sa Instituta za mentalno zdravlje, na kontinuiranoj podršci tokom procesa regrutacije ispitanika.

Mentorkama dugujem veliku zahvalnost što su od početka verovala u ovu ideju, prihvatile da krenu sa mnom na ovaj put i pomogle da se teza oblikuje i ugleda svetlo dana. Ova disertacija rezultat je i svih kolega koji su na različite načine učestvovali u mom profesionalnom razvoju tokom dosadašnjeg naučnoistraživačkog i kliničkog rada.

Naposletku, neizmerno hvala mojim omiljenim bićima, porodici i prijateljima, koji su me u svim mojim poduhvatima bezrezervno podržavali i uvek verovali, naročito onda kada ja nisam.

**INDIKATORI POREMEĆAJA LIČNOSTI U ADOLESCENCIJI:
EKSPERTSKA PROCENA, INVENTAR SAMOPROCENE I
SUBJEKTIVNI DOŽIVLJAJ**

Sažetak

Poremećaj ličnosti u adolescenciji predstavlja oblast koja je, uprkos rastućem broju empirijskih nalaza, još uvek opterećena konceptualnim, dijagnostičkim i kliničkim dilemama. Ova disertacija polazi od savremenog shvatanja patologije ličnosti kao jedinstvenog, celoživotnog fenomena, čiji se razvoj može pratiti značajno pre odraslog doba. Cilj istraživanja bio je da se pruži sveobuhvatnije razumevanje poremećaja ličnosti u adolescenciji kroz različite nivoe njegovog ispoljavanja, prepoznavanja i doživljavanja. Disertacija obuhvata tri međusobno povezane studije. Prva studija ispituje načine na koje stručnjaci u našem kontekstu osmišljavaju poremećaj ličnosti i njegovu dijagnozu na adolescentnom uzrastu. Nalazi ukazuju na izraženu ambivalentnost, u odnosu na koju se kliničari u procesu rada kontinuirano pozicioniraju. Druga studija predstavlja validaciju srpske verzije upitnika LoPF-Q 12–18 za procenu nivoa funkcionisanja ličnosti u adolescenciji. Rezultati potvrđuju pouzdanost i validnost dimenzionalne procene fenomena, uz kliničku osetljivost instrumenta u razlikovanju adolescenata sa poremećajem ličnosti od onih sa drugim mentalnim poremećajima, kao i od mladih iz opšte populacije. Treća studija usmerena je na subjektivna iskustva adolescenata sa poremećajem ličnosti. Iz njihove perspektive, doživljaj sebe obeležen je preplavljujućom prazninom i turbulentnošću unutrašnjih stanja. Nemogućnost uspostavljanja doživljaja bazične koherentnosti praćena je samopovređivanjem i intenzivnom zavisnošću od drugih, kao pokušajima privremene stabilizacije. Nalazi disertacije su diskutovani u kontekstu potrebe za razumevanjem poremećaja ličnosti pre odraslog doba izvan okvira fiksne nozološke klasifikacije, kroz integraciju višestrukih pristupa kliničkoj proceni adolescenata.

Ključne reči: poremećaj ličnosti, adolescencija, identitet, nivo funkcionisanja ličnosti, dimenzionalna procena, klinička procena, interpretativna fenomenološka analiza, subjektivno iskustvo

Naučna oblast: Društveno-humanističke nauke

Uža naučna oblast: Psihologija

**INDICATORS OF ADOLESCENT PERSONALITY DISORDER:
EXPERT ASSESSMENT, SELF-REPORT INVENTORY AND
SUBJECTIVE EXPERIENCES**

Abstract

Despite the growing body of empirical findings, the field of adolescent personality disorder remains burdened with conceptual, diagnostic, and clinical dilemmas. This dissertation is grounded in the contemporary understanding of personality pathology as a unitary, life-course phenomenon whose development can be traced long before adulthood. The aim of the research was to provide a more comprehensive understanding of personality disorder in adolescence through different levels of its manifestation, assessment, and subjective experience. The dissertation comprises three interrelated studies. The first study examines how professionals in the Serbian context conceptualize personality disorder and its diagnosis during adolescence. The findings indicate intense ambivalence, which compels clinicians to continuously renegotiate their position throughout assessment and treatment. The second study validates the Serbian version of the LoPF-Q 12–18 questionnaire for assessing levels of personality functioning in adolescence. The results confirm the reliability and validity of the dimensional assessment, as well as the instrument's clinical sensitivity in distinguishing adolescents with personality disorder from those with other mental disorders and from youth from the general population. The third study focuses on the subjective experiences of adolescents with personality disorder. Their sense of self is marked by overwhelming emptiness and turbulent inner states, accompanied by self-harm and pronounced dependence on others as attempts at temporary stabilization. Overall, the findings highlight the need to understand personality disorder before adulthood beyond fixed nosological classifications, through integrating multiple approaches to the clinical assessment of adolescents.

Key words: personality disorder, adolescence, identity, level of personality functioning, dimensional assessment, clinical assessment, interpretative phenomenological analysis, lived experience

Scientific field: Social sciences and humanities

Scientific subfield: Psychology

Sadržaj

UVOD.....	1
Poremećaj ličnosti: određenje, epidemiologija i klinički značaj.....	1
Teorijsko utemeljenje: koncept graničnosti.....	3
Ograničenja kategorijalnog pristupa poremećajima ličnosti.....	6
Zaokret ka dimenzionalnom pristupu poremećajima ličnosti.....	8
Adolescencija: normativne razvojne promene.....	11
Adolescencija: osetljiv period za razvoj patologije ličnosti.....	16
Status poremećaja ličnosti u adolescenciji: empirijski nalazi i klinička praksa.....	19
OPŠTI PREDMET I CILJ ISTRAŽIVANJA.....	24
STUDIJA 1 – Pogled spolja: perspektiva kliničara o poremećaju ličnosti u adolescenciji.....	25
PREDMET I CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	26
METODE ISTRAŽIVANJA.....	27
Interpretativna fenomenološka analiza – odabir istraživačkog pristupa.....	27
Uzorak.....	28
Metod prikupljanja podataka.....	29
Proces prikupljanja podataka.....	31
Proces analize i interpretacije podataka.....	31
Refleksivna izjava.....	32
ANALIZA I INTERPRETACIJA REZULTATA.....	34
Zajednička polazišta.....	34
Interpretativna fenomenološka analiza.....	35
Pregovaranje sa neizvesnošću: između prepoznavanja i sumnje.....	35

Pregovaranje sa posledicama imenovanja: između koristi i štete.....	41
Pregovaranje sa neizrecivim: između imenovanog i prećutanog.....	46
Pregovaranje emocionalne zahtevnosti rada: između prisustva i samoočuvanja.....	50
DISKUSIJA.....	56
STUDIJA 2 – Između spoljašnjeg i unutrašnjeg: dimenzionalna procena poremećaja ličnosti u adolescenciji.....	59
PREDMET, CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....	62
METODOLOGIJA.....	63
Varijable i instrumenti.....	63
Procedura.....	65
Uzorak.....	66
Plan obrade podataka.....	67
REZULTATI.....	68
Deskriptivna statistika i pouzdanost.....	68
Faktorska struktura.....	71
Diskriminativna valjanost.....	72
Konvergentna valjanost.....	74
Prediktivna valjanost.....	75
DISKUSIJA.....	76
STUDIJA 3 – Pogled iznutra: perspektiva adolescenata sa poremećajem ličnosti.....	78
PREDMET I CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	80
METODE ISTRAŽIVANJA.....	81
Interpretativna fenomenološka analiza – odabir istraživačkog metoda.....	81
Uzorak.....	83
Prikaz uzorka.....	84
Metod prikupljanja podataka.....	86

Proces prikupljanja podataka.....	89
Proces analize i interpretacije podataka.....	90
Refleksivna izjava.....	91
ANALIZA I INTERPRETACIJA REZULTATA.....	93
„Život kao kutija”: sveprisutna praznina.....	94
„Konstantno na ivici”: intenzitet i turbulentnost postojanja.....	96
„Nijedan deo se ne uklapa”: fragmentisan i neprihvatljiv self.....	101
„Postojim samo kroz druge”: odnos kao spas i pretnja.....	106
„Jedini način da preživim” : autodestruktivnost kao pokušaj regulacije.....	111
DISKUSIJA.....	117
ZAVRŠNA RAZMATRANJA.....	122
Integracija nalaza.....	122
Ograničenja i preporuke za buduća istraživanja.....	126
Doprinos disertacije i praktične implikacije.....	128
LITERATURA.....	130
PRILOZI	
Prilog 1 – Agenda intervjua sa kliničarima.....	143
Prilog 2 – Obrazac informisane saglasnosti za učešće kliničara u istraživanju.....	148
Prilog 3 – Baterija testova za adolescente.....	149
Prilog 4 – Obrazac informisane saglasnosti za učešće adolescenata u istraživanju.....	159

UVOD

Poremećaj ličnosti: određenje, epidemiologija i klinički značaj

Poremećaj ličnosti predstavlja jedan od najkompleksnijih fenomena savremene psihijatrije i kliničke psihologije. Interesovanje za patološke varijante karaktera može se pratiti još od antičkih tipologija temperamenta i naravi, ali uprkos dugoj tradiciji, pitanja koja se tiču prirode i granica poremećaja ličnosti ostaju predmet aktivne naučne debate (Crocq, 2013).

Poremećaj ličnosti predstavlja duboko ukorenjene obrasce unutrašnjeg iskustva i ponašanja, najčešće sa početkom u adolescenciji, koji značajno odstupaju od kulturoloških očekivanja u kognitivnom, afektivnom, interpersonalnom ili domenu kontrole impulsa (American Psychiatric Association, 2013). Kognicija podrazumeva način percepcije i razumevanja sebe, drugih i događaja. Afektivitet uključuje opseg, intenzitet, labilnost i opravdanost emocionalnih reakcija. Interpersonalni domen odnosi se na kvalitet odnosa sa drugima, dok se kontrola impulsa tiče sposobnosti upravljanja sopstvenim nagonima (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Nefleksibilne maladaptivne strategije su relativno trajne i stabilne unutar širokog spektra ličnih i socijalnih situacija, što rezultuje značajnim distresom i narušenom funkcionalnošću u važnim oblastima života, poput međuljudskih odnosa i profesije (American Psychiatric Association, 2013). Epidemiološke studije pokazuju da oko 10% odraslih iz opšte populacije pati od poremećaja ličnosti (Sansone & Sansone, 2011), pri čemu se prevalenca kreće između 4% i 15% u zavisnosti od uzorka i metoda procene (Volkert et al., 2018). U psihijatrijskom setingu, prevalenca iznosi 30% do 50%, čineći poremećaj ličnosti jednom od najčešćih dijagnoza sa kojom se susreću stručnjaci u oblasti mentalnog zdravlja (Zimmerman et al., 2005; Zimmerman et al., 2008).

Pored visoke stope zastupljenosti, poremećaje ličnosti prate i izraženo nepovoljni psihosocijalni ishodi. Meta-analitičke studije pokazuju da su poremećaji ličnosti snažniji prediktor narušenog kvaliteta života u odnosu na sociodemografske varijable, somatska oboljenja i mentalne poremećaje Ose I (poput anksioznosti i depresije), pri čemu granični poremećaj ličnosti pokazuje stepen funkcionalnog oštećenja koji prevazilazi čak i niz teških somatskih stanja (Kramer et al., 2025). Pored toga, poremećaji ličnosti povezani su sa višestruko povećanim rizikom od samopovređivanja, suicidalnosti i izvršenih suicida (Volkert et al., 2018). Procene ukazuju da je

mortalitet približno četiri puta viši u poređenju sa opštom populacijom (Eaton et al., 2008). Uz to, klinička slika je otežana visokim stepenom komorbiditeta, budući da se poremećaji ličnosti gotovo nikada ne javljaju izolovano. Kod osoba sa poremećajima raspoloženja, rizik od prisustva poremećaja ličnosti iznosi između 42% i 60% (Friborg et al., 2014), dok je kod osoba sa zavisnošću od psihoaktivne supstance prevalenca poremećaja ličnosti čak i do 73% (Parmar & Kaloija, 2018). Pri tome, poremećaj ličnosti negativno utiče na tok lečenja pridruženih stanja i udvostručuje rizik od lošeg ishoda tretmana (Friborg et al., 2014). Na planu svakodnevnog funkcionisanja, osobe sa poremećajem ličnosti često se suočavaju sa teškoćama u školovanju, ostvarivanju i održavanju zaposlenja. Među najdominantnijim nepovoljnim ishodima izdvajaju se niski nivo percipirane podrške i izraženi problemi u odnosima sa drugima, te se visok stepen patnje prepoznaje i kod članova porodice i bliskih osoba pojedinaca sa poremećajem ličnosti (Kramer et al., 2025). Interpersonalne poteškoće imaju značajne kliničke implikacije, budući da mogu otežati uspostavljanje i održavanje terapijskog odnosa, što doprinosi ostvarivanju slabijih efekata tretmana i održavanju simptoma kroz vreme (Volkert et al., 2018). Izražene teškoće rezultuju učestalom upotrebom usluga iz domena psihijatrije, primarne zdravstvene zaštite i socijanog rada, rezultujući ne samo značajnim stepenom patnje, već i visokim troškovima po društvo (Soeteman et al., 2008).

U skladu sa tim, ključna pitanja u oblasti poremećaja ličnosti odnose se na mogućnost pouzdane dijagnostike i utvrđivanje efikasnosti tretmana zasnovanih na dokazima, pri čemu poseban prioritet predstavlja rano prepoznavanje poremećaja i pravovremena intervencija (Chanen & Thompson, 2019). Detekcija i tretman pre odraslog doba razumeju se kao presudni za smanjivanje rizika od hronificiranja i progresivnog usložnjavanja problema, razvoja izrazito visokog stepena disfunkcionalnosti i trajne narušenosti kvaliteta života u odraslom dobu (Chanen, 2023). U tom kontekstu, savremeni pristupi patologiji ličnosti koji uvažavaju njenu razvojnu dimenziju sve više napuštaju razumevanje poremećaja ličnosti kroz rigidne i jasno odvojene kategorije, tradicionalno proučavane prevashodno na odraslom uzrastu. Jedno od najznačajnijih teorijskih utemeljenja ovakve perspektive predstavlja koncept ‘graničnosti’, koji fokus sa pojedinačnih psihopatoloških entiteta premešta na nivo organizacije i funkcionisanja ličnosti.

Teorijsko utemeljenje: koncept graničnosti

U literaturi i kliničkoj praksi, termin graničnost ili '*borderline*' prisutan je na dva načina (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Na jednom nivou, graničnost se posmatra kao jedna od mogućih manifestacija poremećaja ličnosti, reflektovana u nozološkoj kategoriji graničnog poremećaja ličnosti. Granični poremećaj ličnosti karakterišu ekstremni naponi da se izbegne napuštanje, nestabilni interpersonalni odnosi, poremećaj identiteta, impulsivno ponašanje koje ugrožava pojedinca, samopovređivanje i suicidalnost, afektivna nestabilnost, hronični osećaj praznine, intenzivan i teško kontrolisan bes, kao i prolazne paranoidne ideje ili disocijativni simptomi izazvani stresom (American Psychiatric Association, 2013). Dakle, u ovom smislu graničnost ukazuje na specifični tip poremećaja ličnosti.

Na drugom nivou, graničnost se razume kao širi koncept unutrašnje organizacije i funkcionisanja ličnosti koji prevazilazi granice pojedinačnih psihopatoloških entiteta. Ovo značenje prisutno je još od samog uvođenja pojma '*borderline*' u oblast psihijatrije, kada je Stern (1938) identifikovao grupu pacijenata koji se nisu uklapali u tadašnje dijagnostičke opise, a čije se funkcionisanje nalazilo na granici između „shizofrenije i psihoneuroze”. Takvo razumevanje svoju ključnu teorijsku i kliničku razradu dobija kroz Kernbergov koncept granične organizacije ličnosti, formulisan tokom šezdesetih i sedamdesetih godina prošlog veka (Dell'Amico & De Luca Picione, 2023). Kernbergova teorija (1967, 1975) polazi od pretpostavke da svi tipovi poremećaja ličnosti, iako klasifikovani kao odvojene nozološke jedinice, zapravo predstavljaju različite fenotipe sržne strukturne patologije ličnosti, koju imenuje 'granična organizacija ličnosti'. U odnosu na neurotičnu i psihotičnu ličnost, graničnu organizaciju karakterišu difuzija identiteta, primitivni mehanizmi odbrane i očuvan test realnosti. Osoba se dominantno služi nezrelim odbranama organizovanim oko splittinga, koje rezultuju fragmentisanim self-objekt reprezentacijama. Oslanjajući se na klajnijansku teoriju objektnih odnosa, Kernberg objašnjava da dejstvom nepovoljnih ranih iskustava, ali i bioloških predispozicija, u unutrašnjem svetu deteta mogu prevladavati negativne reprezentacije selfa i spoljašnjih objekata. Kako bi razvoj u ovim uslovima mogao da se nastavi, dete mali broj pozitivnih, „dobrih” introjekata mora „čuvati”, odnosno držati odvojenim od negativnih, „loših” introjekata, posredstvom splittinga. Mada opisan proces predstavlja deo tipičnog razvoja na najranijem uzrastu, u slučaju granične organizacije, self-objekt

reprezentacije ostaju trajno neintegrisane, ambivalentne i nestabilne. Osoba se ne pomera ka zrelijim mehanizmima odbrane, već primarno koristi splitting, primitivnu idealizaciju, projekciju i projektivnu identifikaciju, čime se onemogućava formiranje celovite i realistične slike sebe i drugih (između idealizacije i devaluacije) (Kernberg, 1984). Ovaj mehanizam ima značajnu zaštitnu funkciju, budući da omogućava da se unutrašnji svet kako-tako organizuje, sprečavajući rizik od potpune fragmentacije. Istovremeno, primarna unutrašnja tenzija ostaje neobrađena i slabo kontrolisana, rezultujući izraženim teškoćama u regulaciji afekta. Ego karakterišu nejasno definisane granice u odnosu na spoljašnje objekte i vulnerabilnost na dejstvo stresnih i bolnih iskustava, usled čega test realnosti, iako generalno očuvan, može biti sklon distorziji. Na taj način, granična organizacija objašnjava funkcionisanje svih teških poremećaja ličnosti. Sa druge strane, višu, neurotičnu organizaciju karakteriše integrisanost pozitivnih i negativnih aspekata u relativno koherentne i stabilne self-objekt reprezentacije. Mehanizmi odbrane su zreliji i dominantno organizovani oko potiskivanja. Hijerarhijski najniži, psihotični nivo organizacije dominantno odlikuju difuzija identiteta i ozbiljno narušen test realnosti.

Polazeći od Kernbergovog koncepta, grupa naših autora predlaže granični nivo funkcionisanja kao zajedničku karakteristiku svih „pravih” poremećaja ličnosti (Divac-Jovanović et al., 1993; Švrakić & Divac-Jovanović, 1994; Lečić-Toševski et al., 2010). Prema ovom modelu, sve kategorije poremećaja ličnosti dele dimenziju graničnosti – granične fenomene i odlike, kao deo kontinuuma nivoa funkcionisanja ličnosti, između zrelog i psihotičnog. U tom smislu, granični nivo funkcionisanja predstavlja jezgrovni deficit ličnosti odgovoran za intra- i interpersonalne poteškoće pojedinca. Sa druge strane, diskretne kategorije poremećaja ličnosti predstavljaju specifične tipove adaptacije ličnosti, reflektovane dominantnim bihevioralnim stilom, poput narcističnog, histrioničnog, antisocijalnog itd. U skladu sa tim, procena ličnosti se odvija na dva nivoa. Utvrđivanje nivoa funkcionisanja ličnosti tiče se *načina* mišljenja, osećanja i ponašanja, unutar prethodno opisanih manifestacija intrapsihičkih struktura (identitet, objektni odnosi, mehanizmi odbrane, afektivna tolerancija i regulacija, test realnosti) (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Na drugom, ortogonalnom nivou u odnosu na dimenziju graničnosti moguće je odrediti tip adaptacije koji se tiče uobičajenog obrasca *sadržaja* mišljenja, osećanja i ponašanja. U tom smislu, autori naglašavaju da isti tip adaptacije, poput opsesivno-kompulzivnog, može da funkcioniše na „normalnom”, zdravom nivou (crte ličnosti), neurotičnom nivou (neurotični poremećaj sa izraženijim maladaptivnim crtama ličnosti) i graničnom nivou (opsesivno-kompulzivni poremećaj

ličnosti). Na taj način, poremećaje ličnosti uobičajeno odlikuje granični nivo funkcionisanja, uz razlike u pogledu adaptacije zasnovane na dominantnim maladaptivnim crtama ličnosti. Važno je primetiti da se unutar ovog modela termin 'kontinuum' koristi kako bi se naglasilo da između različitih nivoa organizacije ličnosti ne postoje oštre i fiksne granice. Nivo označava dinamički raspon unutar kontinuuma, sa mogućim periodičnim regresijama ili progresijama ka drugim nivoima, a ne stabilno i nepromenljivo mentalno stanje. Iako svaki pojedinac ima opseg u kojem se njegov nivo funkcionisanja uobičajeno kreće, gotovo svi ljudi povremeno ispoljavaju ponašanja i doživljaje karakteristične za bilo koji od nivoa organizacije ličnosti (Divac-Jovanović et al., 1993; Švrakić & Divac-Jovanović, 1994). Stoga se, za razliku od Kernbergovog koncepta granične organizacije, nivoi ne razumeju kao linearno određeni dispozicionom strukturom ličnosti, već kao fleksibilniji, ali relativno stabilni sistemi na koje u određenoj meri utiču unutrašnje i spoljašnje okolnosti. Drugim rečima, i psihološki zdravi pojedinci mogu iskusiti tzv. primarni proces (npr. kroz umetničko izražavanje), dok osobe sa graničnom patologijom povremeno mogu ispoljavati „normalne” ili neurotične karakteristike. Na isti način, može se objasniti i pojava pseudograničnog sindroma unutar depresivne epizode, koji se razrešava uspešnim tretmanom afektivnog poremećaja (Lečić-Toševski & Divac-Jovanović, 1989, prema Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Dakle, reč je o proceni stepena ukupne integrisanosti selfa i zrelosti interpersonalnih odnosa, koja se kod pojedinaca sa poremećajem ličnosti, uz mogućnost privremene mobilnosti pozicije, kreće unutar domena graničnog nivoa funkcionisanja.

Uprkos značajnoj teorijskoj razradi i akumulaciji empirijskih nalaza koji podržavaju razumevanje poremećaja ličnosti kroz nivo organizacije i funkcionisanja ličnosti, ovaj pristup postepeno postaje integrisan u savremene dimenzionalne klasifikacije tek nakon višedecenijske kritike kategorijalnog modela.

Ograničenja kategorijalnog pristupa poremećajima ličnosti

Tradicionalnim pristupom dijagnostici poremećaja ličnosti smatra se kategorijalni model. Mada su poremećaji ličnosti prepoznati u ranijim klasifikacijama, njihova jasna dijagnostička operacionalizacija uspostavljena je u trećoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980). Poremećajima su dodeljeni eksplicitni i ateorijski dijagnostički kriterijumi, uz njihovo izdvajanje na posebnu dijagnostičku osu. Na taj način, omogućena je procena pojedinca na više dijagnostičkih ravni, razlikovanjem poremećaja ličnosti kao relativno stabilnih, pervazivnih obrazaca funkcionisanja (Osa II) u odnosu na druge, „klasične” mentalne poremećaje (Osa I). U DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), poremećaji ličnosti razvrstani su u deset kategorija koje su, uz minimalne izmene, zadržane i danas, u Sekciji II DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Kategorijalni pristup poremećaja ličnosti unutar ovog nozološkog sistema može se opisati kroz tri klastera: klaster A – ekscentrični (paranoidni, shizotipski i shizoidni poremećaj ličnosti), klaster B – dramatični (granični, narcistični, histrionični i antisocijalni poremećaj ličnosti) i klaster C – anksiozni (izbegavajući, zavisni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti). Na sličan način, poremećaji ličnosti uključeni su u Međunarodnu klasifikaciju bolesti (MKB) sredinom prošlog veka, dok su kasnija izdanja dodatno razradila njihovu kategorijalnu organizaciju, koja je dominirala kliničkom praksom tokom više decenija (Trull & Durrett, 2005).

Uprkos dugoj tradiciji i kliničkoj prepoznatljivosti, kategorijalni model suočio se sa nizom ozbiljnih ograničenja. U prvom redu, brojni nalazi ukazuju na značajan stepen preklapanja između dijagnoza, odnosno visok komorbiditet među poremećajima ličnosti (Paris, 2020). U pregledu literature, Šaula-Marojević (2012) navodi da osobe sa poremećajem ličnosti u proseku istovremeno ispunjavaju kriterijume za 1.4 do 4 različite dijagnoze poremećaja ličnosti, naročito unutar istog klastera, dok manje od trećine pacijenata ispunjava kriterijume za samo jednu dijagnozu. U pojedinim slučajevima, ista osoba može zadovoljiti kriterijume za čak osam različitih poremećaja ličnosti, pri čemu je naročito izraženo preklapanje graničnog sa drugim kategorijama poremećaja ličnosti (Watson & Clark, 2023). Problem nozološke utemeljenosti dodatno je potvrđen istraživanjima koja u najvećem broju nisu uspela da potvrde faktorsku strukturu tradicionalnih deset poremećaja ličnosti (Paris, 2020). Uz to, kategorijalne dijagnoze pokazuju nisku pouzdanost kada se procene vrše različitim metodama ili od strane različitih kliničara.

Ovakvi nalazi dovode u pitanje pretpostavku da kategorije predstavljaju jasno razgraničene i međusobno nezavisne entitete, sugerišući postojanje zajedničkog jezgra patologije koje naizgled odvojeni dijagnostički entiteti samo parcijalno zahvataju.

Jedno od najozbiljnijih ograničenja kategorijalnog modela odnosi se na njegovu nedovoljnu obuhvatnost. Istraživanja pokazuju da se značajan broj pacijenata koji ispunjavaju opšte kriterijume za poremećaj ličnosti ne uklapa u potpunosti ni u jednu od postojećih dijagnostičkih kategorija, usled čega dobijaju dijagnozu nespecifikovanog poremećaja ličnosti (Trull & Durrett, 2005; Watson & Clark, 2023). U pojedinim istraživanjima, ovakvi slučajevi čine gotovo polovinu svih dijagnoza poremećaja ličnosti. Kliničke manifestacije poremećaja ličnosti često se nalaze između postojećih kategorija ili istovremeno obuhvataju karakteristike više različitih poremećaja, te kategorijalni model redukuje njihovu kompleksnost na ograničen set rigidno definisanih dijagnostičkih entiteta. Na taj način, insistiranje na sve preciznijem razgraničavanju i usitnjavanju pojedinačnih kategorija može dovesti do gubitka osnovnih i nužnih svojstava poremećaja ličnosti (Džamonja Ignjatović, 1999).

Dodatno, model karakteriše izražena heterogenost unutar samih kategorija, koja proizilazi iz politetske prirode dijagnostičkih kriterijuma. Ovakav pristup podrazumeva da je za postavljanje dijagnoze dovoljno ispuniti određeni broj kriterijuma iz šire liste simptoma (npr. pet od devet za granični poremećaj ličnosti), pri čemu nije neophodno prisustvo istih kriterijuma kod svih pojedinaca sa datom dijagnozom (Šaula-Marojević, 2012). Ovaj princip formiranja klasifikacije omogućava veliki broj kombinacija simptoma, usled čega dve osobe sa istom dijagnozom mogu deliti veoma mali broj zajedničkih karakteristika, dovodeći u pitanje unutrašnju konzistentnost dijagnoza. Istovremeno, gube se klinički značajne, individualne informacije o pacijentu, a heterogenost dodatno otežava identifikaciju zajedničkih razvojnih, etioloških i terapijskih mehanizama koji stoje u osnovi poremećaja ličnosti (Paris, 2020).

Kao još jedan značajan problem izdvaja se arbitrarnost sadržaja, ukupnog broja kriterijuma i praga za postavljanje dijagnoze. Ovakva organizacija kategorija u velikoj meri predstavlja rezultat kliničkog konsenzusa, pre nego empirijski jasno utemeljenih granica između poremećaja (Tyrer et al., 2019). Dodatno, unutar iste dijagnostičke kategorije svim kriterijumima implicitno se pripisuje jednaka dijagnostička težina, uprkos mogućim razlikama u stepenu težine, trajanju ili implikacijama po funkcionisanje pojedinca (Džamonja Ignjatović, 1999; Šaula-Marojević, 2012).

Naposletku, kategorijalni pristup nužno podrazumeva binarnu logiku prisustva ili odsustva poremećaja, zasnovanu na medicinskoj dihotomiji zdravlja i bolesti (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Ovakav model poseduje određene praktične prednosti, budući da olakšava komunikaciju među stručnjacima, donošenje kliničkih odluka i organizaciju tretmana kroz oslanjanje na relativno jasno definisane prototipske slučajeve. Međutim, njime se istovremeno veštački razgraničava kontinuum normalnog i patološkog funkcionisanja, čime se onemogućava razmatranje stepena intenziteta, odnosno težine poremećaja (Paris, 2020; Šaula-Marojević, 2012).

Zaokret ka dimenzionalnom pristupu poremećajima ličnosti

Nezadovoljstvo kategorijalnim modelom kulminiralo je intenzivnim raspravama o potrebi za promenama u konceptualizaciji poremećaja ličnosti. U pokušaju prevazilaženja opisanih ograničenja, jedan od značajnih pomaka predstavlja pristup zasnovan na kontinuumu bazičnih crta ličnosti i poremećaja ličnosti (Widiger, 2017). Fokus se sa medicinskog modela, usmerenog na formiranje nozoloških kategorija i identifikovanje poremećaja putem dijagnostičkih kriterijuma, pomera ka psihološkom pristupu proceni individualnih razlika u strukturi ličnosti. Unutar ove tradicije, normalne i patološke osobine ličnosti razumeju se kao fenomeni koji postoje na kontinuumu, pri čemu poremećaji ličnosti ne predstavljaju odvojene kategorije, već ekstremne, maladaptivne varijante opštih dimenzija ličnosti. Ekstenzivna istraživanja sprovedena krajem prošlog i početkom ovog veka pokazala su da simptomi poremećaja ličnosti u opštoj i kliničkoj populaciji pokazuju unimodalnu raspodelu, bez jasne tačke razgraničenja (Šaula-Marojević, 2012). Dakle, iz ove perspektive, poremećaj ličnosti ne predstavlja kvalitativno drugačiji fenomen u odnosu na zdravu, „normalnu” ličnosti, već je razlika kvantitativne prirode, u smislu stepena izraženosti bazičnih dimenzija ličnosti.

Unutar ovog pristupa, posebno značajno mesto zauzima Petofaktorski model, jedan od najuticajnijih dimenzionalnih modela ličnosti. Meta-analiitičke studije potvrđuju da se dimenzije normalne ličnosti u značajnoj meri poklapaju sa dimenzijama poremećaja ličnosti (Saulsman & Page, 2004; Widiger, 2017). Povišen Neuroticizam, uz sniženu Saradljivost i Savesnost, dosledno predviđaju prisustvo poremećaja ličnosti, dok Otvorenost pokazuje znatno manji doprinos razlikovanju normalnih i patoloških varijanti ličnosti. Ekstraverzija unutar prostora „Velikih pet”

ima naročito značajnu ulogu u razlikovanju klastera i pojedinačnih kategorija poremećaja ličnosti. Ovi nalazi potvrđeni su i na našoj populaciji (Džamonja Ignjatović, 1999), pri čemu uključivanje Dezintegracije dodatno uvećava prediktivnu i diskriminativnu moć modela, izdvajajući je kao najvažniju bazičnu odliku ličnosti za razumevanje poremećaja ličnosti (Šaula-Marojević, 2012). Pored toga, pristup zasnovan na kontinuumu crta empirijski je proveravan poslednjih nekoliko decenija i u kontekstu Klonindžerovog Sedmofaktorskog psihobiološkog modela temperamenta i karaktera. Dosadašnja empirijska baza potvrđuje da dimenzije karaktera (naročito Samousmerenost i Kooperativnost) dosledno razlikuju pojedince sa i bez poremećaja ličnosti (Cloninger et al., 2016). Tipovi i klasteri poremećaja ličnosti preciznije su određeni dimenzijama temperamenta, što je potvrđeno i na našem uzorku (Džamonja Ignjatović, 1999).

Rekapitulirajući dosadašnje pokušaje da se poremećaji ličnosti razumeju kroz bazične dimenzije ličnosti, Švrakić i saradnici (2009) navode da se ovaj konstrukt uopšteno može opisati kroz četiri osnovna strukturna faktora, koji pokazuju robustnost u opštoj i kliničkoj populaciji, kroz različite kulture i metode procene. Iako u zavisnosti od modela nose različite nazive, oni u osnovi reflektuju emocionalnu disregulaciju, psihopatiju/disocijalnost, socijalnu inhibiranost/povlačenje i anankastiju–impulsivnost. Međutim, nakon inicijalnog optimizma u pogledu konačnog razrešenja pitanja poremećaja ličnosti i praktične primene opisanog pristupa, postalo je jasno da i konceptualizacija zasnovana isključivo na bazičnim dimenzijama ličnosti nosi značajna ograničenja (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Nijedna pojedinačna crta ličnosti, bez obzira na stepen izraženosti, nije se do sada pokazala specifičnom za poremećaj ličnosti. Istovremeno, nije utvrđena granica prelaza između normalnih i ekstremnih varijanti crta ličnosti – u kom trenutku, na primer, stidljivost kao karakteristika pojedinca prerasta u maladaptivni obrazac koji se može smatrati manifestacijom izbegavajućeg poremećaja ličnosti? (Džamonja Ignjatović, 1999). U skladu sa tim, maladaptivne crte ličnosti, čak ni na samim krajevima kontinuuma, ne podrazumevaju nužno i prisustvo poremećaja ličnosti. Oslanjajući se na prethodno opisan koncept graničnosti, ključ diferencijalne dijagnoze smešta se upravo u stepen funkcionalnosti pojedinca u odnosu na zahteve okruženja, kao zajedničke karakteristike svih poremećaja ličnosti (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017; Lečić-Toševski et al., 2010). Na taj način, autori poremećaj ličnosti konceptualizuju prvenstveno kao poremećaj (mal)adaptacije, pri čemu ekstremne osobine ličnosti povećavaju verovatnoću „adaptacije u pogrešnom smeru” i daju joj njen specifičan izraz (Švrakić et al., 2009).

Upravo je ovakav način razumevanja patologije ličnosti danas integrisan i u klasifikacione sisteme, koji dijagnostiku poremećaja ličnosti zasnivaju na dvostepenom procesu procene nivoa funkcionisanja ličnosti i maladaptivnih crta. Kako unutar Alternativnog modela poremećaja ličnosti DSM-5 (AMPD, American Psychiatric Association, 2013), tako i u MKB-11 (World Health Organization, 2019), razumevanje poremećaja ličnosti pomera se od tradicionalno operacionalizovanih diskretnih kategorija ka kontinuumu težine narušenog funkcionisanja ličnosti. AMPD DSM-5 kombinuje dve komponentne:

- a) Kriterijum A – nivo funkcionisanja ličnosti
- b) Kriterijum B – patološke crte ličnosti

Procena otežanog funkcionisanja ličnosti unutar Kriterijuma A definisana je kao neophodan uslov za postavljanje dijagnoze, dok kriterijum B opisuje varijacije u izrazu opšte disfunkcionalnosti ličnosti kroz pet maladaptivnih crta: Negativan afektivitet, Otudenost, Antagonizam, Dezinhibicija i Psihoticizam. Na sličan način, Jedanaesto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti poremećaj ličnosti konceptualizuje kao jedinstveni konstrukt zasnovan na stepenu težine narušenog funkcionisanja, koji predstavlja osnov za postavljanje dijagnoze. Opciono, ponašanje pojedinca može se dodatno opisati kroz patološke crte: Negativni afektivitet, Otudenost, Disocijalnost, Dezinhibiciju i Anankastiju, kao individualni izraz disfunkcionalnosti ličnosti. Uz minimalne razlike, u obe opisane klasifikacije nivo funkcionisanja ličnosti predstavlja srednjišnji konstrukt kao zajedničko jezgro ('graničnost') svih poremećaja ličnosti, operacionalizovan kroz Self domen (Identitet i Samousmerenost) i Interpersonalni domen (Empatija i Intimnost) (Bender, et al., 2018; Mulder, 2021). Nivo funkcionisanja govori o prisustvu odnosno stepenu izraženosti poremećaja, bez obzira na način izražavanja patologije kod pojedinca. Po uzoru na Kernbergove nivoe organizacije, mogu se razlikovati umereni, srednji i ekstremni (AMPD), odnosno blagi, srednji i teški stepen otežanog funkcionisanja ličnosti (MKB-11). Dosadašnji empirijski nalazi daju snažnu podršku ovom dimenzionalnom modelu. Patologija ličnosti pokazuje bifaktorsku hijerarhijsku strukturu, organizovanu oko opšteg faktora kao deljene osnove poremećaja ličnosti, uz specifične faktore nižeg reda koji objašnjavaju individualne razlike u pogledu manifestacije poremećaja (Sharp et al., 2015).

Zaokret ka dimenzionalnom pristupu direktno adresira ograničenja kategorijalnog modela, uključujući problem heterogenosti, komorbiditeta i arbitrarnih dijagnostičkih pragova. Kontinuum omogućava detekciju subkliničkih i atipičnih oblika patologije koji ne dosežu formalni prag za postavljanje dijagnoze, kao i dinamičko praćenje promena u funkcionisanju tokom vremena (Skabeikytė-Norkienė, 2023). Razumevanje patologije ličnosti kao fenomena koji se razvija i transformiše tokom životnog veka, umesto kao statične kategorije koja se pojavljuje u određenom trenutku, predstavlja jednu od ključnih promena u savremenom razumevanju poremećaja ličnosti. Iz ovog ugla, poremećaji ličnosti ne posmatraju se kao fiksni i kvalitativno odvojeni psihopatološki entiteti, već kao stanja u kojima razvoj ličnosti postaje usporen, zaustavljen ili je „skrenuo s puta” (Newton-Howes et al., 2015). Time fokus više nije usmeren na pitanje trenutka nastanka poremećaja, već na način na koji se obrasci disfunkcionalne adaptacije postepeno razvijaju, organizuju i stabilizuju tokom razvoja. Za razliku od kategorijalnog modela, koji je obeshrabrivao postavljanje dijagnoze pre odraslog doba, dimenzionalni pristup DMS-5 i MKB-11 uvodi perspektivu životnog toka poremećaja ličnosti (eng. *life-course perspective*), prema kojoj se patologija ličnosti, baš kao i ličnost uopšte, razvija od najranijeg uzrasta. U skladu sa tim, oba savremena dijagnostička sistema uklanjaju starosna ograničenja za dijagnostiku poremećaja ličnosti, čime se njihova konceptualizacija i dijagnostičko razmatranje proširuju i na periode pre odraslog doba (Kaess & Cavelti, 2025). Adolescencija se u tom kontekstu sve češće prepoznaje kao ključno razdoblje za proučavanje poremećaja ličnosti.

Adolescencija: normativne razvojne promene

Adolescencija se u razvojnoj psihologiji opisuje kao prelazni period između detinjstva i odraslog doba, obeležen intenzivnim biološkim, kognitivnim, emocionalnim i interpersonalnim promenama (Casey et al., 2010; Woolfolk & Perry, 2014). Početak adolescencije najčešće se vezuje za pubertet i niz bioloških promena koje uključuju ubrzani telesni razvoj, hormonalne promene i pojavu sekundarnih polnih karakteristika. Sa druge strane, završetak adolescencije znatno je teže odrediti, budući da se on dominantno zasniva na konceptu socijalne zrelosti (npr. zaposlenje, formiranje porodice), koji je nužno određen kontekstom u kojem pojedinac živi. U razvojnoj psihologiji, adolescentno doba se uopšteno može podeliti na period rane (10/11-14), srednje (15-17) i kasne adolescencije (posle 18. godine života). Trendovi pokazuju da pubertet

počinje sve ranije, a tranzicija u odraslo doba realizuje se sve kasnije, te se adolescencija danas vidi kao najduža u istoriji ljudske vrste (Sawyer et al., 2018). Bez obzira na koji se način definiše njeno tačno trajanje, adolescencija podrazumeva ubrzano sazrevanje intra- i interpersonalnih kapaciteta, od čijeg će kvaliteta u velikoj meri zavisiti uspešnost adaptacije i dalji tok razvoja odrasle osobe.

Intenzitet i sveobuhvatnost promena dugo su doprinosili posmatranju adolescencije kao turbulentnog razvojnog diskontinuiteta (Meeus, 2019). Tradicionalni modeli adolescenciju su dominantno konceptualizovali kroz perspektivu ‘bure i stresa’ (eng. *storm and stress*) Stenlija Hola, koju odlikuju dramatične transformacije koje prekidaju relativno miran tok razvoja u detinjstvu i otvaraju mogućnost pojave brojnih poremećaja. U okviru ovakvog razumevanja, nestabilnost i problematičnost posmatraju se kao očekivani i gotovo univerzalni aspekti mladalaštva, danas integrisani u naučno privlačne neurobiološke metafore o „mozgu bez kočnica” (eng. *all gas, no breaks*, Payne, 2012). Sa druge strane, pojedini autori ukazuju da se priroda razvoja ne može razumeti izvan šireg društveno-kulturnog konteksta (Woolfolk & Perry, 2014). Iz te perspektive, adolescentna kriza ne posmatra se kao nužna posledica bioloških promena, već kao proizvod jaza između uloge deteta i odrasle osobe, koji je oblikovan očekivanjima okruženja. U tom smislu, adolescencija može predstavljati buran ili relativno postepen razvojni prelaz, u zavisnosti od okolnosti u kojima se razvoj odvija. Savremeni razvojni pristupi nude nijansiraniju sliku adolescencije, uvažavajući činjenicu da uprkos učestalijim sukobima sa figurama autoriteta, emocionalnim oscilacijama, impulsivnim i rizičnim oblicima ponašanja, većina adolescenata prolazi kroz ovaj period bez ozbiljnijih poremećaja adaptacije (Arnett, 1999). U skladu sa tim, adolescencija se sve češće razume kao razvojno osetljiv period intenzivne reorganizacije psihičkog funkcionisanja, koji istovremeno nosi povećanu vulnerabilnost ka destabilizaciji, ali i značajne mogućnosti za sazrevanje i konsolidaciju identiteta (Ćurčić, 2005; Woolfolk & Perry, 2014). Transformativni procesi odvijaju se paralelno na svim unutrašnjim planovima, pri čemu su za razumevanje razvoja ličnosti posebno značajne promene u domenu kognicije, socijalne kognicije, socioemocionalnog funkcionisanja i doživljaja sebe, uključujući sliku o sebi i identitet.

Period adolescencije karakteriše kvalitativni skok intelektualnog funkcionisanja, obeležen prelaskom na stadijum formalnih operacija (Piaget, 1972). Mišljenje postaje manje vezano za konkretne i neposredno dostupne situacije, a sve više usmereno ka apstraktnom, hipotetičkom, mogućem i budućem. Javlja se hipotetičko-deduktivno zaključivanje, koje omogućava

formulisanje i misaono isprobavanje različitih pretpostavki o uzrocima i ishodima pojava. Samim tim, mišljenje adolescenata postaje fleksibilnije i relativnije, uz sve veću sposobnost sagledavanja višestrukih perspektiva (Keating et al., 2023). Opisani procesi povezani su sa dramatičnim razvojem mozga, koji podržava složenije procese na nivou egzekutivnih funkcija (efikasnija obrada veće količine informacija, povećan kapacitet za usmeravanje i održavanje pažnje, inhibiranje sporednih informacija).

Na nivou socijalne kognicije, dolazi do značajnog pomaka u pogledu razumevanja socijalnog konteksta – načina na koji adolescenti rezonuju o sebi i drugima, odnosno svetu u kojem ostvaruju sopstveno postojanje (Meeus, 2019). Socijalna kognicija obuhvata širok spektar kapaciteta koje autori razmatraju oslanjajući se na koncepte teorije uma, mentalizacije, empatije i metakognicije. Adolescenti su u stanju da prepoznaju sebe i druge kao jedinke sa sopstvenom perspektivom, o čijim se unutrašnjim sadržajima i stanjima (misli, osećanja, motivi, vrednosti) može pretpostavljati i zaključivati (Keating et al., 2023). Do perioda srednje adolescencije, razvija se „pogled sa strane” na sebe, druge i relacije Ja-drugi, što omogućava sagledavanje sa neutralnije pozicije i složenije uvažavanje različitih gledišta. Na kasnijem uzrastu, ovaj proces postaje apstraktniji, pri čemu se višestruke perspektive razumeju i u kontekstu grupne pripadnosti i šireg društvenog uticaja. Na taj način, sposobnost promatranja misaonih procesa (eng. *thinking about thinking*) postaje osnov za nijansiranije razumevanje sebe i drugih i otvara prostor za kompleksnije socijalne interakcije. Važno je napomenuti da, iako opisani kapaciteti rezultuju višim stepenom decentriranja, istovremeno dolazi do intenziviranja introspektivnosti i ruminacije karakteristične za adolescentni egocentrizam (Schwartz et al., 2008). Adolescenti su preokupirani sobom, uvereni da predstavljaju dominantan fokus pažnje drugih ljudi, te da oni dele uverenja koja adolescent ima o sebi. Ova mentalna konstrukcija, koju Elkind (1967) naziva ‘zamišljena publika’ (eng. *imaginary audience*), adolescente čini posebno osetljivim na stvarnu ili zamišljenu procenu drugih, koju, u skladu sa samoprocenom, doživljavaju kritički. Takođe, adolescenti razvijaju ‘lični mit’ (eng. *personal fable*) – tendenciju da svoja iskustva vide kao jedinstvena i neponovljiva, uz uverenje da su svemoćni i nepodložni opasnostima koje važe za druge ljude, što doprinosi izraženijoj sklonosti ka rizičnim ponašanjima na ovom uzrastu. U tom smislu, unapređene sposobnosti rezonovanja i donošenja odluka ne podrazumevaju nužno i doslednu sposobnost racionalnog upravljanja sopstvenim ponašanjem u emocionalno intenzivnim i interpersonalno zahtevnim situacijama (Casey et al., 2010; Liew et al., 2023). Mada adolescenti razumeju potencijalne posledice rizičnih

ponašanja, snažne emocije i uticaj vršnjaka privremeno mogu nadvladati kapacitete za samoregulaciju, a ova ponašanja su prisutnija nego na odraslom uzrastu usled nezavršene maturacije prefrontalnog korteksa.

U odnosu na detinjstvo, adolescenciju odlikuje intenzivnije traganje za emocionalnom povezanošću izvan porodičnog okruženja, uz postepeno odvajanje od roditelja (Woolfolk & Perry, 2014). Sticanje nezavisnosti, kao jedan od ključnih zadataka mladalaštva, praćeno je preispitivanjem roditeljskih vrednosti i uverenja, u cilju uspostavljanja sopstvenog unutrašnjeg koordinatnog sistema. Ipak, održavanje bliskih odnosa sa roditeljima ostaje podjednako važno, naročito u kontekstu emocionalne regulacije (Ignjatović, 2018). Adolescenti se tako kreću između potrebe za autonomijom i potrebe za održavanjem bliskosti i povezanosti sa odraslima, usled čega proces osamostaljivanja može biti praćen ambivalentnim osećanjima (Vranješević, 2001). U tom smislu, zadatak porodice u ovoj fazi jeste da adolescentu obezbedi sigurno utočište čije su granice dovoljno fleksibilne da omoguće sticanje novih iskustava i isprobavanje različitih socijalnih uloga, uz kontinuirano pružanje podrške tokom ovog procesa (McGoldrick et al., 2014). Na taj način, dolazi do postepenog proširivanja i usložnjavanja prostora u kojem se odvija interpersonalno funkcionisanje, što zahteva razvoj kompleksnijih socijalnih i emocionalnih veština u odnosu na raniji uzrast. Odnosi sa vršnjacima postaju ključni, budući da obezbeđuju prostor za eksperimentisanje sa različitim verzijama sebe, pružaju referentni okvir za osmišljavanje sopstvenih iskustava u procesu formiranja identiteta i otvaraju mogućnost za uspostavljanje prvih partnerskih odnosa (Pfeifer & Allen, 2021). U ranijim fazama adolescencije fokus je na uspostavljanju novih poznanstava, uz izraženo prisustvo socijalnog poređenja i konformizma kao pokušaja snalaženja unutar kompleksne vršnjačke hijerarhije. Usled postepene konsolidacije identiteta, uticaj vršnjačke grupe na ponašanje pojedinca vremenom se smanjuje. Na kasnijem uzrastu, vršnjačka grupa dobija značajniju ulogu u pogledu osećanja pripadnosti, poverenja i emocionalne povezanosti, pri čemu se adolescenti postepeno okreću manjem broju vršnjaka sa kojima ostvaruju bliže, autentičnije i stabilnije odnose (Veenstra & Laninga-Wijnen, 2023).

Intenzivne promene na telesnom, kognitivnom i socioemocionalnom planu neminovno oblikuju način na koji adolescent doživljava sebe (Meeus, 2019). U odnosu na spolja uočljiva ponašanja, preferencije i socijalna poređenja na kojima se samoopis dominantno zasniva kroz detinjstvo, on u adolescenciji postaje usmereniji na psihološke i socijalne aspekte kojima se pojedinac predstavlja drugima u svetu, postepeno uključujući i sopstvena uverenja, vrednosti i

težnje (Woolfolk & Perry, 2014). Slika o sebi postaje apstraktnija i organizovanija, ali i višeslojnija, strukturisana kroz pojedine domene funkcionisanja (npr. ja kao učenica, sestra, drugarica, mlada pripadnica ženskog roda). Ključni zadatak stoga predstavlja obuhvatanje ovih različitih delova u koherentnu celinu (Harter, 2015). Mada se tokom rane adolescencije suprotstavljenim aspektima selfa ne pridaje poseban značaj, u periodu srednje adolescencije oni počinju da se doživljavaju kao svojevrsan unutrašnji konflikt, budući da kapacitet za njihovu integraciju još uvek nije dovoljno razvijen. Kontradiktornosti unutar slike o sebi neretko su praćene distresom, uz nemogućnost pružanja odgovora na pitanje: „*Koja je od svih ovih verzija zapravo prava ja?*” U kasnoj adolescenciji, suprotnosti unutar doživljaja sebe se prihvataju i uvažavaju, kreirajući jedinstvenu i celovitu sliku.

Iako identitet predstavlja dinamički konstrukt koji se kroz interakciju individualnih kapaciteta i društvenih zahteva razvija tokom celokupnog života pojedinca, adolescencija unutar različitih teorijskih modela predstavlja razdoblje njegove najintenzivnije reorganizacije (Ignjatović & Radosavljević, 2025). U okviru svoje psihosocijalne teorije, Erikson (1968, 1980) kao ključni zadatak ovog stadijuma vidi formiranje stabilnog identiteta, kao unutrašnje strukture koja organizuje i pruža kontinuitet doživljaja sebe kroz vreme. Pojedinaac se tako nalazi pred razvojnom krizom *uspostavljanja identiteta nasuprot konfuziji uloga*. Za pozitivan ishod, neophodno je da se identifikacije iz perioda detinjstva sada razmotre unutar sopstvenog pogleda na svet, koji se postepeno oblikuje isprobavanjem različitih uloga, uverenja, vrednosti i ciljeva. Uspešno rešene prethodne razvojne krize omogućavaju da se postojeća poistovećenja nadgrade i integrišu u koherentan identitet, koji pruža osećaj celovitosti i omogućava mladoj osobi da se kreće ka preuzimanju obaveza u skladu sa očekivanjima društva. U slučaju negativnog ishoda razvojne krize, identitet se može organizovati dominantno oko aspekata koji se procenjuju kao nepoželjni i opasni (tzv. negativni identitet) ili rezultovati konfuzijom identiteta, u smislu nemogućnosti opredeljenja u pogledu uloga i životnih ciljeva.

Eriksonova teorija doživela je brojne razrade (detaljnije u Ignjatović & Radosavljević, 2025), pri čemu Marsijina (1966) empirijska operacionalizacija predstavlja jednu od najuticajnijih. Unutar ovog modela, na bazi stepena opredeljenosti i eksploracije, moguće je razlikovati četiri individualna stila nošenja sa krizom identiteta. *Difuzija identiteta* predstavlja poziciju nejasnih uloga i ciljeva, praćenu izostankom aktivnog napora pojedinca da se odredi. *Preuzet identitet (isključiv status)* odlikuje opredeljenost bez prethodne eksploracije – mlada osoba usvaja vrednosti

iz okruženja ne prolazeći kroz proces preispitivanja sopstvenih želja, motiva i uverenja. Za razliku od toga, u *moratorijumu* je dominantno prisutno istraživanje brojnih alternativa. Pojedinaac nije u stanju da se odredi, ali aktivno traga za razumevanjem sebe kroz raznovrsne moguće izbore. Naposljetku, *postignut identitet* predstavlja rezultat prolaska kroz identitetsku krizu koja vodi relativno stabilnim i jasnim opredeljenjima u pogledu sopstvenog mesta u svetu. U okviru Eriksonove tradicije, posebno značajno mesto zauzima pristup Dena MekAdamsa (1985), koji identitet konceptualizuje kao narativnu konstrukciju selfa, odnosno unutrašnju životnu priču kroz koju pojedinac različitim iskustvima pripisuje značenje i organizuje ih u relativno koherentan doživljaj kontinuiteta i lične celovitosti. Unutar ove perspektive, upravo intenzivne razvojne promene karakteristične za adolescenciju razumeju se kao osnov za nastanak *osobe-kao-autora* (eng. *person-as-author*), odnosno sposobnosti adolescenta da sopstvena iskustva integriše u smislen narativ o sebi (McAdams, 2015). Ubrzano sazrevanje neuralnih struktura i sve kompleksniji socijalni kontekst u kojem adolescent funkcioniše doprinose razvoju reflektivnog selfa – sposobnosti da pojedinac razume i organizuje sopstveno iskustvo u odnosu na druge, usled čega pitanja *Ko sam ja?*, *Kako želim da me drugi vide?* i *Kako se uklapam u širi socijalni svet?* postaju centralna tokom adolescencije. Evoluirajuća životna priča povezuje doživljaj sebe u prošlosti, sadašnjosti i budućnosti (dijahrona integracija), kao i kroz različite domene u okviru kojih mlada osoba ostvaruje svoje prisustvo u svetu (sinhrona integracija) (McAdams, 2018).

Adolescencija: osetljiv period za razvoj patologije ličnosti

Uvreženo stanovište o adolescenciji kao periodu duboke krize i danas u značajnoj meri oblikuje diskurs o ovom razvojnom periodu, predstavljajući jednu od glavnih prepreka za razmatranje poremećaja ličnosti pre odraslog doba (Chanen et al., 2022). Redukovanje predstave mladih na labilne i reaktivne osobe čije se funkcionisanje smatra suviše promenljivim da bi se o njemu mogli donositi pouzdani zaključci doprinosi patologizaciji normativnih razvojnih procesa. Istovremeno, takav pristup obeshrabruje stručnjake da ulažu aktivan napor u adekvatniju diferencijalnu procenu uobičajene razvojne dinamike u odnosu na psihopatološke fenomene u adolescenciji koji zahtevaju kliničku pažnju (Chanen et al., 2017). Dodatnu teškoću predstavlja činjenica da određene normativne razvojne promene karakteristične za adolescenciju mogu nalikovati fenomenima koji se tradicionalno povezuju sa graničnom organizacijom ličnosti.

Intenzivne emocionalne reakcije, impulsivna i rizična ponašanja, osetljivost na interpersonalnu evaluaciju, kao i još uvek nedovoljno integrisan doživljaj sebe i drugih predstavljaju očekivane aspekte adolescentnog razvoja, naročito tokom njegovih ranijih faza (Rivnyák et al., 2021). Upravo zbog toga, ključno pitanje ne odnosi se na samo prisustvo ovih fenomena, već na njihov intenzitet, pervazivnost, rigidnost i uticaj na ukupno funkcionisanje adolescenta.

Savremeni autori smatraju da upravo razvojne promene karakteristične za adolescenciju po prvi put otvaraju mogućnost procene poremećaja ličnosti pre odraslog doba. Tokom ovog perioda dolazi do kvalitativnog razvojnog skoka koji omogućava uspostavljanje intrapsihičkog sistema organizacije celokupne ličnosti (Chanen & Thompson, 2019; Sharp, 2017, 2020). Različiti aspekti psihičkog funkcionisanja, koji su u detinjstvu još uvek relativno fragmentisani i situaciono zavisni, tokom adolescencije postepeno se integrišu u stabilniji i koherentniji obrazac doživljavanja sebe i drugih. Adolescent postaje sposoban da emocionalna iskustva, autobiografska sećanja i predstave o sebi i drugima organizuje u relativno koherentnu životnu priču, koja daje značenje doživljaju sebe kroz vreme i različite kontekste. U Rodžersovim terminima, pojedinac postaje osoba koja može da simbolizuje, opaža i organizuje iskustvo u smislen odnos prema sebi (Sharp & Wall, 2021).

U tom kontekstu, posebno značajno mesto zauzima identitet kao ključna unutrašnja struktura koja obezbeđuje doživljaj stabilnosti i istovetnosti, čiji razvoj predstavlja centralni zadatak adolescencije (Erikson, 1980). Poremećaji identiteta se u teorijskim modelima i savremenim dijagnostičkim konceptualizacijama prepoznaju se kao sržna odlika poremećaja ličnosti, pri čemu se difuzija identiteta opisuje kao organizujući princip patologije ličnosti i na adolescentnom uzrastu (Rivnyák et al., 2021). Pri tome, efekat poremećaja identiteta nije ograničen samo na doživljaj sebe, već ima sveprožimajući uticaj i na druge aspekte funkcionisanja ličnosti, uključujući usmeravanje sopstvenih akcija ka važnim životnim ciljevima, kapacitet za empatiju i bliskost. Oslanjajući se na Eriksonovu konceptualizaciju, Kernberg i naslednici njegove ideje i na adolescentnom uzrastu prave distinkciju između identitetske krize i difuzije identiteta (Ammaniti et al., 2012; Fontana et al., 2021). Za razliku od normativne adolescentne krize, koju odlikuju preispitivanje, eksperimentisanje i privremene kontradiktornosti unutar doživljaja sebe, kod difuzije identiteta kapacitet za integraciju ostaje značajno narušen. Iako tipičan adolescent može ispoljavati konflikte sa autoritetima, oscilacije raspoloženja i prolaznu zbunjenost u vezi sa pitanjem *Ko sam ja*, bazično unutrašnje iskustvo i kapacitet za doživljavanje drugih kao celovitih

osoba ostaju očuvani. Nasuprot tome, difuziju identiteta karakterišu pervazivna nekoherentnost doživljaja sebe, nestabilnost unutrašnjih reprezentacija, teškoće uspostavljanja kontinuiranog doživljaja sebe, kao i narušena sposobnost formiranja stabilnih i uzajamnih interpersonalnih odnosa. U tom smislu, adolescencija ne predstavlja samo period povećane vulnerabilnosti za razvoj različitih poteškoća na planu mentalnog zdravlja, već i razvojni trenutak u kojem po prvi put postaje moguće razlikovati normativne procese konstruisanja stabilnog identiteta od patološke nekoherentnosti selfa karakteristične za poremećaje ličnosti.

Razumevanje adolescencije kao kritičnog perioda za detekciju poremećaja ličnosti ne podrazumeva da ličnost, niti teškoće u njenom razvoju, nastaju tek na ovom uzrastu (Meeus, 2019). Savremeni razvojni modeli polaze od pretpostavke kontinuiteta razvoja ličnosti od najranijeg detinjstva, pri čemu se individualne razlike u temperamentu mogu prepoznati veoma rano. U interakciji sa okruženjem, temperamentalne odlike formiraju relativno stabilne dispozicione crte koje predstavljaju osnovu različitih obrazaca psihičkog funkcionisanja tokom životnog toka (McAdams, 2015). Istraživanja pokazuju visok stepen preklapanja između karakteristika temperamenta, crta Velikih pet i maladaptivnih crta ličnosti, pri čemu se ove dimenzije dosledno povezuju i sa razvojem različitih psihopatoloških fenomena, poput internalizovanih, eksternalizovanih i psihotičnih poremećaja (Sharp, 2020; Newton-Howes et al., 2015; Chanen & Thompson, 2019). Tako se, recimo, eksternalizujući poremećaji mogu razumeti kao ekstremne varijante dezinhibicije, dok depresija i anksioznost predstavljaju krajnje delove kontinuuma negativnog afektiviteta.

Međutim, ekvivalentno savremenoj konceptualizaciji poremećaja ličnosti kod odraslih, samo prisustvo maladaptivnih crta (Kriterijum B) nije dovoljno da bi se govorilo o poremećaju ličnosti. Čak i kada deca ispoljavaju ekstremne obrasce temperamenta i ponašanja, oni se ne mogu razumeti kao poremećaj ličnosti pre adolescencije (Sharp, 2017). Tek tokom adolescencije dolazi do svojevrsnog „zgušnjavanja” ličnosti (McAdams, 2015), odnosno uspostavljanja integrisanog sistema organizacije selfa koji omogućava održavanje relativno stabilnog i koherentnog doživljaja sebe kroz vreme i različite interpersonalne kontekste. Razvoj kapaciteta za mentalizaciju, organizaciju autobiografskog iskustva i uspostavljanje kontinuiteta doživljaja sebe postaju gradivni blokovi stabilizacije ličnosti, omogućavajući usklađivanje različitih reprezentacija *selfa-u-relaciji-sa-drugima*. U tom procesu, Šarpova (2020) poseban akcenat stavlja na objedinjujuću funkciju refleksivnog selfa, kao svojevrsne ‘*sphone*’ (eng. *nexus*) između intrapsihičkog i

interpersonalnog domena funkcionisanja. Upravo ovaj kapacitet za integraciju unutrašnjeg sveta odgovara nivou funkcionisanja ličnosti, kao sržne odlike svih manifestacija poremećaja ličnosti u okviru aktuelnih konceptualizacija. Istovremeno, mogućnost procene stepena organizovanosti selfa predstavlja nužan uslov razlikovanja razvojno očekivanih varijacija od klinički značajne patologije ličnosti (Chanen & Thompson, 2019; Sharp, 2017). Tamo gde, rečima MekAdamsa i Olsona (2010), ne dolazi do postepenog „uvezivanja” ličnosti u relativno stabilnu i smislenu celinu, možemo govoriti o poremećaju ličnosti već na adolescentnom uzrastu.

Polazeći od opisanog razumevanja razvoja ličnosti i njene patologije, istraživanja u ovoj oblasti sve više nastoje da odgovore na pitanje da li se poremećaj ličnosti može prepoznati već tokom adolescencije, pri čemu je najveći deo stručne rasprave bio usmeren na opravdanost postavljanja dijagnoze na ovom uzrastu.

Status poremećaja ličnosti u adolescenciji: empirijski nalazi i klinička praksa

Poziv na dijagnostikovanje i tretman poremećaja ličnosti pre odraslog doba prva je uputila Paulina Kernberg (2000), pionirka oblasti razvojne patologije ličnosti, identifikujući u kliničkoj praksi konstelaciju teških simptoma indikativnu za poremećaj u adolescenciji. Ova ideja predstavljala je svojevrsnu kontroverzu, dovodeći u pitanje uvreženo stanovište da poremećaj ličnosti ne treba razmatrati pre odraslog doba. Kao što je u prethodnim odeljcima prikazano, temu poremećaja ličnosti na ovom uzrastu prati preispitivanje opravdanosti korišćenja ovog termina za opis poteškoća u kontekstu razvojne specifičnosti adolescentnog doba (Chanen, 2015). Istovremeno, prisutna je dilema pouzdanosti procene na ovom uzrastu, prvenstveno u kontekstu stabilnosti patologije ličnosti, pa i ličnosti uopšte, kroz vreme (Chanen et al., 2022). Takav stav odražava tradicionalni status poremećaja ličnosti unutar kategorijalnih modela, koji eksplicitno ne zabranjuju, ali obeshrabruju postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti pre 18. godine. Dijagnoza se, kako se navodi, može postaviti adolescentima „*u relativno neobičnim okolnostima u kojima su maladaptivne crte sveprožimajuće, dugotrajne i nisu ograničene na specifičnu razvojnu fazu ili epizodu drugog mentalnog poremećaja, ... u trajanju od barem godinu dana*” (American Psychiatric Association, 2013, str. 647). Paradoksalno, DSM definicija istovremeno naglašava da se početak poremećaja može smestiti u adolescenciju. Drugim rečima, konceptualizacija

poremećaja i empirijski nalazi potvrđuju da poremećaj ličnosti u odraslom dobu ne nastaje „ni iz čega”, već da pojedinci dijagnostikovani na odraslom uzrastu tipično pokazuju maladaptivne obrasce ponašanja značajno ranije u toku razvoja (Sharp & Wall, 2018; Shiner & Allen, 2013). Štaviše, unutar dodatnih DSM-IV smernica naznačeno je da se postavljanje dijagnoze pre 18. godine izbegava prvenstveno zbog relativnog nedostatka empirijskih podataka, a ne zbog nalaza koji bi sugerisali da patologija ličnosti u adolescenciji ne postoji ili da se ne može pouzdano dijagnostikovati (Westen & Chang, 2000). Upravo ovakva konceptualna i dijagnostička neodređenost podstakla je intenzivan razvoj istraživanja usmerenih na ispitivanje validnosti i pouzdanosti poremećaja ličnosti u adolescentnom uzrastu tokom poslednje dve decenije.

Sveukupno, sprovedena istraživanja pružila su snažnu empirijsku podršku mogućnosti dijagnostikovanja poremećaja ličnosti u adolescenciji, u prvom redu graničnog poremećaja ličnosti. Meta-analitičke studije pokazuju da kriterijumi graničnog poremećaja ličnosti već od 12. godine života predstavljaju koherentnu kombinaciju crta i simptoma sa unidimenzionalnom strukturom (Kaess & Cavelti, 2025; Sharp, 2017, 2020). Nalazi govore u prilog validnosti i pouzdanosti graničnog poremećaja ličnosti u pogledu fenomenologije, stabilnosti i faktorima rizika uporedivim sa onim u odraslom dobu, uz jasno izdvojen tok u odnosu na druge psihičke poremećaje. Pored toga, istraživanja pružaju podršku savremenom razumevanju graničnog poremećaja ličnosti kao najreprezentativnijeg izraza opšte patologije ličnosti. Kao i u odrasloj populaciji (Pešić et al., 2026), granični simptomi kod adolescenata dosledno reflektuju sržnu dimenziju patologije ličnosti – otežano funkcionisanje u self i interpersonalnom domenu, nezavisno od specifične manifestacije maladaptivnih crta (Sharp & Fonagy, 2015).

Pouzdana procena prevalence poremećaja ličnosti pre odraslog doba otežana je usled još uvek ograničenog broja istraživanja u ovoj oblasti. Dosadašnji nalazi ukazuju da ukupna prevalenca svih poremećaja ličnosti u opštoj populaciji adolescenata iznosi 6-17% (Westen et al., 2003), približno onoj u odraslom dobu. Učestalost graničnog poremećaja ličnosti u adolescentnoj populaciji procenjuje se na 1–3% u opštoj populaciji, 11–22% u ambulantnim uzorcima i 33–49% među hospitalizovanim adolescentima, što ga svrstava među vodeće uzroke disfunkcionalnosti mladih (Chanen et al., 2017). Slične stope prevalence graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji i odraslom dobu dodatno podržavaju pretpostavku o njegovom kontinuitetu kroz razvojne faze (Chanen & Thompson, 2019).

Sa druge strane, nalazi o stabilnosti su znatno složeniji nego što se pretpostavljalo, ali ne zato što maladaptivni obrasci nisu relativno trajni na adolescentnom uzrastu, već jer sama kategorijalna procena, kao što je u radu prethodno prikazano, nije pouzdana. Studije su pokazale da je na odrasloj populaciji kategorijalna stabilnost dijagnoze znatno manja nego što se ranije mislilo (Zanarini et al., 2003). Longitudinalna istraživanja pokazuju da se odrasli pomeraju između pozicije ispunjavanja i neispunjavanja formalnih kriterijuma za poremećaj ličnosti samo na bazi jednog simptoma manje/više (Clark, 2009), pri čemu 50% do 70% osoba sa graničnim poremećajem dostiže simptomatsku remisiju (Kramer et al., 2025). Ipak, nalazi pokazuju da narušen kvalitet života i psihosocijalnog funkcionisanja opstaju čak i nakon dugogodišnjeg praćenja, kako na odrasloj, tako i na adolescentnoj populaciji (Alvarez-Tomas et al., 2019; Kramer et al., 2025; Wertz et al., 2020; Wright et al., 2016). Stabilnost kategorijalne dijagnoze se pre 18. godine kreće u domenu 14–40% prilikom ponovljenog merenja, što naizgled govori u prilog njenoj nestabilnosti (Winsper et al., 2015). Međutim, kada se težina poremećaja meri dimenzionalno ili kroz globalnu patologiju ličnosti, procene stabilnosti rastu na 74–86%, pokazujući nivo stabilnosti uporediv sa onim u odraslom dobu.

Istraživanja ukazuju da u adolescenciji usled superponirane normativne krize može privremeno doći do intenziviranja određenih poteškoća – simptomi mogu biti izraženiji, naročito do uzrasta 13-14 godina (Newton-Howes et al., 2015). Ipak, longitudinalni nalazi ukazuju da adolescenti u pogledu graničnih crta održavaju relativni položaj u distribuciji (eng. *rank order stability*; Bornovalova et al., 2014; Haggerty et al., 2015). Na osnovu ovih podataka, autori zaključuju da je, kao i kod odraslih, reč prvenstveno o manifestnim promenama, odnosno varijabilnosti simptoma patologije ličnosti nižeg reda, dok podležuće karakteristike poremećaja ličnosti, poput nivoa funkcionisanja ličnosti – ‘graničnosti’, ostaju relativno stabilne (Clark, 2009; Divac-Jovanović & Švrakić, 2017; Kaess & Cavelti, 2025; Pešić et al., 2026; Sharp & Wall, 2018; Wright et al., 2016). U tom smislu, procena patologije ličnosti na konutiniumu dosledno pokazuje više ocene stabilnosti u poređenju sa kategorijalnom dijagnozom, što dodatno govori u prilog superiornosti dimenzionalnog pristupa u zahvatanju suštinskih karakteristika patologije ličnosti kroz vreme (d'Huart et al., 2023; Skabeikytė-Norkienė, 2023).

Pored toga, istraživanjima je potvrđeno prisustvo istih faktora rizika i zaštite za granični poremećaj ličnosti kao kod odraslih, uz slične nepovoljne ishode. Oni uključuju češće pokušaje suicida i samopovređivanje, usamljenost, nezadovoljstvo porodičnim odnosima, konfliktne

romantične veze i probleme u vršnjačkim relacijama, uz loš akademski uspeh, češće napuštanje školovanja i ređe učestvovanje u vannastavnim aktivnostima (Kongerslev et al., 2015; Kramer et al., 2017). Poremećaj ličnosti u adolescenciji prospektivno predviđa loše socijalno funkcionisanje i nisko zadovoljstvo životom, uz manji broj dostignutih razvojnih prekretnica poput završavanja fakulteta, ulaska u brak i ostvarivanja potomstva, čak i kada se uticaj drugih psihijatrijskih poremećaja kontroliše (Chanen & Thompson, 2019). To znači da patologija ličnosti u adolescenciji dugoročno ostvaruje nezavisan doprinos psihosocijalnom funkcionisanju, koji se ne može objasniti prisustvom drugih psihopatoloških fenomena, niti biti sveden na njih. Ovi nalazi ukazuju da se ne radi o prolaznim razvojnim odstupanjima u okviru adolescentne krize, već o obrascima koji imaju trajne posledice po tok razvoja.

Akumulirani empirijski dokazi nedvosmisleno govore u prilog validnosti i kliničkom značaju poremećaja ličnosti u adolescenciji. Granični poremećaj ličnosti mladih danas se smatra javnozdravstvenim prioritetom prvog reda, budući da je povezan sa visokim rizikom od mortaliteta, uz izrazito narušeno psihosocijalno funkcionisanje i ozbiljne dugoročne posledice po pojedinca, koje obično perzistiraju i u odraslom dobu (Chanen, 2023). Istovremeno, adolescencija se prepoznaje kao period najveće plastičnosti, u kojem postoji značajan potencijal za promenu razvojnog toka poremećaja ličnosti primenom pravovremene intervencije (Chanen et al., 2017, 2022). U skladu sa tim, formulisane su dodatne smernice za procenu, ranu detekciju i kliničko vođenje adolescenata sa poremećajem ličnosti (Louise et al., 2026; National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Shiner & Allen, 2013). Uz to, razvijeni su i specijalizovani tretmani namenjeni ovom uzrastu, poput dijalektičko-bihejvioralne terapije (DBT-A), tretmana zasnovanog na mentalizaciji (MBT-A) i psihoterapije fokusirane na transfer (TFP-A; Weiner et al., 2018). Vodeća stručna udruženja danas sve jasnije prepoznaju značaj poremećaja ličnosti u adolescenciji. Tako, Američka psihijatrijska asocijacija (Keepers et al., 2024) ističe:

„Jedna od zabluda u vezi sa graničnim poremećajem ličnosti jeste da se se on javlja isključivo kod odraslih; međutim, i adolescenti mogu ispunjavati dijagnostičke kriterijume i imati koristi od tretmana usmerenog na njegove osnovne sržne odlike i simptome.”

Uprkos empirijskim, dijagnostičkim i terapijskim pomacima, poremećaj ličnosti u adolescenciji u praksi i dalje ostaje neprepoznat i dijagnostički neadresiran – zabranjen termin, „onaj čije se ime ne sme izgovoriti” (Larivée, 2013). Adolescentima se tako najčešće dodeljuju

druge, „zamenske dijagnoze” (npr. bipolarni poremećaj) u skladu sa kojima se primenjuje neadekvatni psihofarmakološki tretman, što je retrospektivno potvrđeno kod značajnog broja odraslih osoba kojima je kasnije postavljena dijagnoza poremećaja ličnosti (Ruggero et al., 2010). Raskorak između nalaza i svakodnevnog rada kliničara prepoznaje se i u istraživanjima stavova stručnjaka prema dijagnozi poremećaja ličnosti u adolescenciji. Kvantitativna studija sprovedena 2013. na uzorku od 367 kliničkih psihologa, pokazala je da 57.8% dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti vidi kao validnu u adolescenciji, uz samo 8.7% ispitanika koji su poremećaj dijagnostikovali u praksi (Laurensen et al., 2013). U istraživanju iz 2011. godine, 37% od 52 psihijatra dijagnozu poremećaja ličnosti smatralo je opravdanom pre 18. godine (Griffiths, 2011). Mada se novija istraživanja nisu specifično bavila ovim pitanjem, čini se da podrška dijagnostici adolescenata u izvesnoj meri raste kada se poremećaj posmatra dimenzionalno, ali se ona, uprkos tome, još uvek izbegava (Fonagy et al, 2015).

Sveukupno posmatrano, poremećaj ličnosti i dalje ostaje fenomen koji se nedovoljno razume i proučava na adolescentnom uzrastu. Brojne nejasnoće i kontroverze prvenstveno su odraz duge tradicije konceptualnog i empirijskog zanemarivanja pitanja patologije ličnosti pre odraslog doba (Chanen et al., 2022). Dosadašnja istraživanja dominantno su bila usmerena na manifestne simptome kategorijalne dijagnoze poremećaja ličnosti, dok su subjektivna iskustva poremećaja ostala znatno manje istraživana. Ovo se posebno odnosi na način na koji poremećaj ličnosti doživljavaju sami adolescenti, ali i kliničari uključeni u proces procene i tretmana, kao unutrašnji prostori iz kojih značenje poremećaja ličnosti „izranja” i dobija svoj intra- i interpersonalni smisao. Dodatno, instrumenti za procenu zasnovani na savremenim dimenzionalnim konceptualizacijama još uvek nisu u dovoljnoj meri razvijeni i prilagođeni adolescentnom uzrastu, naročito u sredinama sa ograničenim resursima (Barkauskienė et al., 2024). U tom smislu, sveobuhvatnije razumevanje patologije ličnosti zahteva pristup koji može zahvatiti njenu višeslojnost kroz različite aspekte (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017; Džamonja Ignjatović, 1999; McWilliams, 2011), poput fenomenologije adolescentovog unutrašnjeg doživljaja, pokazatelja testovne procene i interpersonalnog konteksta unutar kojeg se poremećaj ličnosti prepoznaje i osmišljava. Sagledavanje ovih međusobno povezanih nivoa može doprineti dubljem uvidu u kompleksnosti i razvojne specifičnosti poremećaja ličnosti u adolescenciji.

OPŠTI PREDMET I CILJ ISTRAŽIVANJA

Oblast poremećaja ličnosti u adolescenciji uprkos značajnim naučnim dokazima ostaje ispunjena dilemama, zbog čega su neophodna dodatna istraživanja, naročito u kontekstima sa ograničenim resursima i malim brojem dostupnih empirijskih podataka. Disertacija polazi od potrebe da se ovaj složeni i osporavani fenomen ispita kroz integraciju različitih nivoa njegovog razumevanja.

U skladu sa tim, predmet ove disertacije je poremećaj ličnosti u adolescenciji, razmatran iz tri perspektive: perspektive kliničara koji rade sa ovom populacijom, dimenzionalne procene patologije ličnosti i proživljenog iskustva adolescenata sa poremećajem ličnosti. Istraživanje je usmereno na razumevanje načina na koji se patologija ličnosti manifestuje, prepoznaje i doživljava pre odraslog doba, u našem kontekstu u kojem ova tema do sada nije bila predmet sistematskog empirijskog ispitivanja.

Opšti cilj disertacije je da kroz međusobno povezane studije pruži sveobuhvatan uvid u fenomen poremećaja ličnosti u adolescenciji. Prva studija ispituje način na koji kliničari osmišljavaju poremećaj ličnosti i njegovu dijagnozu u adolescenciji. Druga studija predstavlja kulturnu adaptaciju i validaciju prvog instrumenta za dimenzionalnu procenu nivoa funkcionisanja ličnosti u adolescentnom uzrastu na srpskom jeziku (*Levels of Personality Questionnaire – LoPF-Q 12-18*). Treća studija fokusirana je na perspektivu samih adolescenata sa poremećajem ličnosti, kroz fenomenološki utemeljen opis njihovog doživljaja sebe.

Rad je organizovan tako da svaka studija predstavlja zaokruženu celinu, pri čemu logika njihovog redosleda prati kretanje od spoljašnjih ka unutrašnjim nivoima razumevanja fenomena. U skladu sa tim, prva studija mapira širi kontekst poremećaja ličnosti u adolescenciji kroz kliničku praksu stručnjaka, druga je fokusirana na procenu dimenzionalnim instrumentom kao međuprostorom između spolja merljivog i unutrašnjeg plana funkcionisanja, dok se treća odnosi na unutrašnji nivo, kroz subjektivna, jedinstvena iskustva postojanja iznutra. U okviru svakog od istraživanja, dat je kratak uvod sa pregledom relevantnih nalaza u odnosu na njen specifičan predmet, zatim metodološki okvir, prikaz rezultata i diskusija. Na kraju rada izložena su objedinjena završna razmatranja koja integrišu nalaze svih studija.

STUDIJA 1

Pogled spolja: perspektiva kliničara o poremećaju ličnosti u adolescenciji

„Ne znam ni ja... malopre sam ti rekla jedno, sad nešto skroz drugo. Verovatno sam bila kontradiktorna, kao što su i ti naši poremećaji.”

– Sara, učesnica studije

Kao što je prethodno prikazano, poslednje dve decenije obeležio je nagli porast studija koje su se bavile poremećajima ličnosti pre odraslog doba. Početak poremećaja smešta se u period adolescencije, a novi dijagnostički okviri uvažavaju razvojnu perspektivu konceptualizovanjem patologije ličnosti kao jedinstvenog konstrukta koji ima celoživotni tok. Aktuelni empirijski nalazi ukazuju na relativnu učestalost, validnost i stabilnost poremećaja ličnosti na adolescentnom uzrastu, uz mogućnost pouzdanog dijagnostikovanja pre 18. godine. Uz to, poremećaj ličnosti na adolescentnom uzrastu ima relativno nezavisnu razvojnu putanju u odnosu na druge mentalne poremećaje i vodi izrazito nepovoljnim ishodima na odraslom dobu.

Međutim, kliničari ostaju uzdržani u pogledu postavljanja dijagnoze, čak i kada klinički detektuju izraženu patologiju ličnosti. U osnovi otpora leži nekoliko razloga: (1) strah od stigmatizacije mlade osobe, budući da se dijagnoza doživljava kao štetna i nepromenljiva; (2) pretpostavka da obrasci ličnosti nisu stabilni do kasnijeg uzrasta; (3) uverenje da patologiju ličnosti nije moguće odvojiti od tipičnog, razvojem uslovljenog ponašanja adolescenata (npr. burne promene raspoloženja, impulsivnost, upotreba psihoaktivnih supstanci); i (4) razumevanje da je dijagnoza pre 18. godine prema zvaničnim klasifikacijama nemoguća (Elvins & Kaess, 2022; Kaess & Cavelti, 2025; Sharp, 2017). Uz to, dijagnoza se neretko povezuje i sa takozvanim „terapijskim pesimizmom”, odnosno uverenjem da su mogućnosti promene ograničene i da tretmani ne mogu dati efekta, što može negativno uticati na očekivanja stručnjaka i kvalitet pružene podrške (Chanen et al., 2022; Griffiths, 2011).

Nesklad između empirijskih nalaza, kliničkih smernica i aktuelne prakse ukazuje na to da se pristupi kliničara pitanju poremećaja ličnosti u adolescenciji ne zasnivaju isključivo na zvaničnim klasifikacijama i dostupnim saznanjima, već su u izvesnoj meri vođeni njihovim ličnim uverenjima (Papadopoulos et al., 2022). U tom smislu, klinička praksa reflektuje načine na koje stručnjaci konceptualizuju poremećaj ličnosti i njihova iskustva u radu sa ovom populacijom. Nalazi ograničenog broja istraživanja koja su se bavila perspektivom eksperata ukazuju na značaj razumevanja njihove uloge u procesu kliničke procene i tretmana, naročito u kontekstu visoke emocionalne angažovanosti pružanja usluga odraslim pojedincima sa poremećajem ličnosti (Baker & Beazley, 2022; Millar et al., 2012; Treloar, 2009). U tom smislu, unutrašnje iskustvo kliničara može oblikovati doživljaj pacijenta, a samim tim i dijagnostičku odluku i pristup tretmanu.

Do danas je samo nekoliko kvalitativnih studija specifično bilo fokusirano na poremećaj ličnosti pre odraslog doba iz ugla kliničara, pri čemu autori ističu dodatnu složenost profesionalnih pozicija uslovljenu kontroveržnošću samog dijagnostičkog pitanja na adolescentnom uzrastu (Cross, 2016; Koehne, 2010; Papadopoulos, 2019).

PREDMET I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Aktuelno istraživanje usmereno je na dublje razumevanje jedinstvenih perspektiva kliničara koje oblikuju procenu i tretman adolescenata sa poremećajem ličnosti unutar zdravstvenog sistema. Ovo pitanje je do danas nedovoljno istraženo, a predstavlja značajan nivo razumevanja fenomena, budući da različita stanovišta i subjektivna iskustva stručnjaka oblikuju način na koji se patologija ličnosti adolescenata razume. Dodatno, specifične pozicije kliničara mogu predstavljati značajnu prepreku ranoj detekciji i tretmanu poremećaja ličnosti na uzrastu u kojem bi intervencije mogle imati najveći efekat, sprečiti razvoj težih oblika disfunkcionalnosti ličnosti i ublažiti negativne psihosocijalne ishode u odraslom dobu (Chanen, 2015).

Studija predstavlja pokušaj sistematskog mapiranja načina na koji stručnjaci u oblasti adolescentnog mentalnog zdravlja u našem kontekstu osmišljavaju poremećaj ličnosti pre odraslog doba i dijagnostički se pozicioniraju prema ovom fenomenu. U skladu sa tim, cilj istraživanja bio je da se odgovori na sledeća pitanja:

- ❖ *Na koji način stručnjaci osmišljavaju poremećaj ličnosti na adolescentnom uzrastu – kako ga konceptualizuju i doživljavaju u kliničkom kontekstu?*
- ❖ *Koje značenje stručnjaci pridaju dijagnostičkim praksama i sopstvenoj dijagnostičkoj odluci u kontekstu poremećaja ličnosti pre odraslog doba?*

METODE ISTRAŽIVANJA

U skladu sa predmetom i ciljevima, istraživanje se oslanja na kvalitativnu metodologiju, u okviru koje je korišćena interpretativna fenomenološka analiza. Budući da se Studija 1 i Studija 3 oslanjaju na isti istraživački metod i korake sprovođenja analize, oni će detaljnije biti opisani unutar ovog rada.

Interpretativna fenomenološka analiza – odabir istraživačkog pristupa

Interpretativna fenomenološka analiza, usmerena na dubinsko istraživanje načina na koje osobe osmišljavaju i doživljavaju značajna iskustva, počiva na tri filozofska temelja (Smith et al., 2009). Prvi je fenomenologija, pre svega u tradiciji Huserla i Hajdegera. Huserl naglašava vraćanje samim stvarima, odnosno iskustvu onakvom kakvo jeste za osobu koja ga živi, te istraživač teži da se što je moguće više približi unutrašnjem svetu učesnika. Sa druge strane, Hajdeger ukazuje da je razumevanje uvek situirano i kontekstualno – nemoguće ga je odvojiti od razumevanja onoga ko saznaje, tako da fenomenologija uvek podrazumeva interpretaciju. Drugi temelj predstavlja hermeneutika, naročito Gadamerova ideja hermeneutičkog kruga, prema kojoj se razumevanje dela gradi kroz celinu, a celine kroz delove. U praksi interpretativne fenomenološke analize ovo se ogleda u analitičkom kretanju od konkretnih iskaza ka temama i nazad ka iskazima, u procesu pokušaja pridavanja značenja materijalu. Treći temelj je idiografija. Za razliku od nomotetskih pristupa koji traže opšte zakonitosti, interpretativna fenomenološka analiza kreće od pojedinačnog slučaja i tek potom razmatra šta je zajedničko učesnicima. Ova teorijska polazišta oblikuju praksu koja se naziva dvostrukom hermeneutikom unutar interpretativne fenomenološke analize: učesnik tumači sopstvena iskustva, a istraživač tumači njegovo tumačenje (Smith, 2017).

Odabir interpretativne fenomenološke analize u ovoj studiji počiva na nekoliko argumenata. Prvo, definisani predmet istraživanja, kao način na koji kliničari osmišljavaju poremećaj ličnosti u adolescenciji i pozicioniraju se prema dijagnostičkim odlukama, inherentno je subjektivan i kontekstualno uslovljen. Dijagnostička praksa nije puko tehničko pitanje, već je prožeta profesionalnim uverenjima, ličnim iskustvima i institucionalnim okvirima koji se ne mogu u potpunosti zahvatiti kvantitativnim pristupima (Koehne, 2010). Drugo, interpretativna fenomenološka analiza omogućava idiografski pristup koji uvažava individualnost svake perspektive pre nego što se pristupi komparativnoj analizi na nivou čitavog uzorka, što je posebno važno imajući u vidu da stručnjaci koji rade sa ovom populacijom zauzimaju veoma različite, ponekad dijametralno suprotne pozicije prema istom dijagnostičkom pitanju (Papadopoulos, 2019).

Interpretativna fenomenološka analiza počiva na ideji da ne postoji direktan pristup objektivnoj stvarnosti, već da ljudi aktivno konstruišu značenje svojih iskustava, a znanje koje iz toga proističe uvek je zasnovano na određenoj perspektivi i kontekstualno uslovljeno (Vilig, 2016). Ontološki, interpretativna fenomenološka analiza interesuje se za doživljenu stvarnost učesnika, odnosno, načine na koje oni pridaju smisao sopstvenom iskustvu, a ne objektivnu realnost, koja se ne može saznati. U ovoj studiji, dominantno sam se oslanjala na interpretativno fenomenološki okvir, radi razumevanja individualnog doživljaja unutar ispitanika. Kako bih zahvatila složenost proučavanog fenomena, interpretacije sam u manjoj meri temeljila i u socijalno-konstrukcionistačkom epistemološkom okviru, budući da je klinički susret nužno oblikovan širim, institucionalnim okvirom u kojem se ostvaruje.

Uzorak

U skladu sa predmetom i ciljevima istraživanja, studija je fokusirana na psihijatre i kliničke psihologe kao stručnjake koji direktno učestvuju u procesu kliničke procene i dijagnostike mladih. Doneta je odluka da učesnici budu predstavnici državnih zdravstvenih institucija, budući da se dijagnoza u našem kontekstu prvenstveno vidi kao zvanična u okviru tog sistema, te da pitanje (ne)postavljanja dijagnoze potencijalno nosi veću zasićenost značenjima u odnosu na privatni zdravstveni sektor.

Konačni uzorak činilo je ukupno deset učesnika – pet psihijatara i pet kliničkih psihologa koji su u svakodnevnoj kliničkoj praksi usmereni na rad sa adolescentima. Učesnici su regrutovani iz psihijatrijskih ustanova sa dugom tradicijom u oblasti mentalnog zdravlja mladih.

Broj učesnika određen je uzimajući u obzir da je interpretativna fenomenološka analiza idiografska kvalitativna metoda fokusirana na razumevanje smisla i procesa konstruisanja značenja učesnika, što uključuje dubinsku i slojevitou analizu podataka neprimenljivu na veći broj učesnika. U skladu sa preporukama, uzorak je nameran i relativno homogen. Činilo ga je šest muškaraca i četiri žene, što odstupa od tipične rodne distribucije karakteristične za oblast mentalnog zdravlja. Jedini uslov uključivanja bio je minimum dve godine profesionalnog iskustva na psihijatrijskom odeljenju, u okviru kojeg su angažovani u radu sa adolescentima. Raspon profesionalnog iskustva bio je između četiri i 27 godina, od čega samo troje učesnika ima manje od 15 godina iskustva rada sa decom i adolescentima. Zbog ograničenog broja psihijatara i kliničkih psihologa usmerenih na ovu populaciju u psihijatrijskim ustanovama, detaljnije predstavljanje učesnika, uobičajeno za interpretativnu fenomenološku analizu, moglo bi narušiti njihovu anonimnost. Stoga je, pored upotrebe pseudonima, doneta odluka da se izostave detaljniji podaci koji bi potencijalno mogli dovesti do njihove identifikacije, te je uzorak prikazan isključivo na grupnom nivou.

Učesnicima psihijatrima dodeljena su sledeća imena: Petar, Milena, Sara, Sreten, Ljubica.

Učesnicima kliničkim psiholozima nose imena: Tamara, Dragan, Nenad, Miodrag, Dimitrije.

Metod prikupljanja podataka

U skladu sa analitičkim okvirom interpretativne fenomenološke analize kao istraživačkim metodom na koji sam se oslanjala, podaci su prikupljeni polustrukturisanim intervjuima. Agenda intervjua (**Prilog 1**) razvijena je na bazi prethodne literature i mog iskustva iz kliničke prakse, kako bi obuhvatila relevantna pitanja u vezi sa poremećajem ličnosti i njegovom dijagnozom na adolescentnom uzrastu u našem kontekstu. Pitanja za psihijatre i kliničke psihologe razlikovala su se isključivo u pogledu načina na koji se iz njihove profesionalne uloge sprovodi procena – kod psihijatara fokus je bio na procesu postavljanja dijagnoze, dok su se kod psihologa pitanja ticala procesa procene ličnosti. Intervjuom su bile obuhvaćene sledeće oblasti:

Opšta pitanja o poremećaju ličnosti pre odraslog doba uključivala su pitanja o načinu na koji stručnjaci konceptualizuju fenomen poremećaja ličnosti kod adolescenata – da li poremećaj ličnosti postoji na tom uzrastu, koje su njegove manifestacije, od kog uzrasta se poremećaj ličnosti na nivou fenomena može primetiti i koje bi tipove (manifestacije) poremećaja ličnosti mogli razmatrati u adolescenciji.

Dijagnoza poremećaja ličnosti je kao oblast obuhvatala pitanja o dijagnozi poremećaja ličnosti, kao konceptu odvojenom od samog psihopatološkog fenomena. Pitanjima je eksplorisano u kojoj meri stručnjaci dijagnozu smatraju validnom, korisnom, potrebnom i prihvatljivom na uzrastu pre 18. godine. Ukoliko su kliničari dijagnozu prepoznavali kao validnu, istraženo je od kog uzrasta je, prema njihovom uverenju, moguće primenjivati. Uz to, ispitane su alternativne dijagnoze i klinički opisi koji se koriste u praksi umesto dijagnoze poremećaja ličnosti.

Poređenje sa drugim mentalnim poremećajima tiče se pitanja o sličnostima i razlikama dijagnostičkih praksi u kontekstu poremećaja ličnosti u odnosu na dijagnoze drugih mentalnih poremećaja kod dece i adolescenata.

Procena ličnosti / proces dijagnostike odnosio se na način na koji psiholozi i psihijatri razumeju i formiraju kliničku procenu patologije ličnosti u adolescentnom uzrastu, metode procene na koje se oslanjaju, kao i način na koji formulišu svoj nalaz i mišljenje.

Komunikacija o poremećaju ličnosti predstavlja pitanja koja se odnose na način na koji stručnjaci na adolescentnom psihijatrijskom odeljenju komuniciraju o patologiji ličnosti mladih, kao i prakse saopštavanja opserviranih maladaptivnih obrazaca ličnosti samom pacijentu i njegovoj porodici.

Prognoza se odnosi na način na koji kliničari razumeju dalji tok poremećaja ličnosti, ukoliko je kod pojedinca prisutan pre odraslog doba.

Tretman uključuje set pitanja o pružanju savetodavnih i psihoterapijskih usluga mladima sa poremećajem ličnosti, u smislu načina na koji to oblikuje proces rada i njihova očekivanja.

Dileme i profesionalne potrebe odnosi se na nejasnoće koje kliničari formulišu u vezi sa pitanjem poremećaja ličnosti na adolescentnom uzrastu i eventualne potrebe za dodatnom edukacijom u ovoj oblasti u našoj sredini.

Proces prikupljanja podataka

Razgovori su se sprovodili u prvoj polovini 2025. godine. Učesnici su najpre informisani o temi istraživanja i sa njima je dogovoren termin sprovođenja intervjua, pri čemu su dali svoju usmenu saglasnost za učešće. Pre početka intervjua, dostavljena im je informisana saglasnost u pisanoj formi (**Prilog 2**). Razgovori su sprovedeni individualno, licem-u-lice, u prosečnom trajanju od 45 minuta. Devet intervjua je obavljeno u psihijatrijskim ustanovama, u prostorijama u kojima učesnici rade, dok je jedan vođen u neformalnom kontekstu mirnog kafića, u skladu sa potrebama učesnika. Osam intervjua je snimano putem audio zapisa, dok je dvoje učesnika odbilo snimanje, te su njihovi odgovori beleženi u toku samog intervjua. Po završetku, učesnici su najčešće bili zainteresovani za temu moje doktorske disertacije, ocenjujući je kao intrigantnu i nedovoljno istraženu. Neki od njih intervju su videli kao prvu priliku da osmisle sopstveno stanovište i eksplicitno se izjasne na temu poremećaja ličnosti u adolescenciji.

Proces analize i interpretacije podataka

Intervjui su transkribovani reč po reč, najpre putem programa WhisperTranscribe, a potom preslušavanjem audio snimaka. Ponovni kontakt sa zvučnim zapisom omogućio je korekciju materijala prethodno transkribovanog uz pomoć softvera. Istovremeno, ovo je pružilo priliku da se ponovo iskusi atmosfera intervjua i zabeleže neverbalne reakcije ispitanika, što se pokazalo posebno značajnim za interpretaciju. Isprekidan govor, kolokvijalni izrazi i psovke zadržani su u izvornom obliku, kako bi se očuvala autentičnost iskaza ispitanika. Citati učesnika su u tekstu označeni kurzivom. Znak [...] koristi se za označavanje izostavljenih delova transkripta. Referisanje na sadržaj izvan prikazanog iskaza i neverbalne reakcije učesnika obeleženi su zagradom unutar samog transkripta, poput (*skreće pogled*).

U skladu sa smernicama, interpretativna fenomenološka analiza je uključivala šest faza (Smith et al., 2009). U prvom koraku, čitala sam, ponovo iščitavala i slušala intervjue, jedan po jedan, kako bih uronila u narative pojedinačnih učesnika i stekla dubinsko razumevanje materijala, istovremeno mapirajući opšte teme. U drugom koraku, sledilo je detaljnije čitanje transkripata sa

ciljem izrade sveobuhvatnijeg skupa beleški o svim relevantnim aspektima intervjua. U skladu sa tim, u ovoj fazi upoznavanja sa materijalom iterativno je konstruisana kodna šema, kao pokušaj inicijalnog strukturisanja i navigiranja kroz iskustva učesnika. Glavni zadatak trećeg koraka bio je obuhvatanje suštine materijala, traženjem i imenovanjem ponavljajućih tema unutar svakog pojedinačnog slučaja, na bazi razvijenih kodova. U ovoj fazi nivo detalja značajno se smanjuje. Četvrti korak uključuje traženje veza i sličnosti među novonastalim temama unutar jednog intervjua. U tom procesu, neke od tema izdvojene u prethodnim koracima integrišu se u šire, nadređene teme, dok se druge odbacuju ili redefinišu. Peti korak podrazumeva prelazak na sledeći slučaj i sukcesivno ponavljanje prva četiri koraka za svaki od deset intervjua. U skladu sa idiografskom perspektivom interpretativne fenomenološke analize, svaki slučaj se razmatra zasebno, uz nastojanje da se uvaži njegova jedinstvena priroda. Na kraju, u šestom koraku, tragala sam za zajedničkim temama i iskustvima kroz svih deset slučajeva uključenih u istraživanje. Ponovo se neke teme odbacuju, dok se one najčešće, najupečatljivije i najuže povezane integrišu, delimično preimenuju i dobijaju opisne nazive koji obuhvataju suštinu teme i subjektivnog iskustva. Ovaj interpretativni zadatak podrazumeva sagledavanje materijala u celini, uključujući pokušaje da se izjave jednog učesnika razumeju u svetlu srodnih iskustava drugih učesnika.

Refleksivna izjava

Za razliku od pozitivističkog pristupa proučavanju fenomena, unutar interpretativne fenomenološke tradicije znanje se ne posmatra kao objektivno i nezavisno od istraživača, već kao nužno oblikovano njegovim prethodnim iskustvima i načinima razumevanja sveta (Villig, 2016). Saznanje ne postoji izvan onoga koji saznaje, već se uvek prelama kroz unutrašnji svet istraživača. Značenje je uvek ko-konstruisano u odnosu između učesnika i istraživača, zbog čega se ne teži eliminisanju sopstvenih pretpostavki (koje nije ni moguće), već ih istraživač koristi unutar interpretativnog procesa. U skladu sa tim, refleksija o sopstvenoj poziciji, kao i o procesu prikupljanja i interpretacije podataka, predstavlja sastavni deo ove metode.

Moje interesovanje za temu poremećaja ličnosti u adolescenciji razvilo se kroz rano kliničko iskustvo na odeljenju psihijatrije, gde sam imala priliku da radim procenu ličnosti sa adolescentima koji su formalno imali različite dijagnoze Ose I. Ipak, pojedini adolescenti

razlikovali su se u pogledu kompleksnosti simptoma, načinu na koji su govorili o sebi i svojim odnosima, kao i izraženim teškoćama u regulaciji emocionalnih stanja. Primetila sam da se o ovim pacijentima među stručnjacima neretko govorilo se visokom sigurnošću kao o osobama sa poremećajem ličnosti, iako takva formulacija najčešće nije bila deo zvanične medicinske dokumentacije. Istovremeno, i sama sam bila nesigurna da li je poremećaj ličnosti u adolescenciji moguće, ali i opravdano dijagnostikovati, posebno s obzirom na potencijalnu stigmatu koja osobe sa ovim poremećajem prati. Mada ova pitanja u tom trenutku nisu bila jasno artikulisana, ostala su prisutna u pozadini mog profesionalnog promišljanja tokom narednih godina, oblikujući glavno istraživačko pitanje ove studije, pa i samu temu disertacije. Bila sam svesna da ova prethodna iskustva mogu oblikovati način na koji pristupam iskazima učesnika i razumem njihove narative.

U pogledu procesa prikupljanja podataka, bila sam zabrinuta u kojoj meri će stručnjaci biti spremni da učestvuju u istraživanju, imajući u vidu obim svakodnevnih profesionalnih obaveza, ali i činjenicu da je i samo uvođenje pitanja poremećaja ličnosti u adolescenciji kod pojedinih stručnjaka izazivalo nelagodu. Takođe, budući da sam od većine učesnika bila značajno mlađa, kao i da sam u okviru intervjua nastupala iz pozicije istraživača, pitala sam se u kojoj meri će me doživeti kao relevantnu sagovornicu. U tom smislu, bila sam svesna odnosa moći prisutnih unutar procesa rada sa učesnicima, imajući u vidu njihovu ekspertsku i institucionalnu poziciju. Paralelno sa tim, postojala je bojazan da bi učesnici samo istraživanje mogli razumeti kao implicitno preispitivanje ili kritiku njihove kliničke prakse, što je pojačavalo pažljivost u načinu pristupanja intervjuima, formulisanju pitanja i uspostavljanju odnosa poverenja sa učesnicima.

Tokom procesa analize, naročito sam primećivala tendenciju da iskustva učesnika organizujem u što jednostavnije i jasnije razgraničene tematske celine, koja je bila zasnovana na potrebi da dobijem nedvosmislen odgovor i „rezrešim” istraživačko pitanje. Međutim, kao što će biti prikazano, upravo je višeslojnost iskaza učesnika predstavljala ključan deo samog procesa osmišljavanja fenomena. U cilju preispitivanja sopstvenih interpretativnih težnji, vodila sam refleksivne beleške, sa mentorkama diskutovala pripisana značenja i kontinuirano se vraćala podacima.

ANALIZA I INTERPRETACIJA REZULTATA

Zajednička polazišta

Uprkos razlikama u teorijskom utemeljenju i kliničkom iskustvu, zajednička nit je uverenje da poremećaj ličnosti predstavlja realan fenomen koji se javlja pre odraslog doba, pri čemu učesnici jasno razdvajaju prepoznavanje samog fenomena od njegove formalne dijagnostičke artikulacije. Kao ključne indikatore, stručnjaci navode *deficite interpersonalnog funkcionisanja, probleme identiteta, emocionalnu disregulaciju i prateća destruktivna ponašanja*. Ovim pokazateljima pripisuju se specifični kvaliteti koji ih čine prepoznatljivim i distinktnim u odnosu na druge psihopatološke pojave. Interpersonalne poteškoće mladih sa poremećajem ličnosti opisuju se kao *potpuno i neuobičajeno intenzivne*; uticaj poremećaja kao *sveprožimajući*; maladaptivni obrasci kao *nefunkcionalni i nefleksibilni*, nezavisno od sadržaja prezentirajućih žalbi. Poremećaj ličnosti se pri tome ne razume kroz spolja vidljive, manifestne simptome, koji mogu uzimati vrlo različite forme, već kroz ono što je dublje – *strukturu i dinamiku ličnosti, temperament i crte* koje se razvijaju i učvršćuju kroz vreme. Upravo *stabilnost i ego-sintonost* obrazaca prepoznaju se kao suštinska odlika koja poremećaj ličnosti čini kvalitativno drugačijim od psihopatoloških stanja Ose I.

U skladu sa tim razumevanjem, učesnici pokazatelje poremećaja smeštaju daleko pre adolescencije. Većina ih prepoznaje do ranog adolescentnog doba, nekada i znatno ranije – u obrascima vidljivim od najranijeg detinjstva, kroz specifičnosti u spavanju, ishrani, vršnjačkim odnosima i povlačenju. Iako postoji izvesna neodređenost u pogledu toga od kog se tačno uzrasta može govoriti o disfunkciji na nivou ličnosti, zajednička je ideja da se radi o razvojnog putu koji se može pratiti godinama unazad, a ne o iznenadnoj pojavi u adolescenciji, kao u slučaju nekih drugih poremećaja. Za deo učesnika, Kernbergova teorija nivoa organizacije ličnosti i rana iskustva (kvalitet afektivne vezanosti i karakteristike sredine odrastanja), pružaju dodatni konceptualni okvir za razumevanje. U kontekstu dijagnoze, svi učesnici prepoznaju da se u našem kontekstu ona ne postavlja pre 18. godine, a često ni pre dvadesetih ili srednjeg odraslog doba. Umesto toga, za adolescente sa izraženom patologijom ličnosti uobičajeno se koristi dijagnoza F92.8 – mešoviti poremećaj ponašanja i emocija.

Samo pitanje poremećaja ličnosti u adolescenciji prepoznaje se kao inherentno kompleksno, čime se otvara niz dilema. Ono što se, međutim, razlikuje jeste način na koji učesnici te dileme doživljavaju i sa njima se nose.

Interpretativna fenomenološka analiza

Interpretativnom fenomenološkom analizom transkripata intervjua sa kliničarima identifikovala sam četiri glavne teme:

1. **Pregovaranje sa neizvesnošću:** između prepoznavanja i sumnje
2. **Pregovaranje sa posledicama imenovanja:** između koristi i štete
3. **Pregovaranje sa neizrecivim:** između imenovanog i prećutanog
4. **Pregovaranje emocionalne zahtevnosti rada:** između prisustva i samoočuvanja

Pre prikaza rezultata, važno je naglasiti da prepoznate tenzije ne odražavaju podelu učesnika na fiksirane ili međusobno suprotstavljene pozicije. U skladu sa idiografskim pristupom, glavne teme predstavljaju načine konstruisanja značenja koji su često ambivalentni, fluidni i promenljivi, neretko prisutni unutar iskustva jednog istog učesnika. Pozicioniranje prema pitanju poremećaja ličnosti u adolescenciji ne pokazuje se kao stabilno ili jednoznačno, već kao dinamičan proces u kojem se različiti, ponekad protivrečni doživljaji i uverenja istovremeno održavaju i međusobno pregovaraju.

1. Pregovaranje sa neizvesnošću: između prepoznavanja i sumnje

Iako učesnici dele uverenje da patologija ličnosti postoji pre odraslog doba i da se može prepoznati već na ranom uzrastu, pitanje formalnog imenovanja otvara sasvim drugačiji prostor nesigurnosti. Izazov pouzdane procene ne konstruiše se kao lični nedostatak kliničara, propust u znanju ili veštini, već se razume kao inherentno obeležje same prirode poremećaja ličnosti u ovom razvojnem periodu. Između prepoznavanja fenomena i njegove formalne dijagnostičke potvrde

postoji jaz koji nije neutralan – naprotiv, u njemu se odvijaju aktivni procesi konstruisanja strategija i kompromisa koji oblikuju način na koji se dijagnoza i njena pouzdanost osmišljavaju. Neizvesnost se u narativima učesnika konstituiše kroz više međusobno povezanih izvora.

Centralno mesto u konstrukciji nesigurnosti zauzima adolescencija kao razvojni period koji sam po sebi unosi šum u kliničku procenu. Burnost, intenzitet i nestabilnost koji karakterišu ovu fazu otežavaju razgraničenje između onoga što pripada normativnoj krizi i onoga što ukazuje na patologiju ličnosti. Dragan ovaj izazov elaborira oslanjajući se na profesionalna i lična iskustva, ukazujući da čak ni instrumenti ne predstavljaju izvor sigurnosti:

Uvek sam rezervisan zbog adolescentne krize i generalno adolescencije kao ekstra-turbo dinamičnog procesa. [...] Kod adolescenata, i svojih, i ovako, ne znam da li može adolescent kao zrela osoba da postoji, da nema to sve ili ništa, uvek-nikad razmišljanje, dismorfofobične ideje, koji nije izgubio kontrolu sa alkoholom? I šta se dešava – iskustvo po upitnicima te odmah gura u to. Instrumenti su prestrogi, lako daju profil koji izgleda kao da je u pitanju poremećaj ličnosti ili maladaptivni obrasci, a mogu da budu odraz adolescentne krize ili razvoja.

No teškoća procene nije samo posledica intenziteta adolescentnog perioda, već ona seže i u samu prirodu kliničke slike na ovom uzrastu. Ono što bi kod odraslog pacijenta bilo nedvosmislen klinički znak, kod adolescenta ostaje nedovoljno jasno i kristalisano da bi moglo biti jednoznačno interpretirano:

Dosta je to drugačije kod dece, adolescenata, nego kod odraslih. Tamo su već nekako simptomi jasniji. Kad je čuo glas – to stvarno bude glas. Ako vam kaže adolescent, ne znam: "Prividala mi se neka žena u belo haljini", ili tako nešto. To će opet neko da kaže: 'E, kao perceptivna obmana,' ali to nije, to u tom uzrastu bude prosto deo nekog njihovog... (Milena)

Uz to, neizvesnost se gradi i kroz temporalnu dimenziju razvoja. Proces se razume kao nedovršen, što svaku procenu po definiciji čini preliminarom:

Nisu još prođena sva formativna iskustva, pa i faze razvoja. Nije još proces završen da bismo mogli da kažemo, možemo da kažemo da liči na to, ali dok se ne završi proces u suštini ne možemo da kažemo da jeste. Tako da je to zbog same prirode razvoja dinamično, promenljivo u svakom trenutku. (Nenad)

Drugi važan izvor neizvesnosti predstavlja teškoća razgraničenja između situaciono uslovljenih obrazaca ponašanja i stabilnih karakteristika ličnosti. Za neke učesnike, ova teškoća nije samo dijagnostička, već dovodi u pitanje samu kategoriju poremećaja ličnosti na ovom uzrastu. Sredina i okolnosti u kojima mlada osoba odrasta ne konstruišu se kao pozadinski faktor, oni se razumeju kao konstitutivan element fenomena koji se procenjuje:

***Okolnosti** životne, porodične, **svakog** mogu da **destabilizuju**, da ispoljava fenomene na način koji nije svojstven njemu. [...] **Pravog poremećaja ima mnogo manje** nego što se uočava klinički, takav je pritisak, **izloženi su svemu i svačemu da se adaptiraju**. (Sreten)*

Dragan tu ideju radikalizuje, postavljaajući pitanje koje otkriva da dijagnoza bez konteksta gubi smisao:

*Definitivno uvek razmišljam o kontekstu u kojima žive, **kako u faveli da ne bude poremećaja ličnosti!** [...] Npr. možda je granično funkcionisanje jer je u **užasnom kontekstu**, školskom, porodičnom – možda bi to palo ako bi dobio strukturu, manje stresa...*

Dakle, nepouzdanost procene se dodatno utemeljuje u razumevanju da poremećaj ličnosti nije objektivna karakteristika koja postoji nezavisno od sredine na koju se pojedinac prilagođava, što dilemu čini konceptualnom, a ne samo praktičnom.

Pored toga, nesigurnost se dodatno uspostavlja u susretu sa zvaničnim klasifikacionim sistemima. Umesto da funkcionišu kao oslonac dijagnostičkog određenja, oni često generišu dodatnu konfuziju. Neki učesnici tokom intervjuja otvoreno iskazuju zbunjenost oko toga šta MKB-10 zapravo kaže o mogućnosti postavljanja dijagnoze pre 18. godine, tražeći potvrdu:

*Naši **kriterijumi**, bar oni poslednji koje sam ja čitao, to **ne dozvoljavaju**. Mada, koliko znam u stvari čak i ICD-10 **ne kaže eksplicitno da ne možeš pre 18 da dijagnostikuješ, je l' tako?** (Miodrag)*

Ova zbunjenost pokazuje da formalni okviri, koji bi trebalo da usmere praksu, ne obezbeđuju jasne smernice, zbog čega se neizvesnost ne doživljava samo kao lična dilema kliničara, već i kao proizvod načina na koji su sistemske smernice formulisane i interpretirane. U takvom kontekstu, pozicioniranje kliničara prema dijagnostičkim kriterijumima pokazuje se kao promenljivo i situaciono. Posebno ilustrativan primer ovakvog kretanja unutar iste dileme pruža Milena, čiji se

odnos prema kriterijumima menja gotovo u realnom vremenu tokom intervjua – kriterijumi se istovremeno prizivaju kao osnov za postavljanje dijagnoze i kao opravdanje za njeno odlaganje:

*Nisam razmišljala u tom pravcu, jer mi se **ipak svi držimo tih dijagnostičkih kriterijuma**. [...] Nema, da, **nema jasno ograničenje, što znači da mi kao možemo onda da postavimo. Od 16. bih primenjivala** kad bih se pitala, možda bih od tog uzrasta.*

Ambivalentnost ne predstavlja nedoslednost koju treba razrešiti, već reflektuje način na koji se kliničari kreću unutar prostora u kome su i sam fenomen i alati za njegovo razumevanje nedovoljno određeni. Ograničenja klasifikacionih sistema ne odnose se samo na njihovu nejasnoću, već i na njihovu nedovoljnu razvojnu prilagođenost. U tom smislu, kriterijumi koncipirani za odraslu populaciju ne uspevaju uvek da obuhvate način na koji se isti fenomeni ispoljavaju u detinjstvu i adolescenciji:

*Isti su vam dijagnostički kriterijumi kao za odrasle, al' sad ne možete baš uvek... **nema dijagnostičkih kriterijuma, a mi znamo da često ta ljutnja, iritabilnost kod dece nam je znak depresivnosti [...] al' ga nemate u kriterijumima.***

Napetost između sistema i kliničke realnosti dodatno se zaoštrava kada učesnici klasifikacione sisteme opisuju kao „veštačku tvorevinu”, konstrukte koji prisiljavaju na svrstavanje pacijenata u kategorije koje ne odgovaraju kliničkoj slici, a istovremeno isključuju pristupe koji bi tu složenost bolje zahvatili:

*Zašto **nema dimenzionog** je još luđe! Jer je **komplikovano** za praksu (širi oči, zastaje)... struka koja bi trebalo da bude super utemeljena u nauci prihvata da se **drži sistema zarad tradicije i lakoće u odnosu na ono što je realnost fenomena.** (Miodrag)*

Neizvesnost se tako ne javlja kao trenutak neznanja, već kao trajno stanje koje proizilazi iz istovremenog suočavanja sa razvojnim, konceptualnim i sistemski uslovljenim ograničenjima kliničke procene.

U takvom prostoru, kliničari razvijaju različite načine pozicioniranja prema neizvesnosti. U pojedinim situacijama, kada je patologija ličnosti adolescenta izražena i sveprožimajuća, neizvesnost se spontano razrešava jasnoćom kliničke slike koja ne ostavlja prostor za alternativna tumačenja.

*Sa 18 vrišteći ekstrem je jasan, ali to je **minoran broj** adolescenata. (Dragan)*

*Nekako način kako ja razmišljam o celoj toj dijagnostici je ono što kaže: '**If it looks like a duck, walks like a duck, and quacks like a duck...**' znaš, onda je to-to. (Nenad)*

Ovakva uverenost, međutim, ostaje rezervisana za ekstremne slučajeve, dok se najveći deo kliničkog rada odvija u prostoru u kome takva izvesnost nije dostupna. Tu gde sigurnost izostaje, prepoznavanje se ne ukida, već se transformiše u implicitni, iskustveni oblik razumevanja izgrađen kroz godine prakse, koji prevazilazi ono što formalni kriterijumi mogu da obuhvate. Neizvesnost se tako ne doživljava kao statično stanje, već kao fluidan fenomen koji varira u skladu sa izraženošću kliničke slike. Intuitivno prepoznavanje Ljubica formuliše kao pitanje ekspertize:

*Mogu da budu korisni neki testovi, ali **suštinski vidite**. Ja to ne koristim, **prosto znam**. **Obično ne pogrešnim** nažalost. [...] Za ljude koji se bave adolescencijom je **vrlo lako** razdvojiti ove probleme od uobičajene adolescentne krize.*

Na sličan način, Dragan to znanje opisuje kroz telesnu metaforu, ukazujući da klinička procena koja se oslanja isključivo na zvanične kriterijume neminovno gubi nešto suštinsko:

*Imam **doživljaj** [...] Mislim da bi bilo zajebano gledajući kriterijume, ako se ne bih oslanjao na **stomak**. (Dragan)*

Reč je o znanju koje se prepoznaje u praksi, ali se ne izvodi iz priručnika, ne može se lako artikulirati niti svesti na pravila. Upravo tamo gde formalni okviri zakazuju i nesigurnost postaje najveća, iskustvo gradi svoju sopstvenu vrstu izvesnosti, koja je telesna i neizreciva. Ovo iskustvo naj slikovitije opisuje Miodrag, koji poremećaj ličnosti vidi kao fenomen koji je toliko neuhvatljiv da se u unutrašnjem svetu kliničara organizuje, kao, kako kaže, „spontani pojam”.

*Svi mi umemo da budemo crno-beli, ali **gde je ta razlika...**? [...] Imam neki **osećaj**, što bi rekla moja mentorka: "**Ako gledaš godinama šljive i banane, ne moraš ništa da znaš – znaćeš, ovo je šljiva, ovo je banana.**" (Miodrag)*

Na taj način, i sama diferencijacija patološkog stanja od zdrave ličnosti postaje zamagljena bez obzira na uzrast, te kliničaru ne preostaje drugi izbor nego da se osloni na sopstveni osećaj, koji se ne može prevesti u registar dijagnostičke operacionalizacije. U tom smislu, procena patologije

ličnosti nije samo pitanje znanja o fenomenu, već, možda u mnogo značajnijoj meri, znanja zasnovanog na relacionoj proceni koja omogućava da se omeđe srodni psihopatoloških fenomena.

Tamo gde ni jasnoća kliničke slike ni iskustveno znanje ne pružaju dovoljno oslonca, kliničari se okreću čekanju i longitudinalnom praćenju kao putu ka dijagnostičkoj izvesnosti:

*Da ne bude to: 'E, sad je to tako,' nego baš zato to jedno **praćenje nam nekako najjasnije da informaciju.** (Milena)*

*Smatram da treba ostaviti vremena – da to bude **učvršćeno i jasno.** (Sreten)*

Odlaganje dijagnoze se na taj način ne osmišljava kao izbegavanje imenovanja onoga što se vidi, već kao odgovorno kliničko ponašanje koje čuva od nozološke greške. Neizvesnost se pri tome ne razrešava, već se izmešta i privremeno stavlja u stranu, dok klinička slika ne postane dovoljno jasna da govori sama za sebe. Drugim rečima, na dijagnozu se čeka sve do trenutka dok nije moguće garantovati potpunu prediktivnu izvesnost, što se u adolescenciji tumači kao nedostižno.

Treba sa sigurnošću da možeš da kažeš – da, biće. [...] nema 100% ili 90%. Naravno sa 40-50 bude sve jasno, to su ljudi koji su ustoličeni u poremećaju. Ovde je sve na skali 40-60% da bude trajna, tako da ne bih dijagnostikovao pre 30. kad treba da imaju stabilan posao, porodicu, stabilnije prijateljske odnose.

Za druge učesnike, neizvesnost se ne premošćuje čekanjem, već konceptualnim razrešavanjem dileme kroz dimenzionalni pristup, koji pitanje dijagnoze premešta sa binarne odluke na procenu stepena funkcionalnosti ličnosti. Miodrag tako dijagnozi pristupa „kontinualno”, što mu omogućava da procenu poremećaja ličnosti pravi i na ranijem uzrastu. Dakle, pitanje nije da li poremećaj ličnosti postoji na adolescentnom uzrastu, nego u kojoj meri je patologija izražena, čime se sama logika dijagnostičkog pitanja menja. Na sličan način, Dimitrije dimenzionalni pristup koristi da razreši prividnu nesigurnost koja proističe iz varijabilnosti u načinu ispoljavanja poremećaja:

*Neko može da ima tu dijagnozu sada, a da za 10-15 godina ne odgovara kriterijumima za tu dijagnozu i bolje funkcioniše. Ali opet **neće funkcionisati kao neki neurotični čovek, opet će biti negde na tom kontinuumu od psihotičnog ka normalnom i neurotičnom, opet će biti negde ispod normalnog, neurotičnog. [...] fluidnost poremećaja ličnosti u smislu da je to strukturalni problem, a da manifestacija može da bude danas ovakva, a u nekom kontekstu i u nekim okolnostima kod iste osobe daleko drugačije.***

Na taj način, nesigurnost se ne premošćuje čekanjem ili akumulacijom dokaza; ona se ovde razrešava konceptualnim zaokretom, što učesnicima pruža visok stepen sigurnosti u uverenje da je dijagnozu, sagledanu na taj način, moguće postaviti.

Zanimljivo je da upravo oni učesnici koji su najkomfortniji sa neizvesnošću kao neodvojivim delom sopstvene profesionalne uloge istovremeno najsnažnije zagovaraju postavljanje dijagnoze. Kao da prihvatanje nesigurnosti, umesto da paralise, oslobađa prostor za potencijalno delovanje. Oni koji traže apsolutnu izvesnost kao uslov postavljanja dijagnoze kreću se u krugu u kojem izvesnost nije dostižna, pa samim tim teže da pitanje dijagnoze odlože. Tolerancija neizvesnosti se tako konstruiše ne samo kao epistemička pozicija, već kao klinička kompetenca koja usmerava ka akciji tamo gde znati sa apsolutnom sigurnošću nije moguće.

Neizvesnost koja prožima pitanje dijagnostikovanja poremećaja ličnosti pre odraslog doba nije monolitna – ona se razlikuje po izvoru i stepenu izraženosti, a kliničari pronalaze različite strategije da se sa njom nose: oslanjanjem na jasnoću kliničke slike i intuitivno iskustveno znanje, distanciranjem od dileme kroz čekanje, konceptualnim razrešavanjem pitanja dijagnoze dimenzionalnim pristupom procene ili prihvatanjem neizvesnosti kao neodvojivog dela profesionalne uloge. Neizvesnost se tako ne pojavljuje kao prepreka koju je moguće eliminisati, već kao konstitutivni uslov kliničkog rada, unutar kojeg se pouzdanost dijagnostičke procene uvek iznova pregovara.

2. Pregovaranje sa posledicama imenovanja: između koristi i štete

Dok se prethodna tema bavila pitanjem dijagnostičke izvesnosti, odnosno koliko pouzdano kliničar može da imenuje i kako se prema inherentnoj neizvesnosti odnosi, ova tema pomera fokus na drugačiju dilemu: čak i kada kliničar zna, da li treba da kaže? Dijagnoza poremećaja ličnosti pre odraslog doba ne osmišljava se samo kao klinička kategorija, već kao intervencija sa potencijalnim posledicama po adolescenta. U tom smislu, postavljanje dijagnoze poprima etički karakter – ono postaje pitanje odgovornosti prema osobi čiji razvojni put tek počinje. Ono što je karakteristično za način na koji učesnici osmišljavaju ovo pitanje jeste da nijedno pozicioniranje nije statično. Argumenti za i protiv dijagnoze drže se simultano, pri čemu se naglasak menja u zavisnosti od ugla posmatranja. Dijagnoza se ne konstruiše kao jednoznačno dobra ili loša, već

kao uslovna – „korisna ako...” i „štetna ako...”, što upućuje na uvek prisutnu ambivalenciju ove odluke.

Korisnost dijagnoze učesnici najčešće formulišu kroz njenu funkciju usmeravanja tretmana. Na najkonkretnijem nivou, dijagnoza menja farmakoterapijski pristup, a njen izostanak može imati ozbiljne posledice po fizičko zdravlje. U tom smislu, dijagnoza se konstruiše kao način zaštite pacijenta od štetnih efekata neadekvatnog lečenja.

*Oni često dobijaju **veće doze** antipsihotika nego što je potrebno, piju ih **duže**, dobijaju **metabolički sindrom**. Znači, ako znamo da je to poremećaj ličnosti, mi jednostavno tačno znamo koje lekove dajemo. [...] **Greota je da se, mislim, ne počne odmah sa nekim radom.** (Petar)*

Dijagnoza se dominantno razume kao smernica koja nedvosmisleno upućuje na pomeranje fokusa na psihoterapijske intervencije. Ona je orijentir koji menja način rada.

*[...] onda se više stavi **akcenat na neki drugi pristup lečenja**, znači možda **manje** da se baziramo na neku **medikamentoznu terapiju**, možda više nekih psihoterapijskih pristupa, možda uključivanje porodice. (Milena)*

U tom smislu, pravovremeno imenovanje se razume kao moralno opravdano, dok se nepostavljanje dijagnoze konstruiše kao etički problematično. Izostanak dijagnostičkog određivanja kliničara nosio bi rizik od uskraćivanja indikovanog tretmana, koji bi bio usmeren ka osnovnoj patologiji podležuće strukture ličnosti, umesto da tretira samo manifestne simptome.

*Tako bismo **usmerili intervencije** tamo gde treba [...] Ako mi za neki problem na adolescentnom periodu kažemo da nije to ništa, **minimizujemo karakteristikama uzrasta, relativizujemo – promašićemo, baviti se nekim površnim možda aspektima...** Upravo onda nećemo prići sa tom strategijom da nam **treba tretman koji ide na dugoročnu stabilizaciju identiteta, odnosa i ostalo.** (Nenad)*

Međutim, u iskazima učesnika koji ovu dimenziju detaljnije razrađuju, postaje jasno da se takva korist ne doživljava kao apsolutna, već suštinski zavisi od sistemskog konteksta u kojem se dijagnostička odluka donosi. U skladu sa tim, dijagnoza se kao put ka adekvatnom tretmanu u narativima učesnika pojavljuje kao poželjna, ali najčešće hipotetička, jer nužno ostaje ograničena realnim kapacitetima sistema. Ovo posebno dolazi do izražaja u iskazima učesnika koji prepoznaju ograničene terapijske kapacitete ustanova u kojima rade, gde bi dijagnoza, čak i kada bi bila

postavljena, ostala bez adekvatnog odgovora. Tamara ovu situaciju opisuje sa vidljivom nelagodom, preispitujući smisao sopstvenog rada:

*Nažalost, **nema tu prostora**. Mislim, ok, nekad imamo te grupe, ali nisu na tom nivou, da su terapijske. [...] Mislim, ali eto, to sad što se sluti (dijagnoza), ali nekako se ništa ne radi. Meni je **upitno šta mi radimo na psihijatriji**, sem što tako ih tu **pokrpimo**. Ali nemaju oni nekako tu šansu da nešto nadograde, za nešto više... **Ako rano dijagnostikujemo, onda nešto tu može, čini mi se, ali nemam utisak da se to baš radi**. (Tamara)*

Tamarino pozicioniranje otkriva specifičnu vrstu bespomoćnosti – ona jasno prepoznaje problem, ali ne pronalazi prostor za delovanje unutar datog okvira. U tom smislu, upravo se ovde pokazuje ograničenost koristi dijagnoze: bez mogućnosti da ponudimo nešto svrsishodno adolescentu, dijagnoza gubi svoju funkciju kao put ka intervenciji i ostaje bez operativne vrednosti. Kliničar se tako nalazi u procepu između onoga što prepoznaje kao potrebno i onoga što sistem omogućava, čime se etička dilema dodatno produbljuje. Na sličan način, Dragan nedostatak kapaciteta sistema doživljava kao prepreku koja direktno utiče na dijagnostičku odluku:

*Dilema mi je da li bi trebalo vrišteće dijagnostikovati odmah, da se sklanjaju iz nepovoljnih uslova, da se obraća pažnja šta sa njima. **Trebalo bi ga odmah hvatati, nemamo taj kapacitet...** (Dragan)*

Nedostatak resursa se ovde ne koristi kao opravdanje za nepostavljanje dijagnoze, već kao realna prepreka koja dijagnostičku odluku čini složenijom. U tom smislu, dijagnoza se više ne doživljava kao sredstvo pomoći i, na taj način, postaje izvor profesionalne i etičke nelagode. Ova dilema dodatno se zaoštrava u kontekstu nejednake dostupnosti resursa unutar samog sistema, koju Petar eksplicitno problematizuje:

*I čemu dijagnoza služi nekom ko radi u, ne znam ni ja, **u Paraćinu** i nema ni adolescentno odeljenje, ni ništa? **Šta da ponudi? Šta da ponudi?** (Petar)*

Petar svoje zalaganje za postavljanje dijagnoze pozicionira iz svesti o sopstvenoj privilegovanosti, prepoznajući da mu institucionalni kontekst omogućava da na dijagnozu odgovori nekim vidom tretmana, čime ona dobija praktičan smisao koji bi u drugačijim uslovima izostao. Korisnost dijagnoze se tako ne određuje isključivo potrebama pacijenta, već kapacitetima sistema da na nju odgovori, koji variraju u zavisnosti od geografskog i institucionalnog konteksta. Na taj način,

sistem ne samo da ograničava mogućnosti delovanja, već ih i neravnomerno raspodeljuje, ostavljajući kliničare bez alata, a adolescente bez realne šanse da iz dijagnoze proistekne konkretna promena.

Pored funkcije usmeravanja tretmana, učesnici prepoznaju i drugačiju vrstu koristi dijagnoze, koja se odnosi na njen potencijal da pruži adolescentu razumevanje sopstvenih teškoća i validaciju iskustva. U tom smislu, dijagnoza ne funkcioniše samo kao klinička oznaka, već kao okvir koji omogućava da se unutrašnje stanje prevede u razumljiv i prepoznatljiv oblik. Ona može umanjiti osećaj konfuzije i lične krivice, pružajući objašnjenje za doživljaje koji su prethodno bili nejasni i haotični.

*[...] tako **manje pate i bolje razumeju sebe jer znaju šta im je.** Ovako se ubijaju u smislu zašto se tako osećam, šta mi je, nije im je jasno šta se s njima dešava, ovako im je **lakše.***
(Ljubica)

Dijagnoza se, u tom smislu, konstruiše kao sredstvo validacije iskustva.

*[...] nekako se onda i za to, kako da kažem... nekako mi se čini da je to neka, ne znam, neka **potvrda koja njima nešto tako znači.*** (Sara)

Istovremeno, ova vrsta koristi ne doživljava se kao jednoznačna. Naime, postoji rizik da se dijagnoza ne zadrži samo na nivou razumevanja sopstvenih teškoća, već da postane deo načina na koji adolescent doživljava sebe, oblikujući identitet kroz prizmu patologije.

*U adolescenciji to je pitanje jednog **samoodređenja.** [...] krenu **o sebi** da razmišljaju **kao da su oštećeni nepopravljivo.*** (Nenad)

*Kad kažemo poremećaj ličnosti, svi misle da granični i to bude **etiketa** – klinici bi se **poistovetili** sa tim i poslužilo bi kao neko **opravdanje**, takav sam i to je to! (uzdiše, mršti se) Kad pročitaš granični, to **nema izlaza...*** (Dragan)

Ovaj proces se, međutim, ne odvija izolovano. Dijagnoza istovremeno funkcioniše i kao oznaka kroz koju drugi, pre svega stručnjaci unutar sistema, posmatraju adolescenta. U tom kontekstu, postoji rizik da ona oblikuje očekivanja o trajnosti i nepromenljivosti teškoća, pri čemu adolescent može biti percipiran kao „težak” ili „nepopravljiv”. U tom smislu, učesnici opisuju stigmatizujuće obrasce unutar sistema koji se manifestuju kao svojevrsno „otpisivanje” mladih kod kojih se

uočava izražena patologija ličnosti:

*Uglavnom kada se kaže poremećaj ličnosti **većina ljudi će da se... stručnjaci u praksi će da imaju jedan otklon ka tome**, kao neki relativno trajan obrazac karaktera i onda će da dignu ruke. (Nenad)*

*Nekad imam utisak kad komuniciram sa psihijatrijom, ja im kažem da je poremećaj ličnosti – ah, dobro, kao, ništa posebno. E sad, možda i to ide iz toga, **aha, dobro, tu ništa ne možemo posebno.** (Tamara)*

Na taj način, dijagnoza ne funkcioniše samo kao opis problema, već kao signal koji može zatvoriti prostor za promenu, oblikujući očekivanja o ograničenim mogućnostima transformacije i smanjujući spremnost sistema da u adolescenta ulaže resurse. U tom smislu, sam naziv dijagnoze funkcioniše kao deo tog signala, budući da implicira trajne i suštinske karakteristike ličnosti.

*Reći poremećaj ličnosti bi u praktičnom smislu bilo loše, zato što bi im dali neku **negativnu oznaku**, neku vrstu **stigme**. '**Poremećena ličnost**' kolokvijalno ima neko značenje, nije kao depresivan, anksiozan, traumatizovan, nije čak ni kao za nekog kad se kaže: "Neko je lud", nego je patologija karaktera, **tvoja ličnost je bolesna...** (Sreten)*

Na taj način, sam termin postaje centralni nosilac stigmatizujućeg potencijala, koji se doživljava kao toliko opterećen značenjem da samo imenovanje postaje problematično. Nasuprot tome, iz iste tačke moguće je zauzeti i potpuno drugačiju poziciju. Iako prepoznaje problematičnost samog naziva, Petar ga ne vidi kao prepreku za dijagnozu, već kao polazište za način na koji će je predstaviti adolescentu:

*Uh, možda je ružan naziv, **ja im i kažem: "Možda je ružan naziv."***

Na taj način, štetnost samog naziva dijagnoze ne proizilazi samo iz njegovog značenja, već se oblikuje kroz način na koji ga kliničar doživljava i koristi u radu.

U celini posmatrano, dijagnoza se ne konstruiše kao neutralna oznaka adolescentovih poteškoća, već kao intervencija čije značenje i efekti uvek zavise od konteksta u kojem se primenjuje. Njena potencijalna korist u usmeravanju tretmana i razumevanju sopstvenih iskustava ostaje uslovljena kapacitetima sistema, dok istovremeno nosi rizik stigmatizacije i oblikovanja

identiteta mlade osobe kroz prizmu patologije. U tom procesu, kliničar se ne pojavljuje nužno kao posrednik, već to postaje u meri u kojoj preuzima aktivnu ulogu u oblikovanju značenja koje dijagnoza dobija.

3. Pregovaranje sa neizrecivim: između imenovanog i prećutanog

Kao što je u uvodnom delu o zajedničkom polazištu kliničara prikazano, učesnici veruju da je poremećaj ličnosti moguće prepoznati i pre 18. godine. Međutim, za razliku od prethodnih tema, dilema se ovde pomera sa pitanja znanja i koristi dijagnoze na pitanje izricanja: čak i kada kliničar zna, da li sme da kaže? U tom smislu, unutar već opisanog institucionalnog konteksta, pitanje dijagnoze dodatno se usložnjava kroz prećutnu zabranu njenog eksplicitnog imenovanja.

Učesnici na nivou sistema prepoznaju nepisano pravilo, „konvenciju” upotrebe alternativne dijagnoze F92.8, koja funkcioniše kao implicitno znanje unutar stručne zajednice:

Mislim, mi imamo onu dijagnozu F92.8, čuvena dijagnoza koja je kao mala šifra, tajna za granični poremećaj ličnosti. Tako da mislim da ono i kad vidiš nekako to, uglavnom znaš na šta je neko mislio. (Sara)

Upotreba alternativne dijagnoze tako ne označava odsustvo prepoznavanja poremećaja, već način da se njegovo prisustvo signalizira bez eksplicitnog imenovanja. Dijagnoza se, na taj način, premešta u domen onoga što je prisutno, ali ostaje neizrečeno.

S obzirom na normu neeksplicitnog imenovanja, učesnici pronalaze različite načine da preciziraju i artikulišu teškoće adolescenata, ne izlazeći pri tome iz okvira koji sistem nameće. U te svrhe služe se deskriptivnim formulacijama: *strukturiše se u pravcu poremećaja ličnosti* (Milena, Tamara, Sara, Nenad, Dimitrije), *granična organizacija / granični nivo funkcionisanja ličnosti* (Dimitrije, Miodrag), *difuzija identiteta* (Nenad), *maladaptivni obrasci* (Dragan), *poteškoće u interpersonalnim relacijama i snalaženju* (Ljubica). Na poremećaj ličnosti se tako referiše u okviru nalaza kliničara, ali u transformisanom i ublaženom obliku, čime se održava praksa izbegavanja formalnog postavljanja dijagnoze. Zavet ćutanja se na taj način ne prekida, već se kontinuirano pregovara kroz jezik koji zna, ali ne sme da kaže.

Istovremeno, izostanak formalnog imenovanja ne znači da dijagnoza nestaje iz diskursa. Naprotiv, njeno izricanje diferencira se u zavisnosti od konteksta u kojem se odvija. Dok se u formalnom okviru ublažava ili premešta u alternativne kategorije, u neformalnoj komunikaciji među kolegama najčešće se pojavljuje u skraćenom obliku „PL”, koji funkcioniše kao prepoznatljiva i rutinska oznaka:

*Kažemo, naravno, da je **PL**.*

Ili kroz druge etikete:

*Najčešće se to svodi na to da je neko **border** ili da je neko **psihopata**, bukvalno to su dve ključne odrednice.*

Ovi termini, nekada shvaćeni kao praktične skraćenice u komunikaciji, istovremeno nose pežorativne konotacije, svodeći kompleksnost kliničkog razumevanja na ograničen broj oznaka kroz koje se adolescent redukuje na problem kao dominantnu odrednicu identiteta. U pojedinim slučajevima, ovakav način govora dodatno se intenzivira i poprima izrazito pežorativan oblik:

PL-čina

PL-300

bezgranični

Prikazani izrazi ne funkcionišu samo kao praktične skraćenice u komunikaciji, već kao diskriminativne prakse etiketiranja koje kompleksnost kliničkog razumevanja svode na ograničen broj kategorija, kroz koje se adolescent redukuje na problem kao dominantnu odrednicu identiteta. U tom smislu, čini se da poremećaj ličnosti kao termin nije u potpunosti isključen iz upotrebe u radu sa adolescentima, već da je njegovo korišćenje ograničeno na neformalni diskurs. Dok se u formalnom kontekstu izbegava, u komunikaciji među kolegama on se slobodno i redovno koristi kao oznaka, kao deo uobičajene prakse. Ova diskrepanca ukazuje na to da se termin koristi selektivno – ne kao formalna dijagnostička kategorija, već kao oznaka koja može biti povezana sa načinom na koji se pacijent doživljava, o čemu će biti reči u narednoj temi.

Kritički odnos prema obrascima neizricanja dijagnoze najeksplicitnije artikulišu psiholozi:

*Nešto mi je **nejasna** i **sveobuhvatna**, svašta nešto psihijatri tu stave – i kad je stvarno poremećaj ponašanja, i kada je priča više o strukturi ličnosti. (Tamara)*

*Mislim da **vrlo površno** to zahvata, samo opisuje. [...] konstruisan neki entitet dijagnostički, a da **uopšte ne hvata suštinu**. (Miodrag)*

*Ja to zovem **kanta za dubre**, F92.8 – preširoko, tu ide sve. (Dragan)*

*Neke dijagnoze se **previše daju umesto** (naglašava) poremećaja ličnosti, samo **zato što neko nema 18 godina**. [...] Kolege nalaze razne alternative, ali to nisu dobre alternative, **ne mislim da postoji adekvatna alternativa**. (Dimitrije)*

Međutim, oštra konceptualna kritika ne prevodi se nužno u drugačiju poziciju unutar sistema. Psiholozi nisu ti koji formalnu dijagnozu postavljaju, budući da ta odgovornost pripada psihijatrima, te kritika norme ostaje strukturalno ograničena: moguće ju je artikulirati, ali ne i direktno osporiti kroz vlastitu praksu. U tom smislu, njihova pozicija omogućava izvesnu fleksibilnost u načinu na koji se o poremećaju ličnosti izveštava – kroz deskriptivne formulacije koje preciziraju teškoće, ali ne zahtevaju formalno svrstavanje u dijagnostičku kategoriju. Za razliku od toga, psihijatri su u obavezi da se na nivou dijagnoze odrede dihotomno, kroz kategoriju ima/nema, čime se prostor za ovakvo nijansiranje značajno sužava. Na taj način, razlike u profesionalnim ulogama mogu oblikovati i razlike u jeziku kojim se o poremećaju govori. Uverenje o neprihvatljivosti institucionalne prakse tako koegzistira sa konformiranjem, jer sistem koji se kritikuje istovremeno određuje granice unutar kojih je delovanje moguće.

Psihijatri koji problematizuju tretiranje dijagnoze kao tabua prepoznaju i da se pacijentima povremeno dodeljuju dijagnoze Ose I u skladu sa manifestnim simptomima, što doživljavaju kao zanemarivanje dublje strukture ličnosti kao srži problema:

***Sve druge dijagnoze mislim da lako postavimo i konkretno ih i jasno i napišemo: depresija, psihoza, OKP, ADHD, i tako dalje. Ajde, možda za shizofreniju, možda bi tu čekali i tako, mada smo i to, znači, postavljali. To je retko da je vidimo u tako ranom uzrastu, dešava se i postavljali smo te dijagnoze, ali ovde ne. Ovo je kao neki tabu.** (Sara)*

Sarin iskaz je interpretativno posebno značajan – ona ne opisuje praksu spolja, kao posmatrač, već iznutra, kao učesnica koja prepoznaje sopstveni doprinos njenom održavanju. Neizricanje nije samo ono što drugi rade, već je obrazac u koji je i sama uvučena. U tom smislu, kritički odnos prema ovoj praksi koegzistira sa konformiranjem, jer sistem koji se problematizuje istovremeno određuje granice unutar kojih je delovanje moguće. Svest o tome postaje vidljiva u trenutku kada

opisuje jedinu situaciju u kojoj je formalno imenovala dijagnozu, i to u zagradi, polusakriveno:

*U stvari više postoji možda kao neki **strah od naše zajednice profesionalaca**, jer po smernicama i svemu mi bi mogli to da radimo. Ali **ko će da bude taj ko će da istupi i to krene da radi**. Ja sam imala tu jednu pacijentkinju [...] vrlo nekako i rizična i nepredvidiva. I ja sam, eto, njoj **jednom** u nekoj svojoj odluci stavila. Znači, tu je F92.8 i **u zagradi sam stavila F60.3**, a i to sam razmišljala kao **ako neko bude video** taj moj izveštaj, ne znam da li iz ove ustanove ili dalje, da ću **ja možda biti zbog toga nekako osuđena**. (Sara)*

‘Dijagnoza u zagradi’ tako postaje metafora tenzije između održavanja norme i otpora, u kojoj kliničar zna, ali ne sme otvoreno da kaže. Zamišljena sankcija profesionalne zajednice funkcioniše kao mehanizam reprodukcije norme, čak i kada je pojedinac svestan njene problematičnosti i spreman da je ospori. Sari ne nedostaje znanje ni volja – nedostaje joj sigurnost da će otpor biti prihvatljiv.

Nasuprot tome, Petar zauzima poziciju koja direktno odstupa od dominantne norme. Postavljanjem formalne dijagnoze počev od 16. godine, on ne samo da kritikuje sistemsku praksu, već je aktivno krši, utemeljujući sopstvenu odluku u kliničkoj logici koja ne traži odobrenje sistema:

*Postavljam dijagnozu. Znači, 60.3 stavljam već od 16. **bez problema**. [...] Ti eto imaš dete koje je, na primer, drugi razred gimnazije, a hospitalizovano je od sedmog razreda dva puta tamo, jednom ovde. Mislim, a nije šizofrenija, šta je onda? Mislim, **što bi sad...?! Hajde da nazovemo stvari pravim imenom**. (Petar)*

„Hajde da nazovemo stvari pravim imenom” ne funkcioniše nužno kao čin otpora, već kao izraz uverenja da dijagnoza koja odgovara kliničkoj slici ne zahteva dodatno opravdanje, čak ni unutar sistema koji je prećutkuje. Ono što kod Sare funkcioniše kao izvor nesigurnosti, kod Petra postaje osnov za delovanje. Ipak, zajednički imenilac ostaje: oboma je važna potvrda da će njihov identitet u istraživanju ostati zaštićen, što govori da pritisak profesionalne sredine nije apstraktan, već konkretan i prisutan čak i u istraživačkom kontekstu.

Dakle, dijagnoza poremećaja ličnosti u adolescenciji ne izostaje iz diskursa, već se njeno imenovanje oblikuje kroz kompleksan skup pravila koja određuju kada, gde i na koji način ona može biti izrečena. Od implicitnog signaliziranja kroz alternativne dijagnoze, preko deskriptivnih formulacija koje omogućavaju preciziranje bez formalnog imenovanja, do kolokvijalnih i

pežorativnih oznaka u neformalnoj komunikaciji, dijagnoza se kontinuirano transformiše kroz različite registre jezika. Razlike među učesnicima ne proizilaze iz toga šta znaju, već iz toga kako se pozicioniraju prema granicama onoga što ne sme da se kaže.

4. Pregovaranje emocionalne zahtevnosti rada: između prisustva i samoočuvanja

Susret sa adolescentima sa poremećajem ličnosti ima snažnu emocionalnu dimenziju koja prožima celokupno kliničko iskustvo. Baš kao što se na jednom nivou razumevanje i postupanje kliničara oblikuje kroz institucionalni kontekst u kojem rade, tako se na drugom nivou ono neizbežno prelama kroz njihovo sopstveno unutrašnje iskustvo. Emocionalne reakcije ne javljaju se kao prateći fenomen rada, već kao njegov sastavni deo – kontekst unutar kojeg se odvijaju klinička procena, donošenje odluka i odnos sa pacijentom. Prisustvo emocionalnih reakcija u susretu sa ovom populacijom postaje vidljivo već u trenutku kada su učesnici pozvani da učestvuju u istraživanju o poremećajima ličnosti. Njihove spontane reakcije otkrivaju raspon od odbojnosti do uzbuđenja: „*O mojim stavovima? Ne volim ih.*”, „*Gde baš to?*”, „*Meni jako uzbudljivo, nedokučivo!*” Ova reaktivnost ukazuje da poremećaj ličnosti nije samo dijagnostička kategorija, već fenomen koji aktivira snažne profesionalne i lične odgovore kliničara pre nego što razgovor uopšte počne.

U tom okviru, centralni doživljaj koji učesnici opisuju jeste duboka i sveobuhvatna težina. Adolescenti sa izraženom patologijom ličnosti dominantno se vide kao izazovni, pri čemu se težina ne konstruiše samo kao intrapersonalna karakteristika pacijenta, već kao kvalitet koji se širi na celokupno okruženje.

Strašno je teško za porodicu, to bude iscrpljujuće za porodične resurse, dovodi do razvoda, konflikata i slično. (Ljubica)

Okolina, nekako imam utisak da najviše pati i strada. (Milena)

Kliničari sebe doživljavaju kao deo ovog neposrednog okruženja, što znači da se težina ne posmatra spolja, već se doživljava kao nešto što ih neposredno pogađa i zahteva angažman. Emocionalne reakcije koje se javljaju u radu osmišljavaju se kao neizbežna i informativna

dimenzija susreta sa osobama sa poremećajem ličnosti, pri čemu se koncept kontratransfera koristi kao okvir za njihovo razumevanje.

*Sa takvim pacijentima **moraš da imaš intenzivna osećanja** kada radiš, i u toku rada, i kasnije ih nosiš. [...] A nekako se kao za baksuz desi da baš njih zaboraviš, da baš njima ne stigne poruka, ne javiš na vreme – **projektivna identifikacija**, šta li je. Jednog klijenta takvog da imaš, **kao pet redovnih!** (Dragan)*

Ovaj doživljaj ne govori samo o kliničaru, već se razume i kao signal koji govori nešto suštinsko o pacijentu:

*To je pacijent koji te **nervira!** To je pacijent koji te **nervira u praksi.** (Miodrag)*

Na taj način, emocionalni doživljaj kliničara se ne negira – on se prepoznaje, imenuje i koristi kao izvor informacija, što istovremeno predstavlja potencijalnu prepreku koja zahteva upravljanje.

***Osećam se drugačije** u radu sa poremećajem ličnosti, da. Stalno se bavim tom pričom, **transfer/kontratransfer**. Češće me **iritiraju ili isprovociraju** neki deo. [...] Kad kontratransfer ne **utiče?** Nekako me drže testovi, u stvari, **da ne budem previše subjektivna.** (Tamara)*

Kada lična osećanja prete da iskrive kliničku sliku, pojedini stručnjaci se okreću strukturisanim alatima procene kao sidru objektivnosti, koje omogućava da se ostane u kontaktu sa pacijentom, a da se istovremeno očuva profesionalna distanca. Uverenje da su intenzivne emocionalne reakcije očekivani deo rada funkcioniše i kao zaštitni okvir, jer omogućava kliničarima da ih ne doživljavaju kao znak slabosti, već kao nešto razumljivo, čime se može upravljati.

Pored osećaja težine i frustracije, u narativima učesnika jasno se izdvaja i strah kao značajan emocionalni sloj koji prožima rad sa ovom populacijom. Strah se ne javlja kao difuzna reakcija, već se konkretno vezuje za nepredvidivost ponašanja pacijenata, narušavanje granica profesionalnog odnosa i, u prvom redu, rizik od suicida.

*Ti momenti gde ti klijenti pokušavaju da vas **uvuku u svoj svet** projekcija, projektivnih identifikacija, raznih momenata koji su tu **opasni** i neko **nesigurno tle**. Biti **obazriv** na to. I ta neka **pripremljenost** na uspone i padove u radu.*

Za razliku od emocionalnih reakcija koje se mogu razumeti i koristiti kao izvor informacija u procesu rada, strah pre svega pokreće potrebu za zaštitom. Kliničari opisuju stalnu pripravnost i potrebu za monitoringom procesa kao način da se ovaj osećaj učini podnošljivim. U nekim slučajevima, ova potreba za zaštitom vodi ka pokušaju da se odgovornost za pacijenta ograniči ili izmesti. Sara ovaj mehanizam prepoznaje i kod sebe, uz istovremenu svest o njegovoj ambivalentnosti:

*Ja mislim da većina, čini mi se, često želi da se oslobodi tih pacijenata iz razloga što su oni rizični i teški. [...] niko ne želi da mu se pacijent ubije ili nešto slično. Tako da nekako većina i mojih pacijenata koji su već **napunili 18 godina, ja sam im rekla da pređu u drugu ustanovu, ne znam da li iz istih ovih razloga kao pa konačno nek idu dalje, da ja više ne brinem o tome – sigurno ima toga.***

Prebacivanje odgovornosti tako se pojavljuje kao jedna od strategija upravljanja strahom, pri čemu se težina susreta ne razrešava, nego se predaje u ruke drugom kliničaru ili instituciji. Slično tome, i izbegavanje postavljanja ili saopštavanja dijagnoze može se razumeti kao način izbegavanja emocionalno zahtevnog razgovora sa pacijentom o njenom značenju:

*Pa zato što se **svi plaše poremećaja ličnosti** i neće da objašavaju tu dijagnozu. Ako ti ja uz depresiju napišem F60 ili, ne znam ja, borderline ili možda antisocijalni, onda **ja imam problem da se objašnjavam. A niko ne voli da se objašnjava sa poremećajem ličnosti.** Tako da mislim da je to zarad **samozaštite.** (Miodrag)*

Nepostavljanje dijagnoze, odnosno izbegavanje njenog saopštavanja pacijentu, konstruiše se tako kao pronalaženje zaklona od straha, izazvanog nepredvidivim i hostilnim reakcijama koje se pripisuju osobama sa poremećajem ličnosti. Na taj način, strategije koje su u prethodnim temama opisane kao deo institucionalnih praksi i kliničkog rasuđivanja ovde dobijaju dodatno značenje kao načini zaštite od emocionalnog opterećenja koje rad sa ovom populacijom nosi. U tom smislu, i pežorativni izrazi iz neformalne komunikacije mogu se posmatrati kao pokušaj da se emocionalna težina ublaži kroz distanciranje. Intenzitet susreta tako se prevodi u oblik koji je podnošljiviji, istovremeno doprinoseći reprodukciji stigmatizujućeg diskursa.

Pored individualnih strategija samozaštite, učesnici prepoznaju i značaj institucionalnog okvira kao ključnog oslonca u nošenju sa zahtevnošću rada. Struktura, pravila i organizacija tretmana ne funkcionišu samo kao tehnički aspekti rada, već kao način stabilizacije nestabilnog odnosa koji istovremeno štiti i pacijenta i stručnjaka:

*Bitna je **otvorenost i struktura**, upakovano na način koji mogu da popiju. Oni svakako ruše, ali mora **stabilnost, čuva i tebe i njega**. [...] **Štiti te institucija** – mislim da je sa njima gotovo nemoguće raditi 1:1. (Dragan)*

Na taj način, institucija ne predstavlja samo kontekst u kojem se rad odvija, već i aktivno obezbeđuje načine da se nosi emocionalno opterećenje, što omogućava kliničarima da ostanu u kontaktu sa pacijentom bez potrebe za potpunim povlačenjem ili preuzimanjem prevelikog rizika. Ipak, i pored postojanja ovakvog okvira, doživljaj sigurnosti nije potpun niti stabilan.

Emocionalna zahtevnost rada ogleda se i kroz doživljaj bespomoćnosti. Ovo iskustvo posebno je intenzivno u susretu sa dubinom disfunkcionalnosti koja je prisutna od najranijeg uzrasta, pri čemu kliničari prepoznaju ograničenja onoga što mogu da pruže.

*Tu mi je nekako **loša prognoza** i nekad se osećam da je **upitna moja uloga ili šta mi to tačno radimo** i negde... I koliko kratko ćemo da radimo, kad će pobeći i otići dalje. (Tamara)*

Na sličan način, Dragan bezizlaznost konstruiše kao razvojni tok koji se ne može zaustaviti, a koji u najtežim slučajevima ne ostavlja mnogo prostora za intervenciju:

*Tačno postoji razvojni put. To je kao **grudva snežna**, krene od nečega i ide, ide... Kad dođe u formiranu veličinu **ne možeš ništa ili jako malo možeš**. (Dragan)*

Doživljaj bespomoćnosti nije samo reakcija na teškog pacijenta. Reč je osećaju koji dovodi u pitanje samu svrhu kliničarevog prisustva i smisao ulaganja u rad koji možda neće dovesti do promene. Upravo iz tog mesta, iz suočavanja sa granicama sopstvene moći, proističe ono što se u narativima svih učesnika pojavljuje kao aktivan odgovor: nada. Čak i Dragan, koji trenutak ranije govori o nemogućnosti promene razvojnog toka, u sledećem momentu ipak ostavlja prostor:

*Deluje da **nema izlaza**, ali **možda i nešto može** da se uradi tad.*

Nada kliničara nije naivni optimizam niti suprotstavljen pol težini, već se gradi upravo iz razumevanja koliko je susret izazovan, koliko je promena neizvesna i nekada teško ostvariva. Nada se tako ne pojavljuje kao spontani osećaj, već kao aktivno zauzimanje pozicije u odnosu na nepoznat ishod. Kod Ljubice, ova dinamika dobija kvalitet tenzije, neke vrste unutrašnjeg konflikta u kojem se istovremeno prepoznaju ograničenja i traže oslonci u kapacitetima pacijenta:

*[...] oslanjam se na njihove zdrave snage. Ono što znam jeste da je **mnogo teže lečenje** bilo kog psihijatrijskog entiteta, **prognoza je loša...** (dugo ćuti) **A opet zavisi, ako su pametni i ako imaju zdrave delove, zdrave snage za koje se uhvate, neka interesovanja, talente, ako postoji podrška porodice, uz psihoterapijski rad mogu mnogo, mogu da imaju kvalitetan život i akademski uspeh.***

Nada se ovde ne pojavljuje kao sigurnost, već kao način da se neumitna neizvesnost drži. U tom smislu, ona ne ostaje na nivou unutrašnje pozicije, već se direktno prevodi u način rada sa adolescentom. Najkonkretniji izraz te nade jeste kontejnment, koji se ne razume kao pasivno trpljenje, već kao aktivan i svestan izbor. Kliničar tako donosi odluku da ostane prisutan u odnosu, da podnese intenzitet pacijentovih projekcija i ne uzmakne pred težinom iskustva koje taj susret nosi.

*On mora malo da prođe neki negativni transfer, malo da se ovde **iživi nad nama**, malo da se **ubija teatralno**, malo... Mi moramo to da jednostavno, mislim, **moramo da pustimo**. Da **kontejniramo**, je l' tako? Njima mora da bude gore da bi im bilo bolje, dabome. Znači, mi **moramo to da izdržimo, ako hoćemo da ih promenimo**. [...] To je **teško da se nosi u stomaku**. Ja mislim da je to, **to zahteva jedno cimanje, to zahteva da se ti potrošiš**. Da držiš pacijenta u glavi i da se potrošiš. Eto, to je to, ništa drugo.*

Za razliku od strategija samozaštite koje težinu izmeštaju ili prenose na drugog, kontejnment predstavlja suprotno pozicioniranje, koje podrazumeva spremnost da se ostane sa ambivalentnošću, oscilacijama i preplavljujućim osećanjima. Kliničar koji podnosi ne traži zaklon od teškog iskustva, već prihvata intenzitet osećanja kao neophodan uslov promene. Emocionalna zahtevnost se ne razrešava, niti se od nje beži – ona se preuzima i nosi kao sastavni deo rada. U tom smislu, kapacitet za tolerisanje ovih iskustava doživljava se kao suština profesionalne uloge, ali i kao cena koju pomagač neminovno plaća kako bi održao odnos.

*U suštini samo se setiš da si ti tu da **obezbediš kontejnment** [...] To je kao **prolaženje kroz turbulenciju, kroz oluju**, da stalno razmišljaš o sebi u tom položaju. E to pomaže da se onda **ne uznemiriš na razni haos** koji znaju da unesu, da ne anticipiraš, nego samo **sve mirno** [...] Samo se setim da treba da **ostanem miran**, da je to **sve okej**.*

Kontejnment se tako ne pojavljuje kao tehnička kompetencija, već kao sposobnost i odluka kliničara da ostane u prostoru koji destabilizuje, utemeljen u uverenju da upravo ta vrsta prisutnosti čini razliku. Na taj način, težina ne postaje samo nešto što je moguće podneti, već i prostor unutar kojeg kliničar aktivno reguliše sopstveni doživljaj, čime se umanjuje preplavljujući efekat osećanja u susretu sa pacijentom.

U celini posmatrano, emocionalna zahtevnost rada sa adolescentima sa poremećajem ličnosti predstavlja konstitutivni uslov kliničkog rada koji oblikuje način na koji kliničari razumeju pacijenta, donose odluke i pozicioniraju sebe u odnosu. Strategije distanciranja, prebacivanja odgovornosti i oslanjanja na institucionalnu strukturu ne ukidaju težinu susreta, već omogućavaju da ona postane podnošljiva, dok kontejnment predstavlja suprotnu, ali komplementarnu poziciju – odluku da se u tom iskustvu ostane. Na taj način, rad sa ovom populacijom ne zasniva se na eliminaciji neizvesnosti i emocionalnog opterećenja, već na sposobnosti da se oni izdrže i integrišu u proces. Upravo u tom prostoru, između težine i nade, konstituiše se specifična profesionalna pozicija kliničara, u kojoj prisutnost u odnosu postaje centralni instrument promene.

DISKUSIJA

Nalazi ove studije ukazuju da se pitanje poremećaja ličnosti u adolescenciji u kliničkoj praksi ne pojavljuje kao jasno definisan dijagnostički zadatak, već kao iskustvo stalnog kretanja unutar prostora neizvesnosti, ambivalencije i ograničenja. U tom prostoru, kliničari nisu suočeni samo sa zadatkom procene, već sa potrebom da zauzmu poziciju u odnosu na fenomen koji istovremeno izmiče pouzdanom uokviravanju, nosi značajne implikacije za adolescenta i odvija se u okviru sistema koji često ne pruža adekvatne mogućnosti za delovanje. Na taj način, dijagnoza se ne pojavljuje kao neutralna kategorija, već kao mesto na kojem se ukrštaju razvojni, relacioni, institucionalni i etički zahtevi, što je u skladu sa pristupima koji ukazuju na njenu kontekstualnu i diskurzivnu prirodu (Koehne, 2010). Nalazi ovog istraživanja tu ideju produbljuju, pokazujući kako se ova kontekstualnost konkretizuje kroz način na koji kliničari žive i nose ove zahteve u svakodnevnoj praksi.

Iskustvo neizvesnosti, koje se u literaturi najčešće opisuje kroz teškoće u razgraničavanju između normativnih razvojnih promena i patoloških obrazaca (Papadopoulos et al., 2022), ovde poprima dublje značenje. Neizvesnost se ne pojavljuje samo kao problem procene, već kao stanje koje prožima čitav klinički odnos, određujući način na koji kliničari misle, osećaju i deluju. Ona zahteva da se istovremeno drže otvorenim različite mogućnosti razumevanja, bez mogućnosti njihovog konačnog razrešenja. U tom smislu, koncept ‘sigurne neizvesnosti’ (Weston, 2016) pomaže u razumevanju ovog procesa. Da bi bio koristan, kliničar mora da toleriše neizvesnost: ako je na mestu sigurnosti, osobu svodi na dijagnozu – sve o njoj već zna, čime se gubi prostor za kreativnost i promenu; ako je na mestu nesigurnosti – pacijent postaje neuhvatljiv i nerazumljiv. Nalazi aktuelnog istraživanja sugerišu da se neizvesnost ne samo toleriše, već aktivno održava kao uslov rada, čime se profesionalna kompetencija pomera od potrebe da se sigurnost postigne ka sposobnosti da se deluje i bez nje. Tolerancija neizvesnosti se tako ne pokazuje kao prepreka dijagnostičkoj odluci, već kao njen preduslov. Ovaj nalaz dobija posebnu težinu u svetlu istraživanja koje pokazuje da, iako većina kliničkih psihologa prihvata teorijsku validnost dijagnoze poremećaja ličnosti u adolescenciji, samo mali deo zapravo postavlja tu dijagnozu u kliničkoj praksi (Laurensen et al., 2013). Raskorak između znanja i delovanja nije dakle pitanje kompetencije, već pitanje pozicioniranja unutar neizvesnosti.

U takvom kontekstu, pitanje dijagnoze dobija posebno složeno značenje. Ona se ne pojavljuje samo kao sredstvo razumevanja ili organizacije tretmana, već kao čin koji istovremeno otvara i zatvara mogućnosti za kliničara i za adolescenta. Ambivalencija koja se u literaturi opisuje kao balans između validacije i stigmatizacije (Papadopoulos et al., 2022) ovde se pokazuje kao stalna unutrašnja napetost u iskustvu kliničara koji pokušava da pomogne, a istovremeno izbegne potencijalnu štetu. Ova napetost dodatno je pojačana ograničenjima sistema, u kome izostanak adekvatnih terapijskih opcija dovodi u pitanje svrhu samog dijagnostičkog imenovanja, čime se kliničari nalaze u poziciji da imenuju ono za šta sistem nema odgovor. Korisnost dijagnoze kao puta ka adekvatnom tretmanu ostaje u velikoj meri hipotetička, jer sistem koji bi trebalo da je isprati često ne može da odgovori, a ta mogućnost, uz to, nije ravnomerno raspodeljena unutar samog sistema.

Paradoksalno, istraživanje sa odraslim osobama sa poremećajem ličnosti pokazuje da je prosečan jaz između pojave simptoma i postavljanja dijagnoze čak 18 godina, i da je velika većina ispitanika smatrala da bi im dijagnoza u adolescenciji bila korisna (Tedesco et al., 2024). Ono što se osmišljava kao zaštita od potencijalne štete može samo po sebi biti izvor dugotrajne štete, u obliku odloženog razumevanja, neadekvatnog lečenja i produžene patnje. Pri tome, iako se nesaopštavanje dijagnoze često razume kao način zaštite, adolescenti aktivno konstruišu razumevanje sopstvenog stanja oslanjajući se na dostupne informacije, čak i kada nisu direktno uključeni u dijagnostički proces (Koehne, 2010). Time dijagnoza prestaje da bude nešto što kliničar može jednostavno dati ili zadržati za sebe i postaje deo procesa u kome adolescent aktivno pridaje značenje sopstvenim teškoćama, sa ili bez učešća kliničara. Pokušaj kontrole njenog efekta kroz nesaopštavanje ima ograničen domet, jer se proces razumevanja odvija i mimo formalne komunikacije.

Napetost između imenovanja i izbegavanja dijagnoze ogleda se i u načinu na koji se o njoj govori. Diskrepanca između formalnog i neformalnog jezika, koju Koehne (2010) opisuje kao ‘nezvanične jezičke skraćenice’, funkcioniše kao implicitno znanje unutar stručne zajednice. Na taj način, dijagnoza ostaje prisutna i kada nije eksplicitno izrečena, ali u svom transformisanom obliku. Na sličan način, umesto termina poremećaj ličnosti, u zvaničnim nalazima uobičajeno se koriste deskriptivne formulacije (Elvins & Kaess, 2022). „*Interpersonalne poteškoće*” ili „*maladaptivni obrasci*” na koje se kliničari oslanjaju mogu funkcionisati kao svojevrsne semantičke strategije koje čuvaju od formalne odgovornosti, dok omogućavaju da se klinička

procena ipak nekako prenese (Koehne, 2010). S druge strane, pežorativni izrazi koji se pojavljuju u neformalnoj komunikaciji ne mogu se razumeti samo kao jezička nekultura. U fenomenološkoj studiji sa medicinskim sestrama sa adolescentnog psihijatrijskog odeljenja, Krosova (2016) opisuje fenomen ‘zamađljivanja cele slike’ – način na koji etiketa poremećaja ličnosti oblikuje percepciju pacijenta pre nego što odnos uopšte počne. Pežorativni jezik funkcioniše kao mehanizam distanciranja od emocionalne težine rada, ali istovremeno reprodukuje stigmatu i doprinosi upravo onoj vrsti otpisivanja pacijenta prema kojoj se učesnici kritički odnose kada govore o sistemskim obrascima. Na taj način, jezik postaje sredstvo regulacije, ali i mesto na kome se održavaju i reprodukuju štetna implicitna značenja poremećaja ličnosti.

Sve ove dimenzije odvijaju se unutar snažno izraženog iskustva emocionalne zahtevnosti, koje ne predstavlja izdvojeni aspekt rada, već njegov osnovni okvir. Intenzivne emocionalne reakcije, opisane i u radu sa odraslom populacijom (Baker & Beazley, 2022; Millar et al., 2012), i u radu sa adolescentima (Cross, 2016) ovde se pokazuju kao sastavni deo susreta koji oblikuje način donošenja odluka i razumevanja pacijenta. Strategije koje kliničari razvijaju, od distanciranja do kontejnmenta, mogu se razumeti kao različiti načini nošenja sa tim iskustvom. Posebno je značajno da kontejnment iz ugla kliničara ne predstavlja samo tehniku, već aktivnu poziciju koja podrazumeva spremnost da se ostane u iskustvu koje destabilizuje – emocionalna zahtevnost i haotičnost tako postaju ono što se ne uklanja, već nosi kao deo rada. Krosova (2016) kao centralnu temu identifikuje upravo sposobnost samoregulacije kao preduslov za empatičko prisustvo, a ova studija to produbljuje, pokazujući da je kontejnment i moralna pozicija, koja proizilazi iz vere u kapacitete mlade osobe upkos težini koju nosi.

U tom smislu, rad sa adolescentima sa poremećajem ličnosti može se razumeti kao kontinuirano držanje i pregovaranje između suprotstavljenih zahteva: između sigurnosti i neizvesnosti, pomoći i potencijalne štete, imenovanja i prećutkivanja, distanciranja i ostajanja u odnosu. Ono što se kroz sve ove dimenzije izdvaja jeste način na koji se kliničari pozicioniraju u odnosu na ove tenzije. Razlike među njima ne ogledaju se samo u znanju ili iskustvu, već u meri u kojoj sebe vide kao aktere sposobne da odgovore na kompleksnost umesto da joj se predaju. Agencnost se tako pojavljuje kao ključna linija razumevanja koja povezuje različite aspekte iskustva: ne kao sposobnost da se tenzija savlada i razreši, već kao pokušaj aktivnog osmišljavanja sopstvene uloge i intencionalnog delovanja. Kliničari se na taj način ne pojavljuju samo kao deo sistema koji reprodukuje postojeće prakse, već kao mesto kroz koje se te prakse oblikuju i menjaju.

STUDIJA 2

Između spoljašnjeg i unutrašnjeg: dimenzionalna procena poremećaja ličnosti u adolescenciji

Klasifikacija poremećaja ličnosti nalazi se u fazi značajne konceptualne tranzicije sa kategorijalnog na dimenzionalni model, opisan detaljnije u uvodnom delu rada. U skladu sa ovim teorijskim i dijagnostičkim pomeranjima, poslednjih godina postoji pojačan fokus na razvoj pouzdanih i validnih instrumenata za procenu nivoa funkcionisanja ličnosti (Sharp & Wall, 2021). Prema Alternativnom modelu poremećaja ličnosti i MKB-11, reč je o jednodimenzionalnom kriterijumu težine patologije koji predstavlja zajedničku karakteristiku svih manifestacija poremećaja ličnosti. Ovaj „ulazni” kriterijum (American Psychiatric Association, 2013), stoga se, prema zagovornicima ovog pristupa, može koristiti u svrhu detektovanja prisustva poremećaja i procene globalnog stepena otežanog funkcionisanja pojedinaca na planu strukture i dinamike ličnosti. Mada je pažnja istraživača inicijalno više bila usmerena ka konstrukciji instrumenata za procenu maladaptivnih crta ličnosti (Kriterijum B Alternativnog modela DSM-5), razvijeno je nekoliko inventara samoprocene nivoa funkcionisanja ličnosti. Ovi instrumenti primarno su razvijeni za odraslu populaciju, uz uočljiv nedostatak istraživanja i adekvatnih mera namenjenih adolescentima i mladima (Barkauskienė et al., 2024; Shiner, 2022). U skladu sa tim, jedan od prioriteta u oblasti poremećaja ličnosti predstavlja konstrukcija i empirijska provera inventara koji bi obuhvatili razvojne specifičnosti patologije ličnosti na ranijem uzrastu. Ovo je posebno značajno imajući u vidu da bi nivo funkcionisanja ličnosti kao konstrukt mogao biti drugačije organizovan kod adolescenata, u odnosu na strukturu utvrđenu kod odraslih ispitanika.

Upitnik nivoa funkcionisanja ličnosti za adolescente (*Levels of Personality Functioning Questionnaire – LoPF-Q 12-18*; Goth et al., 2018) predstavlja prvi instrument za dimenzionalnu procenu nivoa funkcionisanja ličnosti pre 18. godine. Inventar je razvijen na osnovu pažljive analize indikatora MKB-11 i Kriterijuma A Alternativnog modela poremećaja ličnosti DSM-5; kompleksni klinički opisi razloženi su na pojedinačne informacione jedinice i operacionalizovani kroz ponašajne aspekte narušenog funkcionisanja ličnosti. Na taj način, stavke su konkretne i razvojno prilagođene adolescentima počev od 12. godine života. Model nivoa funkcionisanja

ličnosti adolescenata obuhvata četiri bazične dimenzije, od kojih se svaka sastoji od po dva aspekta funkcionisanja (Tabela 1).

Dimenzije predstavljaju osnovne skale instrumenta LoPF-Q 12-18, dok aspekti funkcionisanja čine njihove subskale. Na širem planu, Identitet i Samousmerenost pripadaju Self domenu, a Empatija i Intimnost predstavljaju Interpersonalni domen funkcionisanja ličnosti.

Opisani okvir obezbeđuje teorijski neutralan pristup patologiji ličnosti mladih, primenljiv u radu kliničara i istraživača različitih orijentacija (Fossati & Somma, 2021). Dimenzionalna procena nivoa funkcionisanja ličnosti omogućava sagledavanje individualnih razlika duž kontinuuma, od pojedinaca bez ili sa niskim stepenom narušenog funkcionisanja ličnosti, sve do onih sa izraženim self i interpersonalnim smetnjama. Prevazilazeći na taj način ograničenja kategorijalnog modela u pogledu otežane detekcije subkliničkih i netipičnih formi poremećaja ličnosti, nivoom funkcionisanja ličnosti mogu se obuhvatiti i adolescenti u riziku. Dodatno, ovakav pristup proceni pruža značajne smernice za tretman, mapirajući domene i aspekte narušenog funkcionisanja ličnosti na koje treba usmeriti intervencije.

Tabela 1

Nivo funkcionisanja ličnosti - model LoPF-Q 12-18 (adaptirano prema Goth et al., 2018)

Dimenzija 1: Identitet: self integracija nasuprot difuziji
snaga ega vs. slabost ega – „ <i>Ne znam ko sam</i> ”
1.1 Kontinuitet
(patološki pol): manjak stabilizujućih perspektiva, uloga i emocionalnog doživljaja sebe
„Mogu da zamislim kakva ću osoba biti za nekoliko godina.” (-)
„Nemam ništa zajedničko sa većinom svojih vršnjaka.”
„Ponekad imam snažna osećanja, a ne znam odakle dolaze.”
1.2 Koherentnost
(patološki pol): nekonzistentna slika o sebi, nedostatak autonomije, difuzne reprezentacije
„Često se osećam izgubljeno, kao da nemam jasno unutrašnje ja.”
„Kada sam sam/-a, osećam se bespomoćno.”
„Zbunjen/-a sam oko toga kakva sam osoba zaista.”
Dimenzija 2: Samousmerenost: samoostvarenost nasuprot konativnoj patologiji
lična efikasnost vs. neefikasnost – „ <i>Ne znam šta želim</i> ”
2.1 Self-kongruentnost
(patološki pol): narušeno samoprihvatanje, samorefleksija i samoregulacija
„Često imam loše mišljenje o sebi.”
„Često ne mogu da objasnim sebi zašto sam nešto uradio/-la.”
„Kada sam uznemiren/-a, moja osećanja se pojačavaju sve dok ne „poludim” ili se ne slomim.”
2.2 Svrhovitost
(patološki pol): rezigniranost, nedostatak životnog pravca, pasivnost i samosabotaža
„Često ne znam šta radim sa svojim životom.”
„Nemam energije da ostvarim svoje planove.”
„Teško mi je da dostignem ciljeve koje sam sebi zacrtao/-la.”
Dimenzija 3: Empatija: prosocijalno nasuprot narušenom socijalnom funkcionisanju
prosocijalno vs. antisocijalno – „ <i>Drugi su samo sredstvo</i> ”
3.1 Zauzimanje tuđe perspektive
(patološki pol): narušena emocionalnost, kognitivna empatija / razumevanje drugih
„Drugi me doživljavaju kao bezosećajnu osobu.”
„Često ne razumem reakcije drugih na moje ponašanje.”
„Drugi često doživljavaju moje ponašanje znatno drugačije nego što sam nameravao/-la.”
3.2 Prosocijalnost
(patološki pol): nekooperativnost / ogorčenost / bezobzornost / bezosećajnost / manipulativnost
„Prija mi da ukazujem na tuđe greške.”
„Ako mi nešto treba, nije me briga ako povredim nekoga da bih to dobio/-la.”
„Ako mi neko dozvoli da se loše ponašam prema njemu, ni ne zaslužuje bolje.”
Dimenzija 4: Intimnost: prisni nasuprot narušenim ličnim odnosima
poverenje vs. povlačenje – „ <i>Drugi su opasni</i> ”
4.1 Kapacitet za bliske odnose
(patološki pol): narušena tolerancija bliskosti, emocionalna zatvorenost i nepoverenje
„Više volim da mi se drugi ne približavaju previše.”
„Bude mi neprijatno kada drugi primete kako se osećam.”
„Često sam zabrinut/-a da ću biti povređen/-a u prijateljstvima.”
4.2 Uzajamnost
(patološki pol): površnost, distanciranost, usamljenost
„Osećam se kao da zaista ne pripadam ni sa kim.”
„Osećam se neprijatno kada prijateljstvo postane previše blisko.”
„Želim da upoznam svoje prijatelje veoma dobro da bismo mogli da budemo pravi prijatelji.” (-)

Napomena. (-) označava formulacije stavki koje mere adaptivno funkcionisanje.

PREDMET, CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Predmet ove studije predstavlja prvu kulturnu adaptaciju i validaciju instrumenta za procenu nivoa funkcionisanja ličnosti na adolescentnom uzrastu na naš jezik. Istraživanje je usmereno na razvoj srpske verzije Upitnika nivoa funkcionisanja ličnosti za adolescente LoPF-Q 12-18 (*Levels of Personality Functioning Questionnaire 12-18*) i proveru njegovih psihometrijskih karakteristika.

U skladu sa tim, postavljeni su specifični istraživački ciljevi:

1. utvrđivanje pouzdanosti i faktorske strukture srpske verzije LoPF-Q 12-18;
2. provera diskriminativne valjanosti srpske verzije LoPF-Q 12-18: mogućnosti instrumenta da razlikuje adolescente sa izraženom patologijom ličnosti od adolescenata iz opšte populacije, kao i od adolescenata sa drugim mentalnim poremećajima;
3. utvrđivanje konvergentne valjanosti srpske verzije LoPF-Q 12-18: povezanosti instrumenta sa srodnim konstruktima;
4. provera prediktivne valjanosti LoPF-Q 12-18: mogućnosti instrumenta da predvidi psihosocijalne ishode adolescenata.

Na osnovu prethodnih validacionih studija sprovedenih u osam zemalja sveta na četiri kontinenta, formulisane su sledeće hipoteze:

H1: U skladu sa pretpostavljenom univerzalnošću manifestacija nivoa funkcionisanja ličnosti kod adolescenata koeficijenti pouzdanosti za celokupan upitnik i četiri glavne skale biće zadovoljavajući. Takođe, očekujemo da će podaci na srpskom uzorku odslikavati teorijski postavljen hijerarhijski model sa jednim nadređenim i četiri odvojena, ali međusobno umereno povezana faktora nivoa funkcionisanja ličnosti (Cosgun et al., 2021; Goth et al., 2018; Sharp & Vanwoerden, 2018).

H2: Kao ključni aspekt upotrebljivosti instrumenta u kontekstu njegove kliničke primene, očekujemo da će upitnik LoPF-Q 12-18 biti dobre diskriminativne valjanosti. Ukupni skor nivoa funkcionisanja ličnosti pružće mogućnost razlikovanja podgrupe adolescenata iz opšte

populacije, kliničkog uzorka bez simptoma poremećaja ličnosti i onih sa simptomima poremećaja ličnosti (Barkauskienė & Skabeikytė, 2020; Goth et al., 2018).

H3: Ukupan skor nivoa funkcionisanja ličnosti i sve četiri glavne skale LoPF-Q (Identitet, Samousmerenost, Empatija, Intimnost) biće statistički značajno povezane sa internalizovanim i eksternalizovanim problemima, indikatorima granične patologije ličnosti i stepenom strukturisanosti selfa adolescenata (Barkauskienė & Skabeikytė, 2020; Cosgun et al., 2021; Goth et al., 2018; Sharp & Vanwoerden, 2018).

H4: Nivo funkcionisanja ličnosti statistički značajno predviđa i daje jedinstveni doprinos varijablama psihosocijalnih ishoda (akademski/socijalni ishodi i subjektivno blagostanje), povrhu internalizovanih i eksternalizovanih problema (Barkauskienė et al., 2021).

METODOLOGIJA

Variable i instrumenti¹

Sociodemografske varijable su uključivale uzrast i pol ispitanika, strukturu domaćinstva u kojem adolescent živi, tip škole koju pohađa.

Nivo funkcionisanja ličnosti adolescenata predstavlja centralnu varijablu, zasnovanu na skoru sa Upitnika nivoa funkcionisanja ličnosti adolescenata (*LoPF-Q 12-18 – Levels of Personality Functioning Questionnaire 12-18*; Goth et al., 2018), koji se u okviru ove studije validira na srpskom uzorku. Upitnik od 97 stavki Likertovog tipa (0–4) namenjen je dimenzionalnoj proceni otežanog funkcionisanja ličnosti kao sržne odlike koju dele svi poremećaji ličnosti (Sharp, 2020). U skladu sa prethodno opisanim modelom, ukupni skor ukazuje na težinu disfunkcionalnosti ličnosti, pri čemu je ispitanike moguće pozicionirati i na četiri glavne skale i, unutar njih, na po dve subskale. Viši skorovi ukazuju na viši stepen narušenog funkcionisanja ličnosti adolescenata. Inventar je u prethodnim kros-kulturnim studijama pokazao visoku

¹ Celokupna baterija testova prikazana je u **Prilogu 3**, izuzev SCID-5-PD intervjua za procenu poremećaja ličnosti, koji je zaštićen autorskim pravima.

pouzdanost i valjanost u pogledu procene poremećaja ličnosti pre 18. godine.

DSM-5 simptomi poremećaja ličnosti procenjeni su kliničkim intervjuom SCID-5-PD (*Structured Clinical Interview for DSM-5 for Personality Disorders*; First et al., 2016). Reč je o polustrukturisanom intervjuu za procenu simptoma deset poremećaja ličnosti klastera A, B i C, u trajanju od 30 do 120 minuta, u zavisnosti od pozitivnih odgovora na prethodno zadatom skrining instrumentu SCID-5-SPQ (*Screening Personality Questionnaire*). Prethodne studije su pokazale da se ovaj intervju, mada razvijen za odraslu populaciju, može uspešno koristiti za procenu simptoma poremećaja ličnosti i na adolescentom uzrastu, uz uvažavanje razvojnih specifičnosti ove faze. SCID-5-PD je u okviru aktuelnog istraživanja korišćen radi utvrđivanja prisustva poremećaja ličnosti kod ispitanika iz kliničke populacije, budući da se u našem kontekstu ova dijagnoza formalno ne postavlja pre odraslog doba.

Indikatori granične patologije ličnosti mereni su Skalom odlika granične ličnosti za decu (*Borderline Personality Feature Scale for Children-11 – BPFS-C-11*; Sharp et al., 2014). Instrument samoprocene je namenjen deci uzrasta 9-18 godina i sadrži 11 stavki Likertovog tipa (1-5) kojima se procenjuju afektivna nestabilnost, problemi identiteta i negativni odnosi sa drugima. U prethodnim studijama, skala je pokazala visoku internu konzistentnost i test-retest pouzdanost.

Strukturisanost selfa procenjena je Skalom jasnoće self-koncepta (*Self-Concept Clarity Scale – SCCS*; Campbell et al., 1996). Upitnik putem 12 ajtema Likertovog tipa (1-5) obuhvata strukturne aspekte self-koncepta – stepen sigurnosti i jasnoće, unutrašnje konzistentnosti i stabilnosti slike o sebi.

Internalizovani i eksternalizovani problemi su procenjeni Upitnikom za samoprocenu mladih (*Youth Self-Report – YSR*; Achenbach & Rescorla, 2001), namenjen adolescentima uzrasta 11 do 18 godina starosti. Inventar se sastoji iz skale kompetencije i skale problema. Za potrebe ove studije, korišćena je skala problema, od 112 tvrdnji trostepenog Likertovog tipa (0-netačno, 1-ponekad ili donekle tačno i 2-vrlo ili često tačno). Na osnovu ovog dela upitnika, od ispitanika se dobija totalni skor problema, skorovi na širokim skalama internalizovanih i eksternalizovanih problema, kao i za osam izdvojenih sindroma: povlačenje, somatske žalbe, anksioznost/depresija, socijalni problemi, problemi mišljenja, problemi pažnje, kršenje pravila i agresivno ponašanje. Instrument je u upotrebi na srpskom jeziku i pokazuje zadovoljavajuće psihometrijske

karakteristike na našoj populaciji.

Subjektivno blagostanje je mereno Kratkim skalom subjektivnog blagostanja (*KSB*; Jovanović & Brdarić, 2008) od osam stavki. Instrument ima dve subskale – pozitivan afektivitet i pozitivan stav prema životu. Odgovori se daju na 5-stepenoj skali Likertovog tipa. U prethodnim istraživanjima, utvrđena je visoka interna konzistentnost i konvergentna valjanost upitnika.

Akademski i socijalni ishodi procenjeni su putem kompozitnog skora kompetencije, konstruisanog za potrebe istraživanja po uzoru na skalu kompetencije Upitnika za samoprocenu mladih (*Youth Self-Report – YSR*). Skor obuhvata tri domena funkcionisanja: školsko postignuće, uključenost u slobodne aktivnosti i kvalitet interpersonalnih odnosa sa vršnjacima i članovima porodice.

Procedura

Pre početka studije, zaključen je ugovor o saradnji sa autorima originalnog instrumenta (Goth et al., 2018), kojim su definisani uslovi kulturne adaptacije i validacije srpske verzije LoPF-Q 12-18². Instrument je preveden u skladu sa standardima dobre prakse (International Test Commission, 2017), nakon čega je sprovedena pilot studija. Rezultati su pokazali zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike, izuzev skale Empatija, usled čega je prevod određenih stavki ove dimenzije korigovan.

Glavni deo studije sproveden je od septembra 2024. do septembra 2025. godine. Neklinički deo uzorka čine učenici dve gimnazije i dve srednje stručne škole iz Beograda. Podaci su prikupljeni grupno, u formi papir-olovka, u toku jednog školskog časa. Klinički poduzorak sastojao se od adolescenata na dnevnom ili ambulantnom lečenju pri Institutu za mentalno zdravlje i Klinici za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu. Klinički uzorak obuhvata mlade sa različitim psihičkim poteškoćama, pri čemu su kriterijumi za isključivanje bili akutni psihotični poremećaj, poremećaj iz spektra autizma, organski mentalni poremećaj ili intelektualna ometenost. Za razliku od ispitanika iz opšte populacije, adolescenti su bateriju testova popunjavali individualno, u prostorijama psihijatrijskih ustanova u kojima se leče. U cilju detektovanja poremećaja ličnosti, kliničkom delu uzorka dodatno su zadati skrining instrument SCID-5-SPQ i

² Zvanična verzija LoPF-Q 12-18 na srpskom jeziku biće dostupna za slobodnu upotrebu na: <https://academic-tests.com/>

klinički intervju SCID-5-PD, te je procena pojedinačnog ispitanika trajala između 90 i 120 minuta. Sve podatke sam u oba setinga prikupila lično.

Pre početka prikupljanja podataka, pribavljene su etičke saglasnosti Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, Instituta za mentalno zdravlje i Klinike za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu. Adolescenti stariji od 15 godina samostalno su dali saglasnost za učešće u istraživanju (**Prilog 4**), dok su za nekoliko ispitanika starosti 14 godina saglasnost potpisali roditelji, koji su sa njima došli na psihijatrijski pregled. Zbog potencijalne stigmatizacije povezane sa poremećajem ličnosti, informisana saglasnost nije uključivala ovaj termin. U skladu sa anonimnošću podataka ispitanika i mojom istraživačkom pozicijom koja ne uključuje učešće u tretmanu, prikupljeni podaci ne predstavljaju deo medicinske dokumentacije, niti se povratna informacija dijagnostičke procene poremećaja ličnosti deli sa pacijentima. Uz garanciju poverljivost, adolescentima su predloženi izuzeci u slučaju neposredne ugroženosti njih samih ili drugih osoba iz okruženja.

Uzorak

Uzorak (Tabela 2) je bio prigodan i činilo ga je $N=453$ ispitanika uzrasta 14-18 godina ($M=16.08$, $SD=1.08$), od čega 383 adolescenta iz školskog i 70 iz kliničkog poduzorka. Školski uzorak bio je relativno ujednačen po polu, dok većinu kliničkog uzorka čine adolescentkinje.

Tabela 2

Sociodemografske karakteristike uzorka

Uzorak	N	Uzrast M (SD)	Pol (%)	Tip škole (%)	Struktura domaćinstva (%)
Neklinički uzorak	383	16.02 (1.04)	46.7 M 53.4 Ž	44.2 gimn. 55.8 SSŠ	74.2 oba roditelja 8.3 jedan roditelj 7.5 ostalo
Klinički uzorak	70	16.41 (1.26)	32.9 M 62.9 Ž 4.2 drugo	41.4 gimn. 58.6 SSŠ	42.9 oba roditelja 44.3 jedan roditelj 12.8 ostalo

Napomena. M – muški pol, Ž – ženski pol, gimn. – gimnazija, SSŠ – srednja stručna škola.

Klinički deo uzorka (Tabela 3) činile su dve grupe adolescenata: grupa sa poremećajem ličnosti (N=35) i grupa bez detektovanog poremećaja ličnosti (N=35). Prisustvo poremećaja ličnosti utvrđeno je u okviru samog istraživanja dijagnostičkim intervjuom SCID-5-PD, izuzev u slučaju dve adolescentkinje koje su već imale formalno postavljenu dijagnozu poremećaja ličnosti. Dakle, ispitanicima koji su ispunili DSM-5 kriterijume za poremećaj ličnosti, u bazi podataka je, pored zvanične dijagnoze Ose I iz medicinske dokumentacije, evidentiran i detektovani poremećaj ličnosti. Drugu grupu kliničkog uzorka činili su adolescenti koji su imali isključivo poremećaj(e) Ose I.

Tabela 3

Raspodela kliničkog uzorka prema dijagnozama i poremećajima ličnosti

Grupa	N	Zvanična dijagnoza	Poremećaj ličnosti
Klinička grupa 1	35	17 – F92.8 8 – komorbiditet 5 – F32 3 – F40–F43 2 – F60.3	26 – granični 2 – anksiozno-izbegavajući 1 – narcistični 6 – drugi/nespecifikovani
Klinička grupa 2	35	10 – F43.2 10 – F32 9 – F92.8 6 – komorbiditet	/

Plan obrade podataka

Podaci su obrađeni u programima IBM SPSS 26 i R 4.4.1. Za sve korišćene instrumente najpre su prikazane deskriptivne mere (centralne tendencije, raspršenje, oblik distribucije) i pouzdanost. U cilju provere faktorske strukture srpske verzije instrumenta LoPF-Q 12-18 (H1), primenjene su konfirmatorne faktorske analize zasnovane na hijerarhijskom modelu sa jednim nadređenim i četiri faktora drugog reda, dvofaktorskom modelu (self i interpersonalni domen

poremećaja ličnosti) i jednofaktorskom modelu (opšti faktor poremećaja ličnosti). Diskriminativna valjanost (H2) utvrđena je analizom ROC krive, korišćenjem ukupnog skora na LoPF-Q 12-18 u cilju razlikovanja adolescenata iz opšte populacije, ispitanika iz kliničkog uzorka bez i onih sa poremećajem ličnosti. ANOVA je korišćena u svrhu poređenja skorova između navedenih podgrupa i izračunavanja veličine efekata. Radi provere konvergentne valjanosti (H3), izračunate su korelacije sa skorovima Upitnika za samoprocenu mladih (*YSR*), Skale odlika granične ličnosti za decu (*BPFS-C-11*) i Skale jasnoće self-koncepta (*SCCS*). Za ispitivanje prediktivne valjanosti (H4) primenjena je hijerarhijska regresiona analiza. U prvom koraku, internalizovani i eksternalizovani problemi uključeni su kao prediktori, dok je u drugom koraku pridodat nivo funkcionisanja ličnosti, kako bi se ispitao dodatni, inkrementalni doprinos skora sa LoPF-Q 12–18 u objašnjavanju subjektivnog blagostanja i akademskih i socijalnih ishoda.

REZULTATI

Deskriptivna statistika i pouzdanost

U Tabeli 4 prikazane su deskriptivne mere korišćenih instrumenata i njihovih dimenzija, uključujući prosečnu vrednost, minimum i maksimum, kao i pokazatelje distribucije rezultata.

Tabela 4

Deskriptivne mere korišćenih instrumenata

Skala	Min	Max	M	SD	Skjunis	Kurtozis
Upitnik nivoa funkcionisanja ličnosti (<i>LoPF-Q</i>)	22	301	124.19	55.88	0.54	-0.33
Identitet	0	84	31.00	15.73	0.68	-0.05
Samousmerenost	0	91	37.47	21.44	0.44	-0.64
Empatija	2	78	28.20	13.40	0.50	0.01
Intimnost	2	80	27.53	14.58	0.74	0.20

Skala odlika granične ličnosti za decu (BPFSC-II)	11	49	29.36	8.03	0.19	-0.59
Skala jasnoće self-koncepta (SCCS)	1	5	3.26	0.95	-0.23	-0.81
Upitnik za samoprocenu mladih (YSR)	1	125	46.19	25.53	0.78	0.24
Internalizujući problemi	0	45	14.37	10.13	0.83	0.02
Eksternalizujući problemi	0	46	13.93	8.65	0.97	0.79
Skala kompetencije	9	35	25.90	5.43	-0.70	-0.07
Kratka skala subjektivnog blagostanja (KSB)	10	40	30.97	7.13	-0.80	0.01

Vrednosti skjunisa i kurtozisa ukazuju na približno normalnu distribuciju rezultata na većini varijabli. Uočena blaga odstupanja od normalne raspodele ne ograničavaju upotrebu parametrijskih testova i mogu se delimično objasniti heterogenošću uzorka. Konkretno, skale koje mere psihopatologiju pokazuju blagu pozitivnu asimetriju, dok skale koje odražavaju pozitivno psihosocijalno funkcionisanje pokazuju blagu negativnu asimetriju, što je u skladu sa prisustvom adolescenata iz kliničke populacije u okviru ukupnog uzorka.

Interna konzistentnost celog instrumenta LoPF-Q 12-18 je izuzetno visoka (Cronbach $\alpha = .96$), što ukazuje na snažnu međusobnu povezanost stavki i visok stepen homogenosti merenog konstrukta. Glavne dimenzije (Identitet, Samousmerenost, Empatija i Intimnost) i njihove subskale pokazale su visoku pouzdanost ($\alpha > .80$), uz dve subskale čija je interna konzistentnost nešto niža, ali i dalje u okviru zadovoljavajućih vrednosti. Interna konzistentnost korišćenih instrumenata i njihovih skala bila je visoka do zadovoljavajuća, sa vrednostima Kronbahovog alfa koeficijenta u rasponu .79 – .93. Detaljniji prikaz pouzdanosti instrumenta dat je Tabeli 5.

Tabela 5

Pouzdanost skala i subskala srpske verzije Upitnika nivoa funkcionisanja ličnosti za adolescente (LoPF-Q 12-18)

Skale	Broj stavki	α
LoPF-Q ukupni skor nivoa (narušenog) funkcionisanja ličnosti	97	.96
Dimenzija 1: Identitet	23	.89
1.1 Kontinuitet	11	.79
1.2 Koherentnost	12	.83
Dimenzija 2: Samousmerenost	25	.94
2.1 Self-kongruentnost	11	.90
2.2 Svrhovitost	14	.89
Dimenzija 3: Empatija	26	.85
3.1 Zauzimanje tuđe perspektive	10	.73
3.2 Prosocijalnost	16	.81

Dimenzija 4: Intimnost	23	.89
4.1 Bliski odnosi	9	.79
4.2 Uzajamnost	14	.85

Pre sprovođenja daljih analiza, ispitane su razlike u skorovima u odnosu na uzrast, pol, tip škole i strukturu domaćinstva. U skladu sa očekivanjima, rezultati nisu ukazali na postojanje statistički značajnih razlika na ukupnom skoru, niti na pojedinačnim subskalama, što ukazuje na stabilnost merenog konstrukta u odnosu na osnovne sociodemografske karakteristike ($p > .05$).

Faktorska struktura

Zbog nepovoljnog odnosa broja ispitanika i broja ajtema (97 ajtema na uzorku od 453 ispitanika), analiza je sprovedena grupisanjem stavki u 12 parcela. Ovaj pristup se često primenjuje u situacijama kada je odnos broja varijabli i veličine uzorka nepovoljan, jer omogućava stabilnije procene modela (Little et al., 2002). Modeli su procenjivani primenom robustnog MLR estimatora, uz korišćenje procedure nasumične alokacije parcela kroz 100 iteracija.

Najpre je testiran jednofaktorski model, koji je pokazao zadovoljavajuće do dobro uklapanje sa podacima. Prosečne vrednosti indeksa uklapanja bile su: CFI = .957, TLI = .948, SRMR = .031, dok je RMSEA = .095. Iako RMSEA blago prelazi preporučenu granicu od .08, treba imati u vidu da je ovaj indeks osetljiv na složenost modela i veličinu uzorka, te da se u ovakvim uslovima može smatrati prihvatljivim kada su ostali indeksi uklapanja dobri.

Zatim su testirani složeniji modeli, uključujući bifaktorski model sa četiri specifična faktora i bifaktorski model sa dva specifična faktora. Iako su ovi modeli pokazivali nešto bolje ili uporedive indekse uklapanja (npr. CFI do .978), identifikovani su značajni problemi u proceni, uključujući nekonvergiranje modela u više iteracija, nesignifikantna faktorska opterećenja na specifičnim faktorima i pojava negativnih varijansi greške. Ovi problemi ukazuju na

neadekvatnost i potencijalni overfitting složenijih modela. Stoga je zaključeno da jednofaktorski model predstavlja najadekvatnije rešenje za opisivanje strukture podataka. Standardizovana faktorska opterećenja za 12 parcela bila su visoka i ujednačena, u rasponu od .83 do .85 , što ukazuje na snažnu povezanost svih indikatora sa latentnim konstruktom. Ovi nalazi ukazuju na dominantnu ulogu opšteg faktora patologije ličnosti, dok se specifične dimenzije ne diferenciraju jasno u skladu sa teorijskim modelom, usled čega će u daljim analizama primarno biti korišćen ukupni skor inventara.

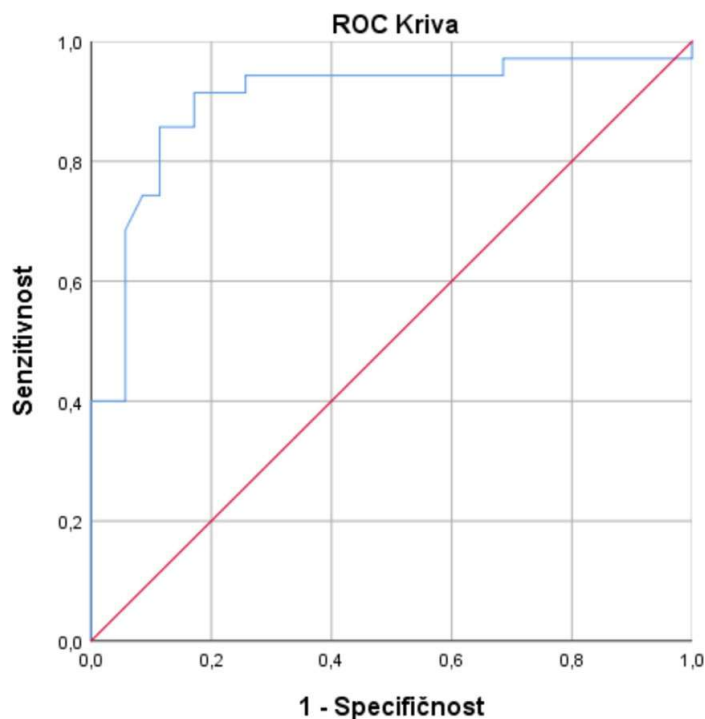
Diskriminativna valjanost

Diskriminativna valjanost LoPF-Q 12–18 ispitana je primenom ROC analize. U prvom koraku, adolescenti sa poremećajem ličnosti, identifikovani putem SCID-5-PD, upoređeni su sa ostatkom uzorka koji je obuhvatao adolescente iz opšte populacije, kao i one iz kliničke populacije bez dijagnoze poremećaja ličnosti. Rezultati su pokazali visoku prediktivnu moć ukupnog skora LoPF-Q 12–18, sa površinom ispod krive (AUC) od .895 (95% CI [.833, .956], $p < .001$), što ukazuje na vrlo dobru diskriminativnu sposobnost instrumenta, odnosno njegovu sposobnost da pouzdano razlikuje adolescente sa poremećajem ličnosti od onih bez poremećaja ličnosti.

U drugom koraku, diskriminativna valjanost dodatno je ispitana unutar kliničkog poduzorka, poređenjem adolescenata sa poremećajem ličnosti i onih sa drugim psihijatrijskim dijagnozama (Ose I), bez dijagnoze poremećaja ličnosti. Na ovaj način ispitana je specifičnost instrumenta u diferencijaciji poremećaja ličnosti u odnosu na druge oblike psihopatologije. Ova analiza je pokazala AUC od .901 (95% CI [.821, .981], $p < .001$), što ukazuje na odličnu diskriminativnu sposobnost (Grafikon 1 i Tabela 6). Primenom Youden indeksa empirijski je određena optimalna granična vrednost za identifikaciju klinički relevantnog nivoa patologije ličnosti. Ukupni skor od 141 na LoPF-Q 12–18 ima senzitivnost od .94 i specifičnost od .69, što znači da instrument unutar kliničkog uzorka pravilno identifikuje 94% adolescenata sa poremećajem ličnosti, istovremeno pokazujući dobru sposobnost razlikovanja od adolescenata sa drugim mentalnim poremećajima.

Grafikon 1

ROC kriva - poređenje skorova LoPF-Q adolescenata iz kliničkog uzorka sa i bez poremećaja ličnosti

**Tabela 6**

ROC analiza LoPF-Q u kliničkom uzorku

AUC	SE	95% CI
.901	.041	.821 – .981
Cut-off	Senzitivnost	Specifičnost
141	.94	.69

Ovi nalazi potvrđuju kliničku upotrebljivost instrumenta u razlikovanju adolescenata sa poremećajem ličnosti od adolescenata bez izraženijih obrazaca patologije ličnosti, uključujući i jasnu diferencijaciju u odnosu na druge mentalne poremećaje.

Ovakav obrazac rezultata dodatno je potvrđen nalazima unitivarijantne analize varijanse (ANOVA, Tabela 7), koja ukazuje na statistički značajne razlike između grupa u pogledu nivoa funkcionisanja ličnosti.

Tabela 7

ANOVA za ukupni skor LoPF-Q

Varijabla	Školski uzorak M (SD)	Klinički uzorak bez poremećaja ličnosti M (SD)	Klinički uzorak sa poremećajem ličnosti M (SD)	F (2, 450)	η^2
LoPF-Q ukupni skor	116.72 (51.77)	127.59 (39.94)	206.43 (46.80)	50.45**	.184

Napomena. ** $p < .01$.

Post hoc analize sprovedene uz Bonferroni korekciju pokazale su da se adolescenti sa poremećajem ličnosti statistički značajno razlikuju od obe preostale grupe (adolescenata iz opšte populacije i kliničke grupe bez poremećaja ličnosti) na ukupnom skoru nivoa funkcionisanja ličnosti ($p < .001$). Uočene razlike bile su velike, uz veoma izraženu veličinu efekta (*Koenovo* $d = 1.9$), potvrđujući jasno diferenciranje adolescenata sa poremećajem ličnosti ne samo u odnosu na opštu populaciju, već i u odnosu na kliničku grupu ispitanika sa drugim mentalnim poremećajima. Između adolescenata iz opšte populacije i kliničke grupe bez poremećaja ličnosti nisu dobijene statistički značajne razlike u pogledu nivoa funkcionisanja ličnosti. Rezultati Leveneovog testa potvrdili su pretpostavku homogenosti varijansi, čime je opravdana primena parametrijskih analiza.

Konvergentna valjanost

U cilju ispitivanja konvergentne valjanosti, analizirane su korelacije između skorova na LoPF-Q 12–18 i srodnih konstrukata: opšte mere psihopatologije (Upitnik za samoprocenu mladih – *YSR*), indikatora granične patologije ličnosti (Skala odlika granične ličnosti za decu – *BPFS-C-11*) i strukturisanosti selfa (Skala jasnoće self-koncepta – *SCCS*). Rezultati su pokazali da je ukupni skor nivoa funkcionisanja ličnosti sa LoPF-Q 12–18 u visokoj pozitivnoj korelaciji sa merama opšte psihopatologije i granične patologije ličnosti, dok je uočena visoka negativna korelacija sa stepenom strukturisanosti selfa.

Tabela 8*Korelacije između LoPF-Q 12–18 i srodnih konstrukata*

Varijabla	LoPF-Q	YSR	BPFS-C-11	SCCS
1. LoPF-Q	/	.85**	.80**	-.79**
2. YSR	.85**	/	.79**	-.74**
3. BPFS-C-11	.80**	.79**	/	-.77**

Dobijeni obrazac korelacija u skladu je sa teorijskim očekivanjima i ukazuje na visoku konvergentnu valjanost srpske verzije LoPF-Q 12–18.

Prediktivna valjanost

U cilju ispitivanja prediktivne valjanosti, primenjene su hijerarhijske regresione analize sa subjektivnim blagostanjem i akademskim/socijalnim ishodima kao kriterijumskim varijablama. U prvoj regresionoj analizi, internalizovani i eksternalizovani problemi uključeni kao prediktori u prvom koraku objasnili su značajan deo varijanse subjektivnog blagostanja ($R^2 = .47$, $p < .001$). U drugom koraku, dodavanje nivoa funkcionisanja ličnosti dovelo je do statistički značajnog povećanja objašnjene varijanse od 8% ($R^2 = .55$, $\Delta R^2 = .08$, $p < .001$). U ovom modelu, nivo funkcionisanja ličnosti pokazao se kao značajan prediktor subjektivnog blagostanja ($\beta = -.56$, $p < .001$), pri čemu viši nivo narušenog funkcionisanja ličnosti predviđa niže subjektivno blagostanje. Istovremeno, efekat internalizovanih problema ostaje značajan, ali oslabljen ($\beta = -.23$, $p < .001$), dok eksternalizovani problemi nisu bili značajan prediktor u finalnom modelu ($p > .05$).

U drugoj regresionoj analizi, kompozitni skor kompetencije zasnovan na akademskom postignuću, slobodnim aktivnostima i socijalnim ishodima u kontekstu vršnjačkih i porodičnih odnosa uključen je kao kriterijumska varijabla. U početnom modelu, internalizovani i eksternalizovani problemi pokazali su se kao značajni prediktori, zajedno objašnjavajući značajan deo varijanse skora kompetentnosti ($R^2 = .49$, $p < .001$). Uvođenjem nivoa funkcionisanja ličnosti

u drugom koraku došlo je do značajnog povećanja objašnjene varijanse, od 11% ($R^2 = .60$, $\Delta R^2 = .11$, $p < .001$). Nivo funkcionisanja ličnosti izdvojio se kao najznačajniji prediktor kompetentnosti ($\beta = -.65$, $p < .001$), ukazujući da viši nivoi narušenog funkcionisanja ličnosti prate niže nivoe ukupne kompetentnosti adolescenta. Istovremeno, efekat internalizovanih problema izgubio je statističku značajnost, dok je doprinos eksternalizovanih problema ostao značajan, ali smanjenog intenziteta ($\beta = -.09$, $p < .05$).

Ukupno posmatrano, rezultati ukazuju da nivo funkcionisanja ličnosti predstavlja snažan i dosledan prediktor psihosocijalnih ishoda u adolescenciji, pružajući značajan dodatni doprinos u objašnjenju subjektivnog blagostanja i kompetentnosti iznad efekata opštih psihopatoloških simptoma.

DISKUSIJA

Cilj ove studije bio je kulturna adaptacija i psihometrijska provera srpske verzije Upitnika nivoa funkcionisanja ličnosti za adolescente LoPF-Q 12–18, sa posebnim fokusom na njegovu pouzdanost i različite aspekte valjanosti. Dobijeni nalazi potvrđuju postavljene hipoteze i pružaju snažnu podršku primeni ovog instrumenta u proceni patologije ličnosti na adolescentnom uzrastu.

U skladu sa očekivanjima, upitnik pokazuje visoku internu konzistentnost ukupnog skora, kao i visoku pouzdanost glavnih dimenzija i većine subskala, što ukazuje na stabilnost i homogenost merenog konstrukta u srpskom kontekstu. Sa druge strane, hipoteza o teorijski pretpostavljenoj faktorskoj strukturi originalnog instrumenta, koja podrazumeva jedan nadređeni i četiri faktora nižeg reda, nije potvrđena. Na našem uzorku, kao i u kulturnim adaptacijama instrumenta u SAD, Litvaniji, Sloveniji, Turskoj, Iranu i Meksiku (Barkauskienė & Skabeikytė, 2020; Cosgun et al., 2021; Kassin & Hackrad, 2019; Kerr et al., 2023), jednofaktorsko rešenje u najvećoj meri odgovara podacima. Ovakav nalaz sugerise da LoPF-Q 12–18 odražava jedinstveni konstrukt nivoa funkcionisanja ličnosti, pružajući dodatnu podršku razumevanju ovog konstrukta kao sržnog, zajedničkog jezgra patologije ličnosti i na adolescentnom uzrastu.

U pogledu diskriminativne valjanosti, rezultati govore u prilog izrazite sposobnosti LoPF-Q da razlikuje adolescente sa poremećajem ličnosti od adolescenata iz opšte populacije, kao i od

pojedinaца sa drugim mentalnim poremećajima. Dakle, ispitanici sa poremećajem ličnosti pokazuju statički značajno više ukupne skorove od druge dve grupe, dok se školski i klinički uzorak bez poremećaja ličnosti ne razlikuju u pogledu nivoa funkcionisanja ličnosti. Ovaj nalaz ukazuje da instrument i na našem uzorku uspešno zahvata Kriterijum A kao specifičnu odliku poremećaja ličnosti, razlikujući ga od normativnih razvojnih promena i opšte psihopatologije. Veličina efekta, visoka osetljivost i zadovoljavajuća specifičnost u klasifikaciji adolescenata, uz empirijski određen cut-off skor, dodatno potvrđuju kliničku upotrebljivost i potencijalnu diferencijalno-dijagnostičku vrednost instrumenta. Dobijeni rezultati konvergentne valjanosti potvrđuju da srpska verzija LoPF-Q 12–18 predstavlja adekvatnu operacionalizaciju nivoa funkcionisanja ličnosti kao sržne dimenzije patologije ličnosti u adolescenciji.

Posebno značajan doprinos ovog istraživanja odnosi se na prediktivnu sposobnost upitnika. U skladu sa postojećom empirijskom bazom (Barkauskienė et al., 2024), rezultati pokazuju da nivo funkcionisanja ličnosti ima jedinstveni, inkrementalni doprinos u objašnjenju psihosocijalnih ishoda, povrh efekata internalizovanih i eksternalizovanih problema. Drugim rečima, iako psihopatološki simptomi objašnjavaju značajan deo varijanse subjektivnog blagostanja i ukupne kompetentnosti ispitanika, uključivanje nivoa funkcionisanja ličnosti dovodi do značajnog povećanja objašnjene varijanse, pri čemu se LoPF-Q izdvaja kao najsnažniji prediktor. Posebno je značajno da u pojedinim modelima efekti internalizujućih i eksternalizujućih problema gube statističku značajnost nakon uključivanja LoPF-Q, što potvrđuje centralnu ulogu nivoa funkcionisanja ličnosti u objašnjenju psihosocijalnih ishoda i pre odraslog doba (Sharp, 2020). U skladu sa istraživanjima kako na odrasloj, tako i na adolescentnoj populaciji, ovi nalazi ukazuju da nivo funkcionisanja ličnosti stvara teže funkcionalno oštećenje u poređenju sa efektima drugih mentalnih poremećaja (Skodol, 2018). Ovaj nalaz sugerise da je u slučaju patologije ličnosti reč o dubljim i sveobuhvatnijim efektima na funkcionisanje pojedinca u odnosu na manifestnu simptomatologiju. Dobijena povezanost između simptoma mentalnih poremećaja, nivoa ličnog funkcionisanja i psihosocijalnih ishoda može se razumeti kao kompleksna (Gaudiešiūtė et al., 2025), pri čemu precizan smer odnosa među ovim varijablama ostaje otvoreno pitanje koje je potrebno dodatno ispitati u budućim studijama na adolescentnom uzorku.

STUDIJA 3

Pogled iznutra: perspektiva adolescenata sa poremećajem ličnosti

„Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti su kao oni sa opekotinama trećeg stepena na 90% tela. Zbog nedostatka emocionalne kože, osećaju bol pri najmanjem dodiru ili pokretu.”

– Marša Linehan, osnivačica Dijalektičko-bihejvioralne terapije

U oblasti mentalnog zdravlja, osobe sa psihičkim tegobama dugo su bile pozicionirane kao pasivni primaoci brige, čije se iskustvo uzima u obzir tek u meri u kojoj je merljivo i kategorizovano (Sunkel & Sartor, 2022). Uprkos tome što ovi pojedinci raspolažu znanjem o sopstvenom stanju koje nijedan drugi izvor ne može da pruži, to znanje je sistemski marginalizovano, kako unutar istraživačke prakse, tako i u kontekstu organizacije zdravstvenih i psihoterapijskih usluga za ove pojedince. Savremeni pristupi sve više prepoznaju vrednost aktivnog uključivanja korisnika usluga, ne samo kao izvora podataka, već kao nosilaca jedinstvene ekspertize koja proističe iz neposrednog iskustva življenja sa određenim stanjem (eng. *experts with lived and living experience*; Renneberg et al., 2024). Na taj način, moguće je ne samo rasvetliti propuste unutar sistema i naći zajednička rešenja za njihovo prevazilaženje, već i stvoriti prostor za smisleniji i autentičniji klinički susret. Istraživanje koje daje glas subjektivnom iskustvu osoba sa određenim mentalnim poremećajem stoga nije samo metodološki izbor, već i etička pozicija, koja prepoznaje da iza svake dijagnoze stoji osoba čija priča zaslužuje da se čuje i uvaži.

Zanemarivanje glasa osoba sa psihičkim tegobama posebno je izraženo u oblasti poremećaja ličnosti, počivajući na uverenju da pojedinci sa ovom dijagnozom ne mogu pouzdano izvestiti o sopstvenim iskustvima, usled odsustva samouvida i generalnih teškoća u mentalizaciji (Jørgensen & Bøye, 2022). Kvalitativni pristupi, koji se oslanjaju na dubinske razgovore sa osobama koje žive sa poremećajem ličnosti, omogućavaju uvid u način na koji se dijagnostički utvrđeni fenomeni manifestuju u svakodnevnom iskustvu. Oni najčešće otkrivaju nijanse

doživljaja koje izmiču spoljašnjoj proceni, donoseći novu dimenziju razumevanja perspektive pojedinca. Ovo je posebno značajno u kontekstu razumevanja doživljaja sebe i procesa konstituisanja identiteta, budući da se na ovom planu javljaju jezgrovni deficiti zajednički svim poremećajima ličnosti, a da ih je nemoguće zahvatiti na drugačiji način. Uprkos tome, empirijskih opisa fenomenologije sopstva i dalje je malo, što dodatno naglašava potrebu za kvalitativnim istraživanjima koja se bave suptilnijim dimenzijama individualnog subjektivnog iskustva.

Ovakvih istraživanja još je manje na adolescentnom uzrastu, u skladu sa nepriznatim statusom poremećaja u praksi, o kojem je u ranijim delovima disertacije bilo reči. U istraživanju iz 2013. godine (Spodenkiewicz et al., 2013), uporedo su ispitivana subjektivna iskustva adolescenata sa graničnim poremećajem ličnosti i onih iz opšte populacije. Nalazi su pokazali da se adolescenti sa graničnim poremećajem ličnosti razlikuju u četiri domena: emocionalna iskustva, relaciona iskustva, slika o sebi i struktura diskursa. Emocionalni život odlikovala je dominantna obojenost strahom, tugom i pesimizmom, dok je u odnosima sa drugima bio prisutan izražen doživljaj usamljenosti i neprijateljstva. Mada su adolescenti sa poremećajem ličnosti imali su značajno negativniju sliku o sebi, najznačajnije razlike utvrđene su u pogledu doživljaja kontinuiteta. Naime, učesnici sa dijagnozom poremećaja pokazivali su izraženi diskontinuitet u doživljaju sebe, gotovo bez sposobnosti refleksije na sebe kao dete ili zamišljanja sebe u budućnosti, ostajući zarobljeni u sadašnjem trenutku. U drugoj kvalitativnoj studiji, koja ovom pitanju pristupa iz ugla narativnog identiteta (Shiner et al., 2021), pokazano je da adolescenti sa poremećajem ličnosti konstruišu priče o sebi na negativniji i manje koherentan način u odnosu na učesnike iz kontrolne grupe, uz značajno slabiji doživljaj agensnosti. Obe studije potvrđuju da subjektivno iskustvo adolescenata sa poremećajem ličnosti nosi specifičan kvalitet koji se ne može zahvatiti kvantitativnim merama i koji zaslužuje dalju istraživačku pažnju.

PREDMET I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Predmet ove studije predstavlja subjektivno iskustvo postojanja adolescenata sa poremećajem ličnosti – načini na koje ovi mladi razumeju i doživljavaju sopstveni unutrašnji svet, onako kako ga iz sopstvene perspektive opisuju, osećaju i osmišljavaju.

Studija nastoji da odgovori na obuhvatno istraživačko pitanje:

❖ *Na koji način adolescenti sa poremećajem ličnosti konstruišu doživljaj sebe?*

U cilju obuhvatanja ovog fenomena, postavljeno je nekoliko dodatnih pitanja:

- *Kako se sopstvo doživljava u kontekstu svakodnevnih životnih iskustava, odnosa prema sebi i unutar odnosa sa drugima?*
- *Na koji način se uklapaju različiti aspekti selfa?*
- *Kako se subjektivna iskustva integrišu kroz vreme?*

Važno je naglasiti da cilj studije nije da utvrdi učestalost određenih iskustava, niti da ponudi objašnjenja njihove etiologije, već da pruži nijansiran, idiografski opis subjektivnog doživljaja sopstva kod adolescenata sa poremećajem ličnosti. Na taj način, studija nastoji da dijagnostički utvrđenim fenomenima doda subjektivnu teksturu, prikazujući kako ti fenomeni izgledaju iznutra, iz perspektive samih učesnika.

***Terminološka napomena:** u ovoj studiji, kao centralni pojam odabran je ‘doživljaj sebe’, budući da najšire obuhvata fenomenološku dimenziju iskustva koja je predmet istraživanja, bez vezivanja za jedan specifičan teorijski okvir. ‘Self’ i ‘sopstvo’ se kao sinonimi koriste u skladu sa uobičajenim određenjem ovih termina, kako bih ukazala na unutrašnji, svesni doživljaj sebe koji

uključuje misli, osećanja i senzacije. Self se definiše kao refleksivna doživljajno-introspektivna mentalna struktura (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017), a proživljeno iskustvo postojanja u prostoru i vremenu realizuje se osvrtaњem Ja na sebe samog, istovremeno bivajući onaj koji opaža i onaj koji može biti opažen (James, 1892/1963, prema Sharp & Wall, 2021). Sa druge strane, 'identitet' se pre može razumeti kao ekspresivno-doživljajna struktura koja obuhvata svesne i nesvesne prepoznatljive odlike osobe, uključujući uloge i određene društvene aspekte doživljaja sebe kroz koji nas drugi unutar socijalnog konteksta vide (Akhtar & Samuel, 1996; Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Mada se u literaturi ovi termini neretko koriste bez pravljenja razlike, 'identitet' se u okviru ove studije pojavljuje samo u direktnoj vezi sa teorijskim konceptima koji se na njega eksplicitno oslanjaju, ili u slučajevima kada ga sami učesnici koriste u opisivanju sopstvenog iskustva.

METODE ISTRAŽIVANJA

Budući da su prethodno unutar Studije 1 detaljno opisane interpretativna fenomenološka analiza i koraci u procesu analize materijala, u ovom delu će biti prikazane samo specifičnosti korišćenog metoda i njegove primene u kontekstu predmeta istraživanja ove studije.

Interpretativna fenomenološka analiza – odabir istraživačkog metoda

Polazeći od istraživačkog cilja, koji je usmeren na razumevanje načina na koji adolescenti sa poremećajem ličnosti konstruišu doživljaj sebe, studija se zasniva na kvalitativnoj metodologiji. Ovakav metodološki pristup omogućava zahvatanje subjektivnih iskustava koja se ne mogu adekvatno obuhvatiti standardizovanim, kvantitativnim merama (Vilg, 2016).

U okviru kvalitativne metodologije, kao najadekvatniji pristup odabrana je interpretativna fenomenološka analiza. Ona je definisana kao metod za strukturisanu (mikro)analizu kvalitativnih podataka, uključujući polustrukturisane intervjuе kakvi su korišćeni u ovoj studiji (Smith et al., 2009). Interpretativna fenomenološka analiza je usmerena na detaljno ispitivanje proživljenog ljudskog iskustva, na način koji, koliko je to moguće, omogućava da se to iskustvo izrazi u

sopstvenim terminima, a ne u okviru unapred definisanih kategorija. Ovo je posebno značajno u kontekstu kliničke populacije, koja se institucionalno najčešće vidi kroz ograničen set simptoma i kategorija. U skladu s tim, interpretativna fenomenološka analiza sve češće se koristi za ispitivanje korisnika psihijatrijskih i drugih zdravstvenih usluga (Moltu et al., 2023). U kontekstu ove studije, interpretativna fenomenološka analiza čini se najadekvatnijim metodološkim pristupom i zbog svoje eksploratorne prirode, koja je posebno pogodna za nedovoljno istražene oblasti, jer omogućava dubinsko razumevanje fenomena o kojima postoji ograničeno znanje (Smith, 2017) – poput subjektivnih iskustava adolescenata sa poremećajem ličnosti. Posebno je značajan fokus ovog pristupa na razumevanje ‘teksture’ iskustva što bliže načinu na koji ga učesnik iznutra živi. Na taj način, omogućava se bogato i nijansirano razumevanje doživljaja, pogodno za zahvatanje kompleksnosti pitanja sopstva kod poremećaja ličnosti. Dodatno, ovim pristupom moguće je približiti perspektivu osoba sa poremećajem ličnosti stručnjacima i široj javnosti. Ovo je posebno značajno uzevši u obzir da su ovi pojedinci možda i najstigmatizovaniji među korisnicima psihijatrijskih usluga, te da se njihovom ponašanju primarno pripisuje bezobzirna destruktivnost i manipulativnost (Moltu et al., 2023; Ring & Lawn, 2025; Treloar 2009). Prethodna istraživanja sugerišu da bi bolje razumevanje poteškoća koje prate poremećaj ličnosti bilo ključno kod adolescenata, budući da u poređenju sa odraslom populacijom izveštavaju o značajno višem stepenu doživljene stigme, posebno u slučaju graničnog poremećaja ličnosti (Catthoor et al., 2015). Naposljetku, interpretativna fenomenološka analiza korišćena je i u prethodnim studijama koje su se bavile različitim aspektima identiteta i svakodnevnog iskustva osoba sa ovom dijagnozom, na adolescentnom (Spodenkiewicz et al., 2013) i odraslom uzorku (Black et al., 2014; Jørgensen & Bøye, 2022; Jørgensen & Bøye, 2024; Moltu et al., 2023).

U interpretaciji podataka, oslanjala sam se na interpretativno-fenomenološki okvir, budući da sam iskustva tumačila u skladu sa ličnim i neposrednim okruženjem učesnika.

Uzorak

Inicijalno je intervjuisano 47 ispitanika iz ukupnog kliničkog uzorka (sa i bez detektovanog poremećaja ličnosti). Za finalni uzorak ove studije odabrano je 13 adolescenata koji su ispunili dijagnostičke kriterijume za granični poremećaj ličnosti prema SCID-5-PD kliničkom intervjuu. Kako bi se pristupilo dubinskoj analizi subjektivnih iskustava, u skladu sa metodološkim preporukama, odabrani uzorak je nameran i relativno homogen. Opređenje za granični poremećaj ličnosti zasnovano je na značajno većoj učestalosti ove kategorije u odnosu na druge poremećaje ličnosti u kliničkom uzorku prethodne studije, kao i na snažnoj empirijskoj podršci validnosti granične patologije na adolescentnom uzrastu. Uz to, kao što je već prikazano, granični poremećaj ličnosti se u skladu sa psihodinamskim konceptualizacijama i savremenim istraživačkim nalazima manje posmatra kao izolovana dijagnostička kategorija, već se smatra izrazom opšte patologije ličnosti (Pešić et al., 2026; Sharp & Fonagy, 2015). U tom smislu, fokusiranje na granični poremećaj ličnosti omogućava kvalitativno istraživanje sržnih i razvojno najuočljivijih procesa organizacije poremećaja ličnosti u adolescenciji.

Broj učesnika za ovu studiju određen je u skladu sa korišćenim metodom i prethodnim istraživanjima koja su se bavila sličnom temom na odrasloj populaciji (Smith et al., 2009; Black et al., 2014). Pored toga, uključivanje dodatnih transkripata u inicijalnoj fazi analize ukazalo je na dostizanje saturacije podataka, budući da nov materijal nije donosio nove obrasce značenja, odnosno dodatne uvide. Uzorak je sastavljen od deset adolescentkinja i tri adolescenta. Odluka da u istraživanje budu uključeni i učesnici muškog pola doneta je imajući u vidu mali broj studija koje se bave graničnim poremećajem ličnosti u muškoj populaciji. Usled rodne pristrasnosti, ova dijagnoza se znatno češće postavlja kod žena, zbog čega su muškarci sistematski nedovoljno prepoznati, a njihova subjektivna iskustva ostaju retko istraživana (Bozzatello et al., 2024).

Prikaz uzorka

Marko (15) je učenik I godine srednje stručne škole. Živi sa roditeljima i sestrom. Leči se od V razreda osnovne škole, četiri puta urgentno hospitalizovan zbog pokušaja suicida. Kao primarne tegobe navodi samopovređivanje, promenljivost raspoloženja, impulsivne reakcije i nekontrolisan bes, uz visok stepen anksioznosti. Ima istoriju lečenja zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Prisutne su teškoće u svakodnevnom funkcionisanju u smislu redovnog pohađanja škole i učenja, kao i u pogledu odnosa sa roditeljima i vršnjačkom grupom.

Tijana (16) je učenica II godine umetničke škole. Živi sa majkom, roditelji su razvedeni. Prvi put je psihijatrijski zbrinuta sa devet godina, nakon pokušaja suicida. Kao primarne žalbe navodi „pucanje” pod pritiskom i epizode izrazito sniženog raspoloženja, uz burne emocionalne reakcije. Ima istoriju samopovređivanja i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, počev od 11. godine života. Prisutne su izražene teškoće u učenju i funkcionisanju sa vršnjacima.

Valentina (17) je vanredna učenica III razreda srednje škole. Živi sa majkom i sestrom, otac preminuo. Prve tegobe prisutne od šeste godine života, u vidu intenzivne tuge i praznine. Kao primarne žalbe navodi učestalo samopovređivanje, telesnu dismorfiju i nisko samopoštovanje. Ima istoriju poremećaja ishrane i višestrukih hospitalizacija. Prisutne su teškoće u svakodnevnom funkcionisanju u smislu apetita, spavanja, pohađanja škole i odnosa sa vršnjacima, naročito u domenu emotivnih veza.

Ivona (15) je učenica I godine gimnazije. Živi sa oba roditelja, jedinica je. Prvi put je potražila stručnu pomoć u VII razredu osnovne škole zbog školske fobije, usled koje je prestala da ide u školu. Kao dominantne aktuelne poteškoće navodi samopovređivanje, nezadovoljstvo sobom i telesnim izgledom, kao i zavisnost od drugih. U prethodnom periodu hospitalizovana zbog pokušaja suicida. Najizraženije teškoće su prisutne u domenu pažnje, motivacije i vršnjačkim odnosima.

Nevena (16) pohađa II godinu umetničke škole. Razvedeni roditelji su zasnovali nove porodice, a Nevena živi na relaciji majčino-očevo domaćinstvo. Stariji siblizi su se odvojili od porodice porekla. Poteškoće su otpočele u V razredu, kao izraženi problemi u koncentraciji i sniženo raspoloženje. Ima istoriju samopovređivanja i prolaznih psihotičnih epizoda (auditivne/vizuelne halucinacije i ideje proganjanja). Kao prezentirajući problem, aktuelno navodi učestale i nagle promene raspoloženja, kao i nesigurnost u pogledu rodnog identiteta. Teškoće u funkcionisanju su prisutne prvenstveno u pogledu pažnje i vršnjačkih relacija.

Bojana (18) je studentkinja I godine fakulteta. Do početka studija živela u unutrašnjosti Srbije sa roditeljima, sibirizima i dedom. Prvi problemi prisutni su od šeste godine života, u vidu izraženih separacionih strahova, nemogućnosti snalaženja u vršnjačkoj grupi i suicidalnosti. Od 13. godine prisutne su učestale epizode eksplozivnog besa, samopovređivanja i višestruki pokušaji suicida. Posebno su izraženi problemi u interpersonalnom funkcionisanju, na planu partnerskih i odnosa sa roditeljima. Ima formalno postavljenu dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti.

Maja (17) je učenica III godine srednje stručne škole. Živi sa majkom i babom. Problemi su počeli u VI razredu, kao učestali napadi panike u školi, dok su kasnije poteškoće obeležene nestabilnim raspoloženjem, kojim dominira intenzivan i negativan afekat, uz samopovređivanje i pokušaje suicida. Izveštava o teškoćama u prethodnim emotivnim relacijama i vršnjačkim odnosima.

Stefan (17) je učenik III godine gimnazije. Živi sa roditeljima, dok se značajno stariji brat odvojio od porodice porekla. Kao prezentirajući problem iznosi učestale napade panike, intenzivne i burne emocionalne reakcije, težu zloupotrebu alkohola i droga. Teškoće u funkcionisanju su najprimetnije na planu relacija sa vršnjacima.

Katarina (15) je učenica I godine srednje škole iz susedne države, gde živi sa majkom i bratom. Roditelji su razvedeni. Problemi su se javili u VII razredu, u vidu pojačane socijalne anksioznosti sa vršnjacima i pred ocenjivanje u školi. Aktuelne poteškoće se u prvom redu odnose na intenzitet emocionalnih reakcija i prazninu, samopovređivanje i suicidalnost, uz nekoliko pokušaja suicida u prethodnom periodu. Ima poteškoće sa pažnjom i učenjem, kao i u pogledu odnosa sa članovima porodice i vršnjacima.

Vida (16) je učenica II godine gimnazije. Živi sa roditeljima i sestrom. Leči se od devete godine života, kada je pokušala suicid. Trenutno na lečenju zbog naglih promena raspoloženja, eksplozivnog besa, impulsivnih postupaka i učestalog samopovređivanja. Dodatno, prisutno je preispitivanje rodnog identiteta.

Jelena (16) je učenica III razreda srednje stručne škole. Živi sa roditeljima, bratom i nekoliko članova proširene porodice. Kao aktuelne poteškoće definiše brze promene raspoloženja i izrazito nisko samopoštovanje. Leči se od 12. godine zbog učestalog samopovređivanja, suicidalnih misli i povremenih psihotičnih epizoda (auditivne/vizuelne halucinacije i ideje proganjanja). Pokazuje teškoće u odnosima sa drugima i koncentracijom, redovno beži iz škole.

Nina (16) je učenica II godine umetničke škole. Iz manjeg mesta u Srbiji, sada sa roditeljima i bratom živi u Beogradu. Prvi problemi prisutni su od 10. godine, u vidu niskog samopoštovanja, samopovređivanja i suicidalnosti. U skorijem periodu posebno je izražena nestabilnost raspoloženja i neregulisan bes. Snižena funkcionalnost je prisutna u domenu sna, apetita, redovnog školovanja i bliskih odnosa.

Dorđe (17) je učenik III godine srednje stručne škole. Živi sa roditeljima i bratom koji je zasnovao sopstvenu porodicu. Prvi problemi počinju sa crnim mislima na uzrastu od 11 godina, nastavljaju se razvojem neobično dugih napada panike, da bi danas dominirale suicidalne misli, samopovređivanje i poremećaj ishrane. Prethodno hospitalizovan. Primetne su teškoće na nivou učenja, redovnog pohađanja škole, prijateljskih i partnerskih odnosa.

Metod prikupljanja podataka

U skladu sa idiografskom prirodom odabranog metoda, podaci su prikupljeni polustrukturisanim intervjuom, što omogućava da se važni aspekti doživljaja sebe dodatno eksplorišu i razrade (Viligi, 2016). Uz to, postoji dovoljno fleksibilnosti da učesnici u razgovor uvedu elemente iskustva koje smatraju relevantnim. Primenjen je psihodinamski orijentisan Intervju procesa organizacije ličnosti u adolescenciji (Interview of Personality Organization Processes in Adolescence – IPOP-A; Ammaniti et al., 2012; Fontana et al., 2021), namenjen mladima uzrasta 13-21 godine. Instrument sadrži 41 pitanje i obuhvata tri domena, kojima se procenjuje tipičan i patološki razvoj organizacije ličnosti adolescenata. Ispitivanje uključuje bihejvioralni i fenomenološki nivo, zbog čega je odabran kao usklađen sa fokusom istraživanja na lični doživljaj adolescenta. U okviru *identiteta* moguće je razlikovati normativnu krizu identiteta od difuzije identiteta, koju karakterišu problemi konsolidacije reprezentacija selfa i značajnih drugih, doživljaja koherentnosti, samopoštovanja, integracije telesnih i seksualnih promena, kapaciteta investiranja u školske aktivnosti, hobije i ciljeve u budućnosti. Domen *objektnih relacija* uključuje procenu kvaliteta interpersonalnog funkcionisanja sa vršnjacima, roditeljima i romantičnim partnerima. Kroz domen *afektivne regulacije* ispituje se kapacitet da se osveste, iskuse i moduliraju različita afektivna stanja (npr. bes, stid, krivica, radost, seksualna uzbuđenost). U okviru ove studije, instrument nije skorovan, niti korišćen u svrhu procene organizacije ličnosti adolescenta, već je fokus bio na načinu na koji adolescenti konstruišu doživljaj sebe unutar

opisanih domena. U nastavku je dat opis različitih oblasti intervjua, uz primere nekoliko tipičnih pitanja datog segmenta³.

Uvod je uključivao socijalnu fazu, koja predstavlja početni, neformalni deo intervjua u svrhu uspostavljanja odnosa poverenja. Adolescenti su potom bliže upoznati sa ciljem istraživanja, formulisanim kao pokušaj razumevanja „*Kako je biti ti*”. Učesnike sam usmeno podsetila na etičke aspekte uključene u integrisanu informisanu saglasnost koju su potpisali u okviru prethodne studije. Naposljetku, prikupljeni su osnovni sociodemografski podaci, koji su uključivali uzrast, razred i školu koju adolescent pohađa, mesto življenja i strukturu porodice.

Mi smo se upoznali/-le prethodni put kada si popunjavao/-la upitnike i pričali/-le smo malo o nekim pitanjima sa jednog od onih testova. Ali ja zapravo malo toga znam o tebi i htela bih danas bolje da te upoznam. Znam da imaš 17 godina, je l' tako? U koju školu ideš, koji si razred? [...] A sa kim živiš?

Prezentirajući problem i aktuelna kriza predstavlja segment intervjua koji uključuje pitanja o poteškoćama zbog kojih se adolescent obratio za stručnu pomoć, uključujući inicijalnu pojavu problema i njihov tok, uticaj na svakodnevno funkcionisanje, kao i kratku istoriju lečenja.

Kaži mi, u stvari, zbog kakvih si ti problema potražio/-la pomoć psihologa ili psihijatra?

Pored toga, ispituju se periodi u proteklih godinu dana koje bi adolescenti lično definisali kao krizne. Ispitivač istražuje koliko adolescenti svoja iskustva pripisuju prolaznim, kontekstualnim okolnostima, a u kojoj meri ih doživljavaju kao izraz stabilnijih obrazaca funkcionisanja, potencijalno pogoršanih dejstvom „okidača”.

U protekloj godini, da li je bilo trenutaka kada bi rekao/-la da si prolazio/-la kroz “krizu”? Da li je bilo perioda da nisi funkcionisao/-la kao svoje “uobičajeno ja”?

³ Celokupna agenda intervjua neće biti prikazana unutar doktorske disertacije, budući da je instrument zaštićen autorskim pravima.

U glavnom delu intervjua, fokus se pomera sa prezentirajućih problema ka široj slici o sebi – adolescenti su zamoljeni da govore o tome kakvi su kao osobe inače, u svakodnevnom životu.

Reprezentacija selfa obuhvata pitanja usmerena na način na koji adolescenti opisuju i razumeju sebe kao ličnost. Ovaj deo intervjua istražuje različite aspekte doživljaja sebe, uključujući kapacitet za refleksiju ličnih osobina (kvalitet samoopisa), načina na koji se razumeju i integrišu različiti, kontradiktorni delovi selfa (self-mentalizacija), procenu sopstvene vrednosti (samopoštovanje), odnos prema svom telu i izgledu (slika tela), kao i doživljaj kontinuiteta kroz vreme.

Recimo da želim da te upoznam za neko kratko vreme, za samo nekoliko minuta – kako bi sebe opisao/-la da bih stekala živopisnu i što potpuniju sliku o tome kakva si osoba?

Opisao/-la si sebe kao "_____" i kao "_____" – pitam se kako razumeš zašto si i "_____" i "_____"? Kako povezuješ ove aspekte sebe?

Šta je isto/drugačije u odnosu na tebe u prošlosti, npr. u osnovnoj školi? Kada se osvrneš na događaje iz nedavne prošlosti, da li se osećaš povezano sa osobom koja je proživela ta iskustva?

Reprezentacija drugih i kvalitet interpersonalnog funkcionisanja podrazumeva ispitivanje doživljaja drugih i proces konstruisanja selfa unutar porodičnih, prijateljskih i partnerskih odnosa, kao i širih vršnjačkih grupa. Učesnici se pozivaju da opišu značajne druge i način na koji uklapaju njihove različite aspekte u koherentnu celinu. Uz to, u ovom segmentu istražuje se subjektivni doživljaj relacija i sopstvenih pozicija unutar istih, uključujući bliskost, stabilnost i konflikte (rupture i kapacitet za reparaciju odnosa). U okviru odnosa sa roditeljima, dodatno se istražuje separacija-individuacija.

Šta bi mi rekao/-la, kakav je tata? Opisao/-la si ga kao „_____” i kao „_____” – pitam se kako povezuješ ove njegove osobine?

Pomozi mi da razumem kako izgleda vaš odnos. Možeš li da mi približiš kako se osećaš i ponašaš kada si sa njim/njom?

Koliko često imate konflikte? Kako se na kraju pomirite?

Afektivna regulacija eksploriše se kroz načine na koje adolescenti doživljavaju i „izlaze na kraj” sa različitim emocionalnim stanjima. U fokusu su intenzitet, trajanje i kapacitet modulacije afekta. U toku prikupljanja podataka, pitanja iz ove oblasti nisu bila izdvojena u poseban segment, s obzirom na to da su adolescenti tokom čitavog intervjua spontano iznosili doživljaj sebe u kontekstu različitih emocionalnih iskustava.

Da li si nekada učinio/-la nešto nažao svom prijatelju, kako si se tada osećao i ponašao? (krivica)

Da li se nekad ljutiš na osobe izvan svoje porodice? Šta tada obično radiš? Koliko te to dugo drži? (bes)

Sva osnovna pitanja praćena su pozivom na elaboraciju, te se od učesnika traži da navede primere/priče ili detaljnije opise koji ilustruju inicijalne odgovore. Smernice za preciziranje kao sastavni deo IPOP-A u skladu su sa fenomenološkim pristupom koji podrazumeva pružanje prilike učesnicima da na sopstveni način artikulišu iskustvo proučavanog fenomena, čime se omogućava približavanje istraživača doživljaju učesnika (Vilig, 2016).

Proces prikupljanja podataka

Podaci su prikupljeni u istom vremenskom okviru kao i prethodna studija, kako bi se smanjila mogućnost osipanja uzorka. Učesnicima je, nakon popunjavanja baterije testova i sprovedenog dijagnostičkog intervjua, predloženo učešće u dodatnom razgovoru usmerenom na njihova subjektivna iskustva. Većini učesnika zakazan je naknadni termin u prostorijama zdravstvene ustanove u kojoj se sprovodi psihijatrijski tretman, dok je sa troje učesnika, zbog nemogućnosti ponovnog dolaska u narednom periodu, intervju obavljen nakon kraće pauze, po završetku prikupljanja podataka za potrebe validacije instrumenta LoPF-Q 12-18.

Prosečno trajanje intervjua iznosilo je 90 minuta, nakon čega sam obavila kratak debriefing, usmeren na osnaživanje adolescenta i isticanje njegovih/njenih kapaciteta za prevladavanje aktuelnih izazova. Učesnici su naveli da im je iskustvo razgovora bilo zanimljivo i značajno, obezbeđujući prostor da promisle i artikulišu sopstvena iskustva na drugačiji način.

Nekoliko adolescenata mi se po završetku razgovora vidno ganuto zahvalilo, opisujući intervju kao priliku da podele delove sebe kojih se stide. Svima sam naglasila da ću zbog istraživanja redovno biti u bolnici i ostavila mogućnost da mi se jave ukoliko u narednom periodu osete potrebu. Takođe, učesnici su bili upoznati da se mogu obratiti ordinirajućem psihijatru ili psihologu sa odeljenja ukoliko u bilo kom trenutku osete uznemirenost povodom tema koje su pokrenute. Po njihovom odlasku iz prostorije u kojoj je intervju sproveden, pribeležila sam osnovne utiske razgovora, uključujući sopstveni emocionalni doživljaj ostvarenog kontakta.

Proces analize i interpretacije podataka

Analizu sam započela preslušavanjem i višestrukim iščitavanjem svakog intervjua kako bih se što detaljnije upoznala sa iskustvom učesnika i načinom na koji ga oblikuju kroz govor. Tokom čitanja kreirala sam kodove koji su se odnosili na sadržaj iskaza, specifičnosti jezika i moguća značenja koja su se pojavljivala u narativu učesnika. Ovi kodovi su prvenstveno imali deskriptivnu funkciju, kao pokušaj mapiranja načina na koji se unutrašnja iskustva pojavljuju. Iz tih kodova razvijala sam teme, odnosno sažete formulacije ključnih aspekata iskustva, a zatim sam istraživala odnose među njima unutar svakog pojedinačnog slučaja. Svaki intervju analiziran je zasebno, uz nastojanje da prethodne interpretacije privremeno stavim po strani i ostanem otvorena za idiosinkratičnost nove priče. Nakon analize svih pojedinačnih intervjua, identifikovala sam obrasce sličnosti i razlika među učesnicima, organizujući teme u šire tematske celine. Proces analize bio je istovremeno interpretativan, budući da sam nastojala da razumem način na koji učesnici pridaju značenje sopstvenom iskustvu.

Tokom procesa interpretacije zapisivala sam refleksije i komentare na materijal, koje sam koristila kao dodatni interpretativni resurs. Posebno mi je bilo značajno da pratim sopstveni doživljaj rada sa svakim učesnikom. U nekoliko slučajeva, intervju je odlikovalo za mene netipično odsustvo emocionalne rezonance, čak i kada su učesnici govorili o duboko uznemirujućim iskustvima. Ovaj proces pokušala sam da osmislim na dva načina: kao unutrašnji odgovor kojima se kao ispitivač distanciram od teških iskustava pacijenata, ali i potencijalni odraz samog iskustva učesnika – doživljaja praznine, neautentičnosti i hladnoće kroz koju ih drugi nekada percipiraju, o čemu su eksplicitno govorili u intervjuima.

Teorijske konceptualizacije i prethodno iskustvo rada oblikovali su način na koji sam ušla u proces analize, da bih se u daljim susretima sa audio snimcima i verbatim transkriptima trudila da se što više približim jedinstvenom iskustvu svakog učesnika. To je značilo da se iznova vraćam materijalu ne kako bih pokušala da razumem da li se i u kojoj meri ono što učesnik govori uklapa u poremećaj ličnosti, već šta je ono što učesnik kroz ova iskustva govori o doživljaju sebe, načinu na koji sebe vidi, oseća i razume. Istovremeno, tokom analize sam se povremeno vraćala pitanju razgraničenja između iskustava koja su deo normativnog procesa adolescencije i onih koja ga prevazilaze, kao odrazu prethodno elaborirane šire stručne debate o legitimnosti dijagnoze poremećaja ličnosti na ovom uzrastu.

Interpretacije su bile predmet diskusije sa mentorkama, što je služilo kao dodatni način provere utemeljenosti tema u materijalu, umesto u sopstvenim pretpostavkama.

Refleksivna izjava

Odluka da sprovedem ovu studiju proistekla je iz interesovanja da razumem kako se dijagnostički utvrđeni fenomeni preslikavaju na subjektivna iskustva unutar ličnih priča adolescenata. Osnovna ideja od koje sam pošla je da adolescenti sa indikatorima poremećaja ličnosti zaslužuju da njihov doživljaj sebe dobije glas, da ne budu prisutni samo kroz skup simptoma ili testovno utvrđeni nivo funkcionisanja ličnosti, što je tradicionalno slučaj. U skladu s tim, želela sam da kreiram prostor u kom bi bilo dobrodošlo njihovo živo, kompleksno i jedinstveno iskustvo postojanja. Takođe, bilo mi je važno da adolescenti ne budu samo ispitanici, već da i sami nešto dobiju učešćem u istraživanju. Razgovor je tako zamišljen kao bezbedan i validirajuć prostor čiji primarni cilj nije procena, već razumevanje.

Moja pozicija u odnosu na učesnike bila je specifična i višeslojna. Kao mlada istraživačica, pretpostavila sam da bih im mogla biti pristupačnija od starijih stručnjaka unutar sistema, neko sa kim bi možda lakše mogli da se povežu. Istovremeno, nisam ih poznavala od ranije, susret je bio vremenski ograničen, a zabrinutost oko kvaliteta raporta bila je dodatno pojačana svešću da obrasci koji karakterišu poremećaj ličnosti mogu značajno otežati uspostavljanje odnosa poverenja. U skladu sa tim, sa posebnim oprezom sam pristupala pozivu učesnika u ovu studiju i uvodnom delu

intervjua. Sa druge strane, pozicija „autsajdera” mogla je biti i svojevrsna prednost. S obzirom na to da mnogi pojedinci sa poremećajem ličnosti nose negativna iskustva unutar zdravstvenog sistema i doživljaj da ih stručnjaci otpisuju (Catthoor et al., 2015), moja nezavisnost od institucionalnog konteksta mogla je olakšati kreiranje drugačijeg iskustva razgovora.

Ulazeći u proces prikupljanja podataka, nosila sam sa sobom veliki doživljaj odgovornosti. Osetljivost tema kojima smo se bavili, poput samopovređivanja, suicidalnosti, traumatskih događaja i preplavljujućih sadržaja koji su u prošlosti dobijali kvalitet psihotičnih iskustava, značili su da je razgovor nužno uključivao dodatna etička pitanja koja prevazilaze anonimizaciju i informisan pristanak. Prioritet je u toku celokupnog intervjua bila dobrobit učesnika, usled čega sam redovno pratila neverbalne pokazatelje uznemirenosti i proveravala da li se osećaju komforno da o određenim iskustvima razgovaramo. U tom kontekstu, posebno mi je bilo značajno kliničko i psihoterapijsko iskustvo u radu sa adolescentima, koje mi je pružilo uverenje da ću moći da se prilagodim onome što susret donosi. Dodatnu sigurnost obezbedila je odluka da istraživanje sprovedem unutar institucija, gde je podrška osoblja sa psihijatrijskog odeljenja bila lako dostupna. Svesna sam da ovaj kontekst nosi specifično značenje koje boji istraživački proces – sa jedne strane, ovo je moglo uticati na spremnost učesnika da dele sopstvena iskustva, a sa druge strane prostor prikupljanja podataka bio im je poznat, što sa sobom nosi određenu prednost.

U pogledu samog procesa, nastojala sam da pratim tempo učesnika, ostavljala sam dovoljno prostora tišini i trudila se da načinom ispitivanja ne sugerišem odgovore. Otvarala sam prostor za lična pojašnjenja, uvodeći pitanja poput: „*Kako je to za tebe? / Kako to kod tebe izgleda?*”, ističući idiosinkratičnost iskustava. Na taj način, težila sam da što manje učitavam sopstvena značenja i da ostanem bliska onome što učesnik zaista opisuje, a ne onome što bih na osnovu teorijskog znanja i prethodnog iskustva mogla da očekujem. Mada polustrukturisani intervjui u okviru interpretativne fenomenološke analize nužno uključuju validaciju i aktivno slušanje kojima se obezbeđuje angažovanje učesnika (Smith et al., 2009), imala sam dilemu da li povremeni „terapijski” komentari utiču na način na koji učesnici osmišljavaju svoje iskustvo. Svesna ovog rizika, donela sam odluku da u određenim trenucima izađem iz istraživačke uloge, ukoliko su učesnici delili posebno teška iskustva.

Učesnicima je bila zagarantovana poverljivost, uz isticanje izuzetka u slučaju saznanja o neposrednoj ugroženosti.

ANALIZA I INTERPRETACIJA REZULTATA

Na osnovu interpretativne fenomenološke analize, izdvojeno je pet glavnih tema, čiji nazivi proističu iz upečatljivih odlomaka transkripta. Teme ne predstavljaju izolovane kategorije, već zajedno grade fenomenološku mapu sopstva adolescenata sa poremećajem ličnosti, osvetljavajući različite aspekte subjektivnog iskustva postojanja.

Dijagram 1

Doživljaj sebe kod adolescenata sa poremećajem ličnosti: glavne teme



1. „Život kao kutija” : sveprisutna praznina

U okviru ove teme, učesnici subjektivni doživljaj sopstvenog postojanja opisuju kroz intenzivan, sveprožimajući osećaj praznine. Praznina se ne javlja kao prolazna emocija, već kao trajno stanje u pozadini svakog iskustva, koje varira u intenzitetu, ali retko potpuno izostaje. Ona tako poprima status prirodnog načina bivanja, koje boji sve druge doživljaje.

*Ja na to (prazninu) gledam kao odvojenu emociju kod sebe. Ili kao, možda čak i **normalno moje stanje**, zato što to je, ona je **konstantno tu**, nekad manje, nekad više se oseti. Ali taj osećaj da je tu **konstantno**, **sve vreme pozadi** negde. (Marko)*

Doživljaj sebe u tom smislu nije nužno konstruisan sadržajima, već subjektivnim iskustvom njihovog odsustva, kroz nepostojanje unutrašnjeg osećaja ispunjenosti. Ovo je posebno upečatljivo u Tijaninom opisu, koji osvetljava doživljaj nemogućnosti popunjavanja sržne praznine objektivnim postignućima.

*Kao da **nešto fali**, **nešto nije tu**. Imam **ispunjen život**, imam toliko stvari da radim, imam toliko talenata i toliko stvari koje mogu da, ono, iskoristim za moju dobrobit, **ali nešto fali**. **Nešto mi fali** da budem srećna. (Tijana)*

Praznina na taj način poprima kvalitet nepromenljivosti, pri čemu se ne zadržava samo na nivou unutrašnjeg stanja, već oblikuje doživljaj sveta, koji se percipira kao lišen dubine i smisla. Uz to, ova subjektivna iskustva učesnici opisuju kao teško uhvatljiva, što dodatno otežava njihovo razumevanje i artikulaciju u komunikaciji sa drugima.

*Uh, nekako se osećam kao... ovo je **vrlo teško da objasnim**. Ja ovo **pokušavam već godinama da objasnim**. Jednostavno, **život mi deluje kao jedna kutija**. I da **nema ništa**. Ono, **možeš da radiš šta god hoćeš, ali nema ništa tu**. (Valentina)*

Metafora „kutije” sugerise zatvoren, ograničen prostor u kome je moguće kretati se, ali bez stvarnog sadržaja ili dubine, kao da su sve aktivnosti lišene značenja uprkos njihovoj spoljašnjoj raznolikosti. Kao da nema izlaza.

U pojedinim slučajevima, ovakav doživljaj realnosti dodatno se produbljuje fenomenima depersonalizacije i derealizacije, koji destabilizuju granicu između unutrašnjeg i spoljašnjeg. Praznina je praćena specifičnim telesnim i čulnim senzacijama, koje svet čine „distorziranim” i bizarnim, uz izražen osećaj otuđenosti koji izmiče potpunoj verbalizaciji.

*Često se osetim izdvojeno od realnosti. Kao, kao bukvalno, iz... ne... kao bukvalno da sam stavio VR set naočare i ono. I, kao nekako mi je sve ili ne, **ne znam**, mnogo je **čudno**. Imam neki **potpuno čudan osećaj po telu i zvukovi su mi čudni**. Kao, kao da je ono nešto **mjutovano** ili **distorzirano** i, nešto, **čudno je jako**. **Ne znam kako da opišem**. (Marko)*

Disocijativna iskustva na taj način ne predstavljaju samo prateće pojave praznine, već je produbljuju na specifičan način. Praznini iznutra pridružuje se iskrivljenost spolja, tako da ni telo, ni svet ne pružaju čvrsto tlo na koje bi se moglo osloniti. Otuđenost poprima totalni kvalitet: ne postoji nijedno mesto, ni unutrašnje ni spoljašnje, koje bi moglo da posluži kao oslonac za doživljaj sopstvene prisutnosti u svetu.

*Skroz se **diskonektujem** kad sam s drugima, onako kao da **čujem glasove nekako mutno**. Samo čujem da pričaju, ali ne razumem šta pričaju. [...] Osećam odjednom kao, jao, ono, **imam organe, pomeraju se po meni**. I jednostavno onako budem u fazonu: "**Je l' život simulacija?** Kao koja je poenta? Koja je kao...?" I tako, imam trenutke kad se **ne osećam stvarno**. I onako kao **ne znam kako da objasnim, jako je, ono, konfuzno**. (Ivona)*

Kada ni Ja, ni stvarnost nisu prepoznatljivi, neizbežno se nameće pitanje: *Da li sam onda uopšte tu?* Na taj način, praznina poprima kvalitet egzistencijalne nesigurnosti, u okviru koje se dovodi u pitanje i doživljaj sopstvenog postojanja.

*Osećam se kao da **nema ništa u meni**. ... i onako sam bukvalno kao, **je l' ja uopšte postojim**, onako, **jesam li uopšte tu**, tako se osećam. (Katarina)*

Iskustva prazne otuđenosti praćena su ontološkom nesigurnošću (Laing, 1960 prema Schlembach, 2020), koje u svojim najizraženijim formama kulminira subjektivnim iskustvom nepostojećeg i mrtvog sopstva.

*Ovako se osećam **konstantno**, kao da **nisam tu**. Kao da **ništa nije realno**, osećam se **prazno**, osećam se **neispunjeno**. Uh, sve mi je nekako **nerealno**, osećam se **mrtvo**. [...] Imam uverenje da, da sam, hmm, **mrtav**. Kao da je... kao da **zapravo jesam mrtav**. (Marko)*

Kod Lenke, ovaj osećaj poprima kvalitet telesnog raspadanja, u kom se doživljaj sebe vezuje za truljenje i nestajanje:

*Budem **odvojena od svog tela**. To što sam Vam rekla da sam bila suicidalna sa 17 godina, ponekad mi se desi kao da imam **osećaj da se ja jesam ubila** i da mi... kao da **trulim**. (Nina)*

Doživljaj sebe se kroz prizmu praznine tako konstruiše na tri ravni – od stalno prisutnog stanja odsustva ispunjenosti, preko destabilizujućeg doživljaja izmenjene realnosti i telesne otuđenosti, sve do ekstremnih formi koje urušavaju osećaj sopstvene živosti.

2. „**Konstantno na ivici**” : intenzitet i turbulentnost postojanja

Izražena emocionalnost i nestabilnost predstavljali su najistaknutije elemente sopstva adolescenata sa poremećajem ličnosti, koje su spontano navodili u toku intervju u okviru samoopisa i pri definisanju teškoća zbog kojih su potražili stručnu pomoć.

Osećam suviše

Doživljaj sebe se prvenstveno konstruiše kroz intenzivna osećanja koja prožimaju različite aspekte sopstvenog postojanja. Snažnim emocionalnim reakcijama se, u tom smislu, ne pridaje isključivo značenje prolaznih afektivnih stanja kao odgovora na specifične okolnosti, već načina na koji osobe postoje u svetu i prepoznaju sebe. Intenzitet tako postaje centralni aspekt sopstva, kroz koji i drugi vide učesnike.

***Mnogo, mnogo osećam**. I imam **burne reakcije** u sebi, kad se bilo šta desi. (Tijana)*

*Ja sam **mного emotivna osoba**. Ja ne znam osobu, jednu osobu... ne postoji osoba koja mi to nije rekla. Da sam **ekstremno emotivna osoba** i da **sve shvatam emotivno**. (Stefan)*

*Kad pitam ljude koja bi mene reč najviše opisala, uvek bi rekli **intenzivna**. Sve što radim je sa **intenzitetom**. Ako volim, volim. Ako ne volim, mrzim. [...] **toliko sve ide sa tim intenzitetom**. Svaka emocija koju osetim je **najjača moguća**. I one najlepše i one najgore. (Bojana)*

Odsustvo emocionalne umerenosti, u kom svako osećanje poprima svoju najsnažniju formu, oblikuje teksturu subjektivnog iskustva svakodnevnog življenja, obuhvatajući i pozitivna i negativna emocionalna stanja.

*Kada je loše, to je **najgore moguće**, kao **apsolutno beznade**, **apsolutni očaj**. Kad sam dobro, ja sam u stanju samo da **plačem od sreće** što uopšte gledam nebo... (Bojana)*

*Svaka situacija kroz koju prolazim, prolazim mnogo emotivno. Ili kroz **ekstremni bes**, **ekstremnu sreću**. Znači, **ništa** onako da je neka **umerena granica**. (Stefan)*

Uz to, emocionalni ekstremi ne samo da oblikuju snagu unutrašnjeg doživljaja, već subjektivna iskustva čine toliko preteranim da se gubi njihova autentičnost.

*Sve emocije kao da su **veštačke**. Kao da je **previše**, ili sam **previše srećna**, ili sam **previše tužna**, **nema balansa**. (Maja)*

Ovakav doživljaj sugerise da problem nije samo u intenzitetu emocija, već i u njihovoj subjektivnoj autentičnosti, kao da sopstvo ne uspeva da ih prepozna kao odraz sebe. Istovremeno, intenzitet se prepoznaje i kao suštinska razlika između sebe i drugih.

*Osećanja **osećam dublje** nego ostali, rekla bih da je to najbolji opis mene. (Katarina)*

- Ja: "Rekla si da si **emotivnija od većine ljudi**?"
- Ivona: "Da, na primer, neka pesma, **samo počnem da plačem**. Ako neko priča nešto što im se desilo, da je onako iole, malo da se potreseš, ne onako nešto wow, bukvalno mi **samo suze krenu**.

Emocije se doživljavaju kao toliko snažne da prevazilaze okvire sopstvenog iskustva – tuđa osećanja se doživljavaju kao sopstvena. Propustljivost granice Ja-drugi na taj način dodatno destabilizuje doživljaj sebe.

*[...] kao da sam **ja na mestu** te osobe i onda kao ja **plaćem umesto** te osobe. (Katarina)*

*Na primer, neko da mu se složi ili nešto, ja ću se osetiti **kao da se i meni složilo**. (Stefan)*

*Dosta se **saosećam** s drugim ljudima i shvatam tuđe probleme u smislu **kao da su moji problemi**, i onda se preopteretim i tuđim problemima. (Đorđe)*

Važno je istaći da odnos učesnika prema sopstvenom emocionalnom intenzitetu nije jednoznačan – nekada se opisuje neutralno, kao karakteristika koja ih definiše bez vrednosnog određivanja ili, ređe, dobija pozitivne karakterisitke, kada mu učesnici pridaju značenje empatije i kapaciteta za proživljavanje iskustava drugih. Ipak, ovaj aspekt sebe se najčešće percipira negativno, kroz prizmu hipersenzitivnosti, dramatičnosti i histeričnosti.

*Ja sam **jako osetljiva** osoba, što **ne volim** da kažem, zato što je to dosta povezano za, ono, **ranjivo** ili ne znam ni ja šta. Ali jesam **osetljiva**. (Tijana)*

*Dosta osetljiva, **preosetljiva**... Baš onako **preterujem, pravim dramu** (Ivona)*

*Ja sam vrlo kompleksna osoba koja generalno, uh, po svom mišljenju, **mnogo drami** oko nekih stvari i **previše, previše reaguje emocionalno** za neke gluposti. (Marko)*

U pojedinim slučajevima, intenzitet osećanja nosi ambivalentno značenje, predstavljajući izvor patnje koji istovremeno obezbeđuje dubinu iskustva nedostupnu drugima.

*Na neki način **i volim ovo što imam i što sam ovakva**, jer neke **sjajne stvari nikad ne bih doživela** [...] tako neke **sreće** koju smatram da **neki drugi ljudi ne mogu doživeti**, ja ih doživljavam. **Ali** ono što je **loše**, opet smatram da to **doživljavam jako gore nego prosečan čovek**, u tom nekom intenzitetu. (Bojana)*

Odreći se intenziteta bi u tom smislu značilo odreći se dimenzije u kojoj je doživljaj sebe živ. Na taj način, preplavljenost osećanjima, koja koegzistira sa dubokom prazninom i otuđenošću, za učesnike može predstavljati svojevrsan dokaz sopstvenog postojanja. Intenzitet ne funkcioniše samo kao afektivni kvalitet, već kao jedan od retkih dostupnih načina da se sopstvo uopšte oseti kao prisutno.

Emocionalnost pritom prožima i same narative, kroz jezik metafora i hiperbola koji učesnici koriste da približe snažna subjektivna iskustva: **sreća** fizički **boli**, izdaja se telesno oseća kao **nož u leđima**, krize **lome**, **uništavaju** i **razaraju** sopstveno biće.

Nestabilnost doživljaja

Dominantno subjektivno iskustvo ne odlikuje samo prisustvo snažnih osećanja, već i njihova naglašena promenljivost – brze i nepredvidive oscilacije koje doprinose bazičnom osećaju nestabilnosti.

*Mogu da budem i mnogo srećan, i mnogo tužan, i mnogo ljut – i to može da se **promeni u 15 minuta**. (Marko)*

*Imam **jako nagle promene raspoloženja**, koje variraju od baš loših negativnih emocija, koje su jako izražene, i mogu samo **odjednom** da dođu do previše pozitivnih emocija. (Maja)*

*Kao da **držim balon**. ... podseća na ovu jednu paradu koju su imali u Americi za Thanksgiving '90-ih, gde su nosili sve te velike balone. Ali je duvao **jak vetar**. I **haos** je **apsolutni** bio, znači, baloni su onda krenuli da **ruše** bandere, da idu u vazduh, da **vuku tehničare**. (Nevena)*

Emocionalna stanja ne samo da se smenjuju naglo, već nema jasnog spoljašnjeg povoda – oscilacije se odvijaju po unutrašnjoj logici koja izmiče razumevanju i samih učesnika.

*Imam problem sa **menjanjem raspoloženja jako brzo**. [...] Depresivna sam, pa sam najsrećnija osoba na svetu. U **momentu** presrećna i onda samo izbesnim ili samo čujem tužnu pesmu i postanem tužna. Ne **znam šta mi se dešava** što se toga tiče. (Jelena)*

Nagle promene raspoloženja su dezorijentišuće i zastrašujuće, budući da sopstvene reakcije nisu objašnjive, predvidive, niti je njima moguće upravljati. Njihov „instant” kvalitet onemogućava integraciju iskustva, jer ne ostavlja prostor da se pojedinačna stanja zadrže dovoljno dugo kako bi bila reflektovana i povezana. Izenadnost promene koja se dešava trenutno i bez najave dodatno je pojačana metaforama učesnika:

*Iz trenutka apsolutne sreće, uključi se prekidač – ja želim da umrem, samo želim da umrem. U roku od sat vremena ja mogu da promenim bes, ljutnju, sreću, zadovoljstvo, tugu, apsolutno sve. Čak **ni sama ne znam** šta može da me istrigera, i to je **baš stravično**. (Bojana)*

*Konstantno se osećam kao da sam **na ivici da prsnem** – osećam tu, tu (pokazuje na grudi), tu negde u sebi da sam **na ivici**, onako, **bukvalno na ivici**, ono, **da izgubim kontrolu potpuno nad sobom**. Kao da će **najmanja stvar** da me destabilizuje potpuno. I **mного se plašim**, je l' te, mojih reakcija. (Marko)*

Doživljaj sebe na taj način postaje neodvojiv od stalnog iščekivanja sledećeg gubitka kontrole. Biti „na ivici”, stoga, ne predstavlja povremenu, prolaznu epizodu napetosti, već trajno oblikuje svakodnevno iskustvo. Pretnju nestabilnosti dodatno pojačava uverenje da i banalna neprijatnost, „najmanja sitnica” može postati povod za destabilizaciju.

Za neke učesnike, ovo znači da se sopstveno postojanje osmišljava kao kriza, pri čemu su mirni periodi izuzetak.

- Ja: *Je l' bilo nekih mirnijih perioda?*
- Marko: *Bilo je kao, ja sam **bio miran**, ali ono, uvek dođe taj neki period, **ne traje dugo**. Ali napravim, **vrlo brzo napravim sranje**.*

Kada intenzitet i nestabilnost doživljaja dostignu svoj vrhunac, učesnici posežu za autodestruktivnim ponašanjem, čemu je posvećena celokupna peta tema. Ipak, ova eskalacija ne predstavlja izdvojeni fenomen, već se nadovezuje na način na koji se unutrašnje iskustvo uopšte organizuje. Opisana haotičnost afektivnog života ne ostaje ograničena na domen emocionalnog iskustva, već zadire u same temelje doživljaja sopstva. Kada se unutrašnja stanja menjaju naglo, nepredvidivo i bez jasnog povoda, gubi se mogućnost da se iskustvo poveže u stabilnu sliku o sebi. Umesto kontinuiteta, pojavljuje se niz diskontinuiranih stanja koja se međusobno ne povezuju. Na taj način, pitanje „kako se osećam” postepeno se preobražava u pitanje „ko sam onda ja”, čime se afektivna nestabilnost premešta iz ravni doživljaja u ravan slike o sebi.

3. „*Nijedan deo se ne uklapa*”: fragmentisan i neprihvatljiv self

Tokom intervjua, bile su uočljive teškoće u artikulaciji samoopisa, primetne i na neverbalnom planu. Učesnici su sopstvenu ličnost u pojedinim slučajevima temeljili isključivo u manifestnom ponašanju (npr. preferirane aktivnosti) ili su se oslanjali na generičke opise, bez mogućnosti elaboracije konkretnim primerima i pričama.

*Pa, ono, zavisi. Baš ne... Zavisi, al'... (ćuti) Ništa, rekla bih **ime, okvirno godina**, šta bih rekla o sebi... Pa, mnogo volim da **igram igrice**. ... Mnogo **volim igrice**, mnogo **volim životinje**. Ovaaaaj, **volim, obožavam muziku**. Eto, takva sam kao osoba. (Valentina)*

*Pa ne znam, bukvalno ne znam. Ja samo mogu da vam kažem moja interesovanja, ... ali **nemam pojma šta sam ja zapravo, samo kao znam stvari koje volim**. (Vida)*

Uz to, većina učesnika eksplicitno verbalizuje ograničen kapacitet za razumevanje sopstvene ličnosti, naglašavajući manjak stabilnih karakteristika na koje bi se mogli osloniti. Štaviše, nemogućnost samoodređenja često se sama po sebi pojavljuje kao centralni element doživljaja sebe.

*Iskreno ne mogu ništa da se setim da nije **promenljivo***. (Ivona)

*Kao da sam **od gline napravljena**. [...] **kao glina**, kao da, jeste ispunjeno, ali **nema nikakvih šara, detalja**, ne znam čega. Ili je kao, na primer, ovo sa **papirom**, to me mnogo, na to me mnogo podseća – **mного boja, mnogo tekstone, ali nejasno šta je nacrtano**. (Nevena)*

Obe metafore upućuju na prisustvo elemenata bez organizujućeg principa. Doživljaj sebe ostaje neuhvatljiv i teško prepoznatljiv, utemeljen u odsustvu unutrašnje strukture – stabilnog okvira koji bi mu dao jasan i trajan oblik, što učesnici karakterišu kao uznemirujuće. Uz to, self je neretko otrgnut i od doživljaja kontinuiteta. Pojedini učesnici prethodna i buduća iskustva ne uspevaju da integrišu u sliku o sebi, što kulminira doživljajem postojanja isključivo u sadašnjem trenutku.

*Samo se toliko menja kako mislim o sebi da možda... da **gledam na sebe, kao, jedino u trenutnoj emociji nekako**. (Marko)*

*Ja sam kao **mozaik** svih stvari koje ja znam, svih stvari koje ja pokupim. Svih ljudi koje ja upoznam. Uh, i te **prošle verzije mene se ne osećaju toliko kao da su sad neki taj... neka ta podloga ili lepak koji spaja taj mural, nego su samo delići tog murala.** (Nevena)*

Metafora mozaika, iznenađujuće, u ovom slučaju ne predstavlja doživljaj sopstva kao sačinjenog od delova koji kreiraju njegovu celinu, već je reč o postojanju kroz fragmente koje međusobno ništa ne povezuje. Priča o sebi ne može biti ispričana, jer se postoji samo u trenutnom, prolaznom doživljaju.

U isto vreme, self se primarno konstruiše kroz sukobljena uverenja o sebi, reflektovana i u strukturi narativa – učesnici u jednom trenutku sebe i sopstvena iskustva opisuju na jedan način, da bi već u sledećem delu razgovora to bilo demantovano potpuno suprotnim izjavom. Kontradiktornost slike o sebi je najčešće prisutna na svesnom planu, te je učesnici i sami vide kao način na koji je doživljaj sebe oblikovan:

*Mišljenje o sebi mi se menja svaki dan, **nikad neću znati ko sam kao osoba.** Na primer, jedan dan **ništa ne vredim, ružna, najgora, ne vredim ništa, a isti dan super sve, bolja sam od drugih.** Kao euforija, kao da sam na vrhu svetlu. (Ivona)*

*Pa to kakva sam osoba mi se **menja iz dana u dan.** Bukvalno, jedan dan sam kao: "Ja sam **govno od osobe, trebam da umrem.**" Drugi dan sam, ono, u fazonu: "**Vratiću Srpsko carstvo.**" Al' to ne mora da bude iz dana u dan. To može da bude i **iz sata u sat.** (Marko)*

Slika o sebi naglo oscilira između prezira i grandioznosti, bez pozicije sa koje bi sopstvo moglo da se sagleda celovito, kao istovremeno manjkavo i vredno poštovanja.

***Ne pomirim** te strane sebe **nikako.** Ja sam **ili** na jednom **ili** na drugom **ekstremu.** Ništa u mom životu **nikada** nije bilo **na sredini.** Ali apsolutno ništa nikada. Moralo je **uvek da prevagne na jednu ili na drugu stranu.** (Bojana)*

*To su dve razlike i zato mi je bilo mnogo **teško** neke stvari **da odgovorim,** ono, pošto **nikad nema sredine.** [...] **Nisu ti delovi povezani uopšte.** Samo znam da imam te **dve strane.** (Valentina)*

Za razliku od emocionalne nestabilnosti opisane u prethodnoj temi, odsustvo „sredine” ovde ne ukazuje na nedostatak umerenosti u reakcijama, već na izraženu nemogućnost da se suprotstavljeni delovi sebe razumeju kao različiti aspekti iste osobe. Self se na taj način doživljava kao rascepljen

– sastavljen od potpuno odvojenih, „ili-ili” verzija sebe koje ne mogu biti povezane u koherentno iskustvo. Dakle, suština nije u tome da se postoji i kao jedno i kao drugo u zavisnosti od konteksta (npr. sa poznatim ljudima sam opuštena, sa novima sam povučena), nego ova stanja ostaju radikalno odvojena i nespojiva.

*Ja sam kao **puzla od hiljadu delova**, al’ ono, **nijedan deo se ne uklapa**. Ne uklapa se ni u druge slagalice, **nigde ne pripada**... (Stefan)*

Ne samo da je iskustvo sopstva fragmentisano, već je slika o sebi, uprkos povremenom doživljaju onipotencije, dominantno negativna. Na taj način, kratkotrajne, prolazne epizode „euforije” u vezi sebe uvek iznova ustupaju mesto doživljaju neprihvatljivosti kao bazičnom stanju postojanja.

*Što se tiče samopouzdanja, uvek mislim da sam **najgora**, da sam ja **kriva** za sve, da sam **bezzredna**, da sam ovo, da sam ono, bukvalno **sve najgore**, eto, to sam ja sebi. (Maja)*

*Osećam se **glupo**, osećam se **zatucano**, osećam se **jadno**, **bedno**, **dosadno**, **naporno** itd. (Nina)*

*Smatram da sam **propalit**. (Tijana)*

*Ne volim se, **odvratna** sam sebi. (Jelena)*

***Mrzim** sebe. (Ivona)*

*[...] kažem da sam **mentalno bolesna**, zato što jesam. (Valentina)*

Negativna slika o sebi tako nije ograničena na pojedine aspekte ili situacije, već poprima karakter sveobuhvatne i trajne istine o sebi. Ovakav doživljaj se kod pojedinih učesnika proteže i na telesnu ravan, kroz izraženo gađenje prema sopstvenom telu, najupadljivije kod Valentine:

***Nikad nisam mogla da gledam sebe u ogledalo**, da zapravo imam nešto lepo. ... Ja sam sebi **toliko gadna: lice, telo, sve**. Samo **ne mogu sebe da gledam**. To mi je, mislim, **najteža stvar u životu**. To mi je jedan od najvećih razloga zašto ne izlazim napolje. Ne mogu da se družim ni sa kim. Ne mogu da imam vezu uživo. Imala sam dosta online veza i to mi je divno zato što niko ne mora da me, ono, vidi i da me pipne i sve. (Valentina)*

Samoprezir tako postaje organizujući princip, ne samo u pogledu unutrašnjeg sveta, već i kroz efekte koje ima na kvalitet života i relacija. U tom smislu, neprihvatljivost nije uočljiva samo na intrapsihičkom planu, već prožima i interpersonalni domen, oblikujući doživljaj sebe i funkcionisanje unutar odnosa sa drugima. Self se procenjuje kao nevoljiv i suštinski neadekvatan, što rezultuje dubokim osećajem usamljenosti.

*Rekla bih da sam generalno baš **neuklopna** sa drugima. (Nevena)*

*Osećam se **dosta drugačije** od svih drugih, **odbačeno**, **nemam prijatelje**. [...] **teret** sam ili, ono, **smaram**. (Ivona)*

***Nemam prijatelje**, jednostavno sam **dosadna** za ljude. **Nikad me nisu voleli** u školi, ni u osnovnoj, ni u predškolskom, ni, ni u srednjoj. [...] Čak i oni koji su malo više, ono, emo, metal, rock, **čak ni tu ne pripadam**. Nemam baš neku grupu ljudi u koju mogu da spadnem, pa zato se, mislim, i **ne sviđam ljudima**. (Valentina)*

Zajednički imenilac ovih iskustava je doživljaj suštinskog nepripadanja – osećaj da ne postoji zajednica u kojoj bi sopstvo moglo biti prihvaćeno i prepoznato, naročito u kontekstu vršnjačke grupe koja za učesnike, zbog razvojne faze, ima poseban značaj. Za većinu učesnika, ovaj doživljaj zahvata i porodične relacije, mada je sopstvena neprihvatljivost u tom kontekstu ređe eksplicirana.

*Počela sam da se obraćam i roditeljima, ali sam i njima **previše**, najiskrenije. (Vida)*

***Teret** sam i mami i drugarici, svima apsolutno. (Maja)*

Naposletku, self se kroz negativnu prizmu doživljava kao ugrožavajuć za druge, prvenstveno usled intenzivnog i neregulisanog besa. Sopstveno Ja je izvor opasnosti, te drugi od njega strahuju i ostaju konstantno na oprezu. Bilo kakav pogrešan korak može pokrenuti eksploziju.

*Šetali su kao **na ljuskama od jajeta** nikad ne znaju šta će zapravo da isprovocira. [...] koliko ljudi zapravo kod mene moraju da **šetaju k'o na iglama** za svaku stvar koju kažu. (Bojana)*

Na još dubljem planu, učesnici sebe ne vide samo kao preteće, već kao iskonski zle, sposobne da nanose ogroman bol i destrukciju drugima. I ove karakterizacije sebe i sopstvenog ponašanja ostaju bez jasnog odgovora zašto.

*[...] **užasna** osoba, baš sam se trudila da **povredim druge**. (Jelena)*

*Lično mislim da sam **vrlo zla** osoba. [...] Ja sam **povredila** dosta ljudi i **spremna sam, u stanju sam da povredim još** ljudi ako treba. (Valentina)*

Na taj način, self postaje izvor pretnje za okruženje, što kod pojedinih učesnika uzima formu fizičkog ugrožavanja drugih.

***Takva sam**, imam potrebu da vrištim i čak neku, neku **potrebu da udarim**. Kad me obuzme takva ljutnja... samo sam uzela prvu stvar i **gađala je** time. Čaša je bila. (Ivona)*

*Meni je **pukao film**. I ja sam **izudarao njen krevet, polomio** sam ga. Nisam hteo zid, zato što je bio gipsan, prošao bih pesnicom kroz zid. Ali dobro, krevet sam. (smeh) Manja je finansijska šteta. (smeh) ... Dvaput ili triput sam **vadio nož na majku**, kad se iznerviram strašno. Zato se mnogo bojim, ne želim da povredim niti sebe niti drugu osobu. (Marko)*

Ovi citati ukazuju da je odnos prema sopstvenoj destruktivnosti kompleksan – ona se na jednom nivou normalizuje („*takva sam*”) ili čak banalizuje kroz humor, dok istovremeno svi učesnici koji sebe doživljavaju kao ugrožavajuće izražavaju želju i pokušaje da se promene, što svedoči o svesnosti i distresu koji prati ovaj aspekt doživljaja sebe.

U okviru ove teme, doživljaj sebe kod adolescenata sa poremećajem ličnosti prikazan je kao obeležen dvostrukim teretom – fragmentisanim postojanjem bez jasnih kontura, koje sopstvo čine necelovitim, i postojanjem nedostojnim prihvatanja, ni od strane sebe samog, ni od strane drugih.

4. „*Postojim samo kroz druge*” : odnos kao spas i pretnja

Za učesnike ove studije, odnosi sa drugima nisu samo značajni – oni predstavljaju osnovni uslov postojanja. Drugi se doživljava kao jedini izvor identiteta, iz kog se crpi stabilnost i unutrašnja struktura. Van odnosa, nema jezgra koje bi držalo self na okupu, nema sidra koje bi utemeljilo prisustvo sopstvenog bića u svetu.

Kao da ih samo, da nosim u sebi više druge osobe nego sebe. (Nevena)

To je bila stvarno meni osoba koja je u tom trenutku bila potrebna. Meni je bio potreban tako neko da mi da identitet, jer ja van roditelja, van kuće, ja identitet nisam imala. (Bojana)

Doživljaj sebe se gradi i opstaje kroz druge, te odnos ne izrasta samo iz želje i potrebe za bliskoću, već mu se pripisuje nužnost, budući da mimo drugog ne postoji doživljaj sopstvenog Ja, da se samo kroz drugog sopstvenim sadržajima može pridati bilo kakav smisao. Relacija se na taj način doživljava kao konstitutivna za identitet i, istovremeno, kao osnovni regulator unutrašnjeg stanja, sprečavajući da preplavljujući unutrašnji doživljaji postanu destabilizujući. U tom smislu, izgubljeni odnos menja se bilo kojim zamenskim.

Kad se odnos prekine, moram samo da nađem nove osobe, nekad koje su totalno drugačije. (Ivona)

Ključni kriterijum odnosa predstavlja samo prisustvo, a ne bliskost ili srodna interesovanja i vrednosti. Dakle, za neke učesnike, posebno one bez bližih odnosa, važno je da je neko, bilo ko tu. Opisujući nemogućnost funkcionisanja u vršnjačkoj grupi, Marko „blejanje sa svima” ne opisuje kao visoku adaptabilnost, već kao pokušaj da se sa bilo kim oseti povezano.

Nemam grupu ljudi s kojima se družim, bukvalno blejim sa svima. Ja se trudim da se sa svima gotivim. I onda mogu da blejim sa svima. [...] bukvalno samo da si, da je normalna osoba za komunikaciju. (Marko)

Iza neselektivnosti u izboru odnosa, možda se krije težina usamljenosti (pod)nošenja sopstvenih unutrašnjih sadržaja, što Vida eksplicitno imenuje:

*Bežim od svega tako što izlazim napolje, kad nemam koga da izlazim napolje i kad nemam da pričam s nekim, ja se osećam užasno. Bukvalno se osećam užasno. [...] bukvalno nema šanse da mogu sama da budem, meni to toliko smeta, jer mi je društvo **distrakcija** od svega. Kad nisam napolju, ja spavam. Jedino tako funkcionišem.*

Prisustvo drugog pomaže da se preživi, ali ne nužno kroz emocionalnu razmenu i podršku, već često zato što jednostavno odvlači pažnju sa unutrašnjeg užasa, jer omogućava bekstvo od nepodnošljivih osećanja. Kada drugi nije tu, Vida nalazi strategije da ostane tu, ali da nestane. Upravo zbog toga što je odnos centralan i egzistencijalno neophodan da bi sopstvo postojalo i opstajalo, sve što se u njemu dešava doživljava se intenzivno, na ivici kapaciteta pojedinca. Gubitak odnosa nije „samo” gubitak, on predstavlja rizik od dezintegracije.

*Jako sam se teško odvajala od mojih. Kao, samo sam **mislila da ću umreti**. (Bojana)*

***Strahujem** da će da me odbace. Ja se mnogo **plašim da ne ostanem sama**. To mi je baš **veliki strah**. Šta ako ostanem sama? Jao, onda ću moći **samo da se ubijem**. (Maja)*

Kroz narative učesnika, prisutna je stalna preokupacija temom napuštanja, koje se doživljava kao bolno iskustvo koje se ne može preživeti. U skladu sa tim, svaka naznaka odbacivanja postaje alarm za opasnost, koji je redovno aktiviran u svakodnevnim, uobičajenim okolnostima, kako uživo, tako i u digitalnom svetu.

*U partnerskim **uvek sumnjam**, uvek mislim da me **vara**. [...] dosta sam **paranoična**. Vidim na primer da je bio online, a **nije mi odgovorio odmah**, odmah krećem da **tripujem**. Za mene je **gotovo, raspadnem se**. (Nina)*

*Može da bude **bez razloga**. Na primer, **ne odgovaraju mi** na poruku ili mi vide poruku, ja **odmah ludim**: "Jao, nešto sam pogrešno uradila, **napustiće me 100%**, **nisam bitna više**. (Ivona)*

Svi učesnici sebe vide kao ugrožene odnosima, pripisujući drugima nameru da ih lažu, iskoriste, prevare i povrede. Takva uverenja, nekada opisana kao paranoja ili pogrešna intuicija, doživljavaju se kao unutrašnji osećaj koji se nameće nezavisno od stvarnog ponašanja drugih, čak i kada nema nikakvog spolja vidljivog razloga.

Generalno, mislila sam uvek da me lažu, šta god da dobro kažu o meni, i da su mi prijatelji samo tu jer, kao, da bi me iskorišćavali. (Maja)

Jednostavno onako krećem da stvarno razmišljam da me iskorišćavaju i isto, da me lažu, to pogotovo. Ne znam odakle, samo dobijem neki osećaj kao da nešto nije u redu, kao da me lažu. (Katarina)

Stalno sam u paranoji da me ljudi lažu i da gledaju šta će, kako će da me iskoriste. Samo kao random imam osećaj, na primer, ceo dan, kao: "Šta, šta ako je ona u školi i upravo me vara?" Ja sam svestan da je to nemoguće, ali i dalje me kolje. (Marko)

Sama svest o iracionalnosti ovih uverenja ne ublažava doživljaj hostilnosti. Naprotiv, činjenica da učesnici razumeju da njihov doživljaj nije utemeljen u „objektivnom” ponašanju drugih na svojevrsan način pojačava osećaj gubitka kontrole nad sopstvenim unutrašnjim životom i subjektivno iskustvo patnje. Uz to, ova hipersenzitivnost ne ostaje ograničena na bliske odnose. U širem socijalnom okruženju, učesnici opisuju pojačanu interpretativnost – stalnu svest o tome kako ih drugi vide, osećaj da ih okolina posmatra, procenjuje ili priča o njima, što svaki javni prostor čini potencijalnim izvorom pretnje. U pojedinim situacijama, intenzitet doživljaja dostiže tačku u kojoj postaje teško razaznati šta je stvarno i poprima kvalitet neposredne realnosti adolescenta.

Uglavnom znam da to nije stvarno, ali dešava se i da ne mogu da procenim, posebno kad sam, ovaj, jako uznemirena. Čujem da neko doživljava moje ime, smeje mi se u lice, random prolaznici, tako otprilike. (Jelena)

U svojim naizraženijim oblicima, ova iskustva imaju karakter progonjenosti i dobijaju psihotičan kvalitet.

Sveprisutan strah od nestanka sopstvenog bića oblikuje način na koji učesnici ulaze u odnose i ostaju u njima. Oni razvijaju kompleksne strategije uspostavljanja i održavanja odnosa, koje često podrazumevaju ukidanje sopstvenog Ja. Prilagođavanje drugom se, u tom smislu, ne doživljava samo kao pokušaj uklapanja sa drugima, već i kao pitanje opstanka.

*Samo da bi me **prihvatili**, bukvalno **uzimam delove njihovih ličnosti** i interesujem se za stvari za koje se oni interesuju, samo da bih mogla da održim to. **Adaptiram se cela**. [...] Onako, bukvalno **kao kuće**. **Samo trčim okolo za ljudima**. (Maja)*

Dakle, ličnost drugih se ne preuzima samo jer ne znam ko sam iznutra, nego i zato što pruža najveću verovatnoću da ću se drugima svideti i da će ostati. Ovaj proces nekada postaje potpuno stapanje sa značajnim drugim, u kom sopstvena interesovanja, potrebe i volja prestaju da postoje:

*Šta on sluša – ja slušam. Šta on voli – ja volim. Kad on kaže: "Izađi", ja izađem. Ja u tom trenutku **nisam postojala kao jedinka**. [...] zato sam i želela da sve ono što vidim da **on voli i želi, da apsolutno postanem najsavršenija verzija toga**. (Bojana)*

Prilagođavanje u nekim slučajevima poprima svesni, namerni karakter u cilju jedinog načina za povezivanje sa drugima, te se self unutar ovog procesa doživljava kao artificijelan i lažan:

*Često **menjam mišljenje o sebi**, kao, **za ljude**, tako to radim da bih se nekako, uh, napravio bliži odnos s ljudima. Jeste da je **fejk**, ali kao... (Marko)*

Mimikrija se proširuje i na telesni plan, što produbljuje doživljaj otuđenosti od sebe. Ipak, učesnicima ovo lakše pada od ogledanja u sebi, u kojem se ne vidi sopstveni odraz.

***Oponašam ljude da bih im se više svideo**. Na primer, ne znam, ako vidim da često rade neki pokret rukom, krenem i ja da bih im se što pre svideo, da bih bio njima što sličniji. I onda tako, imam te neke kao **maske za neke ljude**. (Đorđe)*

Za razliku od voljnog „stavljanja maske”, ovaj proces se kod nekih učesnika doživljava kao aktiviranje automatizovanog instinkta mimo njihove kontrole:

Smejem se kad pričam sa ljudima, sve da bih delovala fino, slatko, ne znam. Al' nisam uopšte takva, uopšte. Onda često, onako, malo potajnim glasom pričam i vrlo sam animirana nekako. Ovaj... ne bih rekla da baš to namerno radim, samo mi je instinkt. (Valentina)

Upravo je ovaj aspekt subjektivnog postojanja ono što boji moj doživljaj emocionalnog kontakta sa pojedinim učesnicima, poput Valentine. Razmena je prijatna i otvorena, dok se istovremeno, na telesnom planu, javlja osećaj da je nešto u našem susretu neautentično i „prazno”. U kojoj meri je takvo iskustvo efekat potrebe da ostave pozitivan utisak na ispitivača, odraz njihove unutrašnje otepljenosti ili same dinamike našeg susreta, ostaje otvoreno pitanje.

Da bi i sami opstali, učesnici sebe opisuju kao spremne na sve da se relacija preživi, što ih čini ranjivim na pristajanje na okolnosti koje su za njih same štetne. Ovo je naročito prisutno u situacijama kada je odnos na bilo koji način ugrožen.

Uglavnom molim. Kao, bukvalno sam u fazonu: "Radiću šta god." Ako mi je osoba toliko bitna, bukvalno bih uradio bilo šta za tu osobu. Na primer, ako mi Milan kaže: "Odseci prst ili se više nikad nećemo čuti", bacio bih prst. (Marko)

Neke adolescente ovo čini izrazito podložnim zloupotrebi od strane drugih, te njihovi prijateljski i partnerski odnosi nekada uključuju istoriju tolerisanja psihičkog, fizičkog i seksualnog nasilja.

- Valentina: *Cela sam se tada isekla zbog njega, on je tako rekao [...] I još uvek ga volim posle svega toga, još uvek ga volim. Da, ono, proba da se vrati, odmah bih ga uzela opet.*
- Ja: *I pored toga što te je tako povredio, što ti je ozbiljno našao fizički i psihički?*
- Valentina: *Da. Ne zanima me to, samo da ga imam opet.*

U svojoj najizraženijoj formi, realno ili zamišljeno napuštanje praćeno je nepodnošljivim bolom i doživljajem potpune dezintegracije sopstva, što kulminira pokušajima da se sebi naudi. Autodestruktivno ponašanje se tako u kontekstu interpersonalnih odnosa pojavljuje u dve forme: kao ekstremni pokušaj da se druga osoba zadrži ili način da se gubitak podnese, da se preživi kroz poništenje sopstva. Ovaj aspekt doživljaja sebe biće detaljno razrađen u narednoj temi.

Opisana težina postojanja unutar odnosa povremeno vodi potrebi adolescenta da se zaštiti i distancira, da sebe odstrani iz sveta interpersonalnog i postoji isključivo kao samostalna jedinka, kojoj niko suštinski ne treba. Ipak, uprkos relacionoj iscrpljenosti, dubokom subjektivnom iskustvu bola i straha, potreba za bliskošću ne nestaje – ona se iznova traži, za njom se trajno čezne.

*I sad tu je opet, kako da kažem, neki **konflikt**, jer, ovaj, jer **istovremeno**, baš ne znam... **Želim da budem sa drugima, želim neki osećaj bliskosti sa nekim. Ali se isto bojim toga mnogo.** I uglavnom, mislim, nije da mi smeta sada da sam sama. Volim da budem sama. Ali ponekada se osećam više kao da sam, da **moram da budem sama, jer je to samo jednostavnije.** I lakše je to nego da pokušam da nađem neku navigaciju među drugima. (Nevena)*

Odnos je dakle mesto ambivalencije, koje u isti mah predstavlja izvor najveće pretnje i oazu stabilnosti u haosu postojanja. Na taj način, učesnici žive u napetosti koja se ne razrešava – ni sa drugima, ni bez njih.

5. „*Jedini način da preživim*” : autodestruktivnost kao pokušaj regulacije

Kao što je kroz prethodne teme najavljeno, autodestruktivnost predstavlja centralni način na koji učesnici doživljavaju i regulišu sopstvo. Kada praznina, intenzitet afekta, doživljaj sopstvene neprihvatljivosti i strah od napuštanja postanu preplavljujući i neizdrživi, učesnici najčešće posežu za nesuicidalnim samopovređivanjem, pokušajima suicida i psihoaktivnim supstancama.

Autodestruktivno ponašanje se u narativima ne pojavljuje kao svesna odluka, već kao refleksna reakcija na stanja koja se ne mogu drugačije preživeti. Za neke učesnike, glavni pokretač je odsustvo osećanja – praznina i otupelost koji se doživljavaju kao nepodnošljivi. Oblici ponašanja koji su štetni po sebe tada dobijaju paradoksalnu funkciju: oni ne predstavljaju destrukciju, nego pokušaj oživljavanja.

*Ovo će malo bolesno da zvuči, ali mi je **lakše kad vidim svoju krv.** [...] Kao da se iskalim toliko na sebi da, nekako, vidim krv, **onda se osećam živo, ne znam.** (Vida)*

*Samopovređivanje mi je koristilo u smislu da se **osećam živim**, da **znam da sam tu**, da sam i dalje **živ**. (Đorđe)*

*Mislim, ja sam radio sve i svašta da bih uspeo nekako da **kopujem sa tim osećajem praznine** koji ponekad imam. Pa, ili se **sečem** ili se **drogiram** ili **pijem**. I što je najgore, ja sam svestan da je to loše po mene, ali ja to **i dalje radim**. Meni bude glupo da to ljudima kažem, ali nekako **osetim se živim** ... da bi **oživeo i osvestio sebe**, da bi, da mi klikne nešto u glavi i da me **vрати u svesnost**. (Marko)*

Krv, bol i dejstvo sustance doživljavaju se kao opipljiv signal koji probija tišinu unutrašnjeg odsustva, te na taj način postaju trenutni dokaz da self još uvek postoji. U tom smislu, za neke učesnike posebno je važan telesni efekat samopovređivanja, kao nalet adrenalina koji daje znak da je telo živo i da je praznina makar kratkotrajno nadvladana. Svest o štetnosti i društvenoj neprihvatljivosti („bolesno zvuči“, „loše po mene“, „glupo da kažem“) ne ukida regulatornu funkciju koju ovakvi obrasci ponašanja imaju iznutra. Osećaj je da drugog izbora nema, ne jer alternative nisu poznate, nego zato što u trenutku neizdrživosti one jednostavno nisu dostupne ili doživljene kao podjednako efikasne. Uz to, neki učesnici prepoznaju da prag za dostizanje doživljaja živosti selfa progresivno postaje sve viši, usled čega vremenom dovode sebe u sve veći rizik, sa sve ozbiljnijim posledicama. U susretu sa proždirućom prazninom, uvek je potrebno još.

*Svaki put kad se samopovređujem, nisam srećna ako nije duboko. Zato što ako uradim nešto malo, onda mislim kao: "Ne, ovo **nije dovoljno**. Ne može ovako, mora drugačije. Mora **više**, mora **dublje**." (Valentina)*

Na drugom kraju istog spektra nepodnošljivosti unutrašnjih stanja nalazi se emocionalni intenzitet, kao preplavljenost koju sopstvo ne može da obuhvati, niti umiri. Autodestruktivnost ovde preuzima suprotnu funkciju – ona je pokušaj da se oseća manje, da se od uznemirujućih doživljaja pobjegne, što se efikasno postiže konzumiranjem različitih psihoaktivnih sustanci.

*Kao..., kao moram, kao, kako ću da budem srećan? Ne znam, popij tablu Xanaxa i zgutaj pola flaše vinjaka i **umrtvi se i spavaj** tri dana i bićeš srećan. Jer **nećeš biti svestan** ničega. Samo kao **pobegni** od svega. (Marko)*

Učesnici u tom smislu traže načine da ostanu živi kroz potpuno otcepljenje od sebe, kroz pokušaje da od sebe samih nađu sklonište, kroz umrtvljenje. S obzirom na to da snagu doživljaja sopstvo ne može nikako da ukroti, učesnici se okreću i nanošenju telesnog bola sebi, kao strategiji defokusiranja sa unutrašnje preplavljenosti.

Pa jedno vreme, bukvalno sam se rezala skoro svaki dan. Na primer, osećam bol vezano za nešto što se desilo, nekako će to da mi skrene tu bol. Onda ću samo da se fokusiram na bol, na ono što sam uradila sebi. (Katarina)

Tako kontrolišem emocije, u smislu kad sam besan, kad se plašim, odmah mi skrene misli taj bol. (Đorđe)

Subjektivni doživljaj bola koji postoji iznutra premešta se na telo, čime postaje konkretan i lokalizovan. Na taj način, snažne negativne emocije je, makar privremeno, moguće nositi, a telo preuzima na sebe ono što psiha ne može da drži. Kada ni to nije dovoljno, kada od intenziteta ne postoji ni privremeni zaklon, poništavanju sopstvenog postojanja pridaje se značenje jedine preostale opcije. U tom smislu, preplavljenost eskalira do tačke u kojoj pokušaj suicida nije doživljen kao dramatična odluka, već kao logičan sledeći korak iz stanja koje se ne može drugačije prekinuti.

Tako upadnem u tešku krizu, onda mi se sve sruši, pa onda idem, kao: "E, ja ću da se ubijem." Ali naravno da ne mislim tako, ovaj, nego u tom trenutku tako odreagujem. ... Jedno vreme sam svaki dan pokušavala da se ubijem, kao, nedelju dana, bukvalno je bilo užasno. Uglavnom lekovima gledam, jednom sam sedela na prozoru, kao probala da skočim. (Vida)

Prikazani citat daje dublji uvid u unutrašnji proces učesnice, ukazujući da suicidalne ideje i pokušaji ne izviru nužno iz promišljene volje da se život okonča, već imaju kvalitet automatskog odgovora na težinu unutrašnje krize, koji se nameće mimo kontrole. Vida eksplicitno razdvaja svoju reakciju od namere, a ipak, suicidalno ponašanje sledi.

Posebnu intrapsihičku dimenziju autodestruktivnosti otkriva doživljaj sopstvene neprihvatljivosti. Samoodbacivanje se ne zaustavlja na pasivnom stanju unutrašnje patnje, već se pretvara u aktivan poziv na retribuciju. Self koji se doživljava kao manjkav i nedostojan tako ne traži samo regulaciju, već i kaznu kao formu potvrde slike o sebi.

*Ja sam **sebe kaznila** u tom trenutku. Ja sam mislila da ja **treba da budem kažnjena**. Zato što ili nisam... ili sam mislila da **nisam dobra** ćerka, ili sam mislila da **ne zaslužujem** da budem živa. (Tijana)*

*Ako imam apetit, ignorišem ga ili dozvolim sebi da jedem, ali isporučam se posle toga. To je neki način da **sebe kaznim**. (Đorđe)*

Tijana i Đorđe eksplicitno imenuju logiku samokažnjavanja – self je istovremeno tužilac, optuženi, sudija i izvršilac kazne.

*Ne želim da spavam zato što **ne zaslužujem da spavam** jer izgledam ovako, zato što sam debela, ili ne znam, **ne zaslužujem da slušam ovu muziku**, **ne zaslužujem da nosim ovo**, **ne zaslužujem ništa**. (Valentina)*

Destrukcija se ovde ne okreće samo ka telu, već i prema samom pravu na postojanje i uživanje u njemu. Rituali zabrane svakodnevnih potreba i zadovoljstava pretvaraju život u prostor u kom se neprestano iznova potvrđuje da self nije dostojan ni najosnovnijih oblika brige o sebi.

Autodestruktivno ponašanje se naročito izraženo pojavljuje u kontekstu odnosa, gde nepodnošljivost gubitka ili pretećeg napuštanja postaje neposredan i najsnažniji okidač za nanošenje štete sebi. Kao što je opisano u prethodnoj temi, gubitak relacije ne doživljava se isključivo kao emocionalni gubitak, već predstavlja svojevrsni nestanak sopstva, te se samopovređivanje, pretnje i pokušaji suicida koriste kao ekstremne mere da se drugi zadrže u odnosu. Dakle, autodestruktivna ponašanja u ovom slučaju imaju jasnu interpersonalnu funkciju – služe kao vapaj drugima da ostanu.

*Ja sam **molila** milion puta, govorila: "Izvini, izvini, izvini." **Sekla se, pretila da ću da se ubijem** i to. (Ivona)*

*Dosta sam se i **samopovređivala** dok sam bila sa njim, pošto ono, **znala sam da ne smemo da raskinemo**, u par navrata sam i **pretila i samoubistvom** ... ja samo više nisam imala izlaza, dok stvarno nisam uradila nešto što može u konvencionalnom smislu da se razume kao **pokušaj samoubistva**, iako nije baš do toga došlo. (Bojana)*

Napori da odnos opstane eskaliraju do nivoa koji bi spolja bio procenjen kao visoko alarmantan. Ipak, učesnici u narativima proces opisuju kao uobičajeni niz koraka, koji se nižu bez naglašavanja bilo kakve tenzije, kao da svaki prirodno sledi iz prethodnog. Odsustvo naboja u ovim pričama otkriva koliko su takvi obrasci za neke učesnike integralni deo načina funkcionisanja unutar odnosa. Sa druge strane, učesnici se oslanjaju na autodestrukciju kao način da prežive duboki bol narušenog odnosa ili njegovog potpunog gubitka, koji se u suprotnom ne može podneti.

*Nadžem jednu specifičnu osobu za koju se vežem, ne mogu bez te osobe. Kad se ta osoba **naljuti** na mene **puknem skroz**, baš se osećam loše, odem, **isečem se**, kad se na bilo koji način **poremeti odnos**. Osetila bih toliku fizičku bol iznutra, **ne može da se izdrži**. Probala sam i da se **ubijem**. (Ivona)*

U tom smislu, pojedini učesnici posežu za čitavim repertoarom autodestruktivnih ponašanja kao pokušajem da očuvaju integritet sopstva u trenutku kada odnos, kao jedini oslonac koji ga je držao na okupu, postane ugrožen ili nestane:

*Nakon raskida tu su bili **pokušaji samoubistva**, taj prvi period, a onda sam upadala u neka **riskantna društva**. Kao, ne znam ti šta sam ja radila sa nekim **nasumičnim likovima** u klubovima, jako puno **mešala alkohol i tablete**. To sam jako **zloupotrebljavala**. Jednostavno mi je to **bilo potrebno** u tom trenutku. Ja **nisam umela da se nosim** sa svim tim. (Bojana)*

Opisane strategije učesnici dominantno imenuju kao deo partnerskih ili bliskih prijateljskih odnosa na koje su, u skladu sa uzrastom i razvojnim zadacima, prevashodno fokusirani, dok su u porodičnom kontekstu prisutne na znatno suptilniji i za njih teže prepoznatljiv način.

Ipak, učesnici ne mogu uvek da mapiraju odakle njihova autodestruktivna ponašanja dolaze. Epizode samopovređivanja ili pokušaji suicida se ponekad ne pojavljuju kao odgovor na prepoznato unutrašnje stanje, već se „jednostavno dese”, bez prethodne svesti o preplavljenosti i mogućnosti da se retrospektivno rekonstruiše šta ih je pokrenulo. Na tom mestu, susreću se njihova izrazita emocionalna nestabilnost sa rizičnim i samougrožavajućim ponašanjem.

Trenutak pre toga, bila sam bila napolju sa drugaricom i super mi je bilo, to je svima bilo čudno. I onda kad sam došla kući, pokušala sam to (suicid), onako random. (Katarina)

Ja sam to uzela i po rukama sam ovako (pokazuje), ne iz namere da se samopovredim, nego ne znam, ne znam, nisam mogla da se kontrolišem, ne znam šta mi je bilo. (Vida)

- Ja: Ne mogu ni da zamislim u kom si stanju bio kad si razmišljao da je to opcija.
- Marko: Ne, ja sam samo... **ja sam samo došao iz škole**, popio ono tri šake lekova **što sam našao** i tu pola flaše rakije ili šta je bilo. Bukvalno mi je **samo preseklo** i bio sam u fazonu: **"Zajebi!" i zabio skalpel** u ruku. Bukvalno me je samo preseklo.

U prikazanim delovima transkripta, self se ukazuje kao impulsivan i za učesnike nedokučiv, bez mogućnosti pristupa dinamici sopstvenog unutrašnjeg sveta. Nema prethodnog stanja, nema procesa, nema odluke – sve se dešava instant, bez jasnog povoda i voljne kontrole, što urušava doživljaj agencnosti. Adolescent na taj način ostaje na milost i nemilost opasnih impulsa koje ne razume i kojima ne upravlja, stranac sebi i drugima.

Različiti oblici autodestruktivnog ponašanja prožimaju celokupni doživljaj sebe, pojavljujući se kao odgovor na (ne)svesnu nepodnošljivost sopstvenog postojanja u svim njegovim dimenzijama. Autodestrukcija se tako može razumeti kao svojevrsni paradoks – u funkciji je preživljavanja i održavanja sopstva na okupu, a istovremeno predstavlja direktnu pretnju egzistenciji. Dakle, self se stabilizuje putem destrukcije i rizika od konačnog poništenja, u čemu leži suštinska napetost ovog iskustva.

DISKUSIJA

Nalazi ove studije u svojoj celini osvetljavaju iskustvo koje se ne može svesti na zbir simptoma ili na popis teškoća u funkcionisanju. Prikazane teme zajedno ocrtavaju fenomenološku mapu jednog fundamentalno neizdržljivog načina postojanja. Biti svoj, biti u svom telu, biti u svetu – to su iskustva koja za učesnike nose kvalitet nepodnošljivosti, jer se odvijaju unutar selfa koji nema čvrsto jezgro, koji nema unutrašnje utemeljenje, koji sebe ne prepoznaje u ogledalu sopstvenih doživljaja. Praznina, rascepljenost, otuđenost od sebe i od realnosti, neprihvatljivost, zavisnost od drugog i autodestrukcija na taj način ne predstavljaju izolovane pojave. One su različita lica iste egzistencijalne nemogućnosti, da se sopstveno postojanje iskusi kao nešto što se može izdržati.

Teorijski okvir koji najdublje zahvata ovu nemogućnost jeste Kernbergov (1967, 1975, 1984) koncept difuzije identiteta, koji predstavlja organizujući princip graničnih crta ličnosti i na adolescentnom uzrastu (Rivnyák et al., 2021). Sržni poremećaj identiteta, kao podležući, definišući kvalitet različitih manifestacija patologije ličnosti, može se operacionalizovati kroz niz fenomenološki prepoznatljivih parametara: odsustvo stabilnog osećaja ko sam kao osoba, nemogućnost saopštavanja koherentne priče o sebi, neprijatno osećanje praznine i usamljenosti, kao i duboki doživljaj sebe kao loše, neadekvatne ili oštećene osobe (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Nalazi ove studije dopunjuju opise subjektivnom teksturom tih iskustava, kroz način na koji se difuzija identiteta kao psihodinamski koncept živi iznutra, u svakodnevnom doživljaju adolescenta koji pokušava da odgovori na pitanje: *Ko sam zapravo ja*.

U srcu tog doživljaja nalazi se self koji ne može da se stabilizuje iznutra. Učesnici opisuju sopstvo bez jasnih kontura – kao *glinu* bez oblika, kao *mozaik* i *slagalicu* čiji se delovi ne uklapaju, kao *papir* ispunjen *bojama iz kojih ne izranja prepoznatljiva slika*. Takva neuhvatljivost selfa ne predstavlja samo preispitivanje uloga, vrednosti i ciljeva, tipično za eksploraciju identiteta na adolescentnom uzrastu (Erikson, 1968; Marcia, 1966), već zadire u same temelje doživljaja kontinuiteta i prisutnosti sopstvenog bića u ovom svetu. Praznina koja prožima iskustvo učesnika ne doživljava se kao prolazno stanje, već se prepoznaje kao pozadinski kvalitet postojanja koji retko potpuno izostaje. Ona se oseća kao prirodan, gotovo normalan način bivanja, a istovremeno kao nešto nije moguće podneti. Uz to, realnost koja okružuje ovaj prazan self nije ni sama čvrsta:

depersonalizacija i derealizacija dodatno razaraju ono malo što bi moglo da posluži kao oslonac – telo postaje strano, zvukovi distorzirani, svet artificijelan i dalek. Postojanje je tako dvostruko urušeno: iznutra, kroz odsustvo ispunjenosti, i spolja, kroz iskrivljenu, nepouzdanu realnost. Ova dinamika može se razumeti kroz prizmu neintegrisane ličnosti u kojoj se međusobno isključivi, kratkotrajni i rascepkani doživljaji međusobno poništavaju pre nego što zažive i definišu osobu u iole konzistentnom smislu (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Tamo gde bi trebalo da se formira self, postoji samo niz fragmentisanih, nepovezanih trenutaka koji se ne mogu složiti u celinu.

Upravo ta dezintegracija leži u osnovi onoga što učesnici opisuju kao iskustvo rascepljenosti, kao oscilacije između krajnosti koja ne ostavlja nikakvo srednje tlo na kome bi se moglo stati. Slika o sebi naglo prelazi od grandioznosti do bezvrednosti, od onipotencije postojanja na „*vrhu sveta*” do potpunog prezira prema sebi, bez pozicije sa koje bi se ti suprotstavljeni delovi mogli sagledati kao različiti aspekti iste osobe. Kernberg (1984) ovaj mehanizam opisuje kao vertikalni splitting, u kojem odbrambeni proces kontradiktorne reprezentacije sebe i drugih drži razdvojenim, onemogućavajući njihovu integraciju u ambivalentnu, ali koherentnu celinu. Uz to, važno je naglasiti da višestrukost selfa sama po sebi nije patološka. Ona postaje problem kada je odraz vertikalnog splittinga koji rezultuje „ili-ili” pozicijom, umesto mogućnosti simultanog, „i-i” postojanja kontradiktornih aspekata, koji podrazumeva mogućnost da se doživljaj sebe osmisli i kroz jednu i kroz drugu percepciju sopstva (Divac-Jovanović & Švrakić, 2017). Upravo ovaj „ili-ili” kvalitet prepoznaje se u narativima učesnika: oni nisu u stanju da pomire različite strane sebe, da ih dožive kao delove iste osobe i da, makar privremeno, stoje na nekoj poziciji između. Mada nemogućnost integrisanja suprotstavljenih uloga i ponašanja u jedinstvenu sliku o sebi predstavlja normativnu odliku srednje adolescencije (Harter, 2015), kod učesnika ovaj unutrašnji konflikt nije samo izvor stresa, već urušava bazični doživljaj unutrašnjeg oslonca sopstvenog postojanja. Self koji ne može ni da izdrži prisustvo sopstvenih kontradikcija bez pretnje haosa i raspada nužno ostaje nestabilan i, u krajnjoj instanci, nepodnošljiv samom sebi.

Kada se self doživljava kao suštinski loš i oštećen, dominantno emocionalno iskustvo u vezi sebe može biti stid. Ovaj doživljaj ne javlja se kao situaciona emocija, već kao trajno stanje u kome je celo sopstvo izloženo kao manjkavo i nedostojno. Nalazi prethodnih studija na odraslima pokazuju da stid kod pojedinaca sa graničnim poremećajem ličnosti nije periferan fenomen, već predstavlja tačku polazišta koja prožima i organizuje sve ostale aspekte doživljaja sebe (Jørgensen

& Bøye, 2024). Skrivanje iza fasade, prilagođavanje drugima, ukidanje sopstvenih potreba, ali i autodestrukcija kao forma samokažnjavanja na taj način mogu se razumeti kao proizilazeće iz stida. U tom smislu, nije reč o izolovanim strategijama, nego o koherentnim odgovorima na iskustvo sopstva koje se ne sme prikazati onakvim kakvo jeste – rečima Harterove (2015), jaz između adolescentovog realnog i idealnog Ja ostaje nepremostiv.

Kada se self ne može stabilizovati iznutra, traženje utemeljenja u drugom postaje egzistencijalna nužnost. Drugi nisu samo važni – oni su jedini gradivni materijal identiteta, mesto odakle dolazi makar privremena stabilnost. Učesnici opisuju kako sebe doživljavaju kao zavisne od drugih, kako od drugog pozajmljuju interesovanja, vrednosti, pa i sam osećaj postojanja. Divac-Jovanović i Švrakić (2017) ovaj fenomen prepoznaju kao jedan od ključnih parametara difuzije identiteta. Reč je o tendenciji identifikacije sa drugim bićem tako da se preuzimaju njegova uverenja i maniri, pri čemu se self doživljava kao lažan pred drugima, o kojem govore i sami učesnici. Nalazi ove studije dodatno potcrtavaju ambivalentnost koja iz toga proističe: drugi kao jedino mesto stabilnosti, istovremeno su izvor najintenzivnije pretnje. Ovaj paradoks u sebi obuhvata dva ključna elementa, koji međusobno pojačavaju unutrašnji konflikt. Sa jedne strane, egzistencijalno zavisiti od drugog znači živeti sa sveprisutnom hipersenzivnošću na odbacivanje i strahom od napuštanja, koja se ne doživljava kao gubitak odnosa, već apsolutni nestanak sopstva. Sa druge strane, isti drugi doživljavaju se kao potencijalno hostilni i opasni, što Kernberg (1967) razume kao posledicu splittinga i projekтивne identifikacije: neintegrisana hostilnost i agresija smeštaju se u drugog, koji onda postaje izvor pretnje. Self je tako zarobljen između dve jednako nepodnošljive mogućnosti: bez drugog se raspada, a sa drugim je ugrožen. Ovaj relacioni paradoks, u kom se self ne može stabilizovati ni sa drugima ni bez njih, direktna je fenomenološka posledica difuzije identiteta: bez unutrašnjeg jezgra koje bi opstalo nezavisno od odnosa, svaki odnos nosi sa sobom rizik egzistencijalne katastrofe. Takva iskustva u značajnoj meri prevazilaze razvojno očekivani konflikt između uspostavljanja autonomije i bliskosti, usled čega adolescent, prema Salivenovim terminima (1953), ostaje zarobljen prisustvom stalne unutrašnje pretnje koje ne uspeva da se oslobodi.

Kada stabilizacija ni kroz drugog nije moguća ili postane ugrožena, autodestrukcija se pojavljuje kao poslednji dostupni odgovor na neizdržljivost sopstvenog postojanja. Rezultati potvrđuju prethodne nalaze koji govore u prilog ideji da se autodestruktivno ponašanje mladih ne može razumeti kao jednoobrazno ni jednoznačno (Klonsky, 2007). U okviru ove studije, ono

nedvosmisleno preuzima različite funkcije u zavisnosti od toga koja dimenzija neizdrživog doživljaja sebe trenutno dominira. Kada je adolescent uronjen u prazninu i otuđenost, samopovređivanje postaje dokaz živosti – krv i bol daju osećaj da otcepljeni self još uvek postoji. Kada dominira emocionalni intenzitet, autodestrukcija preuzima suprotnu funkciju, postajući pokušaj da se oseća manje, da se od preplavljujućeg doživljaja pobegne, da se unutrašnji bol premesti na telo, da se negde smesti i omeđi. Kada je intenzivno prisutan doživljaj sopstvene neprihvatljivosti, autodestrukcija dobija karakter retribucije. Na taj način, self koji se doživljava kao loš, oštećen i nedostojan ne traži samo regulaciju, već i kaznu kao formu potvrde negativne slike o sebi. Naposljetku, u kontekstu odnosa, autodestrukcija postaje interpersonalna. Ona se javlja kao vapaj da drugi ostane ili jedini način da se preživi njegov odlazak. Kernbergov (1975, 1984) okvir ove obrasce razume kao ekstremni vid regulacije afekta u odsustvu integrisanog selfa koji bi modulaciju emocionalnih stanja mogao da podrži na adaptivniji način. Paradoks koji ova studija osvetljava jeste da se self stabilizuje upravo putem destrukcije i rizika od konačnog poništenja. Ovo je ne samo klinički, već i fenomenološki značajan nalaz: autodestruktivnost u kontekstu patologije ličnosti adolescenta nije primarno samodestruktivna, već je, makar privremeno i po visoku cenu, pokušaj opstanka.

Sve opisano dobija posebnu težinu kada se sagleda u razvojnem kontekstu adolescencije. Erikson (1980) formiranje stabilnog identiteta opisuje kao centralnu krizu adolescencije – period u kome mlada osoba treba da integriše različite aspekte sebe u koherentan doživljaj sopstva. Emocionalna turbulentnost, relacije dileme i pitanje „*Ko sam ja*” deo su normativnog razvojnog procesa, a opisana iskustva u izvesnoj meri mogu prepoznati i adolescenti bez otežanog funkcionisanja ličnosti. Ono što ih, pak, u ovom kontekstu čini klinički značajnim je ne samo njihov intenzitet, već i kvalitet stabilnosti: učesnici ova stanja ne razumeju kao odraz aktuelne krize, već kao način na koji su oduvek postojali, prisutan od najranijeg uzrasta. Štaviše, upravo oko takvih iskustava praznine, rascepljenosti i neprihvatljivosti gradi se čitav doživljaj sebe, što razvojne zadatke ove faze čini višestruko otežanim. Kod adolescenata u ovoj studiji, razvojni procesi odvijaju se u kontekstu *negativnog* i *difuznog identiteta* (Erikson, 1968) koji ima značajno oslabljen kapacitet za integraciju. Upravo diskontinuitet u doživljaju sebe i postojanje samo u sadašnjem trenutku, kojim dominira negativno emocionalno iskustvo, pokazuje se kao ono što najjasnije razlikuje adolescente sa graničnim poremećajem ličnosti od vršnjaka bez dijagnoze (Spodenkiewicz et al., 2013). U adolescenciji poremećaj ličnosti postaje vidljiv, upravo zbog

specifičnosti razvojne faze koja poziva na formiranje narativnog identiteta, kao sposobnosti konstruisanja sopstvene životne priče povezivanjem prošlosti, sadašnjosti i budućnosti u smislenu, koherentnu celinu (McAdams, 2015, 2018; Shiner et al., 2021). Kod učesnika aktuelne studije, ta integracija izostaje na najosnovnijem nivou, a iskustva koja bi trebalo da budu osnova iz koje identitet izrasta postaju umesto toga temelj na kome se gradi slika o sebi koja je neuhvatljiva, rascepljena i duboko iskrivljena. Za razliku od normativnog razvoja, u okviru kojeg adolescenti održavaju kontinuitet u načinu konstruisanja sebe i pored promena koje opažaju (Vranješević, 2001), učesnici ovog istraživanja kao sržnu odliku sopstvenog postojanja vide upravo izostanak niti koja povezuje doživljaj sebe kroz vreme. Opisana iskustva generišu destabilizujući stepen distresa koji zahvata različite domene funkcionisanja, u razvojnom periodu kada se upravo u tim domenima postavljaju temelji za odraslo funkcionisanje.

Važno je naglasiti da prikazane teme nisu iscrpan portret učesnika – u narativima su prisutne i priče o nadi, ostrvima bliskosti, aspektima sebe koji se doživljavaju pozitivno, ličnim snagama i želji za promenom. Kroz interpretativnu fenomenološku analizu izdvojeni su centralni, najsnažniji elementi subjektivnog iskustva, koji udruženo grade fenomenologiju postojanja adolescenata sa poremećajem ličnosti. Doživljaj sebe kod ovih adolescenata nije samo nestabilan ili negativan – on je u svojoj suštini paradoksalan. Postojanje se odvija u prostoru nepomirljivih tenzija: između potrebe da se bude i nemogućnosti da se sopstveno bivanje drži na okupu, između žudnje za bliskošću i neizdržive ranjivosti koju bliskost nosi, između destrukcije kao pretnje i destrukcije kao jedine dostupne strategije preživljavanja. Razumeti ovu logiku iznutra, onako kako su je učesnici artikulisali, preduslov je svakog smislenog kliničkog susreta sa adolescentom koji to iskustvo živi.

ZAVRŠNA RAZMATRANJA

Integracija nalaza

Nalazi ove disertacije ukazuju na to da se poremećaj ličnosti u adolescenciji ne može adekvatno razumeti kao jednoznačna i fiksna dijagnostička kategorija, već kao složen fenomen koji se oblikuje na preseku subjektivnog iskustva, kliničke interpretacije i metoda njegove procene. Perspektive adolescenata, kliničara i kvantitativnih indikatora ne predstavljaju odvojene uvide u isti fenomen, već komplementarne nivoe kroz koje se njegovo značenje konstruiše. Ono što se kroz sve tri studije dosledno pojavljuje jeste temeljni paradoks poremećaja ličnosti u adolescenciji: patologija je prepoznata, merljiva i vodi izraženoj subjektivnoj patnji, a ipak sistemski ostaje neimenovana i bez adekvatnog terapijskog odgovora.

Iz perspektive adolescenata, poremećaj ličnosti se pojavljuje kroz iskustvo nestabilnosti, fragmentacije i otežanog uspostavljanja kontinuiteta doživljaja sebe. Sopstvo se organizuje kao promenljiva konfiguracija stanja, odnosa i trenutnih emocionalnih iskustava. Praznina kao trajno stanje odsustva ispunjenosti, intenzitet i nestabilnost afekta koji se ne mogu regulisati, rascepljena i neprihvatljiva slika o sebi i relacioni paradoks ne opisuju simptome. Reč je logici postojanja iznutra, koja otkriva da ono što se spolja vidi kao kaos i destruktivnost ima svoju unutrašnju koherentnost: to su pokušaji preživljavanja u uslovima u kojima sopstvo nema dovoljno čvrsto jezgro oko kojeg bi se stabilnije formiralo. U tom kontekstu, odnosi sa drugima dobijaju centralnu regulativnu funkciju, istovremeno ostajući izvor intenzivne ambivalencije, dok se autodestruktivna ponašanja mogu razumeti kao pokušaji nošenja iskustava koja izmiču integraciji i simbolizaciji. Ono što je klinički posebno značajno jeste da ovi adolescenti svoja iskustva ne opisuju kao prolazna ili situaciona – oni ih prepoznaju kao način na koji su oduvek postojali, kao pozadinski kvalitet koji razvojne zadatke u različitim fazama odrastanja čini višestruko otežanim. Na taj način, ‘stabilno nestabilni’ prevazilazi opis koji kao stručnjaci koristimo da objasnimo granični nivo funkcionisanja – ovaj doživljaj za same adolescente nekada predstavlja jedino trajno što unutar sebe prepoznaju i imenuju.

Perspektiva kliničara ukazuje da stručnjaci u oblasti adolescentnog mentalnog zdravlja ostvaruju konsenzus u pogledu prepoznavanja fenomena – poremećaj ličnosti po njima realno postoji i pre odraslog doba, moguće ga je opisati i razumevanje razvojnog početka smestiti u određen uzast. Međutim, nalazi osvetljavaju način na koji se ovaj fenomen prevodi u profesionalni jezik i praksu. Dijagnoza ne predstavlja neutralan deskriptivni alat, već mesto epistemološke i etičke neizvesnosti. Ovaj proces se odvija unutar izražene emocionalne zahtevnosti rada sa ovom populacijom, pri čemu su intenzivne reakcije konstitutivni deo kliničkog susreta, koji neizbežno oblikuje način sagledavanja pacijenta. Stručnjaci se nalaze u poziciji stalnog pregovaranja između potrebe da imenuju sveprožimajuće obrasce ličnosti i svesti o razvojnim specifičnostima adolescencije. Oni funkcionišu između ograničenja aktuelnog dijagnostičkog sistema i procene poremećaja utemeljene u sopstvenim konceptualizacijama i kliničkom iskustvu. Istovremeno, oni postoje u procepu potencijalne dijagnostičke koristi i nemogućnosti njenog ostvarivanja u sistemu koji etiketira i ne pruža adekvatan tretman, te svaki izbor nosi posledice. Kliničar je tako onaj koji zna, ali ne sme da kaže. U susret ovom paradoksu, on postaje akter koji reprodukuje, preispituje ili se, u jedinstvenim slučajevima, aktivno suprotstavlja institucionalnim normama. Pri tome, delovati u ovom prostoru ambivalentnosti ne zasniva se na njenom razrešenju, budući da to zbog same prirode fenomena nije u potpunosti dostižno. Naprotiv, ono što kliničaru pruža veću sigurnost u sopstvenu kliničku procenu i terapijski rad sa adolescentom jeste kapacitet da ostane u kontaktu i iznova (pod)nosi emocionalnu zahtevnost i neizvesnost, koje proces rada sa pojedincima sa poremećajem ličnosti nužno uključuje.

U tom smislu, posebno je značajno razvijati i primenjivati načine procene koji omogućavaju da se ovaj fenomen sagledava duž kontinuuma, čime se kliničar oslobađa zahteva za apsolutnom prognostičkom izvesnošću – iluzijom koja, kao što je prikazano u uvodnom delu rada, ne postoji ni na odraslom uzrastu kada je reč o kategorijalnom pristupu. Nalazi kvantitativne studije potvrđuju da se kompleksan fenomen patologije ličnosti na adolescentnom uzrastu može empirijski operacionalizovati i pouzdano meriti kroz nivo funkcionisanja ličnosti. Validacijom srpske verzije LoPF-Q 12–18 pokazano je ne samo da se poremećaj ličnosti na taj način može efikasno detektovati pre odraslog doba, već i da je to moguće učiniti instrumentom visoke kliničke validnosti i diferencijalne osetljivosti. Možda najznačajniji nalaz odnosi se upravo na njegovu izraženu sposobnost da razlikuje adolescente sa utvrđenom dijagnozom poremećaja ličnosti ne samo od kontrolne grupe, već i od adolescenata koji pate od drugih mentalnih poremećaja. U tom

smislu, ‘graničnost’ na ovom uzrastu ne može biti objašnjena isključivo normativnim razvojnim turbulencijama, niti opštim efektima psihopatologije, već predstavlja relativno specifičan indikator patologije ličnosti. Takođe, utvrđeno je da nivo funkcionisanja ličnosti predviđa psihosocijalne ishode adolescenata povrh doprinosa simptoma internalizovanih i eksternalizovanih poremećaja. Ovaj nalaz pruža snažnu podršku ideji da patologija ličnosti ne predstavlja samo pratilac simptoma Ose I, već dublji, podležući indikator psihološkog funkcionisanja. Dimenzionalni pristup se stoga može razumeti kao način uokviravanja fenomena koji prevazilazi dihotomno pitanje ima/nema dijagnozu, koje se pokazalo kao nepouzđano i klinički ograničavajuće, kako u populaciji odraslih, tako potencijalno još u većoj meri u adolescenciji. Umesto toga, procena na kontinuumu nivoa funkcionisanja ličnosti omogućava zahvatanje razvojne dinamike fenomena, u smislu praćenja promena kroz vreme i prepoznavanja subkliničkih formi poremećaja, potencijalno i pre stabilizacije pune kliničke slike kod mlade osobe. Kao takva, ona predstavlja komplementaran, ali ne i zamenjiv pristup u odnosu na iskustvene i interpretativne nivoe ovog fenomena. Upravo ovi elementi ostaju nedovoljno obuhvaćeni instrumentima procene, budući da ne pružaju uvid u način na koji se fenomen doživljava i razume – kako iz perspektive samih adolescenata, tako i iz perspektive kliničara koji sa njima rade.

U tom smislu, disertacija poziva na razumevanje poremećaja ličnosti kroz integraciju različitih pristupa fenomenu, budući da nijedan pojedinačni nivo razmatranja ne može u potpunosti obuhvatiti kompleksnost i višeslojnost ličnosti i njene patologije. Uprkos brojnim zamerka, tradicionalni kategorijalni model ni danas nije napušten, jer ga stručnjaci u svakodnevnoj praksi vide kao zajednički dijagnostički jezik važan za kliničko odlučivanje, usmeravanje na specijalizovane tretmane i međusobnu komunikaciju. Međutim, dimenzionalni pristup pruža mogućnost da se procena odvija dinamički, zahvatajući njegove višestruke pojavne oblike kroz vreme. To znači da u susretu sa mladom osobom prevazilazimo dijagnostiku baziranu isključivo na nivou manifestnih simptoma, koji, kao što je prikazano, mogu biti relativno nespecifični (npr. sniženo raspoloženje, napadi panike, školska fobija, upotreba psihoaktivnih supstanci, prolazne psihotične epizode). Procena patologije ličnosti nužno mora da uključuje stepen u kojem adolescent pokazuje maladaptaciju u pogledu odnosa prema sebi i drugima, unutar okruženja u kojem se razvija. U tom smislu, nomotetski pristup doprinosi prepoznavanju opštih pravilnosti psihopatologije, odnosno kvaliteta obrazaca funkcionisanja koji konstituišu strukturu i dinamiku poremećaja ličnosti. Sa druge strane, klinička procena treba da uključi idiografsku perspektivu,

koja pruža uvid u jedinstvene načine na koje se patologija ličnosti oblikuje i živi u iskustvu konkretnog adolescenta. Time se zahvataju nivoi subjektivnih istina kroz koje adolescent osmišljava sopstveno postojanje u svetu, uvažavajući specifičnosti njegove lične realnosti unutar koje doživljaji dobijaju svoje značenje.

Ova pozicija teži sagledavanju pojedinca kao celovitog bića, čije se razumevanje ne može svesti na statičnu nozološku oznaku. U skladu sa savremenim pristupima psihodijagnostici, dijagnoza se može shvatiti kao proces koji obuhvata razmatranje dispozicionih karakteristika ličnosti, unutrašnjih reprezentacija sebe i drugih, prirode modulacije emocionalnih stanja, kvaliteta interpersonalnog susreta sa kliničarem i značajnim drugima, kao i funkcionisanja u različitim domenima, unutar specifičnog razvojnog i životnog konteksta osobe. Uz to, disertacija sugerise da, tako konceptualizovanu, patologiju ličnosti treba razumeti iz perspektive samog adolescenta, različitih metoda kliničke procene (poput kombinacije intervjua i mera samoprocene), ali i institucionalnog i šireg društvenog okvira unutar kojeg se poremećaj ličnosti prepoznaje, osmišljava i tretira. U tom smislu, ovaj pristup prevazilazi redukcionističku logiku pukog ispunjavanja dijagnostičkih kriterijuma, omogućavajući sagledavanje patologije ličnosti kao „živog” fenomena koji se organizuje unutar ukupnog načina na koji mlada osoba postoji. Upravo zbog toga, dijagnoza poremećaja ličnosti u adolescenciji ne posmatra se kao čin donošenja konačne presude. Kao dinamička i procesna, ona se može razumeti kao razvojno osetljiv okvir za prepoznavanje maladaptivnih obrazaca koji, sa jedne strane, nose rizik od dalekosežnih, izrazito nepovoljnih psihosocijalnih ishoda, ali, sa druge, istovremeno ostavljaju prostor za promenu. Pravilno i pravovremeno detektovanje poremećaja na taj način ne predstavlja garanciju da će pojedinac trajno nositi poremećaj ličnosti, već upravo suprotno – ona otvara mogućnost za modifikaciju njenog razvojnog toka. Dijagnoza pre odraslog doba tako može predstavljati svojevrsno „proročanstvo koje se ne ostvaruje”, ne zato što je na adolescentnom uzrastu pogrešna ili preuranjena, već baš zbog toga što omogućava da se kroz adekvatno razumevanje poteškoća adolescentu pruže rane intervencije, upravo u periodu kada one mogu imati najsnažnije efekte.

Ograničenja i preporuke za buduća istraživanja

U skladu sa ciljem i metodologijom Studije 1, izabran je nameran i relativno homogen uzorak od deset iskusnih kliničara iz državnih psihijatrijskih ustanova, što je metodološki opravdan izbor za istraživanje usmereno na dubinsko razumevanje konstruisanja značenja, a ne na generalizaciju kliničkih praksi u našoj sredini. Ipak, perspektive kliničara koji rade u privatnom sektoru, manjim sredinama ili sa kraćim iskustvom rada sa adolescentima mogu otkriti kvalitativno drugačije obrasce pozicioniranja prema ovom pitanju, što ostaje važan pravac za buduća istraživanja. Značajnije ograničenje tiče se moje pozicije kao istraživačice – agenda intervjua, kao i sama interpretacija podataka, neizbežno reflektuju moja lična pitanja i pretpostavke o ovoj temi, dileme koje su, kako se pokazuje, strukturno slične onima koje kliničari sami nose i sa kojima sam ušla u istraživanje ove teme. U kojoj meri je taj istraživački okvir oblikovao način na koji su učesnici govorili o fenomenu, kao i kako je potom uticao na interpretaciju podataka, ostaje inherentno ograničenje koje nije moguće u potpunosti razrešiti, ali koje je važno eksplicitno imenovati.

U Studiji 2, nekoliko ograničenja tiče se samog uzorka. Klinički poduzorak je relativno mali, što je uslovalo ograničenu statističku moć u nekim analizama, prvenstveno konfirmatorne faktorske analize. Takođe, unutar ovog dela uzorka, značajno je veći broj učesnika u odnosu na učesnike, što može kreirati rodnu pristrasnost u kvantitativnim podacima. Dodatno, prigodno uzorkovanje ograničava reprezentativnost nalaza za adolescentnu populaciju Srbije u celini, usled čega se empirijski određeni cut-off skor ne može pouzdano koristiti kao dijagnostička odrednica. Aktuelno istraživanje predstavlja polaznu tačku za normiranje instrumenta na našem uzorku, što je naredni deo ovog projekta. Pored toga, svi podaci u studiji, izuzev formalne dijagnoze iz medicinske dokumentacije, prikupljeni su od samih ispitanika. Ovo nužno uvodi pitanje subjektivnosti, socijalne poželjnosti i pristrasnosti u prisećanju, što se neretko vidi kao poseban izazov procene poremećaja ličnosti (Jørgensen & Bøye, 2022). Mada je u radu primenjen kombinovan metod procene, uključujući i empirijski utemeljen dijagnostički intervju SCID-5-PD kao zlatni standard u oblasti, dilema o pouzdanosti podataka nužno ostaje jedno od ograničenja. Pored toga, psihijatrijski seting je, po svojoj prirodi, oblikovao specifičnu populaciju mladih sa predominantno graničnim poremećajem ličnosti kao najzastupljenijim u ovom uzrastu i sa

najvećom učestalošću korišćenja zdravstvenih usluga. Na taj način, adolescenti sa izraženijim antisocijalnim tendencijama nisu zahvaćeni u dovoljnoj meri unutar medicinskih ustanova. S obzirom na to da LoPF-Q meri ono što je sržno i zajedničko svim kategorijama poremećaja ličnosti, ostaje otvoreno pitanje da li bi instrument pokazao iste psihometrijske karakteristike na uzorku koji ravnomernije zastupa i ovakve oblike patologije ličnosti – što predstavlja važan pravac za buduća istraživanja. Konačno, odsustvo longitudinalnih podataka onemogućava uvid u to u kojoj meri identifikovani problemi opstaju kroz vreme i kako se nivo funkcionisanja ličnosti menja u razvojnom kontekstu, što je ključno empirijski proveriti.

U Studiji 3, opredeljenje za homogen uzorak adolescenata sa graničnim poremećajem ličnosti, koje je metodološki utemeljeno i uobičajeno za interpretativnu fenomenološku analizu, istovremeno znači da se utvrđeni obrasci ne mogu uopštavati na adolescente sa drugim oblicima patologije ličnosti. Mada se granični poremećaj ličnosti, kao što je u uvodu prikazano, ne smatra odvojenom kategorijom, već sržnim kvalitetom svih manifestacija teške patologije ličnosti, ovo pitanje ostaje važno proveriti i kroz buduće kvalitativne studije. Mali broj učesnika muškog pola, koji odražava realnu distribuciju ove dijagnoze u kliničkim uzorcima, onemogućava rodnu komparativnu analizu. Pored toga, jedno od ograničenja je i moja višeslojna uloga u istraživačkom procesu. Naime, u intervju Studije 3 ulazila sam sa prethodnim znanjem o prisustvu poremećaja ličnosti, koji sam detektovala tokom procesa procene unutar Studije 2. Ova činjenica je, i pored nastojanja da ostanem bliska subjektivnom iskustvu, mogla nesvesno oblikovati istraživački pogled i način interpretacije podataka, što predstavlja ograničenje odabranog istraživačkog dizajna. Predlog za buduća istraživanja bila bi slepa procedura, koja se nekada koristi u ovakvoj vrsti studija. Pored toga, pitanje narativnog identiteta i diskontinuiteta doživljaja sebe kod adolescenata sa poremećajem ličnosti, koje je ova studija dotakla, zaslužuje dalju istraživačku pažnju. Ovo bi bilo naročito vredno eksplorisati kroz longitudinalni dizajn koji bi pratio spontane, kao i promene u doživljaju sopstva u toku tretmana, što bi omogućilo uvid na način na koji se kroz ove procese rekonstruiše priča o sebi.

Doprinos disertacije i praktične implikacije

Ova disertacija pruža nekoliko doprinosa razumevanju poremećaja ličnosti u adolescenciji. U prvom redu, disertacija kombinuje kvantitativni i kvalitativni pristup u cilju integracije tri komplementarna nivoa: subjektivnog iskustva adolescenata, kliničke perspektive i dimenzionalne operacionalizacije poremećaja ličnosti. Na taj način, reč je o pokušaju prevazilaženja fragmentisanosti postojećih pristupa, ukazivanjem na međusobno povezane dimenzije kroz koje se poremećaj ličnosti konstruiše i razume. Dodatno, disertacija doprinosi empirijskoj bazi u oblasti adolescentnog poremećaja ličnosti, fenomenu koji je dugo sistematski zanemarivan. Ovo je naročito značajno u našem kontekstu, gde prethodnih istraživanja na ovu temu praktično nema.

Poseban doprinos odnosi se na uvažavanje perspektive adolescenata sa poremećajem ličnosti kao eksperata za svoje proživljeno iskustvo, koji su u istraživanjima nedovoljno zastupljeni, a u kliničkom i širem društvenom diskursu neretko stigmatizovani i svedeni na manifestacije disruptivnog i manipulativnog ponašanja. Kroz analizu njihovih narativa, disertacija daje pristup razumevanju patologije ličnosti adolescenata iznutra. Ovaj aspekt ima neposrednu kliničku relevantnost, jer produbljeno razumevanje subjektivnog iskustva može doprineti adekvatnijem terapijskom odgovoru i većoj sposobnosti kliničara da se nose sa kompleksnošću rada sa ovom populacijom.

Rezultat disertacije u praktičnom smislu predstavlja srpska verzija prvog instrumenta za dimenzionalnu procenu težine narušenog funkcionisanja ličnosti u adolescenciji. Za razliku od alternativnih mera, upitnik je konstruisan za ovu uzrasnu populaciju i zasnovan na savremenom pristupu dijagnozi koja uvažava razvojni tok patologije ličnosti. Inventar se kao pouzdan alat može koristiti u istraživačke svrhe ili kao pomoćno sredstvo u procesu kliničke procene.

Dalje, uključivanjem perspektive kliničara, disertacija pruža uvid u načine na koje stručnjaci razumeju i odnose se prema poremećaju ličnosti u adolescenciji. Studija omogućava sagledavanje načina na koji se konceptualna, etička i emocionalna ambivalentnost susreta kliničara sa izraženim maladaptivnim obrascima ličnosti pacijenata nose iznutra. Ovaj doprinos potencijalno prevazilazi specifičnu dijagnozu, otvarajući šira pitanja o pozicioniranju kliničara unutar dijagnostičke neizvesnosti, njihovoj agencnosti i granicama delovanja u radu sa kompleksnim kliničkim fenomenima.

Konačno, nalazi ukazuju na značaj sistemskog konteksta u oblikovanju kliničke prakse. Disertacija pokazuje da razumevanje i tretman poremećaja ličnosti ne zavise nužno od individualnih stavova i kompetencija kliničara, već su u značajnoj meri uslovljeni širim strukturnim karakteristikama institucionalnog okvira unutar kojeg se razvija odnos stručnjaka i adolescenta. U tom smislu, kliničko rezonovanje i unutrašnji svet adolescenta neminovno se prelamaju kroz šire društvene prakse koje oblikuju odgovore na pitanje šta znači imati poremećaj ličnosti pre odraslog doba. Kao najznačajnije praktično pitanje, otvara se potreba za razvojem specijalizovanih psihosocijalnih intervencija, koje bi omogućile priliku da se mladi unutar sistema zbrinu, što bi u velikoj meri otvorilo potencijalni prostor rane detekcije – kad imam šta da pružim, mogu da imenujem.

LITERATURA

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Akhtar, S., & Samuel, S. (1996). The concept of identity: developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurement. *Harvard review of psychiatry*, 3(5), 254-267.
- Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados, A. (2019). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *European Psychiatry*, 56(1), 75-83.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Ammaniti, M., Fontana, A., Clarkin, A., F. Clarkin, J., Nicolais, G., & F. Kernberg, O. (2012). Assessment of adolescent personality disorders through the interview of personality organization processes in adolescence (IPOP-A): Clinical and theoretical implications. *Adolescent Psychiatry*, 2(1), 36-45.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American psychologist*, 54(5), 317-326.
- Baker, J., & Beazley, P. I. (2022). Judging personality disorder: A systematic review of clinician attitudes and responses to borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 28(4), 275-293.
- Barkauskienė, R., Sharp, C., Kerr, S., Gaudiešiūtė, E., Goth, K., & Skabeikytė-Norkienė, G. (2024). Examining the validity of the Levels of Personality Functioning Questionnaire for adolescents aged 12-18 (LOPF-Q 12-18): A replication and extension with a sample of Lithuanian adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 38(4), 330-349.

- Barkauskienė, R., & Skabeikytė G. (2020). *Culture-adapted version Lithuanian of the self-report questionnaire LoPF-Q 12-18 (Levels of Personality Functioning Questionnaire; authors Goth & Schmeck) – Short manual*. Offenbach: academic-tests.
- Barkauskienė, R., Skabeikytė, G., & Gervinskaitė-Paulaitienė, L. (2021). The role of borderline personality symptoms for psychosocial and health related functioning among adolescents in a community sample. *Child & Youth Care Forum*, 50 (3), 437-452.
- Bender, D. S., Zimmermann, J., & Huprich, S. K. (2018). Introduction to the special series on the personality functioning component of the alternative DSM–5 model for personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 565-570.
- Bertsch, K., & Herpertz, S. C. (2018). Personality Disorders, Functioning and Health. *Psychopathology*, 51(2), 69-70.
- Black, G., Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patient's perspective. *Journal of mental health*, 23(2), 78-82.
- Bornovalova, M. A., Verhulst, B., Webber, T., McGue, M., Iacono, W. G., & Hicks, B. M. (2018). Genetic and environmental influences on the codevelopment among borderline personality disorder traits, major depression symptoms, and substance use disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *Development and psychopathology*, 30(1), 49-65.
- Bozzatello, P., Blua, C., Brandellero, D., Baldassarri, L., Brasso, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2024). Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1320546.
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalley, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of personality and social psychology*, 70(1), 141-156.
- Casey, B. J., Jones, R. M., Levita, L., Libby, V., Pattwell, S. S., Ruberry, E. J., ... & Somerville, L. H. (2010). The storm and stress of adolescence: insights from human imaging and mouse genetics. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 52(3), 225-235.
- Catthoor, K., Hutsebaut, J., Feenstra, D., Schrijvers, D., & Sabbe, B. (2015). Stigma in Adolescents and Adults with Personality Disorders: Are There Any Differences?. *European Psychiatry*, 30, 1836.
- Chanen, A. M. (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet?. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778-791.

- Chanen, A. M. (2023). Bringing personality disorder in from the cold: Why personality disorder is a fundamental concern for youth mental health. *Australasian Psychiatry*, 31(3), 267-269.
- Chanen, A., Sharp, C., Hoffman, P., & for Prevention, G. A. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry*, 16(2), 215-216.
- Chanen, A. M., Sharp, C., Nicol, K., & Kaess, M. (2022). Early intervention for personality disorder. *Focus*, 20(4), 402-408.
- Chanen, A. M., & Thompson, K. N. (2019). The age of onset of personality disorders. In G. de Girolamo, P. D. McGorry, & N. Sartorius (Eds.), *Age of onset of mental disorders: Etiopathogenetic and treatment implications* (pp. 183-201). Springer International Publishing.
- Clark, L. A. (2009). Stability and change in personality disorder. *Current directions in psychological science*, 18(1), 27-31.
- Cloninger, R. C., Švrakić, D. M., Lester, N. C., Lečić-Toševski, D., Koldobsky, N., & Botbol, M. (2016). Personality disorders. In J. E. Mezzich, M. Botbol, G. N. Christodoulou, R. C. Cloninger, & I. M. Salloum (Eds.), *Person Centered Psychiatry* (pp. 427-444). Springer International Publishing.
- Cosgun, S., Goth, K., & Cakiroglu, S. (2021). Levels of Personality Functioning Questionnaire (LoPF-Q) 12–18 Turkish Version: Reliability, Validity, Factor Structure and Relationship with Comorbid Psychopathology in a Turkish Adolescent Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(3), 620-631.
- Crocq, M. A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147-153.
- Cross, S. (2016). *An exploration of the experiences of CAMHS nurses who work with adolescents with the label emerging personality disorder*. [Doctoral dissertation, University of Leicester].
- Ćurčić, V. (2005). Mentalno zdravlje mladih – rizik i šansa. *Psihijatrija danas*, 37(1) 87-107.
- d'Huart, D., Seker, S., Buerger, D., Birkhölzer, M., Boonmann, C., Schmid, M., & Schmeck, K. (2023). The stability of personality disorders and personality disorder criteria: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 102, 102284.
- Dell'Amico, S., & De Luca Picione, R. (2023). The borderline personality organization in Otto F. Kernberg's psychodynamic perspective. *European Journal of Psychotherapy &*

Counselling, 25(4), 432-447.

Divac-Jovanović, M., & Švrakić, D. (2017). *Granična ličnost i njena različita lica*. Clio.

Divac-Jovanović, M., Švrakić, D., & Lečić-Toševski, D. (1993). Personality disorders: Model for conceptual approach and classification: Part I: General model. *American journal of psychotherapy*, 47(4), 558-571.

Džamonja Ignjatović, T. (1999). *Psihodijagnostika i savremeni modeli ličnosti*. Zadužbina Andrejević.

Elvins, R., & Kaess, M. (2022). Should child and adolescent mental health professionals be diagnosing personality disorder in adolescence?. *Child and adolescent mental health*, 27(2), 101-102.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Norton.

Erikson, E. H. (1980). *The life cycle completed. A review*. Norton.

Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D., & Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 1-14.

Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38(4), 1025–1034.

First, M. B., Williams, J. B., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). *SCID-5-PD: Structured clinical interview for DSM-5® personality disorders*. American Psychiatric Association Publishing.

Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European child & adolescent psychiatry*, 24(11), 1307-1320.

Fontana, A., Ammaniti, M., Callea, A., Clarkin, A., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2021). Development and validation of the interview of personality organization processes in adolescence (IPOP-A). *Journal of Personality Assessment*, 103(3), 352-364.

Fossati, A., & Somma, A. (2021). The assessment of personality pathology in adolescence from the perspective of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 39-43.

Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of affective disorders*, 152, 1-11.

- Gaudiešiūtė, E., Skabeikytė-Norkienė, G., & Barkauskienė, R. (2025). Personality functioning in adolescents: exploring the links with childhood maltreatment types and internalizing and externalizing difficulties. *Child and Adolescent Mental Health*, 30(3), 238-246.
- Goth, K., Birkhölzer, M., & Schmeck, K. (2018). Assessment of personality functioning in adolescents with the LoPF–Q 12–18 self-report questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 680-690.
- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*, 35(1), 19-22.
- Haggerty, G., Blanchard, M., Baity, M. R., Defife, J. A., Stein, M. B., Siefert, C. J., ... & Zoda, J. (2015). Clinical validity of a dimensional assessment of self-and interpersonal functioning in adolescent inpatients. *Journal of personality assessment*, 97(1), 3-12.
- Harter, S. (2015). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed.). Guilford Publications.
- Ignjatović, N. (2018). Povezanost mehanizma prevladavanja svakodnevnog stresa sa obrascima afektivne vezanosti kod adolescenata. [Master rad, Univerzitet u Beogradu]. COBISS.
- Ignjatović, N. & Radosavljević, J. (2025). Razvoj identiteta u adolescenciji. U N. Simić & M. Belić (Ur.), *Razvoj etničkog identiteta mladih u interkulturalnom društvu* (str. 30-47). Institut za psihologiju, Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu i Državni Univerzitet u Novom Pazaru.
- International Test Commission (2017). ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134.
- Jovanović, V., & Novović, Z. (2008). Kratka skala subjektivnog blagostanja-novi instrument za procenu pozitivnog mentalnog zdravlja. *Primenjena psihologija*, 1(1-2), 77-94.
- Jørgensen, C. R., & Bøye, R. (2022). How does it feel to have a disturbed identity? The phenomenology of identity diffusion in patients with borderline personality disorder: A qualitative study. *Journal of personality disorders*, 36(1), 40-69.
- Jørgensen, C. R., & Bøye, R. (2024). "I am ashamed that I exist. I feel like apologizing for existing": The phenomenology of shame in patients with borderline personality disorder: A qualitative study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 15(3), 181-192.

- Kaess, M., & Cavelti, M. (2025). Research Review: What we have learned about early detection and intervention of borderline personality disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(12), 1829-1848.
- Kassin, M., & Hackrad, J. (2019). *Culture-Adapted Version Spanish Mexico of the Self-Report Questionnaire LoPF-Q 12-18 (Levels of Personality Functioning Questionnaire; Authors Goth & Schmeck)—Short Manual*. Offenbach: academic-tests.
- Keating, D. P., Demidenko, M. I., & Kelly, D. P. (2023). Cognition in Adolescence and the Transition to Adulthood. In L. J. Crockett, G. Carlo, & J. E. Schulenberg (Eds.), *APA Handbook of Adolescent and Young Adult Development* (pp. 75-90). American Psychological Association.
- Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., ... & Medicus, J. (2024). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 181(11), 1024-1028.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Basic Books.
- Kerr, S., McLaren, V., Cano, K., Vanwoerden, S., Goth, K., & Sharp, C. (2023). Levels of Personality Functioning Questionnaire 12-18 (LoPF-Q 12-18): Factor structure, validity, and clinical cut-offs. *Assessment*, 30(6), 1764-1776.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Koehne, K. (2010). *Talking to adolescents about emerging borderline personality disorder: a discourse analysis of clinician and client perspectives*. [Doctoral dissertation, University of Melbourne].
- Kongerslev, M. T., Chanan, A. M., & Simonsen, E. (2015). Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1), 31-48.

- Kramer, U., De Panfilis, C., Barkauskiene, R., Bertsch, K., Hutsebaut, J., Kaera, A., ... & Swales, M. (2025). Psychosocial functioning in personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 12(1), 46.
- Kramer, U., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2017). Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder. *Personality and mental health*, 11(3), 164-170.
- Larivée, M. P. (2022). Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 171-179.
- Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 1-4.
- Lečić-Toševski, D., Divac-Jovanović, M., & Švrakic, D. (2010). Difficult treatment of difficult patient. *Personality and Mental Health*, 4, 233-236.
- Liew, J., Morris, A. S., & Kerr, K. L. (2023). Emotion Regulation Processes as Transdiagnostic in Adolescence and Early Adulthood: A Neurobioecological Systems Framework. In L. J. Crockett, G. Carlo, & J. E. Schulenberg (Eds.), *APA Handbook of Adolescent and Young Adult Development* (pp. 91-106). American Psychological Association.
- Little, T. D., Cunningham, W. A., Shahar, G., & Widaman, K. F. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural equation modeling*, 9(2), 151-173.
- Louise, S., Dondzilo, L., Padmanabhan, V., & Pace, G. (2026). A Review of Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder and Its Features in Adolescence. *Personality and Mental Health*, 20(2), e70069.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of personality and social psychology*, 3(5), 551-558.
- McAdams, D. P. (1985). *Power, intimacy, and the life story: Personological inquiries into identity*. Guilford Press.
- McAdams, D. P. (2015). *The art and science of personality development*. Guilford Press.
- McAdams, D. P. (2018). Narrative identity: What is it? What does it do? How do you measure it?. *Imagination, cognition and personality*, 37(3), 359-372.
- McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual review of psychology*, 61(1), 517-542.

- McGoldrick, M., Preto, N. G., Hines, P. M., & Lee, E. (2014). *Handbook of family therapy*. Routledge.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Meeus, W. (2019). *Adolescent development: Longitudinal research into the self, personal relationships and psychopathology*. Routledge.
- Millar, H., Gillanders, D., & Saleem, J. (2012). Trying to make sense of the chaos: Clinical psychologists' experiences and perceptions of clients with 'borderline personality disorder'. *Personality and Mental Health*, 6(2), 111-125.
- Mulder, R. T. (2021). ICD-11 personality disorders: utility and implications of the new model. *Frontiers in psychiatry*, 12, 655548.
- Moltu, C., Kverme, B., Veseth, M., & Natvik, E. (2023). How people diagnosed with borderline personality disorder experience relationships to oneself and to others. A qualitative in-depth study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 18(1), 2152220.
- National Institute for Health and Care Excellence (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management. Clinical guideline 78*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385(9969), 727-734.
- Papadopoulos, R. (2019). *Understanding 'Emerging' Borderline Personality Disorder: Early Interventions, and Clinicians' Perspectives* [Doctoral dissertation, University of East Anglia].
- Papadopoulos, R., Fisher, P., Leddy, A., Maxwell, S., & Hodgekins, J. (2022). Diagnosis and dilemma: Clinician experiences of the use of 'borderline personality disorder' diagnosis in children and adolescents. *Personality and Mental Health*, 16(4), 300-308.
- Paris, J. (2020). Controversies in the Classification and Diagnosis of Personality Disorders. In C. W. Lejuez & K. L. Gratz (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personality Disorders* (pp. 103–110). Cambridge University Press.
- Payne, M. A. (2012). "All gas and no brakes!" Helpful metaphor or harmful stereotype?. *Journal of Adolescent Research*, 27(1), 3-17.

- Parmar, A., & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of personality disorder among substance use disorder patients: a narrative review. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 517-527.
- Pešić, D., Lečić-Toševski, D., Pejušković, B., Munjiza-Jovanović, A., & Vuković, O. (2026). The Fate of Borderline Pathology in Dimensional Classification Systems: A Narrative Review. *Brain Sciences*, 16(3), 326.
- Pfeifer, J. H., & Allen, N. B. (2021). Puberty initiates cascading relationships between neurodevelopmental, social, and internalizing processes across adolescence. *Biological psychiatry*, 89(2), 99-108.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human development*, 15(1), 1-12.
- Renneberg, B., Hutsebaut, J., Berens, A., De Panfilis, C., Bertsch, K., Kaera, A., & 30 experts with lived experience – clients, relatives, significant others-from 10 European countries (2024). Towards an informed research agenda for the field of personality disorders by experts with lived and living experience and researchers. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 11(1), 14.
- Ring, D., & Lawn, S. (2025). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 34(1), 57-77.
- Rivnyák, A., Pohárnok, M., Péley, B., & Láng, A. (2021). Identity diffusion as the organizing principle of borderline personality traits in adolescents—a non-clinical study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 683288.
- Ruggero, C. J., Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2010). Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *Journal of psychiatric research*, 44(6), 405-408.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Personality disorders: A nation-based perspective on prevalence. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(4), 13-18.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 23(8), 1055-1085.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.

- Schlembach, C. (2020). Don Quixote and the social system: Interpreting Ronald Laing's concept of ontological insecurity from Alfred Schütz' and Talcott Parsons' theories of social action. *Journal of Classical Sociology*, 20(3), 191-207.
- Sharp, C. (2017). Bridging the gap: the assessment and treatment of adolescent personality disorder in routine clinical care. *Archives of Disease in Childhood*, 102(1), 103-108.
- Sharp, C. (2020). Adolescent personality pathology and the Alternative Model for Personality Disorders: Self development as nexus. *Psychopathology*, 53(3-4), 198-204.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266-1288.
- Sharp, C., Steinberg, L., Temple, J., & Newlin, E. (2014). An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: refinement of the BPFSC using IRT. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 70-78.
- Sharp, C., & Vanwoerden, S. (2018). *Culture-adapted version English USA of the Self-Report Questionnaire LoPF-Q 12-18 (Levels of Personality Functioning Questionnaire; authors Goth & Schmeck) – Short manual*. Offenbach: academic-tests.
- Sharp, C., & Wall, K. (2018). Personality pathology grows up: adolescence as a sensitive period. *Current opinion in psychology*, 21, 111-116.
- Sharp, C., & Wall, K. (2021). DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 313-337.
- Sharp, C., Wright, A. G., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors?. *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 387-398.
- Skodol, A. E. (2018). Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Current Opinion in Psychology*, 21, 33-38.
- Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis: Getting at lived experience. *The journal of positive psychology*, 12(3), 303-304.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. SAGE.

- Schwartz, P. D., Maynard, A. M., & Uzelac, S. M. (2008). Adolescent egocentrism: A contemporary view. *Adolescence*, 43(171), 441–448.
- Shiner, R. L. (2022). An agenda for establishing the DSM–5 alternative model of personality disorder (AMPD) trait model in adolescence: Comment on Clark and Watson (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 340–342.
- Shiner, R. L., & Allen, T. A. (2013). Assessing personality disorders in adolescents: Seven guiding principles. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), 361–377.
- Shiner, R. L., Klimstra, T. A., Denissen, J. J., & See, A. Y. (2021). The development of narrative identity and the emergence of personality disorders in adolescence. *Current Opinion in Psychology*, 37, 49-53.
- Skabeikytė-Norkienė, G. (2023). *Adolescents at risk for personality pathology: characteristics and risk factors in the changing approach to personality disorder*. [Doctoral dissertation, Vilnius University].
- Soeteman, D. I., Roijen, L. H. V., Verheul, R., & Busschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259-265.
- Spodenkiewicz, M., Speranza, M., Taïeb, O., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Révah-Levy, A. (2013). Living from day to day—qualitative study on borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(4), 282-289.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489.
- Sunkel, C., & Sartor, C. (2022). Perspectives: involving persons with lived experience of mental health conditions in service delivery, development and leadership. *BJPsych Bulletin*, 46(3), 160-164.
- Šaula-Marojević, B. (2012). *Empirijska provera odnosa šestodimenzionalnog modela ličnosti i kategorijalnog modela poremećaja ličnosti*. [Doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu].
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton.
- Švrakić, D., & Divac-Jovanović, M. (1994). Personality Disorders: Model for Conceptual Approach and Classification: Part II: Proposed Classification. *American journal of psychotherapy*, 48(4), 562-580.

- Švrakić, D. M., Lečić-Toševski, D., & Divac-Jovanović, M. (2009). DSM axis II: personality disorders or adaptation disorders?. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 111-117.
- Tedesco, V., Day, N. J. S., Lucas, S., & Grenyer, B. F. (2024). Diagnosing borderline personality disorder: Reports and recommendations from people with lived experience. *Personality and mental health*, 18(2), 107-121.
- Treloar, A. J. C., & Lewis, A. J. (2009). Diagnosing borderline personality disorder: Examination of how clinical indicators are used by professionals in the health setting. *Clinical Psychologist*, 13(1), 21-27.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual review of clinical psychology*, 15(1), 481-502.
- Veenstra, R., & Laninga-Wijnen, L. (2023). The prominence of peer interactions, relationships, and networks in adolescence and early adulthood. In L. J. Crockett, G. Carlo, & J. E. Schulenberg (Eds.), *APA Handbook of Adolescent and Young Adult Development* (pp. 225–241). American Psychological Association.
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.
- Vranješević, J. (2001). *Promena slike o sebi: Autoportret adolescencije*. Zadužbina Andrejević.
- Vilig, K. (2016). *Kvalitativna istraživanja u psihologiji*. Clio.
- Watson, D., & Clark, L. A. (2023). Comorbidity and heterogeneity: Two challenges for personality pathology research. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(1), 39-49.
- Weiner, A. S., Ensink, K., & Normandin, L. (2018). Psychotherapy for borderline personality disorder in adolescents. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 729-746.
- Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., Arseneault, L., Belsky, D. W., Danese, A., ... & Moffitt, T. E. (2020). Borderline symptoms at age 12 signal risk for poor outcomes during the transition to adulthood: findings from a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1165-1177.

- Westen, D., & Chang, C. (2000). Personality pathology in adolescence: A review. In A. H. Esman, L. T. Flaherty, & H. A. Horowitz (Eds.), *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies, Vol. 25* (pp. 61–100). Analytic Press.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 952-966.
- Weston, H. (2016). *How do Counselling Psychologists Make Sense of Their Clients' Psychiatric Diagnoses: An Interpretative Phenomenological Analysis*. [Doctoral dissertation, London Metropolitan University].
- Widiger, T. A. (2017). *The Oxford handbook of the five factor model*. Oxford University Press.
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S. T., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychological medicine*, 45(11), 2237-2251.
- Woolfolk, A., & Perry, N. (2014). *Child and adolescent development*. Pearson.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision).
- Wright, A. G., Hopwood, C. J., Skodol, A. E., & Morey, L. C. (2016). Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *Journal of abnormal psychology*, 125(8), 1120-1134.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405-420.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American journal of psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Prilog 1. Agenda intervjuja sa kliničarima

Oblasti ispitivanja	Pitanja
Opšta pitanja o poremećaju ličnosti pre odraslog doba	• <i>Na koji način razmišljate o prisustvu poremećaja ličnosti pre odraslog doba?</i> • <i>Da li je uopšte moguće uočiti/detektovati poremećaj ličnosti pre 18. godine ili pre odraslog doba?</i> <i>AKO DA:</i> ○ <i>Kako se poremećaj ličnosti manifestuje kod dece i adolescenata?</i> ○ <i>Od kog uzasta se poremećaj ličnosti „vidi“?</i> ○ <i>Postoje li tipovi tj. kategorije poremećaja ličnosti koje biste lakše razmatrali u adolescenciji? Zašto?</i> ○ <i>Da li postoje neki koncepti/modeli na koje se olanjate u razumevanju ovog fenomena kod mladih?</i>
Dijagnoza poremećaja ličnosti	• <i>Da li je dijagnoza poremećaja ličnosti validna na uzrastu pre 18. godine?</i> • <i>Da li je dijagnoza korisna na uzrastu pre 18. godine?</i> • <i>Da li je dijagnoza potrebna na uzrastu pre 18. godina?</i> • <i>Da li je dijagnoza prihvatljiva za populaciju dece i adolescenata? Zašto?</i>

	<i>AKO DA:</i> ○ <i>Od kog uzrasta bi se dijagnoza mogla primenjivati?</i> • <i>Da li postoji alternativa ovoj dijagnozi na uzrastu pre 18. godine? Koje druge dijagnostičke kategorije ili opisi se u praksi koriste kada se identifikuju rani znaci poremećaja ličnosti?</i> • <i>U kojoj meri je aktuelna dijagnostička praksa usklađena sa Vašom konceptualizacijom poremećaja ličnosti?</i> <i>AKO NE:</i> • <i>Da li bi dijagnoza poremećaj ličnosti na ovom uzrastu trebalo da bude tretirana drugačije?</i>
Poređenje sa drugim mentalnim poremećajima	• <i>U kojoj meri je postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti deci/adolescentima isto/različito od postavljanja dijagnoza drugih mentalnih poremećaja na ovom uzrastu?</i>
Procena ličnosti – za psihologe	• <i>Da li ste do sada radili procenu sa osobama mlađim od 18 godina koje imaju dijagnostikovan poremećaj ličnosti ili postoji sumnja na poremećaj ličnosti?</i> <i>AKO DA:</i> ○ <i>Kako ste sproveli proces procene ličnosti? Koje ste instrumente koristili?</i> ○ <i>Na koji način je dijagnoza/sumnja na poremećaj ličnosti uticala na proces?</i>

	• <i>Kako ste formirali nalaz i mišljenje? Šta Vam je pomoglo/odmoglo?</i> <i>AKO NE:</i> ○ <i>Da li postoji konkretan razlog zbog kog niste radili procenu sa ovim pojedincima?</i>
Dijagnostika – za psihijatre	• <i>Da li ste nekada postavili dijagnozu poremećaja ličnosti osobi mlađoj od 18 godina?</i> <i>AKO DA:</i> ○ <i>Koliko često postavljate ovu dijagnozu pre 18. godine?</i> ○ <i>U kojim okolnostima postavljate dijagnozu?</i> ○ <i>Šta Vam pomaže/odmaže u procesu dijagnostike?</i> <i>AKO NE:</i> ○ <i>Da li postoje konkretni razlozi zbog kojih niste postavljali dijagnozu kod adolescenata?</i>
Komunikacija o poremećaju ličnosti	• <i>Kako komunicirate sa kolegama o prisustvu ili sumnji na prisustvo poremećaja ličnosti pre odraslog doba?</i> • <i>Kako komunicirate sa adolescentima/porodicom o poremećaju ličnosti pre odraslog doba?</i>

Prognoza	<i>Kako procenjujete prognozu poremećaja ličnosti kada je reč o osobama mlađim od 18 godina?</i>
Tretman	<i>Da li ste pružali savetodavne/psihoterapijske usluge osobama mlađim od 18 koje imaju dijagnozu poremećaja ličnosti ili postoji sumnja na poremećaj ličnosti?</i> <i>AKO DA:</i> <i>Kako je to uticalo na Vaš rad?</i> <i>Kakva su bila Vaša očekivanja od pruženog tretmana?</i> <i>Da li je nešto olakšavalo rad? Da li je nešto rad činilo težim?</i> <i>AKO NE:</i> <i>Da li postoje razlozi zbog kojih niste do sada radili sa ovim pojedincima?</i>
Dileme i profesionalne potrebe	<i>Da li imate dileme u vezi sa konceptualizacijom ili dijagnozom poremećaja ličnosti na uzrastu ispod 18 godina?</i> <i>Da li mislite da kod stručnjaka u našoj zemlji postoji potreba za dodatnim znanjima i veštinama u kontekstu razumevanja/dijagnostike/procene/tretmana dece i adolescenata kod kojih su prisutni simptomi poremećaja ličnosti?</i>

	<i>AKO DA:</i> ○ <i>Koje resurse ili obuke biste želeli da imate na raspolaganju kada radite sa ovom populacijom?</i>
Ostalo	• <i>Da li postoje teme koje nismo pokrili ovim intervjuom u vezi sa poremećajem ličnosti pre 18. godine koje smatrate važnim?</i>

Prilog 2. Obrazac informisane saglasnosti za učešće kliničara u istraživanju

SAGLASNOST ZA UČEŠĆE U ISTRAŽIVANJU

Pozivamo Vas da dobrovoljno učestvujete u istraživanju „*Indikatori poremećaja ličnosti u adolescenciji: ekspertska procena, inventar samoprocene i subjektivni doživljaj*”.

Opis ispitivanja i opravdanost: Istraživanje se sprovodi u saradnji sa Klinikom za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu u cilju izrade doktorske disertacije kandidatkinje Natalije Ignjatović, sa Odeljenja za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Studija se bavi ispitivanjem perspektive stručnjaka u pogledu rane dijagnostike i tretmana poremećaja ličnosti (do 18. godine). Rezultat istraživanja će biti mapiranje stavova i aktuelne prakse eksperata u pogledu tzv. poremećaja ličnosti u nastajanju.

Ukoliko se odlučite da budete ispitanik u ovom istraživanju, bićete zamoljeni da učestvujete u intervjuu sa istraživačem u okvirnom trajanju od 45 minuta. Svi podaci su poverljivi i anonimni i mogu se koristiti isključivo u naučnoistraživačke svrhe. Odobrenje za izradu ovog istraživanja dale su Etičke komisije Filozofskog fakulteta u Beogradu i Klinike za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu.

Vaše učešće u ovom ispitivanju je u potpunosti na dobrovoljnoj bazi. Ukoliko ste saglasni, potpišite informisani pristanak.

POTVRDA SAGLASNOSTI

Saglasan/na sam da se rezultati intervjua iskoriste za izradu doktorske disertacije na Filozofskom fakultetu. Moje učešće je u potpunosti na dobrovoljnoj osnovi i imam mogućnost da dobrovoljno povučem svoj pristanak u bilo koje vreme bez objašnjenja. Podaci sakupljeni u moje ime biće strogo poverljivi i sa njima će se postupati u skladu sa Odredbom o zaštiti prava ispitanika i propisima Zakona o nacionalnom zdravstvu Republike Srbije.

ISPITANIK:

Ime i prezime (štampano):

Potpis: _____

Datum: _____

ISPITIVAČ:

Ime i prezime (štampano)

Potpis: _____

Datum: _____

Prilog 3. Baterija testova za adolescente

Pred tobom se nalazi upitnik sastavljen u okviru doktorata iz psihologije na Filozofskom fakultetu u Beogradu. Kroz naredna pitanja želim da razumem kako doživljavaš *sebe*, svoje *odnose sa drugima* i svoju *osećanja*. Učešće u istraživanju nije obavezno, ali bi mi značilo da se priključiš i popuniš ceo upitnik. Ovde se ne procenju znanja, već iskustva i mišljenja, tako da nema tačnih i pogrešnih odgovora. Potrebno vreme za popunjavanje je oko 30 minuta. Ako si saglasan/-na sa time da učestvuješ u istraživanju, slobodno kreni sa popunjavanjem upitnika. Hvala!

ŠIFRA (prepiši šifru koju si prethodno napravio/-la na odvojenom papiru): _____

❖ Pol: 1) Muški 2) Ženski 3) Drugo

❖ Koliko imaš godina? _____

❖ Škola: 1) Gimnazija 2) Srednja stručna škola

❖ Gde i sa kim živiš?

a) U kući/stanu sa jednim roditeljem

b) U kući/stanu sa oba roditelja

d) U kući/stanu sa jednim ili dva staratelja (npr. bakom i/ili dekom ili u hraniteljskoj porodici)

d) U učeničkom domu

e) Drugo

❖ Kakav si školski uspeh imao/-la na kraju prethodne školske godine?

a) Bio/-la sam neocenjen/-a iz nekih predmeta

b) Nedovoljan

c) Dovoljan

d) Dobar

e) Vrlo dobar

f) Odličan

❖ Koliko često **neopravdano** izostaješ iz škole?

a) Gotovo nikada

b) 1-2 mesečno

c) 3-4 puta mesečno

d) više puta nedeljno

❖ Koliko si zadovoljan/-na svojim uspehom u školi?

Nimalo 1	Malo 2	Ni zadovoljan/-na, ni nezadovoljan/-na 3	Prilično 4	Mnogo 5
-------------	-----------	---	---------------	------------

❖ Misleći o svom životu uopšte i okolnostima u kojima živiš, na skali od 1 do 10 proceni **zadovoljstvo različitim aspektima svog života**.

Koliko si zadovoljan/-na...	1= nimalo do 10 = u potpunosti									
1. Svojim životom u celini	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Time koliko novca imaš i koliko stvari poseduješ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Svojim zdravljem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Onim što postižeš u životu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Odnosima sa drugima	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Time koliko se sigurno/bezbedno osećaš	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Svojim interesovanjima/hobijima	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Izgledima za budućnost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

O tebi

Na sledećim stranicama su tvrdnje koje ljudi koriste da opišu svoje ponašanje, mišljenje, interesovanja i druga lična osećanja. Obeleži jedan od pet ponuđenih odgovora za svaku tvrdnju u vezi sa tim kako se generalno osećaš. Obeleži broj na svakom pitanju, čak i ako nisi potpuno siguran/-na u odgovor.

Nema ispravnih ili pogrešnih odgovora – samo izaberi onaj koji najbolje opisuje kako se generalno osećaš.

Da li se slažeš sa ovom izjavom?		Ne	Uglavnom ne	Delimično	Uglavnom da	Da
0 = Ne = Uopšte se ne slažem						
1 = Uglavnom ne = Ne slažem se						
2 = Delimično = Niti se slažem, niti se ne slažem						
3 = Uglavnom da = Slažem se						
4 = Da = Potpuno se slažem						
1	Tačno znam kako da učinim svoje prijatelje srećnim.	0	1	2	3	4
2	Neprijatno mi je da ostvarim kontakt očima u toku razgovora.	0	1	2	3	4
3	Često imam loše mišljenje o sebi.	0	1	2	3	4
4	Često sam zabrinut da ću biti povređen u prijateljstvima.	0	1	2	3	4
5	Dirne me kada vidim nekoga kako pati ili plače.	0	1	2	3	4
6	Bude mi neprijatno kada drugi primete kako se osećam.	0	1	2	3	4
7	Često ne znam šta da radim sa svojim životom.	0	1	2	3	4
8	Volim da učestvujem u pronalaženju rešenja koja koriste svima.	0	1	2	3	4
9	Ne dopada mi se kada me drugi dodiruju (npr. radi pozdrava ili u toku razgovora).	0	1	2	3	4
10	Kada me prijatelj povredi hoću da razrešim problem, jer ne želim da bilo šta ometa naše prijateljstvo.	0	1	2	3	4
11	Zablokiram kada sam prinuđen/-a da donesem odluku.	0	1	2	3	4
12	Skoro da nemam pravih odnosa sa drugima.	0	1	2	3	4
13	Puno lažem da bih sebi olakšao/-la život.	0	1	2	3	4
14	Više volim da provodim svoje slobodno vreme sam/-a.	0	1	2	3	4
15	Često imam problema sa drugima jer želim da radim stvari na svoj način.	0	1	2	3	4
16	Kada mi ljudi pričaju o svojim iskustvima, lako mi je da doživim njihova osećanja.	0	1	2	3	4
17	Imam dobre prijatelje koje mogu da pitam za savet kad sam u nevolji.	0	1	2	3	4
18	Ako sam loše postupio/-la prema nekome ili napravio/-la grešku, izvinim se.	0	1	2	3	4

Da li se slažeš sa ovom izjavom?		Ne	Uglavnom ne	Delimično	Uglavnom da	Da
0 = Ne = Uopšte se ne slažem						
1 = Uglavnom ne = Ne slažem se						
2 = Delimično = Niti se slažem, niti se ne slažem						
3 = Uglavnom da = Slažem se						
4 = Da = Potpuno se slažem						
19	Često se osećam kao žrtva svojih životnih okolnosti.	0	1	2	3	4
20	Više volim da drugi ne znaju previše o meni.	0	1	2	3	4
21	Lako praštam drugima.	0	1	2	3	4
22	Do sada nisam pronašao/-la nešto što bi zaista bilo vredno istraživanja (neodustajanja).	0	1	2	3	4
23	Teško mi je da poverujem da zaista pripadam nekome (prijatelju, dečku/devojci, porodici).	0	1	2	3	4
24	Teško mi je da dostignem ciljeve koje sam sebi zacrtao/-la.	0	1	2	3	4
25	Često ne razumem reakcije drugih na moje ponašanje.	0	1	2	3	4
26	Voleo/-la bih da sam dosta drugačiji od toga kakav/-va sam zapravo.	0	1	2	3	4
27	Kad me nešto zaista uznemiri, budem pod stresom fizički (bolovi u stomaku ili osećaj drhtavice).	0	1	2	3	4
28	Ako započnem nešto, odlučan/-na sam da to završim.	0	1	2	3	4
29	Umem da budem veoma grub/-a, pakostan/-na prema drugima.	0	1	2	3	4
30	Često ostavim drugima odluku o tome šta bi trebalo da radim.	0	1	2	3	4
31	Više volim da mi se drugi ne približavaju previše.	0	1	2	3	4
32	Često se ponašam znatno drugačije od toga kako bih zapravo želeo/-la.	0	1	2	3	4
33	Često se osećam preplavljeno svojim osećanjima.	0	1	2	3	4
34	Često pokušavam da utičem na druge kako bih od toga imao/-la korist.	0	1	2	3	4
35	Odstajem od zadataka pred sam njihov završetak.	0	1	2	3	4
36	Sa većinom ljudi se slažem veoma dobro.	0	1	2	3	4
37	Bude mi neprijatno kada me pitaju u vezi mojih osećanja.	0	1	2	3	4
38	Osećam se neprijatno kada prijateljstvo postane previše blisko.	0	1	2	3	4
39	Uglavnom se osećam neprijatno kada sam u grupi ljudi.	0	1	2	3	4
40	Ako mi nešto treba, nije me briga ako povredim nekoga da bih to dobio/-la.	0	1	2	3	4
41	Imam toliko mana da se baš i ne dopadam sebi.	0	1	2	3	4
42	Imam dobre prijatelje koje znam dugo i sa kojima se osećam zaista prijatno.	0	1	2	3	4
43	Često ne razumem zašto moji prijatelji ne reaguju na odgovarajuć način na moja osećanja.	0	1	2	3	4
44	Imam ljude sa kojima mogu da pričam kad se osećam loše.	0	1	2	3	4
45	Mogu da zamislim da živim bez ikakvih odnosa sa drugima (poput odnosa sa prijateljima, dečkom/devojkom ili članovima porodice).	0	1	2	3	4
46	Osećam da život nema smisla.	0	1	2	3	4
47	Drugi često doživljavaju moje ponašanje znatno drugačije nego što sam nameravao/-la.	0	1	2	3	4

Da li se slažeš sa ovom izjavom?		Ne	Uglavnom ne	Delimično	Uglavnom da	Da
0 = Ne = Uopšte se ne slažem						
1 = Uglavnom ne = Ne slažem se						
2 = Delimično = Niti se slažem, niti se ne slažem						
3 = Uglavnom da = Slažem se						
4 = Da = Potpuno se slažem						
48	Ako mi neko dozvoli da se loše ponašam prema njemu, ni ne zaslužuje bolje.	0	1	2	3	4
49	Ništa što se desi me ne čini ni zaista srećnim, ni zaista tužnim.	0	1	2	3	4
50	Želim da upoznam svoje prijatelje veoma dobro da bismo mogli da budemo pravi prijatelji.	0	1	2	3	4
51	Obično dugo zameram drugima.	0	1	2	3	4
52	Kada sam uznemiren, moja osećanja se pojačavaju sve dok ne „poludim“ ili se ne slomim.	0	1	2	3	4
53	Drugi me doživljavaju kao bezosećajnu osobu.	0	1	2	3	4
54	Prija mi da ukazujem na tuđe greške.	0	1	2	3	4
55	Postajem prijatelj samo sa ljudima koji mi mogu biti korisni.	0	1	2	3	4
56	Često ne razumem šta drugi misle.	0	1	2	3	4
57	Često sam sam/-a sebi najveći neprijatelj.	0	1	2	3	4
58	Uglavnom ne osećam ništa.	0	1	2	3	4
59	Ako se neko oseća povređeno zbog mojih postupaka, to je njihov problem.	0	1	2	3	4
60	Nemam energije da ostvarim svoje planove.	0	1	2	3	4
61	Često zanemarujem svoje želje.	0	1	2	3	4
62	Obično se plašim najgoreg ili očekujem da stvari krenu po zlu.	0	1	2	3	4
63	Kada drugi govore o svojim osećanjima, bilo da se radi o sreći ili tuzi, shvatam da ja sam/-a ne osećam te emocije podjednako često kao oni.	0	1	2	3	4
64	Nisam dovoljno uporan da obavljam naporene zadatke.	0	1	2	3	4
65	Siguran sam da su drugi tu za mene kada su mi potrebni.	0	1	2	3	4
66	Često ne mogu da razumem sopstvena osećanja.	0	1	2	3	4
67	Lako se nadurim.	0	1	2	3	4
68	Nije me briga ako moji postupci prouzrokuju probleme drugima.	0	1	2	3	4
69	Zapravo, nije me briga šta će od mene biti.	0	1	2	3	4
70	Delim svoje potrebe i osećanja sa prijateljima, tako da može da nastane pravo prijateljstvo.	0	1	2	3	4
71	Kada sam pod stresom ili nešto krene po zlu, često se osećam kao da se moj ceo svet ruši.	0	1	2	3	4
72	Često ne mogu da objasnim sebi zašto sam nešto uradio/-la.	0	1	2	3	4
73	Lako prihvatom pomoć kada mi je drugi ponude.	0	1	2	3	4
74	Osećam se kao da zaista ne pripadam ni sa kim.	0	1	2	3	4
75	Ne osećam se dobro kada sam sam/-a.	0	1	2	3	4
76	Osećam se kao kod kuće u svojoj zajednici, ovde pripadam.	0	1	2	3	4

Da li se slažeš sa ovom izjavom?		Ne	Uglavnom ne	Delimično	Uglavnom da	Da
0 = Ne = Uopšte se ne slažem						
1 = Uglavnom ne = Ne slažem se						
2 = Delimično = Niti se slažem, niti se ne slažem						
3 = Uglavnom da = Slažem se						
4 = Da = Potpuno se slažem						
77	Mogao/-la bih da nabrojim nekoliko stvari koje radim veoma dobro.	0	1	2	3	4
78	Često se osećam izgubljeno, kao da nemam jasno unutrašnje ja.	0	1	2	3	4
79	Ponekad se osećam kao folirant, jer se način na koji se ponašam spolja ne poklapa sa onim kako se osećam iznutra.	0	1	2	3	4
80	Brzo osetim napor (stres, iscrpljenost) kada sam sa velikom grupom prijatelja.	0	1	2	3	4
81	Mogu da verujem svom unutrašnjem glasu, obično me vodi u pravom smeru.	0	1	2	3	4
82	Osećam da sam važan deo svoje porodice.	0	1	2	3	4
83	Mnogo puta su mi rekli da je teško shvatiti ko sam zaista.	0	1	2	3	4
84	Moji roditelji misle da ne vredim.	0	1	2	3	4
85	Ponekad imam snažna osećanja, a ne znam odakle dolaze.	0	1	2	3	4
86	Ljudi koji me poznaju u jednoj situaciji (npr. sa učiteljima, drugarima, članovima porodice) veoma se iznenade kako se ponašam u drugoj situaciji.	0	1	2	3	4
87	Osećam se prazno.	0	1	2	3	4
88	Mogu da zamislim kakva ću osoba biti za nekoliko godina.	0	1	2	3	4
89	Zbunjen/-a sam oko toga kakva sam osoba zaista.	0	1	2	3	4
90	Kada me drugi kritikuju ili vide moj neuspeh, osećam se zaista bezvredno i poraženo.	0	1	2	3	4
91	Osećam se prijatno u svom telu.	0	1	2	3	4
92	Imao/-la sam veoma dobra iskustva kada sam slušao/-la svoju intuiciju (unutrašnji osećaj).	0	1	2	3	4
93	Kada sam sam/-a osećam se bespomoćno.	0	1	2	3	4
94	Često se razočaram u druge, jer nisu osobe kakve sam mislio/-la da jesu.	0	1	2	3	4
95	Nemam ništa zajedničko sa većinom svojih vršnjaka.	0	1	2	3	4
96	Osećam da postoji snažno „unutrašnje ja“ bez obzira na to šta se dešava.	0	1	2	3	4
97	Mogu da zamislim da ću naći svoje mesto u svetu.	0	1	2	3	4

Proveri da li si odgovorio/-la na sva pitanja. Hvala!

Kako se osećam u vezi sebe i drugih

Uputstvo: Stavi X u kućicu da obeležiš koliko je određena izjava tačna u tvom slučaju.

- ❖ Osećam se veoma usamljeno.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Želim da stavim nekim ljudima do znanja koliko su me povredili.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Moja osećanja su veoma snažna. Na primer, kada se naljutim, ja se stvarno, stvarno naljutim. Kad sam srećan/-na, onda sam stvarno, stvarno srećan/-na.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Osećam da postoji nešto važno što fali u vezi mene, ali ne znam šta je to.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Nemaran/-na sam prema stvarima koje su mi važne.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Ljudi koji su mi bili bliski su me izneverili.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Često prelazim iz jednog osećanja u drugo, kao što su bes, tuga, sreća.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Upadam u nevolje jer radim stvari bez razmišljanja.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Brinem da će ljudi do kojih mi je stalo otići i da se neće vratiti.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Način na koji se osećam u vezi sebe se često menja.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

- ❖ Moji prijatelji i ja smo često baš pakosni jedni prema drugima.

Nimalo tačno	Skoro nikada tačno	Ponekad tačno	Često tačno	Uvek tačno
--------------	--------------------	---------------	-------------	------------

Vannastavne aktivnosti

<i>Stavi X da obeležiš koliko je određena izjava tačna u tvom slučaju.</i>	netačno	donekle tačno	potpuno tačno
1. Aktivno se bavim nekim sportom.			
2. Bavim se svojim svojim interesovanjima i hobijima (mimo sporta) u slobodno vreme (npr. muzika, filmovi, učenje jezika, tehnika, priroda, pomaganje drugima...)			
3. Deo sam neke organizacije, kluba, tima, sekcije.			

O prijateljima

<i>Stavi X da obeležiš koliko je određena izjava tačna u tvom slučaju.</i>	netačno	donekle tačno	potpuno tačno
1. Mogu otvoreno da izražavam svoje misli i osećanja pred prijateljima.			
2. Uživam u učestvovanju u grupnim aktivnostima sa svojim prijateljima.			
3. Uspešno rešavam konflikte sa svojim vršnjacima.			
4. Osećam da pripadam svojoj grupi prijatelja.			
5. Imam prijatelje na koje mogu da se oslonim za pomoć i savet.			
6. U stanju sam da održavam prijateljstva tokom vremena.			

O porodici

<i>Stavi X da obeležiš koliko je određena izjava tačna u tvom slučaju.</i>	netačno	donekle tačno	potpuno tačno
1. Mogu otvoreno da izražavam svoje misli i osećanja pred članovima porodice.			
2. Uživam da provodim vreme sa članovima svoje porodice.			
3. Uspešno rešavam konflikte sa članovima svoje porodice.			
4. Osećam da pripadam svojoj porodici.			
5. Mogu da se oslonim na svoju porodicu za pomoć i savet.			
6. U stanju sam da obavljam zadatke/kućne poslove o kojima se dogovorim sa članovima porodice (npr. spremanje kreveta, usisavanje, prostiranje veša...)			

U sledećem delu se nalazi spisak tvrdnji koji opisuje mlade. Za svaku tvrdnju koja te opisuje **sada ili u poslednjih 6 meseci**, molimo da zaokružiš broj **2** ako je tvrdnja **vrlo tačna ili često tačna**. Broj **1** zaokruži ukoliko je tvrdnja **ponekad tačna ili donekle tačna**. Ako tvrdnja **nije tačna** zaokruži **0**.

0 = Nije tačno

1 = Ponekad tačno ili donekle tačno

2 = Vrlo tačno ili često tačno

- | | |
|---|--|
| 0 1 2 1. Ponašam se previše detinjasto za svoje godine | 0 1 2 34. Osećam da me drugi progone |
| 0 1 2 2. Konzumiram alkohol bez znanja roditelja (opiši) _____ | 0 1 2 35. Osećam se bezvredno ili manje vredno |
| 0 1 2 3. Puno se prepirem, svađam | 0 1 2 36. Često se slučajno povredim |
| 0 1 2 4. Što započnem ne dovršim | 0 1 2 37. Često se tučem |
| 0 1 2 5. U malo čemu uživam | 0 1 2 38. Često me zadirkuju |
| 0 1 2 6. Volim životinje | 0 1 2 39. Družim se za decom koja često upadaju u nevolje |
| 0 1 2 7. Volim da se hvalim | 0 1 2 40. Čujem zvukove ili glasove za koje drugi misle da ne postoje (opiši): _____ |
| 0 1 2 8. Ne mogu da se koncentrišem, usmerim pažnju na nešto | 0 1 2 41. Reagujem bez da prethodno razmislim |
| 0 1 2 9. Ne mogu da se oslobodim nekih misli (opiši) _____ | 0 1 2 42. Radije bih bio/la sam/sama nego sa drugima |
| 0 1 2 10. Teško mirno sedim | 0 1 2 43. Lažem ili varam |
| 0 1 2 11. Previše sam zavisana od drugih | 0 1 2 44. Grickam nokte |
| 0 1 2 12. Osećam se usamljeno | 0 1 2 45. Nervozan/na sam ili napet/a |
| 0 1 2 13. Osećam se zbunjeno ili izgubljeno | 0 1 2 46. Imam nervozne pokrete ili trzanje (opiši) : _____ |
| 0 1 2 14. Puno plačem | 0 1 2 47. Imam noćne more |
| 0 1 2 15. prilično sam iskren/a | 0 1 2 48. Druga deca me ne vole |
| 0 1 2 16. Zao/zla sam prema drugima | 0 1 2 49. Imam poteškoća sa učenjem |
| 0 1 2 17. Puno maštam | 0 1 2 50. Previše sam plašljiv/a ili teskoban/a |
| 0 1 2 18. Namerno se pokušavam povrediti ili ubiti | 0 1 2 51. Osećam vrtoglavicu ili ošamućenost |
| 0 1 2 19. Tražim puno pažnje | 0 1 2 52. Imam preterani osećaj krivice |
| 0 1 2 20. Uništavam svoje stvari | 0 1 2 53. Previše jedem |
| 0 1 2 21. Uništavam tuđe stvari | 0 1 2 54. Osećam se premoreno bez pravog razloga |
| 0 1 2 22. Ne slušam roditelje | 0 1 2 55. Imam previše kilograma |
| 0 1 2 23. Neposlušan/na sam u školi | 0 1 2 56. Telesni problemi bez poznatih medicinskih uzroka: |
| 0 1 2 24. Ne jedem koliko bi trebalo | 0 1 2 a) tegobe ili bolovi (nevezani za stomak ili glavu) |
| 0 1 2 25. Ne slažem se sa drugom decom | 0 1 2 b) glavobolje |
| 0 1 2 26. Ne osećam se krivim/om kada uradim nešto što ne bi trebalo | 0 1 2 c) mučnina, osećaj slabosti |
| 0 1 2 27. Ljubomoran/na sam | 0 1 2 d) problemi sa očima (ne oni koji se ispravljaju nošenjem naočara) (opiši) : _____ |
| 0 1 2 28. Kršim pravila kuće, u školi i na drugim mestima | 0 1 2 e) osipi ili drugi problemi sa kožom |
| 0 1 2 29. Bojim se određenih životinja, situacija ili mesta, osim škole (opiši) : _____ | 0 1 2 f) bolovi u stomaku |
| 0 1 2 30. Bojim se odlaska u školu | 0 1 2 g) povraćanje |
| 0 1 2 31. Bojim se da bih mogao/la pomisliti ili uraditi nešto loše | 0 1 2 h) drugo (opiši) _____ |
| 0 1 2 32. Osećam da moram biti savršen/a | |
| 0 1 2 33. Osećam da me niko ne voli | |

0 = Nije tačno

1 = Ponekad tačno ili donekle tačno

2 = Vrlo tačno ili često tačno

- 0 1 2 57. Fizički napadam ljude
 0 1 2 58. Bodem kožu ili druge delove tela (opiši):
-
- 0 1 2 59. Mogu se ponašati prilično prijateljski
 0 1 2 60. Volim probati nove stvari
 0 1 2 61. Lošeg sam uspeha u školi
 0 1 2 62. Imam slabu koordinaciju ili sam nespretna/na
 0 1 2 63. Radije sam u društvu starijih nego sa vršnjacima
 0 1 2 64. Radije sam u društvu mladih nego sa vršnjacima
 0 1 2 65. Odbijam da govorim
 0 1 2 66. Neprestano ponavljam određene radnje (opiši):
-
- 0 1 2 67. Bežim od kuće
 0 1 2 68. Često vrištim
 0 1 2 69. Tajanstven/a sam, volim zadržati stvari za sebe
 0 1 2 70. Vidim stvari za koje drugi misle da ne postoje (opiši):
-
- 0 1 2 71. Smeten/a sam ili se lako zbunim
 0 1 2 72. Volim da palim stvari
 0 1 2 73. Spretna/na sa rukama
 0 1 2 74. Pravim se važan/na ili se ludiram
 0 1 2 75. Previše sam stidljiv/a ili plašljiv/a
 0 1 2 76. Spavam manje od većine mladih
 0 1 2 77. Spavam više od većine mladih tokom dana i/ili noću (opiši)
-
- 0 1 2 78. Teško se koncentrišem i lako mi je odvratiti pažnju
 0 1 2 79. Imam problema sa govorom
 0 1 2 80. Borim se za svoja prava
 0 1 2 81. Kradem od kuće
 0 1 2 82. Kradem van kuće
 0 1 2 83. Gomilam svoje stvari koje mi nisu potrebne (opiši):
-

- 0 1 2 84. Činim stvari koje drugi smatraju čudnim (opiši)
-
- 0 1 2 85. Moje bi ideje drugi smatrali čudnima (opiši)
-
- 0 1 2 86. Tvrdoglav/a sam
 0 1 2 87. Naglo menjam raspoloženje ili osećanja
 0 1 2 88. Uživam kada sam sa drugim ljudima
 0 1 2 89. Sumnjičav/a sam
 0 1 2 90. Psujem i koristim proste reči
 0 1 2 91. Razmišljam o samoubistvu
 0 1 2 92. Volim da zasmjevam druge
 0 1 2 93. Previše pričam
 0 1 2 94. Često zadirkujem druge
 0 1 2 95. Lako planem.
 0 1 2 96. Previše razmišljam o seksu
 0 1 2 97. Pretim drugima da ću ih povrediti
 0 1 2 98. Volim da pomažem drugima
 0 1 2 99. Pušim
 0 1 2 100. Imam poteškoća sa spavanjem (opiši)
-
- 0 1 2 101. Bežim iz škole, imam neopravdane izostanke
 0 1 2 102. Nemam puno energije
 0 1 2 103. Nesrećan/na sam, tužan/na ili depresivan/na
 0 1 2 104. Glasiniji sam od većine drugih vršnjaka
 0 1 2 105. Koristim droge (navedi koje)
-
- 0 1 2 106. Volim biti pravedan prema drugima
 0 1 2 107. Uživam u dobroj šali
 0 1 2 108. Volim uživati u životu
 0 1 2 109. Nastojim da pomažem drugima kada mogu
 0 1 2 110. Želeo/la bih da sam drugog pola
 0 1 2 111. Nastojim da se držim podalje od drugih
-
- 0 1 2 112. Puno se brinem

O tvom životu

Označi 1 (*nimalo se ne slažem*) – 5 (*potpuno se slažem*) koliko se sledeće tvrdnje odnose na tebe i to kako se inače osećaš:

1. Osećam da je život pun lepih iznenađenja.	1	2	3	4	5
2. Sve u svemu, život je lep.	1	2	3	4	5
3. Mnogo se smejem.	1	2	3	4	5
4. Osećam se živahno.	1	2	3	4	5
5. Osećam da imam puno energije.	1	2	3	4	5
6. Život je pun dobrih prilika i mogućnosti.	1	2	3	4	5
7. Često se osećam radosno i ushićeno.	1	2	3	4	5
8. Divno je živeti.	1	2	3	4	5

Doživljaj sebe

1. Često mislim potpuno suprotne stvari o sebi.	1	2	3	4	5
2. Nekad mogu imati jedno mišljenje o sebi, a drugog dana potpuno drugačije.	1	2	3	4	5
3. Provodim mnogo vremena pitajući se kakva sam osoba.	1	2	3	4	5
4. Ponekad osećam da nisam zaista osoba kakvom se činim.	1	2	3	4	5
5. Kada razmišljam o tome kakva sam osoba bio/-la u prošlosti, nisam siguran/-na kakav/-va sam zapravo bio/-la.	1	2	3	4	5
6. Retko doživljavam sukob između različitih aspekata svoje ličnosti.	1	2	3	4	5
7. Ponekad mislim da poznajem druge ljude bolje nego što poznajem sebe.	1	2	3	4	5
8. Moja uverenja o sebi se vrlo često menjaju.	1	2	3	4	5
9. Ako bi me neko pitao da opišem svoju ličnost, moj opis bi se mogao razlikovati od dana do dana.	1	2	3	4	5
10. Čak i da želim, mislim da ne bih umeo/-la da objasnim nekom kakav/-va sam zaista.	1	2	3	4	5
11. Generalno, imam jasan osećaj ko sam i šta sam.	1	2	3	4	5
12. Često mi je teško da donesem odluku jer zapravo ne znam šta želim.	1	2	3	4	5

Hvala na uloženom vremenu i trudu!

Prilog 4. Obrazac informisane saglasnosti za učešće adolescenata u istraživanju

SAGLASNOST ZA UČEŠĆE U ISTRAŽIVANJU

Pozivamo te da dobrovoljno učestvuješ u istraživanju 😊

Opis ispitivanja i opravdanost: Istraživanje se sprovodi u saradnji sa Klinikom za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu u cilju izrade doktorske disertacije kandidatkinje Natalije Ignjatović, sa Odeljenja za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Istraživanje se bavi procenom ličnosti – pitanjima identiteta, odnosa sa drugima i načinom na koji upravljaš svojim emocionalnim odgovorima na situacije. Rezultat ovog ispitivanja će biti razvoj upitnika za procenu otežanog funkcionisanja ličnosti na srpskom jeziku.

Ukoliko se odlučiš da učestvuješ u ovom ispitivanju bićeš zamoljen da popuniš nekoliko anketa i učestvuješ u intervjuu sa istraživačem. Istraživač će imati uvid u tvoj medicinski karton. Svi podaci su poverljivi i anonimni i mogu se koristiti isključivo u naučnoistraživačke svrhe. Saglasnost za izradu ovog istraživanja dale su Etička komisija Filozofskog fakulteta u Beogradu i Klinike za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu.

Tvoje učešće u ovom ispitivanju je u potpunosti na dobrovoljnoj bazi. Ukoliko si saglasan, potpiši informisani pristanak.

POTVRDA SAGLASNOSTI

Saglasan/na sam da se rezultati ankete, intervju a i podaci iz medicinskog kartona iskoriste za izradu doktorske disertacije na Filozofskom fakultetu. Moje učešće je u potpunosti na dobrovoljnoj osnovi i imam mogućnost da dobrovoljno povučem svoj pristanak u bilo koje vreme bez objašnjenja. Podaci sakupljeni u moje ime biće strogo poverljivi i sa njima će se postupati u skladu sa Odredbom o zaštiti prava ispitanika i propisima Zakona o nacionalnom zdravstvu Republike Srbije.

ISPITANIK:

Ime i prezime (štampano):

Potpis:

Datum:

ISPITIVAČ:

Ime i prezime (štampano)

Potpis:

Datum:

Biografija

Natalija Ignjatović rođena je 1993. u Beogradu, gde je završila osnovnu školu i gimnaziju. Diplomirala je na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu 2017. godine sa prosečnom ocenom 9,27. Master studije kliničke psihologije na istom fakultetu završila je 2018. godine sa prosečnom ocenom 10, nakon čega je obavila jednogodišnji staž pri Bolnici za psihijatriju KBC „Dr Dragiša Mišović“. Doktorske studije upisala je na Filozofskom fakultetu u oktobru 2019. godine. Od januara 2020. zaposlena je na Odeljenju za psihologiju istog fakulteta u svojstvu istraživača i angažovana kao saradnica u nastavi na kursevima *Uvod u razvojnu psihologiju* i *Razvojna psihologija* pri Odeljenju za pedagogiju. Njena naučna produkcija obuhvata dva poglavlja u monografijama i sedam naučnih članaka, uključujući tri rada u vodećim naučnim časopisima. Kao koautorka rada kategorije M21a+ dobitnica je nagrade *Zadužbine Đoke Vlačkovića*. Izlagala je na domaćim i međunarodnim naučnim skupovima sa preko 20 saopštenja. Tokom dosadašnje karijere, bila je deo istraživačkog tima na Erasmus+ i projektima Fonda za nauku Republike Srbije. Kao članica organizacionog odbora, učestvovala je u realizaciji nekoliko međunarodnih konferencija. Pored naučnoistraživačkog rada, Natalija je nosilac nacionalnog i evropskog sertifikata za sistemsku porodičnu psihoterapiju, a od 2024. angažovana je i kao saradnica u edukaciji budućih psihoterapeuta. Učestvovala je u brojnim inicijativama psihosocijalne podrške u zajednici. U saradnji sa kolegama, tokom nekoliko godina koordinisala je rad *Savetovališta za studente* Filozofskog fakulteta. Članica je Laboratorije za razvojnu psihologiju, Evropske asocijacije za istraživanje adolescencije i Evropskog društva za proučavanje poremećaja ličnosti.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора: **Наталија Игњатовић**

Број индекса: **4П19-3**

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

**Индикатори поремећаја личности у адолесценцији: експертска процена,
инвентар самопроцене и субјективни доживљај**

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршила ауторска права и користила интелектуалну својину других лица.

Потпис ауторке

У Београду, _____

**Изјава о истоветности штампане и електронске верзије
докторског рада**

Име и презиме аутора: **Наталија Игњатовић**

Број индекса: **4П19-3**

Студијски програм: **Психологија**

Наслов рада: **Индикатори поремећаја личности у адолесценцији: експертска
процена, инвентар самопроцене и субјективни доживљај**

Ментор: **др Тамара Цамоња Игњатовић**

др Јелена Врањешевић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предала ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис ауторке

У Београду, _____

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Индикатори поремећаја личности у адолесценцији: експертска процена, инвентар самопроцене и субјективни доживљај

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предала сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

Потпис ауторке

У Београду, _____

1. **Ауторство.** Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.